



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 5. SZÁM 221–276. OLDAL

BUDAPEST, 1990. FEBRUÁR 4.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

CHINOFUNGIN®

hintőpor

FUNGICIDA TOPICA

HATÓANYAG: 1 g tolnaftatum 50 g-os szóródobozonként.

JAVALLATOK: Dermatophytonok — *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* — okozta felületi mycosisok: *erosio interdigitalis manus et pedis*, *mycosis superficialis*.

Hyperhidrosisos egyének, sportolók, katonák, bányászok hajlati gombás fertőzésének megelőzése és utókezelése.

ALKALMAZÁS: Szappanos, melegvizes lemosás után a szárazra törölt interdigitális redőkbe, ill. a kezelendő egyéb bőrfelületre kell hinteni naponta kétszer.

Erodált bőrfelületre is alkalmazható.

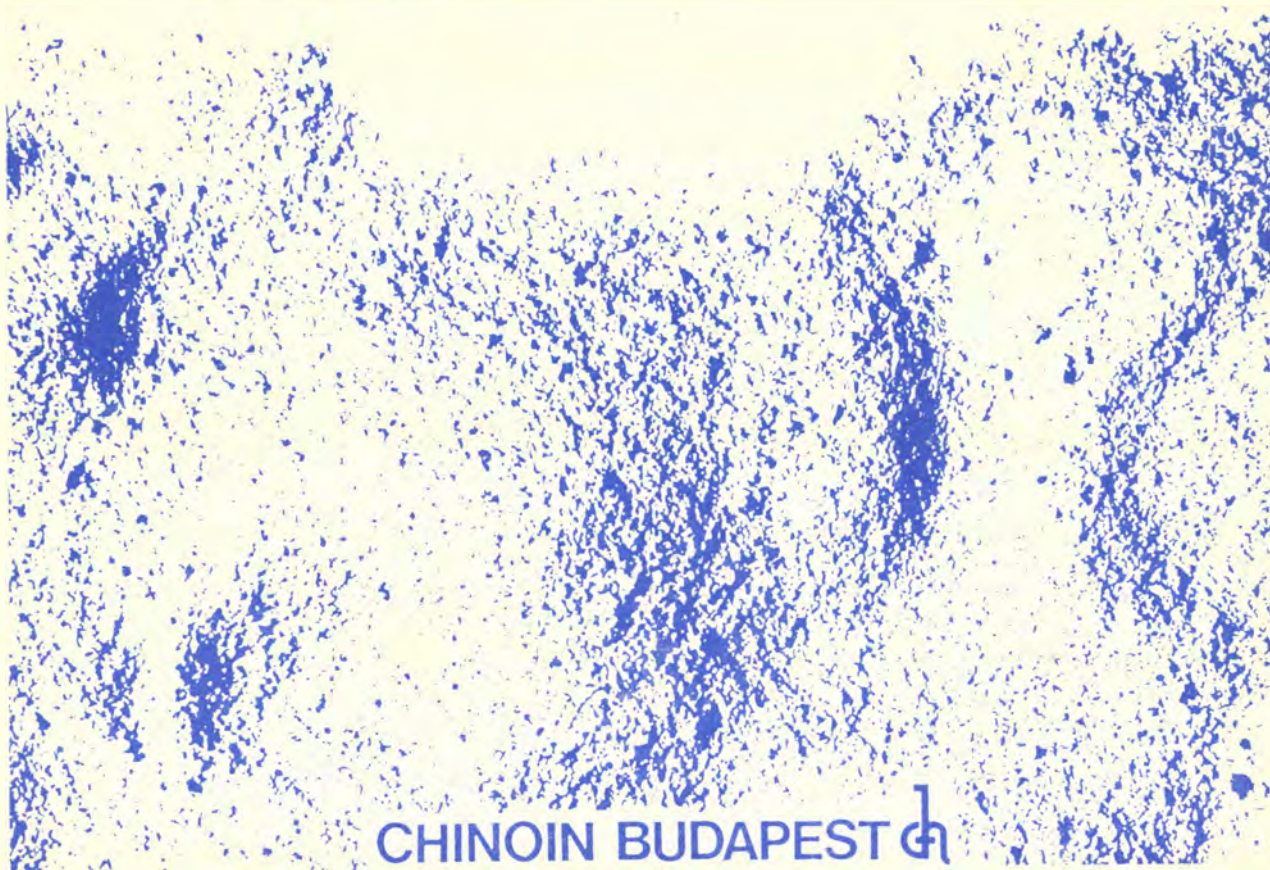
Lábgombásodás esetén naponta kétszer a cipő, zokni is beszórandó.

MELLÉKHATÁSOK: Bőrizgató és szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

FIGYELMEZTETÉS: Az *onychomycosis*t nem befolyásolja.

CSOMAGOLÁS: 50 g-os szóródoboz.

MEGJEGYZÉS: ☿ Vény nélkül is kiadható.



CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETEI
SZÖVETSÉGÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Főszerkesztő:
FEHÉR JÁNOS DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

131. ÉVFOLYAM

*

5. SZÁM

*

1990. FEBRUÁR 4.

TARTALOMJEGYZÉK

Szabóki Ferenc dr., Wessely Mária dr., Márcz István dr. és Vajda György dr.:

A digitalizált M-mód és Doppler echocardiographia összehasonlító vizsgálata a bal *kamra funkciójának megítélésében..... 223

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Végh Zsolt dr. és Gacs Mária dr.:

A coagulase-negatív staphylococcusok nyáktermelésének és kórokozó szerepének összefüggése 231

Goldschmidt Béla dr., Benedek László dr., Golán Zsanett dr., Bukovszky Mária dr. és Markó Ilona dr.:

Latens K-vitamin-hiány anyatejjel táplált csecsemőkben 235

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Pap Ákos dr., Korom Mihályné dr., Marosi Erika dr. és Varró Vince dr.:

A sikeres pancreas-enzimpótló kezelés feltételei (Összeasonlító vizsgálatok Kreonnal és Panpurral) 241

ÚJABB VIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

Mádi Szabó László dr., Szebeni Ágnes dr., Farkas Iván dr., Flautner Lajos dr., Pásztor János dr., Karner Tamás dr. és Turda Éva dr.:

Ultrahanggal vezérelt percutan antegrad wirsungographia idült kalcifikáló pancreatitisben 245

RITKA KÓRKÉPEK

Hidvégi Judit dr., Schneider Ferenc dr., Rohonyi Béla dr., Flautner Lajos dr. és Szilávik Lajos dr.:

A peritoneum benignus cystikus mesotheliomája 249

Beszámolók 253

Folyóiratreferátumok 259

Hírek 273

Pályázati hirdetések 276

RABENID

100 mg tableta

M 900

Antihyperuricaemica

HATÓANYAG:

100 mg sulfinpyrazonum tablettaként

HATÁS:

A szérum húgysavszint-csökkenés alapja a tubuláris reabszorpciójának gátlása, ezáltal a renális excreció növekedése. Erélyes húgysavürítő hatás már a kezelés első pár napján figyelhető meg. Néhány hetes kezelés után csökken a köszvényes rohamok száma és intenzitása. Néhány hetes, ill. néhány hónapos kezelés után általában a tophusok és az ízület környéki lerakódások mérete csökken, és új lerakódások sem képződnek.

INDIKÁCIÓK:

Köszvény tartós kezelése, krónikus tophusos köszvény, krónikus köszvényes arthritis, szaluretikumok okozta hiperurikémia.

ELLENJAVALLATOK:

Aktív ulcus ventriculi et duodeni, súlyos máj- és vesekárosodás, szulfinpirazon- és más származékok iránti túlérzékenység, terhesség, különösen az első 3 hónap.

ADAGOLÁS:

Kezdetben naponta 1–2 tabl. (100–200 mg), amely fokozatosan emelhető. A szokásos napi adag 300–400 mg (3–4×1 tabl.). Hatástalanság esetén 600 mg (3×2 tabl.) is adható. Magasabb adagok alkalmazásakor a 200 mg hatóanyagtartalmú draszté adása javasolt. Szükség esetén a napi fenntartó adag 200 mg-ra (2×1 tabl.) csökkenthető. A tablettát mindig étkezés közben vagy tejjel kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK:

Gastrointestinális tünetek, melyek csökkenthetők a tablettát étkezés közbeni bevitelével, tejjel, antaciddal. Súlyosbíthatja, ill. reaktiválhatja a gyomorfekélyt, vérzést, bőrkíütést, vérképzőrendszeri károsodást okozhat. Hirtelen húgysav-mobilizáció miatt akut köszvényes rohamot válthat ki.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Óvatosan adható:

- antikoagulánsokkal (hatásukat fokozza),
- szalicilátokkal (hatását antagonizálja, köszvényben nem adható együtt),
- egyéb pirazonon származékokkal (növekvő túlérzékenység),
- orális antidiabetikumokkal, szulfonamidokkal (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Vesebetegeknek óvatosan adagolható. Kifejezett vesekárosodás esetén a vesefunkciókat időnként ellenőrizni kell. Súlyos vesebetegeknek ellenjavallt. Vesekövességet és vesegörcsőt okozhat különösen a kezelés elején, ezért gondoskodni kell megfelelően nagy mennyiségű folyadékfelvételtől és a vizelet alkalinizálásáról.

Időnként ugyancsak ellenőrizni kell a vérképet tartós szedés esetén.

Szulfinpyrazon túlادagolás tünetei: émelygés, hányás, hasmenés, gyomorfájás, ataxia, erőltetett légzés, görcsök, kóma.

Kezelése: Nincs specifikus antidotum. Hánytatás, gyo-mormosás, támogató kezelés (i. v. glukóz, analeptikumok).

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

A digitalizált M-mód és Doppler echocardiographia összehasonlító vizsgálata a bal kamra funkciójának megítélésében

MÁV Kórház-Rendelőintézet, Budapest, IV. Belosztály
(igazgató: Vajda György dr.)

A szerzők 27 postinfarctusos betegben és 20 egészséges emberen digitalizált M-mód és Doppler echocardiographiával vizsgálták a bal kamra systolés és diastolés funkcióját. Mindkét módszerrel el tudták különíteni az egészséges csoportot a betegtől. Szignifikánsan nagyobb volt a különbség a két csoport között, amikor Doppler jellemzőkkel ítélték meg a kamra funkcióját. 51 egészséges emberben korrelációs kapcsolatokat kerestek a digitalizált M-mód és Doppler jellemzők között. Szignifikáns összefüggéseket csak időintervallumoknál találtak. A legjobb korrelációs kapcsolatot az isovolumiás relaxációs periódus értékei mutatták. Vizsgálatukból következik, hogy a Doppler echocardiographia egyértelműen jobb módszernek tekinthető a bal kamra systolés és diastolés funkciójának a megítélésében.

A Comparative Study of Digitized M-Mode and Doppler Echocardiography in the Assessment of the Left Ventricular Function. The systolic and diastolic functions were examined using digitized M-mode and Doppler echocardiography in 27 patients with previous myocardial infarction and in 20 healthy subjects. Both methods separated well the patients from the control group but their difference was significantly greater when the ventricular function was assessed with Doppler parameters, digitized M-mode and Doppler echocardiographical results were controlled for possible correlations, but only time intervals showed significant correlations. The highest correlation was found between the values for isovolumic relaxation period. The authors conclude that Doppler echocardiography is to be preferred as a method for assessing the systolic and diastolic functions of the left ventricle.

Napjainkban a Doppler echocardiographia tekinthető a legkorszerűbb noninvasív diagnosztikus eljárásnak, mely egyaránt alkalmas a bal kamra systolés és diastolés funkciójának a megítélésére (9, 10, 11, 12, 14, 15). A módszer széles körben alkalmazzák a legkülönbözőbb aetiológiájú szívbetegségekben a kamra funkciójának megítélésére (4, 5, 19, 23). A módszert izotópos és angiocardiographiás módszerekkel összehasonlítva az eredmények kiválóan bizonyultak (14, 17). E kiváló noninvasív diagnosztikus eljárás előtt már alkalmazták az echocardiographiát a bal kamra funkciójának jellemzésére. Az 1970-es évek második felében a digitalizált M-mód echocardiographiát használták és sokszor ma is alkalmazzák a kamra funkciójának jellemzésére (1, 6, 7, 8, 16, 20).

Vizsgálatunk célkitűzése a két echocardiographiás módszer összehasonlítása volt. A bal kamra systolés és diastolés funkcióját vizsgáltuk postinfarctusos betegeken. A vizsgálat során az irodalomból ismert és széles körben alkalmazott echocardiographiás jellemzőket alkalmaztunk. Komplex M-mód echocardiographiás indexünk segítségével is vizsgáltuk a bal kamra diastolés funkcióját.

Rövidítések: $1/D \cdot dD/dt$ syst: a rövid átmérő csökkenésének maximális sebessége, $\max dD/dt$: a rövid átmérő legnagyobb növekedési sebessége, EKG, $Q-1/D \cdot dD/dt$: a Q hullámtól a derivált görbe negatív csúspontjáig tartó időintervallum, ET: ejeciósi idő, IRP: isovolumiás relaxációs

periódus, RFP: a gyors telődés időtartama, Acc: az áramlás átlagos gyorsulása, Acct: a gyorsulási idő, E/A: a kora- és késődiastolés áramlás csúcssebességeinek aránya, $1/2TR$: a diastole első felének telődési mértéke, TR_E : a koradiastolés telődési ráta.

Betegek és módszerek

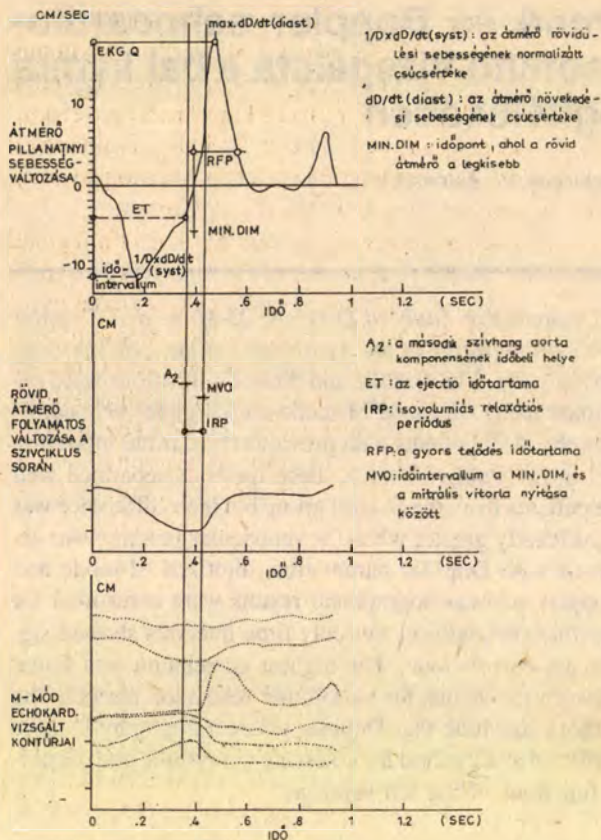
A két echocardiographiás módszert 51 egészséges ember vizsgálatával hasonlítottuk össze, akiknek életkoruk egyenletes eloszlásban 15 és 76 év között volt. A beteg bal kamra funkcióját 27 postinfarctusos betegen vizsgáltuk, átlagéletkoruk 57,1 év volt. A betegeknek talált értekeket 20 egészséges, azonos életkorú (átlagéletkor: 54,4 év) ember adataival hasonlítottuk össze. A betegeket a vizsgálat időpontjában tartós hatású nitrát készítményt és béta-blokkolót kaptak.

Az M-mód echocardiogramokat szimultán készült EKG-val és a jobb parasternalis II bordaközben felvett PKG-val, kétdimenziós echocardiographiával történt tájékozódás után a vizsgált személyek bal oldali fekvő helyzetében készítettük. A felvételeket videón rögzítettük és fotófelvételeket készítettünk. A papírsebesség 75 mm/sec volt, a vizsgálatokat Irex Meridián készülékkel végeztük. Az M-mód echocardiogramokat saját programunknak megfelelően $x-y$ digitalizáló táblán manuálisan digitalizáltuk. Az M-mód echocardiogram digitalizálását és a digitalizált M-mód echocardiogram értékelését illetően előző közleményeinkre utalunk (21, 22).

Az 1. ábra egészséges ember digitalizált M-mód echocardiogramját mutatja. Alul az M-mód echocardiogram vizsgált kontúrjai, felette a rövid átmérő folyamatos változása, legfeljebb az átmérő változásának derivált görbéje látható.

Az M-mód echocardiogram digitalizálása az EKG Q hullámánál indult és a következő Q hullámig tartott. 3 szív ciklusnak megfelelő M-mód echocardiogramot digitalizáltunk és ezek átlagértékeit használtuk.

Kulcsszavak: digitalizált M-mód, Doppler echocardiographia, összehasonlító vizsgálat, bal kamra funkció, postinfarctusos állapot.



1. ábra: Egészséges ember digitalizált M-mód echocardiogramja.

A következő M-mód echocardiographiás jellemzőket vizsgáltuk.

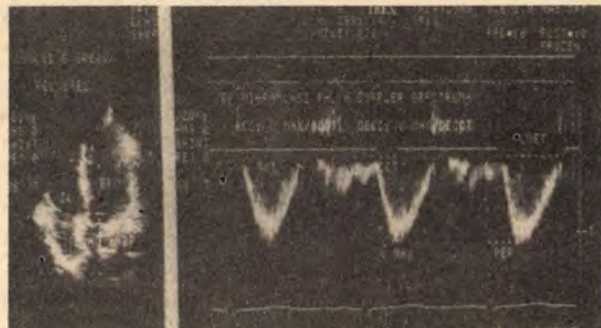
1. $1/D \times dD/dt$ syst: a rövid átmérő csökkenésének maximális sebessége systolében, amit a kamrai derivált görbe negatív csúcspontja jelez. Értékét a pillanatnyi átmérőhöz viszonyítva (normalizálva) fejeztük ki. Az irodalom a circumferentialis rost-rövidülési sebességgel azonosítja (20).
2. Max dD/dt diast: a rövid átmérő legnagyobb növekedési sebessége koradiastolében, amit a derivált görbe pozitív csúcspontja jelez. Az irodalom filling rate-nek nevezi (20).
3. EKG, Q — $1/D \times dD/dt$: az EKG Q hullámától a derivált görbe negatív csúcspontjáig tartó időintervallumot jelöli.
4. ET = ejectió idő: időintervallum, melynek kezdete az EKG Q hullámának megfelelő időpont, vége pedig az az időpont, amikor a derivált görbe systolés szakaszán a görbe csúcserőteke értékének 20%-ára csökken. Ez egészségeseknél mindig megfelel az aorta billentyű zárásának.
5. IRP = isovolumiás relaxációs periódus: a PKG A₂ pontjától a mitrális vitorla nyitásáig tart.
6. RFP = a gyors telődés időtartama: az időintervallum kezdete a legkisebb kamrai átmérőhöz tartozó időpont, vége pedig az az időpont, amikor a kamrai derivált görbeszakaszon a koradiastolés dD/dt (filling rate) maximális értékének 20%-ára csökken.
7. Komplex diastolés, M-mód echocardiographiás index: DI—Mmód

$$DI-Mmód = \frac{100 - (dD_A : D_{max} \times 100)}{IRP}$$

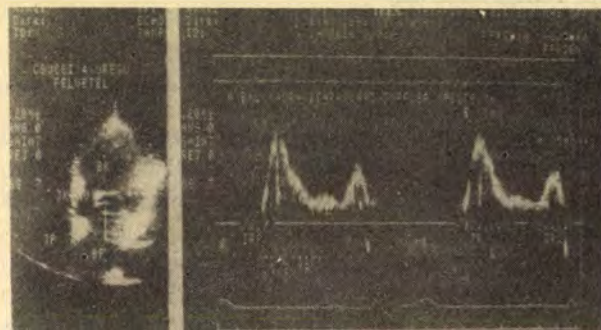
ahol: dD_A = az átmérő növekedése a pitvari kontrakció során, D_{max} = a rövid átmérő legnagyobb értéke, IRP = isovolumiás relaxációs periódus. A Doppler echocardiographiás vizsgálatokhoz pulzatilis Dopplert használtunk. A szívcsúcs felől 5 üregű

kétdimenziós kép segítségével a bal kamra kiáramlási pályájában vizsgáltuk az áramlás Doppler spectrumát. A mélységkaput közvetlenül az aorta billentyűk elé helyeztük (2. ábra).

A systolés funkciót az áramlás gyorsulásával (Acc) jellemeztük és meghatároztuk a gyorsulási időt (Acct) és az ejectio idejét (ET). A bal kamra telődését a szívcsúcs felől készített 4 üregű kétdimenziós felvétel segítségével, a mélységkaput közvetlenül a nyíló mitrális vitorlák csúcsai alá helyezve vizsgáltuk (3. ábra).



2. ábra: A bal kamra kiáramlási pályája (bal) és a kiáramlási pályában meghatározott Doppler spectrum (jobb). Rövidítések a szövegben.



3. ábra: A bal kamra beáramlási Doppler spectrumba (jobb) és a vizsgálat helye (bal). Rövidítések a szövegben.

A diastolés Doppler spectrumból a kora- és késődiastolés áramlás csúcsebességeinek arányát (E/A), a diastole első felének telődési mértékét ($1/2TR$) és a koradiastolés telődési rátát (TR_E) határoztuk meg. E Doppler jellemzőkkel, valamint az isovolumiás relaxációs periódus (IRP) meghatározásával jellemeztük a kamra diastolés funkcióját. Az említett Doppler jellemzőket a systolés és diastolés spectrumok kontúrjainak manuális digitalizálásával határoztuk meg. A vizsgált telődési ráták meghatározásához a kérdéses áramlási hullám és a teljes diastolés Doppler spectrum sebesség-idő integráljának a meghatározása szükséges. A telődési rátákat úgy kapjuk, hogy a telődési hullám sebesség-idő integráljának értékét a teljes Doppler spectrum sebesség-idő integráljának értékével elosztjuk.

Az isovolumiás relaxációs periódus meghatározásához programunk szerint a PKG A₂ pontjának digitalizálása szükséges. A systolés funkció megítélésére 15, míg a diastolés funkció megítélésére 5 szívciklusnak megfelelő Doppler spectrumot digitalizáltunk. A vizsgált ciklusok számának jelentős különbsége abból adódik, hogy a digitalizálási hibát magasabbnak találtuk a szabálytalanul görbülő vonalak manuális digitalizálása során (21).

A statisztikai vizsgálatok során egyszerű korrelációs vizsgálatokat és t próbákat végeztünk.

Nem volt különbség a postinfarctusos betegek és a kontroll egészséges csoport életkora, szívfrekvenciája, vérnyomása és a bal kamra végdiastolés vastagsága között. Ez utóbbi a diastolés funkció megítélése szempontjából volt fontos a bal kamra hypertrophia kizárása végett. A hátsó fal végdiastolés vastagsága nem különbözött szignifikánsan a két csoport között (egészséges $0,77 \pm 0,14$ cm vs beteg: $0,83 \pm 0,14$ cm). Az egészségesek és a betegek vérnyomásának diastolés értékei csaknem azonosan voltak (egészséges: $78,50 \pm 7,96$ Hgmm vs beteg: $80,48 \pm 13,0$ Hgmm).

Digitalizált M-mód és Doppler echocardiographiával ítéltük meg a bal kamra systolés és diastolés funkcióját egészséges embereknél és postinfarctusos betegeknél. Mindkét echocardiographiás módszerrel ugyanazokat a csoportokat vizsgáltuk. A vizsgálat eredményeit az 1. táblázat foglalja össze.

Mindkét vizsgáló módszerrel szignifikáns különbséget találtunk az egészséges és beteg csoportok között a bal kamra systolés és diastolés funkciójában egyaránt. A systolés funkció megítélésében lényegesen alacsonyabb fokú szignifikanciát találtunk a két csoport között, amikor a systolés funkciót digitalizált M-mód echocardiographiás módszerrel vizsgáltuk. Hasonló eredményt kaptunk a diastolés funkció megítélésénél. A komplex M-mód echocardiographiás index is alacsony szignifikancia fokon különítette el a két csoportot. Az irodalomban egyaránt használt két Doppler jellemző közül az E/A hányadost találtuk jobbnak a diastolés funkció megítélésénél.

A Doppler és digitalizált M-mód echocardiographiás jellemzők korrelációs kapcsolatait 51 egészséges emberben vizsgáltuk. A bal kamra systolés és diastolés funkcióját jellemző és konvencionálisan használt digitalizált M-mód és Doppler jellemzők között azonban nem találtunk szignifikáns összefüggést. A systolés funkció jellemzésénél a rövid átmérő csökkenésének maximális normalizált sebességét hasonlítottuk az áramlás gyorsulásához. A diastolés funkciót digitalizált M-mód echocardiographiás

módszerrel a rövid átmérő legnagyobb koradiastolés növekedési sebességével jellemeztük. Ehhez viszonyítottuk az E/A, 1/2TR és TR_E Doppler jellemzőket. Egyetlen esetben sem találtunk szignifikáns korrelációt. A két non-invasív vizsgáló módszer között az időintervallumokat meghatározó echocardiographiás jellemzők azonban szignifikáns korrelációkat mutattak (2. táblázat).

A két echocardiographiás módszer között a legjobb korrelációt az IRP értékei mutatták. Magas fokú szignifikanciát, de közepes korrelációt találtunk a két módszerrel meghatározott ejectiós idő értékei között. Alacsony fokú korrelációt és szignifikanciát észleltünk az EKG Q hullám és a derivált görbe systolés negatív csúcspontja közötti időintervallum és az áramlás gyorsulási ideje között. A diastolés időintervallumoknál ugyancsak alacsony korrelációt találtunk a gyors telődési hullám és a koradiastolés áramlás időtartamai között.

Megbeszélés

Digitalizált M-mód és Doppler echocardiographiás jellemzőkkel vizsgáltuk a bal kamra systolés és diastolés funkcióját egészséges embereknél és postinfarctusos betegeknél. Mindkét echocardiographiás módszerrel különbséget tudtunk tenni az egészséges és a beteg csoportok között. A különbségek szignifikancia foka azonban lényegesen alacsonyabb volt, amikor digitalizált M-mód echocardiographiás jellemzőkkel vizsgáltuk a bal kamra systolés és diastolés funkcióját.

Digitalizált M-mód echocardiographiás módszerrel több betegségben vizsgálták a bal kamra diastolés funkcióját. Különösen a rövid átmérő koradiastolés maximális növekedési sebességét tartják jellemzőnek (24). A rövid átmérő koradiastolés növekedési sebessége összefügg a hátsó fal és a septum koradiastolés vékonyodási sebességével (24). Ischaemiás szívbetegségben, melyre a falmozgás zavara és inkoordináltsága jellemző, az M-mód echocardiographiás jellemző értéke limitáltnak tekinthető a bal kamra diastolés funkciójának a jellemzésére. Ezt angio-

1. táblázat: A bal kamra funkciójának vizsgálata echocardiographiával

Egészségesek n = 20		Digitalizált M-mód Postinfarctusos betegek n = 27		Egészségesek n = 20		Doppler Postinfarctusos betegek n = 27	
1/DxdD/dt: X = 2,86 sec ⁻¹		X = 1,96 sec ⁻¹		Acc: X = 17,66 m/sec ²		X = 14,03 m/sec ²	
systole SD = 0,69	***	SD = 1,62		SD = 1,75	*	SD = 2,08	
dD/dt: X = 18,56 cm/sec		X = 14,81 cm/sec		E/A X = 1,46		X = 1,15	
diastole SD = 4,88	***	SD = 4,63		SD = 0,23	*	SD = 0,30	
DI-M-mód: X = 1,83		X = 1,53		1/2 TR: X = 0,60		X = 0,57	
SD = 0,44	***	SD = 0,34		SD = 0,04	**	SD = 0,05	

1/DxdD/dt (syst): az átmérő systolés rövidülési sebességének normalizált csúcserőteke, d/D/dt (diast): az átmérő diastolés növekedési sebességének csúcserőteke (telődési ráta: TR), DI—M-mód: komplex diastolés M-mód echocardiographia index, Acc: az áramlás átlagos gyorsulása, E/A: a kora- és a késődiastolés áramlás csúcsebességeinek hányadosa, 1/2 TR: a diastole első felének telődési aránya.

*p<0,001, **p<0,01, ***p<0,05

2. táblázat: Digitalizált M-mód és Doppler echocardiographia összefüggései

Jellemzők Digitalizált M-mód n = 51	Doppler	Korrelációs együttható r	Szignifi- kancia foka p	Becslési hiba SEE
EKG—Q—1/Dx dDt	Acct	0,23	0,05	0,01 sec
ET	ET	0,49	0,001	0,02 sec
IRP	IRP	0,69	0,001	0,007 sec
RFP	E hullám idő- tartama	0,24	0,05	0,02 sec

EKG—Q—1/Dx dDt: időintervallum a Q hullám és az átmérő maximális rövidülés sebességének időpontja között, ET: a kiáramlás időtartama, IRP: isovolumiás relaxációs periódus, RFP: a gyors telődés időtartama, Acct: a systolés kiáramlás gyorsulási ideje, E: a koradiastolés telődési hullám.

cardiographiával történt összehasonlító vizsgálatok is igazolják (24). Ischaemiás szívbetegségben mi nem használjuk ezt az echocardiographiás jellemzőt a bal kamra diasztolés funkciójának jellemzésére.

Komplex M-mód echocardiographiás indexünkben olyan jellemzőket használunk, melyeket közvetlenül nem befolyásol az egydimenziós M-mód sugárnyaláb által vizsgált terület falainak mozgása. A késődiastolében a kamra telődését bonyolult mechanizmusok szabályozzák. Közülük a legjelentősebbek a passzív kamrai compliance, a pitvar előterhelése a kontrakció kezdetén, a pitvar kontraktilitása és a mitrális szájadék nagysága (2). Ezek a kölcsönhatások tükröződnek a digitalizált M-mód echocardiogram késődiastolés szakaszán és nyilvánulnak meg az átmérő nagyságának késődiastolés változásában. Komplex M-mód echocardiographiás indexünk használatával is csak alacsony szignifikancia fokon tudtuk elkülöníteni egészségesek és betegek diasztolés funkcióját. Egészséges embereken végzett összehasonlító vizsgálataink során is csupán a systolés és diasztolés időintervallumok megítélésében találtunk szignifikáns korrelációt a két vizsgált módszer között. Ezek közül is igazán jó korrelációt csak az IRP értékei között találtunk.

Vizonylag kevesen hasonlították össze a digitalizált M-mód és Doppler echocardiographia értékét a bal kamra funkciójának a megítélésében. E közlemények azonban egyértelműen rossz korrelációs összefüggésekről számolnak be a két vizsgált módszer között (3, 18). Ez adódhat részben abból is, hogy nem teljesen azonos echocardiographiás jellemzőket hasonlítottak össze (18). A legdöntőbb különbség azonban a két vizsgált eljárás módszerében keresendő. A digitalizált M-mód echocardiogram inter- és intraobserver reprodukálhatósága egyaránt rosszabb a Doppler vizsgálat reprodukálhatóságánál (13, 18). Előző vizsgálataink során a digitalizált M-mód echocardiographiánál magát a digitalizálás reprodukálhatóságát időintervallumok esetén jónak, míg a sebesség paraméterek esetén gyengébbnek találtunk (21). Ezt jelen vizsgálatunk is megerősíti, melynek során kizárólag csak az időintervallumok esetében találtunk szignifikáns korrelációt a Doppler echocardiographiás jellemzőkkel.

Vizsgálatunkból következik, hogy a Doppler echocardiographia egyértelműen jobb módszernek tekinthető a bal kamra funkciójának megítélésében. A két vizsgált eljárás közötti különbség elsősorban a digitalizált M-mód echocardiographia módszerének relatív pontatlanságában keresendő.

IRODALOM: 1. Chen, W., Gibson, D. G.: Relation of isovolumic relaxation to left ventricular wall movement in man. *Br. Heart J.* 1979, 42, 51. — 2. Choong, C. Y., Abascal, V. M., Thomas, J. D. és mtsai: Combined influence of ventricular loading and relaxation on the transmitral flow velocity profile in dogs measured by Doppler echocardiography. *Circulation.* 1988, 78, 672. — 3. Douglas, P. S., Muhammed, A., Reichek, N.: Detection of diastolic abnormalities in hypertension. (abstr) *Circulation.* 1985, 72, suppl III., III—131. — 4. Fukui, J., Yoshizumi, Y., Sawada, H. és mtsai: Noninvasive assessment of left and right ventricular filling in myocardial infarction with a two-dimensional Doppler echocardiographic method. *J. A. C. C.* 1985, 5, 1155. — 5. Gardin, J., Drayer, J., Weber M. és mtsai: Doppler echocardiographic assessment of left ventricular systolic and diastolic function in mild hypertension (abstr) *J. A. C. C.* 1985, 5, 414. — 6. Gibson, D. G., Traill, T. A., Hall, R. J. C. és mtsai: Echocardiographic features of secondary left ventricular hypertrophy. *Br. Heart J.* 1979, 41, 54. — 7. Hall, R. J. C.: Digitised M-modes, the clinical Yield. in: *Digital techniques in echocardiography* ed. Roelandt, J. Martinus Nijhoff Publishers. Dordrecht (Boston) Lancaster. 1987, 123—132. — 8. Hanrath, F., Mathey, D. G., Siebert, R. és mtsai: Left ventricular relaxation and filling pattern in different forms of left ventricular hypertrophy: an echocardiographic study. *Am. J. Cardiol.* 1980, 45, 15. — 9. Hunstmann, L. L., Stewart, D. K., Barnes, S. R. és mtsai: Noninvasive Doppler determination of cardiac output in man. *Clinical validation.* *Circulation.* 1983, 67, 593. — 10. Lengyel M.: Echokardiográfia. (második átdolgozott kiadás) *Medicina.* Budapest, 1988, 53—58. o. — 11. Lengyel M.: Echokardiográfia (második, átdolgozott kiadás) *Medicina.* Budapest, 58—63. o. — 12. Lewis, J. F., Kuo, L. C., Nelson, J. G. és mtsai: Pulsed Doppler echocardiographic determination of stroke volume and cardiac output: clinical validation of two new methods using the apical window. *Circulation.* 1984, 70, 425. — 13. Pollick, C., Fitzgerald, P., Popp, R. L.: Variability of digitized echocardiography: size, source, and means of reduction. *Am. J. Cardiol.* 1983, 51, 576. — 14. Rokey, R., Kuo, L. C., Zoghbi, W. A. és mtsai: Determination of parameters of left ventricular diastolic filling with pulsed Doppler echocardiography: comparison with cineangiography. *Circulation.* 1985, 71, 543. — 15. Sabbah, H. S., Khaja, F., Brymer, J. F. és mtsai: Noninvasive evaluation of left ventricular performance based on peak aortic blood acceleration measured with a continuous wave Doppler. *Circulation.* 1986, 74, 323. — 16. Sanderson, J. E., Traill, T. A., St. John Sutton, M. G. és mtsai: Left ventricular relaxation and filling in hypertrophic cardiomyopathy. An echocardiographic study. *Br. Heart J.* 1978, 40, 596. — 17. Spirito, P., Maron, B. J., Bonow, R. O.: Noninvasive assessment of left ventricular diastolic function: comparative analysis of Doppler echocardiographic and radionuclide angiographic techniques. *J. A. C. C.* 1986, 7, 518. — 18. Spirito, P., Maron, B. J., Bellotti, P. és mtsai: Noninvasive assessment of left ventricular diastolic function: comparative analysis of pulsed Doppler ultrasound and digitized M-mode echocardiography. *Am. J. Cardiol.* 1985, 58, 837. — 19. Snider, R. A., Gidding, S. S., Rocchini, A. P. és mtsai: Doppler evaluation of left ventricular diastolic filling in children with systemic hypertension. *Am. J. Cardiol.* 1985, 56, 921. — 20. St. John Sutton, M. C., Tajik, A. J., Gibson, D. G. és mtsai: Echocardiographic assessment of left ventricular filling and septal and posterior wall dynamics in idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. *Circulation.* 1978, 57, 512. — 21. Szabóki F., Márcz I., Wessely M. és mtsai: A bal kamra relaxációjának, telődésének és falmozgásának vizsgálata egészségeseken számítógépes M-mód echocardiográfiával. A

módszer ismertetése és reprodukálhatóságának vizsgálata. Kórház és Orvostech. 1988, 26, 1. — 22. Szabóki F.: A számítástechnika alkalmazása az echokardiográfiában. Számítástechnika és kardiológiai alkalmazása. Szerk.: Antalóczy Z. Medicina Budapest, Kiadás alatt. — 23. Tükenaka, K., Dabestani, A., Gardin, J. M. és mtsai: Left ventricular filling in hypertrophic cardiomyopathy: a pulsed Doppler echocardiographic study.

J. Am. Coll. Cardiol. 1986, 7, 1263. — 24. Traill, B. M., Gibson, D. G.: Left ventricular relaxation and filling: study by echocardiography. In: Progress in cardiology. ed: Yu, P. N., Goodwin, J. F. Lea and Febiger, Philadelphia, 1979, 39—72.

(Szabóki Ferenc dr. Budapest, Rudas L. u. 111. 1062)

TOBANUM TABLETTA

Viszonylag tartós hatású, nem kardioszelektív béta-adrenerg receptorblokkoló, a farmakológiai és a klinikai vizsgálatokban a propranololnál 3-10-szer hatékonyabb.
Egy tabletta 5 mg cloranololum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

- hipertónia esetén önmagában vagy szaluretikummal,
- angina pectoris,
- különböző szívritmuszavarok,
- esszenciális keringési hyperkinesis,
- hypertrophias obstruktív cardiomyopathia,
- hyperthyreosisban (adjuváns kezelésként).

Abszolút ellenjavallata a digitálisszal és diuretikummal nem kompenzálható keringési elégtelenség, beteg sinuscsomó szindróma, másod- és harmadfokú atrioventricularis block, metabolikus acidózis, asthma bronchiale, ill. egyéb eredetű súlyos obstruktív légzési elégtelenség, bradycardia. Elegendő tapasztalat hiányában terheseknek való adása nem javallt. Relatív ellenjavallata még claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma.

ADAGOLÁSA: Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2-3 x 1/2 tabl.

A betegség súlyosságától függően adagja másod-harmadnaponta emelhető a kívánt hatás eléréséig. Átlagos napi adagja 10-20 mg, maximálisan 45 mg. A mellékhatások közül a leggyakoribb a bradycardia, keringési elégtelenség, obstruktív légzészavar, claudicatiós panaszok fokozódása az adag csökkentésével megszűnethető.

A nausea, diarrhoea, álmatlanság a kúraszerű adagolása során spontán megszűnhet.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK: Kombinációs kezelés során az együtt adott egyéb vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel egymás hatását erősítik.

Fokozott óvatossággal adható

- katecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel és adrenerg neuronbénítókkel,
- inzulinval és orális antidiabetikummal.

FIGYELMEZTETÉS: Tartós Tobanum-kezelés elhagyása csak fokozatosan, orvosi ellenőrzés mellett történhet.

Labilis és inzulinigénylő diabetesben a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges, és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Microsystem az egészségügyért!

Az automatizált kórház (rendelőintézeti) adminisztráció megteremtéséhez kisszövetkezetünk ajánlata:

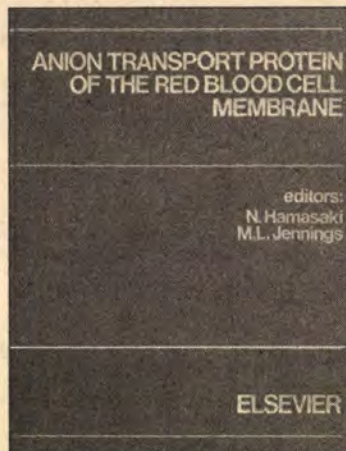
Integrált kórházi információs rendszer	MicKOR
Betegfelvételi rendszer	MicFEL
Laboratóriumi rendszer	MicLAB
Osztályos dokumentálórendszer	MicDOK
Körzeti orvosi rendszer	MicDOKI
Készletgazdálkodási rendszer	MicGAZD
Állóeszköz-gazdálkodási rendszer	MicÁGI
Főkönyvi könyvelés	MicFOK
Folyószámla-könyvelési rendszer	MicRIVER
Bér- és munkaügyi rendszer	MicBÉR

A programok futtatásához szükséges PC XT/AT számítógépeket és hálózatokat raktárról szállítjuk.
Betanítás, szerviz, referenciák

Az egészségügy is — számíthat ránk a számítástechnikában

Új címünk: MICROSYSTEM 1122 Bp., Városmajor u. 74. Tel.: 1-565-366 — Telex: 22 3768 145 — Fax: 1-559-296





Vörösvértestmembrán aniont transzportáló proteinje

Szerkesztette: N. Hamasaki és M. L. Jennings — Kiadó: Elsevier

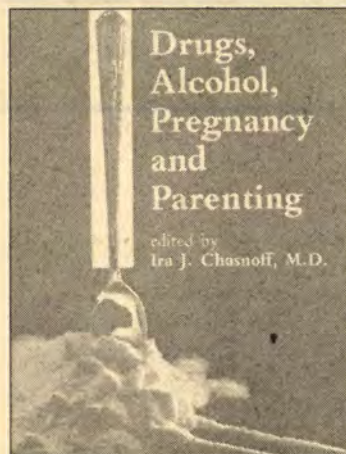
A kötetben szereplő tanulmányok a Fukuokai Egyetemen az 1989. május 1–3. között megrendezett „Vörösvértestmembrán Anion Transzportáló Proteinje” című Nemzetközi Konferencián hangzottak el. A gyűlés megtartását a Fukuokai Egyetem Alapítványa, az Orvosi Egyetem végzett növendékei és Mr. Akira Moriyama nagyvonalú támogatása tette lehetővé.

A konferencia megtartását az eritroid és nem-eritroid sejtek aniont cserélő proteinjeinek kutatása terén elért legújabb eredmények tették szükségessé. A vörösvértestmembránon keresztül történő gyors anioncserét bizonyító első megfigyelést 100 évvel ezelőtt közölték. 50 évvel ezelőtt Roughton írta le a klór-bikarbonát-csere szerepét a szénmonoxid szállításban. Három laboratóriumban végzett kémiai jelzett vizsgálatok eredményeképpen azonban csak 15 évvel ezelőtt sikerült meghatározni azt a fehérjét, ami az anioncserét katalizálásért felelős. A fehérje, amit a 3. sáv vagy kapnoforin néven ismernek, a vörösvértestmembrán fő lényeges alkotórésze. Mivel ez a fehérje nagy mennyiségben van jelen és a vörösvértest igen alkalmas a transzport alapos tanulmányozására, a vörösvértest-aniont cserélő fehérje egyik legjobban jellemzett transzportprotein. Annak ellenére, hogy még sok részlet homályos, ismereteink állandóan bővülnek a fehérje topográfiáját, más fehérjékkel való interakcióit, kinetikáját és a transzportaszimmetriáját, valamint a speciális aminosavmaradékok transzportkatalízisben játszott szerepét illetően.

Az elmúlt években nagy haladást jelentett a rekombináns DNS technológia alkalmazása az aniont szállító fehérjék tanulmányozásához. Egér-, csirke- és emberi cDNS-t kódoló 3. sáv klónját elő tudták állítani és sorrendjét meg tudták határozni, valamint az egér 3. sávjának DNS genomját. Gyors előrehaladás volt tapasztalható a mutagenézis-vizsgálatokban a 3. sáv génexpressziójának helymeghatározásával. A cDNS „probe” eljárásokkal és a 3. sáv ellenes ellenanyagok segítségével lehetővé vált a homológ fehérjék azonosítása a nem-eritroid szövetekben. Jelenleg beha-

tóan tanulmányozzák ezeket a fehérjéket a sejtek fiziológiájában játszott szerepeit.

A konferencia megszervezésének az volt a célja, hogy olyan kutatókat hívjon össze, akik igen különböző megközelítésből tanulmányoznak egy szűk meghatározott területet; az aniont cserélő proteineket. Az eredmény az adatok és gondolatok élénk cseréje volt. A szervezők köszönettel tartoznak valamennyi résztvevőnek és professor Akira Omachinak (Chicago, Illinois Egyetem — University of Illinois at Chicago —), valamint számos a Fukuokai Egyetemhez tartozó egyénnek, akik sok tekintetben segítettek elő a szimpózium megszervezését.

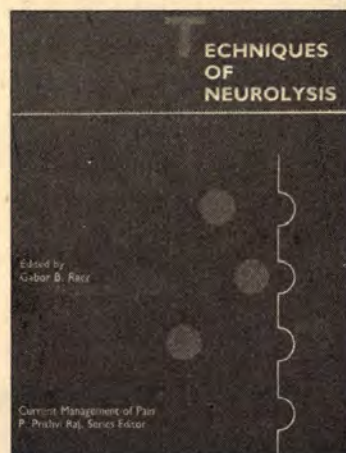


Kábítószer, alkohol, terhesség és anyaság

Szerkesztő: dr. Ira J. Chasnoff
Kiadó: Kluwer Academic Publishers

A könyvről:

A „Kábítószer, alkohol, terhesség és anyaság” című átfogó tematikájú kézikönyv útmutatóul szolgál mindazon egészségügyi szakemberek számára, akik az egészségre káros szerek szedő terhesek gondozásában, kezelésében részt vesznek. A könyv írói a csecsemő- és gyermekgyógyászat, szülészet, perinatológia, közjólét, gyermektáplálkozás és fejlődés, és közegészségügy terén dolgozó vezető beosztású kutatók, gyakorló orvosok és szakemberek, akik a témával kapcsolatban rendelkezésre álló legteljesebb és legújabb ismereteket közlik. A könyv fő témája: hogyan befolyásolja az anya káros mértékű gyógyszerfogyasztása a csecsemő későbbi fejlődését és mennyiben képesek a beavatkozási és a megelőzési programok ezeket a hatásokat csökkenteni. Az ebben a könyvben olvasható ismeretek jól egészíthetők ki azokat az alapvető ismereteket, melyeket dr. Chasnoff a „Gyógyszerhasználat terhesség alatt; anya és gyermek” című könyvében közölt. De egymagában is értékes segítséget nyújt a gyakorló orvosok és különböző szervezetek számára a kábítószer anyák és kisgyermekük részére megtervezendő átfogó, multidiszciplináris programok kidolgozásában. Ezenfelül gyakorlati adatokat közöl azokra a speciális gyermeknevelési módszerekre vonatkozóan, melyeket ebben a gyermekpopulációban kell alkalmazni.



Neurolízis-technikák

Szerkesztő: Gabor B. Rac

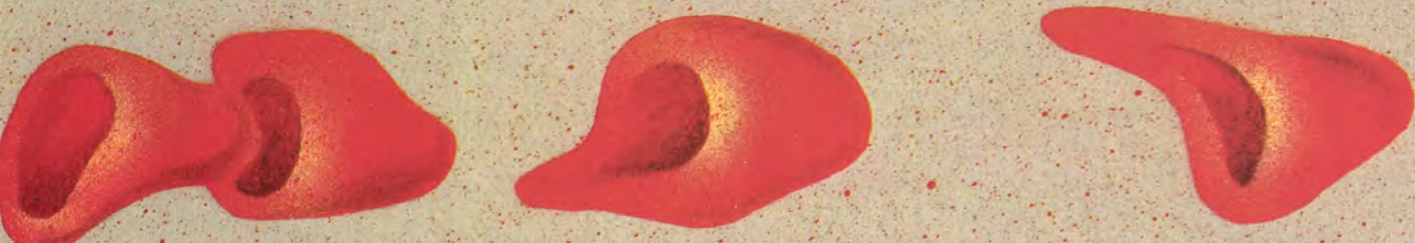
Modern fájdalomcsillapítás

Sorozat szerkesztője: P. Prithvi Raj — Kiadó: Kluwer Academic Publishers

A krónikus fájdalom csillapításához ismerni kell és/vagy rendelkezni kell számos olyan hatásos terápiás módszerrel, melyek nem okvetlenül állnak a rendelkezésre azoknak a gyakorló orvosoknak, akik komplex orvosi problémától szenvedő betegeket kezelnek. A krónikus fájdalomtól szenvedő beteget orvosnak ismernie kell a beteg fájdalomának etiológiai, patológiai és pszichológiai hátterét, valamint ezen tényezők közötti interakciókat. Az ismereteink aránylag nagymértékű bővülése eredményeképpen javul a beteg ellátása és javulnak az eredmények a beteg szempontjából akár jóindulatú, akár rosszindulatú elváltozás okozza a fájdalmas állapotot.

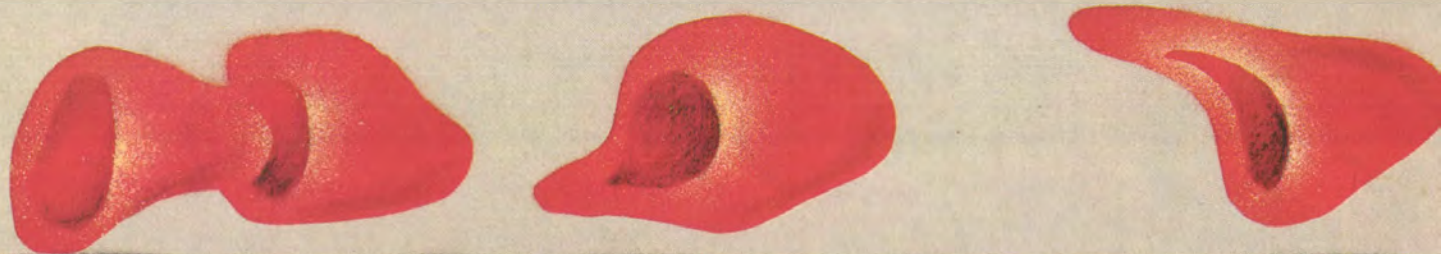
A krónikus fájdalom csillapítására alkalmazott neurolitikus technikákkal kapcsolatos legfontosabb szempont, hogy ezek a beteg számára veszélytelenek és megfelelőek legyenek. A gyakorló orvosnak lépést kell tartania a haladással, kapcsolatot kell fenntartania a beteg előzőleg kezelőjével, képesnek kell lennie arra, hogy meggyőző bizonyítékok birtokában módszert változtasson, elavult technikákat hagyjon el és helyettük új technikákat vezessen be.

A „Neurolízis-technikák” szerzői valamennyien elismert szaktudású gyakorló orvosok, és a könyvben ismertetett valamennyi módszert jelenleg alkalmazzák a fájdalom csillapítására. A könyv gyakorlati útmutatással szolgál, figyelembe véve az esetleges komplikációkra és utal az előre látható és remélhető eredményekre.



®Trental 400





[®]Trental 400

H 800

**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 (emlékezettil 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, 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 (angioneurotikus 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.

Gyógyszerkölcsönhatások: Óvatosan adható: — vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás) — inzulinval, 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. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Csomagolás: 100 drg

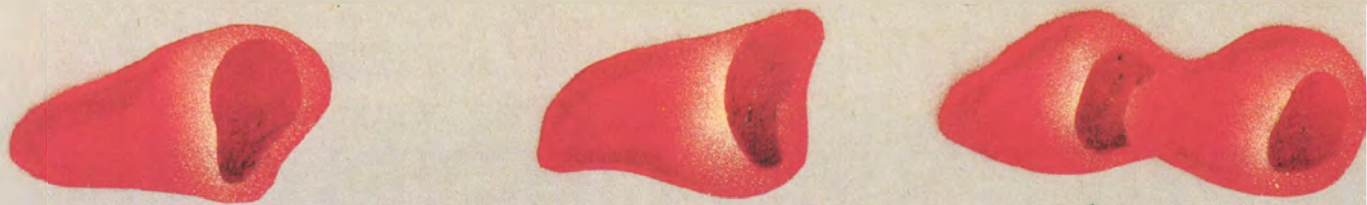
Előállítja: CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

1045 Budapest, Tó u. 1/5

Hoechst AG. Frankfurt am Main (NSzK) licence alapján

® = Hoechst A. G. — NSzK bejegyzett védjegye


CHINOIN



Végh Zsolt dr.
és Gacs Mária dr.

A coagulase-negatív staphylococcusok nyáktermelésének és kórokozó szerepének összefüggése

Veszprém Megyei KÖJÁL, Mikrobiológiai Laboratórium

A coagulase-negatív staphylococcusok kórokozó szerepe a különböző, elsősorban műanyag eszközök alkalmazásával, beültetésével kapcsolatos infekciókban ma már nem kétséges. A törzsek nyák- (slime) termelő képessége a patogenitásnak egyik fontos tényezője. A szerzők 117 klinikai eredetű vizsgálati anyagból származó coagulase-negatív staphylococcus törzs nyáktermelő képességét és antibiotikum érzékenységét vizsgálták. A kórokozónak tekintett törzsek között a nyáktermelés gyakorisága mintegy háromszor nagyobb volt, mint a kontaminánsok között. A 26 kórokozó coagulase-negatív staphylococcus törzs 10 betegből származott, akik közül 8-nál műanyag eszközös beavatkozás szerepelt az anamnézisben. Az antibiotikum érzékenységi vizsgálatok eredményei alapján a baktériumoknak összesen 22,2%-a volt multirezisztens, de ezek a törzsek is kivétel nélkül érzékenyek bizonyultak a vancomycinnel szemben.

Slime production and antibiotic resistance of coagulase-negative staphylococci, associated with device-related infections. Coagulase-negative staphylococci have been increasingly recognized as pathogens in patients with indwelling medical devices. Slime production may be an important virulence factor. Slime production and antibiotic susceptibility were studied of 117 coagulase-negative staphylococci isolated from clinical specimens. The frequency of slime production among 26 coagulase-negative staphylococci was about three times higher than among 91 isolates regarded as contaminants. The former strains were isolated from 10 patients, 8 of which had device related infections. Multiply resistant cultures occurred in 22,2%, but all strains were susceptible to vancomycin.

A Micrococcaceae családba tartozó coagulase-negatív staphylococcusok (CNS) a természetben szinte mindenhol fellelhető, általában apatogén mikroorganizmusok. Ezek a baktériumok a bőr, a nyálkahártyák normál flórájának állandó tagjai, és kimutathatók kórházi környezetből, különböző tárgyak, textíliák, nem steril eszközök felületéről is (17, 18). A bőrön át nyert vagy a testfelszínnel érintkező, bakteriológiai vizsgálatra küldött anyagokban előfordulásukat korábban egyértelműen a mintavétel során bekövetkező kontaminálódás következményének tulajdonították.

Napjainkban egyre több, hosszú ideig apatogénnek tartott baktériumról (CNS-ok, corynebacteriumok) ismerik fel, hogy bizonyos körülmények között képes a szervezet megbetegítésére. Előfordulásuk elsősorban olyan betegekben valószínű, akik csökkent ellenállóképességűek, immunosuppresszív terápiában részesülnek, vagy az orvosi gyakorlatban egyre jobban tért hódító műanyag ér, ízületi stb. pótlást viselnek. A tartósan beültetett műanyag katéterek, peritoneális dialízis katéterek által okozott fertőzések nagy része a CNS-oknak tulajdonítható (3, 7, 9, 11, 14, 15, 20, 30).

A betegektől levett vér, sebváladék és egyéb mikrobiológiai vizsgálatra kerülő anyagokból kitenyésztő CNS-ok kórokozó szerepének klinikai értékeléséhez a mikrobiológusok a baktérium olyan sajátosságait igyekeznek felderí-

teni, amelyek patogén voltát megerősíthetik. Az eddigi vizsgálatok alapján ilyen patogenitási faktornak tűnik a CNS-ok nyáktermelő képessége. A baktériumnak az a tulajdonsága, hogy egy extracelluláris „slime” anyagot termel, elősegíti megtapadását a sima műanyag felszínen, gátolja az antibiotikumok hatását és a szervezet védekezési reakcióját (2, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 25).

Anyagok és módszerek

Baktériumtörzsek: Munkánkhoz Veszprém megye kórházaiból mikrobiológiai vizsgálatra beküldött vérből, sebváladékból és egyéb anyagokból színtenyészetben kinőtt CNS törzseket használtunk fel.

Biokémiai vizsgálatok: A coagulase próbát plasmaagglutinációs módszerrel tárgylemezen a kötött, csőben a szabad és a kötött coagulase enzim kimutatására elvégeztük (16). A baktériumtörzsek species szerinti identifikálását a „Járványügyi és Klinikai Bakteriológiai – Módszertani Útmutató”, valamint annak kiegészítő cikke alapján előírt biokémiai vizsgálatokkal végeztük (16, 17).

Nyáktermelés vizsgálata: A nyák- (slime) termelő képességet a Christensen által leírt módszerrel mutattuk ki (4). Új, kimosott és zsírtalanított Widal-csővekbe kimért 2 ml tripkazinos szójalevesbe oltottuk a vizsgálandó baktériumtörzset 24 órás tenyésztésének mákszemnyi mennyiségét. 48 óráig 37 °C-on történt inkubálás után a tápoldatot kiöntöttük, a csöveket fiziológiás NaCl oldattal kétszer átöblítettük, safraninnal 5 percig festettük, majd csapvízzel átmostuk.

Értékelés: Pozitívnak tekintettük a próbát, ha a kémcső falát egyenletes rétegben borította a megfestődött nyálkaréteg. A tápoldat levegő határán képződött gyűrűt, valamint a kémcső falán elszórtan jelentkező néhány plakkot negatív eredményként (slime negatív) értékeltük.

Antibiotikum érzékenységi vizsgálatok: A törzsek antibioti-

Rövidítések: CNS = coagulase-negatív staphylococcus

kum érzékenységet korongdiffúziós módszerrel agarlemezen Human „Resistest” korongokkal végeztük az „Útmutató” előírásai szerint (16).

Eredmények

A vizsgálat időtartama alatt, 1987. januártól augusztusig beérkezett anyagokból összesen 117 esetben tenyésztettünk ki színtenyészetben CNS-t. A legtöbb törzs vér, sebváladék és különböző drain, valamint katéter mintákból származott (1. táblázat). A Christensen-féle slime-teszt szerint a törzseknek összesen 37,4%-a volt pozitív. Nyákttermelő képességük alapján összehasonlítva a kórokozónak tartott és a valószínű kontamináns törzseket, a kórokozó CNS-ok között jóval gyakoribb volt ez a tulajdonság, a kapott 73,1%-os arány $P < 0,01$ szignifikancia szinten különbözött a kontamináns esetekben kimutatott 27,5%-os gyakoriságtól.

1. táblázat: A klinikai anyagokból izolált coagulase-negatív staphylococcus törzsek vizsgálati anyag szerinti megoszlása, nyákttermelése

Anyag	Törzsek száma	Kórokozók				Kontaminánsok					
		S. epidermidis		S. hominis		S. epidermidis		S. hominis		Egyéb specíesek	
		+	+	+	—	Nyákttermelés		+	—	+	—
Vér	36	4	4	2	—	4	10	—	8	1	3
Sebváladék	47	8	1	—	—	7	9	2	12	2	6
Drain és kanül	18	2	—	—	—	6	4	—	4	—	2
Punctatum	6	1	1	—	—	—	2	—	1	1	—
Trachea	4	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Vizelet	6	—	—	—	—	—	2	2	—	—	2
Összesen	117	17	7	2	—	17	27	4	26	4	13

Míg a kontaminánsnak tartott törzsek között az egyéb staphylococcusok (*S. hominis*, *S. haemolyticus*, *S. warneri*, *S. simulans*, *S. capitis*, *S. cohnii*, *S. hyicus*, *S. xylosus*) összességükben a *S. epidermidissel* közel azonos arányban fordultak elő, addig a kórokozó törzsek kettő kivételével mind ez utóbbi specíesbe tartoztak.

A CNS-ok antibiotikum érzékenységet hat, a Gram-pozitív coccusokra ható és a gyakorlatban általában alkalmazott antibiotikummal szemben vizsgáltuk. A kapott eredményeket a 2. táblázatban foglaltuk össze. Leghatásosabb antibiotikumnak a cefamandol és a vancomycin találtuk, ez utóbbival szemben minden törzs érzékeny volt. Összesen 26 izolátum mutatott négy vagy több antibiotikummal szemben rezisztenciát, ezeket multirezisztens CNS-nak tekintettük. A multirezisztens törzsek 48%-a *S. epidermidis* volt.

A 3. táblázatban tüntettük fel annak a tíz betegnek az adatait, akiknél a CNS nagy valószínűséggel kórokozónak szerepelt. Ezt alátámasztotta a törzsek származási helye, ismételt előfordulása, magas csíraszám. A betegek

között nyolc olyan személy található, akinek az anamnézisében valamilyen műanyag eszköz, drain, shunt szerepel.

Megbeszélés

A CNS-ok kórokozó szerepének megítélése lényeges, de nem egyszerű feladat. Ma már nem kétséges, hogy a műanyagból készülő protézisekkel, katéterekkel, shuntokkal összefüggő fertőzésekben mint lehetséges patogének fontos szerepet játszanak (3, 7, 9, 10, 14, 19, 30).

A vizsgálati anyagokból kitenyésztett CNS-ok klinikai jelentőségének megítéléséhez több tényező együttes mérlegelése szükséges. A CNS-t akkor lehet nagy valószínűséggel kórokozónak tekinteni, ha a betegnek több, különböző eredetű, vagy különböző időpontokban levett azonos vizsgálati anyagából (haemocultura, sebváladék, liquor, drain stb.) ugyanabba a specíesbe tartozó, azonos antibiotikum érzékenységgű törzsek tenyésznek ki (6, 7, 12, 15,

2. táblázat: A coagulase-negatív staphylococcusok antibiotikum érzékenysége

Antibiotikum	Érzékeny	Mérsékelten érzékeny	Rezisztens
Erythromycin	67 (57,3)	0	50 (42,7)
Oxacillin	80 (68,4)	21 (17,9)	16 (13,7)
Clindamycin	91 (77,8)	6 (5,1)	20 (17,1)
Gentamicin	63 (53,8)	27 (23,1)	27 (23,1)
Cefamandol	103 (88,0)	12 (10,3)	2 (1,7)
Vancomycin	117 (100)	0	0

21). Igazolja a baktérium kórokozó szerepét, ha a klinikai kép, a laboratóriumi paraméterek összhangban vannak a mikrobiológiai vizsgálatok eredményeivel (6, 7, 8, 14).

Az infekció kialakulásának egyik fontos feltétele a mikroba adhéziója. Bayston és munkatársai már 1972-ben leírták Holther-shuntot viselő betegek fertőzését *Staphylococcus epidermidissel* (3). A szerzők felhívták a figyelmet a törzsek ama sajátosságára, hogy a mikrobák nyákos (slime-nak elnevezett) anyag termelése mellett képesek

3. táblázat: A coagulase-negatív staphylococcusok okozta infekciók

Sor-szám	Név	Életkor	Klinikai kép	Vizsgálati anyag	Műanyag eszköz
1.	M. R.	12	hydrocephalus	4 haemocultura	beültetett shunt
2.	L. K.	60	Billroth II. műtétet követő sepsis	haemocultura sebváladék trachea vál.	drain, kanül, endotrachealis tubus
3.	K. J.	65	subduralis haematoma, sepsis	haemocultura kanül 2 trachea vál.	kanül, endotrachealis tubus
4.	G. S.-né	30	bronchopneumonia	2 haemocultura	—
5.	T. Z.	55	pneumonia sepsis	2 haemocultura	kanül
6.	S. J.	62	polytraumatizált beteg	redon sebváladék	katéter, redon
7.	K. J.-né	57	amputatio femoris	2 sebváladék	drain
8.	K. Z.	25	műtét utáni infekció	2 térdpunctatum	drain
9.	Cs. F.	35	fractura cruris	3 sebváladék	drain
10.	S. J.	45	immundeficiencia	2 sebváladék	—

megtapadni és szaporodni a shuntók felszínén. Véleményük szerint a baktériumnak ez a képessége felelőssé tehető a fertőzés kialakulásáért. Bayston-ék feltevését azóta több szerző munkája is megerősítette (4, 7, 14, 27).

Megyeinkben a vizsgálatok megindítása óta eltelt időszak alatt két shunt infekció fordult elő. Mindkét betegből több esetben és több anyagból sikerült a *Staphylococcus epidermidis* kitenyésztenünk. Az első beteg anyaga jelen tanulmányunkban is szerepel (3. táblázat I. eset). A két eset részletes ismertetésére egy későbbi közleményünkben kívánunk visszatérni.

A különböző tanulmányok szerint a műanyag eszközzel összefüggő infekciók 36–80%-a tulajdonítható a CNS-oknak, és ezekben az esetekben a nyáktermelő törzsek dominanciája figyelhető meg (1, 4, 13, 14, 29). A kórokozónak tekintett törzsek slime termelését az egyes szerzők vizsgálataikban meglehetősen eltérő gyakoriságúnak találták. Christensen intravénás katéterrel összefüggő fertőzésekből izolált 35 CNS törzsének 63%-a bizonyult slime pozitívnak (4). Barcs a klinikailag szignifikáns CNS-ok 65%-át találta nyáktermelőnek (2). Más szerzők szilikon katétert viselő, ill. septicaemiás betegekben izoláltak CNS-t, s ezek 87–91%-a volt slime pozitív (13, 28). Saját klinikai anyagunkban a 10 staphylococcus infekcióban szenvedő betegből kitenyészett 26 CNS-ból 19 (73,1%) rendelkezett ezzel a tulajdonsággal.

Bár az eddigi vizsgálatok tükrében a baktériumok nyáktermelő képességének a patogenezisben szerepe van, azonban ennek mechanizmusa, a patogenitás és a nyáktermelés közötti pontos összefüggés ma még tisztázatlan (1). Feltehetően az adhézió és a nyáktermelés olyan multifaktoriális folyamat része, melyben a fizikai és fiziológiai tényezők együttes hatásának eredményeként jön létre a kolonizáció, a fertőzés. A folyamatban szerepe van a műanyag eszköz egyenetlenségeinek, a mikrorepedéseknek, mint olyan helyeknek, amelyek a megtapadáshoz alkalmas felületet biztosítanak (4, 5, 23, 24). A mikrobák kolonizációját azonban nem akadályozza meg a különböző eljárásokkal tökéletesen simává tett felületű eszközök (heparinozott, teflon, szilikon) katéterek alkalmazása sem (22, 26). Elősegíti a baktérium megtelepedését a törzsek hidrofób jellege, valamint a különböző szöveti anyagokhoz, fibronectinhez, glikoproteinekhez való affinitásuk (19, 22, 25, 29).

A CNS-ok adhéziójának vizsgálata a kvalitatív módszernek tekinthető slime teszt mellett gyakran alkalmazott eljárás még, a mikrotiter-lemezben végzett tenyésztés után, a megfestődött nyálkaréteg színintenzitásának fotometriás mérése (2, 5). Ez a metodika, amelyet laboratóriumunkban nem volt módunk bevezetni, bizonyos mennyiségi következtetések levonására is alkalmas.

A legújabb összehasonlító vizsgálatok szerint úgy tűnik, hogy a nyáktermelés és a baktérium adhézió sajátosága nem teljesen azonos tulajdonság. Younger vizsgálatai szerint a nyáktermelő törzsek mindegyike adhézióhoz bizonyult, ezzel ellentétben az adhézió törzsek között olyanok is előfordultak, melyek megtapadása a mikrotiter-lemez falán fotometriásan mérhető volt, de slime-ot nem termeltek (14).

Noha jelenleg mintegy 20 különböző CNS species ismert és a vizsgálati anyagokból közülük nem egy izolálása megtörténik, azonban a kórokozó törzsek döntő többsége a saját vizsgálataink szerint is a *S. epidermidis* speciesbe tartozik (1. táblázat). Az in vivo és in vitro vizsgálatok szerint a *S. epidermidis* nagyfokú adhéziós képességgel rendelkezik, és ellenállóbb a phagocytosis-sal szemben, mint más CNS speciesek (1, 14). A mikroorganizmusnak ezen tulajdonságai hozzájárulnak nagyfokú rezisztenciájához, biztosítják a szervezet természetes védekező mechanizmusával és az antibiotikumok hatásával szemben a kórokozó túlélését. Ennélfogva a slime termelő CNS-ok okozta fertőzések leküzdése számos nehézséggel jár.

Egyes közlemények szerint a műanyag eszköz eltávolítása nélkül, kizárólag antibiotikus kezeléssel sikerült gyógyulást elérni (28, 30), azonban az esetek többségében a kezelés elhagyása után relapsus következett be. A beültetett shunt, szívbiliptű-műtétekhez társuló endocarditisek esetében a CNS fertőzést az idegentest eltávolításával, és az ezzel együtt alkalmazott antibiotikus kezeléssel sikerült leküzdíteni (7, 14, 15). Davenport adatai szerint antibiotikus terápia az esetek 32%-ában volt eredményes, ha a kezelést az idegentest eltávolításával egészítették ki, 100%-os hatékonyságot értek el (6).

A súlyos fertőzést okozó CNS-ok között egyre gyakoribb a több antibiotikummal szemben is rezisztens törzs (10, 19). Saját anyagunkban a CNS-ok 22,2%-át találtuk az általunk vizsgált 6 antibiotikum közül legalább 4-gyel

szemben rezisztensnek. A multirezisztens baktériumok okozta fertőzések, feltehetően a kórházi környezetben persistáló törzseknek tulajdonítható iatrogén infekciók. A közös forrás igazolásához, ahol erre mód van, az azonos speciesbe tartozó és azonos antibiotikum érzékenységu törzsek esetében a plazmid analízis elvégzése nyújthat jelentős segítséget (10, 12, 19, 21). A multirezisztens törzsek gyakorisága miatt a fertőzések leküzdéséhez elengedhetetlen a megfelelő antibiotikum gondos megválasztása (4, 29). Bár az általunk vizsgált törzsek száma viszonylag kevés volt, úgy találtuk, hogy a cefamandol és a vancomycin mellett az oxacillinre és clindamycinre is jelentős arányban érzékenyek voltak.

A multirezisztens CNS-ok okozta infekciók leküzdésére, az in vitro vizsgálatok alapján jelenleg a vancomycin a leghatékonyabb antibiotikum.

IRODALOM: 1. Baddour, L. M.: Production of experimental endocarditis by coagulase-negative staphylococci: variability in species virulence. *J. Infect. Dis.* 1984, 150, 721. — 2. Barcs, I.: Koaguláz-negatív staphylococcusok nyáktermelő képessége: virulencia-teszt és epidemiológiai bélyeg. *Egészségtudomány* 1988, 32, 140. — 3. Bayston, R., Penny, S. R.: Excessive production of mucoid substance in *Staphylococcus SIIA*: a possible factor in colonisation of Holther shunts. *Dev. Med. Child Neurol. (Suppl.)* 1972, 27, 25. — 4. Christensen, G. D., Simpson, W. A. és mtsai: Adherence of slime-producing strains of *Staphylococcus epidermidis* to smooth surfaces. *Infect. Immun.* 1982, 37, 318. — 5. Christensen, G. D., Simpson, W. A. és mtsai: Adherence of coagulase-negative staphylococci to plastic tissue culture plates: a quantitative model for the adherence of staphylococci to medical devices. *J. Clin. Microbiol.* 1985, 22, 996. — 6. Davenport, D. S., Massanari, R. M. és mtsai: Usefulness of a test for slime production as a marker for clinically significant infections with coagulase-negative staphylococci. *J. Infect. Dis.* 1986, 153, 332. — 7. Diaz-Mitoma, F., Godfrey, K. M. és mtsai: Clinical significance of a test for slime production in ventriculoperitoneal shunt infections caused by coagulase-negative staphylococci. *J. Infect. Dis.* 1987, 156, 555. — 8. Deighton, M. A., Franklin, J. C. és mtsai: Species identification, antibiotic sensitivity and slime production of coagulase-negative staphylococci isolated from clinical specimens. *Epidem. Inf.* 1988, 101, 99. — 9. Eisenberg, E. S., Ambalu, M. és mtsai: Colonization of skin and development of peritonitis due to coagulase-negative staphylococci in patients undergoing peritoneal dialysis. *J. Infect. Dis.* 1987, 156, 478. — 10. Erienne, J. Brun, Y. és mtsai: Characterization of clinically significant isolates of *Staphylococcus epidermidis* from patients with endocarditis. *J. Clin. Microbiol.* 1988, 26, 613. — 11. Franson, T. R., Sheth, N. K. és mtsai: Scanning electron microscopy of bacteria adherent to intravascular catheters. *J. Clin. Microbiol.* 1984, 20, 500. — 12. Hartstein, A. I., Valvano, M. A. és mtsai: Antimicrobial susceptibility and plasmid

profile analysis as identity test for multiple blood isolates of coagulase-negative staphylococci. *J. Clin. Microbiol.* 1987, 25, 589. — 13. Ishak, M. A., Gröschel, D. H. M. és mtsai: Association of slime with pathogenicity of coagulase-negative staphylococci causing nosocomial septicemia. *J. Clin. Microbiol.* 1985, 22, 1025. — 14. Younger, J. J., Christensen, G. D. és mtsai: Coagulase-negative staphylococci isolated from cerebrospinal shunts: importance of slime production, species identification and shunt removal to clinical outcome. *J. Infect. Dis.* 1987, 156, 548. — 15. Kristinson, K. G., Spencer, R. C.: Slime production as a marker for clinically significant infections with coagulase-negative staphylococci. *J. Infect. Dis.* 1986, 154, 728. — 16. Lányi B. (szerk.): Járványügyi és Klinikai Bakteriológia. Országos Közegészségügyi Intézet. Budapest, 1980. — 17. Lányi B., Fodor T. és mtsai: Az orvosi bakteriológiai diagnosztika új eredményei és szabályai. *Egészségtudomány*, 1983, 27, 356. — 18. Lenette E. H. (szerk.): *Manual of Clinical Microbiology* Fourth edition. American Society for Microbiology Washington, D. C. 1985. — 19. Ludwicka, A., Jansen, B. és mtsai: Attachment of staphylococci to various synthetic polymers. *Zentralbl. Bakterirol. Mikrobiol. Hyg. (A)* 1984, 256, 479. — 20. Marrie, T. J., Costerton, J. W.: Morphology of bacterial attachment to cardiac pacemaker leads and power packs. *J. Clin. Microbiol.* 1984, 19, 911. — 21. Parisi, J. T., Lampson, D. L. és mtsai: Comparison of epidemiologic markers for *Staphylococcus epidermidis*. *J. Clin. Microbiol.* 1986, 24, 56. — 22. Pascual, A., Fleer, A. és mtsai: Modulation of adherence of coagulase-negative staphylococci to teflon catheters in vitro. *Eur. J. Clin. Microbiol.* 1986, 5, 518. — 23. Peters, G., Locci, R., Pulverer, G.: Microbial colonization of prosthetic devices. II. Scanning electron microscopy of naturally infected venous catheters. *Zentralbl. Bakterirol. Mikrobiol. Hyg. (B)* 1981, 173, 293. — 24. Peters, G., Locci, R., Pulverer, G.: Adherence and growth of coagulase-negative staphylococci on surfaces of intravenous catheters. *J. Infect. Dis.* 1982, 146, 479. — 25. Quie, P. G., Belani, K. K.: Coagulase-negative staphylococcal adherence and persistence. *J. Infect. Dis.* 1987, 156, 543. — 26. Russel, P. B., Kline, J. és mtsai: Staphylococcal adherence to polyvinylchloride and heparin-bonded polyurethane catheters species dependent and enhanced by fibronectin. *J. Clin. Microbiol.* 1987, 25, 1083. — 27. Schoenbaum, S. C., Gardner, P., Shillito, J.: Infections of cerebrospinal fluid shunts: epidemiology, clinical manifestations, and therapy. *J. Infect. Dis.* 1975, 131, 543. — 28. Tenney, J. H., Moody, M. R.: Adherent microorganisms on luminal surfaces of long-term intravenous catheters. Importance of *Staphylococcus epidermidis* in patients with cancer. *Arch. Intern. Med.* 1986, 146, 1949. — 29. Vaudaux, P., Suzuki, R. és mtsai: Foreign body infection: role of fibronectin as a ligand for the adherence of *Staphylococcus aureus*. *J. Infect. Dis.* 1984, 150, 546. — 30. West, T. E., Walshe, J. J. és mtsai: Staphylococcal peritonitis in patients on continuous peritoneal dialysis. *J. Clin. Microbiol.* 1986, 23, 809.

(Végh Zsolt dr. Várpalota, Tánácsics M. u. 25. 8100)

HELYESBÍTÉS

Kérjük szíveskedjenek figyelembe venni, hogy e szám színes Trentál 400 hirdetésben a megjegyzés rovat az alábbiak szerint módosul.

✦ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

Súlyos vagy progrediáló perifériás és agyi keringési zavarokban, olyan szem és fül keringési zavarokban, melyek csökkentik a látási és hallási képességet, a területileg és szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) javaslata alapján a kezelőorvos a Trentál 400 drazsét térítésmentesen rendelheti.

Latens K-vitamin-hiány anyatejjel táplált csecsemőkben

Pest Megyei Semmelweis Kórház, Gyermekosztály
(főorvos: Goldschmidt Béla dr.)
Városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézménye, Százhalombatta
(igazgató: Benedek László dr.)

Szerzők női tejjel és tápszerrel táplált egy és három hónapos csecsemőkben vizsgálták a prothrombin időt, a K-vitamin dependens véralvadási faktorok alvadási aktivitását, a II faktor ecarin aktivitását, a II faktor antigén koncentrációját, valamint a K-vitamin-hiány esetén a keringésben megjelenő alvadási inaktív akarboxiprothrombint. A gyermekek K-vitamint sem a születéskor, sem később nem kaptak. Akarboxiprothrombint csak a szoptatott csecsemőkben lehetett kimutatni, mindkét életkorban 14 % körüli gyakorisággal. Az akarboxiprothrombin pozitív gyermekek csoportjában az alvadási faktorok aktivitása szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az akarboxiprothrombin negatív csoportban. Manifeszt vérzés egy esetben sem fordult elő. Az akarboxiprothrombin negatív anyatejjel vagy tápszerrel táplált csoportok között nem volt szignifikáns különbség a vizsgált paraméterekben egyik életkorban sem. Az eredmények arra utalnak, hogy a szoptatott gyermekek egy részében latens K-vitamin-hiány alakulhat ki az első trimesonban.

Latent vitamin K deficiency in breast-fed infants. Quick test, coagulation activity of vitamin K-dependent clotting factors, factor II activity by ecarin, levels of factor II immunoreactive antigen and acarboxyprothrombin were examined in two groups of infants, breast-fed and bottle-fed at the ages of one month and 3 months. None of them received vitamin K at birth and later. Acarboxyprothrombin could be demonstrated in about 14 % at the both age of life of breast-fed children, but not in the groups of bottle-fed infants. The activity of coagulation factors was significantly lower in the acarboxyprothrombin-positive group compared to the acarboxyprothrombin-negative group. In none of the infants manifest bleeding was observed. No difference in the activities of factors could be detected in the acarboxyprothrombin-negative groups of breast- and bottle-fed children. These data suggest a frequent latent deficiency of vitamin K in breast-fed infants.

Az újszülöttek késői vérzéses betegsége az élet 4–12. hetében lép fel, egészségesnek tűnő, az esetek többségében kizárólag női tejjel táplált csecsemőkben. A súlyos, gyakran az életet veszélyeztető vérzések oka K-vitamin-hiány. A K-vitamin-hiány kialakulásában jelenlegi ismereteink szerint két tényezőnek van lényeges jelentősége: a táplálkozás fent említett milyenségének és annak, hogy az újszülött kapott-e születés után profilaktikusan K-vitamint (9).

A K-vitamin-hiány nem mindig jár vérzéssel, csak akkor, ha olyan mértékű, hogy a K-vitamin dependens véralvadási faktorok aktivitása 0,1 egység/ml körüli érték alá csökken. Ha az aktivitáscsökkenés nem ilyen nagy mértékű, latens K-vitamin-hiányról beszélünk. A latens K-vitamin-hiány kialakulásának és gyakoriságának ismerete a gyermekgyógyász számára mégis fontos, mivel egyrészt felhívja a figyelmet arra, hogy a gyermekek egy csoportja vérzékenység szempontjából potenciálisan veszélyeztetett, másrészt az előbbi ismeretében lehetővé teszi célzott profilaktikus lépések megtételét.

Újszülött és korai csecsemőkorban a K-vitamin dependens véralvadási faktorok vérszintje, meglehetősen

széles határok között, fiziológiásan is alacsonyabb a felnőtt értékeknél (9), ezért ebben az életkorban a latens K-vitamin-hiány kimutatása a klasszikus véralvadási módszerekkel megbízhatóan nem lehetséges. Az utóbbi évtizedben azonban lehetővé vált a prokoagulánsok azon előalakjainak kimutatása, melyek a K-vitamin hiánya következtében elmaradó karboxilációs folyamatok miatt jelennek meg és szaporodnak fel a vérben. Ezek a fehérjék az alvadási faktorok nem, vagy csak részben karboxilált prekursorai, az ún. PIVKA (protein induced by vitamin K absence) vagy más néven akarboxi-formák. E prekursorok az alvadási rendszerben inaktívak. Kimutatásuk immunológiai módszerekkel, vagy az akarboxiprothrombin esetében egy kígyóméreggel aktiválva lehetséges (9).

Tekintettel arra, hogy hazánkban nem kötelező az általános, minden újszülöttre kiterjedő K-vitamin profilaxis és mivel a kevés számú külföldi adat az eltérő táplálkozási szokások és szocioökonómiai viszonyok miatt nehezen adaptálható a magyarországi állapotokra, vizsgálatot végeztünk annak felmérésére, hogy hazai körülmények között előfordul-e latens K-vitamin-hiány a csak anyatejjel vagy tápszerrel táplált csecsemők között és ha igen, milyen gyakorisággal.

Kulcsszavak: K-vitamin-hiány, női tej táplálás,

Rövidítések: AP = akarboxiprothrombin, FII : C = II faktor koagulációs aktivitás, FII : Ag = II faktor antigén koncentráció, FII : EC = II faktor ecarin aktivitás

Beteganyag és módszerek

A vizsgálatokat a Pest Megyei Semmelweis Kórház Csecsemő és Gyermekosztályán, valamint a Százhalombattai Városi Tanács Gyermekgyógyászati Szakrendelésén végeztük 1986. január és 1987.

augusztus között. A vizsgálatban részt vevő gyermekek a 36–40. terhességi hétre születtek, születési súlyuk 2500 g felett, egyperces Apgar értékük 8 felett volt. K-vitamin profilaxisban nem részesültek. A vizsgálatot megelőzően betegek nem voltak, súlyfejlődésük normális volt. A vizsgálatokat nem ugyanazonokon a gyermekeken, egy és három hónapos korban végeztük.

Az egy hónapos korúak közül kizárólag anyatejjel tápláltak 36-ot, 42 gyermek az első életét után tápszert kapott.

A három hónapos korúak között 45 gyermek részesült kizárólag anyatejtáplálásban, tápszerrel 58 gyermeket tápláltak. A hazai tápszerek (Linolac, Mildibé, Robébi A és Robébi B) a gyári adatok szerint 30 $\mu\text{g/l}$ K₁-vitamint tartalmaznak. Fentiekben kívül a gyermekek gyümölcsleveket kaptak.

A vérvételek a দেলőtti órákban történtek. Egy rész 0,1 M tri-nátriumcitráthoz 9 rész vért vettünk. 20 percig tartó, 6000 fordulat/perc centrifugálás után a plazmákat leszívtuk, több részre osztottuk és felhasználásig -20°C -on tároltuk. Meghatároztuk a Quick-féle prothrombin aktivitást, valamint a II, a VII, a IX és a X faktor alvadási aktivitását. E vizsgálatokhoz Simplastin, Platein Plus Aktivator (Gödecke, Freiburg, NSZK), Russel viper venom (Behring-Werke, Marburg, NSZK) reagenseket és a megfelelő faktorhiányos plazmákat (Merz-Dade, Dűdingen, Svájc) használtunk. A teljes prothrombint (karboxi- és akarboxi-formát együttesen) két-féle módszerrel vizsgáltuk: a II faktor ecarin aktivitást *Corrigan és Earnest* (7) szerint *Echis carinatus* kígyó mérgevel (Ecarine, Stago, Asnières-Sur-Seine, Franciaország), a II faktor antigénkoncentrációt kvantitatív radial immundiffúziós módszerrel *Mancini és mtsai* (20) szerint M-partigen lemezen (Behring-Werke).

A vizsgálati eredményeket a kereskedésben kapható normál referens plazma (Normal Plasma, Behring-Werke) százalékában adtuk meg, SI egységben. Egy SI egység 1 ml normál, 100%-os plazma aktivitásának felel meg. Akarboxiprothrombin jelenlétére a II faktor alvadási aktivitásának és ecarin aktivitásának, illetve antigénkoncentrációjának hányadosa alapján következtettünk. AP pozitívnak azokat a plazmákat értékeltük, melyekben a FII : C/FII : Ec arány 0,86-nál alacsonyabb volt (7).

A vizsgálatokra a szűlők és az intézet etikai bizottságának jóváhagyásával került sor.

A statisztikai számításokat a kétmintás t-próbával, valamint a χ^2 -próbával végeztük.

Eredmények

Akarboxiprothrombint mind a két vizsgált életkorban csak a női tejtel táplált csecsemők vérében találtunk, egy hónapos korban 36-ból 5, három hónapos korban 45-ből 4 esetben. χ^2 -próbával vizsgálva a szoptatott és tápszerrel etetett gyermekek között az eltérés statisztikailag szignifikáns ($p < 0,05$).

Az akarboxiprothrombint nem tartalmazó plazmákban mért paraméterek átlagát és szórását az 1. táblázatban foglaltuk össze. A vizsgált tényezők között egyik életkorban sincs statisztikailag szignifikáns különbség a kétféle módon tápláltak között.

Az akarboxiprothrombin pozitív csecsemők adatait a 2. táblázatban összegeztük. E csoportban az alvadási faktorok koagulációs aktivitásának átlaga mindkét életkorban statisztikailag szignifikánsan alacsonyabb az azonos korú, akarboxiprothrombin negatív gyermekek átlagánál. Nincs különbség a két csoport között egyik életkorban sem a II faktor ecarin aktivitásában és a II faktor antigén koncentrációjában, valamint egy hónapos korban a Quick-értékben.

Az alvadási faktorok aktivitáscsökkenése egy esetben sem ért el túlzottan alacsony értéket. Klinikailag sem észleltünk vérzéseket a gyermekeken.

Megbeszélés

Az újszülöttek késői K-vitamin-hiányos vérzésének kialakulásában az anamnesztikus adatok szerint nagy jelentősége van a kizárólagosan női tejtel történő táplálásnak. Ezt bizonyítja a 3. táblázat, melyben összegyűjtöttük és értékelés szerint csoportosítottuk 212, az irodalomban közölt vérzéses beteg adatait. E csecsemők közül 200 anyatejes, 3 tápszeres és 9 vegyes (női tej és tápszer) tápláláson volt.

Az anyatejtáplálás és a K-vitamin-hiány kapcsolatának tisztázására az elmúlt években történtek vizsgálatok. *Ishii és Ueda* (14) kéthetes korú anyatejjel és tápszerrel táplált gyermek thrombotesztjét meghatározva úgy találták, hogy az anyatejjel tápláltakban szignifikánsan alacsonyabb az aktivitás, mint a tápszerrel tápláltakban. A K-vitamin-hiányt igazolta, hogy 2 mg K₂-vitamin orális vagy im adása korrigálta a csökkent aktivitást. *Jiménez és mtsai* (15) 21 anyatejjel és 20 tehéntejjel táplált gyermeket vizsgáltak. A gyermekek születéskor 1 mg K₁-vitamint kaptak. Egy hónapos korban nem volt különbség a két csoport között a partialis thromboplastin időben, prothrombin időben és thrombin időben. A II, VII, IX, és X faktor aktivitás átlaga alacsonyabb volt az anyatejes csoportban, az eltérések azonban nem voltak szignifikánsak. Saját vizsgálatunkban sem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a K-vitamin dependens véralvadási paraméterekben egy és három hónapos életkorban az anyatejjel, illetve tápszerrel táplált csecsemők között. Kiemelve az akarboxiprothrombin pozitív, tehát latens K-vitamin-hiányos gyermekek adatait megállapíthatjuk, hogy az esetek többségében túlzottan alacsony aktivitásértékek ezeknél sem voltak.

Akarboxiprothrombint csak a női tejtel táplált egy és három hónapos korú gyermekeinkben találtunk. A gyakoriság 14%, illetve 13,8% volt. Ezek az értékek közel állnak a *Widderhoven és mtsai* (34) által közölt holland adatokhoz. Az általuk vizsgált női tejtel táplált 30, 60 és 90 napos csecsemők 5, 9, illetve 6%-ában lehetett, míg a tápszerrel táplált hasonló korúak között egy esetben sem lehetett akarboxiprothrombint kimutatni. Japánban *Motohara és mtsai* (25) nagyságrenddel kisebb gyakoriságban észlelték AP előfordulását az egy hónapos gyermekekben: 5090 anyatejjel táplált közül 33 (0,65%), 3256 tápszerrel táplált közül 6 (0,18%) esetben. Az európai és japán adatok nagymértékű eltérését jelen esetben metodikai okokkal nem lehetett magyarázni, tekintve, hogy a holland kutatók a vizsgálandó plazmákat Japánba, Motohara laboratóriumába küldték AP meghatározásra. Mindkét esetben ugyanazzal az igen érzékeny és specifikus ELISA módszerrel, monoclonális antitest segítségével dolgoztak.

A latens K-vitamin-hiány európai és japán gyakoriságában észlelt eltérés nagy valószínűséggel a szoptató anyák tejének, az eltérő táplálkozási szokásokból eredő eltérő K-vitamin-tartalmára vezethető vissza. *Kries és mtsai* (17) német nők tejében a K₁-vitamin-koncentrációt átlagosan 1,1 (szórás 0,4–2,8) $\mu\text{g/l}$ -nek, *Motohara és mtsai* (24) japán nők tejének K₁-vitamin-szintjét $3,81 \pm 0,94$ $\mu\text{g/l}$, K₂-vitaminszintjét $0,70 \pm 0,09$ $\mu\text{g/l}$ -nek találták. Hazai adatokkal nem rendelkezünk, ez irányú vizsgálataink folyamatban vannak.

A vitaminokkal feljavított csecsemőtápszerek K₁-vitamin-tartalma magas: hazánkban a gyári adatok szerint

1. táblázat: K-vitamin dependens véralvadási faktorok női tejfel (N) és tápszerrel (T) táplált csecsemőkben egy és három hónapos korban

Életkor	Táplálás	Esetszám	FII : C	FII : Ec	FII : Ag	FII : C	FII : C	Quick	F VII	F IX	F X
						FII : Ec	FII : Ag				
			$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD	$\bar{X}$ $\pm$ SD
1 hó	N	31	0,649	0,655	0,644	0,996	1,009	0,615	0,759	0,700	0,747
			0,158	0,159	0,151	0,078	0,078	0,141	0,153	0,159	0,143
	T	42	0,683	0,676	0,678	0,985	0,977	0,665	0,827	0,712	0,760
			0,139	0,142	0,151	0,060	0,067	0,135	0,167	0,129	0,141
Szignifikancia			ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
3 hó	N	41	0,766	0,796	0,790	0,973	0,976	0,915	0,976	0,816	0,845
			0,167	0,169	0,163	0,071	0,073	0,157	0,149	0,149	0,139
	T	58	0,797	0,831	0,827	0,967	0,962	0,902	0,935	0,806	0,847
			0,152	0,152	0,167	0,063	0,151	0,151	0,149	0,143	0,126
Szignifikancia			ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

$\bar{X}$ = átlagérték, $\pm SD$ = Standard deviáció, ns = nem szignifikáns

2. táblázat: K-vitamin dependens véralvadási faktorok egy és három hónapos korú női tejfel táplált akarboxiprotrombin (AP) pozitív és negatív gyermekekben

Életkor	AP	Esetszám	FII : C	FII : Ec	FII : Ag	FII : C	FII : C	Quick	F VII	F IX	F X
			$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
			$\pm SD$	$\pm SD$	$\pm SD$	$\pm SD$	$\pm SD$	$\pm SD$	$\pm SD$	$\pm SD$	$\pm SD$
1 hó	pozitív	5	0,438	0,614	0,592	0,708	0,732	0,514	0,528	0,502	0,372
			0,118	0,107	0,094	0,093	0,097	0,090	0,076	0,104	0,121
	negatív	31	0,649	0,655	0,644	0,996	1,009	0,615	0,759	0,700	0,747
			0,158	0,159	0,151	0,078	0,078	0,141	0,153	0,159	0,143
Szignifikancia (p)			<0,01	ns	ns	<0,01	<0,01	ns	<0,01	<0,01	<0,001
3 hó	pozitív	4	0,482	0,737	0,725	0,640	0,653	0,573	0,443	0,367	0,443
			0,161	0,165	0,171	0,112	0,110	0,099	0,146	0,265	0,180
	negatív	41	0,766	0,796	0,790	0,973	0,976	0,915	0,976	0,816	0,845
			0,167	0,169	0,163	0,071	0,073	0,157	0,149	0,149	0,139
Szignifikancia (p)			<0,001	ns	ns	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

$\bar{X}$ = átlagérték, $\pm SD$ = Standard deviáció, ns = nem szignifikáns.

3. táblázat: Újszülöttek késői K-vitaminhiányos vérzésének összefüggése a táplálkozással

szerző	esetszám		
	női tej	női tej + tápszer	tápszer
Moss, 1969 (23)			1
Mammacher és mtsai, 1970 (27)	3		1
Goldschmidt és mtsai, 1974 (10)	2		
Visudhiphan és mtsai, 1974 (33)	6	2	
Bhanchet és mtsai, 1977 (3)	91	2	
Cooper és Lynch, 1979 (4)	1		
Lorber és mtsai, 1979 (19)	1		
Minford és Eden, 1979 (22)	1		
Roberts és McHugh, 1979 (29)	1		
Hope és mtsai, 1982 (13)	3		
Nagao és Ilzuka, 1982 (26)	21		
O'Connor és mtsai, 1983 (6)	2		
Forbes, 1983 (8)	6		
Lane és mtsai, 1983 (18)	1		

3. táblázat folytatása

szerző	esetszám		
	női tej	női tej + tápszer	tápszer
McNinch és mtsai, 1983 (21)		4	
Sutor és mtsai, 1983 (31)		4	
Verity és mtsai, 1983 (31)		4	
Alpan és mtsai, 1984 (1)			1
Chaou és mtsai, 1984 (5)	27	5	
Kries, V., és mtsai, 1984 (16)	2		
Motohara és mtsai, 1984 (24)	10		
Payne és Hasegawa, 1984 (28)	1		
Behrmann és mtsai, 1985 (2)	3		
Rose, 1985 (30)	3		
Goldschmidt és mtsai, 1987 (11)	3		
összesen	200	9	3

30, az NSZK-ban és Hollandiában 50, az USA-ban 50–100 µg/l.

A táplálék az emberi K-vitamin-szükséglet fedezésének csak az egyik forrása. Normális körülmények között K-vitamin-szegény étrenden sem alakul ki K-vitamin-hiány, mivel a bélbaktériumok, elsősorban a coli-félék megfelelő mennyiségben termelnek K₂-vitamint. Nem ismerjük az okát, de női tej etetés mellett főleg *Lactobacillus* (bifidus és *acidophilus*) szaporodnak el a bélben. Ezek savanyú anyagcseretermékei gátolják a többi baktériumtörzs növekedését. Egy hónapos korú, csak női tejjel táplált csecsemők székletében a bifidus : enterobaktérium (főleg coli) törzsek aránya 1000 : 1, míg a tehéntejjel vagy tápszerrel táplált hasonló korú csecsemőknél ez az arány 1 : 10 (35). A bélbaktériumflóra K₂-vitamin-termelésének jelentőségét húzza alá Greer és mtsai (12) vizsgálati eredménye is: tíz szoptatott csecsemő közül egy esetben, hét tápszerrel táplált csecsemő közül hat esetben lehetett K₂-vitamint (200 pmol/g szárazanyag méréshatár felett) kimutatni a székletben, egyhetes életkorban.

Összefoglalva megállapítható, hogy kizárólag női tejjel történő etetés esetén a gyermekek egy része K-vitamin-hiányos állapotba kerülhet, mivel a táplálék kevés K₁-vitamint tartalmaz, a bélbaktériumok pedig kevés K₂-vitamint termelnek. Mindennek ellenére a női tej a fiatal csecsemők ideális tápláléka. Fokoznunk kell ezért a propagandát, hogy hazánkban is minél több anya szoptassa gyermekét. Ugyanakkor felismerve az anyatejjel táplált csecsemők K-vitamin-hiányának reális veszélyét, szükségesnek tartjuk a szopó csecsemők K-vitaminnal való ellátását. Az ideális módszer és mennyiség vitatott. Jelenlegi ismereteink alapján heti egy tabletta (10 mg) Konakion adását javasoljuk (9).

IRODALOM: 1. Alpan, A., Avital, A., Peleg, O., Dgani, Y.: Late presentation of haemorrhagic disease of newborn. Arch. Dis. Child. 1984, 59, 482. — 2. Behrmann, B. A., Chan, W. K., Finer, N. N.: Resurgence of haemorrhagic disease of the newborn: report of three cases. Can. Med. Assoc. J. 1985, 33, 884. — 3. Bhanchet, P. és mtsai: A bleeding syndrome in infants due to acquired prothrombin complex deficiency. Clin. Pediatr. 1977, 16, 992. — 4. Cooper, N. A., Lynch, M. A.: Delayed haemorrhagic disease of the newborn with extradural haematoma. Br. Med. J. 1979, 279, 164. — 5. Chaou, W. T. Chou, M. L., Eitzmann, D. V.: Intracranial hemorrhage and vitamin K deficiency in early infancy. J. Pediatr. 1984, 105, 880. — 6. O'Connor, M. E. és mtsai: Vitamin K deficiency and breastfeeding. Am. J. Dis. Child. 1983, 137, 601. — 7. Corrigan, J. J., Earnest, D.: Factor II antigen in liver disease and Warfarin induced vitamin K deficiency: correlation with coagulation activity using echis venom. Am. J. Hematol. 1980, 8, 249. — 8. Forbes, D.: Delayed presentation of haemorrhagic disease of the newborn. Med. J. Aust. 1983, 2, 126. — 9. Goldschmidt B.: Újszülöttkori hemosztázis és

zavarai. Medicina, Budapest, 1987. — 10. Goldschmidt B. és mtsai: Átmeneti hypoproconvertinaemia koraszülött ikerpáron. Gyermekgyógy. 1974, 25, 237. — 11. Goldschmidt, B. és mtsai: Anyatejjel táplált csecsemők K-vitamin-hiányos vérzékenysége. Gyermekgyógy. 1987, 38, 154. — 12. Greer, F. R. és mtsai: Vitamin K₁ (phyloquinone) and vitamin K₂ (menaquinone) status in newborns during the first week of life. Pediatrics, 1988, 81, 137. — 13. Hope, P. L., Hall, M. A., Millward-Sadler, P.: Alpha 1-Antitrypsin deficiency presenting as a bleeding diathesis in the newborn. Arch. Dis. Child. 1982, 57, 68. — 14. Ishii, E., Ueda, K.: Thrombotest values and effect of vitamin K administration for infants. Arch. Dis. Child. 1987, 62, 540. — 15. Jiménez, R. és mtsai: Vitamin K-dependent clotting factors in normal breast-fed infants. J. Pediatr. 1982, 100, 424. — 16. Kries, R. von és mtsai: Späte Manifestation eines Vitamin K Mangels bei gestillten Säuglingen. Monatsschr. Kinderheilk. 1984, 132, 293. — 17. Kries, R. von és mtsai: Vitamin K₁ in human milk. Thrombos. Haemostas. 1987, 58, 164. — 18. Lane, P. A. és mtsai: Fatal intracranial haemorrhage in a normal infant secondary to vitamin K deficiency. Pediatr. 1983, 72, 562. — 19. Lorber, J., Lilleyman, J. S., Peile, E. B.: Acute infantile thrombocytosis and vitamin K deficiency associated with intracranial haemorrhage. Arch. Dis. Child. 1979, 54, 471. — 20. Mancini, G., Carbonara, A. O., Hereman, J. F.: Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion. Int. J. Immunochem. 1965, 2, 235. — 21. McNinch, A. W., Orme, R. L., Tripp, J. H.: Haemorrhagic disease of the newborn returns. Lancet. 1983, 1, 1089. — 22. Minford, A. M. B., Eden, O. B.: Haemorrhage responsive to vitamin K in a 6 week old infant. Arch. Dis. Child. 1979, 54, 310. — 23. Moss, M.: Hypoprothrombinemic bleeding in a young infant. Am. J. Dis. Child. 1969, 117, 540. — 24. Motohara, K. és mtsai: Severe vitamin K deficiency in breast-fed infants. J. Pediatr. 1984, 105, 943. — 25. Motohara, K., Endo, F., Matsuda, I.: Screening for late neonatal vitamin K deficiency by acarboxyprothrombin in dried blood spots. Arch. Dis. Child. 1987, 62, 370. — 26. Nagao, T., Ilzuka, A.: Idiopathic vitamin K deficiency in infancy: its entity and its enigmas. Acta Haematol. Jpn. 1982, 45, 849. — 27. Nammacher, M. A. és mtsai: Vitamin K deficiency infants beyond the neonatal period. J. Pediatr. 1970, 76, 549. — 28. Payne, D. R., Hasegawa, D. K.: Vitamin K deficiency in newborns; a case report in alpha 1 antitrypsin deficiency and a review of factors predisposing haemorrhage. Pediatrics, 1984, 73, 712. — 29. Roberts, I. F., McHugh, P. J.: Late onset vitamin K deficiency. Br. Med. J. 1979, 278, 749. — 30. Rose, S. J.: Neonatal haemorrhage and vitamin K. Acta haemat. 1985, 74, 121. — 31. Suor, A. H. és mtsai: Vitamin K Mangelblutungen bei vier voll gestillten Säuglingen im alter von 4–6 Wochen. Deutsch. Med. Wschr. 1983, 108, 1635. — 32. Verity, C. M., Carswell, F., Scott, G. L.: Vitamin K deficiency causing infantile intracranial haemorrhage after the neonatal period. Lancet, 1983, 1, 1439. — 33. Visudhiphan, P. és mtsai: Intracranial haemorrhage in infants due to acquired prothrombin complex deficiency. J. Neurosurg. 1974, 41, 14. — 34. Widdershoven, J. és mtsai: Influence of the type of feeding on the presence of PIVKA II in infants. Helv. Paediatr. Acta. 1986, 41, 25. — 35. Yoshioka, H., Iseki, K., Fujita, K.: Development and differences of intestinal flora in the neonatal period in breast-fed and bottle-fed infants. Pediatrics, 1983, 72, 317.

(Goldschmidt Béla dr., Budapest, Gyulai P. u. 2. 1085)

„Akinék rossz az emlékezete, annak nincs más választása, minthogy mindig az igazat mondja.”

Nietzsche

ULCERAN[®]

tabletta



BIOGAL
GYÓGYSZERGYÁR
DEBRECEN



ULCERAN®

tabletta



BIOGAL
GYÓGYSZERGYÁR
DEBRECEN

Hisztamin H₂-receptor antagonista

HATÓANYAG

150 mg ranitidinum, sósavas só formájában.

HATÁS

Specifikus, gyorsan ható H₂-receptor antagonist. Gátolja a bazális és stimulált gyomorsav-elválasztást, csökkenti a szekréció mennyiségét, illetve annak sav- és pepszintartalmát. Felszívódását ételek vagy antacidok nem gátolják. Felvezési ideje kb. két óra. A veséken át ürül. Nem gátolja a hepatikus citokrom P 450-hez kapcsolódó, vegyes funkciójú oxigenázrendszert, így nem potenciálja azon gyógyszerek hatását, melyeket ez az enzim inaktívál.

JAVALLATOK

Nyombélfekély, jóindulatú gyomorfekély, posztoperatív fekély, reflux oesophagitis, Zollinger-Ellison-szindróma. Olyan állapotok, melyekben a gyomornedvelválasztás és a savtermelés csökkentése kívánatos: stresszfekély következtében fellépő gasztrointesztinális vérzés megelőzése, vérző peptikus fekély esetén a kiújuló vérzés megelőzése.

ELLENJAVALLAT

A hatóanyaggal szembeni túlérzékenység.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek a szokásos napi adag 2-szer (reggel és este) 150 mg (2-szer 1 tabl.). A gyógyszerbevitelt nem szükséges az étkezésekhez igazítani.

Nyombélfekély és jóindulatú gyomorfekély esetén a szokásos adag napi 1-szer, lefekvés előtt 300 mg (2 tabl.). Ezekben az esetekben, valamint posztoperatív fekély esetén a gyógyulás többnyire négy héten belül bekövetkezik. Ha a beteg fekélye az első kúra után nem teljesen gyógyult vagy gyógyult, de recidivára hajlamos, újabb négyhetes kezelés után — 150 mg (1 tabl.) este, lefekvés előtt — rendszerint gyógyulás tapasztalható.

Reflux oesophagitis esetén a szokásos adag napi 300 mg (2 tabl.) nyolc héten át.

Zollinger-Ellison-szindrómában a kezdő adag napi 3-szor 150 mg (3-szor 1 tabl.). Ez szükség szerint legfeljebb napi 6 g-ra emelhető.

Stresszfekély következtében fellépő gasztrointesztinális vérzés megelőzésére, **illetve vérző peptikus fekély** esetén a kiújuló vérzés megelőzésére a szokásos adag napi 2-szer 150 mg (2-szer 1 tabl.).

Veseelégtelenségben szenvedő betegek fekélykezelésére a szokásos adag éjszakánként 150 mg (1 tabl.) négy–nyolc héten át. Ez az adag adható további kezelésben, ha ez szükséges. Ha a fekély a kúra végéig nem gyógyul, a szokásos napi adag 2-szer 150 mg (2 tabl.), amit szükség szerint éjszakánként adott 150 mg-os (1 tabl.) adagú fenntartó kezelés követhet.

MELLÉKHATÁSOK

A májfunkciós vizsgálati értékek átmeneti és reverzibilis változásai, reverzibilis hepatitis (hepatocellularis, hepatokanalicularis vagy vegyes típusú) sárgaság fellépésével vagy anélkül. Reverzibilis leukocitopenia és trombocitopenia ritkán agranulocitózis, pancitopenia, illetve csontvelő hipoplázia előfordulhat. Ritkán túlérzékenységi reakciók (néha már egyetlen dózis után is), bőrkivetés. Bradikardia. Néha súlyos fejfájás, szédülés. Férfiakon ritkán a mell rendellenes tapintásérzékenysége. Különösen súlyos állapotban lévő idős betegek esetén reverzibilis elmezavar.

FIGYELMEZTETÉS

H₂-antagonista kezelés elfedheti a gyomorrákkal kapcsolatos tüneteket, ezért ha gyomorfekély gyanúja áll fenn, a kezelés megkezdése előtt a malignitás lehetőségét ki kell zárni. Adása gyermekeknek kellő tapasztalat hiányában nem javasolt. Máj- és veseműködési zavarok esetén óvatosan adandó.

Átjut a méhlepényen és bejut az anyatejbe. Terhesség és szoptatás alatti adása csak akkor javasolt, ha a kezelés nélkülözhetetlen.

Túlادagoláskor a körülményeknek megfelelő tüneti kezelést kell alkalmazni. Szükség esetén sor kerülhet a plazma hemodialízisére.

MEGJEGYZÉS

✱✱ Csak vényre — egyszeri alkalommal — kiadható.

A kezelőorvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Térítésmentesen ulcus senilis esetén a területileg és szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosának javaslata alapján a kezelőorvos rendelheti.

CSOMAGOLÁS: 60 db tabletta

ELŐÁLLÍTJA

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
GLAXO licenc alapján

Pap Ákos dr.,
Korom Mihályné dr.,
Marosi Erika dr.
és Varró Vince dr.

A sikeres pancreas-enzimpótló kezelés feltételei

(összehasonlító vizsgálatok Kreonnal és Panpurral)

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, I. Belgyógyászati Klinika, Szeged
(igazgató: Varró Vince dr.)

A szerzők az enzimpótló kezelés hatékonyságát befolyásoló tényezőket vizsgálták Panpur tablettával és Kreon kapszulával végzett in vivo és in vitro kísérletek alapján. A két enterosolvens készítmény savreiszteenciája azonos volt, mindkettő még inkább hatékonyabbnak látszott hyperacid pancreas betegekben, mint anacidokban, így a Panpur kezelés gyakori hatástalanságát pancreatogen steatorrhoeában a gyomorsav termelése nem eredményezhette. A zsírvessztés csökkentésével egyidőben a Kreon dózis-függően javította a B₁₂-vitamin felszívódását, míg a Panpur csak összetörés után volt eredményes. A pancreatin jó keveredése a B₁₂-intrinsic faktor — R protein komplexszel, illetve az étel fehérje komponensével elengedhetetlennek látszik, mind a fehérjék, mind a zsírok emésztéséhez. A Panpur le nem kötött, túlzott tripszin aktivitása a lipáz gyors proteolitikus inaktíválásához vezet, melyet szója tripszin-inhibitor alkalmazásával sikerült mérsékelni és a készítmény hatékonyságát fokozni. A Kreon tehát az enzimpótló kezelés két fontos feltétele: az étellel történő keveredés és a lipáz proteolitikus inaktíválódása szempontjából előnyösebb és ezek a tulajdonságok eredményezték, hogy a pancreas elégtelenség kezelésére a Panpurnál hatékonyabbnak bizonyult.

A pancreas elégtelenség hatásos szubsztitúciós kezelése nem teljesen megoldott (1). A hazánkban jelenleg kapható készítményekkel lényegében csak placebohatás érhető el, jelentősebb steatorrhoea nem kezelhető eredményesen. A sikertelen terápiás próbálkozásokat korábban a gyomorsav inaktíváló hatásának rovására írták (2), mert a gyomorsav szekréció gátlása antacidokkal és cimetidinnel esetenként növelte az enzimpótló kezelés hatásosságát (1, 3) de az enterosolvens tabletták alkalmazása nem volt sikeres (3, 4, 5). A közelmúltban in vitro és in vivo kísérletekkel igazoltuk (6, 7), hogy a fiziológiánál kisebb lipáz/tripszin arány, valamint a tablettás készítmények

Requirements for successful pancreatic replacement therapy. Comparison of results with Creon and Panpur treatments. Factors influencing the effectivity of replacement therapy with Panpur and Creon were controlled by in vivo and in vitro investigations. Both enteric coated preparations were equally acid protected, they even seemed to be more effective in hyperacid than in anacid chronic pancreatitis patients. Thus the uneven results of Panpur treatment in pancreatic steatorrhea cannot be explained by acid inactivation of the enzymes. Creon dose-dependently ameliorated the steatorrhea as well as vitamin B₁₂ absorption while crushed but not the intact Panpur has only some insignificant effect. Good mixing of pancreatin with the B₁₂-intrinsic factor — R protein complex and with the protein containing meal seems to be important for digestion of protein as well as fat. Unbound, overflowing trypsin activity of Panpur resulted in fast proteolytic inactivation of lipase. This could be diminished by soybean trypsin inhibitor which increased the in vivo effectiveness of the prepare. In summary Creon fulfilled two important factors of replacement therapy more successfully than Panpur: good mixing with meals and stability of lipase against proteolytic splitting, that is why it proved to be more effective for replacement therapy of pancreatic insufficiency.

elégtelen keveredése a fehérjetartalmú étellel kedvezőtlenül befolyásolja az einzimszubsztitúciós kezelést, mert a lipáz proteolitikus inaktíválódása felgyorsul. Ebben az összehasonlító tanulmányban a Magyarországon nemrég törzskönyvezett két pancreatin készítmény, a Panpur és a Kreon sajátosságait, hatékonyságát vizsgáljuk in vitro és in vivo módszerekkel, hogy felmérjük mennyire teljesítik az eredményes enzimpótló kezelés feltételeit.

Anyag és módszer

Pancreatin készítmények:

Panpur[®], Nordmark-Werke GmbH, (NSZK): enterosolvens tableta, 700 mg pancreatint és 50 mg epesavat tartalmaz. Kreon[®], Kali-Chemie GmbH, (NSZK): enterosolvens granulatum zselatin kapszulában, 300 mg pancreatint tartalmaz.

Kulcsszavak: Krónikus pancreatitis, zsírvessztés, enzimpótlás, pancreatin

In vitro vizsgálatok

Egy tabletta Panpurt illetve 1 g Kreon granulátumot (kb. 700 mg pancreatin) összetörtünk és homogenizáltuk 20 ml Tris-HCl pufferben (0,2 M, pH 7,8) CaCl_2 jelenlétében (0,025 M) és rázás közben inkubáltuk 37 °C-on 5–30–60–120–240 percig. A lipáz aktivitást Radelkis OP–506 készülékkel, pH stat módszerrel, Sigma lipase szubsztrát alkalmazásával mértük (8). A tripszin aktivitást L-N-benzol-D-L-arginin-p-nitroanilid-HCl (BAPNA, Sigma) szubsztráttal spektrofotometriásan határoztuk meg (9). A gyógyszerek savval szembeni ellenállását pH 1–7 közegben történő feloldás után a lipáz aktivitás regisztrálásával mértük.

In vivo vizsgálatok

A krónikus pancreatitis diagnózisát, illetve a pancreatogen steatorrhoeát secretin-pancreozymín és/vagy Lundh teszt, pancreas meszesedés, ERCP és/vagy szövettani lelet, illetve kvantitatív széklet zsírmeghatározás (10) igazolta (normálérték < 5%). A korábbi enzimpótló kezelést legalább négy napig felfüggesztve 70 g zsírtartalmú diétát kaptak a betegek napi 5-szöri étkezésre elosztva, 5 napon át. Az utolsó 3 napon a naponta gyűjtött széklet súlyát és zsírtartalmát (%) meghatároztuk és az átlagos zsírrűrészt 3 nap átlagában adtuk meg. Az enzimszubsztituensek hatását hasonló módon, 5 napos kezelési időtartamok utolsó 3 napjának átlagos értékei alapján jellemeztük. A gyógyszereket az étkezésekhez egyenletesen elosztva kapták a betegek. Azonos típusú és dózisu enzimpótló kezelés esetén a zsírrűrés az egymást követő periódusokban teljesen reprodukálhatónak bizonyult (7).

A B_{12} -vitamin felszívódására kifejtett hatást a fenti enzimpótló kezelés előtt, illetve közben Schilling próbával (16) vizsgáltuk úgy, hogy 2 tabletta Panpurt, illetve 2 vagy 3 kapszula Kreont kaptak a betegek a B_{12} -oldat elfogyasztásához.

Eredmények

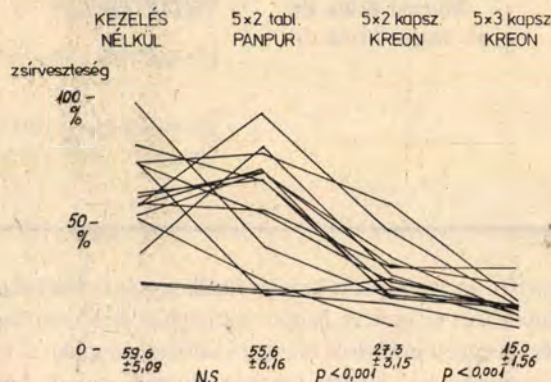
Jelentős létszámú ($n = 53$) betegcsoportban vizsgálva a nagy pancreatin tartalmú Panpur hatását a pancreatogen steatorrhoeára az átlagos zsírrűrés ugyan szignifikánsan csökkent, de a steatorrhea még mindig jelentős maradt (1. táblázat).

1. táblázat: A Panpurról és Kreonnal végzett enzimpótló kezelés eredménye

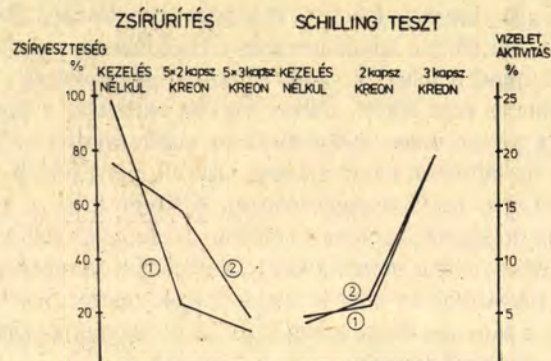
	A széklet súlya (g)	Zsírtartalom (%)	Zsírrűrés (%)
Kezelés nélkül ($n = 53$)	328,4 x ±25,61	12,7 ±0,71	51,5 ±4,55
5 x 2 tabl. Panpur (7 g pancreatin) ($n : 53$)	301,5 ±22,2	11,0 ±0,53	35,22 ±3,52
p	NS	<0,05	<0,001
Kezelés nélkül ($n = 23$)	314,4 ±30,51	14,2 ±1,18	61,3 ±5,67
5 x 2 kapsz. Kreon (3 g pancreatin) ($N = 23$)	205,2 ±23,79	9,0 ±0,71	24,7 ±2,50
p	<0,001	<0,001	<0,001
5 x 3 kapsz. Kreon (4,5 g pancreatin) ($n = 16$)	184,1 ±19,35	6,4 ±0,57	15,9 ±1,79
p	NS	<0,001	<0,001

x: 5 napos periódusok utolsó három napjának átlagos értékei alapján $\bar{x} \pm \text{SEM}$.

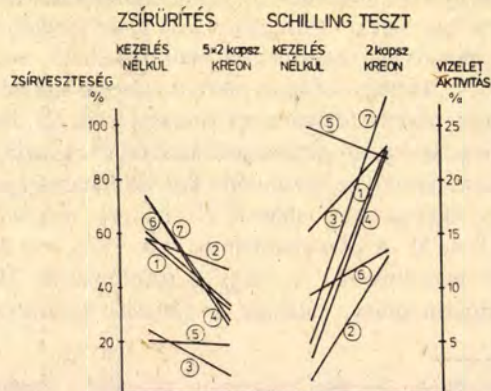
A kevesebb pancreatint tartalmazó Kreon kapszula eredményesebben csökkentette a zsírrűrészt, és a hatás dóziszfüggőnek bizonyult (1. táblázat). Azonos betegekben vizsgálva a két készítmény hatását megfigyelhető volt, hogy a Panpur esetében egyesekben a steatorrhea fokozódása jött létre, míg



1. ábra: A Panpurról és Kreonnal végzett enzimpótló kezelés összehasonlító értékelése azonos betegekben. 70 g zsírtartalmú diéta mellett 5 napos periódusok utolsó 3 napjának átlagos zsírválasztását tüntettük fel betegenként, illetve átlagolva ($\bar{x} \pm \text{SEM}$ %) kezelés nélkül, 5 x 2 tabletta Panpur, 5 x 2 és 5 x 3 kapszula Kreon szubsztitúció esetén.

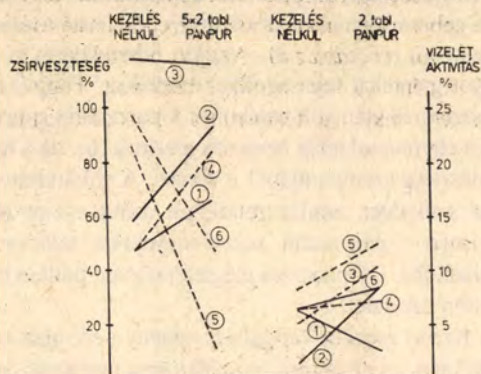


2. ábra: A zsírrűrés és a B_{12} vitamin felszívódás dóziszfüggő változása Kreon kezelés hatására. A zsírrűrés vizsgálata a korábban részletezett eljárás szerint történt (1. ábra). A Schilling próbát a megfelelő periódusokban 2 illetve 3 kapszula Kreon bevitelével ismételtük meg és a vizeletben ürített aktivitást a bevitt %-ában ábrázoltuk.

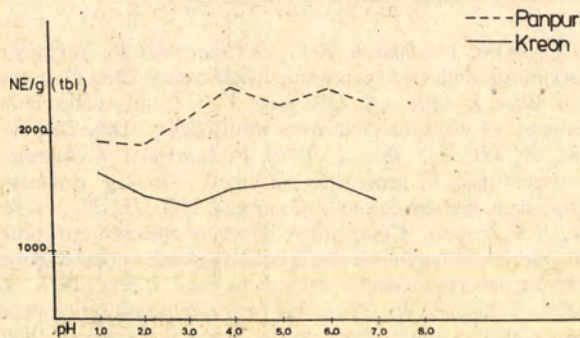


3. ábra: A zsírrűrés és a B_{12} vitamin felszívódás változása 5 x 2 kapszula Kreonnal végzett enzimpótló kezelés során 7 betegben. A zsírrűrés és a Schilling próba értékelése a 2. ábra szerint történt.

ZSÍRÚRÍTÉS SCHILLING TESZT

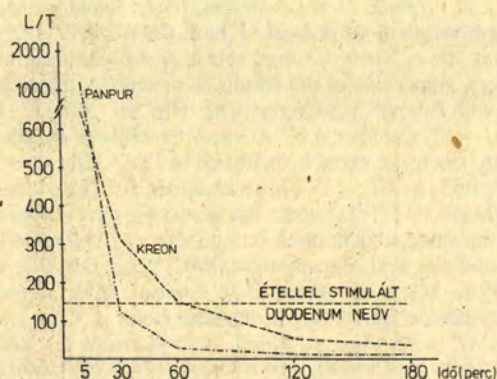


4. ábra: A zsírártás és a B₁₂ vitamin felszívódás változása 5 × 2 Panpurrall végzett enzimpótló kezelés során 6 betegben
 — Panpur tabletta egészben
 --- Panpur tabletta összetörve, keményítő kapszulában
 A zsírártás és a Schilling próba értékelése a 2. ábra szerint történt.



5. ábra: A Panpur és Kreon savrezisztenciájának összehasonlító vizsgálata.

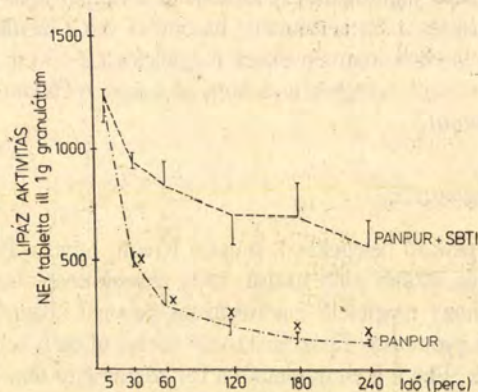
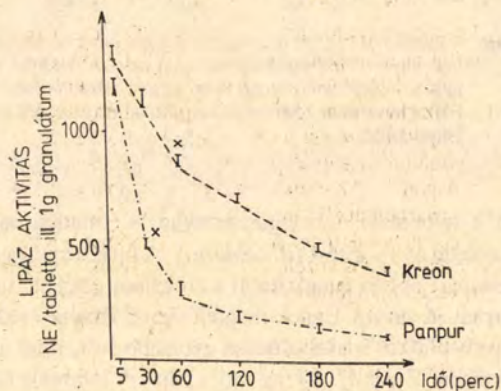
Egy tabletta Panpurt és egy kapszula Kreon granulátumot savas közegben áztattunk 20 percig, majd a készítményeket 20 ml Tris pufferben homogenizáltuk és 37 °C-on rázás közben inkubáltuk 5 percig. A lipáz aktivitást NE-ben adtuk meg. 1—1 reprezentatív vizsgálat eredménye.



6. ábra: A lipáz/tripszin arány a Panpur és Kreon homogenizátum inkubálása során. A készítmények homogenizálása és inkubálása az 5. ábra szerint történt. A lipáz/tripszin (L/T) arányt a két enzim NE-ben mért aktivitásának hányadosa adta.

2. táblázat: A Panpurrall és Kreonnal végzett enzimpótló kezelés hatása hyperacid és anacid betegeknél

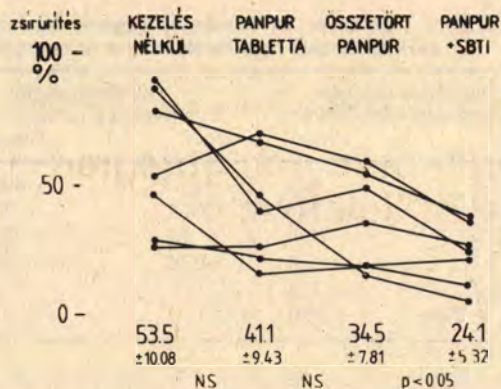
Hyperacid betegek		Anacid betegek	
A zsírártás változása (%)		A zsírártás változása (%)	
Panpur	Kreon	Panpur	Kreon
1. -17,5	-4,6	6. -21,3	-49,3
2. +9,7	-28,4	7. +31,1	+7,3
3. -57,9	-79,0	8. +4,7	-38,8
4. +2,7	-17,3	9. +57,6	+5,6
5. +36,2	-11,3		
Össz: -26,8	-140,6	+72,1	-75,2



7. ábra: A Kreon és Panpur lipáz aktivitásának csökkenése a homogenizátum inkubálása során. A készítmények homogenizálása, inkubálása és a lipáz aktivitás mérése a szövegben leírt módszerrel történt (n = 5). x: szignifikáns aktivitás csökkenés a kiinduló értékhez (5 perc) képest. (A) 10 mg szója tripszin inhibitor (SBTI) hatása a Panpur-lipáz inaktiválódására. x szignifikáns különbség a két kísérlet megfelelő értékei között. (B)

a Kreon megfelelő adagja minden egyes betegben jól csökkentette a zsírártást (1. ábra).

Hasonló eredményt értünk el a B₁₂-vitamin felszívódásának fokozásában is: a Kreon dózis függően javította a Schilling próba eredményét (2. ábra), és arányosan a steatorrhoea javulásával valamennyi betegben fokozta a B₁₂-vitamin felszívódását is (3. ábra). Ezzel szemben a Panpur egészben lenyelve hatástalannak bizonyult nemcsak a zsírártásra, hanem a B₁₂-vitamin felszívódására is (4. ábra). Összetörve hatásosabbá vált (4. ábra). In vitro vizsgálva a két gyógyszer savtűrése képességét jelentős különbséget nem észleltünk (5. ábra). Ennek megfelelően hyperacid és anacid betegeknél vizsgálva a két készítmény hatását azt találtuk, hogy Panpur anacid betegeknél is gyakorlatilag hatástalan volt, míg a Kreon — érdekes módon



8. ábra: A Panpurral végzett enzimpótló kezelés eredményének javulása tripszin inhibitor alkalmazása esetén. A zsírutítás vizsgálata az 1. ábrának megfelelően történt. Tablettánként 3 mg SBTI-t kevertünk a keményítő kapszulában adagolt összetört Panpurhoz.

éppen a hyperacid a betegcsoportban — minden esetben csökkentette a zsírutítást (II. táblázat). A lipáz/tripszin arány a Kreonnal jobban megközelíti az élettani értéket, mint a Panpurnál (6. ábra). Ennek megfelelően a Panpur estében a lipáz proteolitikus inaktiválódása gyorsabb volt, mint a Kreon esetében (7. ábra). 10 mg szója tripszin inhibitor (SBTI) alkalmazása szignifikánsan csökkentette a Panpur-lipáz inaktiválódását és a két készítmény hasonlónak vált (7/a ábra).

Az in vitro eredményeknek megfelelően 2–3 mg SBTI néhány vizsgált betegben is javította az összetört Panpur hatását (8. ábra).

Megbeszélés

Hyperacid betegekben, mind a Kreon, mind a Panpur talán még inkább jobb hatású, mint anacidokban. Ez arra mutat, hogy megfelelő enterosolvens bevonat alkalmazása esetén a gyomorsav lipázt inaktíváló hatásával nem kell számolnunk. Ebből a szempontból a két készítmény sem in vivo, sem in vitro nem különbözött egymástól (11).

A lipáz gyors inaktiválódása a Panpur esetében jelentősen csökkentette a készítmény hatékonyságát a zsírutításra, míg a lipáz/tripszin arány kis változása, a tripszin aktivitás csökkentésével javított az enzimpótló kezelés eredményén. A lipáz/tripszin arány mértéke, a lipáz proteolitikus inaktiválódása tehát döntően meghatározhatja a pancreatin készítmények hatékonyságát (6, 12).

Valószínűleg egyéb proteolitikus enzimek szerepe sem elhanyagolható (12, 13). Az epesavak védő hatása is felmerült (13), ez azonban a Panpur esetében elégtelennek látszik.

A lipáz proteolitikus inaktiválódásának elkerülése miatt is fontos, hogy a keveredés a fehérjetartalmú étellel gyors és tökéletes legyen, hiszen bizonyos proteolitikus aktivitás a fehérjék bontásához nélkülözhetetlen; a feleslegben levő proteázék azonban a szomszédságukban lévő lipázt is megtámadhatják. A Panpur esetében a készítmény galenikai sajátosságai nem teszik lehetővé azt sem, hogy a könnyebb feladatnak látszó fehérjeemésztésnek a gyógyszer megfeleljen. A B₁₂-vitamin felszívódásához elengedhetetlen, hogy a nyálmirigyekben és a gyomorban termelődő R-proteint a pancreas-proteázék a B₁₂-intrinsic faktor komplexről lehasítsák (14).

Ez a folyamat súlyos pancreas-insufficienciában elégtelen (15). A gyomortartalommal jól keveredő Kreon a zsírutítással együtt jól rendezte a B₁₂-vitamin felszívódását is, míg a hátrányos galenikai sajátosságokkal rendelkező Panpur tablettá csak összetörés után volt hatékony. A pancreatin gyors keveredése a chymussal tehát nemcsak a zsírok (6), de a fehérjék (15) emésztése szempontjából is fontos. A szénhidrátok bontásához szükséges amiláz rendkívül stabil enzim (6, 12), mennyisége a pancreatin készítményekben sokszorosa az élettannak (6), így pancreas elégtelenségben pótlása nem jelent külön feladatot.

A Kreon zselatin kapszulája néhány perc alatt szétesik lenyelés után, és az egyenként védett granulátumok egyenletesen elkeverednek a gyomortartalommal; így pH 5,5 felett oldódva a pancreas enzimek hatásukat együtt kifejthetik a táplálék alkotórészeire, mielőtt a lipáz áldozatul esne a folyamatosan aktiválódó és túlsúlyba kerülő tripszin és proteázék hasításának (7). Összehasonlító vizsgálataink alapján megállapítható, hogy a Kreonnal folytatott enzimpótló kezelés hatékonyabb mint a Panpurral végzett szubsztitúció, mert nemcsak a gyomorsav elleni védelem (2), hanem az étellel való elkeveredés, illetve a lipáz proteolitikus inaktiválódása elleni védekezés feltételeinek (6) is jobban megfelel.

IRODALOM: 1. Lankisch, P. C., és Creutzfeldt W.: Therapy of exocrine and endocrine pancreatic insufficiency. Clin. Gastroenterol. 1984, 13, 985. — 2. DiMaggio, E. P.: Controversies in the treatment of exocrine pancreatic insufficiency. Dig. Dis. Sci. 1982, 27, 481. — 3. Ihse, I., Lilia, I., Lundquist, I.: Intestinal concentrations of pancreatic enzymes following pancreatic replacement therapy. Scand. J. Gastroent. 1980, 15, 137. — 4. Regan, P. T. és mtsai: Comparative effects of antacids, cimetidine and enteric coating on the therapeutic response to oral enzymes in severe pancreatic insufficiency. New Engl. J. Med. 1977, 297, 854. — 5. Worning H.: The effect of enzyme substitution in patients with pancreatic insufficiency. Scand. J. Gastroent. 1980, 15, 529. — 6. Pap, Á., és Varró, V.: Proteolytic inactivation of lipase as a possible cause of the uneven results obtained with enzyme substitution in pancreatic insufficiency. Hepato-gastroenterol. 1984, 31, 47. — 7. Pap, Á., és Varró, V.: Replacement therapy in pancreatic insufficiency with a new pancreatin preparation respecting the physiological ratio of lipase/trypsin activity. Hepato-gastroenterol. 1988, 35, 83. — 8. Honegger, J. B., és Hadorn, B.: The determination of lipase activity in human duodenal juice. Biol. Gastroenterol. 1973, 6, 217. — 9. Berndt, W.: Klinisch-chemische Methoden zur Labordiagnostik von Pankreaserkrankungen. Med. Lab. 1972, 8, 177. — 10. Van de Kamer, J. H., Huinik, H. B., és Weyers, H. A.: Rapid method for the determination of fat in feces. J. biol. Chem. 1949, 177, 347. — 11. Pap, Á., és Varró, V.: Acid versus proteolytic inactivation of lipase. Comparison of the results of pancreatic replacement therapy with Panpur[®] and Creon[®]. Dig. Dis. Sci. 1987, 32, 1182. (A–25). — 12. Delchier, J. C. és mtsai: Stability of enzyme activities in pancreatic extracts incubated at 37 °C. Dig. Dis. Sci. 1987, 32, 1163 (A–6). — 13. Thiruvengadam, R., Zinsmeister, A. R. és DiMaggio, E. P.: Is human lipase survival during aboral intestinal transit dependent upon intraluminal chymotrypsin (CT) activity and bile acid concentration (BAC)? Dig. Dis. Sci. 1987, 32, 1189 (A–32). — 14. Allen, R. H. és mtsai: Effect of proteolytic enzymes on the binding of intrinsic factor. J. Clin. Invest. 1978, 61, 47. — 15. Pap, Á., Varró, V. és Csernay, L.: Vitamin B₁₂ absorption in pancreatic insufficiency. Effect of replacement therapy with Creon[®], Panpur[®]. Gastroent. Int. 1988, 1, Suppl. 1, 281. (A). — 16. Maisey, M. N. Britton K. E. és Gilday, D. L.: Clinical nuclear medicine 1985, London, Chapman and Hall, 272.

(Pap Ákos dr. Szeged, Pf. 469. 6701)

Mádi Szabó László dr.,
Szebeni Ágnes dr.,
Farkas Iván dr.,
Flautner Lajos dr.,
Pásztor János dr.,
Karner Tamás dr.
és Turda Éva dr.

Ultrahanggal vezérelt percutan antegrad wirsungographia idült kalcifikáló pancreatitisben

Tárogató úti Kórház-Rendelőintézet, Budapest,
BM Korvin Ottó Kórház-Rendelőintézet, Budapest,
Flór Ferenc Kórház, Kerepestarcsa,
Simmelweis Orvostudományi Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A szerzők krónikus kalcifikáló pancreatitisben szenvedő betegeikben ultrahang (usg) vizsgálattal a Wirsung-vezeték tágulatát mutatták ki, a krónikus kalcifikáló pancreatitis egyéb usg jelei mellett. ERP-vel a Vater-papillától 3 cm-re a pancreasvezeték elzáródását mutatták ki, s így a mögöttes vezeték rész nem ábrázolódott. Az obstrukció megszüntetését célzó műtét előtt ultrahanggal vezérelt percutan, antegrad wirsungographiát végeztek. Ennek segítségével a tág pancreasvezeték az elzáródott szakasz mögött teljes lefutása mentén sikerült ábrázolni, s ez befolyásolta a későbbiekben elvégzett műtét típusát. E módszer alkalmazásáról hazánkban még nem jelent meg közlemény, ezért leírják a beavatkozás technikáját is, és foglalkoznak a diagnosztikus jelentőségével.

Ultrasonically guided percutaneous antegrade wirsungography in chronic calcifying pancreatitis. Dilated pancreatic duct was found by ultrasonography in a patient in association with the characteristic sonographic features of chronic calcifying pancreatitis. Endoscopic retrograde pancreatography showed an obstruction of the Wirsung's duct 3 cm far from the papilla of Vater. Further parts of the duct could not be opacified by this manner. However, visualisation of the rest of the pancreatic duct was successfully performed by ultrasonically guided antegrade wirsungography making the preoperative planning of the suitable type of surgery possible. Beside the case history the importance of the is method is also discussed in diagnosis of pancreatic diseases.

A hasnyálmirigy gyulladásos és daganatos betegségeiben döntő fontosságú a Wirsung-vezeték vizsgálata. Az exocrin pancreas kórfolyamatai általában érintik a vezeték, amely egyben a terápiás beavatkozások leggyakoribb célpontja. Ezért a pancreasvezeték preoperatív megítélésére a műtét típusának kiválasztásában is nagy jelentőségű (8). A hetvenes években felvirágozott endoszkopos retrograd pancreatographia (ERP) elzáródás esetén a pancreasvezetéknek csak a „stop” előtti szakaszát ábrázolja.

1979 óta azonban — ultrahangvezérlés segítségével — lehetőség van a pancreasvezeték elzáródás mögötti szakaszának percutan radiomorfológiai megjelenítésére is (2, 4). Közleményünkben ismertetjük az ultrahang-vezérléssel történő, percutan antegrad wirsungographia technikáját, valamint ismertetjük krónikus pancreatitisben szenvedő betegeink esetét, akinek preoperatív diagnosztikájához és panaszainak átmeneti csökkentéséhez e módszer is hozzájárult.

Módszer

Ultrahangvizsgálatok segítségével választjuk ki a pancreas azon területét, ahol a tágult pancreasvezeték a legkönnyebben és legveszélytelenebbül szűrhető meg. A wirsungographiához különösebb előkészítés nem szükséges, elég, ha a beteg éhgyomorra van, bár atropin-diazepam premedikáció tanácsos. A vizsgálatot helyi érzéstelenítésben, esetleg rövid narcosisban végezzük. Az infectio veszélye miatt a beavatkozást műtői körülmények között hajtjuk végre. A beteg hasfalának desinficiálása után steril körülmények közt ultrahangvizsgálatot végzünk az előzőleg kijelölt regio felett. A biopsziás transducer csatornáján keresztül először 1,2 mm vastagságú vezetőtűt szúrunk a hasfalba, majd annak lumenében 0,8 mm átmérőjű vékony tűt vezetünk a pancreasvezetékbe. A mandrin kihúzása után a tű végére fecskendővel csatlakoztatunk, azt megszívjuk. Ezután, másik fecskendőből a leszívott pancreasnedv felének-kétharmadának megfelelő mennyiségű szövetbarát röntgenkontrasztanyagot fecskendezünk vissza. Röntgenfelvételeket készítünk, szükség szerint további kontrasztanyag-mennyiséget fecskendezünk be. A vizsgálat végén a tűt a hasból kihúzzuk. A beteg 24 órán át fokozottabb megfigyelést igényel. Az általunk alkalmazott készülékek és anyagok: Picker LS 2700 és Siemens Sonoline SL2 dinamikus ultrahangkészülékek, 3,5 MHz lineáris és sector vizsgálófejek, biopsziás adapter; Olympus GIF-D2 endoszkóp; Medisor sebészeti röntgen képerősítő berendezés; Madayag vékonytű; Iopamiro röntgenkontrasztanyag.

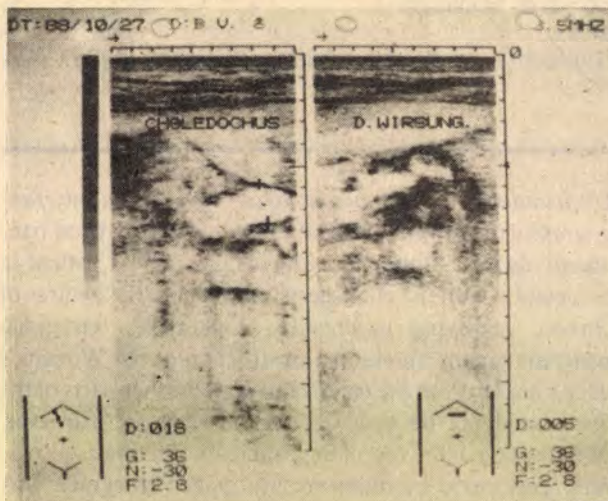
Esetismertetés

B. V. 54 éves, idült kalcifikáló pancreatitisben szenvedő férfi betegünk néhány hónapja fokozódó, étkezéstől független epigastriális, hátra sugárzó fájdalmak, fogyás miatt jött 1988. októ-

Kulcsszavak: Percutan, antegrad wirsungographia, ultrahang ducographia

ber 27-én vizsgálatra. Anamnesisében súlyos alkoholizmuson kívül említésre méltó nem szerepel.

Non-invasív ultrahangvizsgálattal mérsékeltén durva szerkezetű, nagyobb májat, kómentes epehólyagot, de 18 mm tág, echomentes epevezetékét találtunk. A közös epevezeték alsó harmadát a gázos duodenum árnyékolta. A pancreas egészében nagyobb, kissé inhomogén szerkezetű volt, parenchymájában mérszre utaló kp. intenzív echók és helyenként árnyékolás voltak megfigyelhetők. A fejnek megfelelő régióban egy kb. 15 mm átmérőjű inhomogén képlet látszott. A Wirsung-vezeték ettől distalisán kb. 6 mm tág, kanyargós lefutású, szélesen reflectogen falú volt, hosszú szakaszon ábrázolódott (1. ábra). A pancreasfejben



1. ábra: Meszes pancreas, a feji részben solid terület. 6 mm-re tágult Wirsung-vezeték, 18 mm-re tágult d. choledochus. Transversalis dinamikus ultrasonogram, két képmező.



2. ábra: Tágult d. choledochus, alsó része infundibulárisan beszűkült. A Wirsung-vezetéknek csak az első 3 cm-es szakasza telődött. Endoszkópos retrograd cholangio-pancreatogram.

lévő képlet malignitása az ismert krónikus pancreatitis anamnézis ellenére sem volt kizárható.

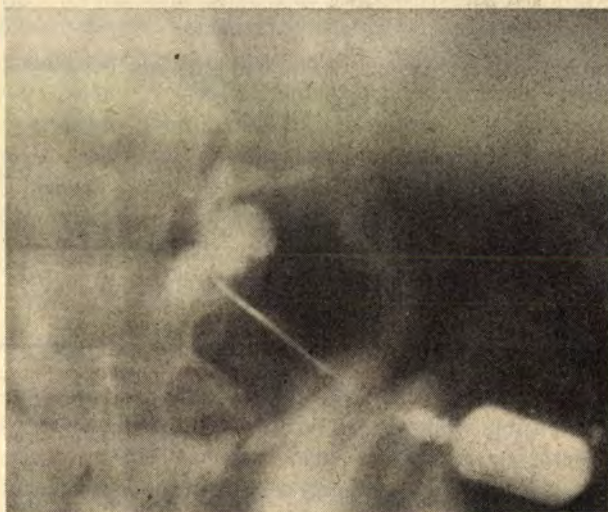
Laboratóriumi leletei közül ismételtén magas (460–960 U/l) szérumszén-dioxid-értékei, 800–1200 U/l gamma-GT és 180–240 U/l alc. phosphatase említésre méltók; vérképe, vvt-süllyedése, a szérumbilirubin értékei normálisak voltak. EKG, mellkasröntgen-vizsgálatok kóros eltérést nem mutattak. A gyomorröntgen súlyos gastroduodenitist igazolt.

Felső panendoscopos vizsgálat többletinformációt nem szolgáltatott. 1988. november 2-án ERCP vizsgálat történt, amely jelentősen tágult epevezetékét ábrázolt, a pancreasfejnek megfelelően egyenletesen beszűkült. A szűkületet a vizsgáló inkább gyulladásosnak, mint tumorosnak ítélte. A kanyargós, de normális tágasságú pancreasvezeték a papilla Vateritől csak mintegy 3 cm-ig volt követhető, ezután a kontrasztanyag továbbjutása megszakadt (2. ábra).

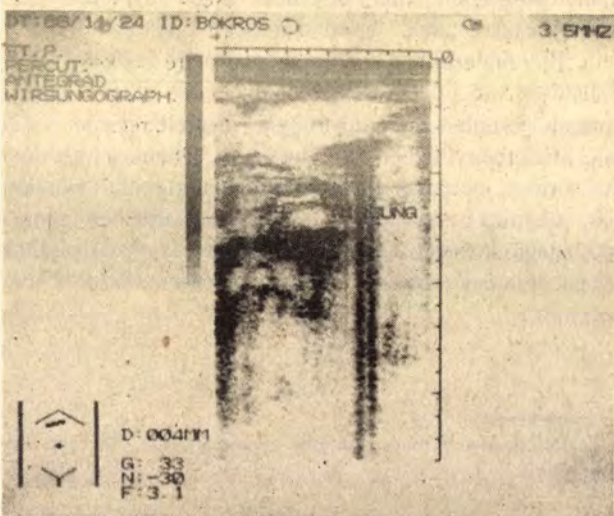
Az esetleges malignitás bizonyítására a pancreasfejben lévő képletből ultrahanggal vezérelt Rotex biopsziát végeztünk 1988. november 8-án. A cyto-histológiai vizsgálat szabályos pancreas-sejteket véleményezett. Ennek alapján az epe- és a pancreasvezeték szűkületét és következményes, mögöttes tágulatát az idült pancreatitisszel magyaráztuk, s a beteg panaszaival fokozódása miatt műtétet határoztunk el.

A sebészi beavatkozás megtervezéséhez a pancreasvezeték ERP-vel nem látható szakaszának ábrázolására is szükség volt, mivel súlyos vezetékdestrukció esetén pancreatico-jejunostomia, esetleg pancreatectomia is szóba jön.

Ezért 1988. november 16-án, helyi érzéstelenítésben ultrahanggal vezérelt percutan antegrad wirsungographiát kíséreltünk meg. A 8 cm mélységben lévő Wirsung-vezeték Chiba-tűvel akartuk megsúrni, azonban a tű hajlékonysága, valamint a beteg hyperventillációja miatt ez nem sikerült, így a vizsgálatot elhalasztottuk.



3. ábra: Jelentős kaliberengadozást mutató Wirsung-vezeték a pancreas törzsi és farki részében. Percutan antegrad wirsungogram.



4. ábra: A pancreasvezeték a percutan wirsungographia után. Transversalis dinamikus ultrasonogram.

1988. november 24-én, rövid narkózisban a pancreasvezeték Madayag-tűvel szúrtuk meg. A sikeres punctio után a tág vezetékbe 4 ml pancreasnedvet szívunk le (amiláse-aktivitása 116 000 U/l), majd 2,5–3 ml Iopamiro 300 röntgenkontrasztanyagot fecskendeztünk a vezetékbe vissza. Medicor sebész képerősítővel felvételeket készítettünk (3. ábra). Ezeket a Wirsung-vezeték egyenetlenül tágult, kanyargós, de újabb „stop” nem volt kimutatható.

A vizsgálat után a beteg egy napig sebész osztályon megfigyelés alatt volt, ezalatt szövödményt nem észleltünk. Ezután visszakerült a küldő belosztályra, itt sem észleltünk szövödményt. Ezzel szemben a wirsungographia után 4–5 napon át a betegnek addigi állandó, kínzó fájdalmai megszűntek, étvágya javult, majd hasi panaszai fokozatosan visszatértek. Feltételezhető, hogy az átmeneti javulást a vizsgálat során lebecsült pancreasnedv nyomáscsökkentő hatása okozhatta (8) (4. ábra).

Sebész konzílium nyomán a beteg 1988. december 13-án újra került. A műtét során a duodenum felső áthajlásánál, annak falában egy 3,5 cm nagyságú pancreas pseudocystát találtunk, amely a ductus choledochust komprimálta. Az áltömlőt a duodenumba szájazzattuk. A meszesedés miatt átjárhatatlan pancreasvezeték a felmetstett pancreastest felől a duodenum úrtére felé uterus-szondával tettük átjárhatóvá, majd sphincterowirsungoplasticát végeztünk.

A beteg — zavartalan posztoperatív szak után — tizenegy nap múlva hagyta el a klinikát.

Megbeszélés

1979-ben a pancreasvezeték sonographiás vizsgálata még csak álomnak tűnt (3), egy évvel később viszont már pancreaskövek ultrahangos kimutatásáról is olvashattunk (5). Az ultrahangvizsgálat azonban nem ábrázolja olyan részletgazdag pontossággal a pancreasvezeték, mint az ERP, ezért a műtéti indikáció felállításában e módszer nem nélkülözhető. Az ERP ellenjavallata, sikertelensége, vagy obstrukció miatt hiányos informativitása esetén — Haaga ötlete (4) és Cooperberg kezdeményezései (2) nyomán — ultrahanggal vezérelt percutan antegrad wirsungographia végezhető, mely módot ad ilyen esetekben is a pancreasvezeték kontrasztanyag feltöltésére és röntgenvizsgálatára (6, 7, 9).

Magunk 1983-ban állatkísérletben a módszert már kipróbáltuk, de humán alkalmazásához eddig nem találtunk meggyőző indokot. Betegünk esetében azonban az ERCP-vel kimutatott elzáródás mögötti pancreas vezeték-rész állapotának műtét előtti megítélésére szükség volt, ezért végeztük el a betegnél az ultrahang-vezérelt percutan antegrad wirsungographiát, mellyel a pancreasvezeték teljes hosszában, megbízhatóan sikerült ábrázolni. Az al-

kalmazott, szövetbarát röntgenkontrasztanyag (Iopamiro, Bracco) szövödményt nem okozott. A vizsgálatot az első, sikertelen kísérlet tapasztalatai alapján a fájdalom és hyperventilláció megelőzésére narkózisban végeztük, bár egyes irodalmi adatok (1) a helyi érzéstelenítést is elegendőnek tartják.

Az ultrahangvizsgálatok során a duodenum falában lévő pseudocysta nem ábrázolódott. Ennek egyik lehetséges oka az, hogy az áltömlő vékony fala a készülék felbontóképessége alatt marad, s így a tág ductus choledochustól nem lehet elkülöníteni, de nem zárható ki a gázos duodenum és a meszes, megnagyobbodott pancreasfej árnyékoló hatása sem. A pseudocysta kialakulásának időpontjáról sem rendelkezünk megbízható adattal, hiszen azok aktív pancreatitisben igen gyorsan kialakulhatnak és eltűnhetnek.

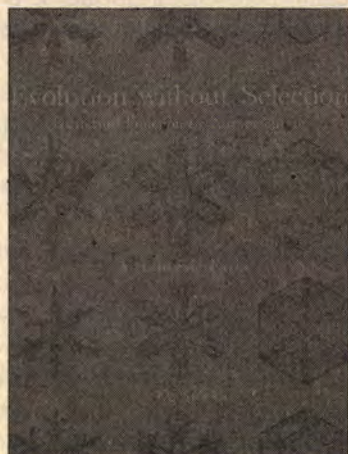
Az elmondottak alapján úgy véljük, hogy az ultrahang-vezérléssel végzett percutan antegrad wirsungographia módszerével értékes vizsgálóeljárás birtokába jutottunk. Gondosan megválasztott indikáció esetén, megfelelő körülményeket teremtve szövödménymentesen kivitelezhető, s hozzájárulhat a megfelelő műtéttípus megválasztásához. A beavatkozás során lebecsült pancreasnedv dekompressziós hatása pedig a panaszok átmeneti csökkenését eredményezheti.

IRODALOM: 1. Bandai, Y., Makuuchi, M.: Ultrasonically guided percutaneous pancreatography. Abstr. of the 4. th International Congress on Interventional Ultrasound. Copenhagen, 1986, p. 82. — 2. Cooperberg, P. L., Cohen, M. M., Graham, M.: Ultrasonically guided percutaneous pancreatography. Report of two cases. AJR 1979, 132, 662–665. — 3. Eiserscher, A., Weill, F.: Ultrasound evaluation of the Wirsung's duct. Dream, or reality? J. Clin. Ultrasound, 1979, 7, 41–45. — 4. Haga, J. R., Highman, L. M., Cooperman, A. V., Owens F. J.: Percutaneous CT-guided pancreatography and pseudocystography. AJR, 1979, 132, 829–830. — 5. Isikoff, M. B., Hill, M. C.: Ultrasonic demonstration of intraductal pancreatic calculi. A report of two cases. J. Clin. Ultrasound 1980, 8, 449–453. — 6. Mougin, C., Motter, D., Stoll G., Merg, A.: Wirsungographie transcutanée sous contrôle échoscopique. Presse Méd. 1983, 12, 351–353. — 7. Ohto, M., Saotome, N., Saisho, H., Tsuchiya, Y., Ono, T.: Real-time sonography of the pancreatic duct. Application to percutaneous ductography. AJR, 1980, 124, 647–652. — 8. Szécsényi A.: A krónikus pancreatitis. Orvostudomány, 1978, 53, 281–290. — 9. Zimmon, D. S., Panke W. F., Klemett, A. R.: Percutaneous pancreatography. Case report and presentation of the technique. Gastroenterology, 1979, 77, 1101–1105.

(Mádi Szabó László dr. Budapest, Tárogató út 84–90. 1021)

„Minden, amit egyáltalában érdemes tenni, csak jól érdemes végrehajtani.”

Chesterfield



**Evolúció kiválasztódás nélkül
Forma és funkció az autoevolúció folyamán**

Írta: A. Lima-de-Faria

Kiadó: Elsevier

A molekulárbíológiaiában elért újabb eredmények alapján a darwinizmus és neo-darwinizmus számos tétele vitatható. Ezeket a bevezetésük idején értékes tanokat most túlhaladottaknak lehet tekinteni. Ebben az érthető stílusban megírt új könyvben Lima-de Faria professzor leírja és megtagyálja a részecskefizikában, kristallográfiában és molekulárbíológiaiában bekövetkezett gyors haladást és a bíológiai evolúciót egy teljesen más megközelítésből tárgyalja.

Lima-de-Faria professzor Svédországban a lundi egyetem Molekulárgenetikai Intézetének az igazgatója, aki a kromoszómakutatás elismert kiváló szakembere. Felismerései melyek közelebb vittek a kromoszóma szerkezetének és molekuláris szerveződésének pontosabb megismeréséhez, készítették őt 1983-ban a „Kromoszóma molekuláris evolúciója és szerveződése” című könyv megírására. Ezt a könyvet azóta a kollegái ennek a szakterületnek egy klasszikus művének tartják.

**THE
CARCINOEMBRYONIC
ANTIGEN GENE FAMILY**

Editors:
A. YACHI
J. E. SHIVELY

ELSEVIER

A karcinoembrionális antigén gén család

Szerkesztette: A. Yachi, J. E. Shively

Kiadó: Elsevier

A könyv a korszerűsítés igényével tárgyalja a CEA (carcinoembryonic antigen = karcinoembrionális antigén) gén családról nyert ismereteket. Minthogy a CEA-t 1965-ben már felfedezték, ez az antigén lett a legmelyrehatóbban vizsgált vastagbél-tumor-marker. Annak ellenére, hogy régóta ismeretes, hogy a CEA egy olyan gén család egyik tagja, amelyik számos egymással közeli rokonságban álló sejtfelszín-glikoproteinekből áll, a tagok közti rokonság pontos részleteit azonban nehezen lehet tisztázni e heterogén glikoproteinek tisztításával és meghatározásával kapcsolatban felmerült nehézségek miatt. Ezek ugyanis rendszerint komplex összetételben vannak jelen. A helyzet lényegesen javult az utóbbi 5 év folyamán, amikor ezeket az antigéneket monoklonális ellenanyagokkal tudták elemezni, de a szerkezeti részleteket még nem sikerült tisztázni. A gének molekuláris klónozása drámai gyorsasággal megváltoztatta a helyzetet. Az elmúlt két évben a szó szoros értelmében egy információ-robbanás volt tapasztalható a CEA-gén családdal kapcsolatban.

Japánban — Sapporóban — 1988 októberében egy konferenciát tartottak annak érdekében, hogy ezeknek az új információknak a gyors elterjedését elősegítsék. A CEA-gének molekuláris klónozásával intenzíven foglalkozó kutató-csoportok legnagyobb része képviseltette magát és előadta a legújabb eredményeit a konferencián. Emellett ismertették a CEA-fehérje- és szénhidrátszerkezet-kutatások legújabb adatait, valamint az antigén determinánsainak a szintetikus peptid- és anti-idiotípiás analízis segítségével végzett legújabb elemzésének az eredményeit.

Ennek a konferenciának talán a legizgalmasabb témája, amit ebben a könyvben foglaltunk össze, a CEA-gén család genetikája és a gyors elterjedését elősegítsék. A CEA-gének molekuláris klónozásával intenzíven foglalkozó kutató-csoportok legnagyobb része képviseltette magát és előadta a legújabb eredményeit a konferencián. Emellett ismertették a CEA-fehérje- és szénhidrátszerkezet-kutatások legújabb adatait, valamint az antigén determinánsainak a szintetikus peptid- és anti-idiotípiás analízis segítségével végzett legújabb elemzésének az eredményeit.

magysága és kapcsolata az immunglobulin gén szupercsaláddal. Legalább 12 tagja van ennek a gén családnak, valamennyi valószínűleg a 19-es kromoszómán helyezkedik el. A család egyik tagja az NCA (nem-specifikus keresztreakciót adó antigén), ez a legkisebb és talán archetipusosnak mondható tagja a családnak. Ezek a tüdő epitheliumsejtjeiben és granulocitákban lehetők fel és rendszerint a vastagbél-tumorkban mutathatók ki a CEA mellett. A BGPI (biliaris glikoprotein I) eredetileg az epevezetékben volt fellelhető, de ma már tudjuk, hogy nagymértékben fordul elő szétoszolva az epitheliumsejteken és abban egyedülálló, hogy többféle transzmembránformája létezik. Kiderült, hogy a terhesség specifikus β_1 -glycoproteinek (pregnancy-specific β_1 -glycoproteins, PSBG) a CEA gén család tagjai a magzati májban és placentában vannak jelen, ezenkívül a terhes szérumban fordulnak elő magas koncentrációban. CEA a legelterjedtebb tagja a gén családnak és elsősorban a vastagbélben, a legnagyobb koncentrációban a magzati vastagbélben és vastagbél adenokarcinómákban mutatható ki.

A CEA gén család egy pontosan meghatározható alcsoportja az immunglobulin gén családnak. Az Ig-családhoz tartoznak az immunglobulinok, fő hisztokompatibilitás antigének, T-sejt-receptorok, Fc- és pol-Ig-receptorok, neurális celluláris adhesiós molekulák (N-CAM és különböző más proteinek). Ezeknek a proteineknek a közös meghatározója a sejt—sejt vagy sejt—ligand közötti interakciók. Vajon a CEA gén család tagjainak hasonló funkciói vannak? A CEA-funkcióvizsgálatok első példája arra utal, hogy a CEA sejt—sejt adhesiós molekulaként működik. Az interakció molekuláris szintű részleteinek felderítéséhez azonban további vizsgálatok szükségesek. A helyzet még érdekesebbé válik, ha meggondoljuk, hogy a CEA és NCA glikozilfoszfatidililinozil diacilglicerol kötődés útján kapcsolódnak a sejtmembránokhoz és ezt a kötődést nemrég fedezték fel. Azok a sejtfelszín-proteinek, amelyek ilyen kötődéssel kapcsolódnak a membránokhoz, egy speciális foszfolipaze segítségével felszabadíthatók, ami ugyanakkor egy intracelluláris üzenetet is közvetíthet a diacilglicerol gyök útján. Ennek a felszabadulásnak a molekuláris jelzéseit és mechanizmusát eddig még nem sikerült tisztázni a CEA vagy NCA-val kapcsolatban, de feltehetően szerepük van ebben a funkcióban.

Tanulmányozzák a CEA gén családot az evolúció szempontjából is. A család különböző tagjainak megfelelő egér- és patkánygének klónját sikerült előállítani. A sorrend és helyi elrendeződés szempontjából az egér-CEA hasonlóan látszik az emberi CEA-hoz, de a patkány-CEA-vizsgálatok adatai különböző helyi elrendeződésre utalnak. Az egér- és patkánygének és a humán CEA közötti általános sorrendazonosság nem több, mint 50%-os, ami egy gyors szétválásra enged következtetni. A család komplexebb tagjainak az NCA-ból történő evolúciója hasonlóan tűnik. A gén család legjellemzőbb sajátysága a 107 aminosav N-terminális területe, melynek (szemben az Ig-család legtöbb tagjával) nincsen ciszteinmaradék, és azonoságot mutat az immunglobulin változó tartományában, ideértve számos kulcsfontosságú aminosavmaradék megtartását, melyek sóhidat képeznek a béta-rétegszerkezet között.

Az elmúlt két évben ismereteink a CEA gén család szerkezetével és működésével kapcsolatban lényegesen bővültek a kérdés új oldaláról való megközelítése és új adatok alapján. A legfontosabb előrehaladás, hogy jelenleg ezt a glikoproteinszaládot el tudjuk helyezni a többi gének között és a normális sejtfunkció vonatkozásában. Ezek az információk viszont segíthetnek abban, hogy a CEA rákban betöltött szerepét közelebbről megismerjük. Hatalmas munka vár még elvégzésre, de ennek a lényeges alapja már megvan. Ez a könyv segítséget nyújt a kérdésben érdekelt kutatóknak, hogy a legújabb eredményekkel megismerkedjenek.

J. E. Shively

Hidvégi Judit dr.,
Schneider Ferenc dr.,
Rohonyi Béla dr.,
Flautner Lajos dr.,
és Szilávik Lajos dr.

A peritoneum benignus cystikus mesotheliomája

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest II. Kórbonctani Intézet
(igazgató: Jellinek Harry dr.)
és I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Szécsényi Andor dr.)
Soproni Városi Kórház-Rendelőintézet, Pathológiai Osztály
(főorvos: Rohonyi Béla dr.)
és Sebészeti Osztály
(főorvos: Scherfel Tibor dr.)

Szerzők cystikus peritonealis mesothelioma egy esetét ismertetik. A tumor 25 éves nőbetegben jelentkezett, 8 éves megfigyelés alatt négyszer recidívált. A 18 eddig közölt, ultrastructuralis vizsgálattal bizonyított és 1 saját eset alapján a kórkép klinikopathológiáját és differenciáldiagnosztikai problémáit tekintik át. A cystikus mesothelioma kórismézésében nélkülözhetetlen az elektronmikroszkopos (TEM) vizsgálat.

Peritoneal benign cystic mesothelioma. A case of benign cystic peritoneal mesothelioma is reported. A 25-year-old woman presented a 8-year history of recurrent tumor and five operations because of the same. On the basis of this case and of 18 cases proved by electron microscopy reported by others the clinicopathological features and the problems of differential diagnosis are discussed. The ultrastructural examination is essential for the diagnosis of cystic mesothelioma.

Mennemeyer és Smith ultrastructuralis vizsgálatai alapján a hasüregi cystikus daganatok között külön entitást a peritoneum cysticus mesotheliomája (7). Benignus elváltozásának tartják, bár úgy tűnik, többször recidívál, mint a morfológiai jegyeit tekintve sokszor hasonló lymphangioma (1, 8, 10). Ritka daganat, melynek alig ismerjük klinikopathológiai jellegzetességeit (3). A számunkra hozzáférhető irodalomban 18 jól dokumentált esetet találtunk (3, 11).

Hazai közlésről nem tudunk. Egy esetünk ismertetésével az a célunk, hogy adatokat szolgáltatassunk a kórkép klinikopathológiájához, és áttekintsük a morfológiai differenciáldiagnosztikát.

Esetismertetés

T. I.-né 33 éves. Első alkalommal 1980-ban jelentkezett a Soproni Városi Kórház Nőgyógyászati Osztályán. A kismencedében női ökölnyi tumor tapintható. Műtétnél a nagycsepleszből női ökölnyi savós tartalmú cystosus képlet került eltávolításra.

Szövettani diagnosis: lymphangioma multicysticum omenti maioris.

Második alkalommal 1984-ben jelentkezett a Soproni Városi Kórház Sebészeti Osztályán húzó jellegű alhasi fájdalom miatt. A köldök alatt három harántujjal női ökölnyi, mérsékelten nyomásérzékeny resistentia volt tapintható. Műtétnél a nagycsepleszben, a kismencede fali peritoneumán, az uterusra és az ovariumokon borsónyi-kisalmányi, savós bennéki, vékony falú cysták voltak, melyek a cseplesz egy részével eltávolításra kerültek.

Szövettani diagnosis: lymphangioma cavernosum peritonei.

Harmadszor 1985-ben került felvételre a Soproni Városi Kórház Sebészeti Osztályára. Előtte 8 hónappal hasi fájdalmak jelentkeztek. Az utolsó három hét alatt 2 kilót fogyott. Az alhas jobb oldalán női ökölnyi resistentia, melynek alsó szélé a Douglas-üregben elérhető volt. Műtétnél az előző műtét lelettel megegyező recidív cysták voltak a fali peritoneumon, a nagycsepleszben, az uterusra és az ovariumokon. A cysták a cseplesz egy része és az appendix került eltávolításra, valamint a kórkép teratogén eredetét feltételezve, hysterectomia és kétoldali adnexectomia is történt.

Szövettani diagnosis: lymphangiomatosis peritonei.

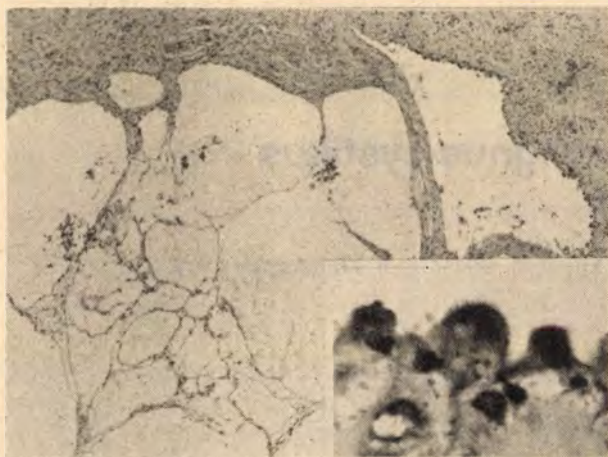
Újra jelentkező alhasi fájdalmak miatt 1987 márciusában Budapesten a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikájára került felvételre. Műtét során az előző műtéteknél észlelt, a kismencedét kitöltő cysták kerültek eltávolításra.

Szövettani diagnosis: lymphangioma cavernosum peritonei. Újabb műtetre a fokozódó alhasi fájdalmak miatt 1987 októberében került sor az I. Sebészeti Klinikán, ennek során a kismencedében talált cysták, valamint a cseplesz egy részének resectiója történt.

Az öt műtét során eltávolított cystosus daganat lényegében hasonló képet mutatott. A vékony, helyenként hártás falú borsónyi, diónyi, almányi cystákat áttetsző folyadék töltötte ki. A paraffinos beágyazás után készített metszetekből haematoxylin-eosin, PAS és alciankek (pH 2,5) festéseket végeztünk. Az utolsó műtét preparátumból elektronmikroszkopos vizsgálatra is beágyaztunk.

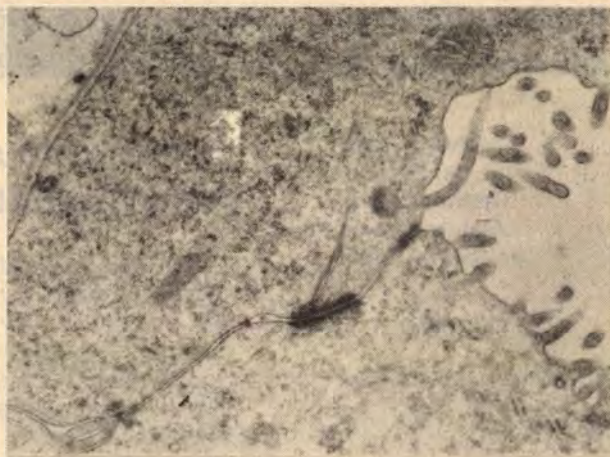
Fénymikroszkóposan a szöveti kép minden esetben, lényegében azonos volt.

A vékony falú cysták között változó mennyiségű fibrosus stroma helyezkedik el. Ez helyenként myxosus vagy oedemátus és emellett gyér számban lymphocyták és eosinophil granulocyták vannak jelen. A cysták bélésé lelapult, jobbára endothelre emlékeztet (I/a. ábra). A bélő sejtek, valamint a lumenben lévő eosinophil anyag PAS és alciankek negatív. Transzmissziós elektronmikroszkopos (TEM) vizsgálat során a daganatsejtek luminalis felszínén vékony microvillusok, a sejtek között tight



1/a. ábra: Vékony falú cysták között fibrosus stroma, melyben néhány lymphocita és eosinophil granulocita van. A cysták lumenében halvány, eosinophilen festődő bennék. Bél-sük jobbára lelapult endothelre emlékeztet, helyenként kissé felmagasodott, bakancsszegre emlékeztető sejtek is megfigyelhetők (→). HE100 ×

1/b. ábra: Ua. mint az A ábra nyíllal jelölt része. A bakancsszegre emlékeztető sejtek felszínén finom villusok látszanak. HE1000 ×



2. ábra: A sejtek luminalis felszínén microvillusok (MV), a kötőszöveti felszínen folytonos basalmembran (BM) látszik. A sejtek között tight desmosomalis junctiók (J).TEM 43 200 ×

táblázat: **Eddig között benignus cystikus peritonealis mesothelioma esetek klinikopathologiai adatainak összefoglalása**

Közlött esetek (irodalom)	Nem	Kor év	Követési idő (első recidíva)	Recidíva szám (műtétek száma)	Lokalizáció hasüreg	kismencede	Megelőző téves diagnózis
Menemeyer (7)							
1.	nő	27	2 év (3 hó)	2 (3)	+		lymphangioma
Moore (8)							
1.	ffi	73	20 év (6 év)	4 (5)	+		nem specifikus reactiv proliferatio, lymphangioma
Katsube (3)							
1.	nő	23	6 év (5 év)	1 (2)		+	endometriosis
2.	nő	30	8 év	Ø (1)		+	Ø
3.	nő	44	8 év (6 év)	2 (3)		+	serosus cystade- nocarcinoma
4.	nő	28	2 év	Ø (1)		+	Ø
5.	nő	35	2 év	Ø (1)		+	Ø
Dumke (1)							
1.	nő	74	? év	Ø (1)	+		Ø
2.	ffi	46	3 év (3 év)	1 (2)	+		Ø
Schneider (10)							
1.	nő	43	2 év	Ø (1)		+	Ø
2.	nő	28	3 év	Ø (1)		+	Ø
3.	nő	24	1 év	Ø (1)		+	Ø
4.	nő	26	4 hó (4 hó)	1 (2)		+	Ø
Nirodi (9)							
1.	nő	26	2 év (1 év)	2 (3)		+	pseudomyxoma
2.	nő	42	1 év	Ø (1)		+	Ø
Marshall (6)							
1.	nő	43	6 hó	Ø (1)	+		Ø
Sienkowski (11)							
1.	ffi	35	6 hó	+	+		Ø
2.	ffi	45	3 év	Ø (1)		+	Ø
Saját eset							
1.	nő	33	8 év (4 év)	4 (5)	+		lymphangioma

desmosomalis junctiók figyelhetők meg. Ez utóbbiakhoz tonofilamentumok húzódnak. A sejtek kötőszöveti felszínén jól kifejezett, folytonos basalmembran van (2. ábra).

Az elektronmikroszkópos vizsgálatok után a fénymikroszkópos metszeteket újra átnéztük. A cystákat egy-egy gócban bakancsszegre emlékeztető, kissé lelapult sejtek bélelték, ezek némelyike finom villusos luminalis felszínt mutatott (1/b. ábra).

Szövettani diagnózis: mesothelioma cysticum peritonei.

Megbeszélés

A három ismert, jellegzetes peritonealis mesothelialis tumor közül — malignus tubulopapillaris mesothelioma, cystikus mesothelioma és az adenomatoid tumor — a cystikus mesothelioma a legritkább (1., 3., 6., 9.).

A nemzetközi irodalomban közölt, és saját itt ismertett, cystikus mesothelioma eset klinikai és pathológiai adatait táblázatban foglaltuk össze (táblázat). *Mennemeyer* és *Smith* ultrastructuralis vizsgálatokon alapuló közlését megelőző közleményekben találtunk 7 esetet, amelyben a szövettani kép a benignus cystikus mesotheliomát valószínűsíti (2., 4., 5.). A betegek hiányos klinikai adatai miatt ezeket az összefoglaló táblázatokban nem szerepeltetjük. Az esetek döntő többsége (18-ból 14) nőkben fordul elő. A legfiatalabb beteg 23, a legidősebb 74 éves volt. Saját esetünket is számításba véve, a 15 nőbeteg átlagos életkora 35 év. Az esetek $\frac{2}{3}$ -ában a kismencedei peritoneumból indul ki a folyamat. Esetünkben a csepleszből.

Minden betegnél hasi fájdalom és tapintható hasi és/vagy alhasi daganat volt a vezető tünet.

Az esetek egy részében a műtét végleges gyógyulást eredményezett, de az esetek felében recidíva lépett fel. Hangsúlyozni szeretnénk, hogy 11 recidívamentes betegből 7-et 4 évnél rövidebb ideig észleltek. Minthogy esetünkben az első recidíva 4 év múlva jelentkezett — a további recidívák jóval rövidebb időközönként követték egymást — ezen 7 esetben a recidíva lehetősége nem zárható ki. A rövid követési idő miatt a korai recidíva nem nyújt tájékoztatást a prognózisra vonatkozóan. A többszöri recidívára való hajlam miatt a cystikus mesotheliomát *Katsube* a benignus adenomatoid tumor és a malignus tubulopapillaris mesothelioma közötti borderline lézióknak tartja (3).

Az esetek $\frac{1}{3}$ -ában megelőző téves diagnózisok után jutottak helyes kórisméhez. A nem típusos makroszkópos és szövettani képen jelentkező lymphangioma, pseudo-

myxoma peritonei, endometriosis és ovarialis serosus cystadenocarcinoma okozhat differenciáldiagnosztikai problémát.

Korrekt diagnosztika főlállítása csak TEM vizsgálattal, a mesothel sejtek jellegzetes ultrastrukturája (microvillosus luminalis felszín, tight desmosomalis junctiók, folytonos basalmembran) alapján lehetséges.

Esetünk is példázza, hogy a cystosus üröket bélelő sejtek gondos fénymikroszkópos elemzése felvetheti a mesothelialis eredetet. A TEM kép ismeretében nézve át a műtéti preparátumokat, az első kettő és az utolsó műtéti anyagban egy-egy gócban bakancsszegre emlékeztető sejteket, némelyik felszínén finom villusokat találtunk, melyek felvethették volna a mesothelioma lehetőségét.

Úgy tűnik, a pathologus szerepe döntő a cystikus mesothelioma kórismézésében. A legkisebb gyanú esetén is TEM vizsgálatra kell törekedni, mert egyedül ezzel bizonyítható a daganat sejtjeinek mesothelialis eredete.

IRODALOM: 1. *Dumke, K., Schnoy, N., Specht, G., et al.*: Comparative light and electron microscopic studies of cystic and papillary tumors of the peritoneum. *Virchows Arch. Path. Anat.* 1983, 399, 25. — 2. *Jacobson, E.*: Benign papillary peritoneal cystosis simulating serous cystadenocarcinoma of the ovary. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1974, 118, 575. — 3. *Katsube, Y., Mukai, K., Silverberg, S. G.*: Cystic mesothelioma of the peritoneum. *Cancer* 1982, 50, 1615. — 4. *Krieger, J. S., Fischer, E. R., Richards, M. R.*: Multiple mesothelial cysts of the peritoneum. *Am. J. Surg.* 1952, 84, 328. — 5. *Lascano, E. F., Villamayor, R. D., Llauro, J. L.*: Loose cysts of the peritoneal cavity. *Ann. Surg.* 1960, 152, 836. — 6. *Marschall, R. M., Gould, V. E., King, M. E., et al.*: Multicystic abdominal peritoneal tumor presenting as an enlarging incisional hernia. *Ultrastruct. Path.* 1985, 8, 249. — 7. *Mennemeyer, R., Smith, M.*: Multicystic peritoneal mesothelioma. A report with electron microscopy of a case mimicking intraabdominal cystic hygroma (lymphangioma). *Cancer* 1979, 44, 692. — 8. *Moore, J. H., Crum, C. P., Chandler, J. G., et al.*: Benign cystic mesothelioma. *Cancer*, 1980, 45, 2395. — 9. *Nirodi, N. S., Lowry, D. S., Wallace, R. J.*: Cystic mesothelioma of the pelvic peritoneum. Two case reports. *Br. J. Obstet. Gynec.* 1984, 91, 201. — 10. *Schneider, V., Partridge, J. R., Gutierrez, F., et al.*: Benign cystic mesothelioma involving the female genital tract: report of four cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1983, 145, 355. — 11. *Sienkowsky, I. K., LRussel, A. J., Dilly, S. A., et al.*: Peritoneal cystic mesothelioma: an electron microscopic and immunohistochemical study of two male patients. *J. Clin. Pathol.* 1986, 39, 440.

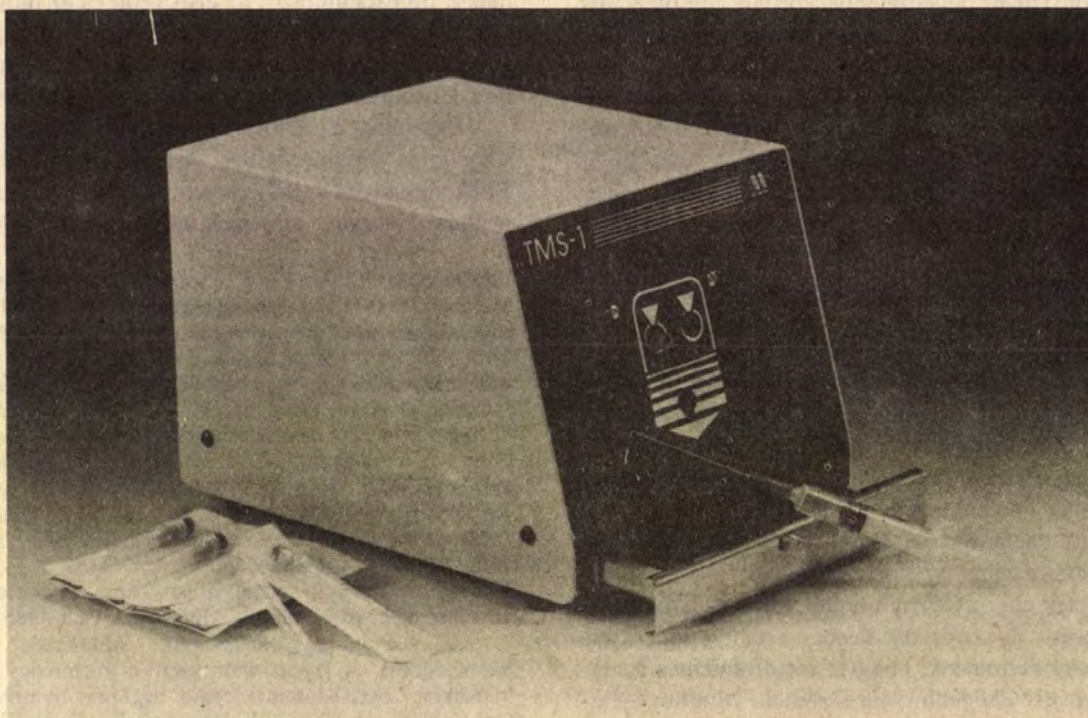
(Hidvégi Judit dr. Budapest, Üllői út 93. 1091)

Tisztelt Megrendelőink!

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

Köszönettel
Medicina Könyvkiadó Vállalat

TÜMEGSEMMISÍTŐ TMS—1



A folyamatos üzemmódban használható tümegsemmisítő készülék

- körzeti orvosi rendelőkben,
- laboratóriumokban,
- ambulanciákon,
- kórházakban,
- humán és állategészségügyben,
- fogászati rendelőkben

alkalmazott egyszerhasználatos műanyag és hagyományos fémtűk megsemmisítésére használható.

Kiválóan alkalmazható AIDS-fertőzések és fertőző betegségek kezeléséhez használt tűk megsemmisítésére, újrafelhasználás (narkózók) megakadályozására.

GYÁRTÓ:

Medicor Orvosi Műszer Ipari Rt.
4001 Debrecen, 1. Pf. 125.
4027 Debrecen, Hámán K. út 98.
Tel.: (52) 15-655
Telex: 07-22-72 mdom
Telefax: 36-52-10200



FORGALMAZÓ: A GYÁRTÓ ÉS:

Medicor Kereskedelmi Rt.
1389 Budapest, 62. Pf. 150.
1132 Budapest, XIII.,
Röntgen u. 11—13.
Tel.: 1495-930
Telex: 22-5051 medic h
Telefax: (361) 1495-957

VIII. Pszichiátriai Világkongresszus

(Athén, 1989. okt. 12–19.)

Az utóbbi évtizedekben a pszichiátria mamutkongresszusai hatévenként követik egymást. 1977-ben Hawaii-ban, 1983-ban Bécsben volt világkongresszus, 5–6 ezer résztvevővel, mindegyik politikailag is híressé vált, hiszen előbb nyilvánosan megvádolták a szovjet pszichiátriát, hogy ténykedésével megsérti az emberi jogokat, majd a szovjet ideg- és elmeorvosok társasága ki is lépett a világszervezetből, hogy a kizárást elkerülje. A Magyar Pszichiátriai Társaság nem követte a többi szocialista országot a kilépésben, sőt, Juhász professzor alelnöki tisztséget is vállalt, és ebből sok szakmapolitikai bonyodalom támadt idehaza is. A jelenlegi világkongresszus fő politikai témája ismét ez az ügy volt, a szovjet társaság kérte visszavételét, ennek érdekében amerikai pszichiátereiből álló népes küldöttség az év elején két hónapon át járta a szovjet elmeorvosházakat, könyvméretű jelentésben foglalta össze tapasztalatait, ezt — a szovjet szakemberek válaszával, kommentárjaival együtt — minden tagtársaság megkapta, így a Magyar Pszichiátriai Társaság is tanulmányozhatta és vezetőségi ülésen vitatta meg. E felmérés óriási változásokról tanúskodik, úgy tűnik, hogy politikai okokból már nincsenek kezelésben pszichiátriailag nem beteg emberek, mint ahogyan korábban voltak. Kifogásolták azonban a szovjet pszichiátriában használt diagnosztikai kategóriák némelyikét, amelyek megengedik a beteggyógyítást a politikai deviancia eseteiben is, és kifogásoltak néhány gyógymódot (pl. az atropinkómat), amit még használnak a Szovjetunióban. Athénben hatalmas viták után ideiglenesen és feltételeken visszavették a Szovjetuniót a világtársaságba (WPA = World Psychiatric Association), évente fogják ellenőrizni a pszichiátriai ellátást. A világtársaság vezetőségi ülésére a szovjet kormány kiküldte egyik külügyminiszterhelyettesét is, aki egy ellenzéki (!) pszichiátriai szervezet vezetőjét is magával hozta, aki a hivatalos szovjet szervezet vezetőit elmarasztalva a visszavétel ellen agított, hajlandó volt az úlésekről visszavonni a hivatalos szovjet társaság képviselőit, és vállalta a bocsánatkérést is, hogy a korábbi hivatalos képviselők félrevezették a világtársaságot a visszaélések ügyében.

Mindez óriási változásokat tükröz még a legutóbbi évekhez képest is, és remélhetővé teszi, hogy a világtársaság és a világkongresszus a jövőben már nem politikai színtér, hanem szakmai szervezet és szakmai esemény lesz. Az athéni kongresszus így is nagyon fontos szakmai rendezvény volt. Nem hallottam hivatalos jelentést a részvételi számról, de 6 és 10 ezer közé teszik a résztvevők számát. Csak az előadáskivonatokat

könyvében 3237 „abstract” található, de sok más, ad hoc szimpózium, később beiktatott előadás, gyógyszergyárak által rendezett workshop vagy kerekasztal volt. Mint később jelentkező a hiteles számom felüli sorszámat kaptam, látható volt azonban, hogy rengetegen jelentkeztek a helyszínen is. A részvételi díj pedig borsos volt, a később jelentkezőnek 750 svájci frankot kellett fizetnie, aki időben átutalta a pénzt, az 650 frankkal megúszhatta. A kongresszus helyszíne az athéni tengerparton, Pireus közelében lévő Béke és Barátság Stadion volt, a nagy auditoriumok és a poszterek terméi a stadion hatalmas vásznakkal elkülönített szegmenstumai voltak. A stadion kiszolgáló helyiségeiben folytak egyidejűleg a tematikus rendezvények, 30–40 is egyidejűleg a délutánokon vagy a reggeli plenáris ülések után. A stadion hatalmas folyosóin gyógyszer- és vegyszergyárak kiállításai, könyvüzletek, idegenforgalmi irodák stb. kaptak helyet, ezek előtt mindig sokan állogáltak. Ezek szinte az ipari vásár benyomását keltették az emberben, az érdeklődő nemcsak prospektusok tömegét gyűjthette össze, de érdekes szakkönyveket és más ajándékokat (egy helyen még görög árnizpálínkat is) kapott, üdítővel és süteménnyel kínálták, érdekes tájékoztató, továbbképző videoprogramokat nézhetett. A világkongresszus résztvevőinek többsége gyógyszergyárak költségén utazott, Finnországból pl. mind a 105 résztvevőt gyógyszergyárak küldték ki. Két kisebb nyugat-európai országról is meg tudtam, hogy több charter-gép hozott pszichiátereket Athénbe, a gyógyszergyár vendégei voltak az utasok, luxusszállodát is kaptak, ám a részvételi díjat maguknak kellett volna fizetniük, ezért a többség a kirándulást választotta. Nagyon bőkezűek voltak a gyógyszergyárak ebédmeghívásokban, rövid luxustúrák (buszutak, hajóutak stb.) biztosításában is.

Így azután nem csoda, hogy a kongresszus elsősorban biológiai-pszichiátriai hangsúlyú volt. A legtöbb előadás e témakörből származott, ám a nagyszámú előadás és poszter a mai elmeorvószakat minden problémáját felölelte. Távoli országokból számos egzotikus téma is hallható volt, elég sok előadás származott arab országokból, ezek a tradicionális arab kultúrák patoplasztikus befolyásától kezdve a népi gyógymódokig mindenre kiterjedtek. Hallhattunk pl. előadást a mekkai és medinai zarándokutak antidepressziós hatásáról is. A kongresszus rendezőivel az volt, hogy a plenáris előadások kb. 20 percet, a szimpóziumok és workshopok tematikusan hasonló előadásai 10–15 percet vehettek igénybe. A rendezők törekedtek arra, hogy az előadások középpontjában a vités álljon, ez különösen a plenáris előadásokon vált be, a kivetített táblázatokkal és ábrákkal, alkalmanként irodalmi listákkal, fogalomhálókival rengeteg többletinformációt

tudtak közvetíteni az előadók, és így némelyik előadás a rövid idő ellenére is nagyon tartalmas volt. Egészében azonban az időkorlátok is a kemény adatokat felvonultató biológiai előadásoknak kedveztek. A plenáris előadások megrendezésében a görög házigazdák azonban egyensúlyra törekedtek, volt plenáris ülés a szociálpszichiátria helyzetéről és a pszichoterápiák egyes válfajairól is. Érdekes volt megfigyelni, hogy számos ismert nyugat-európai pszichoanalitikus és pszichoterapeuta is a gyógyszergyárak „színeiben” jelent meg, egyes kétszínűek határait elemző szimpóziumokon (is) vezető előadó volt (az előadások általában ilyenfajta címet viseltek: A Mianserin a pszichoanalitikus szemével, vagy Pszichoterápiás megfontolások x. y. depotkétszínű alkalmazása kapcsán). A „lét” és a „tudat” ismert viszonyának demonstrációi voltak ezek a jelenségek is, hiszen az illető athéni költségeit nyilván a gyógyszergyár fedezte.

Ilyen nagy kongresszusról egy résztvevő a szokásosnál is kevesebbet és valószerűleg nem jellemző tud áttekinteni, így benyomásaim nyilván egyediek. Magam elsősorban arra figyeltem fel, hogy a biológiai pszichiátria vezető képviselői is óvtak a szemléleti egyoldalúságtól és a pszichoszociális tényezők figyelembevételét ajánlották. Általában kritikusak voltak az egyoldalú biológiai magyarázatokkal szemben. Érdeklődéssel figyeltem, milyen kritikát kapott az egyik plenáris ülésen a depresszió génelokalizációs kutatási iránya. Egy 1988-as Nature közlemény nyomán már a laikusok is ismerik, hogy megvan a cirkuláris betegség génje a 11. kromoszóma rövid karján. Nem sokkal később cáfoló közlemények sora jelent meg erről, pár hónap múlva maga az eredeti kutatócsoport sem tudta megerősíteni korábbi eredményeit. Mindez a ma már szinte dogmává vált meggyőződésen keveset változtat. A lokalizációs kutatások egyelőre nem vezettek eredményre, ez természetesen nem genetikai tényezők tagadását jelenti az erről beszámoló kutatók számára. Sok kritika érte a nozológiai kategóriákat, számos előadó szkeptikus a DSM–IV vagy a ICD–10 későbbi kategóriáival kapcsolatban is. Sok kronobiológiai tárgyú, szuicidummal foglalkozó (elsősorban pszichiátriai betegek öngyilkosságával, valamint ennek megelőzésével foglalkozó) és sok pszichiátriatörténeti előadás volt a programban.

Kb. harminc magyar szakember vett részt a kongresszuson, többségük előadást vagy posztert hozott és különféle gyógyszergyárak ill. nálunk működő külföldi cégek támogatását élvezte. A magyar előadások általában jól sikerültek, az adott szimpózium vagy workshop legjobbjai között voltak.

Magam nem készültem részt venni a világkongresszuson, még a világtársaság elnökségébe történő jelölésem sem motivált erre, amikor azonban az Interpress vállalat kiküldetést ajánlott fel a következő világkongresszus Budapestre hozása érdekében, az út lehetővé vált számomra, ha nem is túl-

ságosan kívánatos. A következő kongresszus megnyeréséért síkraszálltunk (kétször lesz döntés) és van esélyünk arra is, hogy az Amerikai Pszichiátriai Társaság minden második évben idegen országban tartandó évi kongresszusa, 1994-ben Budapesten legyen. Mind a világkongresszus, mind a több ezer amerikai pszichiátert megmozgató amerikai konferencia tudományos és üzleti szempontból egyaránt előnyös vállalkozás lenne. Több fórumon képviselhetjük a Magyar Pszichiátriai Társaságot, több ország társaságával, társasági könyv- és folyóiratkiadóival és szerkesztőivel léptünk kapcsolatba. Végül nagyon hasznosnak érzem a részvételemet tudományos szempontból is, a gyógyszergyárak hirdetései érdemesek voltak elolvasgatni, nagyon jó videóprogramokat láttam, néhány gyógyszergyár szakirodalmi kereső szolgálatot mutatott be. A legfontosabb azonban a találkozások lehetősége volt. Rengeteg ismerőssel lehetett találkozni (habár nagyon nehéz volt a forgatagban azután újra megtalálni valakit), minden étkezéskor és minden esti programon lehetett beszélgetni érdekes emberekkel. Fogadásokon vagy görög kollégák partijain így pl. beszélhettem Leon Eisenberggel, Sir Philip Rothtal, Goodwinnel, Mendlewiczcel, Cooper professzorral, a nozológia ismert képviselőjével, Winggel, Sartoriussal és sok más kollégával. Nagyon sok új ismeretet szereztem angol, kanadai, amerikai és francia közösségi ellátási rendszerekkel, mentálhigiénés szervezetekkel, öngyógyító csoportmozgalmakkal stb. kapcsolatban is, ezeknek információi a kialakult kapcsolatok, ismeretségek nyomán majd írott formában is megérkeznek és felhasználhatók lesznek. Egészében tehát a világkongresszus nem a leghasznosabb tudományos rendezési forma, de azért különleges élmény, és az érdeklődés, aktivitás nagyon ösztönző és hasznos tudja tenni.

Buda Béla dr.

Az AIDS elsődleges megelőzése a kábítószerproblémák megoldása révén. Európai szimpózium az AIDS és a drogfogyasztás összefüggéseiről (Stockholm, 1989. szeptember 25–28.)

A nyolcvanas években drámai fordulat állt be a kábítószerproblémák történetében. Megjelent korunk egyik legszörnyűbb betegsége, az AIDS, és elég gyorsan egyértelmű lett, hogy ez a halálos betegség az intravénás kábítószerfogyasztók körében terjed a leggyorsabban és rajtuk keresztül fertőzi a társadalom más csoportjait. Az AIDS probléma megjelenése átrendezte a kábítószeresről vallott felfogásunkat, egyes fogalmakat és beavatkozási formákat elavulttá tett, vitás kérdéseket eldöntött és új fejezetet nyitott a kábítószerfogyasztás elleni harcban is. Értelmetlenné vált például a lágy és kemény drog felosztás, vagy ma már kevesen ellenzik az intravénás kábítószerhez való hozzáférést metadonnal törté-

nő kezelését. A metadonkezelésről ugyanis kiderült, hogy lecsökkenti az AIDS fertőzés veszélyét. A kutatások fényt derítettek arra, hogy a metadonnal kezelt kábítószeresek körében nagyságrenddel kevesebb HIV pozitív esetet lehet kimutatni, mint a metadonprogramban nem részesülők körében. Az intravénás kábítószerfogyasztók eddig homogénnek kezelt csoportja az új felfogás tükrében differenciálódott, olyan alcsoportok sajátosságai kerültek előtérbe, melyekre eddig nemigen figyeltek. A kábítószeres prostituáltak, kábítószerfogyasztó homoszexuálisok, drogbeteg terhes anyák, turisták, menekültek és börtönlakók csoportjai váltak a segítő stratégiák célpontjaivá.

A megelőzés fogalma is új jelentésárnyalatokat kapott. Az AIDS probléma megjelenéséig ugyanis az elsődleges megelőzés erőfeszítései kizárólag a még nem beteg, komolyabb életproblémáival nem küszködő egyénekre irányultak, és minden, definitív életproblémát mutató csoport bármilyen jellegű segítése már a másodlagos megelőzés birodalmába tartozott. A drogbeteg AIDS fertőzöttek megjelenése az elsődleges megelőzés fogalmát kitágította, relatívvá tette és arra hívta fel a figyelmet, hogy egyrészt a másodlagos megelőzés hatása egy másik életprobléma, betegség szempontjából elsődleges megelőzésnek is felfogható, másrészt az elsődleges megelőzésben kimunkált módszerek jól hasznosíthatók beteg emberek gondozásában is, a betegség súlyos szövődményeinek, a betegség hosszabb távú ártalmainak elsődleges megelőzése érdekében.

Az AIDS probléma tehát új kérdéseket vetett fel és e kérdésekre adott vagy adandó regionális, nemzeti válaszok összeegyeztetésének igénye a WHO Európai Irodáját arra ösztönözte, hogy 1986-ban Stockholmban csaknem valamennyi európai ország szakembereinek részvételével munkaértekezletet hívjon össze. E szimpóziumon, amelyen hazánkat Szilárd János professzor képviselte, áttekintették az egyes európai országok AIDS és drog epidemiológiai adatait és az AIDS fertőzés megelőzésével és gondozásával kapcsolatos tapasztalatokat.

A mostani stockholmi szimpózium szerkesztése folytatása volt az előzőnek. A munkaértekezlet az elmúlt három esztendő nemzeti tapasztalataival, nemzetközi fejleményeivel foglalkozott és megkísérelte kijelölni azokat a főbb fejlődési irányokat, amelyek nélkülözhetetlenek az AIDS európai terjedésének megakadályozásához.

A szimpózium példászerű szervezése lehetővé tette, hogy a rendezvény előtt a résztvevők megismerkedhessenek az előzményekkel, az 1986. évi összejövetel szakanyagaival és a szimpózium előadásait is már érkezés előtt mindenki kézbe kapta. Így nem volt akadálya az alapos felkészülésnek, és a rendezvény plenáris ülésein és munkacsoport tanácskozásain már részletkérdésekben való elmélyülésre, vitákra is sor kerülhetett.

Stockholmban a finnek kivételével valamennyi nyugat-európai ország képviselte

magát, sőt egyes országokból többen is jöttek (Svédország, Dánia, Franciaország), több nemzetközi szervezet képviselőjében (Pompidou Csoport, Európa Tanács, WHO). A kelet-európai országok közül a Szovjetunió, Lengyelország és Magyarország egy-egy szakértője vett részt a tanácskozáson.

A plenáris üléseken az egyes országok képviselőinek nemzeti beszámolóját vitattuk meg. A körképből a következő fontosabb tendenciák érdemelnek figyelmet. Bár az AIDS esetek több mint a fele az amerikai kontinensen található, Európa a második helyen áll a kontinensek között az eddig megbetegedettek és a már kimutatott fertőzöttek abszolút számát tekintve. Az elmúlt években az AIDS betegek és HIV pozitívok összetétele még erőteljesebben toldott a drogbetegek irányában. Ez azt jelenti, hogy 50–90% között mozog az intravénás kábítószerfogyasztók aránya a betegek és fertőzöttek körében. Dél-Európában (Spanyolország, Dél-Franciaország és Olaszország) van a legrosszabb statisztika, észak és kelet felé haladva javul a helyzet, Kelet-Európából mindeddig nem jelentettek HIV pozitív vagy AIDS-ben megbetegedett esetet a drogfogyasztók köréből.

Ezek a riasztó adatok azonnali intézkedésre késztették Nyugat-Európa kormányait. A drogpolitikában a következő irányelvek jelentek meg:

1. A drogfogyasztó populáció az AIDS hatására feltételezhetően megváltoztatja karakterét.

2. Erősíteni, támogatni, bátorítani kell azok munkáját, akik a drogfogyasztók leg-többszörrel kontaktusba kerülhetnek (az egészségügy első vonalának személyzete).

3. A rizikócsökkentés szempontjából fontos feltételek elsőbbséget kell hogy kapjanak.

4. A meglévő terápiás rendszereket, formákat felül kell vizsgálni és az AIDS által felvetődött új szempontok alapján újra kell gondolni ezeket.

5. A tesztekhez és a kezeléshez mindenki ingyen juthat hozzá. Ezeknek az irányelveknek a szellemében rendkívül gyorsan megszervezték a HIV tesztelést valamennyi kezelésben lévő drogbeteg számára. A tesztelés nem várt igen jó hatást váltott ki a drogfogyasztók körében. Két amerikai tanulmány is beszámol arról, hogy a tesztelést követően a drogbetegek jelentős része felhagyott az intravénás drogfogyasztással, függetlenül attól, hogy pozitív vagy negatív lett a teszt eredménye. Ezt azután Európában is megerősítették. Feltehető, hogy ez az igen hatékony tanácsadói munkának köszönhető többek között, amely több fázisban zajlik, a tesztet megelőzően és a teszt után.

A drogbetegek HIV tesztelésének megszervezésével egy időben elkezdődött a drogfogyasztók, ambulanciák, rehabilitációs intézetek személyzetének ún. AIDS tréningje. Ez a tréning sajátos továbbképzésből áll, részben az AIDS-szel kapcsolatos tudnivalók átadásával, részben a drogbetegekkel való új típusú bánásmód elsajátításával.

Az intenzív programok mellett elindultak a különböző széles körű felvilágosító kampányok, media programok is. A narkológus személyzetén kívül bevonták a továbbképzésbe a körzeti orvosokat, körzeti nővéreket, szociális gondozókat, családterapeutákat is. A drogmegelőzési programokban egyre nagyobb súlyt helyeztek az intravénás drogfogyasztással kapcsolatos tudnivalókra, illetve az intravénás drogfogyasztási technika elkerülésének lehetőségeire.

Az intézkedések egyre célzottabbá váltak. Az AIDS korszakig senki nem gondolt például az intravénás kábítószereket fogyasztók turizmusára. Egyre több adat gyűlt össze a tekintetben, hogy a megszokott droghoz nem jutó turisták AIDS veszélyeztetettsége nagyobb, mint a nem utazó droghasználóké, ezért megszervezték a nyugat-európai országokban a turisták számára is a metadonkezelést. A határon átlépő vagy repülőgépből kiszálló narkomán prospektust kap, amelyből pontosan tájékozódhat arról, hogy hol és mikor van módja folytatni a megkezdett kezelést, hol kap speciális tanácsadást vagy szociális segítséget. Kezelőorvosai közvetlen kapcsolatba léphetnek a vendéglátó ország szolgátlásainak személyzetével a minél pontosabb és hatékonyabb együttműködés érdekében. A turisták számára fenntartott tanácsadó központokban a narkomán steril fecskendőhöz, kotonhoz és más, preventív eszközökhöz juthat, természetes ingyen.

Újra kellett gondolni a börtönök rabjainak droghasználatát, a börtönökre jellemző homoszexualitásból fakadó veszélyeket is. A túlzottan liberális gyakorlat, mely szerint a börtönlakó szexuális életet élhet házastársával a börtönben erre a célra kijelölt helyen, egyfelől ugyan csökkentette a homoszexuális aktusok lehetőségét, növelte viszont az AIDS terjedésének veszélyét kifelé és befelé egyaránt. Nem beszélve a látogatók által becsapózott drogról és fecskendőkről, amelyek sterilítása sokszor nem bizonyult megnyugtatónak. Ezért a börtönlakók és látogatóik intenzív AIDS tréningben részesülnek, és a manifest int-ravénás kábítószerfogyasztók a börtönben kezdik el a metadonprogramot, s ez nagymértékben lecsökkenti az AIDS terjedésének veszélyét.

Az AIDS megelőzés szempontjából rendkívül fontos rizikócsoport lett a drogfogyasztó terhes anyák csoportja. Lehetőség szerint már a fogamzás előtt megpróbálják kiszűrni a HIV pozitív nőket és felvilágosítják őket arról, hogy a bennük lévő vírus átjutva a placentán, a magzatot is fertőzheti. Nagyon fontos elérni, hogy minél kevesebb HIV pozitív nő vállalja az anyaságot, és ezzel azt, hogy gyermeke már fertőzötten születik.

Az AIDS probléma több országot, köztük a szomszédos Ausztriát is arra készítette, hogy újragondolja a prostituáltakkal kapcsolatos eddigi politikáját. Az osztrákok például az AIDS veszély realitásának tudatában legalizálták a prostitúciót és megszervezték a prostituáltak heti kétszer

történi orvosi vizsgálatát. AIDS tanácsadással, rendszeres HIV teszteléssel és AIDS tréninggel. Ezzel elérték azt, hogy ma már nem a prostituáltak terjesztik Ausztriában az AIDS-t, hanem itt is, mint más európai országban, az intravénás kábítószerfüggő személyek a terjedés első számú ágensei.

A konferencia második részében nemzeti és nemzetközi prospektív tervek, stratégiák születtek mindazok alapján, amelyek az eddigi tapasztalatokból következtek. A kelet-európai országokra nézve ez azt jelenti, hogy nagy az elvárás a nyugat-európai országok részéről egy nemzetközi mércével és látóterben is releváns nemzeti stratégia kidolgozására, különös tekintettel az intravénás droghasználat jelentőségére. E stratégiának a következő szempontokat célszerű tartalmaznia:

a) Az anyagi és szellemi erőforrások átcsoportosítása az AIDS megelőzés legfontosabb szférájába, a droghasználat megoldásának területére.

b) Az intravénás kábítószerfogyasztás terjedésének megakadályozásával a leghatékonyabb AIDS megelőzés kivitelezhető.

c) Sürgősen meg kell szervezni az intravénás drogfogyasztók HIV szűrését.

d) Sürgősen el kell kezdeni az intravénás drogfogyasztók HIV pozitívitásának epidemiológiai vizsgálatát.

e) Intenzív továbbképzést kell szervezni a droghasználókkal foglalkozó személyzetnél az AIDS megelőzés elméleti és gyakorlati kérdéseiről, problémáiról és módszertanáról.

f) Az adott részterület nemzetközi szaktekinvélyeit kezdettől be kell vonni a tervezésbe azoknak a hibáknak az elkerülése érdekében, amelyeket a fejlett országok eddig elkövettek az AIDS megelőzés frontjain. Emellett hozzáférhetővé válnának a legmodernebb megelőzési és terápiás módszerek.

g) Az eddiginél is sokkal dinamikusabb reklám és propoaganda munkára van szükség. A szélesebb közvélemény megfelelő tájékoztatása azonban egyszeri kampányokkal nem képzelhető el, többszintű és többlépcsős, az egyes társadalmi csoportokra irányuló specifikus felvilágosító programra van szükség.

h) Tudomásul kell vennünk, hogy az AIDS és a droghasználat problémája nem különítható el egymástól, e két területnek az eddigi gyakorlattal ellentétben sokkal szorosabban kell együttműködni.

Gerevich József dr.

Az Osztrák Gyermek- és Ifjúságegészségügyi Társaság
27. kongresszusa

(Badgastein, 1989. szeptember 28.—október 1.)

A kongresszust Badgasteinben, a Kongresszusi Központban rendezték meg. Amint az a kongresszusi összefoglalóban is szerepelt, a Társaság arra törekedett, hogy

minél több szekcióban hangozhassanak el előadások, így végül is 25 munkacsoport ülésezett a kongresszus 4 napján, ezen kívül a poszter-szekció került még lebonyolításra. Kitűnő, érdekes és sok újdonságot mutató témák kerültek a kongresszus napirendjére egymással párhuzamosan, a Kongresszusi Központ több termében: általában három munkacsoport tanácskozott egyidejűleg. Ami azután újdonságként hatott, az az volt, hogy a záróülések során az egyes munkacsoportok vezetői a kongresszus központi termében jelentést adtak egy-egy nap előadásairól, így összegzőképpen valamennyi résztvevő rövid összefoglalót hallhatott — az egyes munkacsoportok vezetőinek tolmácsolásában — az összes elhangzott előadásról.

A kongresszus ugyan a már említett 25 + 1 munkacsoportban ülésezett, központi témaként a gyermekgyógyászati profilaxis említhető meg.

Kiemelt terület volt a gyermekek veszélyeztetettségével, a gyermekek bántalmazásával foglalkozó előadás-sorozat, továbbá a csecsemőkori hirtelen halállal foglalkozó ez irányú kutatások ismertetése.

Újdonságként hatott, hogy külön munkacsoport foglalkozott mind az iskolaorvosi gondokkal, mind pedig az ifjúsági orvosi ellátással. Nemzetközi összehasonlításai vizsgálatokat bemutató munkacsoport pedig Svájc, NSZK, NDK és Ausztria vonatkozásában ismertette az újszülöttek, csecsemők és gyermekek vizsgálataival kapcsolatos eljárásokat és azok dokumentációját.

A nagyszámú előadó munkáiból természetesen csak egyet-egyet szeretnék ismertetni.

Stögmann, W. (Wien) a gyermekek testi és szellemi károsításáról, illetve bántalmazásáról tartott kitűnő összefoglalót, ismertette a bántalmazás különböző típusait, s munkáját nemzetközi adatokkal is alátámasztotta. (USA: 1000 gyermekre 6—10! bántalmazás jut évente, Ausztria: 1 000 000 lakosra 380 eset évente).

Kurz, R. (Graz) a csecsemőkori hirtelen halál (SIDS) jelenséggel kapcsolatos legújabb kutatási eredményeit ismertette. Újdonságként számolt be a rizikócsoportok kiemelésével kapcsolatos vizsgálatról.

A gyermekek kötelező vizsgálataival és azok dokumentációjával kapcsolatos munkacsoport ülésén jelentős eltérések mutatkoztak az egyes országok között.

Lips, U. (Zürich) paradox képet mutatott be a svájci vizsgálatokkal kapcsolatosan. Egyrészt nincs kötelező vizsgálati rendszer és dokumentáció Svájcban, másrészt az egyes kantonok is saját törvényeik szerint működnek. Az előadó szerint Svájc e téren elmarad a többi nyugat-európai országtól, s csak valahol Portugália szintjén áll.

Schmidt, W. (Regensburg) mint az NSZK Gyermekorvosok Társaságának elnöke, az NSZK-szerte kiterjedten alkalmazott U1—U8 vizsgálati modellt ismertette, s egyben beszámolt az ez év nyarán bevezetésre került U9 vizsgálatról is, mely a gyermekek beiskolázásával kapcsolatos.

Jährig, K. (Greifswald) az NDK-ban alkalmazott kötelező gyermekorvosi vizsgálatokról adott ismertetőt, az osztrák kutató Hohenauer, L. (Linz) a másfél évtizede Ausztriában alkalmazott Mutter-Kind-Pass vizsgálatok összefoglalóit mutatta be.

Kitűnő volt Steiner, H. (Graz) vezetett vitafórum az iskolaegészségügy problémáiról, ehhez kapcsolódott egy másik munkacsoport, mely az iskolai és szünidőben történt balesetekkel foglalkozott, itt kiemelném Schütze, U. (Frankfurt) nyári sportokkal és Höllwarth, M. (Bern) téli sportokkal kapcsolatos előadását.

Schuler professzor és munkatársai gyermekkori ALL immunoglobulin profilaxisáról, Miltényi professzor pedig diabeteses nephropatia profilaktikus intézkedéseivel kapcsolatosan tartott előadást.

Saját munkámban pedig újszülöttek nyomán követéséről számoltam be a vizsgált csoport tagjai megszületésétől 2 éves koráig, mely adatokat összekapcsoltam a szülők egyes mutatóinak összevetésével.

A kongresszus kitűnően szervezett volt. A többnapos tudományos ülést gazdag kulturális és társasági program egészítette ki (fogadás a meghívottak tiszteletére, Salzburg tarto-

mány Pongau tájegység népi zenéjének hangversenye, komolyzenei hangverseny).

Ezúton is megköszönöm E. G. Huber (Salzburg) professzornak, az Osztrák Gyermek- és Ifjúságegészségügyi Társaság elnökének a személyre szóló meghívást, és hogy kiinn tartózkodásom valamennyi költségét a Társaság megtérítette.

Köszönettel tartozom dr. Kelemen István főigazgató főorvos úrnak és a Győr-Sopron Megyei Kórház-Rendelőintézet vezetésének, hogy szolgálataim utamat engedélyezték.

Schmidt Péter dr.

Tisztelt Megrendelők!

Kérjük, hogy pályázati hirdetményeiket a Medicina Könyvkiadó Vállalat Hirdetési Osztályára (Budapest, Beloiannisz u. 8. 1054.) szíveskedjenek küldeni. Köszönjük.

KSH SZÁMÍTÁSTECHNIKAI
ÉS ÜGYVITELSZERVEZŐ V.

EGÉSZSÉGÜGYI VÁLLALKOZÁSI IRODA

1145 Bp., Szugló u. 9/15. Tel.: 1634-046 Tx.: 22 6216

PICI

PERINATALIS INTENSIV CENTRUM INFO

A rendszer célja: Koraszülöttek kórházi kezelése és utógondozása során keletkezett vizsgálati eredmények számítógépes nyilvántartása a napi orvosi munka támogatására, illetve a vizsgálati eredmények hosszútávú értékelésének elvégzéséhez.

1. Modul:

- **Könyvél** a betegek fontosabb személyi adatait, az osztályra történő felvétel, távozás, utárvizsgáláton megjelenés időpontját. A beteg története hiányos vagy pontatlan személyi adatok esetén is gyorsan előkereshető. A rendszer nyilvántartja, hogy egy adott napon kik jelentek meg, illetve kiknek kell megjelenniük utárvizsgáláton.
- **Lehetővé** teszi a betegek összes vizsgálati eredményének nyilvántartását, bármelyik eredmény képernyőn való megjelenítését, illetve kinyomtatását.
- **Elkészíti** a zárójelentést.
- **Bizonyos** feltételeknek megfelelő vizsgálatok, illetve az ilyen vizsgálati eredményekkel rendelkező betegek előkereshetők, az adatok kinyomtathatók. Párhuszamosan tetszőleges számú vizsgálati, kezelési eredményre megadható feltétel. Azaz pl. megkérdezhető, hogy kik azok a betegek, akik egy bizonyos születési súly kategóriába esnek, bizonyos betegségben szenvednek, és vörizsgálati eredményeik megadott értéktartományok között vannak. Ennek a funkciónak a segítségével az adatok statisztikai elemzése elvégezhető.

Az adatokat a rendszer több éven keresztül gyűjti, (az utógondozás a betegek 6 éves koráig tart) nem szükséges és nem is lehetséges az összes adatot a számítógépben tartani. A rendszer biztosítja az adatok archiválását külső adathordozón (mágnesszalagon vagy mágneslemezen), és az archivumból való elővételét.

IRÁNYÁR: 200 000,— Ft

Hardver feltételek:

- IBM AT (kompatibilis) számítógép
- Színes monitor
- 30—40 Mb Winchester tároló
- Streamer (mágnesszalagos tároló)
- 1,2 Mb-os, vagy 360 Kb-os hajlékony lemezes tároló
- Epson (kompatibilis) nyomtató

Felvilágosítás: Dialog Data

- SZÜV Informatikai Fejlesztő Leányvállalat mint fejlesztő,
- 9021 Győr, Kazinczy u. 16.
- Tel.: 94/14-339 • Tx.: 02 4368

BRULAMYCIN[®]

szemcsepp



BIOGAL
GYÓGYSZERGYÁR
DEBRECEN



Antibioticum ophtalmicum

A Tobramycin széles spektrumú, baktericid hatású antibiotikum Gram-pozitív és Gram-negatív kórokozókra.

Más antibiotikumokkal összehasonlítva antibakteriális hatása kifejezettebb *Pseudomonas* species fertőzésekben. Szemészeti jelentősége elsősorban *Pseudomonas aeruginosa* és *Staphylococcus aureus* fertőzésekben van.

HATÓANYAG

15 mg tobramycinum 5 ml steril vizes oldatban (0,3%), benzalconium chloratum konzerválószerrel.

JAVALLATOK

A szem bakteriális fertőzéseihez társuló külső gyulladások (tobramycinre érzékeny kórokozók esetén) blepharitis, conjunctivitis, blepharoconjunctivitis, keratitisek, beleértve a kontaktlencse-viselés okozta keratitiseket is.

ELLENJAVALLATOK

Túlérzékenység tobramycinnel szemben.

ADAGOLÁS

Naponta 5×1 cseppet a beteg szembe cseppenteni. Súlyos fertőzés esetén a cseppentés félóránként—óránként ismételtethető.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán a kötőhártya átmeneti vörbősége, illetve égő, csípő érzés. Nagyon ritkán túlérzékenységi reakció léphet fel, amikor a kezelés megszüntetése szükséges.

FIGYELMEZTETÉS!

A zárókupak felnyitása után a szemcsepp 1 hónapnál tovább nem használható!

Tobramycin szemcseppel végzett kezelés alatt a beteg kontaktlencsét ne viseljen! Mint más antibiotikumok esetén, kerülni kell a hosszú ideig történő alkalmazást (a nem érzékeny kórokozók elszaporodását okozhatja).

A gyógyszert gyermekek elől el kell zárni!

MEGJEGYZÉS: ✖✖ Csak vényre — egyszeri alkalommal — kiadható. A gyógyszert annak a fekvőbetegellátó osztálynak, szakrendelésnek (gondozónak) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS: 5 ml

ELŐÁLLÍTJA

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

HEVIZOS[®]

kenőcs



BIOGAL
GYÓGYSZERGYÁR
DEBRECEN



Chemotherapeuticum antiviralis

Herpes vírusfertőzésekben alkalmazható lokális készítmény. A kenőcs hatóanyaga a herpes vírus DNS szintézisébe avatkozik be, ezáltal gátolja annak szaporodását. A felvitt dózis jelentős része a bőrben lokalizálódik, a kezelés során általános hatás nem tapasztalható.

HATÓANYAG

80 mg 3-(2-dezoxi-8-D-ribofuranozil)-5-izopropil-uracil,
10 g vízzel lemosható szuszpenziós kenőcsben.

JAVALLATOK

Herpes simplex recidivans, herpes zoster és herpes progenitalis recidivans helyi kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Jelenleg nem ismeretes.

ALKALMAZÁS

A beteg bőrfelületet naponta 3–5 alkalommal kell vékonyan bekenni. A kezelés időtartama 3–5 nap, amely kivételesen az eset súlyosságától függően 6–12 napra emelhető.

MELLÉKHATÁS

Enyhe, égő, átmeneti csipős érzés.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre – egyszeri alkalommal – kiadható.

CSOMAGOLÁS

10 g kenőcs tubusban

ELŐÁLLÍTJA

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen



Egészségmegőrzés

Alkohol és a brit férfiak halálózása: az U alakú görbe magyarázata. Shaper, A. G., Wannamethee, G., Walker, M.: *Lancet*, 1988, II, 1267.

Tanulmányok sorából az derül ki, hogy mind az absztinensek, mind a nagyivók össz- és kardiovaszkuláris halálózása meghaladja a mértékletes ivóké. Az ilyenformán U alakúnak talált halálózási görbe mintegy javallatát képezné a mérsékelt alkoholbevitelnek, általában a kardiovaszkuláris betegségek és részeként a szív-attakok kivédésére. A dozírozott ivás protektív hatására született hipotézisek között éppúgy találkozhatunk biológiai alapokra helyezetttekkel (az alkoholnak a HDL-koleszterinre és apolipoproteinek, a fibrinolízisre és koagulációra, a vérnyomásra és koszorús erek reaktivitására gyakorolt hatásával operálók), mint behaviour-megközelítésekkel.

Jelen, a British Regional Heart Study keretében lefolytatott prospektív vizsgálat az ivásmódok, a megelőző (már fennálló) betegségek és a halálozás kapcsolatrendszerét középkorú (40–59 év közötti) férfiak körében hivatott feltárni. 1978–1980-ban 7735 brit (angol, walesi és skót) férfi került az egy-egy városra nézve reprezentatív mintába, 24 város egyes általános orvosainak (alapellátási teamjeinek) közreműködésével. A véletlenszerűen kiválasztott kontrollcsoportot 420 férfi alkotta. Az alapvizsgálatokat (közte: EKG) standard kérdőívek egészítették ki; 25 biokémiai-haematológiai paraméter számbavétele történt. Az alkoholfogyasztás mértékére nézve (ekvivalens mennyiségekben megadott hetenkénti bevitelt egységekre átszámolva) 5, a dohányzás (csak cigarettázás!) mértékét illetően szintén 5, a szociális státus tekintetében 6 csoportba osztották a megfigyeltet. Újabb kategorizálást aszerint alkalmaztak, hogy vajon ISZB-t kórisméztek-e vagy nem, az első vizsgálatkor. Az 1986. decemberig tartó, átlagosan 7,5 éves követés során a megfigyelés a halálozás és a kardiovaszkuláris morbiditás alakulására irányult.

A 7,5 év alatt 504 halált regisztráltak. A halálok 52,6%-ban kardiovaszkuláris, 33,9%-ban rák, 3,4%-ban baleseti és erőszakos, 1%-ban májzsugor, 9,1%-ban egyéb eredetű, ill. természetű volt. Az évente 1000 főre számított halálózást legmagasabbnak az absztinensek (majd alkalmi ivók), legalacsonyabbnak a keveset (majd mérsékelt) ivók csoportjaiban észlelték. A nagyivók halálózása csak megközelítette, de nem érte el az alkalmi ivóké. Az össz-halálózás trendjétől elütően alakult az egyes kategóriákon belül a kardiovaszkuláris betegségek (CVD) és nem kardiovaszkuláris betegségek (non-CVD) okozta halálo-

zás. Az eredmények részletezésének e helyütt mellőzésével: a halálozás görbáját U alakúnak csak azok körében találták, akiknek az alapvizsgálatkor már legalább 1 CVD-jük (mindenélőtt ISZB-jük) állott fenn, ill. cukorbeteg, közvény vagy egyéb non-CVD megléte volt konstatálható. Ezen észlelésük (együtt azzal a nonszensznek tűnő részeredménnyel, hogy az alkoholizálás mellett a dohányzási szokásokat is figyelembe véve, mind az összhalálózás, mind a CVD-mortalitás tekintetében kiemelkedett a nemivó, ex-cigarettázók halálózása) azon következtetés levonására sarkallta őket, hogy a besorolásukban absztinensek és alkalmi ivók/ex-cigarettázók éppen a már korábban észlelt és tapasztalt egészségkárosodásuk miatt hagytak fel szenvedélyükket, ill. redukálták erősen ital fogyasztásukat. A moderált ivás védőhatásának koncepciója tehát félreértelmezés: becsapódtak azok, akik az U alakú halálózási grafikon észlelésekor figyelmen kívül hagyták az absztinens és alkalmi ivók csoportjának „összetételét” (akik ti. a kategorizáláskor csak az aktuáliszt vették számba, az előzményt nem).

Kritikai vizsgálatnak vetették alá a mérsékelt ivás ISZB tekintetében sokak által vélt protektív hatásának kérdését is. Az előző tanulmányok megállapításait — azok módszerbeli fogyatékoságaira történt hivatkozással — általában nem találták meggyőzőnek. Egyik tanulmányban sem az élethossziglani absztinensek, ill. alkalmi ivók képezték a „nemivók”, ill. „alkalmi ivók” csoportját — innen a korábbi félrevezető következtetések.

(Ref.: A cikk ismertetése azért terjedelmesebb, mert — a közelmúlt több nagykiberű epidemiológiai tanulmányának módszertani fogyatékoságaira rámutatva, azok következtetéseit félreértelmezésnek tartva — konklúziójában egy máris „mítosz”-szót szét.)

Péter Árpád dr.

Alkohol és halálozás: az U alakú görbe mítosza. Szerkesztői állásfoglalás: *Lancet*, 1988, II, 1292.

Évek alatt mítosszá terebélyesedett, hogy a mérsékelt alkoholfogyasztás jót tesz az egészségnek. Epidemiológiai tanulmányok sora azt bizonyította, hogy a keveset és mérsékelt ivók össz- és kardiovaszkuláris halálózása alatta marad mind a nemivóké, mind a nagyivóké. Az ivási fokozatok szerinti csoportokra nézve U alakúnak talált halálózási görbe azon kézenfekvő következtetést vonta maga után, hogy a mérsékelt alkoholfogyasztás protektív hatása a halálozás, mindekelőtt pedig a kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozás szempontjából. A hivatalos orvosi körök

„ésszerű ivásra” buzdító üzenetei nemcsak a lakosság bizonyos köreinek egyetértésével találkoztak, de mindenekelőtt a szesziparnak szolgáltak jó hírül...

A lap szerkesztőse már korábban óva intett az alkohollal kapcsolatos halálózás U alakúnak tapasztalt görbéje túlzottan egyszerű értelmezését elkerülendő. 1987-ben erről állásfoglalást is tett közzé. Sejtelműket megerősíteni látszik Shaper és mtsainak a lap ugyanezen számának 1267. oldalán közzétett, a British Regional Heart Study keretén belül végzett tanulmányának eredménye — szögeznek le. Ők mutatnak rá, hogy az U-görbét talált korábbi vizsgálatok megalapozatlan konklúziói az absztinensek és alkalmi ivók csoportjának mechanikus értelmezéséből adódtak: a kutatók nem számoltak ugyanis azzal, hogy az odasoroltak nagy hányada (egészségében károsodott, életkilátásaiban csorbuló) egykori nagyivó, és távolról sem élethossziglani antialkoholista.

A szerkesztői állásfoglalás végül figyelmeztet: Az egészségnevelőknek, akik — felmérések szerint — máris sikeres akciókat folytattak az „ésszerű, szívattakokat is kivédő” italozás divatba hozása érdekében, most, az újabb adatok ismeretében az U alakú görbe mítoszában lerombolására kell törekedni.

Péter Árpád dr.

Egészségmegőrzés és a morbiditás viszaszorítása. Fries, J. F. és mtsai (Dep. of Med., Stanford Univ., School of Med., Stanford, CA 94305, USA): *Lancet*, 1989, I, 481.

Az egészséget megőrző, fejlesztő aktivitásokat támadás érte, mivel kísérleti bizonyíték merült fel, hogy a kardiovaszkuláris rizikó csökkentése értékelhetően nem befolyásolja az összmorbiditást. McCormick és Skrabanek fölterve az, hogy az egészséget elősegítő programok az élet meghosszabbítását célozzák meg. A szerzők viszont az élet minőségének javítását óhajtják: a morbiditás mértékének „összeszorítását” (vagyis a betegségek keletkezési idejének a várható élettartam ideje felé nyomását, eltolását) és az aktív élettartam kiterjesztését.

Ha az összmortalitás nem is csökken a kardiovaszkuláris rizikófaktorok elleni intervenciók hatására, mégis ezek bizonyítottan csökkentik a kardiovaszkuláris morbiditást (ezt McCormick és Skrabanek cáfolja: Ref.), vagyis javítják az életminőséget, csökkentik az egészségügy működésének kiadásait. Az is tény, hogy a korai és fiatal éveken tudatosan egészségessé fejlesztett szervezet ellenállóbb lesz az időskori külső és belső károsító hatásokkal szemben, és így az e korban alkalmazható preventív intézkedésre sem kell, hogy sor kerüljön, vagyis megint jobbá válik az idősök életminősége. Életet tehát adunk az évekhez és nem éveket az élethez. A prevenciónak a népesség betegségeit kell redukálnia, így akkor nem fog családok ke-

letkezni amiatt, hogy majd csak lassan következnek be az előrehaladottabb életkorban az összmorbiditásnak is a csökkenése. E feladathoz kell bevetnünk a technikai potenciálokat, vagyis azokat az életminőség javítására és nem az élettartam meghosszabbítására kell felhasználnunk.

Császár Gyula dr.

Hogyan mozdítható elő a fizikai aktivitás elterjedése? Owen, N., Dwyer, T. Univ. of Adelaide: Community Health Studies, 1988, 12, 339.

Az ausztrál kardiológiai társaság számára megírt e háttérdokumentum szerint az ausztrál felnőttek 65%-a fizikailag inaktív. Ezek bevonása az aktivitás valamely formájába lényegesen csökkentené a korai kardiovaszkuláris morbiditást, mortalitást, az osteoporosis, a diabetes, a depresszió gyakoriságát, s talán a hormonfüggő rák előfordulását is. Ausztráliában a Jobb Egészséget Bizottság az ügy országos szintű előmozdítója.

Válszínűleg az intenzív fizikai aktivitástól várható a nagyobb hatás (ez kevesebb mint 6–7 Kcal/perc), de a napi 300 Kcal-nál, heti 2000 Kcal mozgásnál több, ámbár alacsony intenzitású mozgás (bármely aktivitás) is kedvez az egészségnek. Ilyen mértékű aktivitást a lakosság 5–27%-a végez a különböző felmérések szerint. Noha pl. az USA-ban a rendszeresen kocogók aránya jelentősen nőtt 10–15 év alatt, a teljesen inaktívok aránya mit sem változott.

Legkönnyebben az iskolára és a munkahelyre épülő fittségi programok irányíthatók és vizsgálhatók. Erős és fáradhatatlan vezetés és szervezés, a résztvevők megtartására törekvés, a mozgáslehetőségek bővítésével rendelkezés, a sokféleség, intuición, a családtagok bevonása a siker fő tényezője, ám így is 30–70% között van évente a programokból kimaradó aránya. A lakosság körében a szervezés, a mozgásnak kedvező környezet megteremtése és a tömegkommunikáció felhasználása jelent kulcsszerepet a rizikófaktorok csökkentésében az USA-ban és Európában, de a fizikai aktivitás serkentése direkt nem szerepelt e programokban. A Minnesota Health Program viszont a kis és közepes intenzitású aktivitást helyezi a megvalósítandó célok között fontos helyre, s ezért javasolja a fizikai munkát megtagadók eszközök észszerű csökkentését is, valamint szorgalmaz minden alkalmi mozgást is (lépcsőn gyalog járunk stb.). Rendszeresen ismétlődő fittségi kampányok révén ismertetik meg a lakosságot a mozgásokkal és mozgáslehetőségekkel és bizonyítják, hogy a rendszeres testmozgás szociálisan is előnyös öröm, része a kiegyensúlyozott életnek. A kanadai „Participation” (részvétel), az amerikai Healthy Style (egészséges életstílus), a Life-Be in it (Éld az életet) mozgalmak a tudatosság nagymértékű javulását, a rendszeressé váló fizikai aktivitás növekedését érik el.

Noha ez idáig kontrollált tanulmány nem vizsgál(hat)ta a közösségi fittségi programok hatékonyságát, nyilvánvaló, hogy a szervezés és a lehetőségek kínálata sok embert tesz aktívvá, a tömegkommunikáció növeli a tudatos felismerést és az érdeklődést az aktivitás iránt, de nemigen változtat az aktuális mozgáshoz szokásokon.

Az aktivitás iránti beállítottságról eleendő adattal szolgálnak a viselkedési és szociológiai tanulmányok. Az egyéb rizikótényezők szerepéről és azok csökkenésének hatásáról pontos elemzések készültek, de sokkal kevesebbet tudunk a mozgás szerepéről. A Jobb Egészséget Bizottság azon igyekszik, hogy javítsa a környezetet a fizikai aktivitás elősegítésére, széles körben konzultáljon a lakossággal, és vonja be őket, felhasználva a tömegkommunikációt és a szociális értékesítési (social marketing) technikákat az egészség előmozdítására kritikusan és rendszeresen, és egyáltalán: felhívni igyekszik a figyelmet az egészségmegőrzés társadalmi összetevőire. Tudván, hogy mi készteti az embereket az aktivitás választására, a viselkedési forma megváltoztatásával és társadalmi újításokkal lehet javítani a helyzetet. Ha pontban összegyűjtjük a teendőket:

1. Olyan környezeti feltételeket és társadalmi légkört kell teremteni, amely könnyen és kellemesen teszi lehetővé a fizikai aktivitást. Ez jelenthet kocogóösvényeket, munkahelyi öltözőket és zuhanyzókat, lakóhelyi és munkahelyi sportlétesítményeket, a gyermekkorú helyeken fittségjavító elfoglaltságok célszerű vezetését.

2. A tömegkommunikáció növeli az ismereteket, de csak akkor lesz ez hatásos mozgatóerő, ha az embereknek megvan a lehetőségük azokat alkalmazni, kipróbálni a fittsége mozgósítást — ezért koordinált ismeretterjesztésre van szükség.

3. Egyidejűleg a legkülönbözőbb szinteken kell információkat adni és akciókat szervezni a viselkedésmód változtatására. Ismeretadás, motiválás, ügyességfejlesztés, a kedvező változás rögzítése a kulcskérdések — de mindezt nem lenne érdemes csupán pl. az ügyesség fejlesztése érdekében mozgósítani, mivel ennek alig van szerepe a fittségben.

4. Alacsony intenzitású mozgás propagálása a fontosabb, mert ezzel jobban mozgósíthatók a teljesen inaktívok. Aki már úgyis végez rendszeres mozgást, azt kevésbé fontos motiválni, illetve más módon kell ezt tenni, mint az inaktívakkal.

5. Érdekes és tetszetős mozgásformákat kell ismertetni és bátorítani rájuk: ügyességet is igénylő, kellemes környezetben, változatos, társas kapcsolatokat is ígérő mozgásokat kell népszerűsíteni.

6. A teendők és információk legyenek elérhetők. A megfelelő instruktor személye kulcskérdés.

Kutatásra érdemes témák a következők: hogyan lehet az aktivitás szintjét, az ilyen irányú viselkedésmód változását megbízhatóan megmérni? Hogyan fejleszthetők leghatékonyabban az aktivitás feltételei? Mi-

lyen társadalmi szerveződés mozgatja meg leghatékonyabban az inaktívokat? Milyen társadalmi-gazdasági tényezők határozzák meg az aktivitásprogramokban a részvételt? Milyen széles ismeretterjesztési és nevelési tevékenység szükséges az előmozdításához? Az önmaga által használható instrukciók (self-help exercise books) hogyan használhatók ki legjobban, milyenek legyenek ezek? Milyen beavatkozással segíthető leginkább a fittségi instruktorok, a közösségi fittségi csoportok tevékenysége?

Apor Péter dr.

Gerontologia, geriatría

90 éves és annál idősebb betegek sebészeti kezelésének eredményei. Hosking, M. P. és mtsai (Dep. of Anesthesiology and Health Sciences, Mayo Clinic, Rochester, Minn): JAMA, 1989, 261, 1909.

Az idős egyének arányszáma az USA-ban erősen emelkedik. Becslések szerint 2000-re 1 901 000 lakos lesz 90 éven felüli korban, ez 1980-hoz viszonyítva 236%-os emelkedést jelent. A sebészeti beavatkozások száma ebben a korosztályban az utolsó 10 évben az ötszörösére emelkedett. A 85 éven felüliekre költött egészségügyi kiadás máris kétszerese annak, amit a 65–69 évesekre költenek. Figyelemre méltó a sebészeti kezelési eredményeinek javulása. A 90 évesek perioperatív mortalitása az 1960-as években még 29% volt, a 70-es évek végén pedig már csak 9%.

A Mayo klinikán az 1975–1985 közötti 11 évben 795 beteget operáltak 90 éves vagy annál idősebb korban. Ezeket összesen 1063 műtétet végeztek, de elemzésükbe csak az első műtétet vették be. A betegek zöme 90–94 éves volt, 14%-a 95–99 év között, 2%-a 100 éves vagy a fölötti.

Műtét előtt minden beteget besoroltak fizikai állapotuk alapján az Amerikai Anaesthesiologus Társaság által felállított öt rizikócsoport (ASA I–V.) egyikébe. A sebészeti beavatkozásokat egy nemzetközi osztályozás alapján 14 nagyobb kategóriába sorolták. A hályogműtéteket, a colonoscopiákat és bronchoscopiákat nem vették figyelembe.

Az összes beteg 48 órán belüli morbiditása 9,4% volt, mortalitása pedig 1,6%. A 31 napos mortalitás 8,4%-ot, az 1 éves 31,4%-ot, az 5 éves 78,8%-ot tett ki.

Eredményeiket igen részletes táblázatokban közlik, a recenzóban minden szempontot nem lehet kitérni. A korai morbiditás, valamint a korai és késői mortalitás egyaránt szignifikánsan összefüggött a beteg ASA osztályozása szerinti fizikai státusával. A sürgősségi műtétek a korai morbiditást és mortalitást illetően nagyobb kockázatot jelentettek, a késői mortalitást illetően azonban kevésbé.

A korai és késői műtéti kockázatot összegezve megállapítható, hogy nagyobb kockázatot jelent a magasabb ASA csoportba sorolt fizikai állapot, a férfi nem, a vese- és

májműködés praeoperatív zavara, műtét előtt meglévő központi idegrendszeri elváltozás, valamint a száj-orr-garat műtét. Nem észleltek különbséget az általános és regionális anaesthesia között, sem a rövid, sem a késői túlélés szempontjából.

A műtéli csoportok közül a tápcsatorna műtétek 48 órán belüli morbiditása és mortalitása magasabb volt az átlagosnál, a szemműtéteké viszont kisebb.

Összehasonlították a 90 éven felüli operált betegek túlélését az egyébként is várható túléléssel. Azt találták, hogy az 1 éves várható túlélés az operáltaknál valamivel kisebb volt, ez azonban 2 év múlva megfordult és az 5 éves túlélésben már nincs különbség. Ez azt igazolja, hogy ebben a korcsoportban a sebészeti kezelés jogosult és az sikeresen végezhető.

Metzl János dr.

A halláscsökkenés kapcsolata a demenciával és a kognitív funkció zavarával. Uhlmann, R. és mtsai (University of Washington, Seattle, USA): JAMA, 1989, 261, 1916.

A halláscsökkenésről feltételezik, hogy hozzájárul a kognitív funkció zavarához időskorban. A közegészségügy számára az ilyen kapcsolatot jelentős lehet, mivel a demenciának csak palliatív kezelése lehetséges, míg a nagy számban előforduló, gyakran fel nem fedezett halláscsökkenés gyógyítható. A közlemény azt a feltevést vizsgálja, hogy amennyiben a halláscsökkenés rontja a kognitív funkciókat, úgy a demens betegek között nagyobb számban kell halláskárosultnak lenni. Ez az összefüggés mennyiségi kapcsolatot is feltételez, amely szerint minél nagyobb a halláscsökkenés, annál nagyobb a rizikója a demenciának és a kognitív funkció zavarának.

A vizsgálatokat 1985–1987 között végezték. 100–100 demens és nem demens beteg adatait hasonlították össze. A betegek 65 év felettiek voltak, és Alzheimer típusú demenciában szenvedtek, de a betegség kezdeti enyhébb szakaszában végezték a vizsgálatokat, amikor még a különböző hallásvizsgálatokra is alkalmasak voltak.

Az átlagos halláscsökkenés szignifikánsan magasabb volt a demens esetekben, mint a kontrollcsoportban. Az adatok alapján a demensek 32%-a szenvedett hallászavarban. A mennyiségi kapcsolatokat vizsgálva arra az eredményre jutottak, hogy míg az enyhe hallászavar nem, addig a súlyos halláscsökkenés szignifikánsan növelte a demencia rizikóját.

A kognitív funkció egyaránt csökkent mind a demens, mind a kontrollcsoportban, amennyiben a halláscsökkenés kifejezett volt.

Az eredmények alapján nem állítható, hogy a halláscsökkenés Alzheimer betegséget okoz patofiziológiai értelemben, de mindenképpen rontja a lefolyást és súlyosbítja a tüneteket. A halláskárosodás fokozza az elidegenedést, izolálja a beteget, depressziót okozva, s ezen keresztül tovább romlanak a kognitív funkciók. Idős betegek

halláskárosodásának a javítása ha nem is előzi meg a demenciát, de mérsékli a tüneteket és javítja a kognitív funkciókat.

Kara József dr.

Veszélyes oronasalis obstructio elesett idős betegekben. Berkhout, A. M. M., Cools, H. J. M. (de Brieslandhof Nursing and Rehabilitation Centre, Delft, Hollandia): Brit. med. J., 1988, 297, 723.

A szerzők 320 ágyas speciális intézetükben a legutóbbi 4 évben észleltek néhány olyan beteget, akiknél veszélyes dyspnoe és cyanosis alakult ki, melynek hátterében oronasalis obstructio állt.

Öt nőbetegük életkora 76–89 év közötti volt; az első kettő Alzheimer-kórban szenvedett, míg a másik 3 esetben a tünetek terminális állapotban léptek fel a s e betegeket el is vesztették. A magas kor mellett az irreversibilis alapbetegség, az alultápláltság, de főleg a kiszáradás is lényeges szerepet játszott, sőt, 2 betegen az alkalmazott gyógyszerek is kóroki tényezőnek tekinthetők (pentazocin fájdalomcsillapító, illetve, furosemid + prazosin + haloperidol + promethazin). A klinikai kép jellegzetes: a betegeket igen súlyos nehézlégzés és szederjes állapotban találják; az orrnyílások belégzésre összelapulnak, bár kevés levegőt át tudnak engedni. A szorosan összezárt száját igen nehéz kinyitni s ha ez sikerül is, az eredmény csak időleges. Septumdeviatio és mucosa-duzzanat szokványos, sőt az esetek felében a körelőzményben orrcsonttörés is szerepel. Általában az orrnyíláson bevezetett 12 Ch körüli katéter néhány perc alatt megszünteti ezt a súlyos állapotot, oldva a dyspnoet és a cyanosist. Érdekes, hogy ekkor már a beteg spontán kinyitja a száját!

Jellemző, hogy mindegyik betegük teljesen fogatlan volt, s egy sem rendelkezett műfogssal. A 3 terminális állapotban levő beteg alapbetegsége súlyos gyomorvérzés és bronchopneumonia, keringési elégtelenség, illetve, komplett stroke + aspirációs pneumonia volt.

Mindegyik betegük alultáplált, exsiccált és ágyban fekvő volt, de egyik sem volt eszméletlen. A szerzőknek az a véleménye, hogy ez a felső légúti obstructio akkor alakul ki a s e betegeken, ha az orr átteresztőképessége csökkent, s ilyenkor a belégzési szívás nagyobb, mint az oropharyngealis izomzat azon képessége, hogy nyitottan tartsa a száját és a garatot. Kisgyermkeken — ahol szűkebbek a felső légutak — e jelenség alvás alatt figyelhető meg, s időnként hirtelen halálhoz is vezethet. Hasonló helyzet alakulhat ki idős, elesett betegekben, melyet elősegít az orrnyálkahártya gyulladásoz duzzanata és a septum-deviatio. Ugyanakkor érthetetlen az, hogy a nasalis obstructióban szenvedő betegek miért nem vesznek levegőt száján keresztül, annál inkább, mivel a szájüreg rugalmasabb, ha nincsen benne fogazat vagy fogpótlás.

Major László dr.

Mellkassebészet

A bronchuscarcinoid műtėti kezelése. Huwer, H. (Abteilung für Thorax- und Herz-Gefäßchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Homburg/Saar): Prax. Klin. Pneumol., 1988, 42, 787.

A bronchuscarcinoidok eredőjének a hörgők világos sejtjeinek Kulchitzky-sejtjei tekinthetők, melyekből mikrocellularis rák is kifejlődhet. Néhány évvel ezelőtt a hörgőcarcinoidot, a cylindromát és a mucoepidermoid tumorokat bronchusadenoma összefoglaló elnevezéssel illették. Ma a carcinoidot a malignus epithelialis tumorok egyik csoportjának tekintik. A típusos és atípusos carcinoid, valamint a kissejtes rák között nem éles az átmenet, a szakirodalom is hangoztatja a relatíve jóindulatú lefolyású formát, a viszonylag ritka nyirokcsomó és távoli áttét képződést. Az utóbbi miatt, a műtėti megoldáskor egyre többen a takarékos parenchyma resectiót választják.

Annak érdekében, hogy a kérdésben a szerzők állást foglalhassanak, 18 nő és 19 férfi adatait, valamint körlefelvését vizsgálták meg. Az átlagéletkor 51 évet tett ki, a legfiatalabb beteg 18, a legidősebb 74 éves volt. Praeoperative 19 esetben sikerült diagnózishoz jutni; 3-szor transthoracalis punctióval, 16 egyénben bronchoscopia révén. Szöveti lelet híján 17 betegen diagnosztikus thoracotomiát végeztek. A műtét előtt hamisnak bizonyult a kórisme 10, hiányosnak pedig 1 személyben. A daganatok mintegy felének az átmérője nagyobb volt mint 2,5 mm, a legnagyobb meghaladta a 15 cm-t. Egy betegen microcarcinoidot, ún. tumorleletet találtak. Tiszta endobronchialis növekedés 4, exobronchialis 13, kombinált forma 20 betegen fordult elő. A bronchopulmonalis nyirokcsomókban 3, a mediastinumban 1 egyénben mutatkozott metastasis. Távoli áttétet praoperative 2 esetben fedeztek fel. 34 személyben típusos, 3-ban atípusos carcinoidot verifikáltak. Csak 32 esetben sikerült radikálisan, tehát makroszkóposan és mikroszkóposan az épből resectálni. 9 pneumonectomiát, 17 lobectomiát, 1 lobectomiát mandzetta resectióval, 5 bilobectomiát, 4 atípusos resectiót és 1 enucleatiót végeztek.

A műtét után 30 napon belül 2 beteg halt meg, további 2 nem az alapbetegségben hunyt el; csak egy személyt vesztettek el helyi recidíva, valamint multiplex extrapulmonalis metastasisok miatt. Az operáltak medián túlélési ideje 135 hónapot tett ki, az 5 évet 90%, a 10 évet 84% élte túl. A daganat elhelyezkedése, nagysága, növekedési sajátosságai, a resectio típusa nem befolyásolta az 5 éves túlélést. Az öt nem radikálisan operált egyén átlagos túlélési ideje 106 hónapnak felelt meg, ami a kuratív műtéten átesettektől nem különbözött számottevően.

A műtétet megelőzően 5 alkalommal (14%) tévesen kissejtes hörgőrákot diagnosztizáltak. Elgondolkodtató ezért, hogy a szakiro-

dalomban szereplő kemo- és radioterápia után hosszú túlélést mutató, mikrocarcinómáknak kórismézett betegek némelyike nem carcinoidban szenvedett-e. Ugyanúgy azoknak az egyéneknek, akiknek folyamatát bronchuscarcinoidnak tartották és 5 éves túlélésüket 30% alattinak adták meg, valószínűleg kisgyermekes hörgőrákjuk lehetett. A kérdéssel egyébként más szerzők is foglalkoztak.

Nyirokcsomó áttétet a szóban forgó beteganyagban 11%-ban találtak. Ez nem rontotta a prognózist, tehát a műtét előtt kimutatható nyirokcsomó megnagyobbodás nem jelenthet eleve inoperabilitást. A bronchuscarcinoid műtéti kezelésekor a tumor teljes eltávolítására és komplett nyirokcsomó diszekcióra kell törekedni.

Barzó Pál dr.

A pleuraempyema diagnózisa és terápiája. Mordasini, C. és mtsai (Pneumologische Abt. und Chirurgische Klinik, Tiefenau, Bern): Schweiz. med. Wschr., 1988, 118, 1633.

A pleuraempyema még ma is súlyos és hosszadalmas, nagy mortalitással járó betegség; terápiás eljárásaiban sincs meg a teljes egység. A szerzők ezért 1985–1988 között ápolat 21 (12 férfi, 9 nő; 58 éves átlagkorú) pleuraempyemás betegük gyógyításával kapcsolatos tapasztalataikat összegezik.

15 esetben metapneumonias empyema, 2 esetben sepsis keretében nyilvánuló empyema és 4 esetben empyema postchirurgicum volt. 12 betegüknek idült alapterbetegség találtak, 9 azonban addig egészséges volt. A leggyakoribb kórokozók a staphylo- és a streptococcusok voltak, továbbá anaerob baktériumok. Egy betegük az alapterbetegségben elhalálozott. 3 metapneumonias empyema egyedül antibiotikus kezelésre gyógyult. 13 esetben vékony drénnel pleura-drainázst végeztek; ez 11 esetben eredményes volt (a drainázs közepes időtartama 13 nap). 6 betegüket operálták (korai decortication 4, késői 2 esetben). A műtéti javallat 4 esetben az empyema többszörös tagoltsága folytán a hatásos drainázs nem volt kivihető; továbbá egy esetben a funkció fenyegető veszélye, egy esetben pedig egy bronchopleuralis sipoly miatt. A pleuraempyema esetében a nagyadagú antibiotikus kezelés mellett döntő jelentőségű a *korai drainázs*. Nem szövődött empyema esetén a műtéti eljárás csak akkor mérlegelendő, ha technikai okokból a drainázs nem lehetséges.

iff. Pastinszky István dr.

Pathologie et du Département de Pédiatrie, Hôpital Necker. — Enfants Malades, F-75743 Paris): Arch. Fr. Pédiatr., 1989, 46, 397.

A csecsemőkori hirtelen halál gyermekgyógyászati jelentőségére Dehan és mtsai közleménye hívta fel a franciák figyelmét. Franciaországban évenként 1000–1200 csecsemőkori hirtelen halált (cs. h. h.) könyvelték el. A halálozási gyakoriságban 1987-ben ez a nyolcadik helyet foglalta el. A nyugati országokban a cs. h. h. nemcsak a leggyakoribb „elhalálozási ok” 1 hónapos és 1 éves kor között, hanem megalázó jelenség is egyúttal a gyermekgyógyászat és a közegészségügy számára.

Az utóbbi években a jelenségnek nagyon komoly figyelmet szenteltek az érintett intézmények. Megalakult a GELFMSIN (Groupe d'Études de Langue Française de la Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson). A megalakulást követően több helyen tartottak a kérdéssel nemzetközi jellegű vitát; ezek a gyakorlati tapasztalatból levonható, megalkotható koncepció kialakítását célozták. 1986-ban egy körlevélben mint „gyermekbetegség”-ről számoltak be. Ez elindította a gyermekosztályokon egy külön centrum kialakítását, amelynek feladata gyógyító, megelőző és kutató, szociális jellegű, szoros kapcsolatban az egészségügyi biztosító intézményekkel.

A cs. h. h. epidemiológiájában többkevesebb egyetértés alakult ki. A különböző tanulmányok megegyeznek abban, hogy a jelenség főleg a férfinenet érinti, előfordulása a téli időszakban halmozódik, 2–4 hónapos kor körül a leggyakoribb, főleg alvás közben, a kedvezőtlen körülmények között élő, kissúlyú újszülötteknél leginkább. A geográfiai különbségek mellett az előfordulási gyakoriságot még a következő tényezők is befolyásolhatják: 1. a szülők és a környezet, 2. a gyermekgyógyász hozzáállása.

A hivatalos álláspont egyre inkább megköveteli a „halál utáni beható vizsgálatot”. Ez érinti a szövettani, a bakteriológiai, virológiai és biokémiai vizsgálatokat.

Taylor és Emery a cs. h. h.-okat öt kategóriába osztja; ez nagyon hasonló az angol sheffieldi beosztáshoz. Ezek és a hasonló kutatások úgy vélik, hogy a cs. h. h. $2/3$ -ának oka kielégítő módon felfedhető és csak egyharmada marad megfejtetlen.

Az Antoine-Béclère kutatócsoport véleménye: 1. A cs. h. h.-t nem lehet többé hirtelen és megmagyarázhatatlan névvel jelölni. 2. Minden gyermekgyógyászati erőfeszítést a korai felismerés és megelőzés felé kell fordítani. 3. A cs. h. h. csak egy szindróma — különböző okokkal és változó tünetekkel. 4. A cs. h. h.-ban elhunyt csecsemők $2/3$ -a előzőleg már rejtett vagy enyhe betegségi tünetekben szenvedett. 5. A fentiekben túl is maradnak még — 13–15%-ban — megmagyarázhatatlan esetek.

Változatlanul megfejtésre vár a cs. h. h. problémája. A gyanított okok, helyzetek száma felsorolhatatlan. A teóriák közül

újabbban a „veszélyeztetett csecsemők” éretlen neuro-vegetatív rendszere tűnik a legvalószínűbbnek, bár ez is több kérdést nyitva hagy: miért leggyakoribb a cs. h. h. az első két élethónapban, és miért változó az előfordulási gyakorisága egyes vidékeken, területeken?

Kövér Béla dr.

A 33 gesztációs hétnél fiatalabb koraszülöttek sorsa. Dehan, M. és mtsai (Service de Pédiatrie et Réanimation Néonatale, Hôpital Antoine-Béclère, F-92141 Clamart): Arch. Fr. Pédiatr., 1989, 46, 157.

A szüléset és a neonatológia fejlődése a 33 hétnél kevesebb gesztációs korú (AG) koraszülöttek életben tartásához vezetett. A kérdésben 1985-ben a párizsi helyzettel foglalkozó külön ankét is állást foglalt: értékelte a 25–33. gesztációs életheftekben születettek mortalitását és az életben maradtak életminőségét. Az ankét 53 430 születés eredményét mérte fel, akiknél a koraszülöttség (ksz.) 4,5% volt, s a 33 hétnél fiatalabb gesztációs idejük száma 1,0% (539).

A foeto-infantil mortalitást (egy évre korrigálva) ábrán mutatják be. Ennek főbb mondanivalója: 1 éves korban az élveszülöttek 57%-a életben volt. Az életben maradtak között a 27–28, 29–30, 31–32 AG-s gyermekek mutatták a legmagasabb százalékat. A prognózist illetően három kategóriát állítottak fel a szerzők; 29 hétnél és 1000 g-nál nagyobbaknál 80%, 29 hét és 1000 g-nál kisebbek között 30%, a 29 AG-hétnél nagyobbaknál, de 1000 g-nál kisebbek között 40% volt a túlélési ráta.

Az életben maradtak későbbi sorsát kérdőívvel követték nyomon. Megállapították, hogy az életben maradt 315 gondozott közül ötven meghalt a következő első évben. Egy évig 291 gyermek (92,4%) sorsát tudták követni, ezek közül 80%-ot normálisnak tekintettek. 287 gyermeket sikerült a fentiek közül utánvizsgálni 2 éves korban; 83%-uk volt normálisnak minősíthető. A „károsodottak” az alacsonyabb AG-s kategóriából kerültek ki.

Az utánkövetett 277 gyermek sorsa 1–2 éves kor között azt mutatta, hogy az 1 éves korban patológiásnak minősítették 81%-a 2 éves korban is az maradt, míg a korábban gyanúsak (10,5%), vagy „normálisnak” (3%) 2 éves korban kórossá váltak.

Az ankét, az eredmények és egyéb vizsgálatok elemzése után, a következő fontos megállapításokra jutott:

1. Az AG-hoz viszonyított posztnatalis mortalitási szint nem független az antenatalis mortalitástól.

2. A születési „maradvány”-tünetek $2\frac{1}{2}$ -szer magasabbak a 31 AG-nál, mint a 31–32 AG-sok között. A mortalitás százalékos javítását csak a túlélés minőségével összefüggésben lehet vizsgálni.

Kövér Béla dr.

Dialysist nem igénylő idült veseelégtelenségben szenvedő gyermekek növekedési zavarai. Oetliker O., M. G. Bianchetti (Abt. f. Pädiatrische Nephrologie, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 875.

A gyermekkori chr. veseelégtelenségben (cve.) különösen súlyos problémát jelent a gyakran észlelt **növekedési zavar**. A veseelégtelenség oka az esetek felében **veleszületett vesebetegség**; ezek nagyobb számban mutatnak visszamaradást a növekedésben, mint a **szerzett** vesebetegségben szenvedők. A cve. olyan állapotot jelent, amelyben a veseparenchyma sok területe tönkrement és így az anatómiai és funkcionális kompenzációs mechanizmusok folytán a még megmaradó működő egységek a „túlzott igénybevétel folytán” lassan kiesnek. A progrediáló elváltozások végül is terminális veseelégtelenségre vezetnek; a bekövetkező kórélettani és anyagcsere zavarok a gyermek somatikus fejlődésére és növekedésére visszahatnak. Így a **veleszületett** cve.-ben minden második, a **szerzett** betegség minden harmadik esetében tapasztalható a növekedés zavar. A cve.-ben a glomerularis filtratio, a tubularis funkció, a saveliminatio zavarai, a calcium-phosphor-anyagcsere változásai, a D-vitamin-metabolitok, a fellépő anaemia stb. a **renalis osteodystrophiának** direkt vagy indirekt módon lehetnek a kiváltó okai. A gyógyszerek, steroidok is negatívan befolyásolják a gyermek somatikus fejlődését. A kórélettani paraméterek folyamatos ellenőrzése fontos a terápiás eljárások optimalizálásában.

A kezelési eljárások célja a cve. progrediálásának lehetséges lassítása. A cve. gyermekek rendszerint rosszul tápláltak, mert a táplálékfelvétel elégtelen, vagy katabolias állapotok állnak fenn. A táplálásban rendkívül fontos a kalória összmenyiségének gondosan ellenőrzött biztosítása, a párosuló célok konfliktusainak elkerülésével. A kombinált emberi növekedési hormonok használhatósága nem tisztázott. A kórélettani paraméterek a kívánalomnak megfelelően szabályozandók (folyadékmenyiség, K-, Na-bevitel, acidosis esetén Na-, K-bicarbonat, citrát; hyperparathyreoidismus esetén a plasma-phosphor-tükrő javítása, hypertonia esetén nátriumszegény étrend, convertasegátlók, vasodilatátorok vagy bétablokkolók; anaemia esetén: transfusio, erythropoietin).

Összefoglalva megállapítható, hogy adequat kalóriabevittel, az életfontosságú fehérjék **elővigyázatos** nyújtásával és a palliatív supportív módszerekkel a növekedési visszamaradás a minimumra korlátozható, és egyidejűleg a veseelégtelenség progressziója is lassítható.

iff. Pastinszky István dr.

Osteocalcin a gyermekkorban. Colle, M., Ruffie, A. (Centre Aquitain d'Explorations Endocriniennes Pédiatriques, F-33000 Bordeaux): Arch. Fr. Pédiatr., 1989, 46, 315.

Mintegy másfél évtizede kiderítették, hogy a gamma-carboxyglutaminsav (Gla) főszerepet játszik a prothrombin aktiválásában, mivel szoros kapcsolatban van a Ca-szint emelésével. 1975-ben egymástól független két munkacsoport talált a csontokban ún. Gla-t, vagy osteocalcint. Az osteocalcint (OC) először 1980-ban mérték radioimmunológailag. Azóta nagyszámú, különböző célú vizsgálat történt jelentőségének tisztázására.

A csont-Gla-protein (BGP), vagy osteocalcin 49 aminosavból álló polypeptidláncot képez. Mindenestre alapvető eleme a calcium. A BGP a 17, 21 és 24-es helyzetben tartalmazza a Gla-maradékokat. A BGP 17-es glutaminsavja csak 9%-ban gamma-carboxylált, míg a 21- és 24-es maradék teljes mértékben. A BGP szerkezeti modellje helicoid. A Ca-ionok fiziológias koncentrációjának jelenlétében a proteinek 38%-a gyorsan felveszi az alfa-helicoid struktúrát, amely folyamat reverzibilis.

A Gla-t több szervezetben is sikerült kimutatni, a BGP azonban a csontokra specifikus. Jelen van viszont az odontoblastokban és a dentinben is. A plazma-OC az újbóli sejtszintézis eredménye. A BGP szintézis fő stimulátorai a D-vitamin metabolitjai. Ez a stimuláció érvényesül bizonyos osteoporosis formák 1,25(OH)₂-D₃-mal történt kezelésekor. A BGP szint az extracelluláris Ca-ingadozások szerint alakul. A hypocalcaemia emeli, a hypercalcaemia csökkenti a BGP szintet.

A K-vitamin antagonistái gátolják a carboxylatio enzimrendszerét és blokkolják a glutaminsav-maradékok transzformációját a Gla-ban. A parathormon blokkolja az 1,25(OH)₂-D₃ által indukált stimulációt. A thyrocalcitonin, az oestrogenek, a glucocorticoidok csökkentik a szérumban BGP szintet. A corticoidok csökkentik az OC-képződést, de nem interferálnak a D-vitaminnal az osteoblastokra kifejtett hatásával.

A BGP felezési ideje rövid, 4 perc. A szérumból gyorsan eltűnik, részben a csontokban fixálódik, többségében a veséken át filtrálódik, részben aminosavak, másrészt Gla alakjában. A plazma-BGP erősen fokozódik olyan betegekben, akikben a glomerularis filtratio 20 ml/perc-nél kisebb. A 30 ml/perc-nél magasabb glomerularis filtratio esetén a plazma BGP jó mutatója a csont „turn-over”-ének. Egyesek szerint a BGP-nek mediátor szerepe van a D-vitaminnal csontokra kifejtett hatásában a Ca-hydroxyapatit révén. Más vélemények szerint informátor szerepet játszik a csontresorptio regulálásában. Végül az OC-nak kemotaktikus sajátosságai is vannak, ezek érvényesülnek a monocyták migrációjában s így az osteoclastok aktiválódásában.

Az OC emberben a 15. gesztációs héten jelenik meg, születéskor a köldökzsinór-
vénben átlag szintje $15 \pm 1,5$ ng/ml. Nemek szerint lényeges különbség nincs. A BGP-ben nincs korreláció az anyai és a főtális érték között. Az OC szint újszülöttekben alacsonyabb a 7-es Apgar-értéknél, kisebb 1

perces számok, mint a 8–10 perces Apgar-értékek esetén. Az OC szint magasabb az anyatejjel táplált csecsemőkben, a szérumszint fordított arányban van a korrall. Nincs összefüggés a Ca és az 1,25(OH)₂-D₃, valamint az OC szintek között. Gyermekekben, serdülőkben magasabb a plazma OC szint, mint felnőttekben. Egyesek szerint a BGP szint pubertásban emelkedik. Az OC fiúknál 12 éves, leányoknál 10 éves kor körül kezd emelkedni, s korábban csökken a felnőtt-szintre, mint fiúkban.

Az OC szignifikánsan csökken növekedési hormon (GH)-hiányban, míg a hormonkezelés alatt a normális szintet éri el. A konstitucionálisan törpe gyermekekben is szignifikánsan alacsonyabb az OC-szint, főleg 10 éves korig, ezen életkor fölött azonban megközelíti a normális testméretű gyermekekét. Ez valószínűleg összefügg a pubertás jelentkezésével, a fokozott osteoblast tevékenységgel. Növekszik az OC-szint centrális pubertás praecoxban, ami LH–RH analóg kezelés első évében szignifikánsan csökken. Hangsúlyozni kell, hogy az OC mérési értékek között jelentős intra-individuális különbségek vannak. Kérdés, hogy milyen differenciák mutatkoznak az éjjel-nappali értékek között, mennyire befolyásolja azokat az erőifejtés, a táplálkozás, a mérési technika, a vérvétel stb. Mindezek figyelembevételével érthető, hogy milyen nehéz az egyes szinteket értékelni. Ezeket is mérlegelve, hasznos az OC meghatározás a növekedés folyamatának, a szükséges **terápia** gyorsító hatásosságának ellenőrzésében. Tudni kell, hogy az OC vizsgálata, specificitása révén is, több tájékoztatást nyújt a csontok állapotáról, mint az egyszerűbb, olcsóbb alkali-foszfataz vizsgálata.

Kövér Béla dr.

Az újszülöttkori és csecsemőkori hyperinsulinismus diagnosztikus és terápiás módszereinek értékelése. 26 gyermek retrospektív tanulmánya alapján. Labrune, Ph., Saudubray, J. M. és mtsai (Clinique de Génétique Médicale, Hôpital des Enfants-Malades, F-75747 Paris): Arch. Fr. Pédiatr., 1989, 46, 167.

Az insulin hypersecretiójának (i. hs.) pontos eredetét máig sem ismerjük, s szövettani megközelítése sem egyszerű. Az eltérő vélemények között a pancreas morfológiai vizsgálata nyújthat pontosabb diagnózist. Ugy tűnik, hogy a betegségnek két jól diagnosztizálható formája van: egy korai és késői alakja. Az i. hs. újszülöttkori kezdetét nemcsak ennek pontos mérése, hanem a plazma/vizelet C-peptid arány változása is bizonyíthatja.

A szerzők ezt a kérdést 26. h. i.-s gyermekekben tanulmányozták. Részletesen leírják beteganyagukat s alkalmazott vizsgálmódszereket, majd a hypoglycaemia jellemzőivel foglalkoznak: elemzik a perifériás insulinaemiát, a vizelet peptid C-t értékét s az éhezés alatt mért eredményeket.

Mindezeket egy táblázat és két ábra mutatja be.

Foglalkoznak a kezelés — gyógyszeres, sebészis — kérdéseivel és annak távoli kihatásaival. A megbeszélésben a következőkre hívják fel a figyelmet: 1. A hyperinsulinismus ritka a gyermekgyógyászati gyakorlatban. 2. A betegség korai formája tüneteiben 48 óra előtt kezdődik, legtöbbször generalizált görcsökkel. A hypoglykaemia diagnózisa könnyebben elvégezhető.

A gyermekkori h. i. ma sem eléggé ismert; az ok valószínűleg nagyon heterogén. A legújabb etiológiai vizsgálatok arra utalnak, hogy főleg a késői formákban a hypoglykaemiás válasz kifejezése nem megfelelő, különösen az anyagcsere vonatkozásában.

Bárhogyan alakuljon is a helyzet, egy vagy több perifériás vérben mért insulinszint a hypoglykaemiás attack kapcsán nem elégséges a h. i. diagnózisának kizárására, főleg, ha a hypoglykaemia klinikai tünetei jellegzetesek.

Kövér Béla dr.

Anyai alkoholizmus a szoptatás időszakában és a csecsemő idegrendszeri és motoros fejlődése 1 éves korban. Little, R. E. és mtsai (Dept. of Epid., Univ. Ann Arbor, MI): New Engl. J. Med., 1989, 321, 425.

A terhesség alatt fogyasztott alkohol (A) átmegy a placentán, ez után az alkoholszint a magzatban hasonlóan magas, mint az anya vérében.

Az A káros hatását a magzat fejlődésére már sokan leírták. Legsúlyosabb hatása az idegrendszerre ugyancsak jól ismert.

A szülés utáni alkoholfogyasztás hatására a szoptatott csecsemő ugyancsak károsodhat. Ennek hatása a magzatra eddig ismeretlen volt. A szerzők ezen hipotézis bizonyítására vizsgálták a szoptatás alatt alkoholizáló anyák gyermekeit 1 éves korukban. A vizsgálat módszerei az alábbiak voltak:

Napi 473 ml-nél nem nagyobb mennyiségű anytej fogyasztás. Tartós szoptatásnak a 3 hónapig, rövidnek az 1 hónapos szoptatást tartották.

Az adott időszak alatti napi abszolút alkohol (AA) fogyasztást pontszám jelentette. Az adott ital naponkénti bevitele alapján határozták meg az AA 1,0 pontot, ami 29,6 ml etanolt jelentett. Két szokásos italozás alapján — kb. 74 ml vagy több ital alkalmanként már nagyobb veszélyeztetettséget is jelentett.

Megfigyelték a dohányzás gyakoriságát és a becsült marihuana fogyasztást, sőt még a koffein fogyasztást is felbecsülték.

Az egészségmegőrző szervezet összesen 400 csecsemő adatait gyűjtötte össze. Megfigyelték még az anyák táplálkozási adatait is. Vizsgálták a bevitt kalóriát, fehérjét, nyomelemeket a szoptatás alatt.

Elvégezték a Bayley-féle mentális csecsemő-fejlődési vizsgálatokat (MDI). Megállapították, hogy a MDI nem mutatott

összefüggést az anya szoptatás alatti italozásának mértékével. A csecsemők motoros fejlődését a psychomotoros fejlődési indexszel (PDI) állapították meg. Ez szignifikánsan alacsonyabb volt a dózistól függően azoknál a csecsemőknél, akiknek anyja rendszeresen fogyasztott alkoholt a szoptatás alatt. Azok a csecsemők, akik olyan anyaktól származtak, akik legalább 1 adag szokásos italt (tömény szeszt) fogyasztottak naponta, a PDI index 98 volt. Ezzel szemben az ennél kevesebb italt fogyasztó anyák szoptatott csecsemőinek átlagos PDI pontszáma 103 volt (95%-os konfidencia).

A hatás még kifejezettebb volt, ha kizárták a vizsgálatokból azokat a csecsemőket, akiket mesterségesen előállított tápszerekkel etettek. Az összefüggés akkor is megmaradt, ha számításba vették a lehetséges zavaró variánsokat; dohányzás és egyéb, a terhesség és szoptatás alatti drog használatát.

A tanulmány eredményei összefüggést igazoltak a szoptatás alatt fogyasztott alkohol és a csecsemő mozgásfejlődése között 1 éves korban vizsgálva.

Ha a 60 kg-os anya napi 4 tömény italt fogyaszt, akkor az anyatejbe 232 mg alkohol kerül, melyet a csecsemő elfogyaszt. Amennyiben ez a mennyiség károsító hatású, 2 lehetőséggel lehet számolni: a fejlődő agy már kis mennyiségű etanolra is nagyon érzékeny.

Az is lehetséges, hogy a szoptatás alatt fogyasztott alkohol összegyűlik a csecsemőben, és így következik be hatása.

Kitűnt, hogy a csecsemőkben a gyógyszerek is sokkal lassabban metabolizálódnak, mint felnőttekben. Pl. a diazepam felezési ideje 2–4-szer hosszabb az újszülöttnél, a theophyllin pedig 3–12-szer hosszabb felezési idejű.

Kimutatták, hogy a koffein is igen lassan ürül ki a csecsemőből, feltételezhető, hogy az emberi tejben a cytochrom P-450 nevű májenzim is károsodik. A szerzők szerint leginkább az hihető el, hogy a neuroanatómiai fejlődés károsodott.

Érdekes eredménye ennek a vizsgálatnak az, hogy a mentális fejlődés és A fogyasztás, szoptatás útján nem volt befolyásolt. Ezzel szemben az A fogyasztás és a psychomotoros fejlődés közötti összefüggés kétségtelenül kimutatható volt.

(Ref.: A tanulmány megállapításai megfigyöltek, azonban a szerzők szerint is nagyobb beteg-csoporton és különböző népcsoportokban szükséges az eredmények ellenőrzése. Meg kellene pontosabban határozni azon A mennyiséget, mely már károsító kúszób-értéket jelent.)

Referens első alkohol szindrómás esetinek közlése óta, hazánkban többen is foglalkoztak az alkohol újszülötet károsító következményeivel, de a szoptatással bevitt alkohol okozta káros következményekről eddig nem történt említés. Mindenesetre javasolható, hogy a neonatológusok hívják fel erre a lehetőségre is az egészséges csecsemővel távozó szoptató anyák figyelmét.)

Korányi György dr.

Az insulin-dependens diabeteses gyermekek klinikai és biológiai adatai diagnosztizálásuk időpontjában. Chaieb, M. és mtsai (Service d'Endocrinologie Pédiatrique, Hôpital St-Vincent-de-Paul, F-75014 Paris): Arch. Fr. Pédiatr., 1989, 46, 107.

A gyermekkori diabetes (gy. d.) rendszerint a következő klinikai tünetek jellemzik: polyuria, lesóványodás, ketoacidosis, ami súlyos, vagy teljes insulinhiány eredménye. Ez azt is jelenti, hogy az insulint (i.), de a co-szekretált C peptidet sem lehet a plasmából kimutatni. Az újabb vizsgálatok bizonyítják, hogy a gy. d. felismerésének idején az i.-szekreció változó mértékű lehet.

Számos elméleti próbálkozás — pl. a HLA-DR autoantitestek által játszott szerep — ellenére, a szigetapparat insulin-szekretáló kapacitásának csak másodlagos jelentőséget tulajdonítottak. A gy. d. kezdetén az insulinszekreció hiányának mértéke csak újabban keltette fel az érdeklődést. Az első kísérlet arra irányult, hogy a Langerhans-szigeteket elpusztító autoantitest teóriát felülvizsgálja. Kiderült, hogy egy kevésbé súlyos megjelenési forma — még stimulálható insulinszekreció — prognosztizálhatja a várható kedvező kimenetelt, a kezelés típusát. A szerzők jelen munkájukban azt próbálják kideríteni, hogy a gy. d.-es betegek mely része felel meg ennek az elképzelésnek. 1986–1989-ben 115 beteget tanulmányoztak ebből a célból. Ez az anyag a francia d.-es gyermekek kb. 35%-át reprezentálta a jelzett időszakban.

A szerzők bemutatják beteganyagukat (58 leány, 57 fiú, átlagéletkor $9,3 \pm 0,4$ év), akiket a betegségük felismerése után 15 napon át kísérték figyelemmel. A diagnózist a National Diabetes Data Group kritériumai alapján állították fel. A tanulmányozott paraméterek: a glycaemia mértéke, a glycosilált Hb (HbA_{1c}), a HLA típus, szigetellenes antitestek (ACI) és anti-insulinok (AAI). Leírják a megfelelő vizsgálati módszereket, majd a kapott értékeket a Student „t” teszt segítségével analizálják.

Az eredmények analiziséből a következők emelhetők ki: 44 gyermek első- vagy másodfokú rokonságában fordult elő, főleg „non insulindependens” d.-es a betegek 40%-ában. — A klinikai adatokat táblázatban foglalják össze a szerzők. Ezekből kiemelendő, hogy a betegek 40%-ában a legjellemzőbb tünet a ketoacidosis volt, a 7,25-nél alacsonyabb pH, míg a polyuria és súlyvesztés 38%-ban. A peptidek mérése az 1970-es évek közepe óta elfogadott a folyamat megítélésében, mert — az insulinnal ellentétben — a perifériás vérben mért koncentrációja megbízhatóbb, és direkt tükrözi az insularis béta-sejt funkciókat. Újabb vizsgálatok arra is utalnak, hogy nyilvánvaló ketoacidosis mellett a C peptid mérése megbízhatatlan. A következő vizsgálatok arra is utalnak, hogy a megfelelően érzékeny C peptid vizsgálatok gyakorlati

megoldása még várat magára s klinikai rutinja még alkatlan.

A szerzők vizsgálataira is bizonyítékkal szolgálnak, hogy a jelentkező klinikai tünetek, de a kezdeti hyperglycaemia súlyossága is, az insularis béta-sejtek károsodásától függ. Kivételek azonban vannak. Az elméleti megfontolások között nem találtak a szerzők a HLA-DR típus meghatározó szerepében, így a szigetellenes antitestek és az anti-insulin kérdésében sem látnak összefüggést. Nem észleltek etnikai sajátosságokat sem (Maghreb).

Úgy vélik a szerzők, hogy különbség észlelhető azok között, akik már életük első éveiben, vagy később „szereztek”, „kapták” meg a betegséget. Az „elvi” határ a 7. életév, amely fölött a gy. d.-ek száma feltűnően emelkedik. A szerzők eredményei arra utalnak, hogy az élet első éveiben jelentkező d. m. nem mutatkozik súlyos formában. Az ebben a korcsoportban különlegesen fokozott anti-insulin autoantitestek a diagnózis pillanatában már súlyos insulinszekréciós hiányra utalnak. Mindenesetre, a 7 éves koron alul diagnosztizált gy. d.-ben a maradék insulinszekréció átlagban kétszer alacsonyabb, mint az idősebb korban jelentkező gy. d.-ben.

Kövér Béla dr.

A transzfúziók utáni vas-túltelítettség kezelése deferoxaminnal. de Montalembert, M. és mtsai (Département de Pédiatrie, Département de Néphrologie, Laboratoire d'Hématologie, Hôpital Necker — Enfants Malades, F-75015 Paris): Arch. Fr. Pédiatr., 1989, 46, 99.

A több mint húsz éve bizonyos anaemiák esetében ajánlott, hosszú időn át ismételt transzfúziók haemochromatosishoz (h.chr.) is vezettek, ami az érintett betegek késői — 10—15 évvel későbbi — morbiditásban és mortalitásban is szerephez jutott. Az ok: a vas az életfontos, így az endokrin szervek szöveteiben deponálódott, ami azok mérgezésével betegséghöz, sőt halálhoz vezetett. Az említett módon a szervezetben felhalmozódott vasmennyiség eliminálására szolgál a deferoxamin (Desféral). A szerzők ennek a szernek a hatását mutatják be 30 polytranszfundált betegükönél (1972—1976 között). Az érintett betegeknek észleltek vezették a szerzőket arra, hogy a polytranszfundált pácienseknél a vas kelálását az 1987—1988. években jelentősen fokozták.

A szerzők részletesen ismertetik beteganyagukat, az összes érdeklődésre számot tartó paraméterrel együtt, majd leírják módszereiket is a vasmennyiség meghatározására, felsorolva azokat a betegségeket, amelyek miatt a betegek polytranszfúzióban részesültek. A betegek haematologiai státusát, valamint a súlykg-onként bevitt vasmennyiséget táblázatban, ill. két ábrán ismertetik. Ugyanitt rögzítik a Desféral alkalmazásával elért F₂ mennyiségeket.

A megbeszélésből az alábbiak kíváncsának kiemelésre: A korábban halálos megbetegedések ismételt transzfundálása életmentő, életet meghosszabbító volt. Az esetek többségében 15 éves korig normális életvitelt biztosított. Az így bevitt vasmennyiség félelmetes szövődménye később jelentkezett. Ezek igen sokrétűek voltak, a halálosaktól az egyes szervekre lokalizálódókig.

A fentiek felsorolásától eltekintve, a szerzők úgy vélik, hogy egy vas-keláló ágens, a Desféral bevezetésével a kérdés megoldható. A szövődmények kivédésére egy szerzőcsoport a következőket ajánlja: 1. A vas keláló ágensének a transzfúzióhoz való kapcsolása egyértelmű és világos legyen a szülők és orvosok előtt. 2. Az i. m. hatásos alkalmazás, de nem annyira, mint a s. c.-é, így egy otthoni pumpa segítségével elvégezhető 8—10 órás alkalmazást ajánlanak, átlag napi 40 mg/kg adagban.

A leghatásosabb a vas eliminálására a Desféral iv. alkalmazása. Miután a vastelítettség C-vitamin-hiánnyal is jár, megfelelő feltételek mellett C-vitamin-adagolásra is sort kell keríteni, 5 mg/kg/d mennyiségben.

Végezetül, a keláló kezelés a vas ellen nélkülözhetetlen része az elhúzódozó transzfúziós kezeléseknél. Ma erre a célra egyetlen használható gyógyszer a Desféral, ami jelenleg csak parenterális úton adagolható, de folyamatban van a keláló ágensek előállítására, orálisan adható készítmények irányában.

Kövér Béla dr.

Congenitalis glaucoma — a vakság megelőzhető oka. Franks, W., Taylor, D. (Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London): Arch. Dis. Childr., 1989, 64, 649.

Néhány évvel ezelőtt két vezércikk jelent meg, amelyek arra szólították fel a gyermekorvosokat, hogy észleljék és küldjék kórházba a congenitalis glaucomában (KC) megbetegedett újszülötteket már az első napokban vagy első hetekben. Ez sokat segített abban, hogy a gyermekeken kritikus időn belül lehetett segíteni.

A congenitalis glaucoma (KG) azért is fontos, mert kezelhető, és ez a leggyakoribb oka a gyermekek megelőzhető vakságának. A korai kezelés akkor eredményes, ha megfelelő, KG-val foglalkozó osztályra kerül a beteg.

A KG Nyugat-Európában 4%-ban oka a gyermekkori vakságnak, ami 1 : 12 500-as incidenciát jelent. A kockázat nagyobb, ha a szülők, rokonok, autosomális regressív öröklődését feltételezve. Vérokonság nélkül is a következő gyermek kockázata 1 : 20, valószínűbb a multifaktoriális öröklődés.

A KG oka az, hogy a trabecularis rendszer nem választja ki a szem vizes váladékát. Fiatal csecsemőkben ez buphthalmot

okoz, következképpen emelkedik a szem belnyomása, a cornea vízenyője és károsodik az n. opticus. Ugyanezen tünetek kifejlődhetnek a szem elülső csarnokának fejlődési rendellenességei miatt is. Az esetek 70%-ában kétoldali.

KG-t okozhat még számos más kórkép; neurofibromatosis, homocystinuria, Marfan sy., Lowe sy. és cong. rubeola fertőzés. Ezen kívül chromosomal kórképek kapcsán is előfordul glaucoma. A legsúlyosabb tünetek már az élet első óráiban vagy napján; a zavaros cornea, photophobia és blepharospasmus drámai képét mutatják. Kevésbé kifejezett tünetek esetén a kórkép akár hónapokig is rejtve maradhat. Ezalatt az intraocularis nyomásfokozódás fokozatos látótér kiesést okozhat.

A korai dg. és műtét esetén a folyamat reverzibilis lehet és a látás prognózisa javul.

A remények rosszabbodnak attól függően, hogy mennyire nagy és zavaros a cornea. Sajnos a nagy szem nem nagyon zavarja a szülők, gyakran még szépnéki is tartják. Súlyos, elhanyagolt esetekben a cornea megfehéredik.

Ha a szem megnagyobbodik és a cornea feszül, a Descemet-hártya szétszakad, vizes váladék kerül a corneába, lineáris csontkokat és oedemat lehet látni. Az oedemat a már említett jellemző tünetcsoport (photophobia, blepharospasmus és könnyezés) követi.

Enyhébb esetekben a goniotomia 90%-ban eredményes. Esetleg csak több műtét után. Ha a cornea már homályos, összetettebb műtét szükséges. Más társuló szembetegség esetén az ismételt műtétek hatásfoka csekély.

A szembetegségek szűrővizsgálata nemcsak az újszülöttszályon fontos, hanem 8, 18 hónapos és 3 éves korban is.

Szűrővizsgálatot védőnő, általános vagy gyermekorvos végezhet ophtalmoscoppal (Ref.: Angliában). Ilyenkor vizsgálják a cornea homályát, a vörös fény felvillanását. Ha fényreflex nem látszik, az homályosodást jelent, ami lehet a corneán, a lencsén vagy vitreoretinálisan.

Meg kell győződni, hogy az iris világos-e? Ha nem, akkor cornea oedemáról van szó és KG-ra kell gondolni.

A szem bármilyen méretbeli aszimmetriája esetén KG-ra kell gondolni, még akkor is, ha a méretek csak igen kevésbé térnek el a normál határoktól. Ugyanakkor nehéz eldönteni, hogy a nagyobb vagy kisebb szem a rendellenes, de a microphthalmus a gyakoribb. Kétséges esetben anesztéziában mérni kell a cornea átmérőjét, az intraocularis nyomást a diagnózis tisztázására. A photophobia mesterséges fény esetén előbb jelentkezik és hasznos meléktünet.

Ha heveny betegégek (pl. meningitis) kizárhatók, továbbá szemsérülés, albinizmus, retinoblastoma: KG-ra kell gondolni.

Csecsemőkban könnyezés, gennyves váladék nélkül ritka, ezért gyanús KG-ra, viszont a ductus nasolacrimalis elzáródása vizes és gennyes váladékot okoz.

A glaucoma gyanúja gyermekkorban sürgős kezelést igényel, hogy a súlyos következmények elkerülhetők legyenek.

Korányi György dr.

A súlyos csecsemőkori hasmenésben észlelt, kizárólagos parenterális táplálás kapcsán jelentkező hepato-biliaris elváltozásokról. Larchet, M. és mtsai (Unité de Réanimation Digestive et d'Assistance Nutritive. Hôpital Necker — Enfants Malades, F-75743 Paris): Arch. Fr. Pédiatr., 1988, 45, 623.

A koraszülöttek (ksz.) és csecsemők kizárólagos parenterális táplálásában (NPE) 50%-ban fordulnak elő hepatikus és biliaris elváltozások. Nagyon fontos kérdés ilyen esetekben az orális táplálásra való átérés mikéntje. A szerzők ezt a módot kísérlék meg elemezni 30 csecsemőjük sorsának követésével. Ezek részletes adatait táblázaton is szemléltetik. Bemutatják a csecsemők adatait, táblázatban is ismertetik anyaguk két csoportba osztásának jellemzőit, majd az NPE feltételeit és végrehajtásának módját.

A szerzők tájékoztatnak arról, hogy milyen laboratóriumi vizsgálatokat végeztek el a kísérlet folyamán. Az eredményeket a Mann és Whitney, vagy a Wilcoxon teszt alapján értékelték.

Külön, a májfunkciós teszteket érintő vizsgálatokban számolnak be a betegekben kapott eredményekről. Ezek értékelésére egy táblázatban bemutatják a betegeknek mért hepatikus funkciók eredményeket, valamint a szérumban és az epében mért epesav-szinteket.

A nagyon széles körű — duodenalis bakteriális érintettség szint és hepato-biliaris echographiával kiegészített — vizsgálatokból, valamint az esetenként bevont szövettani vizsgálatokból a szerzők legfontosabb következtetései az alábbiak: 1. Valamennyi esetükben a funkciók hepatikus ártalom már az NPE 15. napján megfigyelhető volt (alkalmi foszfatasek, transaminasek fokozott volta révén). 2. Kedvező hatású lehet ezekben az esetekben a metronidazol, a széles spektrumú antibiotikumok és anyatej adagolása. 3. Az anyatej preventív hatása a megváltozott májfunkcióra, parenterálisan adva, kis mennyiségekben, az enterobiliaris működést előnyösen befolyásolja; ugyanígy a származékai is. Emeli a gastrin, az enteroglucagon, a vasoaktiv intestinalis peptid és a cholecystokinin szintjét. De az NPE jelentős lithogen veszéllyel is jár; ez vonatkozik különösen a cholecystokinin prevenció alkalmazására. Meg kell említeni, hogy a csecsemőknél a hosszas NPE, az irodalmi adatok szerint, nem bizonyult lithogénnek. 4. Az NPE-vel kezeletlenek, a májfunkciós vizsgálatokban észlelt jelentős javulással ellentétben, a szövettani vizsgálat a 30. napon igen fontos eltérést mutatott. Az ezen időpontban észlelt elváltozások: pericanalaris fibrosis, portalis beszűrődés a pericholangitis képével. Lehet, hogy

mindezek egy súlyos gastrointestinalis fertőzés következményei. 5. Az elmondottak a csecsemőkori NPE-nél előrevetítik a csecsemőkori alkalmazásban a súlyos cirrhogen károsodás lehetőségét. 6. Egyértelműen bizonyítják, hogy a metronidazol hatása kedvező, ugyanígy az anyatejes alapon végzett frakcionált táplálás is. 7. Elnyújtott, preventív alkalmazását, a csecsemőkori az NPE-nek indokoltnak tartják.

Kövér Béla dr.

A lányok kezeletlen, tünetmentes bakteriuriája: I. A vizelet izolátumok állandósága. Hansson, S. és mtsai (Department of Paediatrics, East Hospital, S-41685 Gothenburg, Svédország): Br. med. J., 1989, 298, 853.

A szerzők 207 lányt vizsgáltak, akiknek kora 3,3–15,5 év volt. E. colit mutattak ki többször a középsugár vizeletből. Tünetmentes bakteriuriának tekintették, ha két tenyésztésben legkevesebb 100×10^6 E. coli nőtt ki. A tünetmentes bakteriuria legalább 3 hónapja, de átlagosan 2,5 éve állott fenn. Minden lánynál iv. urográfiát is végeztek.

Határozott 0 típust találtak 71 (31%) lányban. Az összesen 151 beteg-év alatt 24 fajtaváltozást azonosítottak. Hat lányban a változás összeesett más okból végzett antibiotikus kezeléssel. Spontán változásnak 13-at tekintettek, ami minden 11,6 beteg-évben fordult elő. A fajta változás nem nőtt azokban a lányokban, akiknek vese hegesedésük vagy hólyag-húgyvezető refluxuk volt. A 36 lány között, akiknek azonos baktériumfajta mutattak ki végig a megfigyelési időben, 25-nél határozott 0 típust találtak már a bakteriuria kezdetén. Ezek közül 0 típust azonosítottak folyamatosan 15 lánynál, míg 10-nél a 0 antigén elveszett. A felszín antigén elvesztése a tartós E. coli gazdaszervezetben való huzamos jelenlét folyamán következett be. A spontán fajtaváltozás ritkasága alátámasztja azt a nézetet, hogy a nem-kezelés biztonságos mód a szimptomás húgyúti fertőzések elkerülésére.

Jakobovits Antal dr.

A lányok kezeletlen tünetmentes bakteriuriája: II. — A közbeeső betegségek miatt adott phenoxymethylpenicillin és erythromycin hatása. Hansson, S. és mtsai (Department of Paediatrics, East Hospital, S-41685 Gothenburg, Svédország): Br. med. J., 1989, 298, 856.

Az eddigi közlések arra utalnak, hogy a nem kezelt tünetmentes bakteriuriás lányokon, akiknek normális a veséjük, a folyamat nem vezet károsodáshoz. Mivel a kezelésnek nincs jótékony hatása, ajánlatos az iskoláskorú tünetmentes bakteriuriás lányokat, amennyiben a vizelet elvezető traktusuk normális, kezeletlenül hagyni. A

szerzők más okból pl. középfülgyulladás vagy tonsillitis miatt adott phenoxymethylpenicillin és erythromycin kezelés hatását vizsgálták a vizelet flórára. Összesen 229 lányt követtek, akik 16 éven aluliak voltak és legalább 3 hónapja volt kezeletlen bakteriuriájuk. Ezek közül 40 lányt kezelték phenoxymethylpenicillinnel, 16-ot erythromycinnel és 5-öt mindkettővel.

A phenoxymethylpenicillin kezelés után 6 lányban fejlődött ki heveny vesemedencegyulladás és egyben hólyaghurut. Mind-egyik esetben a kórokozó E. coli volt, de más törzs, mint a kezelés előtt volt. 29 lányban perzisztált vagy újra tünetmentes bakteriuria fejlődött ki. A kórokozók staphylococcus epidermidis, E. coli, de más törzs mint előbb volt, Enterobacter, Pseudomonas, Klebsiella. Öt lány bakteriuria mentes maradt a kezelés után.

Az erythromycin kezelés után egy lánynak sem volt szimptomás fertőzése. Új E. coli törzs 1-ét lányban jelentkezett.

A szerzők véleménye a vizsgálatok alapján az, hogy kezeletlen tünetmentes bakteriuria esetén az intercurrents betegségek miatt adott phenoxymethylpenicillin kezelés a vizelet baktériumok változásához vezethet és megmarad a heveny vesemedencegyulladás veszélye. Erythromycin kezelés esetén ez a veszély kicsiny.

Jakobovits Antal dr.

Dermatologia-venerologia

Acne fulminans magas növésű fiúk nagyadagú testosteronel kezelés után. von Mühlendahl, K. E. és mtsai (Kinderhospital Osnabrück, Universitäts-Kinderklinik und Hautklinik Münster): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 712.

A magas növésű fiúkat, ha várható testmagasságuk jelentősen meghaladja a 200 cm-t, olykor testosteronel kezelik. Ennek hatására az epiphysis fugák hamarabb zárulnak. Mellékhatásként a herék megkisebbedésével, a szekunder nemi jelek gyors kifejlődésével, az izomzat tömegének növekedésével kell számolni. A kezelés további, esetenként fellépő következménye az acnés bőrtünetek megjelenése. A bőrelváltozások általában a pubertás során észlelt acne vulgarishoz hasonló súlyosságúak, néha azonban acne fulminans formájában jelentkeznek.

Az acne fulminans csaknem kizárólag fiatal férfiakon megjelenő, a törzsön és a felkarokon beolvadó és kifeléyesedő csomókkal, másutt nodulocystikus acnére emlékeztető bőrtünetekkel, lázzal, leukocytossal, gyorsult vvt. sülyedéssel, ízületi panaszokkal járó súlyos betegség. A szerzők az általuk testosteronel kezelést 150 fiú közül háromnál figyelték meg az acne fulminans tüneteit. Ezeknél a betegeknek 8–12 hónapos testosteronel kezelést követően jelentkeztek a beolvadó és kifeléyesedő bőrelváltozások láz és ízületi panaszok kíséretében. Isotretinoin, illetve isotretinoin

Normalizálja
a lipideket

LIPANTHYL

KAPSZULA

M 300

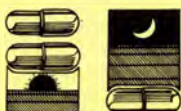
Összetétel: 100 mg fenofibratum kapszulánként.

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 (hipertriglyceridaemia, 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, zsíryanycsere-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, veseelégtelenség. 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.

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (azok hatásának fokozódása, vérzésveszély),
- 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!

Megjegyzés: ✖ Csak vényre adható ki.

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 érthártya 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.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁS: 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



antibiotikum kezelés mindhárom esetben sikeres volt, noha két betegnél az isotretinoin kezelés során pyogen granulomára emlékeztető sarjszövetképződést észleltek.

Az acné patogenezise mindaddig nem minden részletében tisztázott, így nincsenek egyértelmű adatok a szérumban androgén szint és a bőrtünetek súlyosságának összefüggéséről sem. Az azonban kétségtelen, hogy a hím nemi hormonok által kiváltott fokozott faggyútermelés fontos szerepet játszik a bőrelváltozások keletkezésében. A fenti acné fulminans eseteknél a több hónapos testosteron kezelés okozhatta a faggyúmirigyek androgén receptorainak a masztix indukciót.

Sebők Béla dr.

**A psoriasis immunpathomechanizmus-
sa összefüggésben a bőr immunrendsze-
rével.** A cyclosporin. Bos, J. D. (Department of Dermatology, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherland); Br. J. Dermatol., 1988, 118, 141.

A psoriasis vulgaris viszonylag gyakori, krónikus bőrbetegség, amelynek aetiologiája még nem pontosan tisztázott. A közlemény az immunológiai vonatkozásokat tárgyalja, celluláris, inter- és intracelluláris szinteken, felvetve azt a lehetőséget, hogy a cutan psoriasis valójában immunológiai betegség. A ledált psoriasisos bőrben intracelluláris biokémiai rendellenességeket írnak le, amelyek végül is felelősek a bőrlézió számos sejtjének, különösen az immunocytáknak a szaporodásáért és aktiválásáért, továbbá a sejtes infiltráció, keratinocyták hyperproliferáció létrehozásáért is. A biokémiai történésekhez tartozik a transzmembrán szignál rendszerek — cAMP, cGMP, a foszfolipáz C (PLC) aktivitásának fokozódása.

Az aktivált PLC formák, a diacylglycerol, és az inozitol 1,4,5-trifoszfát a plazma membrán származékai, és ezek a termékek szekunder messengerként hatnak a sejtaktivációra és replikációra. A külső ingerek széles változata — beleértve az antigéneket, néhány növekedési faktort, neurotransmittereket —, beindíthatja ezt az inozitol-foszfolipid második hírvívó rendszert.

Ezzel kapcsolatban kimutatták, hogy az arachidonsav — az eikozanoidokhoz tartozó gyulladást és mitózist előidéző mediátorok családjának a precursora — szintén növekedett mennyiségben van jelen a psoriasisos bőrben. Ezen eikozanoidok származékai a lipoxigenáz termékek: A 12-hidroxi-eikozatetraénsav (12-HETE) és a leukotrien B₄ (LTB₄) és egy kisebb mértékben a cyclooxygenáz produktumok: PGE₂, PGF₂α. Ezen mediátorok szintje is emelkedett a psoriasisos léziókban.

A LTB₄ mint a polimorfonukleáris leukocyták egyik legerősebb kemotaktikus faktora, szerepet játszik a szövettanilag látható PNL-tartalmú, ún. Munro-féle mikroabscessusok képződésében. A fokozott

foszfolipáz A₂ aktivitás membrán eredetű termékét, a vérlemezkéket aktiváló faktort (PAF) is kimutatták a psoriasisos léziókban. A granulocyták kemotaktikus faktorok közé tartozó C₅α complement faktort pedig a leváló pikkelyekből is izolálták. Beutner és mtsai szerint a C₅α keletkezése a stratum corneum antigen és antitestje által aktivált complement kaskád eredménye. A Cormane-féle immunhipotézis T suppressor sejt-hiányt vet fel. Valdimarsson és mtsai az immunológiai hipotézis másik variánsát nyújtották, középpontba állítván a keratinocyták, dendritikus sejtek és T lymphocyták intraepidermalis interakcióját.

A psoriasisos bőr subepidermalis rétegét infiltráló sejteket monoclonalis ellenanyagok felhasználásával identifikálták és meghatározták az immuncompetens sejtek alcsoportjait. Nagy számban találtak T sejteket az infiltráló sejtípusok között. Kimutatták, hogy a nem gyulladt és az inflammált psoriasisos bőrben is a helper indukáló T sejt formák vannak többségben. Ennek megfelelően Bejerke és mtsai az aktivált macrophagok és T sejtek interakciójaként keletkező interleukon I—II-t, valamint gamma és kis mennyiségű alfa interferont identifikáltak psoriasisos papulák anyagából. Ezen immunmediátorok iránt a glycosilációs defektust szenvedett abnormis keratinocyták plazma membrán receptorok fokozott affinitást mutatnak, amely a keratinocyták stimulációját és proliferációját eredményezi. A basalis és suprabasalis keratinocyták 12-szeresre felgyorsult sejtciklusa klinikailag pedig a réteg kiszélesedésében, a psoriasisos pikkelyképződésben nyilvánul meg.

Végezetül a cikk leírja a legutóbb bevezetett antipsoriasisos hatású gyógyszernek, a cyclosporinnak — mint általánosan használt immunosuppressansnak — hat lehetséges hatásmódját. Ezek a következők: 1. A Ca⁺⁺signal modulálása, 2. A membrán foszfolipid metabolizmus gátlása, 3. Kölcsönhatás a sejt felszíni receptorokkal, 4. Lymphokin képződés gátlása, 5. MHC-II expressziójának gátlása, 6. Az accessorikus sejtek gátlása.

Ezen gyógyszer psoriasisban észlelt rendkívüli eredményessége valószínűen a leírt celluláris történésekkel való interakciójának köszönhető.

Hangsúlyozni kell, hogy a primer defektus és így a betegség aetiológiája még rejtély. Talán a keratinocyták membrán transport rendszerének és receptorainak belső abnormalitása áll fenn, amely érzékenyíti őket az immunmediátorok iránt. Másrészt feltehető az immunocyták intrinszik rendelkezése is, amely különösen hajlamosá teszi őket az immunocyták-keratinocyták interakcióra, bár ez még véglegesen nem tisztázott.

Sófi Magdolna dr.

A cAMP kötődési zavar psoriasisban. Raynaud, F. és mtsai (Laboratoire de Phy-

siopathologie du Développement, CNRS-Ecole Normale Supérieure, and Department of Dermatology, Hospital Tarnier, Paris, France; and Division of Cancer Biology and Diagnosis, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, USA); Lancet, 1989, I, 1153.

Kísérleti adatok alapján feltételezhető, hogy a ciklikus adenosin monofoszfát (cAMP) szerepet játszik a psoriasis kialakulásában. Ismert, hogy a psoriasisos betegektől származó sejtekben (vörösvértest, tenyésztett fibroblast) a cAMP intracelluláris mediátorainak — a cAMP függő protein kinázoknak (PKA) — az aktivitása csökkent. Kétféle PKA létezik (PKI és PK2), melyek két reguláló alegységből (RI és RII) valamint két katalizáló alegységből állnak. A cAMP holoenzimhez történő kötődése felszabadítja a katalizáló alegységet, amely meghatározott fehérjék foszforilációjára képes.

A szerzők 34 psoriasisos beteg vvs-membránján vizsgálták a RI reguláló alegység cAMP analóg (8-acido ³²P cAMP) kötő képességét. Vizsgálataik szerint a cAMP kötődés a psoriasisos betegekben szignifikánsan alacsonyabb (565 ± 35 fmol/mg protein) mint az egészségesekben (930 ± 35 fmol/mg) illetve más betegségekben szenvedőknél (seborrhoeás dermatitis, lichen ruber planus, rheumatoid arthritis, spondylarthrosis ankylopoetica, pityriasis rubra pilaris, atrophias dermatitis) mért érték (552—1849 fmol/mg). A betegség súlyossága és a cAMP analóg PKA-hoz kötődése között negatív korreláció állt fenn, mely statisztikailag szignifikánsnak bizonyult (r = 0,752; p = 0,001). Per os retinoid kezelés a kötődési defektus mérséklődését eredményezte. A psoriasisos betegek tünetmentes családtagjainál mért cAMP kötődés szignifikánsan alacsonyabb volt (773 ± 60 fmol/mg), mint a normál érték.

Az eredmények további adatokat szolgáltatnak arra vonatkozóan, hogy a cAMP rendszer veleszületett károsodása a psoriasis kialakulásában szerepet játszhat.

Hunyadi János dr.

Spitz naevus. Mérot, Y., Frenk, E. (Service de dermatologie et de vénéréologie, Centre hospit. univ. vaudois, CH—1011 Lausanne, Switzerland); Virch. Arch. A Pathol. anat., 1989, 415, 97.

Spitz 1948-ban írta le az ún. benignus juvenilis melanomát vagy más névvel a nagy orsósejtes vagy epitheloid-sejtes szerzett naevust, ami elsősorban gyermekekben és fiatal felnőttekben fordul elő. Szerkezetét illetően junctionalis, compound vagy intraepidermalis lehet. Cytologailag dominánsan orsósejtes vagy epitheloid-sejtes vagy ezek változatos arányú keveréke formájában jelenhet meg.

A szerzők tanulmányukban 89 esetet vizsgáltak (49 nő, 40 férfi). A naevusok eloszlása a következő képet mutatta: fej-nyak

42%, felső végtagok 18,2%, törzs 12,5%, alsó végtagok 27,3%. Compound naevus 75 (83,3%) volt megfigyelhető, amelyek között suprabasalis epidermalis terjedés transepidermalis eliminációval 19 (21%) volt és ezek átlagkora 7,1 évet mutatott. A compound naevusok között 56 (63%) esetben (átlagkor 13,1 év) suprabasalis terjedés jelei nem voltak észlelhetők. Tanulmányukban többször hangsúlyozták, hogy a suprabasalis terjedés jeleit csak alacsonyabb életkorban találták. Az intradermalis naevus formájában megjelenő esetekben (14 eset, 16%) az átlagkor lényegesen magasabb volt (30 év). Végezetül kiemelik, hogy a felnőttkori Spitz-szerű naevusokban az intraepidermalis terjedés, megjelenés malignitás jele lehet, így óvatosan kell eljárni.

Bugovics Elemér dr.

A herpes zoster lokális kezelése. Nase-mann, Th. (Hautklinik der Universität Frankfurt am Main): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 928.

A herpes zoster-fertőzés lokális kezelése ma a *belső* terápia alátámasztására szolgál, ami ma az *acyclovir* (Zovirax) készítménnyel végezhető. A külső kezelés (externa) enyhíti a gyulladásos bőrtüneteket, az exsudatiót és a hólyagképződést, tehát szárító hatást fejt ki. Az arc területén az első két napban *enyhe anti-septikus* (kálium-permanganát vagy egyéb) borogatások nyugtató hatásúak és a másodlagos coccogen fertőzés gátlói lehetnek. A törzsön lévő övsömör mindjárt 1%-os víofórmos rázókeverékkel (naponta öt ízben) kezelhető. Az arcon a víofórmos rázókeveréket a második naptól alkalmazzuk. Ha a hólyagocskák beszáradtak, a gyógyítást enyhe közömbös kenőcsökkel folytatjuk. Ezek az ajánlások adjuváns helyi kezelésként *belső* specifikus gyógyszerelés mellett érvényesek, ami ma *acyclovir* adásával történik.

Ha nyomós okok miatt *acyclovir* belsőleg nem adható, pl. ezen gyógyszer elleni (igen ritka) allergia, terhesség, szoptatás esetén, akkor már *kezdetől* fogva lokális kezelés vezetendő be, amelyre három lehetőség kínálkozik: 1. *Zovirax-kreml*; naponta ötszöri bekenés a gyógyulásig; 2. *Zostrum-oldat* naponta négyszeri alkalmazás, azonban négy napon túl nem alkalmazható, sem terhesség esetén. A javulás esetén enyhe externa-kezelés. (A *Zostrum* idoxuridint tartalmaz és csak helyileg alkalmazható.) 3. Ha a két felsorolt eljárással jó eredmény érhető el, esetleg egy *óvatos cortisonkezelés* is következhet, hogy a zoster-neuralgiákat megelőzzük vagy enyhítsük.

iff. Pastinszky István dr.

Diagnosztikai kérdések

Tumorhoz kötött antigének az ascite-szek és pleurapunktátumok diagnosztikájában. Mezger, J. (Med. Klinik III., Klinikum Grosshadern der Univ. München): Fortschr. Med., 1989, 107, 402.

Az ascites és pleurapunktátumok citológiai vizsgálata nagyfokban specifikus, de csak mérsékelt szenszitivitású. Ezekből a CEA (carcinoembryonális antigén), Ca 19-9, BGP I (biliaris glycoprotein I) és TAG-72 (tumorasszociált antigén 72) immuncitokémiai kimutatása daganatjellemző, és diagnosztikusan alkalmazható. Carcinomások citológiai negatív vagy kérdéses folyadékgyüleméből 38%-ban lehetett tumor-sejteket immuncitokémiai módon verifikálni. Ezáltal a malignomákban a csak citológiai eljárással elért 44%-os érzékenységet az említett két módszer együttesen 64%-ra emelte. ATPA (tissue polypeptid antigén), MCA (mucin-like carcinoma antigén), EMA (epithelialis membrán antigén) és epp 34 (epithelialis glycoprotein 34) a daganatsejt identifikálására kevésbé használható, mivel benignus mesothel sejtekben is előfordulnak.

A punkciós fluidumokban, a CEA és Ca 19-9 jelenléte alapján 95%-os specificitással és 48%-os szenszitivitással lehet eldönteni a malignus vagy benignus eredetet. A Ca 125, B6P I, AFP (alfafetoprotein) és TPA specificitása hasonló, érzékenysége azonban kisebb mint 30%. Mind a jó-, mind a rosszindulatú folyamatokban igen magas Ca 125 értékek találhatók nemcsak a punkciótumban, hanem a szérumban is, ami a reaktive burjánzó mesothel sejtekből szabadul fel.

A CEA, TAG-72, epp 34, EMA, cytoskelett protein tagokból álló antigén profil előnyösen vonható be a serous hárttyák carcinosisának ill. a malignus mesotheliomák differenciáldiagnosztikájába.

Barzó Pál dr.

Vas és vaskötő fehérjék a mellhártya-ömlenyek elkülönítő kóriszméjében. Francioli, M., A. Rosenmund (Medizinische Universitätsklinik, Inselspital, Bern): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 785.

A pleura exsudatum és transsudatum elkülönítésében elsősorban az ömleny proteintartalma, valamint az ömleny/plasma hányadosa szolgál; ezenkívül az ömleny okát cytologiai, mikrobiológiai, sőt bizonyos esetekben a pH, glukóz szint és a leukocytaszám is tovább tisztázzák. Egyéb különböző módszerek szenszitivitása és specificitása mintegy 40%-ig nem nyújt felvilágosítást az ömleny okáról.

A szerzők ennek további tisztázására a plasmában és a pleurafolyadékban 30 szívértelenségben szenvedő (n = 10) betegnél, fertőzőes gyulladásos betegségekben (n = 9) és áttételes rákban (n = 1) vizsgálták a vas szintjét, a vaskötő kapacitást, lactoferrint és az összfehérjét. Ezen kívül 16 betegüknek az ömleny transferrin- és ferritinszintjét is meghatározták. A gyulladásos és daganatos betegségekben a plasma vastükre és a teljes vaskötő kapacitás csökkent, viszont a szívértelenségben szenvedőknél hypsideraemiát és normális

vaskötő képességet figyeltek meg. Áttételes rákban a plasma lactoferrin szint kisebb volt. Az *exsudatumok* (protein 30 g/l; 9 fertőzőes-gyulladásos esetből 9, 11 rákos betegből 10) szignifikánsan magasabb vas-, lactoferrin-, transferrin- és ferritinszintet mutattak, mint a *transsudatumok* (protein <30 g/l; 10 szívértelenség esetből 10, 11 rákos esetből 1). Statisztikailag a fertőzőes-gyulladásos exsudatumok a daganatosól az átlagosan magasabb vastükkörrel különböztek. A szóródási területek átfedése azonban az egyes esetekben egyértelmű elkülönítést nem enged meg. A pleuralis lactoferrinszint arányosult a pleuralis granulocytaszámmal; nem specifikus módon tükrözi vissza a granulocytás gyulladás mértékét. A pleura és a plasma közti pozitív korreláció kizárólag az exsudatum fehérje- és vasszintjére vonatkozott. Az exsudatumokon és a transsudatumokon belül az összfehérje a transferrinszinttel arányosult, de nem a vastükkörrel. Következtetések szerint a pleurafolyadékban mennyiségi-leg jelentős nem transferrinkötésű „vaspool” van.

A gyakorlati végkövetkeztetések szerint a vas-, transferrin- és ferritinszint meghatározása lehetővé teszi a mellüri folyadékban a transsudatumok és exsudatumok elkülönítését; ez azonban a fertőzőes-gyulladásos és a carcinomás exsudatum-típus között nem áll fenn. Hyper- és hypoproteinaemiás állapotokban és azon esetekben, ahol a pleuralis proteinszint a transsudatum/exsudatum határterületén fekszik, a ferritin- és/vagy lactoferrinszint meghatározása diagnosztikus segítséget nyújt, mert a mellüri folyadékban ezen két vaskötő fehérje nem függ a megfelelő plasmaszinttől, haemodinamias tényezőktől, érpermeabilitástól vagy onkotikus nyomástól, amelyek a transsudatumok illetve exsudatumok képzéséért felelősek.

iff. Pastinszky István dr.

A muszkuloszkeletális mellkasi fájdalmak. Fam, A. G. (Sunnybrook Med. Ctr., Toronto): Primary Care, 1988, 15, 767.

Az angina pectoris, tüdőembólia, pericarditis, pneumonia, a tumoros vagy anyagcsere eredetű csontbetegségek elkülönítő diagnosztikájához érdemes ismerni a mellkasi panaszokat sokkal gyakrabban okozó tünetegyütteseket. Ezek az anamnézis és a fizikális vizsgálat alapján többnyire diagnosztizálhatók, a labor és rtg.-vizsgálatok nem mutatnak eltérést.

A ritka *Tietze-szindróma* többnyire egyoldali, a felső 3 borda valamelyikén a borda és a porc határán fájdalmas duzzanat jellemzi. Olykor infekció, erős köhögés előzi meg a remissziókra hajló elváltozást.

A *costochondritis* az első öt borda-porc találkozásnál, több helyen, mindkét oldalon, duzzanat nélküli fájdalom, mindkét ol-

dalón, 40 év felettiekben koronária betegek is. Ezeket és a többi betegségszempont panaszait is ronthatja bizonyos testhelyzet, mozgás, ezekre műfogások is ismertek (illetve kitalálhatók). Helyi meleg, nem steroid gyulladásgátlók, steroid injekció az általános gyógyszerelés.

Bordasérülést jelentéktelennek tűnő mellkasi (sport) trauma, vagy leromlott személyen erős köhögés is kiválthat. A metasztázisokat is a rtg. és primer tumor ismerete segít felderíteni.

A **csúszó borda szindróma** többnyire a 10., de a 9. és 8. borda elválása a porctól is járhat fájdalommal, a kattanás tapintható mély légzéskor, vagy bizonyos mozdulatok során, illetve horogszerűen a bordaív alá nyúlva észlelhető. Komolyabb panaszt és sebészti megoldást csak az intercostalis ideg becsípése jelent.

A mellkast ért **trauma** vagy a szokatlan **fizikai munka** után napokig fájhatnak egyes izmok, melyek megnyújtása műfogásokkal, gimnasztikával, fokozza a fájdalmat.

A **prekardiális markolás** (catch) szindróma a fiatalok szívcsúcsújtási panasz, okát nem ismerjük. Olykor guggolás váltja ki.

A **myalgia epidemica** (Bornholm) intermittáló fájdalom a megelőző prodrómát követően komoly differenciáldiagnosztikai gondot okozhat, amíg a coxsackie vírust vagy az ellenanyagok szintjét ki nem mutatjuk. Gyermekeknél a has felső részén léphet fel fájdalom. Pleuritis csak kb. 20%-ban hallható.

A **fibrositis szindróma** (myofascialis fájdalom, primer fibromyalgia stb.) főként a nők betegsége, bármely életkorban jelentkezhet, és a jellegzetes, fájdalmas izomkötegek, trigger pontok tapinthatósága a diagnózis alapja. Fáradékonyság, fejfájás, érzékszavarok, hideg iránti érzékenység, reggeli fájdalom és ízületi merevség, félelemérzés, depresszió, bél-irritáció kísérheti, és a nem pihentető alvás szinte minden beteg panasz. Lehet hogy az endorfin hatást potenciáló szerotonin szintje alacsony az agyban, így a helyi kezeléseken kívül használhat a ciklobenzaprin vagy az amitriptilin is. A (helyi) klimatikus tényezők, de pszichés faktorok is rontják a panaszokat.

A **psychoneurosis testis** megnyilvánulása a **psychogén rheumatizmus**, amely változó helyű és intenzitású, olykor bizarr panaszokkal jár, változik a hangulattal, a helyi kezelés nem hatékony.

[Ref.: A lap 1988. decemberi számát a **fájdalmat okozó eltérések testtájékonkénti ismertetésére szánta a szerkesztőség, így kitűnő áttekintéseket olvashatunk a váll, a nyak, a csípő, a boka és láb stb. fájdalmak (elkülönböztető kórisztémájáról és kezeléséről is. A vállfájdalmak rtg.-vizsgálatáról Rogers és Hendrix tollából, a Radiol. Clin. North Amer. 1988, 26, 1359–71. oldalán olvashatunk áttekintést.]**

Apor Péter dr.

A dohányzás ártalmai

„Low yield” (kis áteresztőképességű) cigaretta a nők nem-halálos szívinfarktus rizikójában. Palmer, J. R., D. L. Rosenberg, S. Shapiro: New Engl. J. Med., 1989, 320, 1569.

A cigaretta a nők szív koszorúér megbetegedésének is fontos rizikófaktora. A kockázat az elszívott cigaretta számával megemelkedik, de ez a kevés cigarettát szívók között is kimutatható. A dohányzás elhagyására ez a veszély ismét jelentősen mérséklődik, olyannyira, hogy néhány év múlva már a sohasem dohányzottak kockázat-szintjére csökken vissza.

Az Egyesült Államokban az egészségügyi fázisok hatására a dohányzók száma 1964 óta folyamatosan csökken, és a dohánygyárak ezt a kisebb áteresztőképességű, a kórokozó mérgeanyagokat (kátrányt, nikotint, szénmonoxidot) visszatartó cigaretták gyártásával igyekeznek megakadályozni. Reklámhirdetéseiket, nem is eredménytelenül, elsősorban a nőkre irányítják. A kisebb coronaria-kockázatot azonban még így sem tudták elérni, és úgy tűnik, a szív koszorúér betegségek kialakításában a cigarettafüst szénmonoxid és nikotin tartalmának van szerepe. A szerzők ezért ennek szándékotk utánajárni.

A szerzők 1985–1988 közötti eset-kontroll vizsgálatukban 910 első szívinfarktuson átesett 65 éven aluli (25–64 év közötti) nő adatait mérték fel, és ezeket 2375 egyéb betegségben szenvedő kórházi kontroll adataival hasonlították össze. E vizsgálatukban a sohasem dohányzottak, az exdohányosok, valamint a kurrens dohányzók coronaria-kockázata alapján igyekeztek eredményre jutni. A cigarettagyárak által megadott szénmonoxid és nikotin értékeket a Federal Trade Commission 1985-ben mesterséges gépi „dohányzás” által állapította meg, és ezek az adatok azóta alig változtak.

A 910 szívinfarktusos nő közül 191 sohasem, 149 korábban, 570 pedig a vizsgálat időtartama alatt is dohányzott. A kontrolloknak viszont 40%-a sohasem, 23%-a korábban dohányzott, a dohányzók pedig lényegesen kevesebb cigarettát szívtak. A nem-dohányzók multivariáns rizikóját 1,0-nek véve a szívinfarktus e kockázata, az elszívott cigaretta számától függően, szignifikánsan 2,4-ről 22-re emelkedett, míg a korábban dohányzók viszonylagos rizikója 1,4 volt. A cigarettafüst nikotin tartalmát tekintve — a „high yield” (nagy áteresztőképességű) cigarettákkal összehasonlítva — különbséget alig tapasztaltak, amennyiben csak a 0,40 mg nikotint áteresztő cigaretták szívásától a szívinfarktusok viszonylagos kockázata 4,7, míg a maximálisan több mint 1,30 mg-ot áteresztőké 4,8 volt. A szénmonoxidot tekintve a cigarettánként csak 4,8 mg-ot átengedők relatív kockázata 4,9-nek, a több mint 18 mg-ot átengedőké 4,8-nek bizonyult.

A közölt eredmények azt igazolják, hogy a nők nem-fatális szívinfarktusának rizikója — a korábbi tapasztalatoknak megfelelően — az elszívott cigaretta számával szoros összefüggésben van. Kiderült azonban az is, hogy az új, nikotint és szénmonoxidot kevésbé áteresztő gyártmányok kockázata sem kisebb, bár ebben a cigarettafüst inhalációja sem elhanyagolható. Eredményeik alapján az is felmerült, hogy a dohányfüst nikotin- és szénmonoxid-tartalma esetleg nem elsődlegesen szív koszorúér károsító, bár az experimentális vizsgálatok direkt kórokozó hatásuk mellett szólnak. Ezenkívül jogosan felmerül, hogy a mesterségesen, géppel meghatározott nikotin és szénmonoxid értékek nem azonosak a cigarettázás kapcsán ténylegesen felvett értékekkel.

Az új cigarettamárkák bevezetése a dohánygyárak új stratégiáját jelképezi, ami a nők között eredményesebbnek tűnik. 1964 és 1986 között a férfiaknak 22%-a (51%-ról 29%-ra), a nőknek viszont csak 9%-a (33%-ról 24%-ra) szokott le náluk a dohányzásról. Az új márkájú füstszűrős cigaretták kedvezőbb egészségügyi beállítása tehát inkább ártalmas, és ez a betegség-megelőzésnek csak nagyon szegényes és eredménytelen alternatívája lehet.

[Ref.: Hazánkban — szemben az iparilag legfejlettebb nyugati országokkal — az emberek, sőt a nők és fiatalok kiemelten, egyre többen és egyre többet dohányoznak. Így azután egyáltalán nem csoda, hogy az OKI főigazgató-helyettesének adatai alapján, az újságban az olvasható, hogy „a WHO legújabb statisztikája szerint a proletárdiktatúra nem tesz jót az egészségnek. A születéskor várható átlagélethettség 33 ország adatait figyelembe véve, az élenjáró Japán és az utolsó Magyarország, de a többi szocialista ország is a legalján található... A potenciális élettartamvesztést tekintve az első a Szovjetunió, a második Románia és a harmadik Magyarország... A férfiak halálozásában első Magyarország, és ezt szorosán követi Csehszlovákia, Lengyelország és a Szovjetunió.” Ez pedig egyáltalán nem tekinthető véletlennek, mert ennek oka egyértelműen a betegségmegelőzés politikai, társadalmi és egészségügyi hibáira vezethető vissza. Így nálunk is a hatásos rendszabályok, személyes példamutatás helyett még mindig a vezércikk szerű „front malszt” viszi a primet. Az állam nikotin- és alkoholfüggősége nagyobb, mint a szenvedélybetegségekben szenvedő embereké. Pedig a kormányzat a cigarettából és alkohorból befolyt jövedelem sokszorosát fizeti ki az ebből származó munkaidőkiesésre, betegségekre, táppénzre, kórházra, rokkantságra, életrovidülésre, a morális károkról nem is beszélve. Ami pedig a nők függőségét illeti, ezek terheség alatti dohányzásukkal — sokszor még alkoholfogyasztással kombinálva — megszületendő magzatuk egészségét és jövőjét is veszélyeztetik. Ugyanakkor egyenlősdin alapuló betegségmegelőző politikánk megcsúfolása, hogy ezek terheségeikre és szüléseikre ugyanolyan anyagi támogatást kapnak, mint azok, akik ilyenkor még fokozottabban vigyázzák utódaink és jövőnk egészségét.

A dohányzás a szív- és érrendszeri halá-

lozást 70%-kal növeli, a szívinfarktus kockázatát 10 évvel előbbre hozza, egymagában 3-szorosára, magas vérnyomással és magasabb vérzsírszinttel együtt pedig 10-szeresére fokozza. A filteres cigaretták ugyan a nikotin és kátrány egy részét visszatarítják, de feszességük miatt ezek szívott füstje kevesebb levegőhöz jut, és sokkal több szénmonoxidot tartalmaz. Éppen ezért a filteres cigaretták forgalmazása, valamint a fogamzásgátló tabletták szedése óta egyre több és egyre gyakoribb a fiatal nők szívinfarktusa. Napi 25 cigaretta elszívása ugyanis nőknél a fogamzásgátlók 6-szoros infarktus kockázatát 20–40-szeresre emeli. A füstszűrős cigaretták tehát nem tartják vissza a szívinfarktust okozó szénmonoxidot, hanem ezt a cigarettafüstben inkább növelik. Ezt egyébként a szerzők is sejtetik, amikor rámutatnak arra, hogy a gépi dohányoztatással nyert cigarettafüst szénmonoxid értékei valószínűleg nem azonosak a ténylegesen inhalált cigarettafüstével.)

Angeli István dr.

A „low yield” (kis áteresztőképességű) cigaretták egészségügyi és politikai értékelése. Benowitz, N. L. (Szerk. közl.): New Engl. J. Med., 1989, 320, 1619.

1955 és 1987 között a szűrők révén az amerikai cigaretták füstjének átlagos kátránytartalma 34 mg-ról 13 mg-ra, átlagos nikotintartalma 2 mg-ról 0,9 mg-ra csökkent. Palmer és mtsaiak e számban megjelent közleménye arról számol be, hogy a modern „low yield” füstszűrős cigaretták nem csökkentik a 65 éven aluli nők nemhalálos szívinfarktus gyakoriságát. Hasonló eredményt korábban már a férfiak vizsgálata kapcsán is tapasztaltak.

E füstszűrős cigaretták füstjének analízise, a dohányzás módjának gépies megközelítésével, mesterségesen történt. Az Egyesült Államokban az emberek a szippantások 2 másodperce alatt 35 ml cigarettafüstöt inhalálnak, a cigaretta elégséig pedig átlagosan minden percre egy szippantást lehet számítani.

Történelmileg a kátrány és nikotin csökkentésére az első és legfontosabb a filteres vég-hozzáadása volt, ami szelektíven kivonta ezeket az anyagokat, de nem a szénmonoxidot. A kátrány- és nikotinátalom károsító hatásának elkerülésére több mérnöki kezdeményezés történt, így megpróbáltak a cigaretták lazább, kevesebb dohányt tartalmazó feltöltésével, a dohány elégségének meggyorsításával, több porózusabb papír felhasználásával, hosszabb filterrel a szippantások csökkentésére, ventiláló filterekkel, hogy a dohányfüst jobban keveredjen levegővel. A filteres cigaretták tulajdonképpen nem tartalmaznak kevesebb nikotint vagy kátrányt, hanem ezek kisebb inhalációját teszik lehetővé.

Az ember azonban nem gépként dohányzik, a legtöbb dohányos a nikotinszenvedélynek hódol, ezért ezt a nikotinigényt a füstszűrős cigaretták fokozottabb és mélyebb szívásával igyekeznek kompenzálni, valamint több cigarettát szív el. Így lényegesen több kátrányt, nikotint és szénmonoxidot vesz fel, mint amennyi a mesterséges gépi dohányzás alapján feltételezhető lenne. A kevésbé és jobban áteresztő cigarettamárkát szívók összehasonlító vizsgálata alig különbözött a nikotin, kátrány és szénmonoxid felvételben. Sajnos e „low yield”, kisebb áteresztő képességű cigaretták intenzívebb szívása a nagyobb nikotin és kátrány felvétellel megcáfolja ezek kedvezőbb hatását. Az epidemiológiai adatok viszont azt sugallják, hogy e cigaretták csökkentik a tüdő, gége, nyelőcső és más rákok, valamint az obstruktív tüdőbetegségek kockázatát. A kisebb áteresztő képességű cigaretták azonban változtak az évek folyamán. Az 1960-ban még kis áteresztőképességűeknek tartottakat ma már nagy áteresztőképességűeknek tartjuk, sőt régebben sok cigaretta volt filter nélküli és ezeknek füstje több és toxikusabb kátrányt tartalmazott. A füstszűrős cigaretták hatására a cigarettázók tüdőrákja jelentősen (20–40%-kal) csökkent, de még így is feltűnően gyakoribb. Hasonlót tapasztaltak a többi carcinoma esetében is, de az idült tüdőbetegségek ilyen irányú elbírálása még további tisztázást igényel. A heveny szívinfarktusok és hirtelen halál rizikóját a kisebb áteresztőképességű „low yield” cigaretták számottevően nem javították. Megjelenésük és hirdetések a serdülőket a dohányzás korábbi elkezdésére serkentik, ezeket a korábbi cigarettákkal szemben nem tartva veszélyesnek. Emiatt sok dohányzó ezek szívására tér rá, a cigarettázás elhagyása helyett, pedig kiderült, hogy a „low yield” cigaretták szívása alig, míg a cigarettázás teljes elhagyása kifejezetten és nagyon hasznos.

Az Egyesült Államokban, Kanadában és több nyugat-európai országban jelentősen csökkent a dohányzók száma, míg a világ többi részéről ez távolról sem mondható el. A cigaretták toxikus anyagának lehető legteljesebb kiküszöbölésére világméretű kampányt lenne célszerű indítani, a kátrány, szénmonoxid és más toxikus anyagok eredményes visszatartásával, de a leszoktatást a cigaretták progresszív adózásával is célszerű lenne elősegíteni.

Angeli István dr.

A coffeein-koncentráció tartós emelkedése a dohányzást abbahagyókon. Benowitz, N. L. és mtsai (Clinical Pharmacology Unit, San Francisco General Hospital Medical Center; Departments of Medicine and Psychiatry, University of California, San Francisco, CA, USA): Br. med. J., 1989, 298, 1075.

A cigarettázók általában több kávét fogyasztanak, mint a nemdohányzók, miután jóval gyorsabban képesek a coffeeint metabolizálni. Más módon kifejezve: az erős dohányosoknak több kávé fogyasztása szükséges azonos coffeein okozta élvezeti szint eléréséhez. Ha a dohányzást abbahagyják, csökken a coffeein-metabolizmus rátája. Amennyiben ekkor a kávéfogyasztás továbbra is változatlan marad, a szervezetben — érthetően — emelkedni fog a coffeein koncentrációja. Ha ez tartósan így marad, nőni fog az emelkedett coffeinszint miatti kockázat: a coronaria-ischaemia okozta megbetegedések s a kissúlyú újszülöttek világrajövetelének gyakorisága fokozódik. A szerzők a plasma coffeinszintet és a coffeeinbevitelt vizsgálták a dohányzás elhagyása előtt, valamint utána 6 hónapon át.

Vizsgálataikat 95 olyan egészséges egyénen végezték, akik ehhez hozzájárultak. Kisebbit felük végleg abbahagyta a dohányzást; a többiek, kiknek életkora szignifikánsan magasabb volt az előbbieknél, kontrollként szerepeltek. Az egész csoport életkorátalaga 38 év volt (19–60); közülük 38 volt férfi és 87 fehér bőrű. Mindnyájan munkaviszonyban álltak. A vizsgálatokat a programba való belépés előtt, valamint az ettől számított 12. és 26. héten végezték el. Az értékelés szempontjainak végül 68 egyén felelt meg.

Ami vizsgálataik eredményét illeti, itt két dolgot kell kiemelni: 1. a dohányzást elhagyókon mind a 12., mind a 26. héten — a kísérlet indulásakor mért alapértékhez viszonyítva — több, mint kétszeresére nőtt a plasma coffeeinconcentrációja; 2. ugyanakkor ebben a csoportban a 26. hétre szignifikánsan csökkent a coffeein fogyasztás.

Vizsgálataik alapján egyértelmű, hogy a dohányzást elhagyókon csökkent a coffeein lebomlásának gyorsasága s emiatt — a megszokás okozta változatlan mennyiségű kávéfogyasztás mellett — kb. 250%-ra emelkedik a plasma coffeinszintje. Ez az effektus a dohányzás elhagyása után már 3–4 nap múlva jelentkezik s egészen biztos, hogy hozzájárul a nikotin elvonás előidézte kellemetlenségekhez. Az is kézenfekvő, hogy ebben az időben több, mint kétszeresére növekszik az emelkedett coffeein-koncentrációval összefüggő kockázat, a már említett 2 betegcsoportban. Érdekes az is, hogy csak a 26. hét táján kezd érdemlegesen csökkenni a dohányzást elhagyókon a kávéfogyasztás mennyisége.

Fentiek miatt a szerzők úgy vélik, hogy a dohányzást abbahagyásának propagálásakor az orvosnak egyúttal kötelessége arra is felhívni a beteg figyelmét, hogy ezzel egyidejűleg feltétlenül csökkentse a bevitt coffeein mennyiségét.

Major László dr.

— Az Orvostovábbképző Egyetem Tudományos Bizottsága 1990. február 8-án 14.00 órakor tudományos ülést tart az OTKI oktatási épület II. sz. előadótermében (Bp., Szabolcs u. 33–35.).

Program:

Bevezető: Prof. Gáti István dr.
OTE tudományos rektorhelyettese

Előadók:

1. **Hodinka László dr.:**
Egy SLE-s beteg kórlefolyásának eseményei
2. **Prof. Gömöri Béla dr.:**
Mit is értünk reumatológia alatt?
3. **Lányi Éva dr.:**
A csontok ásványianyag-tartalmának pontos mérési lehetősége
4. **Balogh Zsolt dr.:**
Gyermekkori ízületi gyulladások
5. **Cseuz Regina dr.:**
Natural killer sejt aktivitás rheumatoid arthritisben

A Magyar Gerontológiai Társaság 1990. február 19-én 14.00 órai kezdettel tartja 132. tudományos ülését a Semmelweis OTE Gerontológiai Központjában (Bp., VIII., Somogyi B. u. 33.).

Prof. Kiszely György dr. 80. születésnapjára (Vértes László dr.)

Simkó Elemér dr., Horváth György dr.:
Az idősök végrendelkezése a pszichiater és a jogász nézőpontjából

Szántó Tibor dr.: Az ellátást befolyásoló tényezők idősök szociális otthonában

Hérics Margit dr. és mtsai: A serum calcium szint vizsgálata idős, rosszindulatú daganatban szenvedőkön

Lengyel Éva dr., Péntes László dr., Vértes László dr.: Az NDK nemzetközi gerontológiai kongresszusáról

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1990. február 19-én du. 15 órakor tudományos ülést rendez a Lukács klubban (Bp., II. Frankel L. u. 35.).

Téma:

ORFI Reuma B Osztály
Betegbemutatója

A Magyar Nőorvos Társaság Gyermeknőgyógyász Szekcióját 1990. április 21-én (szombaton) de. 10 órakor rendezi meg az Orvostovábbképző Egyetem oktatási épületében.

Téma

A fiatalok terhesége és a kapcsolódó problémák

A nyolcperces hozzászólásokat kérjük 1990. február 15-ig bejelenteni a szervező titkárnál:

Dr. Takács György
egyetemi adjunktus,
Semmelweis OTE,
I. Női Klinika 1086 Budapest,
Baross u. 37.

A Központi Állami Kórház és Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1990. február 22-én (csütörtökön) 14 órakor a kórház könyvtárában (Bp., XII., Kútvolgyi út 4.) tudományos ülést rendez.

Téma

1. **Antony Miklós dr.:**
A cerebrovasculáris betegek statisztikai és ellátási kérdései hazánkban
2. **Bernáth István dr.:**
Ischaemia és postischaemiás cerebrales oedema
3. **Tóth Gábor dr.:**
Cerebrovasculáris diagnosztika
4. **Széplaki Zoltán dr.:**
Beszámoló a Mayo Klinika továbbképzéséről

A Magyar Kardiológiai Társaság, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Kardiológiai Tanszéke, a Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoszomatikus Szekciója és a MOTESZ Szimpóziumot rendez nemzetközi részvétellel 1990. február 28-án és március 1-jén, Budapesten a SOTE elméleti Tömbjében (Bp., Nagyvárad tér 4.).

Téma

A kardiológiai megbetegedések és a hypertonia pszichológiai tényezői

A Szimpózium keretében farmakológiai szekció is lesz.

Részvételi díj: 400,— Ft (jelentkezés nélkül a helyszínen: 500,— Ft.)

Részvételi szándékot a következő címen lehet jelezni:

MOTESZ Szervező Iroda
1361 Budapest, Pf. 32.
T.: 1-125-012

A Magyar Orvosi Kamara alakuló közgyűlésén elhatározta, hogy 1990 tavaszán küldöttközgyűlést hív össze. Ennek célja az elkövetkezendő évek munkájának meghatározása, melynek alapja az „Alapszabály”.

Jelenleg a következőkben közreadott „Alapszabály” szerint működik. Közlésének célja, hogy mind több orvos kolléga ismerje meg azt és a jövő év elején sorra kerülő küldöttközgyűlésen szükség szerint

egy tökéletesebbet, korszerűbbet hozzon létre.

Ehhez várjuk minden kolléga véleményét.

Magyar Orvosi Kamara Alapszabálya

I. Fejezet

Általános rendelkezések

1. A Kamara neve: Magyar Orvosi Kamara (a továbbiakban Kamara)
— angolul: Hungarian Medical Chamber
— franciául: Chambre des Médecins de Hongrie
— németül: Ungarische Ärztekammer
— oroszul: Vengerszkaja Vracsevnaja Palata
— spanyolul: Cámara de los Médicos de Hungria
2. A Kamara az orvosok szakmai, érdekvédelmi, önkormányzattal rendelkező demokratikus szervezete
3. A Kamara székhelye: Budapest
4. A Kamara működési területe: Magyarország
5. A Kamara alapítási éve: 1989.
6. A Kamara pecsétje: kör alakú, benne köriratban „Magyar Orvosi Kamara”
7. A Kamara jogi személy
8. A Kamara képviselői szerve: az elnökség
9. A Kamara a közgyűlés által elfogadott alapszabály szerint működik.

II. Fejezet

A kamara célja, feladatai, szolgáltatásai

10. A Kamara célja:
— A Kamaráról szóló törvény kezdeményezése
— Az orvosok szakmai, etikai, gazdasági, szociális érdekeinek érvényesítése
— Az orvosi tevékenység színvonalának emelése
— Az orvosi tevékenység társadalmi jelentőségének elismertetése
11. A Kamara alapvető feladatai és szolgáltatásai a tagjaira vonatkozóan:
 - a) Az orvosi kar szakmai, etikai, gazdasági, szociális érdekeinek megfogalmazása, érvényesítése, képviselete.
 - b) az orvosok különböző csoportjai, rétegei érdekeinek egyeztetése.
 - c) A Kamara tagjai tudatos szolidaritásának fejlesztése, ennek érvényesítése érdekében a szükséges esetekben állásfoglalás, irányelv kiadása, szervező tevékenység.
 - d) Részvétel a korszerű orvosi tevékenység elvi feltételeinek, az orvosképzési, továbbképzési, szakképzési rendszer követelményeinek kidolgozásában.
 - e) Az orvosi hivatás etikai normáinak kidolgozása és fejlesztése.
 - f) Az orvosi hivatás gyakorlásának szakmai és etikai felügyelete, a felmerülő kérdések megoldása saját hatáskörben.

g) Részvétel az egészségpolitikai célok, az egészségügyet érintő koncepciók, tervek, normatívák, jogszabályok kidolgozásában.

h) Kapcsolat létrehozása, szükséges esetben együttműködési megállapodás kötése állami, társadalmi, gazdálkodó szervezetekkel

i) Kapcsolat létrehozása külföldi orvosi kamarákkal és hasonló jellegű intézményekkel, nemzetközi szervezetekkel

j) Állásfoglalás, véleménynyilvánítás, intézkedés saját elhatározásból vagy felkérésre.

k) A szakmai és az érdekvédelmi célkitűzések megvalósítása érdekében kellő nyilvánosság biztosítása.

l) Sajtótermékek, kiadványok megjelenítése

m) Felmérés végzése, szakvélemény adása, nyilvántartás a működési körébe tartozó ügyekben.

n) A Kamara tagjainak rendszeres tájékoztatása a hivatásuk gyakorlását, élet- és munkakörülményeiket érdemben érintő állásfoglalásról, szakmai, gazdasági, jogi eseményről, változásról

o) A tagok nemzetközi szakmai kapcsolatainak elősegítése, evégett a fiatal orvosok támogatása

p) A rászoruló anyagi támogatása

r) Tagjai részére jogi tanácsadás, indokolt esetben, jogszabályi felhatalmazással képviselői biztosítása

s) A nyugdíjasok érdekvédelme

III. Fejezet

A Kamara tagjai, jogaik, kötelességeik

12. A Kamara tagja az lehet, aki magyar vagy honosított orvosdoktori oklevéllel rendelkezik, és nem áll foglalkozástól tiltás hatálya alatt.

A Kamara tagja lehet az a nem magyar állampolgár orvos is, aki a jogszabályi előírásoknak megfelelően Magyarországon foglalkozásszerűen orvosi tevékenységet folytat.

13. A tag belépése a Kamarába az elnökséghez, — illetve ahol a területi szerv megalakult ahhoz —, intézett írásbeli nyilatkozattal történik, amelyben a belépni szándékozó kijelenti, hogy a belépés feltételeivel rendelkezik, a Kamara alapszabályát, valamint az etikai normákat magára nézve kötelezőnek elismeri.

14. A tagság a nyilatkozatnak az elnökséghez — illetve a területi szerv elnökségéhez — beérkezése napjával és nyilvántartásba vétellel kezdődik.

15. A belépési nyilatkozat elutasítása esetén az érdekelt a döntés felülvizsgálatát kérheti a küldöttközgyűléstől.

16. A Kamara tagjai:

a) neve mellett használhatja „A Magyar Orvosi Kamara tagja” címet.

b) Részt vehet a Kamara közgyűlésein, rendezvényein, tevékenyen részt vehet a szakmai közélet alakításában.

c) Szavazati joga van és minden tisztség-re választható.

d) Javaslatot, panaszt tehet, amelyre a

Kamara illetékes szervének 30 napon belül választ kell adnia, igényt tarthat a Kamara működésével, tevékenységével kapcsolatos tájékoztatásra.

e) A Kamara bármely szerve törvénysértő határozatát 30 napon belül megtámadhatja a bíróság előtt.

f) Szakmai, etikai és szerzői jogi ügyekben a Kamara támogatását kérheti.

g) Igénybe veheti a Kamara szolgáltatásait.

17. A tag köteles:

a) A Kamara alapszabályát, valamint határozatait megtartani.

b) A Kamara tevékenységében a legjobb tudása szerint részt venni, különösen vonatkozik ez az általa elvállalt feladatok és megbízások pontos teljesítésére.

c) A közgyűlés által megállapított tagdíjat pontosan fizetni.

18. A tagság szünetel külföldi tartózkodás időtartama alatt.

A tagság megszűnik:

a) halál,

b) kilépés,

c) törlés,

d) kizárás esetén.

19. Halál esetén a Kamara tagjainak örököseire sem jog, sem kötelezettség nem hárul.

20. A tag a Kamarából bármikor kiléphet, de a már befizetett tagdíjat nem követelheti vissza. A kilépési szándékot az elnökséghez írásban kell bejelenteni.

21. Törölni kell a tagok sorából azt, aki írásbeli felszólítás ellenére sem tesz eleget 6 havi tagdíjfizetési kötelezettségének.

Újrafelvételt az kérheti, aki a törlés időpontjáig keletkezett teljes tagdíjhátralékát előzetesen befizette.

22. Tagot kizárni csak fegyelmi határozattal lehet.

IV. Fejezet

A Kamara szervei

23. A Kamara szervei:

a) közgyűlés (küldöttközgyűlés)

b) területi szervezetek

c) választmány

d) elnökség

e) állandó bizottságok

f) ad hoc bizottságok

Közügyülés

24. A közgyűlés a Kamara legfelsőbb szerve.

25. A Kamara teljes tagságára kiterjedő területi szervezetek megalakulását követően a közgyűlés feladat- és hatáskörét küldöttközgyűlés gyakorolja.

26. A küldöttközgyűlés tagjai

a) A területi szervezetek tagsága által 50 tagonként választott küldöttek.

b) A területi szervezetek elnökei

c) A választmány tagjai

d) Az elnökség tagjai

e) Az állandó bizottságok elnökei

27. A küldöttközgyűlés szükség szerint, de legalább évente egyszer ülésezik.

Ez, valamint a Kamara testületeinek minden ülése a tagok számára nyilvános.

A küldöttközgyűlést össze kell hívni

a) ha a bíróság elrendeli

b) ha a tagság legalább 10%-a a cél megjelölésével írásban kéri

c) ha a felügyelő bizottság szükségesnek tartja.

28. A küldöttközgyűlés összehívása a választmány feladata.

29. A választmány a küldöttközgyűlésre tanácskozási joggal meghívhatja az állami, társadalmi, gazdasági szervezetek képviselőit, valamint szakértőket vonhat be.

30. A küldöttközgyűlés kizárólagos hatáskörébe tartozik

a) az alapszabály módosítása (minősített — kétharmados — többséggel)

b) a Kamara egészére kiterjedő belső szabályzatok elfogadása (minősített — kétharmados — többséggel)

c) a Kamara elnökének, két helyettesének és főtákarának megválasztása és visszahívása

d) az állandó bizottságok tagjainak megválasztása és visszahívása

e) a belépési nyilatkozat elutasítása, a tagságból való törlés, valamint kizárás elleni panaszok elbírálása

f) a tagsági díj összegének és fizetése időpontjának, valamint a befolyt tagdíjak területi szervezeteket megillető hányadának meghatározása

g) az éves költségvetési terv és az éves költségvetési beszámoló megvitatása és elfogadása

h) a választmány éves munkatervének és beszámolójának megvitatása és elfogadása

i) a felügyelő bizottság beszámolójának megvitatása és elfogadása

j) a választmány előbbieken nem említett határozatai, valamint intézkedései elleni panaszok elbírálása

Közügyűlést kell összehívni

a) más szervezetekkel való egyesülés és a feloszlás kimondására

b) megszűnés esetén az adósságok kifizetése után megmaradó vagyon felosztására.

31. A küldöttközgyűlést a Kamara elnöke vezeti.

32. A küldöttközgyűlés határozatképes, ha tagjainak több mint 50%-a jelen van. Ha határozatképtelen, 8 napon belül ismét össze kell hívni és akkor ilyen korlátozás nincs.

33. A küldöttközgyűlés határozatait egyszerű szavazattöbbséggel hozza.

34. A tisztségviselők választása titkos. Megválasztottnak azt kell tekinteni, aki az érvényes szavazatok 50%-ánál többet kapott.

Területi szervezetek

35. A Kamara területi szervei nem igazodnak szükségszerűen a közigazgatási határokhoz. Egy területi szervezet taglétszáma 50-nél kevesebb nem lehet.

36. Jogi személlyé válik az a területi szervezet, amely önálló ügyintéző és képviselői szerveit megválasztotta, valamint a működéséhez szükséges önálló vagyonnal és költségvetéssel rendelkezik.

37. A területi szervezethez való tartozás a tag orvosi tevékenységének helye, vagy lakóhelye szerint kell meghatározni, az ő választása szerint.

38. A területi szervezet szükség szerint, de legalább évente egyszer tart közgyűlést.

A taggyűlést össze kell hívni, ha azt a tagság legalább 10%-a a cél meghatározásával írásban kéri.

A taggyűlés a területi szervezet tagságának összessége.

39. A taggyűlés:

a) megválasztja a területi szervezet elnökét, titkárát és további vezetőségi tagjait.

b) 50 tagonként egy küldöttet választ a Kamara küldöttközgyűlésére, aki ott a küldök álláspontját köteles képviselni.

c) az alapszabállyal és a Kamara egyéb szabályzataival összhangban meghatározza saját működési rendjét, a hatáskörök megoszlását

d) dönt a saját pénzeszközei felhasználásának éves tervéről, ennek végrehajtásáról, valamint általános tevékenységéről beszámoltatja a vezetőséget.

40. A területi szervezetek:

a) ellátják tagjaik helyi érdekvédelmét
b) gyakorolják tagjaik felett az etikai és fegyelmi funkciókat

c) érvényesítik a Kamara határozatait

d) aktívan részt vesznek a Kamara országos szervei tevékenységében, szükség esetén igénylik azok segítségét.

Választmány

41. Az alakuló közgyűlés 60 fős ideiglenes választmányt választ, melynek megbízása az első küldöttközgyűlésig szól

42. A választmány szükség szerint, de legalább félévenként ülésezik.

A választmányt 30 napon belül össze kell hívni, ha azt tagjainak legalább 20%-a vagy a felügyelő bizottság a cél megjelölésével írásban kéri.

43. A választmány összehívása az elnökség feladata.

44. A választmány ülésére tanácskozási joggal meg kell hívni a felügyelő bizottság elnökét. Az elnökség tanácskozási joggal meghívhatja az állami, társadalmi, gazdasági szervezetek képviselőit, valamint szakértőket vonhat be.

45. A választmány feladata:

a) A Kamara tevékenységének a küldöttközgyűlés határozataival egyező, azok végrehajtását szolgáló elvi irányítása

b) a küldöttközgyűlés előkészítése

c) a küldöttközgyűlés elé terjesztendő szabályzatok, tervek, beszámolók, javaslatok megvitatása

d) szükség esetén ad hoc bizottság létrehozása

e) az elnökség intézkedései elleni azon panaszok elbírálása, amelyek nem tartoznak a küldöttközgyűlés hatáskörébe.

46. A választmány határozatképes, ha tagjainak több, mint 50%-a jelen van.

47. A választmány a határozatait egyszerű szótöbbséggel hozza.

Elnökség

48. Az elnökség tagjai az elnök, két elnökhelyettes és a főtitkár.

49. Az elnökség és a felügyelő bizottság tagjai nem lehetnek egymásnak hozzátartozói és munkakörükben egymás alá- és fölérendeltjei.

50. Az elnökség szükség szerint, de legalább havonta ülésezik. Az elnökséget 7 napon belül össze kell hívni, ha azt a cél megjelölésével bármelyik tagja vagy a felügyelő bizottság tagja kéri. Az elnökség ülésére meg kell hívni a felügyelő bizottság elnökét.

51. Az elnökségi ülés összehívása és vezetése az elnök feladata.

52. Az elnökség feladata a küldöttközgyűlés és a választmány határozatai végrehajtásának, a Kamara folyamatos működésének országos szintű operatív szervezése, irányítása, így különösen:

a) a kamara képvisellete, kiadmányozás, kötelezettségvállalás, igényérvényesítés

b) a munkáltatói jogkör gyakorlása

c) a tagság nyilvántartása

d) a titkárság irányítása

e) a választmány üléseinek előkészítése, összehívása, a napirendre tűzött anyagok előkészítése

f) a bizottságok és a területi szervezetek tevékenységének összehangolása, segítése

g) a tagság tájékoztatása

53. Az elnökség tagjai közötti munkamegosztásnál figyelembe kell venni a következőket:

a) az elnök feladata különösen

— a küldöttközgyűlés, a választmány és az elnökség üléseinek vezetése

— a küldöttközgyűlés és a választmány határozatainak ellenjegyzése

— döntés és intézkedés az elnökség ülései közötti időszakban az elnökség hatáskörébe tartozó ügyekben

— a Kamara képvisellete

b) a főtitkár feladata különösen

— a küldöttközgyűlés, a választmány és az elnökség határozatait, iránymutatásait nyilvántartása, ezek alapján a napi operatív teendők ellátása, illetve irányítása

— a titkárság irányítása

— a titkárságon munkaviszony alapján foglalkoztatottakkal kapcsolatban a munkáltatói jogkör gyakorlása.

Állandó bizottságok

54. A Kamara állandó bizottságai

a) szakmai bizottság

b) etikai- fegyelmi bizottság

c) érdekvédelmi bizottság

d) közgazdasági, jogi bizottság

e) nemzetközi kapcsolatok

f) felügyelő bizottság

55. Az állandó bizottságok tagjainak számát a választó testület állapítja meg.

56. Az elnököt és a titkárt a bizottság választja tagjai sorából.

57. Az állandó bizottságok a Kamara feladatainak végrehajtását, a küldöttközgyűlés, a választmány, az elnökség és a területi szervezetek munkájának segítségét szolgálják.

58. A felügyelő bizottság feladata a küldöttközgyűlés, a választmány és az elnökség határozatait végrehajtásának, a Kamara és szervei alapszabály szerinti működésének, az ügyvitelre, a gazdálkodásra, a pénzügyi- számviteli rendre vonatkozó jogszabályok betartásának ellenőrzése, orkódés a Kamara ügyintéző szervezete rendeltetésszerű működése felett.

A felügyelő bizottság éves munkaterv alapján dolgozik, szükség szerint, de legalább negyedévenként ülésezik. Évente beszámol a küldöttközgyűlésnek, indokolt esetben késedelem nélkül az elnökségnek.

Ad hoc bizottság

59. A Kamara testületei ad hoc bizottságot hozhatnak létre meghatározott feladat elvégzésére.

V. Fejezet

Vegyes és zárórendelkezők

60. Az alakuló közgyűlés által választott ideiglenes választmány feladata annak biztosítása, hogy egy éven belül a Kamara teljes tagságára kiterjedő területi szervezetek megalakuljanak és az első küldöttközgyűlés összehívása megtörténjen.

61. A küldöttközgyűlés a tisztségviselőket négy évi időtartamra választja. Azonos tisztségre a tag legfeljebb két egymást követő ciklusra választható meg.

62. A Kamara vagyona alapvetően a tagjai által befizetett tagdíjból, valamint jogi és magánszemélyek felajánlásaiból, hozzájárulásaiból képződik.

63. A Kamara működésének, a feladat és hatáskörök megosztásának részletes szabályait a szervezeti-működési és egyéb szabályzatok tartalmazzák, összhangban az alapszabállyal.

64. Az alapszabály által nem tartalmazott kérdésekben az egyesülési jogról szóló törvény és egyéb hatályos jogszabályok rendelkezései irányadók.

65. Az alapszabály végrehajtásával kapcsolatos részletes előírásokat a küldöttközgyűlés által elfogadott szervezeti és működési, pénzügyi-gazdálkodási és egyéb belső szabályozások tartalmazzák.

„Akinek tudomány s művészet van birtokában, annak van vallása; aki e kettővel nem rendelkezik, annak legyen vallása”.

Goethe

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(267/d)

Lajoskomárom Nagyközség Közös Tanács Elnöke (Lajoskomárom, Tanácsköztársaság u. 4. Telefon: 1.) pályázatot hirdet — nyugdíjazás miatt megüresedett — *körzeti orvosi állásra*, 1200 lélekszámú Szabadhidvég községbe.

Bérezés az érvényben levő jogszabályok szerint.

Ügyeleti szolgálat, naponta összevont ügyelet, 3 orvos bevonásával megszervezett.

Kétszobás — rendelővel egybeépített — komfortos, garázzsal ellátott, kertes családi házat biztosítunk.

A pályázatokat a tanács elnökéhez kérjük benyújtani.

Szűcs György
tanácselnök

(283/a)

Cegléd Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya pályázatot hirdet a *Közegészségügyi Járványügyi Szolgálat Felsővelő állás betöltésére*.

Alkalmazási feltétel: közegészségügy-járványtan-szakorvosi képesítés.

Az állásra szakvizsga előtt állók is pályázhatnak, a szakvizsga azonban kötelező.

Lakás és bérezés megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatot a Cegléd Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály Vezetőjéhez kell benyújtani. (Cegléd, Kossuth tér 1. 2700)

Hollósi Ildikó dr.
városi főorvos

(287/a)

Felszerelt szemézteti rendelőbe társat keresek operációs-mikroszkópos gyakorlattal rendelkező előnyben „Rendelő” jellegű az Ifjúsági Lapkiadó 1061 Bp., Révay u. 16. címére.

(296)

A Szolnok Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Szolnok, Vöröshadsereg u. 39–41. sz.) pályázatot hirdet

3 fő szakorvosi állásra az újszászi Pszichiatriai és Rehabilitációs Osztályra.

A pályázat elbírálásánál pszichiatriai szakképesítéssel, illetve gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Emellett várjuk szakvizsga előtt állók, illetve pályakezdekő jelentkezését is.

Bérezés: szakorvosok esetében — szakmai gyakorlattól függően

— kiemelt bérezés
pályakezdekők esetében 10 000,— Ft/hó

Elhelyezés az intézet területén belül kettő, illetve háromszobás szolgálati lakásokban — orvosházaspár jelentkezése előnyben.

Kedvezményes étkeztetés az intézményen belül megoldott.

Az osztály sávfeladatokat lát el. Az akut pszichiatriai be-

tegelítés mellett rehabilitációs és munkaterápiás részleggel is rendelkezik.

A pályázatot megjelenéstől számított 30 napon belül — a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet 1. sz. mellékletében meghatározott mellékletekkel — az intézet főigazgató főorvosának lehet benyújtani.

Az állások elbírálás után azonnal elfoglalhatók.

Krasznai Géza dr.
igazgató főorvos

(297)

A Szőnyi Tibor Kórház- és Intézményei (2600 Vác, Szőnyi T. tér 1–3.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

2 fő szemész szakorvosi állásra

2 fő röntgen szakorvosi állásra

2 fő labor szakorvosi állásra

1 fő fül-orr-gégész szakorvosi állásra

1 fő szakorvosi állásra a Kórbonctani Osztályra

1 fő higiénikus szakorvos a Központi Sterilizálóba

A szemész, a röntgen, a fül-orr-gégészet változó munkahellyel.

Szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk.

Röntgen szakorvos—szemész szakorvos vagy röntgen szakorvos—labor szakorvos házaspár jelentkezése esetén Szob községben szolgálati lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Szőnyi Mihály dr.
intézeti igazgató főorvos

(298)

A MÁV Tüdőgyógyintézet és Tüdőgondozó főigazgató főorvosa (1528 Budapest, XII. ker. Szanatórium u. 2/A) pályázatot hirdet *ideggyógyászati (psychotherapiás) osztályán* megüresedett *orvosi állásra* szakorvosi vagy szakvizsgához közelálló részére.

A pályázat elnyerőjét munkabéren felül díjmentes bel- és külföldi utazási kedvezmény illeti meg.

A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül kell megküldeni az Intézet címére.

(299)

Újkígyós Nagyközségi Közös Tanács V. B. pályázatot hirdet *körzeti orvosi állásra*.

Alkalmazási feltétel:

— körzeti orvosi szakvizsga

— legalább két éves, körzetben eltöltött gyakorlat.

Az alkalmazásánál előnyben részesül, akinek gyermekorvosi szakképzése is van.

Fizetés a jogszabályokban meghatározottak szerint.

Összkomfortos szolgálati lakás a központban biztosított.

Jelentkezés: a tanácselnökkel személyesen vagy írásban, 5661 Újkígyós, Kossuth u. 41. alatt.

(300)

A Kiskunhalasi Semmelweis Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (6400 Kiskunhalas, Dr. Monspart L. u. 1.) pályázatot hirdet a pszichiatriai és neurológiai osztály szétválása miatt újonnan megszervezett *pszichiatriai osztályvezető főorvosi állásra*, határozott idejű munkakörre.

Az állás betöltéséhez pszichiatriai szakvizsga és az előírt szakorvosi képesítésnek megfelelő munkakörben mint szakorvos 10 év szakmai gyakorlat szükséges.

A neurológiai osztály szoros kapcsolata miatt neurológiai szakvizsga kívánatos.

Bérezés megegyezik a lakás megbeszélés tárgyát képezi. A 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendeletben foglalt pályázati kellekkel felszerelt kérelmeket 1990. március 31-ig kell a kórházigazgatónak megküldeni.

Kövecz Gyula dr., igazgató főorvos

(301)

A Kiskunhalasi Semmelweis Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (6400 Kiskunhalas, Dr. Monspart L. u. 1.) pályázatot hirdet az alábbi üres orvosi állásokra:

Intenzív osztály	2 fő 10 000,— Ft-tól
Kórbonctan osztály	1 fő 10 000,— Ft-tól
Orr-fül-gégészet	1 fő 5 000,— Ft-tól
Vérrellátás	1 fő 7 000,— Ft-tól
Tüdőmegbetegedés	1 fő 7 000,— Ft-tól
Gyermekosztály	2 fő 5 500,— Ft-tól
Laboratórium	1 fő 7 000,— Ft-tól

Egyedülállóknak orvossalállon garzon férőhelyen elhelyezést biztosítunk.

Kövecz Gyula dr., igazgató főorvos

(302)

A Sopron Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (9400 Sopron, Győri út 15.) pályázatot hirdet:

— mellkasgyógyászati osztályra *kardio-pulmonológia* iránt érdeklődő fiatal orvos részére, belgyógyászati vagy tüdőgyógyászati gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek

— belgyógyászati osztályra endoscopyban jártak *szakorvos* vagy *szakorvosjelölt*,

— *laboratóriumi* osztályra immunológiában jártak *szakorvos*, *orvos*,

— *ideg-elmegyógyászati* osztályra elsősorban pszichiátriai érdeklődésű orvos, *szakorvos*,

— anaesthesiológiai és intenzív terápiás osztályra, regionális blokádban is jártak *szakorvosjelölt*, vagy *szakorvos* részére, valamint,

— *körzeti orvosi állásra*.

A meghirdetett állásokra pályakezdekők is jelentkezhetnek.

Az állások azonnal elfoglalhatók. Lakást biztosítani nem tudunk.

Egyedülálló részére modern orvos-nővérzállón férőhelyet biztosítunk.

Bácz Attila dr., igazgató főorvos

(303)

A Gy-S. Megyei Tanács V. B. Egészségügyi Gyermekotthon (Sopron, Tómalom u. 23.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet *gyermekgyógyász szakorvosi állásra*.

Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Az állás azonnal elfoglalható.

Lakásmegoldás megbeszélés tárgyát képezi.

Halmi Mária dr., igazgató főorvos

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 15 300 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: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/135

Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.10893 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató



DENTOCAR®

tabletta

AQUA ET SALES MINERALES

ODONTOLOGICA

HATÓANYAG: 0,5 mg natrium fluoratum
(= 0,23 mg F) tablettánként.

JAVALLAT: A fogszuvasodás megelőzése.

ADAGOLÁS: Adagolását csakis a lakosság által — az adott településen — fogyasztott ivóvizek fluorid-tartalmának pontos ismeretében lehet megállapítani. Az ivóvíz fluoridtartalma és a gyermek életkora szerinti adagokat a táblázat tünteti fel.

Életkor (év)	< 0,25 mg/l	0,25—0,5 mg/l	0,50—0,75 mg/l
	fluoridtartalmú ivóvíz esetén a napi adag		
< 2	1 tabl. (= 0,23 mg F)	—	—
3—4	2 tabl. (= 0,46 mg F)	1 tabl. (= 0,23 mg F)	—
5—6	3 tabl. (= 0,69 mg F)	2 tabl. (= 0,46 mg F)	1 tabl. (= 0,23 mg F)
> 7	4 tabl. (= 0,92 mg F)	3 tabl. (= 0,69 mg F)	2 tabl. (= 0,46 mg F)

Különösen nagyobb adagok alkalmazásakor figyelembe kell venni a gyermek testtömegét is; a napi 0,03 mg/ttkg fluoridmennyiséget nem szabad túllépni.

0,75 mg/l vagy ennél több fluoridot tartalmazó ivóvíz esetében adása felesleges, sőt káros is lehet.

FIGYELMEZTETÉS: A tabl.-kat naponta kell adagolni. Ha adagolása néhány napra megszakad, a kimaradt adagot nem szabad összegyűjtve egy alkalommal pótlólag beadni.

MEGJEGYZÉS: ⚠ Csak vényre adható ki. Caries megelőzésére a megyei (fővárosi) Gyermekfogászati Operatív Bizottság által kiadott és az illetékességi területre érvényes adagolási szempontok alapján a körzeti orvos és a körzeti gyermekgyógyász rendelheti.

Gyermekek közösségeiben (Csecsemő- és Gyermekotthonok, napközi otthonok, óvodák, iskolák stb.) — a részükre biztosított pénzügyi keret terhére — a gondozásuk alatt levő gyermekeknek *térítésmentesen* kell kiadni: a közösségbe nem tartozó gyermekek részére legfeljebb 100 tablettát *térítésmentesen* rendelhető.

A Dentocar rendelt mennyiségét a gyermek törzslapján kell nyilvántartani.

CSOMAGOLÁS:

100 tabl.

500 tabl. (Csak gyermekközösségek részére szolgáltatható ki)



PAXIRASOL[®] orrspray

Otorhinolaryngologicum alium

HATÁS:

A bromhexin — elsősorban a serosus nyálmirigyek működését aktiválva — fokozza a nyálkahártya-termelést. 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 mucinózus, viszkozus nyálkot hígítja, oldja, annak kiürülését elősegíti.

HATÓANYAG:

0,02 g bromhexinium chloratum
10 g-os üvegenként (0,2 mg hatóanyag adagonként)

JAVALLATOK:

Profilaktikus alkalmazás: az orr- és orrgarat nyálkahártyája kiszáradásának, illetve a nyák besűrűsödésének, pörkösödésének megakadályozása.

Terápiás alkalmazás: az orr- és orrgarat nyálkahártyájának különböző lokalizációjú, kiterjedésű és súlyossági fokú kiszáradásának kezelése, az orrnyálka termelődésének megszűnése, vagy nagyfokú csökkenése esetén (pl. Sjörgen-szindróma), hasonlóan az orr- és garatváladék gumiszerű koncentrációja, pörkös beszáradása esetén, mindezek oldása és kiürítésének elősegítése. Rhinitis sicca anterior, rhinitis sicca non foetida, ozaena okozta panaszok enyhítése és az epipharyngitis sicca különböző súlyosságú változatai.

Az orr- és epipharynx nyálkahártyáját érintő terápiásan alkalmazott sugárhatás okozta nyálkahártya-szárazság mérséklése.

ELLENJAVALLAT:

Ez ideig nem ismert.

ADAGOLÁS:

A mechanikus adagolópumpa egyszeri lenyomása 100 mg oldat (0,2 mg bromhexinium chloratum) spray-szerű formában való távozását biztosítja az üvegből. Felnőtteknek naponta 3-szor alkalmanként 2–5 adagot kell juttatni egy-egy orrfélbe. A fölös mennyiséget helyes hátrahajtott fejtartással az orrgaratba csorgatni.

MELLÉKHATÁSOK:

Átmeneti öklendezés, émelygés, kellemetlen ízérzet, rövid ideig tartó orrel dugulás előfordulhatnak.

FIGYELMEZTETÉS:

Az orrspray használatakor átmeneti csipő érzés léphet fel az érintett nyálkahártyafelületen, ez azonban néhány perc alatt spontán megszűnik. Gyermekeknek adása nem javasolható, mivel gyermekgyógyászati alkalmazásáról nincs kellő tapasztalat.

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 6. SZÁM 277—332. OLDAL

BUDAPEST, 1990. FEBRUÁR 11.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

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,
hólyagtenészmus.

Adjuvánsként: ulcus ventriculi és duodeni, cardia és
pylorus spasmus, az irritábilis colon szindróma
spasztikus obstipáció, ill. gáz-szindrómás formái
esetén.

Alkalmazható továbbá dysmenorrhoea, túl erős,
viharos fájdékvényesség, 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 $\frac{1}{2}$ —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 

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETEI
SZÖVETSÉGÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Főszerkesztő:
FEHÉR JÁNOS DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

131. ÉVFOLYAM

*

6. SZÁM

*

1990. FEBRUÁR 11.

TARTALOMJEGYZÉK

*Figus I. Albert dr., Papp Ilona dr., Vitéz Ágnes dr.
és Bajtai Attila dr.:*

Nyelőcső és gyomor candidiasis 279

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Kolozsy Zoltán dr., Samodai László dr., Mohácsi
László dr., Dauda György dr. és F.-né Endresz
Klára:*

A felületes húgyhólyagtumrok histopathológiai
jellemzői és klinikai viselkedése 283

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Szász Károly dr., Csanádi Zoltán dr., Somfay Attila
dr., Horváth László dr. és Eller József dr.:*

A normális jobb mellkasi elektrokardiogram 291

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

*Valikovics Attila dr., Bereczki Dániel dr., Csiba
László dr., Varga József dr., Kollár József dr.,
Fekete István dr., Csépany Tünde dr. és Sikula Ju-
dit dr.:*

Dinamikus agyszcintigráfias vizsgálatok számító-
gépes elemzésének jelentősége cerebrovascularis
betegek vizsgálatában 297

RITKA KÓRKÉPEK

*Kollmann Erzsébet dr., Seiberth, H. V. dr. és
Sulyok Endre dr.:*

Kilencéves gyermek hyperprostaglandin-E synd-
romája 303

HORUS

Freud halálának ötvenedik évfordulójára 307

Egzisztenciális harcok a orvosok körében az I.
világháború után 309

Folyóiratreferátumok 315

Levelek a szerkesztőhöz 329

Könyvismertetések 330

Hírek 332

Pályázati hirdetések 332

RABENID

100 mg tabletták

M 900

Antihyperuricaemica

HATÓANYAG:

100 mg sulfinpyrazonum tablettánként

HATÁS:

A szérum húgysavszint-csökkenés alapja a tubuláris reabszorpciójának gátlása, ezáltal a renális excreció növekedése. Erélyes húgysavürítő hatás már a kezelés első pár napján figyelhető meg. Néhány hetes kezelés után csökken a köszvényes rohamok száma és intenzitása. Néhány hetes, ill. néhány hónapos kezelés után általában a tophusok és az ízületi környéki lerakódások mérete csökken, és új lerakódások sem képződnek.

INDIKÁCIÓK:

Köszvény tartós kezelése, krónikus tophusos köszvény, krónikus köszvényes arthritis, szaluretikumok okozta hiperurikémia.

ELLENJAVALLATOK:

Aktív ulcus ventriculi et duodeni, súlyos máj- és vesekárosodás, szulfinpirazon- és más származékok iránti túlérzékenység, terhesség, különösen az első 3 hónap.

ADAGOLÁS:

Kezdetben naponta 1–2 tabl. (100–200 mg), amely fokozatosan emelhető. A szokásos napi adag 300–400 mg (3–4×1 tabl.). Hatástalanság esetén 600 mg (3×2 tabl.) is adható. Magasabb adagok alkalmazásakor a 200 mg hatóanyagtartalmú drazé adása javasolt. Szükség esetén a napi fenntartó adag 200 mg-ra (2×1 tabl.) csökkenthető. A tablettát mindig étkezés közben vagy tejjel kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK:

Gastrointestinális tünetek, melyek csökkenthetők a tabletták étkezés közbeni bevitelével, tejjel, antaciddal. Súlyosbíthatja, ill. reaktiválhatja a gyomorfekélyt, vérzést, bőrképzőrendszeri károsodást okozhat. Hirtelen húgysav-mobilizáció miatt akut köszvényes rohamot vált ki.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK:

Óvatosan adható:

- antikoagulánsokkal (hatásukat fokozza),
- szalicilátokkal (hatását antagónizálja, köszvényben nem adható együtt),
- egyéb pirazon származékokkal (növekvő túlérzékenység),
- orális antidiabetikumokkal, szulfonamidokkal (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Vesebetegeknek óvatosan adagolható. Kifejezett vesekárosodás esetén a vesefunkciókat időnként ellenőrizni kell. Súlyos vesebetegeknek ellenjavallt. Vesekövességet és vesegörcsöt okozhat különösen a kezelés elején, ezért gondoskodni kell megfelelően nagy mennyiségű folyadékfelvételtől és a vizelet alkalinizálásáról.

Időnként ugyancsak ellenőrizni kell a vérképet tartós szedés esetén.

Szulfinpirazon túladagolás tünetei: émelygés, hányás, hasmenés, gyomorfájás, ataxia, erőltetett légzés, görcsök, kóma.

Kezelése: Nincs specifikus antidotum. Hánytatás, gyomormosás, támogató kezelés (i. v. glukóz, analeptikumok).

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

Nyelőcső és gyomor candidiasis

Jászberény Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet,
Röntgen-Gastroenterológiai Osztály
(osztályvezető: Figus I. Albert dr.)
Orvostovábbképző Egyetem, Kóronctani és Kórszövettani Intézet**
(igazgató: Kendrey Gábor dr.)

A szerzők a nyelőcső és a gyomor gombás megbetegedéseinek gyakoriságát vizsgálták. Egy év alatt 764 biopsiás és abrásiós cytologiai mintavétel történt, az esetek 12,3%-ában pozitív eredményt kaptak. Összehasonlítva a két mintavételi módszert, az abrásiós cytologia hatékonyabbnak bizonyult, mint a biopsia. A candidiasis gyakoriságát elsősorban malignus betegségekkel kapcsolatban találták magasabbnak. Az alacsony savértékkel járó állapotokban — (így a H_2 receptor blokkoló kezelésben részesült betegekben is) — a gombás fertőzés szintén gyakoribbnak bizonyult.

A gyomor-bélrendszer candidiasisa sokkal gyakoribb, mint az korábban ismert volt. Az irodalomban is több utalást találunk erre vonatkozóan, és saját endoscopos anyagunkban is gyakrabban észlelünk candida infekciót.

A gombák, mint saprophyták, az egészséges ember emésztőrendszerében is jelen vannak. A leggyakoribb a *Candida* törzs előfordulása. *Cohen* vizsgálatai szerint a garat- és szájüregben 30, a jejunumban 54, az ileumban 55%-ban található candida, a székletből pedig 65%-ban mutatható ki (1). A *Candida* törzs fajtáinak előfordulási arányát *Di Febo* gyomorfekélyekből vett mintákban a következők találta: *C. albicans* 47,3%, *C. tropicalis* 23,6%, *C. parapsilosis*, *krusei*, *pseudotropicalis* együttesen 13,3%, egyéb gombák összesen 15,8% (2).

A saprophytaként előforduló candida fajták megváltozott körülmények között kórosan elszaporodhatnak, léziókat okozhatnak az emésztőrendszer nyálkahártyáján, majd az érrendszerbe jutva súlyos, generalizált gombafertőzés alakulhat ki. *Candida* elszaporodására hajlamosító tényezők lehetnek a következők: primér és szekundér immundeficiencia (AIDS), cytostatikus, immunosuppressív kezelés, antibiotikus, steroid kezelés, kemoterápia, irradiatio utáni állapotok, diabetes mellitus, endocrinopathiák, leromlott általános állapot, alkoholizmus stb. (6, 10, 11). A legvirulensebb gombának a *Candida tropicalis* tartják, főleg a cytostatikus kezelésben részesült betegeket fenyegeti (18). Cytostaticumokkal kezelt állapotokban háromszor agresszívebbnek látszik, mint a *Candida albicans*. A fokozott virulenciát a gomba extracelluláris hidrolitikus enzimeivel magyarázzák.

A gyomorban és a nyelőcsőben a gombás fertőzés gyanúja már az endoscopos kép alapján felmerülhet, de

Candida infection of the stomach and esophagus. The authors examined the morbidity rate of mycotic diseases of stomach and esophagus. There were 766 biopsian and abrasian cytologic samplings carried out in a year and 12,3% of the cases turned out to be positive. Comparing the two sampling patterns the abrasian cytology has proved to be more effective. The prevalence of candidiasis was found to be higher in case of malignant diseases. In states accompanied by low acid values (as in case of patients under H_2 -receptor blocking — treatment) mycotic infection proved to be more frequent, too.

biztos diagnózis csak mikroszkópos vizsgálattal állítható fel. További lehetőség serológiai tesztek alkalmazása gomba antigének kimutatására. Az endoscopos vizsgálat alkalmával a mintavétel biopsia és abrásiós cytologia útján történhet. Az abrásiós módszer (a kefe izotóniás sóoldatban történő kimosása, a mosófolyadék centrifugálása, majd az üledék vizsgálata), hatékonyabb módszernek látszik a biopsiánál (20).

A nyelőcső és a gyomor candida fertőzöttségének vizsgálatára 1 éves periódusban (1986–87) 764 biopsiás és abrásiós cytologiai mintavétel történt. 94 esetben (12,3%) tudunk igazolni candida infekciót a nyelőcsőben és a gyomorban. A biopsiás és abrásiós mintavételi módszert összehasonlítva az abrásiós cytologia jelentősen több pozitív eredményt adott — irodalmi adatokhoz hasonlóan — mint a biopsia (1. táblázat).

1. táblázat: Biopsia és abrásiós cytologia hatékonysága candidiasis kimutatásában

Összesen	94
Abrásiós cytologia pozitív	93
Biopsia pozitív	14
Mindkettő pozitív	13

Nyelőcső candidiasis

A gastrointestinalis rendszer gombás fertőzéseiben a nyelőcső érintettsége a leggyakoribb (3). *Kodsi* (8) adatai szerint az előfordulása 7,3%. Saját anyagunkban 193 oesophagitiszes beteg vizsgálata során 31 esetben mutatunk ki candida infekciót. (16,1%).

Endoscopos vizsgálattal oesophagitisnek megfelelő képet látunk, a nyálkahártya oedémás, gyulladt, fehér lepedékkel fedett. Enyhébb esetben szétszórt plakkok láthatók, súlyosabb esetben diffúzan bevont a nyálkahártya.

* Jelenlegi munkahely: Országos Onkológiai Intézet Endoscopos Laboratórium

Kisebb-nagyobb fekélyek jelenhetnek meg, súlyos, hosszabb ideje fennálló oesophagitis esetén szűkület is létrejöhet.

A nyelőcső candidiasis klinikai tünetei az oesophagitis tüneteivel megegyeznek. 31 betegünk panaszait a 2. táblázatban foglaljuk össze. Nyelőcső candidiasist gastrooesophagealis reflux következtében észleltünk leggyakrabban, továbbá alkoholista betegekben, és nyelőcső tumoralis kapcsolatosan.

2. táblázat: **Candida oesophagitis klinikai tünetei**

Tünetek	Betegek száma
odynophagia	16
dysphagia	10
retrosternalis fájdalom	5
nausea	5
subfebrilitás	4
hátfájás	3
vérzés	3
tünetmentes	7

A candida oesophagitis súlyos formájában szükséges az antimycotikus kezelés (4, 17). Saját anyagunkban oesophagitis kapcsán candida sepsist nem észleltünk. Néhány középsúlyos esetben azonban az alapbetegség kezelése mellett adott antimycotikus terápia jó eredményeket mutatott.

Gyomor candidiasis.

A gyomor candida infekcióinak gyakorisága igen eltérő az irodalmi adatok szerint: gyomorfekélyhez társultan pl. 4–44% közötti előfordulásról írnak (6, 12, 13). Saját anyagunkban az egyes nyelőcső és gyomorelváltozásokkal kapcsolatban candidiasis a 3. táblázatban felsorolt arányban volt kimutatható.

3. táblázat: **Candidiasis előfordulása nyelőcső és gyomorbetegségekben**

gyomorelváltozás	vizsgált betegek száma	Candida pozitív	%
Malignus lymphoma	7	2	
Gyomorrák	69	16	23,1%
Gyomorfekély	67	5	7,4%
Gyomorresektio után	66	10	15,1%
Oesophagitis	193	31	16,6%
Egyéb	186	5	2,6%

Candidiasis által okozott nyálkahártya elváltozás endoscopos és szövettani képe a gyomorban a következő lehet (7, 11, 12, 15):

1. Aphotoid forma: lepedékszerű fehér vagy zöldesfehér bevonat, mely különböző kiterjedésű lehet a nyálkahártyán. Szövettanilag a mucosa gombás infiltrációja, microabscessusok láthatók.

2. A nodularis formában néhány mm-es kiemelkedő fehéres színű területek láthatók a gyulladt nyálkahártyán. Microabscessusok, mycotikus granulomák, nem specifikus gyulladásos jelek jellemzik a szövettani képet.

3. Az ulcerált formának nincs speciális endoscopos képe, nem különbözik más gyomorfekélyektől. A histológiai képen gombás microabscessusok, kiterjedt gombás infiltráció, nonspecifikus gyulladásos jelek láthatók.

A savviszonyok fontos szerepet játszanak a candidiasis kialakulásában (2). In vitro körülmények között a gombák szaporodása 7,4 pH mellett a leggyorsabb, 4,8 pH mellett már jelentősen csökkent (2). A gyomor savhiányos állapotaival jóval magasabbnak találtuk a candida fertőzés arányát, mint pl. a magas savtermeléssel járó nyombélfekélyekben. Az utóbbi időben azonban megfigyelhető a candidiasis szaporodása fekélybetegséggel kapcsolatban is, mely a H₂ receptorblokkoló kezelés savcsökkentő hatásának a következménye is lehet (2). A gyomor- és nyombélfekélyes betegek csoportjában 80-an kaptak H₂ receptorblokkoló szereket, e betegek között 26,8%-ban tudunk kimutatni candidiasist.

A candida pozitív betegek csoportjában 47 esetben végeztük a savvizsgálatot is: 40 betegben anaciditást és hypaciditást, 7 betegben normaciditást találtunk, hyperacid beteg nem volt.

Az aciditási viszonyokat az egyes gombásan fertőzött gyomorelváltozásokkal kapcsolatban a 4. táblázat szemlélteti.

4. táblázat: **Candida pozitív esetekben mért savértékek különböző gyomorelváltozásokban (mval/l H⁺)**

Gyomorelváltozás	Esetszám (47 beteg)			
	anacid	hypacid	normacid	hyperacid
Gyomorfekély	3	18	4	—
Nyombélfekély	—	2	3	—
Gyomorrák	—	5	—	—
Mal. lymphoma	2	—	—	—
Gyomorcsonk	10	—	—	—
összesen	15	25	7	0

A gyomor candidiasis tünetei nem specifikusak, az alapbetegség tünetei nem változnak, ha candida felülfertőzés van jelen. Míg az invazív nyelőcső candidiasis antimycotikus kezelésének szükségessége vitathatatlan, a gyomor candidiasis kezelését illetően a vélemények megoszlanak. A fekély gyógyulási idejét nem befolyásolja, hogy az gombásan fertőzött-e vagy sem (5). Véleményünk szerint elsősorban az alapbetegség kezelendő, de idősebb, vagy leromlott általános állapotú betegek esetében, ha nagy kiterjedésű fekély van, melyből gomba izolálható, indokolt az antimycotikus kezelés.

Vizsgálataink szerint viszonylag magas gombás fertőzöttségre kell számítani nyelőcső és gyomorbetegségekben. A számértékek pontossága vitatható, hiszen a gomba, mint saprophyta az egészséges emberek emésztőrendszerében is megtalálható. Azt azonban nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy elsősorban malignus betegségekben és a kezelésük következtében létrejött állapotokban az amúgy is súlyos klinikai képet a gombás szuperinfekció nagymértékben ronthatja, generalizált szepszishez vezethet. Fontos továbbá szem előtt tartani, hogy az oesophagitis, a nyelőcső candidiasis az AIDS betegség egyik első tünete lehet.

IRODALOM: 1. Cohen, R., Roth, F. J., Delgado, E.: Fungal flora of the normal human small and large intestine. N. Eng. J. Med., 1969, 280, 638. — 2. Di Febo, G. és mtsai: Candida Albicans Infection of Gastric Ulcer. Frequency and Correlation with Medical Treatment. Dig. Dis. and Sciences 1985, 2, 178. — 3. Eras, P., Goldstein, M. J., Sherlock, P.: Candida Infection of the Gastrointestinal Tract. Medicine 1972, 51, 376. — 4. Fazio, R. A., Wickremeshinge, P. C., Arusura, E. L.: Ketoconazole Treatment of Candida Esophagitis — A Prospective Study of 12 Cases. Am. J. of Gastroenterology, 1983, 5, 261. — 5. Gotlieb-Jensen, K., Anderson, J.: Occurrence of Candida in Gastric Ulcers. Significance for the Healing Process. Gastroenterology, 1983, 85, 535. — 6. Höchter W. és mtsai: Pilzbesiedlung gastroduodenaler Ulcera. Deutsche Med. Wschr. 1982, 107, 845. — 7. Katzenstein, A. L., Maksem, J.: Candidal infection of gastric ulcer. Am. J. Clin. Pathol., 1979, 2, 137. — 8. Kódsi, B. E., Wickremeshinge P. C., Kozinn, P. J.: Candida esophagitis. Prospective study of 27 cases. Gastroenterology, 1976, 71, 715. — 9. Lorenz, A. és mtsai: Pilzbefall aus der Dünndarm Mucosa. Mycosen, 1984, 10, 506. — 10. Magyar T. és mtsai: Antibiotikus kezelés jelentősége felnőtt csontvelőtranszplantáltak infekcióiban. Transplantatio, 1984. — 11. Minoli, G. és mtsai: Gastric candidiasis: an en-

doscopic and histological study in 26 patients. Gastrointestinal Endoscopy, 1982, 2, 59. — 12. Mohtashemi, H., Davidson, F. Z.: Candidiasis and gastric ulcer. Am. J. Dig. Dis. 1973, 18, 915. — 13. Oehlert, W., Preuss, B.: Häufigkeit und Bedeutung der Soormycose im Biopsie-Material des Ulcus ventriculi. Deutsche Med. Wschr., 1980, 105, 1773. — 14. Ottenjan, R., Höchter, W., Oehlert, W.: Pilzbefall des peptischen Ulcus. Deutsche Med. Wschr., 1981, 106, 380. — 15. Piken, E., Dwyer, R., Zablen, A.: Gastric candidiasis. JAMA, 1978, 20, 116. — 16. Pugh T. F., Fitch, S. J.: Invasive gastric candidiasis. Pediatric Radiology, 1986, 16, 67. — 17. Trier, J. S., Bjorkman, D. J.: Esophageal, Gastric and Intestinal Candidiasis. The American J. Med. 1984, 11, 39. — 18. Walsh, F. J., Merz, W. G.: Pathologic Features in the Human Alimentary Tract Associated with Invasiveness of Candida Tropicalis. Am. J. Clin. Path., 1986, 4, 498. — 19. Wingard, J. R. és mtsai: Pathogenicity of Candida tropicalis and Candida albicans after gastrointestinal inoculation in mice. Infect. Immun., 1980, 29, 808. — 20. Young J. A., Elias, E.: Gastro-oesophageal candidiasis: diagnosis by brush cytology. J. Clin. Pathol., 1985, 38, 293.

(Figus I. Albert dr. Jászberény, Pf. 57. 5100)

Vivere aliis, non sibi...

(Másokért, nem magunknak élni...)

E szavakkal kezdte doktori értekezését Balassa János.

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 sebfelületen. 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)

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

RABENID

200 mg draszté

M 900 Antihyperuricaemica ml 270 Trombocita aggregációgátló

HATÓANYAG:

200 mg Sulfinpyrazonum draszténként

HATÁS:

A Sulfinpyrazon regulálja a vérlemezkék kóros működését azáltal, hogy meghosszabbítja a kórosan megrövidült vérlemezke-életidőt és csökkenti a kórosan fokozott vérlemezke-„turnover”-t. A sulfinpyrazon csökkenti a vérlemezkék egymáshoz tapadását és aggregációját, gátolja a vérlemezke „release” reakcióját és prostaglandin szintézisét. Védő hatást fejt ki az erek endotheljére. Mindezen hatások révén befolyásolja a thromboemboliás betegségek patogenezisében szerepet játszó faktorokat. A szérum húgysavszint-csökkenés alapja a tubuláris reabszorpciójának gátlása, ezáltal a renális excreció növekedése. Erélyes húgysavürítő hatás már a kezelés első pár napján megfigyelhető. Néhány hetes kezelés után csökken a köszvényes rohamok száma és intenzitása. Néhány hetes, ill. néhány hónapos kezelés után általában a tophusok s az ízület környéki lerakódások mérete csökken és új lerakódások sem képződnek.

JAVALLATOK:

Köszvény tartós kezelése, krónikus tophusos köszvény, krónikus köszvényes arthritis, salureticumok okozta hyperuricaemia.

Kombinált kezelés részeként a thromboemboliás szövődmények profilaktikus kezelésére:

- akut szívinfarktus után a szívhalál veszélyének csökkentése;
- érprotézissel és mesterséges szívbillentyűvel élő betegeken (többnyire Syncumarral együtt), valamint
- hemodialízis végzésekor, az arterio-venosus shunt okozta thrombosis megelőzése;
- ismétlődő felületi vénás trombózis esetén;
- trombózis következtében fellépő agyi történések után;
- amaurosis fugax (agyi ischaemia miatt fellépő időszakos vakság).

ELLENJAVALLATOK:

Aktív ulcus ventriculi et duodeni, súlyos máj- és vesekárosodás, sulfinpyrazon és más származékok iránti túlérzékenység, terhesség, különösen az első 3 hónap.

ADAGOLÁS:

Köszvény kezelésére, amennyiben nagyobb adagok

adása szükséges. Átlagos napi adag 200–400 mg (1–2 drg), amely hatástalanság esetén 600 mg-ig emelhető. Alacsonyabb adagok szükségessége esetén a 100 mg hatóanyagtartalmú tablettá adása javasolt. Trombózis profilaxisra és infarktus utáni akut állapotban naponta 4x1 draszté. A kezelés időtartama több hónap is lehet. A drasztékat étkezés közben, vagy tejjel kell bevenni.

Kombinált kezelés: az általában együtt adott orális antikoaguláns(ok) adagját protrombin idő rendszeres — kezdetben naponkénti — ellenőrzése mellett kell individuálisan meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK:

Gastrointestinális tünetek, melyek csökkenthetők a draszté étkezés közbeni bevitelével, tejjel, antaciddal. Súlyosbíthatja, ill. reaktiválhatja a gyomorfekélyt, vérzést, bőrkiütést, vérképzőrendszeri károsodást okozhat. Hirtelen húgysav-mobilizáció miatt akut köszvényes rohamot válthat ki.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS:

Óvatosan adható:

- antikoagulánsokkal (hatásukat fokozza)
- szalicilátokkal (hatását antagonizálja, köszvényben nem adható együtt),
- egyéb pirazon származékkal (növekvő túlérzékenység),
- orális antidiabetikumokkal, szulfonamidokkal (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Vesebetegeknek óvatosan adagolható. Kifejezett vesekárosodás esetén a vesefunkciókat időnként ellenőrizni kell. Súlyos vesebetegeknek ellenjavallt. Veseköveséget és vesegörcsöt okozhat különösen a kezelés elején, ezért gondoskodni kell megfelelően nagy mennyiségű folyadékfelvételtől és a vizelet alkalinizálásáról, elsősorban a köszvény kezelésekor. Időnként ugyancsak ellenőrizni kell a vértépet tartós szedés esetén. Önmagában sem a Heparin, sem a Syncumar adását nem pótolhatja.

Sulfinpyrazon túlادagolás tünetei: émelygés, hányás, hasmenés, gyomorfájás, ataxia, erőltetett légzés, görcsök, kóma.

Kezelés: Nincs specifikus antidotum. Hánytatás, gyomormosás, támogató kezelés (iv. glukóz, analeptikumok).

CSOMAGOLÁS:

50 db draszté

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Kolozsy Zoltán dr.,
Samodai László dr.,
Mohácsi László dr.,
Dauda György dr.
és F.-né Endresz Klára

A felületes húgyhólyagtumorok histopathologiai jellemzői és klinikai viselkedése

Szabolcs-Szatmár Megyei „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet
Urológiai Osztály, Nyíregyháza
(főorvos: Mohácsi László dr.)
és Kórbonctani-Kórszövettani Osztály
(főorvos: Dauda György dr.)

A szerzők 232 beteg 325 felületes (Ta, T1 stádiumú) hólyagtumorának histopathologiai jellemzőit és klinikai viselkedését elemzik. Minden tumort *differentiált transurethralis rezekciós technikával* operáltak, s 197 betegben *multiplex hideg térképbíopsiát* végeztek. Bizonyos rizikótényezők fennállása esetén recidíva-prophylaxis céljából lokális BCG kezelést alkalmaztak. Vizsgálják a recidívát és a tumoros folyamat progresszióját a 3—192 hónapos utánkövetési idő alatt. Utalnak az *inkomplet TUR szerepére* a „recidíva” vonatkozásában („tumor-persistence”). Megítélésük szerint a „felületes hólyagtumorok” nem tekinthetők homogén csoportnak, a Ta és T1 stádium között *histopathologiailag*, a *recidíva* és a *tumoros progresszió* szempontjából lényeges különbség van.

Histopathological characteristics and clinical behaviour of superficial tumors of the urinary bladder. The authors analyse the histopathological features and clinical behaviour of 325 superficial (Ta, T1) tumours of 232 patients with bladder cancer. Each of the tumours was treated by TUR using *differentiating resection technique* and *multiple cold biopsy* was performed in 197 patients. The recurrence and progression of superficial tumours are examined during the 3—192 months follow up time. It is stressed the role of *incomplete TUR* in the „recurrence” (tumour persistence). The opinion of the authors is, that superficial bladder tumours can not be considered a homogen group, there are significant differences between Ta and T1 stage in *recurrence*, *neoplastic progression* and *histopathological features* as well.

Újabb onko-urológiai eredmények alapján egyre inkább úgy tűnik, hogy a húgyhólyagtumorok keletkezési mechanizmus, histopathologiai jellemzők, biológiai viselkedés és kórlefolyás alapján két — prognosztikailag nagymértékben különböző — csoportba oszthatók. Többségük a felismerés pillanatában a húgyhólyag urotheliumára korlátozódik (Ta stádium), vagy a basalis membránt áttörve infiltrálja a tunica propriát (T1 stádium), de a hólyagfal izomrétegét nem éri el. Együttesen *felületes* tumoroknak nevezzük őket, szemben a hólyagfal izomrétegét infiltráló, vagy a falon is túlterjedő (T2—T4 stádium) ún. *invazív* tumorokkal.

Felületes tumoroknak kell tekinteni az urotheliumra korlátozódó, endoszkóposan csak ritkán észlelhető (13) *in situ* carcinomát is, de klinikai értelemben különválasztandó a többségében jó kórjóslatú Ta, T1 stádiumú tumoroktól (3, 6, 30, 46). A továbbiakban „felületes tumorok” alatt csak az utóbbiakat értjük.

Kulcsszavak: superficiális hólyagtumor, recidíva, progresszió

Rövidítések: tur = transurethralis rezekció
IUN = intra-urotheliális-neoplasia
mapping = multiplex hideg térképbíopsia

Felmerül a kérdés, hogy a histopathologiai szempontból sok hasonlóságot mutató Ta—T1 stádiumú tumorok biológiai, klinikai értelemben valóban homogén csoportot alkotnak-e?

Vizsgáljuk meg kórszövettani jellemzőiken túl a felületes tumorok két legfontosabb problémáját (10), a tumoros *recidíva* és a tumoros folyamat *progressziójának* kérdését.

Betegek és módszer

Osztályunkon 1979. jan. 1.—1988. okt. 30. között 462 húgyhólyagtumort operáltunk *differentiált transurethralis rezekciós technikával* (8, 17, 18), azaz a tumorok TUR-ját követően a tumor helyén visszamaradt „kráter” aljáról és oldalfalairól szövetmintákat vettünk az esetleges tumor-reziduumot feltárandó. Ez idő alatt 232 beteg 325 tumorra bizonyult felületesnek a kórszövettani vizsgálat alapján. E dolgozatban csak a fenti technikával operált betegek szerepelnek, hiszen egyébként a stádium-beosztás bizonytalan, a műtét radikalitása megbízhatatlan. Ha a kórszövettani vizsgálat tumor-reziduumot mutatott, a TUR-t akár többször is megismételtük (18). Bizonyos rizikótényezők esetén TUR-t követően lokális BCG recidíva-prophylaxist alkalmaztunk (34). A TUR-al egyidejűleg, vagy a kontroll cystoscopiák során betegeink többségében 9 pontos multiplex hideg térképbíopsiát végeztünk, hogy információt kapjunk az endoszkóposan éppnek tűnő urothelium valós állapotáról, esetleges dysplasia vagy intraepitheliális tumoros folyamat meglétéről (8, 9, 19).

A felületes tumorok stádium és grádus szerinti megoszlását az I. táblázat mutatja.

Eredmények

1. A diagnózis pillanatában 184 betegben volt *soliter*, 46 betegben (20%) *multiplex* tumor.

2. A tumorok szövettani típusát vizsgálva, mindegyiket urotheliálisnak találtuk.

3. A felületes tumorok konfigurációja: 313 tumor papilláris, 12 tumor szolid vagy papilláris-szolid szerkezetű.

4. Mint az 1. táblázatból látható, a Ta-s tumorok 82%-a (218/267) tartozik az alacsony grádusú (Go, G1) csoportba. Ez az arány T1-es tumoroknak 43% (25/58).

1. táblázat: A 232 hólyagtumoros beteg 325 felületes tumorának stádium (T) és Grádus (G) szerinti megoszlása

	G ₀	G ₁	G ₂	G ₃	Össz.
T _A	88	130	46	3	267
T ₁	—	25	26	7	58
Össz.	88	155	72	10	325

5. A hideg térképbiopsiák segítségével a hólyag távolabbi pontjairól 197 betegben szereztünk információt (158-nak Ta-s, 39-nek T1-es tumora volt). 63 betegben (32%) mutatkozott e pontokon különböző fokozatú *dysplasia* vagy *endoszkóposan nem észlelhető tumoros folyamat*. (7 betegben a mapping szolgáltatott olyan információkat, melyek alapján cystectomy mellett döntöttünk). Ezen atypiakat Koss (22) után intra-urotheliális neoplasia elnevezéssel foglaljuk össze (IUN).

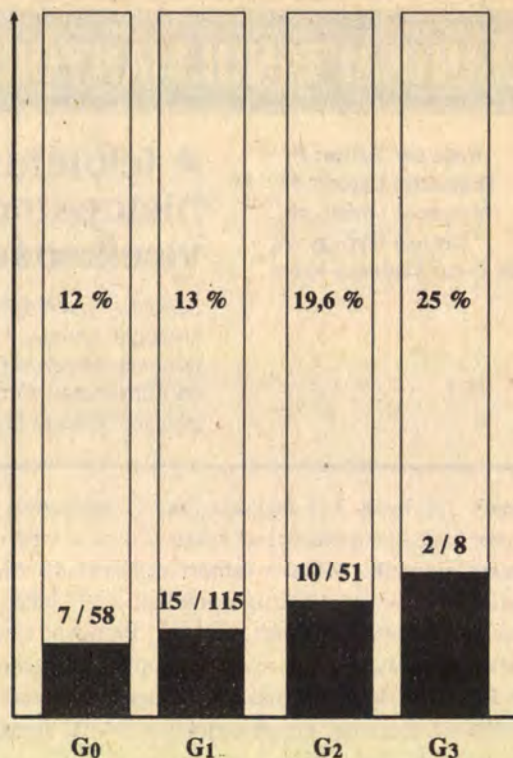
6. TUR-t követően a Ta-s tumorok 95%-ánál (253 tumor), a T1-esek 85%-ánál (49 tumor) tudtuk kórszövettanilag igazolni a radikális tumoreltávolítást. Összesen 89%-ban (270/302) bizonyult elegendőnek egyetlen TUR a radikalitáshoz. 32 felületes tumornál csak a második-negyedik TUR eredményezett maradéktalan tumoreltávolítást. 23 tumor TUR-jánál a radikalitást nem tudtuk igazolni.

7. Betegeinkből 79-ben lépett fel *recidíva* egy vagy több alkalommal a 3—192 hónapos utánkövetési idő alatt. Mivel a gondozás során 60 beteg egyetlen alkalommal sem jelent meg kontrollvizsgálaton, a *recidíva* szempontjából 172 beteg (136 Ta-s, 36 T1-es) kórtörténete értékelhető. Így az ellenőrzött betegek 46%-ában (79/172) jelentkezett *recidíva*. Többszörös *recidíva* 44 betegben (25,6%) mutatkozott. A Ta stádiumú betegek tumora 42,6%-ban (58/136), a T1-es betegeké 58,3%-ban (21/36) *recidivált*.

8. A 172 ellenőrzött betegből 129-nek *soliter*, 43-nak *multiplex* tumora volt. A *soliter* tumorosok közül 60 betegben (46,5%), *multiplex* tumor-horodozókból 19 betegben (44,2%) találtunk *recidívát*.

9. A 172 betegből 161-nél történt *multiplex* hideg biopsia (53 pozitív, 108 negatív), míg a *recidívát* mutató 79 betegből 74-nél (34 pozitív, 40 negatív).

Az IUN-s betegeknek tehát 64%-os (34/53), a nem IUN-s betegeknek pedig 37%-os (40/108) a *recidíva* (ábra).



ábra: A különböző grádusú felületes hólyagtumorok progressziója

10. A Go, G1-es tumorosokban a *recidíva* 43,5%-os (54/124), míg a magasabb grádusú (G2, G3) tumort hordozókban 52%-os (25/48).

11. Számításaink szerint az *első recidíva* átlagosan 28,4 hónapra jelentkezett (a legrövidebb idő 1 hónap, a leghosszabb 192 hónap volt). *Soliter* tumorosokban 31,3 hónapra, *multiplex* tumorok esetén 19,4 hónapra *recidivált* a folyamat.

Az *első évre* a *recidívák* 38%-a esik (2. táblázat). A *soliter* tumorosokban az első év alatt 33%-ban, *multiplex* tumoros betegekben 52,6%-ban *recidivált* a tumor (20/60, ill. 10/19).

2. táblázat: A *recidívák* évenkénti megoszlása

1. év	30 betegben	38%
2. év	15 betegben	19%
3. év	14 betegben	18%
4. év	6 betegben	7,8%
5—6. év	14 betegben	18%

12. A gondozott betegek 20%-ában (34/172) fordult elő a tumoros folyamat *progressziója*. 9 betegben stádiumváltás történt, 8 betegben a kiújult tumor malignitási fokozata emelkedett, 17 betegben mind a stádium, mind a grádus *progressziót* mutat.*

A Ta stádiumú tumorok 17,6%-a (24/136), a T1-esek 27,8%-a (10/36) *progredivált*.

* 9 betegben fordult elő, hogy a *recidíva* alacsonyabb grádussal jelentkezett.

Ritalmex[®]



KAPSZULA

H 200
Antiarrhythmica

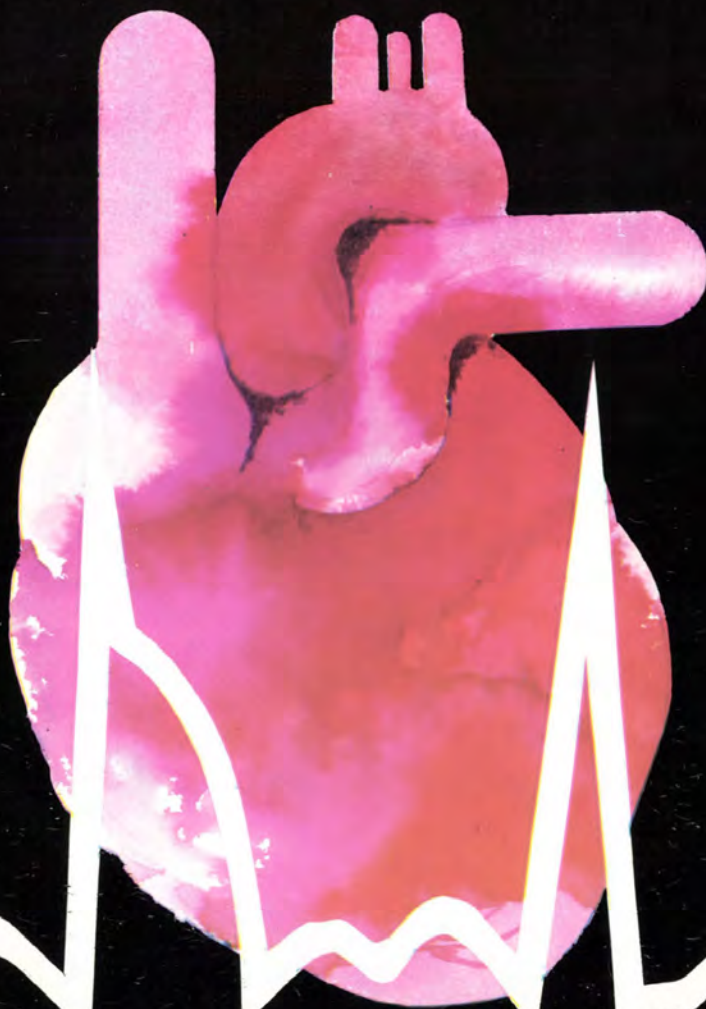
Hatóanyag: 200 mg mexiletinium chloratum kapszulánként

Hatás: A mexiletin I. B. típusú, lidocainhoz hasonló hatású antiaritmikum. A bélből tökéletesen felszívódik és nem esik áldozatul (szemben a lidocainnal) az ún. „first pass” effektusnak, ezért hatását per os adva is megbízhatóan kifejti. A hatásos plazmaszint 1—2 µg/ml, a toxikus és terápiás plazmaszint közel esik egymáshoz. Eliminációs félideje kb. 10—14 óra. A májban metabolizálódik. 70—80%-ban a vesén keresztül választódik ki. Átjut a placenta barrieren, és bejut az anyatejbe is.

Javallatok: *Kamrai aritmiák:* melyek szívizom infarktus heveny szakában vagy krónikus szívizom-isémiánál lépnek fel, vagy amelyek szívglikozidák és egyéb gyógyszerek túlado-
golása miatt keletkezhetnek.

Ellenjavallat: Szoptatás

A His-kötegtől distálisan keletkező AV-ingerképzési és ingerületvezetési zavarokban a mexiletint óvatosan kell alkalmazni. Fokozott óvatosság szükséges bradikardia, hipotónia, szívelégtelenség, valamint vese- és májkárosodás esetén. Parkinsonos betegek tremorja fokozódhat.



Ritalmex®



KAPSZULA

Adagolás: A kielégítő vérszint gyors elérése céljából kezdeti telítő adag szükséges. A kezdő adag 400–600 mg, majd 6 óránként további 200 mg. A második kezelési naptól kezdve a napi adag 3×200 mg. (8 óránként). Ha a mexiletin terápiát opiátok vagy atropin adása előzte meg, az enterális felszívódás elhúzódó lehet, így az orális telítő adag 600 mg. Egyéb antiaritmikumokkal végzett terápia után közvetlenül, továbbá más szívre ható gyógyszerekkel együtt is adagolható.

Egyéb kezelés: A helyi érzéstelenítők csoportjába tartozó (pl. lidocain) antiaritmikumokkal megkezdett intravénás kezelés per os alkalmazott mexiletin kapszulákkal folytatható az alábbi adagolás szerint: Az aritmia rendeződése után, még bekötött infúzió mellett 400 mg mexiletint kell adni orálisan. Az infúzió adását az előzetes adagolásban még egy óráig kell folytatni. További két óra alatt pl. a lidocain adagja a felére csökkenthető, majd az infúzió adásának befejezésekor további 200 mg-os orális mexiletin adagot kell adni. Ezután a szokásos per os mexiletin adás következik 6–8 órás időközökben.

Mellékhatás: A mellékhatások dóziszfüggők és egy adag elhagyásával, vagy pedig a napi adag csökkentésével befolyásolhatók.

Gasztrointesztinális panaszok: hányás, emésztési zavarok, kellemetlen ízérzés, nausea, csuklás.

Ritkán központi idegrendszeri mellékhatások, mint álmoság, zavartság, artikulátlan beszéd, nystagmus, ataxia és tremor.

Kardiovaszkuláris panaszok: hipotónia, sinus-bradycardia, pitvarfibrilláció és palpáció.

A mexiletin kezelésre fellépő bradikardia vagy hipotónia iv. adott 0,5–1 mg atropinszulfáttal megszüntethető.

Ritkán májkárosodás, anaphylaxiás reakció is előfordulhat.

Kölcsönhatások: Óvatosan adható együtt:

- más antiaritmias hatású gyógyszerekkel (tekintetbe kell venni a hatásfokozódást).
- gyomor-bél motilitást befolyásoló szerek (felszívódást befolyásolhatják).

- májfunkciót befolyásoló szerek (a mexiletin plazma koncentrációt megváltoztatják).
- a gyógyszer lebomlását késleltető szerek (pl. cimetidin) együttdadásakor a dózis emelése szükséges,
- enzim indukciót fokozó szerek pl. phenobarbital, phenytoin) együttdadásakor a dózis emelése szükséges,
- opiátok, antikolinerg szerek (felszívódását késleltetik),
- helyi érzéstelenítők (kumulálódó hatás).

Figyelmeztetés: Tekintettel arra, hogy a mexiletin főleg a vesén keresztül választódik ki, veseelégtelenségben szenvedő betegek kezelése állandó orvosi felügyeletet igényel és a clearance értékektől függően csökkentett adagolás szükséges. Lúgos pH-jú vizelet esetén a kiválasztás csökken, ami magasabb plazma koncentrációt eredményezhet.

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

Helyi érzéstelenítés alkalmazásakor figyelmet kell fordítani a lehetséges kumulálódó hatásra. Bár állatkísérletek során teratogén és embriotoxikus hatást nem tapasztaltak, terhességben az esetleges kockázatot a terápiás előnyhöz viszonyítva mérlegelni kell. Ilyenkor lehetőleg csak életveszélyes állapotokban alkalmazandó.

A kezelés időtartama egyénenként eltérő, a terápiát csak akkor kell befejezni, ha hosszabb idő után sem lép fel aritmia.

A terápiát nem szabad hirtelen abbahagyni, hanem gondos ellenőrzés mellett az adagot fokozatosan kell csökkenteni.

Gyártja: Alkaloida Vegyészeti Gyár
Tiszavasvári

Meghatározó adat, hogy a *felületes tumort követő recidíva* milyen arányban tör be az *izomrétegbe*. Ez a Ta tumorosainkban 8,8%-ban (13/136), T1-esekben pedig 25%-ban következett be (9/36).

A malignitási fokozat és a progresszió kapcsolatát az *abra* mutatja.

A mi betegekben a *soliter* tumorok 21%-ban (27/129), a *multiplex* tumorok 16,6%-ban (7/43) progrediáltak (!)

A progressziót mutató 34 betegből 32-ben végeztünk multiplex hideg térképsiopsiát, s ez 19 esetben járt pozitív eredménnyel. Azaz az épnek látszó urothelium e „*progresszív*” betegek 60%-ában tartalmazott *dysplasiás* vagy *tumoros sejteket*. Feldolgozva a hideg térképsiopsiák eredményét, azt találjuk, hogy ha ez negatív eredménnyel járt, a progresszió 12,3%-os (13/108) volt, míg az IUN-s betegcsoportban a tumoros folyamat a betegek 36%-ban (19/53) progrediált. A progresszió átlagosan 44,5 hónap alatt következett be.

Megbeszélés

A vizeletben levő carcinogen anyagok hatására az urotheliumban proliferatív folyamatok játszódnak le, melyek végül — valószínűleg többfázisú folyamat eredményeként, bizonyos „gazda-tényezők” jelenlétében (10) — manifeszt tumor kialakulásához vezetnek. Mind a felületes, mind az invazív tumorok panurotheliális természete, polychronotop jellege általánosan elfogadott (13, 29, 30, 32). Patogenezisüket tekintve az ún. „kettős út” (4, 10, 21) mellett sorakoztatható fel több bizonyíték. Míg egyfelől a diffuze nyugtalan, dysplasiás, in situ carcinomás góccokat tartalmazó urothelium több területe mutatna egyidejűleg malignus transzformációt („field-change” teória) (13, 21, 30, 33), mely általában szolid szerkezetű, erősen dedifferenciált, invazív tumort eredményez, addig a főként papilláris konfigurációjú felületes tumorok „monoclonális” eredetűek lennének (4, 21, 30), kiindulópontjuk talán az urothelium egyszerű hyperplasiája (10). Ezen tumorokat csak ritkán kísérik az épnek látszó urothelium proliferatív, praemalignus jelenségei (19, 21).

A lényegesen jobb prognózisú felületes tumorok az összes húgyhólyagtumor 50–80%-át alkotják (1, 31, 35). Betegekben a tumorok 70,3%-a bizonyult felületesnek. A felismerés pillanatában e betegek 80%-ának *soliter*, 20%-ának *multiplex* tumora volt.

Minden felületes tumort átmeneti-sejtesnek találtunk. Több mint $\frac{3}{4}$ -ük az urotheliumra korlátozódik (Ta), s túlnyomó többségük papilláris konfigurációjú. Csúpan 12 szolid vagy papilláris-szolid tumort találtunk (3,4%), mindegyikük infiltrálja a tunica propriát (T1), s 11 közülük erősen dedifferenciált (G2, G3).

Érdekes *korreláció* figyelhető meg a felületes tumorok *stádiuma és grádusa között*. A Ta-s tumorok 82%-a tartozik az alacsony grádusú (Go, G1) csoportba, míg T1-es tumoroknál ez az arány 43% (l. táblázat). Más szerzők is rámutatnak erre az összefüggésre (1, 14, 25, 30, 31), melyet a tumoros progresszió mikéntjéről vallott elmélet

tükrében kell értékelni: tumoros recidívák során a progresszió a grádus-váltással kezdődik, s időben ezt követi a tumoros infiltráció mélységének fokozódása (stádium-váltás) (30). Így a fenn említett T–G korrelációtól való eltérés kiemelt figyelmet érdemel, mint potenciális rizikófaktor.

Mint arról korábban már beszámoltunk (8, 19), s mint számos vizsgálat alátámasztja (16, 28, 29, 35), a hólyag különböző helyeiről vett hidegbiopsiás anyagok vizsgáltának igen fontos prognosztikai jelentősége van (31). Az épnek látszó urotheliumban felfedezett proliferatív jelenségek (dysplasia, in situ carcinoma, tumor) egyértelműen felhívják a figyelmet a *teljes* urothelium érintettségére, jelezve, hogy az adott tumor nem tekinthető lokális jelenségnek, mivel az az urothelium diffúz „nyugtalanosságának” csak egyik — legdurvább — megnyilvánulása. Csak a látható tumort kezelni ilyen esetekben nem elégséges. Az IUN megléte vagy hiánya a legfontosabb rizikófaktorok egyike a *recidíva szempontjából* (11, 15, 19) s a tumoros folyamat *progressziójának* veszélyét jelző érzékeny indikátor (3, 16). 32%-os előfordulása „high-risk” csoportot jelent. Ta-s tumorainkat 25%-ban (40/158), a T1-eseket 59%-ban (23/39) kíséri, mely stádiumfüggő gyakoriságot mások (29) is megfigyelték.

A tumoros recidívának három útját feltételezik: az új növedék származhat az urothelium praecancerosus elváltozást mutató területeiből („new occurrence”), az előzőleg történt beavatkozás (pl. TUR) során szóródott, s a nyálkahártya sérülésein megtapadt tumorsejtekből („true recurrence”), illetve a műtét során visszamaradt tumorszövetből („tumor-persistence”) (28, 33, 31, 37). A két első mechanizmust tekintve valószínű, hogy mindegyikük szerepet játszik a kiújulásban (37, 40), bár a tumorsejtek implantálódására emberben nem rendelkezünk közvetlen bizonyítékokkal (33, 38). A műtét (TUR) során visszamaradt tumorszövet problémája bizonyos mértékig választ adhat a *recidívák arányában tapasztalható nagyfokú eltérésekre* (50–85%) (3, 27, 29).

A TUR-t követően végzett histopathológiai (5, 18) és vizelet-cytológiai (27) vizsgálatok kimutatták, hogy TUR során a tumorok negyedében-harmadában endoszkóposan nem látható tumorszövet marad vissza, ismételt műtétet téve szükségessé. S ha az operatív a TUR radikalitását nem objektív módon ellenőrzi, nagyon valószínű, hogy — tehetségtől, endoszkópos járatosságtól függő gyakorisággal — tumorszövetet hagy vissza, melyet később „recidíva”-ként értékel. Az *inkomplett rezekciót a szerzők többsége a „recidíva” lehetséges okai között tartja számon* (10, 27, 28, 29, 30, 37).

Mint az Eredmények 1. pontjában leírtuk, a Ta-s tumorok 8%-át, a T1-eseknek pedig $\frac{1}{4}$ -ét (!) csak *kettő-negy* TUR-ral lehet radikálisan eltávolítani.

Az ellenőrzött 172 betegünk 46%-ában jelentkezett legalább egy $\frac{1}{4}$ -ében több recidíva. Cuttler (7) betegekben az első recidíva átlagosan 31 hónapra, a mi betegekben 28,4 hónapra jelentkezett. A tumor kiújulása szempontjából többen az első évet tartják döntőnek (23, 27, 40, 45). A mi — hosszabb utánkövetési idejű — eredményeink is ezt mutatják. Betegekben a recidívák 38%-a az első évre

esik, s a második, harmadik évre ennek csak a fele. Az 5–16. év között *összesen* annyi betegben észleltünk recidívát, mint a második vagy harmadik évben (2. táblázat).

A hideg térképsiopsiákból származó információk felhasználásának egyik fő területe a *recidíva előrejelzése*. Több szerző adatai mutatnak szignifikáns különbséget recidíva vonatkozásában az IUN-es és a normál betegcsoport között (7, 10, 11, 16, 28, 29), így az IUN-s csoport betegei e szempontból fokozottan veszélyeztetettek. Az IUN több tényező közül (tumornagyság, multiplicitás stb.) a legkorábban prediktív értékű lehet (35), hiszen a recidívák többsége a tumortól távol levő atypusos területekből, esetenként in situ carcinomából származik („new occurrence”) (21, 38).

Mint az Eredmények 9. pontjának adatai mutatják, az IUN-s és a normál betegcsoport *recidívájában* a különbség *több mint másfélszeres*.

Ami a *progressziót* illeti, helyesebbnek tartjuk, ha minden malignusabb irányú változást (tehát grádus-váltás, Ta→T1 átmenet is) figyelembe vesszünk, nemcsak az izom-inváziót, mint néhányan (2, 7, 16.) A grádus-váltás a progresszió első jele lehet (1, 12), a Ta→T1 átmenet pedig *minőségileg rosszabb* prognózisú, infiltráló tumort eredményez (2, 4, 9, 42).

A progresszió kulcskérdés, hiszen pl. izom-invázió esetén egy viszonylag jó prognózisú, szervmegtartó műtétekkel uralható (20) állapot vált át magas mortalitású, metastatizáló, legtöbbször csak radikális csontkoló műtéttel befolyásolható invazív folyamattá.

A közlemények 7–20%-os progresszióról számolnak be (24, 29, 38, 41, 44). Előfordulása összefügg a tumor grádusával (1. ábra), melyet alátámasztanak Heney (16), Cuttler (7), Lutzeyer (24) adatai is.

Az *előrehaladottabb* recidíva veszélyének egyik legérzékenyebb indikátora az *épnek látszó urotheliumban mutatkozó IUN* (dysplasia, in situ carcinoma) (3, 7, 16, 29).

Tumoros progressziót mutató betegeinkben a mapping 60%-ban mutatott ki IUN-t. (Ez az arány a teljes beteganyagunkban csak 32%.) Az IUN-s betegeknél a progresszió *háromszorosa* a normál csoporténak (1. Eredmények 12. pont).

Betegeink 11%-ában követte a felületes daganatot izmot infiltráló invazív folyamat.

Megfontolandó felvetés: az invazív folyamat praecursora nem az anamnézisben fellelhető felületes papillaris tumor, hanem az annak környezetében vagy a hólyag távolabbi pontjain található dysplasia, in situ carcinoma (3, 9, 10, 11, 21).

Külön kell foglalkozni a *multiplicitás* kérdésével és a *tunica propria tumoros infiltrációjának* (T1 stádium) a jelentőségével.

— Több tumor egyidejű előfordulása egyes szerzők szerint rizikófaktor a *recidíva szempontjából* (10, 39, 44), a túlélést jelentősen befolyásoló tényező (15), melyet a terápiás tervben feltétlenül figyelembe kell venni (24, 30). A 25%-ot kitevő multiplex tumorosokban (24) rövidebb idő alatt jelentkezik az első recidíva (7, 10).

A multiplicitást a *progresszió szempontjából* is rizikó-faktornak tekintik (7, 24, 44). Ezt a mi adataink nem támasztják alá (1. Eredmények 12. pont).

48 betegünknek volt multiplex tumora a felismeréskor (20%). Közülük 43 beteg adatai értékelhetők a recidíva szempontjából. Mint az Eredmények 8. pontja mutatja, multiplex tumorosaink recidíva-aránya — ha kismértékben is — de jobbnak bizonyult a soliter tumorosokénál. Oka egyfelől az, hogy a lokális BCG kezelés szempontjából a multiplicitás már önmagában rizikófaktor (16) s 1984-től 18 ilyen betegünk részesült TUR-t követően BCG recidíva-prophylaxisban (34). Másfelől egyetértünk Droller (10) megállapításával, mely szerint *multiplex tumoros folyamat esetén többszörössé fokozódik az inkomplett TUR veszélye*, s ez az észrevétel visszamaradt tumorszövet feltétlenül szerepet játszik mások magasabb „recidíva” rátájában. Mindazonáltal a multiplicitás az urothelium diffúz érintettségét, malignus potenciálját jelzi. Betegeinkben pl. az első recidíva soliter tumor esetén 31 hónapra, multiplex tumorok esetén 19 hónapra következett be. Az első évben soliter tumorosokban a recidívák 33%-a, multiplex tumorosokban több mint 50%-a jelentkezett (Eredmények 11. pont).

Betegeink utánkövetési adatai alátámasztják azok véleményét (2, 10, 42), akik szerint a „*felületes tumorok*” nem képeznek homogén kategóriát, hanem két — *prognosztikailag, sőt talán patogenezisének tekintve is különböző* — csoportra oszthatók. A kettő között éles határként a basalis membrán húzódik, s ha a tumor ezen áttört, infiltratívnek tekintendő (4). A pathologus legfontosabb feladata nyilatkozni a tumor és a basalis membrán viszonyáról (9), s egyértelműen a Ta, vagy az ettől *minőségileg* különböző T1 stádiumba sorolni a tumort.

Utz (42) szerint a T1 stádium már a progressziót reprezentálja. Wienstein (43) a basalis membrán áttörését a „malignus cascade” kezdetének tekinti. Abel (2), Cuttler (7), Heney (16) szignifikáns különbséget talált a Ta és T1 stádiumú tumorok recidíva-rátájában. Az izomrétegbe penetráló recidíva valószínűsége T1 stádiumban másfélszerese (24), egyes adatok szerint négy-hétszerese (!) a Ta stádiuménak (1, 7, 16). Mint az Eredmények 4. pontjának adataiból kitűnik,

— Ta-s betegeinknek több mint kétszeres arányban alacsony grádusú (Go, G1) tumora van, s a tumorok mind papillarisak. A 12 szolid növekedésű tumor mindegyike a T1 stádiumba tartozik.

— Az IUN gyakorisága Ta stádiumban fele a T1 stádiuménak (25–59%).

— A Ta stádiumú tumorok 42,6%-ban, a T1-esek 58%-ban recidiváltak.

— Háromszor annyi T1-s betegünk tumora vált izom-infiltrálóvá az évek során mint a Ta-s betegeké (25%–8,8%).

— T1 stádiumban már reális veszély a nyirokcsomó-metastasis lehetősége (4, 31, 36).

Összefoglalva: a húgyhólyagtumorkok 50–60%-át képező felületes tumorok prognózisa általában jó, e tumorok többsége szervmegtartó műtétekkel (TUR) és lokális cytostatikus vagy BCG kezeléssel évekig eredményesen kezelhető. A recidíva és a tumoros progresszió szempontjából különösen veszélyeztetettek a T1 stádiumú tumort hordozó betegek, a magasabb (G2, G3) grádusú tumorok,

s akiknél az épnek látszó urotheliumban praecancerosus proliferatív jelenségek (dysplasia) vagy malignus folyamatok (carcinoma in situ, tumor) zajlanak. A multiplex tumorok rövidebb idő alatt recidiválnak. A Ta—T1 stádiumú tumorok biológiai viselkedése eltér egymástól.

A gyors, radikális terápia szempontjából lényeges a különösen veszélyeztetett betegek kiszűrése.

IRODALOM: 1. *Abel, P. D.*: Prognostic indices in transitional cell carcinoma of the bladder. *Br. J. Urol.*, 1988, 62, 103. — 2. *Abel, P. D. et al.*: Should pT1 TCC of the bladder still be classified as superficial? *Br. J. Urol.* 1988, 62, 235. — 3. *Althausen, A. F.*: *Prout, G. R., and Daly, J. J.*: Noninvasive papillary carcinoma of the bladder associated with carcinoma in situ. *J. Urol.* 1976, 116, 575. — 4. *Anderson, C. K.*: Some aspects of the pathology of bladder cancer. In: *Clinical Bladder Cancer*. Plenum Press. New York and London. 1982, 7. — 5. *Bichler, K. H. és mtsai*: Fortschritte der transurethralen Elektroresektion des Harnblasenkarzinoms. *Urologe (A)*. 1969, 8, 73. — 6. *Brawn, P. N.*: Interpretation of Bladder Biopsies. Raven Press. New York. 1984, 77. — 7. *Cuttler, J. S. és mtsai*: Factors associated with disease recurrence and progression. In: *Bladder Cancer*. Williams and Wilkins. Baltimore/London. Vol. 1, 35. — 8. *Csapó, Z. és mtsai*: Dysplastische Urothelveränderungen bei Blasentumorpacienten. *Urologe (A)*. 1984, 23, 281. — 9. *Dauda Gy. és mtsai*: Hólyagtumork biológiai viselkedése. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 647. — 10. *Droller, M. J.*: Transitional Cell Cancer: Upper Tracts and Bladder. In *Cambell's Urology*. W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1986, 1343. — 11. *Eisenberg, F. B. Roth, R. B. and Schweinberg, M. H.*: Bladder tumours and associated proliferative mucosal lesions. *J. Urol.* 1960, 84, 544. — 12. *England, H. R., Paris, A. M. I. and Blandy, I. P.*: The correlation of T1 bladder tumor history with prognosis and followup requirements. *Br. J. Urol.* 1981b, 53, 593. — 13. *Frang, D., Somogyi L., Jilling, A.*: Current diagnostic and therapeutic methods in the treatment of vesical tumours. *Int. Urol. and Nephrol.* 1988, 20, 597. — 14. *Friedell, G. H. és mtsai*: Histopathology and classification of urinary bladder carcinomas. *Urol. Clin. North Am.*, 1976, 3, 53. — 15. *Goodman, G. B. és mtsai*: Carcinoma of the bladder: Results and experience with irradiation and selective cystectomy. In: *Carcinoma of the Bladder*, edited by Connolly, J. G. Raven Press. New York, 1981, 227. — 16. *Heney, N. M. és mtsai*: Superficial bladder cancer: progression and recurrence. *J. Urol.* 1983, 130, 1083. — 17. *Kerényi V. és mtsai*: A hólyagtumork transurethrális rezekciójáról. *Urol. Nephrol. Szele.* 1981, 8, 133. — 18. *Kolozsy Z. és mtsai*: A Bressel-féle differenciált transurethrális rezekciós technika a húgyhólyagtumork kezelésében. *Orv. Hetil.* 1987, 128, 1137. — 19. *Kolozsy Z. és mtsai*: Az „épnek látszó” urothelium jelentősége húgyhólyagtumorkos betegekben. *Orv. Hetil. Megjelenés alatt.* — 20. *Kondás, J.*: A Ta és T1 hólyagdaganatok műtéti kezelése. *Magy. Onkol.* 1983, 27. — 21. *Koss, L. G.*: Tumors of the Urinary Bladder (Supplement) Fascicle II. Published by the Armed Forces Institute of Pathology. Washington. 1985. — 22. *Koss, L.*

G. és mtsai: Diagnostic value of cytology of voided urine. *Acta Cytol.* 1985, 29, 910. — 23. *Loening, S. és mtsai*: Factors influencing the recurrence rate of bladder cancer. *J. Urol.* 1980, 123, 29. — 24. *Lutze, W., Ribben, H. and Dahm, H.*: Prognostic parameters in superficial bladder cancer: an analysis of 315 cases. *J. Urol.* 1982, 127, 250. — 25. *Marshall, V. F.*: The relation of the preoperative estimate to the pathologic demonstration of the extent of vesical neoplasia. *J. Urol.* 1952, 68, 714. — 26. *Mostofi, F. K., Sobin, L. H. and Torloni, H.*: Histologic Typing of Urinary Bladder Tumours. Geneva, WHO, 1973. — 27. *Müller, F., Kraft, R. and Zingg, E.*: Exfoliative cytology after transurethral resection of superficial bladder tumours. *Br. J. Urol.* 1985, 57, 530. — 28. *Murphy, M. W., és mtsai*: „Normal” urothelium in patients with bladder cancer. *Cancer*, 1979, 44, 1050. — 29. *Özen, H. és mtsai*: Biopsy of apparently normal mucosa in patients with bladder carcinoma and its prognostic importance. *Int. Urol. Nephrol.* 1983, 15, 327. — 30. *Pavone-Macaluso, M.*: Diagnosis and treatment of superficial bladder tumours. *Farmitalia Carlo Elba S. p. A. via Imbonati 24 20159. Milano Italy*, 1982. — 31. *Pintér J., Wabrosch G., Ekhardt S.*: Az urológiai rosszindulatú daganatok. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1987. — 32. *Prout, G. R. Jr.*: Classification and staging of bladder carcinoma. *Cancer*, 1980, 45, 1832. — 33. *Prout, G. R. Jr.*: Heterogeneity of superficial bladder cancer. In: *Bladder Cancer*. Williams and Wilkins. Baltimore/London Vol. 1, 151, 1982. — 34. *Samodai L. és mtsai*: BCG immunoterápia a felületes hólyagtumork kezelésében. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 2441. — 35. *Smith, G. és mtsai*: Prognostic significance of biopsy results of normal-looking mucosa in cases of superficial bladder cancer. *Br. J. Urol.* 1983, 55, 665. — 36. *Smith, A. J. and Whitmore, W. F.*: Regional lymph node metastasis from bladder cancer. *J. Urol.* 1981, 126, 591. — 37. *Soloway, M. S.*: An overview of intravesical therapy for superficial bladder cancer. *Urology (Supplement)*. 1988, March. — 38. *Soloway, M. S.*: The management of superficial bladder cancer. *Cancer*, 1980, 45, 1856. — 39. *Steg, A.*: Bladder Tumor — Diagnosis. In: *Clinical Bladder Cancer*. Plenum Press. New York and London. 1982, 27. — 40. *Schulman, C. C.*: Intravesical chemotherapy for superficial bladder tumors. In: *Clinical Bladder Cancer*. Plenum Press. New York and London. 1982, 101. — 41. *Utz, D. C.*: Surgical management of superficial disease. In: *Bladder Cancer*. Williams and Wilkins. Baltimore/London. Vol. 1. 157. — 42. *Utz, D. C.*: Editorial comment. In: *Heney, N. M. és mtsai*: Superficial bladder cancer: progression and recurrence. *J. Urol.* 1983, 130, 1083. — 43. *Wienstein, R. S.*: Intravesical dissemination and invasion of urinary bladder carcinoma. In: *Bladder Cancer*. Williams and Wilkins. Baltimore/London. Vol. 1. 29, 1982. — 44. *Williams, J. L. és mtsai*: T1 bladder tumours. *Br. J. Urol.* 1977, 49, 633. — 45. *Wolf, H. and Hojgaard, H.*: Urothelial dysplasia concomitant with bladder tumours as a determinant factor for future new occurrences. *Lancet*. 1983, July 16. 124. — 46. *Zincke, H. és mtsai*: Review of Mayo Clinic experience with carcinoma in situ. *Urology (Supplement)*, 1985, 26, 4, 39.

(Kolozsy Zoltán dr. Nyíregyháza, Vöröshadsereg u. 68. 4400)

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 pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére. Hypertensív encephalopathia, intermittáló vasculáris cerebraalis insufficiencia, angiospasmus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására. Szemészetben az érthártya és ideghártya vasculáris, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog. Fülészetben korral járó vasculáris 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.

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, bőrpírulás, 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 gyermekkapcszula a fenti, felnőttekével megegyező adagolás szerint.

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

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre — egyszeri alkalmakkal — adható ki.

CSOMAGOLÁS

Broncho-Vaxom kapszula felnőtteknek 30 db

Broncho-Vaxom kapszula gyermekeknek 30 db



Forgalomba hozza:



BIOGAL Gyógyszergyár . Debrecen
OM laboratórium, Genf licence alapján

Szász Károly dr.,
Csanádi Zoltán dr.,
Somfay Attila dr.,
Horváth László dr.
és Eller József dr.

A normális jobb mellkasi elektrokardiogram

Csongrád megyei Tanács Tüdőkórház-Gondozóintézet, Deszk,
Kardiológiai Rehabilitációs Osztály
(osztályvezető főorvos: Szász Károly dr.)
és Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Számítástechnikai Központ
(vezető: Győri István dr.)

122 egészséges embernél (76 nő, 46 férfi, átlagéletkor 36,8 év) a QRS komplexust, ST szakaszt, és T hullámot vizsgálták V_1R-V_8R jobb mellkasi elvezetésekben. A $V_{1-3}R$ -ban Q hullámot nem észleltek, a V_8R felé haladva a QR és QS komplexusok száma növekedett. Az R/S arány a V_8R elvezetésben volt a legnagyobb, a r' leggyakrabban (20,5%-ban) a V_6R elvezetésekben fordult elő. Minden jobb mellkasi elvezetésben ST elevatiót találtak a J ponttól 0,08 sec-mal, leggyakrabban (91%-ban) a V_2R -ben. Egészségeseknél jobb mellkasi elvezetésekben a T hullám mindhárom formáját (pozitív, negatív és izoelektromos) észlelték különböző variációkban.

The normal ECG in right chest wall leads. QRS complex, ST segment and T wave were investigated in V_1R-V_8R right chest wall leads in 122 healthy individuals (76 women, 46 men, mean age: 36,8 years). There was no Q wave in $V_{1-3}R$. Going towards V_8R , occurrence of QR and QS complexes increased. R/S ratio was the highest in V_8R , while second r wave (r') was found to be most frequent (in 20,5%) in V_6R . ST elevation at 80 msec after J point was found in all right chest wall leads, most frequently (in 91%) in V_2R . All three forms of T wave morphology (positive, negative, isoelectric) were observed in these leads.

Wilson (14, 15) alkalmazta elsőnek a szív elektromos aktivitásának tanulmányozására a mellkasi elvezetéseket, amelyet 1938-ban az Amerikai Kardiológus Társaság javaslata alapján standardizáltak. A későbbiekben széles körben elterjedt és a mai napig is alkalmazzuk rutinszerűen a bal praecordialis unipolaris elvezetéseket. A kézikönyvek és monográfiák is csak relatíve kis figyelmet fordítottak a jobb mellkasi elvezetésekre, de az utóbbi időben a jobb kamrai necrosis foglalkozó közlemények (5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13) felhívták a figyelmet ezen EKG elvezetések fontosságára. Jobb kamrai infarctusban többben (2, 5, 7) az ST-szakasz eleváltóságát tekintették körjelzőnek jobb mellkasi elvezetésekben. Ezen elvezetésekben a QRS-komplexus morfológiájával Merx és mtsai (11), valamint Braat és mtsai (2) foglalkoztak, de a legrészletesebb tanulmányt Morgera és mtsai-tól (10) olvashattuk e kérdésben. Mi (12, 13) a jobb mellkasi elvezetésekben levő QRS-komplexus és a coronarographia közötti kapcsolatot vizsgáltuk. Andersen és mtsai (1) egészségesekben értékelték a QRS morfológiáját V_3R-V_7R elvezetésekben.

Jelen tanulmányunkban egészséges embereknél $V_{1-8}R$ elvezetésekben vizsgáltuk az EKG-t, arra keresve választ többek között, hogy normális esetben hol fordul elő Q-hullám, ill. ST-szakasz eltérés, amely a jobb kamrai necrosis jelének tekinthető.

Anyag és módszer

122 egészséges embert vizsgáltunk (46 férfi és 76 nő), életkoruk 18 és 57 év között volt (átlagéletkor 36,8 év). Az egészségesek válogatásánál a következő kritériumokat szabtuk meg: 18 évnél

idősebb, 150 cm-nél magasabb és normál testsúlyú legyen (Broca-index $\pm 10\%$); anamnesisében szív, tüdő és központi idegrendszeri megbetegedés ne szerepeljen, systolés vérnyomása 160 Hgmm-t, diastolés értéke 90 Hgmm-t ne haladja meg, fizikális vizsgálata a szív és tüdő részéről kóros eltérést ne mutasson, mellkasi deformitással ne rendelkezzen, EKG képet befolyásoló gyógyszert ne szedjen. Mindenkinél 12 elvezetéses EKG készült fekvő helyzetben, ER 31 típusú MEDICOR készülékkel. Ezen kívül 6 jobb mellkasi elvezetés (V_3R-V_8R) is történt. V_3R-V_8R helye a V_{3-8} praecordialis elvezetések tükörképei a jobb mellkasfalán. V_1R -nek a V_2 felelt meg, V_2R -nek pedig a V_1 unipolaris praecordialis elvezetés. Ha a fenti feltételeknek megfelelt a személy és a 12 elvezetéses konvencionális EKG-ja kóros eltérést nem mutatott, akkor használtuk fel a jobb mellkasi elvezetéseit a további értékelésnél. A $V_{1-8}R$ elvezetésekben vizsgáltuk a QRS-komplexus elemeinek nagyságát mm-ben kifejezve, és az R/S arányát. Megmértük 25 mm/sec EKG papírsebesség mellett a Q-hullám szélességét másodpercekben, valamint az ST-szakasz deviációját J ponttól 0,08 sec-nyi távolságra mm-ben, valamint vizsgáltuk a T-hullám alakját. Az EKG jobb megítélése végett 2 mV-os (20 mm) hitelesítés mellett végeztük el a jobb mellkasi EKG elvezetéseket, így az amplitúdók nagyságának megadásánál kettővel osztottuk eredményeinket.

A kapott 12 892 adatot számítógéppel dolgoztuk fel, megadva az átlagot, a standard deviációt (S. D.) valamint a határértékeket.

Eredmények

Jobb mellkasi EKG elvezetésekben $V_{1-3}R$ -ben Q-hullámot nem találtunk és a V_4R -ben is csak egy esetben láttunk QS komplexust, amely 0,8%-os gyakoriságot jelent. V_5R -tól V_8R -ig a Q hullám és QR komplexusok száma fokozatosan növekedett.

A Q hullám amplitudójának és szélességének alakulását az 1. táblázatban figyelhetjük meg.

1. táblázat: Q hullám előfordulása, szélessége és amplitúdója

	Q hullám							
	Előfordulása		szélessége (sec)			amplitúdója (mm)		
	esetszám	%	Átlag	S. D.	határérték	átlag	S. D.	határérték
V ₁ R	0	0	—	—	—	—	—	—
V ₂ R	0	0	—	—	—	—	—	—
V ₃ R	0	0	—	—	—	—	—	—
V ₄ R	1	0,8	0,080	—	—	2,7	—	—
V ₅ R	9	7,3	0,046	0,026	0,020—0,080	0,63	0,51	0,05—1,35
V ₆ R	36	29,5	0,026	0,014	0,010—0,080	0,35	0,25	0,05—1,00
V ₇ R	66	54	0,025	0,010	0,010—0,060	0,38	0,23	0,05—1,25
V ₈ R	88	72,1	0,028	0,021	0,010—0,080	0,47	0,30	0,05—1,85

Az R hullám nagyságát és a QS komplexusok (R hullám nincs) előfordulását a 2. táblázatban tüntettük fel.

Az S hullámot vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy V_{1–3}R-ben minden esetben látható volt ezen hullám és a

2. táblázat: R hullám előfordulása és amplitúdója

	R hullám				
	előfordulása		amplitúdója (mm)		
	esetszám	%	átlag	S. D.	határérték
V ₁ R	122	100	2,15	1,17	0,25—6,00
V ₂ R	122	100	0,91	0,68	0,10—5,50
V ₃ R	122	100	0,77	0,67	0,10—5,75
V ₄ R	121	99,2	0,58	0,47	0,10—3,75
V ₅ R	117	96	0,43	0,28	0,10—1,75
V ₆ R	113	93	0,31	0,29	0,10—2,00
V ₇ R	113	93	0,45	0,39	0,10—1,75
V ₈ R	107	88	0,65	0,55	0,10—2,25

V₈R felé haladva egyre növekedett. Az S hullám előfordulását a 3. táblázatban foglaltuk össze.

Az R és S hullám egymáshoz viszonyított arányát vizsgálva a legkisebb értékeket a V₂R-ben találtuk, amely V₆R kivételével növekvő tendenciát mutatott. A számszerű értékeket a 4. táblázat tartalmazza.

Jobb mellkasi elvezetések QRS morfológiájának r'-vel jelzett hullámát is megfigyeltük. Leggyakrabban a V₆R-ben fordult elő (25 eset, 20,5%), legkevésbé (5 eset, 4%), a V₁R-ben mutatkozott.

A QRS komplexus J pontjától számított 0,08 másod-

3. táblázat: S hullám előfordulása és amplitúdója

	S hullám				
	előfordulása		amplitúdója (mm)		
	esetszám	%	átlag	S. D.	határérték
V ₁ R	122	100	4,01	1,57	0,75—8,50
V ₂ R	122	100	4,80	2,13	1,00—11,50
V ₃ R	122	100	2,89	1,10	0,50—5,50
V ₄ R	120	98,4	1,90	0,92	0,10—5,25
V ₅ R	114	93,5	1,26	0,65	0,10—3,00
V ₆ R	87	71,4	1,01	0,67	0,10—3,00
V ₇ R	55	45,1	0,92	0,66	0,10—2,60
V ₈ R	32	26,3	0,94	0,67	0,10—2,50

percnyi távolságra észlelt ST szakasz deviációt is értékeltük. Leggyakrabban (az esetek 91 %-ában) a V₂R-ben találtunk ST elevációt, amelynek mértéke is ebben az elvezetésben volt a legnagyobb. Eredményeinket az 5. táblázatban foglaltuk össze.

A T hullám változatos képet mutatott a jobb mellkasi elvezetésekben, megoszlását a 6. táblázatban figyelhetjük meg.

Megbeszélés

Napjainkban a jobb mellkasi EKG elvezetésekre kevés figyelmet fordítanak, ugyanakkor a jobb kamrai necrosis kimutatására Erhardt (7) már 1976-ban javasolta a V₄R elvezetést. Mivel a jobb praecordialis elvezetések könnyen elvégezhetők és értékes információkat tartalmaznak, több szerző (2, 5, 6, 9, 10, 11) vizsgálta ezeknek a

4. táblázat: R/S arány alakulása

	RS		
	átlag	S. D.	határérték
V ₁ R	0,54	0,59	0,06—4,00
V ₂ R	0,19	0,18	0,0,1—1,0
V ₃ R	0,27	0,23	0,01—1,50
V ₄ R	0,31	0,66	0,01—4,00
V ₅ R	0,34	0,50	0,03—3,00
V ₆ R	0,31	0,59	0,05—4,00
V ₇ R	0,48	0,57	0,03—3,00
V ₈ R	0,68	0,83	0,02—4,00

5. táblázat: ST eleváció és mértéke

	Izoelektromos ST szakasz		ST eleváció (mm)		
	esetszám	%	átlag	S. D.	határérték
V ₁ R	69	56,5	0,24	0,21	0,125—1,25
V ₂ R	11	9,0	0,41	0,32	0,125—1,50
V ₃ R	31	25,4	0,25	0,18	0,125—1,50
V ₄ R	41	33,6	0,20	0,12	0,125—0,75
V ₅ R	56	45,9	0,16	0,09	0,125—0,50
V ₆ R	58	47,5	0,18	0,11	0,125—0,50
V ₇ R	65	53,2	0,25	0,17	0,125—0,85
V ₈ R	43	35,2	0,31	0,20	0,125—1,00

6. táblázat: T hullám morfológiája

	T hullám					
	pozitív		negatív		izoelektromos	
	esetszám	%	esetszám	%	esetszám	%
V ₁ R	84	68	33	27	5	4
V ₂ R	44	36	71	58	7	6
V ₃ R	55	45	57	47	10	8
V ₄ R	39	32	71	58	12	10
V ₅ R	24	20	87	71	11	9
V ₆ R	17	14	94	77	11	9
V ₇ R	13	10	93	76	16	13
V ₈ R	11	9	93	76	18	15

jelentőségét. *Camerini és mtsai* (4) jobb kamrai hypertrophiában tanulmányozták elsőként a V₄R elvezetéseket. Sectióval igazolt jobb kamra hypertrophia nélküli esetekben 73 alkalommal találtak rS komplexust. *Camerini és Davis* (3) 50 egészségesnél V₄R-ben 48%-ban rS komplexust észlelt, míg 52%-ban rSr', vagy rsr' konfigurációt figyelt meg. *Morgera és mtsai* (10) 82 esetet vizsgálva V₃R-ben 100%-ban, V₄R-ben 92%-ban rS komplexust észleltek, a második R hullám gyakorisága és nagysága a jobb mellkasfali laterális elvezetésekben emelkedett. *Ginefra és mtsai* (8) 68 egyén vizsgálatánál V₃R és V₄R-ben minden esetben (100%) rS komplexust írtak le. *Andersen és mtsai* (1) 109 személynél tanulmányozták a jobb mellkasi elvezetésekben észlelt QRS komplexust, ST szakaszt és T hullámot. Ők V₃R-ben 98%-ban rS, vagy rSr' konfigurációt találtak, V₄R-ben 91%-ban látták ugyanezt. A második R hullám előfordulása és amplitúdója jobb mellkasi laterális elvezetésekben nőtt, ezzel egyidejűleg r és S hullám amplitúdója és gyakorisága csökkent. Vizsgálatuk

szerint mély belégzés, vagy kilégzés lényegesen nem változtatja meg az r és S hullám nagyságát, valamint az ST szakasz deviációját V₄R elvezetésben.

Mi (12) selectiv coronarographiával vizsgált és ép koszorúérrel rendelkező 46 egyénnél a V₃₋₄R elvezetésekben mindig rS, vagy rSr' komplexust találtunk, akiknél az ST szakasz izoelektromos volt.

Az emberi szívben a terminális excitatio a jobb kamra posterobasalis csúcsi területén van, így a második R hullám kialakulásában ezen terület depolarizációjának tulajdonítanak jelentőséget (3). A jobb kamra posterobasalis részének elhalásakor a második R hullám amplitúdója csökken (1).

Több szerző (2, 5, 7) szerint az akut jobb kamrai necrosis korai időszakában ST elevatio figyelhető meg. Korábbi munkánkban (12, 13) a rehabilitáció fázisában ezt az eltérést már csak elvétve észleltük.

Eredményeink azt igazolják, hogy a V₁₋₃R elvezetésekben egészségeseknél Q hullám nem észlelhető, a V₈R

felé haladva gyakoriságuk fokozatosan nő, a V_4R -ben a Q hullám előfordulása minimális. Az R és S hullám aránya a V_2R -ben a legkisebb, az r' leggyakrabban a V_6R elvezetésben látható.

A $V_{1-3}R$ elvezetés bármelyikében az ST szakasz elevatio egészségeseknél megtalálható, de ez nem haladja meg az 1,5 mm-t. Az ST elevatio a legkifejezettebb és leggyakoribb a V_2R -ben, a V_4R -ben nem éri el az 1 mm-t. A T hullám a jobb mellkasi elvezetésekben változatos képet mutat, mindhárom alak (negatív, pozitív, izoelektromos) előfordul, így bármelyik alak fiziológiának tekinthető.

IRODALOM: 1. Andersen, H. R., Nielsen, D., Hansen, L. G.: The normal right chest electrocardiogram. J. Electrocardiol., 1987, 20, 27. — 2. Braat, S. H. 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. — 3. Camerini, F., Davies, F. G.: Secondary R waves in right chest leads. Br. Heart J., 1955, 17, 28. — 4. Camerini, F., Goodwin, J. F., Zoob, M.: Lead V_4R in right ventricular hypertrophy. Br. Heart J., 1956, 18, 13. — 5. Candella-Riera, J. és mtsai: Right ventricular infarction: Relationships between ST segment elevation in V_4R and hemodynamic, scintigraphic and echocardiographic findings in patients with acute inferior my-

ocardial infarction. Am. Heart J., 1981, 101, 281. — 6. Croft, C. H., és mtsai: Detection of acute right ventricular infarction by right precordial electrocardiography. Am. J. Cardiol., 1982, 50, 421. — 7. Erhardt, L. R.: Right ventricular involvement in acute myocardial infarction. Eur. J. Cardiol., 1976, 4, 411. — 8. Ginefra, P. és mtsai: Derivagões torácicas direitas e abdominais em indivíduos normais e no infarto do ventrículo direito. Arq. Bras. Cardiol., 1982, 39, 72. — 9. Klein, H. O. és mtsai: The early recognition of right ventricular infarction: Diagnostic accuracy of the electrocardiographic V_4R lead. Circulation, 1983, 67, 558. — 10. Morgera, T. és mtsai: Right precordial ST and QRS changes in the diagnosis of right ventricular infarction. Am. Heart J., 1984, 108, 13. — 11. Merx, W. és mtsai: Rechtsherzinsuffizienz beim Infarkt der rechten Kammer. Deutsche Med. Wschr., 1982, 107, 565. — 12. Szász K., Somfay A., Horváth L.: Hátsófalú myocardialis infarctushoz társuló jobb kamrai infarctus EKG és coronarographiás jelei a rehabilitáció időszakában. Orv. Hetil., 1986, 127, 2617. — 13. Szász, K., Somfay, A., Horváth, L.: EKG- und Koronarographische Zeichen eines einem Vorderwandherzinfarkt hinzugeetretenen rechtsventrikulären Infarkts in der Rehabilitationsphase. Z. Kardiolog., 1987, 76, 576. — 14. Wilson, F. N. és mtsai: Electrocardiograms that represent the potential variations of a single electrode. Am. Heart J., 1934, 9, 447. — 15. Wilson, F. N. és mtsai: The precordial electrocardiogram. Am. Heart J., 1944, 27, 19.

(Szász Károly dr. Deszk, Alkotmány u. 28. 6772)

Az Egészségügyben Dolgozók Szakszervezeteinek Szövetsége (EDSZSZ) pályázatot hirdet

szövetségi titkári

munkakör betöltésére.

Feladata és hatásköre:

- a Szövetségi Tanács felhatalmazása alapján az alapszabályban és a programban foglaltaknak megfelelően képviseli a Szövetséget
- munkáltatói jogkört gyakorol a szövetségi apparátus felett a Szövetségi Tanács előzetes egyetértésével.

A munkakör betöltésének feltételei:

- felsőfokú végzettség
- büntetlen előélet.

A pályázat elbírálásánál előnyben részesül, aki az ágazatban végzett tíz éves szakmai, ezen belül öt éves vezetői tevékenységgel, továbbá széles körű szakszervezeti mozgalmi ismeretekkel és gyakorlattal rendelkezik.

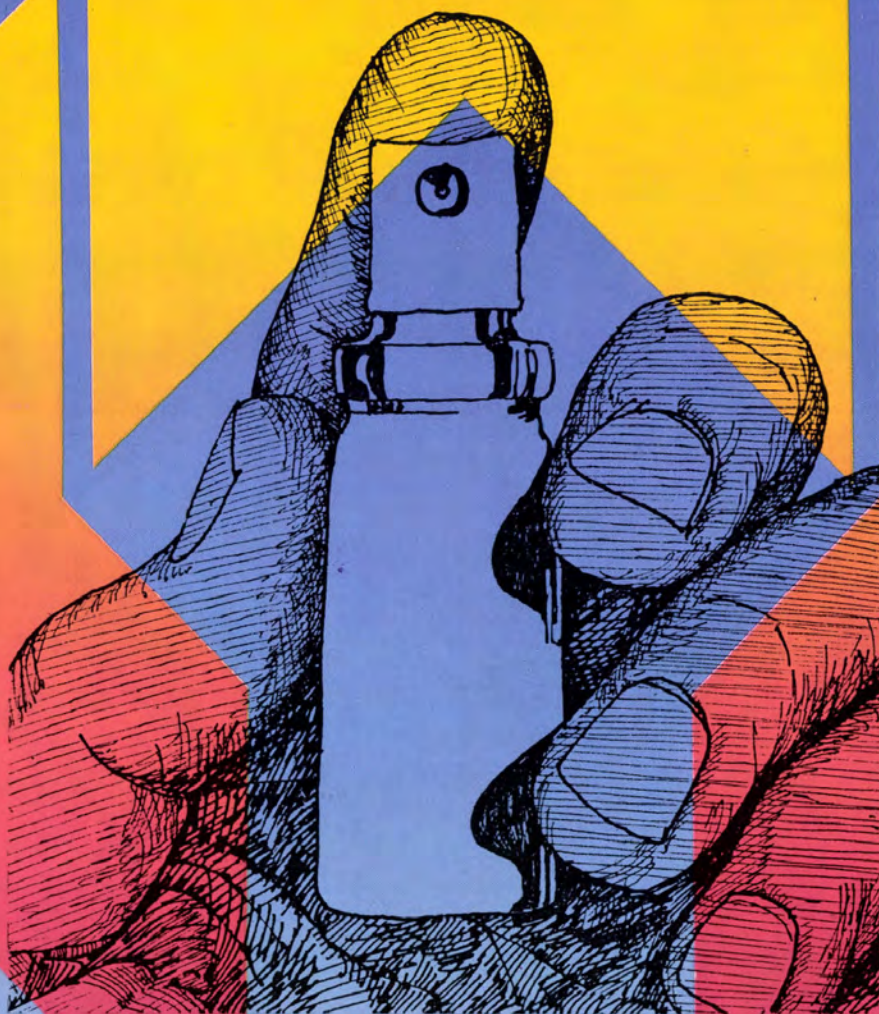
Bérezés: a szakmai végzettség, gyakorlati idő és tudományos fokozat figyelembevételével: 35 000 forinttól, — megállapodás szerint. A tisztség betöltéséről — a pályázatok alapján — a szövetségi kongresszus dönt. A munkakör határozott időre, három évre szól, amely — alkalmasság esetén — még egy választási ciklusra meghosszabbítható. Lakást biztosítani nem tudunk!

A pályázatot írásban, részletes önéletrajzzal lehet benyújtani a hirdetéstől számított 20 napon belül a következő címre: Egészségügyi Dolgozók Szakszervezeteinek Szövetsége, Budapest, V., Münnich Ferenc utca 32. (1051).

Érdeklődni személyesen vagy telefonon: Kállai Pálné dr., az EDSZSZ megbízott ügyvezető titkáránál, — ahol a szövetségi alapszabály és a program is megtekinthető.

Telefon: 111-0467; 153-3218

Szövetségi Tanács



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, szűzkúgú 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, palpitáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagolásakor ritkán cianózis és methemoglobinémia előfordulhatnak.

Gyógyszerkölcsönhatás: 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 terhességben 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 vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 1 palack (10 g)



EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST



Valikovics Attila dr.,
Bereczki Dániel dr.,
Csiba László dr.,
Varga József dr.*,
Kollár József dr.**,
Fekete István dr.,
Csépany Tünde dr.
és Sikula Judit dr.**

Dinamikus agyszcintigráfiás vizsgálatok számítógépes elemzésének jelentősége cerebrovascularis betegek vizsgálatában

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Ideg- és Elmegyógyászati Klinika
(igazgató: Molnár László dr.)
Központi Izotópdiaosztikai Laboratórium* (I. sz. Belklinika)
(igazgató: Leővey András dr.)
és Radiológiai Klinika**
(igazgató: Vargha Gyula dr.)

Negyvenegy cerebrovascularis beteg dinamikus agyszcintigráfiás vizsgálatát végezték a szerzők. Számítógép segítségével parametrikus képeket készítettek, melyek diagnosztikus értékét az angiográfiás leletekhez, illetve a klinikai tünetekhez viszonyították. A vizsgálatok megfelelő program birtokában végezhetők a sok kórházban rendelkezésre álló magyar gyártmányú gamma-kamerával. A parametrikus képek vizsgálatával a módszer megbízhatósága fokozható. Legérzékenyebbnek és legpontosabbnak a mediánszűréssel simított képsor vizuális elemzése, legspecifikusabbnak a maximumidő-kép (T_{max}) bizonyult. A beteg számára nem megterhelő dinamikus agyszcintigráfiát a korszerű angiográfia (DSA), foton emissziós komputerizált tomográfia, vagy pozitron emissziós tomográfia hiányában hasznos szűrővizsgálatnak tartják, alkalmazását javasolják.

Significance of the computer analysis of dynamic brain scintigraphy in the examination of patients with cerebrovascular diseases. Dynamic cerebral scintigraphy was performed on 41 patients with cerebrovascular disease. The diagnostic value of parametric images formed by a computer was correlated to angiographic findings and clinical signs, respectively. Having the appropriate software these examinations can be performed with traditional gamma-cameras. Analysis of parametric pictures increases the reliability of the method. Analysis of cinematic display of serial images had the highest sensitivity and accuracy, while time-of-maximum pictures had the highest specificity. In departments, where digitized subtraction angiography, single photon emission computed tomography or positron emission tomography is not available, the non invasive dynamic brain scintigraphy is a useful screening method, its application is prosposed by the authors.

Az agy megbetegedéseinek vizsgálatára 1948 óta alkalmaznak izotópdiaosztikai eljárásokat (10). Statikus, majd később dinamikus vizsgálatokkal tanulmányoztak agytumороkat és agyi keringési zavarokat. A statikus szcintigráfiához képest a dinamikus vizsgálatok kétszeresére növelték a pozitív leletek számát cerebrovaszkuláris megbetegedésekben (2).

A dinamikus agyszcintigráfia (radionuklid cerebrális angioszcintigráfia) módszerét elsőként Owens (11) írta le. A vizsgálat lényege a bolus-szerűen intravénásan beadott radiofarmakon átáramlásának regisztrálása a nyaki és az agyi erek felett, gamma-kamerás sorozatfelvételekkel.

Kulcsszavak: számítógépes dinamikus agyszcintigráfia, cerebrovascularis betegségek

Rövidítések: DSA: digitális subtractió angiográfia, PET: pozitron emissziós tomográfia, SPECT: single photon emission computed tomography, DTPA: dietiléntriamin-pentaacetát, KS: képsor, T_{max} : maximumidő kép, C_{max} : maximális beütésszám, SU: összegkép, ACI: arteria carotis interna, ACM: arteria cerebri media, ACA: arteria cerebri anterior, ACP: arteria cerebri posterior, TIA: transiens ischaemiás attack.

Vizsgálataink tapasztalatai alapján áttekintjük a dinamikus agyszcintigráfia lehetőségeit és értékét a cerebrovascularis betegségek diagnosztikájában. A szcintigráfiás eredményeket az angiográfiás és/vagy ultrahangos leletek mellett a klinikai tünetekkel vetettük össze. Vizsgálatunk célkitűzése az volt, hogy megállapítsuk, az egyéb nem károsító vizsgálati lehetőségek (CT illetve ultrahang) hiányában milyen diagnosztikus értéke van a dinamikus agyszcintigráfia végzésének. Vizsgáltuk azt is, melyik paraméter ad elfogadható pontosságú információt az aktuális agyi átáramlási viszonyokról, csökkentheti-e a módszer a jelentős kockázattal járó angiográfiás vizsgálatok számát. Egy esetben lehetőségünk volt thrombendarterectomia műtét előtt és után összehasonlító vizsgálatok végzésére. Kellő számú ilyen vizsgálat után újabb adatokhoz juthatunk a keringésvajító műtétek indikációjának megítéléséhez.

Módszerek

Vizsgálatainkat 41 cerebrovascularis betegen végeztük (32 férfi, 9 nő), a betegek átlagéletkora 53 év volt (18–76 év, median: 52 év). A szcintigráfiás vizsgálat előtt a betegek tüneteit a Mathew-skála (8) szempontjainak figyelembevételével 0–3 pon-

tig értékeltük (0 pont: a tünetmentes, 1 pont: enyhe tünetek, 2 pont: közepesen súlyos tünetek, 3 pont: önmagát ellátni képtelen beteg). Az agyi érrelváltozás helyét angiográfiával (38 esetben), illetve 3 esetben bidirekcionális Doppler-vizsgálattal (3) határoztuk meg.

A dinamikus agyszcintigráfias vizsgálatok végzése és értékelése. 500 MBq, ^{99m}Tc -DTPA bolus-szerű intravénás beadása után azonnal 35 db 1 s-os, 64×60 képelemes felbontású képet rögzítettünk anterior illetve vertex irányból az MB-9100 típusú gammakamerához csatlakozott MB-9101/a típusú adatfeldolgozóval (Gamma Művek, Budapest). A mellkas felől érkező sugárzás zavaró hatásának csökkentésére egy speciálisan kiképzett ólomköpenyt helyeztünk a vizsgált betegekre. A képsoron előfeldolgozásként 3-dimenziós (síkban és időben történő) medián-szűrést végeztünk.

Alkalmazott módszerek

A számítógépes adatfeldolgozás során a SEGAMS rendszerre épített program (16) segítségével a következő paramétereket vizsgáltuk. A képsor (KS) mozszerű vetületekor azt figyeljük, hogy a kétoldali erek ill. az agyféltekék aktivitásfelvétele szimmetrikus-e minden képen.

Idő-aktivitás görbék: a két agyfélteke identikus vetületeire kapott görbék összehasonlítása.

A maximumidő-kép ($T_{\max}$) minden egyes képeleme attól függően van színekkel, illetve szürkeshalván kódolva, hogy az adott képelem idő-aktivitás görbéje mikor érte el a legnagyobb beütésszámot.

A maximális beütésszám ($T_{\max}$) — a kép minden eleme a vizsgálat során elért legnagyobb értéket tartalmazza.

Az összegkép (SU) az első aktivitás-hullám átfolyása alatt felvett képek összege. Ezt megsimítottuk és a lokális hisztogramkiegénylítésen alapuló eljárással kontrasztosítottuk.

A fentiekén kívül alkalmazott módszerek

A vertex irányú vizsgálatok során a fenti paramétereken kívül vizsgáltuk az áthaladási időképet (a képelemenkénti idő-aktivitás görbék félértékszélességével arányos szint kap az illető képelem; a képelem maximális beütésszáma felének első és utolsó elérése között eltelt időtartam), az ürülési idő képet (képelemenként a maximumról a maximum felére csökkenési ideje), a küszöbidő képet: (képelemenként azt az időpontot tartalmazák (szinkódolva), amikor az illető képelem tartalmazza először, illetve utoljára halad meg egy rögzített küszöbszintet).

Félkvantitatív értékelés

Az említett paramétereket illetve parametrikus képeket 5 fokozatú skálán értékeltük: 1: kifejezetten kóros bal oldal (BB) — 2: feltételezhetően kóros baloldal (B) — 3: nincs különbség a két félteke között (0) — 4: feltételezhetően kóros jobb oldal (J) — 5: kifejezetten kóros jobb oldal (JJ). A dinamikus agyszcintigráfias leleteket az angiográfiás (illetve ultrahangos) leletekkel vetettük össze a módszer alkalmazhatósága korlátainak vizsgálatok. A vizsgálati módszerek értékelésekor használt fogalmak:

1. Szenzitivitás (a betegben pozitív) = $100\% \times (\text{valódi pozitív}) / (\text{valódi pozitív} + \text{álnegatív})$.
2. Specifititás (az egészségesben negatív) = $100\% \times (\text{valódi negatív}) / (\text{valódi negatív} + \text{álpozitív})$.
3. Validitás = $100\% \times (\text{valódi negatív} + \text{valódi pozitív}) / \text{összes eset}$.

Eredmények

1. Kapcsolat a szcintigráfias és angiográfiás leletek között

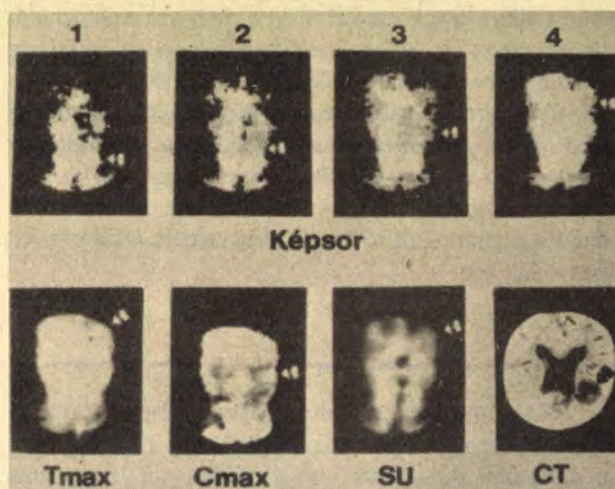
Az 1. táblázatban a betegek száma látható az angiográfiával, illetve bidirekcionális Doppler vizsgálattal megállapított diagnózisok szerint [az occlusió csoportba tartoznak: az arteria cerebri media (ACM), anterior (ACA) és posterior (ACP) occlusio, Moyamoya-betegség; a steno-

1. táblázat: A betegek csoportosítása az angiológiai lelet alapján

Diagnózis	Angiográfiával	Dopplerrel
Occlusio	17	1
Stenosis	13	—
Angiológiai eltérés nélkül	8	2
Összesen	38	3

2. táblázat: A paraméterek diagnosztikus értéke

Paraméter	KS (n = 39)	T _{max} (N = 40)	C _{max} (n = 41)	SU (n = 36)
Szenzitivitás	34 39	24 40	33 41	26 36
Specifititás	22 39	30 40	20 41	18 36
Validitás	30 39	25 40	29 41	24 36

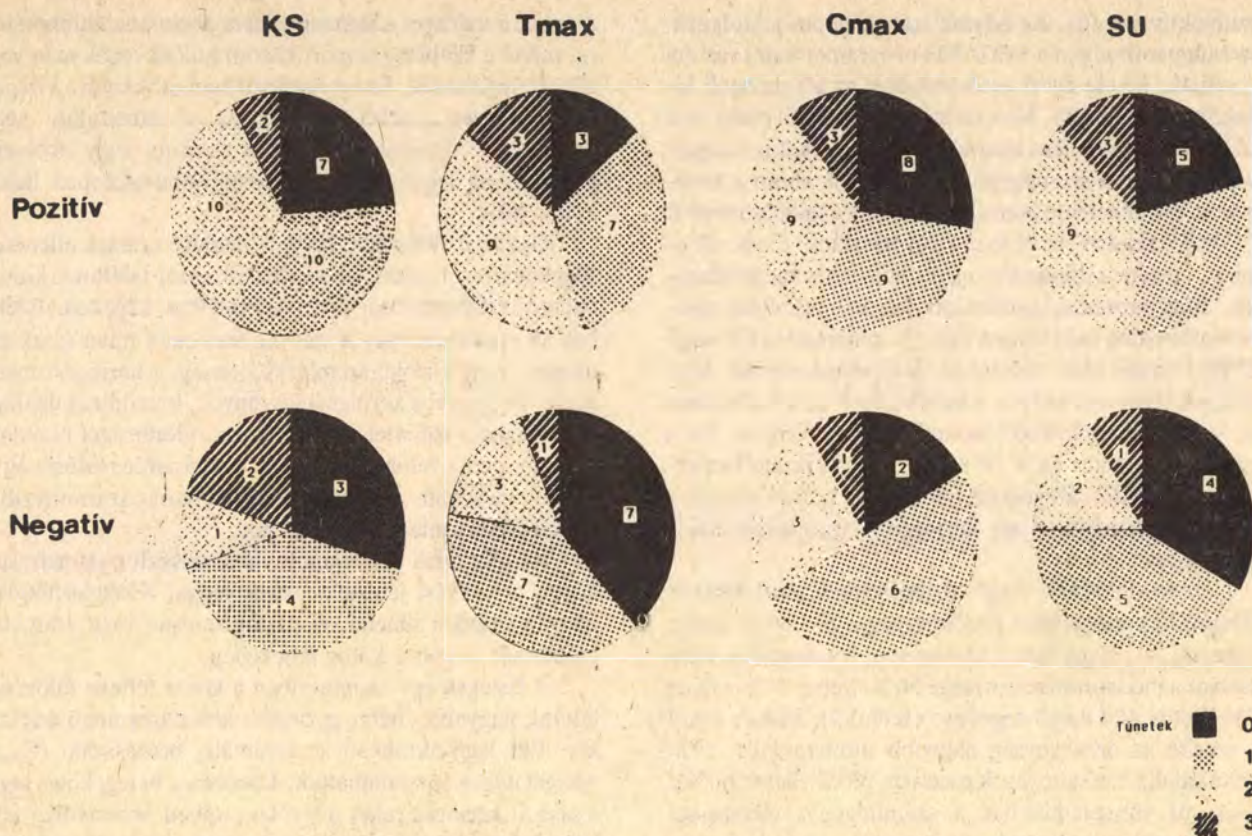


1. ábra: Bal oldali arteria carotis interna occlusio. Jól látható, hogy a jobb féltekében már az anterior irányú képsor 1. képen is jelentős aktivitás van, amikor a bal oldalon a carotis oszlás magasságában (nyíl) „elakad” az aktivitás. A képsor többi képen is jelentős aktivitás különbség van a bal félteke rovására (nyilak). A C_{max}, T_{max} és a SU értékei is a bal félteke károsodott véráramlására utalnak (nyilak). A CT felvételen a bal féltekében kiterjedt lágyulás látható (nyíl).

sisos csoportba soroltuk az arteria carotis interna (ACI), illetve ACM-stenosis, illetve kinkinget és tortuositást].

A 2. táblázat a vizsgált paraméterek angiográfiás lelethez viszonyított szenzitivitását, specifitását és pontosságát tartalmazza.

Az 1. ábrán egy beteg vizsgálata során nyert parametrikus képeket mutatjuk be. A képen tetszőlegesen kijelölhető területek áramlási viszonyait a számítógép görbe formájában is megjelenítheti, így lehetőség van például a két félteke indetikus területeiben az áramlási viszonyok objektív összehasonlítására.



2. ábra: Kapcsolat a parametrikus képek körjelző értéke és a klinikai tünetek súlyossága között. A felső sorban a pozitív, az alsóban a negatív szcintigráfias esetek szerepelnek. A körcikkekben a betegek száma látható.

2. Kapcsolat a klinikai tünetek súlyossága és a szcintigráfias leletek között

A számított paraméterek és a klinikai tünetek súlyossága közötti kapcsolatot mutatjuk be a 2. ábrán. Egy esetben lehetőségünk volt érműtét előtti és utáni vizsgálatok végzésére, ennek eredményei a 3. táblázatban láthatók.

3. táblázat: Összehasonlító vizsgálatok bal oldali carotis endarteriectomia műtét előtt és után

Paraméter	Idő-akt.	Tmax	Cmax	Su
Műtét előtt	BB	BB	BB	BB
Műtét után	BB	0	B	BB

BB: kifejezetten kóros szcintigram a bal oldalon
B: feltételezhetően kóros szcintigram a bal oldalon
0: normális szcintigram

Megbeszélés

Statikus agyszcintigráfias vizsgálatokkal az agyin-farktus után néhány hétig a vér-agy gát károsodásának megfelelően izotópdúsulást találhatunk a károsodott területben, a későbbiekben ezzel a vizsgálóeljárással a lágyult terület nem mutatható ki (9, 15). A statikus szcintigráfias

felvételek a modern, kontrasztanyagot használó CT felvételekkel összehasonlítva új információt nem adnak; a CT vizsgálat pontossága és feloldóképessége is jobb.

Dinamikus szcintigráfias vizsgálatokkal nem a szöveti károsodás fokát, hanem az átáramlási viszonyokat vizsgáljuk. Egyes esetekben (pl. TIA után) olyan betegeken, akiknek nincs klinikai tünetük, a fenyegető stroke-ot jelezve fontos információ lehet, ha ismereteink vannak a fenyegetett terület tüneteket még nem okozó véráramlás csökkenéséről. Ha a véráramlás csökkenés hátterében sebészileg megoldható elváltozást sikerül felderítenünk, esetleg olyan esetekben is javasoljuk a keringésjavító műtétet (carotis endarteriectomia, illetve extra-intracranialis anastomosis), melyekben a véráramlás csökkenés ismerete nélkül esetleg a konzervatív kezelés mellett foglalnánk állást. A kérdés eldöntésére illetve vizsgálatára pontosabb módszer lenne a PET (pozitron emissziós tomográfia), illetve a SPECT (single photon emission computed tomography), de ezen módszerek rutinszerű alkalmazására jelenleg még nincsenek meg a feltételek. A dinamikus szcintigráfias vizsgálatok elemzése leggyakrabban a képernyő mechanikus fényképezésével, a vizsgált feltételek vizuális (5), esetleg fotodenzitometriás (1) értékelésével történt. Kismértékű, gyors változásoknál a vizuális elemzés nagyon szubjektív lehet. A gamma-kamera kimenő jeleinek számítógépes elemzése kvantitatív megközelítést tesz lehetővé és csökkentheti a felvételek értékelésekor

a szubjektivitást (6). Az adatok számítógépes feldolgozására Magyarországon a SEGAMS programot már évek óta használják, a vele nyert eredményeket az alkalmazók kiértékelőnek tartják (15). Mi a rutinvizsgálatokban eddig erre a célra általánosan nem használt paramétereket is vizsgáltunk, melyeket a szcintigráfias vizsgálatok során a felvételesorozatok képelemenkénti számítógépes feldolgozásával [SEGAMS rendszerre építve, (16)] nyertünk. Ezek alkalmazása növelte a dinamikus agyszcintigráfia megbízhatóságát. Magyarország kórházainak jelentős részében egyelőre elérhetetlen cél jó minőségű (3. generációs) CT vagy a SPECT beszerzése, viszont az izotópdiaosztikai laboratóriumokban sok helyen rendelkezésre áll az általában csak statikus vizsgálatokra használt gamma-kamera. Ha a megfelelő program és a szükséges izotóp rendelkezésre áll, minden külön kiegészítő berendezés nélkül alkalmas ez a gamma-kamera az agy keringési viszonyainak tanulmányozására.

Cerebrovascularis megbetegedésekben a dinamikus szcintigráfias vizsgálatok érzékenységét 37–86% között adják meg (4). Nagy betegszám esetén, 8 sorozatkép vizsgálatával a módszer érzékenysége 56% illetve 64% volt az ACM illetve ACI megbetegedése esetén (2). *Fish és mtsai* (4) szerint az érzékenység nagyobb intracranialis, mint extracranialis érelváltozások esetében (85% illetve 68%).

A mi vizsgálatainkban a számítógépes elemzéssel nyert paraméterek közül *legérzékenyebbnak és legpontosabbnak a mediánszűrővel simított képsor vizuális elemzése, legspecifikusabbnak a T_{max} bizonyult, ezért elsősorban ezek használatát javasoljuk.*

Ki kell térnünk arra, hogy egyes esetekben az angiográfiával igazolt elváltozások miért nem okoznak oldalkülönbséget a szcintigrammokon. *Strauss és mtsai* (14) szerint legalább 10–20% átáramlási különbség kell a detektálhatósághoz. A módszer fogyatékoságain kívül álnegatív szcintigráfias leletet okozhat még:

1. kisfokú, vagy csak átmeneti vérátáramláskülönbség,
2. a keringésszavar occipitalis vagy basalis elhelyezkedése,
3. jól fejlett kollaterális keringés,
4. hemodinamikailag nem szignifikáns occlusiv megbetegedés (4).

Az álpozitív esetekben negatív angiogrammok mellett találunk eltérést a dinamikus szcintigráfiával. *Rosenthal és mtsai* (12) egészségesek 17%-ában találtak detektálható különbséget a két félteke között. Tíz betegünkben nem találtunk morfológiai elváltozást az ereken, mégis 25–50%-ban volt különbség a szcintigrammokon a két félteke között. A kóros értékek a paramétertől függően csak 10–25%-ban utaltak a tüneteknek megfelelő félteke csökkent áramlására. Ez a 10 beteg azonban nem tekinthető egészséges kontrollnak, a talált elváltozások hátterében valódi áramláskülönbségek is lehetnek.

Bár egyes vélemények szerint ACI occlusióban a módszer érzékenysége nagyobb, mint ACI stenosisban (78% illetve 50%, [5]), és a képsor elemzése, a C_{max} és az összekép a mi vizsgálatainkban is nagyobb érzékenységű volt occlusio, mint stenosis esetén (a paraméterektől függően 50–94%, illetve 58–80%). Nem tekinthető alkal-

masnak a módszer a stenosis illetve occlusio elkülönítésére, mivel a két betegcsoport közötti különbségek nem voltak szignifikánsak. Ez önmagában nem csökkenti a vizsgálati módszer értékét, hiszen ha a dinamikus agyi szcintigram alapján felvetődik a stenosis vagy occlusio gyanúja, az angiográfia elvégzése mindenképpen indokoltá válik.

Gyakran előfordult, hogy a meglévő tünetek ellenére, függetlenül a tünetek súlyosságától, nem találtunk kimutatható oldalkülönbséget a parametrikus képeken. Ezekben az esetekben vagy a már említett okok miatt (csak átmeneti, vagy kisfokú áramláskülönbség, a keringési zavar helye, kollaterális keringési viszonyok, hemodinamikailag nem jelentős szűkület) nem tudtunk különbséget kimutatni, vagy pedig valóban megszűnt az átáramláskülönbség a két félteke között. A klinikai tünetek viszont az irreverzibilis károsodás miatt megmaradtak.

Ha a klinikai tüneteken kívül a vizsgált parametrikus képek is eltérést jeleztek, akkor joggal feltételezhetjük, hogy a klinikai tünetekkel párhuzamosan még áramláscsökkenés is volt a kóros féltekében.

A betegek egy csoportjában a kóros félteke fölött találtunk nagyobb, illetve gyorsabb áramlásra utaló értékeket. Ezt leggyakrabban a maximális beütésszám (C_{max}) vizsgálatokor tapasztalhattuk. Ezekben a betegekben vagy a lassult keringés miatt a terület ereiben átmenetileg felhalmozódó aktivitást detektáltuk, vagy az ún. „luxus perfúziót” (7), amit hasonló betegeken, hasonló módszerrel már mások is leírtak (13). Meg kell azonban említenünk, hogy az utóbb említett szerzők ezt a jelenséget jóval ritkábban találták; az általuk vizsgált betegek 9 ezrelékében, és csak az agyi keringésszavar kialakulását követő 5–14. nap között.

A vizsgálati módszer az általunk alkalmazott számítógépes feldolgozás mellett sem éri el az angiográfia illetve a CT jelentőségét, de viszonylagos olcsósága, nem károsító jellege miatt nem vált fölöslegessé a modern, veszélytelen eljárások birtokában sem. Az arteria temporalis superficialis és az arteria cerebri media közötti (ATS-ACM) bypass illetve a carotis thrombendarteriectomia eredmények elbírálásához (műtét előtti, illetve műtét utáni vizsgálatok) szintén hasznos információkat adhat az eljárás, mely kellő számú vizsgálat után segítséget adhat az agyi keringésjavító műtétek indikációs területének megállapításához, illetve kiszélesítéséhez.

A dinamikus szcintigráfia tehát szűrővizsgálatnak tekintendő. Ahol nincs lehetőség korszerű angiográfias vizsgálatok, CT, SPECT vagy PET végzésére, ott — fogyatékoságai ellenére is — hasznos módszer. Ott, ahol a többi vizsgálati eljárás is végezhető, a dinamikus agyi szcintigráfia kiegészítő jellegű szűrővizsgálat, használatát mindenképpen indokoltnak találjuk, elterjesztését javasoljuk.

Köszönetnyilvánítás: A munka az MTA (AKA 1-3-86-309) támogatásával készült.

IRODALOM: 1. *Bartolini A:* Regional arm-brain mean transit time in the diagnostic evaluation of patients with cerebral vascular disease. *Stroke* (1981) 12, 241–245. — 2. *Cowan, R. J., Maynard, D. M., Meschan, I. és mtsai:* Value of the routine use of

the cerebral dynamic radioisotope study. Radiology (1973) 107, 111–116. — 3. Csiba L., Mogyorósy Zs., Kollár J.: Tapasztalataink bidirectionalis Dopplerrel az a. carotis diagnosztikájában. Magyar Radiológia (1988) 62, 317–222. — 4. Fish MB, Barnes, B., Pollycove, M.: Cranial scintiphotographic blood flow defect in ateriographically proven cerebral vascular disease. J. Nucl. Med (1973), 14, 558–564. — 5. Foo DL, Henrickson, L.: Radionuclide cerebral flow and carotid angiogram. Correlation in internal carotid artery disease. Stroke (1977) 8, 39–43. — 6. Janeway, R., Schweitzer G., Addario, D. és mtsai: Precision analysis of intravenous rapid sequence scintiphotography: Further experience with the gamma camera. In: Brain and Blood Flow, Russel RWR. ed, London, Pitman Medical and Scientific Publishing Co, Ltd, (1970) pp. 48–53. — 7. Lassen, NA.: The luxury perfusion syndrome and its possible relation to acute metabolic acidosis localized in the brain. Lancet (1966) 2, 1113–1115. — 8. Mathew, N. T., Meyer, J. S. Rivera, V. H.: Double blind evaluation of glycerol treatment in acute cerebral infarction. Lancet (1972): 2, 1327–1333. — 9. Molinari, G. G., Pricher, F., Heyman, A.: Serial brain scanning using technetium ^{99m} in patients with cerebral

infarction. Neurology (1967) 17, 627–636. — 10. Moore, G. E.: Use of radioactive diiodofluorescein in the diagnosis and localisation of brain tumors. Science (1948) 107, 569–571. — 11. Owens, G., Bender, M. A. Blau, M.: Radioisotopic (gamma) cerebral angiography: technical note. J. Neurosurg (1967), 27, 466–470. — 12. Rosenthal, L., Martin R. H.: Cerebral transit of perthchnetate given intravenously. Radiology, (1970) 94, 521–527. — 13. Snow R. M., Keys J. W.: The „luxury perfusion syndrome” following a cerebrovascular accident demonstrated by radionuclide angiography. J. Nucl. Med (1974), 15, 907–909. — 14. Strauss H. W., James A. E, Hurley, P. J. és mtsai: Nuclear cerebral angiography. Usefulness in the differential diagnosis of cerebrovascular accident and tumor. Arch Intern Med (1973) 131, 211–216. — 15. Széplaki Z., Tóth G., Antóny M.: Szcintigráfias vizsgálatok cerebrális infarktusbán. Ideggyógyászati Szemle (1984), 37, 538–546. — 16. Varga J.: Programrendszer gamma-kamerás vizsgálatok időparamétereinek képi kijelzésére. MEDICOMP '86, Szeged, (1986) p. 75.

(Valikovics Attila dr. Debrecen, Pf. 30. 4012)

Non multa sed multum.

(Nem sokfélét, hanem néhány valóban fontosat.)

Markusovszky gyakran idézte az ifjabb Plinius e mondását.

KLION®



infúzió tabletta hüvelykúp szuszpenzió

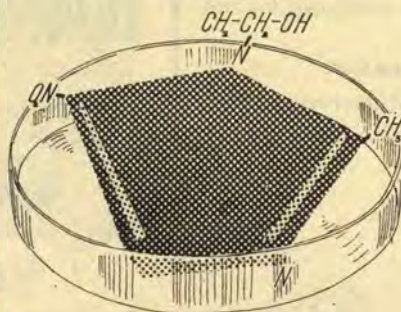
Hatóanyag: 1 tabletta 250 mg;
1 hüvelykúp 500 mg metronidazol tartalmaz;
a szuszpenzió 4,8 g-ot 120 ml-ben (125 mg/kávéskanál);
az infúzió 500 mg-ot 100 ml oldatban.

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 műtéti fertőzések megelőzésére és kezelésére használják, ezenkívül stomatitis ulcerosa és aftosa, septicæmia, 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 műtéti fertőzések megelőzésére és kezelésére.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



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 közép súlyos 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 lágyrészinfekciókban: streptococcus és staphylococcusok által okozott fertőzések, mastitis, furunculosis, carbunculus. Elsőként választandó gyógyszer penicillin-allergia esetén annak helyettesítésére, valamint legionellosis 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 kórkép súlyosságától függően 4 g-ig emelhető.

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

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

Megelőzésre felnőtteknek: streptococcus fertőzés megelőzésére naponta 2 × 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, közép súlyos esetekben felnőtteknek per os naponta 4 × 500 mg 14 napon át.

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

MELLÉKHATÁSOK

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

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Beszűkült májfunkciójú beteg esetén adagolása fokozott figyelmet és ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS

✱✱✱ Csak vénre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

25 db kapszula



Előállítja:



Biogal Gyógyszergyár, Debrecen
FAULDING (Ausztrália) licencia alapján

Kollmann Erzsébet dr.,
Seyberth, H. W. dr.*
és Sulyok Endre dr.

Kilencéves gyermek hyperprostaglandin-E syndromája

Baranya Megyei Tanács Gyermekkórháza, Pécs
(igazgató főorvos: Sulyok Endre dr.)

A szerzők 9 éves leány kórtörténetét ismertetik, amely hyperprostaglandin-E syndromának bizonyult. Irodalmi áttekintést nyújtanak a kórkép patofiziológiai hátteréről, a klinikai és laboratóriumi tünetekről, valamint a prostaglandin szintézist gátló indometacin terápiás hatásáról. Ennek tartós alkalmazása csökkentette a vizeletben a prostaglandin ürítést, a polyuriát és hypercalciuriát, a növekedési retardatio pedig mérséklődött. A beteg 4 éves fiútestvérén is enyhébb fokú, de hasonló klinikai tüneteket és laboratóriumi eltéréseket észleltek.

Hyperprostaglandin-E syndrome in a nine year old child.
The authors describe the history of a nine-year old girl, with a disease that seemed to be hyperprostaglandin-E syndrome. They give a survey of the literature about the pathophysiological cause of the disease, the clinical and laboratory findings and the effect of indomethacin, which can inhibit the synthesis of prostaglandins. Prolonged treatment with indomethacin can decrease the urinary excretion of prostaglandine, polyuria and hypercalciuria and it can moderate the growth retardation. They found the same but milder clinical and laboratory features at the four year old brother of the patient too.

Seyberth 1985-ben ismertetett egy veleszületett hypokaliaemiával járó renális tubularis zavart, amely számos tünetével hasonlít a Bartter-syndromához, de hiányzik a klorid tubularis reabsorptiójának primer defektusa (16). Hereditaer kórkép, az öröklődése autosomalis recessiv. Jellemző rá a praenatalis kezdet, polyhydramnionnal szövődött terhesség, koraszülöttség, somatikus és mentális retardatio, lázas epizódok, hányással, hasmenéssel, valamint renális elektrolit- és vízvesztés, hypercalciuria és nephrocalcinosis (1. táblázat). A családi anamnézis pozitív, a szülők vagy testvérek is érintettek lehetnek. A kórkép patofiziológiai oka a renális PGE₂ primer túlprodukciója.

A cyclo-oxygenase inhibitor indometacin jelentősen javítja a klinikai állapotot, mérsékli a tüneteket, elhagyása után azonban minden tünet visszatér, a beteg állapota gyorsan romlik. 2 mg/kg/nap dózissal csak a PGE₂ ürítés csökken, de nem normalizálódik a kálium-homeostasis, a PRA és plasma aldosteron szintje. 9–10 mg/kg/nap adagnál az utóbbiak is javulnak, csökken az osteopenia és a hypercalciuria, a beteg növekedése megindul. A már kialakult nephrocalcinosisban a vese koncentrálóképességét azonban az indometacin nem javítja.

Betegünk kórtörténetének ismertetését aktuálissá teszi az, hogy a hazai szakirodalomban ezen kórállapotról nem találunk közlést, a nemzetközi irodalomban is kisszámú beteg ismert.

Rövidítések: C_{kr}: endogen kreatinin clearance, C_{H₂O}: szabadvíz-clearance, C_{osm}: osmotikus clearance, PRA: plasma renin aktivitás, PGE₂: prostaglandin E₂, PGF₂ alfa: prostaglandin F₂ alfa, PGE-M: prostaglandin E metabolit, DDAVP: dezamino-D-arginin-vasopressin,

* Universitäts-Kinderklinik, Heidelberg

Betegismertetés

I. H. (79. 09. 15.) leánygyermek az anya II. polyhydramnionnal szövődött terhességéből, 33. gestációs hétre, 1600 g súllyal született. Újszülöttkorban a haspuffadását perinatalis infekció következményének tartották. Csecsemőkorban lázas állapot, hasmenés miatt ismételt kezelésre szorult. 3 éves korában került kórházba polyuria, polydypsia, dystrophia miatt. Ekkor az iv. urographián a tubulusok mentén finom mészsintenzitású árnyékok látszóttak, felmerült a nephronophthisis lehetősége, melyet azonban sem a szövettani, sem a részletes klinikai vizsgálatok nem igazoltak (2. táblázat). Ezt követően az ismételt hasmenéses epizódok felvetették a malabsorptio, elsődlegesen a gluten-sensitiv enteropathia gyanúját, a szövettani vizsgálat ezt sem erősítette meg. Salmonella fertőzés kapcsán exsiccációs toxicosis alakult ki, átmenetileg totalis parenteralis táplálásra szorult. Perforált appendicitis, diffúz peritonitis miatt műtétre került. Rendszertelenül járt gondozásra.

Hat és fél éves korában kórházi kontroll felvétel során észlelték első ízben nephrocalcinosisát. Natív has röntgenfelvételen a vesekelyheknek megfelelően diffúz meszes árnyékok látszóttak, ugyanezt a vesék ultrahangvizsgálata és az iv. urographia is megerősítette.

Ekkor került osztályunkra a hosszban és súlyban, valamint mentálisan is jelentősen retardált gyermek, nephrológiai státusának tisztázása céljából. Hossz- és súlypercentil értékei 3% alatt, IQ: 0,58, csontkora: 4,38 év volt. Az alsó végtagok metaphysisen mérsékelt osteoporosis látszott. Polyuria volt, napi vizelet mennyisége 2000–2500 ml, vizelet fajsúlya: 1003. Koncentrációs próba: 20 microgramm DDAVP intranasalis adása után, a vizelet fajsúly 1007, osmolalitás pedig 265 mOsmol/kg lett. Vizelete negatív, steril volt, jelentős sav-bázis eltérést nem észleltünk. Renális acidifikáló képességét megtartotta. Hypercalciuriás volt, Ca-ürítése 12,1 mg/kg/die, Ca mmol/kreatinin mmol arány 0,9.

Normális vérnyomás, endogen kreatinin clearance és plasma elektrolitok mellett, a plasma K⁺ a normális határon, a vörsvértesteken mért intracelluláris K⁺ érték pedig kifejezetten alacsony volt. A hypokaliaemia alapján felmerült a Bartter-syndroma lehetősége, ezért PRA és plasma aldosteron meghatá-

1. táblázat: **Hyperprostaglandin-E syndroma klinikai tünetei és laboratóriumi értékel**

	9 é. leány	4 é. fiútestvér
polyhydramnion	+	—
koraszülöttség	+	+
elégtelen fejlődés	+	+
hypotonia	—	—
hányás, hasmenés, lázas epizódok	+	—
convulsiók	—	—
normális vérnyomás	+	+
osteoporosis	+	—
hypokaliaemia	+	+
metabolikus alkalosis	±	±
átmeneti hypercalcaemia	±	—
polyuria	+	+
isosthenuria	+	+
hypercalciuria	+	+
nephrocalcinosis	+	+
hyperprostaglandinuria	+	+
beteg testvér	+	+
Indometacin terápia jó hatású	+	+

adtunk, melyet jelenleg is kap. Súly- és hossz növekedése jelentősen javult, 1 év alatt 5 kg-ot gyarapodott, 13 cm-t nőtt.

Családvizsgálatunk eredménye: a szülők és 7 éves fiútestvére egészségesek, 4 éves fiútestvére azonban dystrophiás, polyuriás, hypercalciuriás és nephrocalcinosisa van. A klinikai kép és a laboratóriumi adatok alapján ő is megfelel hyperprostaglandin-E syndromának (1. táblázat).

Megbeszélés

Bartter 1962-ben írta le azon renalis tubularis betegséget, melyre jellemző a növekedési retardatio, polyuria, hypokaliaemiás alkalózis, magas PRA és plasma aldosteron szintek, normális vérnyomás, mely angiotensin infúzióra sem változik és a juxtaglomerularis apparatus hyperplasiája (1).

A kórkép patofiziológiai alapja a distalis nephron chlorid reabsorptio defectusa. A tubulus funkció zavarához szekunder módon fokozott prostaglandin excretio tár-

2. táblázat: **A beteg kórtörténetének elemzése kapcsán felmerült differenciál-diagnosztikus lehetőségek**

	hypokaliaemia	met. alk.	hypercalcaemia	hypercalciuria	hyperprostaglandinuria	nephrocalcinosis
Hyperprostaglandin-E syndroma	+	+	±	+	+	+
Bartter-syndroma	+	+	—	±	+	±
Idiopath. infantilis hypercalcaemia	—	—	+	—	—	±
Idiopath. hypercalciuria	—	—	—	+	±	±
Fanconi-syndroma (primaer és secundaer)	—	—	—	—	+	—

rozás történt (3. táblázat). Mérsékelt emelkedett szinteket találtunk. A hallgatózási lelet és EKG alapján fennállt a supraaortalis aorta stenosis gyanúja, ez kezdetben a Williams-Beuren-syndroma lehetőségét támasztotta alá (11). Az Országos Kardiológiai Intézetben történt ismételt vizsgálat a vitiumot nem erősítette meg.

2 mg/kg/nap hypothiazid és kálium pótlása mellett kellő javulást nem tapasztaltunk, ezért a fokozott prostaglandin termeléssel járó tubulopathia gyanúja miatt, 2 mg/kg/nap indometacin terápiát kezdtünk, só- és Ca-szegény diéta mellett. Öt hónap alatt 3,5 kg-ot hízott, 4 cm-t nőtt, polyuriája, hypercalciuriája jelentősen csökkent. Gondozásra azonban nem járt, otthonában a gyógyszer nem szedte.

8 éves korában vettük fel ismét, ekkor a kóreltani háttér pontos tisztázása érdekében parathormon (245 ng/ml-normális), 25-OH-cholecalciferol (45 ng/ml-normális) és vizelet prostaglandin ürítés meghatározás történt. Utóbbit kórjelzően magasnak találtuk, ez alátámasztotta a hyperprostaglandin-E syndroma lehetőségét. A vizelet prostaglandin mérések a Heidelbergi Gyermekklinikán, capillaris gáz-chromatographiával/tömegspectrometriával történtek, a 3. táblázatban feltüntetett normál értékek egészséges kontroll gyermekek korspecifikus értéktartományainak felelnek meg.

8 héten át 4 mg/kg/nap, majd 2 mg/kg/nap indometacint

sul, valamint az esetek egy részében hypercalciuria és nephrocalcinosis is (5) (2. táblázat).

Bartter-syndromában, az idiopathiás hypercalciuria bizonyos eseteiben és Fanconi-syndromában is leírtak fokozott prostaglandin ürítést (13, 16) és kedvező terápiás effektusról számoltak be indometacin kezelés után.

A Seyberth által leírt syndroma (16, 17) különbözik az előbbi kórképektől, mert elsődlegesen a renalis prostaglandin szintézis fokozott. Ezt jelzik a vizeletben kóros mértékben ürülő PGE₂ és PGF₂alfa szintek, amelyek elsődlegesen a vese prostanoid aktivitást reprezentálják. A PGE-M pedig egyike a vizeletben található, csaknem 10-féle PGE₂ metabolitnak, amely a szisztémás prostanoid termelést is mutatja. A vizelet prostanoid-profil Bartter-syndromában hasonló a hyperprostaglandin-E syndromában észlelthez, kivéve a PGE-M excretiót, mely az utóbbi kórképben sokkal gyakrabban fokozott.

Betegünknel ezen frakciók jelentősen emelkedtek, a PGE₂ csaknem 10-szerese a normál értéknek. A PGE₂ aktiválja a renin-angiotensin-aldosteron rendszert, az

3. táblázat: Indometacin hatása néhány jellemzőre

4 mg/kg/nap

vvt K ⁺ mmol/l	60	84
vér pH	7.42	7.44
BE	+2	+0.5
PRA µg/ml/h	9,86	1,86
plasma aldosteron pg/ml	594	28
percdiuresis ml/min/1,73 m ²	3,82	1,59
vizelet Ca ürítés mg/kg/die	12,1	1,85
vizelet H ⁺ ürítés µEq/min/1,73 m ²	18,4	33
vizelet PGE ₂ ng/h/1,73 m ² (n: 1–16 nkg/h/1,73 m ²)	135,6	2,3
vizelet PGF _{2α} ng/h/1,73 m ² (n: 9–60 ng/h/1,73 m ²)	204,6	11,4
vizelet PGE-M ng/h 1,73 m ² (n: 90–655 ng/h/1,73 m ²)	291,3	33,9

adenylcyclase-cAMP-n keresztül gátolja a vasopressin renális hatását és közvetlenül csökkenti a víz és az elektrolitok tubularis transportját, így a calcium transportját is.

A klinikai kép javult indometacinra, a prostaglandin-profil megfelelt a hyperprostaglandin-E szindrómának. A szekunder prostaglandin túltermeléssel járó kórképek: Bartter-szindróma, Fanconi-szindróma, idiopathiás hypercalciuria (5, 17), nem igazolódtak. A hyperprostaglandin-E szindrómára jellemző hypokaliemiás alkalózis nem volt kifejezett, de az intracellularis K⁺ koncentráció jelentősen csökkent volt. A prostaglandin szintézist gátló indometacin kifejezetten javította a klinikai tüneteket és laboratóriumi értékeket (3. és 4. táblázat).

Csökkent a polyuria, javult a hypokaliemia, mérséklődött a hypercalciuria. Nephrocalcinosis nem progrediált, vesefunkciója nem romlott. A PGE₂ excretio normális lett, ezzel párhuzamosa a PRA és plasma aldosteron szintek is normál határon belül kerültek. A tartós indometacin hatására a növekedési retardatio jelentősen javult (12). Nem változott a mentális státusa, az agyi atrophia igazolására azonban nem történt CT vizsgálat. A koncentrációképesség sem javult. A vese szövettani vizsgálata nem volt kórjelző. Az indometacin jó terápiás hatása a primer prostaglandin túltermelés patogenetikai szerepére utalt. Amikor a magas renális PGE₂ aktivitás másodlagos — mint Bartter-szindrómában —, a klinikai kép Indometacinra kifejezetten javul, a legtöbb laboratóriumi eltérés jól befolyásolható, azonban a hypokaliemia alig, a chlorid reabsorptio defectusa pedig nem változik (12, 13).

A terápia súlyos mellékhatásait: (17) necrotizáló

4. táblázat: Indometacin hatása a vesefunkcióra

4 mg/kg/nap

C _{kr} ml/min/1,73 m ²	136	158
perc-diuresis ml/min/1,73 m ²	3,82	4,58
C _{H₂O} ml/min/1,73 m ²	2,32	3,04
C _{osm} ml/min/1,73 m ²	1,50	1,54
C _{H₂O} + C _{Na} ml/min/1,73 m ²	3,02	3,37
C _{H₂O} + C _{Cl} ml/min/1,73 m ²	3,91	3,61
$\frac{C_{H_2O}}{C_{H_2O} + C_{Na}} \times 100$	76%	90,2%
$\frac{C_{H_2O}}{C_{H_2O} + C_{Cl}} \times 100$	64,4%	88,8%

(p. o. vízterhelés mellett, a maximális szabadvíz-diuresist használva a tubularis funkciók felmérésére).

Változatlan osmotikus clearance mellett, jelentősen javult a distalis tubularis Na⁺ és Cl[−] reabsorptio.

enterocolitis, bélperforatio, irreversibilis GRF csökkenés nem észleltünk.

Seyberth vizsgálatai szerint tartós terápiára a 2–9 mg/kg/nap dosis, illetve 2 microgramm/ml vérkoncentrációt biztosító indometacin a kellő hatású adag (17). Ezt csak a serum szintek folyamatos monitorozása biztosíthatja, amely egyszersmind alkalmas a mellékhatások elkerülésére is.

Köszönetünket fejezzük ki Gersei Emma és Temessy Mihály doktoroknak a röntgen- és ultrahangvizsgálatok szíves elvégzéséért.

IRODALOM: 1. Bartter, F. C. és mtsai: Hyperplasia of the juxtaglomerular complex with hyperaldosteronism and hypokaliemic alkalosis: a new syndrome. Am J Med, 1962, 33, 811–828. — 2. Bourke, E. és mtsai: Bartter's syndrome- a dilemma of cause and effect. Nephron, 1981, 27, 177–186. — 3. Chaimovitz, C. és mtsai: Studies on the site of renal salt loss in a patient with Bartter's syndrome. Ped Res, 1973, 7, 89–91. — 4. Fanconi, A. és mtsai: Chronic hypokaliemia with growth retardation, normotensiv hyperrenin-hyperaldosteronism (Bartter's syndrome) and hypercalciuria. Helv Ped Acta, 1971, 26, 144–163. — 5. Garel, L. és mtsai: Nephrocalcinosis in Bartter's syndrome. Ped Nephrol, 1986, 2, 315–317. — 6. Houser, M. és mtsai: Idiopathic hypercalciuria associates with hyper-reninemia and high urinary prostaglandin E. Kidney Int, 1984, 26, 176–182. — 7. Hruska, K. A.: Regulation of renal phosphate reabsorption: concepts in evolution. Ped Nephrol, 1987, 1, 657–663. — 8. Haycock, G. B. és mtsai: Effect of indomethacin on clinical progress and renal function in cystinosis. Arch Dis Child, 1982, 57, 934–939. — 9. Kashel, F. I. és mtsai: Renal reabsorption of phosphate during development tubular events. Ped Nephrol, 1988, 2, 129–134. — 10. Kohout, I., Bachmann, H.: Different types of idiopathic hypercalciuria in children. Monatschr Kinderheilk, 1987, 135, 847–849. — 11. Martin, N. D. T. és mtsai: Idiopathic infantile hypercalcemia-a continuing enigma. Arch Dis Child, 1984, 59, 605–614. — 12. Proesmans W. és mtsai: Growth from birth to adulthood in a patient with the neonatal form of Bartter syndrome. Ped Nephrol, 1988, 2, 205–209. — 13. Radó J. és mtsai: A prostaglandinok szerepe a Bartter szindróma pathogenitájában.

Orv. Hetil., 1981, 122, 1519. — 14. *Rascher, W. és mtsai*: Congenital nephrogenic diabetes insipidus-vasopressin and prostaglandins in response to treatment with hydrochlorothiazide and indomethacin. *Ped Nephrol*, 1987, 1, 485—490. — 15. *Rodriguez-Soriano, J. és mtsai*: Renal handling of water and sodium in infancy and childhood. A study using clearance methods during hypotonic saline diuresis. *Kidney Int.*, 1982, 20, 700—704. — 16. *Seyberth, H. W. és mtsai*: Congenital hypokalemia with hypercalciuria in preterm infants: a hyperprostaglandinuric tubular syndrome different from Bartter syndrome. *J. Pediatr*, 1985, 107, 694—701. — 17. *Seyberth, H. W. és mtsai*: Role of

prostaglandins in hyperprostaglandin E syndrome and in selected renal tubular disorders. *Ped Nephrol*, 1987, 1, 491—497. — 18. *Stapleton, F. B. és mtsai*: Urinary excretion of calcium following an oral calcium loading test in healthy children. *Pediatr*, 1982, 69, 594—598. — 19. *Usberti, M. és mtsai*: Mechanism of action of indomethacin in tubular defects. *Pediatr*, 1985, 75, 501—507. — 20. *Usberti, M. és mtsai*: Renal prostaglandin E₂ in nephrogenic diabetes insipidus: effect of inhibition of prostaglandin synthesis by indomethacin. *J. Pediatr*, 1980, 97, 476—478.

(Kollmann Erzsébet dr. Pécs, Pf. 76. 7601)

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, alkalomszerűen 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!

CSOMAGOLÁS: 10 db tabletták

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

VIGYÁZZON



NEHOGY CÉLT TÉVESSZEN!

MICROSYSTEM

Számítástechnikai Műszaki Fejlesztő Kiszövetkezet

1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 1565-366. Tx.: 22 3768 MS. Telefax: 1559-296

Freud halálának ötvenedik évfordulójára

Az elmúlt évben világszerte megemlékeztek Sigmund Freudról, aki a II. világháború első napjaiban halt meg Londonban, 1939. szeptember 23-án. 83 éves volt akkor és alig több mint egy éve érkezett Angliába, ahol fejedelemnek kijáró tisztelettel fogadták, miután Ausztria náci megszállói — akkor még tartva a világ véleményétől — némi huzavona és meghurcolás után kiengedték a mind veszélyesebbé váló Bécsből. Évtizedek óta szenvedett a szájpada-lásán terjedő rákos daganattól, számos műtéten esett át, de még élvezni tudta a brit demokrácia szabad világát, befejezte *Mózesről* írott könyvét, dolgozott utolsó összefoglaló művén, a „Pszichoanalízis foglalatá”-n (amit már nem tudott befejezni) és néhány beteg terápiáját is elvállalta. A hontalanság fájdalmára egyetlen levélben tett megjegyzése utalt csak: „A kiszabadulás diadalérzetébe erős örömcsoöppként vegyül a szomorúság, hiszen mindig nagyon szerettem börtönömet, amelyből kiszabadítottak.” (E. Jones: „Sigmund Freud élete és munkássága” Európa Kk. Bpest, 1973, 664—665. o.) Úgy fogadta a véget, ahogy élt: megvetette az illúziókat, és abban a kevésben kereste örö-mét, amit a valóság még ilyenkor is nyújtani képes.

Ha van történelmi nagyság, akiről elmondható, hogy mély nyomot hagyott a világban, mely munkássága nyomán már nem egészen ugyanolyan, mint előtte volt — a pszichoanalízis megalapítója bizonyára az volt. Fél évszázaddal haláluk után a nagy felfedezőkre is rendszerint úgy gondolunk, mintha portréjuk egy történelmi arcképcsarnokban függne, amit időnként áhítattal megszemlélünk, de a harc és izgalom, amit keltettek, már csak tudománytörténeti adat. Nem így Freud! Az ő műve körül máig nem ült el teljesen a vihar. Noha alapvető megállapításai a tudattalan működésmódjairól, vagy az ún. pszichoneurózisok keletkezéséről ma már aligha vonhatók kétségbe — a klinikai tapasztalat nap mint nap igazolja őket — még mostanában is időről időre megjelenik egy-egy írás, amely megpróbálja a pszichoanalízist, a „freudizmust” tévtannak minősíteni.

Éppen ezért nem árt, ha emlékezetünkbe idézzük, hogy Freud eredetileg valamennyi nézetét neurotikus betegek tartós megfigyelésére alapozta. Aki az 1895-ben megjelent „*Studien über Hysterie*”-től kezdve kíséri figyelemmel írásait, főként a kórtörténeteket, tanúja lehet annak, ahogy a szerzőt magát is meglepi új meglátásai és saját ellenállásait is le kell küzdenie. Hogy csak a legvázlatosabban utaljak ennek a fejlődésnek néhány fordulópontjára: Breuer betegének „*Anna O.*”-nak hipnózisban feltárolt emlékei hívták fel a figyelmét arra, hogy a hisztériás tünetek erős indulatokat keltő traumatikus eseményekre vezethetők vissza, amelyek kínos tartalmuk miatt a *tudatból kiszorultak*. Majd amikor a hipnózt a szabad asszociációs technikával cserélte fel — tapasztalva, hogy a hipnózis eredményei gyakran átmenetinek bizonyulnak —, a betegek spontán asszociációi vezettek vissza a *gyermekkor kór-*

nemző élményeihez. A tapasztalat tanította meg rá, hogy az így felmerülő gyakorta erotikus mozzanatokat tartalmazó korai élmények nem mindig felelnek meg valóságos törté-nésnek, hanem sokszor a gyermeki fantázia termékei. Kénytelen a *trauma*-tán revideálni (bár korántsem veti el teljesen, mint ahogy ezzel ma gyanúsítják). Azonban a környezet légkörétől többé-kevésbé potenciált, de mégis spontán keletkező gyermeki fantáziáknak valamilyen belső forrása kell hogy legyen! Így jut el az *infantilis szexualitás* felismeréséhez. (Egyszerűbben szólva: felismeri, hogy a testi kontaktusban a gyermek is élvezetet talál és keres, saját testéből is gyönyörzéseket tud kicsalni és ezek a korai élmények a felnőttek nemi életével kapcsolatos megfigye-lésekkel együtt jelentősen befolyásolják a későbbi szexuá-lis fejlődést.) Az *álmok* analízisekben feltárolt értelme győzi meg arról, hogy az általa felfedezett lélektani törvé-nyek általános érvényűek, nem csak kóresetekre vonatkoz-nak, hiszen minden ember álmodik. Majd jóval később az I. világháború traumás neurózisai nyomán figyel fel az is-métlési kényszerre, el kell vesse az örömré törekvés: az „örömelv” általános érvényét. Észreveszi a tünetekben megnyilvánuló tudattalan bűnösségérzést és bűnhődési vá-gyat, és ezért feltételezi egy az énünkön belül bizonyos fo-kig elkülönült normatív instanciának, „*Felettes én*”-nek a létezését.

Igaz, minden megfigyelését spekulatív lépések, az ember lelki szerkezetére és működésére vonatkozó felté-telezések követik. Gyorsan alkot teóriákat, de bármikor kész változtatni rajta, ha a tapasztalattal nem vág egybe. Elmé-letei a maga korában gyakran erős ellenállást, sőt felhábo-rodást keltettek. Holott, ma már úgy látjuk, hogy minden eredetiségük mellett is szorosan kapcsolódtak a kor tudo-mányos szemléletéhez, filozófiai áramlataihoz. Kezdeti el-méletalkotásában a darwini fajfejlődéstanhoz hű, amikor az embert biológiai készletetésektől motivált élőlénynek te-kinti. Ugyanakkor mind tisztábban látja az ember eredendő társadalmiságát, ami nemcsak a szociális környezet fel-tételeihez való alkalmazkodás kényszerében nyilvánul meg, hanem interiorizált erkölcsi parancsokban is. A „*tudattalan*” fogalma már előtte számos filozófus és pszicho-lógus művében felmerül, 13 éves amikor E. Hartman híres könyve, a „*Philosophie des Unbewussten*” megjelenik. Ő maga — Hermann Imre figyelmeztet rá — három olyan szerzőre hivatkozik, akiknek elméleteiben a tudattalan fo-galma szerepel: *Jerusalemre*, *Lippsre* és *Taine-re*. Mindhárom tudós a múlt század végén jelentős lélektani műve-ket írt. De ő az, aki a tudattalan vizsgálatára módszert talál és abból gyógymodot formál. Irracionális erők, ösztönök lelki életünkre gyakorolt hatalma nagyon is beleillett a kor vezető német filozófusainak: *Schopenhauernek*, *Nietzschének* szemléletébe. De Freud arra törekedett, hogy lelki világunknak az irracionális magját racionális énünk számára megismerhetővé és uralhatóvá tegye. A

személyiség hármass felosztása — *ösztönénre, énre, felette-sénre* — ugyancsak felbukkan már előtte is pszichiátriai írásokban (pl. *Meynert*é, aki elmegyógyász professzora volt), de ő az, aki ezt az elméleti modellt egy terápiás folyamat értelmezésére tudta felhasználni.

Roppant életművének ismertetése — a kezdeti neurohisztológiai dolgozatoktól kezdve a neurózistani, pszichopatológiai és terápiás tanulmányokon át a kultúrpszichológiai művekig — reménytelen feladat. Főlegesen is, hiszen nagy vonalakban ma már az általános műveltség része, elmélyült megismerése pedig csak hosszú évek szívós munkájával lehetséges. Arra sem vállalkozhatunk, hogy végérvényesen eldöntsük: művéből mi az, ami maradandó és mi az, amin az idő már túlhaladott. Ugyanis vitatható nézetei is termékenyítően hatottak és újra, meg újra híveket hódítanak meg maguknak. Ehhez gondolatainak elevensége és stílusának megejtő varázsa is hozzájárul. De alapvető felfedezéseinek maradandóságát jelzi, hogy a körülöttük dúló vita ellenére, szinte észrevétlenül kezdenek közhellyé válni. Aki ma lélektanról foglalkozik, tudatában összefüggések lehetőségével is számol. (Hacsak nem fordul el teljesen az emberi szubjektivitás vizsgálatától és csak a viselkedést fogadja el tudományos vizsgálat tárgyának. Ez esetben azonban nem csak a tudatlatlant, de a tudatot is kizárja a lélektani kutatás területéről.) Az eredetileg Freud által megfigyelt elhárítómechanizmusokat (*elfojtás, áttolás, izolálás, projekció, introjekció* stb.) a mindennapos pszichiátriai gyakorlatban, sőt gyakran azon kívül is, úgy említjük meg, hogy már nem gondolunk felfedezőjükre. Az *indulatáttétel* és az *ellenállás* kérdését egyetlen pszichoterápiás módszer sem kerülheti ki tartósan. A személyiség hármass felosztását ma a legtöbb személyiséglélektani iskola átveszi. Elvételek, álmok freudi értelmezésére szinte nem lehet nem gondolni, ha az ember egyszer megismerkedett vele. A libidofejlődés általa leírt fázisai: oralitás, analitás, genitalitás és a négy-öt éves gyermek nagy *ambivalenciakonfliktusa*: az Ödipusz-komplexus — noha ezeket ma egy tágabb kontextusban, a korai anya-gyermek kapcsolat és a személyes én fejlődésének kontextusában értékeljük — mint találó megfigyelések változatlanul relevánsak, munkánk során ismételtelen találkozunk velük.

A mai pszichoanalízis, alapítójának művét folytatva, azt számos ponton, megőrizve meghaladta. Ennek a továbbfejlődésnek ismertetése sem fér bele egyetlen tanulmányba. Csupán a főbb területeket említhetjük, ahol a fej-

lődés döntő változást hozott. Ezek: az ún. *ödipális* fázist megelőző anya-gyermek kapcsolat sorsdöntő jelentősége, a külvilágtól elkülönülő, önálló személyiség individuációs folyamata és az énejlődésre ható történelmi és szociokulturális hatások mélyebb megismerése. Az új megismerések a terápiás technikában is változást hoztak: a páciensben zajló intrapszichés folyamatok tanulmányozása mellett, mindinkább az érdeklődés homlokterébe került magának a terápiás kapcsolatnak, tehát az interperszonális helyzetnek a tanulmányozása. Büszkén hivatkozhatunk arra, hogy ebben a továbbfejlődésben Freud magyar tanítványainak, a hazai pszichoanalitikus iskolának igen nagy szerepe volt, mind a két háború közti itthoni munkásságuknak, mind a II. világháborút megelőző és követő részleges diaszpórájuknak tudományáguk fejlődésére ihlető hatása volt.

A mai pszichoanalízis tehát aligha nevezhető jogosan „freudizmus”-nak, nem alapítója nézeteinek szolgái követője. Élő tudomány, egymással vitatkozó iskolákkal, nézetekkel. Akik „freudizmusnak” nevezik, egyfajta ellenérzéstől vezérelve tapasztalati alapját szeretnék elmosni, mintha a pszichoanalízis csupán egy elmélet lenne, valamilyen filozófiai rendszer. Az elnevezés mégsem teljesen alaptalan. Ugyanis Sigmund Freud egyéniségéből az, ami emberi nagyság, személyesen is hat minden mai pszichoanalitikusra: a felismert igazsághoz való hűség, a jelenségek elfogulatlan szemlélete és az erkölcsi bátorság, mivel népszerűtlen nézeteit is megalkuvás nélkül vállalta.

Mint tudjuk, hatása messze túlterjedt saját szakterületén, a XX. század szépirodalmát, művészetét, egész gondolkodását messzemenően befolyásolta. Ő maga úgy látta: felfedezése a harmadik nagy narcisztikus sérelem, ami az emberiséget érte. *Kopernikusz* megfosztott minket attól a hittől, hogy a föld a világegyetem központja. *Darwin* az állatvilág fejlődésmenetébe sorolt be minket. *Freud* arra mutatott rá, hogy énünk nem úr saját házában, hanem számára ismeretlen, tudatában erőik hatnak rá. Csakhogy *Kopernikusz* és *Darwin* „csupán” világképünket rendítették meg, *Freud* azonban az *önmagunkról alkotott képet*. Ezzel a legérzékenyebb pontunkon érintett — de egyben a legtöbbet is nyújtotta nekünk: azt amiről mindinkább sejtjük, hogy hiánya és megléte rossz és jó értelemben történelemformáló erővé válhat: „*gnóti se auton*”-t, az ember teljesebb önismeretét.

Vikár György dr.

Tisztelt Megrendelőink!

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

Köszönettel
Medicina Könyvkiadó Vállalat

Egzisztenciális harcok a medikusok körében az I. világháború után

Az I. világháború utáni orvostársadalmi kérdések megértéséhez elengedhetetlennek tűnik felidézni: a 19. század második felében honnan „rekrutálódott” az orvosi rend, miért is választották a fiatalok ezt a pályát.

1848 után a művelt köznemesség visszavonult a vármegyei közigazgatásba, sértődöttsége elzárkózást, provincializmust szült. A későbbiekben is a közhivatalnokság szinte teljesen a dzsentrí számára volt fenntartva, egyéb értelmiségi pályák, elsősorban a szellemi szabadfoglalkozások nyitva álltak a honorációrok, a nem nemesi származású értelmiségiek előtt. A liberális politika és a vallási türelem egyre nagyobb lehetőségeket biztosított a bevándorlók számára. 1850 és 1910 között a magyarság 5 millió főt meghaladó szaporulatából 1,7 millió fő származott a bevándorolt, majd asszimilálódott németek, zsidók, szlovákok köréből (1). Különösen az addig perifériára szorított zsidóság számára volt nagy lehetőség a szabadelvű politika: a zsidó fiatalok előzőnlötték, nagy számban juthattak be az egyetemekre. 1867-ben az egyetemeken 17,85 %, 1895-ben 30,58 % volt a zsidó hallgatók aránya (ezen belül az orvoskaron 51,1 %) — ugyanakkor az összlakosságon belüli számarányuk kb. 5 %-ot tett ki (2). Az ok egyértelmű: az asszimilánsok közül a zsidó intellektuelek különösképpen ki voltak zárva minden állami és közalkalmazásból, részükre tehát a társadalmi emelkedésnek egyedüli módjaként az értelmiségi pályára lépés jöhetett szóba. Az orvosi foglalkozás nagy vonzerőt gyakorolt, hiszen komoly tőketulajdon nélkül is tisztes megélhetést biztosított. A zsidó vallású orvosok magánorvosként működtek. Nagy részük az úgynevezett orvosi közép-rendhez tartozott, amely az orvostársadalom demokratizálásáért, az orvosi érdekvédelem intézményes létrehozásáért küzdött.

A politikai antiszemitizmus, amely a liberalizmus ellenhatása és a német újkonzervativizmus egyik hajtásaként jelent meg az 1880-as években Magyarországon, már ekkor kárhoztatta a zsidóság „térfoglalását” az értelmiségi pályákon és felvetette a numerus clausust. Ekkor azonban az antiszemitizmusnak nem volt jelentős bázisa, a szabadfoglalkozású értelmiségi pályák pedig — mint említettük — egyébként sem voltak népszerűek a nemesi származású vagy középosztálybeli fiatalok körében. Ez a kérdés ekkor még nem mélyült egzisztenciális válsággá.

A háború azonban megerősítette a praktikus irányú választásokat és nem kedvezett a jogász-nemzet régi illúziójának. A megélénkült társadalmi mobilitás következtében olyan rétegekből is továbbtanulhattak a fiatalok, amelyekből azelőtt szinte elképzelhetetlen lett volna: megnövekedett a kispolgári, paraszti származású hallgatók aránya. Emellett a közoktatási vezetés a hadba vonult hallgatók számára különböző kedvezményeket biztosított: ez elsősorban félévek összevonásában, illetve a hátszói (egészségügyi) szolgálatban realizálódott.

Laky Dezső korabeli statisztikai adatai tükrözik, hogy amíg 1900 és 1905 között 842 orvostanhallgató tanult Magyarországon (ugyanakkor a jogászok száma 6080, a műegyetemisták száma 1442 volt), addig 1910 és 1915 között 2836 orvostanhallgató mellett 5354 jogász és 1919 műegyetemista járt az egyetemekre. 1917–1918-ban hirtelen, addig soha nem látott mértékben ugrott meg az összhallgatószám: 11 893-ról 17 920-ra. Az emelkedés leginkább az orvostanhallgatókat érintette: ebben az évben 5716 medikust tartottak nyilván Budapesten és Kolozsváron. 1918–1919-ben Budapesten 6526 medikus tanult, számuk hajsza híján kétszerese volt a jogászokénak (3).

Az I. világháború időszakára megszorodott a diákok száma, de elképzelhetetlen méretű válságot jelentett ezek után az elszegényedett, trianoni Magyarországra áramló diplomások megjelenése! *A kétharmadával megkisebbedett országban csaknem ugyanannyi orvos akart megélni, mint eddig, de ide menekültek az elcsatolt területekről is sokan tanulni vágyó gyermekeikkel, középosztálybeli családok ezreivel.* Ettől kezdve egyre inkább egzisztenciális kérdéssé vált mind az egyetemekre való bejutás, mind az orvosi pályán való érvényesülés.

A menekült keresztény hallgatók aránya a 20-as évek elejére 39,79 % lett az orvoskaron, de ez a növekedés csak bizonyos hallgatói csoportok rovására volt elképzelhető: a politikai hangulatnak, ideológiának megfelelően a hátrányos megkülönböztetés a zsidó és nőhallgatókat érintette elsősorban. (1919 tavaszán az orvostanhallgatók 51,9 %-a vallotta magát zsidónak; ekkor 726 rendes és 43 rendkívüli nőhallgató tanult az orvoskaron.) 1919–1920-ban a nemzeti sérelmek, a gazdasági-társadalmi nehézségek olyan lépésekre indították az orvosegyetem vezetését, az orvosi egyesületeket, amelyek megosztották az orvostársadalmat és amelynek következményei mindmáig érezhetők.

Az egyetemi autonómián belül igen nagy támogatást élveztek az alakuló *bajtársi* egyesületek, amelyek alapszabályai elvileg tiltották a politikai tevékenységet. A *Turul Bajtársi Szövetség* tagegyesületei közül az orvostanhallgatók *Csaba Bajtársi Egyesülete* bizonyult a legerősebbnek. Sikerére jellemző, hogy 1922-ben a medikusok 65 %-a Csaba-tag volt és ezt az arányt az évtized végéig sikerült megőriznie. A többi egyetemen, illetve karon a bajtársi egyesületek tagsága sehol sem érte el a hallgatószám 50 %-át. A Csaba alapszabályában hangsúlyozta a nemzeti érzés és a keresztény erkölcsi világnézet ápolását, amely végső soron összezsengett a jobboldali *MONE* (Magyar Orovosok Nemzeti Egyesülete) törekvéseivel.

Igen jelentős összefonódás volt megfigyelhető az orvostársadalmi vezetés, a *MONE* és a Csaba vezérkara között. *Bársony János* és *Hoór Károly* professzorok, a numerus clausus első megfogalmazói a *MONE* elnökségi tagjai (*Bársony* később elnök); *Kenyeres Balázs* orvostársadalmi dékán a Csaba magisztere; *vitéz Csik László*, aki a 40-es évek elején az Orvoskamara ügyvezető elnöke (nem tévesztendő össze *Csik Lajossal*, a híres genetikus), ekkor Csaba-vezér; *Csilléry András* a *MONE* egyik vezéralakja, ugyanakkor a Csaba „*Horthy Miklós*” törzsének vezetője — hogy csak néhány példát említsünk.

A *Turul Szövetség* 1919. november 15-én kelt beadványában az egyetem megnyitását bizonyos feltételekhez kötötte, nevezetesen, hogy onnan az „internacionalista (zsidó) faj elemei kizárassanak” és hozzanak létre igazolóbizottságokat a hallgatók kommun alatti szereplésének felülvizsgálása céljából. A dékán válaszában hangsúlyozta, hogy az egyetemet március 1-jén nyitják meg, addigra talán „sikerülni fog a beadványban felsorolt kívánságokat legálisan, a háborgó kedélyeket, indulatokat lecsillapító módon rendezni, kielégíteni” (4).

A tisztogatás eredményeképpen Magyarország összes egyeteméről kizártak 58 orvostanhallgatót (zsidó közülük 54 fő); a budapesti egyetemről 11 hallgatót (zsidó közülük 11 fő); elbocsátottak 46 tanársegédet, gyakornokot, műtsönvendéket (zsidó közülük 43 fő); magántanárai közül 14-től vonták meg az előadás jogát (zsidó közülük 11 fő) (5). Az egyetemi hármass bizottság (Hoór Károly, Bárony János, Bókai Árpád) a legnagyobb gyorsasággal folytatta le a fegyelmi ügyeket — a legtöbbet már 1919 őszén. Keresztény hallgatók esetében azonban igen nagy körültekintéssel jártak el.

Ilyen volt például ifjabb Petróczy Zoltán medikus (tartályos tüzer hadnagy, a tudományegyetemi csendőrzászlóalj tagja) ügye, akit eredetileg az összes magyarországi főiskoláról kizártak azért, mert tagja volt a *Galilei* Körnek, a Vörös Hadseregnek és agitátorképző tanfolyamot is végzett. A hallgató fellebbezését így terjesztették az Egyetemi Tanács elé: „P. Z. régi nemesi családból származik, nemzeti és keresztény érzelmű. Fellebbezéséből látszik, hogy szegényes anyagi viszonyok és főleg ki nem forrott, eléggé zavaros idealizmus megtámasztották a proletárdiktatúra idején. Nem tudott ellenállani a ragály bacillusainak. Most azonban a karhatalomba van osztva, oly környezetben él és teljesít kötelezettséget, ahol családi hagyományainál fogva otthon érzi magát és amelynek hatása alatt bizonyára teljesen kitisztul a ragály maradványaiból. Szóval, azt hiszem, megérdemli az irgalmat.” (6).

A tudományegyetemen 1920 márciusa és júniusa között meghirdetett úgynevezett *karhatalmi* szemeszterre (amelyet frissen leszerelt vagy az egyetemi karhatalmi zászlóaljban részt vett hallgatók számára indítottak) összesen 12 zsidó hallgatót vettek fel, de országosan is ebben a félévben 5,14% volt az összhallgatóságon belüli arányuk. Közben természetesen már folyt a *numerus clausus* törvény előkészítése. A törvény elfogadása — 1920 szeptemberére — után a bajtársi egyesületek éberrel ügyeltek annak betartására.

A helyzetet bonyolította, hogy az ideiglenesen Budapestre telepített kolozsvári és pozsonyi egyetem létszámihiánnyal küzdött és szívesen vett fel zsidó és nőhallgatókat is. Az orvoskari vezetés jegyzőkönyvben tiltakozott ez ellen: „Köztudomású, hogy a menekült és ideiglenesen Budapestre megtelepült két testvér egyetem a törvényt másfélszer értelmesebben a női hallgatók felvételének ideiglenes szüneteltetése iránti kérelmünket tudomásul nem vették, de határozatunkkal szemben újságban hirdették, hogy ők női hallgatókat is felvesznek... A két testvér egyetem hallgatói között a zsidó-fajhoz tartozók arányszáma az egyes korosztályokban 70–80%.” (7).

A többszöri eredménytelen tiltakozás után „konceptiós perekkel” próbálta az egyetemi vezetés „megvédeni” a budapesti egyetemistákat az „idegenektől”. Az egyik jegyzőkönyv szerint Szabados Jenő II. éves, Gyulay Elemér és Zimányi József I. éves orvostanhallgatók arról számoltak be, hogy zsidó, illetve zsidónak vélt hallgatók túlszámú (?) megszurkálták őket. Ennek oka szerintük, hogy Szabados ÉME-jelvényt, * Zimányi Csaba-jelvényt viselt, Gyulay

pedig karhatalmi zászlóalj igazolványát mutogatta, (uo.). A zsidó orvosok érdekeit védő *Magyar Orvos* című lap — ha bátorítatlan módon is, de ellentámadásba lendült: „A medikus. Az éjszakai botránykrónikákban gyakran találkozol vele. Tányérsapkát visel és jobbáiban bikacseket szorongat, — »igazoltatja« a békés járókelőket... Ezért az ifjúságért — tisztelet és becsület a számos kivételnek — ennek az ifjúságnak a háborítatlan érvényesüléséért hozták be a *numerus clausus*-t, mely a könnyrekedtek jelentékeny részének kezébe vándorbotot adott.” (8). Mindez pusztába kiáltott szó maradt, ugyanúgy, mint a zsidó szülők tiltakozása, hogy gyermekeiket ne ültessék az egyetemen az utolsó padokba, illetve a Zsidó Magyar Főiskolai Hallgatók Országos Szövetségének alázatos hangú beadványai védenekik érdekében.

Míg a jobboldali orvosegyesületek és a bajtársi egyesületek elsősorban a *numerus clausus* következetes végrehajtásától várták az orvosi túlképzés megoldását és az orvosok helyzetének javulását, nem vették számításba azt a tényt, hogy a háború utáni általános elszegényedés következtében egyre több család szorult ingyenes rendelésre, ugyanakkor fokozatosan szaporodtak a betegpénztárak, nőtt a biztosítottak száma, tehát a magánpraxis rohamosan csökkent. A lecsökkenő magánpraxis leginkább a zsidó orvosokat sújtotta; a betegpénztári, köztisztviselői orvosi helyeket keresztény, elsősorban MONE-tag orvosok számára tartották fenn. Érthető tehát, hogy az éledező kenyérharcban az egyetemi ifjúság azokat az egyesületeket támogatta, amelyek megpróbálták számukra biztosítani a biztos álláshelyeket. A MONE programjában megfogalmazódott „az egyesület szellemében élő orvosnövendék-ifjúság erkölcsi és anyagi támogatása”, amelyet igyekezett megvalósítani. Ezzel szemben az üldöztetésnek kitett zsidó orvos- és medikus-egyesületek a 20-as évek első felében teljes defenzívába szorultak. Semmi érdemlegeset tenni nem voltak képesek tagjaik érdekében. A gazdasági válság előtti, 1928-as adatok szerint a budapesti 10 304 (5,2%) munkanélküli értelmiségi között már 52 orvos volt!

A harmicas évek elejére az egészségügyi mutatók szerint az európai középmezőny végén elhelyezkedő Magyarország az egy főre jutó orvossal a kontinens ranglistájának élére, első helyére került. A századfordulón megindult és a húszas években is folytatódó viszonylagos orvosi túlprodukciónak a gazdasági válság éveire drámai végkifejletet hozott: az orvosok igen nagymértékű kizsákmányolásához, elszegényedéséhez vezettek. Az orvosi túlprodukciónak az az előzőekben vázolt „megoldási kísérlete” azonban nem vezetett, nem vezethetett eredményre, ugyanakkor antihumanitása, az elemi szolidaritás hiánya hosszú időre megosztotta az orvostársadalmat, megakadályozta az egységes érdekvédelem kialakulását.

IRODALOM: 1. Hanák Péter: A lezártan per = Zsidókérdés, asszimiláció, antiszemitizmus Bp., 1984, Gondolat K. 360. o. — 2. Szegvári Katalin: Numerus clausus rendelkezések az ellenforradalmi Magyarországon Bp., 1988. Akad. K. 37–38. o. — 3. Laky Dezső: A magyar egyetemi hallgatók statisztikája. Bp., 1931, KSH Magyar Statisztikai Közlemények, 92. kötet — 4. SOTE Levéltár, 1919–1920. 893. sz. — 5. SOTE Levéltár, 1919–1920. 1626., 2315., 2400. sz. és Hoór Károly: A numerus

* Az Ébredő Magyarok Egyesülete 1918-ban alakult, majd a Tanácsköztársaság bukása után újjászervezett nacionalista szervezet.

clausus = MONE, 1925, április 1. 8. o. — 6. Jegyzőkönyv az Egyetemi Tanács üléséről = SOTE Levéltár, 1919–1920. 7888. sz. — 7. Jegyzőkönyv, 1920. november 21. = SOTE Levéltár 1920–1921. 6591. sz. — 8. Magyar Orvos, 1922. 9. sz. 60. o.

Hegedüs Katalin dr.

Szerkesztői megjegyzés. Az orvosegyszisztenciális harcok középpontjában az „orvostultermelés” állott. Ez azonban relatív volt. A húszas években Korányi Sándor éles küzdelmet vívott a vidéki egyetemek mellett, mert azokat a Hoór vezette jobboldali csoport meg akarta szüntetni. Korányi nem sokallta az orvosok

számát és adatokkal bizonyította az ellátatlanok — különösen a falun tapasztalható — hatalmas arányát. A kórházi férőhelyek nagy hányada az elégtelen ráfordítás és nem a tényleges szükségletek miatt volt „szabad”. Korányi a főrendi házat is felhasználta arra, hogy szót emeljen az orvosképzés, az orvosok és a betegek érdekei mellett.

Ami Bókay Árpád — id. Bókay János, a nagy gyermekgyógyász fia — szerepét illeti, nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy haladó szellemű tudós volt, szabadkőműves és a darwinizmus elkötelezett híve. Nyilván a rá nehezedő nyomás következtében vállalt szerepet a purifikációs bizottságban. Rövidesen meghalt.

Pályázati felhívás

A Fisch Miklós által alapított „Dr. Petri Gábor Orvostudományi Pályadíj” Bizottsága pályázatot hirdet olyan tanulmány megírására, amely a sebeszet vagy az immunológia tárgykörében jelentős, új, kísérleti vagy gyakorlati saját eredményeket ismertet.

Munkacsoport is pályázhat, de a pályázatban fel kell tüntetni, hogy kinek mi volt a szerepe a munkában. Külföldön már közölt munkával a pályázaton nem lehet részt venni. A pályázatot a Bizottság minden évben meghirdeti. A pályamunkákat a Bizottság bírálja el.

A pályamunkák díjazására 1000 (egyezer) dollár, illetve annak megfelelő forint összeg áll rendelkezésre.

A Bizottságnak jogában áll a pályadíjat megosztva is odaítélni, illetve ha I. díjra méltó pályamunkát nem talál, annak összegét felhasználhatja arra, hogy több II., vagy III. díjat ítéljen oda. Ha a Bizottság megítélése szerint egyik pályázat sem éri el a díjazásra méltó színvonalat, a következő évben a pályadíjat a kétszeresére emelheti, illetve kiadhat két-két I., II. és III. díjat.

A pályamű terjedelme legfeljebb 22 gépelt oldal lehet (egy oldalon 30 sor, soronként 60 leütés) és tartalmaznia kell a pályázó(k) nevét, személyi számát, lakáscímét, devizaszámla számát, illetve a területileg illetékes OTP fiók címét.

A pályázatokat a Medicina Könyvkiadó címére kell eljuttatni (Budapest, V., Beloiannisz u. 8. 1054)

Beküldési határidő: 1990. július 31.

ÖNKÖNYVELŐ!

Az IKVA Kiadó tájékoztatja Tisztelt Megrendelőit arról, hogy az

ORVOSI KÉZIKÖNYV AZ ADÓ ÉS KÖLTSÉG KISZÁMÍTÁSÁHOZ

(útmutató a legújabb pénzügyi és az egészségügyi ágazatra vonatkozó jogszabályok alapján) címmel 1990. januárra tervezett **könyv megjelenése késik.**

Oka: hogy az intézetekben dolgozó orvosok számára az ígért gyakorlati segítséget nyújtó könyvet szeretnénk adni. Ehhez még néhány alapvetően fontos rendelkezés, amelyek megjelenése csak a napokban várható, beépítése is szükséges, mert ezek nélkül a könyv hitelessége, megbízhatósága szenvedne csorbát. Többek között ezek közlésével (pl. az orvosi magán-gyakorlatokról és az orvosi etikáról, az azzal összefüggő kérdésekről szóló rendelkezés ismertetése) válik nélkülözhetetlenné a könyv hosszabb távon is, **nem csupán** a jövedelemadó-bevallás elkészítéséhez adva segítséget. A könyvelési rendszert is a legjobb szabályok alapján közli a könyv!

A könyv ára kb. 109,— Ft.

Kérjük, hogy mindazok a tisztelt megrendelőink, akik szeptember—december között igényüket írásban beküldték Kiadónk címére, fogadják megértéssel az ok ismeretében a későbbi szállítást.

Kérjük ugyanakkor, hogy akik csak most értesülnek a könyv megjelenéséről, juttassák el megrendelésüket az alábbi címünkre:

IKVA KIADÓ

1191 Budapest, Batthyány u. 20.

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.

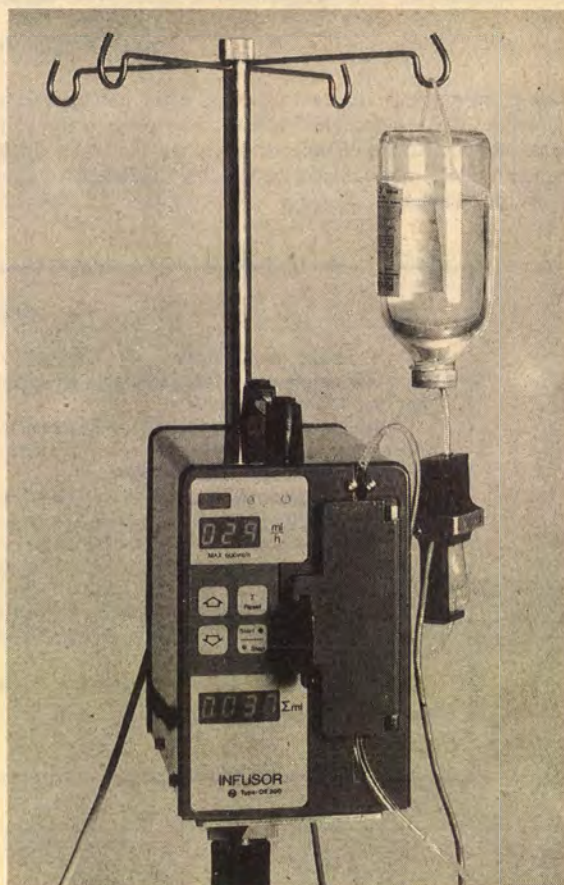
A levegődetektor feladata, hogy a páciensbe semmilyen körülmények között ne kerüljön levegő. Az ajtó mögött található detektor igen kis légbuborékot is nagy biztonsággal képes érzékelni a csőben. Ennek következtében a légbuborék a készüléket nem hagyhatja el, mert a detektor automatikusan letiltja a 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 üzem mód	max. szállításnál 5 óra
Akkumulátor típus	VF 3—6
Újratöltési idő	min. 12 óra
Szállítási tartomány	1—600 ml/h 1 ml/h-ás lépcsőkben $\pm$ 5%
Szállítási pontosság	max. 9999 ml
Szállítási összmennyiség kijelzése	
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
Telex: 22-7843 OMSZ

Exportálja:
MEDICOR

Forgalomba hozza:
OMKER



ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET

nitromint[®] · retard



NITROMINT®-retard

2,6 mg tabletta
koszorúér-tágító

A Nitromint-retard tabletta nyújtott hatású, a gastrointestinalis tractusból gyorsan és egyenletesen felszívódó nitroglicerinné 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 terhelési 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 nitroglicerinné zékenységtől 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.

Gyógyszerkölcsonhatás: 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



Szerzett immundefektus (AIDS)

A HIV-fertőzés spontán kórlefordulása és laboratóriumi paraméterei. Brühwiler, J. és mtsai: (Abt. f. Inf. krankheiten u. Abt. f. Klin. Immunologie, Dept. Inn. Med., Univ-spital Zürich): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1015.

1983 óta prospektíve tanulmányozták a szerzők a HIV-fertőzöttek morbiditását, letalitását, haematológiai-immunológiai és serológiai paramétereit. Tekintettel a jövő antivirális terápiájára az AIDS előstádiumában, pontosan kell definiálni e szakasz spontán kórlefordulását, hogy lehetséges legyen az adekvát összehasonlítás. A paraméterek időben jelzik a kórlefordulás várható progresszióját.

A szerzők 497 HIV-pozitív beteget átlag 18 (6–4) hónapig, félévenként legalább 2-szer ellenőriztek. A betegség előrehaladottabb stádiumba való átmenetel progresszió-értékét Kaplan–Meier szerint számították ki. Tünetmentes betegek esetében a progresszió-érték 1 év múlva: 16%, 2 év múlva: 33% volt, persistáló generalizált lymphadenopathia eseteiben: 13, ill. 21%, ARC-ben 28, ill. 47%, tünetekkel járó AIDS-ben: 33, ill. 82%. A progresszióban levő állapot laboratóriumi adatait a stabilan maradt állapotával hasonlították össze. A progrediáló fertőzésben szignifikánsan alacsonyabb volt az anti-HIV-magantitest titer, valamint gyakrabban mutattak ki HIV-p24-antigént. A haemoglobin, a trombocyták, a lymphocyták és a CD-4 pozitív lymphocyták értéke szignifikánsan alacsonyabb volt, a neopterin- és béta-2 mikroglobulin emelkedett ($p < 0,01$). A különböző klinikai stádiumokat, a progresszió-értékeket, a laboratóriumi adatokat négy táblázat szemlélteti. Tapasztalataikat különböző szempontból értékelik.

A progresszió-értékben a HIV-fertőzés időbeni kórlefordulását elemezték. Legtöbb esetben az összesített AIDS incidenciát vizsgálták meg, míg a közbülső klinikai manifestációkat (mint pl. a persistáló lymphadenopathia, vagy az ARC, amelyek ugyancsak hozzájárulnak a HIV-infectio morbiditásához) kevésbé vették figyelembe. Mivel a HIV-fertőzés progressziója nem növekszik lineárisan az idővel, és mert az AIDS előstádiumok is hozzájárulnak a HIV-infectio morbiditásához, fontos, hogy a különböző betegség stádiumokat differenciáltan szemléljük.

Letalitás az AIDS-ben. Egy év múlva 33%, 2 év múlva 82% (New Yorkban: 51,2%–71,8%). A leghosszabb túlélést (opportunist fertőzés nélkül) a Kaposi-sarcomában tapasztalták. ARC progresszió-értéke: 1 é. m.: 28%, 2 é. m.: 47%. PGL (lymphadenopathia syndr.) és ASY (asymptomatikus betegek) prog-

resszió-értéke lényegesen kisebb, mint az AIDS-ben: 5 év után 28,8%–39% között van.

Laboratóriumi adatok stabil és progrediáló HIV-fertőzésben. Erősen szignifikánsan csökken az anti-p24-antitest. Az antimagantitest eltűnésével megjelenik a p24-antigén. Ez a jelenség — bár szignifikáns — a szerzők tapasztalata szerint kevésbé kifejezett. Mások véleményével egyetértve megállapítják, hogy az anti-gp41-antitest nem utal a progresszióra.

Haematológiai paraméterek. Bár a haemoglobin és a trombocyták szám a progrediáló csoportban szignifikánsan alacsonyabb, gyakorlatilag önmagukban kevésbé alkalmasak az értékelésre. A narcomániákban a trombocyták szám kifejezettebben és gyakrabban csökkent mint a homoszexuálisokban. A lymphocyták szám a progrediáló csoportban csökken inkább.

Immunológiai paraméterek. A T-lymphocyták száma a progrediáló csoportban alacsonyabb, ugyancsak alacsonyabb a CD-4-lymphocyták száma. A neopterin- és a béta-2 mikroglobulin pathológiás emelkedése a progrediáló csoportban szignifikánsan nagyobb. A neopterin és a béta-2-mikroglobulin ugyanolyan kifejeződik az infectio lefordulásának, mint a CD-4-lymphocyták száma.

Mindent összevéve a progrediáló HIV fertőzésnek a klinikai gyakorlatban vannak laboratóriumi jellegzetességei: a haemoglobin, a lymphocytaszám, a CD-4-lymphocyták —, trombocyták szám mérsékelten vagy jelentősen csökken, a neopterin és béta-2 mikroglobulin enyhén vagy kifejezetten emelkedik, a p24-antigén gyakran kimutatható, az anti-p24-antitest ezzel szemben alacsony titerben pozitív vagy nem mutatható ki.

Barna Kornél dr.

Hosszú szeronegativ periódussal járó HIV-1 fertőzés homoszexuális férfiakon. Imagawa, D. T. és mtsai (Department of Pediatrics, Harbor — UCLA Medical Center, Torrance, CA 90509): N. Engl. J. Med., 1989, 320, 458.

Több szerző tanulmányában szerepel, hogy a szexuálisan átvitt HIV-1 infekciókban nem ritka, hogy igen hosszú latenciaidő (hónapok, évek) előzi meg a nyilvánvaló szerokonverziót. Tünetmentes szeronegativ egyénekből már korábban is sikerült a vírus izolálása, de megfigyelték fordítva is, AIDS-es és ARC (AIDS-related complex)-es betegek rendszerint szeropozitívak, ritkán szeronegativak is lehetnek.

A szerzők prospektív vizsgálataiban 133 szeronegativ homoszexuális férfi szerepel, beleértve az igen magas rizikójú, szexuális aktivitással rendelkezőket is. Valamennyi

vérmentából vakon végeztek HIV-1 izolálást, tekintet nélkül az antitest-státusukra, a rizikófaktorokra, a T-lymphocyták számra és a klinikai képre. A vírus tenyésztést a perifériás vér lymphocytáinak mitogén stimulációjával végezték.

31 esetben (23) sikerült a vírust izolálni és ezek közül 27 szeronegativ maradt 36 hónappal a pozitív HIV-kultúra ellenére. 4 esetben a szerokonverzió a HIV-1 izolálást követő 11–17 hónap múlva jelent meg. Az utóbbiak közül 3 esetben a PCR (polymerase chain reaction)-vel igazolták a HIV-1 provirus jelenlétét a szerokonverzió előtt 23, 35 és 35 hónappal.

Vizsgálataik megerősítik azokat a megfigyeléseket, hogy a homoszexuális férfiak HIV-1 infekciójának nagyon hosszú latenciáideje is lehet. Ennek okait keresve, egyelőre csak teóriák vannak. A provirus nem aktiválódik, képes a befogadó sejtekben, mint pl. a monocytákban sokáig rejtve maradni, és nem reagál a különböző stimulusokra. A vér útján történő fertőzés, pl. a vértranszfúziók során — a vírus gyorsabban aktiválódik és a szerokonverzió 1–2 hónapon belül bekövetkezik.

A szerzők megállapítják, hogy a homoszexuális férfiakon nagy valószínűséggel már legalább 35 hónappal a HIV-antitestek megjelenése előtt kimutatható a vírus. A HIV-infekcióról még több ismeret lenne szükséges, hogy érthetőbbé váljanak a tanulmány vizsgálati eredményei.

Illés Margit dr.

Az ún. „csendes” HIV-infekciók. Haightine, W. A. (Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA 02115): N. Engl. J. Med., 1989, 320, 1487.

A szerző Imagawa, D. T. és mtsai cikkére reflektál, akik prospektíve tanulmányozták homoszexuális férfiak azon csoportját, akik pozitív vírustenyésztés dacára szeronegativak maradtak 7–36 hónapig. ELISA és Western blot módszerrel egyaránt. 31 betegből csupán 4 szerokonvertálódott 11 és 17 hónap múlva. Tanulmányuk az ún. „csendes” HIV-infekció dokumentálása, amelyben jelen van ugyan a virális információ anélkül, hogy az antivirális ellenanyagokat sikerült volna kimutatni.

A szerzők vizsgálatait alapján a HIV-infekció 3 formáját lehet megkülönböztetni; a vírus protein (p24) koncentráció és az antivirális antitest szint időbeli változása alapján:

1. Első 3–6 hét között gyors vírusszaporodás és ennek megfelelően magas virális protein szint mutatható ki. Ezután csökken a virális protein koncentráció és fokozatosan nő a vírus antitest titer, amely végig magas is marad.

2. A HIV-infekció ritka formája, az antivirális antitestek hosszan tartó (1–5 év) titeremelkedése után a szint hirtelen lecsökken, és sem az ELISA-val, sem a Western blot módszerrel nem mutatható ki. Ezzel szemben a provirus DNS to-

vábbra is jelen van a keringő lymphocytákban.

3. Antivirális antitestképzés nélküli, elhúzódó infekció.

A csendes HIV-infekció abban tér el az egyéb vírus infekciók abortív formáitól, hogy a HIV-1 genetikai információja intakt marad és megőrződik a fertőzött egyénben.

A HIV-1 infekció molekuláris mechanizmusa egyre inkább érthetőbbé válik. A virális eredetű gének a vírusreplikáció külön szabályozói, így a *tat* gén a vírus akcelerációra ható, aktivátor gén, a *nef* gén a vírusreplikációt gátló, negatív szabályozó protein. A *rev* egy szelektív szabályozó gén, amely gátolja a szabályozó géneket, de a viriongéneket aktiválja, ezáltal a vírus szaporodását gyorsítja. A *vif* gén szabályozza, hogy mennyi vírus szabadulhat ki a fertőzött sejtéből. A *vif* gén a vírus fertőzőképesség faktora. A vírus szabályozó proteinek a saját szintézisüket is irányítják csakúgy, mint a vírusreplikációt.

A „csendes” HIV-infekciókban a vírus specifikus negatív szabályozó proteinje, a *nef* génnek magas szintje lehet a vírus nyugalmi állapotának egyik magyarázata, gátolva annak szaporodását a *tat* és *rev* gének korlátozásával. Ez képzelhető el a „csendes” HIV-infekció 2. típusában, ahol a vírus az antitestek révén a keringésemből eltűnik, majd korlátozódik a vírusprodukción.

Imagawa és mtsai tanulmánya sok megvalósulatlan kérdést vet föl a „csendes” HIV-infekciók lehetséges okait keresve. Részletesebb és gondosabb epidemiológiai vizsgálatokat kellene végezni és a „csendes” infekció megállapítására sürgősen szükség volna egy hatékony módszerre is.

Illés Margit dr.

A Humán Immundeficiencia Vírus 2-es típus (HIV-2) gyakorisága és mortalitása Bissauban, Nyugat-Afrikában. Poulsen, A. G. (Statens Seruminstitut, DK—2300 Copenhagen S, Denmark): Lancet, 1989, I, 827.

Bissauban 1987-ben a lakosságot önkéntesség alapján HIV fertőzöttségre szűrték. 89%-át (1329/1499) vizsgálták meg a kiválasztottaknak. A vérmintája egynek sem volt HIV-1 szeropozitív, de 4,7% (62/1329) HIV-2 szeropozitív volt, a felnőttek között 8,9% (58/649), 15 évnél fiatalabb gyermekek között 0,6% (4/680). A szeropozitivitás nem volt jellemző a nemre, területi, etnikai csoportokra, vagy az életkort figyelembe véve a különböző szociális helyzetű egyének között. A fertőzés domináns átviteli útja a szexuális kontaktus és a vértranszfúzió volt. Vertikális átvitel nem fordult elő. Az 58 felnőtt HIV-2 fertőzött 71%-a házasságban élt. 31 házaspár volt fertőzött. Ebből 9 pár esetén a férj és a feleség is, 8 párban csak a férj, 6 párban csak a feleség volt HIV-2 szeropozitív, 8 párban pedig csak az egyik tagot vizsgálták. Így házaspárokból a HIV-2 szeropozitivitás gyakorisága 40%.

A vizsgált gyermekek közül 19 kapott valamikor vértranszfúziót. A 4 HIV-2 szeropozitív gyermek közül 3 kapott vérátömlesztést. A felpótlék között 30 kapott előzőleg vértransz-

fúziót. Az 58 HIV-2 szeropozitív felnőtt közül 6 kapott transzfúziót. A HIV-2 szeropozitív gyermekek (1, 3, 7 és 9 évesek) szülei szeronegatívak. 15 HIV-2 szeropozitív anyaa 18 gyermeke (8 hónapostól 3 évesig) szeronegatív volt.

325 napig tartott a vizsgált személyek és a HIV-2 fertőzöttek megfigyelése. Ez idő alatt 23 [12 gyermek és 11 felnőtt] halt meg közülük, ebből 6 volt a HIV-2 szeropozitív. A 6-ból 4 transzfúzió által volt fertőzött, tehát a halál oka más betegség lehetett. A 6 elhunyt személy általános tünetei: láz, hasmenés, hányás, fogyás, hasi, mell-, tüdőfájdalmak voltak. Egy megfigyelés szerint Zaire-ban a HIV-1 szeronegatívak 1%-a, a HIV-1 szeropozitívak 12%-a halt meg 2 év alatt. Feltehető, hogy a HIV-2 epidemiológiailag a HIV-1-hez hasonlóan viselkedik. Bissauban ritka a HIV-1 szeropozitivitás. Közép- és Észak-Afrikában a 20–29 éves nők és 30–39 éves férfiak között van a HIV-1 szeropozitivitás gyakorisági csúcsa. Bissauban is életkor- és szexuális-specifikus a HIV-2 szeropozitivitás. 65 év felett nem volt szeropozitív. Feltehető, hogy a HIV-2 szeropozitív anyaa vertikálisan fertőzött gyermekei egyszerűen meghaltak. Továbbá feltehető, hogy a HIV-2 vertikális transzmissziója ritkább, mint a HIV-1-é. Bissauban a szoptatás 12–18 hónapos korig is szokás, így a szeropozitív anyáknak nem lévén szeronegatív gyermekek, feltételezik, hogy valószínűtlen a HIV-2 átvitele szoptatással.

Felvetődik a lehetőség, hogy a HIV átvitele szociális vagy fizikai kontaktus által, esetleg rovarokon keresztül is történhet. A legfőbb bizonyíték ezen útirányok ellen, hogy nagyon alacsony az iskolás gyermekek és az öreg emberek között a szeropozitivitás. Pl. HIV-2 szeropozitív nem volt 10–20 évesek között, és 65 év fölött. Ha a HIV-2 átvitelét lenne szűnyogok, poloskák, tetvek, bolhák által, szociális és fizikai kontaktus által, akkor a HIV-2 fertőzöttség nem csupán a szexuális átviteleknél és a transzfúziók kapcsán csoportosulna. Az AIDS kifejlődésének a gyakorisága még nem ismert a HIV-2 szeropozitívak között, bár leírtak már HIV-2 szeropozitív, de HIV-1 szeronegatív AIDS eseteket is.

Egri Piroska dr.

A HIV-2 gyakorisága és mortalitása Bissauban, Nyugat-Afrikában. Gnaore, E. és mtsai (Levelek a szerkesztőhöz). (AIDS Program, Centers for Disease Control, USA, and University of Abidjan, Ivory Coast): Lancet, 1989, II., 513.

Poulsen leírta, hogy Bissauban a HIV-2 perinatális átvitele ritka vagy nincs. Jelen cikk szerzői egy családát ismertettek, ahol a HIV-2 fertőzés halmozottan fordul elő. Egy 20 hónapos fiúgyermek hiányos táplálkozás miatt került kivizsgálásra. A gyermek 19 hónapos koráig szoptott, eddig beteg nem volt, nem részesült szertartásos felszínes bemeztetésben, nem volt körülmetélve. Két hete akut hasmenése volt, feltűnően rosszul táplált, abnormáli-

san egyenes és törekeny a haja, valamint generalizált lymphadenopathia fejlődött ki nála. ELISA és Western Blot módszerrel HIV-2 antitest pozitív és HIV-1 antitest negatív.

Édesanyja 31 éves, fogycott, havi vérzése elmaradt, generalizált lymphadenopathia alakult ki nála, ELISA és Western Blot módszerrel HIV-2 antitest pozitív és HIV-1 antitest negatív. Az Elefántcsontparttól 6 sohasem volt távol. A 7 éves kislánya szintén generalizált lymphadenopathiával, HIV-2 infekciója szerológiaiilag bizonyított. Két, 13 és 10 éves testvéruk egészséges és HIV negatív. Az anyaa egy éve külön él férjétől. A férj vizsgálva nem volt, szerológiai tesztje HIV-1 és HIV-2 antitestekre pozitív reakciót adott. A HIV-1 és HIV-2 vizsgálat szerológiaiilag néha keresztreakciót ad, de a kettős infekció nem bizonyított. Ebben a családban a HIV-2 halmozott előfordulása az anyából a gyermekbe való fertőzés átviteli útját alátámasztja. A HIV-2 infekció az Elefántcsontparton legalább 7 éve jelen van, s már 1966-ból származó 2 szérumban mutattak ki HIV-2-ellenes antitesteket.

Egri Piroska dr.

Oligoclonalis immunglobulinok a HIV-antitest pozitív szérumban. Taichman, D. B. és mtsai (Dept. of Pathol. and Lab. Med., Hosp. of the Univ. of Pennsylvania, Philadelphia, PA 19104); Clinical Chemistry, 1988, 34, 2377.

A Humán Immundeficiencia Vírus (HIV) ellenes antitestet tartalmazó szérumban magas, általában 9–63% gyakorisággal írták le az oligoclonalis immunglobulin sáv (OIB) előfordulását. Ezek az oligoclonalis immunglobulinok (OI) rendszerint IgG kappa típusúak, bár leírtak IgA kappa, IgM kappa és IgG lambda OI-t is, és kimutatták az OI HIV antigénnel szembeni ellenanyag specificitását.

A szerzők 44 HIV antitest pozitív szérumban vizsgáltak hőkezelés (56 °C, 0,5 óra) után agaróz gél elektroforézissel, és ebből 19-ben (43%-ban) találtak OIB-t, melyek IgG kappa vagy IgG lambda típusúak. Köztük 5 magas koncentrációban volt. A hőkezelés a HIV fertőzés veszélyének kizárása miatt történt, de ez nem befolyásolta az OIB kimutathatóságát (ismert papaproteinnel kontrollvizsgálatokat végeztek).

Pozitív korrelációt állapítottak meg az OIB-k jelenléte és a szérumban HIV antitest pozitivitása erőssége között. Western Blot technikával negatív vagy kétes szérumban nem volt OIB. A különböző tanulmányokban az OIB eltérő gyakorisága a HIV infekció fokában lévő különbségre utalhat. A fertőzés kezdete, az ellenanyag szerokonverzió és az OIB megjelenése közötti időintervallum még nem megállapított. Az OIB megjelenése és intenzitása összefügghet a HIV fertőzés progressiójával.

Egri Piroska dr.

Oligoclonalis immunglobulinok HIV fertőzésben. Sinclair, D. és mtsai (Institute of Biochemistry, Royal Infirmary, Glasgow G4 0SF, U. K.): Clin. Chem., 1989, 35, 1669.

A HIV fertőzést követően a B-sejt aktivációja polyclonalis hypergammaglobulinaemiát eredményez és nagy gyakorisággal mutattak ki monoclonalis immunglobulinokat is. A cikk szerzői HIV fertőzésnek kitett rizikócsoportokban HIV infekció jelenléte nélkül is magas gyakorisággal mutatták ki az oligoclonalis immunglobulinokat (OI). A szérumokat izoelektromos fókuszálással vizsgálták. 80 egészséges HIV negatív szérumban nem volt OI. 60 rizikócsoportbeli, HIV szeronegatív páciens között 36%-ban (22/60) találtak OI-t: 20 homoszexuálisból 8, 20 kábítószeresből 5 és 20 haemophiliásból 9 esetben. Megvizsgálták 150 HIV szeropozitív páciens savóját, és 61%-ban (91/150) kimutatták az OI-t. Valamennyi OI IgG kappa és IgG lambda izotípus volt.

Számos krónikus antigén stimuláció tulajdonítható a HIV negatív, HIV rizikócsoportbeliek OI termelődésének. A HIV infekció után a vírus antigének további stimuláló ágensek az OI termelődésre. A HIV szerokonverzió előtt és után is jelen vannak a lehetséges etiológiai ágensek (infekciók, akár a VIII-as faktor injekció, Epstein-Barr vírussal fertőzött B sejt stb.), amelyek hozzájárulnak a HIV negatív rizikó-csoportbeliek és HIV pozitívak megfigyelt T-sejt abnormalitásához.

Egri Piroska dr.

PCP-relapsus megelőzése pentamidin aerosollal, zidovudinnal kezelt AIDS-es betegek esetében. Girard, P.-M. és mtsai: Lancet, 1989, I, 1348.

Annak vizsgálatára, hogy zidovudinnal kezelt AIDS-es betegeknél milyen hatékony a pentamidin aerosol pneumocystis carinii pneumonia (PCP) megelőzésében, randomizált, kontrollált tanulmány keretén belül a szerzők ellenőrizték 51, az utóbbi 5 hónapon belül egy PCP-s epizódon átesett beteget. 25 beteg (I. csoport) pentamidin mesylat aerosolt (4 mg/kg 2 hetente az első hónapban, majd ezt követően havonta) és zidovudint kapott, 26 beteg (II. csoport) pedig csak zidovudint önmagában. Három, I. csoportba tartozó betegnél fel kellett függeszteni a pentamidin terápiát. 10, illetve 8,7 hónapos követés után a PCP-relapsus az I. csoporton belül 22 betegből kettőnél (9%) lépett fel, míg a II. csoportban 26 beteg közül 16-nál fordult elő (61%).

A két csoport közötti különbség szignifikánsnak bizonyult. A bronchus-intolerancia gyakori volt (47%), de a pentamidin általános mellékhatásait egy esetben sem észlelték. Tehát zidovudinnal kezelt AIDS-es betegek esetében a pentamidin aerosol hatékonyan látszik a PCP-relapsus megelőzését tekintve, azonban késői hatá-

sait, a tanulmány korai lezárása miatt, jelenleg nem lehet megítélni.

Szalók Imre dr.

HIV szeropozitív véradók Hollandiában. C. Dudok de Wit (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 523.

1985 óta végzik minden véradásnál az anti-HIV vizsgálatot. A pozitív ELISA próba után megerősítő vizsgálat is történik. 1985-ben a HIV infectio praevaletiaja 100 ezer donorra számítva 4,3 volt, ez az arányszám a következő években csökkent, 2,90—3,0—2,1-re. A fertőződés kockázata transzfúzió útján rendkívül kicsi. Az a feltetelezés nem nyert bizonyítást, hogy a heteroszexuális kontaktus útján fog a fertőződés gyorsan növekedni.

Ribiczey Sándor dr.

Az AIDS Hollandiában 1982—1988 között. Bijkerk, H. (Rijswijk): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 523.

Az AIDS bejelentés önkéntes alapon történik a név kezdőbetűivel, születési évszámmal és a nem megjelölésével. Ez elegendő a többszörös bejelentés elkerüléséhez. A diagnózis és a kategorizálás a nemzetközi kritériumokon alapul. Újabb kategória a HIV encephalopathia, a HIV-wasting-szindróma és a 13 éven aluliaknál a lymphoid interstitialis pneumonia.

1982. jan.-tól 1989. jan.-ig 694 betegbejelentés történt, az évenkénti létszámok: 4—16—31—59—126—226—232, de az utóbbi létszám még szaporodni fog a bejelentések késedelmé miatt. A betegek 95%-a férfi, a legtöbbje a 35—39 éves korosztályba tartozik. 1—9 éves gyermek beteg 10 van, közülük 6 még 1981-ben fertőződött. A betegségi kategóriák megoszlása: a legnagyobb csoport az opportunus fertőzöttek, 514 fő, azaz a betegek 74%-a. A Kaposi-sarcomások, az opportunus + sarcomások, a lymphomások, a HIV encephalopathiások, a HIV-wasting-szindrómások létszámai: 96,—39,—24,—5,—15.

A betegek 95%-a Hollandiában lakik, de 20%-uk külföldi állampolgár. A Hollandiában lakók 57%-a amszterdami. A legnagyobb betegcsoport a homo-biszexuális férfiaké (83 %). A 45 intravenás drogosból 30 a férfi. Vérékszítménnyel 14 fertőzés történt, ezek között van az a 6 gyermek, akik 1981-ben fertőződtek. Egy felnőtt nő is attól a donortól kapta a vért, mint az említett 6 gyermek. Ennek a donornak a vére a levételkor negatív volt, csak hetek múlva bizonyult pozitívnak. A hemofiliások száma szaporodott: az 1988 jan.-ban talált 1-ről 1989. jan.-ban 7-re emelkedett a számuk. A heteroszexuális kontaktus útján fertőzöttek száma alacsony: 23 férfi és 11 nő.

Ribiczey Sándor dr.

HIV fertőzötteknél végzett klinikai és ambuláns ténykedések lajstromozása, a költségkihatások becslése. J. C. C. Borleffs, J. C. Jager (Utrecht, Bilthoven). Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 767.

A HIV fertőződés elterjedésében az USA évekkel jár Európa előtt, több kórházban az ápoltak 5%-át közelíti meg arányszámuk. Hollandiában is várható az eü. költségek tetemes emelkedése. A szerzők ennek felmérését tűzték ki céljukul. 1987. jan. 1.—1988. júl. 1. között az utrechti klinikán ápolat-kezelt HIV fertőzöttek adatait számítógépes feldolgozással lajstromozták, a költségkihatást elemezték, és ezt évre és személyre lebontották. A betegeket a CDC (Centers for Disease Control) előírásainak megfelelően osztályozták. A 40 beteg közül a felvételnél eleve AIDS állott fenn (CDC IV. csoport) 15 betegnél. 3 beteg menet közben került ebbe a csoportba a CDC II. csoportból (HIV szeropozitív de tünetek nélkül), ill. a CDC III. csoportból (HIV pozitív lymphadenopathiával). 22 beteg tartozott a vizsgálat végéig a CDC II. és III. csoportba. A CDC II. csoportban évente átlag 10 ambuláns ellenőrzés történt 68 labor stb. vizsgálat, a CDC III. csoportban évente 7 vizsgálat 55 diagnosztikus beavatkozással. A IV. csoportban 23 belgyógyászati, 259 ambuláns labor- és egyéb vizsgálat történt egy év alatt, gyakori specialista konzultációval. Az AIDS betegnél átlag 68 napi kórházi ápolásra került sor, ezeknél 525 labor- és egyéb vizsgálat történt és átlag 7 specialista konzultáció. A meghalt AIDS betegeknél évi 13 ambuláns vizsgálat és 144 napi kórházi ápolás merült fel, 14 specialista vizsgálat, a járórendelésen 183, a kórházi ápolás alatt 1101 labor- és egyéb vizsgálat történt. Egy AIDS beteg éves kezelésének költsége átlag 40 267 gulden volt. A CDC III. és II. csoportba tartozó betegnél az egy évre — egy főre eső költség 3629 ill. 5115 gulden volt. Utóbbi discrepanciát az egy betegnél fennálló terminális veseelégtelenség, a peritoneális dialysisek, recidiváló peritonitisek okozták. A vizsgálati idő alatt meghalt AIDS betegeknél — évi alapra számítva — a költség 75 289 gulden tett ki; a vizsgálat végén még életben levőknél a költség 27 308 gulden volt. A szerzők vizsgálatukkal az egészségügy jövőbeni forgatókönyvének és anyagi követelményeinek megalapozásához igyekeztek hozzájárulni.

Ribiczey Sándor dr.

AIDS: kihívás a dermato-venerológia számára. Braun-Falco, O. (Dermatologische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians — Universität, München, BRD): Hautarzt, 1989, 40, 185.

Az AIDS, azaz a HIV-infekció 1979 óta egyre nagyobb veszélyt jelez az emberiség

számára. A szerző cikkében a megelőzésre, az óvintézkedések betartására, a megbízható, korai diagnózis fontosságára és az egyes orvosi szakterületek közötti együttműködésre hívja fel a figyelmet. Ennek során kiemeli azt, hogy a bőrgyógyásznak munkája során állandóan gondolnia kell HIV-infekció lehetőségére. Bizonyos beavatkozásoknál, pl. vérvételnél, biopsziás anyagvételnél, proktológiai vizsgálatoknál elengedhetetlenül fontos a kesztyű, maszk, védőszemüveg viselése. A korai diagnózis felállítása érdekében a HIV betegség klinikai variációs skáláját a lehető legjobban kell ismerni.

A bőr- és nyálkahártya elváltozások fontos markerfunkciót töltenek be. Figyelemfelkeltő a következő diagnosztikus triász: bőrbetegség megjelenése 1. atipusos életkorban, 2. nem jellemző lokalizációban és 3. szokatlan morfológiában.

Példaként a következő HIV-fertőzésre gyanús elváltozásokat említi: 1. Perzisztáló, kifehélyesedő Herpes simplex az orális és anogenitalis régióban a 3. és 6. életévtized közötti betegeken. Tudvalevőleg egyébként a Herpes simplex egy erythemás-vesiculosis betegség, korlátozott ideig tartó lefolyással és teljes gyógyulással. 2. Szemölcsök (verrucae vulgares) szóródása az arc területén felnőttkorban. A szemölcsök rendszerint főleg gyermekkorban keletkeznek, vagy hosszan tartó immunosuppressív, cytostatikus, illetve steroid terápia alatt álló felnőttkorú betegeken. Masszív verruca szóródás esetén, felnőttkorban, különösen ha az az arc vagy a genito-analis régió területén történik, HIV-infekcióra gondolni kell. 3. Zoster, fiatal felnőttkorban. Ez is szokatlan jelenség, mivel inkább idősebb férfiak betegszenek meg övsömörben. Ha a zoster masszívabb, pl. haemorrhagiás — necrotizáló, akkor mindig HIV-fertőzésre gyanús. A kórfolyamat felgyorsulásával nemcsak a bőr- és nyálkahártya tünetek szaporodnak, hanem azok a panaszok is felszínre törnek, amelyek belsőszervi, neurológiai, vagy pszichiatrai zavarokra utalnak.

Masszív orális candidiasis esetén sooroesophagitisre, fiatal férfiak lépcsőjárásakor jelentkező légzési nehezített ségek egyébként kísérő tünetek mellett Pneumocystis carinii pneumoniára, krónikus diarrhoeában — más kóreredet kizárása után — kryptosporidiosisra kell gondolni. Minden esetben konzultálni kell a megfelelő szakorvos kollégákkal, a folyamatos együttműködés elengedhetetlen. A HIV-betegek nagy száma kerül bőrklinikára, a fertőzés provokálta psoriasis, seborrhoeás ekzémával, HPV és VZV (humán papilloma vírus és varicella-zoster vírus) infekciókkal vagy disseminált Kaposi-sarcomával.

A szerző véleménye szerint ezek a betegek bármely bőrklinikán elhelyezhetők, ahol rendelkezésre áll egyágas külön kórtér, fertőző betegségben szenvedőktől való izolálás. A klinikai ellátás során a betegek folyamatos psychoszociális támogatása és ellátása éppoly fontos követelmény,

mint az ápolószemélyzet állandó felvilágosítása a fertőzésveszély elkerülésére szolgáló intézkedésekről.

Végezetül a szerző hangsúlyozza annak szükségességét, hogy az egyetemi oktatásban, általános orvosi és bőrgyógyász továbbképzéseken minél részletesebben kellene tárgyalni a HIV-betegség diagnózisával, prognózisával, a terápiás lehetőségekkel kapcsolatos ismereteinket.

Sófi Magdolna dr.

Szemelváltozások HIV-fertőzésekben.

Fabricius, E.-M. és mtsai (Staatl. Akad. Lehrkrankenhaus Harlaching, Augenklinik, München): Münch. med. Wschr., 1988, 130, 591.

172 HIV-fertőzött betegből 55 (32%) esetben találtak a szerzők szemelváltozásokat (szem külső területei és orbita; retinopathia és neuroophthalmológiai tünetek). A relatív tünetszegény I. stádiumban (frankfurti osztályozás szerint) alig találkoztunk szemjelenségekkel. A II. stádiumban (lymphadenopathia; AIDS-related complex) a súlyvesztés, láz, diarrhoea hosszabb idejű fennállása folytán a szemtünetek már valamivel gyakoribbak. A III. stádiumban a szem AIDS-ártalmait erősen megszorodnak. A szemfenéki elváltozások jelentkezése különösen rossz prognózist jelent.

A szem külső területein a következő elváltozások jelentkezhetnek: sicca-syndroma, keratitis (candida albicans, herpes zoster), molluscum contagiosum, sarcoma Kaposi palpebrae et conjunctivae. Retrobulbaris lymphomák is felléphetnek. A retina elváltozások előterében leggyakoribb a tünet nélküli mikroangiopathia, amelyet a vattatépés-gócok, éranomáliák és vérzések jellemeznek.

A mikroangiopathiák alapját az endothel laesiók képezik, amelyek valószínűleg első lépésként az opportunisztikus csírák retinába és a chorioideába való behatolásának. Az opportunisztikus fertőzések előterében a cytomegalia-vírus (masszív retinaneerosisok, ganciclovir terápia), herpes-simplex-vírus, cryptococcus neoformans, mycobacterium tuberculosis et avium intracellulare, toxoplasma gondii, candida albicans, histoplasma capsulatum és a pneumocystis carinii állnak. Az agyi megbetegedések keretében tartoznak a neuroophthalmológiai symptomák: szemidegbenulások, nystagmus, pupillazavarok, papilloedema és homonym hemianopsiák.

Az ophthalmológiai tünetek általában csak az AIDS késői szakaszában jelentkeznek. Az opportunisztikus fertőzések kellő időben történő kemoterápiája a megvakulást gátolhatja és az életminőségét elviselhetőbbé teszi.

iff. Pastinszky István dr.

Organikus pszichiatrai és psychoreaktív zavarok AIDS-ben. America, H. F., F. J. Huyse (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 145.

Két kórtörténet bemutatásával ismertetik a szerzők a címben szereplő kórformák ismérveit. Az AIDS organikus pszichiatrai kórformái, a dementia és a delírium, a betegek 30–40%-ánál várható, a HIV-fertőzés mellett szuperponálódhat cytomegalia vírus, Cryptococcus neoformans és Toxoplasma Gondii fertőzés is, az okozott tünetek hasonlóak. A dementia lehangoltsággal, koncentrációs és orientációs képesség csökkenéssel kezdődik, a beteg izolálódik, apathiássá válik, a végkifejlet stupor és kóma. A neurológiai elváltozások nem jellegzetesek, az EEG többnyire diffúze lassult, a CT majd mindig agyi atrófiát mutat, a liquor fehérjetermála néha fokozott, AIDS-ben a cerebrális toxoplasmosis nehezen diagnosztizálható a gyakran hiányzó immunológiai reakciók miatt, a CT csupán fokális elváltozásokat mutat. A Cryptococcus fertőzést a liquor tenyésztésével és az antigén titerek meghatározásával lehet felismerni.

A delíriumot, mint akut-átmeneti zavart, az agyi metabolizmus zavara hozza létre, melyet maga a HIV-fertőzés is létrehozhat, de egyéb szuperponálódott infekciók is kiválthatják, vagy intoxikációk, elvonási tünetek, az AIDS komplikációk kezelésénél használt gyógyszerek hatásai-melékhatásai is előidézhettek. Egyéb elősegítő tényezők is szerepelhetnek: az anamnesztikus drog-alkohol abúzus, a zavart ébrenlét-alvási ritmus. A fertőzés leküzdése mellett haloperidollal állították helyre az alvási ritmust. A pszichológiai kezelésnél kerülni kell az AIDS elemzését és fontos a családtagok, baráti kör tájékoztatása, akik így felkészülhetnek a kifejlésre, és a beteg-től átválthatják a kognitív feladatokat. Az organikus elváltozásokat nem mutató psychoreaktív zavarok már a szeropozitivitás közlésekor jelentkezhetnek, a nyugtalanságot fokozhatja a tünetmentesség mellett sejtett infaszt prognózis, a beteg átmegegy, „gyászreakció” fokozatai (tagadás, vádönvadás, félelem-depresszió, majd belenyugvás), de a stresszt fokozó tényezők kórossá fokozhatják a mechanizmust. Ilyenek: a társadalmi helyzetből eredő alacsonyabbrendűségi érzés, a családtagok, sőt az eu. személyzet homoszexualismushoz, iv. drogtünetességhez való negatív beállítottsága. A félelem akadályozhatja a normális tevékenységet, a vitális tünetek, az alvászavar, az anhedonia, a fáradtság, anorexia el is fedhetik a súlyos depressziót. Ugyanakkor a csendes, magába vonult dementiánál ezek a közös tünetek könnyen vezetnek a depressio diagnózisához.

Az organikus és a reaktív zavarok elkülönítésénél a neurológiai vizsgálat mellett és a laborvizsgálatok mellett egyéb vizsgálatokra is szükség lehet (EEG, CT), és az etiológiai döntésnél használt farmakonok szerepét is mérlegelni kell. A psychoreaktív zavarok kezelésénél az antidepresszívumok mellett a pszichológiai betegvezetés járul hozzá a végző magámaradástól való féle-

lem csökkentésével, a hozzátartozók felvilágosításával a beteg és környezete sorsának könnyítéséhez.

Ribiczey Sándor dr.

HIV-fertőzés szerológiai szűrésének tapasztalatai terhes nőknél. De Grand, P. (Dép. de gynécology-obstétrique, CHUV, Lausanne): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 653.

A HIV-fertőzésnek terhesség alatti *verticilis* átvitelét körülbelül 50%-ra becsülik, ami az utóbbi közlések szerint csökkenni látszik (23% és 32,6%). A HIV prae- és perinatalis fertőzés tünetesen az első életév folyamán derül ki. A HIV-szeropozitív nők legnagyobb része a nemzőképes korra korlátozódik. 1987. év óta Svájcban rendszeresen bevezették a HIV szerológiai ellenőrzésének ajánlatát. 538 terhes nőt kérdeztek meg ez irányú vizsgálat elvégzéséről; 11 (2%) megtagadta a vizsgálatot. A megtagadás motívumait követő vita után csupán két gravida utasította el véglegesen a HIV szerológiai kontrollját. Az 1987/88 HIV-szűrési periódusban 1771 vizsgálat közül csupán két savó bizonyult pozitívnak.

Végeredményben a HIV-fertőzés vizsgálati ajánlatát a megkérdezettek legnagyobb részben elfogadták, és viszonylag kevés volt a szeropozitív esetek száma.

iff. Pastinszky István dr.

HIV-fertőzés prevalenciája Északnyugat-Sassariiban (Sardinia). Cherchi, G. B. és mtsai (Ist. Mal. Infett. Univ. 07100 Sassari): Boll. Ist. sieroter. milan., 1988, 66, 448.

A szerzők HIV antitestek jelenlétét vizsgálták 150 kábítószer-fogyasztó, valamint 62 nem kábítószeres beteg savóiban, a Sassari Egyetem fertőző kórházában 1980 és 1986 között. 1980–1982 között sem a narkósok, sem a betegek vérében nem találtak HIV ellenanyagot. Először 1983-ban jelentek meg az ellenanyagok, 36 kábítószeresnél találtak, majd 1986 közepén a pozitívok száma meghaladta a 100-at a narkósok között. Majd pozitív lett 11 kábítószeres rab, 1 homoszexuális férfi, 1 transfúziót kapott beteg és a HIV pozitív férfiak heteroszexuális kapcsolatainak egyharmada. Nem találtak HIV ellenanyagot 20 laboratóriumi dolgozó, 22 nem homoszexuális és nem kábítószeres rab, 45 fegyőr vérében és 100 randomszerűen levett vérben.

Nikodemusz István dr.

Emberi immundeficiencia vírus heteroszexuális terjedésének felbecslése és mintázása az Egyesült Államokban. De Gruttola, V., Mayer, K. H. (Channing Lab., Harvard Med. Sch., Boston MA): Rev. Infect. Dis., 1988, 10, 138.

A heteroszexuálisok között létrejövő AIDS megbetegedéssorozatok járványtani vizsgálata főleg a HIV-vel fertőzött egyének partnereire és a lakosság felügyeletére szorítkozik. Fertőzött egyének heteroszexuális partnerei a fertőzés magas rizikóját képezik, de az USA-ban és Európában az AIDS esetek kis része terjed csak heteroszexuális kapcsolattal. Az USA-ban kidolgozták a HIV heteroszexuális terjedésének mintáját, és alkalmassá tették a felügyeletre. Mivel jelenleg a legtöbb heteroszexuális és biszexuális férfi fertőződhet más úton is (kábitószer-élvezet, homoszexuális kapcsolat), a minta két népességből áll, az egyik egy vékony népréteg, amely a nagy rizikó következtében fertőződik és egy nagy réteg, amelyet csak a heteroszexuális kapcsolat veszélyeztet. Nincsenek újabb pontos jóslatok a heteroszexuális közti AIDS megbetegedéssorozatokról, de újabb adatok nem erősítik meg, de nem is zárják ki a nagyobb heteroszexuális járványokat. A megbetegedések kialakulása a fertőzés és fertőzőképesség közti késedelemről függ. A modell alkalmas az esetek tanulmányozásának interpretálására, valamint a járványfolyamat dinamikájának kimutatására.

Nikodemusz István dr.

A hörgő-tüdőléghólyag mosás körjelző értéke: a neutrofil fehérvérsejtek szaporulatának a jelentősége pneumocystis carinii tüdőgyulladásban és AIDS-ben. Kaner, J. R. és mtsai (Szerkesztőségi közlemény.) (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center and Medicine Cornell University Medical Center, New York, N. Y.): Amer. Rev. Resp. Dis., 1989, 139, 1322.

A pneumocystis carinii okozta tüdőgyulladás 80%-ban társul az AIDS-hez és vezető megbetegedési és halálozási oka ezekben a csoportban levő betegségeknek. Ennek a kórképnek eltérő a megnyilvánulása az enyhe tünetektől a súlyos légútbetegségig. A kórismezés kezdetén fontos kötelessége a klinikusnak annak a megállapítása, hogy milyen súlyos a betegség, és hogy valószínűleg teljes légútbetegséggel végződik-e a folyamat. Fontos tehát azoknak a jeleknek a megállapítása, amelyek eldöntik a pneumocystis carinii tüdőgyulladásos és az emberi immunhiány vírussal (HIV-1) társult betegek kezelését. Az ilyen jó kórjóslatú betegeket ambulánsan szájon át is lehet permettel kezelni; a rossz kórjóslatúak viszont kórházi ápolásra szorulnak. Újabb kutatások szerint a corticosteroidok javítják a pneumocystis carinii tüdőgyulladásos és az AIDS-betegek légútélgtelenségét, a rossz kórjóslatú betegek pedig egyéb gyógyszeres kezelésre szorulnak. A kezdeti hörgő-tüdőléghólyag verőeres oxigénkülönbsége elkülönítheti a túlélőket a rossz kórjóslatú betegektől. Az a laboratóriumi érték azonban, ami magas érzékenységet jelent, teljesen kóros, fajla-

gossága pedig alacsony. Újabb adatok szerint a halállal végződő pneumocystis carinii tüdőgyulladásos betegek vérsavójában a laktát dehidrogenase szintje magasabb, mint a túlélőké. Ennek a szintnek a fedése azonban kizárja ennek a próbának a kórjóslati értékét.

Az előzetes kevés számú közlemény szerint az ember immunvírussal fertőzött pneumocystis carinii tüdőgyulladásos betegek hörgő-tüdőléghólyagban a neutrofil fehérvérsejtek megszorodása az AIDS-betegekben halállal végződő rossz kórjóslatú. Az alacsony neutrofil arányt viszont jó kórjóslatúnak minősítették. Ha ezt a megállapítást mások is megerősítik, ez a próba új eszköz lenne a pneumocystis carinii tüdőgyulladás kórjóslatában. Ez azonban több kérdést vet fel. Miért szaporodnak meg a neutrofil leukocyták a pneumocystis carinii tüdőgyulladásban? Mi ezeknek a szerepe a légútélgtelenségben? Vajon jó hatásúak-e a védekező mechanizmusra?

Nagyobb arányban találták ezeket a sejteket gyulladásos légútbetegségben, gennyes fertőzésekben, szerzett légútbetegség tünetegyüttesben és veleszületett tüdőhegesezésben. Bár a kutatók nem mutattak határozott álláspontot szerepükéről a légútbetegségben, társfertőzésben, klinikai jelentőségükről azt sejtették, hogy a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékában való szerepük bizonytalan. Mindenesetre, jövőben kutatásaikban ügyelniük kell szerepükre társfertőzés, baktériumok, vírusok, főleg a humán immunvírus-1 esetén, mert ezek feltehetően megelőzik a semleges festékekkel festődő fehérvérsejtek beáramlását, a jelen levő organizmusok számát, helyileg az immunvédelem érintetlenségét, amelyek számba jöhetnek a neutrofil leukocyták különbségében és a végső kórjóslatban. Különösen ügyelni kell a tüdőbetegség nélküli HIV-1-gyel fertőzött betegekre, és figyelni kell a neutrofil leukocyták megjelenésének a gyakoriságára és időbeli kapcsolatára. A HIV-1 és az AIDS-betegek tüdejében a gazdavedelemben a működéshiány jellemzői is rávilágítanak a neutrofil fehérvérsejteknek a tüdőbe áramlására.

Ha már bekövetkezett a neutrofilek megszorodása, légútélgtelenség jöhet létre több mechanizmus útján. Ezek a sejtek részt vehetnek valamilyen formában a heveny tüdőkárosodásban és megszorodott számban található a szerzett légútbetegség tünetegyüttes betegek hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékában. Hogy a falósejtek károsítják-e a tüdőt, arra következtetni lehet abból, hogy felszorodásuk kárt okoz a belhám, a hám, a kötőszövetben, feltehetően savanyú hidroláz fermentben gazdag egyszerű fehérvérsejt bontó enzimmel és/vagy reaktív oxigén és kloridfelesleg képzéssel. Mason és mtsai nem találtak összefüggést a hörgő falán át vett mintában a hörgő-tüdőléghólyag mosadékában levő neutrofilek száma és a hörgő-tüdőléghólyag károsodása között. Mivel alapos kutatással kimutatták, hogy gyulladásos és immun idegvégzőszervek jelen vannak a szövetközi tüdőbetegek hörgő-tüdőléghólyag mosófo-

lyadékaiban, a tüdőre önmagára jellemzők az idegrendszer, amit nagyobb szövettanilag és gondos boncolással ki is mutatták a kapcsolatot a betegek ezen csoportjában. Valóban, a hörgőtüdőelhólyag pusztulása klinikailag röntgenvizsgálattal ki is volt mutatható nyilvánvaló cisztaképződés formájával. DeLorenzo és mtsai sok pneumocystis carinii tüdőgyulladásos beteg tüdejében cisztás és lépesmézes elváltozást láttak. Bár ennek a kifejlődésére magyarázatot nem találtak, azt ajánlották, hogy a tüdő szerkezetét át kell értékelni „hörgő-tüdőelhólyag szövetközi nem fertőzőes tüdőgyulladás és hegesezés”, vagy lokalizált területű tüdőgyulladás alapján. Bár DeLorenzo és mtsai tanulmányaikban nem értékelték ki a hörgő-tüdőelhólyagban levő sejteket, mégis úgy gondolták, hogy a neutrofil fehérvérsejteknek közvetítő szerepük van ezekben a folyamatokban.

A szövetközi tüdőbetegségekben a hörgő-tüdőelhólyagban levő neutrofilek szaporulata a kezelés eredménytelenségét jelzi. Az emberekben szövetközi hegesezést találtak pneumocystis carinii tüdőgyulladáshoz társultan. Ez azonban nem biztos jele a betegek halálzásának. Az AIDS-betegekben azonban a pneumocystis carinii okozta tüdőgyulladás társulása esetén a hörgő-tüdőelhólyag mosófolyadékában levő neutrofilek szaporulatát rossz kórjósátnak tartották. Ez a lelet egy bizonyos jelét adja a súlyos pneumocystis carinii tüdőgyulladásnak. Mégis ezek további alaposabb vizsgálatokra ösztönöznek bennünket, hogy megnyugtató válaszokat kapjunk a közben felmerülő kérdésekre.

Pongor Ferenc dr.

Az emberi immunhiány-vírusfertőzés jelentősége tbc-s betegekben Kinshasában, Zaire-ban. Colebunders, R. I. és mtsai (Project SIDA; Makala Sanatorium, Kinshasa, Zaire; World Health Organisation, Genève, Switzerland): Amer. Rev. Resp. Dis., 1989, 139, 1082.

A legtöbb közép-afrikai felnőtt ember lappangva fertőzött tbc-vel, amit az emberi immunhiány-vírusfertőzés fellebbanthat. Vároaikban a szexuálisan aktív lakosság 5–20%-a ezzel a kórokozóval fertőzött. Ezért, ha az emberi immunhiány-vírus (HIV) és a tbc társul egymással, az egyik fertőzés kedvez a másik kifejlődésének.

Többen beszámoltak már arról, hogy Afrikában a tbc-s betegek többségének a vérsavója erősen emberi HIV-pozitív. A szerzők vizsgálatának az a célja, hogy ennek a jelenségnek az okát megtalálják. 1985. március és 1987. május között keresztmetzeti vérsavó vizsgálatot végeztek a város egyik szanatóriumában azokon a betegeken, akik hetenként 6 napon át izomba 1 g streptomycint, szájon át pedig 150 mg thiacetazon és 300 mg isoniazidot kaptak. Amennyiben erre a kezelésre nem lettek Koch-negatívak, rifampin, ethambutol és pyrazinamid kombinációval kezelték őket

tovább. A betegeket 3 csoportba sorolták. Az első csoportbeliek Koch-pozitívak, a második csoportbeliek a röntgenlelet és a klinikai tünetek alapján lettek tbc-re gyanúsak, a harmadik csoportbeliek pedig tüdőn kívüli tbc-s betegek voltak. Ezek vérsavója HIV-pozitív, az egészséges kontroll-egyéneké pedig negatív volt. A szanatórium férfi betegei átlag 34, a nők átlag 30 évesek voltak. 1985-ben és 1987-ben közel azonos arányban voltak HIV-pozitívak 40, ill. 36%-ban. Ez az arány a legmagasabban volt pozitív a 30–49 évesekben a tüdőn kívüli tbc-s betegekben.

A 85 HIV-pozitív vérsavójú beteg közül 26, azaz 31% az előző 5 éven belül már tbc elleni gátló kezelést kapott, szemben a negatív vérsavójú 27 beteggel, 18%-kal.

A pozitív vérsavójú betegekben a klinikai tünet: hasmenés, fogyás, nyelési zavar, bőrkütiés, nyirokcsomógyulladás, övsömör lényegesen gyakoribb, a hemocrit-érték viszont 20%-kal alacsonyabb volt. Gátló, hilus nyirokcsomók meggyengedése; tuberkulin-pozitivitása is nagyobb arányú volt.

1987-ben 2 havi szanatóriumi kezelés után 234 beteg közül 201 beteg, 89% állapotát ellenőrizték. A 73 szeropozitív beteg közül 18, azaz 25%, a 128 szeronegatív beteg közül viszont csak 11, azaz 9% halt meg. A betegek halálzását elősegítő tényező volt a láz, a fogyás és a HIV-pozitivitás. 2 havi kórházi kezelés után a mellkas-röntgen-lelet az 52 szeropozitív beteg közül 30 betegben 58%-ban, a 112 szeronegatív közül 76%-ban, 68%-ban javult.

Ellenőrizték 509 köpet-kenet pozitív tüdőtbc-s járóbeteg állapotát is. Közülük 305, azaz 60% férfi, 204, azaz 40% nő volt. HIV-pozitív volt a nők 23, a férfiak 19%-a. Betegségük kevésbé volt súlyos a szanatóriumban ápoltakénál.

1987-ben köpet-kenet vizsgálattal a szeropozitív 81 beteg közül szanatóriumi kezelés után pozitív maradt 34 beteg, 42%, a szeronegatív 132 beteg közül 79, azaz 60%. Köpettenyésztéssel pozitív maradt 58 beteg közül 40, azaz 69%. A szeronegatív 40 beteg közül pozitív maradt 27 beteg, 68%, a 18 szeronegatív beteg közül pedig 13 beteg, 72%.

135 járóbeteg közül 1987-ben a 16 szeropozitív beteg közül tenyésztéssel pozitív maradt 15 beteg, 94%; a szeronegatív 119 beteg közül pedig 108 beteg 91%.

Adataik szerint Afrikában Zaire-ban az AIDS-betegek számának növekedésével párhuzamosan a súlyos tbc kritikusan rontotta a lakosság közegészségügyi helyzetét.

Pongor Ferenc dr.

Az AIDS-betegség és a központi idegrendszer. Documenta Ciba-Geigy. 1989, I, 7.

Becslések szerint az AIDS-betegség 8%-ában idegrendszeri tünetek állnak e kórkép előterében. Az emberi immunvírus-pozitivitás esetén az agyvelőgyulladás

megbízható körjelzője az AIDS-nek külső fertőzések és Kaposi-sarcoma nélkül is. Milyen problémát jelent ez az AIDS-beteg számára? Mik ennek a jelei? És mit tehetünk ellene?

A központi idegrendszernek az emberi immunvírussal való fertőzése már a betegség korai szakaszában felismerhető. Az agyvelő-, az agyhártyagyulladás korai jelei: láz, rossz közérzet, öntudatzavar, hangulatingadozás. Mindez gyorsan követi egymást. Feltevések szerint ez kéreg alatti elmeengességgel kezdődik, hasonlóan a Huntington-choreához, a Parkinson-kór néhány tünetével együtt. Ezek változók: képtelenség a napi teendőkre, nem mérhető szociális és nem szabályozható magatartás, látási és mozgási zavarok, lehangoltság, a nemi ösztön elvesztése, depresszió. A komputer tomogrammon a fehér és a szürke agyállomány jelentős csökkenése látható. Az agykamrák tágak és az agy barázdái jelentősen sorvadnak. Az AIDS kórjósáta borús. A betegek egyharmada 6 hónapon belül, a második harmada egy éven belül és a további harmada 2 éven belül meghal.

Az emberi immunvírus fertőzőes agyvelőgyulladás kórjósáta az AIDS-betegek önismeretének a függvénye: a szorongástól a depresszióig át az öngyilkosságig tart. Ezt el kell különíteni az érzéksalódással, nyugtalansággal járó tudatzavartól és a heveny központi idegrendszer-tünetegyüttestől, amelyek az alkalmasságú fertőzéstől továbbterjedően a központi idegrendszerig tartanak. Így pl. cytomegalovírus fertőzés esetén a fényviszonytól a nyakmerevségen, a fejfájáson, a lázon át a járás zavaráig terjedhetnek. A toxoplasma gondii agyhártyagyulladás okozhat. Ezenkívül az elsődleges agynyirokdaganat és a Kaposi-sarcoma agyátétei öntudatzavart, göcötöket és rohamokat válthatnak ki.

Az utóbbi időben az érdeklődés középpontjába az éráktív bél-peptid központi idegrendszer károsító hatása került, ami a cukor újraképződése és a növekedési tényező termelése útján pusztítja az idegsejteket.

Wetterberg és mtsai Svédországban az AIDS-betegeket pentapeptiddel kezelték, aminek a hatására a nyiroksejtek száma csökkent, a testsúly változatlan maradt és a beteg általános állapota nem romlott tovább. Annak az érdekében, hogy az emberi vírust fertőzés okozta agyvelőgyulladás javuljon, a gyógyszernek át kell törnie a vér-agy korlátját. Kísérleteik szerint erre a célra a T-peptid alkalmasnak látszott.

Pongor Ferenc dr.

Egészségügyi szervezőtudomány

Sürgősségi betegszállítás aeromedikális léghajón. Cottrell, J. J., Garrard, Ch. (Division of Pulmonary Medicine, University of Pittsburgh; Section of Respiratory and Critical Care Medicine, University of Illinois): Br. med. J., 1989, 298, 869.

Az utóbbi években szinte robbanásszerű

en emelkedik a repülőgépekkel és helikopterekkel lebonyolított sérült, illetve betegszállítások száma. Ezek a légi járművek kétségtelenül lehetővé teszik az egészségügyi ellátó intézmények igen gyors hozzáférhetőségét, de tényleges szerepük és jelentőségük a polgári lakosság körében meglehetősen tisztázatlan, zavaros. Fennáll emellett az a kedvezőtlen tény, hogy főleg a helikopterek baleseti gyakoriságának tendenciái egyre nyugtalanítóbbak.

A levegőnél kisebb súlyú, könnyebb légi járművek viszont a légi betegszállítások fejlettebb szintjét nyújtják, tekintve, hogy a kisméretű kormányozható léghajók és a hőlégballonok repülési biztonsága nagyobb, mint a merev- és forgószárnyú légi járművéké.

Ismert, hogy a légi betegszállításokat általában három komponens szorgalmazza: a) a területi traumatológiai centrumok hálózatainak fejlettsége, b) az egészségügyi ellátáson belüli versengés a színvonalakorszerűsítés érdekében, c) a légi úton történő kiűrtéssel szerzett rendkívül pozitív katonai tapasztalatok.

Ez idő szerint az USA fekvőbeteggyógyintézetei üzemeltetik a harmadik, legnagyobb gépszámú helikopter kontingenst. Jelenleg több mint 200 kórházban üzemelnek ilyen, ún. „aeromedikális” programok, s a becslések szerint ez a szám a jövő évtizedben nagyjából megkétszereződik.

Az aeromedikális szolgálatok (ezután AMSZ) igen sok előnnyel rendelkeznek; a szállítási ideje megrövidül, az ellátandó terület kibővül, a közismertté válás fokozódik stb. Elősegítette az AMSZ igen gyors elterjedését az üzemanyagárak csökkenése, a kábeltelevízió rohamos fejlődése, s természetesen a reklámozás is. Kár, hogy az így szállított betegek véleményéről viszonylag kevés adat szól és mintha inkább a kedvezőtlen értékelések kapnának nagyobb súlyt.

Bizonyos, hogy a helikopterek nagyon lármások a környezet felé is; azután belső terük zajszintje gyakran meghaladja a 100 decibelt, utásterük szűk és kényelmetlen. Beszerzésük és fenntartásuk szokatlanul drága; egy beteg szállítása átlagosan 1000 US-dollárba kerül. Biztonságuk kérdőjeles! 1986-ban a polgári AMSZ helikopterekkel történt 20-on felüli nagyobb baleset, 15 halálos és 18 nem halálos áldozatot követelt (statisztikai előrejelzések szerint, itt 1987–88-ban csekély javulásra lehet számítani). Egyébként az AMSZ helikopterek baleseti részaránya továbbra is háromszorosa (!) marad a más alkalmazású helikopterek baleseti arányának.

Ezzel szemben a léghajók — s ez a legdöntőbb — sokkal biztonságosabbak, nagyobb kényelmet biztosítanak, külső és belső zajszintjük lényegesen kedvezőbb. Ezek, s egyéb kedvező vonások is kitűnően érvényesülnek a legújabb, legkorszerűbb konstrukciójú, gázturbinás, speciális gondolképzésű és vezérsíkú, kisméretű GZ–22-es kormányozható léghajón.

Igaz, a beszerzésük jelentős összeget igényel; ha viszont a kereslet kiszélesedik, úgy a gyártók közötti konkurencia komoly áresést eredményezhet. Üzemeltetési költségeik szintén magasak; ezen úgy lehet enyhíteni, ha az üzemben tartó kórház a léghajókat egyéb célokra is felhasználja.

Alkalmazhatók ugyanis légi fotók és filmfelvételek készítésére (pl. sportesemények, rangos rendezvények stb.); esetleges földi rendbontások, tombolások szemmel tartására; kellő radarfelszereltséggel felügyelet láthat el akár drogcsempészéssel szemben, sőt akár rövid hatósugarú nukleáris fegyverzet felett is. Sajnos, a léghajók szakszolgálatra kiképzett pilóták száma elenyészően csekély; alig van előírászerűen működő léghajókikötő. Ezek megoldása nem olcsó és egyszerű. Remélhető azonban, hogy a fokozott biztonság és a csökkent zajszint miatt a léghajók — előbb-utóbb — maguk mögé utasítják a helikoptereket.

Bár működésük az uralkodó széljárástól függhet, végezetül ne hagyjuk figyelmen kívül a hőlégballonokat sem, hiszen ezek lehetnek a jövő ígéretei. Régi, patinás, nagy történelmi múltú városok, de bármely egyéb település felett is a repülőgépek, helikopterek, sőt még a léghajók is mintegy betolakodónak, nem odaillőnek tekinthetők. Ezzel szemben a hőlégballonok zajtalanok, nem igényelnek igen drága héliumot, s szakképzett személyzetük is nagyobb számban áll rendelkezésre. Nem beszélve arról, hogy a hőlégballonok jobban kielégítik az esztétikai igényeket.

Érdeklődő, beruházni kívánóknak a szerzők személyes kapcsolat felvételét, s konzultatív segítségüket ajánlják.

[Ref.: *A nem csekély optimizmusú szerzőknek alapjában véve mindenben igazuk van. Az említett, valóban biztató és kitűnő tulajdonságú GZ–22 kis, kormányozható léghajócska mellett — sőt részben már előtte is — levegőbe emelkedtek és működnek ilyen légi járművek. Repülnek az angol-francia-kanadai (Skyship–600), az NSZK-beli, azután az angol (Sentinel) tervezésű, sokoldalúan felhasználható kis kormányozható léghajók. Ezek alkalmasak légi mentés-betegszállításra, tengeri olajfúró-pontok ellátására, mobil navigációs központként a tengeri halászatban, légi fényképezésre stb. Egyébként az eredeti közleményt egy GZ–22 premier plan fotója is igyekszik céljában vonzóbbá tenni. Úgy látszik az előbbieik alapján, hogy a léghajók és léggömbök ideje, mintha újra beköszönteni kezdene.*

A vitathatatlanul előnyös vonásokkal kapcsolatban van egy kétélyem. Nehezen tudom elképzelni a mi hazai — különösen jelenlegi — viszonyaink között, hogy valaha is a fővárosunk, nagy- és kisvárosaink, s egyéb településeink — mondjuk például Lickóvadás, vagy Csokvaomány — lakosai körében, a légtérükben keringő járművekkel kapcsolatban, esztétikai igény lenne az elsődleges, de másodlagos is aligha! Talán egyszer majd kiderül, hogy tévedtem — ha így lesz, őszintén örülnék neki! No de félre a tamaskodással; hiszen mind az OH, mind a BMJ komoly súlyú szakmai folyóira-

tok. Végül is egyszer mindent lehet és kell is valahogyan el — jelen esetben újra — kezdeni.]

Cselkó László dr.

A trauma koordinátor szerepe: állásfoglalás. Flint, C. B.: J. Trauma, 1988, 28, 12, 1673.

A cikk az American Trauma Society 1988. máj. 18–20. közötti kongresszusán lezajlott Trauma Koordinátor albizottság workshopja alapján készült, a szerző maga is nővér.

Az USA egyre több trauma centrumában dolgozik ma már ún. trauma koordinátor (tk.), akiknek központi szerepe van a traumatológiai szolgálat kifejlesztésében, működésében és értékelésében. A tk. olyan magasan kvalifikált nővér, aki megfelelő felsőfokú képesítéssel (főiskola, egyetem!) és klinikai múlttal bír. A workshopon elfogadott definitio szerint a tk. biztosítja az optimális ellátást a helyi traumatológiai szolgálatban, mely feladat részei a következők: klinikai tevékenység, szakmai és laikus oktatás, kutatás, minőség-biztosító tevékenység, adminisztratív tevékenység. A tk.-tól elvárt az információk szintézisére és az önálló munkára való képesség, a kezdeményező készség. A feladat jó diplomáciai érzéket, rugalmasságot, ugyanakkor állhatatosságot, szívósságot és jó értelemben vett agresszivitást igényel. Véleményük szerint a tk. biztosítja azt a vázlat, amelyre épülő traumatológiai ellátás minőségileg jobb lesz, mint összetevőinek pusztán összege.

Klinikai tevékenység: A beteg megérkezésekor legjobban, ha maga is ténylegesen részt vesz az ellátásában, a későbbiekben pedig az ellátás szervezésében. Alapvető fontosságú, hogy az osztályos betegeknek maga is vizitelt, mert csak ezáltal jut megfelelő információkhoz a további ellátás koordinálásához, másrészt így tud találkozni a betegekkel és családtagjaikkal és nyer kritikai képet az ellátás minőségéről. A tk. a stabilizáló tengely a sérült interdiszciplináris ellátásában. Konzultációs időpontokat kell megjelölnie, amikor mind a különböző orvos szakemberek, mind a betegek részére rendelkezésre áll.

Szakmai és laikus oktatási tevékenység: A prevenció, az ellátás és a rehabilitáció területén kell felvilágosító és továbbképző tevékenységet kifejtenie, a szélesebb populáció és a kórházi személyzet részére is. Továbbképzések, illetve kiképzések szervezése azok részére, akik a prehospitális baleseti ellátást, elsősegélyt végzik. Elérhetőnek kell lennie, vagy akár aktívan részt kell vennie közössége adminisztratív szerveinek munkájában, a különböző preventív rendszabályok megalkotásában (biztonsági öv, gyerek biztonsági ülés, ittas vezetés, munkahelyi ártalmak stb.). Szerveznie kell az orvosok továbbképzését is és segítenie kell a belépő új kollégák, rezidensek beilleszkedését, illetve kiképzését.

Az intézmény igazgatásának biztosítása kell, hogy a tk. nemzeti és nemzetközi kongresszusokon részt vehessen, ezt anyagiilag támogatás kell. Munkarendjének megállapításánál figyelembe kell venni az olvasáshoz, irodalomkövetéshez szükséges időt.

Kutatás: A tk.-nak munkát adó intézmény jellegétől függő kutatások tervezésében, kiértékelésében kell a tk.-nak részt vennie. A klinikai tanulmányok mellett talán a legfontosabb a dokumentáció-regisztrer-nyilvántartás programokban való részvétele. Feladata itt is leginkább a kritikai felügyelés, hiszen a munkát magát a legjobb ha megfelelően kiképzett számítógépes szakember végzi.

Koordinálnia kell az interdiszciplináris jellegű kutatásokat és az országos kollaboratív jellegű tanulmányokat.

Minőség biztosítási tevékenység: Feladata a traumatológiai szolgálat minőségét meghatározó kritériumok, indikátorok megállapításában való részvétel. Ezeknek a szolgálat egészét, illetve az egyes betegek esetét egyaránt tükröznük kell. Ennek részei lehetnek például a betegnyilvántartás, a primer ellátás és a resuscitatio minősége, orvosok, nővérek meghallgatása, irányított ellenőrzések, kezelési tanulmányok, morbiditási, mortalitási mutatók, illetve klinikopathológiai konferenciák. A tk. feladata még, hogy teljesség és jogi konzekvenciák szempontjából ellenőrizze a körlokat. A balesetekkel kapcsolatos vizsgálatok, illetve bírósági eljárások anyagát a tk. számára hozzáférhetővé kell tenni. A tk. ellenőrzésen és kritikai javaslatokkal éljen a prehospitalis ellátás vonatkozásában is.

Adminisztratív tevékenység: A tk. beosztása az intézményi hierarchiában diplomáciai gondokkal járhat. Elképzelhető beosztása a traumatológiai osztály kötelékén belül, vagy az intézeti főnövről mellé, vagy akár fölérendelve. Mindez azért lényeges, hogy hatékonyan hatolhasson át a szakmák, illetve osztályok közötti határokon.

A tk.-nak sok jelentési kötelezettsége van, mindazonáltal helyes, ha a sok papírmunka nem akadályozza egyéb tevékenységében. Beleszólása kell, hogy legyen a traumatológiai osztály költségvetésébe. Helyes, ha a tk. néhány bizottság — de mindenesetre nem túl sok bizottság — munkájában részt vesz. Ilyenek lehetnek például a baleseti bizottság, a katasztrófa mentesítési bizottság stb. Szavazási joggal részt kell vennie az intézményi orvosi tanács ülésén.

Detre Zoltán dr.

Szervátültetés

A szív és tüdő transzplantáció különleges szempontjai a „domino-donor” operáció során. Baumgartner, W. A. és mtsai (Dept. of Surgery, Div. of Cardiac Surgery, The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD 21205, USA): JAMA, 1989, 261, 3121.

Az 1980-as években a szívtranszplantáció számos új fejleményen ment keresztül: a szervkonzerválási módszerek, az immun-suppresszió és a technikai lehetőségek fejlődése folytán a szívtranszplantáció a terminális állapotban lévő betegek elfogadott terápiájává vált; egyre több kórház vállalkozik szívtranszplantációra; sikeres szív-tüdő transzplantációkat hajtottak végre; „mesterséges szervekkel” segítik ki (időlegesen) a szívtranszplantációra várakozókat. A szív-tüdő transzplantáció recipienseinek körét kiterjesztették a fibrosis cysticában szenvedőkre és a legújabb transzplantátumok recipienseinek saját szívét más, ugyancsak szívtranszplantációra szoruló betegekbe transzplantálták („domino-donor” operáció).

A cikk az USA-ban 1987. május 11-én végzett első „domino-donor” operációról számol be. (Ezt 2 héttel megelőzően Yacoub és mtsai Angliában már végeztek hasonló operációt, majd később sorozatban többet is. Azóta az USA-ban már több munkacsoport végzett hasonló műtéteket.)

A szívtranszplantátum recipiense (1. sz. beteg) fokozatosan súlyosbodó fibrosis cysticában szenvedett. A vizsgálatok szerint saját szíve mérsékelt jobb kamra hypertrophiától eltekintve ép volt; ezért ideális transzplantátumnak volt tekinthető szívtranszplantációra váró, fokozott pulmonalis vascularis rezisztenciájú beteg számára. A beteg előzetes megbeszélés során hozzájárult, hogy szív-tüdő transzplantációjának elvégzése során saját szívét más betegnek (2. sz. beteg) fogja adományozni.

Az 1. sz. beteg számára egy távoli kórházban megfelelő szív-tüdő donort találtak. A szív-tüdő transzplantátum beültetése sikeres volt; a beteg kibocsátása után 3 hónapig jól volt, azonban később légzési nehézségei támadtak, amit rejekció kifejlődése okozott. Az immun-suppresszív beavatkozások eredménytelenek maradtak, a beteg 1988 júliusában progresszív tüdőelégtelenség következtében meghalt.

A 2. sz. betegnek évekként előbb myocardialis infarctusa volt. Később mérsékelt pulmonalis hypertensiója alakult ki (90/38 Hgmm). Ekkor transzplantációs várakozó listára került. Úgy ítélte meg, hogy az 1. sz. beteg mérsékelt jobb kamra hypertrophiájú szíve igen alkalmas transzplantátum lesz számára. A fent említett kettős operációt követően (heterotop szívtranszplantációt végeztek) a 2. sz. beteg mérsékelt rejekció lépett fel, ez azonban az alkalmazott immun-suppresszív beavatkozás hatására gyorsan rendeződött. A műtét utáni 18. napon a beteget kibocsátották, majd 4 hónap múlva (teljes napi) munkába állt.

A cikk szerzői megvitatják, hogy a standard szívtranszplantációs operációs technikát némileg módosítani kellett, minthogy a recipiens egyúttal szív-donorként is szolgált. Ugyanúgy a 2. operációban az ortotopikus szívtranszplantáció helyett heterotopikus transzplantációt kellett végezni. A donor szív-tüdő kivétele során cardiopulmonalis bypass-t és mély hypothermiát alkalmaztak. Erre szolgáló készülékük kicsi

és könnyen szállítható. Módszerüket más szervek (vese, máj, pancreas) prezervációjára is ajánlják.

A „domino-donor” transzplantáció azoknál a betegeknél jön szóba, akiknél a szív-tüdő transzplantáció kívánatos, de saját szívük nem súlyosan károsodott. A szerzők úgy vélik, hogy arra a felmerülő etikai kérdésre, vajon nem lesz-e nagyobb valamelyik beteg kockázata e beavatkozás során, mint egyébként, a válasz nemleges.

Végh Pál dr.

Több hasi szerv együttes transzplantációja. Starzl, Th. E., Rowe, M. I., Todo, S. és mtsai: JAMA, 1989, 261, 1449.

A transzplantáció korábbi kísérletes gyakorlatában csak 9 nap volt a hasi szervek együttes átültetését követően a leghosszabb túlélés. Két fő jelenséget észleltek: rejekciót és GVHD-t (graft-versus-host disease). Miután a munkacsoport sertésen begyakorolta és egységesítette a műteti technikát, elérte azt, hogy legalább 22 állat élt tovább két napnál. Végül is a biztató kísérleti eredmények alapján két gyermek elvégezték a hasi szervek együttes transzplantációját rövid-bél szindróma és a teljes parenterális táplálás következtében kialakuló májkárosodás miatt.

Az 1. beteg 6 éves, 10 hónapos leány a vékonybél elvesztése miatt parenterális táplálásban részesült, azonban a parenterális táplálás első évét követően májelégtelenség lépett fel, amely progrediált. A gyermek 1983 júliusában került Pittsburghbe kardiopulmonális-, máj- és veseelégtelenség állapotában. Mire donor adódott, a gyermek anuriássá vált és respirátorra került, de a meglévő tudatállapot miatt a transzplantációt megkísérelték.

A 27 hónapos donorból a hasi szerveket (máj, gyomor, vékonybél, pancreas) a vesékkal együtt vették ki, mivel a recipiensben a veseelégtelenség miatt erre is szükség volt. A hideg iszkémia 1 óráig tartott. A recipiens műtét során a vérzés folyamatos volt. Összesen 61 750 ml vérre volt szükség. Bár a recirkuláció alkalmával a beültetett szervek keringése jónak látszott, a műtét befejezte után 30 perccel sajnos kezelhetetlen vérnyomáscsökkenés és szív-megállás lépett fel.

A 2. beteg: 3 és fél éves leánygyermeken a rövid-bél szindrómát perinatális volvulus miatt kiterjedt vékonybél-elhalás, következményes rezekció okozta. A parenterális táplálás miatt a májkárosodás a gyermek 2 éves korára alakult ki. A transzplantáció időpontjára a leányka testsúlya 14 kg volt 82 cm-es testmagassággal. A klinikai kép előterében sárgaság, véralvadási zavar, csökkent albumin szint állott radiológiailag észlelt pulmonális pangással.

A donor 2 hónapos, agyüzödést szenvedett csecsemő volt. A hasi szervek eltávolítása előtt 10 mg OKT 3-at kapott, a hasi szervek prezerválását U. W. oldattal végezték. (U. W. oldat: Belzer által — University

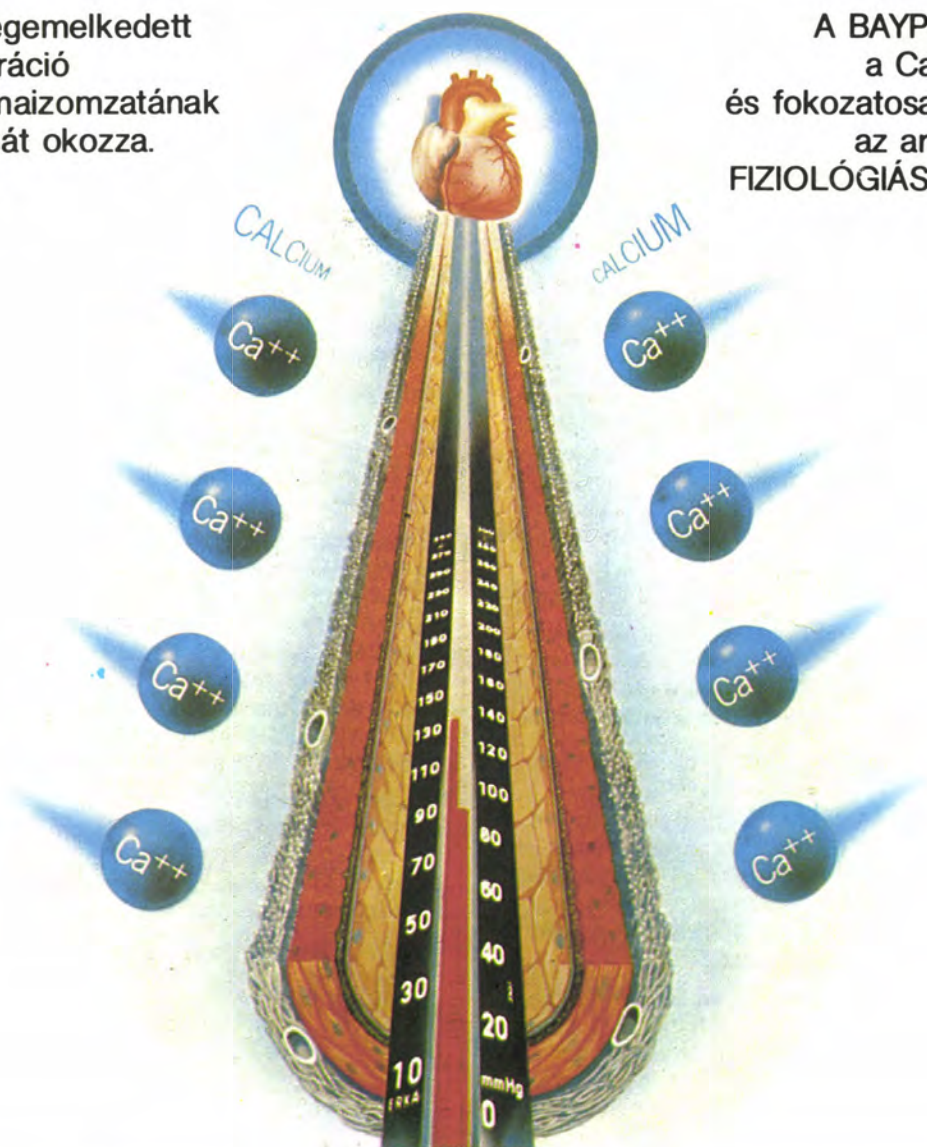
Baypress[®]

TABLETTA

20

A kórosan megemelkedett Ca^{++} -koncentráció az artériák simaizomzatának összehúzódását okozza.
HIPERTÓNIA

A BAYPRESS[®] gátolja a Ca^{++} -beáramlást és fokozatosan normalizálja az artériák tónusát.
FIZIOLÓGIÁS VÉRNYOMÁS



Gyártja és forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR

Tiszavasvári

Bayer A. G. Leverkusen
licencia alapján



Baypress®

TABLETTA

20

Hatóanyag: 20 mg nitrendipinum tablettánként.

Hatás: A nitrendipin vérnyomáscsökkentő gyógyszer. Gátolja a lassan aktiválódó kalcium csatornákat, az intracelluláris kalcium-felszabadulást, csökkenti a cAMP-foszfofodieszteráz működését, aktiválja a kalcium-ATP-áz. A kalmódulinnal történő interakció következtében vazodilatációt és ezáltal vérnyomáscsökkenést eredményez. Vérnyomáscsökkentő hatása általában 24 órán át észlelhető, ezért a legtöbb esetben napi egyszeri adása elegendő. Enyhe Na^+ -ürítő diuretikus hatása (főleg a kezelés kezdetén) elősegíti vérnyomáscsökkentő hatását. A kalcium antagonisták kardioprotektív tulajdonságával is rendelkezik.

A szívre gyakorolt hatása komplex: csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szívműködés kontraktilitását, kismértékben emelheti a szívfrekvenciát, de nem befolyásolja a szív ingervezető rendszerének működését. Növeli az agy, a szív és a vesék vérellátását. A kezelés alatt toleranciával, rebound-jelenséggel és ortosztázissal nem kell számolni.

Javallatok: Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia. A hipertónia enyhe és közepes súlyos esetében 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 csökkenése. Krónikus májbetegség és krónikus veseelégtelenség esetén a kezdő adag negyed vagy fél tablettá (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 foszfatáz emelkedése a szérumban előfordulhat.

Gyógyszerkölsönhatások: Bétareceptor-blokkolóval, egyéb vérnyomáscsökkentő készítménnyel, H_2 -receptor blokkolóval és digoxinnal való együttadása körültekintést igényel.

- Bétareceptor-blokkoló együttadása emelheti a nitrendipin vérnyomáscsökkentő hatását.
- Egyéb antihipertenzívumok és H_2 -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 meghatározott 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 koncentrációban infundálni, szívelégtelenség esetén Strophantin i.v.

Nincs specifikus antidotuma, az előtérben álló tünetmákra kell a terápiának irányulnia. I.v. kalcium adása ajánlható.

Megjegyzés: ✕

„Vényre és csak egyszeri alkalommal adható ki. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.”

Csomagolás: 20 db tablettá.



of Wisconsin — előállított új prezerváló oldat.) A hasi szervek — máj, pancreas, gyomor, vékony és vastagbél — az artériáikat (truncus coeliacus, AMS, AMI) és vénáikat hordozó aorta illetve vena cava inferior szakasszal együtt kerülnek kivételre. A revaszkularizációra 6 óra 38 perc múlva került sor. (Az U. W. prezerváló oldat segítségével a beültethetőség időtartama pl. a máj esetében 32–36 órára nyúlt meg. Ref.) A hasi szervkomplexumról a lépét még a donorban külön eltávolították.

A recipiens műtét során kivételre került a máj, a pancreas, lép, gyomor distalis része, vékonybél és a vastagbél a sigma distalis szakaszáig. Lényeges, hogy a recipiensben a vena cava inferior retrohepatikus szakaszát érintetlenül hagyták. A bal és a középső vena hepaticából ún. „cloacát” képeztek a donor graft suprahepatikus vena cava inferior anastomosisának befogadására. Az infrahepatikus v. cava inferiorat pedig lekötötték. A graft artériáit hordozó aortaszakaszt a recipiens hasi aortájának középső részébe szájazzatták end-to-side. A tápcsatorna folytonosságát gastro-gastrostomiával illetve colon anastomosisal állították helyre. A műtét alatt 5050 ml vérre volt szükség. Ezt a műteti megoldást 5 nappal később kettős varratelégtelenség miatt módosítani kellett: a colon anastomosis proximális végét sigmoidostoma formájában kiszájazzatták, a distalist vakon zárták.

A gyermeket két héttel a műtét után transnasalis jejunum szondán, majd 5 hét múlva nasogasztrikus szondán keresztül táplálták, és a parenterális bevitt táplálék mennyiségét jelentősen csökkenteni lehetett. 135 nappal a műtét után a gyermek csaknem kizárólag normális módon táplálkozott.

A fertőzések megelőzésére perioperatív ampicillint, clafóránt, és flaylt adtak. A 12. postoperatív naptól kezdve a bélcsatorna ún. „szelektív bakteriális dekontaminációját” végezték polymyxin E., tobramycin és amphotericin B segítségével. Magas CMV titer miatt gancyclovir kezelést használtak. Az immunuszuppresszió hármast volt: cyclosporin, azathioprin és steroid. A vér cyclosporin szintjét 1000 ng/mL (RIA) körül tartották. A 23. postoperatív napon OKT 3 kezelést kezdtek rejekció gyanúja miatt. GVHD megelőzésére 6 dózisban 1–3 hétig intraabdominalis besugárzást végeztek.

Az első gyermek a műtét után 30 percig élt. Boncolásnál vérzéses shock jeleit észlelték. A második gyermek 192 napig élt. 49 napot intenzív osztályon, 143 napot kórteremben töltött. A 91. napon többgócú LPD-t (lymphoproliferative disease) kórisméztek a májban CT-val. Egy hónappal korábban már Epstein-Barr vírus jelenlétét lehetett bizonyítani. A lymphoproliferáció miatt a 104. napon az immunuszuppressziót leállították 15 napra. A lymphoproliferatív folyamat biopsziával bizonyítottan nekrotizált. A 165. napon azonban új májhlusi elváltozást lehetett kimutatni, amely sárgasághoz, PTD ellenére szépszishez, majd végül több szerv elégtelenségéhez vezetett. A boncolás során a korábbiól szövettanilag

is különböző lymphoproliferatív folyamatot találtak a májhlusban két — a sepsis okaként is elképzelhető — mikroperforáció mellett.

Ami a transzplantált szervek *funkcióját* illeti, a máj működése jó volt, csaknem normális prothrombin idővel és szérumban albumin koncentrációval. A bilirubin szint is a kiindulási egyötödére, tizedére esett. 15 májbiopsziát végeztek, de csak a hyperalimentáció következményeit látták. A báriummal végzett passzázs illetve a felszívódási vizsgálatok megnyugtató eredménnyel zárultak, amellyel, hogy a gyermek hosszú időn át normális úton és módon táplálkozott!

Tanulságképpen a pittsburghi munkacsoport megállapítja, hogy a cyclosporin éra előtt a hosszabb túlélésű intestinalis, vagy multivisceralis transzplantáció elképzelhetetlen volt. Hosszú túlélésű betegükön mind a rejekciót, mind a GVHD-t megelőzték effektív és *masszív* immunuszuppresszióval, továbbá az átültetett szervek hasi irradiációjával. Felvetik azt is, hogy az immunuszuppresszió túldozóvá válik oka lehet a lymphoproliferatív megbetegedés kialakulásának hasonlóan mint Williams ugyanezen folyóiratban közölt betegén.

A legfontosabb és a legbátorítóbb megfigyelésnek azt tartják, hogy az átültetett hasi szervek egyformán jól működtek: a tápcsatorna csaknem teljes enterális táplálást tett lehetővé hosszabb időre, a máj szintetikus és egyéb funkciói jók voltak több mint egy fél éven át, pancreasműködés is észlelhető volt és egyik szerv sem löködött ki. A beteg végeredményben közelebb került a megvalósíthatatlannak hitt álomhoz: hosszú idejű túlélés funkcionáló tápcsatornával.

(Ref.: A transzplantáció is magának vindikálja azt a kérdést, hogy milyen minőségű élet vár a recipiensre a transzplantáció után. A közlemény adatai, de referens személyes pittsburghi tapasztalatai alapján is, ez az életminőség megéri azt a hatalmas erőfeszítést, amit a transzplantáció kíván. A közleményből az is világossá válik, hogy a multivisceralis szervtranszplantáció első sorban nem technikai kérdés ma már — legalábbis a pittsburghi gyakorlatban — hanem az immunológia és az immunuszuppresszió problémája.)

Jakab Ferenc dr.

Splanchnicus transzplantáció. Eljárás a parenterális táplálással életben tartott csecsemők kezelésére, akiken irreversibilis májkárosodás keletkezik. Williams J. W., Sankary, H. N., Foster, F. P. és mtsai: JAMA, 1989, 261, 1458.

A parenterális táplálással életben tartott csecsemőkön a májelégtelenség kialakulása halálos szövődmenyt jelent, ha csak az enterális táplálás helyre nem állítható. A májtranszplantációja csak rövid ideig tartó eredményt jelentene, ezért kísérelték meg két gyermekén rövid-bél szindróma és másodlagos, végstádiumú májbetegség miatt a

máj, a vékonybél, a duodenum és a pancreas együttes transzplantációját.

Az 1. beteg 17 hónapos fiúgyermek, akiben gastroschisis miatt nem fejlődött ki a bélcsatorna a distalis duodenumtól a colon flexura lienalisáig. Egyéb fejlődési rendellenességet nem találtak. 3 hónapos korban icterus, 13 hónapos korban pedig biopsziával igazolt cholestasis és cirrhosis alakult ki. Ezt követően döntöttek a kombinált transzplantációról. A donor azonos súlyú 6 hónapos csecsemő volt. A donor műtét során, az aorta valamennyi ága lekötésre került a truncus coeliacus és az AMS kivételével. A vena cava inferior is felszabadították. A lépét eltávolították, majd a májat, a pancreast, a duodenumot mobilizálták. A tápcsatornát, az antrumtól és az ileumtól átvágták. A prezervációt jeges Ringer-laktáttal, majd Collins oldattal végezték. A szervek prezervációja után azokat az aortával és a vena cava inferiorral kiemelték és steril műanyag zsákba helyezték, majd irradiálták (10 Gy, Thorac 20 linear accelerátor, 10 mev foton „beam”). A recipiensben azt az elvet követték a műtét megoldásában, hogy ha később a vékonybél a rejekció miatt el kellene távolítani, a recipiens korábban meglévő bélrészelete (duodenum, colon) és az újonnan transzplantált máj megmaradjon.

A recipiens máját eltávolították. Portocavalis shuntöt készítettek a bennmaradó szervek vénás elfolyásának biztosítására. A szervkomplexum beültetése a máj feletti és alatti cavalis anasztomózis készítésével indult. A graft duodenumot és a porta hepatis képleteit ráfektették a recipiens duodenumra és pancreasra. Az artériás beáramlást és vérellátást aorta szegment beültetésével biztosították infrarenálisan. A recirkuláció kezdetén 8,8 mmol/l-es káliumszintet észleltek, de ez 1 órán belül rendeződött. A distalis ileumot stomaként kiszájazzatták. Az eredeti hasüreg kevésnek bizonyult a szervkomplexum befogadására, ezért a hasfalat hálóval zárták.

A műtét után a bilirubin szint gyorsan csökkent, megszűnt az encephalopathia és az alvadási zavar. A 4. napon az aorta graft varrat 2 mm-es defektusa vérzéshez és halálhoz vezetett. A varratvonal vérzése feszülés miatt jött létre.

A 2. beteg: 9 hónapos fiúcssecsemő rövid-bél szindrómája volvulus és a teljes vékonybél, továbbá a vastagbél jobb felének elhalála miatt alakult ki közvetlenül megszületése után. Hamarosan sárgaság alakult ki. A biopszia valamint a májfunkciók jelentős romlása alapján az a vélemény alakult ki, hogy a máj irreverzibilisen károsodott, ezért elhatározták a zsigeri transzplantációt. A műtét beavatkozás abban különbözött az 1. esettől, hogy: 1. felhasználták a donor mellkasi aorta szakaszát is, a graft varratai feszülésének kiiktatására, 2. a donor 25 ml OKT 3-at kapott, 3. az in vitro irradiációt 13 Gy-re emelték. A műtét után több szövődmeny jelentkezett: a 12. napon pericardialis tamponád és szívmegeállás, a 16. napon jejunum perforáció, a 26. napon pedig a duodenum átfúródása. Vala-

ség, hogy összehasonlítsuk a baj gyakoriságának fokát a besugárzás várható hasznával és költségeivel.

Végh Pál dr.

Vesetransplantatum lelkőködésének scintigraphiás kimutatása. Becker, W., F. Wolf (Nuklearmedizinische Klinik der Universität Erlangen): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1265.

A vesetransplantatio után a legnagyobb veszélyt a transplantatum lelkőködése jelenti; evvel az esetek 85–90%-ában kell számolni. A ^{99m}Tc-DTPA (diaethylen-triamin-pentaacetat) perfúziós scintigraphia nem csupán az esetleges lelkőködés veszélyéről nyújt felvilágosítást, hanem a regionális perfúziós zavarok felismerését is megvalósítja. A diagnózis előterében a transplantatum lelkőködésének mielőbbi felismerése áll; a ^{99m}Tc-DTPA perfúziós scintigraphia szenzitivitása az irodalmi adatok szerint általában 51–94% között van. A scintigraphiás eljárás a kórfolyamat pillanatnyi helyzetét mutatja be és a transplantatum lelkőködését a finomtű-biopsia előtt 24 órával jelezheti.

A sonographia szenzitivitása a veselelkőködés kórismézésében 32%, a scintigraphiában 58%, mágneses rezonancia tomographia (MRT) esetén 100%. A sonographia egyszerű alkalmazhatóságánál és csekély költségfordítás folytán a gyenge szenzitivitása ellenére a transplantatum lelkőködésének gyanúja esetén az első diagnosztikus eljárásnak bizonyul. Ezután a magas találati hányados folytán a MRT következik. A további finomtű-biopsiás tisztázás ez után nyilván felesleges.

iff. Pastinszky István dr.

Terápiás kérdések

A benzodiazepin gyógyszerdependencia rizikói: a betegek kiválogatásának fontossága. Tyrer, P.: Br. med. J., 1989, 298, 102.

A szerző a gyógyszer hozzáférés egyik felelőst, a beteget s annak személyiség szerkezetét teszi vizsgálat tárgyává. Megállapítja, hogy nem minden betegnél fejlődik ki hozzáférések, akinek benzodiazepinek felírának. Ugyanis a statisztikák számolók mellőznek bizonyos elemi tényeket a számításoknál. Sajnálatosan dependenciát frnak le olyanokon is, akiknél a szer abbahagyásakor nem alakul ki elvonásos szindróma. Saját tanulmányukat hozza állításai megerősítésül, amikor is az általuk benzodiazepinnel kezeltettek csak 1/3-ánál volt megvonásos szindróma.

A személyiség szerkezet megállapítását a benzodiazepin felírása előtt kell megtenni. A szerző kétfajta személyiségzavart tart a benzodiazepinekhez történő hozzáférések

rizikótényezőjének: a borderline személyiségzavart és a passzív dependens vagy szorongó személyiséget, ill. a DSM III. szerinti dependens és elkerült. Gyakorlatilag azok a személyek, akiknek szorongása időlté vált.

A szerző a következő kerülendő tényezőket javasolja a benzodiazepin felírása előtt: a fenti személyiségzavart, nagy dózis alkalmazását, hosszú távú terápiát megelőző pszichotrop gyógyszerekhez történő dependenciát. Azt is mérlegelendőnek tartja, hogy hatékonyabb-e a szorongást oldó benzodiazepin, mint az antidepresszáns, avagy a pszichoterápia alkalmazása.

Szász Anna dr.

A benzodiazepin gyógyszerhozzáférése rizikói: a huzamos kezelés nagy problémája. Ashton, H.: Br. med. J., 1989, 298, 113.

A szerző a benzodiazepin dependenciát több faktorú vulnérabilitással magyarázza.

Először is azt állapítja meg, hogy a szorongásos emberek tüneteikről nagyobb valószínűséggel panaszkodnak orvosuknak, s így könnyebben jutnak szorongásoldó szerhez.

Másrészt, akik tartósan szednek benzodiazepint, azok nehezen képesek a stresszhelyzetekkel megbirkózni. Mind a szorongás, mind a szegényes küzdőképesség, azonos neurokémiai alapon nyugszik: a gamma-aminovajsav felhasználás alacsony aktivitása a limbikus rendszerben feltételezhető, vagy a serotonin rendszer magas aktivitása, vagy mindkettő.

Végül: lehet, hogy a szorongó emberek veleszületetten érzékenyebbek a „bűntetésre”.

A benzodiazepinek hosszú idejű alkalmazása során a szerző a következő tünetek kialakulását figyelte meg: szorongás, paraesthesia, figyelemzavar a megvonással kapcsolatban, s a benzodiazepin adag emelése csökkenti a tüneteket. A megvonási tünetek gyorsan megszűnnek. A benzodiazepinek szedési motivációi (altatás, szorongásoldás) egybeolvadnak a szükséglettel, hogy elkerüljék a megvonási hatást.

A benzodiazepin tolerancia és dependencia farmakodinamikai mechanizmusa valószínűleg a gamma-aminovajsav és a limbikus rendszer benzodiazepin receptorainak homeostatikus alacsony regulációja. A szerző táblázatban ábrázolja a gyógyszer dependencia profilját.

A gyógyszer dependens emberek egy része szorongás oldására használja a benzodiazepint, ezeknél magas neurotikus score, szorongást, a bűntétéstől való erőteljesebb félelmet, érzékeny lelkeséget, fokozottabb szociális alkalmazkodást figyeltek meg. Ezek az egyének a benzodiazepinek kisebb adagban, tartósan szedték, s hivatalosan írták fel nekik.

A másik részüknél, akik élvezeti szerként szedtek lágy és kemény drogot, magas pszichotikus score, impulzivitást, ju-

talomra való magas érzékenységet, fenyegető gondolkodást, antiszocialitást mutatnak ki. Ők a drogot élvezeti szerként, hosszan vagy intermittálva szedték.

Bár a megvonási tünetek frekvenciájáról eltérő nézetek vannak, Ashton és Tyrer messzemenően egyetértenek fontos klinikai dolgokban: Először is sajátos betegtípusok hajlamosabbak a benzodiazepin dependenciára. Másrészt hosszú idejű benzodiazepin szedés általánosabban vezet megvonási reakciókhoz, ezért inkább a beteg, mint az orvos tehető felelőssé. Végül a pszichiátria kivételével a szer felírását csak heveny szorongásos állapot, vagy insomnia indokolhatná rövid időtartamra.

Szász Anna dr.

A vírusbetegségek kemoterápiája: előrehaladás kocogva? Eggers, H. J. (Institut für Virologie der Universität zu Köln): Fortschr. Med., 1989, 107, 14.

A vírusmutációnak az ún. antivirális gyógyszerekkel szembeni rezisztenciáját és függőségét mintegy 3 évtizeddel ezelőtt vizsgálták és írták le molekuláris biológiai szinten. A jelenség kevés figyelmet keltett annak ellenére, hogy kísérletes modellekről volt szó. Az antivirális anyagoknak (Aciclovir, Ganciclovir, Retrovir) emberekben történt szélesebb körű alkalmazása során a vírusok rezisztenssé válását újból felfedezték. Ennek orvosi és járványtani jelentősége (a bakteriológiában és a parazitológiában is kialakult helyzet analógiájára) vitára ad alkalmat.

Klinikailag Aciclovir (ACV) rezisztens Herpes-simplex vírus (HSV) infekciókról elsősorban immundeficiens betegekkel kapcsolatban (többek között veleszületett, kemoterápiás, leukaemiás, AIDS-es eredet) 1982 óta tudósítanak. Erlich és mtsai 12 HSV-2 típusú vírussal fertőzött AIDS-es személyt mutattak be, akiknek bőr és nyálkahártya efflorescentiái ACV adására nem reagáltak. A rezisztencia molekuláris alapja — várhatóan a HSV — thymidinkinase defektusa volt.

A Ganciclovirt (GV), amely kémiaiilag az ACV-rel rokon, eredményesen vetették be súlyos Cytomegalia vírus (CMV) fertőzésekben és immunhiányos egyének CMV okozta retinitisében. Erice és mtsai olyan GV rezisztens CMV törzsekről tudósítottak, amelyeket három progresszív lefolyást és letális kimenetelt mutató betegekben (leukaemia, AIDS) találtak. A gyógyszer rezisztencia azonban a gyakran visszatérő herpes genitális visszaszorítása érdekében folytatott tartós, prophylaktikus ACV kezelés közben is gondot okozhat.

Mai ismereteink szerint az antivirális anyagok egyre kiterjedtebb alkalmazása, legtöbbször a herpes csoport tagjaival szemben (HSV, CMV, Varicella-Zoster vírus), a rezisztenciák és a terápiás kudarcok előfordulását mind gyakoribbá teszi. Olyan ellenálló vírus mutációnak alakulnak ki, amelyek az illető gyógyszerrel ugyan még

nem találkoztak, de a terápia közben szelekciós előnnyel rendelkeztek. Ennek következtében primeren ellenálló változatokat is izoláltak. Máskor a rezisztencia csak a kezelés alatt fejlődik ki, amit a kezdeti klinikai javulás után bekövetkező eredménytelenség jelez. Genetikai módszerekkel kimutatható, hogy egyes betegek teljesen különböző, olyan HSV és CMV törzsekkel fertőződnek (superinfeció), melyeknek gyógyszer érzékenysége egymástól eltérő. A jelenlegi tapasztalatok alapján a gyógyszerrel nem érintkező rezisztens vírustörzsek szaporodási készsége a szensitizetést nem éri el, virulenciájuk is sokszor kisebb mértékű. Immunhiányos állapotokban azonban ennek ellenére súlyosbíthatják a kórkép lefolyását, mint az az említett esetekben történt.

Jelentőséggel bírhat, hogy gyógyszer rezisztens törzsek a ganglionok idegsejtjeiben létrehozhatnak-e latens infekciókat. Ez oda vezethetne, hogy minden recidíva fellépésekor ellenálló mutánsokkal kellene számolni, melyeknek a populációban való elterjedési készsége epidemiológiai fontosságú.

Egy vírus mutánsnak valamely antivirális anyag ellen kialakult rezisztenciája ugyanolyan molekuláris hatásmechanizmus talaján, egy másikkal szemben szintén kifejlődhet (kereszt rezisztencia). Eredményes kezelés ilyenkor csak más elvek szerint ható gyógyszertől várható. A bakteriális fertőzések kemoterápiájának analógiájára további antivirális készítmények kikeresztelése elengedhetetlen.

Mint most a bakteriális infekciókban, a jövőben a vírusfertőzésekben is az egyes törzsek gyógyszer érzékenységének válto-

zásait nyomon kell követni. Ennek módszerei már régebben polgárjogot nyertek. Egy olyan stratégia azonban, amelynek esélye lenne az ellenálló vírus mutánsokat korlátozni között tartani, feltétlenül kidolgozást igényel. Nem véletlen, hogy az azidothymidinnel (Retrovir) szemben, a mindennaposan előforduló HIV törzseknél jelentősen (a százszorosot is elérő) gyengébb érzékenységet tanúsító kórokozók váltak ismertté. Ezek az említett gyógyszerrel több hónapon át kezeltől származtak. A szóban forgó megfigyelés, klinikai jelentőségénél fogva, az AIDS-ben még meg nem betegedett, tartós kezelés alatt álló HIV fertőzöttek ilyen irányú gondos tanulmányozását kívánja meg.

Barzó Pál dr.

Pivmecillinam/pivampicillin és amoxicillin krónikus obstructív bronchitisek exacerbációjában. Heitmann, R. és mtsai (Klinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen Waldhof Elgershausen): Therapie-woche, 1989, 39, 1205.

A szerzők multicentrikus kettős vak vizsgálatban hasonlították össze a címben szereplő antibiotikumok hatásosságát 65 beteg exacerbálódtól idült obstructív bronchitisek kezelésében. A terápiában részesülő mindegyike vagy napi 2×900 mg pivmecillinam/pivampicillint vagy 3×750 mg amoxicillint kapott 10 napon át. A gyógyszereszedés előtt, majd annak megkezdése után 3–5 nappal, továbbá a kúrát követően vizsgálták a légzési frequentiát, a nyugalmi dyspnoét, a vitálkapacitást, az egy másod-

perc alatti erőltetett expirációs volument, a légúti ellenállást, a vvs.-süllyedést, haematokritot, fvs.-számot, creatinint. A terápia elkezdését megelőzően és azt befejezve a betegekől köpetet vettek. Ennek további feldolgozására csak akkor került sor, ha a Gram szerint megfestett kenetben levált hengerhámsejtek és macrophagok voltak jelen. A köpetvizsgálat a kórokozók izolálását és a gyógyszerérzékenység megállapítását is magában foglalta. A klinikai tüneteket is folyamatosan nyomon követték. Az eredmények kiértékelésekor χ^2 , t és U próbát valamint variancia analízist végeztek.

A sputumból 73%-ban H. influenzae és S. pneumoniae volt kimutatható. Amíg a pivmecillinam/pivampicillin csoportban a kezelés után 13 beteg köpetéből a kórokozók eltűntek, 1 esetben a kezelés eredménytelen maradt és 3 recidíva lépett fel, addig az ampicillin terápiában részesülők közül 8-nak köpete vált a kórokozótól mentessé, 2 esetben hatástalanság mutatkozott, és 12 személy sputuma újból inficiálódott. A kúra alatt a légzési frequentia, a cyanosis és a nyugalmi dyspnoe mérséklődött a spirometriás paraméterek egyidejű javulásával. A pivmecillinam/pivampicillin csoportban a légzési ellenállás statisztikailag jelentősebben csökkent mint az amoxicillinnel kezelték között. Az utóbbiak 78, a pivmecillinam/pivampicillint szedők 89%-ának köpete tisztult fel. Gyógyszer okozta mellékhatások 12,1, ill. 12,5%-ban jelentek meg.

A kísérlet eredménye alapján a pivmecillinam/pivampicillin kúra az amoxicillin terápiánál hatásosabbnak mutatkozott.

Barzó Pál dr.



Anisics Ernő

bőrdíszműves kisiparos

1067 Budapest VI., Lenin krt. 75.

Megrendelés esetén utánvétellel szállítok, bármilyen színű valódi bőrből készült:

44×23×20 cm méretű és	
40×23×20 cm méretű	
orvosi táskát	3800,— Ft,
többrekeszes recepttartót	980,— Ft,
kétfelé nyíló ampullatartót	1280,— Ft,

Közületeket is kiszolgálók!

Telefon: 1-531-875

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Reflexiók a távozó szerkesztő búcsúsoraihoz

T. Szerkesztőség! Amikor némi megdöbbenéssel, a már várható még nem természetesen elfogadva tettem le a lap ez évi 39. számának bevezető írását, „A felelős szerkesztő búcsú”-ját, úgy vélem, nem voltam egyedül, akik úgy érezték, egy korszak zárult le ezzel lapunk, az Orvosi Hetilap életében. A megszemélyesítés talán nem túlzás, hiszen a lap is él — és e korszakban minden volt, ami egy ember életében van, vagy lenni szokott: siker és bukás, igazság és tévedés, feszültség és nyugalom, vita és egyetértés, együttregzést kiváltó vélemény és polémiára sarkalló állásfoglalás, oldás és kötés. Tisztelettel és komoly elvárással olvastam a következő, 40. számban „A főszerkesztő beköszöntője”-t és vártam, arra vártam, hogy megszólal majd az „olvasó — olykor szerző” is, mert úgy véltem, ő is köszönetet illene mondani Trencsényi Tibor dr.-nak. Miután eddig hiába vártam erre, veszem a bátorságot, hogy egy avatottabb tollal bíró kolléga helyett én próbáljam meg elmondani, csak törekedve a tárgyilagosságra, de nem ígérve azt, hogy nekem mit jelentett a főszerkesztő 43 éves munkájának az a 31 évet kitevő része, amit nekem szabott ki eddig pályámon a sors.

Nos, a Hetilap számomra sine qua non volt — szigorú koromtól hosszú ideig előfizetője voltam, és a vidéki kis kórházakban hozzárendelt másik 15 lappal együtt csak akkor mondtam le, amikor már képtelen voltam fizetni az összességében — első sorban a külföldi folyóiratok miatt — irreális előfizetési díjat. De ez csak azon változtatott, hogy elolvasása után nem a saját könyvtáramba került az újság. Az a lap, amelynek elolvasása az évek során különös szertartássá vált. Először mindig átfutottam a tartalomjegyzéket, majd hátul a híreket, a levelezést, és a tudományos összefüggéseket böngésztem át. Közben egy pillantás jutott a könyvismertetésre, innen a Horus rovat — ha éppen volt — következett, majd a beszámoló, kongresszusokról. A referáló rovatot először csak nagyjából néztem át — ezután jöttek a fő közlemények, amelyekből persze csak az engem érdeklőket olvastam el, most már részletesen (de nem mindig csak a sebészeti vonatkozásúakat!). Az összefoglalásokat általában átfutottam; a befejezést a szakmai szempontból szóba jövő érdekes referátumok elolvasása képezte. Nem volt olyan hét e három évtized során — kivéve persze a leeds-i egy-

évet — amikor ez a szellemi élvezet is adó csapongás a lapszámon belül ne adott volna valami újat, tanulságosat, eddig számomra ismeretlent. Kétségtelen, hogy ezek mennyisége hétről-hétre változott, de adatai és szemlélete az évek során alapvetően járultak hozzá, hogy ne fejlődjön ki egy sajnálatosan nem ritka szakmai csődlátás az én esetemben is. Az ismeretek gyarapodásával persze megjött a kritika is, ami különösen akkor erősödött meg, amikor az olvasó lassan szerző is lett. Az első — botladozó — írást a szerkesztőség mégsem ezért, hanem — mint utóbb kiderült — lektori tájékoztatlanság miatt utasította vissza; és amikor ugyanez a kézirat pár évvel később, kerek 25 évvel ezelőtt, 1964-ben mégis megjelent, mert a szerkesztőség elfogadta az általam feltárt adatokat, első ízben lehettem nyertese a szerkesztői tárgyalagosságnak. Ez az igazságérzet később ismételt megnyilvánult, de előbb az ismeretlen és minden támogató nélküli kisvárdai segédorvosnak bizalmat és lehetőséget kellett biztosítani: ezt tette meg Braun Pál és Trencsényi Tibor. Az olvasó így később referálóként lényegében külső munkatárs lett — és erős kritikusa. Ennek olykor hangot is adott, szerkesztőségi állásfoglalás, de főképpen kéziratai elbírálása kapcsán, — és persze nemcsak az Orvosi Hetilap irányában. Így vált számára lehetővé több szerkesztőség munkáját, tárgyilagosságát, szakmai és etikai standardját összevetni — mint ahogyan e szerkesztőségeknek elbírálni és olykor — joggal — nehezen tolerálni a szerző túlértékenny reakcióit. Egy kézirat miatt az immár nem segédorvos szerzőnek komoly konfliktusa támadt az Orvosi Hetilappal; határozottan merem állítani, hogy az OH-n és Trencsényi főszerkesztőn kívül nem volt hazánkban olyan szerkesztőség és olyan szerkesztő, amely, illetve aki a kéziratot — a már egyszer elutasított kéziratot — elfogadta volna, revideálva saját előző állásfoglalását. „Levelének igazságmagja van...” — írta és ennek elismerését és a szerkesztői döntést csak az tudja igazán méltányolni, aki saját tapasztalatai alapján tisztában van vele, hogy egy szerző mennyire kiszolgáltatott egy szerkesztőnek, vagy szerkesztőségnek. Ezt a hiúságmentes tárgyilagosságot igyekezett azután a lektori feladatokkal is megtisztelt olvasó és szerző bíráló munkája során érvényesíteni. A 31 éves kör — a 43 évesen belül — így záródik be. A vágy viszont marad, hogy a változással együttjáró megújulás a szerkesztőség és a szerkesztő számos egyéb eredménye mellett a szer-

kesztői munka e felbecsülhetetlen és pótolhatatlan értékét feltétlenül tartsa meg.

Trencsényi főszerkesztő életművét elbírálni természetesen nem a sorok írójának feladata — amit eddig leírt, nyugati lapban talán a „personal view” címszó alatt szerepelhetne. Jogom sincs mások nevében nyilatkozni — de kötelességem viszont mások nevében is köszönetet mondani azért, hogy az Orvosi Hetilap színes, tartalmas, minden túlzás nélkül a legjobban szerkesztett hazai szaklap volt az utóbbi négy évtizedben; és mert az ember, a vezető meghatározó tényező egy közösség munkájában, tiszteletemet és hálámat kifejezve Trencsényi Tibor professzornak és munkatársainak kívánok a szerkesztőségnek és az új szerkesztőknek kellemes ünnepeket és eredményekben ismét gazdag boldog újévet.

Gergely Mihály dr.

Kedves Barátom! Kedves Barátaim!

A Hetilap elmúlt évi 130. évfolyamának 39. számában több mint négy évtizednyi szerkesztői tevékenységem befejezésekképpen „A felelős szerkesztő búcsúja” címen tettem közzé azokat a gondolataimat, amelyeknek jegyében mondtam búcsút mindazoknak, akik lényegében az Orvosi Hetilap olvasói, szerzői, belső és külső munkatársai voltak.

E kis írásom nyomán számos levelet kaptam. Ezek közül egyet olyat — a Gergely Mihályt — amely a „Levelek a Szerkesztőhöz” rovat számára íródott. Ez által vált lehetővé, hogy valamennyi hozzám intézett levél írójának kollektíven mondassak köszönetet azokért az elismerő levelekért, amelyeknek jegyében fejezték ki köszönetüket azért a segítségért, amelyet pályájuk során szerkesztői feladatom teljesítése folyamán az Orvosi Hetilap szerkesztőségétől kaptak. Nos egészen röviden reflektálva: csupán kötelességemet teljesítettem.

Kedves Barátaim!

A Hetilap szerkesztése kezdettől fogva nyomasztó feladatként nehezedett reám, hiszen csak nagyon kevesen tudhatják, hogy 1948. március 15-t megelőzően, a történelem sodrása nem csak az orvostudományból, hanem az orvosi gyakorlatból is csaknem hat éven keresztül kiiktatott. Rendkívül szívós, magánéletemet szinte felszámoló rögzös út volt ez a több, mint négy évtized, sok-sok csalódással, küszködéssel és harccal. Elérhetetlen szerkesztői példaképeket választottam magamnak, ami még gyötrelmesebb tette munkámat. Örök elégedetlenség és csak fel-felcsillanó örömök között pergett el életem. Ezek közé a ritka örömök közé sorolom elismerő leveleiteket is, amelyeket hálásan megköszönök.

Trencsényi Tibor dr.

P. M. Sinset, Y. Lamour, Y. Christen (szerk.): *Genetics and Alzheimer's Disease*. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1988. DM. 108,—

Az Ipsen Alapítvány szervezésében 1988 márciusában került sor Párizsban arra a symposiumra, melynek anyagát a kötetben közzétették. Ez sorrendben a második ilyen konferencia volt, az elsőre 1987-ben került sor Immunológia és Alzheimer-betegség (továbbiakban Alzheimer's disease-ből eredő rövidítéssel AD) címmel, ennek anyagát szintén publikálták, mint ahogy ez a terv a harmadik, 1988 őszén megrendezett symposiumával is.

Az elmúlt két évben az AD genetikája felé fokozott figyelem fordult, sok az új ismeret, de a vitatott kérdés is. 1987-ben a 21-es chromosoma trisomiáját mutatták ki családi halmozódást mutató AD-ban (továbbiakban familiaris AD—FAD) szenvedőkön. Ez két szempontból is igen figyelemre méltó. Az egyik az, hogy az AD és Down-szindróma (továbbiakban DS), melynek alapja a 21-es chromosoma trisomiája, kapcsolata évek óta élénk érdeklődés tárgya. Régebbi tapasztalat az, hogy azon DS-s elhaltak agyában, akik 40 évet, vagy többet éltek, az AD-ra jellegzetes szövettani eltérések mutathatók ki — sokak szerint 100%-ban. A másik érdekesség az, hogy az AD szövettani jellegzetességei (szenilis plakkok, páros helikális filamentumok — PHF alkotta neurofibrilláris elváltozások és congophil angiopathia) szoros kapcsolatban állnak amyloid agyi lerakódásával. Az a gén, mely az amyloid-A4-fehérjét, vagy béta proteint, továbbiakban amyloid precursor protein = APP kódolja, szintén a 21-es chromosomára lokalizálható. Ez az ok a pathogenesis közeli megismerése lehetőségét sejtette. Több — e kötetben is praesentált — adat azonban ezt a lelkese-dést némileg lehűti. Kimutatták például, hogy a korai életkori kezdetű FAD (mely esetekben autosomalis dominans öröklésmenetet régóta regisztráltak) esetén még a 21-es chromosoma alterációja igazolható, nem vonatkozik ez a késői életkori kezdetű — és a fiataloknál lényegesen gyakoribb — FAD-esetekre. A kötet több tanulmányából is elég egybecsengő az a vélemény, hogy az AD valószínűleg nem egységes kórkép, hanem mind klinikai, mind epidemiológiai, genetikai stb. szempontból is több alcsoportja létezhet, és igen lényeges, hogy a vizsgálati adatok csoportosítása ennek figyelembe vételével történjék. Több tanulmány elemzi az epidemiológiai vizsgálatok lehetőségeit és nehézségeit. Két alapvető és nehezen feloldható nehézség van: az egyik, hogy régebben idős korban elhalt demens hozzátartozó megbízhatóan AD-ban szenvedőnek minősíthető-e, a másik, hogy állítható-e az, hogy fiatal korban elhalt rokon, ha az idős kort megéli, AD-ban

szenvedett volna-e (ma a két legáltalánosabban elfogadott „kockázati tényező” a családi előfordulás és a kritikus életkor). Újabb genetikai vizsgálatok kimutatták, hogy a FAD-ban előforduló géntérés helye nem egyezik meg az APP-ével. Mint lényeges morfológiai substratum felé, nagy figyelem fordul a PHF felé. Figyelemre méltó Wisniewski és Iqbal a kötetben közölt módszere, mellyel a liquor cerebrospinalisban immunológiai módszerrel a PHF-reaktivitást tudják mérni, ez előzetesnek tekinthető adataik szerint magasabb AD-ban szenvedőkön a kontrollcsoporténál, további adatgyűjtés és vizsgálatok ezen a területen érdekes összefüggéseket tárhatnak fel. Több szerző foglalkozik — részleteiben, vagy egész munkájában — a dermatoglyphák, mint biológiai markerek jellegzetességeivel. Bár a vizsgálatok eredményei nem ellentmondásmentesek, érdekes az a megfigyelés, hogy AD-ban és DS-ban szenvedők ujjlenyomatai hasonlóságokat mutatnak. A kötetben több szemléletformáló fejezet van: Rapoport az AD phylo-genetikai hipotézisére vonatkozó adatokat összegzi, Folstein és mtsai az AD heterogenitása klinikai, biokémiai és neuropathológiai adatait szummálja, Gajdusek az amyloid depositio különböző lehetséges útjait áttekintve hívja fel a figyelmet arra, hogy bármilyen lényeges is az amyloid-lerakódás oka megjelölése, ezzel csak a pathogenesis válhat ismertté és az legfeljebb csak remélhető, hogy ezáltal az ok felderítéséhez is közelebb jutunk. Igen figyelemre méltó kanadai szerzők munkacsoportja egy földrajzi területet átfogó, prospektív, multidimenzionális adatgyűjtő munkája, vizsgálataik rendszeréről és első eredményeiről számolnak be. Több igen elmélyült — és részleteiben a témában jártas genetikai szakember jártasságát a teljes megértéshez igénylő — fejezetben foglalkoznak a szerzők a chromosoma-vizsgálatokkal és AP-re vonatkozó részletekkel.

A kötet 176 szövegoldala 19 fejezetre oszlik, a tájékozódást tárgymutató segíti. Szerencsésen egészítik ki egymást a szemléletformáló irodalmi összefoglalások és hipotézisek, a vizsgálatok metodikai nehézségeit sokoldalúan feltáró elemzések és a saját vizsgálatok — többnyire első — eredményeiről beszámoló tanulmányok. A fejezetek továbbgondolkodásra serkentők, vizsgálatokra inspirálók. A kötet anyaga alapján is egyértelmű, hogy az AD-ra — melyet korunk „lappangó epidémiájá”-nak neveznek gyakran — vonatkozó ismeretek igen szerteágazóak, az epidemiológiai, klinikai, genetikai, biokémiai, neuropathológiai adatok megfelelő homogenizálása alapvetően szükséges, éppen ezért a vizsgálatok csak e területeket teljes mélységében ismerő szakemberek együttműködése esetén lehetnek reményteljesek.

Tariska Péter dr.

Helmut Kraft: *Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik*. 2. átdolgozott, bővített kiadás. Hippokrates kiadó, Stuttgart, 1989. (Első kiadása: 1982.) 183 oldal, 8 ábra, 5 táblázat. Ára: 48,— DM

A magyar szakolvasók számára napjainkban nehéz olyan könyvet ajánlani a relaxációs módszerekről, amely meglepő újdonságértékekkel szolgálhatna. Főként az autogén tréning tekinthető általánosan ismertnek, sőt ez ma már a pácienseink által is elfogadott és igényelt módszerre vált. Az autogén tréninget 1980 óta több száz magyar orvos, pszichológus, pszichoterapeuta tanulta meg, létezik magyar nyelvű szakkönyvünk is, a relaxáció témakörében a publikációs ellátottság jó, így e téren nincs számottevő lemaradásunk.

Helmut Kraft kölni neurológus, pszichoterapeuta és pszichoanalitikus könyve azonban mégis felhívja magára a figyelmet. Elsősorban azzal a szemléletmóddal, amellyel a szerző az autogén tréning módszerét elhelyezi a pszichoterápiák rendszerében és megszüntetve mindenfajta — korábban meglévő metodikaközpontú — lehatárolást, a módszert a pszichoterápiás, gyógyító emberi kapcsolat kereteiben mutatja be. Vértelbi pszichoterapeuta, jól képzett, nagy gyakorlattal rendelkező pszichoanalitikus tárja elénk ezúttal a módszert azokban a szükséges és korszerű szellemi összefüggésekben, ahogyan ma egy-egy módszerről gondolkodunk: betegközpontúan, integratív szemléletben, a terápiatervezés feladatainak gondolati rendje szerint. Az a fejlődés, amely a nyolcvanas években a pszichoterápiás munkát világszerte jellemzi, Kraft könyvében is tükröződik: az autogén tréning nem szűkül be „biológiai támaszpontú pszichofiziológiai hatásmechanizmusú” terápiává, hanem egyik eszközként jelenik meg a komplex pszichoterápiás munkának. Megismerhetjük a szokványosan tárgyalta biológiai, pszichofiziológiai hatásmechanizmusokon túlmutató élmény-pszichológiai, kommunikációlélektani, pszichodinamikai, indulatátíteli, ellenállási, „testnyelvi” sajátosságokat is az autogén tréning terápiai világában. Örömmel fedezhetjük fel a módszer kapcsolódását a pszichoanalízishez. A nárcizmus elméletekre építő, a pszichoszomatózis dinamikai elméleteibe ágyazódó „pszichoszóma-analízis” a 80-as években az autogén tréning „testnyelvét”, gyakorlatanyagát a pszichikus újraszervezés munkájában természetes eszközként alkalmazza. A módszer főlső fokát (meditatív tréning) és kombinálható eljárásait (imagináció, képzeleti és műveleti pszichodráma) pedig beépíti a klasszikus pszichoanalízisbe, illetve úgy dolgozik a metodikák elemeivel, mint saját eszközeivel.

Aligha gondolhattuk volna, hogy a hipnózissal összeházasított, a jogából eredeztetett, túlnyomóan pszichofiziológiai hatótényezőkkel magyarázott és az ún. instrumentális viselkedésterápiákhoz sorolt, „el-

fedő módszernek" tartott autogén tréning a nyolcvanas évekre ekkora penetrációs fokot ér el, behatol valamennyi alapvető pszichoterápiás irányzat és módszer saját világába és még a pszichoanalízis „feltárási terápiai” rendszerét is meghódítja.

Kraft könyvének különös értéke és érdeme, hogy az autogén tréning tárgyalásában a módszer fejlődésének, elméleti és gyakorlati terjeszkedésének, pszichodinamikai koncepcióinak tág teret szán, ezzel teljesen „új arcát” tárja fel a módszernek a magyar szakolvasók előtt is.

A könyv konceptuálisan új, korszerű szellemi kereteiben az autogén tréningről 4 fő részben kapunk képet. Az első kettő a módszer alapvető elméleti bázisát és metodikai elemeit tárgyalja. Ebben a két részben a magyar szakkönyvekhez képest csak az autogén tréning analitikusan orientált alkalmazására vonatkozó rész (1.8.) jelent valódi információs többletet. A harmadik és negyedik rész az autogén tréning haladó szintű alkalmazásával, főleg fokozott, az autogén imaginációval, valamint a módszertani változatokkal (Schultz, Thomas, Luthé, Rosa) és az AT-vel társuló, önálló „éber álom”-terápiákkal foglalkozik. Ez a két rész bővelkedik olyan új ismeretekben, amelyekhez a magyar olvasó eddig még nem jutott hozzá.

A könyv szerkesztése, tagolása tanácsos. Az 5. rész 150 ellenőrző kérdést tartalmaz, amelyhez 275 egységből álló, az alapműveleteket és a 80-as évek friss irodalmát tartalmazó bibliográfia társul. Így módon a könyv a német orvosi kamara által elfogadott, 40 órás alapfokú autogén tréning képzéshez, illetve annak folytatásaként szervezett, analitikusan orientált esetmegbeszélő szupervíziós csoportmunkához kapcsolható szakanyag. Jól használható mindazoknak, akik már rendelkeznek személyes élményű autogén tréning ismeretekkel, haladó szinten dolgoznak a módszerrel, vagy azt terápiásan alkalmazzák.

A magyar szakolvasók is ilyen feltételekkel láthatnak hozzá a könyv olvasásához, főként akkor, ha érdeklődnek az autogén

tréning pszichodinamikai, analitikusan orientált szemléletű alkalmazása és felhasználása iránt.

Bagdy Emőke dr.

Uwe Hartmann: Inhalte und Funktionen sexueller Phantasien. Ergebnisse einer Panel-Studie an Männern und Frauen. 1989. F. Enke, Stuttgart, 147 old. (Beiträge zur Sexualforschung, Bd. 64.) DM. 46,—

A szerző a szexuális viselkedés ismert kutatója, a közölt vizsgálatban viszonylag kis mintán, de nagyon intenzív vizsgálatot végzett a szexuális fantáziákról. Egy éven át havonta mérte a szexuális viselkedést és az ezt kísérő fantáziákat egy elég bonyolult kérdőíves-skálás módszerrel, amit kiadott kérdőívek formájában a vizsgálatban részt vevők maguk töltöttek ki. Az eredmények érdekesek, különböző erotikus fantáziatípusok az esetek nagy részében kísérik a szexuális viselkedést, de még inkább fellépnek az önkielégítést kísérően vagy a szexuális hiányállapotokban. Férfiak és nők körében a szexuális fantáziatípusok jelentkezése és pszichológiai felhasználása nagyon különböző, a férfiak inkább pótszerként, a nők pedig főleg érzelmi kapcsolati partnervizonyban folyamodnak a szexuális fantáziához. A nők általában pozitív érzelmi állapotban és hangulatban fantáziálnak, a férfiak akkor, ha unatkoznak vagy feszültek. Jelentős az életkori különbségek is. A fantáziák tartalmaiban sok a szadomazochisztikus elem és az olyanfajta szexuális tevékenység, ami a tényleges partnerkapcsolatokban általában nehezen valósítható meg. A kötet tartalmazza a vizsgálat részletes leírását és összes adatát, legfőbb értéke azonban a modern szexológiai szakirodalom áttekintése a szexuális fantáziák szempontjából. A szexuális fantáziáknak a mai szexológia nemcsak a tényleges szexuális megnyilvánulások tekintetében tulajdonít nagy jelentőséget, hanem a pszichoszexuális fejlődés normális és kóros folyamataiban is. A fantázia a pszichoszexualitást formáló élményhatások erősítője és ilyen módon igen lényeges szexuális szocializáló erő. A fantázia nagyobb szere-

pe teszi a férfiak szexualitását hajlamosabbá a különféle alternatív vagy kóros fejlődési folyamatok, szexuális igények kialakulására. A szerző főleg a pszichoanalitikus fantáziaelmélet szexológiai vonatkozásait foglalja össze az elméleti részben, majd pedig Gagnos és Simon ún. „forgatókönyvelméletét”, amely szerint a szexuális szükségletek, kívánságok, ingerpreferenciák a személyiségben tudattalan „forgatókönyvbe” (script) állnak össze, és főleg a fantázián keresztül motiválják a viselkedést. A könyv megkísérli áttekinteni a szexuális fantáziákra vonatkozó kutatási irodalmat, bemutatva az egyes közölt vizsgálatok kérdésfelvetéseit, módszertanát és eredményeit.

A könyv igen érdekes, és nagyszabású szakirodalmi feldolgozása ellenére sem tudja kimeríteni a problémát. Igen valószínű, hogy a szexuális fantáziák — bár gyakran markánsan megragadhatók látszatnak és tartalmilag, képileg leírhatók — összemosódnak a személyiségben zajló más típusú kognitív-képi folyamatokkal és az ún. elsődleges mentális folyamatokkal, tehát a valóságképzés és a viselkedéstervezés folyamataival. Ezért aztán a szexuális fantáziáknak csak egy része verbalizálható könnyen, nem egyszerű a fantáziákra vonatkozó önfigyelés sem, így a kérdőíves vagy interjú vizsgálat számos módszertani nehézségbe ütközik.

Mivel azonban a szexológiai klinikumban a szexuális magatartást meghatározó tényezők valóban markánsan tükröződnek a fantáziákban, továbbá, mert a fantáziatípusok többsége szexuálterápiás eljárásban is fontos, felhasználható a motivációk befolyásolására, a sok adatot tartalmazó könyvet a szexuális zavarokkal foglalkozó orvosok számára ajánlani lehet. Mind az irodalmi áttekintésben, mind pedig a saját vizsgálatokban sok az olyan adat és koncepció, amelynek megismerése nemcsak a kutatót, hanem a gyakorló szexuálterapeutát vagy szexuálpszichológust is segítheti.

Buda Béla dr.

Helyesbítés

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



Gyógyszergyár, Budapest

A Szentesi V. T. Kórház Tudományos Bizottsága
1989. évben a Bugyi István Emlékéremet
Dr. Tari Gábor főorvosnak ítélte oda.

PÁLYÁZATI HIRDETMEYNEK

(296/a)
A Szolnok Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Főigazgató Főorvosa (Szolnok, Vöröshadsereg u. 39-41. sz.) pályázatot hirdet
3 fő szakorvosi állásra az Újszászi Pszichiatriai és Rehabilitációs Osztályra.

A pályázat elbírálásánál pszichiatriai szakképesítéssel, illetve gyakorlati lakásokban — orvosháaspár jelentkezése előnyben. Emellett várjuk szakvizsga előtt állók, illetve pályakezdekők jelentkezését is.
Bérezés: Szakorvosok esetében — szakmai gyakorlatról függően — kiemelt bérezés

pályakezdekők esetében 10 000,— Ft/hó

Elhelyezés az intézet területén belül kettő, illetve háromszobás szolgálati lakásokban — orvosháaspár jelentkezése előnyben. Kedvezményes étkeztetés az intézményben belül megoldott.

Az osztály sávfeladatokat lát el. Az akut pszichiatriai betegellátás mellett rehabilitációs és munkaterápiás részleggel is rendelkezik.
A pályázatot megjelenéstől számított 30 napon belül — a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet 1. sz. mellékletében meghatározott mellékletekkel — az intézet főigazgató főorvosának lehet benyújtani.

Az állások a pályázat elbírálása után azonnal elfoglalhatók.

Krasznai Géza dr.
igazgató főorvos

(297/a)
A Szőnyi Tibor Kórház- és Intézményei (2600 Vác, Szőnyi T. tér 1-3.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

2 fő szemészeti szakorvosi állásra

2 fő röntgen szakorvosi állásra

1 fő fül-orr-gégész szakorvosi állásra

1 fő szakorvosi állásra a Körbonctani Osztályra

1 fő higiénikus szakorvos a Központi Sterilizálóba

A szemész, a röntgen, a fül-orr-gégészet változó munkahellyel. Szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk.

Röntgen szakorvos- szemész szakorvos vagy röntgen szakorvos- labor szakorvos házaspár jelentkezése esetén Szob köztségben szolgálati lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Szőnyi Mihály dr.
intézeti igazgató főorvos

(299/a)
Újkígyós Nagyközségi Közös Tanács VB pályázatot hirdet körzeti orvosi állásra.

Alkalmazási feltétel: — körzeti orvosi szakvizsga — legalább két éves, körzetben eltöltött gyakorlat.
Az alkalmazásánál előnyben részesül, akinek gyermekorvosi szakképesítése is van.

Fizetés a jogszabályokban meghatározottak szerint.
Összkomfortos szolgálati lakás a központban biztosított.
Jelentkezés: a tanácselnöknel személyesen vagy írásban, 5661 Újkígyós, Kossuth u. 41. alatt.

(303/a)
A Gy-S. Megyei Tanács VB Egészségügyi Gyermekotthon (Sopron, Tómalom u. 23.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet gyermekgyógyász szakorvosi állásra.
Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

MEGHÍVÓ!

A Pest Megyei Tanács Flór Ferenc Kórházának Tudományos Bizottsága szeretettel meghívja 1990. február 22-én, 14 órákor a kórház nagy tanácstermében tartandó tudományos ülésre.

Program

1. Dr. Kammerer K., dr. Szilvay A.

Fej-nyak daganatok differenciáldiagnosztikája ultrahanggal

Az állás azonnal elfoglalható.

Lakásmegoldás megbeszélés tárgyát képezi.

Halmi Mária dr.
igazgató főorvos

(1)
Az Ajka Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet 1 fő orvosi állás betöltésére a II. sz. Belgyógyászati Osztályra.

Az osztály gastroenterológiai jellegű. Elsősorban pályakezdekő jelentkezését várjuk. Az állás azonnal betölthető.

Bérezés: az érvényben lévő jogszabályok alapján. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül a kórház igazgatójához kell benyújtani.

Mikola István dr.
kórházigazgató főorvos

(2)
Dunaújvárosi Kórház-Rendelőintézet (Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6. 2401) Igazgató-Főorvosa pályázatot hirdet a város területén üresen lévő körzeti orvosi állásokra.

Illetmény, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet igazgató főorvosa

(3/a)
A Budapesti Közlekedési Vállalat Egészségügyi Szolgálat azonnali belpéssell keres korszerű rendelőbe főállásban átemorvosokat, orr-fül-gégészszakorvosi, EKG (kardiológus) szakorvosi.

Bérezés és egyéb juttatások a Kollektív Szerződés alapján — megegyezés szerint.

(Pályakezdekőknek egyszerű 8 000—10 000,— Ft-os juttatás.)
A dolgozó és családtagjai térítésmentes BKV utazási igazolványt kapnak.

Jelentkezés: Dr. Hunyadi Erzsébet vezető főorvosnál Budapest, X. Fehér út 1., III. 365. szoba (Metró Örs vezér tér végállomás) Telefon: 118-7416

(5)
A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet (Bp., IX., Nagyvárad tér 1.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a Merényi Gusztáv Kórház (Bp., IX., Gyáli út 17-19.) Szájsebészeti Osztályára 2103. kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra.

Pályázati feltétel: szájsebészeti szakorvosi képesítés, 10 év szakmai gyakorlat.

Az osztály traumatológiai feladatot is ellát.
A kinevezés határozott időre szól, alkalmasság esetén meghosszabbítható.

A pályázatot a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet 1. § mellékletében foglaltak szerint, a megjelenést követő 30 napon belül az intézet főigazgató főorvosához kell benyújtani.

Podhorányi György dr.
főigazgató főorvos

(6)
Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet (Budapest, IX., Nagyvárad tér 1.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a II. sz. Neurológiai Osztályán megüresedett 2103. kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra.

A kinevezés határozott időre — 4 évre — szól, mely alkalmasság esetén meghosszabbítható.

Bérezés az érvényes jogszabályok alapján + 800,— Ft vezetői pótlék.

Az állás betöltéséhez neurológiai és pszichiatriai szakképesítés és 10 év szakmai gyakorlat szükséges.

2. Dr. Ferjentsik M.

A hasi aorta angioplasztikájáról 2 eset kapcsán

3. Dr. Temesi M.

A pancreas „különleges cystáinak” ultrahangdiagnosztikája és kezelése

4. Dr. Barton A., dr. Kammerer K., dr. Ferjentsik M., dr. Végh T., dr. Anka P.

A hasi tályogok perkután drenázskézelése

A kinevezésre kerülő osztályvezető főorvos feladata a 82 ágyas neurológiai osztály szakmai irányítása és a területen a neurológiai járóbetegellátás biztosítása.

A pályázati anyagot a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet alapján kérjük összeállítani.

A pályázat határideje a Szociális és Egészségügyi Közlönyben való megjelenéstől számított 30 nap.

Podhorányi György dr.
főigazgató főorvos

(7)
A Fővárosi Tanács Újpesti Kórház-Rendelőintézet (1045 Budapest, Nyár u. 103.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet szülészeti osztályára
1 fő gyermekgyógyász szakorvos részére.

Feladat az újszülött osztály ellátása.
Szakorvosi képesítés, kórházi gyakorlat szükséges.

Frekót Nándor dr.
főigazgató főorvos

(8)
Lenti Városi Tanács Rendelőintézet igazgató főorvosa (8961 Lenti, Pf. 5.) pályázatot hirdet
fül-orr-gége szakvizsgálóval rendelkező

ÜZEMORVOSI állásra.

Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével a 14/1983. ÁBMH számú rendeletben foglaltak szerint.
Lakást biztosítunk.

A pályázatot a rendelőintézet igazgató főorvosához kell benyújtani.

(9)
A Főv. Tanács Újpesti Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1045 Bp., Nyár u. 103. sz.) 1 fő részére pathológus szakorvosi állást hirdet.

Frekót Nándor dr.
főigazgató főorvos

(11)
A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet pályázatot hirdet a Nemzetközi Alkoholizmus és Kábítószer Ellenes Tanács (ICAA) 1990. évi konferenciáján való részvételre.

A konferencia időpontja: 1990. június 10-15.
A konferencia helye: Nyugat-Berlin.

A konferencia szekcióinak és munkacsoportjainak témakörrei: Alkohol nevelés; Az alkohol okozta problémák epidemiológiai kutatásai; Jogi kiadványok; Családterápia; Kutatások és gyakorlat a gondozásban; Alkohol, drogok és a közlekedésbiztonság; Alkoholpolitika; Pszichológia; Alkohológia; A gyógyult alkoholisták szervezetei; Alkohol- és drogproblémák a kereskedelem- és az iparban; Középpontban a nők; Szociális munka; A népességalkohol- és drogproblémái; Alkohol és drog kezelés és ezek szervezetei; Drog nevelés; Epidemiológiai kutatások drog témában; Kísérleti tervek, methadon programok; Ifjúság; AIDS, drogok, alkohol

A konferencia hivatalos nyelvei: német angol és francia.
A pályázat tartalmazza:

— a legfontosabb személyi adatokat,
— részletes szakmai önéletrajzot, az idegennyelv-tudás fokát,
— a konferenciára tervezett előadás rövid, a lényegét tartalmazó változatát (max. 1 gépetl oldallal).

A pályázat beküldésének határideje: 1990. március 10.
Cím: Bp.: V., Arany J. u. 6-8. 1361 Pf. 1.

A pályázatot szakmai bizottság bírálja el.

Az első négy helyezést elnyerő részére a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet a konferencia regisztrációs díját (450,— SFr/fő) fedezi.

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 11 400 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: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/135

Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.11011 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

VERAPAMIL[®]

40 mg és 80 mg draszté

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizomsejtjeibe, 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 draszténként.

JAVALLATOK:

Angina pectoris kezelése és megelőzése, supraventricularis tachycardiák kezelése és megelőzése, hypertonia, szívinfarctus utókezelése, β — blokkolókra nem reagáló hypertrophiás cardiomyopathia (az obstruktív forma kivételével), tocolysisben használt béta-sympathomymeticumok cardiovascularis mellékhatásainak enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK:

Súlyos balkamra-elégtelenség, hypotensio (systolés vérnyomás < 90 Hgmm), cardiogen shock, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), másod- vagy harmadfokú AV-block, friss myocardialis infarctus, súlyos bradycardia, digitalis intoxikáció.

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.

RÉSZLETESEBB INFORMÁCIÓ:

A teljes gyógyszer-alkalmazási előíratot a CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára által szétküldött pótlap tartalmazza.



CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. 1045 Budapest, Tó u. 1–5.

HOTEMIN[®] kapszula

antirheumaticum — nem glukokortikoid

A Hotemin[®] hatóanyaga a piroxicam, nem szteroid gyulladásgátló, amely a mozgásszervi gyulladásos és kopásos megbetegedésekben használható. Feltételezően a prosztaglandinok szintézisgátlásán keresztül fejti ki hatását.

Erősen kötődik a plazmafehérjéhez, ezért kompetitív módon gátolhatja egyéb gyógyszerek fehérjekötődését.

Felezési ideje hosszú, ezért naponta csak egyszer kell alkalmazni.

HATÓANYAG

10 mg piroxicamum kapszulánként.

JAVALLATOK

Gyulladásos, illetve kopásos ízületi és gerincbetegségek, Bechterew-kór, akut köszvény.

ELLENJAVALLATOK

Piroxicam-túlérzékenység; terhesség és szoptatás; gyomor-bélfekély; vérzéses diathesis; továbbá ha a betegen szalicilát vagy más szteroid gyulladáscsökkentő rhinitist vagy urtikáriát okoz.

Gyermekek gyógykezelésére nem javallt.

ADAGOLÁS

Ízületi megbetegedés esetén felnőtteknek kezdő adag naponta egy alkalommal 20 mg (2 kapszula); súlyosan fájdalmas mozgásszervi megbetegedésekben kivételesen a kezdő adag naponta egy alkalommal 30 mg (3 kapszula). A kezdeti adagot fokozatosan csökkenteni kell a lehetséges hatásos adagra, napi 10–20 mg-ra (1–2 kapszula).

Akut köszvényben 40 mg az első napon egy adagban, majd 4–6 napig 40 mg egyszeri vagy osztott adagban.

A készítmény a köszvény tartós kezelésére nem javallt, 30 mg felett a gastrointestinalis mellékhatások fokozódhatnak, ezért az ajánlott adagokat túllépni nem lehet.

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis irritáció, fekélyképződés, esetleg vérzés előfordulhatnak, amelyek a piroxicamkezelés azonnali megszakítását indokolják. Májműködési zavarok (májenzimértékek emelkedhetnek), ödéma (elsősorban az alsó végtagokon károsodott szív működésű betegeken).

Stevens—Johnson-szindróma, fényérzékenység, bőrkiütés.

Vérképzőrendszeri károsodás: hemoglobin- és hematokritérték csökkenése, trombocitaaggregáció-csökkenés.

Sokk, látászavarok.

FIGYELMEZTETÉS

A készítmény csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható; vérékép, májfunkció ellenőrzése is szükséges. Fokozott körültekintés és ellenőrzés szükséges olyan betegek esetében, akik anamnézisében gyomor- vagy nyombélfekély szerepel, illetve a súlyos máj- és vesekárosodott kezelésekor. Mivel a trombocitaaggregációt csökkenti, a vérzési időt meghosszabbítja, ezért minden esetben a vérzési idő meghatározásánál ezt figyelembe kell venni.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (gastrointestinalis vérzésveszély, antikoaguláns hatás fokozódhat)
- Li-tartalmú készítménnyel (Li plazmaszintje megnövekedhet)
- glukokortikoidokkal (gastrointestinalis vérzésveszélye miatt)
- spironolaktonnal (Na retenció)

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS 20 db kapszula



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 7. SZÁM 333—388. OLDAL

BUDAPEST, 1990. FEBRUÁR 18.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

EBRIMYCIN®

gél

EREDETI MAGYAR SZÉLES SPEKTRUMÚ LOKÁLIS ANTIBIOTIKUM

ÖSSZETÉTEL: 20 mg primycinium sulfuricum,
200 mg lidocainum 10 g alkoholtartalmú gélben.

JAVALLATOK: Traumás eredetű friss, felszínes sérülések, égések, roncsolások bakteriális fertőződésének megelőzésére, primycinérzékeny mikroorganizmusok által fertőzött sérülések, roncsolások, műtéti sebek, trophikus fekélyek (pl. ulcus cruris, decubitus), nekrotikus alapú nyílt gennyedések (pl. gangraena fistula, krónikus osteomyelitis, abscessus), felszínes és mély gennyedések (pl. folliculitis, acné vulgaris, impetigo contagiosa, ecthyma, furunculus, carbunculus, panaritium) helyi kezelése.

ELLENJAVALLAT: Lidocain iránti túlérzékenység.

ALKALMAZÁS: Helyi; a gél a sérült, égett, roncsolt, fekélyes felszínre közvetlenül, vékony rétegben — nyílt kezelés — vagy steril gézlapra téve, zárt kötés formájában, napi 1—3 alkalommal kell felvinni. A felületről a gél steril vizes oldattal lemosható.

MELLÉKHATÁSOK: Az alkalmazást követően muló, helyi égő, csípő jellegű fájdalomérzés fordulhat elő, elsősorban nagy kiterjedésű égés, roncsolt sebek kezelésekor. Primycinallergiát, ekzemat, gyulladást nem észleltek.

FIGYELMEZTETÉS: Nagyobb felületen történő, különösen gyakori alkalmazás esetén gondolni kell a lidocainfelszívódás lehetőségére. Zárt kezelés esetén javasolt az Ebrimycin® géllal kezelt felület bekötése előtt az alkohol elpárolgását megvárni.

CSOMAGOLÁS: 10 g-os tubusonként

CHINOIN BUDAPEST 

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETEI
SZÖVETSÉGEINEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Főszerkesztő:
FEHÉR JÁNOS DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

131. ÉVFOLYAM

*

7. SZÁM

*

1990. FEBRUÁR. 18.

TARTALOMJEGYZÉK

Bálint Géza dr., W. Watson Buchanan dr., Bender Tamás dr. és Konrád Katalin dr.:

Reumás betegségek és az alternatív medicina 335

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Lőke Miklós dr., Nagy Gábor dr. és Sinkó Káli Róbert dr.:

A praeoperatív időszak hossza és az appendicitis súlyossága közötti összefüggésről 345

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Szász Károly dr., Somfay Attila dr., Horváth László dr., Mester János dr. és Mizsei István dr.:

Jobb kamrai infarctusos betegek terhelhetősége a rehabilitáció időszakában 349

KLINIKOFARMAKOLOGIAI TANULMÁNYOK

Bittera István dr., Kadocska Edit dr. és Gyurkovits Kálmán dr.:

Ketotifen és oxatomide összehasonlító vizsgálata (ismételt bőr- és nasalis provokációban) 355

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Romics Imre dr., Rüssel Christoph dr., és Bach Dietmar dr.:

Transrectalis ultrahang vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink prostatadaganatos betegekben 359

RITKA KÓRKÉPEK

Ugocsai Gyula dr., Szöllősi János dr. és Godó György dr.:

Artificialis heterológ inseminációt követő kétoldali méhen kívüli terhesség és petefészek hyperstimulációs tünetcsoport együttes előfordulása. (Differenciáldiagnosztikai nehézségek.) 363

Beszámolók 367

Folyóiratreferátumok 371

Könyvismertetések 386

Hírek 387

Pályázati hirdetések 388

RABENID

100 mg tabletták

M 900

Antihyperuricaemica

HATÓANYAG:

100 mg sulfinpyrazonum tablettánként

HATÁS:

A szérum húgysavszint-csökkenés alapja a tubuláris reabszorpciójának gátlása, ezáltal a renális excreció növekedése. Erélyes húgysavürítő hatás már a kezelés első pár napján figyelhető meg. Néhány hetes kezelés után csökken a köszvényes rohamok száma és intenzitása. Néhány hetes, ill. néhány hónapos kezelés után általában a tophusok és az ízület környéki lerakódások mérete csökken, és új lerakódások sem képződnek.

INDIKÁCIÓK:

Köszvény tartós kezelése, krónikus tophusos köszvény, krónikus köszvényes arthritis, szaluretikumok okozta hiperurikémia.

ELLENJAVALLATOK:

Aktív ulcus ventriculi et duodeni, súlyos máj- és vesekárosodás, szulfinpirazon- és más származékok iránti túlérzékenység, terhesség, különösen az első 3 hónap.

ADAGOLÁS:

Kezdetben naponta 1–2 tabl. (100–200 mg), amely fokozatosan emelhető. A szokásos napi adag 300–400 mg (3–4×1 tabl.). Hatástalanság esetén 600 mg (3×2 tabl.) is adható. Magasabb adagok alkalmazásakor a 200 mg hatóanyagtartalmú drazsé adása javasolt. Szükség esetén a napi fenntartó adag 200 mg-ra (2×1 tabl.) csökkenthető. A tablettát mindig étkezés közben vagy tejjel kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK:

Gastrointestinális tünetek, melyek csökkenthetők a tabletták étkezés közbeni bevitelével, tejjel, antaciddal. Súlyosbíthatja, ill. reaktiválhatja a gyomorfekélyt, vérzést, bőrkiütést, vérképzőrendszeri károsodást okozhat. Hirtelen húgysav-mobilizáció miatt akut köszvényes rohamot válthat ki.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Óvatosan adható:

- antikoagulánsokkal (hatásukat fokozza),
- szalicilátokkal (hatását antagonizálja, köszvényben nem adható együtt),
- egyéb pirazonon származékokkal (növekvő túlérzékenység),
- orális antidiabetikumokkal, szulfonamidokkal (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Vesebetegeknek óvatosan adagolható. Kifejezett vesekárosodás esetén a vesefunkciókat időnként ellenőrizni kell. Súlyos vesebetegeknek ellenjavallt. Vesekövességet és vesegörcsöt okozhat különösen a kezelés elején, ezért gondoskodni kell megfelelően nagy mennyiségű folyadékfelvételtől és a vizelet alkalinizálásáról.

Időnként ugyancsak ellenőrizni kell a vérképet tartós szedés esetén.

Szulfinpirazon túladagolás tünetei: émelygés, hányás, hasmenés, gyomorfájás, ataxia, erőltetett légzés, görcsök, kóma.

Kezelése: Nincs specifikus antidotum. Hánytatás, gyomormosás, támogató kezelés (i. v. glükóz, analeptikumok).

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

Bálint Géza dr.,

W. Watson Buchanan dr.*,

Bender Tamás dr.

és Konrád Katalin dr.

Reumás betegségek és az alternatív medicina

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet
(főigazgató főorvos: Korondi István dr.) Budapest,
McMaster University Reumatológiai Tanszék

(tanszékvezető: W. W. Buchanan) Hamilton, Ontario, Kanada*

Az alternatív medicina a tudományos-rationális orvoslás mellett egyre inkább elterjedőben van napjainkban. Szerzők cikkükben áttekintést nyújtanak az alternatív terápiás kezelés lehetőségeiről mozgásszervi betegségekből. A mozgásszervi betegek gyakran fordulnak ezen terápiás eljárásokhoz. Szerzők irodalmi áttekintést adnak az akupunktúra, manuális terápia, homeopathia, egyes fizioterápiás eljárások mellett egyéb, ritkábban használt alternatív kezelési eljárásokról. Hangsúlyozzák, hogy az alternatív kezeléseknél is lehetnek potenciális veszélyei. Végezetül leszögezik, hogy az irodalmat áttekintve viszonylag csekély a jól kontrollált klinikai vizsgálat, mely egy terápiás eljárás hatékonyságának megítéléséhez feltétlenül szükséges.

Rheumatic diseases and alternative medicine. Besides the scientific- rational medicine alternative medicine keeps spreading in our days. The authors give a review of the possibilities of the alternative therapy of locomotor diseases. Patients suffering from locomotor diseases ask increasingly often for these therapeutical procedures. Literary review is given on acupuncture, manual therapy, homeopathy and certain physiotherapeutical techniques as well as on other less often applied alternative therapeutical procedures. It is stressed that alternative treatment may also involve potential danger. It is stated finally that as shown by the review of the literature well controllable clinical examinations required indispensably for the estimation of the efficacy of a therapeutical procedure are only in limited number at disposal.

Mi az alternatív medicina?

Az alternatív medicina olyan diagnosztikus és terápiás eljárások összessége, melyeket orvosok és nem orvosok a betegségek diagnosztizálására és a betegek gyógykezelésére használnak, de amelyeket a tudományos, rationális orvoslás nem alkalmaz. Az alternatív medicina mintegy választást kínál: ha a tudományos-rationális orvostudomány nem tudott eredményt elérni az adott beteg, illetve betegség gyógyításában, van másik lehetőség is. Az alternatív medicina diagnosztikus és terápiás eljárásait valójában csak egyetlen közös szál köti össze: kívül vannak a tudományos-rationális orvoslás falain. Az alternatív medicina elsősorban terápiás eljárásokat ajánl, diagnosztikus eljárásokat sokkal kisebb számban sorakoztat fel. Az alternatív medicina orvos vagy nem orvos művelője legtöbbször a hagyományos orvosi diagnosztika módszereire hagyatkozik, de az így megállapított kórkép kezelésére „alternatív” kezelést ajánl. E terápiás eljárások közül kiemelhető az akupunktúra, a manuális terápia, a homeopathia és ide sorolható minden olyan szer vagy módszer, melyek hatásosságát a „hivatalos” orvostudomány (még) nem bizonyította.

Nemcsak az alternatív medicina, de egyes ágai sem alakítottak ki önálló orvosi koncepciót. Kivételt képez az ősi kínai orvoslás alapuló akupunktúra és az úgynevezett holisztikus medicina. Az ősi kínai orvoslásnak megvan a saját elmélete a betegségek kezeléséről s ebből folyik elméletileg a gyakorlati gyógyítás mikéntje, modern ko-

runk akupunkturistái azonban többnyire csak a gyakorlati gyógyítás módszerét vették át: a betegségek keletkezését, felismerését, elnevezését illetően a „hivatalos” orvostudományra hagyatkoznak.

A holisztikus medicina megalapítója Jan Smuts, az angol-búr háború egyik legendás búr vezére, aki egyébként nem volt orvos — azt hangsúlyozta, hogy az emberi psziché és szoma egységes egész: (whole: angolul egész), melyet környezetével egységben kell vizsgálni és kezelni (4). Ez a koncepció természetesen nem különbözik a rationális orvostudomány felfogásától, a holisztikus medicina szószólói azonban arra hivatkoznak, hogy a modern orvosi gyakorlatban a beteg ember egységes egészként való kezelése gyakran elsikkad. Bár ez valóban igaz, ez a tény még nem igazolja a holisztikus medicina diagnosztikus és terápiás gyakorlatát.

Miért jött létre az alternatív medicina?

Az Európa Tanács 1984-ben foglalkozott a nem hagyományos diagnosztikai és terápiás gyakorlatot folytató, de állami engedéllyel működő egészségügyi szakemberekkel kapcsolatos joggyakorlattal és adminisztratív intézkedésekkel (12). Az Európa Tanács leszögezte: látván, hogy beteg emberek milyen gyakran keresnek segítséget nem konvencionális módszerekkel gyógyítóknál, meg kell állapítani, hogy ez a jelenség nem tekinthető tovább mellékes megnyilvánulásnak a medicinán belül: lényeges szükségletet kell tükröznie. E megállapítással egyetértünk s véleményünk szerint e szükséglet két forrásból ered.

1. A modern orvostudomány minden fejlődése dacára sem tudott még megbirkózni számos krónikus betegséggel, így a rákkal, krónikus ízületi és gerincbetegségekkel stb. A konvencionális orvoslás nyújtotta lehetőségekben

Kulcsszavak: alternatív medicina, akupunktúra, manuális terápia, homeopathia reumás betegségek

csalódva az ilyen betegek gyakran keresik a gyógyulást az alternatív módszerek alkalmazóinál.

2. Az orvos-beteg viszony a modern orvosi gyakorlatban kétségtelenül megromlott. A gyakorló orvos érdeklődése sok esetben csak az organikus betegségekre s nem a betegre irányul. Nincs ideje és türelme, hogy funkcionális bajokkal foglalkozzék, vagy akár olyan krónikus betegekkel, akikben idült betegségük során pszichoszomatikus tünetek is kialakultak.

Régebben az orvos több empátiával gyógyított: a ma orvosa gyakran *csak* természettudományos módszerekkel akar. Korunkban már *Bálint Mihály* is felhívta a figyelmet, mily fontos az, hogy az orvos mintegy magamagát írja fel gyógyszernek (6), hajlamosak vagyunk tanácsairól és eredményeiről megfeledkezni. Az alternatív medicina művelői sok esetben nemcsak a módszerükbe vetett hittel, de a beteg iránt megnyilvánuló empátiájukkal értek el eredményeket.

Az alternatív medicina egyes ágainak művelői első sorban a holisztikus medicina és a homeopátia gyakorlóik sokkal több időt fordítanak a betegeknek, mint a konvencionális medicinát művelő orvos. Lehetőséget adnak a betegnek, hogy gondjait, bajait elmondja, mintegy explorálja magát, s érdeklődő odafordulással igyekeznek a beteg mindennapi gondjaiban is segíteni.

Homeopátiás módszerrel kezelt rheumatoid arthritises betegek például szignifikánsan jobban reagáltak erre a kezelésre, mint akár placebo, akár szalicil terápiára (19). Az orvos egyéniségének szerepe azonban nem zárható ki: a vizitek alkalmával a homeopátiás orvos 2–3-szor annyi időt töltött a beteggel, mint a reumatológus (20).

A beteg kellő felvilágosításának fontos szerepe van a gyógykezelésben. *Lurig és mtsai* (36) pl. kimutatták, hogy ízületi betegségben szenvedők fájdalma jelentősen csökkent, miután a betegek megfelelő felvilágosítást kaptak betegségükről, illetve megtanították őket önmaguk kezelésének elemeire.

Hogyan vélekedjék a konvencionális gyakorlatot folytató orvos az alternatív medicináról?

Általánosságban azt tanácsoljuk, hogy tekintsen az alternatív medicina módszereire és képviselőire szenvedélymentesen és tárgyilagos józansággal. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a modern orvostudomány nem egy hatásos gyógyszerre valaha tisztán empirikus megfigyelés révén került ma is hatásosnak ítélt gyógyszereink közé: elég ha a digitalisra, vagy a szalicilra utalunk. Nem ellenérv az alternatív medicina módszereivel szemben, hogy azok azért nélkülözik a tudományos alapot, mert legtöbb esetben nem ismert a kezelés hatásmechanizmusa, hisz sok, a konvencionális orvoslásban használt gyógyszer hatásmechanizmusát sem ismerjük, vagy nem ismerjük pontosan. Tartasuk szem előtt, hogy a hivatalos orvostudomány korábban is átvett módszereket a korabeli „alternatív medicina” armamentáriumából — gondoljunk akár népi eredetű gyógymódokra, akár fizioterápiás vagy éppen sebészeti eljárásokra — s erre kellő számú és bizonyító erejű tudományos

vizsgálat után ma is sor kerülhet. A tudományosságot az alternatív medicina művelőitől nem a hatásmechanizmus magyarázatával kell számon kérni, hanem korunk orvostudományának megfelelő bizonyítékot kell kérnünk arra vonatkozólag, hogy a módszer valóban hatásos, s esetleges káros hatásai az elérhető eredménnyel arányban vannak. Más szóval: az alternatív terápiás módszerektől is megkívánható mindaz, amit gyógyszerek esetében a széles körű alkalmazás engedélyezése előtt megkívánunk: ti. hogy kellően tervezett, kontrollált, lehetőleg randomizált kettős vak kísérletekkel a megfelelő klinikai paramétereknek szignifikáns változása alapján bizonyítsák, hogy a kezelésmód valóban hatásos, s a káros hatások jelentkezésének kockázata nem nagy. Az alternatív medicina képviselői ilyen terápiás kísérletekkel legtöbbször adósaink maradnak. Bár számos kazuisztikus érdekességű eredményt hangoztatnak, s javult betegek seregéről számolnak be, kontrollált kísérletet igen keveset végeznek. Pedig ily módon meggyőzően bizonyíthatnák igazukat, s megnyerhetnék a „hivatalos” orvostudomány képviselőit is ahhoz, hogy a módszer hatásmechanizmusának kiderítésében segítségükre legyenek.

Az alternatív medicina híveinek egyik ellenérve a placebo—kezelés kontrollált terápiás kísérletekkel szemben, hogy azok nem etikusak, mert a beteget effektív kezelés nélkül hagyják. Ez az érv azonban nem állja meg a helyét. Mozgásszervi betegek sokszor maradnak effektív kezelés nélkül, akár hosszabb időre is, így kellő körültekintéssel kiválogatott betegek esetén a placebo-kezelés nem rontja a beteg állapotát. Sokkal inkább felmerülhet etikai probléma, ha olyan kezelést állítunk be effektívként, amelynek hatásossága bizonyítva nincs. Bár a reumatológia területén a placebo-kontrollált kísérletek általában elengedhetetlenek, hasonlíthatjuk az alternatív kezelés hatását más ismert hatású eljárás hatásához, mint azt gyógyszerkipróbálások kapcsán nem egyszer tesszük. Úgy gondoljuk, ha az alternatív eljárások hatásosságát megfelelő számú kontrollált kísérlettel bizonyítani lehetne, azok helyet kaphatnának a reumatológia fegyvertárában (Történelmi kontroll: az addig leghatékonyabb és legkevesebb mellékhatással bíró szerrel kezelt csoport.)

Az alábbiakban áttekintjük azokat a kontrollált kísérleteket, melyeket egyes, az alternatív medicina körébe sorolható eljárásokkal reumatológiai betegségek kezelésére végeztek.

Mozgásszervi betegségek kezelése alternatív módszerekkel.

A mozgásszervi betegek hálás alanyai az alternatív medicinának. Az okok nyilvánvalóak.

1. A mozgásszervi betegségek közül az infekciózus arthritisek, a discus hernia, s az osteomalacia gyógyíthatók meg a szó igazi értelmében. A periarthritisek, tendinitisek, periostitisek, a gerinc degeneratív betegségeihez csatlakozó radioculopathiák spontán gyógyhajlama így is jó, így egyedi esetben sokszor nem könnyű megállapítani, mit írhatunk a spontán javulás, s mit a gyógykezelése számlájára. A köszvényes beteg jelen eszközeinkkel jól és tünetmentesen tartható karban. A rheumatoid arthritis, spondylarthritis ankylopoetica, súlyos progresszív arthrosis

romlását azonban legtöbbször legfeljebb csak lassítani tudjuk. A használatos gyógyszerek, fizioterápiás eljárások nagyon sokszor nem kellő mértékben csökkentik a beteg fájdalmát. A gyógyszerek mindemellett számos kellemetlen, sőt igen veszélyes mellékhatást okozhatnak. Az arthrosis műtéti eljárásokkal ma már sok esetben kiűnősen gyógyítható ugyan, de ezt leszámítva a konvencionális vagy tradicionális orvostudomány nyújtotta terápiás lehetőségek szerények: nemhogy a gyógyulást, de sok esetben a kellő fájdalomcsillapítást sem érhetjük el velük.

2. A mozgásszervi betegek jó része krónikus beteg, akiket állandó fájdalom, mozgáskorlátozottság sokszor neurotizál és depresszióssá tesz, betegségük pszichoszomatikus vonásokkal színeződik. Igényük a melegebb, szorosabb orvos-beteg kapcsolatra igen nagy, ezt azonban nagyon sokszor nem elégítjük ki: nem hallgatjuk meg a beteg panaszárátat, s nehezen viseljük el saját sikertelenségünket. Egy vizsgálat szerint RA-s betegek nagyon alacsonyra értékelik saját képességeiket és lehetőségeiket, a valóságosnál sötétebben látják betegségük prognózisát. Megfelelő felvilágosítás, csoportos foglalkozás hatására a betegek realitásbakká váltak (31).

A krónikus mozgásszervi betegek igénye a jobb, mélyebb orvos-beteg kapcsolatra fokozott, s e betegségek eredményes gyógyításához nem elegendő, hogy az orvos az alkalmazott természet tudomány alkalmazója legyen. Egyetértünk *Hart* szavaival: Bárki meg tud gyógyítani egy gyógyítható betegséget, ha a megfelelő hatásos gyógyszer kéznél van. Azon betegségek kezelése, melyek meggyógyítására nem áll rendelkezésünkre a teljes gyógyulást ígérő gyógyszer, többet kíván az orvostól. Ilyen esetben az orvosnak gyakorló farmakológusnak, pszichiáternek és gyóntató atyának kell lennie egy személyben, vagyis embernek, orvosnak a szó legteljesebb értelmében (25). Ezt a hozzáállást a mozgásszervi betegek sokszor talán inkább az alternatív módszerek alkalmazóitól kapják meg.

3. Sok mozgásszervi panasz teljesen funkcionális, sőt pszichoszomatikus eredetű. A beteg általában nem nyugszik meg véleményünkben, ha ezt közöljük vele. A javasolt pszichoterápiás vagy pszichiátriai kivizsgálást és kezelést is legtöbbször visszautasítja. Ilyen betegek szintén gyakran és szívesen kezeltetik magukat az alternatív medicina eszközeivel.

S valóban, Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban végzett felmérések szerint mozgásszervi betegek 90%-a megpróbálkozik valamilyen nem bizonyított hatású kezeléssel (48, 57). Hazánkban ez az arány valószínűleg kisebb, de megfigyelésünk szerint az utóbbi években jelentősen nőtt. Az alternatív kezelésre költött pénz az Egyesült Államokban az Arthritis Foundation becslése szerint mintegy egymilliárd dollár. Kiszámolták, hogy az alternatív kezelésekre kifizetett minden 10 dollár a betegségek kutatására összesen 1 dollár jut (3, 26). Bár ezek a kiadások nálunk messze nem hasonlítható nagyságrendűek, a betegeket anyagilag indokolatlanul megterhelik. Hasonló felmérésekre hazánkban is szükség lenne, a gazdasági szempontok több figyelmet érdemelnének meg mind társadalmi, mind egyedi szempontból.

Lássuk most, hogy széles körű elterjedtség mellett az alternatív medicina milyen kritikát kiálló eredményeket tud felmutatni a reumatológia területén?

1. Akupunktúra

Ezt a kezelésmódot a kínai orvosi gyakorlat 4500 éve alkalmazza. Jelenleg a Kínai Népköztársaságban az egészségügyi ellátás szerves része, s a WHO felmérése szerint ma már a világ számos országában alkalmazzák (58).

A nyugati orvoslásban sem újabban merült fel csak alkalmazása. Sir William Osler, a századforduló nagy belgyógyásza is foglalkozik vele híres könyvében, mely évtizedeken keresztül az angolszász medicina bibliája volt. „Lumbago kezelésére — akut esetekben — az akupunktúra a legeredményesebb kezelés. Szalicilátok hatástalanok” — írja *Osler* (42). Elgondolkodtató, érde-

kes megfigyelés. Kár, hogy azóta sem végeztek hitelt érdemlő, kontrollált kísérletet akupunktúra kezelésének vizsgálatára lumbago-ban. Krónikus derékfájós betegeken azonban *Mendelson és mtsai* végeztek placebo-kontrollált kettős-vak kísérletet (38). A kontroll-kezelés ál-akupunktúra volt: a betegeket nem a megfelelő pontokon szúrták meg. 77 beteget kezeltek, javulást nem észleltek. *Gaw és mtsai* arthrosisos betegeket kezeltek (18). Nem találtak különbséget a valódi és ál-akupunktúrával kezelt betegek javulása között. *Loy és mtsai* elektro-akupunktúra kezelés hatásosságát vizsgálták fizioterápiás eljárásokhoz hasonlítva, nyaki spondylosisos betegeken (35). Mindkét csoportban szignifikáns javulást észleltek. Vállfájdalom csökkentésére is próbálták akupunktúrát. A fájdalom az akupunktúrával és a kontrollcsoportokban egyaránt csökkent, a mozgáskorlátozottság nem javult. *Petrie és Langley* (46) szimpla vak placebo kontrollált kísérletükben azt találták, hogy akupunktúrával kezelt krónikus nyaki fájdalmat csökkenti. Nagyobb beteganyagon ismételve meg a terápiás kísérleteket, *Petrie és Hazlemann* (45) nem talált szignifikáns különbséget az akupunktúrával, illetve placebóval kezelt betegek javulása között. *Peng és mtsai* (43) 37 krónikus nyak- ill. vállfájdalomban szenvedő beteget előzőleg minden eredmény nélkül kapott konvencionális és placebokezelést. 64%-uk elektroakupunktúrával kezelésre tartósan javult. Kínai szerzők 25, aktív SLE-ben szenvedő beteget kezeltek akupunktúrával, s a klinikai és laboratóriumi paramétereik jelentős javulását is észlelték, a szteroidokkal kezelt kontrollcsoportéhoz képest (17). *Man és Barager* (37) RA-s betegek arthritises térdét kezelték akupunktúrával, illetve intraartikuláris corticosteroidokkal. Messze a legjobb eredményt az intraartikuláris corticosteroid adta. A valódi akupunktúrával kezelt az ál-kezeléshez képest szignifikánsan csökkentette a fájdalmat s ez a fájdalomcsökkenés még két hónap múlva is észlelhető volt. A gyulladásos tünetek nem változtak jelentősen. Mindezek alapján úgy tűnik, az akupunktúrának lehet szerepe RA-s betegek fájdalmának csökkentésében, ennek pontos megállapításához azonban még számos kontrollált vizsgálat szükséges. *Seppo* 5 év alatt 348 beteget kezelt akupunktúrával, e kezelésmódot összehasonlította a szokásos fizioterápiával, piroxicammal valamint ál-akupunktúrával. A fizioterápiában részesülők 68%-a javult, az akupunktúrában részesülők 71%-os javulásával szemben. A gyógyszerrel összehasonlítva az akupunktúra legalább olyan jónak bizonyult, mint a piroxicam, amely viszont 19%-nál mellékhatást okozott. A valódi akupunktúrával kezelt 80%-os javulással szemben az ál-akupunktúrával kezelt közül a vizuális analóg skála szerint csak 30% számolt be javulásról (51). Intézetünkben *Petrou*-val és *mtsai*-val enyhe és közepes súlyos térdarthrosisban szenvedő betegeken próbáltuk ki az akupunktúrával, ál-akupunktúrával kontrollált, kettős-vak kísérletben. Az akupunktúrával kezelt betegek fájdalma szignifikánsan csökkent (62).

Az akupunktúrával kezelés hatásmechanizmusának megállapítására is vannak vizsgálatok. Valószínűleg endorfinok felszabadítása révén hat (9, 11), akár a placebo tablettával való kezelés, mely ideig óráig RA-s betegek 30%-ának fájdalmát is csökkenti (34, 7). Vannak adatok arra vonatkozólag is, hogy az akupunktúra a *Melzack-Wall*-féle kapu-elmélet alapján hat, akár csak egyes fizioterápiás eljárások (8). Az akupunktúrának a mozgásszervekre gyakorolt hatását sokan annak hyperaemizáló hatásával magyarázzák.

Abram és mtsai (1) kimutatták, hogy azoknak a betegeknél bőrhőmérséklete, akiknek fájdalmát az akupunktúra csökkentette, az azonos oldalon s az ellenoldalon is nőtt, míg azokon, akik fájdalmát az akupunktúra nem csökkentette, nem észleltek bőrhőmérséklet változást. *Lee és Ernst* (33) a jobb kéz Hgn pontjának 15 perces kezelése után infravörös termográfiaival mindkét kéz hőmérséklet-emelkedést észlelt, mely 10, majd 30 perccel a tű kivétele után is kimutatható volt. *Kaada* (30) Raynaud-

szindrómás és diabetes polyneuropathiás betegek elektroakupunktúrás kezelésével 7–10 °C-os hőmérsékletemelkedést mutatott ki, ugyanakkor az isémiás fájdalom megszűnt. Ezzel szemben *Myhal és mtsai* (39) térdarthrosisos betegeiken izotóp módszerrel vizsgálták a synoviális keringést, melyet akupunktúrás kezelés nem befolyásolt. Nincs kizárva persze, hogy a használt módszer nem volt eléggé érzékeny.

Van adat arra is, hogy elektro-akupunktúrás kezelés fokozza a 17 hydroxy-corticosteroid kiválasztást (10), illetve normalizálja a keringő T és B limfociták arányát (50).

Összefoglalva mégis azt kell mondanunk, hogy egyelőre nincs elegendő bizonyítékunk arra, hogy akupunktúrás kezelést mozgásszervi betegnek javasoljunk, további szigorúan kontrollált vizsgálatok szükségesek.

2. Manuális terápia

Meghatározása: A manuális terápiás szakember érdeklődése a mozgásszervek struktuális és funkcionális elváltozásaira irányul. Speciális fizikális vizsgálattal meghatározza pl., hogy pontosan melyik ízületben (pl. D_{11–12} között) kötött a mozgás, és pedig ante- vagy retroflexióban, esetleg rotációban. A pontos szegmentális diagnózis után mobilizációval vagy manipulációval igyekszik visszaállítani a normális struktúrát és funkciót. Ugyanilyen pontossággal határozza meg azt is, hogy milyen izomköteg rövidült, vagy gyengült, hogy ez milyen statikai elváltozás okozója, vagy következménye. A manuális terápia célja tehát az ízület funkciójának helyreállítása ott, ahol ez gátolt.

A pontos fizikális vizsgálattal diagnosztizált „ízületi blokk” létrejöttének lehetőségeire több teória ismeretes, mivel egyik sincs egyértelműen bizonyítva. Ez az ízületi blokk funkcionális zavar, mely mozgáskorlátozottság formájában jelentkezik, amelyre a gerinc mint egységes szerv reagál, mégpedig reflexes úton, tehát azonnal. Ez magyarázza, hogy egy apró, nehezen diagnosztizálható elváltozásnak komoly, a távoli ízületekre és az egész statikára is kiható következménye lehet.

Ilyen kezelést laikusok és szakemberek szintén valószínűleg évezredek óta végeznek. Manipulációs kezelést a világ sok országában megfelelően kiképzett és vizsgázott nem orvos szakemberek, másutt orvos és nem orvos szakemberek, ismét másutt csak orvosok végezhetnek.

A manuális medicina művelői által kidolgozott fizikális vizsgálati módszerrel pontosan megállapítható, hogy melyik intervertebrális ízületben, milyen irányban gátolt vagy kóros a fiziológias mozgás. A diagnózis megállapítása után mobilizáció vagy manipuláció segítségével a fiziológias funkció helyreállítható, amennyiben a struktúra nem károsodott, pl. súlyos gyulladás, tumor, törés következtében. Ez utóbbiak képezik a manuális terápia kontraindikációit. Sikeres manuálterápiás kezelés után nemcsak a beteg érzi szubjektíve azonnal jobban magát, de ismételt fizikális vizsgálattal az ízületi funkció normalizálódása is regisztrálható. Óriási érdeme tehát a manuális medicinának, hogy egyszerű fizikális vizsgálattal pontosabb és részletesebb diagnózist tud sok esetben felállítani, mint a bonyolult műszeres és radiológiai vizsgálatokkal lehetséges. Így nyomon követhető pl., hogy a felső nyaki gerinc szakasz kóros funkciója milyen késői következményekkel

jár, milyen gyakran alakulnak ki statikai elváltozások, fejfájás, szédülés.

Janda (27) 72 gyermeket, akik gerincén funkcionális elváltozást észlelt, 8 évig követett. A gyermekek felét manuálterápiával kezelte, felét nem kezelte egyáltalán. A kezeletlen esetekben csak elvétve talált spontán gyógyulást, míg a manuális terápiával kezeltetek esetében ritka volt a recidíva.

Annak ellenére, hogy a manuális kezelés a világ nagy részén elterjedt, racionális alapja is van, a kritikát kiálló kontrollált kísérletek száma csekély. Néhány éve a *British Journal of Rheumatology*, és a *British Medical Journal* is több közleményben foglalkozott a kérdéssel, s megállapította, hogy bár az utolsó öt évben a manuális kezeléssel foglalkozó osteopaták száma az Egyesült Királyságban megduplázódott, a kezelés hatásosságának tudományos igazolására több vizsgálat is történt.

Akut derékfájás esetében manipuláltak sokkal gyorsabban javultak, mint a kontrollok, de néhány nap, hét, ill. két hónap múlva már nem találtak különbséget a manipuláltak és kontrollok között. *Gibson és mtsai* (21) 119, egy évnél rövidebb idő óta krónikus derékfájásban szenvedő betegeken végzett terápiás kísérleteikről számoltak be. A betegek egyharmada manipulációs kezelést, egyharmada rövidhullám kezelést, egyharmada placebo-rövidhullám kezelést kapott. Az eredményeket manipulációs szakember értékelte. Mind a három csoportban lévő betegek egyenlő fokban javultak. Egy másik kísérletben *Doran és Newell* 456 krónikus derékfájós beteget kezeltek, s összehasonlították fizioterápia, manipulációs kezelés, egyszerű fájdalomcsillapítók és fűzőviselés hatását. A kísérlet három hete alatt egyik csoport betegeinek fájdalma sem csökkent jelentősen (13). *Konrad és Gerencsér* cervikális szédülésben szenvedő betegeken alkalmazott manuális terápiát. A betegek jelentős részének szédülése s ennek elektronystagmografiás jele egyetlen kezelés után megszűnt, az ENG normalizálódott (32). *Ormos és Domján* egyetlen manipulációs kezelés eredményét hasonlította össze álmanipuláció eredményéhez nyaki spondylosisban szenvedő betegeken. A nyaki gerinc mozgásai a valódi manipuláció hatására szignifikánsan javultak (41). *Fahlström* 120 beteg C₁–C₂ közti mozgását, ill. a két csigolya közti mozgáskorlátozottságot mérte speciális műszerrel. A manuális kezelésben részesültek 80%-ánál észlelt szabad mozgást, kontrollcsoportját UH és traktációs kezelésben részesítette, közülük csak 20%-nál észlelt javulást (16). *Rasmussen* (49) 24 derékfájós férfit vizsgált, akiknek anamnézise 3 hétnél rövidebb volt. A csoport felét 2 hétig másnaponta rövidhullámmal, másik felét másnaponta manuális terápiával kezelte 2–2 hétig, a betegek panaszait és gerincmozgásukat értékelte. A manuális kezelésben részesített csoport 92%-a, a rövidhullámmal kezelt csoport 25%-a volt panaszmentes 2 hét után. *Evans*, tiszteltetben tartva *Ebbets* véleményét, mely szerint álmanipuláció nem valósítható meg (14, 15), kontrollcsoportként csak gyógyszerrel kezelt betegeket vizsgált. Mind a betegek mozgáshatárait, mind a fájdalom csökkenését tekintve szignifikánsan jobb eredményeket kapott a kezelt csoportban. Mindezek alapján úgy gondoljuk, hogy a manuális terápia egyike lehet azon, ma még alternatív eljárásoknak, melyek a konvencionális orvoslásban helyet kaphatnak. Ehhez azonban még nagyon sok, bizonyító erejű kontrollált kísérlet szükséges.

3. Homeopátia

A *Hahnemann* (23) által a múlt században bevezetett homeopátiás kezelés Nagy-Britanniában ma is divatos, főleg azért, mert a királyi család is rendelkezik homeopátiával foglalkozó orvossal. A homeopata növényi kivonatokkal vagy elismert gyógyszerek igen nagy hígítású oldatával, illetve töredék dózisaival kezel. Dacára a homeopátia nagy népszerűségének Nagy-Britanniában, a közölt kontrollált kísérletek száma csekély. *Gibson és mtsai* a ho-

meopátiás kezelést szalicil valamint placebo terápiához hasonlították RA-ban. A placebo-t szedő betegek 2 hónap belül mind kiestek: az egy éves periódus végére a szalicil szedőknek is csak 15%-a vállalta tovább a kísérletet, míg a homeopátiás kezelésben részesülők 80%-a kitartott (19). Kettős vak kísérletekben azonban nem volt lényeges különbség a homeopátiával és placebo homeopátiával kezelt betegek javulását illetően (20).

Shipley és mtsai kettős vak, cross over kísérletben homeopátia, fenoprofen és placebo hatását hasonlították össze térdarthrosisban (52). A fenoprofen szingifikánsan javította a betegek állapotát, a placebo és homeopátia között nem találtak különbséget. A homeopátiás kezelés javára írandó, hogy mellékhatásokat nem okoz.

Egyéb alternatív eljárások

Fizioterápia, *Greguss* (22) szerint „Társadalmi jelenség, hogy az úgynevezett 'outsider' fizioterápiás berendezések, pl. magnetoterápia, az ionizációs terápia, lézeres akupunktúra stb. propagálása az utóbbi évtizedben hazánkat is elérte, egyre többet és egyre hevesebben vitatkoznak róla a gyógyulást kereső laikus nagyközönség, a jóhiszemű, gyógyítani akaró orvos és az áltudományok ellen küzdő biológus, fizikus, és orvoskutató.”

Ugyancsak őszerinte a váltakozó mágneses teret alkalmazó magnetoterápia hatásos lehet, de csak akkor, ha

- ismeretes az adott elváltozás (betegség) oka és megszüntetésének élettani alapja,
- ismeretesek azok a szabályozási folyamatok, amelyek az eredeti állapot helyreállítását eredményezhetik,
- kísérleti úton megállapítható, hogy a koherens gerjesztéshez milyen frekvenciájú és milyen intenzitáselosztású mágneses térre van szükség.

Mi nem vagyunk olyan szigorúak, mint *Greguss*, megelégszünk azzal is, ha a klinikai hatást bizonyítottak látjuk. Bizonyítottak látszik, hogy megfelelő, pulzáló elektromágneses tér elősegíti csonttörések gyógyulását.

Haimovici vizsgálatai szerint a magnetoterápia egyórás alkalmazása sem emeli az ízületi hőmérsékletet 0,2–0,4 °C-nál nagyobb mértékben (24). Arthrosisos betegek hároméves kezelése és követése kapcsán azt tapasztalta, hogy 116 beteg közül 14-nél az évente 2–3 alkalommal jelentkező inflammációs stádium teljesen megszűnt, 28 betegnél a gyulladásos fellángolások száma csökkent, míg 22 esetben, bár a fellángolások száma nem változott, a szinovialis folyadék fehérjetartalma és sejtszáma csökkent. Mindezek alapján a szerző azt állítja, hogy a magnetoterápia az esetek 45%-ában csökkentette az arthrosis esetén észlelhető gyulladásos exacerbációk számát és intenzitását: sajnos klinikai mérési metodikával, eredményekkel, statisztikai számításokkal adósunk marad. Hazánkban *Perjes* (44) 240 csípő és térdarthrosisos beteget, valamint a lumbális gerinc degeneratív elváltozásai okozta derékfájós beteget kezelt kettős vak, részben cross-over módszerrel. A magnetoterápiában részesülők 80,9%-a javult, míg a placebo kezelésben részesülők közül egyetlen egy sem. *Tanay és László* (54) kettős vak vizsgálatban azt találták, hogy a magnetoterápia a degeneratív gerinc- és ízületi betegségben szenvedők állapotát javította.

Magunk (5) egyelőre kisszámú, de homogén térdarthrosisos beteganyagban, kettős vak kísérleti feltételek mellett azt találtuk, hogy a választott — jórészt szubjektív — klini-

kai paraméterek közül a járásidő kivételével minden paraméter szignifikánsan javult, mind a magnetoterápiában részesülő, mind a placebo csoport betegek esetében. A két csoport javulásának mértéke között nem volt lényeges eltérés. Az eredmény megerősíti azt az ismert tényt, hogy a placebokezelés a mozgásszervi betegek kezelése esetén legalább 30%-ban bizonyos ideig tartó javulást eredményez. Saját, korábbi vizsgálatainkból is úgy tűnik, hogy fizioterápia alkalmazása esetén a placebokezeltek nagyobb arányban javulhatnak. A mozgásszervi betegségek mágneses kezelése hatásosságának eldöntésére még számos, kontrollált klinikai vizsgálat szükséges, véleményünk szerint.

Különböző mérgek

Méhmérget már több mint 70 éve használnak RA és egyéb mozgásszervi betegségek kezelésére. *Skenderov és Koburova* (53) a méhméregből egy adolepinnek elnevezett hatóanyagot izoláltak és úgy találták, hogy adjuváns arthritisz gyulladásos tüneteit jelentősen csökkenti. Ezen észlelést *Tannemaum és Greenspoon* (55) megerősítette. Az adolepint humán terápiára egyelőre nem alkalmazzák.

A méhméreg kísérletes vizsgálata figyelmeztet: érdemes olykor régi, elfelejtett, lejáratos eljárásokat időnként újra elővenni, s a modern tudomány eszközeivel újra megvizsgálni. *Altman és mtsai* (2) kettős vak kísérletükben azt bizonyították, hogy hangyaméreg hatásosan javítja RA-s betegek állapotát.

Réz karkötőket már a régi görögök is használtak reumas panaszok csökkentésére. Rézterápiát többen sikerrel alkalmaztak RA kezelésére (2). *Walker és Keats* kimutatták, hogy a karkötőből valóban szívódik fel réz a bőrön keresztül (56). Kérdés, hogy a felszívódó mennyiség elegendő-e terápiás hatás elérésére. Rézkarkötő hatását kontrollált kísérletekben vizsgálták: kontrollok alumínium karkötőket hordtak. A réz karkötőt viselők fájdalma szignifikánsan csökkent.

Külsőleg alkalmazzák hazánkban az ún. „*M'OTTO Reuma és izomgörcsoldó*” tapaszt. Bár ezzel végeztek klinikai vizsgálatot, nem tudunk arról, hogy ezeket közzölték volna.

A *dimetilszulfoxid* (DMSO) több mint 20 éve alkalmazzák kísérleti jelleggel, különböző kórképek, így scleroderma, akut mozgásszervi sérülések, keloid és RA kezelésére (40). A dimetilszulfoxid képviseli azokat az alternatív szereket, melyek lehetséges hatásmechanizmusára vonatkozóan nagyon sok adatunk van, de a szer mégsem vált a hivatalos orvosi gyakorlat gyógyszerévé. Így megállapították, hogy a kísérletes gyulladásos ödémát csökkenti, semlegesíti a szabad oxigén gyököket, a fájdalomérző idegvégződéseket blokkolhatja, bakteriosztatikus hatású stb.

Az Egyesült Államok Tudományos Akadémiájának a DMSO vizsgálatával megbízott különbizottsága — amelyben reumatológusok és kötőszöveti betegségekkel foglalkozó szakemberek is részt vesznek — mégsem javasolta a DMSO forgalomba hozatalát. Az egyetlen kórkép, melynek kezelésére a szert engedélyezik: az interstitialis cystitis. Scleroderma, RA és egyéb mozgásszervi betegségek esetében megállapította, hogy klinikai

hatásosság nem bizonyítható, ugyanakkor mellékhatásai nem elhanyagolhatók. Jórészt a hosszú évekig tartó, a tömegkommunikációs eszközökön keresztül nyilvános vitának köszönhetően a kezelésmódot a betegek körében nagyon népszerű lett. Számos a konvencionális kezelés eredményében csalódott amerikai mozgásszervi beteg utazik Mexicóba, hogy ott percután DMSO kezelésben részesüljön. E kezelés mellett, vagy helyett sok mexicói intézetben szteroid vagy phenylbutazon kezelésben is részesülnek.

Sorolhatnánk még számos alternatív szert: vaccinákat, bedörzsölő szereket, növényi kivonatokat, kagylókivonatot, különböző gépeket és szerkezeteket, melyeknek mind antireumás hatást tulajdonítottak. *Joyce és Welldon* (29) progresszíven romló pszichés és mozgásszervi beteget randomizáltan párokra osztottak s a pár aktív tagja naponta legalább 5 percet imádkozott vagy meditált vallásos vezetők irányításával. Az eredményt 8–18 hónap múlva mérték le. Szignifikáns különbséget a két csoport között nem találtak.

Vannak-e veszélyei az alternatív kezeléseknek?

Az egyik potenciális veszély, hogy a helyes diagnózist nem állapítják meg. Ennek kockázata nem nagy, mert mint említettük, az alternatív medicina művelői a hagyományos orvostudomány diagnosztikus módszereire hagyatkoznak — gyakran túlságosan is szolgáiban.

Másrészt a beteg is csak akkor keres alternatív terápiás lehetőséget, ha kiábrándult a hagyományos terápiából. Mégis előfordul, hogy alternatív kezelés során nem ismerik fel a betegségét, hisz a mozgásszervi betegségek lassan, krónikusan fejlődnek, s a diagnosztikus értékű vonások megjelenéséig hónapok, sőt évek is eltelhetnek.

A másik potenciális veszély a megfelelő kezelés elmulasztása. Mozgásszervi betegségek esetén ez a veszély főleg az infekciózus arthritis meg nem felelő kezelésekor vezet tragikus eredményhez. Némi malíciával és öngúnnal azt mondhatnánk, hogy más esetekben a megfelelő kezelés elmulasztása nem halálos bűn, hisz a reumatológiai betegségek többségének nincs igazán eredményes gyógyszere, s ha a „megfelelő” kezelést elmulasztjuk, legalább a gyógyszerek nem ritka mellékhatásaitól mentjük meg a beteget. A túlzott szkepszist és öniróniát félretéve, tárgyilagosan meg kell állapítanunk, hogy bizony — ha nem is gyakran — de előfordul, hogy a beteg megfelelő gyógyszeres, műtéti vagy fizioterápiás kezelés optimális idejét mulasztja el azért, mert alternatív kezeléseket próbál.

A harmadik potenciális veszély: az egyes alternatív terápiás eljárások esetleges káros hatásai. Az akupunktúra általában nem okoz mellékhatást, ha kellően sterilizált tűket alkalmaznak. Az egyes bedörzsölő szerek, vaccinák, de még a csuklón viselt rézkarikák is válhatnak ki allergiás jelenségeket. A manipulációnak súlyos szövődményei lehetnek, ha azt pl. tbc-s spondylitis, tumor, discus hernia esetén alkalmazzák. Képzett manipulátor vagy osteopatha azonban nem követ el ilyen hibát, mert a hagyományos medicina eszközeivel megállapított diagnózis mellett saját, fizikális diagnosztikus módszerei figyelmeztetik, ha nem manipulálható eljárásról van szó.

Foganatosítson-e a „hivatalos orvostudomány” adminisztratív intézkedéseket az „alternatív medicina”, ill. ennek művelői ellen? Számos országban nemcsak orvos, hanem képzett, vizsgázott és hivatalos engedéllyel működő manipulátor, osteopatha, fizioterapeuta is folytathat önálló gyógyító tevékenységet. Magyarországon az csak orvos, il-

letve orvos felügyelete alatt álló személy részére megengedett, utóbbi esetben a tevékenység felelőssége az illetékes orvost terheli. A nem orvosi, illetve nem orvos felügyelete alapján végzett, orvosnak nevezhető tevékenység kuruizslásnak minősül.

Nem pontosan definiált az, hogy milyen diagnosztikus és terápiás eszközöket és eljárásokat alkalmazhat diplomás orvos. Ha nem is lépünk fel az alternatív terápiát (is) alkalmazó orvosok ellen, amíg azok tevékenysége nem veszélyezteti a beteget, okvetlenül határozottan, a szakma tekintélyének egész súlyával fel kell lépünk az „alternatív” diagnosztikus és terápiás eljárásokkal szemben. Nem engedhetjük magunkat befolyásolni a közhangulattól, sajtotól, tömegkommunikációs eszközöktől. Arra a racionális, szenvedélymentes és megtámadhatatlan álláspontra kell helyezkednünk, hogy az orvosi gyakorlatban nincs helye olyan diagnosztikus vagy terápiás eljárásnak, melyek értékét a korszerű orvostudomány megfelelő módszerekkel, hitelt érdemlően be nem bizonyította.

E cikkben áttekintettük a reumatológia területén alkalmazott alternatív terápiás módszerek irodalmát, s megállapítottuk, hogy közelítünk ugyan korszerű, kontrollált klinikai kísérletekhez, ezek száma csekély ahhoz, hogy hatékonyságukat bizonyítottan vehessük. Amíg ez meg nem történik, az illető eljárás legfeljebb kísérleti feltételek között, a megfelelő főhatóságok felügyelete mellett alkalmazható. Ilyen állásfoglalással sok szenvedélyes vitának, utólagos helyesbítésnek vehetjük elejét.

Gyógyszerek forgalomba hozását a legtöbb országban, így Magyarországon és Kanadában is, szigorú feltételekhez kötik. Sajnos, más terápiás eljárások bevezetését ilyen szigorú feltételekhez nem kötik. A jövő feladata lenne, hogy ezeket a feltételeket az illetékes hatóságok kidolgozzák. Hasonlóképp szükség lenne arra, hogy vállalatok ne reklámozhassanak olyan eszközöket és anyagokat, melyek terápiás hatása nem bizonyított. Ha ezeket az intézkedéseket megtesszük, az alternatív medicina — melyet sok országban már komplementer medicinának is kezdenek nevezni — alól kihúzzuk a talajt. Megfelelő kísérletekkel eldönthető, hogy az illetékes eljárás valóban hasznos-e, s ha igen, a hivatalos medicina részévé válik, vagy értéktelen, s akkor ne használja senki. Így hamarosan nyilvánvalóvá válik: az alternatív medicina nem alternatíva. Az igazi medicinának legalábbis nem alternatívája.

IRODALOM: 1. *Abram, S. E., Assidao, C. B., Reynolds, A. C.*: Increased skin temperature during transcutaneous electrical stimulation. *Anesth. Analg. Curr. Res.*, 1980, 59, 22. — 2. *Altman, R. D., Schultz, D. R., Collins-Yudiskas B., et al*: The effects of a partially purified fraction of an antivenom in arthritis. *Arthritis Rheum.* 1984, 27, 277. — 3. The Arthritis Foundation, *Arthritis: Quackery and unproven Remedies: Booklet*, 1981, p.: 33. — 4. *Baker, H.*: Concerning holism and holistic medicine: *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 1984, 17, 387. — 5. *Bálint G., Csermely M., Tátrai T., és mtsai*: Magnetoterápia hatásának vizsgálata térdarthrosisban. Kettős vak kísérlet. Második Magnetoterápiás Szimpózium, Székesfehérvár, 1987. május 16–17. — 6. *Bálint M.*: The Doctor, his Patient and the Illness. *Pitman Medical*, 1973, 14. feje. p. 172. — 7. *Beecher, H. K.*: The powerful Placebo. *JAMA*, 1955, 159, 1602. — 8. *Bishop, B.*: Physical Therapy in Arthritis Management III. *Physical Therapy*. 1980, 60, 24. — 9. *Bossut, D. F. B.*,



®Trental 400





[®]Trental 400

H 800

**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 (emlékezettől 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, 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 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 (angioneurotikus 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) — inzullinnal, 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. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

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



Stromberg, M. W., Malven, P. V.: Electro-acupuncture-induced analgesia in heep: Measurement of cutaneous pain thresholds and plasma concentrations on prolactin and beta-endorphin. *Am. J. Vet. Res.* 1986, 47, 3669. — 10. Choi Jay J., Kanagasundaram Srikantha, Wen Hsien Wu.: A comparison of electro-acupuncture, transcutaneous electrical nerve stimulation and laser photobiostimulation on pain relief and glucocorticoid excretion. *Acupuncture and Electrotherapeutics Res. Int.*, 1986, 11, 45. — 11. Clement-Jones, V., McLoughlin, L., Tomlin S., et al: Increased Beta-endorphin but not met-enkephalin levels in human cerebrospinal fluid after acupuncture for recurrent pain. *The Lancet*, 1980, VI. 1. — 12. Council of Europe: Legislation and administrative regulations on the use by licenced health service personnel of non conventional methods of diagnosis and treatment of illness. Strasbourg, 1984. — 13. Doran, D. L. M., Newell, D. J.: Manipulation in treatment of low back pain: a multicentric study. *Br. Med. J.*, 1975, 2, 161. — 14. Ebbets, J.: Manipulation in treatment of low back pain. *Br. Med. J.*, 1975, 2, 393. — 15. Evans, D. P. et al: Lumbar spine manipulation on trial. *Rheum Rehab.* 1978, 17, 46. — 16. Fahlström G.: On specific mobility O—C₂ and specific treatment of the cervical spine. *Man. Med.*, 1978, 16, 92. — 17. Feng Shu Feng, Feng Li, Bao Guo Gīng, et al.: Treatment of Systemic Lupus Erythematosus by Acupuncture. *Chinese Med. J.*, 1985, 98, 171. — 18. Gaw, A. C., Chang, L. W., Shaw, L. C.: Efficacy of acupuncture on osteoarthritis pain. A controlled, double blind study. *N. Engl. J. Med.*, 1975, 293, 375. — 19. Gibson, R. G., Gibson, S. L. M., MacNeill, A. D. et al: Salicylates and homeopathy in rheumatoid arthritis. Preliminary Observations. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1978, 6, 391. — 20. Gibson, R. G., Gibson, S. L. M., MacNeill, A. D. et al: Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis: Evaluation by double blind clinical therapeutic trial. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 1980, 9, 453. — 21. Gibson, T., Balgrave, P., Harkness, J. et al: Low back pain treated by an osteopath. The first controlled study. Abstract. *Br. J. Rheumatol.*, 1985, 24, 92. — 22. Greguss P.: Erőterek és az élő anyaga kölcsönhatása, különös tekintettel az „outsider” terápiák értékelésére. Kórház és orvostechnika. 1986, 24, 33. — 23. Hahnemann S. F. Ch: Organon der Heilkunst, die reine Arzneimittellehre, Dresden, 1811—1820. — 24. Haimovici, N.: Die niederfrequente gepulste Magnetfeldtherapie bei der Behandlung der degenerativen Gelenkerkrankungen. *Akt. Rheumatol.* 1982, 7, 81. — 25. Hart, F. D.: History of the treatment of rheumatoid arthritis. *Brit Med. J.*, 1976, 1, 763. — 26. Hecht, A.: A hocus-pocus as applied to arthritis. *FDA Consumer*, 1980, 14, 24. — 27. Janda, A. in: K. Lewitt: Manuelle Medizin, J. A. Barth, Leipzig, 1977, p. 55. — 28. Jorenson, J. R. J., Hangarter, W.: Treatment of rheumatoid and degenerative diseases with copper complexes. A review with emphasis on copper-salicylate. *Inflammation*, 1977, 2, 217. — 29. Joyce, C. R. B., Weldon, R. M. C.: The objective efficacy of prayer. A double blind clinical trial. *J. Chronic. Dis.*, 1965, 18, 367. — 30. Kaada, B.: Vasodilatation induced by transcutaneous nerve stimulation in peripheral ischemia. *Eur. Heart. J.*, 1982, 3, 303. — 31. Kaplan, S., Kozin, F.: A controlled study of group counselling in rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, 1984, 8, 91. — 32. Konrád, K., Gerencsér, F.: Wertebrogenen Schwindel besser differenzieren. *Praxis Kurier*. 1979, 31, 20. — 33. Lee M. H., Ernst M.: The sympatholytic effect of acupuncture as evidenced by thermography: a preliminary report. *Orthop. Rev.*, 1983, 12, 67. — 34. Levine, J. D., Gordon, M. C., Fields H. L.: The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, 1978, II. 654. — 35. Loy T. T.: Treatment of cervical spondylosis. Electroacupuncture versus physiotherapy. *Med. J. Austr.* 1983, 2, 32. — 36. Lurig, K., Lubeck, D., Kraines, R. G. et al: Outcomes of self help education for arthritis. *Arthritis Rheum.* 1983, 28, 680. — 37. Man, S. C., Barager, F. D.: Preliminary clinical study of acupuncture in rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.* 1979, 1, 126. — 38. Mendelson, G., Selwood, T. S., Kranz H. et al: Acupuncture treatment of chronic back pain. A double blind placebo controlled trial. *Am. J. Med.*, 1983, 74, 49. — 39. Myhal, D., Lebel, E., Leung, C. Y., et al: Etude radioisotopique de l'effet de l'acupuncture sur le vascularisation articulaire du genou. *L'Union Medicale de Canada*, 1981, 110, 1046. — 40. National Academy of Sciences. National Research Council, Div. of Medical Sciences. Report of the ad hoc committee on dimethylsulfoxide. Dimethylsulfoxide as therapeutic agent. Springfield VA. USDC National Technical Information Service, 1972. — 41. Ormos, G., Domján, L., Bálint, G.: A controlled trial for assessing the effect of manual therapy on cervical spinal mobility. *Hung. Rheumatol. Supplementum*, 1987, 77. — 42. Osler, W.: The Principles and Practice of Medicine. D. Appleton and Co. 1892. Reprinted by the Classics of Medicine Library, Birmingham, 1978, p. 278 and p. 282. — 43. Peng, A. T. C., Behar, S., Yue, S. I.: Long term therapeutic effects of electro-acupuncture for chronic neck-pain — a double blind study. *Acupuncture and Electrotherapeutics Res. Int.* 1987, 12, 37. — 44. Perjés K.: Kettős vak és nyitott kezelések eredményei orthopaed beteganyagon. *Magnetoterápia. Szerk.: dr. Guseo András, Székesfehérvár*, 1985, p. 40. — 45. Petrie, J. P., Hazlemann, D. L.: A controlled study of acupuncture in neck pain. *Br. Journal of Rheumat.* 1986, 25, 271. — 46. Petrie, J. P., Langley, G. B.: Acupuncture in the treatment of chronic cervical pain: a pilot study. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 1983, 1, 333. — 47. Petrou, P., Winkler, V., Genti, Gy., et al: Double-blind trial to evaluate the effect of acupuncture treatment on knee osteoarthritis. *Clin. and Experimental Rheumatol.* 1987, 5, 2. — 48. Pullar, T., Capell, H. A., Millar, A., et al: Alternative Medicine, cost and subjective benefit in rheumatoid arthritis. *Br. J. Med.* 1982, 285, 1629. — 49. Rasmussen, G.: Manipulation in treatment of low back pain. *Man. Med.* 1979, 17, 8. — 50. Sabolovic, D., Michon, C.: Acupuncture and Electrotherapeutics. *Res. Int. J.* 1978, 3, 97. — 51. Seppo, Y. T., Junilla, M. D.: Acupuncture for pain treatment in a Finnish Health Centre. Ist. Annual Meeting of the Nordic Acupuncture Society, Tampere, 1981, Sept. 19—20. — 52. Shipley, M., Berry, H., Broster, G. et al: Controlled trial of homeopathic treatment of osteoarthritis. *Lancet*. 1983, 1, 97. — 53. Shkenderov, S., Koburova: Adolepin — a newly isolated analgesic and anti-inflammatory polypeptide from bee venom. *Toxicon*, 1982, 20, 317. — 54. Tanay J., László G.: Magnetoterápia alkalmazásának összehasonlító vizsgálata mozgásszervi betegségekben. Második Magnetoterápiás Szimpózium. Székesfehérvár, 1987. május 16—17. — 55. Tannenbaum, H., Greenspoon, M.: Bee venom therapy of adjuvant arthritis. *J. Rheumatol.* 1982, 9, 649 (letter). — 56. Walker, W. R., Keats, D. M.: An investigation of the therapeutic value of the copper bracelet — dermal assimilation of copper in arthritis, rheumatoid conditions. *Agents and Actions*, 1976, 6, 454. — 57. Wasner, C. K., Cassady, J., Kronenfeld, J.: The use of unproven remedies (abstract). *Arthritis Rheum. Suppl.* 1980, 23, 759. — 58. WHO jelentés: Az akupunktúra felhasználása a korszerű orvosi gondozásban. (Use of acupuncture in modern health care.) WHO Chronicle, 1980, 34, 249.

(Bálint Géza dr. Budapest, II., Palánta u. 19. 1025)

„Diligentia maximum etiam mediocris ingenii subsidium.”
„A szorgalom a közepes tehetség legnagyobb segítője.”

Annaeus Seneca, *Vitabeszédek*, 3, 7.

OMKER KIÁLLÍTÓTEREM

1990. első félévi előzetes

KIÁLLÍTÁSI PROGRAM

február 20—22.

az ALPHA INSTRUMENTS és a DIALAB cégek kiállítása

pipetták, egyszer használatos vérvételi eszközök, Precisa mérlegek, coagulometer, hematológiai analizátorok, Ellsa leolvasó computer

március 7—8.

a HELLIGE cég szimpóziuma

keringéssdiagnosztikai és ultrahangdiagnosztikai berendezések, 5. generációs őrzők bemutatója

március 13—14.

a NOVA Biomedical és a DYNATECH cégek kiállítása

március 20—22.

a HEREAUS—KULZER cég szimpóziuma

új fogászati eljárások, fényre keményedő fogászati anyagok

március 27—29.

IZRAELI ORVOSTECHNIKAI KIÁLLÍTÁS

izraeli gyártmányú orvos- és kórháztechnikai berendezések bemutatója

április 3—5.

a SIEMENS cég bemutatója

elektromedikai készülékek, EKG berendezések, monitorok, lélegeztető és altatókészülékek, ultrahangdiagnosztika

április 10—12.

a GOLDEN MEDICAL és a SHARPLAN cégek kiállítása

sebészeti lézerberendezés, doppler diagnosztikai készülékek

április 24—27.

a PHONAK svájci cég bemutatója

audiológiai készülékek, berendezések



A kiállítások helyszíne az OMKER Kiállítóterem

(Bp., VI., Népköztársaság útja 36. Tel.: 1118-060)*

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!

Lőke Miklós dr.,
Nagy Gábor dr.
és Sinkó Káli Róbert dr.

A praeoperatív időszak hossza és az appendicitis súlyossága közötti összefüggésről

Szolnoki MÁV Kórház, Általános Sebészet
(osztályvezető főorvos: Lőke Miklós dr.)
és Nagyatádi Városi Kórház, Általános Sebészet
(osztályvezető főorvos: Nagy Gábor dr.)

A szerzők két kórházban (Nagyatádi Városi Kórház 1976–1982 között és Szolnok MÁV Kórház 1983–1988 között) appendicitis miatt összesen 1364 műtétet végeztek. Betegeiket a feregnyúlvány gyulladásos állapotának súlyossága szerint csoportosították. Megállapították a beteg első panasa és a műtét között eltelt idő hosszát és az appendicitis súlyosságát. Azt észlelték, hogy a gyulladásos állapot súlyosságának kialakulásában az esetek egy részében nem az időfaktor játszotta a döntő szerepet.

On correlation of the duration of preoperative period with degree of inflammation of appendix. 1364 appendectomy were performed by the authors in two hospitals (1976 to 1982 in City Hospital Nagyatád and 1983 to 1988 in Hungarian State Railways Hospital Szolnok). Patients were divided into groups according to degree of inflammation of appendix. Length of the elapsed time from the appearance of first symptoms to operation and degree of inflammation of the appendix were fixed. It is found that time-factor did not appear to be the most important determinant of degree of inflammation in a certain part of cases.

Az akut appendicitis gyógykezelésének legfontosabb kérdése, az időben, tehát a szerv perforációja előtt végzett műtét. Dolgozatunkban arra a kérdésre kívánunk választ adni, hogy a beteg első panasa és a műtét között eltelt időintervallum milyen összefüggést mutat az appendicitis súlyosságával.

Beteganyag és vizsgálati módszer

A Nagyatádi Városi Kórház, Általános Sebészeti Osztályán 1976. november 01.–1982. május 01. között végzett 948 appendectomiánál és a Szolnoki MÁV Kórház, Általános Sebészeti Osztályán 1983. március 01.–1988. március 01. között végzett 416 appendectomiánál pontosan meghatároztuk a beteg első panasa és a műtét között eltelt időt órákban és minden esetben meghatároztuk a feregnyúlvány gyulladásos állapotának súlyosságát. A feregnyúlvány gyulladásos állapotának súlyosságát a műtétilelet, a szövettani vizsgálat és a bakteriológiai vizsgálatok felhasználásával állapítottuk meg és a következő három csoportot alakítottuk ki:

1. Non appendicitis
2. Appendicitis acuta non perforativa
3. Appendicitis acuta perforativa.

Eredmények

A kórtörténetek áttanulmányozása során megállapítottuk, hogy a betegek első panaszainak jelentkezése után legkorábban 8 óra múlva operáltunk.

Kulcsszavak: Appenditis, praeoperatív időszak hossza

Az appendectomiáig eltelt leghosszabb idő 96 óra volt.

A perforációval járó esetek két kivétellel a kórházi felvételt követő két órán belül műtetre kerültek.

335 beteg (24,6%) az első panaszok kezdete után 8–14 órán belül került műtetre és közülük 46 esetben (13, 73%) perforációval járó appendicitissel találkoztunk, 162 betegnek (48,3%) phlegmonosus appendicitise volt.

127 betegnek nem volt akut appendicitise (37,8%) (panaszai vagy más hasúri megbetegedéssel voltak magyarázhatók, vagy akut gyulladás jeleit nem mutató más elváltozás volt észlelhető a feregnyúlvány szövettani vizsgálatakor).

493 beteg (36,14%) a kezdeti panaszok után 14–24 óra múlva került műtetre és ezek közül 84 betegnek (17,3%) perforált appendicitise volt, 354 betegnek (71,8%) akut appendicitise volt perforáció nélkül, 55 betegnek pedig (11,15%) nem volt akut appendicitise.

138 beteg (10,11%) a kezdeti panaszok után 24–48 óra múlva került műtetre és ezek közül 45-nek perforált appendicitise volt (32,6%), akut nem perforált feregnyúlvány-gyulladás volt észlelhető 72 esetben (52,2%) és nem volt akut appendicitise 21 betegnek (15,21%).

157 beteg (11,51%) a kezdeti tünetek után 48–72 óra között került műtetre és ebből 52 betegnek (33,12%) perforált volt a feregnyúlványa, 47 betegnek akut nem perforált feregnyúlványa volt (29,93%) és 58 betegnek nem volt akut appendicitise (36,9%).

241 beteg (17,66%) műtete és az első panaszok megje-

táblázat: Az akut appendicitis súlyossága és a műtétig eltelt idő közötti összefüggés

A műtétig eltelt idő	8—14 óra	14—24 óra	24—48 óra	48—72 óra	72 óránál több
A gyulladásos állapot súlyossága					
NON APPENDICITIS 361 beteg	127 37,9%	55 11,15%	21 15,21%	58 36,9%	100 41,9%
APPENDICITIS ACUTA NON PERFORATIVA 753 beteg	162 48,3%	354 71,8%	72 52,1%	47 29,93%	118 48,9%
APPENDICITIS ACUTA PERFORATIVA 250 beteg	46 13,73%	84 17,3%	45 32,61%	52 33,12%	23 9,54%
ÖSSZESEN: 1364 beteg	335 24,56%	493 36,14%	138 10,1%	157 11,51%	241 17,66%

lenése között több mint 72 óra telt el, és ezek között 23 perforált eset fordult elő (9,54%) 118 esetben akut nem perforált gyulladás volt észlelhető (48,9%) és 100 esetben (41,49%) nem volt akut gyulladás észlelhető. A táblázatban összefoglalóan mutatjuk be a talált eredményeket.

Megbeszélés

Aschoff (1) 1930-ban megjelent monográfiájában klinikai megfigyelésekre és szövettani vizsgálatokra támaszkodva azt állította, hogy az appendicitis kezdeti tüneteitől 6—12 órának kell eltelni ahhoz, hogy szövettani eltérést lehessen kimutatni a féregnyúlványon. A betegség kezdete után 12—14 órával phlegmonosus gyulladás képe látható. Az ulceráció mélyülésével 24 óra eltelté után kezdődnek a komplikációval járó esetek, a gangraenás és a perforált kórformák.

Annak ellenére, hogy a klinikai megfigyelések már régen megcáfolták ezt a megállapítást, nagyobb beteganyagra vonatkozóan a műtétig eltelt idő hosszát átlagértékben adják meg, megállapítják, hogy a perforációval járó kórképek és a műtét között általában hosszabb idő telik el, mint azokban az esetekben, ahol nem következett be perforáció.

Safar és mtsai (3) 1042 appendicitis miatt operált betegnél végzett ilyen módon felmérést és az észlelte, hogy azoknál a betegeknél, akiknél a műtétnél phlegmonosus gyulladást észlelt, a kórházi felvételig átlag 36 óra telt el, míg a perforációval járó esetekben ez az átlagérték 59 óra volt.

Minden statisztikai felmérés, mely az appendicitissel foglalkozik, a perforált eseteket elkésett esetként tartja számon és hangsúlyozza a korai diagnózis és az ezt követő sürgős műtét szükségességét.

A perforált esetek számarányának csökkentésére irányuló legnagyobb erőfeszítések ellenére egy populáción belül a perforációval járó esetek számaránya nem volt jelentősen csökkenthető.

Erre mutattak rá Dubecz és mtsai (2), amikor az István Kórház működési területének beteganyagát két idő-

szakban 1927—1941 között, majd 1962—1973 között, tehát 20 év különbséggel összehasonlították és azt észlelték, hogy még az első időszakban a perforációval járó kórképek számaránya 5%, addig 20 év múlva ez az arány 5,25% volt, tehát az egészségügyi feltételek nagyfokú javulása ellenére nem változott.

A beteg hasi panaszainak kezdetén pontosan nem lehet megállapítani, hogy milyen gyorsan progrediál a gyulladás és vezet a féregnyúlvány perforációjához.

Beteganyagunk feldolgozásakor ennek az időintervallumnak a hosszúságát vizsgáltuk és hasonlítottuk össze a szerv gyulladásos állapotának súlyosságával.

1364 beteg kórtörténetének feldolgozása során azt észleltük, hogy betegeink közül 335 (24,56%) a kezdeti panaszok után 8—14 órával műtetre került, és közülük 46 (13,17%) már perforált eset volt.

Viszont 241 beteget (17,6%) a kezdeti tünetek után több mint 72 órával operáltunk meg, és ennek ellenére csak 23 esetben észleltünk perforációt (9,54%) és 118 betegnek (48,5%) akut nem perforációval járó appendicitise volt.

Észleléseinkből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a féregnyúlvány gyulladásos állapotának súlyosságát befolyásoló tényezők közül a kezdeti panaszok és a műtét között eltelt idő nem minden esetben döntő tényező.

Az esetek jelentős részében a kórkép súlyosságát a beteg műtét előtti vizsgálatok pontosan nem meghatározható egyéb tényezők (pl. anaerob baktériumok, lumen-obstrukció) az esetek egy részében nagyobb mértékben befolyásolják és ezekben az esetekben egy rendkívül gyorsan progrediáló perforációhoz vezető kórképekhez vezetnek.

Más esetekben viszont, annak ellenére, hogy több nap telik el a műtétig, a szerv falát még át nem lépő gyulladás észlelhető.

Hasi panaszok esetén a beteget az orvoshoz elsősorban a fájdalmak vezetik. Minél nagyobb a fájdalom, annál gyorsabban hívnak orvost. Az appendicitis okozta fájdalom a közepes erősségű fájdalmak közé sorolható, mellyel a betegek általában akkor fordulnak orvoshoz, ha az tartósan fennáll, ha a hasi panaszokhoz más panaszok és tüne-

tek csatlakoznak. Ez az idő különböző hosszúságú lehet, attól függően, hogy milyen életkorú a beteg, milyen a fájdalomtűrő képessége, használ-e valamilyen gyógyszeres fájdalomcsillapításra stb. Fontos azonban az is, hogy mivel magyarázza panaszainak okát. Nem közömbös tehát, hogy milyen elképzelés alakul ki a lakosság körében az appendicitisről.

Az sem közömbös, hogy a fatális kimenetelű esetek forenzikus megítélése milyen. Az appendicitis utáni halálos eseteknél általában törvényszéki boncolás történik. Abban az esetben, ha a műtét röviddel a beteg kórházi felvétele után megtörtént, nem vitatják a kórházi orvos felelősségét.

Nem vonják felelősségre a területen működő orvost sem, ha a beteget azonnal kórházba utalta. Ha a beteg panaszainak kezdete után röviddel orvoshoz fordul, akkor ő is mindent megtett a gyógyulása érdekében.

Beteganyagunk alapján azonban bizonyított, hogy a perforáció és annak összes szövődménye rövid időintervallum ellenére is bekövetkezhet. Ennek oka a betegség természetében van, amelyben a műtéig eltelt időintervallum csak egy faktor, a többi komponensnek (lumenobstrukció, anaerob kórokozók jelenléte, a szervezet reakcióképessége stb.) sokkal nagyobb jelentősége lehet.

Szeretnénk hangsúlyozni azt a tényt, hogy közepes intenzitású hasi fájdalmak mögött, pár óra múlva esetleg perforációval járó appendicitis húzódnak meg.

Beteganyagunk elemzéséből kitűnik, hogy a perforációval járó esetek közül minden ötödik esetben a panaszok kezdete után már 8–12 órán belül megtörtént a perforáció. Tehát nagyon gyors lefolyású kórképpel állunk szemben.

Magyarországon az elmúlt évtizedek nagy javulást eredményeztek a területi orvosi ellátásban. Így csupán a betegen múlik, mikor fordul orvoshoz hasi panaszok esetén. Megfigyeléseink közreadásának egyik célja az volt, hogy a számadatok segítségével hívjuk fel a figyelmet a néhány óra alatt perforációhoz vezető appendicitis jelentőségére.

IRODALOM: 1. Aschoff, L.: Der Appendicitische Anfall. Seine Ätiologie und Pathogenese. Springer, Berlin und Wien 1930, 110. — 2. Dubecz S., Stefanics J., Juhász F. és Penkov P.: Csökken-e az appendicitis perforatíva előfordulása? Orv. Hetil., 1976, 117, 399. — 3. Safar A., Farkas S., Oláh V. és mtsai: Az akut appendicitis problematikája napjainkban. Orv. Hetil., 1986, 127, 19.

(Lőke Miklós dr. Szolnok, Verseghy u. 6—8. 5000)

„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

A Magyar Orvosi Bibliográfia (MOB) 33 éve szolgálja az orvostársadalom és az egészségügy szakmai információs igényeinek kielégítését. 1990-től új technikával, új, esztétikus, jól áttekinthető megjelenési formában adjuk közre.

A MOB teljes áttekintést nyújt a hazai orvosi és egészségügyi szakirodalomról, de eligazít az alaptudományok és a határterületek legfontosabb irodalmában is. Az új bibliográfia minden dokumentumfajtát (monográfiákat, folyóiratcikkeket, disszertációkat, kutatási jelentéseket és a korábban külön supplementumban közölt kongresszusi anyagokat is) egyetlen kiadványban dolgoz fel. Bővült a terjedelem és gyakoribb a megjelenés is: az évi 6 kötethez külön, éves kumulált indexkötet csatlakozik.

A tárgy szerinti visszakeresést az Index Medicus tezauszának adaptálásával kialakított tárgyszavak biztosítják. A bibliográfia leíró része — a korábbi szakcsoportos elrendezés helyett — a betűrendbe sorolt tárgyszavak alatt közli az oda tartozó irodalmat. Az egyes szakterületek áttekintése viszont a tárgyszavak szisztematikus rendjét követő szakmutató segítségével érhető el. A bibliográfia harmadik szerkezeti egysége a névmutató. A mutatók éves kumulációja a visszamenőleges keresést teszi kényelmessé. A Magyar Orvosi Bibliográfia előfizethető az Országos Orvostudományi Információs Intézet Számítástechnikai és Kiadói Főosztályán, 1444 Budapest Pf. 278.

Az éves előfizetési díj (6 kötet + index) 2450 Ft.



KSH SZÁMÍTÁSTECHNIKAI
ÉS ÜGYVITELSZERVEZŐ V.

EGÉSZSÉGÜGYI VÁLLALKOZÁSI IRODA
1145 Bp., Szugló u. 9/15. Tel.: 1634-046 Tx.: 22 6216

PICI PERINATALIS INTENSIV CENTRUM INFO

A rendszer célja: Koraszülöttek kórházi kezelése és utógondozása során keletkezett vizsgálati eredmények számítógépes nyilvántartása a napi orvosi munka támogatására, illetve a vizsgálati eredmények hosszútávú értékelésének elvégzéséhez.

1. Modul:

- **Könyveli** a betegek fontosabb személyi adatait, az osztályra történő felvétel, távozás, utánvizsgálaton megjelenés időpontját. A beteg kórtörténete hiányos vagy pontatlan személyi adatok esetén is gyorsan előkerestethető. A rendszer nyilvántartja, hogy egy adott napon kik jelentek meg, illetve kiknek kell megjelenüik utánvizsgálaton.
- **Lehetővé** teszi a betegek összes vizsgálati eredményének nyilvántartását, bármelyik eredmény képernyőn való megjelenítését, illetve kinyomtatását.
- **Elkészíti** a zárójelentést.
- **Bizonyos** feltételeknek megfelelő vizsgálatok, illetve az ilyen vizsgálati eredményekkel rendelkező betegek előkerestethetők, az adatok kinyomtathatók. Párhuzamosan tetszőleges számú vizsgálati, kezelési eredményre megadható feltétel. Azaz pl. megkérdezhető, hogy kik azok a betegek, akik egy bizonyos születési súly kategóriába esnek, bizonyos betegségben szenvednek, és vérvizsgálati eredményeik megadott értékhatárok között vannak. Ennek a funkciónak a segítségével az adatok statisztikai elemzése elvégezhető.

Az adatokat a rendszer több éven keresztül gyűjti, (az utógondozás a betegek 6 éves koráig tart) nem szükséges és nem is lehetséges az összes adatot a számítógépben tartani. A rendszer biztosítja az adatok archiválását külső adathordozón (mágnesszalagon vagy mágneslemezen), és az archívumból való elővételét.

IRÁNYÁR: 200 000,— Ft

Hardver feltételek:

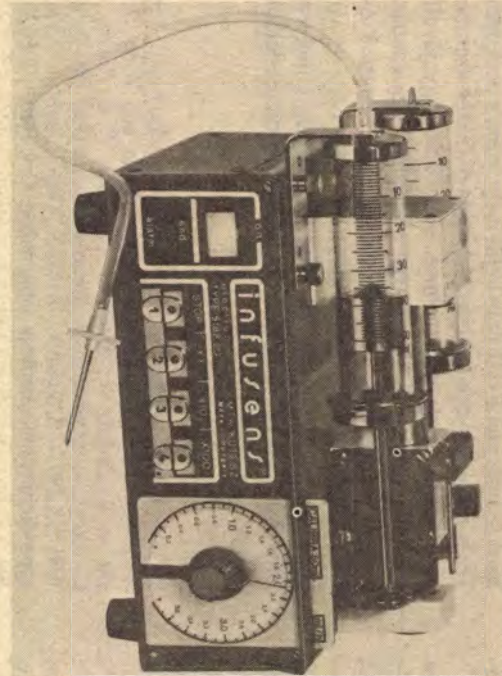
- IBM AT (kompatibilis) számítógép
- Színes monitor
- 30—40 Mb Winchester tároló
- Streamer (mágnesszalagos tároló)
- 1,2 Mb-os, vagy 360 Kb-os hajlékony lemezes tároló
- Epson (kompatibilis) nyomtató

Felvilágosítás: Dialog Data

- SZÜV Informatikai Fejlesztő Leányvállalat, mint fejlesztő,
- 9021 Győr, Kazinczy u. 16.
- Tel.: 94/14-339 ● Tx.: 02 4368



Gyártja és értékesíti:
Magyar Tudományos Akadémia
Kutatói Eszközök Kivitelező Vállalata
1141 Budapest, Komócsy u. 29—31. Telefon: 163-2450. Telex: 22-6700



INFUSENS kompakt kivitelű infúziós készülék

Alkalmas tápoldatok, nagyhatású gyógyszerek és kis mennyiségű vér tartós, folyamatos adagolására

- gyárilag négyféle, külön igényre bármilyen fecskendőre kalibrálva;
- adagolási sebesség 0,01—368 ml/h (10- vagy 100-szorosára növelhető);
- adagolási pontosság $\pm 1\%$;
- akusztikus és vizuális véghelyzet-jelzés;
- kis helyigény;
- egyszerű kezelhetőség;
- hosszú élettartam;
- minimális karbantartási igény.

Szász Károly dr.,
Somfay Attila dr.,
Horváth László dr.,
Mester János dr.*
és Mizsei István dr.**

Jobb kamrai infarctusos betegek terhelhetősége a rehabilitáció időszakában

Csongrád Megyei Tanács Tüdőkórház-Gondozóintézet,
Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk
(osztályvezető főorvos: Szász Károly dr.)
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged,
Központi Izotópdiaosztikai Laboratórium*
(vezető: Csernay László dr.)
és Számítástechnikai Központ**
(vezető: Győri István dr.)

A szerzők 199 szívizominfarctusos betegüket négy csoportba (elülső fali, hátsó fali és jobb kamrai necrosis) sorolták, akiknél a rehabilitáció kezdetén és 3 hét múlva meghatározták a fizikai terhelhetőséget. Számítógépes adatfeldolgozás eredménye alapján hátsó fali szívizom elhalás után jobb terhelhetőséget és ejekciós frakciót találtak, mint elülső fali necrosist követően. Akár elülső fali, akár hátsó fali bal kamrai infarctushoz társult a jobb kamrai necrosis, a betegek teljesítőképessége lényegesen nem változott, a 3 hetes időszakra vonatkoztatott terhelhetőség-változás szignifikáns különbséget nem mutatott. A chronicus szakban myocardialis infarctusos betegek teljesítőképességét a bal kamraihoz csatlakozó jobb kamrai necrosis nem befolyásolja.

Az utóbbi évekig a myocardium elhaláshoz társuló szívelégtelenség kifejlődésében csak a bal kamrának tulajdonítottak jelentőséget, mivel a myocardialis infarctuson is általában a bal kamra elhalását értették. Néhány éve több irodalmi közlés született, mely a jobb kamra működését vizsgálta, illetve ennek a szívfélnek a necrosisát mutatta ki az akut szakban EKG-val (6, 7, 9, 17), echocardiographiás (12, 24, 25), haemodynamikai (3, 12, 33) és izotópos (10, 21, 23, 24, 30) technikával. Több szerző (3, 9, 23, 29) az akut jobb kamrai infarctus (JKI) klinikai tünetét foglalta össze és mutatott rá, hogy a szívelégtelenség megjelenésében milyen szerepe van a jobb kamrának. *Rigo és mtsai* (22) akut inferior myocardialis infarctusban a jobb kamra kitágulását észlelték, *Reduto és mtsai* (21) szintén csak inferior transmuralis myocardialis infarctus után figyeltek meg hasonló jelenséget, míg elülső fali szívizom elhalásban nem észlelték ezt. *Tobinich és mtsai* (30) is hasonló megállapításra jutottak, de *Marmor és mtsai* (15) szerint mind az inferior, mind az anterior lokalizációjú bal kamra elhalásban észlelhető jobb kamra működési zavar, *Caplin és mtsai* (2) ugyanezt találták (27, 28).

A mi vizsgálataink szerint (26, 27) mind a hátsó, mind az elülső fali bal kamrai elhaláshoz társulhat JKI, amit co-

Exercise capacity of patients with right ventricular infarction during the rehabilitation. 199 patients with myocardial infarction were divided into 4 groups according to the localisation of necrosis (anterior, inferior, anterior + right ventricle, inferior + right ventricle). Exercise capacity was determined by bicycle ergometer test at the beginning of rehabilitation and 3 weeks later. Exercise capacity and ejection fraction were better in case of inferior comparing with anterior infarction. There was no significant change in exercise capacity whether inferior or anterior left ventricle necrosis was accompanied by right ventricle infarction. In chronic phase of myocardial infarction exercise capacity of patients is not influenced by right ventricle necrosis accompanied by left ventricle infarction.

ronarographiával is igazoltunk a betegség rehabilitációs időszakában.

Tanulmányunkban választ próbáltunk kapni arra, hogy bal kamrai necrosishoz csatlakozó JKI befolyásolja-e a betegek terhelhetőségét a rehabilitáció időszakában, vagy csak az akut szakban fejt ki kedvezőtlen hatását.

Betegek és módszer

Acut myocardialis infarctus után 6–9 héttel vettük fel osztályunkra a betegeket, akiknél a konvencionális 12 elvezetéses EKG mellett 3 jobb mellkasi elvezetést is készítettünk (V3R, V4R, V5R) a korábban közölt (27, 28) szerint.

Hátsó fali infarctus gyanúja esetén a fentieket Antalóczy szerinti 3 dorsalis elvezetéssel is kiegészítettük.

A myocardialis infarctus diagnózisát az anamnesis, az akut szakban jelentkező enzim-elváltozás és az EKG-n látható pathológiás Q hullámok alapján állítottuk fel. A rehabilitáció időszakában egyensúlyban végzett radioisotop ventriculographia történt korábbi közlés (16) szerint. A vizsgálatba bevont 199 beteget négy csoportra osztottuk.

Az I. csoportba 60 beteg került (46 ffi, átlagéletkor [á. ék.]: 48,1 év, 14 nő, á. ék.: 39,2 év), akiknél noninvazív vizsgálatok elülső fali myocardialis infarctust igazoltak, a jobb mellkasi elvezetésekben észlelt rS komplexusok pedig a JKI-t nem támogatták.

A II. csoportot 91 beteg alkotta (87 ffi, á. ék.: 51,4 év, nő,

á. ék.: 44,7 év), akik konvencionális EKG-ja és Antalóczy szerint végzett dorsalis elvezetések hátsó fali necrosisra utaltak, de a VR elvezetések nem támogetták JKI-t.

A III. csoportba került 27 beteg (21 ffi, á. ék.: 51,1 év, 6 nő, á. ék.: 42,5 év) elülső fali transmuralis infarctusa mellett a jobb mellkasi elvezetésekben észlelt qS komplexus az jelezte, hogy a necrosis a jobb kamrát is érintette.

A IV. csoportba soroltuk azt a 21 hátsó fali infarctusos beteget (15 ffi, á. ék.: 46,6 év, 6 nő, á. ék.: 54,0 év), akiknél a VR elvezetések JKI-t is bizonyítottak.

A felvételt követően minden betegnél submaximális frekvencia határolt kerékpár-ergométeres terhelés történt, ennek segítségével megállapítottuk a vizsgáltak fizikai teljesítőképességét. A terhelést 50 W-on kezdtük és 3 percnként 25 W-tal emeltük, ezek alapján kiszámítottuk a kJ-ban kifejezett összmunkavégzést is.

A betegek azután a felmérő ergometria eredményének megfelelő rehabilitációs programban vettek részt. Gyógytornászaink ügyeltek arra, hogy betegek a testedzés során a munkapulzust elérjék. 3 hetes tréning után kontroll terhelésre került sor. Így lemérhetővé vált a kondicionálás hatása a fizikai terhelhetőségre. Betegeinknél meghatároztuk a rehabilitáció elején és végén elért összmunkavégzés különbségét is.

A betegek a vizsgálat ideje alatt Nitromint retardot, Corinfart, valamint Colfaritot szedtek.

A vizsgálatokat (ergometria, izotóp) értékelő személyek nem tudták, hogy a betegek melyik csoportba tartoztak, így nem befolyásolta őket az értékelésükben.

A statisztikai számításokat Scheffe szerint, egyszempontos („oneway”) variancia analízis alapján, 5%-os szignifikancia szinttel végeztük.

Eredményeink

A négy csoportba osztott betegek eredményeit különböző szempontok alapján elemeztük.

Az izotóp metodikával meghatározott bal kamrai ejekciós frakció alakulása megegyezett az irodalomban szereplő adatokkal (2, 10); hátsó fali lokalizáció esetén — függetlenül attól, hogy jobb kamrai infarctus társult-e, vagy sem — magasabb értékeket kaptunk, mint elülső fali (és elülső fali és jobb kamrai) érintettség esetén. I. csoportba került elülső fali infarctusos betegek ejekciós frakciója (EF) szignifikánsan nem különbözött a III. csoporthoz viszonyítva.

Hasonló eredményt találtunk hátsó fali (II. csoport) és hátsó fali és JKI (IV. csoport) eseteiben is (1. táblázat).

Közvetlenül a rehabilitáció elején elért fizikai teljesítőképességet összevetettük az I. és III., valamint a II. és IV. csoport között. Az intézeti észlelés kezdetén mind elülső fali, mind hátsó fali bal kamrai infarctus esetén jobb kamrai necrosis társulása szignifikánsan nem módosította a fizikai terhelhetőséget (2. táblázat).

Háromhetes kondicionáló tornaprogram után végzett ergométeres terhelések adatait szintén összehasonlítottuk az I. és III., valamint a II. és IV. csoport között. A rehabilitáció végén felmért fizikai teljesítőképességet sem változtatja meg szignifikánsan a bal kamraihoz társult JKI (3. táblázat).

A terhelhetőség változás alakulása a 3 hetes rehabilitációs időszakban sem mutatott szignifikáns különbséget az egyes csoportok között (4. táblázat).

A terhelhetőségváltozás adatainak feldolgozásakor a csoportokon belül nem és életkor (40 év alatti, 41–50, 51–60 év közötti és 60 év feletti kategóriák) szerint is

1. táblázat: Bal kamrai ejekciós frakció a rehabilitáció időszakában

Csoport	EF (%)*	
	Átlag	S. D.
I.	40,2	12,9
II.	51,7	10,2
III.	39,2	10,8
IV.	50,6	18,3

*EF normál érték 52% felett

2. táblázat: Terhelhetőség az intézeti felvételtkor

Csoport	összmunka (kJ)	S. D.	Sing.
I.	24,0	16,3	N.S.
III.	21,7	16,9	
II.	27,1	17,4	N. S.
IV.	28,5	23,6	

3. táblázat: Terhelhetőség az intézeti elbocsátás előtt

Csoport	összmunka (kJ)	S. D.	Sing.
I.	24,5	16,6	N.S.
III.	25,3	17,7	
II.	30,9	19,0	N. S.
IV.	30,8	24,0	

4. táblázat: Terhelhetőség-változás

Csoport	összmunka (kJ)	S. D.	Sing.
I.	+ 0,45	10,2	N.S.
III.	+ 3,68	10,3	
II.	+ 3,53	16,9	N. S.
IV.	+ 2,32	14,4	

összehasonlítást végeztünk, de így sem kaptunk körjelző eltérést JKI esetén (részletes elemzés ismertetésétől ezért eltekintettünk).

Megbeszélés

A hátsó fali myocardia infarctusban a JKI-t boncolás alapján különböző szerzők (6, 7, 13, 20) 24–43% között találták, de az elülső fali bal kamrai elhaláshoz is tár-

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 tablettánként.

Hatás: Kardioszelektív β -blokkoló. Intrinszc 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 kiegészítéseképpen 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, bőrkiütések, 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-elégtelenség 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. Sebészeti 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

sulhat JKI (4, 28). Szívinfarktusból szenvedő betegekben a haemodinamikai tanulmányok (3, 8, 12, 30) azt igazolták, hogy jobb kamrai végdiastolés nyomás emelkedése 8–15%-ban fordul elő.

Több szerző (5, 12, 22, 25, 26, 30, 31) véleménye szerint hátsó fali myocardialis infarctusos betegek között a jobb kamrai falmozgászavar 35–40%-ban jelentkezett, melyet izotópos ventriculographiával (10, 22, 25, 26, 30, 31) és kétdimenziós echocardiographiával (5, 12) lehet kimutatni. A jobb kamra működészavara a bal kamra elülső fali elhalásához változó mértékben társul és általában nem kíséri jobb kamrai regionális falmozgászavar. Ugyanakkor a jobb kamra működészavara pozitívan korrelál a bal kamra falmozgás eltéréseivel, melyet izotópos vizsgálatokkal (15, 21) erősítettek meg. Ugyancsak izotópos vizsgálatokkal igazolták (10), hogy a jobb kamrai EF bal kamrai inferior infarctushoz társult JKI esetén kifejezetten csökkent az izolált inferior necrosis-hoz viszonyítva.

A JKI leginkább a bal kamrai myocardialis infarctus-sal együtt fordul elő, boncolás szerint izolált jobb kamrai elhalás csak 2,6–4,6% található (18, 32). Különböző szerzők (1, 14, 33) egybehangzó véleménye szerint, a bal kamra volumen emelkedése nem lineárisan, de jobb kamrai diastolés nyomás emelkedésével jár és az egyik kamra systolés nyomás zavara a másik kamrában systolés nyomásváltozásokhoz vezet. A bal kamrai elégtelenség különbözőképpen befolyásolja a jobb kamra működését, függ a bal kamra diastolés volumenétől, systolés funkciójától, valamint a tüdő területén uralkodó nyomásoktól. Ha a pulmonalis vascularis resistentia magas, vagy a bal pitvari nyomás emelkedett — a bal kamra elégtelenség miatt —, a jobb kamrának egy rezerv funkcióval kell rendelkezni, hogy ezeken a faktorokon úrrá tudjon lenni. Így a bal kamra elhalása miatt létrejövő haemodinamikai változások hatással vannak a jobb kamrára is, és ha ennek a szívfélnek szintén kialakul a necrosis, kompenzációképessége megváltozik. Ez magyarázhatja az infarctus acut szakában gyakran fellépő hypotóniát, shockot, ha a jobb kamrának nagyobb területe is elhalást szenved (23, 29). Néhány nap alatt — megfelelő terapia mellett (9, 23) — a kedvezőtlen haemodinamikai eltérések ismét megszűnnek. Ekkor a beteg állapota stabilizálódik, és a későbbiekben már a jobb kamra érintettsége nem befolyásolja a teljesítőképességet (19). Ez magyarázhatja eredményeinket, hogy JKI sem a hátsó, sem az elülső fali bal kamrai necrosis mellett a rehabilitáció időszakában nem befolyásolja a terhelhetőséget. Az elülső fali necrosis általában nagyobb területet érint — így a bal kamra károsodása kifejezettebb —, mint a hátsó fali elhalás esetén. Ez lehet magyarázata az alacsonyabb EF-nak és terhelhetőségnek az elülső fali myocardialis infarctusok esetén. A jobb kamrai EF-t mi eddig nem tudtuk vizsgálni, de az izotópos és echocardiographiás feltételek jelenleg már adottak, az eredményeket későbbiekben kívánjuk értékelni.

A bal kamrai infarctushoz társuló jobb kamrai elhalás az acut szakban a beteg életkilátásait rontja (11), de a későbbiekben lényegesen nem befolyásolja a terhelhetőséget, így a rehabilitációs időszakban a bal kamrai necrosis nagyságának van meghatározó szerepe.

IRODALOM: 1. Bemis, C. E., Serur, J. R., Borknhausen, D.: Influence of right ventricular filling of pressure on left ventricular filling and dimension. *Circ. Res.*, 1974, 34, 498. — 2. Caplin, J. L. és mtsai: Global and regional right ventricular function after acute myocardial infarction: dependence upon site of left ventricular infarction. *Br. Heart J.*, 1987, 58, 101. — 3. Cohn, J. N. és mtsai: Right ventricular infarction: clinical and hemodynamic features. *Am. J. Cardiol.*, 1974, 33, 209. — 4. De Cleck, L., Goethals, M., Timmermans, U.: Anteroseptal myocardial infarction complicated by right ventricular myocardial infarction. *Acta Cardiol.* 1983, 37, 473. — 5. Dell'Italia, L. J. és mtsai: Right ventricular infarction: identification by hemodynamic measurements before and after volume loading and correlation with noninvasive techniques. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 1984, 4, 931. — 6. Erhardt, L. R., Sjörgen, A., Wahlberg, J.: Single right sided precordial lead in the diagnosis of right ventricular involvement in inferior myocardial infarction. *Am. Heart J.*, 1976, 91, 571. — 7. Isner, J. M., Roberts, W. C.: Right ventricular infarction complicating left ventricular infarction secondary to coronary heart disease. *Am. J. Cardiol.*, 1978, 42, 885. — 8. James, T. N.: Anatomy of the crista supraventricularis: its importance for understanding right ventricular function, right ventricular infarction and related conditions. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 1985, 6, 1083. — 9. Kulbertus, H. E., Rigo, P., Legrand, V.: Right ventricular infarction: pathophysiology, diagnosis, clinical course and treatment. *Modern Concepts of Cardiovasc. Disease*, 1985, 54, 1. — 10. Legrand, V. és mtsai: Evaluation of right ventricular function by gated blood-pool scintigraphy. *J. Nucl. Med.* 1983, 24, 886. — 11. Legrand, V. és mtsai: Right ventricular myocardial infarction diagnosed by 99 m technetium pyrophosphate scintigraphy: clinical course and follow up. *Eur. Heart J.*, 1983, 4, 9. — 12. Lloyd, E. A., Gersh, B. J., Kenelly, B. M.: Hemodynamic spectrum of „dominant” right ventricular infarction in 19 patients. *Am. J. Cardiol.*, 1981, 48, 1016. — 13. Lopez-Sendon, J. és mtsai: Segmental right ventricular infarction after acute myocardial infarction: two dimensional echocardiographic study in 63 patients. *Am. J. Cardiol.*, 1983, 51, 390. — 14. Ludbrook, P. A., Byrne, J. D., McKnight, R. C.: Influence of right ventricular hemodynamics on left ventricular diastolic pressure — volume relations in man. *Circulation*, 1979, 59, 21. — 15. Marmor, A. és mtsai: Functional response of the right ventricle to myocardial infarction: dependence on the site of left ventricular infarction. *Circulation*, 1981, 64, 1005. — 16. Mester J. és mtsai: EKG-val kapuzott, egyensúlyban végzett nukleáris kardiológiai vizsgálatok a balkamra funkció mérésére (normál értékek). *Card. Hung.*, 1983, 12/2, 119. — 17. Morgera, T. és mtsai: Right precordial ST and QRS changes in the diagnosis of right ventricular infarction. *Am. Heart J.*, 1984, 108, 13. — 18. Myers, G. B., Klein, H. A., Hiratzka, T.: IV. Correlation of electrocardiographic and pathologic findings in infarction of the interventricular septum and right ventricle. *Am. Heart J.*, 1949, 37, 720. — 19. Raper, R., Sibbald, W. J.: Right ventricular function in the surgical patient. *World J. Surg.*, 1987, 11, 154. — 20. Ratliff, N. B., Hackel, D. B.: Combined right and left ventricular infarction: pathogenesis and clinicopathologic correlations. *Am. J. Cardiol.*, 1980, 45, 217. — 21. Reduto, L. A. és mtsai: Sequential radionuclide assessment of left and right ventricular performance after acute transmural myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.*, 1978, 89, 441. — 22. Rigo, P. és mtsai: Right ventricular dysfunction detected by gated scintiphotography in patients with acute inferior myocardial infarction. *Circulation*, 1975, 52, 268. — 23. Roberts, N. és mtsai: Right ventricular infarction with shock but without significant left ventricular infarction: a new clinical syndrome. *Am. Heart J.*, 1985, 110, 1047. — 24. Rodrigues, E. A. és mtsai: Diagnosis and prognosis of right ventricular infarction. *Br. Heart J.*, 1986, 56, 19. — 25. Sharpe, D. N. és mtsai: The noninvasive diagnosis of right ventricular infarction. *Circulation*, 1978, 57, 483. — 26. Starling, M. R. és mtsai: First transit and equilibrium radionuclide angiography in patients with inferior transmural myocardial infarction: criteria for the diagnosis of associated hemodynamically significant right ventricular infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 1984, 5, 923. — 27. Szász K., Somfay A., Horváth

L.: Hátsófalí myocardiális infarktushoz társuló jobb kamrai infarctus EKG és coronarographiás jelei a rehabilitáció időszakában. Orv. Hetil., 1986, 127, 2617. — 28. Szász, K., Somfay, A., Horváth, L.: EKG — und coronarographische Zeichen eines einem Vorderwandherzinfarkt hinzugetretenen rechtsventrikulären Infarkts in der Rehabilitationsphase. Z. Kardiolog., 1987, 76, 576. — 29. Tebbe, U. és mtsai: Verschluss der rechten Kranzarterie mit akutem Rechtsherzinfarkt und Kardiogenem Schock. Z. Kardiolog., 1984, 73, 327. — 30. Tobinich, E. és mtsai: Right ventricular ejection fraction in patients with acute myocardial infarction assessed by radionuclide angiography. Circulation, 1978, 57, 1078. —

31. Wackers, F. J. és mtsai: Prevalence of right ventricular involvement in inferior wall infarction assessed with myocardial imaging with thallium-201 and technetium — 99 m pyrophosphate. Am. J. Cardiol., 1978, 42, 358. — 32. Wartman, W. B., Hellerstein, H. K.: The incidence of heart disease in 2000 consecutive autopsies. Ann. Intern. Med., 1948, 28, 41. — 33. Weber, K. T. és mtsai: Contractile mechanics and interactions of the right and left ventricles. Am. J. Cardiol., 1981, 47, 686.

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

„Dupliciter peccat, qui se de crimine iactat.”
„Kétszeresen vétke, büntetével ki dicsekszik.”

Seneca

kliostom[®]
kenőcs



HATÓANYAGOK

1 g metronidazolom benzolcum 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 (fogkö, 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 szájbán 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 nyáliválasztás. Soor szaporodhat el a szájbüregben, 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

Bittera István dr.,¹
Kadocsa Edit dr.,²
és Gyurkovits Kálmán dr.,¹

Ketotifen és oxatomide összehasonlító vizsgálata (ismételt bőr- és nasalis provokációban)

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika¹
(igazgató: Boda Domokos dr.)
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégészeti Klinika²
(igazgató: Czigner Jenő dr.)

A szerzők a ketotifen és az oxatomide — ismételt bőr- és orrnyálkahártya provokációra kifejtett hatásának — összehasonlító vizsgálatáról számolnak be 16 (4 leány és 12 fiú, $12,0 \pm 3,25$ év átlagéletkorú) igazolt szezonális rhinitis allergiában szenvedő gyermek bevonásával. A négyhetes ketotifen vagy oxatomide kezelés előtt és után planimetrián értékelte kvantitatív prick bőrtesztet, ill. rhinothermometriával objektívizált specifikus nasalis provokációt (SNP) végeztek. Megállapítják, hogy a ketotifen mind a hisztamin és az allergen kiváltotta ödémás bőrreakciót, mind a shock-szerv közvetlen vizsgálata (SNP) során észlelt klinikai és hőmérsékleti pontszámot jobban csökkentette, mint az oxatomide. A szezon előtt végzett gyógyszerhatástani vizsgálatoktól azt várják, hogy az alkalmazott in vivo módszerek eredményének figyelembevételével hatékonyabb, individuális gyógyszerbeállítás történjék már a pollen szezon előtt, vagy a tünetek jelentkezésekor.

Comparative study of ketotifen and oxatomide (in repeated dermal and nasal provocation). The authors report a comparative study on the effects of ketotifen and oxatomide on repeated provocation of the skin and the nasal mucosa in 16 children (4 girls and 12 boys, average age $12,0 \pm 3,25$ yr) with diagnosed seasonal allergic rhinitis. Preceding and following a 4-week ketotifen or oxatomide treatment, a quantitative prick skin test was performed and evaluated by planimetry and a specific nasal provocation (SNP) was performed and objectivated by rhinothermometry. Both the oedematous skin reactions induced by histamine and allergen and the clinical and thermal scores obtained by direct observation of the shock organ (SNP) were decreased more strongly by ketotifen than by oxatomide. The results of preseasonal in vivo pharmacodynamic studies are expected to permit more effective, individual medication before the pollen season or at the first sign of the symptoms.

Ismert tény, hogy a ketotifen (Zaditen[®]) egyesíti magában az antianaphylaxiás és antihisztamin tulajdonságokat. A szer úgy fejt ki hatását, hogy gátolja a cAMP phosphodiesteraset és a Ca^{++} ionok belépését a mastocytákba. Ezáltal megakadályozza a biológiaiailag aktív anyagok felszabadulását a hízósejtekből, ezen kívül igen jelentős H_1 receptor, PAF antagonista stb. tulajdonsággal is rendelkezik (13, 15, 16, 20).

Számos közlemény foglalkozik a ketotifen védő hatásával különböző gyermekkori allergiás megbetegedésekben. Elsősorban az asthma bronchiale prophylaxisában vált be (4, 12, 18, 23, 24, 28, 30, 31, 32). Akut kísérletekben a specifikus és aspecifikus bronchialis, nasalis hiperreaktivitást jó eredménnyel csökkenti (5, 6, 9, 25, 26). Kevesebb adat van a gyermekkori rhinitis allergica ketotiffennel történő kezeléséről (17, 19, 23, 30).

A Janssen cég néhány éve fejlesztette ki az oxatomideot (Tinset[®]), amely az IgE és az IgG közvetítette túlérzékenységi reakciókat számos állatkísérleti modellen gátolja, a hisztamin felszabadulását in vitro humán kísérletek-

ben fékezni képes, a hízósejtek membránját stabilizálja. A szintetikus antihisztaminok, így az oxatomide is kompetitív antagonizmus alapján kötődik a hisztamin receptorokra (3, 7). Több klinikai tanulmány a szer különböző alsó és felső légúti allergiás megbetegedésekben való hatásosságáról számolt be. Az aspecifikus bronchusprovokációkban is érvényesül az oxatomide védő hatása már egyszeri gyógyszeradás során is. Elsősorban az azonnali típusú allergiás reakciókban hatásos (8, 10, 11, 14, 21, 27, 29, 33).

Közelményünkben e két szernek az ismételt specifikus bőr- és orrnyálkahártya provokációra kifejtett hatásának összehasonlító vizsgálatáról számolunk be, évek óta gondozott, szezonális rhinitis allergiában szenvedő gyermekek bevonásával. Célunk volt az is, hogy a védőhatás figyelembevételével individuális, hatékonyabb gyógyszerbeállítás történjék már a pollenszezon előtt, vagy a tünetek jelentkezésekor.

Beteganyag és módszerek

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika Allergológiai Ambulanciáján gondozott gyermekek közül a jellegzetes kórtörténet, a pollennel szembeni bőrpróba

pozitivitás, az emelkedett szérum össz- és specifikus IgE (Pharmacia Diagnostics AB, Uppsala, Sweden) alapján kiválasztottunk 20, szezonális rhinitis allergiában szenvedő gyermeket. A vizsgálatba kerültek átlagos életkora $12,1 \pm 3,2$ év. Nemek szerinti megoszlás: 5 leány, 15 fiú.

A szénanáthás tünetekért felelős g_5 (Pharmalgen^R Lolium perenne: angolperje), vagy w_1 (Pharmalgen^R Ragweed: parlagfű) allergén-kivonattal quantitativ prick bőrtesztet végeztünk 10 000, 1000, ill. 100 BU/ml koncentrációval. Kontrollként albumin és hisztamin (1 mg/ml) oldatot alkalmaztunk. A bőrpróba értékelése planimetriásan történt, azaz akkor tekintettük pozitívnak az eredményt, ha az ödéma nagysága $\geq 7 \text{ mm}^2$ -nél. (Ez megfelel az irodalomban elfogadott pozitivitás kritériumának; ödéma átmérője 3 mm, ill. nagyobb.)

A bőrpróba eredményétől függően 125–125 (ha már az 1000 BU/ml koncentrációjú oldattal is pozitív bőrreakciót kaptunk), vagy 250–250 BU alkalmazásával specifikus nasalis provokációt (SNP) végeztünk mindkét orrfélben (2). A provokáció kimenetelének jellemzésére a klinikai és hőmérsékleti score-ból adódó összpontszámot adtuk meg (22) (1. táblázat).

1. táblázat: A provokáció előtt és után mért endonasalis hőmérsékletkülönbség (hőmérsékleti score) és a provokáció során jelentkező tünetek (klinikai score), valamint az SNP értékelése (hőmérsékleti + klinikai score).

HŐMÉRSÉKLETI SCORE	KLINIKAI SCORE
$\Delta t < 1^\circ\text{C} = 0$	Orrvizsketés: 1
$\Delta t 1-1,9^\circ\text{C} = 1$	Orrfolyás: 1
$\Delta t 2-2,4^\circ\text{C} = 2$	Orrdugulás: 1
$\Delta t 2,5-2,9^\circ\text{C} = 3$	Tüsszentés (<5): 1
$\Delta t > 3^\circ\text{C} = 4$	Maximális pontszám: 4
ÖSSZPONTSZÁM (hőmérsékleti + klinikai score)	SNP ÉRTÉKELÉSE
0–1	negatív
2	enyhén pozitív
3–5	pozitív
6–8	igen pozitív

Ezt követően 10–10 — véletlenszerűen kiválasztott, gyógyszer és tünetmentes gyermeknek ketotifent vagy oxatomide-ot (megközelítőleg 0,025 mg/kg ill. 1 mg/kg napi adagban) adtunk 4 héten keresztül.

A gyógyszereszedési periódus végén ismét elvégeztük a quantitativ bőrtesztet és a specifikus nasalis provokációt. A rendszertelen gyógyszeresedés, az interkurrens fertőzés vagy a meg nem jelenés miatt, végül is csoportonként 8–8 gyermek adatait, eredményeit tudtuk elemezni. A statisztikai számításokat Student egymintás „t” próbával végeztük.

A vizsgálatok 1988. február–március hónap folyamán történtek a SZOTE Tudományos Bizottság Tudományetikai Szakértői Csoport jóváhagyó véleményezésével és a szülők írásos beleegyezése után.

Eredmények

A 2. táblázatban tüntettük fel a szezonális rhinitis allergiában szenvedő gyermekek néhány jellemző klinikai adatát. A jelen vizsgálatba kerülteknél is érvényesül az e korban és az e betegségekre jellemző nemi megoszlás: a fiúk túlsúlya. Az egyes csoportokban 5–5 alkalommal Pharmalgen g_5 -ös, 3–3 esetben w_1 -es allergénnel végeztük a

2. táblázat: A vizsgálatban résztvevők (n = 16) klinikai és laboratóriumi adatai

Átlagos életkor:	12 $\pm$ 3,25 év
Nemek megoszlása:	
leány:	4
fiú:	12
Alkalmazott allergen:	
g_5 (Lolium perenne)	10
w_1 (Ragweed)	6
Serum össz. IgE: $462 \pm 347 \text{ kU/l}$	
<200 kU/l =	5
>200 kU/l =	11
Serum RAST (g_5 vagy w_1) eredménye: + + + +	10
+ + +	4
+ +	1
+	—
negatív	1

specifikus bőr-, ill. nasalis provokációt. A pollenszezonon kívüli időszakban levett szérum össz IgE 5 gyermeknél 200 kU/l alatti volt. A specifikus IgE szint viszont csak egy esetben volt negatív.

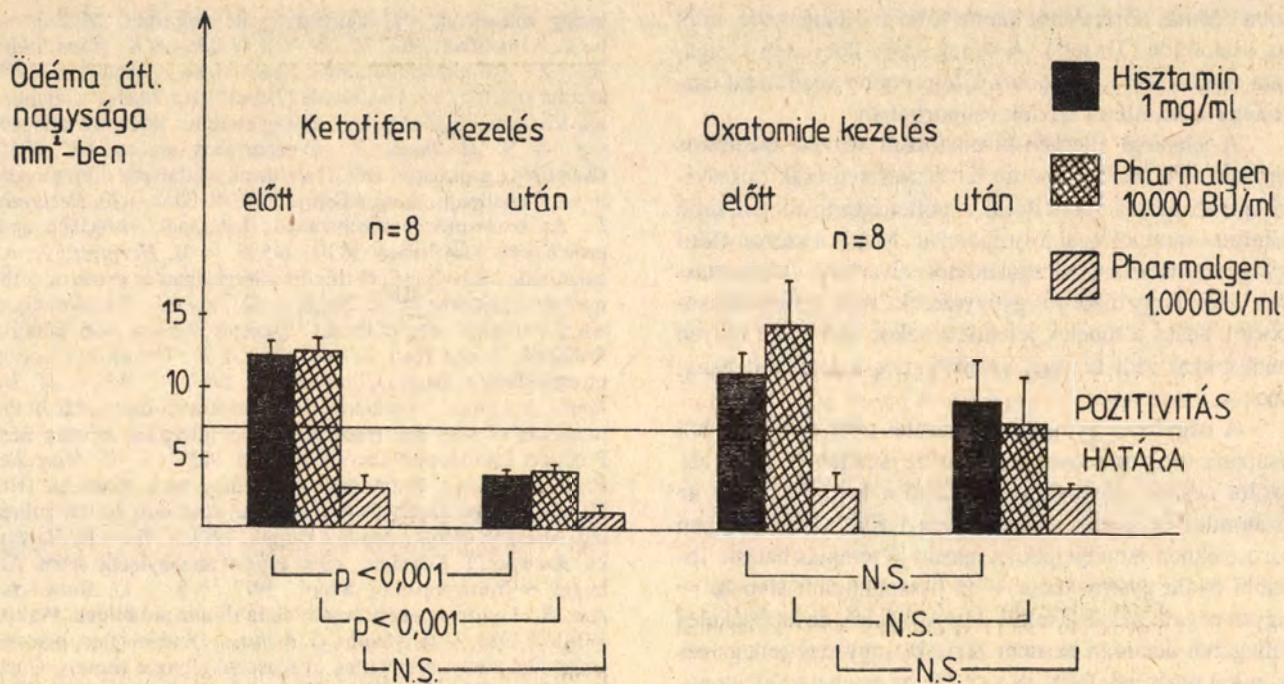
Az 1. ábrán a hisztamin és a különböző allergénkivonatok okozta ödémás bőrreakciók nagyságának változásait ábrázoltuk. A statisztikai analízis eredménye szerint a két csoport közötti különbség igen szembetűnő. A ketotifent szedők csoportjában mind a hisztamin, mind a specifikus allergén kiváltotta ödémás bőrreakciók igen szignifikáns mértékben csökkentek mind a 8 gyermek esetében. Ezzel szemben a négyhetes oxatomide kezelés után 5 a hisztaminra, 3 gyermek pedig a 10 000 BU/ml koncentrációjú specifikus allergén kivonatra is pozitív módon reagált. (A negatív kontrollként használt albumin és a 100 BU/ml töménységű allergén oldattal egyik betegnél sem kaptunk pozitív bőrreakciót, így az ábrán ezek eredményét nem is tüntettük fel).

A 2. ábrán a specifikus nasalis provokáció során észlelt klinikai tünetek alapján adható klinikai pontszámok, az endonasalis hőmérséklet-változásból adódó hőmérsékleti pontszámok, valamint a kettő összegéből kiszámítható összpontszámok átlagait, szórásait ábrázoltuk. A kezelés előtti és utáni értékek matematikai összehasonlítása során a ketotifennel kezeltéknél mindhárom vizsgált paraméter szignifikánsan csökkent, míg az oxatomide-ot szedőknél a szignifikancia mértéke kisebb, a hőmérsékleti pontszámot illetően el sem éri annak határát.

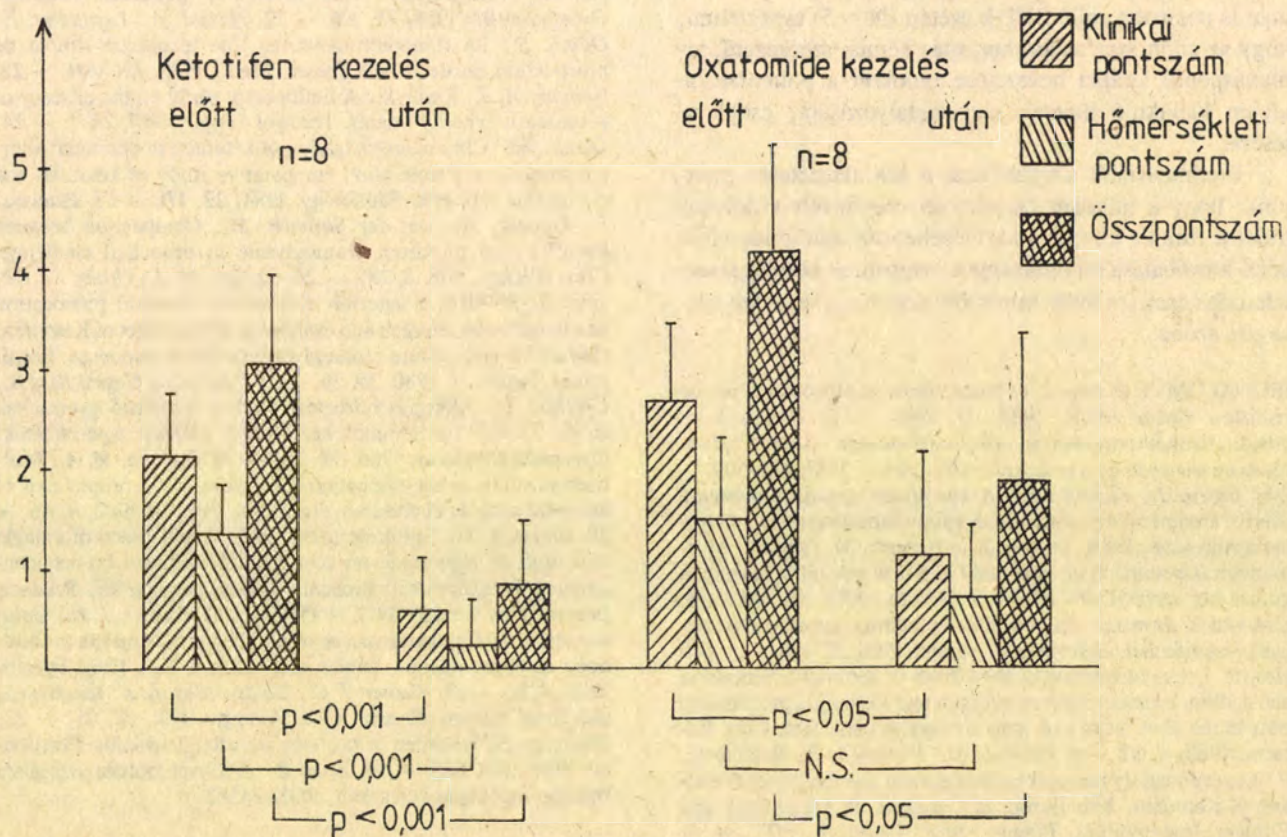
Megbeszélés

A rhinitis allergica kezelésében egy gyógyszer hatékonyságának megítélése — különösen gyermekkorban — sokszor nehéz feladat. A gyermek szubjektív véleménye kevésbé értékelhető, ezért tanulmányunkban objektív módszerek (quantitativ bőrteszt; értékelése planimetriás módszerrel, specifikus nasalis provokáció; nyomon követése rhinothermometriával) segítségével hasonlítottuk össze — önkontrollal vizsgálatban — két ismert antihisztamin, antiallergiás szer specifikus bőr- és ornyálkahártya provokációra kifejtett hatását.

A statisztikai számítások azt mutatják, hogy a ketotifent (Zaditen^R) mind a hisztamin, mind az allergén kivál-



1. ábra: Hisztamin és allergen (Pharmalgen g₅, w₁) kiváltotta ödémás bőrreakció nagyságának változása ($\bar{x} \pm SD$) 4 hetes ketotifen vagy oxatomide kezelés előtt és után



2. ábra: Klinikai, hőmérsékleti, illetve a kettő összegéből adódó összpontszámok ($\bar{x} \pm SD$) 4 hetes ketotifen vagy oxatomide kezelés előtt és után

totta ödémás bőrreakciót intenzívebben csökkentette, mint az oxatomide (Tinset^R). A shock szerv közvetlen vizsgálata során (SNP) ugyancsak kifejezettebb védőhatást észleltünk a ketotifent szedők csoportjában.

A jelenlegi allergén-kivonatokkal végzett specifikus provokációk (nasalis) során természetesen csak hozzávetőlegesen tudjuk modellezni a pollenszezon idején zajló allergo-immunológiai folyamatokat. Mégis a szezon előtti gyógyszerhatástani vizsgálatoktól elvárható, tájékoztatson arról, hogy bizonyos gyógyszerek, vagy gyógyszercsoportok adása a tünetek jelentkezésekor várhatóan milyen hatásokkal védi ki vagy szünteti meg a kialakult panaszokat.

A négyhetes gyógyszeres kezelés után a 16 SNP-ből csupán csak három esetben zajlott az ismételt vizsgálat abszolút negatív eredménnyel. (Kettő a ketotifent, egy az oxatomide-ot szedők csoportjában.) Különösen ezekben az esetekben remélhetjük az igazán jó terápiás hatást. További nyolc gyermekben — az összpontszám alapján — ugyan negatívnak értékeltük a provokációt, de az értékelés jellegéből adódóan ez nem zárja ki vagy egy jellegzetes klinikai tünet meglétét, vagy 1 °C-ot meghaladó endonasalis hőmérséklet-változást. Ez utóbbiaknál mérsékelt gyógyszerhatás elérésére számíthatunk, ill. a kezelési tervben szóba jön a tünetek várható jelentkezése előtti hosszabb (2–3 hónapos) gyógyszeradagolás, valamint a szer napi dózisának emelése. A gyógyszereszedési periódus után is pozitívan zajló SNP-k esetén (N = 5) egyértelmű, hogy az adott szer hatástalan, más kémiai szerkezetű, támadáspontú terápia bevezetése indokolt a pollenszezon idején kialakuló tünetek megakadályozására, csökkentésére.

Eredményeink alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a mindkét csoportban megfigyelt védőhatás miatt a rhinitis allergica kezelésében az oxatomide elsőkénti kipróbálása mindenképpen javasolt. A kezelés sikerelensége esetén a tőkés importból származó ketotifen adása jön szóba.

IRODALOM: 1. *Bittera, I. és mtsai*: Tests de provocation nasale réalistes. Presse Méd., 1984, 13, 2706. — 2. *Bittera I. és mtsai*: Rhinothermometria alkalmazhatósága rhinitis allergicában szenvedő gyermekeknél. Orv. Hetil., 1987, 128, 509. — 2.b. *Bittera I., Kadocsa E.*: A specifikus nasalis provokáció (SNP) eredményének értékelése rhinothermometriával. Gyermekgyógyászat, 1988, 39, 476. 3. — *Borgers, M. és mtsai*: Morphological evaluation of oxatomide — a new anti-allergic drug in guinea pig anaphylaxis. Int. Arch. Allergy, 1978, 56, 507. — 4. *Cserháti E. és mtsai*: Az obstruktív bronchitis: kezelési eredmények Ketotifennel. Gyermekgyógyászat, 1986, 37, 426. — 5. *Davies, R. J.*: A comparison of the effects of ketotifen, clemastine and sodium cromoglycate on allergen and histamine provocation tests in the skin, nose and lung airways of man. Res. Clin. Forums, 1982, 4, 67. — 6. *Debelic, M., Wüthrich, B., Radielovic, P.*: Experimentally induced bronchospasm and the protective effect of Ketotifen. 10th European Congress of Allergology and Clinical Immunology, Prague, Sept. 4–9, 9, 1977. — 7. *Emanuel, M. B., Towse, G. D. W.*: Oxatomide a new drug com-

bining anti-allergic and antispasmodic properties. Medicamentos de Actualidad, 1980, 16, 219. — 8. *Gyurkovits K., Rápoly J., Toldi Z.*: Antihisztaminikumok alkalmazása gyermekkori légúti asztma kezelésében, Oxatomide (Tinset^R) védőhatása hisztamin-kiváltott hörgőgörcsben. Gyógyszereink (közlésre elfogadva). — 9. *Haahtela, T.*: Comparisons among HC 20511 (Ketotifen), clemastin, DSCG and beclomethasone dipropionate in nasal challenge. Ann. Allergy, 1978, 41, 345. — 10. *Herjavec I.*: Az oxatomide antiasthmatic hatásának vizsgálata akut provokációs kísérletben. RGD: 14596. — 11. *Herjavec I.*: Az oxatomide hatásvizsgálata rhinitis allergicában és extrinsic asthma bronchialeban. RGD: 29450. — 12. *Jäger, L.*: Prophylaxis of allergic rhinitis: state of the art. Excerpta Medica 1986. Editors: Wüthrich, B. and Jäger, L. — 13. *Kay, A. B.*: The mode of action of anti-allergic drugs. Clin. Allergy, 1987, 17, 153. — 14. *De Loore, F. és mtsai*: Paediatric experience with oxatomide in the treatment of skin and respiratory tract allergies. Janssen Res. Products Information Service 1981, N 24052. — 15. *Marcelle, R., Lecomte, J.*: Experimental findings with Ketotifen (HC 20—511) in the anaphylactic bronchial reactions in the guinea pig. Allergol. et Immunopathol. Suppl., 1977, V: 11. — 16. *Martin, U., Roemer, D.*: Ketotifen, a new type of anaphylactic agent. Allergol. et Immunopathol. Suppl., 1977, V: 5. — 17. *Martin-du-Pan, R.*: Le traitement préventif de la rhinite pollinique. Praxis, 1978, 67, 1085. — 18. *Melillo, G. és mtsai*: Double-blind, placebo controlled study of ketotifen in seasonal allergic rhinitis. Curr. Ther. Res., 1983, 34, 350. — 19. *Mezei, Gy. és mtsai*: The effect of ketotifen treatment measured by symptom scores and peak nasal inspiratory flow in hay fever. Allergy (Suppl.), 1988, 43, 112. — 20. *Morley, J. és mtsai*: Effects of ketotifen upon responses to platelet activating factor: a basis for asthma prophylaxis. Ann. Allergy, 1986, 56, 335. — 21. *Mühlbacher Sz.*: Klinikai vizsgálatok Tinset tablettával pollenrhinitisekben. Gyógyszereink 1988, 38, 106. — 22. *Nassal, A., Leynadier, F., Ogino, S.*: La rhinothermometrie. Une technique simple de provocation nasale. Nouv. Presse. Méd., 1983, 12, 1671. — 23. *Neijens, H. J., Knol, K.*: A multicentre study on the efficacy of ketotifen in wheezy infants. Triangel Suppl., 1987, 26, 1. — 24. *Okuda, M.*: Clinical investigation of ketotifen in perennial allergic rhinitis: a double-blind comparative study of ketotifen and clemastine fumarate. Rhinology, 1984, 22, 171. — 25. *Pauwels, P., Lamont, H., van der Straeten, M.*: Comparison between ketotifen and disodium cromoglycate in bronchial challenge. Clin. Allergy, 1978, 8, 289. — 26. *Philips, M. J., Ollier, S., Davies, R. J.*: Use of anterior rhinometry in nasal provocation challenges with allergen and evaluation of the effect of Ketotifen, clemastine and sodium cromoglycate on these responses. Respiration, Suppl., 1, 1980, 39, 26. — 27. *Puskás J., Gegesi Kiss A., Cserháti E.*: Allergiás bőrbetegségekben szenvedő gyermekek tartós Tinset^R (oxatomide) kezelésével szerzett tapasztalatok. Gyermekgyógyászat, 1988, 39, 250. — 28. *Salmon, M. A.*: Multicentre study for the evaluation of ketotifen in the prophylaxis of extrinsic asthma in children. Res. Clin. Forums 1982, 4, 45. — 29. *Samanek, M.*: Spirometric evaluation of the effects of a single oral dose of oxatomide on acetylcholine-induced bronchoconstriction in children with bronchial asthma. Janssen Res. Products Informations Service, 1978, N 15715. — 30. *Warner, J. O., Goldworthy, S. J.*: Comparative trial of ketotifen and clemastin in childhood seasonal allergic rhinitis and asthma. Res. Clin. Forums 1982, 4, 85. — 31. *Warner, J. O., Goldworthy, S. J.*: Ketotifen in childhood allergic disease. Clin. Allergy, 1982, 12, 21. — 32. *Wheatley, D.*: Ketotifen in hay fever and allergic rhinitis. Practitioner, 1984, 228, 685. — 33. *Zelen B.*: A Tinset tablettá vizsgálat rhinolaryngológiai betegekben. RGD 34562.

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

Romics Imre dr.,*
Rüssel Christoph dr.
és Bach Dietmar dr.

Transrectalis ultrahang vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink prostatadaganatos betegekben

St. Agnes Hospital, Urológiai Osztály, Bocholt, NSZK
(főorvos: Bach, Dietmar dr.)

A szerzők tapasztalataik alapján képekkel illusztrálva ismertetik a prostata carcinoma legtipusosabb transrectalis ultrahang képeit. Összehasonlítják két tumormarker, [prostata specifikus antigén (PSA) és prostata savanyú foszfatase (PAP)], rectális digitális és a transrectalis ultrahang vizsgálat eredményeit. A PSA, az ultrahang és a rectalis vizsgálat közel hasonló arányban volt pozitív daganatos betegek között. A prostata carcinoma korai kórismézésében az ultrahang alkalmazása nem kizárólagos, de a betegség kiterjedésének meghatározásában, a betegség követésében és az egyes differenciáldiagnosztikai kérdésekben a transrectalis ultrahang hasznos vizsgáló módszer.

Our experience obtained by transrectal ultrasound in prostatic cancer patients. The authors present the most typical forms of the prostatic cancer imaged by transrectal ultrasound. They compared the results of investigations of two tumor markers [prostatic specific antigen (PSA), prostatic acid phosphatase (PAP),] the transrectal ultrasound and the rectal palpation. The sensibility of PSA, the ultrasound and the digital investigation were almost the same. The valuability of the transrectal ultrasound investigation in the early diagnosis is limited, but important to determine the stage of the disease, monitoring the process, control of the proper treatment, and in some differential diagnostical problems of the prostate.

Az intracavitális ultrahangvizsgálatok (intravesicális, intravaginális, transrectális) újabb előrelépést jelentenek a diagnosztika, ezen belül a daganatdiagnosztika területén. A prostata nagysága, konzisztenciája, elhelyezkedése miatt ideális az ultrahangvizsgálatra.

A prostata, elsősorban annak nagysága, konfigurációja suprapubikus ultrahang technikával is vizsgálható. Echoszerkezetének megítélése azonban transrectális úton összehasonlíthatatlanul jobb. A suprapubikusan végzett vizsgálat során előfordulhat a transducer számára nem látható terület, ami transrectális vizsgálat során nem. Az ondóhólyagok megítélése suprapubikusan nem lehetséges.

Bár a transrectális úton végzett vizsgálat során a transducert a végbélbe kell vezetni, de minthogy ennek vastagsága a vizsgáló ujjnál is vékonyabb, nem sorolnánk az invazív vizsgálatok közé.

Dolgozatunk célja, hogy ismertetést adjon a vizsgálat indikációjáról, alkalmazásának lehetőségeiről, és néhány típusos képpel szemléltesse azokat.

Beteganyag és módszer

1986 júliusa és 1988 júliusa között 540 transrectális ultrahangvizsgálatot végeztünk. A vizsgálatokat a Philips cég DR 2000 típusú ultrahang készülék lineáris transrectális transducer segítségével végeztük, 5 MHz-en. A betegeket oldalt fekvő helyzetben vizsgáltuk. Vizsgálatra került minden alsó húgyúti obstrukcióval felvételre került beteg, de adott helyzetben más indoka is lehetett a vizsgálatnak. Prostata adenoma és carcinoma mellett prostata abscessus, vesicula seminalis daganatának bizonyítása vagy kizárása is a vizsgálat indikációi közé tartozott.

A vizsgálat elvétele, anus fissura, nagy nodusok esetén okozott a betegnek kellemetlenséget, igen ritkán kellett a fájdalmak miatt a vizsgálatot abbahagyni.

A transducerrel az apexről a prostata egész hosszán az ondóhólyagig ill. a hólyagalapjáig alaposan és lassan a prostata minden részét volt alkalmunk megvizsgálni.

A transrectalis ultrahangvizsgálat sarkalatos pontja a daganat korai kórismézésének kérdése, ill. a betegség stádiumának megállapítása. Emiatt is, valamint az ultrahangvizsgálat kontrollálása céljából, — a rutin rectális vizsgálat mellett — 55 esetben meghatároztuk a prostata specifikus antigén (PSA) a prostatikus savanyú foszfatase (PAP) szérum koncentrációját (Tandem-PSA^R, PAP^R, Hybriteck, USA), valamint összevetettük a szövettani vizsgálatok eredményeivel, ill. a betegek stádiumaival, melyet a UICC TNM 1987-es beosztása alapján határoztunk meg.

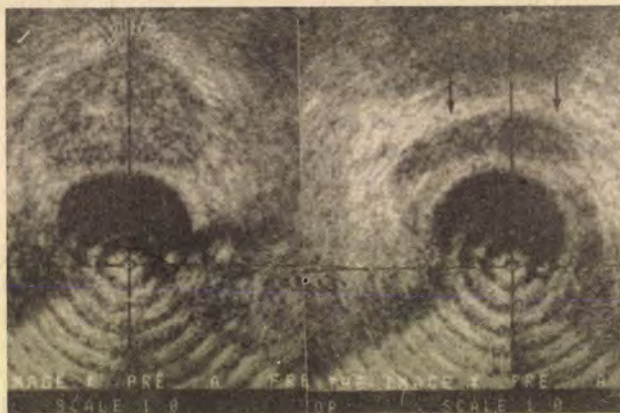
Kulcsszavak: Transrectalis ultrahang, prostatarák

* állandó munkahelye: Semmelweis OTE Urológiai Klinika

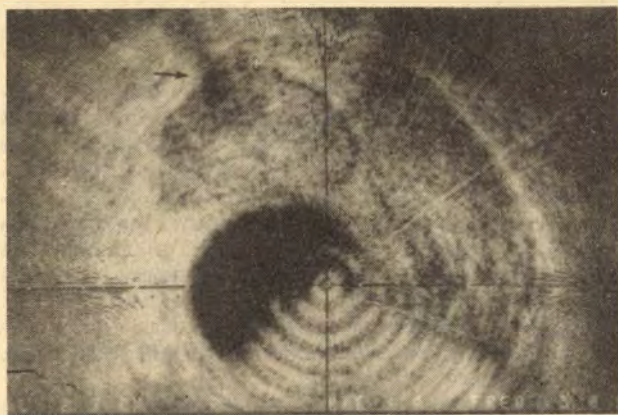
Eredmények

A prostatacarcinomás betegek statisztikai feldolgozásának eredményei előtt néhány, a vizsgálatok során leggyakrabban talált típusos eseteket ismertetnénk ábrákkal illusztrálva.

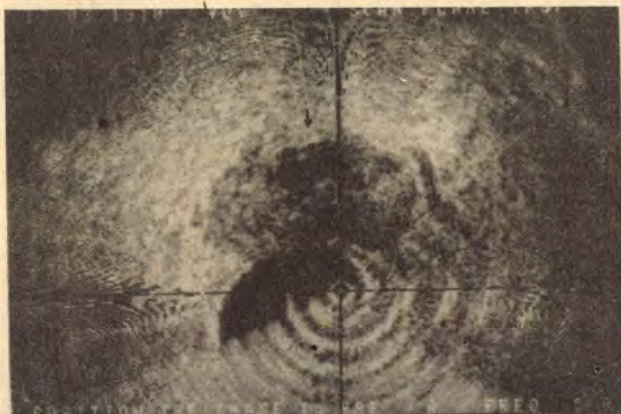
A 1.a. ábrán a transducerre húzott, vízzel telt gumiujj echomentes kerek képe felett látható a lekerekített, kissé háromszög alakú közepesen echodús, homogén szerkezetű prostata. A prostata határa éles. Az 1.b. ábrán a ballon és a prostata között kifli alakú homogén echostruktúrájú ondóhólyagok láthatók. A 2. ábrán a prostata széli részén, a prostata kontúrján változást nem okozó kis, — 1 cm-nél kisebb echoszegény terület látható, ami T2a stádiumú prostata carcinomának felel meg. A célzott biopsia is prostata-carcinomát igazolt. A radikális prostatectomiát követő szövettani vizsgálat is pT2a stádiumot bizonyított.



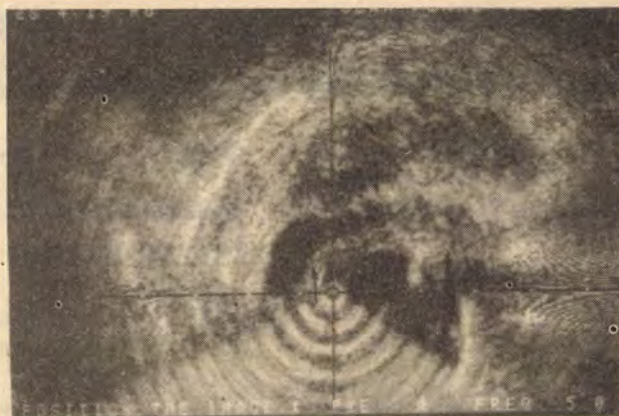
1. a, b. ábra: Normális prostata ultrahang képe (a), és ugyanazon beteg ép, szimmetrikus ondóhólyagjai (nyíl), (b).



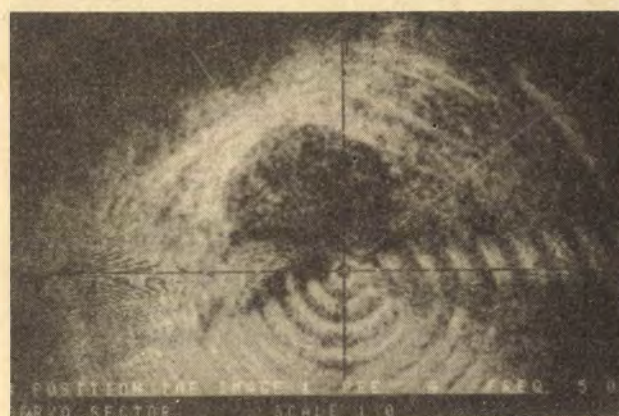
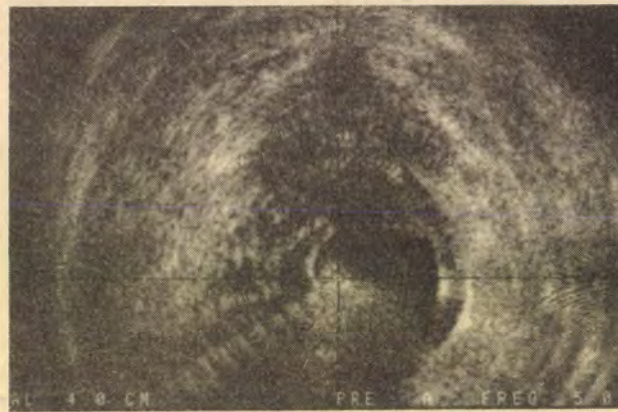
2. ábra: T2a stádiumú prostatacarcinoma (nyíl).



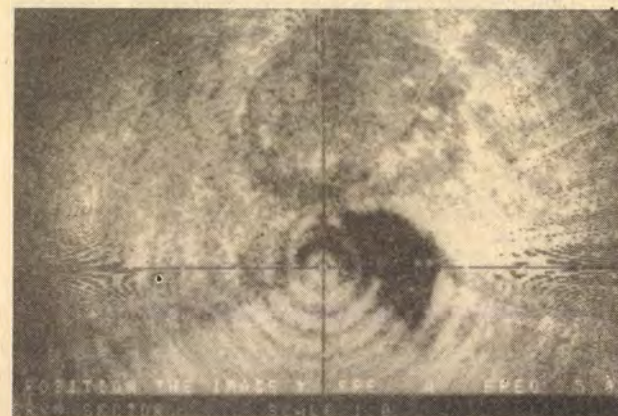
3. ábra: pT2b-s prostatacarcinoma.



4. ábra: Aszimmetrikus ondóhólyag T3 stádiumú prostatacarcinomában.



5. a, b. ábra: Életlen szélű inhomogén echoszegény echomintájú T4-es prostatacarcinoma képe kezelés előtt (a), és fél-éves Estracyt kezelés után (b).



6. ábra: T2-es prostatacarcinoma egy évvel a besugárzás után.

A 3. ábra egy pT2b stádiumú, — tehát a prostata kontúrját át nem törő, de 1,5 cm-nél nagyobb prostata tumort mutat be. Az echogenitás különbség nem mindig ilyen kifejezett. Aszimmetrikusak az ondóhólyagok a T3 stádiumú capsulát áttört daganat esetén (4. ábra). Környezetét is infiltrálja a T4-es daganat, melynek nyirokcsomó és csontmetasztázisai is vannak. A prostata határa elmosódott, a prostata egészében echoszegény, inhomogén (5.a. ábra). Ugyanez a daganat a fél éves Estracyt kezelés után (5.b. ábra). A klinikai javulása mellett a prostata nagysága is kisebb lett, belső echomintája változott, élesen elhatárolt környezetétől.

Változik a prostata echomintája nemcsak gyógyszeres, hanem sugárterápia után is. A 6. ábrán látható prostata, T2-stádiumú carcinoma besugárzás után. A tumormarkerek (PSA, PAP) a besugárzás után a fiziológiás koncentrációban voltak, rectálisan negatív volt. A képen a prostata éles szélű, echomintázata adenomának megfelelő. A jobb oldalon enyhe echogazdagabb area utalhat a kezelt daganatra. Az echodús területek corpora amylaceanak felelhetnek meg.

Természetesen a típusos képek mellett nem típusos leletek is előfordulnak. G 1–2-s T1 és 2a stádiumú daganatok lehetnek a prostata adenomával hasonló echomintázatúak és a daganat nem tűnik fel.

A táblázatban látható, hogy különböző stádiumban levő betegeink esetében mely vizsgálat vagy milyen vizsgálatok valószínűsítették a prostata carcinomát.

Vizsgálataink alapján minimális különbséggel a PSA bizonyult a legérzékenyebbnek, amit a rectális tapintás, a transverzális ultrahang követ. A PAP érzékenysége a legacsonyabb.

táblázat: Különböző vizsgálati eljárások eredménye prostata-daganatos betegekben.

Stádium betegszám (n)	PAP (+/-)	PSA (+/-)	Transrectális ultrahang (+/-)	Rectális tapin- tási lelet (+/-)
Incident Ca (5)	0/5	0/5	0/5	0/5
T1 (12)	1/12	3/12	2/12	3/12
T2 (9)	1/9	8/9	7/9	8/9
T3 (12)	12/18	17/18	17/18	16/18
T4 (11)	9/11	11/11	11/11	11/11
Összesen	23/55	39/55	37/55	38/55

Megbeszélés

Transrectális ultrahangvizsgálat során megállapítható a prostata nagysága, formája és a belső echostruktúrája. Megállapítható az ondóhólyagok nagysága, konfigurációja. Adott esetben véletlenül végbélrák vagy hólyagdiverticulum is láthatóvá válhat a vizsgálat során.

A prostata nagysága 45 mm laterolateral, 35 mm cranio-caudal, 30 mm dorso-ventrál irányban, és 20–30

cm³ körül van a térfogata negyvenes évek közepéig-végéig. A prostata ledomborított sarkú háromszöghöz hasonlít. Adenoma kialakulása során a háromszög ovoid, kerek formává alakul át, és persze nagysága is változik, nagyobbodik. Prostata carcinomában, annak stádiumától függően szabályos a prostata tok, vagy azt kiboltosítja, áttörve irregulárisa, életlen szélűvé teszi.

Az ondóhólyagok normálisan kifli, vagy „bajusz” alakúak, szimmetrikusak. Daganatban aszimmetrikus, infiltráció esetén szabálytalan alakúvá válik.

A prostata belső echomintája mirigyes, kötőszövetes histológiai felépítésének megfelelően közepesen echogazdag. Adenoma esetében a fibromyomatosus elemek felszaporodása következtében a kép echogazdagabb lesz. Gyakran találunk kis, kifejezetten echogazdag kerekded areákat, melyek kőnek vagy corpora amylaceanak felelnek meg. Gyakran figyelhetők meg hangárnyékok is a fentiekkel kapcsolatban. Enyhe echo differencia megfigyelhető sok esetben a tok és az adenoma között is.

A carcinomának sokféle megjelenési formája van, különböző alakban és echogenitásban nyilvánul meg, ez számos diagnosztikai problémát vet fel. Az intraprostatikusan elhelyezkedő, a prostata kontúrján változást nem okozó daganat isoechogen is lehet (2), ez a kórismét nehezíti. Frenzel-Beyme és másai (3) eseteik 48%-ában találtak echoszegény, 30-ban echoazonos — de inhomogén és 13%-ban echoazonos homogén echomintát. Ezzel szemben japán és amerikai munkacsoportok a daganatokat echoszegénynek írták le (4, 5, 6, 9, 12), mi is annak találtuk.

Általában a magasabban differenciált daganatok echoszegények, differenciálatlanok között gyakrabban fordul elő echogazdagabb daganat (7). Kétségtelen, tumorból kitört daganat kórismézése ultrahanggal nem nehéz, de rectális vizsgálat során is kórismézhető. Diagnosztikai jelentősége a korai, T1–2 stádiumú, digitális vizsgálatnál nem, vagy nem egyértelműen kórismézhető daganatok esetén van. Rectális palpációval csak a „jéghegy csúcsát” érzük el, és Broomann szerint (1) a rectalis vizsgálat a tumor térbeli kiterjedését 40%-kal becsüli alá. Kiemelkedő jelentőségű, hogy az ultrahangvizsgálat során a daganat vagy daganatgyanús area ultrahang vezérlés mellett biopszázható.

A transrectális ultrahangvizsgálat találati arányát 80%-os körültre teszik (3). Anyagunkban 67%-os volt. Hozzá kell tennünk, a vizsgálat sohasem objektív, hiszen a beteg legtöbbször már diagnózissal került beutalásra — nemegyszer pozitív histológiai lelettel —, és az ultrahangvizsgálatot mindig megelőzte a rutin, rectalis digitális vizsgálat. Több esetben fordult elő, hogy az ultrahang diagnózis adenoma volt, de a histológiai vizsgálat carcinomát mutatott. Ezek azonban — öt eset — mint az 1. táblázat rámutat, incidentális carcinomák voltak. Két esetben adenoma kórismével felvételre került betegben ultrahangvizsgálat során került fel a daganatgyanús.

A transrectális ultrahangvizsgálat kiválóan alkalmas a daganat kiterjedésének vizsgálatára (8, 11). A vizsgálati ujjal a daganat a prostatának egy része áttapintható, míg ultrahanggal „felszeletelhető”, — az ondóhólyagok is megítélhetők (10), sőt a kismencedei nyirokcsomók is ábrázolhatók, ily módon nemcsak a T, hanem az N stádium is megállapítható.

Alkalmas a terápia követésére. Az uroflow nem mindig ad felvilágosítást. Lehet prostata carcinoma dysuriás panaszok nélkül is, ill. másrészt a dysuriás panaszok javulása vagy változatlansága sem mindig pontos tükröke a daganat javulásának. Hasonlóképpen a tapintó ujj sem alkalmas minden esetben a regresszió, vagy a volumenváltozás megítélésére. A tumor nagyságának csökkenése, konfigurációjának, echomintájának változása jól utal a regresszióra.

Elkülönítő diagnosztikai kérdésekben — pl. kő okozta tapintási eltérésben — az ultrahang egyértelmű különbséget tesz a daganat és kő között.

Nagy szakértelemmel és kellő gondossággal végzett transrectális ultrahangvizsgálat nagy segítség a prostatadaganatos betegek kezelésében.

IRODALOM: 1. Broomann, P. J. C. és mtsai: A comparison between digital examination and per-rectal ultrasound in the evaluation of the prostate. Brit. J. Urol. 1981, 53, 617. — 2. Frenzel-Beyme, B.: Das Bild des Prostataadenoms und Karzinoms bei der

transrektalen Sonographie. Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 261. — 3. Frenzel-Beyme, B., Weise, J. és Schwartz, J.: Das sonographische Bild des Prostatakarzinoms. Arbeitstag Prostatasonographie. Berlin. 1983, Proc. 39. — 4. King, W. W. és mtsai: Current status of prostatic echography. JAMA. 1973, 226, 444. — 5. Kohri, K. és mtsai: Ultrasonic evaluation of prostatic carcinoma. J. Urol. 1981, 17, 214. — 6. Loch, E. G., Gaca, A. és Wessels, G.: Ultraschalluntersuchungen der Prostata mit Datengeräten zur Erkennung von Tumorerkrankungen. Urologe, 1977, 16, 356. — 7. Meyer-Schwickerath, M.: 3. Ultraschallseminar. Jegyzet. 1986, 65. — 8. Peeling, W. B. és mtsai: Diagnosis and staging of prostatic cancer by transrectal ultrasonography. A preliminary study. Brit. J. Urol. 1979, 51, 565. — 9. Resnick, M. J., Willard, J. W. és Boyce, W. H.: Ultrasonic evaluation of the prostatic nodule. J. Urol. 1978, 120, 86. — 10. Walz, P. H., Alken, P. és Huyschenreiter, G.: Ultraschalluntersuchung von Prostata und Samenblasen. Ultraschall. 1980, 1, 158. — 11. Walz, P. H., Wenderoth, U. és Jacobi, G. H.: Suprapubic transvesical sonography of the prostate: determination of prostate size. Eur. Urol. 1983, 9, 148. — 12. Watanabe, H. és mtsai: Transrectal ultrasonotomography of the prostate. J. Urol. 1975, 114, 734.

(Romics Imre dr. Budapest, Üllői út 78/B. 1082)

„Azóta sokszor megkérdem magamtól, hogy mi eshet meg a kórházakban a többi beteggel, ha velem megtörténhetett, hogy viszonylag egészségesen kerültem be és súlyos betegként engedtek ki. Hiszen én kolléga voltam és ráadásul aránylag ismert ember. Mi történhet az »utca egyszerű emberével«, akinek nincs ismerete az orvostudományról és az orvosi eljárásokról és ezért nem képes tájékozódni és megvédeni magát? Mivel a saját bőrömön kellett a kórházban annyi súlyos műhibát és orvosi mulasztást megtapasztalnom, sajnos meg vagyok győződve, hogy sok olyan beteg van, aki hasonlóan vagy még rosszabbul jár, persze mindez nem kerül nyilvánosságra. Ezért is határoztam el, hogy kórházi élményeimet megírom.”

Alexander Mitscherlich

Microsystem az egészségügyért!

Az automatizált kórház (rendelőintézeti) adminisztráció megteremtéséhez kisszövetkezetünk ajánlata:

Integrált kórházi információs rendszer	MicKOR
Betegfelvételi rendszer	MicFEL
Laboratóriumi rendszer	MicLAB
Osztályos dokumentálórendszer	MicDOK
Körzeti orvosi rendszer	MicDOKI
Készletgazdálkodási rendszer	MicGAZD
Állóeszköz-gazdálkodási rendszer	MicÁGI
Főkönyvi könyvelés	MicFOK
Folyószámla-könyvelési rendszer	MicRIVER
Bér- és munkaügyi rendszer	MicBÉR

A programok futtatásához szükséges PC XT/AT számítógépeket és hálózatokat raktárról szállítjuk. Betanítás, szerviz, referenciák

Az egészségügy is — számíthat ránk a számítástechnikában

Új címünk: MICROSYSTEM 1122 Bp., Városmajor u. 74. Tel.: 1-565-366 — Telex: 22 3768 145 — Fax: 1-559-296

Ugocsai Gyula dr.,
Szöllősi János dr.
és Godó György dr.

Artificialis heterológ inseminációt követő kétoldali méhen kívüli terhesség és petefészek hyperstimulációs tünetcsoport együttes előfordulása

(Differenciáldiagnosztikai nehézségek)

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

A szerzők differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó, artificialis heterológ inseminációt követő, kétoldali méhen kívüli terhesség és petefészek hyperstimulációs tünetcsoport együttes előfordulását ismertetik. Az eset kapcsán bemutatják az intézetükben szokásos ovuláció inductiók protokollt és ismertetik a szükséges monitorizálási modellt. Megfelelő észlelés esetén elkerülhetőnek tartják, hogy a szükséges sürgősségi műtét erősen leromlott általános állapotú betegen történjék. Rávilágítanak a petefészek hyperstimuláció és a koraterhesség szoros összefüggésére és a cystikus elváltozás jó spontán gyógyhajlamára. Fontosnak tartják, hogy az akut has kapcsán végzett laparotomia a genitáliákat illetően lehetőleg konzervatív legyen — esetleg méhen kívüli terhesség esetében is —, a későbbi fertilitási esélyek megőrzése érdekében.

Simultaneous occurrence of bilateral extrauterine gravidity and hyperstimulation symptom entity of the ovary following artificial heterologous insemination (difficulties of differential diagnostics). Simultaneous occurrence of bilateral extrauterine pregnancy and hyperstimulation syndrome of the ovary following artificial heterologous insemination, meaning difficulty in the differential diagnosis, is described. In connection with the case the protocol of induction of ovulation used regularly by the authors is presented and the necessary monitoring model is described. If the observation is suitable the emergency operation of a patient in bad physical condition can be avoided in the opinion of the authors. The close correlation between the hyperstimulation of the ovary and early-pregnancy as well as the favourable spontaneous healing disposition of the cystic alteration is highlighted. It is held important that a laparotomy performed in connection with acute abdominal symptoms should be conservative for the genitals — possibly even in case of extrauterine pregnancy — in order to maintain the chances for a later fertility.

Az ovulatio inductio gyógyszereinek széles körben elterjedt használata óta megszorodtak az irodalmi közlések az ilyen módon létrejött, elméletileg lehetséges, de a megelőző gyógyszeres beavatkozás nélkül ritkán megfigyelhető kórállapotokról (3, 4, 5, 11, 14). Ezek közös jellemzője, hogy a beteg észlelése és a helyes diagnózis felállítása során felvetésük is viszonylag későn jöhet csak szóba, más kórállapotok gondos kizárása után. A meddőség miatt kezelteknél különösen fontosnak tartjuk a pontos diagnózist a genitális szervek olyan betegségeinél, amelyek műtéti beavatkozást igényelnek. Tapasztalataink szerint az akut műtét legtöbbször csonkító, s nemegyszer az alapbetegség további kezelését is reménytelenné teszi.

Esetünkben egy artificialis heterológ inseminációt követő, akut hasi katasztrófa képében jelentkező, kétoldali

méhen kívüli terhességgel szövődött petefészek hyperstimulációs szindrómával találkoztunk, melyben a végső diagnózist a laparotomia során tudtuk csak felállítani. A hozzáférhető irodalomban a kórállapotok ilyen megjelenési formájú egybeeséséről nem olvastunk eddig, de jól ismertek a hasonló állapotokban felmerülő diagnosztikai nehézségek (2, 6, 7, 8, 9, 12).

Esetismertetés

M. N. K. 32 éves nőbeteg 1980 óta állt klinikánk meddőségi ambulanciájának ellenőrzése alatt. Anamnézisében egy bizonytalan petefészekgyulladás és 1977-ben egy terhességmegszakítás szerepelt. Nőgyógyászati lelete negatív, más betegsége nem volt. A serum-progesteron meghatározás többször ovulációs ciklust igazolt, a serum prolactin szintje az életkori határon belül maradt. A salpingographia 1980-ban és 1987-ben átjárható kürtöket, az endometrium biopsziája secretiós átalakulást mutatott. Az alaphőmérséklet mindvégig bifázisos. Férje andrológiai vizsgálatát 1983-ban végeztük, s befolyásolhatatlan kórállapotot, azoospermiát diagnosztizáltunk hypoplasiás herékkel. Ezt követően kérte a házaspár a heterológ inseminációs programba való felvételét.

Kulcsszavak: Méhen kívüli terhesség, hyperstimulatio, artificialis inseminatio

Az asszony 1983 és 1988 között 4 alkalommal részesült klinikai heterológ inseminációs kezelésben, minden alkalommal Clostilbegyt előkezelést követően (5. naptól a 9. napig 2×1 tableta — 100 mg — naponta). 1987 novemberében szabályos menstruációt követően a 3. és a 7. ciklusnap között napi 100 mg Clostilbegytet kapott, majd a klinikai protokollnak megfelelően a 3., 5. és a 7. napon 1×1 ampulla, a 8. naptól 2×1 ampulla Pergonalt. Mint minden gonadotropinnal végzett inductio során, a 8. naptól naponta ultrahang folliculometriát és serum oestradiol monitorizálást végeztünk és az inseminációt a tüszők nagyságától függően ütemeztük. Átlagosan 18–20 mm-es tüszőnagyság esetén 6000 I. E. HCG-t adtunk. Ezt a protokollt követte betegünk is, akinél a ciklus 13. és 14. napján friss donorspermával végeztük az inseminációt. A serum 17-beta-oestradiol gyorsaszt a 13. napon 8671 pmol/l, a 14. napon 6300 pmol/l volt. Mindkét érték jó follicularis aktivitást igazolt. Az ugyanezen napokon mért serum-progesteron értékek: 14,1 és 17,2 micromol/l. A legnagyobb tüsző a 13. napon volt mérhető, 20×20 mm, majd másnapra eltűnt. Panaszmentes emissio a 15. napon.

A 41. ciklusnapon az ITP pozitív lett, kevés barnás folyás miatt Turinál és Pipolphen terápiát kezdtünk. A 48. napon észleltük először a petefészkek cystikus, enyhe fokú megnagyobbodását, de az asszonynak ekkor nem volt panasza. Az ekkor végzett UH vizsgálat néhány (4 db) 30×30 mm-es cystát ábrázolt. A méhen belüli status nem volt egyértelműen megítélhető, a fellazult endometriumecho leginkább koraterhességre emlékeztetett. A lelet megfelelt egy kialakult, enyhe fokú hyperstimulatioznak, de a teljes panaszmentesség miatt az asszonyt otthonába bocsátottuk.

Sürgősségi felvételre az 50. napon, akut hasi katasztrófa képében jelentkező, váratlanul kialakuló praecollapsus miatt került sor. A hasat a köldök fölé érő, fájdalmas, cystikus resistentia töltötte ki. A méh és környezete nem volt megítélhető. A tünetek mellé kevés barnás folyás társult. A méhszáj zárt volt. A Douglas-für ledomboríthatósága az itt is tapintható számos cysta miatt nem volt informatív értékű. Az ultrahangvizsgálat is az egész hasat kitöltő cystákat ábrázolt, de a legnagyobb sem volt nagyobb 45 mm-nél. A mellkasi röntgenfelvétel mindkét oldalon erősen felnyomott rekeszt mutatott, mellkasi folyadékgyülem nélkül. A hasi echón nagyobb mennyiségű szabad hasüri folyadékot láttunk. A pontos megítélést zavarta a méhen belül ábrázolódo kerek, cystikusnak tűnő echo (intrauterin koraterhesség újbóli gyanúja!).

A klinikai képet a hasban tapintható hyperstimulációs petefészkek miatt nem feltétlenül tartottuk kedvezőtlennek, de sem a cysták nagysága, sem a hasi érzékenység mértéke nem magyarázta a beteg kifejezetten rossz általános állapotát és a bő szabad hasüri folyadék jelenlétét. Az asszony állapota folyamatosan romlott, ezért felvételét követően fél órán belül laparotomiát végeztünk.

Műtéti lelet: A méh a rendesnél alig volt nagyobb. Mindkét petefészkek számtalan tojásnyi, hyperstimulált cystát tartalmazott: a jobb oldaliak az adnexumot torqueálták és ronsolták. A jobb petevezetékben szilványi ép, a bal oldaliban kisebb tojásnyi megrepedt, vérző méhen kívüli terhességet találtunk. A hasból 800 ml vért ürítettünk ki. Más kórosat nem észleltünk. A műtét során eltávolítottuk a jobb oldali petevezetékét és a petefészket, valamint a vérző bal oldali petevezetékét. A bal ovarium cystáit punctióval ürítettük ki. A nagyobbbrészt ronsolt jobb adnexumban nem volt lehetőségünk konzervatív, tubamegtartó műtéti megoldásra, noha ebben az esetben indokolt lett volna a még ép kürtön salpingotomia végzése. Az egyidejűleg végzett abrasio során bővebb, decíduára emlékeztető kaparékot nyertünk.

A műtétet követő szakban transzfúziós és antibiotikus kezelést alkalmaztunk. A beteg zavartalanul gyógyult, a műtétet követő 10. napon panaszmentesen bocsátottuk el.

Az eltávolított szövetek histológiai feldolgozása igazolta a kétoldali méhen kívüli terhességet és az endometrium deciduális átalakulását, Arias—Stella jelenséggel.

Megbeszélés

Artificialis heterológ inseminációt követően kialakult kétoldali méhen kívüli terhesség és hyperstimulatio együttes jelenléte differenciáldiagnosztikai szempontból rendkívüli nehézséget jelenthet, különösen akkor, ha csak enyhe alhasi

panaszok, puffadtságérzés jelentkeznek, a cysták tapinthatók és a kürt még ép (10, 13). Mivel a hyperstimulatio előre nem jósolható, s leginkább egyéntől függő fokozott gyógyszerválasznak tarthatjuk, legtöbbször már az akutan kialakult klinikai képpel találkozunk. Megfigyeléseink szerint a 40. ciklusnap körül észlelhető, vagy már előbb is váratlanul kialakuló hyperstimulatio hátterében azonban nagy valószínűséggel fellelhető a terhesség. Ez intézetünkben az ovulatio inductio kezelés bevezetése óta eddig mindig méhen belülinek bizonyult és a hyperstimulatio műtéti megoldást nem igényelt. Általában a következő protokollt követjük: a 3. és 27. ciklusnap között 2×1 tbl Clostilbegytet adunk, a 3., 5. és 7. napon 1×1 ampulla, majd a 8. naptól 2×1 ampulla Pergonalt im, a kellő tüszőnagyság eléréséig, végül 6000 IE HCG-t im. Saját anyagunkban e mellett a kezelés mellett a hyperstimulatio 0,5%-os gyakorisággal fordul elő. Ezt az incidenciát az elengedhetetlen szoros monitorizálás mellett nem tartjuk túlzottnak, különösen nem a kezelés hasznosságával egybevetve.

A ciklus második felében és a menstruatio elmaradását követően a hyperstimulatio kialakulását, progressióját a koraterhességi HCG termelés elvileg is elősegíti. Ezt támasztják alá azok a saját megfigyeléseink is, melyek szerint a ciklus közepéig csak Clostilbegyt és Pergonallal előidézték, kezdődő hyperstimulatio a ciklus közepén szokásos 6000–9000 I. E. HCG nélkül néhány nap alatt rendeződik, míg további progressiója HCG termelő folyamatra, leginkább koraterhességre tereli a gyanút. Saját anyagunkban a klinikai felvételt igénylő, második ciklusfélben kialakuló súlyosabb hyperstimulatiók mintegy 50%-ában tudtunk terhességet igazolni. Az előfordulás százalékos megadását az igen kicsiny esetszám miatt azonban csak fenntartásokkal vélhetjük jellemzőnek.

A hyperstimulatio jó spontán gyógyhajlama elsősorban attól függ, kialakul-e intenzív beavatkozást igénylő torquatio a hasban. Szokványos esetben a cysták legkésőbb 3–4 hét alatt eltűnnek, de legalábbis nagyon jelentősen visszafejlődnek. Erre a tényre olyannyira számíthatunk, hogy elégségesnek tartjuk a beteg egyénre szabott, kielégítő kontrollját. A most ismertetett esetet azért tartjuk — rendkívül ritkasága mellett is — figyelemre méltónak, mert rávilágít a felfedett hyperstimulatioiban szükséges szoros betegkövetés, ha kell hospitalizálás fontosságára legalább addig, amíg az esetlegesen társuló ITP pozitivitás oka ki nem mutatható. Tapasztalataink szerint a hyperstimulatio önmagában semmilyen kezelést nem igényel. Ha valamilyen akut okból a laparotomia mégis szükségessé válik, csak ritkán kerülhető el a csonkító beavatkozás. A hasi status ezekben az esetekben meglehetősen ijesztő. A műtéti megoldás nem lehet eléggé visszafogott, de a fertilitási esélyek mégis jelentősen csökkennek (1). Sok esetben reálisan csak az in vitro fertilisatio nem egyszerű módja marad a beteg számára járható út, mint az ismertetett esetben is.

IRODALOM: 1. Badawy, Sz. és mtsai: Conservative surgical treatment of tubal pregnancy: factors affecting future fertility. Int. J. Fertil. 1986, 31, 187. — 2. Bisits, A. és mtsai: Delayed ectopic pregnancies after sterilisation. Med. J. Aust. 1987, 147, 138. — 3. Buckshee, K. és mtsai: Secondary abdominal pregnancy as-

sociated with normal intra-uterine pregnancy, J. Indian Med. Assoc. 1987, 85, 60. — 4. Hassa, J. és mtsai: Bilateral extra-uterine pregnancy. Cesk. Gynecol. 1987, 52, 309. — 5. Heard, N. M.: Combined extra — and intrauterine pregnancy — a diagnostic problem. A case report. S. Afr. Med. J. 1987, 72, 286. — 6. Kovács, G. T. és mtsai: Ectopic tubal pregnancy following in vitro fertilization and embryo transfer under ultrasonic control. J. In Vitro Fert. Embryo Transfer, 1987, 4, 124. — 7. Kurtser, M. A. és mtsai: Bilateral tubal pregnancy. Akus. Gynecol. (Mosk.) 1987, 4, 65. — 8. Laureti, E. és mtsai: Bilateral tubal pregnancy. Clinical case. Minerva Gynecol. 1987, 39, 411. — 9. Ogbaselasie, G.: Three ectopic pregnancies in one patient. Case report. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1987, 94, 709. — 10. Painvain, E. és

mtsai: Ultrasound evaluation of the ovarian hyperstimulation syndrome. Acta Eur. Fert. 1987, 18, 39. — 11. Printer, K. D.: Co-existent intrauterine and ectopic tubal pregnancy. J. R. Army Med. Corps. 1987, 133, 85. — 12. Sandvei, R. és mtsai: Repeat ectopic pregnancy. A twenty year hospital survey. Acta Obstet. Gynaecol. 1987, 66, 35. — 13. Surico, N. és mtsai: Induction of ovulation using gonadotropins. Considerations on the hyperstimulation syndrome and multiple pregnancy. Minerva Gynecol. 1987, 39, 423. — 14. Bárfai Gy., Koloszar S., Sas M.: Pulzációs GnRH kezelés alatt kialakult petefészkek hyperstimulatio. Magyar Nőorvosok Lapja, 50, 126, 1987.

(Ugocsai Gyula dr. Szeged, Semmelweis u. 1. 7625)

„... Amint gazdasági szempontból mondhatjuk, hogy minden társadalmi rendszer annyit oszthat szét tagjai között, amennyit termel, éppen úgy mondhatjuk, hogy minden egészségügyi szervezet csak annyit nyújthat — a fejlődés egy adott szakában — betegellátásban, amennyit személyi és dologi kapacitása nyújtani tud. Ha tehát egészségügyi kapacitásunkkal nem racionálisan gazdálkodunk, ha a meglévő kapacitást nem racionálisan használjuk ki, akkor végeredményben nyilvánvaló, hogy sokkal kevesebbet nyújtunk betegeinknek, mintha egészségügyi technikánk ésszerű kihasználására törekszünk...”

Orvosok Lapja 1949. V. 447.

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 sebtörlő után az ulcusra kell kenni a Klion kenőcsöt és steril gézlappal befedni. Ha a gézlap 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 sebfelületen. 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 hámfosztott területről a metronidazol felszívódhat, ezért az egyidejű alkohol fogyasztása tilos!

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

KÖBÁNYAI 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

<i>Részletes Psychiátria I–II.</i>	1580,— Ft
Szerkesztette: Pethő Bertalan 1989	
Halász Péter—Rajna Péter: <i>Epilepszia</i> 1990	775,— Ft

A KÖZELJÖVŐBEN MEGJELENIK:

Halász Péter—Rajna Péter: <i>A felnőttkori epilepszia EEG atlasza</i>	kb. 2100,— Ft
--	---------------

CECIL'S: <i>Textbook of Medicine</i> Ed. by Wyngaarden and Smith Saunders, 1988	7899,— Ft
---	-----------

<i>The Merck Index</i> 11. kiadás	2590,— Ft
-----------------------------------	-----------

<i>Lehrbuch der Inneren Medicin III.</i> Hrsg.: Sundermann A. G. Fischer. Jena, 1989	419,— 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: _____

A IV. Nemzetközi Fejfájás Kongresszusról Sydney (Ausztrália) 1989. október 14–19.

1989. október 14-től 19-ig került megrendezésre a IV. Fejfájás Világkongresszus Sydneyben, az ausztrál bicentenáriumba épített hipermodern kongresszusi központban. A kongresszus elnöke a sydneyi The Prince Henry Hospital és New South Wales Egyetem Neurológiai Tanszékének igazgatója, professzor J. W. Lance volt, aki egyben a Nemzetközi Fejfájás Társaság elnöke is.

A mintegy 700 résztvevő túlnyomó többsége az angolszász nyelvterületről, ill. Japánból érkezett. Az európai intézetek közül feltűnően nagyszámban voltak jelen olasz és nyugatnémet kutatók, a korábbi három, Európában rendezett fejfájás világkongresszushoz hasonlóan. Bizonyára a számottevő utazási költségekre vezethető vissza a Kelet-Európai országok meglehetősen korlátozott részvétele.

A kongresszust kétnapos, csaknem hagyományosnak számító továbbképző program előzte meg. Az első napon naprakész információkat adó, jól szerkesztett 18 részből álló előadás-sorozat tekintette át a fejfájások differenciáldiagnosztikáját, pathomechanizmusát, neurobiokémiáját és neurofarmakológiáját. A következő napon, a II. Nemzetközi Gyermekkori Fejfájás Symposium keretében elsősorban a gyermekkori fejfájások epidemiológiáját vizsgáló előadások voltak figyelemre méltóak. A gyermekkori fejfájásokról áttekintést adó továbbképző program színvonala meglehetősen változó volt. Az összefoglaló referátumok közül nagy érdeklődést és vitát váltott ki a gyermekkori fejfájások kezelésének jelenlegi álláspontjával foglalkozó referátum (Hockaday, Oxford). Napjainkban sem áll rendelkezésre gyermekkorban egyértelműen hatásos migrén profilaktikum. Gyermekkorban pizotifennel, clonidinnel, timolollal lényegében hasonló eredmény érhető el mint placeboval. Flunarizinnel, ill. más kalcium csatorna gátlóval az eredmények valamivel biztatóbbak. Következésképp előtérbe került a nem gyógyszeres profilaxis lehetősége (pszichoterápia, biofeedback, relaxációs terápia, diéta stb.).

A kongresszus szűkebb értelemben vett tudományos programja a mintegy 120 előadás (rövid előadás és referátum) mellett a kb. 200 poster megvitatásából állott. Két szekcióban párhuzamosan folytak a felkért referátumok, ill. a bejelentett szabad előadások, valamint a poster megbeszélések. A szervezőbizottság egy-egy napot biztosított a következő három fő témakörnek: a) a fejfájások pathomechanizmusa; b) a fejfájások klinikai vonatkozásai; c) a fejfájások kezelése.

A pathomechanizmust taglaló szekció-

ban a nagyszámú előadás és poster közül több figyelemre méltó munkát prezentált a kongresszus szervezője (Lance professzor) vezette ausztrál munkacsoport. Vizsgálataikkal felhívják a figyelmet a peptid transmitterek szerepére mind a migrén, mind a cluster típusú fejfájások esetében. Állatkísérletes megfigyeléseik mellett humán vizsgálatok is alátámasztják a substance P, a neuropeptid K, a neurokinin A és B, a vasoactív intestinalis polypeptid, valamint a calcitonin gene-related peptid jelentőségét. Igazolták, hogy a trigeminus ingerlése a durán steril gyulladást eredményez, következményes regionális (a frontoparietális cortex-re lokalizált) agyi vérátáramlás növekedéssel. Ezen utóbbi megfigyeléssel egyidejűleg fokozódott az extracranialis vérátáramlás is. A vérátáramlás változásainak dinamikája az Olesen és mtsai (Kopenhagen) által migréneseken bevezett Xenon-133 inhalációs metodikával folyamatosan nyomon követhető. Az ún. trigeminalis-vascularis rendszer mellett mások (főként Sicuteri és munkacsoportja, Firenze) a migrénes fájdalom létrejöttét elsősorban centrális mechanizmusokra vezetik vissza. Vizsgálataik alapján főként a szerotonin és az opioid ellenőrző rendszer zavarát tételezhető fel a migrén pathomechanizmusában.

A fejfájások klinikai vonatkozásait taglaló szekcióban figyelemre méltó, hogy ma már általánosan elfogadott a fejfájások új, nemzetközi klasszifikációs rendszere (Cephalalgia 1988 [Suppl. 7] 12–96). A négy számjeggyel jellemezhető, hierarchikusan szerkesztett új klasszifikációs rendszer úgy tűnik, hogy a mindennapi (gyakorló) orvosi ellátás mellett a speciális centrumokban is jól alkalmazható. A számos előadás és poster meglehetősen szerteágazóan tekintette át a fejfájások klinikumát. Hisaka Igarashi (Yokohama) migréneseken intravallumban végzett mágneses magrezonanciás vizsgálatokról (MRI) számolt be. A kontroll kollektívához képest felnőttkorban migrénben szenvedőkön nagy számban észlelt kis, körülírt elváltozásokat (prolongált T2 szignál) a fehérállományban. A jól demonstrált MRI-elváltozásokat a frontális fehérállományban és a centrum semiovale-ban észlelték, melyek oldalassága nem minden esetben egyezett meg a fejfájás, ill. az aura lokalizációjával. Kisebbszámú betegen végzett longitudinális MRI vizsgálatok lényegi változást — az előzőekhez képest nem mutattak.

Guidetti (Róma) számítógépes agytérképezés (brain-mapping) vizsgálatairól számolt be. Interictalis vizsgálataik arra utalnak, hogy az elhúzó, valamint az éveken át ismétlődő migrénes attackok nyomán a betegek egy részén az agyi bioelektromos aktivitásában jelentős oldalkülönbségek (aszimmetriák) jelentkezhetnek. Mások e megfigyeléseket elsősorban felnőtt vonatkozásban erősítették meg.

Több szerző tanulmányozta az egyes fejfá-

jásformák immunológiai vonatkozásait. Többek között megállapították, hogy az ételek által kiváltott migrén hátterében nem valós immunológiai történés húzódik meg, azaz nincs szó immunmechanizmuson alapuló ételallergiáról. Következésképp helytállóbb elnevezés az ételek által kiváltott migrén esetében étel intoleranciáról, ill. pseudoallergiás reakcióról (PAR) beszélni. A cluster fejfájás betegekben az abszolút monocytá szám redukciója mellett az interleukin-2 receptorokat hordozó sejtek számában figyeltek meg csökkenést. Ugyancsak a cluster fejfájásban igazolták olasz kutatók az autonóm idegrendszer dysfunkcióját, a sympathicus rendszer éretlenségét, a cardiovascularis funkciók zavarát.

Seebacher (Párizs) a postlumbalpunkciós fejfájások csökkentésére epiduralis vérbefecskendezéssel szerzett tapasztalatairól számolt be. A kettős vak kísérletek arra utalnak, hogy az elhúzó, igen erős postlumbalpunkciós fejfájásokat a beteg mintegy 10–20 ml vénás vérének epiduralis befecskendezésével jól lehet csökkenteni.

Mathew (Houston) az epizodikus migrén rohamok nyomán esetenként kifejlődő krónikus fejfájásforma prognózisáról (chronic daily headache) jelen ismereteinket foglalta össze. Az extrém gyakoriságban alkalmazott analgetikumok, narcotikumok, továbbá a koffein és ergotamin vegyületek mellett pszichés mechanizmusok szerepét hangsúlyozta a fejfájás pathogenezisében. E betegek egy részének fejfájása befolyásolhatatlannak bizonyult.

A non-farmakológiai terápiás lehetőségek fontosságára elsősorban a migrén és az izomkontrakciós (tensiós) fejfájás kapcsán hívták fel a figyelmet. A gyógyszeres kezelés lehetőségeivel csaknem egy teljes napon át foglalkozott a kongresszus. Számos kiadvánnyal segítette az újabb terápiás lehetőségek megismerését a rendezvény nagyszabású gyógyszeripari kiállítás.

A terápia kérdésével foglalkozó szekcióban kiemelkedően nagy számban szerepeltek előadások, melyek az 5-hydroxytryptamin (szerotonin) receptorok és a migrénellenes szerek kapcsolatát vizsgálták. A klinikai tapasztalatok alapján az 5-HT receptor antagonisták klinikai alkalmazhatósága meglehetősen korlátozottnak tűnik (Humphrey, Hertfordshire). Az elmúlt 10 évben az 5-HT receptor selectív agonistának feltérképezésével biztató eredmények születtek. A migrén akut szakában az 5-HT₁ receptor agonistának tekinthető sumatriptannal (GR43175) lényegében a migrénes roham valamennyi vezető tünetét sikerült hatásosan befolyásolni. A migrénes fejfájást elsősorban a disztendált erekre kifejtett vasoconstrictor hatásával szünteti. A jelenleg folyó extenzív klinikai vizsgálatok eredményei reménykeltőek, azaz a közeljövőben reálisan számolhatunk egy új, hatásos migrénellenes szer megjelenésével.

Köszönettel tartozunk a kongresszus szervezőjének, Lance professzor úrnak, továbbá valamennyi ausztrál és hazai szponzorunknak, akik kongresszusi szereplésünket lehetővé tették.

Farkas Viktor dr.
Kohlheb Ötő dr.

5. Intenzív Terápiás Világkongresszus (Kyoto, 1989, szeptember 3–8.)

A negyven társaságot egyesítő Intenzív Terápiás Világszövetség 4 évenként megrendezésre kerülő kongresszusát a festői környezetben épült, rendkívül modern és talán Kelet-Ázsia egyik legnagyobb kongresszusi központjában a kiotói Nemzetközi Konferencia Csarnokban tartotta.

Az intenzív terápia sokrétű, interdiszciplináris jellege és művelőinek szerteágazó érdeklődése rányomta bélyegét erre, a nagyformátumú rendezvényre.

A kongresszus házigazdája Keisuke Amaha professzor volt, a Japán Intenzív Terápiás Társaság elnöke, akit a Világszövetség 1981-ben Washington D. C.-ben megbízott az 1989. évi Világkongresszus szervezésével. A tudományos programban, mely felölelte a felnőtt és a gyermek intenzív kezelés minden területét, 13 közérdekű, 24 továbbképző előadás hangzott el. Kilenc szimpózium, 6 kerekasztal konferencia és 17 munkakör foglalkozott a súlyos betegek kórelélettani, biokémiai elváltozásainak kezelésével, a diagnosztikával, az intenzív megfigyeléssel, a szervkárosodások megelőzésével és kezelésével.

A Világkongresszus célkitűzése volt a több szerv egyszerre fellépő zavarainak kezelése a fejlett technológia felhasználásával, az emberiesség megtartására törekedve.

Külön előadások foglalkoztak az intenzív kezelés értékelésével, a szakmai, szervezési, az etikai gondokkal és az intenzív terápia jövőjével.

A délutáni programban téma szerint csoportosítva 300 szabad előadás hangzott el és kb. 360 posztert állítottak ki a világ minden részéről érkezett szerzők. A posztereket a déli órákban lehetett a szerzőkkel megvitatni.

A Világkongresszus hivatalos nyelve angol, spanyol, francia és japán volt, a plenáris és továbbképző előadásokat szinkron tolmácsolták. A japán, észak-amerikai és európai résztvevők többsége miatt a kisebb létszámú rendezvényeken az angol nyelv dominált.

Az orvosi kongresszushoz intenzív ter-

piás szakasszisztensek kongresszusa csatlakozott. Tudományos programjuk elsősorban az intenzív betegek észlelése, ápolása és technikai módszerek tárgykörében zajlott.

Hazánkat a Mesterséges Táplálás Szekciójában „A teljes parenterális táplálás hatása a posztoperatív enterokután sipolyok kezelésében” c. előadással képviseltet.

A Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság küldöttjeként részt vettem a Világszövetség tisztújító küldöttgyűlésén. A vezetőség felének megbízatása lejárt, és az újonnan választott 16 tagú testület elnöke P. Suter professzor (Svájc) lett. A küldöttgyűlés a Szövetség tagjai sorába felvette a Kínai Intenzív Terápiás Társaságot és szavazással eldöntötte a következő világkongresszus helyét. A rendezés jogát a Spanyol Intenzív Terápiás Társaság kapta, így 1993-ban a 6. Intenzív Terápiás Világkongresszus Madridban lesz.

A Világkongresszus programjához csatlakozva külön kiállítási pavilonban műszer- és gyógyszerkiállítás volt. A lélegeztető és betegmegfigyelő rendszerekben a számítógépek széles körű alkalmazása volt megfigyelhető. Ennek megfelelően emelkedtek az intenzív betegellátásban alkalmazott berendezések költségei is.

A világkongresszus hivatalos része mellett a vendéglátók gondoskodtak arról is, hogy a világ távoli részeiről érkezett vendégek — akik talán először voltak Japánban — megismerkedhettek Kiotóval, a középkori Japán fővárosával. A társasági program jelentős részét a rendezők a kongresszusi központban szervezték, ahová rendszeres autóbusz-összeköttetést biztosítottak a szállodákból. Napközben tea ceremóniával és rövid virágrendezési tanfolyammal frissítették fel a „tudománytól elcsigázott” résztvevőket. A hölgyprogramban Kioto nevezetességeinek megtekintése mellett, kirándulást szerveztek a közelben fekvő Nara városába, mely Japán fővárosa volt a korai középkorban.

A kongresszus szervezői, de maga Kioto városa is kitűnő munkát végzett a 3000-nél több kongresszusi résztvevő és hozzátartozóinak ellátásában. Mindenütt rend, pontosság és udvariasság fogadott bennünket,

ami segített a nyelvi nehézségek áthidalásában. Az 5. Intenzív Terápiás Világkongresszus teljes anyagát az Elsevier Science Publisher B. V. publikálja az elkövetkezendő hónapokban.

Az Intenzív Terápiás Világszövetség kiadásában évente négyszer megjelenő „Intensive Care World” és a kétszer publikált „Intensive and Critical Care Digest” a legújabb tudományos eredményekről, az intenzív terápia új technikai módszereiről és felszereléséről adnak tájékoztatást.

Dárdai Ernő dr.

A Magyar Orvosi Kamara első rövid közleménye

Dr. M. Neumann főorvos, az Osztrák Orvosi Kamara elnökének meghívására 1989. október 23–28. között részt vettem a Wiener Hofburg Kongresszusi Központban rendezett 43. Osztrák Orvostudományi Kongresszuson, Van Swieten Tagung programjain.

Az ünnepélyes köszöntőket a kongresszus elnöke, Univ.-Prof. dr. E. Gitsch, az egészségügyi miniszter, Ing. Harald Ettl, és többek között az Osztrák Orvosi Kamara elnöke tartotta.

A megnyitó plenáris ülésen az 1989. március 3-án megalakult és június 30-án hivatalos bejegyzésre került Magyar Orvosi Kamara nevében rövid tájékoztatás és üdvözlő beszédet mondtam.

Többek között megköszöntem az Osztrák Orvosi Kamarának, hogy dr. Dorner, a szakorvosi bizottság elnöke személyében már a március 3-i alakuló közgyűlésen képviseltették magukat és azóta is a jószándékú patronálásukat többször kinyilvánították.

A rendezvény egészségpolitikai tartalmán túl igen nívós szakmai programot is magában foglalt.

A rendezvény megszervezése, lebonyolítása elegáns és példamutató volt. Úgy vélem, hogy a kapcsolat tartása és továbbfejlesztése számunkra mindenképpen hasznos.

Birtalan Iván dr.

HELYESBÍTÉS

Kérjük szíveskedjenek figyelembe venni, hogy e szám színes Trentál 400 hirdetésben a megjegyzés rovat az alábbiak szerint módosul.

✱ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

Súlyos vagy progrediáló perifériás és agyi keringési zavarokban, olyan szem és fül keringési zavarokban, melyek csökkentik a látási és hallási képességet, a területileg és szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) javaslata alapján a kezelőorvos a Trentál 400 drazsét térítésmentesen rendelheti.



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, szórványosan 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.

Gyógyszerkölsönhatások: 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 mellékvesekéregelégtelenség 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 szedáció, 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

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Immunológiai aktiválódás kanyaróban. Griffin, D. E. és mtsai (Departments of Medicine and Neurology, Johns Hopkins University, School of Medicine): *N. Engl. J. Med.*, 1989, 320, 1667.

A kanyaró Földünk tekintélyes részén ma is jelentős szerepet játszik a morbiditás és letalitás alakításában. A jellemző szövődmények (bakteriális ráfertőződés, autoimmun jellegű kórképek) az immunrendszer károsodására vezethetők elsősorban vissza; ez utóbbiak többnyire laboratóriumi körülmények között is kimutathatók.

A szerzők az immunrendszer aktiválódását három marker mérésével vizsgálták: a) a mononuclearis sejtek spontán proliferációját, b) a solubilis interleukin-2 receptor-nak és c) a solubilis CD8-nak a keringésbeni megjelenését, illetve szintjét mérték.

A vizsgálatokat a kanyaró lezajlásának egyes szakaszaiban (lappangás, prodromum, kiütéses szak) és a szövődményes esetekben külön-külön végezték. Három kontrollcsoportot állítottak fel, egyéb fertőző betegségben szenvedő gyermekekből, valamint egészséges gyermekekből, ill. felnőttekből. A mononuclearis sejtek fokozott proliferációja — a H3 timidin megnövekedett felvételével mérve — a kiütés megjelenésétől kezdve volt észlelhető, és egy hétig tartott. Az oldékony interleukin-2 receptor szintje a kiütés előtt kezdett emelkedni és a legtöbb betegben hetekig magas maradt. A solubilis CD8 ezzel szemben csak a kiütés megjelenése után kezdett emelkedni, így maradt egy hétig majd visszaállt a normál értékre.

A pneumoniával, ill. encephalitisz szövődményes esetben a mononuclearis proliferáció és a CD8 azonos viselkedést mutatott. Az interleukin-2 receptor szintje viszont encephalitiszben jóval alacsonyabb volt, mint szövődmény nélküli lezajlás esetén, és alacsony maradt heteken át.

Az idegrendszeri szövődményekben a liquor CD8 koncentrációja emelkedett, az interleukin-2 receptor szint pedig normális maradt.

A szerzők részletes áttekintést adnak a morbilli immunológiával kapcsolatos egyéb észlelésekről és ezeket összevetik saját adataikkal.

Budai József dr.

Az 1987/88-as holland kanyarójárványban bejelentett betegek oltás szerinti megoszlása. Bijkerk, H., M. A. J. Bilkerk-Mooiman, H. J. Houtters (Rijswijk): *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1989, 133, 29.

A címben jelzett morbillijárvány kapcsán másodszer konfrontálódott az eu-

szolgálat a védőoltásokat elvi-vallási szempontok miatt elutasító népcsoportokkal. Előzőleg 1957-ben a polyomyelitis elleni vaccinatiót utasították el egyes egyházközsegek, és ennek következtében a következő években csak a nem oltottak között jelentkezett a betegség. Jelen beszámoló a morbillijárvány adatainak elemzésével és az oltás-elutasítás következményeiről ad számot. Az 1666 bejelentésre került beteg 8%-a részesült előzetesen oltásban, 90%-uknál nem történt oltás, 2%-uknál hiányzik az oltásukra vonatkozó adatok. Az 1499 nem oltott beteg közül 966, a csoport 64%-a vallási okból nem lett beoltva, 244 betegnél, a csoport 16%-ánál az oltás elutasítása antropozófiás életfelfogás miatt történt, 127 beteg, a csoport 8%-a az 1975 előtti születés miatt maradt ki az oltási programból, 1%-nál orvosi kontraindikáció akadályozta meg az oltást, 14 betegnél (9%) ismeretlen okból maradt el az oltás. A visszautasító csoport nem körülhatárolt területen lakik, hanem szétszórta, de az egymás közötti kommunikáció miatt rendkívül összetartóak. Az alapellátásból származó értesülések szerint a betegbejelentések terén jelentős az aluljelentés, főleg az ezen a téren először szereplő antropozófiás csoportnál. Őket egyébként nem fenyegeti egy esetleges polio-fertőzés, mert a polio elleni oltást nem utasították el.

(*Ref.: példa a bogaras-fundamentalista ideológia komoly eu. következményeire és példa a holland toleranciára.*)

Ribiczey Sándor dr.

Csecsemők halálózása morbilli elleni védőoltást követő seroconversio után, továbbá a seroconversio hiányával kapcsolatban. Aaby, P. és mtsai (Institute of Anthropology, Institute of Medical Microbiology, University of Copenhagen, Ministry of Public Health, Bissau-Guinea): *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 1989, 9, 234.

Bissau-Guineában, Bangladesben, Szenegálban és Haitiban a morbilli (m) elleni védőoltásban részesített gyermekek közül kevesebb a veszteség, mint az oltatlanok közül. Az összehasonlítás nem reális, mert a körülmények, földrajzi eredetük különböző, befolyásoló tényező. Bandimban, Bissau-Guineában 1980 óta 80%-nak találtak 3 havonta ellenőrizve az oltás eredményét. Az ellenőrzést dán orvosok végezték. 1984–85 között 9 hónapos kortól végezték az oltásokat. 193 eset seroconversióját vizsgálták azoknál, akiknek nem volt ellenanyaguk az oltást megelőzően. Kiderült, hogy 1984. május és 1985. március között 5 egymást követő napon oltottak közül (54 csecsemő) 53-nál elmaradt a seroconversio. Más napokon oltott 124 közül (89%) volt a seroconversio. A két csoport

azonos korú volt. A vaccina élő, attenuált Schwarz vaccina volt, az Expanded Programme of Immunization-ból származott. 3 hónappal az eredménytelen védőoltás után IgG Elisa módszerrel ellenőrizve újraoltást akartak végezni. Erre nem volt mód, mert többségük elköltözött Bandimból, és csak annyit lehetett róluk közvetve megtudni, hogy valamennyien élnek. Akik ellenőrizhetők voltak, azok közül, akik seronegativak maradtak, 53 közül 16 betegedett meg m-ban. Ezzel szemben az eredményesen oltott 124 közül 4 betegedett meg. Az összes halálozás 13 volt, 7 az eredménytelenül, 3 az eredménnyel oltott csoportban. Az infectio után egy évvel több halálózásról szereztek tudomást (láz, pneumonia, enteritis). Feltehetően többen haltak volna meg a védetlenség közül, ha többen lettek volna. A 9 hónaposnál idősebb korra (12–14 hó) tervezik az oltásokat és javasolják a fiatalabb korban oltottak újraoltását.

Farkas Éva dr.

Rubeola Panamában: Jelenleg is probléma. Owens, C. S. és mtsai (Neonatology Services, Hospital de la Caja de Seguro Social and the Hospital Niño, Panama): *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 1989, 8, 110.

A rubeola (ru) főleg indusztrializált nagyvárosokban, mérsékelt égövi területeken fordul elő. A trópusokon, fejlődő országokban epidemiákra kevésbé lehet számítani. Panama lakosságában 1986-ban 177/100 000 ru megbetegedéssel kapcsolatban a fővárosban 54 ru syndromában szenvedő újszülött jött világra. Az Epidemiologic Surveillance Panama adatai szerint 1982 óta 1977-tel szemben 75%-os a ru fertőzések emelkedése. Ezzel párhuzamosan emelkedett a halláskárosodott gyermekek száma. Az 1986–87. években észlelt 54 panamai ru syndroma súlyosabb volt, mint az előző évek tünetegyüttesei. Ru gyanúja esetén a gravidáknál elvégezték a serológiai vizsgálatokat és újszülöttjüket intenzív osztályra helyezték. 54 közül 12-nek volt pozitív specifikus IgM ellenanyaga, 7-nek IgG ellenanyaga. Cardiopathia 37 (ductus Botalli persistens, ventricularis septum defectus), neurológiai veleszületett rendellenesség (mikrocephalia, atrophía cerebri) ugyancsak 37 újszülöttben manifestálódott. 26 ocularis defectust észleltek: cataractát, mikrophthalmiát, glaucomát, retinitis pigmentosát. 15 hónapig követhették a sorsukat. Kiderült 16 hallásérzés. 14 beteg halt meg. 11 újszülöttkorban, cardiorespiratorikus insufficiencia következtében, 3 pedig 4 hónapos korban, cardiorespiratorikus insufficiencia következtében, 3 pedig 4 hónapos korban kerin-gési elégtelenség következtében.

A lakosság szétszórta településeken élő hányadának nincsen ru elleni védettsége és a városokba költözve fertilis korban, veszélyeztetetteké válnak. A kezelési költségek magasak, a védőoltás költségei alig haladják meg. Jelenleg csak az egészségügyi dol-

gozók és a 14–15 éves lányok részesülnek védőoltásban, de kiterjesztik az oltásokat a reprodukáló korban levő nőkre is a közeljövőben.

Farkas Éva dr.

A Lyme-kór gyors előretörése Massachusetts parti sávjában. Lastavica, C. C. és mtsai (Dep. Community Health, Tufts University School of Medicine, Boston MA 02111): New Engl. J. Med., 1989, 320, 133.

A Lyme-kór (Lk) a leggyakoribb vektor által terjesztett betegség az Egyesült Államokban. Bár korábban is végeztek már epidemiológiai vizsgálatokat, a betegség terjedésének tempóját még senki sem vizsgálta. A szerzők a jelen felmérést egy vadspark területén végezték. A park kb. 560 hektár, nagyjából egy félszigeten és számos partmenti szigeten terül el. Mindössze 200-an élnek a parkkal összekötő mintegy 5 km-es út mentén. Az itt élő állatok — különösen a fehér farkú szarvas, mely a kifejlett *Ixodes dammini* kullancs fontos gazdája — száma a 70-es évek közepétől szaporodott meg. Az itt befogott szarvasokon 1981-ben találtak először *Ixodes dammini*-t. 1983-ra általánossá vált a spirochaeta fertőzés a fehér lábú egerek között, melyek a fiatal ixodések gazdái, és amellel a *Borrelia burgdorferi* (Bb) reservoirjai. 1984-ben a befogott kullancs nimfák 27, a kifejlett ixodések 40%-a volt fertőzött Bb-vel. Az első emberi megbetegedést a térségben 1980 júniusában regisztrálták. 1980–1987-ig 66 Lk esetet diagnosztizáltak. 1984–1985-ben a megbetegedési gyakoriság átlagosan 10%-os volt. Az egyik területen a lakosság 66%-a (!) esett át borreliosison. A fertőzés öt, a Lk kezdeti stádiumában antibiotikus kezelésben részesült betegben ismétlődött meg. Egyikükben 4 × (!) igazoltak Bb infekciót, a fertőződés esélye kortól és nemtől független volt. A legfiatalabb beteg 1, a legidősebb 87 éves volt. A Lk késői formái főleg azokban a betegekben jelentkeztek, akik a járvány kezdetén fertőződtek, és így antibiotikus kezelésben nem részesültek. 1987-re két zónában a lakosok negyedében (!) fejlődtek ki a Lk késői tünetei. Az 57 Lk-os beteg 91%-ának voltak ún. korai tünetei (74%-uknak erythema chronicum migrans volt). A betegek harmadában léptek fel idegrendszeri tünetek (facialis paresis, tarkókörtőtség, fejfájás, paraesthesiák, radicularis fájdalmak, vagy — a nagy dózisú antibiotikus kezelésre javuló — emlékezetzavar). Egy betegben jelentkezett komplett szívblokk, de enyhébb vezetési zavart még négy másik betegben is ki tudtak mutatni. Arthritis 16 betegben alakult ki. Egy ízben szemészeti szövödményt észleltek. Jarisch-Herxheimer reakció 4 esetben komplikálta a gyógyulást.

A Lk fennállását a betegek $3/4$ -ében sikerült szerológiailag is igazolni, de a vizsgált személyek $1/4$ -ében találtak emelkedett Bb

antitest szintet. (Az IgG capture ELISA vizsgálatokat Western blot technikával erősítették meg.) A 17, a betegség kezdeti stádiumában vizsgált szérum minta közül 14 bizonyult szeropozitívnak, míg az a 4 beteg, akinek reinfekciója volt, mindvégig szeronegatív maradt, hasonlóan ahhoz a 11 beteghez, akiknek az anamnézisében antibiotikummal kezelt ECM szerepelt. Egy 70 éves betegnek a kezdeti tüneteket követő 5. hónapban térdízületi arthritise kezdődött, de szeropozitívva csak 18 hónap múlva vált, késői szívfizom és idegrendszeri tünetei csak három évvel később váltak nyilvánvalóvá. A klinikai tünetek leggyakrabban április és október között kezdődtek (80%).

A kullancspopuláció robbanásszerű emelkedése — amely együtt járt a borreliák intenzív átvitelével — magyarázhatja, hogy miért észlelték hamarabb az Lk-t ezen a területen, mint az új kullancsfaj megjelenését. A kullancsok lárváját feltehetőleg költöző madarak hozták a vidékre. Mivel a madarakat elsősorban a lárvák parazitálják, egy addig nem fertőzött területre történő behurcolásban döntő szerep jut az egyébként ritka transovariális borrelia átvitelnek.

Lakos András dr.

Szeronegatív Lyme-kór. A *Borrelia burgdorferi* elleni specifikus T- és B-sejtes immunreakció szétválása. Dattwyler, R. J. és mtsai (Div. Clin. Immunology, Health Sciences Center, SUNY, Stony Brook, NY 11794–8161): New Engl. J. Med., 1988, 319, 441.

Ha a Lyme-kór (Lk) kezdeti stádiumában adott antibiotikum következtében nem alakul ki humoralis immunválasz, azt hihetnénk, hogy ez a kórokozó pusztulásának a jele. Már korábban is megfigyelték, hogy néha az erythema chronicum migrans (ECM) gyógyulása után is fennmaradtak olyan nehezen objektíválható tünetek, mint a súlyos fáradékonyosság, a végtagok zsibbadása, vagy emlékezetzavar és az ízületek fájdalma. Mivel emelkedett borrelia antitest szintet ezen esetekben nem tudtak kimutatni, a fennálló tüneteket „Lk utáni állapotnak”, nem pedig a szájon át adott antibiotikus kezelés ellenére perzisztáló fertőzés következményének tartották.

A szerzők 17 olyan beteget választottak ki, akikben ELISA-val, vagy immunofluoreszcens vizsgálattal emelkedett *Borrelia burgdorferi* (Bb) antitestet kimutatni nem tudtak, annak ellenére, hogy klinikai tünetek krónikus Lk-ra utaltak. Mind a 17 beteg korábban per os adott antibiotikumokkal kezelték. A vizsgálat időpontjában 12-nek volt arthritise és 9-nek perifériás neuron károsodása, melyet elektrofiziológiai vizsgálatokkal is igazoltak. Mind a 17 beteg súlyos fáradékonyágról, visszatérő fejfájásról, 16 pedig ízületi fájdalmakról panaszkodott. Csaknem valamennyien emlékezetzavarról számoltak be. Mind a 17 ilyen irányban vizsgált betegben szellemi károsodást mutattak ki.

A betegek savóját Western blot technikával is megvizsgálva csak 41 kD súlyú csilló antigénnel szemben tudtak kimutatni halvány immunoreaktivitást, de hasonló a negatív kontrollként használt személyek savójában is találtak. A Western blottal nyert és a hagyományos immunszerológiai eljárásokkal kapott eredmények semmiben sem különböztek egymástól. Ezzel szöges ellentétben állt a celluláris immunreaktivitás vizsgálatával kapott eredmény. A 17-ből 14 esetben találtak lymphoproliferációs teszttel a szeropozitív kontrollokéval egyező mértékű, határozottan pozitív immunválaszt. A fennmaradó három betegnek korábban ECM-je volt. Immunodeficienciára utaló anamnesztikus adatot egyetlen ízben sem találtak.

E szeronegatív Lk-os betegek T- és B-sejtes immunválasza szokatlan módon kétféle: a sejtes védekezés intakt volt, ugyanakkor az immunglobulin termelés elmaradt. Idült fertőzésekben gyakran láthatunk hasonló: leprában, filariasisban vagy krónikus mycosisokban azonban a celluláris védekezés hiányzik, míg a humoralis érinetlen marad. A tanulmányban szereplő betegekhez hasonló eltérést találtak syphilitikus esetekben: a korai antimikrobás kezelés meggátolhatja a szérum antitestek megjelenését. Valószínűnek látszik, hogy a celluláris immunválasz megelőzi az immunglobulinok megjelenését. Úgy tűnik, hogy a kezdeti B-sejt proliferáció után — mely független a T-sejt választól — a teljes humoralis reakció kifejlődéséhez szükség van az antigén folyamatos jelenlétére.

Ha a borreliákat a korai antibiotikus kezelés elpusztította, vajon meg lehet-e magyarázni az aktív klinikai tünetek jelenlétét? Az ismertetett esetekben a betegek olyan kezelésben részesültek, mely a borreliák többségét hatékonyan eliminálja, azonban a központi idegrendszerben vagy a szervezet más részein megbújhatnak spirochaeták. A szájon keresztül adható penicillinek és tetracyclinek nem alkalmasak arra, hogy a központi idegrendszerben vagy az ízületekben is elpusztítsák a kórokozót.

Mindezek ellenére a szerodiagnosztikai eljárásokat változatlanul alkalmasnak kell tartani a Bb fertőzés kimutatására. A szeronegatív Lk valószínűleg nem túl gyakori, a szerzők tapasztalatai szerint 5% alatt van. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy az immunológiai tesztek, függetlenül attól, hogy celluláris vagy humoralis reakciót vizsgálnak, csak a fertőzés jelzői, de önmagukban nem tekinthetők az aktív betegség bizonyítékainak.

(Ref.: A közlemény egyik igen fontos tanulsága, hogy a kis dózisú, szájon keresztül és rövid ideig alkalmazott antibiotikumok csak a szeroreakció elnyomására alkalmasak, nem pedig az Lk gyógyítására. Az orvosokat gyakran inadekvát kezelésre csábítja az a körülmény, hogy a kezdeti tünetek többnyire banálisak, és a későbbiekben is sokszor nehezen megfogható, szubjektív panaszok állnak előtérben. Ettől függetlenül is rémisztő, hogy e krónikus betegek diagnózisa az esetek döntő többségében minden

bizonytalannal elmarad. ... Talán alapvető figyelmet érdemel az írás zárógondolata: a klinikai tüneteket, magát a kórképet kell ismerni ahhoz, hogy megfelelő diagnózishoz jussunk.)

Lakos András dr.

A Lyme-borreliosis diagnosztikus problémái, terápiája és lefolyása. Satz, N. M., Knoblauch (Medizinische Abt., Kreisspital Mäanderdorf): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, (Suppl. 28), 14.

A szerzők 18 Lyme-borreliosisos betegükről számolnak be, akiknél antibiotikus kezelést végeztek (7 arthritis, 8 központi idegrendszeri tünetek, 3 acrodermatitis atrophicans). A diagnózis alapját az anamnesis (kullancscsípés, ECM), klinikai leletek, a serum és liquor kóros antitesttiter, valamint egyéb okok kizárása képezte.

Arthritis. 5 betegnél iv. penicillinkezelést (20 mio/E/die) vagy ceftriaxont (2 g/die 4 héten át) és egy betegüknél flucloxacillint p. o. 0,5 g/die 4 héten át és bacampicillint 1,6 g/die p. o. két héten át adtak. A terápia alatt valamennyi betegüknél a tünetek visszafejlődtek, elmúltak, de csak hetekkel a kezelés befejezése után. Egy betegüknél a borrelia-titer visszaesése ellenére arthralgiák léptek fel, így egy seronegatív c. P. valószínűbb.

Központi idegrendszeri manifesztációk. 20 mio/E pro die, 1,5 g erythromycin pro die vagy ceftriaxon 2 g/pro die 2–3 hét alatt négy betegnél restitutio ad integrum és két betegnél tartós javulás állott be. Két betegüknél, akiknél semmi vagy csak átmeneti javulás következett be, retrospektíve egy MS veendő fel.

Acrodermatitis chr. atrophicans. Ezen esetek 1–2 mio E/die penicillin (iv., per os) adásával 3–6 hét alatt javultak a gyulladásos tünetek, viszont az atrophia és a polyneuropathia nem.

Megfigyeléseik azt mutatják, hogy a Lyme-borreliosis diagnózisát a megfelelő klinikai lelet és kóros antitest-titer ellenére sem lehet mindig egyértelműen felállítani. Arthritis esetén a javulás még nagy adagú és hosszan tartó (4–6 hetes) kezelés ellenére is csak lassan következett be. A terápiával dacoló esetekben a folyamat chr. stádiumát kell elfogadnunk vagy más diagnózist (c. P., MS stb.) is mérlegelni kell.

iff. Pastinszky István dr.

Lyme-borreliosis kockázati csoportban — epidemiológiai tanulmány. Fahrner, H. és mtsai (Rheumatologische Universitätsklinik Bern): Schweiz. med. Wschr. 1989, 119, (Suppl. 28), 15.

A szerzők 1986 tavaszától 1322 ügykódú utazón prospektív serológiai vizsgálatokat végeztek borrelia burgdorferi elleni antitestek kimutatására. A megelőző atka-expozíciót illetően kérdőíveken érdeklődtek, to-

vább a borreliosis lehetséges dermatológiai (erythema chr. migrans), neurológiai (meningitis, radiculitis) és reumatológiai (arthritis) természetű megnyilvánulásairól. 1070 probandust fél éves intervallumokban két éven át legalább egyszer, maximálisan ötször serológiai és anamnesztikus utóvizsgálatokban részesítettek.

A kezdeti diagonális vizsgálat a probandusok 77%-ában fedte fel a kullancscsípéseket és 19,8%-ban az antitestek praevalettiáját (IgG, immunfluorescentia), azonban ezen kórtényezők között semmi viszonyosságot nem találtak. Az egészséges, nem ügyködő kontrollok összehasonlító kolektívája (n = 150) 7%-os AK-praevalettiát mutatott. A párhuzamos ELISA-technika 84%-os concordantiát igazolt. 289 probandus (22%) anamnesztikus tünetekről számolt be; szigorú átrostálás után (visszakérdezések a probandusoknál és orvosaiknál) 44 esetben (3,8%) lehetett biztosan vagy valószínűleg borreliosisist elfogadni (cutan 2%, neurológiai 0,9%, reumatológiai 0,5%).

A kullancsexpozíció magas volta ellenére a kockázati csoport inkább gyér megbetegedési incidentiát mutat. Az erősen seropozitív, de állandóan aszimptomatikus probandusok tekintélyes száma néma fertőzési rátára utal és visszatartásra figyelmeztet a Lyme-borreliosis serológiai leleteinek megítélésében.

iff. Pastinszky István dr.

A Lyme-kór diagnózisa. Szerkesztőségi közlemény. Lancet, 1989, II., 198.

A Lyme-kórt (Lk) okozó *Borrelia burgdorferi*-t terjesztő ixodex kullancsok legaktívabb szaka a tavasz vége és a nyár eleje. A csípés után néhány héten belül jelentkezhetnek az első tünetek, melyek influenzára emlékeztethetnek, de kísérheti ezeket a gyorsan növekedő, a csípés körül jelentkező bőrelváltozás az erythema chronicum migrans (ECM). Hetekkel, hónapokkal később szívizom-, krónikus ízületi, idegrendszeri gyulladás alakulhat ki. Bár az ECM tipikus jele a Lk-nak, de az amerikai esetekkel összehasonlítva Európában viszonylag ritkán kíséri az egyéb tüneteket. ECM hiányában gyakran nehéz a korai esetek diagnosztizálása. Az élő spirochaeták ilyenkor is jelen vannak a szervezetben, de tenyésztésük vagy szövettani kimutatásuk csak rendkívül ritkán sikerül. Így aztán — különösen Európában — nagyobb hangsúly helyeződik a szerodiagnózisra.

A *Borrelia burgdorferi* antitestek meghatározása rendszerint immunofluoreszcens módszerrel, vagy még gyakrabban ELISA technikával történik. Egyik eljárás sem nagyon érzékeny a korai esetekben. Mindössze a betegek harmadában lehet emelkedett ellenanyag szintet kimutatni a fertőzés első néhány hetében. Mindkét módszer álpozitív lehet egyéb spirochaetosisokban. Mindezen túl a szerodiagnosztika standardizációjának hiánya miatt jelentős eltérések

tapaszthatók a különböző laboratóriumok eredményei között. A vizsgálatot érzékenyebbé lehet tenni, ha a *Borrelia burgdorferi* tisztított komponenseit használják antigénként. Ezek az antigének azonban még nem általánosan hozzáférhetőek. Az immunoblot a legérzékenyebb eljárás, de kivitelezése nehézkes, és még így sem mutatható ki ellenanyag a korai stádiumban szenvedő betegek 20%-ában. Így aztán az akut szakban a diagnózis változatlanul a klinikai kép alapján állítható fel, melyet esetleg támogatnak a nem túl precíz serológia és az epidemiológiai adatok. A kullancs-csípéshez nem szükséges Erdőbe mennünk: borreliákkal fertőzött nimfák és kifejlett példányok bőséggel találhatók a mégoly gyönyörűen gondozott kiskertekben is.

A későbbi, idült stádiumokban a serológiai válasznak nagyobb jelentőséget tulajdonítottak. Biztosra vették, hogy a szervezetben megbújó *Borrelia burgdorferi* antitestválaszt indukál, függetlenül attól, hogy pl. kis dózisú orális antibiotikumokkal kezelték a beteget, vagy terápiában nem is részesült. Fordítva, ha az ECM-t szájon át szedett antibiotikumokkal meggyógyították, és az ellenanyagok eltűntek a szervezetből, úgy hittük, ez egyben biztos jele annak, hogy a borreliákat is sikerült eliminálni. Ugyanakkor a korai stádiumban már kezelt betegek egy csoportja tartós gyengeségről, emlékezetzavaráról, végtaggyengeségről, fejfájásról, kisizületi gyulladásról panaszkodik, pedig a vérükben még immunoblottal sem mutatható ki borrelia ellenanyag. A legfrissebb kutatási eredmények szerint a „Lyme kór utáni állapot” is a perzisztáló *Borrelia burgdorferi* fertőzés következménye. E betegekben specifikus T-sejtes immunválaszt sikerült kimutatni, annak ellenére, hogy savójukban ellenanyag nem jelent meg. Feltételezés szerint a fertőzés korai stádiumában alkalmazott — inadekvát — kezelés megakadályozza a humoralis immunválasz kialakulását, de az immunapparátus elől viszonylag elzárt területen, mint amilyen a központi idegrendszer, a borreliák képesek megbújni, és a tartósan jelen lévő kórokozók celluláris immunreaktivitást okoznak. Az előbbi feltevés abból a felismerésből származik, hogy a „Lyme kór utáni állapot”-ot tökéletesen lehet iv. adott nagy dózissal, a központi idegrendszerbe is jól penetráló antibiotikumokkal kezelni. Némileg az előzővel azonosnak lehet tekinteni európai kutatóknak azt a korábbi megfigyelését, mely szerint a liquorban gyakran mutathatók ki borrelia antitestek olyan esetekben is, amikor a szérumban nem. Ha a borrelia antitest meghatározás nem ad pozitív eredményt, akkor még van esély arra, hogy a T-sejtes reakció vizsgálattal igazolható a Lk fennállása. Ha ez az eljárás nem áll rendelkezésre, nincs más lehetőség, mint a gyanús eseteket vakon kezelni parenterális penicillinnel, ceftriaxonnal vagy cefotaximmal.

Az itt vázoltak azonban óhatatlanul felvetnek néhány kérdést. A borrelia fertőzések több mint 50%-ában az ECM hiányzik,

vagy diagnosztizálatlan marad, és a kezdeti tünetek jellegtelen lázas betegség képében jelentkezhetnek, amelyet kis dózisu, orálisan adott antibiotikumokkal kezelnek, anélkül, hogy a borreliosis gyanúja felmerülne. Az ilyen esetek mekkora hányadában alakul ki vajon a későbbiekben szeronegatív krónikus borreliosis? A klinikusban felmerült gyanú mikor tekinthető eléggé megalapozottnak, hogy a specifikus T-sejtes immunválasz meghatározást indokoltá tegye? A csak fáradékonyságra panaszkodó, izolált szív- vagy ízületi tüneteket mutató betegek milyen nagy százaléka lehet szeronegativitása ellenére valószínű borrelia fertőzés áldozata? Mivel ezeket a betegeket megfelelő iv. antibiotikus kezeléssel meg lehet(ne) gyógyítani, a fenti kérdések megválaszolása rendkívül fontos lenne.

Lakos András dr.

Lyme borreliosis Romániában. Cracea, E., Constantinescu, S., Balaci, L. (Inst. Cantacuzino, Bukarest): Arch. Roum. Pathol. Exp. Microbiol., 1988, 47, 17.

A szerzők a Lyme borelliosis II esetét mutatják be, melyeket klinikai alapon és ELISA segítségével ók diagnosztizáltak először Romániában. A következő tünetek fordultak elő a leggyakrabban: erythema chronicum migrans 6 betegnél, elhúzódó meningoencephalitis 3 betegnél figyeltek meg, aszeptikus meningitist és szisztémás vasculitist 1–1 páciensnél találtak. Az ELISA segítségével kimutatható antitestek 1 : 512, vagy ennél nagyobb hígításban a betegség 15–21. napján jelentek meg, s 2–4 hónapon keresztül maradtak meg. A syphilis serológiai próbák VDRL-lel mérve, negatív eredményt adtak, a demobilizációs teszt egy esetben pozitív volt. Az ismertetett, Borrelia burgdorferi fertőzések zömmel évszakhoz kötve voltak, 7 eset nyáron fejlődött ki, de kettőt január–februárban figyeltek meg.

Nikodemusz István dr.

Családi psittacosis betegség Izraelben. Huminer, D., Samra, Z., Weisman, Y. (Beilinson Med. Center, Petah Tiqva 49 100, Izrael): Lancet, 1988, II, 615.

A szerzők 8 családban lezajlott klinikai vagy szubklinikai papagájkór megbetegedéssorozatát követték végig Izraelben, valamennyi esetben ki lehetett mutatni a fertőzött madarakkal való kapcsolatot. 37 egyéntől vettek toroktampont és vérmintákat, hogy serológiai próbákat végezzenek velük, a serológiai próbát elvégezték a TWAR (Taiwan acute respiratory) törzsszel is. 9 elpusztult madárnak nézték meg a kloaka kenetét, valamint belső szerveit Chlamydia psittacosisra. A betegek közül 23 fertőzően átesett egyén nem jelzett típusos tüneteket, s 6 madár nem látszott betegnek, pusztulása előtt. A 37 beteg közül 30-nál ta-

lálak heveny psittacosis jeleit, 22 egyéntorkából kitenyészítették a kórokozót s 8 páciens vérében IgM ellenanyagot mutattak ki, s lehetett kimutatni a heveny szerokonverziót. A TWAR antigén nem adott reakciókat, a tanulmányozott madarakon lehetett a fertőzés jeleit látni, s a kórbonctani vizsgálat is eltéréseket mutatott. A 37 beteg közül 8 nem volt fertőzött, szóba jöhetett régebben lezajlott fertőzés a TWAR törzsszel.

Nikodemusz István dr.

Psittacosis: 135 eset áttekintése. Yung, A. P., Grayson, M. L. (Fairfield Hosp. Fairfield, Vic. 3078, Australia): Med. J. Austral., 1988, 148228.

A szerzők a Fairfield-i Kórházban 1972. január 1. és 1986. március 31. között 135 esetben diagnosztizáltak psittacosisot, amely eseteket serológiai alapon is alá tudták támasztani. A betegek életkora átlag 46 év volt. 115 betegnél (83%) ki lehetett mutatni madarakkal bekövetkezett friss kapcsolatot, 129 betegnél sikerült a kórtörténetet végigkövetni. A papagájkór láz hirtelen kezdetével, izzadással, fejfájással lehetett azonosítani, e tünetekhez társult enyhe, száraz köhögés. 24 beteg esetében (18%) nem találtak légúti tüneteket, hasmenés és torokfájás ritkán jelentkezett, 122 betegnél (90%) a mellkaslelet eltért a normálistól. A fehérvérsejtszám rendszerint normális képet mutatott. 116 beteget tetracyclinnel kezelték, 48 óra múlva közülük 107 jobban lett, a többi később javult. A betegség nem újult ki, s nem voltak halálos következmények. A klinikai diagnózist a röntgenfelvételen pneumonitis támasztotta alá, s a kezelésre doxycyclint is lehetett alkalmazni (2 héten át naponta 100 mg kétszer).

Nikodemusz István dr.

1100 brucellosisban megbetegedett gyermek kezeléséből levonható tanulságok. Lubani, M. M. és mtsai (Departments of Pediatrics at Farwania, Ministry of Public Health, Kuwait): Pediatr. Infect. Dis. J., 1989, 8, 75.

Kuvaitban emelkedik a brucellosis fertőzések száma. 1976-ban 12 megbetegedés volt 100 000 lakos között, ez a szám 1976–1986 között 70-re emelkedett. A fertőzés forrása főleg a nyers tej volt. A diagnózis felállítására szolgál a haemocultura, továbbá a serológiai vizsgálat. Vagy négyeszeres titer emelkedés, vagy egyetlen magas agglutinációs titer ($\geq 1 : 320$). Emelkedett Brucella specifikus ELISA IgM titer ($\geq 1 : 400$), IgG ($\geq 1 : 800$), IgA ($\geq 1 : 200$) önmagában pozitívnak tekintendő. A kezelést i. m. aminoglycosidokkal kezelték be. 2 hétig kiegészítették streptomycinnel és 5 napon keresztül gentamycinnel. Az effektust 2 havonta ellenőrizték a klinikai tüne-

tek, serológiai vizsgálat és a haemocultura alapján. Ha újabb fertőződés nem történt és relapsus következett be, megismételték a kezelést. Valamennyi betegük seropozitív volt. 506 (46%) haemoculturájuk Brucella melitensis pozitívnak bizonyult. A kezdeti kezelést különböző módon folytatták 186 nyolc évnél idősebb betegben. 131 oxytetracyclin és 55 doxycyclin kezelést kapott. Kezdetben jól reagáltak, de relapsus következett be 6 hónapon belül. Trimethoprim-sulfamethoxazol (TS) kezelés hasonló eredménnyel járt 161 betegben (48 relapsus 6 hónapon belül). 87 beteg rifampint kapott, 4 relapsus következett. Kombinált kezelést 140 beteg kapott. Oxytetracyclin + TS 61 betegben (3 relapsus). Rifampin + oxytetracyclin 45 betegben (2 relapsus). Rifampin + TS kezelést 34 beteg kapott (2 relapsus). Nem volt relapsus a rifampicin + gentamycin, doxycyclin + streptomycin, TS + gentamycin, oxytetracyclin + gentamycin kezelésben részesültekben. A FAO/WHO 1970-ben antibrucelláris terápiának javasolta a tetracyclin + streptomycint. Ezen változtatott 1986-ban, doxycyclin + rifampint ajánlva. A rifampin önmagában súlyos mellékhatással járt, azonkívül olyan területen, ahol tuberculosis van, az esetleges gyors rezisztencia miatt sem ajánlatos. A halálozás alacsony, de mellék tünetekkel és szövődeményekkel számolni kell. Szövődmények: maculo-papulosus exanthema, hányás, cholestatikus icterus, thrombocytopenia, Stevens–Johnson-syndroma. A kezelés sikere a kombinált kezeléssel biztosított, a kezelés időtartamától függetlenül.

(Ref.: Az igen nagyszámú beteg klinikai állapota, lezajlott betegsége, különösen a csecsemők, kisgyermekek tápláltsága minden bizonnyal befolyásolta a brucellosisuk kimenetelét. Tanulságos lett volna a halálozás részletes ismertetése számadatokkal és sectiók leletekkel.)

Farkas Éva dr.

Neurobrucellosis gyermekekben. Lubani, M. M. és mtsai (Departments of Pediatrics at Farwania, Ministry of Public Health, Kuwait): Pediatr. Infect. Dis. J., 1989, 8, 79.

A brucellosisnak ritka az idegrendszeri szövődménye. Gyermekkori komplikációról eddig 13 esetet ismertettek. A szerzők előző (előzőekben ismertetett) tanulmányában 9 neurológiai szövődmény kísérté a fertőzést. Meningeális tünetek, a VIII. agyideg laesioja, cerebelláris ataxia, egy betegben coma kíséretében liquoreleváltozások is voltak. Pleocytosis (lymphocytosis), emelkedett fehérje- és alacsony cukorérték. Az EEG csupán két betegben járt műló, nem jellegzetes eltérésekkel. CT vizsgálat során egy betegben táguolt oldalkamrákat láttak. 3 hónap múlva ismételt vizsgálatnál normális állapotnak megfelelő volt a helyzet. A betegek kezelése az ismertetett köz-

lemény elvei szerint történt. A kórokozó haemoculturából 5 betegben, liquorból 3 betegben tenyésztett ki. A serológiai titer 6 hónap múlva csökkent. Fél és egy év múlva ellenőrző vizsgálatnál sem hypacusist, sem neurológiai tüneteket nem észleltek. Relapsus, halálozás nem volt.

[Ref.: hiányérzetet kelt, hogy részletes neurológiai státust nem ismert a tanulmány. Annak alapján lehetne pontos kórismét feldállítani. A betegek anamnézise is befolyásolná a történetet. (Koraszülöttség, intracranialis vérzés, meningitis, eklampsia.) Az utóbbi vizsgálatok további elvégzése és kiterjesztése pszichológiai, részletes organikus neurológiai, EEG vizsgálatokra szolgálhatná az alapot annak megítélésére, hogy valóban nem maradt-e residuum a szövődeménynek.]

Farkas Éva dr.

Endokrinológia

TSH-termelő hypophysisadenomák és szekunder hyperthyreosis. Knoepfel, M. C. és mtsai (Medizinische Klinik, Universitäts-spital Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 1159.

Hyperthyreosis kapcsán a TSH-termelés rendszerint alábbhagy. Mintegy három évtizede jelentek meg az első beszámolók nagyobb fokú TSH-termeléssel járó hyperthyreosisokról és azóta az irodalomban mintegy 70 olyan eset ismeretes, ahol TSH-termelő (mikro- vagy makro-) hypophysis adenoma fordult elő.

A szerzők ezen együttes előfordulását 26 éves nőbetegükkel példázzák, akinél többéves oligomenorrhoea-amenorrhoea-fázis után hyperthyreosist állapítottak meg. Mivel a TSH magasabb volt és radiológiailag TSH-termelő hypophysis-makroadenomát diagnosztizáltak, így ezt transnasalis és transspenoidalis elválították; a műtét után a beteg állapota javult, de nem teljesen normalizálódott, így hypophysis besugárzásban is kellett részesíteniük, amelynek hatásosságának eldöntése még folyamatban van.

Végeredményben a tanulmányuk szerint a TSH-t termelő hypophysis adenomák ritkák, és típusosan relatíve enyhe hyperthyreosist vezetnek; ennek gyanúját fejfájás, hypopituitarismus, vagy egyéb hormonok túltermelése keltik fel. A labor-paraméterekben a TSH emelkedett, a T₃ vagy T₄ normális vagy fokozottabb. A hypophysis tumort a CT- és MRT-vizsgálat erősíti meg. A választandó kezelés a transnasalis-transspenoidalis hypophysectomia csatlakozó radioterápiával. Ha a kezelés sikertelen, a somatostatinanalog octreotid hosszabb idejű adása csökkenti a TSH-termelést és euthyreosist vezet. Minden hyperthyreosisban a TSH meghatározandó; ha ez magasabb, CT-val vagy MRT-val hypophysisadenoma után kell kutatni; ugyanez vonatkozik terápia rezisztens amenorrhoeára is.

iff. Pastinszky István dr.

Az „öregedő” pajzsmirigy. Pajzsmirigy hormonok alkalmazása idős korban. Sawin, C. T. és mtsai (Vet. Adm. Med. Cent., Boston): JAMA, 1989, 261, 2653.

A pajzsmirigy (pm.) hormonokat ill. korábban a pm. extractumát a hypothyreosis kezelésén kívül számos más betegségben alkalmazták, főleg olyanokban, amelyek egyes tüneteikben hasonlítottak a hypothyreosisra. Adták rheumatismusban, scleroderma-ban, obesitasban is, de pm. hormonnal kezelték a sterilitást, habitualis abortust, az alacsony alanyanyagcserével járó állapotokat, úgymint anorexia, nephrosis, hypochrom anaemia, obstipatio stb. Ezekben a nem pm. betegségekben a pm. hormonok jótékony hatása azonban nem bizonyított. Manapság pm. hormont kell adni a pm. működésének elégtelensége esetén vagy a pm. anatómiai elváltozásánál (struma, göb, tumor). A nem megfelelő indikációval alkalmazott pm. hormon kezelés veszélyekkel jár, különösen idős korban. A szerzők a Framingham-tanulmányhoz csatlakoztak és az ott eredetileg megfigyelt 5209 betegből (megfigyelési idő több mint 38 év) a túlélőkön vizsgálták a pm. hormonok alkalmazását. Azokat a betegeket tekintették át, akik a 15. két éves (1980-ban befejeződött) vizsgálatkor pm. hormont szedtek. Csoportjukban az átlagos életkor 68,6 év volt. E betegeket aztán 2—8 év múlva újvizsgálták.

A 2575 vizsgált betegből 178 szedett pm. hormont (6,9%), a nők 10%-a, ill. a férfiak 2,3%-a. A kezelést akkor tartották indokoltnak, ha azt hypothyreosis, ill. egyéb pm. elváltozás miatt végezték (pm.-göb, tumor). Eszerint a nők 13%-a szedett indokolatlanul mp. hormont, a férfiaknál ugyanez 32% (!) volt. A hypothyreosis miatt kezelték 22%-ának volt magasabb a TSH szintje, vagyis a terápia elégtelen volt. Az összes hypothyreotikus beteget tekintve, a vizsgálat egy-egy időpontjában, 37%-ban volt kimutatható a kezelés elégtelensége. Az utolsó vizsgálatnál a betegek 49%-a szedett thyroxint, 51%-a szártított pm. kivonatot. A rossz kontroll eredményű, végeredményben elégtelenül kezelt betegek az utóbbi csoportból kerültek ki.

A pm. elváltozások összességükben ezen az idős betegcsoporton 8,5%-ban fordultak elő (magas prevalencia! — Ref.), 11,7%-ban a nőknél, 3,9%-ban a férfiakon.

A szerzők szerint (is) az obesitas, hypercholesterinaemia pm. hormon kezeléssel indokolatlannak kell tekinteni. Ma a pm. hormonkezelés módja (ritka kivételektől eltekintve) thyroxin rendelése, a különböző extractumokkal szemben a thyroxint kell előnyben részesíteni.

Idős betegekben a thyroxin supraphysiológias dosisát kerülni kell a coronaria betegség rosszabbodásának veszélye miatt.

[Ref.: az egyébként elgondolkodtató adatokat felvonultató tanulmány adós marad a pm. hormonnal kezelték tapasztalható szövődemények megfigyelésével és értékelésével. Bár hangsúlyozza a coronaria betegség romlásának veszélyét idős betegek-

ken, nincs szó pl. thyreotoxikus osteopathiáról, mint újabban megismert veszélyről, utalnék Holló és mtsai ismert vizsgálataira.

Remélem, hogy nálunk kevesebben szednek indokolatlanul pm. hormonokat, mint a tanulmányban szereplő populációban. A modern irodalom egy része egyébként a strumák növekedésének megakadályozására alkalmazott, suppressív thyroxin kezelés létjogosultságát is megkérdőjelezi (pl. ETA '88, Montpellier, Ann. d'Endocrinol., 1988, 172.)

Végül: sokszor és sok helyen elmondtuk, hangsúlyoztuk, hogy végre túl kellene már lépni a szártított pm. hormon készítmények alkalmazásán! A pm. hormonkezelés ma — ritka kivételektől eltekintve — egyet jelent a thyroxin alkalmazásával. A cikk is erre ösztönöz. Hypothyreosisban egyébként ugyanúgy térítésmentesen kellene biztosítani a thyroxint, mint diabetes mell.-ban az insulint.)

Konrády András dr.

Pajzsmirigy hormonkezelés: régi módszer — új megfontolások. Cooper, D-S. (Szerkesztőségi cikk). (Sinai Hosp. of Baltimore USA): JAMA, 1989, 261, 2695.

A szerkesztőségi cikk az előzőekben ismertetett tanulmánnyal kapcsolatban fűz kommentárt a pajzsmirigy (pm.) hormonkezeléshez.

A pm. hormonkészítmények két csoportra oszthatók: szintetikus és biológiai szerek. Utóbbiakat ma már mellőzni kellene: thyroxin (T₄) mellett trijódthyronint (T₃) is tartalmaznak, ezek aránya állatfajonként változó, függ az étrend jódtartalmától, az évszaktól és egyéb faktoroktól. A biológiai preparátummal kezelt betegek ellenőrzése nehezebb.

A szintetikus készítmények közül a T₄-et kell használni. A T₃ felszívódása után koncentrációs csúcsok alakulnak ki — átmeneti hyperthyreotikus állapottal. T₃ alkalmazása azért sem indokolt, mert a perifériás szövetekben képződik T₃, amelynek fő forrása a T₄ (T₄—T₃ konverzió). Hasonló megfontolás alapján a kombinált T₃ + T₄-t tartalmazó készítmények használatát sem logikus.

A pm. hormonkezelés indokolt substitúciós kezelés formájában hypothyreosis esetén vagy suppressió kezelésésként struma, pm.-göb és pm. daganat esetén. (A suppressió kezelés egyes eseteinek létjogosultsága — pl. struma megkisebbitése — megkérdőjelezhető. — Ref.) Van még egy indikációs terület: konvencionális antidepressans kezeléssel szemben resistens depressio.

Pm. hormonkezelés monitorozására supersensitiv TSH meghatározás szükséges, mert a hormon túlادagolása (iatrogen hyperthyreosis) csak így leplezhető le (a konvencionális TSH módszerek az igen alacsonyra suppressált TSH szintek kimutatására alkalmatlanok).

Ha kételkednénk adott beteg esetén a pm. hormonkezelés helyességében, a gyógy-

szerelést abba kell hagyni és kb. 3–6 hetet várni. Ennyi idő szükséges a hypotalamus — hypophysis — pm. tengely normális működésének helyreállításához. Amennyiben ezután a TSH magasabb, a kezelést indokolt visszaállítani.

Idős korban az egyébként substitutióra ajánlott 1,8 µg/kg thyroxin dosist 20%-kal tanácsos csökkenteni.

Konrády András dr.

Retrovíruszerű sequentiák Graves' kórbán: jelentősége a humán autoimmunításban. Ciampolillo, A. és mtsai (Department of Immunology, University College and Middlesex School of Medicine, London; Institute of Cancer Research, Royal Cancer Hospital, London and Universidad Autonoma de Barcelona, Hospital de Badalona, Barcelona): *Lancet*, 1989, I, 1096.

A szervspecifikus autoimmun betegségek klinikai kezdetét jóval megelőzően a humorális és sejt közvetítette immunitás nyilvánvaló jelei észlelhetők a releváns sejt autoantigénjei ellen. Ez a megfigyelés vetette fel annak a lehetőségét, hogy egy okult, perzisztens vírusfertőzés teszi a target sejteket vulnerábilissá az autoimmun folyamatokra anélkül, hogy akut sejtkárosodást okozna. Közöséges környezeti tényezők, mint Cocksackie, vagy Cytomegalovírusok kerültek gyanúba az I. típusú diabetes esetében, de direkt szerepük mindeddig csak közvetetten bizonyítható.

Később állatkísérletes munkák rámutattak arra a lehetőségre, hogy bizonyos — lassan replikálódó vírusok családjába tartozó — vírustípusok szerepet játszhatnak a humán autoimmunításban. Egy új avian leukosis vírust (ev22) találtak spontán autoimmun thyroiditisben szenvedő obes-csirkék genomjába épülve, non-obes diabeteses egerek pancreasának béta-sejtjeiben retrovíruszerű particulumokat detektáltak és retrovírus C típusú particulumokat azonosítottak olyan, genetikusan érzékeny egerek szigetsejtjeiben, melyekben kis dózisú streptozotocinnal diabetes indukálható. Lehetséges, hogy hasonló endogen vírus aktiváció, vagy exogen vírus infectio vezet predisponált emberekben autoimmunításhoz?

Az autoimmun pajzsmirigy betegségben szenvedő betegek epithel-sejtjein a normálistól eltérően MHC molekulák jelennek meg. Egy korábbi hypothesisnek megfelelően ez a jelenség teszi képessé a sejteket arra, hogy klasszikus, antigén prezentáló sejtként viselkedjenek. Mivel a DNS és RNS vírusok modulálni képesek az MHC molekulák megjelenését a legkülönbözőbb sejtvonalakon, kézenfekvőnek tűnik a kapcsolat a normálistól eltérően megjelenő MHC molekulák és vírus jelenléte között in vivo. Erre alapozva kerestek retrovírus-szerű sequentiákat Graves' kóros betegek pajzsmirigy sejtjeinek és perifériás vér mononuclearis sejtjeinek DNS-ében.

Mind az öt pajzsmirigyben pozitívnak találtak a HIV-1 gag 720 szakasz jelenlétét. A gél elektroforézissel szétválasztott DNS sávok intenzitása azonban jelentős különbségeket mutatott. A perifériás vér mononuclearis sejtjein három esetben észleltek pozitívítást. A kontrollként használt ép pajzsmirigy szövetben, máj-szövetben és vírusokkal fertőzött sejtvonalakon hasonló jelenséget nem észleltek.

A vizsgálat specifikus voltát el kell fogadni a kontrollok negativitása alapján. A HIV-1 és HTLV-1 antitestek hiánya ezen betegek vérében, valamint az, hogy a betegek nem tartoztak az AIDS 'rizikócsoporthoz' az ellen szól, hogy a Graves' kór pathogenezisében a HIV-1-nek szerepe lenne. Premkumar Reddy és mtsai nemrég felvették a lehetőségét annak, hogy a HTLV-1-nek szerepe van a multiplex sclerosis, mint autoimmun kórkép pathogenezisében. Érdemes megemlíteni azt is, hogy Stacik és mtsai már 1975-ben leírták retrovírus-szerű particulumokat DeQuervain thyroiditises pajzsmirigyben.

Eredményeik nem teszik lehetővé, hogy különbséget tegyenek abban, hogy a vírus-szerűségek a thyreocyta genomjába épültek-e be, vagy a pajzsmirigyet infiltráló lymphocyták DNS-ében lokalizálódtak. Mivel azonban a thyreocyta kultúrák extenzív mosásával a hybridizációs szignál jelentősen csökkent, okuk van feltételezni, hogy az infiltráló autoreaktív lymphocyták tartalmazzák a vírus gén sequentiát.

A pajzsmirigy és a perifériás vér DNS-ében nyert pozitív és negatív eredmények korrelációjának hiánya valószínűleg dilúciós effektus, mivel a perifériás vérben nagyon kevés keringő autoreaktív lymphocyta van jelen, szemben a pajzsmirigyet infiltráló lymphocyta mennyiséggel.

Jelen eredményeik arra utalnak, hogy feltehetően exogén retrovírussal állunk szemben: 1. normál szövetek és sejtvonalak negatívak voltak; 2. a nyert sequentiák polymorphismusa jelezhet intrinszcikus vírus-gén polymorphismust, de jele lehet néhány preferált integrációs helynek is; 3. az azonos mennyiségű DNS minták ellenére észlelt eltérő intenzitású sávok azt jelezhetik, hogy az adott mintában különböző mennyiségű replikált vírus van jelen.

Ezen megállapítások alapján úgy tűnik, hogy a jelenség szorosabb kapcsolatban áll az autoimmunítással, mint más pajzsmirigy betegségekkel. A vizsgált betegszám kicsi volt, és ami még fontosabb, a vizsgált anyag végeredménye egy évvel ezelőtti elkezdődött folyamatnak.

Betegeiknek egy közös jellemzőjük volt: hosszan tartó thyreostaticus kezelésben kellett részesülniük tartós hyperthyreosis miatt. Az, hogy a karbamazol hogyan hat az exogén retrovírusokra, további tisztázásra vár, de ez a thyreostaticum nem befolyásolja a perifériás fehérvérsejteket.

Összefoglalva: bizonyítékot találtak egy új retrovírus jelenlétére autoimmun pajzsmirigy betegségben. A fertőzés korai életkorban következhetett be, és rejtve maradt mindaddig, míg a 'genetikai drift' lehetővé

tette az immunológiai surveillance alóli 'megszökését', ahogyan az az állati lentivírusok esetében történik. Valószínűleg ez a fertőzés nem egyedül oka a betegségnek: más környezeti impulzusok (vírusok, kemikáliák) precipitálhatják a betegséget.

Bakó Gyula dr.

A sugártherápia szerepe az endocrin orbitopathia kezelésében. Feyerabend, T. és mtsai (Klin. u. Poliklin. f. Strahlenther., Univ.-Klin. f. Augenheilk., Klin. u. Poliklin. f. Nuklearmedizin, Univ. Würzburg): *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 1989, 195, 1.

Az endocrin orbitopathia (eo) a hyperthyreosis betegek 40%-ában alakul ki, de önálló kórként is észlelhető. A kórkép autoimmun eredetű, jellemzői a lymphocytás plasmocytás infiltratio, a fibroblastok proliferációja, mucopolysacharidok lerakódása a retrobulbaris térben, főleg a zsírszövetben és az izomzatban. Klinikailag jellemző az exophthalmus, a szemhéjduzzanat, a szemizmok mozgászavara, súlyos esetekben corneaerosio, visuskárosodás. A kezelés tüneti, melynek során gyógyszeres, sugaras és műtéti megoldásokat kombinálnak.

A szerzők 15 beteget (döntően Werner szerinti IV. stádiumú eo miatt) részesítettek sugárkezelésben telekobalattal, lencsetakarrással, opponáló állómezőkből, 250–2000 cGy összgyóg dózissal, 50–200 cGy-s frakciókban. 6 fő kiegészítő cortison-kezelést (40 mg prednisolon-ekvivalens/nap) is kapott. A tünetek kezdetétől a besugárzásig 5 hó–17 év (medián 40 hó) telt el.

A betegek 2/3-ában következett be 4–16 héten belül javulás, főleg a rövid anamnéziséknél. A Donaldson szerinti orbitopathia-index 6,9-ről 4,5-re csökkent. A szubjektív és szemészeti vizsgálattal kimutatott javulásokat a CT-kép is támogatta. Cortison egyidejű adása az eredményeken nem változtatott.

Ugyan több betegnél észleltek a lencsében zavarosodást, de ez csak egyikükön mutatott a sugárkezeléssel időbeli kapcsolatot, s a dóziskalkuláció alapján itt sem volt bizonyítható radiogen cataracta. A sugárkezelésnek mellékhatását nem észlelték.

A szerzők véleménye szerint hyperthyreosisban elsődleges az euthyreosis elérése, súlyos panaszok esetén (szemhéjduzzanat, chemosis) steroid adandó. Autoimmun eo-ban akut schubban (protrusio, chemosis, myopathia) sugárkezelés végzendő, cortisonnal kombinálva. Gyors progressio, a nervus opticus vagy a cornea veszélyeztetettség esetén a műtéti decompressio a célterület.

A sugárkezelés véleményük szerint eredményes, kevés kockázattal járó módszer, korán megkezdve, megfelelő technikával 10–15 Gy összgyóg dózis leadása célszerű. Az esetek jó részében nemcsak a szubjektív panaszok (akár többéves anamnézis után is!), hanem az objektív eltérések is javulnak.

Pikó Béla dr.

Az asymptomás mellékvesetumrok diagnosztikája és terápiája. Reinecke, M. és mtsai: Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 861.

A szerzők 32 véletlenül, ultrahang és CT vizsgálat során verifikált mellékvesedaganat klinikai jellemzőivel kapcsolatos tapasztalataikat ismertetik. 23 nő és 9 férfi betegnél más céllal végeztek el az UH és CT vizsgálatot, és véletlenül bukkantak rá a daganatra. A klinikum egyik esetben sem volt jellemző mellékvesetumorra, az erre vonatkozó vizsgálatokat csak a véletlen felfedezés után kezdték meg. Nyolc esetben volt kétoldali, átmérőjük 1–9 cm között ingadozott, három betegnél találtak cortisol secretiót (dexamethason inhibíciós teszt), egy esetben benignus phaeochromocytomát, ahol abnormálisan magas volt az adrenalin- és noradrenalin ürítés (10, ill. 100 µg felett). Túbiopsiával két esetben észleltek jóindulatú daganatot. Nyolc esetben indikáltak adrenalectomiát (egy esetben phaeochromocytománál, hat adenománál és egy ganglioneurománál). A többi 11 betegnél a CT vizsgálatot megismételték 6–48 hónap múlva. Egy esetben sem észlelték a tumor átmérőjének növekedését. Ezáltal bizonyítva lenni látszik, hogy a benignus tumorok sokkal gyakoribbak, mint a malignusak. Esszenciálisnak tűnő hypertonia mögött tehát gyakran húzódnak meg mellékvesedaganatok, ha nem is gondolunk rá. Ha a daganat átmérője 6 cm felett van, indikált az adrenalectomia, hogy a malignus elfajulást elkerüljük. A CT vizsgálat jelentőségét aláhúzza az is, hogy egy esetükben már metastasist is kórisméztek. A CT vizsgálat tehát a ritka tumorfajta kórismézésében olyan esetekben is célravezető, amikor a klinikusban fel sem vetődik mellékvesetumor, vagy esetleg malignitás lehetősége.

Bartók András dr.

Terhesség Addison-kórban. Wieacker, P. és mtsai (Universitäts-Frauenklinik und Abt. f. Endokrinologie der Medizinischen Universität Freiburg): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1117.

Az Addison-kór (A. k.) leggyakoribb okai autoimmun folyamatok és fertőzések (mint a tb.), továbbá az adrenocorticalis atrophia; ritkább kiváltó okai lehetnek a tumormetastasisok, a mellékvese vénák thrombusai, tárolási betegségek.

Autoimmunológiai A. k.-nál ritka a terhesség; ha azonban bekövetkezik, a terhes nő, mind a terhesség, mind a szülés és a postpartalis fázisban veszélyeztetett. Ezt a szerzők egy 29 éves autoimmun eredetű A. k.-nőbetegükkel példazzák, aki a terhesség 8. hónapjában Addison-crisis miatt került kórházi felvételre. A crisis sikeresen befolyásolták konyhasó-oldat infúzióval, valamint cortison adásával (0,25 mg hydrocortison és 0,05 mg/d fludrocortison). A 21. terhességi héttől kezdődően a fludrocortison dózisát 0,10 mg/d-re kellett felemelni-

ők, mert ismét hyponatraemia és hypotensio fejlődött ki. A terhesség 32. hetétől a latens hypoglycaemia miatt a hydrocortison dózisát 37 mg/d-re emelték fel; a 35. héttől a fetalis növekedés fokozódó retardációja miatt 50 mg/d-re emelték fel. A terhesség 282. napján spontán, érett gyermek született. A fájások kezdetén a beteg 100 mg, a szülésnél pedig még egyszer 50 mg hydrocortison kapott. A szülés utáni három napban a substitúciós terápiát fokozatosan az eredeti (terhesség előtti) dózisra redukálták.

Összefoglaló véleményük szerint az A. k. típusos terhességi szövődményei: 1. Addison-crisis főleg a terhesség korai idejében és perinatalisan, valamint a hypoglycaemia; 2. Az A. k.-terhesség típusos kockázatai adequat, individuális substitúciós terápiával elkerülhetők; így a kezeletlen. A. k. anyák 77%-os mortalitási rátája 0,02%-ra süllyedt. 3. Amennyiben lehetséges, törekedni kell per vaginam szülésre és postpartalis három hónapban a glucocorticoid terápiát a szükségesnek megfelelően emelni kell. 4. A gyermek kockázata csekély; adequat substitúciós terápia és normoglycaemia esetén a gyermek normálisan fejlődik. A túladagolás fetalis mellékvesekéreg hatását a diaplacentalis átjutó glucocorticoidok supprimálják; ezért ügyelni kell az újszülöttnél a postpartalis hypoglycaemia fellépésére. Az anyai autoantitestek az IgG-osztályhoz tartoznak és a placentán átjutnak, azonban az A. k.-jeleit a gyermeknél nem észlelték.

iff. Pastinszky István dr.

Ectopiás adrenocorticotrop hormon syndroma: tumorkeresés 28 esetben.

Doppman, J. L. és mtsai (Georgetown University Medical Center, Washington): Radiology, 1989, 172, 115.

Cushing-szindrómás betegekben laboratóriumi vizsgálatokkal valószínűsíthető az ectopiás ACTH-termelés, a szerzők azonban legmegbízhatóbbnak a sinus petrosus véréből végzett hormonszint meghatározás eredményét tartják. Ha ennek ACTH szintje nem emelkedett a perifériához képest, a hypophysis-eredet kizárható. Ilyenkor a tendő az ACTH-termelő tumor megkeresése és eltávolítása.

A szerzők 28 beteg ez irányú vizsgálatainak tapasztalatairól számolnak be. Különböző radiológiai eljárásokkal 19 esetben sikerült igazolniuk a hormontermelő tumor vagy áttéteinek jelenlétét. Ezek között szerepel 11 bronchus-carcinoid, 2 thymus-carcinoid, 3 phaeochromocytoma és 3 szigetsejt-daganat. 8 betegnél sikerült a tumor eltávolításával meggyógyítani, 6 esetben csak részleges daganateltávolításra volt lehetőség, de a közlés idején ezek a betegek életben voltak, 5 beteg meghalt. Összesen 9 betegben nem sikerült megtalálni az ACTH termelés forrását. Ezek közül egy meghalt pneumoniában, a többi pedig kétoldali mellékveseeltávolítás és gyógyszer-

es kezelés mellett életben van. Az alkalmazott radiológiai vizsgálóeljárások között a sinus petrosusból történt mintavétel kivül szerepel a szelektív bronchialis és zsigeri angiographia, vénás vérmintavétel a különböző szervek területéről, jódbenzilguanidin scintigraphia és CT vagy MR.

Végso tanulság, hogy ha a CT lelet negatív volt, egyetlen más eljárás sem volt képes a tumort kimutatni. A korábbi megfigyelésekkel összhangban az ACTH termelés hátterében leggyakrabban bronchus-carcinoid bújik meg. Mivel ezek potenciálisan rosszindulatú daganatok, ki zárásukra a CT vizsgálatot legalább fél-évenként akkor is szükséges megismételni, ha a hormonszintet sebészileg vagy gyógyszeres kezeléssel sikerült rendezni.

Laczay András dr.

Rehabilitáció

A kerekesszékek színvonalára. Mulley, G. P. (Dept. Med. for the Elderly, St. James Univ. Hosp., Leeds LS97TF): Br. med. J., 1989, 298, 1198.

A szerző kritizálja a kerekesszékek technikai színvonalát, a kor technikai színvonalához viszonyítva elfogadhatatlannak minősítve a jelenlegi kerekesszékeket. Véleményét irodalmi hivatkozásokkal is rendre alátámasztja. Az elektromos meghajtású kerekesszékek véleménye szerint nagyok, nehezek, hirtelen indulnak és állnak meg, nehéz velük manőverezni, az akkumulátorok gyorsan kimerülnek. Javasolja fokozatos gyorsulást, illetve lassulást biztosító szabályozó berendezet beépítését és a többi felsorolt hiányosságok kiküszöbölését.

Az önhajtós kerekesszékeket két részben tárgyalja. A kórháziak nagy része nincs karbantartva, a fékeket nehéz kezelni, sőt nagyobb részükben a fékek használhatatlannak. A betegek, fogyatékosok saját otthoni önhajtós kerekesszékei gyakran meghibásodnak. A tömör kerekesszékek nehezek, könnyen elakadnak. A tömlős kerekesszékek sincsenek jól felfűjva, ilyenkor nehezebb a kerekesszék hajtása, komoly fizikai erőpróbának teszik ki az általában idősebb betegeket. A kerekesszék méretei a lakáshoz képest gyakran túl nagyok. A lábtartók nem biztonságosak, kifogásolja a kartámaszok minőségét is, amelyek ha nem kivehetők, akadályozhatják a kerekesszékbe való átülést, ezen kívül a kerekesszék hajtását akadályozhatják pl. magasságukkal, rossz felületkialakításukkal. Javasolja szintetikus habanyaggal töltött kerekesszékek használatát, a felsorolt alkatrészek jobb tervezését és kórházi kerekesszék-szakrendelések létrehozását.

(Ref.: A referált cikknek több fontos tanulsága van. Az angliai és általában a nyugat-európai kerekesszék-választék a hazai mellett igen bőségesnek, minden igényt kielégítőnek tűnik, az elégedetlenség mégis

a hazaihoz hasonló. Néhány hét alatt négy szerkesztőhöz írt levél is reflektált Mulley írására. Hármán, szakemberek, hangsúlyozták, hogy bár valóban lehet tovább javítani a kerekesszékek minőségét, a legtöbb hiba abból adódik, hogy egyéni szokások szerint, nem pedig a beteg egyéni adottságainak és szükségleteinek megfelelően rendelik a kerekesszéket. A kifogásolt alkatrészek megfelelő alternatívái léteznek, bár általában költségesek. Vannak már kerekesszék-ellátó szakrendelések is, amely szakértő teamek egyénre szabott jó ellátást biztosítanak. A kórházi kerekesszékek karbantartásával felelőst kell megbíznai, ahol ilyen van, a kerekesszékek jó állapotban vannak. A negyedik hozzászóló idős orvosnő, hemiplegiás férjét gondozza otthon kerekesszékekben. Úgy véli, hogy főleg ha a kerekesszéket nemcsak sík terepen kívánják használni, ahhoz sportolói erőre van szükség. Ő főként a fékek minőségét kifogásolja. A cikk és hozzászólások együttes tanulságai nemcsak a kerekesszék-ellátással kapcsolatosak.)

Kullmann Lajos dr.

A terheléses vizsgálatok jövője. Foster, C. (Univ. Wisconsin Med. School): Sports Med., 1988, 6, 11.

E diszciplína történetében (lásd Ellestad, M. H.: Stress testing: principles and practice. F. A. Davis Co., Philadelphia, 1986, 3. kiadás) az utóbbi tíz évben egyre rafináltabb EKG regisztrálás és kiértékelés, ultrahang és izotópok használata vonult be a munkába. Ha a jellemző ST elváltozás csak relatíve nagy terheléskor (6 MET, vagy 25 000 feletti kettős szorzatnál: pulzus $\times$ sziszt. vérnyomás) lép fel, vagy a megállást követően 3 perc alatt eltűnik, kisebb a valószínűség a koronária betegségre. Ha a 100 ütésnyi pulzusemelkedésre számított ST-segmenet változás nagyobb 6 mm-nél, az bizonyosan szívinfarktus ischaemiát jelez. Az EKG eltéréseket kiváltó kettős sorozat az évek során egyre csökkenhet mutatva a betegség progresszióját. Mind a kettős sorozat, mind a spiroergometriával mért oxigén-pulzus jelzi a bal kamrai ejekciós frakciót. A gázcsera mérése a terhelés során jobb bepillantást enged az oxigén szállítás mechanizmusába, és segíthet a kezelés vezetésében is (Weber, K. T. et al.: Circulation, 1987, 76, Suppl. VI., 40–53) a ventilációs anaerob küszöb mérésével is.

A terhelés közben injektált tallium 201 nagy biztonsággal utal arra, hogy van-e rosszabbul perfundált szívinfarktus terület. Ha nem terhelhető a beteg, az intravénás dipiridamol (értágító) után elvégzett scintigráfia vezethet a diagnózishoz. Az ejekciós frakció és a kamrafalmozgás helyi eltérése a terhelés alatt korábban jelzi a hypoxiát mint az EKG. A terhelés növelésének és abahagyásának dinamikája és az (átmeneti) szívinfarktus hypoxia fellépésének kapcsolata az életvezetésben és az egészségvédő fizikai aktivitás végzésében felhasználható in-

formációkat adhatnak. Egyszerű, relatíve olcsó módszer a kardiokimográfia amely a helyi falmozgásról jól tájékoztat. (Weiner, D. A.: JACC, 1985, 6, 502). A különböző módszerek által adott eredmények gyengén korrelálnak egymással, szükség lenne kiértékelő pontrendszer bevezetésére. Számos előnnyel bír a technécium 99-nel szemben az arany 195. A PET (pozitron emissziós tomográfia) és a SPET (single photon emission tomography) ígéretes, ámber költséges módszer a (szív)izom anyagcsere tanulmányozására (Schelbert, H. R.: Seminars in Nuclear Medicine 1987, 17, 145). Az echokardiográfiát mintegy 10 éve használják kerékpár terhelés közben vagy utána. A 2D-echo és a Doppler kombinációja a vérólvolumen noninvaszív mérésére ad lehetőséget. A hidegpróba (jeges vízbe merítjük a kezét 3–5 percre) a terheléssel kombinálva előhozhatja az egyébként latens EKG eltéréseket. A kar ergometria (áttekintés: Franklin, B. A.: Sports Med., 1985, 2, 100) kevésbé standard módszer, mint a futás vagy kerékpározás, a szubmaximális terhelés alatt viszont magasabb a pulzus és a vérnyomás, mint ugyanakkora kerékpár terheléskor, így bizonyos foglalkozás, bizonyos panasz esetén ezt lehet/kell választani. A súlyok emelése, izometrikus tartása 320/250–480/350 hgmm-es intraarteriális vérnyomást válthat ki. A rehabilitációban egyébként igen hatékony, súlyemelés is magában foglaló köredzésprogramok során erre is tekintettel kell lenni, illetve ilyen típusú terhelés kapcsán tesztelhetők a betegek csakúgy, mint pl. a teher mozgásával járó testi munka szimulálása alatt. A napi megterhelések sokszor nem steady state jellegűek, előfordulnak rövid szupramaximális terhelések is, ezek átmeneti EKG eltérésekkel járhatnak. Az anaerob kapacitás tesztelésére használható hasonló terhelésmódok nem csak diagnosztikumként, hanem rehabilitációra is felhasználhatók (Oldridge, N. B. et al: JACC, 1988). Ezek az új ismeretek egy kissé megtingatják az „aerob rezsim” mindenhatóságát. A pszichológiai terhelések (számolási feladat, reakciósebesség, videójáték stb.) nem bizonyultak elég standardnak és diagnosztikus értékűnek. Bármely terheléses próba sikeres teljesítése – akár az ételtárral együtt – növeli az önbizalmat, segít az életvezetés normalizálásában. A természetes mozgások telemetrikus követése diagnózisra és a rehabilitáció vezetésében is segítségül szolgálhat.

Apor Péter dr.

A geriatrai rehabilitációs utókezelés hatékonysága idős nők combnyaktörése után: randomizált klinikai vizsgálat. Kenne, D. C. és mtsai (Dept. of Geriatric Medicine, Royal Infirmary, Stirling FK8 2AK): Brit. med. J. 1988, 297, 1083.

Az időskori combnyaktörés két fő oki tényezője az osteoporosis és az egyszűly

instabilitása. Combnyaktörés után egy éven belül az idős nők mintegy 30%-a meghal. Az életben maradtak egynegyedét is kitéhetik azok, akiknek általános állapota rosszabb, mint a törés előtt, számos esetben tartós ápolásra szorulnak. Az orthopéd és geriatra együttműködése előnyeit mindig többnyire retrospektív kontrollcsoporttal szemben mutatták ki.

Másfél év alatt 144 operált combnyaktörött volt 65 éves vagy ennél idősebb nő. Közülük 36-ot kizártak a vizsgálatból az előre meghatározott kritériumok alapján: patológiás törés, vagy 7 napnál rövidebb postop. ápolás (meghalt, kibocsátották), vagy nem szállítható. Sorsolással (random) választott 54 beteget átszállítottak az 5 km-re lévő perifériás kórházba, ahol geriatra irányításával végezték a rehabilitációt. Másik 54 beteg az orthopéd-sebészeti osztályon maradt (kontrollcsoport). Mindkét csoport részesült fiziko- és okkupacionális terápiában, valamint az indokoltnak látszó egyéb kezelésben.

A geriatrai rehabilitáció eredménye a kontrollcsoporthoz képest rövidebb átlagos ápolási idő, szignifikánsan nagyobb javulása a mindennapi élethez szükséges funkcióknak és aránylag több beteg hazabocsáthatósága saját lakásába a 85 éven aluliak közül. A különbségek fennálltak akkor is, ha a beteget életkoruk vagy mentális státusuk szerint stratifikálták.

A különbség oka a mennyiségileg több és a minőségileg jobb rehabilitáció. Hangsúlyozzák az ápolónők geriatrai tapasztalatának és a geriatrai elvek gyakorlati alkalmazásának jelentőségét. Költségösszehasonlítást nem végeztek, de a rövidebb ápolás és a tartós ápolásra-gondozásra szoruló kisebb száma is költségcsökkentést.

(Ref.: Nálunk az ápolási idő hosszát gyakran az dönti el, van-e az idős betegnek olyan hozzátartozója, aki képes és hajlandó is számára az otthoni felügyeletet, ellátást, gondozást elvégezni és a további rehabilitációjában segíteni.)

Szabó Rezső dr.

A klinikai prognózis kritériuma insultus-betegek rehabilitációjában. Bone, G. és mtsai (Neurol. Abt. der Landesnervenklinik Salzburg und Rehabilitationszentrum Grossmair): Rehabilitation, 1988, 27, 59.

A rehabilitáció törekvései főleg a vascularis eredetű defectus-állapotokra központosulnak, mert átölélő rehabilitációs tréning a gátlásokat redukálhatja, illetve minimalizálhatja. A rehabilitációs potenciál jóslása azonban nehézségekbe ütközik, mert a korai stádiumban ilyen eljárások eredményének becslése gyakran csak nehezen lehetséges. Ezért logikusnak látszik az insultus korai fázisában a körjósati kritériumokat és irányvonalakat könnyen megközelíthető, klinikai paraméterekkel megállapítani, hogy a várandó rehabilitációs eredmények mértékét meg tudjuk ítélni.

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 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, zsírfogyagsere-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 szérum transzamináz 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, vérzésveszély),
- 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!

Megjegyzés: ✖ Csak vényre adható ki.

Csomagolás: 50 db kapszula.



Gyártja
a FOURNIER-DIJON cég
licence alapján a



KŐBÁNYAI 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 insufficientia, 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.

GYÓGYSZERKÖLCSONNTHATÁS: 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 vényre adható ki. Az **injekció** csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



A szerzők 79 ischaemiás sérült beteget vizsgáltak; ezen adatokból kiderült, hogy a klinikai leletek konstellációjából bizonyos mértékben támpont nyerhető az insulzus-betegek rehabilitációs képességének meghatározására és prognosztikus véleményezése a hosszú ideig elhúzódó javulást illetően.

iff. Pastinszky István dr.

Szív- és keringési betegségek

A fogazati állapota és az akut myocardialis infarctus. Mattila, K. J. és mtsa (Dept. of Medicine, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland): Br. med. J., 1989, 298, 779.

A szívkoszorúér-betegségeknek csupán fele-háromnegyed része hozható összefüggésbe eddig ismert rizikótényezőkkel (serum lipoprotein, koleszterinszint, dohányzás, hypertonia, diabetes). Mivel újabban az aetiológiában akut vírus- és bakteriális fertőzéseknek is szerepet tulajdonítanak, továbbá a szerzők akut myocardialis infarctusos betegekben gyakrabban észlelték a krónikus dentális fertőzés jeleit, ez utóbbi tényezők szerepét vizsgálták 100, akut myocardialis infarctuson átesett és 102 egészséges kontrollegyenben. A vizsgáltak 55 év felettiek, és 84%-ban férfiak voltak.

A betegek kórházi felvételekor és négy héttel később meghatározták a serum koleszterin-, triglycerid- és lipoproteinszintet, rögzítették az előző fertőzésekre, dohányzási szokásokra, hypertoniára, diabetesre, és a beteg szociális kategóriájára vonatkozó adatokat. A fogászati vizsgálat során klinikai módszerekkel rögzítették a fogazati, íny és parodontium állapotát, a röntgenvizsgálat orthopantomogram kiértékelésével történt, az elváltozások összességét egy ún. „totális dental-index” segítségével numerikusan fejezték ki, az összefüggéseket statisztikai módszerekkel értékelték. A kontrollegyeneket — Helsinki népességi statisztikai adattárból random módon kiválasztva — kor és nem szerint egyeztetve, egyenként hívták be a betegek kórházi felvétele után, és végezték el rajtuk is a fenti vizsgálatokat.

Az ismert rizikófaktorok közül a dohányzás, serum-lipoprotein és triglycerid-szint, valamint a hypertensio gyakoribb volt a tesztcsoportban. Nem volt különbség a diabetes előfordulásában és a szociális kategória szerinti megoszlásban a teszt- és kontrolcsoport között. A fogászati vizsgálat index-számai viszont statisztikailag szignifikánsan magasabbak voltak az infarctus-csoportban, mint a kontrollban, ami jelentősen rosszabb fogazati állapotra utal. A teszt-csoportban a totális fogazati index szoros korrelációt mutatott a szociális kategóriával: az alacsonyabb szociális rétegbe tartozók fogazata rosszabb volt.

Az észlelt összefüggések magyarázataként a szerzők felvetik az életstílus és a táplálkozás szerepét: a fogazatuk épségét meg-

őrző egyének feltehetőleg tudatosabban vigyáznak egészségükre is: a magas cukorfogyasztás azonban, mely a caries kialakulásának fontos tényezője, vitatott az ischaemiás szívbetegségek kialakulásában.

Milyen mechanizmus útján segíthetik elő a dentális infekciók a myocardialis infarctus kifejlődését? A szerzők feltevése szerint bakteriális tényezők befolyásolhatják az erek endotheljének épségét, a plazma-lipoprotein anyagcseréjét, a véralvadást, a trombocyták funkcióját, a prostaglandin szintézist. E változások létrejöttéért egyes Gram-negatív baktériumok endotoxinja is felelős lehet, utóbbiak parodontális fertőzések kialakulásában is jelentős szerepet játszanak.

A tanulmány adatai szerint annyi bizonyos, hogy a caries és parodontopathiák szerzők akut myocardialis infarctus beteganyagában gyakrabban fordultak elő, mint a kontrollmintában — ez az összefüggés azonban további vizsgálatokat igényel.

Bánóczy Jolán dr.

Záróközlemény az orvosok egészségügyi tanulmányának aspirin komponenséről. Az orvosok egészségügyi tanulmánya kutatócsoport szervezőbizottsága (Departments of Medicine and Preventive Medicine, Harvard Medical School and Brigham and Women's Hospital, Boston): New Engl. J. Med., 1989, 321, 129.

A salicylat hatást régóta ismeri az emberiség. I.e. az V. században Hippocrates az aspirinszerű hatással rendelkező fűzfakéreg rágszálását javasolta betegeknek fájdalomcsillapítás céljából. Az a felismerés azonban, hogy az aspirin a cardiovascularis betegségek kockázatának csökkentésére is alkalmas, egészen újkeletű. Hatásának lényege, hogy a cyclooxygenase-függő vérlemezke enzimeket gátolja, mely az aggregációs készség csökkenésében mutatkozik meg. A hatás kis adagban is olyan mértékű, hogy a dózis emelése csak a mellékhatások gyakoriságát növeli.

A szerzők célja az volt, hogy kettősvak, placeboval ellenőrzött, randomizált kísérletben megvizsgálják azt, hogy 325 mg aspirin másodnapenkénti adagolása, valamint 50 mg béta-carotin másodnapenkénti alkalmazása csökkenti-e a cardiovascularis betegségek mortalitását, ill. a rák előfordulását.

Bár a kísérlet béta-carotin komponense még folyamatban van, az aspirinnel folytatott kísérletekről már be tudtak számolni.

Beteganyagukat 22 071 orvos képezte, akiket átlag 60,2 hónapig követtek nyomón. Ennek leteltével a következőt állapíthatták meg. Az aspirint szedő csoportban 44%-kal csökkent az infarctus rizikója, és az aspirin jó hatása szignifikáns mind a fatális, mind a nonfatalis infarctusok csoportjában.

Abszolút számokra vetítve, míg az aspirin csoportban 254,8 infarctus jutott évente 100 000 főre, addig a placebo csoportban ugyanez a szám 439,7 volt.

Vizsgálat alá vették a két csoportban előforduló cerebrovascularis laesiók számát is. Az aspirinnel kezelt csoportban ezek száma emelkedett, azonban ez az emelkedés nem érte el a szignifikancia szintjét. A cerebrovascularis károsodásokat tovább osztották ischaemiás és vérzéses eredetű alcsoportokra. Ily módon vizsgálva azt találták, hogy a haemorrhagiás eredetű cerebrovascularis insulzusok között gyakoribb az aspirinszedők száma, és ez a szingifikancia határát súrolja.

Míg a ischaemiás eredetű agyi keringészavarokban jó hatású lehet az aspirin, haemorrhagiás károsodásoknál tovább ronthat a vérzés fokozásával. A másik ismert mellékhatással, az ulcerogen hatással kapcsolatban megjegyzik, hogy az aspirin csoportban 169, a placebo szedő csoportban 138 ulcus fordult elő. További vizsgálat tárgyát képezte az aspirinhatás vizsgálata különböző rizikótényezők jelenléte esetén. Két rizikótényező esetében tapasztalták, hogy módosítja az aspirin myocardialis infarctus kockázatára gyakorolt hatását.

Az egyik a betegek életkora volt, ugyanis a salicyl említett jó hatása 50 éves kor elérésekor vagy fölötté mutatkozik csak meg. A másik befolyásoló tényező a szérumban koleszterin szintje. Bár valamennyi szérumban koleszterinszint esetében kimutatható az aspirin előnyös hatása, legkifejezettebb alacsony koleszterinszintek esetén.

Végezetül a szerzők egyéb hasonló témájú közlemények eredményeit idézve megállapítják, hogy a trombocytá aggregációt gátló gyógyszerek közül az aspirin az egyik leghatásosabb, a hasonló céllal használt dipiridamollal vagy sulfinpyrazonnal állja az összehasonlítást.

Az általuk használt kis dózis oly mértékben elegendő, hogy az utolsó gyógyszerbevétel után még 48 óra múlva is kimutatható a hatás. Bár gyógyszer-tani közlemények szerint a trombocytá aggregatio gátlására 80 mg alatti aspirindózisok is elégségesek, a szerzők mégis ennek a duplája körüli adagot javasolják tekintettel arra, hogy a hatás kifejlődésének ideje így rövidíthető, mely komoly szempont lehet pl. instabil anginában.

A szerzők tehát az infarctusrizikó szignifikáns csökkentése céljából javasolják a salicylprophylaxist, elsősorban 50 év fölött.

Pap Sándor dr.

Az aspirin szerepe a koszorúér-betegség megelőzésében. Fuster, V. és mtsai (Mount Sinai Medical Center, New York, NY 10029): N. Engl. J. Med., 1989, 321, 183.

A szerzők bevezetőjükben röviden áttekintik a salicylatok történetét. Igen régóta ismert, hogy a fűzfakéreg bizonyos betegségekben kedvező hatást gyakorol. Ez a benne található salicin nevű glikosidának köszönhető, melyből 1829-ben Leroux állította elő a nátriumsalicylatot, egyúttal annak lázcsillapító hatását is igazolva. Továb-

bi haladást jelentett a Hoffmann által előállított acetylsalicilsav, melynek szintén igazolták gyulladásgátló és fájdalomcsillapító hatását. A vegyületet a századfordulón kezdte alkalmazni az orvostudomány aspirin néven. A vérlemezkékre gyakorolt hatást az 1960-as években ismerték fel, majd későbbiekben azt is, hogy antithrombotikus hatása a prostaglandin termelő cyclooxygenase enzim bénításával függ össze. Az aspirin ugyanis a vérlemezkékben az aggregációt indukáló thromboxan A_2 termelődését gátolja meg, egyúttal azonban az endothel sejtek prostacyclin képzését is akadályozza. Ez utóbbi a thrombocyták összecsapozódásának inhibitora. Így az aspirin elvileg antithrombotikus és thrombogenetikus hatással is rendelkezik, mégis a klinikai bizonyítékok meggyőzőek azzal kapcsolatban, hogy az antithrombotikus hatás a domináns. Jelenleg is vizsgálatok tárgyát képezi a kis dózisok orális alkalmazása, mely szelektíven gátolja a thromboxan A_2 keletkezését, de a prostacyclin termelődését nem befolyásolja.

Az aspirin antithrombotikus hatásának felismerésével gyakorlatilag egyidejű a gondolat, hogy koszorúérbetegségekben preventíve alkalmazzák. A kezdeti eredmények szerények voltak, azonban a thrombosis és thrombocyták artériális betegségekben játszott szerepét újragondolva és jobban tervezett vizsgálatokat elvégezve, má már igazolt az antithrombotikus kezelés hasznát a koszorúérbetegségben, aorto-coronariás bypass műtét után, extracranialis cerebrovascularis betegségekben egyaránt.

Három klinikai tanulmány erősítette meg, hogy az aspirin 325 és 1300 mg közötti dózisban naponta adagolva több mint 50%-kal csökkentette az infarctus veszélyét. Ha a koszorúér elzáródást recanalizáció követi spontán, vagy thrombolitikus kezelés hatására, heteken át fennáll a thrombotikus reocclusio veszélye. Ilyen esetben szintén jó hatást várhatunk az aspirintól. Streptokinase és aspirin együttes adagolása 42%-kal csökkentette a cardiovascularis mortalitást, 50%-kal pedig a reinfarctusok előfordulását.

Az infarctus akut szakának lezárásával egyéb komplikációk szabják meg a mortalitást, mint például kamra dysfunction vagy ritmuszavar. Ilyenkor nehezebb az antithrombotikus kezelés szerepének megítélése, azonban nem kevesebb mint 10 tanulmány bizonyítja ilyenkor is a vérlemezkégátló kezelés hasznát. A szerzők röviden ismertetik a közelmúltban befejezett „orvosok egészségügyi tanulmányát”, melyben 325 mg aspirin másnapenkénti adagolásával szignifikánsan csökkenten sikerült az infarctus veszélyét az 50 éven felüli populáción.

Figyelembe véve a rendelkezésre álló adatokat, az aspirin használata jelenleg indokoltan tekinthető a koszorúérbetegség manifestációi esetén napi 160 és 325 mg közötti adagban. Fontos azonban, hogy a rizikófaktorok rendezésének kisegítője és ne helyettesítője legyen.

Csökkent szelén szintek akut myocardialis infarctusban. Kok, F. J. és mtsai (Department of Human Nutrition, TNO-CIVO Toxicology and Nutrition Institute, 3700 AJ Zeist, Netherlands): JAMA, 1989, 261, 1161.

A szerzők a szelén status és a myocardialis infarctus kockázatát tanulmányozva a plasma, erythrocyta, lábujjkorom szelén szintjeit, valamint vörösvérsejt glutation peroxidáz aktivitását vizsgálták 84 heveny myocardialis infarctusban szenvedő betegen, kontrollokkal szemben. Valamennyi esetben a szelén szint középértékben alacsonyabbnak mutatkozott, mint a kontrollokban. A plasma szelén szint kivételével valamennyi különbség szignifikáns volt. A vörösvérsejt glutation peroxidáz aktivitást ugyanakkor szignifikánsan magasabbnak találták. Véleményük szerint a köröm szelén szint hosszan tartó szelén statusnak felel meg, és a vér szelén szintre utal a mintavételt megelőzően mintegy egyéves időszakra vonatkozóan, ezért myocardialis infarctus előtti szakban etiológiailag releváns tényező lehet. A fokozott glutation peroxidáz aktivitást a megnövekedett oxidáns stressz ellen fellépő védekező effektusként, kompenzációként interpretálják. A szerzők hypothesise szerint csak deficiens szelén status esetén (táplálkozási, metabolikus vagy genetikai hatások) csökken a glutation peroxidáz aktivitása. A teljes vér glutation peroxidáz aktivitás 90%-a a vörösvérsejtekre, 5-nél kevesebb %-a a plasmára, 2%-a a leukocytákra és thrombocytákra esik. Myocardialis infarctusban fontosnak tekinthető a thrombocyták glutation peroxidáz aktivitás hatása a prostacyclin szintézisre. Irodalmi adatokból ismert, hogy heveny myocardialis infarctusban szenvedő betegekben a thrombocyták glutation peroxidáz aktivitás alacsonyabb, ez hatást gyakorolhat a thrombusképzésre is.

Balogh István dr.

Az antiarrhythmias kezelés haemodinamikai szempontjai. Lüderitz, B. (Medizinische Universitätsklinik, Innere Medizin-Kardiologie, Bonn): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 30.

Mint ismeretes, a szívritmuszavar nem önálló betegség, hanem csupán tünete vagy komplikációja egy — többnyire kardiális — alapbetegségnek.

A ritmuszavarok kezelésénél a következő szempontokat kell figyelembe venni: 1. Jelent-e a ritmuszavar valamilyen prognosztikai terheltséget? 2. A ritmuszavar következtében fellép-e haemodinamikai zavar, illetve a megzavart haemodinamika vezet-e klinikai tünetekhez, mint pl.: keringési elégtelenség, angina pectoris, szédülés, kardiogén shock, syncope. Végül pedig: 3. Az antiarrhythmicumok bevezetése milyen haemodinamikai mellékhatással jár vagy járhat.

Ad 1. Ezzel a kérdéssel jelen közlemény

nem foglalkozik. Ad 2. A ritmuszavarok a haemodinamikát a következőképpen zavarhatják meg. a) A frequentia által. (A továbbiakban frequentia = fr.) A fr. emelkedésével a perctérfogat nő egy kritikus fr.-ig (ez normális körülmények között 160/min. körül van) majd ezután csökken. Jelzett kritikus fr. szívbetegségekben lényegesen alacsonyabb lehet. b) A szívben belüli ingervezetés is kihat a perctérfogatra. Ha változatlan fr. mellett pitvari tachycardia kamraiba megy át — az av. dissociatio miatt — csökken a perctérfogat. Ha változatlan fr. mellett kamrai tachycardiában a QRS komplexus keskenyedik vagy normalizálódik, mindez emeli a perctérfogatot.

A kamrai ritmuszavarok különösen nagymértékben zavarják az agyi, renalis és coronaria keringést. Gyakori ventricularis ES-ek az agyi keringést 12%-kal, a renalis 10%-kal, a coronaria keringést 12–25%-kal csökkentik. Mindez kamrai tachycardia viszonylatában 70, illetve 60–60%.

Különösen fontosak a ritmuszavarok és az ejectiós frakció összefüggései. Már korábban kimutatták, hogy a primer nem indukálható tachyarrhythmiáknál és a programozott stimulációval kiváltható tachycardiáknál a kumulatív túlélés viszonylag rossz, ha az ejectiós frakció 30% alatt van. 30% alatti ejectiós frakció azonban önmagában is mindentől függetlenül szívmegehlásra hajlamosít.

A pitvarok termelnek egy diuretikus hatású polypeptidet (ANP = atrialis natriuretikus peptid), mely a pitvarfűlcseknél kerül a keringésbe. Jelzett peptid termelését a perctérfogat csökkenése illetve a jobb pitvari nyomás emelkedése indukálja. Az ANP koncentráció magasabb szívbetegben és szívelégtelenségben. Akut tachyarrhythmiában magasabb mint krónikusban, kamrai tachycardiában magasabb mint pitvariban. Ad 3. Az antiarrhythmicumok különböző depressív hatással bírnak a kontraktilitásra, perctérfogatra és a vérnyomásra. A béta-blockolók és Ca^{++} antagonisták negatív inotrop hatása közismert. A béta-blockolók, propafenon, flecainid, és különösen a disopyramid perctérfogat csökkentő hatással is rendelkeznek. Ezzel szemben az amiodaron sem a magas dózisu telítési terápiánál, sem a hosszan tartó orális kezelésnél nem vezet negatív hemodinamikai effektusokhoz. Fontos megjegyezni, hogy az antiarrhythmicumok negatív inotrop keringésdepresszív és hypotenzív hatása experimentális adatokból származik, és a klinikai megfigyelések szerint ezek a hatások ritkák. Ez utóbbit látszik alátámasztani a Német Orvostársaság Gyógyszer Bizottságának 16 év (!) alatt összegyűjtött, az antiarrhythmicumok haemodinamikai mellékhatásait összegezõ, a bejelentésekből származó kimutatása. A bejelentésekben a következő megjelölések szerepelnek: szívelégtelenség, tüdőoedema, jobbshívfél-elégtelenség, balszívfél-elégtelenség, „keringési gyengeség”, fuladás és hypotonia. Ha már most az egyes gyógyszerekre vonatkoztatva a bejelentések számát összeadjuk, emelkedõ sorrendben

az antiarrhythmicumok „haemodynamikai veszélyességi” foka a következő: chinidin, mexiletin, amiodaron (1), sotalol (2), propafenon (7), dysopyramid, flecainid (8), béta blokkolók, verapamil (40).

(Ref.: A közleményből két dolog figyelemre méltó. Az egyik a halmozott kamrai ES-nek jelentős a perctérfigat szervfrakcióit redukáló hatása. A másik: valószínű, hogy az antiarrhythmikus szerek negatív haemodynamikai hatásait a gyakorlatban túlértékeljük. Természetesen nem szabad megfeledezni az antiarrhythmicumok paradox arrhythmogén, illetve nem a kerin-gésre vonatkozó mellékhatásairól sem.)

Gelléri Dezső dr.

A mitralis billentyű prolapsus syndroma. Erbel, R. és mtsai (II. Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität, D-6500 Mainz): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 678.

A mitralis billentyű prolapsus (MBP) a leggyakoribb mitralis billentyűhiba, nőknél gyakoribb. A billentyű vitorlák megvastagodása, hullámos felszínűvé válása és a pitvarokba bedomborodása jellemzi. Szövettanilag a billentyűállomány myxomatosis elváltozásait látjuk gyulladáshoz reactio és a coronaria kisere érintettsége nélkül. Sok esetben feltűnő a chordae tendineae megnyúlása és elvékonyodása, ennek mitralis insufficiencia (MI) a következménye. Többnyire mindkét vitorla érintett, ha csak az egyik, a hátsón gyakoribb. A myxomatosis elváltozás a savanyú mucopolysaccharidák, a hyaluronidase és a chondroitin szulfát felszaporodását jelenti, a spongiosa proliferációja kiszorítja a fibrosát. A contractio alatti nyomásemelkedésnek a billentyűk végül engednek. Tágulhat az anulus fibrosus mitralis, leírtak a bal kamra elülső fala és a mitralis gyűrű között kialakult dehiscenciát is. Valószínűleg patológiai kapcsolat van a MBP, az anulus tágulása, dehiscenciája és a mitralis calcificatio között. Ezen billentyű-teória mellett myocardium-teória is ismert, ez segmentalis cardiomyopathiát tételez fél bal kamrai asynergiával, kóros lactat metabolismussal és biopsziában igazolt interstitialis fibrosissal.

Familiarisan halmozódhat és autosomalisan dominánsan öröklődhet, a női nemet előnyben részesítve.

Secundum típusú pitvari septum defectusban 28%-ban, kamra septum defectusban 40%-ban, ductus Botalli persistensben 7–9%-ban, pulmonalis stenosisban 33%-ban, Ebstein anomáliában 67%-ban lehet kíséző anomália. Az esetek 24–48%-ában tricuspidalis prolapsussal, 22–24%-ában aorta billentyű prolapsussal társul, és gyakrabban fordul elő pitvar septum aneurysmális betegekben is. Gyakoribb pectus excavatus és egyenes hát syndroma esetekben. Habitus asthenicus 50%-ában jelen van, ilyenkor normális variáció és nem betegség. Marfan-syndromában és

Ehlers–Danlos-syndromában 90%-ban kimutatható, és hereditær izombetegségekben is gyakoribb. Kapcsolatban van acromegaliával, hyperthyreosisal és endocrin ophthalmopathiával is.

Panaszok: effort angina és dyspnoe, palpitatio, szédülés, syncope, rhythmuszavarok. A vizsgálat során rhythmuszavarkat, MI-t, endocarditis gyanút találhatunk. Jellegzetes hallgatózási tünete a mesosystolés click és/vagy késősystolés zörej, a click lehet korai is, és a zörej holosystolés. Valsalva manőver, orthostasis, nitroglycerin a hallgatózási tüneteket provokálhatja, mert ilyenkor megváltozik a mitralis billentyű és a végsystolés kamravolumen közötti viszony. Az EKG lehet normális, lehetnek aspecifikus ST-T elváltozások, sőt Q-hullám is. 33–40%-ban kóros az ergometria, jellemző, hogy béta-blokkoló adása után 90%-ban negatív lesz. A terhelés alatti EKG-elváltozásokat myocardium ischaemiára, a papillaris izom feszülésére, egyidejű coronaria spasmusra, a sympathicus-parasympathicus egyensúly zavarára, coronaria betegségre, cardiomyopathiára vezetik vissza. A betegek 70%-ánál kamrai rhythmuszavarok vannak, 21%-uknál akár Lown IV. fokozat is. Ergometria 32%-ban vált ki kamrai ES-t (Holter monitor), alvás alatt gyakoriságuk csökken. Előfordulhat supraventricularis tachycardia, ennek gyakorisága és a MBP súlyossága között pozitív kapcsolat van: a billentyűben levő pitvari ingerületvezető rostok spontán aktivációja vezetődik vissza a pitvarra.

Echocardiographia: M-mode: a mitralis echók több mint 2–3 mm-es posterior mozgása a systolében a C–D vonal alatt specifikus jel. Hibás értékelése gyakori. A 2–D-echónak nagy a specifitása és a sensitivitása. A mitralis billentyűnek systolében, a mitralis sík fölé történő, több mint 2–3 mm-es elmozdulását tekintik prolapsusnak. A vizsgálat érzékenysége nő akkor, ha csak azt az állapotot tartjuk prolapsusnak, amikor a billentyű záródása a mitralis síkja fölött történik. Ha a vitorlák úgy mozognak a pitvar felé, hogy záródásuk a mitralis síkban következik be, beoltosulásukról beszélünk. Ezen tünetek leírásán túl figyelembe kell venni a billentyűk és a mitralis gyűrű morfológiájának változásait, mert gyakran a gyűrű kitégült és a billentyű vitorlák megvastagodása myxomatosis degenerációra utal, ezt a vitorlák megvastagodása és hullámos contour-lefutása jelzi. Ezek kimutatásához szükséges a bal parasternalis hossz- és keresztmetszeti, valamint a csúcsi négyüregi kép. A mitralis gyűrűt a harántmetszeti képen az aorta billentyű alatt találjuk meg, és megmérhetjük felszínét.

A mitralis apparatus vizsgálatához különösen alkalmas a transoesophagealis 2–D-echo. Újabb definíció szerint 3 mm-nél nagyobb elmozdulás tartható kórosnak, és a vitorla vastagsága nem haladhatja meg a 3 mm-t normál esetben. A Doppler-echo segítségével a hallgatózási eltérés nélküli esetek nagy részében is kimutatható mitralis regurgitatio. Ez többnyire enyhe fokú, az

esetek 50%-ában késősystolés. Ezen túlmenően 19%-ban tricuspidalis, 9%-ban aorta billentyű, 21%-ban pulmonalis billentyű insufficienciát találunk. A három echo-módszer sensitivitása a MBP felderítéséhez kielégítően nagy, szükséges a morfológiai és functionális eltérések együttes értékelése. Ennek alapján a szerzők intézetében a MBP gyakorisága 7,4% volt válogatott cardiologiai beteganyagban. Újabb vizsgálatok arra a következtetésre vezettek, hogy a kritériumokat módosítani kell, és csak akkor lehet MBP-ról beszélni, ha a fenti jeleket a parasternalis orthogonális hosszsmetszeti és az apicalis négyüregi felvételeken is igazolni lehet. A normális és a kóros között azonban soha nincs éles különbség, az átmenet fokozatos.

A szívkatéterezés többnyire nem ad kóros leletet. MBP-os és anginás betegeknek gyakrabban kerül rá sor, főleg, ha negatív az EKG. A differenciáldiagnosztikát nehezíti, hogy ISZB-ben papillaris izom dysfunctio miatt MBP keletkezhet.

Szövődmények: MI: a MBP 10–40 éves fennállása alatt jelentőssé válhat, mintegy 50%-uknál reconstructióra lehet szükség. Rendszeres kontroll kell. Gyakran inhúruptura, vagy elongatio okozza. Endocarditis: rossz prognózisa miatt ma is félelmes szövődmény, a myxomatosis degeneratio jó táptalaj a baktériumoknak. Prevalenciája 6–8%, függ a beteg korától, nemétől, a billentyű struktúrájától, és a MI jelenlététől. Adott esetekben előírt antibioticum prophylaxis szükséges. Neurológiai szövődmények: gyakoriak a cerebrovascularis események főleg fiatalokon, de syncope, szédülés, amnesiás epizódok, migraine-rohamok is, ezek vascularis-ischaemiás és arrhythmias eredetűek. Ritkán epilepsziás grand mal jelentkezik. Agyi emboliáknál fokozott thrombocytá aggregációt, a 4-es thrombocytá faktor fokozott szintjét-aktivitását, megrövidült thrombocytá élet-tartamot is kimutattak. Ilyen esetekben acetyl-salicylsav adása ajánlott, és csak kivételes esetekben átmeneti anticoagulans kezelés.

A rhythmuszavar hajlam ellenére a hirtelen halál incidenciája alacsony, 1,9 : 10 000 beteg/év. Gyakoribb MI-s és cardialis dysfunctio betegekben.

Kálló Kamill dr.

Heveny myocardialis infarctus szöveti plasminogén aktivátor kezelését követő invazív és konzervatív kezelés összehasonlítása a myocardialis infarctusban alkalmazott thrombolysis (TIMI II.) tanulmány alapján. TIMI Study Group: N. Eng. J. Med., 1989, 320, 618.

Heveny szívinfarktusból a thrombolytikus kezelés rekanalizálja az elzáródott koszorúteret, csökkenti az infarctált terület nagyságát, a szívizomkárosodást, a halálozást. Változtatlan probléma a korai reokklúzió, melynek megelőzésére elfogadott gyakorlat a thrombolytikus kezelést követő

koronarográfia, és a reziduális szűkületek percutan transluminaris angioplasztikája (PTCA).

Ennek az eljárásnak a kockázata ill. előnye nem volt ismeretes, ezért ennek vizsgálatára 50 kórház összefogásában egy tanulmányt kezdtek. Minden beteg a típusos tünetek jelentkezését követő 4 órán belül rt-PA-t (rekombináns szöveti plasminogén aktivátort) kapott, majd a betegeket randomizálás után két csoportba sorolták. Az invazív csoportban a thrombolysis után 18–48 óra múlva koronarográfia, ill. feltételek megléte esetén PTCA kezelés történt, míg a konzervatív csoportban tanulmányban vizsgálták a metoprolol hatásosságát a 42 napon belüli reinfarktus tekintetében (dózis: 2 percnként 5 mg összesen 15 mg iv., majd per os 2×50 mg az 1. napon, majd napi 2×100 mg per os). Vizsgálataikkal úgy találták, hogy 100 mg rt-PA mellett kevesebb volt az intracranialis vérzés, ugyanakkor a terápiás hatásosság megegyezett a korábbi 150 mg-os dózissal.

Az invazív csoportban a betegek 60,1%-ában történt PTCA, a konzervatív kezeltek között az arány 16,1% volt. A kiértékeléskor a két csoport között nem volt eltérés az első 42 napon belül a halálozásban, a bal kamrai ejektiós fractióban, reinfarktusból, az intracranialis vérzések számában. A távozás előtt készült radionuklid angiográfia során a konzervatív csoportban több iszkémiás eltérést találtak ($p < 0,01$). A béta-blokkoló kezelés értékelésekor azt találták, hogy ha a gyógyszert korán (a thrombolysis után közvetlenül) adták, akkor kevesebb volt a rekurálós iszkémia az első 6 napon belül, mint a halasztott kezelésben részesültek között. A két csoport között nem volt eltérés a bal kamrai ejektiós fractio tekintetében.

Maga a thrombolysis az érintett artéria szklerózist nem befolyásolja, csak az okklúzió előtti állapotot állítja vissza. Ez lenne az alapja az ún. invazív stratégiának: lysis után koronarográfia, és ha indokolt ill. lehetséges adott, akkor PTCA. A konzervatív eljárásnál hasonló beavatkozásra csak az iszkémia perzisztálása, ill. a távozás előtti terheléses iszkémia esetén kerül sor. Az rt-PA adását természetesen heparin ill. aspirin (napi 80 mg per os) adása követi. Maga a konzervatív kezelés mortalitása 4,9% volt, ami a korábbi 20% körüli koronária örvök halálozását tekintve jelentős eredmény. Bár a thrombolysis 18–48 órával követő koronarográfia és PTCA jelentős anatómiai javulást eredményez az invazív ágon lévő betegek 50%-ában, a klinikai kiemelés nem változott.

A konzervatív kezelés mellett nemcsak a halálozás volt alacsony az első 6 héten belül, hanem a reinfarktuszok száma is csupán 5,4% volt. Az esetek 13,3%-ában vált szükségessé PTCA végzése. A tanulmány másik lényeges megállapítása, hogy az azonnali metoprolol kezelés, bár nem befolyásolja a mortalitást és a bal kamrai ejektiós fractiót, csökkenti a nem fatális reinfarktuszok és a rekurálós iszkiámia számát. Főleg akkor bizonyult előnyösnek, ha az első 2 órán be-

lül kezdték el adni, és ha a beteg az ún. alacsony kockázatú csoportba tartozott.

A tanulmány konzekvenciája az, hogy a jelenlegi konzervatív kezelés (a tünetek jelentkezését követő 4 órán belül adott rt-PA, majd heparin és aspirin) az ún. community (területi) kórházakban is jól alkalmazható, a betegek zöme nem igényel speciális ellátást. A myocardialis iszkémia rekurálása, ill. az elbocsátás előtt terheléssel provokált iszkémia esetén általában elegendő idő van a betegeket megfelelő szintű helyre továbbítani.

Balikó Zoltán dr.

TIMI II. és az angioplasztika szerepe heveny szívinfarktusból. Guerci, A. D. és mtsa (Johns Hopkins University, School of Medicine, Baltimore, MD 21205): N. Engl. Med., 1989, 320, 663.

Az előzőekben közölt, a NIH által szponzorált TIMI II. (thrombolysis a myocardialis infarktusból) tanulmány nagy lépéssel vitte előre tevékenységünk tisztázását myocardialis infarktusból. A tanulmányban 3263 beteg vett részt, akiknél az infarctus 4 óránál rövidebb idejű volt és akiket először rekombináns szöveti plasminogén aktivátorral (rt-PA) kezeltek. Ezt követően a betegeket randomizálták és invazív ill. konzervatív kezeltek csoportjába sorolták be. Az invazív ellátás azt jelentette, hogy a thrombolysist követő 18–48 órán belül koronarográfia, megfelelő feltételek esetén percutan transluminaris angioplasztika (PTCA) történt. A konzervatív kezelteknek hasonló ellátásra csak megfelelő indikáció (rekurálós iszkémia spontán ill. terhelésre) esetén került sor.

Ma a legtöbb amerikai kardiológus véleménye az, hogy thrombolysis után lehetőség szerint el kell végezni az angioplasztikát vagy a bypass műtétet a thrombolysis után változatlanul perzisztáló stenosisok miatt. A TIMI II. eredményei ezt cáfolják: 2–6 hét között a nyugalmi bal kamrai ejektiós fractio, a mortalitás és a nem fatális reinfarktuszok száma a két csoportban hasonló volt. Tény, hogy a konzervatív kezeltek között több volt a postinfarctusos angina és a pozitív terheléses teszt, de ezek nem társultak gyakoribb infarctus recidívával, ill. magasabb halálozási aránnyal.

A szerzők véleménye (a tanulmányban 50 intézet orvosai vettek részt): a koronarográfia és az esetleges angioplasztika biztonságosan halasztható addig, amíg újabb iszkémia jelentkezik. A konzervatív kezelés (rt-PA, heparin, aspirin) 1600 betegben igazolta a terápia hatásosságát, a koronária-örvök korábbi 20%-os mortalitása 4,7%-ra csökkent az első 6 hétben. Ezzel szemben amerikai kontrollcsoport adatai szerint, a csak antiarrhythmias, diuretikus, vazodilatatív, szimpatomimetikus kezelésben részesültek kórház mortalitása 9,6–11,2% közötti. Két korábbi tanulmány szerint a thrombolitikus kezelés utáni azonnali angioplasztika nem javította a kamrai mű-

ködést, nem csökkentette a koronaria mortalitást.

A TIMAI II. tanulmány azt bizonyítja, hogy a thrombolysist követő 18–48 órán belüli rutin angioplasztika a betegek számára nem járt előnyökkel. Ebben a tanulmányban nem foglalkoznak a thrombolysis után is zárt artériák miatt elvégzendő angioplasztikával. Két nagy amerikai tanulmány foglalkozik ezzel, de megfelelő kontrollcsoport hiánya nehezíti az értékelést. Amennyiben a betegek többsége részesült thrombolysisban, heparin és aspirin kezelésben, úgy nem szükséges és nem jelent előnyt a rutin angioplasztika elvégzése. Ismételt iszkémia esetén koronarográfia után angioplasztika vagy bypass műtét történik. Súlyos haemodinamikai zavarnál mérlegelendő az életmentő angioplasztika az első 4–6 órán belül, amikor még várható a myocardialis károsodás reverzibilitása.

A tanulmány alapján a legtöbb beteget a területi kórházak látták el. A visszatérő iszkiámia nagy része jól reagál nitrát ill. thrombolitikus kezelésre, így áthelyezés előtt a betegek állapota stabilizálható. A tanulmány költségeiben kifejezhető haszna, amennyiben ajánlása széles körben elfogadott lesz, évi 200 millió dollár megtakarítás. Kérdés, hogy szükséges-e a thrombolysis után a rutin koronarográfia. A szerzők szerint inkább ajánlható az ún. örködve várakozás („watchful waiting”).

Sem a TIMI II., sem egyéb tanulmány nem vizsgálta még a thrombolysis után végzett bypass műtétek szerepét. Ez mindenképpen fontos lenne, mert bizonyos feltételek mellett elvégzett bypass műtét tovább javíthatná a konzervatív kezelés eredményességét. A TIMI II. arra sem adott választ, hogy vajon a thrombolysis nélküli angioplasztika felér-e az egyébként kiváló eredményű thrombolysissal. Mindenesetre dicséret illeti a TIMI II. minden résztvevőjét az eredményes munkájukért.

Balikó Zoltán dr.

A bal kamra ejekció csökkenésének EKG jelei aorta stenosisban. Recke, S. H. és mtsai (Univ. Heart Centre, Erlangen): J. Electrocardiol., 1989, 22, 45.

Az R hullám csúcs a V₆-ban időben — normál esetben — megelőzi, kóros szituációban egybeesik vagy késik az S_{v6} csúcsához képest, ugyanis a horizontális síkban a QRS vektor órajárás elleni forgását tartós bal kamrai nyomásfokozódás szűkíti, majd nyolcas alakban visszafordítja. A szívizomrostok megváltozott lefutása anatómiai alapot adhat e kamrai ingerületvezetési zavarnak.

Az R_{v6} késése az S_{v2}-vel szemben 96%-os specificitással, de csak 48%-os érzékenységgel jelzi az 55%-nál alacsonyabb ejekciós frakciót, pozitív előrejelző értéke és pontossága 87 és 78% volt a 121, átlag 57 éves betegen, akiknél az angiográfiát is elvégezték.

A Morris index (a V₁-ben a terminális P

hullám mélysége szorozva az időtartamával, mm x mp) 0,06-os érték felett volt, hasonló körjelző értékű, mint az R_{V6} késése; érzékenység 52%, specificitás 88%, pozitív előrejelző érték 76%, pontosság 74%.

Ez a két EKG eltérés tehát jól jelzi a nagy bal kamrai falnyomást, illetve csökkent kontraktilitást.

Apor Péter dr.

**Hipertrigliceridémia mint a szív-
korszorúer-betegség okozta halálozás rizikó-
faktora csökkent glukóztoleranciájú illetve
cukorbeteg egyénekben.** A párizsi prospek-
tív vizsgálat 11 éves követési eredményei.
Fontbonne, A. és mtsai (INSERM Unite 1,
Paris, France): Diabetologia, 1989, 32, 300.

Párizsban évtizede folyik egy prospektív vizsgálat a szív-
korszorúer-betegség (CHD) ri-
zikófaktorainak feltárására. 7038, 43–54 éves
közalkalmazott férfi közül 1983-nak volt csök-
kent glukóztoleranciája (IGT) vagy diabete-
se (DM). Az 1983-ig terjedő 11 éves követési idő
alatt 26-an haltak meg közülük CHD-ben. A
szerzők laboratóriumi adataik statisztikai
elemzését közlik. Kihagyták az inzulin-
kezelteket ($n = 10$) és azokat, akiknek hiányzott
valamilyen adata. Összevonták az IGT és DM
csoportot, miután a CHD halálozási arányszá-
muk (myocardialis infarctus, szívelégtelenség)
majdnem egyforma volt. Csak a hirtelen halál
bizonyult gyakoribbnak a DM-osok között. A
rizikófaktor értékei is hasonlóak voltak.

Összevetve a CHD-ben elhunytak („A”-
csoport) és a többiek rizikófaktor szintjeit,
csak a plazma triglicerid (TG), koleszterin
(KOL) és inzulin szintek (éhom és oGTT-ben
2 óráig) voltak lényegesen magasabbak az „A”
csoportban. A (pozitív) korreláció szignifikáns
volt a TG és KOL, a TG és az inzulinszintek
között, de elhanyagolható a KOL és az inzulin
értékek között. Többváltozós vizsgálatban vi-
szont csak a TG-szint jelezte előre önmagában
is a CHD halálozást. Egyéb potenciális rizikó-
tényezők (magasvérnyomás, alkoholizmus)
beszámítása sem változtatott az eredményen.
1,5 mM feletti TG szint esetén (az „A”
csoport 73%-a tartozott ide) a CHD halálozás ri-
zikója 3,28-szoros. A hipertrigliceridémia va-
lószerűleg a csökkent inzulinhatás miatt
fellépő, CHD-re vezető anyagcserezavarok
legkifejezettebb formája. Jelentősége cukor-
tolerancia zavarok esetén nem önmagában rej-
lik, hanem abban, hogy felhívja a figyelmet az
e betegekkel vele együtt halmozódó (főleg li-
pid) anyagcserezavarok széles skálájára, me-
lyek közösen eredményezik a magas morta-
litást.

Szövérfy Géza dr.

**Recombináns pro-urokinase és streptoki-
nase összehasonlító vizsgálata randomizált
kettős-kísérletben akut myocardialis in-
farctus esetén.** PRIMI Kutatócsoport: Lancet,
1989, I, 863.

A közleményben a PRIMI (Pro-Urokinase

in Myocardial Infarction) kutatócsoport szá-
mol be vizsgálatairól, melyet hat európai or-
szág tizennégy kórházában végeztek. Munká-
juk célja az volt, hogy 401 fős beteganyagukon
megvizsgálják a pro-urokinase (= egyláncú
urokinase típusú plasminogén aktivátor)
streptokinase-val összevetett hatását myocar-
dialis infarctusban. A pro-urokinase olyan ter-
mészetesen előforduló glycoprotein, mely egy
peptidkötés hasítása után urokinase-zá conver-
tálódik. Ezt a conversiót a plasmin végzi,
korábbi vizsgálatok szerint plasminogén-
gazdag alvadék jelenlétében fokozottabb se-
bességgel.

Maga a pro-urokinase is rendelkezik azon-
ban intrinsic plasminogén aktiváló hatással,
mint ezt Lijnen és mtsai igazolták. A pro-
urokinase egyik előnye, hogy a plasminogén
aktivátor hatás a fibrindepositio helyére foku-
szálódik, melynek az a magyarázata, hogy a
szer affinitása nagyobb a plasminogénhez, ha
az fibrinkötésben van, mint ha szabadon ke-
ring. A kísérletben részt vevő betegek első
myocardialis infarctusok miatt kerültek kór-
házba. 198 beteg kapott pro-urokinase-t 20
mg-os bolus, majd 60 mg infúzióban adagolt
hatóanyag formájában. A többi 203 beteg 1,5
millió egységnyi infúziós streptokinase keze-
lésben részesült. Ezt követően coronarogra-
phia készült 60 és 90 perc múlva, ill. 24–36
óra múlva.

Eredményeik a következők voltak. A
lytikus kezelés után 60 perccel a pro-
urokinase-t kapott csoportban 71,8% volt a
coronaria megnyílási arány, míg a
streptokinase-val kezelt csoportban csak
48% ($p < 0,001$). Javult viszont a streptoki-
nase csoport megnyílási aránya a 90. per-
cen végzett coronarographia szerint, ekkor
ui. a pro-urokinase csoport 71,2%-os re-
perfúziós eredményével szemben a strepto-
kinase kezelésben részesültek érintett cor-
onariája 63,9%-ban nyílt meg. A harmadik
katéterezést 24 és 36 óra közt végezték. Itt
a pro-urokinase csoport 84,7%-ban, a
streptokinase csoport 88,4%-ban mutatott
megnyílást.

Mindezek alapján a szerzők a két throm-
bolyticumot összehasonlítva a pro-
urokinase előnyét hatásának gyorsaságában
látják. Emlékeztetnek azokra a kiterjedt
klinikai vizsgálatokra, melyek az ischaemia
megelőzésének fontosságára hívják fel a
figyelmet, és olyan thrombolyticum
kifejlesztését szorgalmazzák, mely gyors
recanalisációra képes. Míg a streptokinase
hatása kissé késve fut fel és hatása az infu-
sio megszüntetése utánra is átnyúlik, a pro-
urokinase az előbbi kívánalomnak tesz ele-
get. Ezenkívül a szerzők által hangsúlyo-
zott fontosságú 90. percben a pro-
urokinase ha nem is szignifikánsan, de ma-
gasabb megnyílási arányt adott, mint a
streptokinase.

A két fibrinolyticum haemostasisa gy-
akorolt hatását és a vérzéses komplikációkat
külön is vizsgálták. A streptokinase adagolá-
sa után észlelt 0,17 g/l szérumszint fibrinogén
szint szignifikánsan alacsonyabb, mint a
pro-urokinase-t követő 0,44 g/l. Hasonló
eredményt adott a fibrin(ogén) degradációs
productumok (FDP) szintje is, amennyiben

a streptokinase-t szignifikánsan magasabb
FDP szint kísérte. Így érthető a pro-
urokinase-val kezelt betegek sokkal ritkább
vérzéses szövődménye.

A pro-urokinase tehát gyors hatású, ef-
fektív fibrinolyticumként sorolható be a te-
rápiás fegyvertárba, mely a haemostasis
kevéssé befolyásolja, vérzéses szövöd-
ményt pedig ritkábban okoz.

Pap Sándor dr.

**A szívinfarktusz kialakulásának nap-
szaki ingadozása.** Új ismeretek az akut
coronaria megbetegedés mechanizmusá-
ról. Willich, S. N. és mtsai (Abteilung für
Kardiologie und Pulmonologie, Medizinische
Klinik, Klinikum Steglitz, Freie Uni-
versität Berlin): Dtsch. med. Wschr., 1989,
114, 613.

A fejlett ipari országokban a halálozás
20%-át az akut coronaria megbetegedések
alkotják, mikor is az esetek többségében a
beszűkült koszorúérben vérrög keletkezik.
A thrombus kialakulásának „trigger” me-
chanizmusa azonban máig sem ismert.
Többen leírták az akut szívinfarktust, a
hirtelen szívhalál, az angina pectoris és a
néma ischaemia halmozódását a 6 és 12 óra
közötti időszakban. Ugyanebben a periódus-
ban fokozott a thrombocytá aggregatio.

A szerzők 1741 streptokinázzal kezelt be-
teg adatait dolgozták fel. Az infarktusz
keletkezésének időpontját a tünetek jelent-
kezése és a CK-MB izoenzim meghatáro-
zása alapján állapították meg, mely adatok
jól korreláltak. 6 és 12 óra között az infarctus
gyakoriság 1,8-szerese volt a nap többi
időszakának, a különbség magasan szigni-
fikáns. Ezen belül a leggyakoribb 8 és 9,
legritkább 0 és 1 óra között volt, a külön-
ség 3,8-szeres. Nem találtak eltérést az in-
farktusz lokalizációja, kiterjedése, kor és
nem szerinti megoszlása között. Eredmé-
nyeik az irodalomból ismert adatokat me-
gerősítik.

A napszaki ingadozás oka nem tisztázott.
Egészségeseknél és ischaemiás szívbetegknél
is kimutatható a fokozott thrombocytá aggre-
gatio a reggeli órákban, ami oka lehet a foko-
zott thrombosiskészségnek. Hirtelen szívhalál
esetében is a betegek harmadában megtalál-
ható a vérrög a koszorúerekben. A többi alka-
lommal mikrothrombusok által kiváltott
ischaemiát illetve ritmuszavart feltételeznek.
Ezek a megfigyelések a thrombocytá aggre-
gatio gátló kezelés jelentőségét támasztják alá.

Számításba jön még a különböző hormonok
— adrenalin, noradrenalin, cortisol, aldoste-
ron — szerepe, melyek szintén növelik a
thrombocytá aggregációt, továbbá a vérnyomás
és a koszorúerek tónusának emelkedése a re-
geli órákban. Ezek a tényezők mind befolyá-
solhatók. Nemcsak a gyógyszerek megválasz-
tásának és adagjának, hanem a bevétel
időpontjának is jelentősége van, pl. a retard
hatású szerek esti bevétele kivédheti a reggeli
órákban jelentősen fokozott kockázatot.

Völgyi Zoltán dr.



K. Böhme, E. Lungershausen (Hrsg.): *Suizid und Depression im Alter. Proceedings der 4. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens*. 1988. S. Roderer Verlag, Regensburg, 264 oldal. (Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens, Bd. 8.) DM 42,—

A kötet tudományos konferencia előadásainak gyűjteménye az időskori öngyilkosságokkal kapcsolatosan. A téma az időskorúak magas öngyilkossági gyakorisága miatt aktuális. A tanulmányok többsége a kutatás oldaláról közelíti meg a problémát, az időskori öngyilkosságok gyakorisági viszonyait, pszichopatológiai korrelátumait, terápiás (a kísérletek esetében) és megelőzési vetületeit tárgyalja. Sok érdekes vizsgálati adat olvasható a kötetben, de igazán áttűtő eredmény, megállapítás egyik tanulmányban sincs. Figyelemre méltó, hogy az utóbbi években a Német Szövetségi Köztársaságban némileg csökkent az idős férfiak öngyilkossági hányadosa. Egy vizsgálat megállapítja, hogy nem mutatható ki összefüggés az öregek szomatikus panaszai, krónikus betegségei és öngyilkossági cselekményeik között. Szeretteiket elvesztett öregek gyakrabban ölik meg magukat, a fiatalabb korcsoportokban kisebb a jelentősége a veszteségélménynek, és inkább a párkapcsolati konfliktusok szerepe nő meg az öngyilkosságokban. Bár idős emberek körében is elkülöníthető az öngyilkossági kísérlet olyan csoportja, amely interszónális vonatkozásai miatt paraszucidiumnak mondható, az öregek többnyire valóban meg akarnak halni. Nem csak ennek tudható be azonban, hogy az öngyilkosság gyakrabban sikerül nekik, hanem az öregező szervezet fokozott érzékenysége, az izoláció nagyobb gyakoriságának (ami miatt ritkábban tudják megakadályozni az öngyilkossági cselekményt, vagy a még élő öngyilkost hamar megfelelő orvosi segítséghez juttatni), és még egy tényezőnek: az öreg embert kevésbé igyekezik a környezet megmenteni, még a hozzátartozók is inkább a sorsára hagyják.

Az egyes tanulmányok igen sok táblázatot és adatot tartalmaznak, főleg Möller és munkatársainak müncheni kutatócsoportja, a korábban Mannheimben együttműködő team, Schmidtke és munkatársai, valamint a weissenau: depresszió osztály szakemberei mutatják be kutatásaikat. Igen nagy, a legutóbbi évekből származó nemzetközi szakirodalmat is feldolgoznak a fejezetek. Így a kötetet elsősorban kutatók használhatják fel.

Egy érdekes adatot kell még említeni: meglehetősen nagy vizsgálatban nem találtak összefüggést a dexamethason-szuppressziós próba és az öngyilkosság között. Depressziós öngyilkosságokban (nem csak endogén, hanem reaktív vagy neuroti-

kus depresszió eseteiben is) gyakran megtalálták az ún. katartikus effektust, a van Praag és mások által leírt jelenséget, hogy az öngyilkossági esemény — ha sikerül túlélni — megkönnyebbülést vált ki a depresszió tüneteiben.

Buda Béla dr.

Molnár László (Szerk.): *Orvosi Szociológia, Medicina, Budapest, 1989. 130,— Ft.*

Hosszú évek, sőt évtizedek hiánypótló munkáját veheti kezébe az olvasó. Ismert tény, hogy az orvosi szociológia az 50-es évek elején szaktudománnyá fejlődött a világ több országában, létrejött a betegségek keletkezésének multikauzális elmélete, sajnos az eredmények Magyarországra csak jelentős fáziskéséssel jutottak el. Meg kell azonban azt is jegyeznünk, hogy Magyarországon maga az orvostudomány is szomatikus beállítással volt.

Molnár professzor könyve három fő fejezetben (Az egészség és a megbetegedés szociológiája; a gyógyítással kapcsolatos szociológia; az egészségügyi szervezet szociológiája) és 15 alfejezetben ismerteti a nemzetközi orvosi szociológiában elért eredményeket és a hazai kutatók eddigi munkáját.

Részletesen kitér az orvosi-szociológiai kutatási területek bemutatására („Sociology in Medicine” és „Sociology of Medicine”), majd a „Sociology of Health” típusú kutatásokra.

Figyelem-felkeltő módon foglalkozik az orvosi szemléletmód átalakulásával és a többdimenziós orvoslás szükségességével. Bemutatja a betegszerep és beteg viselkedés, az orvos szerep és orvosi viselkedés, valamint az orvos-beteg kapcsolat szociológiai alapfogalmait (Buda, Levendel). Ezzel összefüggésben magas szakmai színvonalon mutatja be a gyógyítással összefüggő főbb szociológiai összefüggéseket. Külön fejezet foglalkozik az orvosok professzionalizációjával és az orvostársadalom autonómiájával (Császi), melyből kiemelném a medikus évek alatti pályaszocializációról és az autonómia válságáról szóló fejezeteket. Inkább közgazdasági, de mindenképpen társadalomorvostani témát foglal magába az egészségügyi ellátás feszültségeinek boncolásával foglalkozó fejezet (Szalai).

A nővéri hivatásról írt tanulmány a beteg és az orvos problematikáját, a gyógyítás szociológiai kérdéseit kiegészíti az ápolás, a paramedikális személyzet növekvő szerepének bemutatásával. Történetileg felépített elemzésében az ápolás mai gondjait elemzi, különös tekintettel a betegközpontú ápolásra, a betegek pszichoszociális szükségleteinek kielégítésére (Tahin).

A morbiditás és mortalitás különböző életszakaszokban történő bemutatása Breslow „life time” modeljéből kiindulva érzékelteti az egyes életszakaszokban jelentkező egészségügyi szükségleteket és problémákat. A könyv egyik izgalmas fejezete a társadalmi mobilitás születési évjáratok (kohorszok) szerinti elemzése, mely az egyes férfi évjáratok között mutatkozó különbségeket tárgyalja. Az 1910-es évjáratból a legszerencsétlenebb sorsú nemzedék kerül ki: ők a foglalkozási életpályájukat az 1930-as gazdasági válság idején kezdték, jött a világháború, a katonai szolgálat, nagy töréseket okozva az életpályájukon.

Az 1925-ös évjárat a „fényes szellők” nemzedéke, nagy szerepük volt az 1945–48-as társadalmi változások végrehajtásában. Az 1930-as évjárat foglalkozási életpályáját már az új társadalomban kezdte, vezetőik és értelmiségiek magasabb arányban váltak közülük, mint az előző nemzedék esetében. Ugyanakkor látnunk kell, hogy a mortalitás a „legszerencsétlenebb sorsú” 1910-es koroshoz esetében a legalacsonyabbak (Molnár).

A Molnár professzor által szerkesztett könyv végig jól olvasható, érthető és pontos tájékoztatást ad — talán a társadalmi beilleszkedési zavarok szociológiájával foglalkozó fejezet kivételével ez alól, melynek nehezebb követése témájából is fakad. A könyv szerzőkre történő utalása mindenütt precíz, a táblázatok is végig jól áttekinthetőek. A könyv segít abban, hogy az orvosi szociológia mai állásáról az olvasó a nemzetközi kutatási eredményeket is megismerhesse.

A könyv valamennyi gyakorló és a kutatásban dolgozó orvosnak egyaránt fontos olvasmánya kell, hogy legyen, s mindenképpen örülnünk kell, hogy a 80-as évek második felében megérhettük, hogy az évtizedekkel korábban nem oktatott, később pedig egy-egy kísérleti oktató fakultatívnak tűnő próbálkozásai után az orvosi szociológia tantárgy oktatása kötelezővé vált a hazai orvosegyetemi oktatásban. Az orvosképzéshez és orvostovábbképzéshez nyújt nagy segítséget a Molnár László szerkesztette könyv, egyben méltó módon hozzájárulhat az orvosi szociológia a magyar orvostudományba történő integrálásához.

Schmidt Péter dr.

A beteg és a plasztikai sebész Goldwyn, R. M. Little, Brown and Co., Boston, USA

A szerző a kiadója a világ első plasztikai sebészeti folyóiratának, Plastic and Reconstructive Surgery-nek. Amerika egyik legismertebb plasztikai sebész. Óriási tapasztalattal a háta mögött rajzolja meg a beteg és a plasztikai sebész különleges kapcsolatát, mely a kölcsönös bemutatással kezdődik és néha nem is ér véget, ha a beteg elégedetlen a műtét eredményével és évekig jár vissza, vélt, számos esetben valós panaszai, melyek az elvégzett beavatkozás előtt is fennálltak, esetleg azóta keletkeztek.

A plasztikai sebész elsősorban orvos. Csak jó orvos válhat jó plasztikai sebésszé. Ehhez a fejlődéshez kitűnő támasz a mély filozófiával és humorrall átszőtt pszichológiával megírt könyv. A könyv négy fő részre tagozódik.

Az első fejezet nyit az orvos-beteg kapcsolat általános szabályaival, fő hangsúllyal az első találkozás légkörére, mely a későbbiekre vonatkozóan döntő jelentőségű. Az orrplasztika amerikai doyen-je, Gustav Aufricht, mondta: az orrplasztika megfelelő elvégzéséhez elsősorban páciens szükséges. Ide illik J. Swift mondása is: nem értékeli a legjobb gyógyszer sem, ha azt olyan orvos írja fel, akit a beteg utál. A beteg mint idegen keresi fel a plasztikai sebészt, de barátként szeretne távozni, még akkor is, ha a műtét honoráriumot előre kellett kifizetnie.

A második fejezetben a plasztikai sebészek és betegek különböző típusai jelennek meg. Alapvető a megfelelő felvilágosítás a műtét menetéről, a közvetlen postoperatív szakról, a várható javulásról és annak jeleiről. Talleyrand szerint az ember beszéd segítségével rejtje el az igazságot.

A hazugság elkerülendő, a beteg vizsgálata után legjobb az igazat mondani.

A harmadik rész összefoglalja a gyakori plasztikai sebészeti beavatkozásokat, kik azok, akiknek szükségük van rá és akik csak úgy vélik azt. Külön művészet a betegnek nemet mondani, elmagyarázni a várható műtét hátrányait, hogy attól nem várható javulás. A műtét heg maradandó, gyógyulása nemcsak az orvos ügyességének függvénye. Sok beteg szerint a nem őszinte orvos mérli a legtöbb csapást a betegre. Mark Twain fejezte ki: az igazságot akkor mondjuk ki, mikor más már nem jut eszünkbe. Optimális lenne, ha mindig elérhető lennénk a beteg szükséglete szerint. A következő gondolatot érdemes a jelenlegi és a várható magyarországi viszonyok között figyelembe venni: mi a teendő azokkal a betegekkel, kik már perelték a kezelőorvosukat? A szerző véleménye: beteget válogatja. Ha a betegnek joga van perelni az orvost az állítólagos okozott kárért, melyet a beavatkozásával a betegnek okozott, akkor az orvosnak is joga van az ilyen beteget csak életveszély fennállása esetén kezelni, elektíve elutasítani. (ref.: sok hasonló problé-

ma megoldása lesz a feladat a közeljövőben!) Akármít is határoz, legyen felkészülve!

A negyedik fejezet a plasztikai sebész személyiségével, megjelenésével, működésének hatásával foglalkozik. Mindannyian emlékezzünk Billroth mondására: a beteg várja az orvos napi vizitjeit, ez az alkalom, mikor gondolatai és érzelmei napvilágra kerülnek, mindent gyorsan és pontosan kell az orvosnak megoldania, de sohasem tűnhet rohanónak és nem odafigyelőnek. Egy wales-i közmondás: az ég óvjon az elfoglalt orvostól.

A könyv számtalan idézettel színesíti mondanivalóját, pl. O. W. Holmes: a fiatal tudja a szabályokat, az öreg ismeri a kivételeket. Vagy J. P. Frank: fiatal koromban a betegek félték tőlem, most öreg vagyok és félek a betegektől.

A sebész — szakterületétől függetlenül — ki nem olvassa ezt a könyvet, sokat veszít. Milyen az orvos-beteg kapcsolat, mikor és hogyan lehet azt megalapozni és miként legyen az mindkettő megalapozottsága: a beteg és a mi számunkra.

Novák László dr.

HÍREK

A Magyar Ortopéd Társaság 1990. február 26-án délután 15.00 órakor tartja Tudományos Ülését az Ortopédiai Klinika nagytermében (Budapest, XI., Karolina út 27.)

- 1.) Slavik M.: Sportorvoslás és ortopédia (angol nyelven)
 - 2.) Dungal P.: Dongaláb, pes adductus (angol nyelven)
- Faluhelyi Anikó: Autotranszfúziós lehetőségek ortopédiai műtéteknél
Esetbemutatók

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1990. március 5-én du. 15 órakor tudományos ülést rendez a Lukács klubban (Bp., II., Frankel L. u. 35.)

Téma

ORFI Reuma L. Osztály
Betegebmutatója

A Magyar Nephrológiai Társaság az Orvostovábbképző Egyetem és a Margit Kórház által rendezett Nephrológiai Szemináriumok II. félévi előadásai:

Február 22.

- 1.) Dr. Tóth Tibor:
Dialízis és diétetika
- 2.) Dr. Fazekas László:
A dializált betegek neurológiai szövődésményei

Március 29.

- Peritonitis (kerekasztal)
Moderator: Dr. Taraba István
Résztevők: Dr. Hering Andrea, dr. Ferenczy Sándor, dr. Karátsón András, dr. Szegedi János

Április 26.

- 1.) Dr. Walter Judit:
Dialízis membránok diocompatibilitása
- 2.) Dr. Gál György:
Uremiás toxinok

- 3.) Dr. Makó János:
Dialízis és amyloidosis

Május 17.

- 1.) Dr. Boga Mariann:
A krónikus veseelégtelenség hematológiai változásai
- 2.) Dr. Kakuk György, dr. Karátsón András:
Metabolikus acidózis — Bicarbonat dialízis

Az előadások helye: Budapest, III. Bécsi út 134.
(Margit Kórház melletti Szakközépiskola díszterme)

A Magyar Gyermekeorvosok Társasága
Délmagyarországi Decentruma az évi tudományos ülését

május 11–12-én

Szegeden rendezi.
Szabadon választott témájú előadások február 23-ig jelenthetők be.

Cím: dr. Virág István Gyermekklinika
6701 Szeged, Pf. 471

A Magyar Pathologusok Társasága 1990. június 1-én (pénteken) a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Kóronctani és Kísérleti Rákkutató Intézetében tartja meg a „Fiatal Pathologusok Fórumának” soron következő rendezvényét.

Program:

- 1.) Szabad témák
- 2.) Fej-, nyak daganatok

A legjobb előadások első három helyezettje pénzjutalomban részesül.

A jelentkezési határidő:

1990. március 31.

Az előadásokat az alábbi címre kérjük bejelenteni:

Dr. Konyár Éva
Pest m. Tanács
Semmelweis Kórház
Budapest VIII.,
Gyulai Pál utca 2.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(296/b)
„A Szolnok Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Főorvosa (Szolnok, Vörös Hadserg u. 39–41. sz.) pályázatot hirdet 3 fő szakorvosi állásra az újszászi Pszichiatriai és Rehabilitációs Osztályra.

A pályázat elbírálásánál pszichiatriai szakképesítéssel illetve gyakorlati tapasztalattal rendelkezők előnyben részesülnek. Emellett várjuk szakvizsga előtt állókat, illetve pályakezdeket jelentkezésükkel.

Bérezés: Szakorvosok esetében — szakmai gyakorlati függően — kiemelt bérezés
pályakezdeknél esetében 10 000,— Ft/hó

Elhelyezés az intézet területén belül kettő, illetve háromszobás szolgálati lakásokban — orvosházaspár jelentkezése előnyben.

Kedvezményes étkeztetés az intézményen belül megoldott. Az osztály sávfeladatokat lát el. Az akut pszichiatriai betegellátás mellett rehabilitációs és munkaterápiás részleggel is rendelkezik.

A pályázatot megjelenéstől számított 30 napon belül — a 7/1987. (VI. 30.) EüM. sz. rendelet 1. sz. mellékletében meghatározott mellékletekkel — az intézet főigazgató főorvosának lehet benyújtani.

Az állások a pályázat elbírálása után azonnal elfoglalhatók.”

Krasznai Géza
igazgató főorvos

(303/b)
„A Gy-S. megyei Tanács VB. Egészségügyi Gyermekotthon (Sopron, Tómalom u. 23.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet gyermekgyógyász szakorvosi állásra. Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak. Az állás azonnal elfoglalható. Lakásmegoldás megbeszélés tárgyát képezi.”

Dr. Halmi Mária
igazgató főorvos

(3/b)
„A Budapesti Közlekedési Vállalat Egészségügyi Szolgálat azonnali belépéssel keres korszerű rendelőbe állásban üzemeltetőket, orvosi-felügyelőket, EKG (kardiológus) szakorvosokat.

Bérezés és egyéb juttatások a Kollektív Szerződés alapján — megegyezés szerint.

(Pályakezdekeknek egyszeri 8 000—10 000,— Ft-os juttatás) A dolgozó és családtagjai térítésmentes éves BKV utazási igazolványt kapnak.

Jelentkezés: Dr. Hunyadi Erzsébet vezetőfőorvosnál Budapest, X. Fehér út 1. III. 365. szoba.
(Metró Örs vezér tér végállomás)
Telefon: 118-7416

(8/a)
„Lenti Városi Tanács Rendelőintézet Igazgató Főorvosa (8961 Lenti, Pf. 5) pályázatot hirdet. *fül-orr-gége szakvizsgával rendelkező ÜZEMORVOSI állásra.* Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével a 14/1983. ÁBMH számú rendeletben foglaltak szerint. Lakást biztosítunk. A pályázatot a Rendelőintézet Igazgató Főorvosához kell benyújtani.”

(12)
„Várpalota Városi Tanács VB. Kórház-Rendelőintézet Egység Igazgató Főorvosa — 8100 Várpalota, Horvát u. 2. — pályázatot hirdet:
— 1 fő belgyógyász szakorvosi állásra,
gastroenterológiai endoszkopos gyakorlati tapasztalattal rendelkezők jelentkezését várjuk.

— 1 fő felnőtt körzeti orvosi állásra,
— 1 fő gyermekkörzeti orvosi állásra,
— 1 fő tsz. üzemorvosi állásra,
— 1 fő bőrgyógyász szakorvosi állásra,
— 1 fő anesztiológus szakorvosi állásra.
Az állásokhoz lakást biztosítunk.

Fizetés az idevonatkozó ÁBMH rendelkezések megfelelően. Pályázatokat a fenti címen a 7/1987. (VI. 30.) EüM. sz. rendeletben foglaltak szerint kell benyújtani.”

Dr. Bors József
igazgató főorvos

(13)
„Zirc Városi Tanács Elnöke pályázatot hirdet a Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet igazgatói állására. Az állás 1990. április 09. napjával, nyugdíjazás miatt üresedik meg.

Az állás elnyeréséhez klinikai alapképesítéssel plusz szervezési gyakorlattal, vagy társadalomorvostani szakorvosi képesítéssel rendelkezők előnyben részesülnek.

Bérezés a 13/1987. (X. 25.) ÁBMH rendelkezés szerint. Lakás személyes megbeszélés tárgyát képezi. Pályázat benyújtási határideje a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

A pályázatot a 7/1987. (IV. 30.) EüM. sz. rendelet 1. számú melléklete szerint a Városi Tanács Elnökének kell benyújtani.”

Kiss László

(14)
„A Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (6901 Makó, Kórház u. 2. sz.; Pf. 72) pályázatot hirdet a *Vérudó Állomás vezető főorvosi állására* betöltésére.

Pályázati feltétel:
— Szakorvosi képesítés és a szakorvosi képesítésnek megfelelő 10 év szakmai gyakorlat.

Transzfúziológiai szakvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek.

Pályázatot hirdet még üresen lévő körzeti orvosi állás betöltésére.

Bérezés megegyezés szerint. Lakásügyben személyes megbeszélés szükséges.”

Dr. Fejes Magdolna
igazgató-főorvos

(15)
„Szentkirályszabadja Községi Tanács Elnöke pályázatot mezőgazdasági üzemi körzeti orvosi állásra (MÜKO) hirdet meg.

Az állás egyéb feltételei érvényben vannak.

Takács István
szakig. szerv. vezető

(16)
„Dr. Laping Miklósné végrendeletileg megjelölt tőkeösszeg éves kamatának megfelelő pályázati díj elnyerésére, az Alapítvány működési szabályzata szerint, 1989. évben egyéni vagy kutatócsoportok kardiológusai részére hirdetett pályázatot a Szociális és Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Megelőző Főcsoportja, az Országos Kardiológiai Intézet és a Magyar Kardiológusok Társasága, — mint a kötelezettségvállalás intézőbizottsága. A vagyon évi kamatának odaítéléséről kardiológiai célú eredmény elbírálása ese-

tén az Országos Kardiológiai Intézet mindenkorai főigazgatója, a Magyar és a Szociális és Egészségügyi Minisztérium Gyógyító-megelőző Főcsoportjának mindenkorai vezetője dönt.

Az odaítélés kérdésében való döntéshozatal a Bizottság mindhárom tagjának egyetértése szükséges volt.

1989. évben, a szabályok szerinti pályázati kiírás beadási határidejére több pályamunkát nyújtottak be.

A Bíráló Bizottság a pályázati munka témája, az alkalmazott vizsgálati módszerek és elért eredmények értékelése alapján a felosztásra kerülő pénzüsszeget több pályázó között osztotta fel.

Jutalomban részesítette a következő pályázatokat:

Dr. Róth Erzsébet,
Új lehetőség a kísérletes szívizom infarktus gyógyszeres terápiájában

Dr. Harsányi Ádám, Dr. Kiss Róbert,
Eredményeink a szívinfarktus halálzásának csökkentésében és a pumpafunkció megőrzésében thrombolitikus rekanalizációval

Dr. Takács Éva, Dr. Jellinek Harry,
Ca-blokkolószerek hatása hipertóniás és hipoxiás modellkísérletekben. Morfológiai értékelés.

Dr. Arnold Csaba,
Myocardialis infarctus megelőzése és gondozása az alapellátásban, 15 éves megfigyelés alapján.

A jutalmak átadása 1989. november 30-án megtörtént.”

Prof. Dr. Árvay Attila
egyetemi tanár

(17)
„A Veszprém megyei Tanács Dobai Pszichiátriai Szak-kórháza (Szocioterápiás Intézet) a jövőben mind szerkezetét, mind működését magasabb szintre kívánja emelni. Két akut felvételi osztályt, nappali szanatóriummal egybekötött ambulanciát szeretnének működtetni.

A természeti és tárgyi feltételek alkalmasak arra, hogy magas szintű pszichiátriai ellátást valósítsunk meg.

Ezen célkitűzéseinkhez keresünk jól képzett, vagy a képzésre nyitott, pszichoterápia végzésére alkalmas orvosokat és pszichológusokat. (Házaspárok előnyben.)

Kiemelt fizetést és lakást biztosítunk.”

Dr. Horváth József
igazgató főorvos

(18)
A Kapuvári Városi Tanács Dr. Lumniczer Sándor Kórház Rendelőintézet igazgató főorvosa (9331 Kapuvár, Dr. Lumniczer S. u. 10.) pályázatot hirdet a következő állásokra: Szülész-Nőgyógyászati Osztályra 1 fő szülész-nőgyógyász szakorvosi,

Sebészeti Osztály Intenzív Terápiás Részlegére 1 fő anesztiológus szakorvosi,

Érbeteg Rehabilitációs Osztályra 1 fő belgyógyász vagy reumatológus szakorvosi,

Belgyógyászati Osztályra 1 fő csoportvezető belgyógyász (felülvizsgáló) főorvosi állásra.

Az állásokat az utolsó kivételével szakvizsga előtt állók is megpályázhatják.

Bérezés kulcsszám szerint. Lakást a Városi Tanács biztosítja.

A pályázatot a hirdetmény megjelenésétől számított 30 napon belül 7/1987. (VII. 30.) EüM. sz. rendelkezésben meghatározott módon a kórház igazgatójának kell benyújtani.

Az állások a pályázatok elbírálását követően azonnal betölthetők.

Dr. Ballagi Farkas
igazgató főorvos

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 11 300 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: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/135

Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.11078 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

DENTOCAR®

tabletta

AQUA ET SALES MINERALES

HATÓANYAG: 0,5 mg natrium fluoratum
(= 0,23 mg F) tablettánként.

JAVALLAT: A fogszuvasodás megelőzése.

ADAGOLÁS: Adagolását csakis a lakosság által — az adott településen — fogyasztott ivóvizek fluorid-tartalmának pontos ismeretében lehet megállapítani. Az ivóvíz fluoridtartalma és a gyermek életkora szerinti adagokat a táblázat tünteti fel.

Életkor (év)	< 0,25 mg/l	0,25—0,5 mg/l	0,50—0,75 mg/l
	fluoridtartalmú ivóvíz esetén a napi adag		
< 2	1 tabl. (= 0,23 mg F)	—	—
3—4	2 tabl. (= 0,46 mg F)	1 tabl. (= 0,23 mg F)	—
5—6	3 tabl. (= 0,69 mg F)	2 tabl. (= 0,46 mg F)	1 tabl. (= 0,23 mg F)
> 7	4 tabl. (= 0,92 mg F)	3 tabl. (= 0,69 mg F)	2 tabl. (= 0,46 mg F)

Különösen nagyobb adagok alkalmazásakor figyelembe kell venni a gyermek testtömegét is; a napi 0,03 mg/ttkg fluoridmennyiséget nem szabad túllépni.

0,75 mg/l vagy ennél több fluoridot tartalmazó ivóvíz esetében adása felesleges, sőt káros is lehet.

ODONTOLOGICA

FIGYELMEZTETÉS: A tabl.-kat naponta kell adagolni. Ha adagolása néhány napra megszakad, a kimaradt adagot nem szabad összegyűjtve egy alkalommal pótlólag beadni.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Caries megelőzésére a megyei (fővárosi) Gyermekfogászati Operatív Bizottság által kiadott és az illetékességi területre érvényes adagolási szempontok alapján a körzeti orvos és a körzeti gyermekgyógyász rendelheti.

Gyermekeközösségekben (Csecsemő- és Gyermekotthonok, napközi otthonok, óvodák, iskolák stb.) — a részükre biztosított pénzügyi keret terhére — a gondozásuk alatt levő gyermekeknek *térítésmentesen* kell kiadni: a közösségbe nem tartozó gyermekek részére legfeljebb 100 tablettát *térítésmentesen* rendelhető.

A Dentocar rendelt mennyiségét a gyermek törzslapján kell nyilvántartani.

CSOMAGOLÁS:

100 tabl.

500 tabl. (Csak gyermekeközösségek részére szolgáltatható ki)



CHINOIN BUDAPEST



CORDAFLEX[®] filmtabletta

koszorúér-tágító, antihypertensivum

HATÓANYAG

10 mg nifedipinum filmtablettánként.
Gátolja a Ca^{2+} ionok beáramlását a szív és az erek izomséjtjeibe.
Ennek következtében mérsékli a szívizom kontraktilitását és a perifériás érellenállást. Fokozza a koszorúerek átáramlását.
Javítja az O_2 igény és kínálat arányát a szívizomban.

JAVALLATOK

Krónikus isémiás szívbetegségek, angina pectoris tartós kezelése és a rohamok megelőzése, hipertónia.

ELLENJAVALLATOK

Akut miokardiális infarktus, kardiogén sokk, pitvari sinuszszindróma, Terhesség.

ADAGOLÁS

Egyéni elbírálást igényel. Szokásos adagja naponta 30 mg (3-szor 1 filmtabletta).
Angina pectoris roham, illetve hipertóniás sürgősségi állapot esetén a filmtablettát szét kell rágni és rövid ideig a szájban tartani. Két bevétel közötti időtartam 2 óránál nem lehet kevesebb.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás arcpír, bokaduzzadás, melegségérzés, szédülés, émelygés, fáradtság, palpitáció, ritkán hasmenés.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

- Antihipertenzív szerek, béta-receptor-blokkolók és H_2 -blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti.
- Kinidinnel történő együttes adagolása fokozott óvatosságot igényel (az EKG-n a QT-szakaszt károsan megnyújthatja, malignus kamrai ritmuszavart provokálhat).
- ACE inhibitorok (Tensiomin) a hatást jelentősen fokozzák.

FIGYELMEZTETÉS

A kombinációban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni. Súlyos koronariabetegségekben szükséges más antianginás szerek adása is. Rohamok esetén nitroglicerinnel mellét béta-receptor-blokkolók alkalmazása ajánlatos. Szívglükózidok a Cordaflex-kezelés alatt is szedhetők.
Állatkísérletekben — bár a humán dózis sokszorosában — teratogén és főtotoxikus. Már alacsonyabb dózisban is tokolitikus hatású, azaz gátolhatja a toiófájások erősségét, ezért a Cordaflex filmtabletta alkalmazására terhes nőknél csak akkor kerülhet sor, ha a beteg tenziója más korlátozás nélkül szedhető gyógyszerekkel megnyugtató módon nem normalizálható. Alkalmazásának első szakaszában — egyéneként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

A gyógyszer szedése alatt alkoholt fogyasztani tilos! Fénytől védve tartandó!

MEGJEGYZÉS

✚ Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS

100 db filmtabletta



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 8. SZÁM 389—444. OLDAL

BUDAPEST, 1990. FEBRUÁR 25.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— 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.).

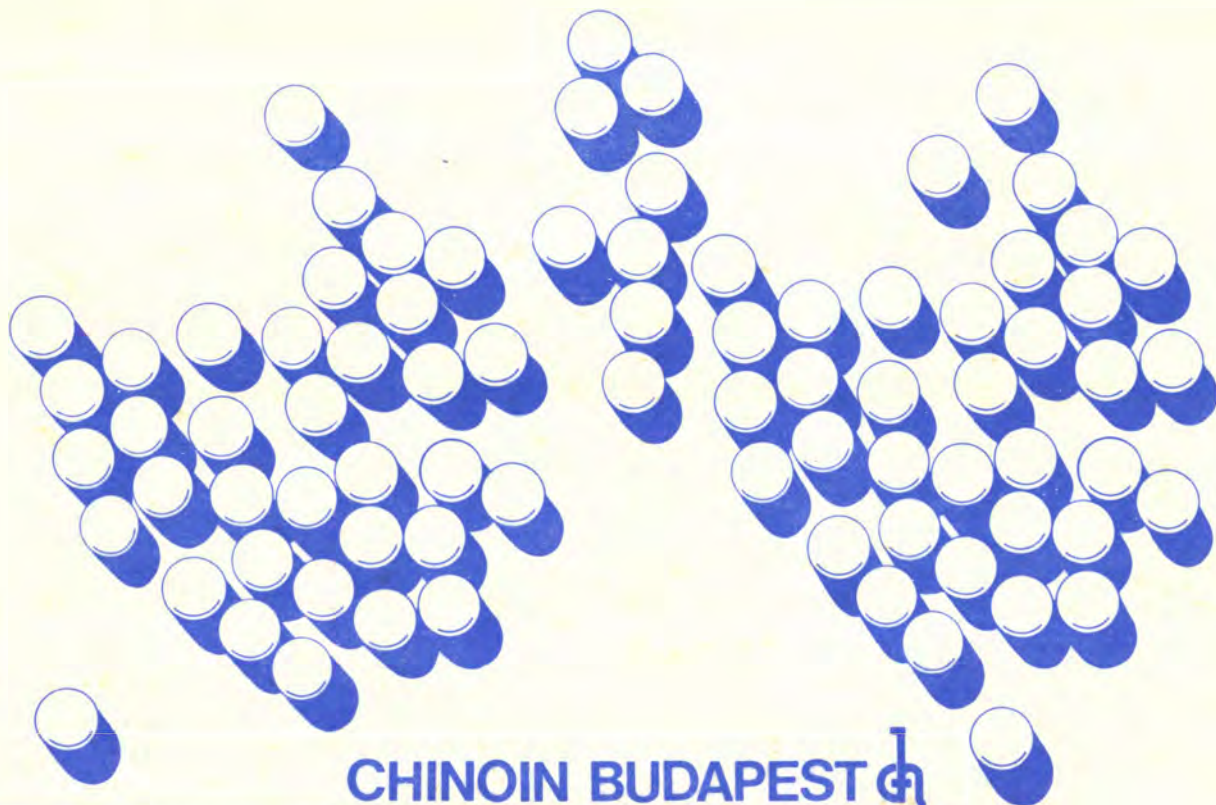
ADAGOLÁS: Szokásos kezdő adagja napi 1–2 tabl. (5–10 mg), reggel, esetleg reggeli-esti elosztásban. Néhány hét múlva a kezdő adag a felére csökkenthető. *Kombinált kezelés.* A korábbi levodopa adag esetenként csökkenthető, az egyéb antiparkinsonos szerek (paraszimpatolitikumok, amantadin stb.) alkalmazását rendszert 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.



ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN
DOLGOZÓK

SZAKSZERVEZETEI
SZÖVETSÉGÉNEK

TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Főszerkesztő:

FEHÉR JÁNOS DR.

*

Munkatársak:

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

*

131. ÉVFOLYAM

*

8. SZÁM

*

1990. FEBRUÁR 25.

TARTALOMJEGYZÉK

Horváth Tibor dr. és Czenkár Béla dr.:

Tapasztalataink a thrombophlebitis superficialis
(varicophlebitis) sebészi kezelésével..... 391

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Incze Ferenc dr., Kozma Rita dr. és Vámos Zoltán dr.:

Az izofluránról.
(Halotán és fentanyl anesztéziával való összeha-
sonlításban)..... 395

*Tóth Lajos dr., Szénási Pál dr., Kammerer László dr.
és Romics László dr.*

A thrombocyta reaktivitás összefüggése a HbA_{1c}-a
serum koleszterin és a serum creatinin értékekkel
diabetes mellitusban..... 405

STATISZTIKAI TANULMÁNYOK

Jakó János dr. és Nagy Péter dr.:

A Szabolcs-Szatmár megyei leukaemia/lympho-
ma regiszter 1983—1987 évi adatainak elemzése . 411

KAZUISZTIKA

Kovács Márta dr., Süle Tamás dr., és Gász József dr.:

Varix-rupturából származó hasúri vérzés máj-
cirrhosisban..... 415

HORUS

Gondolatok a pestisről.

Dudith András (1533—1589)..... 419

Schoepf-Merei elfelejtett segédorvosa: Horváth
József Antal

Adalék a 150 éves Gyermekklinika hőskorának
történetéhez..... 421

Beszámolók..... 423

Folyóiratreferátumok..... 429

Levelek a Szerkesztőhöz..... 443

Hírek..... 443

Pályázati hirdetések..... 444

RABENID

200 mg drazsé

M 900 Antihyperuricaemica ml 270 Trombocita aggregációgátló

HATÓANYAG:

200 mg Sulfinpyrazonum drazsénként

HATÁS:

A Sulfinpyrazon regulálja a vérlemezkék kóros működését azáltal, hogy meghosszabbítja a kórosan megrövidült vérlemezke-életidőt és csökkenti a kórosan fokozott vérlemezke-„turnover”-t. A sulfinpyrazon csökkenti a vérlemezkék egymáshoz tapadását és aggregációját, gátolja a vérlemezke „release” reakcióját és prostaglandin szintézisét. Védő hatást fejt ki az erek endotheljére. Mindezen hatások révén befolyásolja a thromboemboliás betegségek patogenezisében szerepet játszó faktorokat. A szérum húgysavszint-csökkenés alapja a tubuláris reabszorpciójának gátlása, ezáltal a renális excreció növekedése. Erélyes húgysavürítő hatás már a kezelés első pár napján megfigyelhető. Néhány hetes kezelés után csökken a köszvényes rohamok száma és intenzitása. Néhány hetes, ill. néhány hónapos kezelés után általában a tophusok s az ízület környéki lerakódások mérete csökken és új lerakódások sem képződnek.

JAVALLATOK:

Köszvény tartós kezelése, krónikus tophusos köszvény, krónikus köszvényes arthritis, salureticumok okozta hyperuricaemia.

Kombinált kezelés részeként a thromboemboliás szövődmények profilaktikus kezelésére:

- akut szívinfarktus után a szívhalál veszélyének csökkentése;
- érprotézissel és mesterséges szívbillentyűvel élő betegekben (többnyire Syncumarral együtt), valamint
- hemodialízis végzésekor, az arterio-venosus shunt okozta thrombosis megelőzése;
- ismétlődő felületi vénás trombózis esetén;
- trombózis következtében fellépő agyi történések után;
- amaurosis fugax (agyi ischaemia miatt fellépő időszakos vakság).

ELLENJAVALLATOK:

Aktív ulcus ventriculi et duodeni, súlyos máj- és vesekárosodás, sulfinpyrazon és más származékok iránti túlérzékenység, terhesség, különösen az első 3 hónap.

ADAGOLÁS:

Köszvény kezelésére, amennyiben nagyobb adagok

adása szükséges. Átlagos napi adag 200–400 mg (1–2 drg), amely hatástalanság esetén 600 mg-ig emelhető. Alacsonyabb adagok szükségessége esetén a 100 mg hatóanyagtartalmú tableta adása javasolt. Trombózis profilaxisra és infarktus utáni akut állapotban naponta 4×1 drazsé. A kezelés időtartama több hónap is lehet. A drazsékat étkezés közben, vagy tejjel kell bevenni.

Kombinált kezelés: az általában együtt adott orális antikoaguláns(ok) adagját protrombin idő rendszeres — kezdetben naponkénti — ellenőrzése mellett kell individuálisan meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK:

Gastrointestinális tünetek, melyek csökkenthetők a drazsé étkezés közbeni bevitelével, tejjel, antaciddal. Súlyosbíthatja, ill. reaktiválhatja a gyomorfekélyt, vérzést, bőrkíutést, vérképzőrendszeri károsodást okozhat. Hirtelen húgysav-mobilizáció miatt akut köszvényes rohamot válthat ki.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS:

Óvatosan adható:

- antikoagulánsokkal (hatásukat fokozza)
- szalicilátokkal (hatását antagonizálja, köszvényben nem adható együtt),
- egyéb pirazon származékkal (növekvő túlérzékenység),
- orális antidiabetikumokkal, szulfonamidokkal (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Vesebetegeknek óvatosan adagolható. Kifejezett vesekárosodás esetén a vesefunkciókat időnként ellenőrizni kell. Súlyos vesebetegeknek ellenjavallt. Vesekőveséget és vesegörcsöt okozhat különösen a kezelés elején, ezért gondoskodni kell megfelelően nagy mennyiségű folyadékfelvételtől és a vizelet alkalinizálásáról, elsősorban a köszvény kezelésekor. Időnként ugyancsak ellenőrizni kell a vérképet tartós szedés esetén. Önmagában sem a Heparin, sem a Syncumar adását nem pótolhatja.

Sulfinpyrazon túlادagolás tünetei: émelygés, hányás, hasmenés, gyomorfájás, ataxia, erőltetett légzés, görcsök, kóma.

Kezelés: Nincs specifikus antidotum. Hánytatás, gyomormosás, támogató kezelés (iv. glukóz, analeptikumok).

CSOMAGOLÁS:

50 db drazsé

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Tapasztalataink a thrombophlebitis superficialis (varicophlebitis) sebészi kezelésével

Heves Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet, Eger, Sebészeti és Érsebészeti Osztály
(osztályvezető főorvos: Czenkár Béla dr.)

A szerzők 107 beteget kezeltek primer varicositas talaján létrejött akut thrombophlebitissel. Közülük 101-en műtéti beavatkozás történt. A magas saphena leköttetéssel egyidőben a varicectomiát is elvégezték. Műtéti halálozásuk nem volt. Egy betegen műtéti szövődeményként tüdőembóliát észleltek, 11 esetben lépett fel sebgyógyulási zavar. Felhívják a figyelmet az operatív kezelés előnyeire és kedvező tapasztalataik alapján ajánlják az „akut” varicectomia végzését is.

Experiences with the surgical treatment of superficial thrombophlebitis. 107 patients with acute varicophlebitis of the lower limbs have been treated. In 101 cases operation were performed. These patients were treated by surgical excision of the thrombosed segments, with excision or stripping of the remaining varicosities and high saphena ligature. There were no postoperative deaths. One male patient experienced nonfatal minor pulmonary embolism. Wound-healing disturbances were observed in only 11 patients. Attention is drawn to the advantage of the surgical management. Regarding the good experiences, the authors recommend the performance of the „acute” varicectomy.

Az alsó végtagok felszínes thrombophlebitise leggyakrabban primer vagy secunder varicositas talaján jön létre (4, 10), de keletkezésében egyéb tényezők is szerepet játszhatnak. Aetiológiai faktor lehet bacterialis infectio (interdigitalis mycosis, szervezetben lévő pyogen gócok stb.), kémiai anyagok okozta vénafal-károsodás (sclerotizáló kezelés, phlebographia), valamint trauma (13, 18). Kialakulhat valamilyen más alapbetegség (daganat, Buerger-kór, lupus erythematosus disseminatus, hypercoagulopathia) részjelenségeként is (19).

A kórkép jelentőségét gyakorisága, késői következményei és részben az a tény adja, hogy a sapheno-femoralis junction, illetve a perforánsokon át a mélyvénás rendszerre terjedve tüdőembóliához vezethet (6, 7, 8, 19, 21).

Coon és munkatársai (4) szerint az Egyesült Államokban évente 123 ezer beteget kezelnek felszínes visszérgyulladásal, közülük 96 ezer a nő.

Bonyhádi (3) 30–60 éves korú budapesti lakosság körében végzett felmérése a primer varicositas előfordulását nőkben 29,4%-nak, férfiakban 24,7%-nak találta, ezek kórelőzményében varicophlebitis 9,1, illetve 7,44%-ban volt.

A mélyvénákra terjedés gyakorisága 6–11% (6, 8, 10), a tüdőembólia előfordulása a kórházban konzervatíván kezelt súlyosabb esetek között a 10%-ot is elérheti (21).

A thrombophlebitis superficialis terápiájában az orvosi közvélemény még napjainkban is a konzervatív módszereket részesíti előnyben, beleértve az ágynyugalmat is, annak ellenére, hogy ma már bizonyított a műtéti kezelés, az úgynevezett „akut” varicectomia létjogosultsága és előnye (10, 11, 14, 19, 20).

Kulcsszavak: thrombophlebitis superficialis
„akut” varicectomia

Az egri érsebészeti osztályon e radikálisabb szemlélet alapján kezeljük betegeinket.

Beteganyag

Osztályunkon 1984. január 1-től 1988. december 31-ig 107 beteget kezeltünk primer varicositas talaján létrejött felszínes thrombophlebitissel. Közülük 6 esetben alkalmaztunk konzervatív terápiát valamilyen műtéti kontraindikáció, illetve a műtét elutasítása miatt. 101 betegben operatív beavatkozás történt, átlagéletkoruk 53,1 év. Közöttük 55 férfi és 46 nő volt.

A thrombophlebitis lokalizációját az 1. táblázat mutatja. A műtetre került betegek közül 36-nak (35,6%) az anamnesisében egy vagy többszöri visszérgyulladás, 10-nek pedig varicectomia szerepelt. Az utóbbiaknál minden esetben túl alacsonyan történt a saphena leköttetés.

A primer varicositas mellett egyéb aetiológiai tényezőt 25 betegben tudtunk felderíteni (2. táblázat).

Sebészi kezelés

Az általunk alkalmazott műtéti megoldásokat a 3. táblázatban foglaltuk össze.

A sebészi kezelésben alapelvünk volt, hogy csak a „beteg”, vagyis a gyulladt vagy varicosus saphena szakaszt távolítottuk el. A lábszárra lokalizálódó varicophlebitisnél, ha a saphena magnán a térd felett nem volt visszértágulat, a saphena törzset csak a térdhajlatig irtottuk ki. Amennyiben a comb alsó és középső harmadát a gyulladásos folyamat elérte, magas saphena leköttést (crosssectomiát) és teljes saphena kiirtást végeztünk több hosszanti bőrmetszésből illetve Babcock szondával. 21 esetben (20,8%) a sapheno-femoralis junctio feltárásakor a vena femoralisba lógó thrombust találtunk. Ilyenkor a vena femoralist a saphena beömlése alatt és felett is kiprepa-

1. táblázat: A varicophlebitis lokalizációja

	N
Lábszár	30
Comb	42
Comb + lábszár	29

2. táblázat: Primer varicositas mellett észlelt aetiológiai faktorkok

	N
Interdigitalis mycosis	5
Daganatos megbetegedés	7
Tartós ágynyugalom	6
Trauma	5
Megelőző scleroterápia	2

ráltuk, aláhurkoltuk és Na-Heparin intravenás adása után Trendelenburg helyzetben, túlnyomásos lélegeztetés mellett a junctiót megnyitottuk. Fogarty katéterrel a mélyvénaiba lógó thrombust eltávolítottuk, majd elvégeztük a saphena leköttést és kiírtást.

Valamennyi típusú műtéti beavatkozás után kompressziós kötést helyeztünk fel. A postoperatív 1. napon elkezdtük a betegek mobilizálását subdózisú Na-Heparin (2×1 ml. s. c.) adása mellett. A thrombosis profilaxisa postoperatív 5. naptól napi 1 tbl. Colfarit adásával történt, s ezt a kórházi tartózkodás végéig folytattuk.

Antibiotikum kezelést csak ritkán, kiterjedt periphlebitises folyamatnál alkalmaztunk.

A műtét előtti rutinszerű phlebographiát nem tartjuk indokoltnak, csak egyidejűleg fennálló mélyvénás thrombosis gyanúja esetén végezzük el (2 eset). A mélyvénák állapotának megítélésében elsősorban a fizikális vizsgálatra támaszkodtunk.

Eredményeink

Műtéti halálozás nem volt. Egy betegben a vena femoralisba lógó thrombus eltávolítása során tüdőembólia lépett fel, de intenzív kezelés után gyógyultan távozott.

A műtéti sebek 90 betegben per primam gyógyultak. 11 sebgyógyulási zavart észleltünk (4. táblázat).

Az átlagos ápolási idő 10,7 nap volt.

Megbeszélés

A primer varicositas talaján létrejött thrombophlebitis kezelésében hosszú ideig konzervatív szemlélet uralkodott. Tartós fektetéssel, a végtag felpolcolásával, borogatással, antiphlogisticumok és véráldadástgátló gyógyszerek adásával igyekeztek a mélyvénára terjedést és a thromboemboliás szövödményeket megelőzni. Továbblépést jelentett az ágynyugalom elvetése, de ma sem rendelkezünk olyan belgyógyászati terápiával, amellyel

3. táblázat: Műtéti megoldások

	N
Magas saphena leköttés	4
Magas saphena leköttés teljes saphena kiírtással	64
Gyulladt vena eltávolítása saphenakiírtással a lábszáron	33

4. táblázat: Sebgyógyulási zavarok

	N
Sebszéli bőrnecrosis	2
Nyirokcsorgás	3
Gyulladás	3
Haematoma	3

gyors gyógyulást lehetne elérni és megakadályozná a phlebitis kiújulását. A konzervatív kezelésnek számtalan hátránya van: 1. nem oldja meg a thrombophlebitis alapjául szolgáló varicositást, ezért magas, 15–20%-os a recidíva (10), 2. az ápolási idő túl hosszú, elérheti a 6–8 hetet is (10), 3. nem biztosít teljes védelmet a várható szövödmények — mélyvénás thrombosis — tüdőembólia — ellen (21).

A fentiek miatt irányult a figyelem a sebészeti megoldások felé. 1952-ben Hermann (9) ajánlotta ascendáló thrombophlebitis esetén a gyulladt vénaszakasz extirpációját. Gervais (6) 1956-ban már 64 sikeresen operált, az inguinális régiót elérő varicophlebitises esetet ismertetett.

Ezt követően egyre több közlemény jelent meg, de ekkor még a postoperatív tüdőembólia gyakorisága 2–4% volt (7, 8, 15). Williams és Zollinger (20) 1964-ben közölt, 92 beteget felölelő anyagában műtéti szövödményként tüdőembólia már nem fordult elő és 24 betegben a magas saphena leköttés mellett a saphena kiírtást is elvégezték.

Magyarországon a műtéti kezelést először Vas (19) szorgalmazta, majd nagyobb beteganyagról Márkus és munkatársai (12), valamint Rózsa és munkatársa (14) számoltak be.

Ma már ascendáló varicophlebitisnél a műtétet abszolút indikálnak tartják (5, 12, 16, 17, 19, 20), de egyéb lokalizáció esetén is ajánlják (5, 11, 12, 14, 19). Kontraindikációt az általános sebésziken kívül csak az egyidejű mélyvénás thrombosis és a kiterjedt erysipelas jelent.

A korrekt sebészeti megoldás a magas saphena leköttés mellett magában foglalja az egyidőben elvégzett varicectomiát is. A saphena törzs kiírtását hosszanti metszésekkel végezzük, mivel így jobban elkerülhető a nyirokutak sérülése és ezáltal a postoperatív nyirokcsorgás.

A sapheno-femoralis junctiót is hosszanti inguinális behatolásból tárjuk fel, ha valószínű, hogy a thrombosis a junctiót is elérte, hiszen így biztonságosabban explorálható a vena femoralis. A varicectomiánál igyekeztünk a saphena ép szakaszát megőrizni, egy esetleges későbbi érptótlás céljára (2).

A lábszáron jelentkező thrombophlebitisnél alternatív megoldásként, jól körülhatárolt indikáció alapján a

phlebotomia és a véralvadék expressziója is elvégezhető (1, 13).

A sebészi kezelés előnye, hogy gyors és teljes gyógyulást eredményez, a szövődeményeket biztosan megelőzi, az átlagos ápolási idő rövid, a thrombophlebitis recidívája ritka, Lofgren (11) felmérése szerint öt éves követési idő alatt 4,3%.

Kedvező tapasztalataink és az irodalmi adatok alapján úgy véljük, hogy a primer varicositas talaján fellépő thrombophlebitisben, ha a feltételek adottak, a választandó terápia az azonnali, illetve a korai radikális műtét. Egyetértünk Rózsa (14) azon véleményével, hogy konzervatív kezelés csak enyhe esetekben, vagy a műtéti beavatkozások feltételeinek hiányában, illetve kontraindikációjakor javasolt.

IRODALOM: 1. Bihari I.: A varicophlebitis kezelése a vérrög eltávolításával. Orv. Hetil., 1986, 127, 91. — 2. Bihari I.: A véna saphena magna megőrzése érpfőtás céljára visszérbetegeken. Orv. Hetil., 1988, 129, 2569. — 3. Bonyhádi K., Bojszók I., Okos G.: Gyűjtőér-megbetegedésekre vonatkozó epidemiológiai vizsgálatok a főváros XVI. kerületének lakosai között. Orv. Hetil., 1974, 115, 920. — 4. Coon, W. W., Willis, P. W., Keller, J. B.: Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh Community Health Study. Circulation, 1973, 48, 839. — 5. Crane, C.: The surgery of varicose veins. Surg. Clin. North. Am. 1979, 59, 737. — 6. Gervais, M.: Les thromboses veineuses superficielles. Lyon. Chir. 1956, 52, 89. — 7. Gjores, J. E.: Surgical therapy of ascending thrombophlebitis in the

saphenous system. Angiology, 1962, 13, 241. — 8. Hafner, C. D., Cranley, J. J., Krause, R. J. és mtsai: A method of managing superficial thrombophlebitis. Surgery 1964, 55, 201. — 9. Hermann, L. G.: Phlebectomy in treatment of acute thrombosis of saphenous varices veins. Arch. Surg. 1952, 64, 681. — 10. Husni, E. A., Williams, W. A.: Superficial thrombophlebitis of lower limbs. Surgery 1982, 91, 70. — 11. Lofgren, E. P., Lofgren, K. A.: The surgical treatment of superficial thrombophlebitis. Surgery, 1981, 90, 49. — 12. Márkus B., Nagy I., Lazáry Gy.: A vénás rendszeren végzett beavatkozásaink 10 év alatt. Magy. Seb. 1984, 37, 145. — 13. Müller, M. W., Rosenberg, H. G.: Varikophlebitis der unteren Gliedmassen und deren Behandlung. VASA. 1976, 4, 342. — 14. Rózsa I., Bihari I.: Műtéttel vagy konzervatíván kezeljük az alsó végtag vénás betegségeit? Az orvostudomány aktuális problémái 1983, 45, 117. — 15. Trenberg, J. L., Bailes, P. M., Butcher, H. R.: Acute superficial saphenous thrombophlebitis. Am. J. Surg. 1961, 102, 691. — 16. Urai L.: Thrombophlebitis (superficialis) in: A vénák betegségei és kezelésük. Szerk.: Nemes A. Medicina, Budapest, 1986. — 17. Urai L.: Felületes thrombophlebitis (thrombophlebitis migrans, Mondor betegség, fogamzásgátlók és vénás megbetegedések). A dermatovenerologia haladása 1973, 17, 33. — 18. Vas Gy.: Az alsó végtag vénás betegségei. Medicina, Budapest, 1963. — 19. Vas Gy., Satori Ö., Csiffáry D., Ligeti J.: Primer varicosus vénák akut thrombophlebitisének sebészi kezelése. Magy. Seb. 1969, 22, 292. — 10. Williams, R. D., Zollinger, R. W.: Surgical treatment of superficial thrombophlebitis. Surg. Gynecol. Obstet. 1964, 118, 745. — 21. Zollinger, R. W., Williams, R. D., Briggs, D. P.: Problems in the diagnosis and treatment of thrombophlebitis. Arch. Surg. 1962, 85, 18.

(Horváth Tibor dr. Eger, Pf. 15. 3301)

KLION®



infúzió tabletta hüvelykúp szuszpenzió

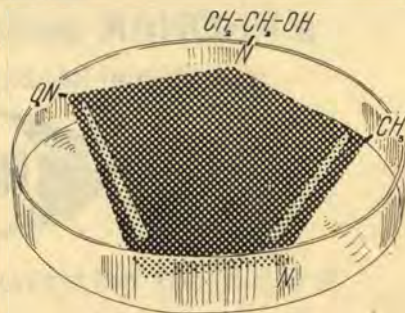
Hatóanyag: 1 tabletta 250 mg.
1 hüvelykúp 500 mg metronidazol tartalmaz,
a szuszpenzió 4,8 g-t 120 ml-ben (125 mg/kávéskanál);
az infúzió 500 mg-t 100 ml oldatban.

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 műtéti fertőzések megelőzésére és kezelésére használják, ezenkívül stomatitis ulcerosa és aphtosa, 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, lambliaesis esetében.

Klion infúziót antibakteriális terápiára alkalmazzák, elsősorban műtéti fertőzések megelőzésére és kezelésére.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

QH

393

OMKER KIÁLLÍTÓTEREM

1990. első félévi előzetes

KIÁLLÍTÁSI PROGRAM

március 7—8.

a HELLIGE cég szimpóziuma

keringésdiagnosztikai és ultrahangdiagnosztikai berendezések,
5. generációs őrzők bemutatója

március 13—14.

a NOVA Biomedical és a DYNATECH cégek kiállítása

március 20—22.

a HEREAUS—KULZER cég szimpóziuma

új fogászati eljárások, fényre keményedő fogászati anyagok

március 27—29.

IZRAELI ORVOSTECHNIKAI KIÁLLÍTÁS

izraeli gyártmányú orvos- és kórháztechnikai berendezések bemutatója

április 3—5.

a SIEMENS cég bemutatója

elektromedikai készülékek, EKG berendezések, monitorok,
lélegeztető és altatókészülékek, ultrahangdiagnosztika

április 10—12.

a GOLDEN MEDICAL és a SHARPLAN cégek kiállítása

sebészeti lézerberendezés, doppler diagnosztikai készülékek

április 24—27.

a PHONAK svájci cég bemutatója

audiológiai készülékek, berendezések



A kiállítások helyszíne az OMKER Kiállítóterem

(Bp., VI., Népköztársaság útja 36. Tel.: 1118-060)

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!

Incze Ferenc dr.,
Kozma Rita dr.
és Vámos Zoltán dr.

Az izofluránról. (Halotán és fentanyl anesztéziával való összehasonlításban)

Pest Megyei Tanács Semmelweis Kórház-Rendelőintézet, Budapest
(főigazgató: Mundi Béla dr.)
Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztály
(osztályvezető: Incze Ferenc dr.)

A szerzők másfél év alatt 135 anesztéziát végeztek izofluránnal. Ebből 104 zárt, 31 pedig félig zárt rendszerben történt. Az eredményeket halotán és fentanyl anesztéziákkal hasonlították össze. Az izofluránra vonatkozó irodalmi adatok rövid ismertetése után saját tapasztalataikat elemzik. A legkedvezőbb tulajdonság a sav-bázis egyensúly stabilitása volt, melynek egyik magyarázata a szöveti oxigenizáció zavartalansága. A vérkeringést enyhe tachycardia és a systolés vérnyomás átmeneti csökkenése jellemezte. A keringési paraméterek jobbak voltak zárt rendszerben, mint félig zártban, az előbbin belül pedig az empirikus befeckendezés és az 5—3,8—3,4, —3—2,8—2,5—2,3 stb. %-os vaporizátoros adagolás eredményezte a legstabilabb vérkeringést. A légzőközpont dóziszfüggő deprimálása a fentanylénál gyengébb, a halotánéval megegyező mértékű volt. Az izomrelaxánsokban ugyancsak dóziszfüggő megtakarítás jött létre. A vércukor szint izoflurántól erősebben és tartósabban emelkedett, mint a kontroll anesztetikumoktól. Az izoflurán (és bármely inhalációs altatószer) árát legalább részben ellensúlyozza a zárt rendszerben való alkalmazás. A szerzők saját tapasztalataik és az irodalmi adatok alapján hosszú és ismételt anesztéziákra is alkalmasnak találják az izofluránt, de rámutatnak a kellő figyelmet igénylő körülményekre is.

Isoflurane: comparison with halothane and fentanyl anaesthetics. Authors carried out during one and a half year 135 anaesthetics with isoflurane. 104 of them was administered in closed, and 31 in semiclosed system. The results were compared with halothane and fentanyl anaesthetics. After brief review of the literature about isoflurane, authors evaluated their own experiences. The most favourable result was the stability of the metabolic acid-base balance. One explanation of this feature is the undisturbed oxygenation of the tissues. The circulation was characterized by mild tachycardia and by transitory decrease of the systolic blood pressure. The circulatory parameters were better in closed system, than in semiclosed one, and within the former system the most stable circulation was achieved either by an empirical syringe-injection administration, or by vaporizer administration using 5—3,8—3,4—3—2,8—2,5—2,3 etc. % dosage schedule. The dose-related respiratory depression was of lesser degree, than with fentanyl, and was equal to that with halothane. It was found an also dose-related saving in muscle relaxants. The blood sugar level increased considerably and more prolonged, than with the control anaesthetics. The high cost of the isoflurane (and of any other inhalational agent) was partly compensated by using it in a closed system. Authors found the isoflurane — based on their own experiences and on the data of the literature — suitable for prolonged and repeated anaesthetics too, but they referred to the circumstances also, which required closer attention.

Rövidítések: B. E. : bázis eltérés

MAC = MAC frakció = a MAC-nak tetszőleges idő alatt felhasznált hányada, töredéke

FZR = félig zárt rendszerű altatás

H. A. = humán albumin

MAC = minimális anesztéziás koncentráció = az az alveoláris koncentráció, amely a betegek bőrmetszésre való reakcióját — megmozdulását — 50 %-ban kivédi

NG = 2 db 0,5 mg-os nitroglycerin tabletta 2 ml 0,9 %-os NaCl-ban feloldva és az ornyálkahártyára cseppentve

NSz = nem szignifikáns(an)

Sz. = szingnifikáns(an)

Kulcsszavak: inhalációs anesztetikumok, izoflurán, stabil sav-bázis egyensúly, vércukoremelkedés

A halotán 1956-ban való (28) bevezetése óta tovább folytak a kutatások még kedvezőbb inhalációs anesztetikumok után. Így került sor először átmenetileg a metoxiflurán (2), majd az enflurán (37) alkalmazására. Ebben a sorban a legújabb az enflurán izomérje: az izoflurán, amely vegyileg 1-klór-2,2,2-trifluoretil-difluormetil-éter ($\text{CF}_3\text{-CHCl-O-CHF}_2$). A vegyületet már 1965-ben előállították (27), de részben gyártástechnológiai nehézségek miatt, részben, mert nem elég körütekintően végzett állatkísérletek nyomán — alaptalanul — rákkeltő hatás gyanúja merült fel, az Egyesült Államokban csak 1981-ben, Nagy-Britanniában 1983-ban, az NSZK-ban 1984-ben törzskönyvezték.

Az izofluránnal az Országos Gyógyszerészeti Intézet engedélye alapján 1986. október 28. óta kezdünk klini-

kai vizsgálatokat, majd 1988. január 19-én — két másik intézménnyel együtt — a törzskönyvezéshez szükséges klinikai terápiás vizsgálatok elvégzésére is kijelölték osztályunkat. Ezen vizsgálatok eredményeiről számolunk be.

Beteganyag és módszer

Vizsgálatainkat eleinte behatárolta két körülmény: 1. Csak korlátozott mennyiségű izoflurán állt rendelkezésünkre. 2. Nem rendelkezünk izofluránra kalibrált vaporizátorral. Ezért úgy határoztunk, hogy: 1. Az izofluránt a minél takarékosabb felhasználás érdekében ZR technikával fogjuk alkalmazni. 2. ZR-en belül az adagolást a folyékony altatószernek a kör légző rendszerbe való befecskendezésével végezzük.

Csak később, amikor egyrészt már — kis áramlás mellett is pontos — izoflurán, illetve halotán vaporizátorokhoz, másrészt több vizsgálati anyaghoz jutottunk, tértünk át előbb ZR-ben, majd FZR-ben a vaporizátoros adagolásra (17).

1986. november és 1988. június között 135 esetben végeztünk izoflurán altatást, ebből 104-et ZR-ben, 31-et pedig FZR-ben. A vizsgálati eredményeket 25 ZR halotán és 29 FZR fentanyl-N₂O anesztézia során észlelt paraméterekkel hasonlítottuk össze.

A betegeket válogatás nélkül, véletlenszerűen, csak a kizáró okok figyelembevételével vontuk be a vizsgálatba. Kizáró okok voltak: 18 év alatti életkor, ASA 4—5 általános állapot, császármetszés műtete. A felső korhatárt nem korlátoztuk, hypertoniát, szívritmuszavart nem tekintettünk kizáró oknak.

Betegeink nőgyógyászati vagy hasi sebészeti műtétekre kerültek. A betegektől 1987. szeptember 1. óta kellő felvilágosítás után írásos beleegyezést kértünk. A betegek biográfiai adatait, alap- és kísérőbetegségeit az 1. táblázat tünteti fel. Az egyes csoportok között nem volt Sz különbség, de a fentanylos kontrollcsoportnak mind kormegoszlása, mind ASA-beosztása kedvezőbb volt és kísérőbetegségek sem terheltek. Ez a különbség azonban csak akkor lett volna elfogadhatatlan, ha a kontrollcsoport lett volna kedvezőtlenebb.

Az inhalációs anesztéziákat 0,5 mg atropinnal, 50—100 mg pethidinnel és 50 mg promethazinnal, a fentanylos anesztéziákat 0,5 mg atropinnal és 0,22 mg/kg diazepammal praemedikáltuk. Az elaltatást diazepammal vagy tiobutabarbitállal, a fentanylos csoportét ezen felül 0,005 mg/kg fentanyllal végeztük. Succinylcholinallal intubáltunk, majd az altatógéppel való összekapcsolás után elkezdjük az inhalációs altatószerek adagolását.

A ZR-ben az izoflurán befecskendezését empirikusan (n = 39) és Lowe (21, 22) sémája szerint (n = 16) végeztük, a vaporizátoros adagolást nagyobb (n = 30) és kisebb (n = 19) koncentrációban alkalmaztuk.

A „nagyobb” koncentrációjú adagolás 5% 9'-ig, 3,8% 7'-ig, 3,4% 9'-ig, 3% 11'-ig, 2,8% 13'-ig, 2,5% 15'-ig, 2,3% 17'-ig, és így tovább. A „kisebb” koncentrációjú adagolás: 5% 5'-ig, 3,1% 7'-ig, 2,8% 9'-ig, 2,5% 11'-ig, 2,3% 13'-ig, 2,1% 15'-ig, 1,9% 17'-ig stb. (17).

A ZR halotán Lowe szerint befecskendezve (n = 6) és vaporizátorral (n = 19) adagoltuk: 4% 9'-ig, 2,9% 7'-ig, 2,5% 9'-ig, 2,3% 11'-ig, 2,1% 13'-ig, 1,9% 15'-ig, 1,8% 17'-ig stb. (17).

FZR-ben az izofluránt 2 vol%-os bevezető, majd szükség szerinti eltérésekkel 1 vol%-os fenntartó koncentrációban adagoltuk, 2 l/perc N₂O és 1 l/perc O₂ friss gázáramlással. A FZR fentanylos csoportban összesen 0,005 mg/kg/óra fentanylt adtunk.

Az anesztézia alatt megfigyeltük a narkózismélység klinikai tüneteit (a pupilla tágasság, könnyezés, a bőr színe, hőmérséklete, szárazsága), a pulzusszámot, a vérnyomást, továbbá a 2. táblázatban feltüntetett műszeres, illetve laboratóriumi ellenőrző módszereket is igénybe vettük. Kiszámítottuk az altatószerek és izomrelaxánsok felhasználását testsúly kg/műtési órára kivetítve, és rögzítettük a műtét alatt szükségessé váló kísérő gyógyszerelést, végül a műtét alatt és után a teljes ébredésig bekövetkező esetleges mellékhatásokat, szövődményeket. Az adatokat számítógépre vittük és kétféleképpen, t-próbával, illetve Mann-Whitney U-tesztel, valamint a chi-négyzet próba Yates-, illetve Fischer-féle módosításával hasonlítottuk össze, szignifikancia szempontjából.

1. táblázat: A betegek biográfiai adatai és betegségei

	Izoflurán n: 135		Halotán ZR	Fentanyl FZR	Megjegyzés
	ZR n = 104	FZR n = 31	n = 25	n = 29	
Nem ffi: 1 nő: 2	1,69	1,67	1,9	1,97	A nők aránya a vaporizátoros ZR halotán alcsoportban 100% volt (2).
Kor években	51±13,3	55±16,5	45,9±8,2	43,9±9,4	FZR izoflurán-fentanyl p<0,05
Súly kg-ban	70,2±11,2	64±13,2	67,75±12,1	70,2±14,4	
ASA-beosztás	2,49±0,73	2,29±0,78	2,42±0,61	1,8±0,8	ZR izoflurán-fentanyl p<0,01.
Műtét, esetszám	hasi műtét: 75 hasfali sérvműtét: 10 struma m.: 2 nőgyógyászati hasi műtét: 17	hasi műtét: 75 egyéb sebészeti műtét: 4 nőgyógyászati műtét: 17	25 hasi műtét: emlőműtét 4 nőgyógyászati hasi műtét: 2	1 hasi műtét: 19 3 hasfali sérv műtét: 3 nőgyógyászati műtét: 7	
Kísérő betegség, eset-szám (%)	hypertonia: 31 ritmus- és vezetési zavar: 8 egyéb szívbetegség: 11 egyéb: 10 n = 60 (57,7)	hypertonia: 31 ritmus- és vezetési zavar: 8 egyéb szívbetegség: 11 egyéb: 10 n = 21(67,7)	7 hypertonia: egyéb szívbetegség: 5 egyéb: 4 n = 16 (64) 5	8 2 6	hypertonia: 46 ritmus- és vezetési zavar: 13 összes kísérő betegség: 97

nitromint[®] · retard



NITROMINT®-retard

2,6 mg tabletta
koszorúér-tágító

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

Adagolás: Egyéni beállítást igényel, a beteg nitroglicerinérzékenységtől 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.

Gyógyszerkölcsonhatás: 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



2. táblázat: **A betegek műszeres, illetve laboratóriumi ellenőrzése**

Módszerek, ill. készülékek	Izoflurán n = 135 ZR n = 104	FZRN = 31	Halotán ZR n = 25	Fentanyl FZR n = 29	Összesen n = 189
Oxigén koncentráció mérés, Radelkisz OH-703	104	—	25	—	129
Izomrelaxans hatás ellenőrzése, Medisor AST-1	104	31	25	29	189
EKG-monitorozás, Rolitron MCM-2	88	23	15	29	155
Vérgázvizsgálat, Radiometer ABC 1, ABL 330	59	13	6	29	107
Altatószer koncentráció mérés, DATEX Normac	35	12	1	—	48
Altatószer koncentráció regisztrálása, RFT 6NEK 401	23	9	1	—	33
Pulzus-hullám monitorozása, Medisor CM 23	13	—	—	—	13
Pulzus oxymetria, Ohmeda Biox 3700	—	1	—	—	1
Vércukor vizsgálat	11	3	16	12	42

3. táblázat: **A betegek anesztéziájával összefüggő paraméterek**

Paraméter és egység	Izoflurán n = 135 ZR n = 104	FZR n = 31	Halotán ZR n = 25	Fentanyl FZR n = 29	Megjegyzés
Műtési idő, perc	91,5±50,7	87,5±60,6	80,1±32,3	77,4±45	
Anesztézia idő, perc	104,5±49,6	102,5±63,3	94,2±31,5	98,4±46,8	
Bevezető tiobutabarbitál, mg/kg	n = 41 8,1±1,1	n = 14 7,53±1,16	n = 6 7,6±0,74	—	
Bevezető diazepam mg/kg	n = 63 0,34±0,1	n = 17 0,38±0,13	n = 19 0,35±0,09	n = 29 0,41±0,12	ZR izoflurán-fentanyl: p<0,05
Pipecuroniumbromid µg/kg/óra műtét	n = 64 45,8±13,8	n = 12 47,3±21,3	n = 10 41,7±8,1	n = 9 52,9±12,7	A ZR izoflurán csoporton belül a vaporizátoros alcsoportban p<0,05—p<0,001 szinten volt kevesebb, mint a többi csoportban (36,5 µg/kg/óra).
Alcuronium µl/kg/óra műtét	n = 35 176,1±±66,1	n = 18 265,9±95	n = 15 211,9±62,3	n = 20 263,5±102,4	A két FZR csoportban p<0,05 szinten több, mint a ZR izoflurán csoportban
Anesztetikum felhasználás, µl/kg/óra műtét	47,5±16,6	130,3±41,1	40,4±14,8	0,005±0,002 mg/kg/óra	A ZR-ekben p<0,001 szinten kevesebb, mint a FZR-ben
Anesztetikum felhasználás fMAC-ban (600 ml szivárgás alatt)	n = 40 0,49±0,18	—	n = 20 0,55±0,13	—	A ZR izofluránon belül az empirikus befecskendezéses alcsoportban p<0,005 szinten a legkisebb (0,385).
Anesztetikum adagolás befejezésétől az extubálásig, perc	32,3±10,4	20,9±17,1	29,2±11,4	58,5±28,8	A fentanyl csoportban p<0,001 szinten hosszabb, mint a többiben
A bőrvarrat végére még nincs spontán légzés, eset (%)	23 (22,1)	8 (25,8)	7 (28)	12 (41,4)	A ZR izofluránon belül az empirikus befecskendezéses alcsoportban p<0,01 szinten kevesebb: 3/39 (8), mint a fentanyl csoportban

4. táblázat: Jelentősebb változások a vérkeringésben

A változás mibenléte	Izoflurán n = 135 ZR n = 107 FZR n = 31		Halotán ZR n = 25	Fentanyl FZR n = 29	Megjegyzés
30%-os pulzusszám szaporulat	11 (10,6%)	5 (16,1%)	4 (16%)	11 (37,9%)	ZR I-Fe: p<0,01
30%-os pulzusszám gyérülés	12 (11,5%)	5 (16,1%)	4 (16%)	3 (10,3%)	
30%-os pulzusszám ingadozás	18 (17,3%)	6 (19,4%)	2 (8%)	7 (24,1%)	
Összesen:	41 (39,4%)	16 (51,6%)	10 (40%)	21 (72,4%)	ZR I-Fe: p<0,01 ZR H-Fe: p<0,05
30%-os systolés vérnyomás emelkedés	8 (7,7%)	2 (6,5%)	1 (4%)	4 (13,8%)	ZR I-Fe: p<0,01 ZR I-H: p<0,05
30%-os systolés vérnyomás csökkenés	4 (3,8%)	3 (9,7%)	4 (16%)	7 (24,1%)	
30%-os systolés vérnyomás ingadozás	55 (52,9%)	19 (61,3%)	11 (44%)	12 (41,4%)	
Összesen:	67 (61,4%)	24 (77,4%)	16 (64%)	23 (79,3%)	

5. táblázat: Műtét alatti kísérő gyógyszerelés, mellékhatások, és szövődmények

	Izoflurán n = 135 ZR n = 104 FZR n = 31		Halotán ZR n = 25	Fentanyl FZR n = 29	Megjegyzés
Kísérő gyógyszerelés, esetszám (%)	Ng 2 mg oxprenolol 5 mg verapamil 0,25 mg atropin 40 mg furosemid n = 16 (15,4)	6x 0,25 mg atropin 2x 70 mg lidocain 2x n = 2 (6,45) 4x 2x	1x 0,25 mg atropin 1x atropin + Gellifundol atropin + H. A. 100 ml 40% dextrose n = 4 (16)	1x 0,08 mg/kg drope- ridol 1x n = 7 (24,1) 1x	7x A ZR izoflurán csoporton belül az empirikus befeccskendezéses alcsoportban az esetszám 5/39 (12,8)
Mellékhatás, szövődmény, esetszám (%)	hányas: 12 (11,5) hypertonia: 8 s. tachycardia: 7 s. bradycardia: 4 könnyezés: 3 kóhógés: 1 verejtékezés: 1 n = 36 (34,6)	hányas: 7 (22,6) s. tachycardia: 1 s. bradycardia: 1 könnyezés: 1 n = 10 (32,3)	hányas: 5 (20) s. bradycardia: 1 s. bradycardia + tensiósés: 2 n = 8 (32)	hányas: 2 (6,9) hypertonia: 1 hypertensio + postop. légzés- depressio: 2 bronchospasmus + kamrai ES-ek: 1 látászavar: 1 n = 13 (44,8)	A ZR empirikus befeccskendezéses izoflurán alcsoportban az összes szövődmények száma: 7/39 (17,9) volt, ami p<0,05 szinten kevesebb, mint a ZR ná- gyobb adagú vaporizáto- ros izoflurán alcsoportban: 13/30 (43,3) és a fentanylos csoportban

Eredmények

Az anesztéziával összefüggő paramétereket a 3. táblázatban tüntettük fel.

Az anesztetikum fogyasztás $\mu\text{l/kg/műteti órában}$ a ZR-ekben erősen Sz, 2,5–3-szor volt kevesebb, mint a FZR-ben. Az altatószer felhasználását fMAC-ra kiszámítva kitűnt, hogy 0,65 MAC (65%) N_2O mellett ZR-ekben nem volt szükség 0,65 MAC párolgó anesztetikumra a kellő mélységű anesztéziához.

Az altatószer-adagolás befejezésétől az extubálásig a fentanylos csoportban telt el a leghosszabb idő, és mégis itt tért vissza a legritkábban a spontán légzés a bőrvarrat végéig. FZR vaporizátoros izoflurán adagolás mellett lehetett a legkésőbb abbahagyni az altatószer adagolását.

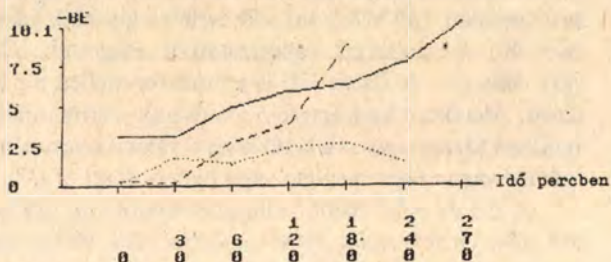
A frissgáz áramlás oxigénkoncentrációját a ZR-ekben 35%-ra állítottuk be.

Az EKG-n a szív frekvenciaváltozásain kívül egyéb — a műtét előtt még nem lévő — eltérést (ingerképzési vagy vezetési zavar, ST-eltérés) egyszer sem láttunk. A jelentősebb vérkeringési elváltozásokat a 4. táblázatban tüntettük fel.

30%-os szaporulatnak/emelkedésnek, illetve gyérülésnek/csökkenésnek azt vettük, ha a pulzus, illetve systolés vérnyomás a fektetési alappértékhez képest 30%-kal több, vagy kevesebb lett és ezen a szinten maradt. 30%-os ingadozásnak azt vettük, ha a pulzusszám, illetve a systolés vérnyomás fektetéstől az extubálás utánig mért legnagyobb és legkisebb értékének a különbsége elérte a fektetési alappérték 30%-át.

Az izoflurános csoporton belül a ZR empirikus befeccskendezéses alcsoportban $p<0,05$ szinten ritkább volt a jelentős vérnyomásváltozás (20/39), mint a FZR vaporizátoros csoportban (24/31). Az altatószer-koncentráció méréseredményeit részletesen tárgyaltuk előző dolgozatunkban (17) és ugyanitt mutattuk be az ezekről készült regisztrátumokat is. ZR-ben a befeccskendezéses módszerekkel az egyes befeccskendezések után közvetlenül átlag 1,3% belégzési és 0,36% kilégzési, a vaporizátoros módszerekkel folyamatosan átlag 0,89% belégzési és 0,29% kilégzési altatószer-koncentrációkat mértünk. FZR-ben a tubusnál mért belégzési koncentrációk a vaporizátoron beállítottak mintegy felét-harmadát érték el, és a skálaállás csökkentésével arányosan csökkentek.

VÉRCUKOR ÉRTÉK VÁLTOZÁSA
ALTATÁS ALATT MMOL/L-BEN



Az egyes időpontokban:	n = 29	-	29	29	11	2	2
" " " " ± S.D.	= 3,55	-	3,32	3,13	3,08	3,39	1,27

Group	Time 1	Time 2	Time 3	Time 4
Control	4.6	6.9	7.6	9.3
100 mg/kg	4.6	6.9	5.8	5.8
200 mg/kg	4.6	6.9	7.6	9.3

markósis	markósis	markósis
n = 16,16,8,1	12,12,3,2	14,14,4,3
± S.D. = 0.8 1.6 0.9	-1.0 9 2.1 1.9	2.3; 0.9 1.6 1.9 1.5

	180. PERC
	Nem szign.

A műtét közben szükségessé váló kísérő gyógyszerelést és a műtét alatt, vagy a teljes ébredésig bekövetkező mellékhatásokat, szövődményeket az 5. táblázatban foglaltuk össze. A műtét alatt gyógyszerelést szükségessé tevő cardiovascularis mellékhatások valójában a műtét előtt már meglevő kísérő betegségek egy részének a műtét alatt is megnyilvánuló tünetei voltak (másik részük spontán rendeződött altatás közben).

Az anesztézia alatt néhány esetben észleltünk — egyébként kellő mélységűnek tűnő alvás mellett — könyvezést, egy ízben a bevezetéskor köhögést, egy ízben pedig az anesztézia végén verejtékezést, mely sem hypercapniával, sem hypoglycaemiával nem volt magyarázható. A műtét délutánján az ébredési szakban a hányinger-hányás volt az egyetlen szövődmény, de a reflexek visszatérése miatt nem jelentett komoly gondot.

Az izoflurán szintelen, enyhén csípős, éteres szagú folyadék, melynek molekulatömege 184,5, fajlagos sűrűsége 2,5, forráspontja 48,5 °C, gőznyomása 20 °C-on 238 torr (hasonló, mint a halotáné), vér/gáz megoszlási hányadosa 1,4, vagyis jóval kisebb, mint a halotáné, ami a gyors, excitáció-mentes elalvásnak és ébredésnek, a jó kormányozhatóságnak kedvez (14,30), gumi/gáz megoszlási hányadosa 62 (fele a halotánénak), MAC-ja egyes szerzők szerint középkorú felnőttekben 1,15 (15, 19, 36), mások szerint 1,3 (22, 26, 30), de az izoflurán mindenképpen kevésbé hatásos, mint a halotán. A MAC függ az életkortól (32), továbbá a praemedicatio, N₂O, hypothermia, lidocain csökkenti, krónikus alkoholizmus, catecholaminokat felszabadító gyógyszerek pedig növelik.

Figyelemre méltó az izoflurán rendkívüli stabilitása. Nem szükséges konzerváló szert hozzáadni, az elnyelő szódával és fémekkel nem lép reakcióba. Ultraibolya fény nincs rá hatással. Legkisebb éghető koncentrációja 7,0% (3).

Stabilitása in vivo is érvényesül: kevesebb mint 0,2%-a metabolizálódik, ezért különösen alkalmas hosszú, vagy ismételt altatásokra (18). A szérumban a fluorid-szint 14 napig tartó altatás során sem emelkedett 50 $\mu\text{mol/l}$ fölé (38).

A vérkeringésre gyakorolt hatása az eddigi adatok szerint ambivalens. A myocardium contractilitását csökkenti (15), főleg idős korúakban és szívbetegeken (19), de ezt ellensúlyozza egyrészt az „afterload” direkt vasodilatációs hatáson nyugtató csökkenése (15, 36), másrészt az enyhe tachycardia (36), így a perctérfogat nem változik (30). Mindamellett az esetleges hypovolaemia korrekciója ajánlatos (10). Hypertóniás állapotokon viszont nem a perifériás ellenállás, hanem a szív perctérfogat csökken, ami szignifikánsan rontja a gyomorbélhuzam és a máj perfúzióját (34).

Az izoflurán a szív koszorús ereit tágítja, de coronariascleosis esetében felmerül a „steal effect” lehetőségének káros hatása (19), bár ez Adler és mtsai (1) szerint csak 1% koncentráció fölött okoz ischaemiát, Mayer és Zimpfer (25) szerint viszont az enyhe coronariatágító hatás — szemben a halotánal — nem elegendő steal effektus kiváltásához. Bizonyos, hogy koszorúsér betegeken a haemodynamika jobban károsodik, mint egészségeseken (20).

A szívritmus izoflurán alkalmazásakor stabil, és a szív kevésbé válik adrenalin okozta arrhythmiaiak iránt érzékenyebbé, mint halotán esetében (18, 36). Az izoflurán keringési hatásait a béta blokkolók kevésbé befolyásolják (36).

Az agyi perfúzióra gyakorolt hatás dóziszfüggő: 1 MAC-nál csökken (20), 1 MAC fölött növekedik (36). Az agy O_2 -fogyasztása jelentősen csökken. Az agyi vérkeringés autoregulációját dóziszfüggően rontja, de a CO_2 -re való válasz jobban megmarad, mint halotánal (20, 36).

Az EEG-n nem jelentkeznek tüskék, és nem okoz epileptiform görcsöket, még hyperventilatio esetén sem, szemben az enfluránal (14, 20).

Az izomrelaxánsok hatását nagyobb mértékben potenciálja, mint a halotán (18, 36).

A stabil izoflurán molekulának, a minimális in vivo metabolizálódás, a gyenge vízdoldékonyság miatti gyors kiürülés következtében csekély a direkt hatása a májra (23, 36). Ennek jeleként a glutathion S-transferase nem emelkedik meg a szérumban (4). A splanchnicus terület vérellátása és oxigénellátása érintetlen, mint akár halotán altatás, akár spinális anesztézia esetében (4, 19, 36). Hobbhahn és mtsai (16) viszont arra figyelmeztetnek, hogy 2,1 vol% izoflurán mellett — kutyán — gyakran alakulnak ki hypoxiás területek a májban.

A vese perfúziója, a GFR, a diuresis az altatás alatt csökken, de az ébredés után normalizálódik (18, 19, 36).

A méh contractióját az izoflurán dóziszfüggően csökkenti. Mély anesztéziában az uteroplacentalis perfusio és így a magzati vérellátás veszélyes mértékig csökkenhet (36).

Az izofluránnal összefüggésbe hozható mutagén; teratogén, carcinogén hatás ez ideig nem dokumentálható (4, 18, 36).

Genetikailag arra hajlamos betegeken malingus hyperthermiát válthat ki, akárcsak a többi erős hatású inhalációs altatószer (36).

Az izoflurán gyakorlati alkalmazásához tudni kell, hogy az alveoláris koncentráció 4—5 perc alatt eléri a belégtett koncentráció 50%-át, 15 perc alatt 60%-át, 30 perc alatt pedig 70%-át. Így FZR-ben — mononarkózis esetében — a bevezető belégtzési koncentrációnak 3%, a fenntartónak 2% körül kell lennie (36). 70% N_2O -dal való kombináció esetében a bevezető koncentráció 2,2%-ra, a fenntartó pedig $1,3 \pm 0,7\%$ -ra módosul (4), a klinikai tünetek alapján való kiigazításokkal.

Az anesztézia mélységének megítéléséhez a legmegbízhatóbb támpont a systolés vérnyomás viselkedése.

Mi az izoflurán hatását néhány laboratóriumi és műszeres vizsgálattal kiegészítve a rutin klinikai alkalmazás körülményei között vizsgáltuk, nagyobb részt ZR-ben, kisebb részt FZR-ben. A ZR-en belül eseteink nagyobbik felében ($n = 55$) az anesztetikum folyadékot fecskendeztük be a kör légző rendszerbe. Ezt a módszert Baumgarten és Elms (5), Oyama és mtsai (26), Rolly és mtsai (30), Spiess (35), valamint Zbinden, Thomson és Frei (39) alkal-

mazták és megfelelően találták. Az izoflurán fogyasztást akárcsak mi, Baumgarten és Elms (5) is kevesebbnek találta a számított 0,65 MAC-nál. ZR eseteink kisebbik felében ($n = 49$) az izofluránt vaporizátorból adagoltuk. Droh (13), Shneider és Baum (31) is e módszer mellett tör lándzsát. Altatószer koncentráció méréseink szerint mindkét módszer biztonságos, s a kettő közötti választást csupán alkalmas vaporizátor megléte vagy hiánya dönti el (17).

A ZR és FZR közötti választást viszont az izoflurán ára erősen befolyásolja. Revell és Tayler (29) 1987-es adata szerint Angliában az izoflurán 7,4-szer volt drágább, mint a halotán. A mi tapasztalataink szerint ZR-ben 2,5—3-szor kevesebb izoflurán fogyott, mint FZR-ben (holott mi utóbiban is viszonylag kis frissgáz áramlást alkalmazunk), ezzel tehát az árkülönbséget legalább részben ellensúlyozni lehet.

Vizsgálataink szerint az izoflurán legelőnyösebb tulajdonságának a sav-bázis egyensúly stabilitása mutatkozott (1. ábra). Súlyosabb metabolikus acidózis még hosszú műtétek alatt sem alakult ki, szemben akár a halotánal, akár a fentanyllal. Ez a microcirculatio és szöveti oxigenizáció zavartalanosságának a jele. Más módszerekkel, de ugyanerre a következtetésre jutottak Böhrer és mtsai (7) is.

A vérkeringési paraméterek alakulása a Rolly és mtsai (30) által tapasztaltakhoz hasonlított leginkább. A pulzus szám a műtét előtti nap értékéhez képest átlagosan 10—15 ütéssel szaporább lett, és átlagosan percenként 10 ütéssel volt szaporább, mint a fentanylos átlagok. Az izofluránnak tulajdonítható szívritmuszavarokat nem észleltünk.

A systolés vérnyomás az intubálás után emelkedett (de ekkor a beteg még csak a praemedicatio és a bevezető szerek hatása alatt állt), majd legalacsonyabb értékét a bőrmetszés után 20—35 perccel, vagy az altatószer adagolásának befejezése előtt (a bőrmetszés után 95 perccel) érte el, majd ettől kezdve fokozatosan emelkedett az extubálás utáni értékig.

A diastolés vérnyomás alakulása egyenletesebb volt, mint a systolésé.

Az izoflurán altatásokon belül ZR-ben mind a pulzus szám, mind a systolés vérnyomás jelentősebb változásai ritkábban (bár NSz) fordultak elő, mint FZR-ben. A ZR-en belül pedig az empirikus befecskendezéses, majd a nagyobb adagú vaporizátoros adagolás produkálta a legkedvezőbb keringési paramétereket. A jelentősebb keringési elváltozások az izoflurán mellett összességükben — NSz — ritkábbak voltak, mint a Sz kedvezőbb korösszetételű és ASA besorolású fentanylos csoportban.

A légzőközpontot az izoflurán dóziszfüggően és a halotánal egyforma mértékben deprimálta, N_2O -dal való kombináció mellett is. Ez megegyezik Brandt és mtsai (9) észleletével. A légzésdeprimáló hatás enyhébb volt mint a fentanylén, míg azonban az utóbbi antidotummal felfüggeszthető, az izofluráné nem. Ki kell várni, míg a szer eltávozik a szervezetből, és a légzőközpont CO_2 érzékenysége visszatér. (Ez néha az extubálás elhúzódsához vezetett, amikor — a műtét végét nem látva előre — az altatószer adagolását nem hagytuk idejekorán abba).

Az izoflurán izomrelaxációt okozó hatása dóziszfüggőnek bizonyult: a legkisebb felhasználással járó empirikus befecskendezéses adagolás mellett nem érvényesült.

Izoflurán altatás közben a vércukor-értékek folyamatosan emelkedtek, erősebben és tartósabban, mint a kontrollcsoportokban (2. ábra). Az utóbbiak *Campbell és mtsai (11)*, továbbá *Rolly és mtsai (30)* tapasztalataival egyeztek. Ez sympathikus izgalom következményének volna felfogható, azonban a szérumszint izoflurán mellett *Brandt és mtsai (8)* továbbá *Rolly és mtsai (30)* szerint nemhogy emelkedne, hanem csökken. Ők ezt a jó stresszvédelem jelének tekintik, a vércukor emelkedését pedig a felületes alvásnak. *Oyama és mtsai (26)*, továbbá *Seitz és mtsai (33)* viszont — műtési körülmények között — a szérumszint kisebb fokú emelkedését találták, egyéb hormonális elváltozásokkal együtt. Ennék tükrében a vércukor emelkedése mind a növekedési hormon, mind a szérumszint emelkedésének lehet a következménye. Az izoflurán anyagcsere hatásaival hazánkban *Dárdai és Heavner (12)* foglalkozott.

Végeredményben úgy látszik, hogy az izofluránnak vannak egyrészt kimelekedően jó tulajdonságai: az excitatio nélküli elalvás, a csekély biotranszformáció, a szöveti oxigenizáció zavartalanlansága, a szívritmus stabilitása, az agyi perfusio CO_2 -re való reagálásának megmaradása, a májra való ártalmatlanság, melyek hosszú és ismételt altatásoknál, sőt bizonyos fokozott kockázatú betegekben is előnyösek (6), másfelől azonban ischaemiás szívbetegségben szenvedő, hypertoniás, diabeteses betegeken és császármetés műtétjénél alkalmazása kellő körültekintést igényel.

Az izofluránt *Brückner (10)* így értékeli: „Bevezetésével lehetőség adódik az inhalációs anesztézia klinikai előnyeinek szélesebb körű kihasználására. Bizonyára elkísér a 2000. évig. A halotánt már előbb ki fogja szorítani, és ugyanez érvényes sok, ma használatos intravénás altatási változatra is.”

Ehhez csak annyit tennénk hozzá, hogy drágasága és nehéz hozzáférhetősége miatt célszerű zárt rendszerben alkalmazni.

IRODALOM: 1. *Adler, M., v. Ackern, K., Haller, M. et al:* Gegensätzliche, dosisabhängige Wirkung von Isofluran bei Koronarstenose. *Anaesthesist*, 1986, 35, 131. — 2. *Artusio, J. F. Jr., Van Poznak, A., Hunt, R. E. et al:* A clinical evaluation of methoxyflurane in man. *Anesthesiology*, 1960, 21, 512. — 3. *Aerane (isoflurane).* A study resource. — Ohio Medical Anaesthetics, A Division of Airco, Inc., Madison, Wisconsin, 1981. — 4. *Allan, L. G., Hussey, A. J. Howie, J. et al:* Hepatic glutathione S-transferase release after halothane anaesthesia: open randomised comparison with isoflurane. *Lancet*, 1987, 1, No. 8536, 771. — 5. *Baumgarten, R. K., Elms, M. K.*: Dosage requirements for closed circuit anaesthesia. In: *Bergmann, H., Kramar, H. and Steinbereithner, K. (eds.): VII. European Congress of Anaesthesiology*, Vienna, 7–13, 9, 1986. Abstracts II. (Beiträge zur Anaesthesiologie und Intensivmedizin, Bd. 17.) *Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern*, 1986, p. 55. — 6. *Beitler, I., Fábidi, J., Kovács, M.*: Isofluran alkalmazása veszélyeztetett betegek anesztéziájára. *Magy. Aneszt. Int. Ter. Társ. Kongresszusa*, Nagykanizsa-Zalakaros, 1988. szept. 16–18. — 7. *Böhrer, H., Forst, L., Funk, W.*: Isofluran erhöht den Gewebe- pO_2 trotz arteriolarer Konstriktion. *Anaesthesist*, 1986, 35, 131. — 8. *Brandt, L., Frieling, B., Pokar, H.*: Plasma- Kortisol bei Experimentalnarkosen mit Halothan, Enfluran, Isofluran und Lachgas. *Anaesthesist*, 1988, 37, 84. — 9. *Brandt, L., Liessen-Sachse, R., Foster, P. H., Dick, W.*: Reduktion des atemdepressorischen Effekts volatiler Anaesthetika durch Lachgas? *Anaesthesist*, 1986,

35, 133. — 10. *Brückner, J. B.*: Isofluran: Ergebnisse klinischer Untersuchungen und wesentliche Indikationen der Anwendung. In: *Bergmann, H., Fitzal, S., Steinbereithner, K., Wiethoff, E. O. und Zimpfer, M. (Eds.): Isofluran. Standort und Perspektive.* (Beiträge zur Anaesthesiologie und Intensivmedizin, Bd. 14.) *Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern*, 1985, pp. 147–173. — 11. *Campbell, B. C., Parikh, R. K., Naismith, A. et al:* Comparison of fentanyl and halothane supplementation to general anaesthesia on the stress response to upper abdominal surgery. *Br. J. Anaesth.*, 1984, 56, 257. — 12. *Dárdai E., Heavner, J. E.*: Isofluran és műtét hatása az anyagcserére. *Magy. Aneszt. Int. Ter. Társ. Kongresszusa*, Nagykanizsa-Zalakaros, 1988. szept. 16–18. — 13. *Droh, R.*: Discussion VIII. In: *Droh, R., Erdmann, W. and Spintge, R. (eds.): Anaesthesia — Innovations in Management.* Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1985, p. 113. — 14. *Dworacek, B., Lachitjaran, E.*: The Induction and Recovery Period of Inhalation Anaesthesia: A Considerable Improvement With Isoflurane. In: *Droh, R., Erdmann, W. and Spintge, R. (Eds.): Anaesthesia — Innovations in Management.* Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1985, pp. 106. — 15. *Heinrich, H., Fontaine, L., Fösel, Th., Winter, H.*: Vergleichende Untersuchungen über den negativ inotropen Effekt von Halothan, Enfluran und Isofluran unter Einsatz der Echokardiographie. *Anaesthesist*, 1986, 35, 133. — 16. *Hobbbahn, J., Conzen, P., Goetz, A. et al:* Leberperfusion und — oxygenation unter Isoflurane. *Anaesthesist*, 1986, 35, 133. — 17. *Incze F., Kozma R., Vámos Z.*: Inhalációs altatószerek adagolása zárt rendszerben. *Honvéddorvos*, 1989, 41, 5. — 18. *Jantzen, J. P.*: Forene Inhalationsanästhetikum. *Isofluran Kompendium.* Wissenschaftliche Verlagsabteilung Deutsche Abbot, Wiesbaden, 1986. — 19. *Larsen, R.*: Neuere Inhalationsanästhetika im Vergleich: Halothan, Enfluran und Isofluran. *Anaesthesist*, 1986, 35, 161. — 20. *Larsen, R., Maurer, I., Khambatta, H.*: Wirkungen von Isofluran und Enfluran auf die zerebrale Hämodynamik und den zerebralen Sauerstoffverbrauch des Menschen. *Anaesthesist*, 1988, 37, 173. — 21. *Lowe, H. J.*: Closed system anesthesia — How to do it. *ASA 32nd Annual Refresher Course Lectures*, New Orleans, 1981, oct. 17–21. Lecture 242, 1. — 22. *Lowe, H. J., Ernst, E. A.*: The Quantitative Practice of Anesthesia. Use of closed Circuit. *Williams and Wilkins*, Baltimore/London, 1981. — 23. *Lummer, J. L. et al.*: Effects of chronic inhalation of halothan, enfluran or isoflurane in rats. *Br. J. Anaesth.*, 1986, 58, 517. — 24. *Martin, E., Dietrich, H. J., Fromme, R., et al.*: Hämodynamische Veränderungen unter Halothan, Enfluran und Isofluran während infrarenalem Clamping der Aorta. *Anaesthesist*, 1986, 35, 139. — 25. *Mayer, N., Zimpfer, M.*: Einfluss volatiler Inhalationsanästhetika auf Koronardurchblutung und die Funktion chronisch ischämischen Myokards. *Anaesthesist*, 1986, 35, 135. — 26. *Oyama, T., Latta, P., Holoday, D. A.*: Effect of isoflurane anaesthesia and surgery on carbohydrate metabolism and plasma cortisol levels in man. *Can. Anaesth. Soc. J.*, 1975, 22, 696. — 27. *Prys-Roberts, C.*: Isoflurane. *Br. J. Anaesth.*, 1981, 53, 1243. — 28. *Raventos, J.*: The action of fluothane — a new volatile anaesthetic. *Brit. J. Pharmacol.*, 1956, 11, 394. — 29. *Revell, S. P., Tayler, D. H.*: Isoflurane in a circle system with low gas flow. *Br. J. Anaesth.*, 1987, 59, 1219. — 30. *Rolly, G., Versichelen, L., Serreyn, R., Dhont, M.*: Isoflurane. In: *Droh, R. Erdmann, W. and Spintge, R. (Eds.): Anaesthesia — Innovations in Management*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1985, pp. 109–112. — 31. *Schneider, U., Baum, J.*: Praxis der Minimal-flow-Anästhesie mit volatiler Anästhetika. In: *Lawin, P., Van Aken, H. und Schneider, U. (Herausgeber): Alternative Methoden der Anästhesie. Minimal-Flow-Anästhesie. Periduralanästhesie mit Vollnarkose.* G. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1985, p. 32. — 32. *Schwieger, I.*: Die minimale alveoläre Konzentration (MAC) von Isoflurane bei Kindern. *Anaesthesist*, 1986, 35, 132. — 33. *Seitz, W., Lübke, N., Fritz, K.-W., Bechstein, W.*: Endokrine Reaktionmuster bei traumatischen und abdominalchirurgischen Patienten unter Isoflurane-Anaesthesia. *Anaesthesist*, 1986, 35, 132. — 34. *Seyde, W. C., Longnecker, D. E.*: Isofluran und chronische

Hypertension: tierexperimentelle Untersuchungen an der Ratte. Anaesthesist, 1986, 35, 132. — 35. Spiess, W.: Narkose im geschlossenen System mit kontinuierlicher inspiratorischer Sauerstoffmessung. Anaesthesist, 1977, 26, 505. — 36. Stevens, W. C.: Clinical Use of Isoflurane. ASA 32nd Annual Refresher Course Lectures, New Orleans, 1981. Oct. 17–21. Lecture 225. pp. 1–6. — 37. Virtue, R. W., Lund, L. O., Phelps, McK. jr. et al: Difluoromethyl 1,1,2-trifluoro-2-chloroethyl ether as an anaesthetic agent:

results with dogs and a preliminary note on observations with man. Can. Anaesth. Soc. J., 1966, 13, 223. — 38. Wagener, B., Hempel, V., Stütze, V.: Isofluran zur Langzeit-Sedierung bei Respirator Behandlung. Fluoridspiegel in Serum und Urin. Anaesthesist, 1986, 35, 124. — 39. Zbinden, A. M., Thomson, D. A., Frei, F. J.: Das Total Geschlossene System (TGS). Anaesthesist, 1983, 32, Suppl. 105.

(Incze Ferenc dr. Budapest, Gyulai Pál u. 2. 1085)

POSTINOR® TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 0,75 mg D-norgestrelumot tartalmaz tablettaként.

HATÁS: A D-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közöszülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

A készítmény a nemi életet ritkán, 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 kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS: Egyszeri vagy megismételt közöszülés után az első aktust követően 1 tablettát kell bevenni.

Tartósabb együttélést (többszöri, halmozott coitust) követően az első tabletták bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát (Halmozott közöszülés 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!

CSOMAGOLÁS: 10 db tablettát

KŐBÁNYAI 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 törzsek (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 sebtörlő 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 hámfosztott területről a metronidazol felszívódhat, ezért az egyidejű alkohol fogyasztása tilos!

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

A thrombocytá reaktivitás összefüggése a HbA_{1c}, a serum koleszterin és a serum creatinin értékekkel diabetes mellitusban

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet, II. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Kammerer László dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem, III. sz. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Romics László dr.)

A szerzők 121 inzulinnal és 70 nem inzulinnal kezelt cukorbeteg és 98 egészséges egyén thrombocytá reaktivitását, valamint HbA_{1c}, serum koleszterin és creatinin értékét vizsgálták. A microangiopathiás szövődmények szerint csoportosított betegek, illetve az életkoruk és nemük szerint kiegyenlített kontrollcsoportok thrombocytá funkciót összehasonlító statisztikával elemezték. Megállapították, hogy cukorbetegségben a serum creatinin és koleszterin szintek, illetve az aggregáló ágensek (epinefrin, ADP és kollagén) küszöbkoncentrációi között pozitív korreláció van ($p < 0,05 - 0,001$). Eredményeik arra utalnak, hogy diabetesben a vesefunkció romlás és a thrombocytá szenzitivitás csökkenése szorosan összefügg egymással. A nephropathia diabeticában észlelhető hypercholesterinaemia nem vezetett a familiáris hypercholesterinaemiában ismert hyperaggregabilitáshoz. Így valószínű, hogy a serumban megjelenő koleszterin-szint emelkedés nem közvetlenül, hanem annak eredetével kapcsolatos hatások révén, eltérően befolyásolhatja a thrombocytá reaktivitást.

Correlation between the thrombocyte reactivity and the value of HbA_{1c} serum creatinine in diabetes mellitus. The thrombocyte reactivity and values of HbA_{1c}, serum cholesterol and creatinine have been examined in 121 insulin-treated and 70 not-insulin-treated diabetic patients and in 98 healthy persons. The thrombocyte functions of patients ranged according to the microangiopathic complications and of control groups matched according to age and sex were analysed with comparative statistics. Positive correlation was found in diabetes between the serum creatinine and cholesterol levels and the aggregating agents' (adrenaline, ADP, and collagen) limit concentrations ($p < 0,05 - 0,001$). Close correlation seems to be between the worsening of renal functions and the decrease of thrombocyte sensitivity in diabetes: The hypercholesterinaemia observable in nephropathic diabetes did not lead to the hyperaggregability known in familial hypercholesterinaemia. Thus it appears likely that the cholesterol-level increase in the serum does not influence directly, but rather by the effects in connection with its origin, differently the thrombocyte reactivity.

Ismert, hogy a vérlemezke-érfalendotél kölcsönhatás kulcsszerepet játszik az arteriosclerosis folyamatában (19, 22). A koleszterin és az atherogen lipoproteinek elősegíthetik, hogy a cukor- és zsíryanycsere egyensúlyzavaraival kapcsolatos micro- és macroangiopathia kifejlődhessen. Ezen patofiziológiai összefüggést számos, epidemiológiai és biokémiai tény igazolja (2, 16, 17, 26). Ma már nemcsak elméleti, hanem fontos gyakorlati jelentősége van a thrombocytá működés gátlásának (10) és a hatékony antilipaemiás kezelésnek (21).

Munkánk során vizsgáltuk a vérlemezke funkció és a koleszterin viszonyát diabetesben, és kerestük az összefüggést a serum creatinin és a thrombocytá reaktivitás között. A cukorbeteghez társult krónikus szövődmények alapján is értékeltük a serum creatinin és a koleszterin szint változásait.

Kulcsszavak: diabetes, microangiopathia, thrombocytá, aggregometria, hypercholesterinaemia.

Betegek és módszerek

121 inzulinnal és 70 nem inzulinnal kezelt cukorbeteg, valamint 98 egészséges kontroll subjective és rutin klinikai szűrővizsgálattal egészségesnek bizonyuló, betegekkel nem és kor szerint egyező egyénben mértük a thrombocytá funkciót (aggregometria és thrombocytá aggregáció ratio), a HbA_{1c} értékét és a serum koleszterin és a creatinin koncentrációt. Az ex vivo thrombocytá aggregátum meghatározás Wu és Hoak módszere alapján történt (1, 34), az eredményt a thrombocytá aggregátum ratióban fejeztük ki (PAR: platelet aggregate ratio) (29). Az in vitro thrombocytá aggregációt epinefrin (Richter G.), adenosindifoszfát (ADP, Sigma), kollagén (Hormon chemie) és arachidonsav (Calbiochem) stimulusok hígítási sorával indukáltuk és az optikai denzitás változást Chronollog aggregométerben értékeltük. Az in vitro aggregometriával a stimulusok küszöbkoncentrációját határoztuk meg, s a lineáris interpolációval számított ED₅₀ paraméterrel jellemeztük (ED₅₀ a maximális aggregációhoz képest a thrombocytadús plazmában-PRP-50%-os optikai denzitás változást indukáló stimuláló dózis).

A PAR hányados és az ED₅₀ érték a thrombocytá szenzitivitás fontos jellemzői. Alacsony PAR hányados és alacsony ED₅₀ érték egyaránt a thrombocytá hyperfunctio jele, azonban a PAR az in vivo, az ED₅₀ az in vitro aggregációra utal.

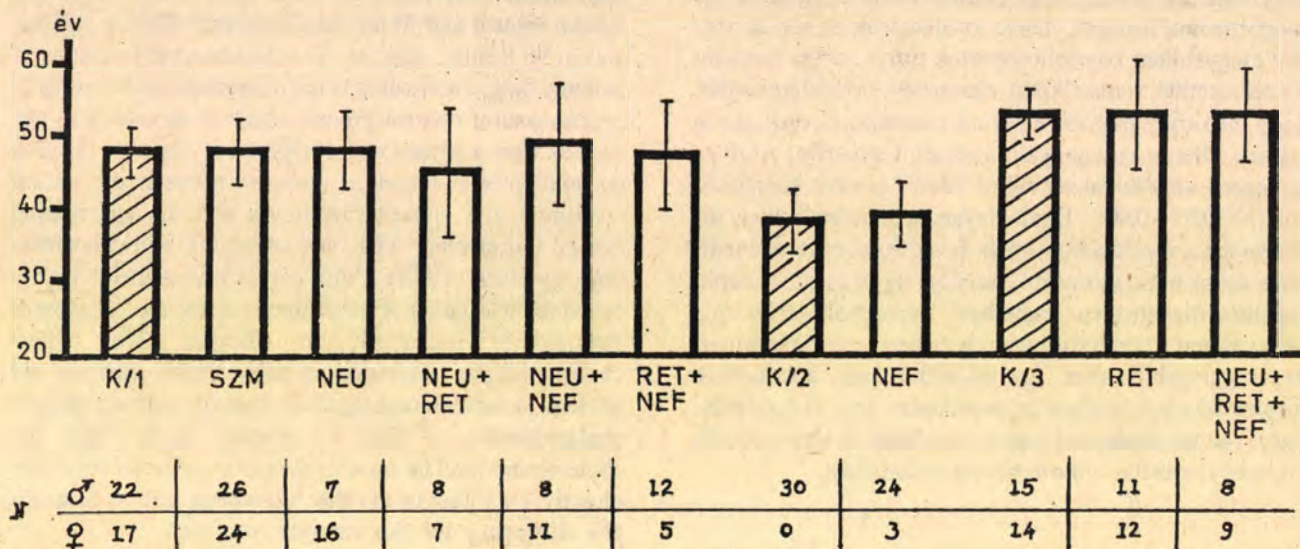
A microangiopathiás szövődmények szerint csoportosított betegek, valamint a nem és életkor szerint egyeztetett kontrollcsoportok thrombocytá functio vizsgálatát korábban közöltük (29). A szövődményeket klinikai neurológiai, illetve EMG (nervus peroneus vezetési sebesség mérés), szemfenéki tükrözés, il-

letve fluorescein angiographia, és a nephropathiát illetően a napi protein diuresis - β_2 microglobulin, PAGE: polyacrilamid-gél elektroforesis (30) segítségével diagnosztizáltuk. Betegeink a vizsgálatot megelőzően egy héten belül thrombocyta működést befolyásoló gyógyszert nem szedtek, ketoacidózis mentesek voltak. Az éhomi vércukorértéket Trinder szerint (31), a haemoglobin A_{1c}-t (HbA_{1c}) kolorimetriás módszerrel (13), a serum cholesterint enzymatikusan (ChOD PAP) (14), a creatinint Jaffe reakcióval (7) fotometriásan határoztuk meg. A statisztikai értékelésben a küszöbkonzentrációt (ED₅₀-ek eloszlása) logaritmikus transzformáltuk, a középtételek összehasonlítása kétmintás t-próba szerint történt, a lineáris korreláció számításnál a kontrollokat és a betegeket egy-egy összevont csoportban vizsgáltuk. A betegek diabetesének időtartama nemük és életkoruk szerint egyenlő eloszlású volt ($\bar{x} \pm S. D.$: összes 11,9 $\pm$ 8,5, nők: 12,4 $\pm$ 7,9 év, férfiak: 11,6 $\pm$ 9,0 év). Betegeinket a következő csoportokba osztottuk (1. ábra): neuro-(NEU), retino-(RET), és

retinopathiás (7,8 $\pm$ 1,5 $p < 0,01$) csoportban egyaránt magasabbak voltak a kontrollnál (5,1 $\pm$ 0,3), de egymástól nem különböztek szignifikánsan.

4. A cukorbetegben az aggregáló ágensek küszöbkonzentrációi és a serum creatinin értékek között pozitív korreláció volt (1. táblázat). A kontrollcsoportban a serum cholesterin pozitív, a PAR negatív korrelációt mutatott a creatininrel, a betegcsoportban mindkét vonatkozásban nem szignifikáns pozitív tendenciát találtunk. Az ED₅₀-ek és a creatinin között a kontrollcsoportban nem volt összefüggés.

5. A diabetes mellitus csoportban a serum cholesterin szint szignifikáns pozitív korrelációban volt az epinefrin, ADP és kollagén küszöbkonzentrációval. A serum chole-



1. ábra: Az egyeztetett cukorbeteg és kontrollcsoportok nem és kor szerinti eloszlása.

Rövidítések: neuropathia: NEU, retinopathia: RET, nephropathia: NEF, szövődménymentes cukorbeteg: SZM, K/1, K/2, K/3: kontrollcsoportok

nephropathia (NEF), illetve szövődménymentes cukorbeteg (SZM) és egészséges kontrollcsoportok, a K/1, K/2 és K/3 jelzés az életkor és nem szerint egyeztetett 3 különböző kontrollcsoportot szimbolizálja.

Eredmények

1. A betegcsoportok éhomi vércukor és HbA_{1c} értékei szignifikánsan magasabbak voltak a kontrollnál, s egymástól nem különböztek. Az inzulinnal kezelt betegek HbA_{1c} átlaga 7,12 $\pm$ 1,15, a nem inzulinnal kezelték 7,65 $\pm$ 1,76, a kontrolloké 5,2 $\pm$ 1,05% volt. A HbA_{1c}, a creatinin és a cholesterin értékek, valamint az aggregációs paraméterek (ED₅₀ és PAR) között lineáris korreláció számításal nem találtunk összefüggést.

2. A serum creatinin (μ mol/l) értékek a retino-nephropathiás (122 $\pm$ 9, $p < 0,01$) és a retino-nephro-neuropathiás (121 $\pm$ 4, $p < 0,05$) csoportban magasabbak voltak a kontrollnál (73 $\pm$ 4).

3. A serum cholesterin (mmol/l) a szövődménymentes (5,9 $\pm$ 0,3 $p < 0,01$) a nephropathiás (6,5 $\pm$ 0,5 $p < 0,001$), a nephro-retinopathiás (6,2 $\pm$ 0,7 $p < 0,05$), a nephro-neuropathiás (7,1 $\pm$ 1,5, $p < 0,005$), a nephro-neuro-

1. táblázat: Lineáris korrelációk a serum creatinin és az aggregáció paraméterei között

p: a t-érték szignifikanciája
mértékegység: epinefrinnél és ADP-nél
mikromol/ml
kollagénnél mikrogramm/ml
végkoncentráció
PAR: Platelet aggregate ratio

	KONTROLL n = 98		független változó		DIABETES n = 191	
	40—100		CREATININ mikromol		50—400	
Függő változó	Korreláció vektora	p-értéke	Korreláció vektora	p-értéke	Korreláció vektora	p-értéke
CHOLESTERIN	+	<0,01	+	n. s.	+	n. s.
PAR	+	<0,001	+	n. s.	+	n. s.
EPINEFRIN	—	n. s.	+	<0,001	+	<0,001
ADP	+	n. s.	+	<0,01	+	<0,01
KOLLAGÉN	++	n. s.	+	<0,01	+	<0,01

+, —: a korrelációs koefficiens előjele

terin és a PAR, illetve az ADP ED₅₀ a kontrollcsoportban negatív korrelációt mutatott, a betegcsoportban a cholesterin és a PAR nem volt szignifikánsan pozitív (2. táblázat).

Naprosyn®



500 mg VÉGBÉLKÚP

mV 200
Antirheumatika
nem glukokortikoid

Hatóanyag: 500 mg naproxenum végbélkúp-
ponként

Javallatok: Rheumás betegségek: reumatoid
arthritis, osteoarthritis, spondylarthritis ankylo-
poetica (Bechterew kór), és egyéb szeronegatív
spondylarthritis, synovitis, bursitis, tendinitis,
tenosynovitis, myalgia, discopathia, spondylo-
sis.

Ellenjavallatok: Aktív gyomor- és nyombélfe-
kély, naproxen, ill. szalicilát-túlérzékenység, ter-
hesség, 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:*
gyomorégés, gyomorfájdalom, telítettség-érzés,
émelygés, hányás, diszkomfortérzés, hasmenés,
nagyon ritkán gastrointestinalis vérzés. *Központi*
idegrendszeri tünetek: szédülés, fejfájás, *vérkép-*
ző-rendszeri tünetek: trombocytopenia, aplastikus
és haemolitikus anaemia, *egyéb:* bőrkíütés, perifé-
riás ödéma, anaphylaxiás reakció előfordulhatnak.



Naprosyn®



500 mg VÉGBÉLKÚP

Gyógyszerkölsönhatások:

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

2. táblázat: Lineáris korrelációk a serum cholesterin és az aggregáció paraméterei között (a táblázat magyarázat az 1. táblázatával egyező)

függő változó	kontroll n = 98		független változó		DIABETES n = 191	
	3,8—6,4		cholesterin mmol/l		4,5—13,4	
	vektora	korreláció p-értéke	vektora	korreláció p-értéke		
PAR	—	<0,01	+	n. s.		
EPINEFRIN	—	n. s.	+	<0,01		
ADP	—	<0,001	+	<0,05		
KOLLAGÉN	—	n. s.	+	<0,01		

6. Az inzulinnal és a nem inzulinnal kezelt betegeknél a vizsgált thrombocyt funkció az egyes csoportokon belül nem mutatott szignifikáns különbséget.

Megbeszélés

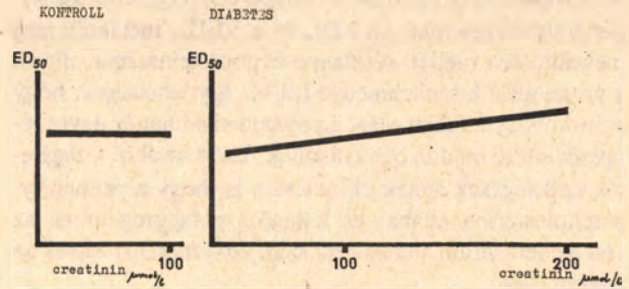
A multifaktoriális eredetű thrombocyt hyperfunctio kiemelkedően fontos szerepe az atherogenesisben (22) általánosan elismert. A thrombocyt hyperfunctio és a lipid és lipoprotein anyagcsere kapcsolatára utal (32), hogy hypercholesterinaemiában a vérlemezék fokozottabb szenzitivitást mutatnak az aggregáló stimulusokra (4, 6, 25, 27). Hyperlipaemiás betegeknél pozitív korrelációt igazoltak a malondialdehid-(MDA-) (33) és a béta thromboglobulin, valamint II. típusú hyperlipaemiában a serum cholesterin és a thromboxan B2 képződés között.

Általában egyetértés van abban is, hogy a cukorbetegségben thrombocyt hyperfunctio van, a thrombocyt aggregáció fokozódik (8, 11, 12, 15, 18, 24), thromboxan szintézis fokozódása (5), prosztaglandin I_2 szintézis lecsökkenése (11), a növekedési faktor aktiválása-PDGF/Platelet-derived growth faktor (23, 28). Mindezek alapján joggal feltételezhető, hogy a kóros vérlemezke aktivitás a diabeteses macro- és microangiopathia kialakulásának is egyik tényezője.

Nephropathia diabeticában a thrombocyt aktiváció összetettebb folyamat. Uraemiás betegeknél az aggregációs küszöbkonzentráció a thrombocytadús plazmában 2—3-szorosra emelkedik, csökken az adhezivitás, csökken a thrombocyt arachidonsav kiáramlás, a vérlemezék alfa szemcse tartalma is lecsökken („storage pool defect”), fokozódik a ciklikus AMP aktivitás (9), a thrombocyt eredetű thromboxan képződés redukálódik (20), s mindezek a változások egyre kifejezettebben érzékelhetők a terminalis veseelégtelenségben. Diabeteses nephropathiában a hypoaggregabilitás már az azotaemiás állapotot megelőzően is igazolható (29).

Vizsgálati eredményeink arra utalnak, hogy a lecsökkent thrombocyt aktivitás (Di Minno és mtsai-val egyetértve) a nephropathia progressziójával összefüggésben alakulhat ki. Az általunk feltételezett in vitro hypoaggregabilitáshoz vezető alternatív thrombocyt aktivációs mechanizmus (29) függetlennek tűnik a microangiopathia egyéb szervi manifestációjától.

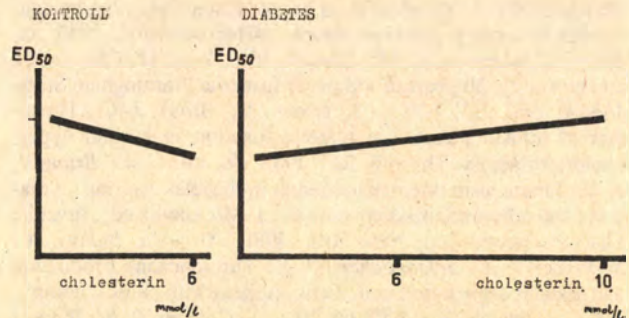
A creatinin és az ED_{50} értékek kapcsolatát sematikus ábrán (2. ábra) szemléltetve megállapítható, hogy a creatinin normális értéktartományában az ED_{50} változatlan



2. ábra: A serum creatinin és az aggregációs küszöbkonzentrációk korrelációjának szemléltetése.

Az ordinata logaritmikus osztású, a sematikus ábrán az ED_{50} érték az epinefrin, kollagén, adenoindifoszfát és az arachidonsav küszöbkonzentráció különböző adatainak tendenciáját „összesíti”.

Az egyes aggregáló ágensekre vonatkozó biometriai adatokat az 1. táblázat tartalmazza.



3. ábra: A cholesterin és az aggregációs küszöbkonzentrációk korrelációjának szemléltetése. Az ordinata logaritmikus osztású, a sematikus ábrán az ED_{50} érték az epinefrin, kollagén, adenoindifoszfát és az arachidonsav küszöbkonzentráció különböző adatainak tendenciáját „összesíti”. Az egyes aggregáló ágensekre vonatkozó biometriai adatokat a 2. táblázat tartalmazza.

marad, míg a vesefunkció romlással párhuzamosan az ED_{50} értéke növekedik, azaz az in vitro thrombocyt reaktivitás csökken. A cholesterin és a küszöbkonzentrációs értékek kapcsolatát szintén sematikus ábrán szemléltetve (3. ábra) az állapítható meg, hogy a kontrollcsoport normális cholesterin tartományában a cholesterin értékek növekedésével az aggregációs küszöb csökken. A cukorbeteg csoportban a creatininnal párhuzamos kóros cholesterin szint emelkedést az ED_{50} értékek növekedése kíséri.

Az irodalmi adatok szerint primer hypercholesterinaemiában a hyperaggregabilitás az egyik jellemző haemostaseologiai eltérés (3). Ezzel magyarázzuk a kontrollcsoportban észlelt cholesterin és PAR, valamint ADP küszöbkonzentráció között fennálló negatív korrelációt is. A kontrollcsoport serum cholesterin értéke 12%-ban 6—6,5 mmol/l között volt, s ez az értéktartomány az újabb irodalmi adatok szerint már a kóros sávba sorolandó (16). Így feltűnő, hogy a diabeteses nephropathiában észlelt hypercholesterinaemia esetén hypoaggregabilitás mutatható ki.

Az a tény, hogy a diabeteses nephropathiával összefüggő hypercholesterinaemia nem vezetett thrombocyta hyperaggregabilitáshoz, arra utal, hogy a hypercholesterinaemia és a thrombocyta aktiváció kapcsolata nem közvetlen. Nephrosis szindrómában a hyperlipoproteinaemia (hypercholesterinaemia) az LDL és a VLDL metabolizmus megváltozása mellett részben a hypoproteinaemia, illetve a proteinuria következménye (21/b). Így lehetséges, hogy a thrombocyta reaktivitást a patogenetikai háttér egyes tényezői eltérő módon befolyásolják. Ezért további vizsgálatok szükségesek annak eldöntésére is, hogy a primer hypercholesterinaemiában észlelhető hyperaggregabilitás az emelkedett serum koleszterin szint közvetlen hatásának az eredménye-e.

Köszönetnyilvánítás. A szerzők köszönetüket fejezik ki dr. Szádóczky Erikának az elektromyographia, dr. Brooser Gábornak a fluorescein angiographia és dr. Miltényi Miklósnak a vizelet fehérje vizsgálatok elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Amodeo, P. és mtsai:* Circulating platelet aggregates in adult population sample. *Atherosclerosis*, 1980, 35, 375. — 2. *Anderson, K. M., Castelli, W. P., Levy, D.:* Cholesterol and mortality, 30-years of follow-up from the Framingham Study *JAMA*, 1987, 257, 2176. — 3. *Aviram, M., Brook, J. G.:* The effect of human plasma on platelet function in familial hypercholesterolaemia. *Thromb. Res.* 1982, 26, 101. — 4. *Brunzell, J. D.:* Mechanism of hyperlipidemia in diabetes mellitus in diabetes and atherosclerosis connection, J. Moskowitz ed., *Juvenile Diabetes Foundation*, New York, 1981, 181. — 5. *Butkus, A., Skrinska, V. A., Schumacher, O. P.:* Thromboxane production and platelet aggregation in diabetic subjects with clinical complications. *Thromb. Res.* 1980, 19, 211. — 6. *Colman, R. W.:* Platelet function in hyperbetalipoproteinemia. *Thromb. Haemost.* (Stuttg.), 1979, 39, 284. — 7. *Cook, J. G. H.:* Creatinin assay in the presence of protein. *Clin. chim. Acta.* 1971, 32, 485. — 8. *Davis, J. W. és mtsai:* Platelet aggregate ratio in diabetes mellitus. *Acta. Haematol.*, 1982, 67, 222. — 9. *Di Minno G. és mtsai:* Platelet dysfunction in uremia. *Amer. J. Med.* 1985, 79, 552. — 10. *Donadio, J. V. és mtsai:* Platelet-inhibitor treatment of diabetic nephropathy: A ten-year prospective study. *Mayo. Clin. Proc.* 1988, 63, 3. — 11. *Colwell, J. A. és mtsai:* New concepts about the pathogenesis of atherosclerosis in diabetes mellitus. *Amer. J. Med.* 1983, 75, (5B) 67. — 12. *Ewald, U. és mtsai:* Increased platelet aggregability in diabetic children: relation to serum lipid and fatty acid composition. *Diabetologia*, 1983, 25, 382. — 13.

Flückiger, R., Winterhalter, K. H.: In vitro synthesis of hemoglobin A_{1c}. *FEBS Lett.* 1976, 71, 356. — 14. *Hoffmann, G. E. és mtsai:* Comparison of two methods for very low density and low density lipoprotein cholesterol determination. *J. clin. Chem. clin. Biochem.*, 1982, 20, 57. — 15. *Kwaan H. C. és mtsai:* Increased platelet aggregation in diabetes mellitus *J. Lab. Clin. Mod.* 1972, 80, 236. — 16. *Martin, M. J. és mtsai:* Serum cholesterol, blood pressure, and mortality: implications from a cohort of 361 662 men *Lancet*. 1986, 25, 933. — 17. *Meade T. W. és mtsai:* Epidemiological characteristics of platelet aggregability. *Brit. Med. J.* 1985, 290, 428. — 18. *Porta, M. és mtsai:* A study of platelet-relevant parameters in patients with diabetic microangiopathy, *Diabetologia*. 1983, 25, 21. — 19. *Rák K.:* Haemostasis és atherogenesis, *Orv. Hetil.* 1982, 44, 2699. — 20. *Remuzzi, G. és mtsai:* Reduced platelet thromboxane formation in uremia. *J. clin. Invest.* 1983, 71, 762. — 21/a *Romics L.:* A hyperlipoproteinaemiák gyógyszeres kezelésének alapelvei. *Orv. Hetil.*, 1988, 129, 2391. — 21/b *Romics L., Szollár L.:* Lipidek, Lipoproteinek és Hiperlipoproteinémiák. *Aesculap-Sorozat*. 1977. — 22. *Ross, R.:* The pathogenesis of atherosclerosis-an update. *N. Engl. J. Med.* 1986, 314, 488. — 23. *Ross, R.:* Platelets and the platelet-derived growth factor in the pathogenesis of atherosclerosis. In: *Advances in Hemostasis and Thrombosis/Eds Cajozzo A., Perricone R., Di Marco P., Palazzolo P.* *Life Sci.* 1985, 20, 41. — 24. *Scarabin, P. Y., Samama, M.:* Damad Study Research Group. Effect of age on ADP-induced platelet aggregation in diabetic and non-diabetic subjects. *Thromb. Res.* 1981, 22, 687. — 25. *Shattil, S. J. és mtsai:* Platelet hypersensitivity induced by cholesterol incorporation. *J. clin. Invest.* 1975, 55, 636. — 26. *Standl, E., Mehnert, H.:* Pathogenetic concepts of diabetic microangiopathy. *Hormon. Met. Res.* 1981, 11, (suppl.) 1. — 27. *Suehiro, A., Kakishita, E., Nagai, K.:* The role of platelet hyperfunction in hyperlipidemia. *Thromb. Res.* 1982, 25, 331. — 28. *Sugimoto, H.:* Therapeutic modulation of growth-promoting activity in platelets from diabetics. *Diabetes*, 1987, 36, 667. — 29. *Szénási, P. és mtsai:* Platelet hyper- and hypoaggregability in different microangiopathic complications of diabetes mellitus. *Acta Diabetol. Lat.* 1988, 25, 7. — 30. *Tóth L. és mtsai:* A beta-2-mikroglobulin klinikai jelentősége diabetes mellitusban. *Orv. Hetil.*, 1989, 130, 223. — 31. *Trinder, P.:* Determination of blood glucose using 4-aminophenazone as oxygen acceptor. *J. Clin. Pathol.* 1969, 22, 246. — 32. *Van Oost, B. A. és mtsai:* Tests for platelet changes, acute phase reactants and serum lipids in diabetes mellitus and peripheral vascular disease. *Thromb. Haemost.* 1982, 48, 239. — 33. *Zahavi, J. és mtsai:* Enhanced in vivo platelet release reaction and malondialdehyde formation in patients with hyperlipidaemia. *Amer. J. Med.* 1981, 70, 59. — 34. *Wu, K. K., Hoak, J. C.:* A new method for the quantitative detection of platelet aggregates in patients with arterial insufficiency. *Lancet*. 1974, 11, 924.

(Tóth Lajos dr. Budapest, Nagyvárad tér 1. 1096)

A János Kórház és Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1990. március 8-án, 14 órakor a kórház tantermében tudományos ülést rendez, melyre minden érdeklődőt szeretettel vár.

Üléselnök: Prof. Dr. Krakovits Gábor

Téma:

1. Prof. Dr. Gömör Béla: „Az arthrosis betegek kezelése”
2. Prof. Dr. Krakovits Gábor: „Az arthrosis sebészeti kezelése”.

Jakó János dr.
és Nagy Péter dr.

A Szabolcs-Szatmár megyei leukaemia/lymphoma regiszter 1983—1987. évi adatainak elemzése

Szabolcs-Szatmár Megyei Kórház-Rendelőintézet, Nyíregyháza, V. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Jakó János dr.)

Szabolcs-Szatmár megyében 1983. január 1.—1987. december 31. között 465 új felnőttkori malignus haematologiai megbetegedést regisztráltak a szerzők. Bemutatják a beteganyag évenkénti alakulását, részletezik a megbetegedések főbb betegségformák szerinti megoszlását, s ismertetik az egyes csoportok jellemzőit. Adataik szerint a megye leukaemia/lymphoma epidemiológiája összességében megfelel az átlag európainak és az észak-amerikainak, így minden bizonnyal az ország egészére vonatkozóan is — kis fenntartással — irányadónak tekinthető. Munkájuk adatgyűjtő jellegű, melyet jelenleg is folytatnak. Céljuk a morbiditási viszonyok megyén belüli lehető pontos felmérése. Adataikat a korszerű haematologiai betegellátás feltételeinek megteremtése és folyamatos biztosítása szempontjából alapvető fontosságúnak tartják, s azok néhány év múlva aetiopathogenetikai és terápiás következtetések levonására is lehetőséget teremthetnek.

The data of leukaemia/lymphoma registry of Szabolcs-Szatmár county between 1983—1987. In Szabolcs-Szatmár county between January 1 1983 and December 31 1987, 465 new cases of adult malignant haematologic diseases were registered by authors. The authors present the yearly distribution of cases, and analyse the main types and characteristics of the disease entity. According to their data the epidemiology of leukaemia/lymphoma in their county is equivalent to that of European and North American, therefore that may be considered as a standard for their whole country. Their work is date-collecting, it is still going on. Authors want to have more exact informations about epidemiology of leukaemia/lymphoma in their county. Their results have great importance in organizing and continuous assuring of modern treatment of haematologic malignancies. Their data would probably allow to make etiopathogenetic and therapeutic conclusions in a few years.

Kórházunk V. Belgyógyászati Osztálya 1983. január 1-én kezdte meg működését. Munkánk indulása óta megkülönböztetett figyelemmel kísértük és folyamatosan regisztráltuk a megyénkben újonnan felismerésre kerülő felnőttkori malignus haematologiai megbetegedésekre vonatkozó adatokat. E ténykedésünk elsősorban adatgyűjtő jellegű, célja a morbiditási viszonyok megyén belüli lehető legpontosabb felmérése, melyet a valóban korszerű haematologiai betegellátás feltételeinek megteremtése és folyamatos biztosítása szempontjából elengedhetetlenül fontosnak tartunk (s bízunk abban, hogy az évek során összegyűlt adatok terápiás következtetések levonására is alkalmat fognak majd teremteni).

Az első három év (1983—1985) tapasztalatait a Magyar Onkológia hasábjain ismertettük (4).

Kulcsszavak: leukaemia, lymphoma, epidemiológia, Szabolcs-Szatmár megye

Rövidítések: CGL: chr. granulocytás leukaemia, PV: polycythaemia vera, MF: myelofibrosis, AL: akut leukaemia, MH: morbus Hodgkin, NHL: non-Hodgkin lymphoma, CLL: chr. lymphoid leukaemia, MM: myeloma multiplex, WM: Waldenström-féle macroglobulinaemia, LP: lymphocyt praedominantia, NS: nodularis sclerosis, MC: kevert sejtes, LD: lymphocyt depletio, ALL: akut lymphoid leukaemia, ANLL: akut non-lymphoid leukaemia

Miután valamennyi felnőttkori malignus haematologiai kórkép epidemiológiáját felölelő hazai közleménnyel azóta sem találkoztunk, jelen feldolgozásunkban öt év adatait, azok elemzését a kérdés iránt érdeklődők számára készsággel bocsátjuk rendelkezésre.

Anyag és módszer

Szabolcs-Szatmár megye területe 5938 km², lakónépessége 582 000 fő, közülük a 14 éven felüliek (azaz egészségügyi ellátás szempontjából általában felnőtteknek tekintendők) száma 436 000 (7).

Megyénkben a megyei kórházon kívül négy városi kórház működik, előbbinek öt, utóbbiaknak összesen hat belgyógyászati osztálya van.

Osztályunk és a társosztályok között jó munkakapcsolat alakult ki. Ennek köszönhetően azon betegek adatait is rendelkezésünkre bocsátják, akiknek kezelése — többnyire haematologiai konziliáriusi közreműködésünkkel — nem osztályunkon történik. Kórházunk s a városi kórházak nem belgyógyászati osztályai minden malignus haematologiai betegségben szenvedő (v. arra gyanús) betegük esetében felveszik osztályunkkal a kapcsolatot.

A megye földrajzi helyzetéből s a belklinikák speciális érdeklődési köréből adódóan spontán betegáramlás a Debreceni OTE II. és III. Belklinikájára történik csupán, ahonnan a megyénkbeli szórványosan odakerülő új betegekről folyamatos visszajelzést kapunk.

Az onkológiai bejelentőlapok mellett a pathológiai osztályok adatai is rendelkezésünkre állnak, így mindezek alapján joggal remélhetjük, hogy minden egyes új megbetegedésről tudomást szerzünk, s a frissen felismert felnőttkori malignus haematológiai kórképek gyakoriságáról (s a betegségek és betegek egyéb jellemzőiről, adatairól) gyakorlatilag a teljesség igényével számolhatunk be.

Munkánk támogatásáért valamennyi osztály és klinika illetéke-seinek ezúton is köszönetet mondunk!

A statisztikai elemzés során csupán az *incidencia* fogalmát használjuk a nyers incidencia (crude incidence rate) értelmében, azaz a 100 000 felnőtt lakosra vonatkozó évi új esetek számát adjuk meg, figyelmen kívül hagyva a populáció életkor és nemek szerinti megoszlását.

A lakónépesség évenkénti (feltehetően nem jelentős) változásáról, s az állandó lakosságszámokról megbízható adatokat nem tudtunk beszerezni, ezért, szükségmegoldásként számításainkhoz az 1984-es adatokat vettük alapul (7).

Eredmények

Az újonnan felismert felnőttkori malignus haematológiai megbetegedések évenkénti száma nem mutat jelentős ingadozást, 1983-ban 92, 1984-ben 87, 1985-ben 93, 1986-ban 92, míg 1987-ben 101 volt.

Az öt év alatt ismertté vált 465 megbetegedés főbb beteg-

ségformák szerinti megoszlását, az egyes csoportok jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A myeloproliferatív kórképek közül önálló betegségként szerepel a chr. granulocytás leukaemia (CGL), a polycythaemia vera (PV) és a myelofibrosis (MF). Primaer thrombocythaemiás betegünk az öt év alatt nem volt. Az akut leukaemia (AL) csoport a lymphoid formákat is magában foglalja. A Hodgkin-kór (MH) valamennyi szövettani típust együttesen tartalmazza, a non-Hodgkin lymphoma (NHL) csoportba nem vettük be a chr. lymphoid leukaemia (CLL), a myeloma multiplex (MM) és a Waldenström-féle macroglobulinaemia (WM) eseteket, azokat külön entitásként tárgyaljuk.

A CGL-ás, a CLL-ás, a MH-os és a NHL-ás betegek életkor és nemek szerinti megoszlását a 2. táblázat tartalmazza, az AL-ák életkor és nemek szerinti megoszlását, ill. a lymphoid (ALL) és a nem-lymphoid (ANLL) formák arányát a könnyebb áttekinthetőség kedvéért grafikusán ábrázoltuk (1. ábra).

Az AL-ák FAB klasszifikáció szerinti megoszlását a 3. táblázat szemlélteti.

A MH különböző szövettani típusok szerinti megoszlását, valamint klinikai stádiumát a betegség felismerésekor a 4. táblázat tartalmazza.

A NHL-ák szövettani csoportosítását az 5. táblázatban mutatjuk be.

Megbeszélés

Bár az öt év alatt felismert 465 megbetegedés adatai messzemenő következtetések levonására nem nyújtanak lehetőséget, annyi már az eddigiek alapján is egyértelműnek látszik, hogy *megyénk leukaemia/lymphoma epidemiológiája összességében megfelel az átlag európainak (és észak-amerikainak)*, így minden bizonnyal az ország egészére vonatkozóan is — kis fenntartással — irányadónak tekinthető.

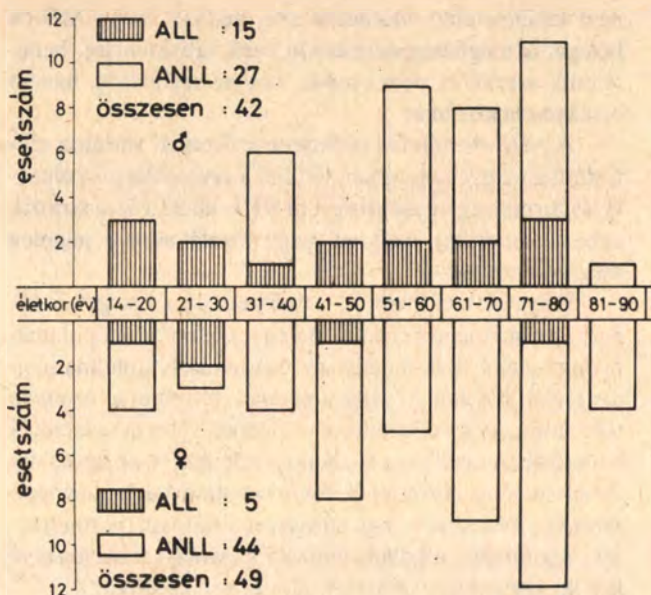
A MH és a MM incidenciája (1,65, ill. 1,83) kissé elmarad a várhatótól, a CGL-é (2,24), a PV-é (1,42) és a CLL-é (3,76) viszont magasabb annál. Az AL (4,17), a NHL (5,32), a MF (0,68) és a WM (0,22) incidenciája az irodalmi adatok szintjén mozog (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10).

1. táblázat: Az újonnan felismert 465 megbetegedés főbb betegségformák szerinti megoszlása, az egyes csoportok jellemzői

betegség megnevezése	eset-szám (fő)	inci-dencia	férfi (fő)	nő (fő)	átlag életkor (év)	szélső értékek (év)
CGL	49	2,24	23	26	55,8	18—83
PV	31	1,42	16	15	61,7	37—79
MF	15	0,68	5	10	65,0	48—82
AL	91	4,17	42	49	55,6	14—87
MH	36	1,65	23	13	38,7	15—80
NHL	116	5,32	68	48	58,3	18—86
CLL	82	3,76	54	28	68,4	35—90
MM	40	1,83	17	23	62,2	28—80
WM	5	0,22	3	2	68,0	43—83
összesen:	465	21,33	251	214	58,7	14—90

2. táblázat: A chr. granulocytás leukaemiás, chr. lymphoid leukaemiás, Hodgkin-kóros és non-Hodgkin lymphomás betegek életkor és nemek szerinti megoszlása

Betegek			Életkor (év)							
száma	nemek szerinti megoszlása									
			14—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90
CGL (n = 49)	ffi: 23		—	4	2	1	8	3	5	—
	nő: 26		1	1	2	5	6	5	5	1
CLL (n = 82)	ffi: 54		—	—	1	3	9	15	24	2
	nő: 28		—	—	—	—	4	10	10	4
MH (n = 36)	ffi: 23		3	4	7	2	4	1	2	—
	nő: 13		2	4	3	—	3	—	1	—
NHL (n = 116)	ffi: 68		3	4	6	11	15	14	13	2
	nő: 48		—	1	3	2	13	13	14	2



1. ábra: Az akut leukaemiák életkor és nemek szerinti megoszlása, valamint a lymphoid és nem-lymphoid formák aránya

3. táblázat: Az akut leukaemiák FAB klasszifikáció szerinti megoszlása

L ₁ + L ₂	: 19
L ₃	: 1
M ₁ + M ₂	: 34
M ₃	: 2
M ₄	: 31
M ₅	: 1
M ₆	: 3
összesen	: 91

Nehezíti az irodalmi adatokkal történő összevetést, hogy haematológiai kézikönyveinkben sem találunk valamennyi (!) érintett betegségre, ill. csoportra vonatkozóan határozott és következetesen fellelhető incidencia-adatokat, s az előforduló adatok többnyire az egész népességre (gyermekekre és felnőttekre együttesen) vonatkoznak (2, 3, 5, 6, 8, 9, 10). *Feldolgozásunkban viszont gyermekkori leukaemia/lymphoma-esetek nem szerepelnek*, csupán a felnőttkori (14 éven felüli lakosságra vonatkozó) incidenciát adjuk meg.

Az összehasonlítás megkönnyítése érdekében az alábbiakban az egyes csoportok teljes lakosságra (582 000 fő) számított incidencia-adatait is ismertetjük, melyek természetesen nem minden csoport esetében reálisak, hiszen az esetleges gyermekkori esetek nem szerepelnek a számítás alapjául szolgáló ötéves beteganyagban: CGL: 1,68; PV: 1,06; MF: 0,51; AL: 3,13; MH: 1,24; NHL: 3,98; CLL: 2,82; MM: 1,37; WM: 0,17 (az AL, a NHL, a MH és a CGL életkori sajátosságait szem előtt tartva ezen körképek megyén belüli, teljes lakosságra számított valós incidenciája a megadott értékeknél magasabb kell legyen!).

Mint látható, a CGL, a PV és a CLL incidenciája így is kisebb magasabb a várhatónál, s az AL-é és a NHL-é sem marad el számottevően attól.

Az életkor és nemek szerinti megoszlást illetően említést érdemel, hogy CGL-ás betegeink nagyobbik hányada (az öt év alatt észlelt 49-ből 33 beteg) az 50 év felettiiek közül került ki, s hogy a legtöbb CLL-ás betegünk a betegség felismerésekor életének nyolcadik évtizedében volt (82-ből 34). A megbetegedés gyakorisága tehát mindkét

4. táblázat: A Hodgkin-kór szövettani típus szerinti megoszlása, illetve klinikai stádiuma a betegség felismerésekor

lymphocytæ praedominantia (LP) :	5
nodularis sclerosis (NS) :	11
kevert sejtes (MC) :	18
lymphocytæ depletio (LD) :	2

szövet-tani típus	klinikai stádium								össze-sen
	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVB	
LP	—	—	3	—	—	1	—	1	5
NS	—	—	4	1	—	6	—	—	11
MC	—	—	4	1	4	6	—	3	18
LD	—	—	—	—	—	2	—	—	2
össze-sen	—	—	11	2	4	15	—	4	36

5. táblázat: A non-Hodgkin lymphomák szövettani típus szerinti megoszlása

lymphocytás	15
centrocytás	7
centroblastos-centrocytás	38
lymphoplasmocytás	9
lymphoplasmocytoid	4
polymorph immunocytoma	3
hajas-sejtes leukaemia	3
mycosis fungoides	2
lymphoblastos	4
centroblastos	7
immunoblastos	4
Burkitt-típusú	5
Lennert-típusú	2
histiocytás	2
nem osztályozható	11
összesen:	116

idült leukaemia-formában az idősebb életkor felé tolódott el (3, 6, 8, 9, 10).

Míg CLL-ban a férfi dominancia egyértelmű (férfi : nő arány 1,93 : 1), addig CGL-ban az irodalmi adatokkal ellentétben (9, 10) mérsékelt női túlsúly figyelhető meg (26 nő a 23 férfival szemben).

Ugyancsak figyelemre méltó a MH idős populációt is érintő megjelenése (három hetven évnél idősebb beteg a megyei anyagban). A NHL életkori sajátosságait illetően megemlítjük, hogy az elsősorban a férfiak között gyakoribb fiatalkori esetek döntő többsége a magas malignitású formák közül került ki. A férfi dominancia mindkét lymphoma-típusban megtalálható (férfi : nő arány MH-ban 1,77 : 1; NHL-ban 1,42 : 1).

Az AL csoporton belül a lymphoid formák időskori jelentkezése érdemel figyelmet (három hetven év feletti heveny lymphoid leukaemiás férfi és egy nő szerepel a megyei anyagban), s összességében is az idősebb életkor dominanciája jellemzi az AL-ás beteganyagot (a 91-ből 45 beteg volt 60 évnél idősebb!).

Heveny lymphoid leukaemiában kifejezett férfi do-

minanciát tapasztaltunk (férfi : nő arány 3 : 1), ugyanakkor a nem-lymphoid formákban szembetűnő, az irodalmi adatoktól (1, 3, 9) messzemenően eltérő női túlsúly mutatkozott (férfi : nő arány 1 : 1,63).

A főbb leukaemia-típusok megyén belüli gyakorisága megfelel az irodalmi adatoknak (3, 5, 6, 8, 9, 10), a 222 leukaemiás beteg 22%-a (49 beteg) CGL-ban, 37%-a (82 beteg) CLL-ban, míg 41%-a (91 beteg) AL-ban szenvedett. AL-án belül a lymphoid és a nem-lymphoid formák aránya is a vártak megfelelően alakult, 91 AL-ból 20 lymphoid és 71 nem-lymphoid formával találkoztunk (ezek az össz-leukaemiás anyag 9, ill. 32%-át képviselik).

Kísérletet tettünk a megyénkben öt év alatt felismert 91 felnőttkori heveny leukaemia FAB klasszifikáció szerinti csoportosítására is. Miután nem minden esetben állt rendelkezésünkre megfelelő minőségű perifériás és csontvelő készítmény, az L₁ és L₂, valamint az M₁ és M₂ típusok között olykor nem állt módunkban megbízhatóan különbséget tenni, ezért e csoportokat végül is nem különítettük el.

Nem minden akut leukaemiás beteg jutott el ugyanis — főként az első évben — osztályunkra, a 91-ből mindössze 70. Néhány esetben csupán a beteg kórtörténetét és az észlelő osztályon készült keneteket kaptuk meg — utólag — betekintésre, feldolgozásra, s az is előfordult, hogy boncolási dokumentáció állt csak rendelkezésünkre a retrospektív elemzéshez.

L₃ típusú, B-sejtes heveny lymphoid leukaemiával egy esetben találkoztunk csupán, míg a nem-lymphoid formák közül az M₅-ös bizonyult a legritkábbnak, s az M₄-es a leggyakoribbnak. DIC kifejezett tüneteivel járó heveny promyelocytás leukaemiát (M₃) két esetben láttunk, mindkét beteg osztályunkon feküdt, a három heveny erythroleukaemiás (M₆) beteget ugyancsak osztályunkon kezeltük. (Bizonyíthatóan M₇-es típusú, heveny megakaryoblastos leukaemiával az öt év alatt nem találkoztunk.)

A 36 MH-os beteg fele (18 beteg) a kevert sejtes szövettani típushoz tartozott, a legritkábbnak a lymphocytas depletiós forma bizonyult.

Elgondolkoztató adatok olvashatók ki a 4. táblázatból, melyben a MH klinikai stádiumát tüntetjük fel a betegség felismerésekor. Betegeink kétharmada (36-ból 23) a betegség előrehaladott fázisában (III. és IV. stádiumban) volt, közülük négy pedig már generalizált megbetegedésben (IV/B. stádiumban) szenvedett a betegség felismerésekor, ugyanakkor lokalizált folyamattal (I. stádium)

nem találkoztunk! Mindezek arra utalnak, hogy MH-os betegek megbetegedése későn kerül felismerésre. Ismereteink szerint ez nem csupán megyei sajátosság, hanem országos tapasztalat.

A NHL-ák minden ismertebb szövettani variánsa előfordult a megyei anyagban, feltűnő a centroblastos/centrocytás forma nagy gyakorisága (a NHL-ák 32,7%-a tartozik ebbe a csoportba), melynek magyarázatát adni — jelenleg még — nem tudjuk.

Figyelemmel kísérjük természetesen a betegek lakóhely szerinti megoszlását is. Az egyes települések pillanatnyilag nagyobbban mutató leukaemia/lymphoma incidenciáját illetően következtetéseket levonnunk azonban még korai, s így elhamarkodott lenne. Több év adatainak ismeretében majd erre is alkalom adódhat, s az egyes nagyobb incidenciájú településekre vonatkozóan bizonyos ismert és jól monitorozható környezeti ártalmak (permetiszerek, gyomirtók, alkohol, ionizáló sugárzás) feltételezhető kóroki szerepének mérlegelésére is sor kerülhet.

Leukaemia és/v. lymphoma clustert eddig nem találtunk.

Az öt év során észlelt familiáris leukaemia/lymphoma esetekről, ill. malignus haematológiai kórképek és carcinoma társulásáról külön közleményben számolunk be.

Munkánk — mint már a bevezetőben is említettük — első sorban adatgyűjtő jellegű, melyet jelenleg is folytatunk.

Közvetlen célunk a haematológiai betegellátással kapcsolatos reális igények megyén belüli felmérése a kórházi és a gondozói munka további javítása, e munka feltételeinek objektív epidemiológiai, morbiditási adatok alapján történő folyamatos biztosítása érdekében.

IRODALOM: 1. Alderson, M.: The epidemiology of leukaemia. Adv. Cancer Res. 1980, 31, 1. — 2. Greaves, M. F. and Chan, L. C. (eds): Epidemiology of leukaemia and lymphoma. Pergamon, Oxford, 1985. — 3. Gunz, F. W. and Henderson, E. S. (eds): Leukemia. Grune et Stratton, New York, 1983. — 4. Jakó J. és mtsai: Újonnan felismert felnőttkori malignus haematológiai kórképek 1983–1985 között Szabolcs-Szatmár megyében. Magyar Onkol. 1988, 32, 60. — 5. Polliack, A. and Catovsky, D. (eds): Chronic lymphocytic leukemia. Harwood Academic Publishers, Chur, Schweiz, 1988. — 6. Shaw, M. T. (ed.): Chronic granulocytic leukaemia. Praeger, Eastbourne, England, 1982. — 7. Statisztikai évkönyv, 1984, Statisztikai Kiadó Vállalat, Budapest, 1985. — 8. Whitaker, J. A. and Delamore, I. W. (eds): Leukaemia. Blackwell, Oxford, 1987. — 9. Williams, W. J., Beutler, E., Erslev, A. J. and Lichtman, M. A. (eds): Hematology. McGraw-Hill, New York, 1983. — 10. Wintrobe, M. M. (ed.): Clinical Hematology. Lea et Febiger, Philadelphia, 1981.

(Jakó János dr. Nyíregyháza, Sóstói u. 62. 4412)

Helyesbítés

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



Gyógyszergyár, Budapest

Kovács Márta dr.,
Süle Tamás dr.,
és Gász József dr.

Varix-rupturából származó hasúri vérzés májcirrhosisban

Baranya Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet, Pécs, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály
(főorvos: Süle Tamás dr.)
és Sebészeti Osztály
(mb. főorvos: Horváth József dr.)

Szerzők eredményesen gyógykezelt intraabdominalis vérzést okozó, szokatlan varix-rupturáról számolnak be alkoholos májcirrhosisos betegüknél. Az alhasi fájdalommal egyidejűleg kialakult hypotensio, a has körfogatának növekedése és a fokozódó anaemia — haematemesis, ill. melaena nélkül — keltette a hasúri vérzés gyanúját, melyet a diagnosztikus paracentesis igazolt. Az urgens exploratív laparotomia tisztázta a vérzés forrását és lehetővé tette az adequat sebészeti kezelést. Szerzők úgy vélik, hogy intraabdominalis vérzés gyanúja esetén a próbapunctio diagnosztikus értékű és a késedelem nélkül elvégzett műtét biztosíthatja a súlyos szövődmény kórjósolatának javulását.

Intraabdominal hemorrhage from varix rupture in hepatic cirrhosis. The authors report on the successful treatment of an unusual varix rupture causing intraabdominal hemorrhage in a patient who suffered from alcoholic hepatic cirrhosis. Simultaneously with the hypogastric pain, hypotension, growing circumference of the abdomen and increasing anaemia — without haematemesis or melaena — referred to intraabdominal hemorrhage, which was confirmed by diagnostic paracentesis. Urgent exploratory laparotomy revealed the source of the bleeding and made the adequate surgical treatment possible. The authors are of the opinion that in case of a suspected intraabdominal hemorrhage the exploratory puncture is of diagnostic value and an operation performed without delay may ensure the improvement of the prognosis of this severe complication.

Májcirrhosis szövődményeként varix-rupturából származó hasúri vérzést először Ellis és mtsai írtak le 1958-ban (2). A szakirodalomban eddig 21 esetet ismertettek (1—5, 7, 9, 11, 13—15, 17—23). A legkorábbi közlemények post mortem tanulmányok voltak (2, 7, 22). Élőben elsőként 1968-ban Rothschild és mtsai diagnosztizálták (18). Kezelésére 1968 óta kísérletet tettek a vérző varix alálóltásával (4, 11, 13, 14, 17—20, 23) és/vagy kiterjedt portocavalis shunttel (1, 3, 15), intraarteriás vasopressin infúzióval (21), azonban csak három beteg maradt életben (4, 13, 17). Esetünk a negyedik, aki a májcirrhosis e szokatlan és súlyos vérzéses szövődményét túlélte. Magyarországon — tudomásunk szerint — élőben felismert, gyógyult intraabdominalis varix-vérzésről még nem számoltak be.

Esetismertetés

H. J. 39 éves férfit 1987. június 8-án májzsugorodás gyanújával vettük fel osztályunkra. 20 év óta rendszeresen fogyasztott alkoholt: napi 2 liter bor és 1 dl pálinka ivását ismerte be. Egy éve észlelte csillagnaevusait, ez idő óta puffadt a hasa.

A közepesen táplált, anaemiás küllemű, anicterikus férfi mellkasán számos csillagnaevust, a tenyereken erythemát, a hasfalon vénatágulatokat figyelhettünk meg. Hasa a mellkas szintjé-

ből határozottan előemelkedett, benne kóros nyomásérzékenységet vagy resistenciát nem érzeltünk. Kevés ascitest kopogtattunk. Májja tenyérnyíval haladta meg a jobb bordaívét, tömött tapintatú, egyenetlen felszínű, éles szélű volt. Lépe 5 cm-rel ért a bal bordaív alá. Vérnyomását, pulsus számát normálisnak találtuk. Vizsgálati leleteiből: Vvt-süllyedés: 42 mm/6, hematokrit: 0,25, hemoglobin: 77 g/l, fvs: $5,7 \times 10^9/l$, melyhez normális minőségi vérkép tartozott, thrombocyta-szám $80 \times 10^9/l$, vérzési idő: 3 perc 19 másodperc, alvadási idő: 4 perc 31 másodperc, prothrombin 90%, se. creatinin, CN, ionok norm. tartományban. se. bi: 18,5 $\mu\text{mol/l}$, GOT: 31 U/l, GPT: 3 U/l, alk. foszf.: 84 U/l, gamma-GT: 131 U/l, cholesterolin: 5,5 mmol/l, összfehérje: 81 g/l, fehérje electrophoresis: alb: 40%, alfa 1-glob.: 6%, alfa 2-glob.: 7%, béta-glob.: 15%, gamma-glob.: 32%, se. amylase: 249 U/l, pseudocholinesterase: 234 U/l, HBsAg: negatív, alfafoetoprotein szint nem kóros. A nyelőcsőben a bifurcatiótól a cardiáig, valamint a gyomor ksigörbületén — a cardiá alatt — varixok látszóttak. A vena portae és rendszerének sonographián észlelt tágulata, a légzéssel összefüggő kaliberváltozás hiánya és a vénák összenyomhatatlansága is portális hypertensiót jelzett. A máj echoszerkezete mérsékelten, egyenletesen hyperreflektívnek látszott. A májscintigraphia a RES-functio beszűkülését mutatta a cirrhosis hepatis némely scintigraphiás jelével. Biopsiát végezni az alacsony thrombocyta szám miatt nem lehetett.

Észlelésünk 8. napján a beteg alhasi fájdalmat jelzett, hígabb, barna színű székletet ürített, gyengének érezte magát. Panaszait mosatlan gyümölcs fogyasztásával hozta kapcsolatba. Pulzusát szaporának találtuk, vérnyomása rövid időre 90/60 Hgmm-re csökkent. Hasa feszegette, az alhasban nyomásérzékennyé vált, körfogata kissé növekedett. Renyhább bélhangokat hallottunk. A májtompulat megtartott volt. Átmeneti láza szubjektív panaszaiával együtt néhány óra múlva megszűnt. Melaenát,

Kulcsszavak: varix-ruptura, intraabdominalis vérzés, májcirrhosis

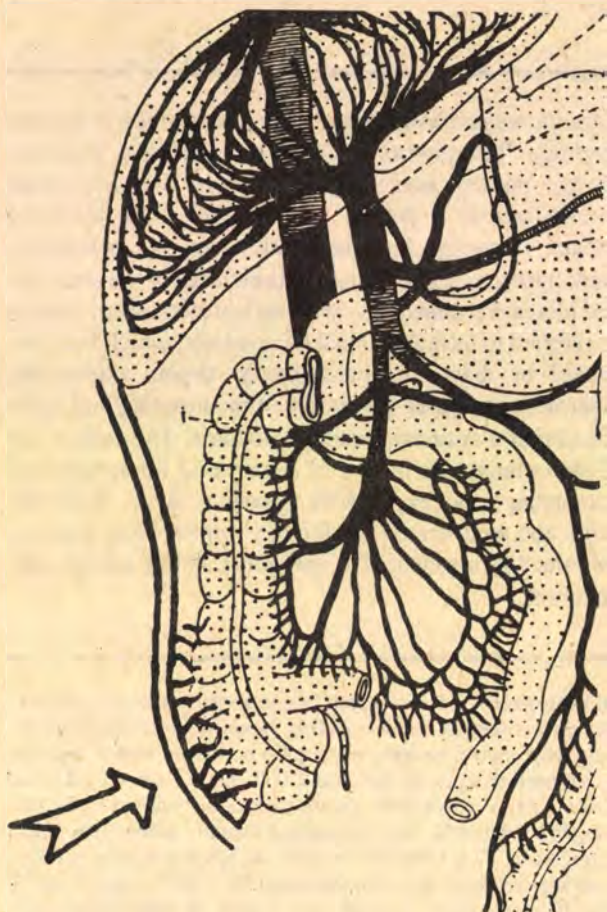
haematemesist sem ekkor, sem később nem észleltünk. A széklet Weber-reakciója negatív volt. A kórlefolyás során mindezek ellenére vérvesztésre kellett gondolnunk, minthogy a vérkép az ismételt transfúziók ellenére sem javult lényegesen (vvt: $1,7-2,3 \times 10^{12}/l$, hematokrit: $0,19-0,22$ között változott, hemoglobin: 56 g/l , fvs: $10,0 \times 10^9/l$ volt). Diagnosztikus haspunctiót végeztünk, mely a szabad hasüri vérzés lehetőségét nyilvánvalóvá tette. Vérről közel azonos hematokrit értékű, nem alvadó, hemorrhagiás hasüri folyadékot nyertünk (vérkép a vérből: vvt: $2,4 \times 10^{12}/l$, hematokrit: $0,22$, hemoglobin: 42 g/l — hasüri punctatumból: vvt: $2,1 \times 10^{12}/l$, hematokrit: $0,20$, hemoglobin:

Megbeszélés

A haemoperitoneum oka férfiakban leggyakrabban a traumás máj- vagy lépruptura, míg nőkben a méhen kívüli terhesség. Ritkábban aneurysma ruptura, májadenoma, haemorrhagiás pancreatitis, mesenterialis thrombosis, vérző, üreges szerv perforációja, peritonitis tuberculosa, hasi tumor, myeloproliferatív syndroma vagy különféle petefészek folyamat idézhet elő véres hasi folyadékot (10, 16). Májcirrhotikus betegekben intraperitonealis vérzés rendszerint hepatomából ered. Intraabdominalis varixruptura kivételesen ritka a haemascos okaként. Felismerésének jelentősége ad a sebészeti kezelés lehetőségét.

Portalis hypertenzióban porto-systemás shuntök nyílnak meg nemcsak a gastro-oesophagealis, umbilicalis és haemorrhoidalis visszereken keresztül, de ott is, ahol a splanchnicus keringés ellátta szigerek érintkeznek a peritoneummal (Retzius-vénák), valamint a máj, ill. portalis terület és a rekeszizom között létező számos összeköttetésen át (Sappey vénák). Így a colon ascendens és descendens mentén, a pancreas, valamint a duodenum, a máj-lép körül kialakuló szokatlan visszértágulatok meglepő alsó gastrointestinalis (6, 8, 12) és ritkán intraabdominalis varix-vérzés forrásai lehetnek májcirrhotikus betegekben (1–5, 7, 9, 11, 13–15, 17–23). Ellis és mtsai 129 intraperitonealis vérzésből csupán egyet találtak, mely varixrupturából származott (2). Az irodalomban eddig 21 esetet közöltek (1–5, 7, 9, 11, 13–15, 17–23). A visszér-vérzések a hasüreg különböző helyeiről származtak (1. táblázat). A jellemzően alkoholos előzményű, klinikailag májcirrhotikus, fiatal (49 év átlagéletkorú), 80%-ban férfi betegek kezdeti tünetei között — esetünkkel egyezően — általában hypotensio szerepelt, mely hasi fájdalommal, alkalmanként nem véres hasmenéssel, hányással, syncopéval kapcsolódott. Legtöbbször a has körfogata hirtelen növekedett. Oesophagus varixokat csupán 3 betegnél nem sikerült kimutatni. 16 ízben végezték el a hasüri vérzést igazoló diagnosztikus próbapunctiót, mely összhangban a klinikai tünetekkel a kórisme gyanújának alapjául szolgált. A döntő részt rossz általános állapotú betegeknek a vérzésforrás tisztázására, vagy a konzervatív kezelésre tett próbálkozás eredménye elmaradt a várttól. Az angiographia mellett, hogy csak kivételesen tisztázta a vérzés helyét (9, 21), az adequat therapia késleltetésének veszélyével járt, sőt egy alkalommal újabb intraabdominalis haemorrhagiát provokált (20). Sprayregen, Brandt és mtsai intraarteriális vasopressin infúzióval elért kezelési eredménye is vitatható, minthogy betegük 4 héttel később elvérzett a hasüregbe (21).

Összegezve az eredményeket kiderül, hogy műtét nélkül mind a 7 beteget elvesztették (2, 5, 7, 9, 21, 22). Önmagában a shunt-műtét sem hozott sikert, mert a beteg a műtétet követően szívinfarctus, veseelégtelenség és a kialakult coagulopathia következtében meghalt (3). A 4 túlélő (beleértve saját betegünket is) a varix aláöltése után gyógyult meg (4, 13, 17). A fennmaradó 10 beteg közül 5 esetben a vérző ér lekötése (4, 11, 14, 23), 2 esetben az ezt követően elvégzett porto-cavalis shunt műtét (1, 15) ellenére sem szűnt meg véglegesen a vérzés, amely a betegek halá-



1. ábra: A coecum lateralis peritoneumán lévő tágtult varixok, melyek közül az egyik rupturája okozta a hasüri vérzést (s más ábra)

36 g/l , amylase: 59 U/l). A beteg hasát trauma nem érte. Hepatocellularis carcinomára utaló jel nem volt. A vérzés forrását a diagnosztikus haspunctiót követő urgens laparotomia tisztázta.

A hasfal megnyitásakor 3500 ml , részben ascitissel kevert vér távozott nagy nyomással. Lebocsátása után a hasüregben látott tágtult vénák egyikéből — a coecum lateralis peritoneumánál — szívárgó vérzést észleltünk, mely a legkisebb nyomásra bősséggé fokozódott. Műtéti felvétel hiányában sémás ábrán mutatjuk be a vérzés helyét (1. ábra). A vérző varix aláöltését követően a sanguinatio megszűnt. A makroszkóposan cirrhosis képét mutató, hatalmasan megnagyobbodott májból vett minta szövettani vizsgálata retrospective igazolta az alkoholos májcirrhosis klinikai gyanúját.

A postoperatív szakban szövödményt nem észleltünk. A varix-vérzés nem ismétlődött. A beteg gyógyultan távozott osztályunkról, 4 hónappal később már dolgozott, és egy év elteltével is panaszmentes. Alkoholát nem fogyaszt.

1. táblázat: **Az irodalomban közölt hasúri vérzést okozó varixrupturák esetei májcirrhosisban**

Hivatkozás, év	Kezdeti klinikai tünetek	Angiogr.	Varix-vérzés helye	Sebészi th.	Kimenetel
Ellis és mtsai 2 1958	hasi fájdalom, hypotensio, hányás	—	jo. vese, elülső felszín	—	+ vérzésben
Gross és mtsai 7 1963	hasi fájdalom	—	excav. vesicorect.	—	+ vérzésben
Steiner 22 1966	hasi fájdalom, hypotensio	—	subphrenicus véna	—	+ vérzésben
Rothschild és mtsai 18 1968	hasi fájdalom, hypotensio, hasmenés, növekvő haskőfog	— x	vékonybél mesent.	varix aláöltés	+ máj-vese elégt.
Miller és Dineen 15 1968	hypotensio, hányás, növekvő haskőfog	— x	retroperit. véna a coecumnál	varix aláöltés, portocav. shunt	+ vérzésben
Ross 17 1970	hasi fájdalom, növekvő haskőfog, hypotensio, hányás, hasmenés	— x	periomb. véna	varix aláöltés	gyógyult
Mall és Grundies 14 1974	hasi fájdalom, növekvő haskőfog, hypotensio	— x	appendect. adhaesio	varix aláöltés	+ vérzésben
Doromal és mtsai 1 1975	hasi fájdalom, növekvő haskőfog, hypotensio, hányás	— x	jo. vese elülső felszín	varix aláöltés portocav. shunt	+ oesophagus varix rupt.
Sprayregen és mtsai 21 1978	hányinger, hypotensio, növekvő haskőfog	poz. x	lép körüli véna	—	+ vérzésben
Shapero és mtsai 20 1978	hasi fájdalom, növekvő haskőfog, hányás, hypotensio	neg. x	retroperit. véna a co- lon asc.-nél	varix aláöltés	+ veseelégt.
Lyon és mtsai 13 1979	hasi fájdalom, növekvő haskőfog, hypotensio, hasmenés, syncope	neg. x	retroperit. varix a subphrenicus térben	varix aláöltés	gyógyult
Fox és mtsai 4 1982	hasi fájdalom, hypotensio	— x	ligament. hepatogastr.	varix aláöltés	+ vérzésben
Fox és mtsai 4 1982	syncope, hasi fájdalom, hypotensio	— x	retroperit. véna a co- lon asc.-nél	varix aláöltés	gyógyult
Fox és mtsai 4 1982	növekvő haskőfog, hypotensio	— x	pancreas véna	varix aláöltés	+ vérzésben
Fawaz és mtsai 3 1982	hasi fájdalom, növekvő haskőfog, hypotensio	neg. x	oment. hepatogastr. lép körüli tér	mesocav. shunt	+ szívinf. veseelégt. coagulopathia
Legue és mtsai 11 1983	hasi fájdalom, hypotensio	— x	retroperit. véna	varix aláöltés	+ vérzésben
Sullivan és Breiter 23 1983	hasi fájdalom, hypotensio	— x	retroperit. véna	varix aláöltés	+ vérzésben
Fröhlich és Koltai 5 1985	zavartság	—	subphrenicus véna a lép felett	—	+ vérzésben
Fröhlich és Koltai 5 1985	collapsus, hasi fájdalom, növekvő haskőfog	—	májfelszín	—	+ vérzésben
Jhung és Micolonghi 9 1985	collapsus, hasi fájdalom	post mortem v. poz.	mesent. sup. varix	—	+ vérzésben
Sato és mtsai 19 1987	hátfájás, hypotensio, növekvő haskőfog	— x	ligament. hepatomb.	varix aláöltés	+ hepatoren. elégt. haemorrh. diathesis
Saját eset 1987	hasi fájdalom, hypotensio, növekvő haskőfog, hasmenés	— x	retroperit. véna a coecumnál	varix aláöltés	gyógyult

x = hasúri vérzést diagnosztikus haspunctióval ismerték fel

+ = meghalt

poz. = angiographia tisztázta a vérzés forrását

neg. = angiographia nem tisztázta a vérzés forrását

lát okozta. A további 3 esetben a vérzés megállt ugyan, de a postoperative fellépő máj-, illetve veseelégtelenség okozta a fatális kimenetelt (18, 19, 20).

A hatásos sebészi kezelés lehetősége ellenére betegünk mindössze a negyedik túlélő az irodalomban eddig ismertetett 22 eset sorában. Tanulmányként a korai kórisme létfontosságú szerepét hangsúlyozzuk; ha portalis hipertenzióban a fentebb ismertetett tünetek alapján gondolunk a hasúri varix-vérzés lehetőségére, a diagnosztikus haspunctióval azonnal igazolhatjuk a gyanút. A haemoperitoneum egyéb okait körülbekérítve, egyszerű klinikai vizsgálatok segítenek kizárni. A mielőbbi exploratív laparotomia feleslegessé tesz egyéb, terhelő diagnosztikus vagy terápiás beavatkozást: a vérzés okának felderítése mellett a gyógyítást is lehetővé teszi. A vérző varix lekötése az elsődleges és leginkább eredményes megoldás, mely elhárítja az akut életveszélyt, és hosszabb távon is hatásos lehet. Kiterjedt porto-cavalis shuntre még ismétlődő visszér-vérzés esetén is kevés lehetőség van a betegek rossz általános állapota, ill. a műtét kontraindikációi miatt. Az sem bizonyos, hogy a recurrens haemorrhagia megszüntethető vagy megelőzhető általa. Úgy gondoljuk, a vérzés mértéke és a beteg hepatorenalis statusa mellett a sebészi beavatkozás gyorsasága alapvetően meghatározza a súlyos szövődmény kórjórslatát.

IRODALOM: 1. Doromal, N. M., Middleton, P., Keshishian, J. N.: Massive intraperitoneal hemorrhage and intrahepatic arteriovenous fistula in hepatic cirrhosis. *J. Med. Soc. NJ.* 1975, 72, 830. — 2. Ellis, H., Griffiths P. W. W., Mac Intyre, A.: Haemoperitoneum: A record of 129 consecutive patient with notes on some unusual cases. *Br. J. Surg.*, 1958, 45, 606. — 3. Fawaz, K. A., Kellum, J. M., Deterling, R. A.: Intraabdominal variceal bleeding. *Am. J. Gastroenterol.* 1982, 77, 578. — 4. Fox, L., Crane, S. A., Bidari, Ch. és mtsai: Intra-abdominal hemorrhage from ruptured varices. *Arch. Surg.* 1982, 117, 953. — 5. Fröhlich A. és Koltai L.: Intraabdominal vérzés, mint a májcirrhosis szokatlan szövődménye. *Orv. Hetil.*, 1985, 126, 2101. — 6. Gray,

R. K., Grollman, J. H.: Acute lower gastrointestinal bleeding secondary to varices of the superior mesenteric venous system. *Radiology*, 1974, 111, 559. — 7. Gross, von W., Koffarnik, H., Strik, W. O.: Intraperitoneale Blutung als Folge einer Leberzirrhose. *M. M. W.* 1963, 105, 529. — 8. Hamlyn, A. N., Morris, J. S., Lunzer, M. R. és mtsai: Portal hypertension with varices in unusual sites. *Lancet*, 1974, 2, 1531. — 9. Jhung, W. J., Micolonghy, T. S.: Ruptured mesenteric varices in hepatic cirrhosis: A rare cause of intraperitoneal hemorrhage. *Surgery*, 1985, 97, 377. — 10. Kiss Z., Hajnal F., Kupecz I. és mtsai: Májcirrhosisban észlelt léparteria — aneurysma rupturából származó halálos intraabdominalis vérzés. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 1577. — 11. Legue, E., Calan, de L., Ozoux, J. P. és mtsai: Rupture de varices du ligament rond. Cause exceptionnelle d'hémoperitoine spontané chez le cirrhotique. *Presse Med.*, 1983, 112, 3004. — 12. Levy, J. S., Hardin, J. H., Shipp, H. és mtsai: Varices of cecum as an unusual cause of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol.* 1957, 33, 637. — 13. Lyon, D. T., Manita, A. G., Shubert, T. T.: Hemoperitoneum from a ruptured varix in cirrhosis. *Am. J. Gastroenterol.* 1979, 71, 611. — 14. Mall, K., Grundies, H.: Haemoperitoneum als Folge portaler Hypertension. *Med. Klin.* 1974, 69, 2075. — 15. Miller, J., Dineen, J.: Ruptured abdominal varix. *N. Engl. J. Med.* 1968, 278, 508. — 16. Natelson, E. A., Allen, T. W., Riggs, S. és mtsai: Bloody ascites: Diagnostic implications. *Am. J. Gastroenterol.* 1969, 52, 523. — 17. Ross, A. P.: Portal hypertension presenting with haemoperitoneum. *Br. Med. J.* 1970, 1, 544. — 18. Rothschild, J. J., Gelernt, I., Sloan, W.: Ruptured mesenteric varix in cirrhosis: Unusual cause of hemoperitoneum. *N. Eng. J. Med.* 1968, 278, 97. — 19. Sato, H., Kamibayashi, S., Tatsumura, T. és mtsai: Intraabdominal bleeding attributed to ruptured periumbilical varices. A case report and a review of the literature. *Jpn. J. Surg.* 1987, 17, 33. — 20. Shapero, T. F., Bourne, R. H., Goodall, R. G.: Intra-abdominal bleeding from variceal vessels in cirrhosis. *Gastroenterol.* 1978, 74, 128. — 21. Sprayregen, S., Brandt, L. J., Bohm, S. és mtsai: Bleeding intraperitoneal varix: Demonstration by arteriography and successful treatment with infusion of vasopressin into the superior mesenteric artery. *Angiology*, 1978, 29, 857. — 22. Steiner, H.: Das akute Haemoperitoneum. *Schweiz. Med. Wochensh.* 1966, 96, 875. — 23. Sullivan, E. D., Breiter, J. S.: Intraperitoneal variceal bleeding. An unusual cause for hemoperitoneum. *Connecticut. Med.* 1983, 47, 12.

(Kovács Márta dr. Pécs, Mezőszél út 3/B. 7623)

Az Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár

a Budapest, VIII., Szentkirályi út. 21. alatti székházában, a Semmelweis-teremben kialakított új olvasótermében helybenolvasási lehetőséggel, kölcsönzéssel, reprográfiai és különféle tájékoztatói szolgáltatásokkal várja régi és új olvasóit.

- rendelkezésre áll valamennyi magyar és mintegy 500 külföldi orvosi szakfolyóirat,
- számítógépes irodalomkutatás,
- fordítási és referáló szolgálat.

Nyitvatartási idő: hétfő—csütörtök 8-tól 19 óráig,
péntek 8-tól 14.30 óráig.

Gondolatok a pestisről Dudith András (1533–1589)

Dudith András nem volt orvos. Munkásságának súlypontja a politika, a vallás és a filológia területére esik. Humanista szabadgondolkodó és természetbölcselet volt. Orvostörténeti jelentőségét metafizikai alapozottságú orvosi nézetei adják.

Dudith András 1533-ban Budán született. Apja korai elvesztése után nagybátyja, Agostino di Sbardellati (V. Károly tanácsosa, váci püspök, majd esztergomi érsek) irányította neveltetését, egyengette pályáját.

Boroszlóban (Wrocław), majd Itáliában tanult. 1553-ban Reginald Pol angol kardinális személyi titkára lett, és utazásaik során került kapcsolatba V. Károssal, aki később Ferdinánd császár figyelmébe ajánlotta a nagy műveltségű ifjút. Az 1553-tól 1555-ig terjedő időszakban Párizsban filológiai tanulmányokat folytatott, a College Royal-ban Turnebus — kora kiemelkedő klasszika-filológusa — volt mestere. Dudith 1558-ban rövid magyarországi tartózkodása után, már mint esztergomi kanonok és neves filológus érkezett Páduába jogot tanulni. Tanulmányai és utazásai során a magyar és a nemzetközi humanizmus számos kiemelkedő alakjával ismerkedett meg és legfőbbjükkel élete végéig kapcsolatban maradt. 1560-ban tért vissza Magyarországra és Ferdinánd császár Tinina (Knin, dalmáciai kisváros) püspökének nevezte ki. 1561-től a tridenti zsinaton a magyar papság követeként képviselte a ferdinándi békülékeny valláspolitikai irányt. Dudithnak, noha személyes sikert aratott beszédeivel, a zsinatot annak lezárulta előtt el kellett hagynia. Nézeteit — ti., hogy a kereszténység egységét a protestánsoknak tett engedmények árán is fenn kell tartani — Rómában nemtetszéssel fogadták. Ferdinánd bizalmát nem veszítette el, sőt 1563-ban hazatértekor, csanádi, majd pécsi püspökké nevezte ki.

A következő évben követként utazott Lengyelországba.

1567-ben lemondott egyházi tisztéről, kilépett a katolikus egyházból és megnősült.

Diplomáciai megbízatásait azonban továbbra is teljesítette. Báthory István legyen királlyá koronázása ellen korteskedett, s ezért 1573-ban Báthory trónra lépésekor el kellett hagynia Lengyelországot. Időközben újra nősült és második feleségével előbb sziléziai, majd morvaországi birtokaira költözött. 1579-ben kora ifjúsága tanulóéveinek színhelyén, Boroszlóban telepedett le. 1589 február 23-án halt meg.

Dudith, az 1577–78-as években feltűnt üstökös, illetve az üstökösnek pestist okozó hatást tulajdonító babona

kapcsán kezdett orvosi kérdésekkel behatóbban foglalkozni. E babonával szembeni álláspontjának kifejtése során járványtani kérdések tisztázására kényszerült.

Orvosbarátaival e tárgykörben élénk levelezést folytatott, és ebből emeltem ki néhány részletet, nézetei bemutatására.

Hieronymus Mercurialis járványfelfogásával szemben az alábbiakat írta Crato von Kraffttheim császári orvosnak:

„A kiváló páduai filozófusnak és orvosnak a véleményét nem tartom helyesnek, amennyiben azt állítja, hogy pestis csak akkor van, ha az emberi testek a pestises magvaktól és rothadó miazmáktól megromlott és beszennyezett levegő révén megfertőződnek, a halálos kórt magukba szívják, és teljesen belső részeikbe fogadják. Látszólag szembenáll a józan ésszel az; amit — ha nem tévedek — tanít, hogy ti. nem beszélhetünk pestisről, ha csak kevesen pusztulnak el, és nem telik meg hullákkal az egész város, vagy egy egész tartomány. Mert a levegő megromlottsága nélkül is, bár nem oly gyakorta, mégis sokan halmozhatnak fel (magukban) rosszindulatú nedveket, amelyek rothadásnak indulva igazi pestist idézhetnek elő valakiben. Ez a részleges pestis azután, miközben a ragály másokra is áttérjed, teljes és egyetemes pestist idéz elő. Mert én a fajt, erőt és lényegét nem a betegek vagy áldozatok sokasága, vagy csekély száma szerint (hiszen a szám nem jelölhet lényegét), hanem magának a betegségnek sajátosságai, állandó jellegű okai és hatásai szerint mérem.”

Dudith e gondolatsora a járványtan alapkérdését igyekezett megválaszolni: azonos kórokokkal magyarázható-e egy betegség sporadikus és tömeges előfordulása, illetve azonos betegség okozza-e a sporadikus eseteket és az epidémiákat.

Dudith egyértelműen azonos betegségnek tartotta a járványos és az egyedi megbetegedés formájában jelentkező pestist. Mercurialis csak a járványos megbetegedést azonosította a pestissel és a „két ok, két betegség” álláspontjára jutott. Ez a XVI. században uralkodó nézet a definíciókból kiinduló és kizárólag a logikai következtetés módszereivel élő orvosi gondolkodás eredményeként jött létre.

Dudith orvosbarátai (Crato von Kraffttheim, Jordán Tamás, Scholtzius Vladislav) már a tapasztalás eredményeit is figyelembe véve alakították ki járványfelfogásukat. Náluk a „két ok, két betegség” elképzelés megtartása mellett a megromlott levegő súlyozottan oka a járványnak, ugyanakkor a rothadás okozta egyedi esetek járvánnyá alakulását is elismerik.² Ez tehát egy kompromisszumos megoldás, ami a hagyományos nézetet, a „tekintélyt” van hivatva a tapasztalás tényeivel összebecsülni.

Dudithnak ahhoz, hogy az előbbi nézetekkel szemben „egy ok, egy betegség” álláspontra jusson, a megromlott levegő szerepét kellett tisztáznia: ok-e vagy terjesztő?

Az, hogy a járvány oka a megromlott levegő, ellentmond a józan észnek, hiszen ugyanazt a levegőt szívták be azok is, akiket elkerült a betegség — érvelt több levelében is a csehországi járvány tapasztalatai alapján.³

Monaviusnak írt levelében így összegezte nézeteit:

„A járvány keletkezését a magam részéről a fertőzésben állapítottam meg, akár emberi, akár valamilyen más testből származzik. Azt szívesen megengedem, hogy a levegő valamiféle szállítója a fertőzésnek, vagy kigőzölgésnek, vagy a dögletes kipárolgásnak. ... Megfigyelték-e, hogy minden időben csak azok fertőződnek meg, akik közel mennek azokhoz, akiknek a betegség már benne van a belső részeikben, vagy edényeket, ruhákat, használati tárgyakat, vagy más ilyeneket, még ha más alkalommal is, megérintettek? Ha valaki saját érdekében távol tartja magát ezektől, akár testektől, akár helyzetektől, aligha kaphatja meg a pestist. Nemde azt tapasztaljuk, hogy a járványok idején is épségben maradnak azok, akik négy faluk közé zárkóznak, és a fertőzöttek társaságától távol tartják magukat.”⁴

Dudith tehát a levegőt, mint a pestis keletkezésének okát elvetette, és tette ezt még élesebben egy későbbi, Raphanusnak írt levelében:

„...mégis azt mondom, hogy véleményem szerint nem a légkörben kell keresni a pestis közelebbi okát, hanem a fertőző testekből eredő ragályban.”⁵

Visszatérve a Monaviusnak írt levelére láthatjuk, hogy Dudith jól tapintott rá, a pestis bubogenny közvetítésével, valamint a cseppfertőzéssel történő, emberről emberre terjedésének két útjára. Hasonlóan tapasztalati tények húzódnak meg „...még ha más alkalommal is megérintettek” megjegyzése mögött, amit ma a betegség incubációs idejével és a baktérium szervezeten kívüli perzisztálásával azonosíthatunk.

Ok tehát a rothadás, illetve a fertőzés. A levegőt csak mint terjesztőt vette számításba Dudith.

Az ok tisztázása után a következő kérdésre keresett vá-

laszt: azonos betegség-e a sporadikus és a járványosan előforduló pestis?

Ismert tények voltak számára:

azonos, de legalábbis hasonló tünetek jelentkeznek a két előfordulás esetén. Ahol néhány esetet észleltek, ott többnyire járvány is kitört. A betegek környezetében élők, vele kapcsolatot tartók gyakrabban kapták meg a pestist.

A terjedés és a tünetek tapasztalati tényei oldották meg a kétféle előfordulás kérdését és adták ki az oksági láncot.

Ok a fertőzés — okozat a megbetegedés, ez oka a járványnak, ami értelemszerűen okozata az előbbinek.

Dudith járványtani nézetei Girolamo Fracastoroéval tartanak rokonságot, bár sem kidolgozottságuk, sem a problémafelvetés mélysége miatt, ahhoz nem mérhetők.

Dudith racionális és a vizsgálhatóság szintjén megragadható magyarázatot keresett a járványok keletkezésére és terjedésére. Ehhez oksági nézetei adták az alapot; causa efficiensre redukálta az ok fogalmát és feltételezte, hogy oksági láncokkal leírható a természet. A járványokat légköri jelenségekkel magyarázó, Hippokratésztől származó és a XVIII. századig élő elképzeléssel szemben Dudith laikus létére a medicina fejlődése számára teret nyitó, valószínűbb járványfelfogást terjesztett elő.

Orvostörténeti jelentőségét, korát megelőző természetfelfogásából következő orvosi nézetei adják.

IRODALOM: 1. Dudith András: Rövid kommentár az üstökösök jelentőségéről. In: Mátrai László: Régi magyar filozófusok Bp., 1961, p. 40—41. — 2. Jordán Tamás: Pestis phaenomena, Francofurt, 1576, p. 28—29. és Scholzius, Laurentius: Consiliarum et epistolarum medicinalium. Francofurt, 1592, Consilium XX. p. 137—142. — 3. Scholzius, Laurentius: Epistolarum philosophicarum, medicinalium ac chymicarum a summis nostrae aetatis philosophis ac medicis exaratum volumen. Francofurt 1598. epist. 51—54 30., Közli Costil, Pierre: André Dudith humanist hongrois 1533—1589 Párizs 1935. p. 359—364. — 4. ibid. epist. 53. — 5. ibid. epist. 30.

Kemenes Pál dr.

TOBANUM
TABLETTA

Víszonylag tartós hatású, nem kardioszelektív béta-adrenerg receptorblokkoló, a farmakológiai és a klinikai vizsgálatokban a propranololnál 3-10-szer hatékonyabb.
Egy tabletta 5 mg cloranololum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

- hipertónia esetén önmagában vagy szaluretikummal,
- angina pectoris,
- különböző szívritmuszavarok,
- esszenciális keringési hyperkinesis,
- hypertrophias obstruktív cardiomyopathia,
- hyperthyreosisban (adjuváns kezelésként).

Abszolút ellenjavallata a digitálisszal és diuretikummal nem kompenzálható keringési elégtelenség, beteg sinuscsomó szindróma, másod- és harmadfokú atrioventricularis block, metabolikus acidózis, asthma bronchiale, ill. egyéb eredetű súlyos obstruktív légzési elégtelenség, bradycardia. Elegendő tapasztalat hiányában terheseeknek való adása nem javallt. Relatív ellenjavallata még claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma.

ADAGOLÁSA: Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2-3 × ½ tabl.

A betegség súlyosságától függően adagja másod-harmadnaponta emelhető a kívánt hatás eléréséig. Átlagos napi adagja 10-20 mg, maximálisan 45 mg. A mellékhatások közül a leggyakoribb a bradycardia, keringési elégtelenség, obstruktív légzészavar, claudicatiós panaszok fokozódása az adag csökkentésével megszüntethető.

A nausea, diarrhoea, álmatlanság a kúraszerű adagolása során spontán megszűnhet.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Kombinációs kezelés során az együtt adott egyéb vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel egymás hatását erősítik.

Fokozott óvatossággal adható

- catecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel és adrenerg neuronbénítókkal,
- inzulinnal és orális antidiabetikummal.

FIGYELMEZTETÉS: Tartós Tobanum-kezelés elhagyása csak fokozatosan, orvosi ellenőrzés mellett történhet.

Labilis és inzulin igénylő diabetesben a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges, és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Schoepf-Merei elfelejtett segédorvosa: Horvát József Antal

Adalék a 150 éves Gyermekklinika hőskorának történetéhez

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyermek-klinikája a múlt évben ünnepelte alapításának 150. évfordulóját. Az Orvosi Hetilap, az eseményhez méltóan, a Gyermekklinika jelenlegi igazgatója, *Miltényi Miklós* dr. tanulmányával emlékezett meg a kerek jubileumról (1). A történelmi visszatekintésben aránylag kevés szó esik *Schoepf* doktor közvetlen munkatársairól — a szerző mindössze a később *Schoepf* nyomdokaiba lépő *Bock (Bókai) Jánost* említi alorvosként.

Írásunk egy másik, nem kevésbé tehetséges alorvos, a ma már szinte teljesen elfeledett *Horvát József Antal* portréját van hivatva körvonalazni.

Horvát József Antal születési éve s helye ismeretlen. Szinnyei szerint „pesti származású” (2). Édesatyjának neve s kiléte azonban egyértelműen meghatározható doktorunk 1846-ban kiadott disszertációjának ajánlásából (3). E szerint atyja, *Horvát József* — valószínű, hogy e névazonosság miatt használja az ifj. *Horvát* az *Antal* keresztnévet is — *Hont* megye főorvosa s táblabírája, a Magyar Tudós Társaság rendes, s a Budapesti Királyi Orvosegyesület levelező tagja. Az id. *Horvát* 1822-ben nősült; 1823 elejétől Pesten gyakorló orvos, majd 1824-től *Hont* megyében él 1849-ben bekövetkező haláláig (4). Amennyiben hihetünk Szinnyeinek, az ifjabb *Horvát* 1823-ban született Pesten. Iskoláiról, ifjúkoráról nem találtunk adatot.

Orvosdoktori képesítést a pesti egyetem orvosi karán szerez, az *alajkrákról* írott már említett értekezésével. *Horvát* ambícióira s egyben rátermettségére is jellemző, hogy még ugyanabban az évben megkapja a sebészdoktori címet is. E tény értékeléséhez tudnunk kell, hogy az akkori tanulmányi s szigorlati rend szerint az orvosdoktor csak akkor kaphat sebészdoktori fokozatot is, ha sikeresen szigorlatozik az elméleti és gyakorlati sebesztéskől. Az orvosdoktorok általában a disszertáció megvédését követő évben vállalkoztak erre az újabb erőpróba, *Horvát* azonban — egyedül az 1845/46-ban végzett 30 orvosdoktorból — még ugyanabban az évben nekivág: sikerrel (5). E kettős siker egyik titka a disszertációja bevezető sorából derül ki: orvossá avatása évében *Horvát* már „egyetemünk sebészi kórodájában” hároméves szerzett tapasztalattal dicsekedhet.

Témánk szempontjából érdemes idézni *Horvát* orvosi értekezésének a szerzőt bemutató sorait is: „*sebész tudor, az egyetemi sebészi kórodában másodsegéd, p. gyermek-kórházi rendes segédorvos, s a m. kir. term. tudományi társulat rendes tagja*”. Ezek szerint *Horvát* már 1846-ban, *Bock-Bókait* egy évvel megelőzve, *Schoepf* alorvosa! Nem tudjuk, volt e rivalizálás a két alorvos közt. Az azonban mindenképpen elgondolkodtató, hogy a pesti szegénygyermek-kórház kezdeti évtizedeit bemutató ifj. *Bókay* (6) meg sem említi *Horvát* nevét! Talán ezért is felejtődött el ennyire *Horvát József Antal*. Pedig nevét s emlékét nemcsak a gyermekkórházi alorvossága miatt illik feleleveníteni.

Horvát egyike volt ugyanis az *éternarkózis* magyarországi úttörőinek. Főnöke, *Schoepf* így ír az Orvosi Tár 1847. február 28-i számában (7): „... Febr. 12-kén dr. *Horváth* segéd-orvosom segítségével K... úr pesti ügyvéd

2 $\frac{1}{2}$ éves leánykáját, kinek szemgödörszélén létező daganatát késsel kellendett műtenünk, magány gyakorlatban veténk alá a kénégénnyőz hatásának...” Valószínű azonban, hogy február elején is kísérleteztek „bódítással”. A Természettudományi Társulat jegyzőkönyvében ugyanis a következő bejegyzés található az 1847. február 9-én tartott közgyűlésről (8): „*Kovács Endre* a sebészi kórodán, *Horváth József* a gyermek-kórházban a kénégénnyel történt kísérleteket adják elő”. Bonyolítja a helyzetet *Schoepf*nek a *Társalkodóban* megjelent írása, melyben az első „kénégény (aeth. sulf.) általi bódítás” dátumát február 19-re teszi (9). E kis pontatlanság azonban mit sem változtat a tényen: *Horvát József Antal* az elsőkként alkalmazta — s nemcsak hazai, de európai viszonylatban is — a gyermeksebészeti gyakorlatban az *éternarkózi*szt.

Szinnyei mindössze orvosi értekezését tartja számon, holott *Horvát József Antal* már medikus korában publikált az Orvosi Tár hasábjain. A Journal für Kinderkrankheiten 1845-ös évfolyamából a *Csonttörések gyermekeknél* c. írást referálja (10). Egy további tanulmányának keltezése: „*Bécs, máj. 19-én 1847*” pedig arra utal, hogy *Horvát „műtő növendék”*-ként a császárvárosban tökéletesítette sebészi tudását (11). Valószínű, hogy ekkor — *Horvátot* helyettesítendő — kerül *Bock* a gyermekkórházba segédorvosnak.

Horvát 1848-ban már újra Pesten van s egy fontos írással hívja fel magára a figyelmet. Szeptember elején az Orvosi Társban közzétett *Néhány szó a gyógyszerészet ügyében* c. terjedelmes tanulmánya az első reformtervezet a hazai gyógyszerészet államosítása ügyében (12). A tervvel nem foglalkozhatunk részletesen; megette ezt a *Gyógyszerészet* tanulmánya (13), igaz, a tervezet szerzőségét tévesen — Szinnyeit követve — az id. *Horvát József*nek tulajdonítva (14).

Horvát doktor nemcsak a szavát emeli fel 1848-ban a haza érdekében. Előbb a nemzetőrségnél szolgál, majd a honvédség kötelékében, Görgény fel-dunai hadtestének lesz őrnagy törzsorvosa (15). Utolsó hivatalos jelentéseit az egri, ill. a tiszafüredi katonai kórházakban írta alá. 1849. május elsején a kolera áldozata lett — atyja mindössze 13 nappal élte túl fia halálát.

Ennyit sikerült felkutatnunk az első magyar gyermeksebészek s aneszteziológusok egyikéről. A kettős jubileum — a gyermekklinikaé, ill. *Horvát* doktor halálának 140. évfordulója — megfelelő alkalom *Horvát József Antal* érdemeinek méltatására, s személyének elhelyezésére a magyar gyermekgyógyászat panteonjába.

IRODALOM: 1. *Miltényi M.*: 150 éves a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyermek-klinikája. Orv. Hetil., 1989, 130, 1833—1835. — 2. *Szinnyei J.*: Magyar írók élete és munkái. 4. kötet, Bp., 1896, 1252. — 3. *Horvát J. A.*: Értekezés az alajkrákról. Pest, 1846. — 4. *Szinnyei i. m.* 1247. — 5. *Hógyes E.*: Milleniumi emlékkönyv a budapesti kir. tud. egyetem orvosi karának múltjáról és jelenéről. Bp., 1896, 242 és 266. — 6. ifj. *Bókay J.*: A Pesti szegénygyermek-kórház története 1839-től 1883-ig. Különlenyomat az Orv. Hetil. 1884. évf.-ból. Bp., 1884. — 7. *Schöpf A.*: A kénégény-bódítás alatti műtét gyermekeknél.

Orvosi Tár, 1847, XI. kötet, 9. sz., 130—134. — 8. *Kátai G.*: A kir. magy. természettud. társulat története. Pest, 1868, 88. — 9. *Schoepf Á.*: A pesti gyermekkorház, Társalkodó, 1847, 91. sz., 362—363. — 10. *Horváth J. A.*: Csonttörések gyermekeknél. Orvosi Tár, 1846, IX. kötet, 25. sz. — 11. *Horváth J. A.*: Gutta Percha. Orvosi Tár, 1847, XI. kötet, 23. szám. — 12. *Horvát J. A.*: Néhány szó a gyógyszerészet ügyében. Orvosi Tár, 1848, II. kö-

tet, 17. szám. 257—268. — 13. *Anual J.*: Horváth József Hont-megyei főorvos reformtervezete. Gyógyszerészet, 1961, 5, 180—182. — 14. *Kiss L.*: Az „Uplavici O jelenség” magyar változata, avagy Horvát József Antal rehabilitálása. Orv. Hetil. 1987, 128, 1579—1580. — 15. *Zédeny Gy.*: A magyar szabadságharc honvédorvosai. Bp., é. n., 140.

Kiss László dr.

CALYPSOL

injekció

Gyors hatású altató és általános érzéstelenítő, amely valószínűleg az agykéregre és a középagyra hat, különösen a limbikus rendszerre.

HATÓANYAG: 500 mg ketaminum, sósavas só alakjában, 10 ml-es üvegben.

JAVALLATOK: Önállóan alkalmazva rövid műtétek, eszközös, ill. fájdalmas diagnosztikai beavatkozások. Anesztézia bevezetése egyéb narkotikumok használatára előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítése.

ELLENJAVALLATOK: Eclampsia, hipertóniabetegség.

ADAGOLÁS: Egyénenként változó. Az intravénás kezdeti adag felnőtteknek 1,0—4,5 mg/ttkg, gyermekeknek 0,5—4,5 mg/ttkg. Az 5—10 perces narkózist eredményező átlagos adag 2,0 mg/ttkg.

Az intramuscularis kezdeti adag felnőtteknek 6,5—13,0 mg/ttkg, gyermekeknek 2,0—5,0 mg/ttkg.

Felnőtteknek 10 mg/ttkg adagja rendszerint 12—25 perces anesztéziát biztosít.

Az altatás fenntartásához az említett dózisok fele használatos.

MELLÉKHATÁSOK: Tenziónövekedés, pulzusszám-emelkedés, nyálfolyás, hányinger, hányás, légzési és látási zavarok. Az ébredési szakban hallucináció, pszichomotoros nyugtalanság, zavartság.

A posztanarkotikus nyugtalanság Droperidollal (0,1 mg/ttkg im.) rendszerint megelőzhető.

GYÓGYSZERKÖLCSONNHATÁSOK: Kompatibilis más narkotikumokkal és izomrelaxansokkal.

Fokozza a tubokurarin neuromuszkuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.

Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELMEZTETÉS: Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légszerét mechanikusan kell támogatni, mert az analeptikumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása anesztéziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiaiilag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS: ✕ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml-es üveg.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

VIGYÁZZON



NEHOGY CÉLT TÉVESSZEN!

MICROSYSTEM

Számítástechnikai Műszaki Fejlesztő Kiszövetkezet

1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 1565-366. Tx.: 22 3768 MS. Telefax: 1559-296

20. hamburgi haemophilia symposium 1989. II. 3–4.

A széles nemzetközi érdeklődéssel kísért 20. hamburgi haemophilia symposium fő témái a következők voltak:

— az NSZK-ban elhalt haemophiliások halálai, az ARC és az AIDS manifesztációi

— a kezelés okozta vírusfertőzések haemophiliásokon (C-hepatitis, HIV, parvovírus)

— a haemophilia és a v. Willebrand-syndroma molekuláris genetikája

— új alvadásaktív és fibrinolitikus plazmafrakciók ill. koncentrátumok

— veleszületett haemostasis zavarok első manifesztációi.

A symposium szervezetsége ezúttal is példás volt, az 1988-as symposium könyv formájában megjelent teljes anyagát minden résztvevő megkapta. Az NSZK haemophiliásainak helyzetéről, sorsáról, halálakairól az idén is a symposium tudományos vezetője, a hamburgi Landbeck professzor tartott beszámolót. A 2476 haemophiliásból 1172 (47%) HIV-fertőzött, számuk 1987 óta változatlan. Halálokok 1988-ban: AIDS 42, vérzés 8, májcirrhosis 6, malignoma 1, suicidium 2, egyéb 2 esetben. 1982-ben 1 haemophiliás halt meg AIDS-ben, ezt követően évente 4–15, a 80-as évek második felében állandósult az évi 42 halál. A cirrhosis miatt meghaltak száma évi 2-ről 6-ra emelkedett. Érthető, hogy a HIV-fertőzött haemophiliások egy előrehaladottabb stádiumban vannak (WR. klasszifikáció szerint). Az epidemiológiai beszámolókból kitűnt, hogy miközben a HIV-1 járvány lelassul, Nyugat-Európában egyre több HIV-2 fertőzést észlelnek. Az AIDS-nél hasznosítható prognosztikus értékű laborvizsgálatok sorában az immunológiai paraméterek mellett a biokémiaiakról is sok szó esett (neuropterin, β_2 mikroglobulin). A fertőzötteknél végzett prophylaktikus eljárások közül az α -IFN hatástalannak bizonyult (holott közismerten hatásos Kaposi-sarcomában és javítja az immunológiai paramétereket), a nagy adagú iv. immunglobulin prophylaxis pedig nem váltotta be a reményeket. Az AIDS-manifesztációk közül ezúttal a neuro-AIDS kapott nagyobb figyelmet.

A hepatitis-C diagnosztikájában bekövetkezett döntő fordulat itt is éreztette hatását: beszámolók hangzottak el a donoroknál, haemophiliásoknál és a v. Willebrand-syndromáknál talált HCV ellenanyag gyakoriságáról. Újszerűen hatottak a parvovírus (B-19) — fertőzésről, annak klinikai következményeiről (aplasias krízis) és a vírus-transzfúziós átvihetőségeiről elmondottak.

A haemophilia és a v. Willebrand-syndroma molekuláris genetikájáról elhangzott referátumok és előadások meg-

győzően bizonyították a konduktor-diagnosztikában bekövetkezett fordulatot és annak nagy gyakorlati értékét.

A rekombináns VIII. faktor koncentrátumok klinikai felhasználásáról több előadás hangzott el. A legnagyobb központok tapasztalatai arra utalnak, hogy a monoclonális antitestekkel tisztított ill. a rekombináns VIII-as faktor koncentrátumok még csak a klinikai kipróbálás állapotában vannak — továbbra is az emberi vérplasmából készült faktorkoncentrátumokra lesz szükség. Az ultra-magas tisztaságú VIII-as faktor koncentrátumokkal, ill. a magas tisztaságú plasminogennel szerzett tapasztalatok is inkább tudományos, mint gyakorlati jelentőségűek. A szabadon választott tárgykörű előadások között több nagy gyakorlati jelentőségű beszámoló hangzott el; így az újszülöttek K-vitamin prophylaxisáról, a kigyómarás okozta afibrinogenaemiáról (a lakásokban tartott mérges kígyók reális veszélyt jelentenek), a VII. faktor veleszületett hiányáról.

Visszagondolva a korábbi hamburgi haemophilia symposiumokra, azok mindig a haemophilia legidősebb tudományos és gyakorlati vonatkozásait állították előtérbe. Ez idén is jól látszott, hogy igazi előrehaladás a haemophilia és a v. Willebrand-syndroma molekuláris genetikájában, továbbá a C-hepatitis diagnosztikájában van.

A HIV-fertőzöttek prophylaxisában nem sikerült döntő áttörést elérni, csupán az AZT korai alkalmazása hozott biztató kezdeti eredményeket. A C-hepatitis és a parvovírus előtérbe kerülése újra arra figyelmeztet, hogy a gyógyításra felhasznált emberi vér ill. származékai élő anyagok, amelyekben a leggondosabb donorkivizsgálás mellett is lehetnek vírusok. Ezek neutralizálása (vírusmentesítése), tisztítása és a hatóanyag standardizálása látszik a következő évek legfontosabb feladatának.

A 70-es évek végén úgy tűnt, hogy hatásoz VIII-as és IX-es faktor koncentrátumok korai ill. prophylaktikus alkalmazásával a haemophiliások nemcsak életben tarthatók, hanem nyomoréksághoz vezető ízületi vérzéseik elháríthatók.

A 80-as évek eleje óta tartó tragikus AIDS-korszak világszerte súlyos veszteségeket okoz a haemophiliásoknak, jelentős részüket elpusztítja (a hazai haemophiliásoknak csak 5,6%-a HIV-fertőzött, így a veszteség nálunk lényegesen kisebb). Az elmúlt évek azt is bizonyították, hogy a 70-es évek törekvései (nagy tisztaságú, magas hatásfokú VIII-as és IX-es faktor koncentrátumok otthoni kontrollált önkezeléssel idejében történő vagy prophylaktikus alkalmazása) hazai vonatkozásban, tömeges méretekben még nem valósíthatók meg. A hamburgi symposium mostani tapasztalatai is azt bizonyítják, hogy néhány jól felszerelt haemophilia központban kell

és érdemes a haemophiliások diagnosztikáját, kezelését és prophylaxisának irányítását megoldani. Több, hatásosabb és „tisztább” antihaemophiliás készítményre van szükség. Tárcaszintű rendelkezéssel és módszertani levelekkel a jelenleginél szervezetesebbé kell tennünk a haemophiliások kezelését és gondozását. Más hazai munkacsoportokhoz hasonlóan (pl. gyermeknevelés, gyermekkori leukæmia) a haemophiliások adatait is évente fel kell dolgozni és az eddigieknél szervezettebb formában kell követnünk a szakmai és tudományos haladást.

István Lajos dr.

Beszámoló Japánban tett tanulmányútról

Az Országos Ösztöndíj Tanács pályázatát elnyerve 1989 szeptemberében 1 hónapot töltöttem a Chiba Egyetem I. Belgyógyászati Klinikáján. Chiba Tokió központjától kb. 40 km-re fekvő 900 000 lakosú város, mely Chiba prefektúra székhelye. A megye felsőoktatási központja az 1870-es években alapított Chiba Egyetem, ahol az orvoskaron kívül gyógyszerészeti, jogi, közgazdasági kar, tudományegyetem, műszaki egyetem, kertészeti egyetem is működik. Az egyetemnek több mint 11 000 hallgatója és 2500 dolgozója van. Az orvoskarnak 1988-ban 704 hallgatója (közülük 120 nő) volt. Az orvoskar mely a szép fekvésű Inohana városrészben egy hatalmas parkban helyezkedik el, két részből áll. Egyik az úgynevezett orvoskari épület, ahol az elméleti intézetek, az irodák és klinikák kutatólaboratóriumai találhatóak, a másik a kb. 15 éve épített modern 14 szintes egyetemi kórház, melyben 21 klinikai osztály (összesen 776 ágygal) és évente több mint 400 000 járóbeteg ellátó ambulancia található. Az egyetemi kórház úgynevezett közkórház, ahol a biztosított betegeket térítésmentesen kezelik. A kórházi elhelyezés hasonló a nálunk megszokotthoz, a kórtermek többsége 4–6 ágyas (1–2 ágyas elhelyezésre is lehetőség van, ezért azonban külön térítést kell fizetni). Az orvoskari épületeket befogadó parkban minden igényt kielégítő egyéb létesítmények (hatalmas autóparkoló, tenispálya, tornacsarnok stb.) is találhatóak. Külön említést érdemel az orvoskari könyvtár, ahol közel félmillió kötet könyv és 4000-nél több folyóirat található, melyek több mint fele idegen nyelvű. A könyvtárban az azonnali xerox másolásra korlátlan lehetőség van. Az I. Belgyógyászati Klinikának 56 fekvőbeteg-ágya van, fő profiljukon a gastroenterológián kívül haematológiával és nephrologiával foglalkoznak.

A klinikát — két éve történt nyugdíjazásáig — a világhírű hepatológus Kunio Okuda vezette, az intézet igazgatója jelenleg Masao Ohto professzor, akinek nevéhez a percutan transzhepatikus cholangiográfiához világszerte használt Chiba tű kidolgozása fűződik. A klinikára kizárólag a saját ambulanciájukon előzetesen kivizsgált és

előjegyzett kórházi kezelést igénylő speciális betegek kerülnek felvételre. A betegek kezelését kitűnő, nagy tapasztalattal specializált irányítják, akik az adott területnek megfelelően igen magas szintű alaputatókat is végeznek. A klinikán kb. 40 orvos van, akik többsége fiatal és a többéves szervezett postgraduális kurzuson vesz részt. Az endoscopyakon kívül a klinika orvosai maguk végzik az ultrahang és az angiographiás vizsgálatokat, valamint az invazív radiológiai beavatkozásokat, sőt ők csinálják és értékelik a szükséges röntgenfelvételeket is. Ez a szisztéma nem általános Japánban, mivel az intézmények egy részében utóbb felsorolt vizsgálatok a központi diagnosztikai részlegben történnek. Felszereltségük rendkívül jó (pl.: az osztálynak 7 modern Toshiba ultrahang készüléke van), illetve minden vizsgálatról, beavatkozásról rendkívül sok fotót, a különleges esetekről videofelvételt készítenek. Igen intenzíven foglalkoznak a primer májtumorkorai felismerésével, mivel ezen megbetegedés Japánban viszonylag gyakori. A krónikus aktív hepatitiszes, májcirrhosisos betegeket 3 havonta ellenőrzik ultrahanggal, így gyakran 1 cm átmérőjű primer májtumort is fel tudnak ismerni. Tumorgyanú esetén a diagnózist célzott biopsiával, angiographiával és computer tomographiával igazolják. A célzott biopsiához egyszerűhasználatos tűt fejlesztettek ki, melynek segítségével viszonylag kis traumával szövettani vizsgálathoz elegendő minta nyerhető. Véleményük szerint az alfa-fetoprotein szérumszintjének vizsgálata a tumor korai felismerésében nem nyújt segítséget. Az igazolt májtumorkorai a tumor nagyságától és a beteg állapotától függően a tumorba adott abszolút alkohol injekcióval, intraarteriális embolizációval, illetve cytostatikus kezeléssel és sebészeti rezekcióval kezelik. Gyógyítási eredményeik igen jók, nem ritka a többéves túlélés sem. A kezeléseket a tumor recidívja esetén is megismétlik. A jó eredményekhez nagyban hozzájárul a betegek jó kooperációja. Japánban a diffúz májbetegségek többségét a hepatitis vírusok okozzák, alkoholos májbetegség az alkoholisták kis száma miatt lényegesen ritkábban fordul elő. Valamennyi hepatitis B vírus markert (beleértve a specifikus DNA-t és DNA polimeraszt) rutinszerűen vizsgálják, így képet kapnak a hepatitis B vírusfertőzés egyes stádiumairól. Aktív B vírus hepatitisben nem észlelték az interferon kezelés jó hatását, viszont a steroid előkezelés után adott interferonnal jó tapasztalataik vannak. Ugyancsak igen jó tapasztalatokat szereztek non A, non B krónikus aktív hepatitisben az interferon kezeléssel. Igen intenzíven foglalkoznak az epedekes kezeléssel. Ohto professzor és munkacsoportja kidolgozott egy eljárást, melynek segítségével az ultrahang morfológia alapján következtetni tudnak az epedekes összetételére. Ez alapján indikálják a chenodeoxycholsavval történő epedekesoldást, illetve az úgynevezett „extracorporeal shock wave lithotripsy”-t, melyeket igen jó eredménnyel alkalmaznak, a

betegek egy része így elkerüli a sebészeti beavatkozást.

Rendkívül jó benyomást tett rám a gastroenterologusok képzése, melyből hazai viszonylatban is sokat lehetne tanulni. A frissen végzett orvosok 2 évig forgó rendszerben az egyetem belgyógyászati klinikáin osztályos orvosként dolgoznak, ahol betegüket valamennyi vizsgálatra el kell kísérjék, és a vizsgálatban gyakorlatilag is segítkeznek. Így a fiatal orvos a belgyógyászat valamennyi ágában megszerzi az alapvető ismereteket. Ezt követően 3 évet töltenek a gastroenterológián, ahol valamennyi gastroenterológiai beavatkozást, beleértve az ultrahangvizsgálatot és az angiographiát is, a gyakorlatban sajátítanak el. Az így kiképzett gastroenterologusok többsége ezután kórházakban helyezkedik el, ahol önálló gastroenterologusként dolgozik. Természetesen az ifjú orvosok aktívan részt vesznek az alaputatókban és az állatkísérletes vizsgálatokban is.

Vendéglátóim kérésére „A májbetegségek epidemiológiája, diagnosztikája és terápiája Magyarországon” címmel nagy érdeklődéssel kísért előadást tartottam.

Ott-tartózkodásom alatt módomban volt megismerkedni Chiba, Tokió, Nara (az ország első fővárosa az első évezredben) és Kyoto nevezetességeivel, valamint rövid látogatást tettem a Nara Egyetem III. Belgyógyászati Klinikáján. Japán vendéglátóim rendkívül szívélyesek voltak, készséggel adták át tapasztalataikat, teljesítették szakmai kéréseimet. Mindezekért a következő kollégákat illeti őszinte köszönöm: prof. Kunio Okuda, prof. Masao Ohto, dr. Masaki Ebara, dr. Masao Omata, dr. Hiromitsu Saisho (Chiba Egyetem I. Belgyógyászati Klinikája), prof. Tadasu Sujii, dr. Hiroshi Fukui (Nara Egyetem III. Belgyógyászati Klinikája), Miss Miwako Uematsu (Japán Kulturális Szövetség).

A tanulmányút feltételeinek biztosításáért köszönetemet fejezem ki az Országos Ösztöndíj Tanácsnak, a Nemzetközi Kulturális Szövetségnek, a Japán Kulturális Szövetségnek és a BM Korvin Ottó Kórház és Intézményei szakmai vezetésének.

Dávid Károly dr.

Nemzetközi haemophilia symposium Drezda, 1989. november 22—25.

Az NDK Haematologiai és Vértranszfúziós Társaságának Haemophilia Szekciója — az NDK Belgyógyászati és Gyermekegyógyászati Társaságával közösen rendezte meg IV. Nemzetközi Symposiumát. Fő témái a következők voltak: — arthropathia — alvadásfehérjék — gátlótestek — substitúciós terapia — a kezelés mellékhatásai — molekuláris genetika — gondozás.

Weissbach professzor — a symposium rendezőjének megnyitó előadásából kitűnt, hogy az NDK-ban jól szervezett haemophilia decentrumok működnek, a haemophiliások többsége otthoni kontrollált önkezelésben (home care) részesül, a prophylaxis

bevezetése óta jelentősen csökkent a therapiás substitúció, egészében azonban a felhasználott antihaemophiliás készítmények összennyisége a korábbi 3—4-szeresére emelkedett. A HIV-fertőzött haemophiliások száma nagyon kevés. Az egyes haemophilia decentrumok hatékonyságában főleg a fiziotherapia, a gyógytorna és a pszichológiai ellátás terén van különbség. Érdekes multicentrikus felmérés bizonyította, hogy az arthropathia kialakulásában az anatómiai viszonyok és a statikai terhelés mellett ma az elégtelen kollaboráció, az elégtelen substitúció és az elégtelen gondozás játssza a fő szerepet. Ugyanezt bizonyították egy hasonló méretű kanadai felmérés adatai is. Az arthropathia kezeléséről és megelőzéséről szóló angol, lengyel és holland felmérések egyaránt a substitúció időpontjának és dózírózásának fontosságát, a nevelés és az otthoni kezelés szerepét bizonyították. Az ízületi elváltozások sorsa és befolyásolhatósága szempontjából a Haemophilia Világszövetség (WFH) által ajánlott score bevezetése objektív összehasonlítható alapot jelent, hazai alkalmazása is indokoltan látszik. Az arthrosonographia az ízületek morfológiai és funkcionális állapotának megítélése szempontjából jelent a hagyományos röntgenfelvételekhez képest előrehaladást. Meggyőző módszernek tűnt a betegek által vezetett vérzés-napló (Blutungs Kalender) is. Egy — 135 haemophiliás konduktornál végzett — holland felmérés bizonyította a VIII-as, ill. IX-es faktor aktivitás és a vérzések gyakorisága közti összefüggést.

A gátlótestekről szóló előadások többsége az immuntolerancia kialakítására irányuló induktív (napokon át 350—400 IE/kg/die!) és fenntartó jellegű (heti 3 × 25 IE/kg) kezelés eredményeiről számolt be. Többen állították, hogy közepesen magas inhibitor titerrel többszöri kis adagú VIII-as faktor adással immuntolerancia alakítható ki.

A substitúciós kezelés határfokáról és mellékhatásairól (hepatitis B és C, ill. HIV-átvitel) több nemzeti és nemzetközi felmérés adatait ismertették. Ezek sorában lehangolóan tűnt, hogy a logikusnak tűnő kis poolok és a nemzeti önellátás bevezetése nem jelentett érdemi előrehaladást. Az ilyen irányú munkásságáról világszerte ismert Schimpf állítása szerint a tértírtmentes donoroktól történő vérvételek sem jelentenek nagyobb garanciát. A nem vírusneutralizált készítményekkel kezelt haemophiliások hepatitis fertőzöttsége ijesztően magas: 65%-ban hepatitisre utaló klinikai és laboratóriumi eltéréseket találtak, az elvégzett májbiopsia (!) pedig 100%-ban mutatott chronikus hepatitisre utaló elváltozásokat.

A vírusneutralizálásról elhangzott előadások egyöntetűen azt bizonyították, hogy ez az eljárás igen nagyfokú (20—50%-os) VIII-as faktor veszteséggel jár, rendkívül munkaigényes és nagyon költséges.

Az antihaemophiliás plasmaconcentrumok előállításáról szóló előadásokból kitűnt, hogy a vírusneutralizálás és a magas

Naprosyn®



TABLETTA SZUSZPENZIÓ

mV 200
Antirheumatika
nem glukokortikoid

Hatóanyag:

250 mg naproxenum tabl.-ként;
25 mg naproxenum ml-ként;

Hatás: Nem steroid 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: reumatoid arthritis, juvenilis reumatoid arthritis, osteoarthritis, spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew kór), és egyéb szeronegatív spondylarthritisek, 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 tableta, 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, *vérbérelőrendszeri tünetek:* trombocytopenia, aplastikus és haemolitikus anaemia, *egyéb:* bőrkiütés, perifériás ödéma, anaphylaxiás reakció előfordulhat.

Gyógyszerkölcsonhatások: Együttadása kerülendő:

– magnéziumoxid és aluminium 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 anamnézisében 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 acetilszalicilsav, vagy nem szteroid gyulladáscsökkentő asthmás rohamot, vagy urticariát vált ki (kezesztallergia).

A kezelés ideje alatt szeszital 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 tablettát 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 tablettát térítési díja: 10 Ft.
100 ml szuszpenzió térítési díja: 10 Ft.

Forgalomba hozza: Alkaloida Vegyészeti Gyár

VIII-as, ill. IX-es faktor szint mellett a készítmények „tisztasága” (pl. fibrinogen-, ill. fibronectin-, „mentessége”) is alapvető követelmény. Újszerűnek hatott a donorok DDAVP-mel történő stimulálása magasabb VIII-as faktor koncentráció elérése érdekében.

Érdekesekek voltak a gátlóteszt haemophilia „bypass terapiájáról” elhangzottak. Kitűnt, hogy az aktivált prothrombin-complex-concentratumok (FEIBA) haemostatikus hatása a bennük lévő aktivált VIII-as faktorra vezethető vissza.

A substitúciós kezelés mellékhatásairól szóló előadásoknak nagy gyakorlati értékük volt. Így pl. a nagy adagú substitúció következtében (az esetek kb. $\frac{1}{3}$ -ában?) kialakulhat primaer haemostasis zavar, ami megnyúlt vérzési idővel és thrombocytá aggregációs zavarral jár. Okaként a készítményben lévő FDP-t, a protein-terhelést, antigén-antitest reakciót — nagy ritkán von Willebrand faktor elleni gátlótestet — tételeznek fel. Az ily módon létrejövő ún. „paradox vérzések” frissen készített kryoprecipitátummal, vagy FFP-vel, ill. prednisolonnal befolyásolhatók.

A mellékhatásokról szóló előadások között került sor a véradók latens vírusfertőzöttségének tárgyalására is. Újból megerősítést nyert, hogy egyre nagyobb figyelmet kell szentelni a vírusfertőzések transzfúzióval történő átvitelének kizárására (B és C-hepatitis, HIV-1 és HIV-2, CMV, HTLV-I. és HTLV-II., B-19-es parvovírus).

Érdekes színfoltot jelentett Sutor előadása a substitúció nélküli kezelés lehetőségeiről. Ezek sorában a testi aktivitás, a sport, a mozgás szerepét emelte ki (emelkedik a fvs. és thr. szám, a VIII-as faktor és a von Willebrand faktor aktivitása). A vasopressin készítményekkel történő VIII-as faktor stimulálás kialakult és elfogadott módszer-

nek tűnik. Ily módon a haemostasis 3–5-szörösére fokozható, a hatás azonnal bekövetkezik és 30–120 percig tart. Védelmében az enyhe és a középsúlyos haemophiliasoknál kis sebészi beavatkozások végezhetőek, ill. jelentős mennyiségű antihaemophilias készítmény takarítható meg. Fontos, hogy a DDAVP von Willebrand-szindrómában, szerzett thrombocytopathiákban (pl. uraemia) is hatásos. Az androgen készítmények sorába tartozó Danazol nem váltotta be a reményeket. Végül fontos tudni, hogy az ún. spontán vérzések nagy részében találtak fájdalomcsillapítók, nyugtatók, altatók és antibiotikumok által kiváltott vérzéseket. Ezért is célszerű a haemophiliasokat a megengedett és tiltott gyógyszerek listájával ellátni.

A haemophilia molekuláris genetikai diagnosztikáról több munkacsoport számolt be. Érdekes volt a kanadai és az NDK „nemzeti haemophilia genetikai diagnosztikus programjának” ismertetése, az ilyen irányú dán, holland, szovjet adatokkal történő egybevetése. Kiderült, hogy a haemophilia phenotypusos diagnózis mellett ma már egyértelműnek kell tekinteni a genotypusos diagnoszt, amelynek elsősorban a praenatalis és a konduktor diagnosztikában van nélkülözhetetlen szerepe. A molekuláris genetikai és diagnosztika korában a családvizsgálat (beleértve az egészségesek vizsgálatát is!) új jelentőséget kapott. Ugyancsak új megvilágításba került a haemophiliasok és a konduktorok felvilágosítása is. Annál is inkább, mert a diagnosztika, a tájékoztatás és a tanácsadás az orvos, de a terheség vállalását, vagy megtartását jelentő döntés a szülő feladata. A haemophiliasok ilyen értelmű tájékozottsága ma sem kielégítő, a praenatalis vizsgálatot az esetek többségében későn kéri.

A gondozásról elhangzott előadások kö-

zül a stomatológiai gondozás és prevenció, az orális higiénia kialakítására irányuló orális rehabilitáció, a szociálpszichológiai vizsgálatok és a haemophiliasok gondozásával egybekötött nyári táborozásai tűntek a legfontosabbnak. Ezek között hangzott el Zimonyi Ilopa és munkacsoportja beszámolója a Heim Pál Kórházban gondozott 80 gyermekkori haemophilias kérdőíves, ill. interjú-módszerrel történt szociálpszichológiai felméréséről is.

A nemzetközileg ismert haemophilia kutatók előadásai mellett érdekesek és hasznosak voltak az NDK szerzők előadásai, mert azokból mód nyílt a haemophiliasok hazai helyzetével történő összehasonlításra is. Az NDK-ban szervezettebb és kiépültebb a haemophilia decentrumok hálózata, jóval nagyobb arányú az otthoni kezelés, nagyobb arányban használnak lyophilizált kryoprecipitátumot és prothrombin-complex-concentratumot. Több és részletesebb multicentrikus felmérést végeztek, beteganyaguk, terápiás módszereik és eredményeik jobban ismertek. Jobb a fizioterápiás ellátás, szervezettebb a rehabilitáció is. Az antihaemophilias készítmények standardizálásával még ők sem tudtak megbirkózni, a HIV-átvitel megelőzése és a molekuláris genetikai terén azonos szinten állunk. A symposium tanulságai közé tartozik az is, hogy egységesíteni kellene a haemarthros kezelést, a terápiás és prophylaktikus substitúció adagolását, rutinszerűvé tenni az arthrosonographiát. Az is újból nyilvánvalóvá vált, hogy a haemophiliasok korszerű ellátásához szükséges interdiszciplináris együttműködést genetikusok, fehérjekémikusok, immunológusok, farmakológusok, szonográfusok, szociológusok, pszichológusok, fizioterapeuták bevonásával tovább kell bővítenünk.

István Lajos dr.

MOTILIUM

filmbevonatú tabletta

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 gyomormotilitást és a felső gastrointestinalis 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 sajátosságai miatt nem jut át a vér-agyagát, így központi idegrendszeri (pszichotrop, ill. neurológiai) tüneteket nem okoz.

JAVALLATOK

A gastroduodenalis regio funkcionális zavara, hipotóniás és hipomotilitásos állapota, reflux oesophagitis, diabeteses enteropathia, ulcusban adjuvánsként a tünetek mérséklése, irritabilis colon syndroma. Dyspepsias tünetekkel, csökkent gyomorürüléssel gastro-oesophagalis refluxszal, oesophagitissal járó kórképekben a kísérő tünetek (epigastralis teltségérzés, abdominalis feszülés, fájdalom, felbőgés, 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 terheség 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 tabl., étkezés előtt kb. 15–30 perccel. Szükség esetén — kivételesen — napi 3 × 2-re emelhető az adag. Gyermeknek általában 20–30 ttkg között: naponta 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.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

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 tabletta. Galactorrhoea-amenorrhoea szindrómában alkalmazása fokozott körültekintést igényel (Se. prolactin szint növelő hatása miatt).

CSOMAGOLÁS

50 db filmbevonatú tabletta

Kőbányai Gyógyszerárugár, Budapest

J 800

J 310

DOXIMUM®

antivaricosicum

tabletta



A Doxium erősíti a kapillárisok falát, és csökkenti azok hiperpermeabilitását. Megakadályozza egyes permeabilitást fokozó anyagok (mint pl. a hisztamin, szerotonin, bradykinin és hialuronidáz) hatását. Csökkenti a vér hiperviszkozitását és javítja a nyirokkeringést, kedvezően befolyásolja a kollagén-bioszintézist a kapillárisok bazális membránjában.

HATÓANYAG

250 mg calcium dobesylicum tablet-tánként.

JAVALLATOK

Diabéteszes mikroangiopathiák: retinopathia diabetica és glomerulosclerosis (Kimmelstiel—Wilson-szindróma).

Vénás insuficiencia: primer varicositas, terhességi visszereesség, aranyér, posztrombotikus szindróma, lábszárfekély, éjszakai lábikragörcs, az ún. „nehéz láb”, bokatáji duzzanat, purpurás dermatitis. Adjuvánsként felületes és mély thrombophlebitis kezelésében.

ADAGOLÁS

Mikroangiopathiában: a betegség krónikus jellegéből eredően egyéni adagbeállítás javasolt.

Retinopathia diabetica esetén a kezelést megszakítás nélkül kell folytatni mindaddig, amíg kifejezett klinikai javulást nem észlelünk, de rendszerint legalább 12 hónapig.

Ezután a kezelés 1—2 hónapra megszakítható, majd a szemész megfigyelése szerint ismét folytatható.

Kezdő terápia: felnőtteknek a betegség súlyosságától függően — különösen korai proliferatív retinopathia diabetica, hiperviszkozitás vagy a trombociták hiperaggregációja esetén — naponta 3—4-szer 2 tablettát is adható, mintegy három hónapig.

Fenntartó kezelésre átlagos adagja felnőtteknek 3—4-szer 1 tablettát.

Vénás insuficienciában szokásos adagja *felnőtteknek* naponta 3-szor 1 tablettát.

Az esetek többségében egy 3 hetes kúra tartós javulást eredményez. A kezelés a betegség jellegétől függően szükség esetén több hónapra is meghosszabbítható.

Gyermekek a felnőtt adag felét kapják. A tablettákat étkezés közben vagy közvetlenül utána célszerű bevenni.

MELLÉKHATÁSOK

Átmeneti gasztrointesztinális panaszok érzékeny egyéneken előfordulhatnak.

FIGYELMEZTETÉS

A terhesség első 3 hónapjában szedése nem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

✚ Csak vényre egyszeri alkalommal adható ki. A kezelőorvos csak akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbetegosztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Diabéteszes beteg részére — rethinopathia diabetica javallattal — a szemészeti szakrendelés szakorvosa, illetőleg annak javaslata alapján a kezelőorvos térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS

20 tablettát

ELŐÁLLÍTJA:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

OM Laboratories licencia alapján.

A prevenció kérdései

Európa a rák ellen. Gondolatok a megelőzésről. Goertler, K. (Institut für Experimentelle Pathologie am Deutschen Krebsforschungszentrum): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1336.

Ma már az emberek 23%-a hal meg rák következtében és arányuk emelkedik. Ez pedig megelőző rendszabályokat tesz szükségessé. A rákszűrések eredménye az NSZK-ban nem volt kielégítő, amennyiben ezeket csak a 45 éven felüli nők 30%-a és a férfiak 11%-a vette igénybe. A szűrővizsgálatok tehát nem váltották be a hozzá fűzött reményeket.

A megelőzésben a primer, szekunder és tercier prevenciót különböztetjük meg. Az elsődleges megelőzés a rákkeltő tényezők kiküszöbölését, a másodlagos a rák korai felismerését, a harmadik a recidívák megelőzését és rehabilitációt szolgálja, de ezek mindegyike az állam, illetve a társadalom és az egyén együttműködését igényli. A korai felismerés a laikusok eredményes felvilágosításából, valamint az orvosok pozitív hozzáállásából fakadhat. Az egyén és népgazdaság szempontjából is az elsődleges megelőzésnek van a legnagyobb jelentősége.

Korai diagnózis = rákgyógyulás? Minél korábban ismerik fel, annál jobban gyógyítható; a gyors lefolyás rontja az esélyeket, de az egyes rákfélések mindezekben különböznek egymástól. A másodlagos megelőzés a diagnosztikus lehetőségeken, az elő- vagy korai stádium felismerésén, valamint a daganatos betegség manifestációs idején alapszik. Ez az idő egyébként a másodlagos megelőzés „diagnosztikus ablakát” is megadja. A szűrés lehet egy meghatározott lakosságcsoport tömegszűrővizsgálata és a rizikócsoportok szűrése. Az NSZK-ban a szűrővizsgálatok révén drasztikusan sikerült csökkenteni a méhnyakrák kockázatát.

Korai diagnózis = az új út lehetősége? A korai diagnózisnak az NSZK-ban két fő nehézsége van. Egyrészt a lakoságnak csak egy része veszi igénybe lehetőségeit, másrészt nincsenek az e feladatok ellátására irányított és felhatalmazott orvosok. Sajnos a megelőző és gyógyító orvoslás között választásonal húzódik, mint ahogy még a megelőzés rizikócsoportjai is elkülönülnek a gyógyítás rizikó-személyiségeitől. Pedig a kettőt ötvözni kellene, ebben még a rendszeres önvizsgálatot is igénybe véve. A szekunder prevencióra a nők alkalmasabbak, mint a férfiak. A kockázatra (dohányzás, foglalkozás stb.) irányított szűrések kitágítják a „diagnosztikus ablakot”, és a kisebb csoportok általában könnyebben szűrhetők, mint a nagyobbak.

A megelőzés lehetőségeit és kihatásait megnehezíti ezek költségigénye, valamint

az, hogy ezek haszna csak évek, évtizedek múlva mérhető le, de ezt az állam cigarettafogyasztásából származó látszólagos haszna is akadályozza. Célszerű ezért az ez irányú szűrővizsgálatokat más fontos betegségek szűrésével is egybekötni, és a vizsgálatokat egyszerűvé, érzékenyebbé, specifikusabbá és gazdaságosabbá tenni.

Angeli István dr.

A sérülés súlyosságának csökkenése biztonsági övet hordó hátsó ülésen utazókon. Christian, M. S., D. W. Bullimore (Wexham Park Hosp., Slough and St. James Hosp., Leeds): Injury, 1989, 20, 262.

A vezetők és előlűlő ülésen utazók kötelező biztonsági öv használata jelentősen csökkentette ezek halálozását és sérülésük súlyosságát. Felvetődött a biztonsági öv kötelező használata a hátsó ülésen utazók számára is. Ezért két éven belül átvizsgálták kórházukban, ahol közel 4000 közlekedési balesetet szenvedett láttak el s ezek adatait számítógépen dolgozták fel.

A 3987 esetből 2420 utazott személygépkocsin s közülük 441 hátsó ülésen. 30 utas volt bekötve, 411 nem. Bár a bekötött utasok többsége 10 év alatti gyermek volt, a balesetek súlyosságában nem volt jelentős különbség egyik csoportban sem a 10 évesnél fiatalabbak és idősebbek között. A sérülés súlyosságában (ISS érték) azonban a két csoport között igen jelentős különbségek mutatkoztak, még akkor is, ha életkor szerint történt az összehasonlítás (0–5 év, 0–10 év).

A 11 haláleset a be nem kötött utasokon következett be. Viszonylag sokkal több volt a törések (14, ill. 3%), a fej, a test és végtag sérülések aránya is. Hasonló volt a különbség abban is, hogy a sérült igényelt-e kórházi ápolást (a 30 bekötött utas közül egy, a 411 be nem kötött közül 64). A 10 éven aluliak között a 103 be nem kötött gyermek közül 29, a 21 bekötöttről egy szenvedett jelentősebb sérülést. Kisebb sérüléseket is beszámítva a bekötöttek 37%-a, a be nem kötöttek 60%-a szenvedett fej-nyak sérülést. 23 be nem kötött utas (8 fő 10 éven aluli) esett ki a gépkocsiból, közülük 9 halt meg. Lehet, hogy a valószínű különbség még nagyobb, hiszen baleset esetén a hátsó ülésen bekötött utazó csak akkor jelentkezett kórházban, ha a kocsiban más is sérült. A cikk életkor szerint foglalkozik a gyermekek bekötésére alkalmas módokkal.

Bár a személyi szabadság korlátozása miatt nagy viták voltak az előlűlő ülésen utazók kötelező biztonsági övének elrendelésekor is, a szerzők szükségesnek tartják a biztonsági öv használatának elrendelését a hátsó ülésen utazók számára is.

Kazár György dr.

A koraszülés megelőzése vidéki területi gyakorlatban. Yawn, B. P. és mtsai: JAMA, 1989, 262, 230.

A szerzők programot dolgoztak ki a fenyegető koraszülés korai felismerésére és a koraszülés megindulásának megállítására. Vizsgálataikat vidéki (pontosabban nem városi) területen végezték. A programban fontos szerepet kaptak a körzeti orvosok, akik a praxisukhoz tartozó terhesek ellenőrzését végezték. Minden, a programban részt vevő orvos és nővér továbbképző előadáson vett részt. A klinikán jelentkező összes terhes az első vizsgálaton nyomtatásban is tájékoztatást kapott, melyben ismertették azokat a tüneteket, melyek észlelése esetén haladéktalanul jelentkezni kellett orvosánál. Rutin ellenőrző vizsgálatok a terhesség 20., 28. és 32. hetében történtek.

A fenyegető koraszülés szempontjából történő besoroláshoz (alacsony, ill. magas veszélyeztetettségű csoport) Creasy 1986-os, módosított rizikótáblázatát használták. A magas veszélyeztetettségű csoportba tartozó terheseket a 24. gestációs hét betöltése után hetente ellenőrizték. Amennyiben a koraszülés megindulásának fenyegető jeleit észlelték, legalább 2 órán keresztül monitorizálták a terhest. Szükség esetén hospitalizáció történt.

Értékelésnél koraszülésnek tekintették a terhesség 20. és 37. hete között lezajlott születeket. A koraszületeket megelőzhető és meg nem előzhető csoportba sorolták (meg nem előzhető a koraszülés, ha a terhességet anyai vagy magzati okból kellett korábban befejezni, vagy zajlott le spontán). A koraszülöttség aránya 3,7%-ról 2,6%-ra esett a vizsgálati periódusban. A potenciálisan megelőzhető koraszületek csoportjában 60%-os volt a csökkenés. Csökkent az igen kis súlyú koraszülöttek száma és az átlagos születési súly a koraszülötteknél emelkedett. Csökkent a koraszülötteknél fellépő komplikációk száma.

A szerzők nem találtak különbséget a körzeti orvosok, ill. a szülész orvosok által ellenőrzött csoport között. Kimutatták, hogy e program jelentős anyagi előnye, hogy nem a koraszülöttet kell a magas költségű intenzív osztályon ápolni, hanem a terhest kell hospitalizálni.

Hajdú Júlia dr.

A koraszülés megelőzés jelenlegi helyzete. Iams, J. D. JAMA, 1989, 262, 265.

A szerkesztőségi cikk összefoglalja a koraszülés megelőzés jelenlegi helyzetét.

A koraszülés patofiziológiája nem tisztázott, és különösen azon esetekben sikertelen az orvosi megelőzés, ahol szociális faktorok nagy szerepet játszanak.

A perinatális morbiditás és mortalitás

75%-át olyan újszülöttek adják, akiknél nincs fejlődési rendellenesség, csupán koraszülöttség. Creasy dolgozta ki Papiernik tapasztalatai alapján azt a programot, mely a rizikófaktorok feltérképezésén kívül a terhes képzésén (a fenyegető koraszülés jeleinek és tünetainak ismertetése), és a fenyegető koraszülés korai észlelésén alapul. A rejtett uterus-kontrakciók észlelése, a 20. gestációs hét után végzett gyakori cervix ellenőrzés és ha szükséges tokolitikus terápia a sikeres megelőzés kulcsa. Franciaországban 5,4%-ról 3,7%-ra, San Franciscóban 6,8%-ról 2,4%-ra esett a koraszülöttség aránya.

A kezdeti sikerekről beszámoló programok nyomán nagy anyagon (20 000 terhes) végeztek randomizált, prospektív vizsgálatot, de ennek eredménye nem volt egyértelmű. *Yawn* vizsgálatai pozitív eredménnyel zárultak. Két fontos probléma merült fel a vizsgálatok kapcsán: 1. A kontrollcsoport kiválasztása (prospektív vagy retrospektív legyen); 2. az ún. megelőzhető koraszülöttség kérdése (a vizsgált periódusban ugyanis nem született a megelőzhetőnek nyilvánított koraszülöttek csoportjában a 33. gestációs hétnél éretlenebb koraszülött!).

Az infekció, anaemia, dohányzás, húgyúti fertőzés, a hüvely mikroflórája, méhszájelégtelenség, nemi aktivitás, az anya fizikai megterhelése jelentik azokat a biztos tényezőket, melyek jelen tudásunk szerint a szülés korai megindulását eredményezhetik.

A calcium-csatorna blokkolók, a prosztaglandin antagonisták használata, az uterus aktivitásának gyakori ellenőrzése igen fontos, de nem jelentik az igazi megoldást.

Amíg a koraszülést okozó faktorok nem tisztáztak, addig a kezelés is csak tüneti lehet.

Hajdú Júlia dr.

Halolaj vagy a haladás relativitása.

Straub, P. W. (Medizinische Universitätsklinik, Inselspital Bern): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 963.

A cikk szerkesztősi bevezető tanulmány a halolaj termékek „reneszánszáról”; a halolajhullám néhány év óta foglalkoztatja a külföldi szakfolyóiratokat. A halolaj termelése is nagyban emelkedett (Japán, USA). A mélytengeri halak ugyanis nagy mennyiségben bizonyos telítetlen zsírsavakat tartalmaznak, amelyek eredetileg a táplálkozási lánc planktonjaiból származnak. Ezek a prostaglandin család és a leukotriének előfutárjai; a mi „nyugati” zsírban gazdag táplálékunkban előforduló arachidonsavnak a foszfolipid membránba beépülésére kompetitív hatnak. Hasonlóan kompetitív módon gátolják a cyclo-oxygenase-enzimmel az arachidonsavnak prostaglandinokba való átalakulását, továbbá egyéb nem-steroidális szerek egyéb gyulladásgátló hatását. Ennek következtében a telítetlen zsírsavaknak mind antithrombotikus, mind antiarteriosclerotikus, valamint

gyulladásgátló hatás tulajdonítható.

A halolaj utáni fokozott érdeklődést epidemiológiai tanulmányok is alátámasztották. A grönlandi eszkimóknál csekély a coronaria-mortalitás, amit a magas halfogyasztással hoznak összefüggésbe. Holland tanulmányok 20 évi megfigyelés alatt megerősítették, hogy a napi 30 g halfogyasztás 50%-ban csökkenti a coronaria-mortalitást a halat nem fogyasztó kontrollokkal szemben. Mai megítélésünk szerint a halolajfogyasztás gyulladásgátló hatása csatlósított, viszont az arteriosclerosisra való potenciális kedvező hatása széles körben eredményességet váltott ki. Az ide vonatkozó irodalmi adatok szerint az USA-ban több mint 50 cég foglalkozik ilyen készítményekkel; viszont a hivatalos FDA (Food and Drug Administration) az állítólagos hatást megkérdőjelezte.

Érdekes adat, hogy a halolaj készítményeket nem halmájolajból állítják elő. A halmájolaj eicosapentaenoic- és docosahexaenoic-sav tartalmával megfelel a modern „halolajnak”. A halolaj (oleum jecoris Aselli) a 10–20 év előtti nővérs tankönyvekben könnyen felszívódó vitamindús (850 IE A-vitamin/g és 85 IE D-vitamin/g) tápanyagként szerepel különböző táplálkozási zavarokban és rachitisben.

A halolajnak köszönhető gyakorlatilag a rachitis eltűnése; ezt ma már a preventív medicinában a szintetikus vitaminok kiszorították, és ezeket intézményesen rendszeresítették. A halolaj és a későbbi termékek, mint a rachitis és az arteriosclerosis preventív természetes gyógyszerei a „bölcsőtől a ravatalig” fogják kísérni a fentiek szerint az emberiséget.

iff. Pastinszky István dr.

Halolajak kettős protektív hatása a coronaria-betegségek megelőzésében.

Golay, A. és mtsai (Div. d'endocrinologie et biochimie clinique, Dép. médecine interne, Lausanne): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 965.

Az eszkimók csekély coronaria-incidenciája irányította a figyelmet az utóbbi időben a hyperlipoproteinaemiák újabb kezelésére. Az eszkimóknál a hal- és bálnazsír (60%) táplálkozásuk ellenére sincsenek thromboemboliás szövődmények, sem coronaria-betegségek. A halolaj vegyi összetétele gazdag telítetlen hosszúlánú omega zsírsavakban (W3—PUFA); ezek bőven tartalmaznak eicosapentaenoic és docosahexaenoic savat. Az epidemiológiai tanulmányokat klinikai észlelések is megerősítették; a coronaria-angioplasztika után a restenosisok száma csökken azon betegeknél, akik telítetlen zsírsavakban gazdag halolaj táplálkozásban részesültek.

A szerzők 9 normál egyénnél omega3 (W3—PUFA) készítményt próbáltak ki, amely bőven tartalmazott eicosapentaenoic és docosahexaenoic savakat. Azonos kalória feltételek mellett a probandusok napi

1,5 g/die omega3 -telítetlen zsírsavat (W3—PUFA) kaptak, amit a következő hetekben 3 g/die járulékos kiegészítő adag követett. A PUFA-kiegészítést 3 hetes kontroll periódus előzte meg. A lipidértékek jelentősen csökkentek az összes triglyceridekben és a VDLS triglycerid frakciókban. A VDLS-nek a HDL-cholesterinre vonatkoztatott hányadosa szignifikánsan csökkent a hathetes járulékos kiegészítő kezelés alatt. A W3 szignifikánsan meghosszabbította a kezelés után a vérzési időt. A kollagén vagy ADP stimulatio után a thrombocyt-aggregatio latencia ideje szignifikánsan meghosszabbodott. A reakció maximális sebessége szintén csökkent.

Megfigyelésekből megállapítható, hogy a halolaj használat preventív szernek bizonyult a cardiovascularis betegségek megelőzésében. A táplálék 3 g/d W3—PUFA kiegészítése csökkenti a lipidszintet, kisebbíti a thrombocyt-aggregációt és emeli a vérzési időt. Ez a jótékony hatás csökkenti az arteriosclerotikus laesiók kifejlődését. Más tapasztalatokkal egybehangzóan a coronaria-dilatatio után kisebbíti a restenosis.

iff. Pastinszky István dr.

Egy nagy cél: a világ valamennyi gyermekének a beoltása. Világ Egészségügyi Szervezet: Documenta Ciba-Geigy, 1989, 2, 2.

A WHO már 12 évvel ezelőtt céljál tűzte ki azt, hogy 2000. évig a világon valamennyi 5 éven aluli gyermeket beoltsanak fertőző betegségek ellen. Elérhető ez a cél?

1981 és 1984 között 3 450 000 öt éven aluli gyermek halt meg valamelyik gyermekkori fertőző betegségben, de évente csupán 800 000 gyermek kerülte el a halált a védőoltás hatására. A fejlett ipari országokban a kis gyermekeknek közel 100%-át, a fejletlenebbekben viszont csupán 10–70%-át oltották be. Az előbbieknél, pl. Angliában hiányos volt a szervezés és a technika, az utóbbiakban viszont kevés és drága volt az oltóanyag, valamint nagy volt a szülők hanyagsága. Néhány fejletlen ipari országban mégis történt előrelépés. Így pl. Szenegálban fél éven belül 10%-ról 70%-ra, Szíriában 1985-től 1987-ig 25%-ról 70%-ra, Nigériában 12 hónapon belül 9%-ról 80%-ra, Pakisztánban, 1981-től 1988-ig 3%-ról 55%-ra és Egyiptomban 1987-ben 50%-ról 80%-ra emelkedett az oltott kisgyermekek száma. Ez részben annak köszönhető, hogy az UNICEF az elmúlt 4 évben 129,7 millióról 494 millióra emelte az oltóanyag adagok számát és fokozta a személyi, valamint a dologi szükségleteket is. Emelte a szülők közt az oltás propagandáját és az oltási napok számát. San Salvadorban pl. elérte azt is, hogy a polgárháború folyamán az egymás ellen harcoló hadsereg közösen megalapodott abban, hogy 3 egymástól független napon felfüggeszti a háborút, hogy a gyermekeket beolthassák. Anyagi segítséget is nyújtottak ahhoz, hogy a kisgyerme-

keket kanyaró, tetanus és szaróköhögés ellen beoltassák. Paradox módon azonban mégsem lehettek elégedettek az elért sikerrel, mert még az USA-ban is emelkedett az oltóanyagok ára; a szülők pedig féltették gyermekeiket az oltás mellékhatásaitól. A legutóbbi jelentés adatai szerint a Harmadik Világban csupán a gyermekek felét oltották be diftéria, szaróköhögés és tetanusz, 39%-ot pedig kanyaró ellen. Ezek együtt mégis évente 1,4 millió fiatal ember életét mentették meg.

Arra kell tehát törekednünk, hogy a világon a gyermekeknek legalább a 80%-a oltásban részesüljön. Ennek érdekében az Egészségügyi Világszervezetnek az lett a jelszava: „Egészséget mindenkinek!”. Mindent meg kell tehát tennünk, hogy ezt az eredményt 1990-ig megvalósítsuk.

Pongor Ferenc dr.

Hepatitis B. Brede, H. D. (Chemother. Forschungsinst. „G. Speyer Haus”, D—6000 Frankfurt/Main 70): Forum Mikrobiol., 1988, II, 175.

A május a szexuális kapcsolatok emelkedésének az ideje, ami egyben a hepatitis B vírus átvitelének a fokozódását is jelenti (vér, nyál, szexuális folyadékok). A viszonylag hosszú lappangási idő miatt a betegségek $\frac{2}{3}$ -a július—szeptemberben kezdődik, $\frac{1}{3}$ -a viszont tünetmentes marad. Van idő a védekezésre. A HBV elleni oltóanyag inaktívált vírus, 2—3 évig tart a hatása, a szezon kezdetén fel kell frissíteni az ellenanyagokat. 10 anti-HBs-nél kevesebb ellenanyagnál szükséges az újraoltás. Az oltóanyag nem veszi át az AIDS-et, bár a plazmák egy része homoszexuálisoktól származik. A HBV fertőzőképessége jóval nagyobb, mint a HIV-é, az egészségügyi dolgozók védőoltása mindenképpen javasolt. Előfordulhat az is, hogy a vérben már nincs ellenanyag, de egyetlen frissítő (emlékeztető) oltás hatására kialakul a szokásos humorális védettség. Természetesen ez nem jogosít fel a védettség elhagyására.

Nikodemusz István dr.

Onkológia

Mastectomia vagy lokális tumoreltávolítás? Wilson, R. G. és mtsai (Newcastle General Hosp.): Br. med. J., 1988, 297, 1167.

A mastectomia az 1970-es évek végéig az emlődaganat terápiajában elsődlegesnek számított. A tumor lokális eltávolítása, a regionális nyirokcsomók besugárzása terápian és kozmetikusan jó eredményt adott. A lokális tumoreltávolítást konzervatív kezelésként ismertetik. Az általuk végzett konzervatív kezelés nem azonos az adjuváns radioterápiával vagy az anélkül végzett szegmentális vagy parciális mastectomiával. A lokális tumoreltávolítás mint

módszer 1980 óta vált elfogadottá, mikor is Franciaországban 7 éves követéses vizsgálat eredményeit publikálták. Ez a francia feldolgozás a kis tumorok esetén a kezelést majdnem ugyanolyan eredményesnek találta, mint a mastectomiát.

A mastectomiát és a tumor eltávolítást minden szempontból kielégítő, összehasonlítható tanulmány mind ez ideig nem jelent meg. Munkahelyükön, a Newcastle General Hospitalban 1979-től rutinszerűen lehetővé teszik a tumoreltávolítást a jelentkező betegeknek. A szerzők összehasonlítják a mastectomia és tumoreltávolítás eredményeit. Eltekintettek a betegek véletlenszerű kiválasztásától, mert ez a betegek pszichés terhelését jelentette volna. A Medical Council által végzett hasonló felmérés a betegek pszichés megterheltsége miatt vallott kudarcot. Elfogadták *Pirquin* és munkatársai véleményét, mely szerint a kis tumorok esetében a mastectomia és a tumor eltávolítás egyenlő hatásfokú. Ezért a szerzők mindkét lehetőséget felajánlották betegeknek és megvizsgálták, hogy valóban elfogadhatónak tartják-e az így történő kezeléseket?

1979 decembere óta minden 65 év alatti betegen, akinek T1; T2; N1 és N0 emlődaganata volt, aspirációval igazolták a diagnózist és a beteggel közölték a választási lehetőséget. A választás megkönnyítése céljából 10 perces információt adtak magáról és diákról a fentebb említett módszerekről. A hang- és képanyagot bemutatták a hozzátartozóknak is. A műtétet csak azután ajánlották fel, miután a beteg már választott.

A műtét során egyszerű mastectomiát nyirokcsomó-exstirpációval, vagy a tumor lokális széles kimetszését végezték. A műtét típusát úgy tervezték, hogy kozmetikai szempontból a legkielégítőbb legyen. A tumoreltávolításban részesültek külső sugárforrásból 25—50 Gy dózist kaptak, valamint 30 Gy irídiumdrótot implantáltak a tumorágyba. Azon mastectomizáltaknak, akiknél metastatikus nyirokcsomót találtak, adjuváns sugárkezelést is adtak. Hormon- és kemoterápiát a szerzők nem végeztek. A kontroll vizsgálatot egy team (sebész, radiológus, onkológus) végezte. A követési időpontok: a műtét után 6 hét, majd háromhavonta az első két évben, fél-évenként a következő három évben, majd évenként.

Az 1979—1987 közötti kilenc évben 153 olyan asszonynak, aki egyébként mastectomiában részesült volna, ajánlották a tumor eltávolítás lehetőségét. 54 beteg a kisműtét mellett döntött, 99 beteg a mastectomiát választotta. A döntés lehetőségét senki sem utasította vissza. Az átlagos életkor, ennek szórása, a menopauzáis állapot és a tumor nagysága mindkét csoportban hasonló volt. 18 mastectomiát választott betegnek volt lobularis carcinomája, szemben a 4 tumoreltávolítást választóval.

28 asszonyt megkérdeztek arról, hogy milyen véleménye van a választási lehetőségről: 24 válaszolta, hogy a döntés nem volt nehéz, négy nehéznek találta, s kettő

úgy gondolta, hogy rosszul választott. A konzervatív kezelést választók több indokot felhoztak, fő indokok nem volt. A válaszok csoportképzésre alkalmatlanok voltak. A mastectomia mellett voksolók fő érve a rövidebb kezelési időhöz való ragaszkodás, illetőleg az a félelem, hogy amennyiben a kis beavatkozást választják, később mastectomiára kerülhet sor. A kisműtét melletti döntéseket a partnerkapcsolat is befolyásolta. 153 esetből egynél fordult elő, hogy megbánta, hogy a mastectomia mellett döntött.

Az ötéves túlélés mindkét csoportban hasonló. A lobularis carcinomás betegek esetében úgy tűnik, hogy a mortalitás magasabb a konzervatív kezeltekben.

A betegek többsége a választási lehetőséget szívesen vette. A döntést senki sem utasította vissza, noha sokan az orvos feladatának tartották azt. A lobaris carcinomában szenvedőknek a szerzők nem ajánlottak konzervatív kezelést, ugyanis a recidíva gyakorisága közel háromszorosa a ductalis carcinomának.

A nők kétharmada kórházukban a mastectomiát választotta. A lobularis carcinoma adekvát kezelése is a mastectomia. Úgy látszik, hogy az emlőtumoros betegek kevesebb mint 20%-a alkalmas a konzervatív kezelésre — tumoreltávolításra. Ahol a konzervatív megoldásokat elfogadják, ott ajánlatos alternatívaként javasolni is.

Csikós Ferenc dr.

A relaxáció és „ábrándozás” az emlőrák kezelésében. Bridge, L. R. és mtsai (Academic Department of Psychiatry, St. Mary Hospital, London): Br. med. J., 1988, 297, 1169.

A bevezetésben azzal a kérdéssel foglalkoznak a szerzők, hogy a stressz rizikófaktor lehet-e a rák keletkezésében. Az irodalomjegyzékből idéznek pozitív és negatív irányú közléseket. Megállapítják, hogy a daganatos betegség diagnosztizálása és a kezelés is stresszhelyzetet jelent. *Maguire* szerint a daganatos betegek hangulatzavarai főként annak tulajdoníthatók, hogy a betegek pszichésen nem tudják feldolgozni azokat az élményeket, amit maga a rák és annak kezelése jelent.

Patel és munkatársai, valamint *Fleming* kimutatták, hogy a lazító kezelés csökkenti a stresszt a hipertenzív betegeken, illetve előrehaladott stádiumú daganatos betegeken, a relaxációs kezelés azok előnyére vált.

A szerzők tanulmánya 35—54 éves nők leggyakoribb rákfélesége — az emlőrák — okozta pszichés stresszeltségének csökkentését, illetve megakadályozását vizsgálta. Abból a következtetésből indultak ki, hogy azoknak a nőknek, akik kétfajta relaxációs kezelésben vesznek részt, továbbá azoknak, akik relaxációs és „ábrándozás” terápiaiban részesülnek, a hangulati állapota jobb lesz.

A beteganyagot azon hathetes sugárkeze-

lésben részesülő nőbetegek adták, akiknek emlődagajata I. és II. stádiumú volt. Kezdetben 183 beteg felelt meg a tanulmány követelményeinek. 22 beteg (12%) elutasította a részvételt. A megmaradt 161 beteget véletlenszerű csoportokba osztották a szerzők. 7 esetben távoli metastasis derült ki, ők is kizárásra kerültek. 15-en a kezelést nem fejezték be, így ugyancsak kimaradtak. 139 fő volt a teljes kezelésben részt vettek száma. A betegek ún. hangulati állapoti kérdőívet, valamint a Leedsben használt depresszió és idegesség kérdőívet töltötték ki. Az előbbi 65 kérdésből áll és pontszám alapján állapít meg feszültség, depresszió, fáradtság, frissesség és zavartsági mutatókat. Az utóbbi (Leeds-skála) olyan betegek jellemzésére alkalmas, akik nem szenvednek pszichiatriai betegségben. A beteg saját magát jellemzi egy négyfokozatú skálán.

A betegekkel közölték a tanulmány célját: Megvizsgálják a radiotherapia alatt a stressz kivédésének lehetőségét. A betegekkel hetente egy alkalommal foglalkoztak a szerzők személyesen. Kezelés előtt és befejezése után az előbb említett két kérdőívet töltették ki.

Két csoport (a relaxációs és a relaxációs-„ábrándozó”) terápiában részesülők is megtanulták magát a relaxációt, ami direkt koncentrációval, az izmok külön-külön elmozdítására szolgált. Mindegyiküket megtanították a hasi légzésre, mely lassítja a légzést és egy nyugodtabb állapotot indukálva csökkenti a feszültséget.

Az „ábrándozás” csoport a gyakorlatok mellett azt az elosztást kapta, hogy a gyakorlatok közben képzeljen el egy számára „békés képet — szituációt”. A kezeléseket fél órát tartottak.

A harmadik csoport (kontrollcsoport) ez idő alatt önmagáról és érdeklődési köréről tájékoztatta csoporttársait. A statisztikai elemzést, kérdőívek feldolgozását matematikai módszerrel végezték.

A 139 kísérletet befejező beteget három csoportba osztották: 1. 47 beteg relaxációs gyakorlatot folytatott, 2. 44 beteg relaxációs + „ábrándozás” gyakorlatot, 3. 48. beteg tartozott a kontrollcsoportba. A demográfiai különbségek, a kezelés kezdetén kitöltött tesztek eredményeit összehasonlítva a csoportok között 5%-os szignifikancia szintnél nem találtak különbséget. Ugyancsak hasonló szignifikanciát találtak a 25 adjuváns kemoterápiában részesült és az összes többi beteg összehasonlításánál (114 beteg). A 139 beteg közül 19 került mastectomiára, a többieknek tumoreltávolítást végeztek. A kétféle operált csoport között nem volt különbség a kitöltött kérdőívek alapján.

A kezdeti és hathetes kezelés végi tesztek eredményeit kovariancia analízissel hasonlították össze: 1. Nem volt szignifikáns különbség a Leeds-skála esetében. 2. A hangulati skála az elvárt módon változott. Megállapították, hogy a relaxáció pozitívan befolyásolta a hangulati állapotot és ezt a hatást a kombinált kezelés még meg is erősítette.

Megvizsgálták a betegek adatait életkoruk alapján 54 év alatt és felett. Az volt megállapítható, hogy az idősebbeknél jobb volt a hatás mindkét csoportban.

A tanulmány kimutatta, hogy az egyszerűen megtanulható relaxációs kezelés a sugárkezelésben részesülő emlőrákosok hangulatát jól befolyásolja. Az idősebb korban a relaxáció + „ábrándozás” kezelést hatásosabbnak látták.

Csikós Ferenc dr.

Emlőrák cytostatikus kezelése supraseductiv katéterezéssel. de Dycker, R. P. és mtsai (Frauenklinik und Radiol. Abt. Marienhospital Essen-Altenessen, Univ. klinikum der GHS Essen): Tumor Diagnostik & Therapie, 1988, 9, 121.

A helyileg előrehaladott (T4) emlődagajatok sebészi kezelésre nem alkalmasak, a szokásos kombinált sugaras és systemás chemotherapiás kezelés mellékhatásai (myelosuppressio, karoedema, pneumonitis, bordatörés, cardiotoxicitás, plexus brachialis laesio) jelentősek, s ezt a gyakran rossz általános állapotban levő betegeknek különösen figyelembe kell venni.

A szerzők 7 betegről számolnak be (egy kétoldali tumor, összesen 5 gyulladáshoz és 3 kifeléyesedő emlőrák, leggyakrabban G2 malignitási fok). Háromat módosított CMF-schema és regionalis chemotherapia kombinációjával, négyet intraarterialis cytostaticummal kezelték. A cytostaticumot az arteria mammaria internába vagy az arteria thoracica laterálisba vezetett katéteren át juttatták be, melyet 72 órán át tartottak benn; eközben a betegeket immobilizálták és thrombosis-profilaxis-ként subcutan heparint adtak. 5-fluoracilt (3000 mg) és mitoxantront (30 mg) alkalmaztak.

Az operabilitást általában 8 héten belül sikerült elérni, a 7 beteg közül hatban 50%-os tumormassza-redukció következett be. A kezelés hatására a receptorális status nem változott meg. A bekövetkező hatást tumormarkerekkel (CEA, CA 15—3) jól lehetett monitorozni. A regionalis kezelés mellékhatásai a következők voltak: melegérzés az emlőben, melyhez 3 esetben fájdalom is társult, egy betegnél vérvérzés. Alopeciát egyáltalán nem tapasztaltak.

Nem láttak különbséget az eredményekben attól függően, hogy a regionalis chemotherapia mellett alkalmaztak-e systemás cytostatikus kezelést, viszont kombinációval több mellékhatás várható. A betegek követési ideje ugyan még rövid (4—6 hónap), ennek ellenére az intraarterialis kezelési módszer hasznos alternatívának tűnik, ha a cytostaticumot megfelelően választják ki. Emlőtumorok loco-regionalis chemotherapiájára a mitoxantront javasolják.

Pikó Béla dr.

Regionalis chemotherapia — a colorectalis tumorok májjáttétei kezelésének fejlődése és jelen állása. Schmitz, R., Troidl, H. (Abt. f. Allgemein- u. Unfallchir., Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach, II. Lehrstuhl f. Chir. der Univ. zu Köln): Med. Welt, 1989, 40, 803.

A colorectalis rák májjáttéteinek észlelésétől a beteg haláláig — a metastasisok kiterjedésétől függően — 1—22 hónap telik el. Míg a micrometastasisok vérellátása a porta-rendszeren át történik, a nagyobb áttétek már az arteria hepaticán át kapják a vért, s ez az intraarterialis chemotherapia anatómiai alapja.

A módszer előnye a magas cytostaticum-koncentráció és a májban levő nagyobb excretio, mely a jobb cytostaticus hatás mellett kevesebb systemás mellékhatás alapja, hátránya, hogy a májban levő micrometastasisokra s az extrahepatikus áttétekre nem hat.

A hatásos kezelés feltétele a megfelelően megválasztott cytostaticum (5-fluorouracil, 5-fluoro-uracil-desoxiribosid, methotrexat, mitomycin-C, cis-platinum, BCNU); a megfelelő helyre vezetett katéter; a beteg kevéssé megterhelő, ugyanakkor technikailag biztonságos adagolás; az effektivitás korrekt leírása és a betegek megfelelő kiválasztása.

Az egyes vizsgálatok során megállapították, hogy a regionalis chemotherapia eredményei a systemásé meghaladják, s hogy megfelelő cytostaticum-megválasztással a betegek mintegy 70%-ában lehet objektív remissziót elérni, s a mellékhatások enyhébbek lassú perfusio, mint bolus-injectio esetében. Mások szerint még jobb az eredmények az arteriális keringés lassításával, illetve a portocavalis haemofiltrációval (s egyben a szív-tüdő készülékkel beállítható keringési sebességgel). Az utóbbi időben az egyes implantálható katéterektől s a külső pumpa-rendszerektől várják az áttörést a kezelési eredményekben.

Az eredmények megítélésében a képalakító eljárások (CT és ultrahang) mellett mind nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a célzott biopsiáknak, mivel a hisztológiai regresszív elváltozások jobban korrelálnak a kezelési eredményekkel, mint a felvételeken látható méretváltozások.

Bár a sokféle alkalmazott kezelési módszer, szervezési és etikai okok miatt nagy betegcsoportokra vonatkozó, statisztikailag kellőképpen igazolt adatok a regionalis chemotherapia globális előnyeiről nem állnak rendelkezésre, de a beültethető katéter-rendszerekből adódó ambuláns kezelési lehetőség, az — átmenetileg bár, de — javuló életminőség, az enyhe toxicitás és kezelésre reagáló jobb életkilátásai mint palliatív módszert mindenképpen figyelemre méltónak jelzik.

A későbbiekben a betegkiválasztásban nemcsak az egyéb áttétek hiányát lehet alapul venni, hanem az intrahepatikus tumortömeg és a metastasisok differenciáltsága (tumorstaging és -grading) alapján célszerű az indikációt felállítani. A jelenleg alkalmazott chemotherapeuticumok mellett radio-

aktív vagy cytostaticummal töltött microsphaerák, monoklonális antitestek, vagy radioaktív anti-CEA adagolás is szóba jöhet.

Pikó Béla dr.

Májdaganatok intraarterialis chemoterapiája implantálható katéter-rendszerrel. Matthias, M. és mtsai (Klin. f. Chir., Inst. f. Klin. Pharmakol., Inst. f. Röntgendiagn. des bereiches Medizin [Charité], Humboldt-Univ., Berlin): Zentr. bl. Chir., 1989, 114, 655.

A májmetasztasisok ellátásában a ritkán kivitelezhető sebészi eltávolítás és a sugárérzékenység által behatárolt radiotherápia, a további kezelést megakadályozó arterialis occlusio és embolisatio mellett legnagyobb jelentősége az (elsőként 1950-ben kipróbált) intraarterialis chemoterapiának van. A szerzők 30 betegen (13 colorectalis carcinoma, 5 emlőrák áttéte, 3 primer májrák) szerzett tapasztalataikról számolnak be.

A katétert (Implantofix) sebészi úton, az arteria gastroduodenalisra át vezették az arteria hepaticába, a port-ot a has bőre alá ültették. Külső pumparendszerrel juttatták be ezen át háromórás infúzióban a cytostatikumokat (800–1000 mg/m² 5-fluorouracil vagy 150 mg/m² dacarbazin, 5 egymást követő napon, 30 mg/m² adriamycin vagy 75 mg/m² Cytostasan = bendamustin két egymást követő napon). A kezelési ciklusokat 3 hetente ismételték.

Átlag 10 hónapos terapia tapasztalatait értékelve megállapítják, hogy komplett vagy partialis remissiót a teljes betegcsoportot tekintve 46,6%-ban, a colorectalis rákok áttéteiben 61,5%-ban sikerült elérni, ezek átlagban 12,1 hónapig tartottak, a betegek 70,8%-a élt egy éven túl. A mellékhatások enyhék voltak, a tartós infúzió mellett hányinger, hányás kevésbé lépett fel, toxikus májkárosodást (kémiai hepatitis, cholangitis sclerotisans) nem észleltek, a cytopenia is többnyire hiányzott, vagy kismértvű volt.

A továbbiakban a májáttétek regionalis chemoterapiájában az eredmények javulását az inditációs kör pontosabb megállapításától várják.

Pikó Béla dr.

Roszzindulatú lágyrészdaganatok — adatok a klinikumhoz és a kezeléshez. Ghussen, F., Krüger, I. (Chirurg. Univ. Klinik, Köln): Med. Welt, 1989, 40, 345.

A WHO-osztályozás szerint a lágyrészek a nem-epithelialis extraskelétalis szöveteket jelentik, a reticulo-endothelialis rendszer, a glia és a belső szervekben levő kötőszövet kivételével; a UICC javaslata szerint a malignus lágyrészdaganatokat a kiindulási szövet szerint osztályozzuk; s a daganat

stádiumbeosztásában a TNM-rendszer megjelölésén kívül a malignitás fokát (grading) is megadjuk (GTNM).

A tumorok minden életkorban, de főleg az ötödik évtizedben alakulhatnak ki, az esetek 56,5%-ában a végtagokon, hosszú anamnézissel járó, fájdalommentes duzzanatot okozva. A malignitás gyanúját a gyorsabb növekedés, a kemény tapintat s a környezethez rögzülés veti fel. A diagnózist kis daganatok esetén próbaexcisióval, 5 cm-nél nagyobbaknál próba-incisióval és gondos szövettani vizsgálattal biztosíthatjuk.

A kezelés alapja a radikális műtét. Ennek során figyelembe kell venni, hogy a makroszkópos „tok” és körülhatároltság ellenére a mikroszkópos terjedés korán bekövetkezik, s egyes tumorok (rhabdomyosarcoma) multicentrikus kialakulásra hajlamosak, s a metasztasisok főleg haematogen úton alakulnak ki. A műtét radikálisát az ún. széles excisio (en-bloc-resectio), végtagok esetében amputatio biztosíthatja. A csak operatív kezelés hátránya a csomólas, és az, hogy szubklinikus áttétek megléte esetén a radikálisítás felesleges, ezért más onkoterápiás módszerekkel való kombinálásra törekszenek.

A sugárkezelésben nagy dózisok leadása szükséges, ami csak szupervoltos feltételekkel lehetséges, s ekkor is csak adjuváns vagy palliatív céllal.

A systemás kemoterápiát adjuváns céllal alkalmazva a túlélésben ugyan statisztikai javulás következik be, de a rövid követési idők végleges következtetést nem tesznek lehetővé. A meglevő tumor mellett adott „terápiás” kemoterápia hatása nem meggyőző.

A regionális kemoterápia, elsősorban a végtagperifúziók eredményei mind adjuváns, mind palliatív célkitűzés esetében jobbak, s a systemás mellékhatások is csekélyebbek. Végtag-tumor esetében lokális excisio és regionális kemoterápia kombinálásával az eredmények nem rosszabbak, mint amputatio után (64%-os öt éves túlélés).

Pikó Béla dr.

A sugár- és kemoterápia és a radionuklidokkal végzett kezelések késői mellkasi mellékhatásainak radiológiai diagnosztikája. John, V. és mtsai (Röntgendiagn. Zentralinst. und Abt. f. Nuklearmed., Radiol. Zentrum, Univ. Essen): Strahlentherapie und Onkologie, 1988, 164, 619.

A tele- és brachyterápiás sugárkezelés és egyes cytostatikumok (bleomycin, busulphan, cyclophosphamid, chlorambucil) tüdőkárosítók (pneumonitis, későbbi tüdőfibrosis) lehetnek, míg az irradiatio mellett az antraciklinek (adriamycin, daunorubicin, epirubicin) és a mitomycin-C, cyclophosphamid, 5-fluorouracil fejthet ki cardiotoxikus hatást.

A tüdőelváltozások korai felismerésére a konvencionális röntgenvizsgálat nem alkalmas. A CT-n kis intrapulmonalis és pleurális elváltozások is észlelhetők, szabálytalan, környezetüktől csak részben élesen

elhatárolódó nodularis képletek formájában, melyek bleomycin után diffúzak, de főleg az alsó tüdőmezőkben és a pleurához közeli részeken (a mediastinalis pleura kivételével!) kifejezettek, míg postirradiációs elváltozásokat külső besugárzás után a mezőnek megfelelően, ¹³¹I kezelést követően diffúze észlelhetünk. CT-vel nemcsak a jellemző kép és az elváltozás lokalizációja adható meg, hanem sűrűség-meghatározással a tüdő-funkció quantitativ mérése is lehetséges, feleslegessé téve egyéb funkcionális vizsgálatokat, mint a CO-diffúziós kapacitás mérése.

Az antraciklin-cardiotoxicitás vizsgálatára javasolt módszer a radionuklid-ventriculographia. Kritikusnak a bal kamrai kiáramlási fractio 45%-ra való csökkenése tartható. A módszer nyugalmi és ergometriai terhelés után végzett vizsgálattal még érzékenyebbé tehető.

Mind a tüdőn, mind a szíven fontos a mellékhatások korai felismerése, mivel a korai felismerés és a károsító tényező kikapcsolása lehetőséget ad az irreverzibilis károsodások elkerülésére.

Pikó Béla dr.

A sugárterápia szerepe a végbélrákok lokális recidíváinak kezelésében. Herzog, J. és mtsai (Med. Strahleninst. der Univ. Tübingen und Univ. Klin. für Strahlenther., Hamburg-Eppendorf): Strahlentherapie und Onkologie, 1988, 164, 121.

Az NSZK-ban évente 30 000 személy betegszik meg, s 20 000 hal meg coloncarcinomában. A daganatok 6%-a végbélrák, mely egyszerűen diagnosztizálható lenne, ennek ellenére a betegek előrehaladott tumorral kerülnek kezelésre, s a „radikális” műtét ellenére 20–40%-ban alakul ki lokális recidíva. Irodalmi adatok szerint a lokális recidíva kialakulásának kockázata függ: a bélfal érintettségétől; a nyirokcsomók állapotától; a tumor differenciáltságától; a resectio biztonsági zónától (főleg aboralisan); az intraoperatív tumorsejtszóródástól; a daganat megjelenési formájától (kifejelyesedés esetén több recidíva) és a tumor horizontális terjedésétől.

A szerzők 67, végbélrák miatt műtött (52 abdomino-sacralis resectio, 15 mély anterior resectio) beteg lokális recidívájának sugárkezeléséről számolnak be. A kiújulás 40%-a egy éven belül történt, s négy éven túl már ritka volt. Abdominoperinealis resectio után a praesacralis térben, anterior resectio után az anastomosis-területen lépett fel a recidíva. A leggyakoribb panasz a sacralis fájdalom volt, mely a gáttájékra vagy a lábakra sugárzott.

A sugárkezelés előtt 12 betegnél történt re-resectio, de a többségüknél a recidíva mérete miatt műtetre nem volt lehetőség. A sugárkezelést mozgómézős technikával, 2 Gy-s frakcióban végezték, a dózis többnyire 50–60 Gy közötti volt; távoli áttétek esetén 5-FU kemoterápiával kombinálva.

A sugárkezelés után 22 beteg vált panasz-

mentessé, a panaszok további 22-nél kifejezetter, 12-nél kis fokban csökkentek, 5 betegnél az állapot nem változott. A javulás nem mutatott kapcsolatot a daganat-recidíva megkisebbedésével, mivel az csak a betegek 19%-ában következett be. A palliatio tartama a betegek több mint harmadában egy évnél hosszabb volt. A panaszmentesség időtartama a panaszok kezdetétől a kezelésbe vételig eltelt idővel függött össze. A betegek felében később távoli áttét (25–25 máj- és tüdőmetastasis) alakult ki, s 42 beteg ebben vagy intercurrents betegségben (tehát nem a lokális recidívában) halt meg.

A kialakult recidíva mellett kuratív reoperatiót végezve a túlélés 21–34 hónap között van (de a betegeknek csak ötöde alkalmas a beavatkozásra); palliatív ismételt műtét esetén 8,5 hónap. A sugárkezelte betegekben elért átlag 21 hónapos túlélés nem túl kedvező, s kemoterápiával, vagy hyperthermiával való kombinálás elsősorban, a mellékhatásokat fokozza, a túlélés javulása nélkül! A radioterápia végzése mégis indokolt a jó palliatív hatás és jó elviselhetőség miatt.

Pikó Béla dr.

Katéter-beültetés a fej-nyaki malignus tumorok intraarterialis kemoterápiájához. Laszig, R., Lütgebrune, Th. (HNO-Klin. der Med. Hochschule Hannover): HNO, 1989, 37, 140.

A fej-nyaki laphámrák T3–T4 kiterjedés (és távoli áttétek) esetén inoperabilisak, s a kisebb daganatoknál is tartózkodnak a műtétől, ha kuratív hatás nem várható, s ha a beavatkozás jelentős funkciókárosodással jár. A sugárkezelés és a systemás kemoterápia önmagukban nem alkalmasak kiterjedt daganatok hatásos kezelésére, s kombinációjuk is inkább a mellékhatásokat, mintsem az eredményeket fokozza.

Az intraarteriálisan beadott cytostatikumokkal (cis-platinum, Vinca-alkaloidok, 5-fluorouracil, bleomycin, methotrexat) nagyobb helyi koncentrációt és így nagyobb hatásosságot érhetünk el. A korszerű intraarterialis kemoterápia feltétele a szigorú szelektivitás és a hosszan tartó kezelés. Percutan punctio után a tumort ellátó érbe juthatunk ugyan, de a katéter fertőződése, érelzáródás, arteriás vérzés, aneurysma-képződés veszélye áll fenn.

A szerzők port-rendszert alkalmaznak, mely 50 cm hosszú, 2,1 mm átmérőjű szilikon-kanülből és egy ehhez csatlakozó, a bőr alá ültethető tartályból áll, s beültetés után — az előállítók szerint — akár 5 évig is helyben tartható. A kezelés a tartály szilikon-membránjának speciális tűvel való punctiójával történik, majd a szert infúziós pumpával juttatják be az érbe. A beültetés során a kanült az arteria thyroidea superioron keresztül vezeték a carotis externa-ba (az interna perfúzióját elkerülendő csak akkor, ha az ér a carotisszállától legalább 2 cm-re ered), majd festék-befecskendezéssel ke-

resik meg a tumort ellátó eret, s az összes többi — beleértve a carotis externa distalis részét is — lekötik s átvágják. A kezelés a porton át a sebgyógyulás után, de legkorábban 10 nap múlva kezdődhet.

A kezelés indikációi a következők: inoperabilis, vagy csak nagy defektussal resecálható daganatok; kiterjedt, de az egyik oldalra lokalizálódó oro- és hypopharynx-tumorkok; extrém hosszú narkózis-időt igénylő beavatkozások. A katéterbeültetést ellenjavallják az erekbe törő nyaki nyirokcsomó-metastasisok; a távoli áttétek, a kemoterápiás kezelés általános contraindicációi; a középvenalát meghaladó tumorkok; korábbi nyaki dissectio során a carotis externa resectiója.

A szerzők eddig csupán 14 beteget kezeltek ezzel a módszerrel, de ez alapján is beszámolnak néhány meggyőző regressióról, s a jellegzetes szövődésményekről (sebgyógyulási zavar, thrombosis, a carotis internába jutó cytostaticum) is. A jelenlegi problémák ellenére a lehetőséget ígéretesnek tartják.

Pikó Béla dr.

Tüdőrák az NDK-ban. Dohányzás, passzív dohányzás, prevenció. Tanneberger, S. (Zentralinst. f. Krebsforschung d. Akad. d. Wissenschaft. d. DDR): Z. Klin. Med., 1988, 43, 2171.

Az NDK-ban a férfiaknál a tüdőrák a leggyakoribb s az egyik legrosszabb prognózist daganatos betegség (morbilitása és mortalitása egyaránt 50/100 000). Sem a röntgen-szűrővizsgálatok nem váltották be a reményeket, sem a kezelési módszerek fejlődése nem hozott áttörést. A hangsúlyt ennek megfelelően a prevencióra kell fektetni.

A dohányzás és a tüdőrák összefüggése több oldalról igazolt. Bár még vannak viták a passzív dohányzás rákkeltő szerepéről, számos közlemény és szervezet fogadja el kockázati tényezőként. A passzív dohányos által inhalált füst a főfüstnél is több rákkeltő anyagot tartalmaz, a füstszűrők nem nyújthatnak neki védelmet, s — ami szintén lényeges — nem saját akaratából vállalja a kalkulálható kockázatot.

Az NDK-ban elsősorban a cigarettázás terjed, a dohányosok egyre fiatalabbak, s az egy főre eső cigaretta-mennyiség is egyre nagyobb. A passzív dohányzás tekintetében a helyzet javult, mivel 1970-ben a háztartások 55,8%-ában dohányoztak, 1980-ban már csak 45,2%-ukban. A helyzet a dohányáruk reklámozásának tiltásával, 16 éven aluli dohányvásárlásának megakadályozásával, a munkahelyi és iskolai dohányzás szigorú szabályozásával (a passzív dohányosok védelmében) lehetne javítani.

A dohányzás ártalmainak elkerülése jelenleg az egyetlen érdemi lehetőség a tüdőrák morbiditásának és mortalitásának csökkentésére. Ennek érdekében kiterjedt dohányzásellenes programot kell indítani,

melyben az adminisztratív eszközök alkalmazása és a dohányosok meggyőzésére elkerülendő, de világosan deklarálni kell a nemdohányzók egészséghez való jogát. Az egészségvédő program fontos eleme lenne a kevésbé károsító, de ugyanolyan élvezeti értékű dohányáruk kifejlesztése és forgalmazása is.

Pikó Béla dr.

Individuális kollimátorok a besugárzás beállítási pontosságának és reprodukálhatóságának fokozására a kritikus szervek védelmére. Thiel, H.-J. és mtsai (Klin. und Poliklin. f. Strahlenther. és Inst. f. Radiol. der Univ. Erlangen-Nürnberg): Strahlentherapie und Onkologie, 1988, 164, 734.

A sugárterápiában bekövetkezett tagadhatatlan technikai fejlődés ellenére is vannak nem teljesen megoldott kérdések, mint pl. a betegelhelyezés pontossága és mindennapi reprodukálhatósága; a betegek rögzítése a sugárkezelés idején; a daganat pontos kiterjedéséhez igazított besugárzási mezők kidolgozása.

Az individuális kollimátorokat (melyekkel a sugárforrás négyzetes sugármezejéből az adott anatómiai viszonyoknak megfelelően takarhatjuk ki a kritikus szerveket — pl. a tüdőt — és sugározhatjuk a környezet kímélésével a bonyolult alakú célterületeket — pl. a megnagyobbodott mediastinalis nyirokcsomókat — is; illetve különböző rétegvastagságú fém takarásokat használva tetszőlegesen redukálhatjuk az átlépő dózist — Ref.) a szabálytalan nagymezős besugárzásban (malignus lymphomák, seminoma, nyelőcső- és tüdőrák) már régen alkalmazzák. Ezeket a függőleges sugárnyaláb és a beteg közé helyezik.

A szerzők eljárása szerint az elkészített individuális kollimátorokat plexi lapra felszerelve a besugárzó készülék sugárforrásához rögzítik, így oldal- vagy ferde irányú sugárzashoz, vagy akár mozgómezős besugárzashoz is használhatók. Részletesen bemutatják a módszert és előnyeit leukaemiás központi idegrendszeri irradiatio, endocrinopathia, egyes fej-nyaki daganatok, gerincközei és mellkasi tumorok, kismencedei malignomák és lágyszarvos-sarcomák esetén.

Az alkalmazás feltétele a CT-vizsgálat alapján megállapított pontos topometria, a beteg reprodukálható elhelyezése (három pontos beállítás és fejrögzítő maszkok), az egzakt besugárzási geometria, a megváltozott mezőméretek és -alakok figyelembevétele a dózis kiszámításánál.

[Ref.: A szerzők a célszerű módszer ismertetésénél a fentiekben túl (!) még adottnak tételezik fel a Wood-fém öntésére alkalmas műhelyt és szakértő személyzetet, a beteg és a kollimátor egymáshoz viszonyított helyzetének rendszeres ellenőrzésére alkalmas terápiaaszimulátort, a testfelszín görbületét figyelembe vevő és kompenzáló topográfiai és számítógépes lehetőségeket,



NITROMINT®

aeroszol



NITROMINT® aeroszol

koszorúér-tágító

A nitroglycerin az érfal simaizomzatára hatva tágítja a perifériás vénákat és artériákat, a koronária ereket, ezáltal 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, palpitáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagoláskor 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 (vanilinmandulasav) vizelettel való kiválasztódását.

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

A gyógyszer alkalmazása terhességben 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



melyek — rutinszerű (!) — biztonságától és így az érdemi alkalmazástól lehetőségeink messze elmaradtak.]

Pikó Béla dr.

Emlőcarcinoma metastasis okozta segmentált colon stenosis. Koop, H. és mtsai (Zentrum für Innere Medizin, Abteilung für Strahlendiagnostik des Zentrums für Radiologie, Klinik für Allgemeinchirurgie und Zentrum für Pathologie der Universität, Marburg): Dtsch. med. Wschr, 1988, 113, 1101.

A szerzők egy 71 éves nőbetegnél 4 évvel a jelen vizsgálat előtt mamma amputációt hajtottak végre, emlőrák miatt. Hasmenéses panaszokkal jelentkezett, és Crohn-betegségre gondoltak. Endoscopos vizsgálattal sigma stenosis állapították meg; a röntgenvizsgálat pedig subtotalis colon stenosis, a vékonybélnek linitis plastica szerű tumoros infiltrációjával. A daganatos áttét jelenlétét a bélben computer-tomográf és a laparotomia is megerősítette. A chemotherapia nem hozott említésre méltó eredményt. A beteg mechanikus ileusban meghalt.

Az irodalmi adatok szerint emlőrák metastasisa a gastrointestinalis traktusban nem ritkaság, ezért ezt a lehetőséget figyelmen kívül hagyni nem lehet.

Sugár János dr.

A cystosarcoma phylloides recidívái és metastasisai. Bässler, R., J. Zahner (Pathologisches Inst. der Städtischen Kliniken Fulda): Geburtsh. u. Frauenheilk., 1989, 49, 1.

A cystosarcoma phylloides kórképét 150 éve írták le (Joh. Müller, 1838) és máig is diagnosztikus vita tárgya. A régi fogalmazás szerint ez a ritka emlődagánat a fibroma intracaniculare külön formája a stroma tekintélyes bunkószerű felszaporodásával, amely ritka esetekben sarcomásan is elfajulhat („phylloid tumor”; WHO).

A szerzők 12 éves időszakban 134 cystosarcomát, 21 recidívát és 4 áttételes esetet figyeltek meg. A recidívák gyakorisága függ az utómegfigyelés idejétől és a szerzők észlelt anyagában 16% volt. A recidívák rendszerint agresszívebb természetűek, és az elsődleges daganatnál fokozottabb malignitást mutatnak. A cystosarcoma rendszerint haematogen metastasis képez a tüdőbe és a csontrendszerbe. A metastasisok gyakorisága függ a megfigyelések számától és átlag a kórszövettanilag malignus formák 19%-át képezte. A primer tumor és a metastasisok közti intervallum 7 hónaptól 5 évig, a recidíva és a metastasisok közti időszak 6—24 hónapig terjedhet. Gyakori a recidíva és a metastasis közti coincidentia.

iff. Pastinszky István dr.

Randomizált klinikai vizsgálat 8 éves eredményei, összehasonlítva a teljes masztektomiát és lumpektomiát — sugárkezeléssel vagy anélkül — az emlőrák kezelésében. Fischer, B. (National Surgical Adjuvant Breast, and Bowel Project Headquarters, Pittsburgh): N. Engl. J. Med., 1989, 320, 822.

A szerzők 1985-ben közzétették előző randomizált vizsgálatuk eredményeit 1843 beteg adatait ismertetve. Az eredmények azt mutatták, hogy az emlő szegmentrezekciója (újabb szóhasználatnál lumpektomia), melyet sugárkezelés követ, megfelelő kezelés I—II. stádiumú emlőrákos betegek esetében, ha a daganat kisebb 4 cm-nél és a rezekált anyag szélei tumormentesek. A betegek pozitív hónalj nyirokcsomók esetén adjuváns kemoterápiában részesülnek. A lumpektomia — kiegészítve sugárkezeléssel — 85%-os 5 éves túlélést eredményezett, a teljes masztektomián átesettek 76%-os arányával szemben, a távoli metastázistól mentesek túlélési aránya 76, illetve 72% volt a 2 csoportban, míg a betegségmentes túlélők aránya 72, illetve 66% volt.

Jelen vizsgálatban megfigyeléseiket 8 évre terjesztették ki. Módszerüket itt nem ismertetik, hivatkoznak az előző vizsgálatukra. Azon betegeket vették be jelen tanulmányukba, akiknek a tumora 4 cm-nél kisebb átmérőjű volt (hónalji nyirokcsomó lehetett pozitív vagy negatív), az izom és mellkasfal nem volt rögzített, klinikailag nem észleltek bőrérzékenységet vagy távoli áttétet. A betegeket 3-féle kezeléssel osztották fel: 1. teljes masztektomia, és hónalji nyirokcsomó disszekció, 2. lumpektomia és hónalji nyirokcsomó disszekció, melyet emlőbesugárzás követ és 3. lumpektomia és hónalji nyirokcsomó disszekció besugárzás nélkül.

Az 1976. április 8. és 1984. január 27. közötti betegeket vették számításba a vizsgálatokhoz. 2163 betegből 1855 fogadta el a javasolt kezelést, ebből 590 esetben teljes masztektomiát, 636 esetben lumpektomiát és 629 esetben lumpektomiát + besugárzást végeztek. Lumpektomia utáni besugárzás szövettanilag tumormentesekben csökkentette azonos oldali emlőben a tumorrecidíva valószínűségét. A valószínűség, hogy a beteg tumormentes marad a besugárzott emlőben, 90%-os volt 8 év után, míg csak 61% azokban, akik lumpektomia után nem részesültek sugárkezelésben. A sugárkezelés ezen jótékony hatása egyaránt érvényesült pozitív és negatív hónalji nyirokcsomó esetében. Negatív nyirokcsomó esetén sugárkezelés után 12%-ban míg anélkül 37%-ban észleltek recidívát a 8 év alatt. Recidíva valószínűsége pozitív nyirokcsomók esetén sugárkezelés után csak 6% volt (mindenki részesült kemoterápiában), míg sugárkezelés hiányában ezen arány 43% volt. Összehasonlítva a teljes masztektomián átesetteket a lumpektomiás csoporttal (+ sugárkezeléssel vagy anélkül), sem a betegségmentes túlélésben, sem a távoli betegségmentes túlélésben,

sem az ösztülésben nem találtak lényeges különbséget a 8 éves követés alatt. Ezen eredmények csak 1—2%-ban tértek el az előző vizsgálatokban találtaktól. Negatív nyirokcsomó esetében nem találtak különbséget a 2-féle módszer eredményei között.

A halandósági táblák alkalmazása azt mutatta, hogy a betegségmentes túlélés 5%-kal jobb volt azoknál, akik lumpektomia után besugárzásban részesültek, mint azoknál, akik nem. Negatív nyirokcsomó esetén a betegségmentes túlélés 5 év után 10%-kal, 10 év után 5%-kal jobb volt a lumpektomiások közül azoknál, akik sugárkezelést is kaptak, mint azoknál, akik nem kaptak, de a távoli betegségmentes túlélésben és az összesített túlélésben nem volt különbség. Pozitív nyirokcsomók esetében a 3-féle arány közül egyikben sem volt különbség a 2 csoport között.

A szerzők jelen vizsgálatának (8 éves) eredményei megegyeznek az előző vizsgálatok (5 év) eredményeivel, és megerősítik azt a tapasztalatot, hogy a lumpektomia alkalmas kezelés I—II. stádiumú emlőrákok esetében. Ezen emlőt megőrző műtét semmivel sem adott rosszabb eredményeket, mint a teljes masztektomia. A lumpektomiát követő sugárkezelés pedig csökkenti a helyi recidíva valószínűségét.

(Ref.: Ezen sok intézetet átfogó vizsgálat tovább billenti a mérleg nyelvét a nem túl-zó, nem radikális műtétet végzők felé. A nagy anyag meggyőzően bizonyítja, hogy I—II. stádiumú emlőrákok esetében a teljes masztektomia semmi előnnyel sem jár, emellett a szervezetet jobban megterheli és feleslegesen csonkítja.)

Juhász Lajos dr.

Sportorvostan

Sport és elhízás. Segal, K. R. Pi-Sunyer, F. X. (Dept. Pediatr. Mount Sinai School of Med., N. Y. és Columbia Univ. at St. Luke's Hosp., N. Y.): Med. Clin. North Amer., 1989, 73, 217.

Az elhízás a kardiovaszkuláris betegségekre hajlamosító egyik önálló rizikótényező, amely többnyire egybekkel társul. A fizikai aktivitás viszont véd a szívbetegségek ellen elhízás esetén is, a vérzsírokra ható, tartós befolyás révén. A szisztolés vérnyomást csökkenti a testsúly csökkenése és a rendszeres mozgás is, a mozgással nő az inzulin iránti érzékenység, így a glukóz-tűrés javul.

Mind a nyugalmi, mind a terhelés alatti anyagcsere (oxigén fogyasztás vagy hőtermelés) nagyságát a zsírmassza testtömeg határozza meg elsősorban, a számított aerob határfok a soványakon és kövéreken azonos. Így a kövérség magyarázata nem a jobb energiahasznosítás, de az összességében kevesebb mozgás hozzájárul a túlsúly fenntartásához.

A terhelést követően nem sokáig marad magas az anyagcsere, egy félórás, közepes

intenzitású kerékpár terhelés után 3 óra alatt 14 Kcal energiatöbbletet mértek. Az étkezést követő fokozott termogenezis nagymértékben függ az ételek mennyiségétől, összetételétől és az időponttól. Az éves plusz terhelés csak a nem kövéreken váltott ki nagyobb termogenezist, mint a két faktor összegezett anyagcsere-fokozó hatása. Az elhízás e finom anyagcserezavarának magyarázatát nem ismerjük.

A tartós edzésperiódusok nem változtatják meg a nyugalmi anyagcserét, sem az aerob hatásfokot. Az edzettebb kövér viszont nagyobb intenzitással képes mozogni. Ha veszt a testsúlyból, az abszolút energia felhasználása (oxigén felvétele) csökkenhet az edzettség javulása ellenére. A kövéreken a mozgást követően nem szokott megnőni a kalóriabevitel. Az edzés önmagában nem, vagy csak néhány kilóval szokta csökkenteni a testsúlyt, s még a napi 1200 Kcal bevétel mellett sem biztos, hogy csökken a testtömeg. Mások az erőedzéstől is láttak súlycsökkenést, noha egy edzés csak 140 Kcal-t igényelt. Bármely rendszeres fizikai aktivitás javítja az egészségorientált önkontrollt.

A mérsékelt kalóriabevitel kombinálása az (aerob) tréninggel — hosszú időn át alkalmazva ezeket — súlycsökkenéshez és ugyanakkor a fittség javulásához vezet, s így nem csökken az edzés energiagigénye.

Apor Péter dr.

Testgyakorlás, fittség és asztma. Szerkesztési cikk; Lancet, 1989, I, 763.

A rendszeres sportolástól remélt előnyök a krónikus betegségben szenvedőket is orvosokhoz vezethetik tanácsért: sportolhat-e? Asztma esetén a gond abból eredhet, hogy a fokozott ventiláció a légúti nyálkahártya lehűlését és kiszáradását okozva bronchospazmust válthat ki a gyermek és felnőtt asztmások mintegy negyötödénél —, pont olyanokon akik leginkább szeretnének sportolni. Na-kromoglikát vagy ipratropium bromid csökkenti vagy megszünteti a terhelés kiváltotta asztmát. Ha a bemelegítés során már átesett valaki a bronchospazmuson, újabb asztmás roham rendszerint nem lép fel az újabb terhelés kapcsán, talán mert a mediátor-pool kimerült.

A tünetmentes szakban lévő beteg aerob kapacitása normál körülmények között nem alacsonyabb, és semmi okunk arra, hogy a mozgásban korlátozzuk az asztmást, de a betegek nagy részének a kardiorespiratorikus teljesítménye nem éri el a normál szintet, főleg mivel nagyobb percventilációval, gazdaságtalanabb légzéssel reagálnak a terhelésre. Az asztmások edzése éppen olyan legyen, mint a nem betegeké: minimálisan heti 3×30 perc, az aerob kapacitásuk 70–80%-ával, melyet az ergometria során megállapított pulzusszám jelez a beteg számára. A több hónapos edzésprogram során jelentősen nőhet akár a gyermekeken, akár a felnőtteken a munka-

kapacitás, noha az asztma javulását bizonyító adat nemigen akad. Az asztmások általában alábecsülik a munkavégző képességüket, melyet érdemes ismételt megmérni a terheléses vizsgálattal. Az enyhén asztmások számára a javuló kardiorespiratorikus teljesítménnyel járó előnyök elérhetők, bár az átlagosnál nagyobb elszántság kell ahhoz, hogy az asztma fluktuáló állapota miatt meg-megszakadó edzést újrakezdjék.

Apor Péter dr.

Ökölvívó-sérülések az Egyesült Államok hadseregében (1980–1985). Enzenauer, R. W. és mtsai: JAMA, 1989, 261, 1463.

A szerzők vizsgálták azon ökölvívó-sérüléseket 1980–1985 között az Egyesült Államok hadseregében, amelyek kórházi kezelést igényeltek. Az ökölvívás részét képezi a hadsereg tréning-programjának.

Tanulmányukban a központi számítógépes nyilvántartás adatbázisát dolgozták fel. Hat év alatt 401 katonára kórházi felvételére került sor ökölvívó-sérülés miatt (396 férfi, 5 nő).

Az átlagos ápolási napok száma 2 a katonaiskolásoknál, míg a katonáknál 5,1 nap. Szolgálatképtelenség 8,9 nap a katonáknál, 2 nap a katonaiskolásoknál. A sérülések 68%-a fejsérülés volt (intracranialis haemorrhagia, cerebriális contusio, koponyacsonttörés, arccsonttörés, szemsérülés, fej v. nyak contusio stb.). A felső végtagok sérülése miatt 17%-ban, a törzs sérülései miatt 7%-ban, alsó végtagi sérülések miatt 6%-ban, míg egyéb okok miatt 2%-ban vált szükségessé hospitalizáció. A szerzők véleménye szerint az az összefüggés, hogy az ökölvívás irreverzibilis agykárosodásra vezet éppolyan egyértelmű, mint hogy a dohányzás tüdőrákot okoz. Nem meglepő a fejsérülések domináns volta, miután az elsődleges cél az ellenfél kiütése. Az ökölvívók encephalopathiája („punch drunk” szindróma) az ismételt fejtraumák következménye. Becslések szerint hivatásos ökölvívók 10–15%-ában alakul ki ennek klinikai képe (dementia, memóriazavar, tremor, egybefolyó beszéd, járási zavarok), amelyek hátterében az agykamrák kitágulása, a sulcusok kiszélesedése, a gyrusok hegesedése áll.

A brit hadseregben szintén végeztek vizsgálatot ökölvívás okozta sérülések előfordulására vonatkozóan, a lokalizációt illetően csaknem azonos eredménnyel. Miután az ökölvívók nincsenek nyilvántartva, az US hadseregben a sérülések incidenciája nem határozható meg, ugyanakkor eredményeik arra utalnak, hogy az összes sérüléshez viszonyítva, az ökölvívás okozta sérülések könnyebb jellegűek. Mérlegelve az ökölvívást ellenzők, valamint pártolók érveit megkérdőjelezzük az ökölvívás létjogosultságát a hadsereg tréningprogramjában.

Jákó Péter dr.

Miért kellene az orvosoknak az ökölvívást ellenezni: egy interdiszciplináris történelmi távlat. Sammons, J. T. (Szerkesztési cikk; JAMA, 1989, 261, 1484.

A szerkesztési cikk közleményként megjelent tanulmány szerzője bevezetesként áttekinti az USA orvosi köreiben kialakult vitát, amelynek résztvevői az ökölvívás ellen, illetve mellett törtek lándzsát. Megállapítja, hogy az ökölvívás melletti érvek inkább ideológiaiak, pszeudoszociológiaiak és filozofikusak, semmint orvosi, vagy tudományos jellegűek. Ennek okát részben abban látja, hogy az ökölvívás mellett szóló tudományos adatok inkább az akut sérülésekre vonatkoznak, semmint a jóval gyakoribb krónikus idegrendszeri következményekre, másrészt az ökölvívást pártolók a sportághoz való szubjektív vonzódásukat próbálják meg objektív érvekkel alátámasztani. Véleménye szerint az ökölvívás pozitív hatása a karakterre és az önfegyelmre csupán mítosz. Amint mítosz az is, hogy a hátrányos helyzetű népesség egyes rétegeinek financiaiális kitörési lehetőséget adna. Csak igen kevés hivatásos ökölvívó keresett nagy összegeket, a túlnyomó többség számára igen szerény megélhetést jelent, s szemben más sportágakkal nem nyújt továbbtanulási lehetőséget, biztos egzisztenciát a sportolás abbahagyását követően. Egyes adatok bár nem bizonyító erővel, de arra utalnak, hogy összefüggés van a bűnözés és ökölvívás között.

A közhiedelemmel szemben néhány tanulmány szerint nem csökkenti az agresszív tendenciákat, sőt a nézők alacsonyabb ösztöneit serkenti. Azok az orvosok, akik az ökölvívás érdemének tulajdonítják, hogy az ifjúságot a bűnözéstől, kábítószerfogyasztástól visszatartja, nem a sportágot dicsérik, hanem jelzik az Amerikai Álom tragikus kudarcát.

Jákó Péter dr.

Ökölvívás és az agy. Corsellis, J. A. N.: Br. Med. J., 1989, 298, 105.

A szerző bevezetőjében leszögezi, hogy bár az ökölvívás egészségügyi kontrolljának fokozódása következtében a Martland által 1928-ban leírt „punch drunk” szindróma előfordulása csökkent, azonban a fejre mért ütések továbbra is veszélyeztetik az agyat. A halálos balesetekre vonatkozó statisztikai adatok nem megbízhatók, de úgy tűnik számos sportág esetében a kockázati tényező nagyobb. Fontosabbnak véli a késői agykárosodás lehetőségét, amely hosszú évek óta vita tárgya, de amelynek neuropathológiai aspektusát kevésbé vizsgálták. Az eddigi adatok szerint ezek főként négy területen észlelhetők: a septális régióban (septumok kiszélesedése, fenesztrációja), kamrák kitágulása, thalamus és hypo-

thalamus gliosisa), a cerebellumban és substantia nigrában (atrófia, gliosis, Purkinje-sejtek számának csökkenése, vagy pigmentált neuronok hiánya), a neuronokban (főleg a temporális szürke állományban kóros idegrostok kialakulása neuritis plaque-ok nélkül). Talán segítséget jelenthet ezen elváltozások korai felderítésében a CT és MRI alkalmazása. Korunk egyik paradoxonának véli, hogy míg a társadalom minél inkább elutasítja az erőszakot, annál nagyobb pénzek folynak oda, ahol a cél, hogy az egyik ember a másikat eszméletlenre verje. Ezért tartja az ökölvívást alapvetően különbözőnek egyéb sportágaktól (pl. autósversenyzés, labdarúgás), ahol a sérülés baleset következménye. Az orvosi ellenőrzés kiterjesztése kétségtelenül jelentős javulást eredményezett az agykárosodások incidenciáját illetően, azonban ma is számos orvos van világszerte azon a véleményen, hogy az ökölvívást be kellene tiltani. A szerző véleménye szerint a sportág kétségtelen népszerűsége miatt ez utópisztikus elképzelés, azonban hangsúlyozza, hogy az emberi agy nem lehet ütések célpontja egyetlen sportban sem.

[Ref.: az ökölvívás szemben más sportágakkal, amelyek fordított utat jártak be — atlétika, tenisz, labdarúgás stb. — az elmúlt 100 évben alapvetően hivatásos sportból vált világszerte elterjedt amatőr sporttá, jelenleg 156 tagszámmal. Az orvosi irodalomban található dolgozatok száma, amelyek az ökölvívás egészségügyi vonatkozásait tárgyalják, jóval 1000 fölött van. Az akut és krónikus agysérülésekkel foglalkozó cikkek azonban döntő többségükben — hasonlóan az itt referáltakkal — a hivatásos ökölvívók körében nyert adatokat dolgozzák fel. Az egészségvédő szabálymódosítások következtében az amatőr ökölvívás napjainkban alapvetően különbözik a hivatásostól. (Kötelező a fejező, fogvédő, hevedő viselése, az időszakos és a verseny előtti orvosi vizsgálat; nemzetközi rajtkönyv bevezetése, amely az egészségügyi adatokat is tartalmazza; kiutest követő kötelező pihenőidő és vizsgálatok szabályozása; éves mérkőzésszám limitálása; az orvos jogosultsága, hogy a mérkőzést bármikor megállítsa stb.) Mindezek alapján jogosnak tűnik az az álláspont, miszerint objektív, tudományos igénnyel megtervezett és végrehajtott longitudinális vizsgálat szükséges annak eldöntésére, okozhat-e az amatőr ökölvívás késői agykárosodást. A Nemzetközi Olimpiai Bizottság és a Nemzetközi Amatőr Ökölvívó Szövetség Orvosi Bizottsága megállapodott abban, hogy 15 nemzet ökölvívóinak bevonásával a közeljövőben ezt a vizsgálatot megindítják.

Az eredmény birtokában várható, hogy ez a pro és kontra indulatot kiváltó kérdés végre megnyugtatóan rendeződjék.]

Jákó Péter dr.

A futás okozta izom- és csontsérülések diagnózisa és kezelése. Paty, J. G. jr. (Univ. Tennessee Coll. of Med., Chatta-

nooga): Seminars in Arthritis and Rheumatism, 1988, 18, 48.

Az USA-ban 30 millió ember fut, tízmillió rendszeresen edző távfutónak tekinthető, 85 éves férfi és 76 éves nő is lefutotta a maratoni távot (42,2 km). Ez a „fittségi láz” tovább nő, persze ezzel együtt a velejáró sérülések száma is, amelyek valamelyike a futók 60%-ánál már előfordult legalább egyszer. Az ok többnyire nem a biomechanikai abnormalitás, hanem a helytelenül adagolt edzés tartama és intenzitása, valamint az erő és hajlékonyság fejlesztésének elhanyagolása.

A legtöbb futó nem tudja elkerülni, hogy aszfalton fusson, de nem kell mindig egy irányban, a megdőlő útszélen futni. Valódi anatómiai deformitás az esetek kevesebb mint egyötödében okolható a panaszért.

A túlterhelés típusos esete a túl sok kilométer; hogy a kemény edzésnapokat nem követi egy-két könnyű futás; az edzésvolumen vagy intenzitás hirtelen nő; intervall edzést vezetnek be; hogy nem csökkentik az edzést a verseny, a hegyre futás, vagy éppen edzéskiesés után. Ha a kezdők heti 12–18 km-nél többet futnak; havi több mint 10%-kal nő a futástáv; ha gyorsasági edzést végeznek, mielőtt legalább 3 hónapra át heti 40 km-t futottak volna; ha gyakran vágatznak vagy futnak hegyre; ha tartósan futnak heti 40 km feletti távot; ha edzéskihagyást követően ugyanazon adaggal folytatják az edzést, mint előtte volt, a túlterhelésre nagy az esély.

Az edzéstörténet megismerése ki kell terjedjen arra, hogy mióta, hente mennyit fut, milyen talajon, milyen izomnyújtó (stretching) gyakorlatokat végez, az egyéb aerob fizikai aktivitásokra, amelyeket végez a személy, s a korábbi sérülésekre. Meg kell tudni, hogy a jelenlegi panasz hol, mióta, az edzéshez képest mikor jelentkezik, hogyan befolyásolja a hegyre és a hegyről futás, a sebességfokozás, van-e reggeli izommerevség.

A fizikai vizsgálat fő szempontjai a következők: 1. Alsó végtag hossza: a crista ilei ant. sup.-belboka távolság fél cm-nél nagyobb eltérése panasz oka lehet. 2. A normál csípőkiterés 90 foknál több, a kifelé rotálás nagyobb mint a befelé forgathatóság, rövid quadriceps szindróma gyakori. 3. A boka dorsaflexio fekvő, nyújtott térdnél vizsgálva legalább tíz fokkal több a derékszög-nél. 4. A sarokcsont-lábszár szög álló helyzetben 0–4 fok között van. 5. A szubtaláris inverzió legalább 20, az everzio legalább 10 fokkal. 6. A lábfej nem varus állást mutat-e? 7. A Q-szög (comb-lábszár szögállás) 20 fok alatt normális. 8. A járás során látható: pes planus, valgus-varus állás, tibia varum, lábközép pronáció. 9. Medencedőlés, scoliosis, lumbalis mozgásterjedlem, Trendelenburg teszt megvizsgálható. 10. Duzzanat, fájdalom, mozgáskorlátozás beszűkülése keresendő. 11. A cipő kopása jelzi az extrém szupinációt vagy pronációt. 12. A rgt. korántsem „kötelező” vizsgálat, de jelezheti a diszlokációt, az osteochondritist. A stressz fraktúrát a scan jobban mutatja.

A sérülések oka legtöbbször a halmozott mikrotrauma, leginkább a szinovialis hüvelyek, burzák, szalagok eredésénél. Az egyes ízületek megbetegedésének gyakorisága mintánként különbözik, mindenesetre nőknél gyakoribb a sérülés.

A csípő túlterheléses törésére jellemző, hogy a futás során fokozódik a fájdalom, fél lábön állás kiválthatja azt. A rgt. kezdetben nem mutatja a törést. A serdülő fiúkon bármelyik medencei epifízis leválhat helyi fájdalom kíséretében. A futókon a csípőlapát epifízis és a spina iliaca ant. sup. lehet érintett. Az érintett oldaltól elhajlás a fájdalom, a külső ferde hasizom húzása miatt. A sacroiliacalis ízület gyulladása, traumája fenék- vagy csípőfájást, ischiast, reggeli fájdalmat, merevséget okoz. A csípőpanaszok felében a glut. medius feszessége, tendinitise vagy a trochanter bursitis a baj. A felállás, az érintett oldalon fekvés, de a járás és futás is fájhat. Gyakran van láb-hossz eltérés. Gyengék lehetnek az abductorok (Trendelenburg teszt). Adductor tendinitis — ez szimulálhat osteitis pubist — és a combhajlítók tendinitise a vágatók, meredekre futók, ferdén lejtős talajon futók gyakori panasza. Az izmok nyújtása kiváltja a fájdalmat a comb lágyékahajlati részén, egyúttal a gyógyítást és a megelőzést is a stretching szolgálja. A „low back pain” a merev törzsfeszítő izmok és a gyenge hasizom kíséretje, míg a „piriformis szindrómát” olykor a farzsebben hordott, az ischiadicust nyomó pénztárca okozza.

A térdén az iliotibialis szalag szindróma sok futás, a térd varus állását kikényszerítő lábfejtartás, rossz cipő, talaj miatt lép fel. A lateralis epicondylus alatti bursa érzékeny ilyenkor. A helyben futás nem jár fájdalommal, mert a szalag ilyenkor az epicondylus előtt marad, s a behajlított térdrel végzett mozgások sem fájnak. Futáskor azonban minden lépéskor, főleg a sokadik kilométer táján jelentkezik a térdfájás. A térdárci tendosynovitis főleg lefelé futáskor fáj, mert a tibia előretolódik, vagy ha keresztbe tesszük a behajlított lábat. A patellofemoralis arthralgia a futással fokozódik, csakúgy mint lépcsőre fel- és lelépés során, guggoláskor, székbe felálláskor. Pontos okát nem ismerjük e minden életkorban előforduló panaszoknak, de túl nagy Q szög, szélsőséges pronáció, a gyors hossz növekedés idején a rövid quadriceps hajlamosít rá. A patella medialis felszínének nyomásérzékenysége, crepitatio, a patella megragadásakor fájdalom, a combizom sorvadása a jellemző jelei. Heti 50 km felett nem ritka az ízületi folyadékgyülem, de az osteoarthritis nem gyakoribb a rendszeresen futó személyeken sem mint az inaktívakon. A térdkalács felső pólusa (a négyfejű tendinitise) vagy az alsó pólusa („ugró-térd”: patella tendinitis) fájdalommassága tipikus a túlzásba vitt comberősítés következménye, így gyógyszere a pihenés. A pes anserinus bursitis vagy tendinitis jele fájdalom a térd belső oldala és a tibia felső vége táján. Behajlított térd esetén a belső térdszalag tája nyomásérzékeny, ha a három inat elválasztó

bursa gyulladt. A medialis retinaculitis a patella mellső-belső élénél okoz nyomási fájdalmat a sok kilométer futákon. A synovialis plica a femoralis condylus felett mozogva fáj, pattanás hallható és tapintható a térd hajlításakor. Gyakran tapintható feszességként a patella belső határával párhuzamosan.

A lábszáron a tibia alsó fele mellső-belső élénél periostitis jellegű fájdalommal jelentkezik a tibialis posterior szindróma, amely a gyakorlott futókon ritka. A cipő elárulja a nagymérvű pronációt. Futás közben a fájdalom elmúlik, majd utána visszatér. Ez a „bemelegítés jel” jellemzi az összes ín-szindrómát azok kezdeti szakában. A tibialis sztrész szindrómát és a csontok stressz frakturáját a rgt.-scan különíti el, egyébként csak fokozatbeli különbséget jelentenek a csontátrendeződésben. A csontok felszínén olykor tapintható a fájdalmas csomó. A krónikus anterior, medialis és lateralis compartment szindróma az ezen anatómiai rekeszekben megnőtt nyomást jelenti. Igen magas az izmon belüli nyomás, claudicatio-szerű panasz léphet fel, persze a pulzusnyomás normális. Pihe-nés, nyújtás, fasciotomia a gyógyítás lép-csői. A vádli túlterhelése, részleges szakadás utánózhathatja a thrombophlebitist, persze az anamnézis dönt.

Lábfej és boka panaszok: A sarokcsont sarkantyú szindróma a talpi fascia vagy a subcalcanealis bursa gyulladása, vagy a sarokcsonti idegszál befogottsága következtében lép fel. A rgt.-en látható csontsarkantyú nem oka a fájdalomnak, amely évekig is eltarthat, különösen magas, boltozatos lábfej esetén.

Az Achilles-ín, illetve a retrocalcanealis bursa fájhat a sarokcsont hátsó részén. Az utóbbi önálló kórkép. Az Achilles-ín körül nincs inhuvely csak filmszerű, ereiben gazdag peritendon. Ha tartós a peritendinitis, akkor cystikus degeneráció követi. Fájdalom, reggeli merevség, érzékenység, duzzanat, krepitáció; az ín érintettsége esetén csomók tapinthatók. A peroneus tendosynovitis a lábszár oldalsó, alsó részét érinti, korlátozza a boka hajlíthatóságát, a varus állást jelzi a cipő. Kezdetben a futás elején csökken a panasz. A lábra is kisugározhat a fájdalom, az V. metatarsus proc. styloideusába, a peroneus tapadáshoz, az os cuboideuson keresztül a talpra. Ha akadályozzuk a beteg aktív lábszél emelését, a fájdalom fokozódik. A lábhati tenosynovitis többnyire egy túl hosszú futás, vagy szorosra fűzött cipő következménye. Metatarsalgia vált ki a 30 éven felülieken a túl hosszú futás, kemény talaj, nem eléggé rugalmas cipő. A csontok fejecsei közötti bursitis, szalag túlterhelés, Morton-neuroma, vagy az első metatarsophalangealis ízület degeneratív arthritise a gyakori eltérés. A II–III. lábközépcsont diaphysisén a kezdő futó nőknél szokott fellépni, akár 2–3 km után is. A bokarándulás többnyire befelé fordulásból ered lyukba lépés, sötétben futás során.

Kezelés: az okokat, keletkezési mechanizmusokat kell megérteni, s akkor a leg-

több esetben nem kell eltüntetni a futást, vagy ahelyett más aerob aktivitás végezhető. Persze stressz frakturák, tendinitisek, izomszakadás, Achilles peritendinitis egyideig feltétlenül teljes nyugalmat kíván, de ilyenkor is lehet mély vízben, esetleg életmentő mellényben mozogni. Az edzéshez visszatérés sémája: napi 15 perces futás olyan tempóban hogy közben beszélgetni lehessen („talk test”), hetente 5 perccel szabad emelni a távot. Elérve a 40 perces futást, a „10%-os szabály” lép életbe (havonta ennyivel nőhet a megtett táv). Az izom nyújtása és erősítése a megelőzés igen fontos eszköze. Aktív izomnyújtás (nyújtott izmok izometrikus kontrakciója 10 mp-ig, majd 10 mp ellazítás, legalább 3 ismétlés) kell, a passzív nem felel meg a célnak. Rövid, bemelegítő futás után és az edzés végén egyaránt kell végezni izomnyújtást a comb, a csípő, a hát izmaival. Az egyes izomcsoportok relatív fejletlensége indikálja az izometrikus vagy dinamikus erőfejlesztést. Patellofemoralis arthralgia, bokaficam után elengedhetetlen az erősítés.

Gyógyító eszköz a talpbatét, amely a pronációt korlátozza és az erők egyenletesebb eloszlását segíti. Viselése elengedhetetlen posterior tibialis szindróma, patellofemoralis arthralgia, túlpronáció, saroksarkantyú szindróma, Achilles peritendinitis esetén. Azonban fokozódik a viseléskor a varus stressz, így iliotibialis köteg szindrómát vagy peronealis tendosynovitist válthat ki a talpbatét. Bokarándulás esetén nyugalom, jég, kompresszió és lábfelemelés (RICE) a teendő. Achilles-ín-fájdalomnál sarokemelő, lábfejpanaszokban cipőcsere kell. Ha nagyfokú varus vagy valgus kopás van a cipőn, akkor is el kell dobni, ha egyébként még jó lenne. Nonsteroid gyulladáscsökkentőkre pl. spondylosis ankyloica esetén lehet szüksége a sportolónak, de helytelen a fájdalom „túlfutása” fájdalomcsillapító árnyékában. Helyi steroid injekciókat számtalan esetben tartanak indikálnak (bursitis, tendinitisek, patellofemoralis arthralgia, sarokfájás stb.).

Apor Péter dr.

A testosteron és a stanozolol ellentétes hatása a szérum lipoprotein szintre. Thompson, P. D. és mtsai (Miriam Hospital, Providence): JAMA, 1989, 261, 1165.

A szájon át szedett anabolikus szereket osteoporosis, aplastikus anaemia, endometriosis, angioödéma, testosteron hiány kezelésére használják, de (vissza-)járnak velük a nagy izomerőt és nagy testtömeget megkívánó sportágak őrői. Az anabolikumot szedő sportolónak a HDL koleszterin és annak 2-es frakciója alacsony szinten van a vérben, a HDL-fehérjék katabolizmus a májban fokozott. A transzdermálisan beadott ösztrogén nem, míg a szájon át adottak emelik az HDL-koleszterin, a renin-szubsztrát és sok egyéb, májeredetű fehérje koncentrációját. Feltételezik, hogy

a szervezetbe juttatás módjától és nem az androgenitástól függ az anabolikumok hatása a lipoproteinekre.

A szerzők vizsgálatában 11 súlyemelő nem-vak, keresztetett kísérletben 6 hétig az egyik, majd 6–9 hetes „kimosás” után a másik szert kapta: napi 3×2 mg stanozololt, illetve heti 200 mg testosteron enanthat injekciót. A kezelések előtt, majd azok 1., 2., 4. és 6. hetében vizsgálták a lipoprotein szintet és egyéb mutatókat.

A HDL-koleszterin a stanozolol szedés első hetében már 33%-kal alacsonyabb volt, és itt tetőzött, a festosteron kezelés során csak 9%-os volt a csökkenés. A HDL₂ frakció 75%-nyit csökkent a stanozolol szedés alatt, nem változott a testosterontól. Az apo A–I 32%-nyit (stanozolol) illetve 8%-nyit csökkent.

Az LDL-koleszterin a stanozolol alatt 29%-nyit emelkedett, a testosteron alatt 16%-kal csökkent. Az apo–B 35%-kal nőtt a stanozolol szedése idején, ugyanekkor a triglicerid 16%-kal csökkent. A máj triglicerid lipáz aktivitást csak a stanozolol növelte, 123%-kal, a lipoprotein lipáz 49%-kal nőtt.

A szérum testosteron szint a stanozolol szedés idején a felére csökkent, az LH és FSH-szint a testosteron hatására csökkent a felére-ötödére. A testsúly 2,5–3,5 kg-mal gyarapodott, a májfunkciós próbák nem változtak.

Olyan anabolikum, amely mind szájon át, mind parenterálisan adható lenne, nem létezik. Feltételezhető, hogy a 17-alfa alkilálás (a gyors lebontás elkerülésére) és a tartós felhalmozódás a májban a magyarázata annak, hogy a stanozolol erősen és kedvezőtlenül befolyásolja a lipoprotein anyagcserét — amely egyébként a 6–9 hetes szünet alatt normalizálódott.

A máj glikoprotein szintézis serkentése a veszületett angioneurotikus ödémában kívánatos hatása a steroidoknak, míg ilyen, a komplement-1 eszteráz inhibitor növelő hatást a testosteron nem mutat. Ha androgén vagy anabolikus hatásra törekszünk, jobb az im. adott testosteront, mint a szájon át adott 17-alfa alkilált szerek.

Apor Péter dr.

A 6–17 évesek becsült aerob kapacitása Kanadában. Gauthier, R. R. és mtsai (Univ. Ottawa és Quebec): J. Hum. Movement Studies, 1988, 15, 129.

A maximális oxigénfelvétel direkt mérése igen költséges és időigényes, viszont a tartós teljesítménnyel talált szoros kapcsolata alapján a 800, 1600 illetve 2400 méteres futáseredményből becsülhető az aerob kapacitás. 573 személyen a kapcsolat szorosságát 6–9 éves korban 0,76, a 10–12 éveseken 0,80, 13–17 éveseken 0,82-es korrelációs koefficiens jellemezte.

A testtömeg és a futás ideje alapján számítható az aerob kapacitás ml/kg-ban, a 6–9 éveseken a 800 m futásideje (mp) figyelembevételével:

$VO_{2max} = 10,648 + 12,813 \times 2/mp - 0,25 \times kg$. Az $r = 0,76$, $SE = 5,0$. A 10–12 éveseken az 1600 m-es futásidő alapján: $VO_{2max} = 32,052 + 17,64 \times 8/mp - 0,33 \times kg$, $r = 0,80$, $SE = 4,75$. A 13–17 éveseken a 2400 m futásidőből a $VO_{2max} = 22,337 + 29,971 \times 2/mp - 0,175 \times kg$, $r = 0,82$, $SE = 5,9$.

A CAHPER Fitness Performance Testben részt vett 7742 személy átlagai a fiúkon 48, 51 és 53, a lányokon 44, 47 és 45 ml/kg voltak a 3 korcsoportban. A 10 és 90%-os percentilek mintegy 9–10 ml/kg-mal kisebbek illetve nagyobbak.

Apor Péter dr.

Élvonalbeli sportolók echocardiogramja. Fisher, A. G. és mtsai (Human Performance Res. Center, Provo Utah): Amer. J. Cardiol., 1989, 63, 337.

Különböző típusú edzettségű, világszínvonalú sportolók (dobóatléták, távfutók, tízpróbázók és kerekesszékhajtók, összesen 14 személy) vizsgálata azt mutatta, hogy a testtömegre nem normalizált végdiastolés kamraméreték a nagy aerob kapacitású hosszútávúfutókra sem voltak nagyobbak, a testtömegre átszámítás után az erősportolók értékei alacsonyabbak voltak. A kamrafal és a septum vastagsága a dobókra, kevésbé a tízpróbázókra volt nagyobb mint a távfutókra, de a testtömegre számított adatok nem különböztek.

Az erősportágak űzőinek kamrafalvastagsága a testtömeget követi a kamraátmérő növekedése nélkül is, így a dobókra a falvastagság: kamrasugár arány 33%-kal nagyobb mint a futókra.

Az átlagemberek „normál” adatai nem érvényesek a sportolók egy részére, akiknél az edzés specificitása különleges alkalmazkodást vált ki.

Apor Péter dr.

Munkaegészségügy

Táncosok sérülései: előfordulás, kezelés és az okok feltárása. Bowling, A. (Health Services Research Unit, Department of Public Health and Policy London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, Anglia): Br. med. J., 1989, 298, 731.

A hivatásos táncosok és társulatok egyik legnagyobb problémája a gyakori sérülés. Az USA-ban több ilyen felmérés készült, de Angliában még nem hoztak nyilvánosságra erről adatokat. Amerikai szerzők szerint a lábszár fájdalmai a leggyakoribbak, melyet a térdízület, a boka, a lábfej és a gerincoszlop alsó szakaszának elváltozásai követnek. Az okok között elsősorban a kemény talaj, a vékony talpú cipő vagy a meztelenség tánc és a forgó jellegű mozgások szerepelnek. A Hivatásos Táncosok Orvosi Tanácsa 1986-ban alakult meg. Reprezenta-

tív felmérésük során meghatározták a sérülések gyakoriságát, okait, kezelését és a megelőzési lehetőségeit. Az információkat maguktól a táncosoktól szereztek be.

Angliában 1987-ben 405 hivatásos táncos volt, 310 klasszikus, 95 modern. A kiküldött 188 kérdőívből a megkérdezettek 75%-a válaszolt. A sérülések 60%-a izomsérülés, szalagrándulás, szalaghúzóadás volt, 12% lágyrészszúrózás és vérömleny és 16%-ban fordult elő törés, ficam és szalagszakadás. A megkérdezettek $4/5$ -ének legalább 1 sérülése volt pályafutása során, de közel felének krónikus panaszai vannak. Ezek között 48% izomsérülés volt, majd az ízületek rándulása, ficamja és törése következett. A sérülések 60%-a előadás alatt, ill. próba közben történt. A táncosok szerint a sérülések oka 38%-ban túlmunkával, túlfáradással, fokozott feszültséggel magyarázható, 25%-ban az alkalmatlan színpad okozta, 37%-ban hideg környezet, a bemelegítés hiányát, a nehéz koreográfiát említették meg.

A táncosok 64%-a a sérülés után folytatta a munkát, bár panaszai voltak és csak 36% vált ki azonnal. A szerző részletezi a sérülések kezelésének módját, időtartamát és hatásosságát.

A megkérdezettek a megelőzésben az anatómiai ismeretekkel is rendelkező tanár segítségével jó technikával végrehajtott gyakorlatokat említették, valamint a túrlelmes bemelegítés, megfelelő hőmérsékletű és padlójú színpadi helyiség szükségességét.

A felmérés igazolja, hogy mind a klasszikus, mind a modern táncosok között gyakoriak a sérülések. A táncosok $1/3$ -ánál a sérülés a munkáját alapvetően befolyásolta, $1/2$ -nél a krónikus panasz folyamatos problémát jelentett. USA-beli felmérésekhez hasonlóan az alsó végtag és a hát sérülései voltak a leggyakoribbak. A lágyrészszérülések alkotják a friss sérülések $2/3$ -át és a krónikusnak csaknem felét, helyes kezeléssel ezek majdnem 100%-ban gyógyíthatók, de a táncosok éppen ezeket nem veszik komolyan. A sérültek csupán $1/3$ -a hagyta abba a táncot és pihent közvetlenül a trauma után.

(Ref.: A szerző elsőként vállalkozott az angol hivatásos táncosok sérüléseinek reprezentatív felmérésére. A statisztikai adatok sok hasonlóságot mutatnak a versenysportolók sérüléseivel látottakkal.)

Károlyi Miklós dr.

Zenészek egyoldalú túlterhelésből származó megbetegedései. Bird, H. (Univ. of Leeds): Br. med. J., 1989, 298, 1129.

Az irodalmi áttekintést adó rövid közlemény aktualitását az adja, hogy egyes országokban (pl. Ausztrália) a foglalkozással kapcsolatos megbetegedések kártalanítására is lehetőség van, és így a csont- és izomrendszer egyoldalú túlterheléséből adódó elváltozások újra az érdeklődés homlokte-

rébe kerültek. A muzsikuskok ebben a tekintetben azért érdemelnek különös figyelmet, mert náluk a rehabilitáció szokásos módszerei (munkakörváltztatás, más technológiák és/vagy szerszámok bevezetése stb.) csak korlátozott mértékben alkalmazhatók.

A betegségforma klinikai súlyossága szerint 5 fokozatba sorolható: a legenyhébb stádiumban a túlerőltetett testrészt fájdalom csak bizonyos tevékenységnél jelentkezik; a legsúlyosabb esetekben a tartós, állandó fájdalom a testrész használhatóságát korlátozza, és az izomerő is csökken.

Az etiológia nem tisztázott. Alkati tényezők biztosan szerepet játszanak. A kimutatott szövettani eltérések (az 1. típusú izomrostok számbeli növekedése, ill. a 2. típusúak hiperpláziája) jelentősége megfelelő kontrollcsoportok hiányában csak óvatossággal értékelhető. Több esetben az inhiibáló gyulladásos elváltozásait is kimutatták, miként különböző izomspazmusokat is. Idegrendszeri tényezők (pl. szorongás) is hathatnak, mint ahogy a vér és szövetnedvek pH-ját befolyásoló hiper-ventiláció is.

A gyógyításban a pihentetés a fő szerep. Éppen ez az, amit a muzsikuskoknál igen nehéz — tartósan — biztosítani. A biztatás, együttérzés, anxiolitikumok és/vagy béta-blokkolók adása a pszichés komponenseken keresztül lehet hatásos.

[Ref.: Fűvös hangszereken játszó zenészek fokozott emphysema kialakulási rizikóját a megfelelően végzett kontrollcsoportos vizsgálatok egyértelműen cáfolták. Az izmok, inak és ízületek egyoldalú túlterhelésből fakadó betegségeinek gyanúját a panaszok alapján lehet felvetni, de igazolni csak invazív (pl. biopsziás) eljárásokkal lehet. Megfelelő kontrollcsoport kialakítása és vizsgálata e téren ezért súlyos orvosetikai problémákat vet fel. Így a hazai társadalombiztosítási gyakorlat tartózkodó álláspontja pillanatnyilag helyesnek tartható.]

Galgóczy Gábor dr.

Lehetőségek a cytostaticumok munkavédelmi szabályoknak megfelelő kezelésére. Tschorn, E. (Wilhelm-Pieck-Univ., Rostock, Kinderklinik): Heilberufe, 1989, 41, 346.

Az irodalomban az utóbbi években mind gyakrabban hívják fel a figyelmet arra, hogy a cytostaticumokkal dolgozó egészségügyi személyzetnek speciális óvó rendszabályokat kell betartani a károsodások elkerülésére. A szerző — klinikai főnővér — erre ad gyakorlati útmutatást.

A cytostaticumok előkészítésére (oldás, hígítás, felszívás) javasolt laminar-air-flow-val védett munkahely általában nem biztosított. Megoldható viszont, hogy ezt a munkát egy külön helyiségben, nyitott ablaknál, egy személy végezze, aki hosszú ujjú, s a fertőzőtőhöz hasonlóan, speciálisan kezelt köpenyt, gumikesztyűt, maszkot, védőszemüveget visel. Az ampullákat

könnyen tisztán tartható üveglapra kell helyezni, a hulladékot pedig külön, s oly módon (kartondoboz, műanyag zacskó) tárolni, hogy külön átrakás s kiszóródási veszély nélkül juttassuk a legalább 800–1000 °C-on működő égetőbe.

A cytostaticumokkal kezelt betegek excretumai is veszélyesnek tarthatók, ezért az ápolás során gumikesztyű használandó, kontaktus esetén a bőr gondos lemosása szükséges.

Cytostaticumokkal való foglalkozás előtt az új személyzetet a munkavédelmi szabályokról fel kell világosítani, s ezek betartását — régi dolgozóknál is — rendszeresen ellenőrizni kell. A szerző munkahelyén ezeket a dolgozókat rendszeresen orvosilag ellenőrzik, kontrollálva a vérsejtszámlát, vizeletet, transzaminasekat, kreatint, teljes vérvépet (thrombocytá- és reticulocytaszámmal). Terhesek cytostaticummal nem dolgozhatnak. Dokumentálják a cytostaticummal baleseteket (arcba spricelés, bőrsérülés) és a tisztázatlan tüneteket (hajhullás, haematomák).

Bár az ideális biztonsági helyzetből messze vannak, az adott, vagy könnyen megteremthető feltételek mellett, a szabályok betartásával és betartatásával a cytostaticumokkal foglalkozás veszélyei jelentősen csökkenthetők.

Pikó Béla dr.

Kardiovaszkuláris megbetegedések és a munkakörülmények. Kristensen, T. S. (Inst. of Soc. Med., Univ. Copenhagen): Scand. J. Work Environ. Health, 1989, 15, 165 és 245.

Az eddig legszélesebb és legkritikusabb irodalmi áttekintésben a szóba jövő nem kémiai, az egyén viselkedésétől nem függő kardiovaszkuláris rizikótényezők és a lehetséges kémiai okok irodalmát tekinti át a szerző, a közleményeket minőségük szerint is súlyozva.

A fizikai inaktivitás *Morris és Paffenbarger* úttörő munkái s az újabb epidemiológiai tanulmányok nagy része szerint 1,9–2,4-szeres rizikót jelent. A munkahelyi stressz („nagy követelmények mellett az egyénnek nincs módja saját munkáját befolyásolni”) 1,3–4,0-szeres kockázattöbbletet jelent. A több műszakos munka mintegy 1,4-szer növeli a szív-érbetegség esélyét. A láрма (repülőgép, közlekedés, munkahelyi zajok) oki szerepe valószínű, de az eddigi közlemények nem kielégítőek. A hideg akut szerepe az infarktus kiváltásában ismert, de krónikus befolyása bizonytalan, például nincs adat a hűtőházban, vágóhídon, az északi vizeken halászók kardiovaszkuláris megbetegedéséről. A meleg esetleges rizikótényező voltát nem vetették el és nem erősítették meg. A sugárzások szerepe is szóba jön: Hodgkins betegekben némileg több szív-halálozást észleltek, míg a rádiófrekvenciás hullámok nem okoztak egészségkárosodást a moszkvai USA nagykövetség tagjain vagy a tengerészekben. A

mágneses mező — pl. emeletes házak elektromos kábeli körül — viszont nemcsak a leukémia és pszichiatriai kórképek keletkezésében, hanem a szív-érbetegségek okozójaként is szóba jön. Az alacsony és a magas frekvenciájú zajforrás (infra- és ultrahang) hatásáról is keveset tudunk.

A kémiai faktorok közül a széndiszulfid (viszkózagyártás) és a nitroglicerinnitroglikol (dinamitgyártás) expozíció fokozhatja a szív-érbetegségek gyakoriságát. Az ólom a vérnyomást emeli és a cerebrovaszkuláris megbetegedések számát növeli, az iszkémiás szívbetegséget nem befolyásolja. A szén-monoxid nem bizonyult atherogénnek, de a passzív dohányzás 1,3-szoros rizikótényező. Kobalt, arzén és a kéményekben feldúsult égéstermékek szerepe lehetséges, de nem bizonyított. A szerves foszfátok, a dinitrotoluen, antimon, berillium esetleg szívkárosítók, a kadmium és a szerves foszfátok nem.

(Ötszázkilenc közleményre hivatkozik a szerző.)

Apor Péter dr.

Sport, szabadidő és jó közérzet — ergonómiai nézetből. Shephard, R. J. (Toronto, Orvosegyetem, Testnevelési Fakultás): Ergonomics, 1988, 31, 1501.

Az ergonómia kezdetben az egyszerű szerszámok, háztartási eszközök stb. emberhez szabásúvá tételével foglalkozott, napjainkban az úrhajók, a vegyi gyárak, olajtornyok kezelőire háruló rendkívüli feladatok megoldhatóságát van hivatva javítani. Az utolsó csepp emberi energia kihasználása az élsport gyakorlata is.

A selyei „eu-stress” fejezi ki az optimális pozitív alkalmazkodást a feladathoz. A nyolcórás testi munka a maximális kapacitás 40 százalékánál ne legyen intenzívebb, a psychomotoros aktivitás a 8 órás műszak közepe táján a legkedvezőbb.

A dolgozók érdektelenné válásáról, szorongásairól, depresszióiról, fáradtságáról a vasfüggöny mindkét oldaláról beszélnek és írnak. A „betanított segédmunkás” hibázása esetleg nagyon súlyos következményekkel jár az indusztralizált munkahelyeken. A nagy szellemi megterhelést kívánó munkafeladatok a felelősségviselő magas arányú koronária megbetegedésével járhatnak, de sokan őrzik és ápolják fittségüket („testi, szellemi, társadalmi jó közérzetüket”). Alig néhány munkakör maradt napjainkra, amely ténylegesen nehéz testi munkát jelent.

A rekreációtól elvárható, hogy az unalmas, monoton munka közben serkentsen a figyelmet akár a proprioceptív stimuláció, a catecholamin felszabadulás vagy az endorfin szekréció révén. A szervezett aktivitás lehetőség a társadalmi kapcsolatok kiépítésére is. Ha eléggé rendszeres és intenzív a fizikai aktivitás, akkor ez sok krónikus betegség megelőzésében is segít (verőérbetegségek, obstruktív tüdőbetegségek, elhízás, hypertonia stb.). A többnyire

A-típusú vezető személyiségek persze az agresszivitást a sportban is érvényesíteni akarják. A szervezett aktivitásformák általában nem elegendő intenzitásúak, a heti 2 × 30 perc nagy része a bemelegítéssel, a levezetéssel, az újonnan érkezettek eligazításával telik el. Ha javul is a testi teljesítőképesség, ez nem pótolhatja a munkahelyek rossz szervezethez, a nem megfelelő munkaeszközöket, a teammunka hiányát, a vezetés vagy a szakszervezet korlátozó befolyását.

A mozgás típusa igen sokféle lehet. Az idősebb fizikai munkások között a csapat-sportok (foci, kosárlabda stb.), az újabb vállalatoknál a munkahelyen belüli aerob aktivitás a népszerű. Sok helyütt 5–7 perces „fittségi szünet” színezi a munkanapot, másutt egy szabad műhelysarkot sporteszközökkel szerelnek fel.

A vállalat respektusa, vonzereje nő, a fittség-irányult személyek szívesebben lépnek be ilyen céghez, s ezek a munkájukban is teljesítmény-orientáltak. Vajon javul-e a vállalat produktivitása? Húsz közleményből három szól ez ellen. A termék minőségének javulása sokszor kimutatható. Jelentősen csökken a munkából hiányszások aránya a fittségi programok során, különösen a második évtől fogva. A távolmaradásnak ugyan legalább hetven okát nevezik meg a munkaszervezők, a tipikus az 1–3 napos hiányszak a nem jó közérzet miatt, vagy a családtagok kényszerű otthonmaradása vagy a kilépni szándékozók távolmaradása. Ezért bármely program indítása előtt fel kell térképezni a célt. Tizenöt közleményből csupán egyben tapasztalták azt, hogy nem javult a hiányszások aránya. Bizonyos rétegekben, foglalkozási ágakban épenséggel az aerob kapacitás és a hiányszak között markáns, fordított kapcsolatot találtak. A fittségi program megtartó ereje javít a dolgozók kicserélődési arányán, így csökkennek a kiképzési költségek. Az egészségi kiadások a programokban részt vevőkön évi 129–450 dollárral csökkennek, de még nincs elég adat arra, hogy évtizedek távlatában milyen mértékű a várt kedvező hatás. Egyes munkakörökben drámaian csökken a sérülések aránya, pl. a lumbago panaszok.

Mi a jövő? A postindusztrialista, „fejlett” országokban a robotok elvégzik a munkát, ezek felügyelete viszont három műszakot kíván meg, mindig készen kell állni passzív figyelésből a vészhezlet aktív elhárítására. A felelősség stressze nem csak a manager réteget fogja érinteni. Sok részállású, gyakran cserélődő dolgozóra kell számítani, akik számára nehéz fittségi programot szervezni. Nőhet a tartósan munkanélküli, „nem sikeresek” aránya is. Persze a fittségi program maga is terem új munkahelyet.

Szent Pál megfogalmazása: „aki nem dolgozik, ne is egyék” nem lehet már társadalomszervező alapelve, ha a munka lehetőségét nem mi, hanem mások teremtik, szervezik meg. Saját fittségünk, vagyis az életre és munkára alkalmasságunk kifejlesztésében és megtartásában az egyénekre nagy szerep vár.

Apor Péter dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Gondolatok a Magyar Orvosi Kamara szervezése kapcsán

T. Szerkesztőség! levelek a szerkesztőhöz rovatban megjelent dr. Hankiss János: Az „Orvosi Kamara” némenklaturájáról című cikkére az alábbiakban kívánok reflektálni:

Nagy örömmel olvasom, hogy Hankiss doktor a közel 35 000 orvoskollegához hasonlóan érdeklődéssel követi a Magyar Orvosi Kamara megszervezésére tett erőfeszítéseinket. A levelében foglalt gondolatokkal maximálisan egyetértek. Nagyon sajnálom, hogy több fórumon elhangzott tájékoztatásunkat, melyet a Magyar Orvosi Kamara megalakulásáról, az 1945-ben feloszlott Orvosi Kamara múltjáról tartottunk, mind ez ideig nem hallotta. 1989. március 3-i alakuló közgyűlésünkön is több kollega felvetette a régi Orvosi Kamara elítélésének és nézeteiktől való elhatárolódás kérdését. Szervezőbizottságunk, majd a későbbiekben 2500 kollega által, az alakuló közgyűlésen megválasztott választmányunk, illetve elnökségünk minden fórumon elmondta, hogy elítéljük, nem érthetünk és nem is értünk egyet a második világháború alatt jobboldali nézeteket valló, a Kamara vezetőségében helyet foglaló orvoskollegákkal. Emellett el kell mondanunk, hogy ez nem volt jellemző sem az orvostársadalom, sem a Magyar Orvosi Kamara vezetésének egészére. Előfordult súlyos diszkrimináció, becsületes kollégáink kizárása a háború alatt a Kamarából, de tudunk sok olyan esetet is, amikor az Orvosi Kamara tagjai, illetve néhány vezetője is kollegáit bújta, mentette. Véleményünk szerint — melyet az alakuló közgyűlésen Kulka professzor is megfogalmazott — politikától mentes, autonóm, demokratikus szakmai, etikai, gazdasági és szociális érdekvédelmi, érdekképviseleti szervezetté kell válnia a Kamarának, mert csak így szolgálhatja az orvostársadalom presztízsének visszaszerzését, majd megővését és a kollegák egzisztenciális érdekeinek védelmét.

Hiszem és vallom, hogy ez nem csak a választott, társadalmi munkában tevékenykedő tisztségviselőknél múlik, hanem a közel 35 000 orvost magába foglaló, aktívabban szerveződő orvostársadalmon. Remélem, hogy kollegáink az elkövetkezendő időkben olyan tisztségviselőket fognak választani, akik a tisztesség, etika és magas szakmai igényeket képviselve megfelelnek a legtöbb orvos elvárásának. Ezért lényeges, hogy a területi kamarák minél előbb és minél nagyobb létszámban megalakuljanak, a helyileg ismert, kiemelkedő társadalom- és egészségpolitikai ismeretekkel rendelkező tisztességes, magas szakmai presztízsű kollegákat válasszanak vezetőnek. Ez a feltétele annak, hogy minél előbb megalakulhasson a demokratikusan, 4 évre küldötttervezetelen megválasztott választmány, illetve elnökség. Fontosnak tartom, hogy a választott tisztségviselők addig töltsék be funkciójukat, amíg társadalmi munkában, élvezve az orvoskollegák többségének bizalmát az érdekképviseletet, az érdekvérvényesítést a már felsorolt területeken maximálisan el tudják látni. Amennyiben ez a feladat meghaladja néhány választott tisztségviselő erejét, köszönettel búcsúzzanak tőlük és bízzanak meg másokat. Ha ez a folyamat működni fog, remélem elkerülhetjük, hogy a mindenkori hatalom saját érdekeinek megfelelően felhasználhassa a Magyar Orvosi Kamara vezetőségét, illetve tagjait.

Birtalan Iván dr.
a Magyar Orvosi Kamara
főtitkára

A Magyar Orvosi Kamara levele az Orvosi Hetilap olvasóihöz

T. Szerkesztőség! Nagy örömmel olvastuk a Főszerkesztő Úr „Az olvasóhoz” című levelét, melyben említést tesz, hogy ennek az igen nagy történeti hagyományokkal rendelkező lapnak nemcsak szakmai nyitottságán számíthatunk változtatni, hanem ezentúl szakmapolitikai kérdéseknek is teret kíván adni, melyről személyes beszélgetésünk alkalmával is biztosított. Ez bátorított fel arra, hogy levéllel forduljunk Önhöz, és minden, a lapot olvasó, orvoshoz.

Az elmúlt évek társadalmi-gazdasági változásai nem hagyták érintetlenül az egészségügyet sem. A maradékévi szerinti pénzelosztás, a mennyiségi szemléletű fejlesztés az amúgy sem kedvező helyzetben lévő orvosi ellátást tovább rontotta és az intézmények többségénél alapvető működési nehézségeket eredményezett. Az egészségügyön belül kialakult anyagi érdekeltségi viszonyok szegényteljes helyzetbe sodortak orvost és beteget egyaránt. A kedvezőtlen változások mellett nem volt olyan szervezet, vagy intézmény, amely elvállalta, vagy fel tudta volna vállalni az egészségügy, s ezen belül is hangsúlyozottan az orvosok érdekvédelmét.

Elengedhetetlenül vált ezért egy, a történelmi hagyományokra épülő új orvosi kamara megalakítása.

A szervezést számos nehézség lassította, ezek között nagymértékben hátráltatta az eredményes munkát, a továbblépést, hogy az év márciusi alakuló ülést követően több mint fél évvel később jegyezte be a Fővárosi Bíróság a Magyar Orvosi Kamarát. Nehéz feladatokat rótt a szervezőkre, hogy nem volt mindeddig lehetőség és mód a jelentkezőket és valamennyi kollegát megbízható módon tájékoztatni terveinkről, szándékainkról, elért eredményeinkről.

Mindezek miatt nagy örömmel vettük az Orvosi Hetilap nyitottságát, a lehetőséget, hogy valamennyi már meglévő és leendő tagunkat ezúton informálhassuk.

További, mindenki számára hasznos együttműködés reményében

Balogh Sándor dr.
a Magyar Orvosi Kamara
Sajtó és Propaganda Bizottságának
elnöke

HÍREK

A MPT Gerontopszichiátriai Szekciójának az 1990. évben is megrendezett továbbképző tanfolyamát orvosok és pszichológusok részére „Időskori neuropszichiátriai képek klinikuma” címmel.

A tanfolyamot havi egy, összesen nyolc előadással (alkalmanként 9–13 óráig) formájában bonyolítjuk le márciustól decemberig (július és augusztus kivételével).

Az ülések helye az Orsz. Ideg- és Elmegógyászati Intézet (Bp., II., Vörösi Hadserg útja 116.).

A tanfolyam teljes évi részvételi díja 1500.— Ft.

A jelentkezéseket levelben várjuk a következő címre:

Dr. Donátsy Marianne főorvos
Főv. Tanács VB Róbert Károly krt-i Kórház

II. sz. Pszichiátriai Osztály

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 82.—84.

A jelentkezőknek megküldjük a részvételi díj befizetésére szolgáló csekket.

A befizetés határideje: 1990. március 15.

A regisztrált hallgatók, kik valamennyi ülésen résztvettek, az OTE részéről igazolást kapnak a tanfolyam elvégzéséről.

Az első ülés 1990. március 29-én (csütörtök) lesz 9–13 óráig — kivételesen — az OTE Neuropszichiátriai Klinikájának (II., Vörösi Hadserg útja 4.) kupaletérben.

Az ülések további időpontjairól és pontos helyéről az Orvosi Hetilapban és a MPT Tájékoztatójában informáljuk az érdeklődőket.

A Magyar Labordiagnosztikai Társaság Székházát Munkacsoportha 1990. május 11-én (pénteken) 13.30 órai kezdettel tartja éves tudományos ülést Szombathelyen a Markusovszky Kórház Központi Laboratóriumának szervezésében.

Kérjük jelezni a részvételi szándékot, valamint az esetleges előadásra való jelentkezést. Cím: Prof. dr. Kovács L. Gábor oszt. vez. főorvos Vas Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet Központi Laboratórium, 9701 Szombathely, Hármán K. u. 28.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

Immár 3 éves múltja tekint vissza a Debreceni Orvostudományi Egyetem Kísérletes Sebészeti Intézetében működő Sebészeti Varróanyagok Műzeuma, melyet ez idő alatt sokan látogattak meg.

Az összegyűjtött anyag szélesebb, gazdagabb tájékozódást kíván kényszeríteni a kollegákat, ha van régi — bármilyen műhosszú, fajtájú — sebészeti varróanyaguk, szívesen vennék, ha azokat felajánlanák és elküldnék az intézet címére: (DOE Kísérletes Sebészeti Intézet, 4012 Debrecen, Pf. 21.)

Természetesen a küldött anyag mellett a tárlóban megjelöljük a forrás helyet is.

Az érdeklődőket továbbra is szeretettel várjuk.

Közlemény!

Dr. Halász Péter-dr. Rajna Péter: EPILEPSZIA c. könyvét az ON-NOMARK kiadásában, az Europspress Nyomda kivitelezésében rekordidő alatt jelentette meg.

A könyvbe a rendkívül gyors nyomdai átfutási idő miatt néhány nem értelmezhető betűhiba került.

Ezért mind a Kiadó, mind a Nyomda a tisztelt olvasó elnézését kéri.



A Magyar Kardiológus Társaság Echocardiographiás munkacsoportja 1990. március 5-én 1700 órai kezdettel tudományos ülést tart az Orvostudományi Egyetem oktatási épületében.

Téma: A Doppler-echocardiographia értéke a műbillentyűs dys-functio diagnosztikájában.

A szegedi munkacsoport rendezésében.

Üléselnök: Lengyel Mária dr.
Bevezetőt mond: Fortster Tamás dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(296)

A Szolnok Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Főigazgató Főorvosa (Szolnok, Vörös Hadsereg u. 39-41. sz.) pályázatot hirdet

3 fő szakorvosi állásra az újszászi Pszichiatriai és Rehabilitációs Osztályra.

A pályázat elbírálásánál pszichiatriai szakképítéssel, illetve gyakorlati lakásokban — orvosházaspár jelentkezése előnyben.

Emellett várjuk szakvizsga előtt állók, illetve pályakezdők jelentkezését is. Bérezés: Szakorvosok esetében — szakmai gyakorlati függően

— kiemelt bérzés pályakezdők esetében 10 000,— Ft/hó.
Elhelyezés az intézet területén belül kettő, illetve háromszobás szolgálati lakásokban — orvosházaspár jelentkezése előnyben.

Kedvezményes étkeztetés az intézményben belül megoldott.

Az osztály sávfeladatokat lát el. Az akut pszichiatriai betegellátás mellett rehabilitációs és munkaterápiás részleggel is rendelkezik.

A pályázatot megjelenéstől számított 30 napon belül — a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet 1. sz. mellékletében meghatározott mellékletekkel — az intézet főigazgató főorvosának lehet benyújtani.

Az állások a pályázat elbírálása után azonnal elfoglalhatók.

Krasznai Géza
ig. főorvos

(3)

A Budapesti Közközelési Vállalat Egészségügyi Szolgálat azonnali belpénssel keres korszerű rendelésre állásban átemorvosokat, orr-fül-gégészszakorvosokat, EKG (kardiológus) szakorvosokat.

Bérzés és egyéb juttatások a Kollektív Szerződés alapján — meg-
egyezés szerint.

(Pályakezdőknek egyszeri 8 000—10 000,— Ft-os juttatás.)

A dolgozó családtagjai térítésmentes éves BKV utazási igazolványt kapnak.

Jelentkezés: Dr. Humadi Erzsébet vezetőfőorvosnál Budapest, X. Fehér út 1. III. 365. szoba. (Metró Örs vezér téri végállomás). Telefon: 118-7416.

(4)

A Bp. Főv. Tan. VB. Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet Főigazgató Főorvosa (1204 Bp. Köves u. 2-4.) pályázatot hirdet:

2 fő *Organikus Idegrendszert* (szakvizsga előtt állók részére)
1 fő *Mozgásszervi Szakrendelésre* (szakvizsga előtt állók részére)
1 fő *Urológiai Osztályra* szakorvos részére Ultrahangdiagnosztikai, endourológiai jártassággal, valamint nyelvtudással rendelkező szakorvosok előnyben.

Képzés bérzés a 14/1984. XII. 17. ÁBMH sz. rendelet szerint.

A pályázati kérelmeket a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendeletben meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Dr. Kálnoki Gyöngyösi István
főigazgató főorvos

(8)

Lenti Városi Tanács Rendelőintézet Igazgató Főorvosa (8961 Lenti, Pf. 5.) pályázatot hirdet

1 fő *orr-gége szakvizsgálóval* rendelkező *ÜZEMORVOSI* állásra.

Illetmény szolgálati idő figyelembevételével a 14/1983. ÁBMH számú rendeletben foglaltak szerint. Lakást biztosítunk.

A pályázatot a Rendelőintézet Igazgató Főorvosához kell benyújtani.

(10)

Felszerelt szemérettel rendelésbe társat keresek.

Operatív-mikroszkópos gyakorlati munkát végző előnyben.
Érdeklődni este 153-7191.

Előadók:

1. Medgyesi Ferenc dr. és Hegedűs Ida dr. (DOTE, Szív- és Tüdőklinika);

Műbillentyűs dys-functio vizsgálata konvencionális Doppler-echocardiographiával.

2. Bartha Elek dr. és a Szívsebészeti munkacsoport (SOTE Szív- és Érszabályozó Klinika): Két év tapasztalata műbillentyűs dys-functio betegekben.

(12/a)

Várpalota Városi Tanács VB. Kórház-Rendelőintézet Igazgató Főorvosa — 8100 Várpalota, Honvéd u. 2. — pályázatot hirdet:

— 1 fő *belgyógyász szakorvosi állásra*,
gastroenterológiai endoszkopos gyakorlati munkát végző előnyben.

— 1 fő *felhívó körzeti orvosi állásra*,
— 1 fő *gyermekgyógyászati orvosi állásra*,
— 1 fő *sz. átemorvosi állásra*,
— 1 fő *belgyógyász szakorvosi állásra*,
— 1 fő *anesthetiológus szakorvosi állásra*.

Az állásokhoz lakást biztosítunk.

Fizetés az idevonatkozó ÁBMH rendelkezések megfelelően. Pályázatot a fenti címen a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendeletben foglaltak szerint kell benyújtani.

Dr. Bors József
igazgató főorvos

(14/a)

A Dr. Diósszágyi Sámuel Kórház-Rendelőintézet Igazgató Főorvosa 6901 Makó, Kórház u. 2. sz. Pf. 72.) pályázatot hirdet a *Vérado Állomás vezető főorvosi állásának betöltésére*.

Pályázati feltétel:
Szakorvosi képesítés és a szakorvosi képesítésnek megfelelő 10 év szakmai gyakorlat.

Transzfúziológiai szakvizsgálóval rendelkező előnyben részesülnek.

Pályázatot hirdet még üresen lévő körzeti orvosi állás betöltésére.

Bérzés megegyezés szerint. Lakásügyben személyes megbeszélés szükséges.

Dr. Fejes Magdolna
igazgató főorvos

(17/a)

A Veszprém Megyei Tanács Dobai Pszichiátriai Szakkórháza (Szocioterápiás Intézet) a jövőben mind szerkesztést, mind működését magasabb szintre kívánja emelni.

Két akut felvételt osztály, nappali szanatóriummal egybekötött ambulanciát szeretnénk működtetni.

A természeti és társadalmi feltételek alkalmasak arra, hogy magas szintű pszichiátriai ellátást biztosítsunk meg.

Ezen célkitűzéseinkhez keresünk jól képzett, vagy a képzésre nyitott *pszichoterápia végzésre alkalmas orvosokat és pszichológusokat*.

(Házaspárak előnyben.)
Kiemelt fizetést és lakást biztosítunk.

Dr. Horváth József
igazgató főorvos

(19)

A Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ (Budapest, IX., Knézis u. 14. 1092) Főigazgató Főorvosa pályázatot hirdet:

Sebészeti Osztályán osztályvezető főorvosi állásra határozott idejű munkakörre.

Szülészeti Osztályán osztályvezető főorvosi állásra határozott idejű munkakörre.

A munkaköröknek megfelelő szakorvosi képesítés és 10 éves szakorvosi munkakörben eltöltött idő szükséges.

A 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendeletben foglalt mellékletekkel felszerelt pályázatot a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül a kórház igazgatójának kell megküldeni.

Dr. Csiki Gábor
főigazgató főorvos

(20)

A Gyógyszerkutató Intézet KV. Orvosi Osztályra keres angol nyelv-tudással rendelkező 1 fő orvost, és 2 fő *gyógyszerész adminisztratív munkakörre*.

Biometria ismeretekkel rendelkező előnyben!

Cím: Bp., Szabadságútcák útja 47-49. Tel.: 1 690-011/315 mell.

(21)

A Zirci Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Igazgató Főorvosa (Zirc, József Attila u. 17.) pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra:

A zirci-kórházban 1990. január 1-jétől újraszervezett *Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály vezető főorvosi állásra*. A kinevezésre kerülő

3. Forster Tamás dr., Varga Albert dr., Kardos Attila dr. és Csánády Miklós dr. (SZOTE II. Belklinika);

Műbillentyűs dys-functio vizsgálata szinkronizált Doppler-echocardiographiával.

4. Lengyel Mária dr., Villányi József dr., Vázyonyi Júlia dr., Butkai Csabáné és a Szívsebészeti Osztály (Országos Kardiológiai Intézet);

Transoesophagealis echocardiographia alkalmazása a műbillentyűs dys-functio kimutatásában ambulans és intraoperatív körülmények között.

főorvos feladata az osztályon, szakrendelésén és szakambulancián a gyógyító-megelőző munkák irányítása és végzése, valamint a zirci kórház területén az anesthesiológiai munkák irányítása és felügyelete.

Az állás elnyerésénél megfelelő vezetői gyakorlattal és anesthesiológiai szakképítéssel is rendelkező pályázatot előnyben részesítjük.

Bérzés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH rendelet szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatot benyújtási határideje a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

A zirci kórházban 1990. január 1-jétől újraszervezett *Belgyógyászati Osztály vezető főorvosi állásra*.

A kinevezésre kerülő főorvos feladata az osztályon, szakrendelésén és szakambulancián a gyógyító-megelőző munkák irányítása és végzése.

Az állás elbírálásánál a vezetői gyakorlattal rendelkező pályázatot előnyben részesítjük.

Bérzés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH rendelkezés szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi. A pályázatot benyújtási határideje a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

A zirci kórházban *Sebészeti Osztály vezető főorvosi állásra*. Az állás 1990. április 1-jétől töltendő be.

A kinevezésre kerülő főorvos feladata az osztályon, szakrendelésén és szakambulancián a gyógyító-megelőző munkák irányítása és végzése.

Az állás elnyerésénél megfelelő vezetői gyakorlattal és traumatológiai szakképítéssel is rendelkező pályázatot előnyben részesítjük.

Bérzés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH rendelkezés szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatot benyújtási határideje a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

A három főorvosi állásra a pályázati anyagot 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet 1. számú melléklete szerint kérjük összeállítani, és a zirci kórház igazgató főorvosának benyújtani.

Pályázatot hirdet továbbá:

A Zirci Kórház Belgyógyászati Osztályán áthelyezés miatt megüresedett *belgyógyász szakorvosi állásra*.

A lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állás 1990. január 1-jétől töltendő be. A pályázatot benyújtási határideje a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

A Zirci Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Igazgató Főorvosa pályázatot hirdet a Városi Kórház *gastroenterológiai igazgatóhelyettes állására*.

Az állás betöltéséhez szükséges feltételeket a 7/1987. (VI. 30.) EüM számú rendelet tartalmazza.

A gazdasági szervezetben vezetői gyakorlattal rendelkező előnyben részesülnek.

Bérzés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH sz. rendelkezés szerint.

Pályázatot benyújtási határideje a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

Dr. Moncsart László
igazgató főorvos

(22)

Csorna Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet (9300 Csorna, Vörösi H. u. 64.) Igazgató Főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő *belgyógyászati segédorvosi állásra*.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Dr. Tömösi Katalin
igazgató főorvos

(23)

A Bp. Főv. Tan. VB. Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet Főigazgató Főorvosa (1204 Bp. Köves u. 2-4.) pályázatot hirdet:

3 *psychiater szakorvosi* (szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk)

1 *fül-orr-gégész szakorvosi*, (szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk)

1 *szülés-nőgyógyász szakorvosi és*
1 *belgyógyász szakorvosi állásra*.

(Betegefelvételi és Diagn. Oszt.)

Dr. Kálnoki Gyöngyösi István
főigazgató főorvos

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 11 400 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: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/135

Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.11111 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

VERAPAMIL[®]

injekció

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 periferiális ellenállást, valamint a szív oxigén igényét.

HATÓANYAG:

5 mg verapamilium chloratum ampullánként (2 ml).

JAVALLATOK:

A supraventricularis tachycardiák kezelésére:

- sinus-ritmus helyreállítása paroxysmalis supraventricularis tachycardiákban, beleértve a Wolf—Parkinson—White és a Lown—Ganong—Levine—syndromákat is;
- fokozott kamrai frekvencia átmeneti csökkentése pitvarlebegésben vagy pitvarfibrillációban;
- a tocolysisben használt béta-sympathomimetikumok cardiovascularis mellékhatásainak enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK:

Súlyos hypotonia, cardiogen shock, friss myocardialis infarctus, másod- vagy harmadfokú AV-block, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), súlyos congestiv szív-elégtelenség (kivéve, ha ez Verapamillel kezelhető paroxysmalis supraventricularis tachycardia következménye), digitális intoxikáció.

ADAGOLÁS:

kizárólag intravénásan alkalmazható!

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.

Kérjük, a Verapamil injekció alkalmazása előtt vegye figyelembe a jelentős számú gyógyszer-kölcsönhatás előfordulásának valószínűségét.

RÉSZLETESEBB INFORMÁCIÓ:

a teljes gyógyszer-alkalmazási előíratot a CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára által szétküldött pótlap tartalmazza.



CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. 1045 Budapest, Tó u. 1—5.

PAXIRASOL[®] orrspray

Otorhinolaryngologicum alium

HATÁS:

A bromhexin — elsősorban a serosus nyálmirigyek működését aktiválva — fokozza a nyálkahártya-termelést. 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 mucinózus, viszkózus nyákot hígítja, oldja, annak kiürülését elősegíti.

HATÓANYAG:

0,02 g bromhexinium chloratum
10 g-os üvegenként (0,2 mg hatóanyag adagonként)

JAVALLATOK:

Profilaktikus alkalmazás: az orr- és orrgarat nyálkahártyájának kiszáradásának, illetve a nyák besűrűsödésének, pörkösödésének megakadályozása.

Terápiás alkalmazás: az orr- és orrgarat nyálkahártyájának különböző lokalizációjú, kiterjedésű és súlyossági fokú kiszáradásának kezelése, az orrnyálka termelődésének megszűnése, vagy nagyfokú csökkenése esetén (pl. Sjörgen-szindróma), hasonlóan az orr- és garatváladék gumyszerű koncentrációja, pörkös beszáradása esetén, mindezek oldása és kiürítésének elősegítése. Rhinitis sicca anterior, rhinitis sicca non foetida, ozaena okozta panaszok enyhítése és az epipharyngitis sicca különböző súlyosságú változatai.

Az orr- és epipharynx nyálkahártyáját érintő terápiásan alkalmazott sugárhatás okozta nyálkahártya-szárazság mérséklése.

ELLENJAVALLAT:

Ez ideig nem ismert.

ADAGOLÁS:

A mechanikus adagolópumpa egyszeri lenyomása 100 mg oldat (0,2 mg bromhexinium chloratum) spray-szerű formában való távozását biztosítja az üvegből. Felnőtteknek naponta 3-szor alkalmanként 2–5 adagot kell juttatni egy-egy orrfélbe. A fölös mennyiséget helyes hátrahajtott fejtartással az orrgaratba csorgatni.

MELLÉKHATÁSOK:

Átmeneti öklendezés, émelygés, kellemetlen ízérzet, rövid ideig tartó orreldugulás előfordulhatnak.

FIGYELMEZTETÉS:

Az orrspray használatakor átmeneti csípő érzés léphet fel az érintett nyálkahártyafelületen, ez azonban néhány perc alatt spontán megszűnik. Gyermekeknek adása nem javasolható, mivel gyermekgyógyászati alkalmazásáról nincs kellő tapasztalat.

MEGJEGYZÉS:

✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST