

Alfred



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 22. SZÁM 1173—1228. OLDAL

BUDAPEST, 1990. JÚNIUS 3.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

VERAPAMIL

injekció

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ionscatornán” keresztül, és ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvizetést és csökkenti a perifériás ellenállást, valamint a szív oxigén-igényét.

HATÓANYAG: 5 mg verapamilium chloratum ampullánként (2 ml).

JAVALLATOK: supraventricularis tachycardiák kezelésére:

- sinus-ritmus helyreállítása paroxysmalis supraventricularis tachycardiákban, beleértve a Wolff-, Parkinson-, White és a Low- Ganong-Levine szindrómákat is;
- fokozott kamrai frekvencia átmeneti csökkentése pitvarlebegésben vagy pitvarfibrillációban;
- a tocolysisben használt béta-sympathomimetikumok cardiovascularis mellékhatásának enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos hypotonia, cardiogen shock, friss myocardialis infarctus, másod- vagy harmadfokú AV-block, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), súlyos congestív szívelégtelenség (kivéve, ha ez Verapamillal kezelhető paroxysmalis supraventricularis tachycardia következménye), digitális intoxikáció.

ADAGOLÁS: kizárólag intravénásan alkalmazható! A Verapamil lassú intravénás injekcióját, legalább 2 perces időtartam alatt kell beadni, folyamatos EKG- és klinikai ellenőrzés mellett. A kívánt hatás elérése után az injekció alkalmazását abba kell hagyni! Javasolt adagja **felelőtteknek** 5-10 mg (0,075-0,15 mg/kg), 2 perc alatt beadva. Amennyiben a várt hatás nem érhető el ezzel az adaggal, a dózis 30 perc múlva megismételhető. **Idősebb** betegeknél óvatosságból ajánlatos az injekciót 3 perces időtartam alatt beadni.

Kombinált kezelés: chinidinnel (Chinidinum sulfuricum), procainamiddal (Procainamid), digitális-készítményekkel kombinálható, utóbbi esetben azonban figyelembe kell venni súlyos bradycardia és AV-block jelentkezésének lehetőségét!

MELLÉKHATÁSOK: A szer általában jól tolerálható, a betegek kis hányadánál (főként az AV-blockban vagy szívizom-károsodásban szenvedőknél) azonban életveszélyes mellékhatások is felléphetnek (pitvarlebegésben, pitvarfibrillációban fokozott kamrai frekvencia, súlyos hypotensio, extrém bradycardia, asystole). Általában azonban legfeljebb enyhébb mellékhatások fellépésére kell számítani: hypotensio, bradycardia, tachycardia, szédülés, fejfájás, hányinger, hányás, obstipatio, allergias reakció.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK:

Tilos az egyúttadás:

- intravénás béta-blokkoló szerekkel néhány órán belül (mindkét szer csökkenti a szívizom kontraktilitását és lassítja az AV-átvezetést);
- Disopyramiddal, Verapamil adás előtt 48, utána 24 órán belül (feltételezett interakciók veszélye miatt).

Óvatosan adható együtt:

- antihypertenzív szerekkel (ezek hatását növeli);
- plazmafehérjéhez nagy affinitással kötődő anyagokkal, pl. salicylatokkal (mivel a Verapamil is erősen kötődik);
- digitális-készítményekkel (súlyos bradycardia és AV-block kockázata miatt).

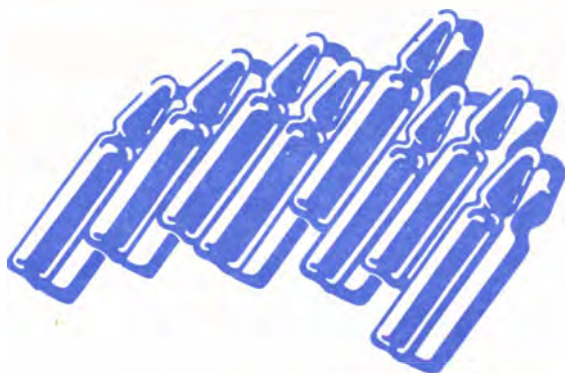
FIGYELMEZTETÉS: A ritkán előforduló életveszélyes mellékhatások fellépésének kockázata miatt a kezelés lehetőleg EKG ellenőrzés mellett történjék, és resuscitációs berendezések, cardioversio lehetőség álljon az orvos rendelkezésére. A készítményt lehetőleg ne alkalmazzuk a terhesség I. trimeszterében és a szoptatás ideje alatt, illetőleg Verapamil kezelés alatt ajánlatos a szoptatást szüneteltetni.

Túladagolás kezelése parenteralis calcium-bevitellel (Calcimusc, Calcium chloratum) és (béta)-adrenerg stimulánsok adásával történik.

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (2 ml)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
Budapest



CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Főszerkesztő:

FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:

KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Tanácsadó testület:

De Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:

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

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

131. ÉVFOLYAM

*

22. SZÁM

*

1990. JÚNIUS 3.

TARTALOMJEGYZÉK

Laczi Ferenc dr., Julesz János dr., Janáky Tamás dr., Iványi Tibor dr., Boda Krisztina dr., és László Ferenc dr.:

A vasopressin elválasztás szabályozásának vizsgálata primer hypothyreosisban és hypadreniában, valamint centrális diabetes insipidusban 1175

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Bakos Noémi dr., Mészáros Csilla dr., és Debreczeni Margit dr.:

A chronicus urticaria vizsgálata 1183

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Pejtsik Béla dr., Hadnagy János dr., Rappai Gábor dr., és † Kóbor József dr.:

Az orális kontraceptívumok hatása a fejlődési rendellenességek és az újszülöttek nemi arányának alakulására 1187

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Czeizel Endre dr. és Kovács Márta:

A diaphragma rendellenességek genetikai vizsgálata 1193

KAZUISZTIKA

Turi Tibor dr., Lengyel Mária dr., Végh Gizella dr., Szelier András dr., Szabó Péter dr., Simon Kornél dr., Istvánffy Mária dr. és Arvay Átila dr.:

Acut myocardialis infarctushoz társuló septum perforatio operált esete 1197

HORUS

A császármetszés ókori történetéről az irodalom és képzőművészet tükrében 1199

Transperitonealis veseeltávolítások hazánkban a századelőn 1201

100 évvel ezelőtt született a Doktor Zsivágó írója 1202

Folyóiratpreferátumok 1205

Könyvismertetések 1221

Megjelent 1225

Hírek 1228

Pályázati hirdetések 1228

NORCURON® injekció

(4 mg vecuronium
bromatum, liofilizált)



Rövid hatástartalmú, nem depolarizáló izomrelaxáns. Kizárólag intravénásan alkalmazható!

Általános anesztéziában kb. 15—30 percig tartó vázizomzat-ellazítást eredményez.

Hatása atropin és neosztigmin kombinációjával, vagy galantaminnal biztonságosan felfüggeszthető.

Egyéni túlérzékenység és terhesség esetén, valamint újszülötteknek és gyermekeknek nem adható!

Csak lélegeztető berendezéssel felszerelt sebészeti osztályokon alkalmazható a **frissen elkészített** injekciós oldat.

Organon Teknika cég licence alapján gyártja:

**Kőbányai Gyógyszerárugyár,
Budapest**



Laczi Ferenc dr.,¹
Julesz János dr.,¹
Janáki Tamás dr.,¹
Iványi Tibor dr.,¹
Boda Krisztina dr.,²
és László Ferenc dr.³

A vasopressin elválasztás szabályozásának vizsgálata primer hypothyreosisban és hypadreniában, valamint centrális diabetes insipidusban

¹Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged

I. sz. Belklinika Endokrinológiai

Ónálló Osztály és Kutató Laboratórium

(Vezető: Szarvas Ferenc dr.)

²Számítástechnikai Központ

(Vezető: Győri István dr.)

³József Attila Tudomány Egyetem Összehasonlító Élettani Intézet

(Vezető: Erdélyi Lajos dr.)

A szerzők 14 primer hypothyreosisban, 6 Addison-kórban és 21 centrális diabetes insipidusban (CDI) szenvedő beteg arginin-8-vasopressin (AVP) elválasztásának osmoregulációját vizsgálták. CDI-ben a histamin AVP-t serkentő hatását is értékelték. A plasma AVP koncentrációját radioimmunoassay-vel (RIA) határozták meg. A primer hypothyreotikus betegeket emelkedett és normális AVP alapszintű alcsoportra osztották. A nagy AVP alapértékű hypothyreotikus betegekben az ozmotikus küszöb csökkent. Addison-kórban emelkedett plasma AVP alapértéket és csökkent ozmotikus küszöböt mutattak ki. A CDI betegek az ozmotikus ingerre adott AVP válasz alapján két csoportra oszthatók: CDI I-ben az AVP-válasz teljesen hiányzik, míg CDI II-ben subnormális. CDI II-ben a histamin hatása is elmarad a kontrollokétól. A CDI I két alcsoportra bomlik: a CDI I/A betegeiben a plasma AVP histamin adását követően is mérhetetlenül alacsony, míg a CDI I/B-ben a histamin inger képes volt AVP felszabadulást kiváltani. Eszerint a CDI II csoport tagjai részleges CDI-ben szenvednek, a CDI I/A a kórkép komplett formája, a CDI I/B-ben a betegség kiváltásában feltehetően az osmoreceptorok működési zavara játszik szerepet.

The regulation of vasopressin release in primary hypothyroidism, Addison's disease and central diabetes insipidus. The osmoregulation of arginine-8-vasopressin (AVP) was investigated in 14 patients with primary hypothyroidism, in 6 with Addison's disease, and in 21 with central diabetes insipidus (CDI). In the latter disease the effect of histamine stimulus was also evaluated. Plasma AVP was measured by radioimmunoassay (RIA). Patients with primary hypothyroidism were classified into subgroups with elevated or normal basal levels of plasma AVP. A decreased osmotic threshold was found in hypothyroid patients with augmented basal AVP levels. Patients with Addison's disease exhibited an increased basal level of plasma AVP and a decreased osmotic threshold. CDI patients according to their AVP responses on osmotic stimulus fell into two groups: CDI I gave no response at all, while CDI II responded subnormally. CDI II exhibited blunted AVP release to histamine. The AVP reactions of the CDI I patients fell into two subgroups: CDI I/A had undetectable plasma AVP, whereas histamine evoked AVP release in CDI I/B. Patients with CDI II suffer from a partial CDI, while those with CDI I/A represent a complete form of the disease and CDI I/B presumably have an osmoreceptor failure.

Az AVP a hypothalamus magnocelluláris idegsejtjeiben képződik, ahonnan a hypophysis nyélen keresztül jut a neurohypophysisbe. Onnan a hormon különböző ingerek hatására felszabadul és a vérpályán át a vesékhez jutva a fakultatív vízresorptiót segíti elő.

Az AVP elválasztásának legfőbb szabályozói az osmoreceptorok, de a regulációban szerepe van a baro- és volu-

men receptoroknak is; továbbá számos bioaktív anyagról (catecholaminok, histamin, neuropeptidok stb.) ismeretes, hogy befolyásolni képesek az AVP secretióját.

Érdemesnek láttuk megvizsgálni az AVP elválasztás mértékét és szabályozásának zavarát olyan endokrinológiai kórképekben, amelyekhez vízyangcsere eltérés társul. Primer hypothyreosisban és Addison-kórban a vízretencióért az AVP megváltozott osmoregulációját teszik elsősorban felelőssé, bár az irodalmi adatok nem teljesen egyértelműek. Így primer hypothyreosisban leírtak kóros (32) és normális (13) osmoregulációt; Addison-kórban fokozott („inappropriate”) AVP elválasztást (30), normális osmoregulációt (16) és az ozmotikus küszöb áthelyeződését (25).

A CDI fogalma elégtelen AVP elválasztást eredményező többféle regulációs zavart magába foglalhat (osmoreceptorok, a magnocelluláris neuronok és a neurohypo-

Rövidítések: ACTH = corticotropin, AVP = arginin-8-vasopressin, CDI = centrális diabetes insipidus, LVP = lysin-8-vasopressin, RIA = radioimmunoassay, T₃ = trijódthyronin, T₄ = thyroxin, TSH = thyreotropin

Kulcsszavak: vasopressin — hypothyreosis — hypadrenia — diabetes insipidus

physis hibája) (23). A differenciál diagnosist korábban kizárólag indirekt vizsgálati eljárásokra alapozták (7, 21, 24). Az utóbbi másfél évtizedben radioimmunoassay eljárásokat vezettek be az AVP direkt mérésére. A hormon rezervjét ozmotikus (3, 22, 36) és egyéb (2, 6, 33) ingerekkel vizsgálják.

Betegek és módszer

Primer hypothyreosisban szenvedő 12 nőt és 2 férfit vizsgáltunk. Átlagos életkoruk 33,8 év, szélső értékek 28–63 év. A hypothyreosis megállapítása céljából serum T_4 , T_3 és TSH meghatározást végeztünk. A betegség kiváltásában 4 esetben Hashimoto-thyreoiditis, 3 esetben pajzsmirigy carcinoma miatt végzett totális thyreoidectomia szerepelt, a többi betegben a kóreredet nem tisztázott. A pajzsmirigy hormonpótló gyógyszerelést a vizsgálat előtt legalább 2 héttel elhagytuk.

Addison-kóros 6 beteg (4 nő és 2 férfi) átlagéletkora 46,8 év, szélső értékek 34–57 év. A betegség eredetként két esetben tuberculosus tetelezhető fel, a többiekben a kórok nem tisztázott. A kórisme igazolása a vizelet neutrális $\text{össz-17-ketosteroidok}$ és $\text{össz-17-hydroxycorticoidok}$, a serum összcortisol mérésével, továbbá metopirón és ACTH terhelés alapján történt. Glucocorticoid substitúciós gyógyszerelésüket a jelen vizsgálatokat megelőzően legkésőbb 3 nappal, a mineralocorticoid pótlást (DOCA sublingueta) 12 órával függesztették fel.

Mind a primer hypothyreosis, mind a hypoadrenia csoportban a vízretentio mértékét orális vízterhelési próba alapján határoztuk meg (19). A négy óra alatt bekövetkezett vizeletürítést a megítélt csapvíz százalékában fejeztük ki.

CDI-ben szenvedő 23 beteg (13 nő és 10 férfi) átlagos életkora 37,2 év, szélső értékek 19–51 év, napi vizeletürítésük $7,8 \pm 0,7$ liter ($\bar{X} \pm \text{SE}$). Kilenc esetben a csökkent AVP elválasztás oka ismeretlen, egy beteget Hand–Schüller–Christian-kór miatt kezelünk, az előzményi adatok között 6 esetben koponyasérülés, 3-ban vírusinfekció szerepel, négyben a betegség közvetlenül a megszületés után már feltűnt. A hypophysis előlő lebeny csökkent működését két betegben észleltük, erre vonatkozó hormonpótlásukat vizsgálataink alatt is folytattuk. A CDI kórisméjét a hypophysis AVP rezervjének indirekt megítélésével állapítottuk meg: orális víz- és sóterhelés, Carter–Robbins-teszt és vasopressin-érzékenységi próba. A plazma AVP direkt RIA meghatározása a diagnosis megerősítésében és finomításában volt segítségünkre. Eredményének birtokában két esetben az indirekt próbák alapján korábban CDI-nek véleményezett két nő diagnózisát psychés polydipsiára kellett módosítanunk. Őket a jelen vizsgálatok további értékelésében nem szerepeltetjük. Az antidiuretikus terápiát a vizsgálataink előtt 48 órán át szüneteltettük.

Kontroll csoportként 10 egészségesnek bizonyult személy (8 nő és 2 férfi) adatait ismertjük. Átlagos életkoruk 35,6 év, szélső értékek 17–68 év.

Az AVP rezerv vizsgálatát valamennyi csoportban elvégeztük hyperosmosis inger segítségével, egészségesekben és diabetes insipidusban ezen kívül histamin stimulust is alkalmaztunk. A vizsgálat előtt 12 órán át a résztvevők éheztek, nem dohányoztak, legalább 2 órán át feküdtek és szomjaztak.

A hyperosmosist 2,5% NaCl iv. infúzióval idéztük elő (0,11 ml/perc/tskg 2 órán át). Vérvétel AVP és osmolalitás meghatározására az infúzio 0, 30, 60, 90 és 120. percében történt.

Histamin terhelésként 0,5 mg Peremint (Chinoin) adtunk s. c. Vért vettünk az injectio előtt és utána 3, 10, 20 perc múlva.

A plazma AVP mérése RIA-val

Na_2EDTA -val alvadásgátló 10 ml vérmintákat gyűjtöttünk, melyeket feldolgozásig (legfeljebb egy héttig) -20°C -on tároltunk. Az általunk bevezetett RIA Dogterom és mtsai-nak (9) módosítása (17, 18). Kalibrációs görbe, radiojóddal jelzett hormon és antitest előállítás céljából szintetikus AVP-t alkalmaztunk (Organon, Oss, Hollandia, antidiuretikus aktivitása 408 NE/mg).

Az AVP-t kötő antitest AVP-(E-aminokapronsav)-thyroglobulin konjugátum ellen termeltük birkában. Az antitest véghígítása az assay-ben 1 : 500 000. Keresztreakciói: LVP 23,3-, desglycinamid-AVP 0,12-, arg-8-vasotocin 0,03-, oxytocin, 1–24 ACTH kisebb mint 0,01%. A kloramin-T eljárással előállított ^{125}I -AVP tisztítását reverz fázisú magasnyomású folyadékkromatográfiával végeztük (14). RIA előtt az AVP-t a plasmamintákból aktivált üveggörrel extraháltuk (9, 17, 18). A kalibrációs görbe pontjait a mintákkal megegyezően extraháltuk. A módszer érzékenysége 1,21 pmol/l. Az intra- és interassay variációs koefficiens 13,3-, ill. 16,3%.

A plazma osmolalitást fagyáspontcsökkenés alapján határoztuk meg (Advanced Digi Matic Osmometer, USA).

Az eredmények biometria feldolgozása

Az eredmények számtani átlagát ($\pm \text{SE}$) adtuk meg. Az adatsorok jellege szerint a változások szignifikanciáját Student-féle 2 mintás t (St-2-t) próbával vagy nem paraméteres eljárásokkal (Kruskal–Wallis-, Friedman-, Mann–Whitney U- és Wilcoxon-próba), ill. lineáris regressio analízissel értékeltük.

Eredmények

1. táblázat: Addison-kórosban az AVP szint az egészségesekénél nagyobb. A primer hypothyreosisban szenvedő betegek az AVP alapszint szerint nagy alapértékű (hypothyreosis I) és normál alapértékű (hypothyreosis II) csoportba sorolhatók.

1. táblázat: A plazma AVP, plazma osmolalitás és serum Na^+ alapértéke primer hypothyreosisban és Addison-kórosban

Diagnosis	N	plazma AVP (pmol/l)	plazma osmolalitás (mosm/kg)	Serum Na^+ (mmol/l)
Kontroll	10	$3,92 \pm 0,60^a$	$289,3 \pm 0,6$	$138,4 \pm 0,4$
Hypothyreosis I	9	$6,81 \pm 1,12^b$	$282,6 \pm 0,5^c$	$134,3 \pm 0,3^b$
Hypothyreosis II	5	$3,92 \pm 0,96$	$289,0 \pm 0,9$	$138,0 \pm 0,5$
Addison kór	6	$9,59 \pm 1,25^c$	$283,0 \pm 0,8^c$	$132,9 \pm 0,5^c$

a: $\bar{X} \pm \text{SE}$

b: $p < 0,05$, c: $p < 0,01$ (St-2-t)

portba sorolhatók. A hypothyreosisnak e két csoportja a serum Na^+ és a plazma osmolalitás tekintetében is szignifikánsan különbözik egymástól.

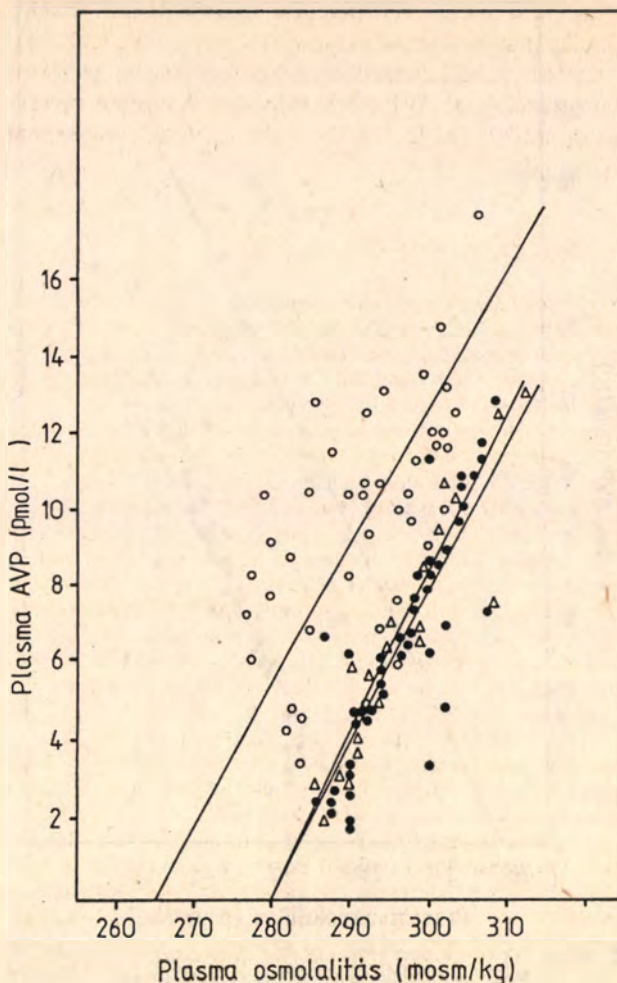
Az orális vízterhelés szerint a nagy AVP alapértékű hypothyreosis csoportban a vízvisszatartás kifejezettebb (vizeletürítésük a megítélt folyadék százalékában $44,0 \pm 4,5$, míg a normál AVP alapértékűeknél $66,0 \pm 7,2\%$), a különbség azonban a nagy szórás miatt statisztikailag nem szignifikáns. Különbséget tapasztaltunk a serum T_4 és TSH alapértékekben (serum T_4 : hypothyreosis I: $17,23 \pm 7,73$, hypothyreosis II: $49,15 \pm 6,08$ nmol/l, $p < 0,05$, St-2-t; serum TSH: hypothyreosis I: $45,68 \pm 5,74$, hypothyreosis II: $19,55 \pm 5,78$ mU/l, $p < 0,05$, St-2-t), míg a serum T_3 szintek a két csoportban közel azonosak, csakúgy mint a serum cortisol értékek és a testsúly. Kisebb a plazma osmolalitás alapértéke Addison-kóros betegekben is. 2,5% NaCl infúzio a plazma osmolalitást a kontroll személyekben $14,3 \pm 1,4$, Addison-kórosban $14,6 \pm 1,6$, a hypothyreosis I csoportban $15,0 \pm 1,5$, és a hypothyreosis II csoportba

porban $14,5 \pm 1,8$ mosm/kg-mal növelte. Egyidejűleg a plasma AVP a kontrollokban $10,46 \pm 0,59$, Addison-kórban $16,42 \pm 2,57$, hypothyreosis I csoportban $12,71 \pm 1,1$ és hypothyreosis II csoportban $10,62 \pm 0,42$ pmol/l csúcscsúrt értékre emelkedett.

1. és 2. ábra: a kontroll csoportban az ozmotikus küszöb (a regressziós egyenes metszéspontja az abszcisszával) 280 mosm/kg plasma osmolalitásnál található.

A hypothyreosis II csoportban az ozmotikus ingerre normális választ kaptunk, míg az I csoportban az ozmotikus küszöb a kontrollokénál szignifikánsan alacsonyabb ($p < 0,01$, St-2-t). Hasonlóképpen Addison-kórban is csökkent az ozmotikus küszöb ($p < 0,01$, St-2-t).

2. táblázat: a hyperosmosisra adott AVP válasz alapján a CDI betegek két csoportba oszthatók. A plasma AVP alapkonzentrációja mindkét csoportban a RIA módszer mérési tartományánál alacsonyabb; a plasma osmolalitás alapértéke szignifikánsan nagyobb, mint a kontrolloké. A CDI I csoportban a hyperosmosis az AVP szintjét nem emeli (hyperosmosis refrakter csoport). A CDI II csoport betegeiben 2,5% NaCl infúzió a plasma AVP koncentráció növekedését képes kiváltani (hyperosmosis-érzékeny csoport), az AVP válasz azonban a kontrollokétól elmarad. Az osmoreguláció megtartott voltát jelzi ebben a csoportban, hogy a plasma osmolalitás és AVP szint között pozitív korreláció áll fenn (3. ábra). Az AVP elválasztás ozmotikus küszöbe az egészségesekkel megegyező, a regressziós egyenes lefutása azonban laposabb. 3. táblázat: a histamin az AVP elválasztását egészséges egyénekben serkenteni képes. A CDI II (hyperosmosis érzékeny) betegekben a histamin terhelés részleges AVP hiányt jelez. E csoport betegei közül ötnek az előzményi adataiban koponyasérülés, egynek vírusinfekció szerepelt, 2 beteg csökkent AVP elválasztásának oka ismeretlen. A CDI I (hyperosmosis-refrakter) csoport betegei a histaminra adott AVP válasz alapján két alcsoportba sorolhatók. Az I/A alcsoportban a plasma AVP a histamin adását követően is mérhetően alacsony maradt (histamin-refrakter alcsoport), míg az I/B



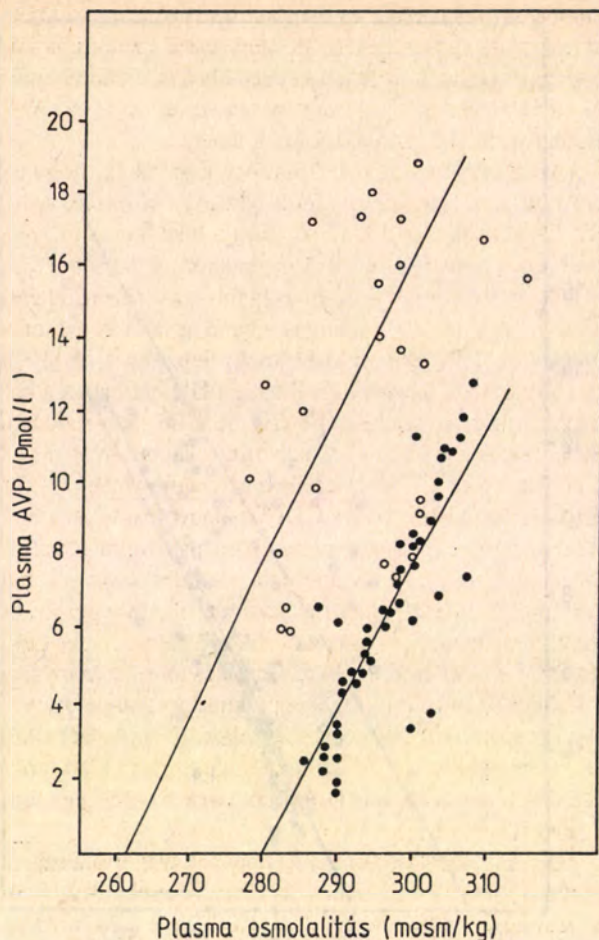
1. ábra: A plasma osmolalitás és AVP összefüggése hypertóniás NaCl iv. infúzió alatt primer hypothyreosisban ● ● Kontroll (pAVP = 0,41 (pOs=280); $r=0,83$; $p<0,001$), ▲ ▲ Hypothyreosis II (pAVP = 0,42 (pOs=280); $r=0,93$; $p<0,01$), ○ ○ Hypothyreosis I (pAVP = 0,37 (pOs=265); $r=0,71$; $p<0,01$)

2. táblázat: 2,5% NaCl infúzió hatása a plasma AVP-re, osmolalitásra és a szomjúságra centralis diabetes insipidusban (CDI)

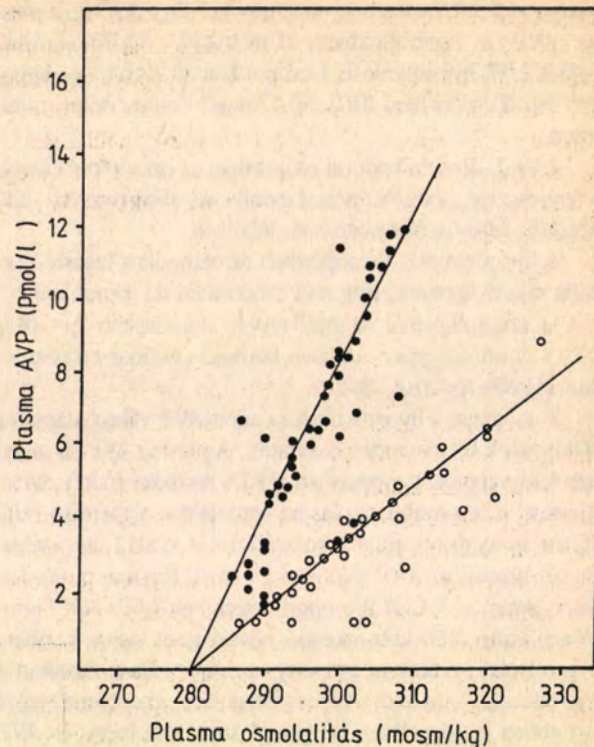
Diagnosis	N	Plasma AVP (pmol/l)			plasma osmolalitás (mosm/kg)			plasma osmolalitás a szomjúságérzet kezdetén (mosm/kg)
		alap	csúcs	Δ csúcs	alap	csúcs	Δ csúcs	
Kontroll	10	3,92 ^a $\pm 0,60$	10,46 ^f $\pm 0,59$	6,54 $\pm 0,61$	289,3 $\pm 0,6$	304,0 ^f $\pm 1,0$	14,3 $\pm 1,4$	297,2 $\pm 1,2$
CDI I	13	<1,21 ^{e,b} (<1,21—<1,21)	<1,21 ^e (<1,21—<1,21)	0	298,3 ^d $\pm 2,8$	312,0 ^{c,f} $\pm 2,9$	13,7 $\pm 1,5$	302,0 $\pm 2,9$
CDI II	8	<1,21 ^d (<1,21—2,82)	3,88 ^{c,f} $\pm 0,92$	2,47 $\pm 0,96$	300,3 ^d $\pm 2,3$	314,0 ^{d,f} $\pm 2,5$	14,1 $\pm 0,8$	303,1 $\pm 1,9$
Kruskal-Wallis ANOVA	p	<0,001	<0,001	—	<0,001	<0,001	—	N. S.

a: $\bar{x} \pm SE$, b: median (terjedelem)

szignifikánsan különbözik a kontrolltól c: $p < 0,05$, d: $p < 0,01$, e: $p < 0,001$ (Kruskal-Wallis) szignifikánsan különbözik az alapértéktől f: $p < 0,001$ (Willcoxon)



2. ábra: A plasma osmolalitás és AVP összefüggése hypertóniás NaCl iv. infusio alatt Addison kórbán. ●● Kontroll (pAVP = 0,41 (pOs—280); $r = 0,83$; $p < 0,001$) ●● Addison kór (pAVP = 0,42 (pOs—261); $r = 0,63$; $p < 0,01$).



3. ábra: A plasma osmolalitás és AVP összefüggése hypertóniás NaCl iv. infusio alatt egészséges egyénekben és centrális diabetes insipidus részleges formájában (CDI II).
●● Kontroll (pAVP = 0,41 (pOs—280); $r = 0,83$; $p < 0,01$),
○● CDI II (pAVP = 0,16 (pOs—280); $r = 0,67$; $p < 0,02$).

3. táblázat: **Histamin hatása a plasma AVP-re és osmolalitásra centrális diabetes insipidusban (CDI)**
Plasma AVP (pmol/l)

Diagnosis	N	Idő 0,5 mg histamin s. c. adása után				Fiedman ANOVA
		0 perc	3 perc	10 perc	20 perc	
Kontroll	10	$3,80^a \pm 0,47$	$11,28^f \pm 0,85$	$8,94^e \pm 1,08$	$4,15 \pm 0,40$	$p < 0,001$
CDI I/A	6	$< 1,21^{d,b}$ ($< 1,21 - < 1,21$)	$< 1,21^d$	$< 1,21^d$	$< 1,21^d$	N. S.
CDI I/B	7	$< 1,21^d$ ($1,21 - < 1,21$)	$6,29^{c,e} \pm 0,79$	$4,85^{c,e} \pm 1,75$	$< 1,21^d$	$p < 0,01$
CDI II	8	$< 1,21^c$ ($< 1,21 - 3,81$)	$4,71^{d,e} \pm 0,74$	$3,75^{c,e} \pm 0,93$	$1,75^c \pm 0,43$	$p < 0,01$
Kruskal-Wallis ANOVA		$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	—
Plasma osmolalitás (mosm/kg)						
Kontroll	10	$291,0 \pm 1,6$	$291,0 \pm 1,4$	$291,2 \pm 1,6$	$292,3 \pm 1,5$	N. S.
CDI I/A	6	$299,0 \pm 1,4^g$	$298,4 \pm 1,6$	$300,1 \pm 1,7$	$301,2 \pm 2,2$	N. S.
CDI I/B	7	$298,7 \pm 1,3^g$	$298,8 \pm 1,4$	$299,3 \pm 0,8$	$299,8 \pm 0,9$	N. S.
CD II	8	$298,4 \pm 1,9^g$	$298,3 \pm 1,9$	$300,0 \pm 2,1$	$299,0 \pm 2,2$	N. S.
Kruskal-Wallis ANOVA		$p < 0,02$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	

^a: $\bar{X} \pm S. E.$, ^b: median (terjedelem), szignifikánsan különbözik a kontrolltól ^c: $p < 0,05$, ^d: $p < 0,01$ (Kruskal-Wallis), szignifikánsan különbözik a 0 perces értéktől ^e: $p < 0,05$, ^f: $p < 0,01$ (Friedman), ^g: az alap plasma osmolalitás szignifikánsan különbözik a kontrolltól, $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis). A histamin a plasma osmolalitást nem befolyásolta (Friedman).

betegekben a histamin az egészségeseknél kisebb mértékben növelte a plasma AVP koncentrációját (histamin-érzékeny alcsoport). Az I/A betegek előzményi adataiban 1–1 esetben koponyasérülés, ill. Hand–Schüller–Christian-kór szerepelt, 4-ben a CDI közvetlenül a születés után tűnt fel. Az I/B betegek közül kettő a CDI-t megelőző vírusinfectió esett át, a többiben a csökkent AVP elválasztás oka ismeretlen.

Megbeszélés

Az egészséges egyénekben általunk talált plasma AVP alapértékek jól illeszkednek a szakirodalomban közölt adatokhoz (4, 26, 34). A különböző kórképekben mért AVP alapértékek tanulmányozásából kitűnik (1–3. táblázat), hogy a vizsgálat önmagában is értékes adat ugyan, de a kórisme felállításához nem elegendő. A biztonságos diagnosztika és az AVP elválasztás regulációjának jellemzése dinamikus vizsgálatokat tesz szükségessé.

Primer hypothyreosisban általánosan észlelt jelenség a vízretentio. Robinson (29) úgy tartja, hogy az AVP alig vagy egyáltalán nem játszik szerepet a hypothyreotikus betegek vízyangcsere zavarában. Az általunk vizsgált primer hypothyreotikusok mintegy 60%-ában azonban a plasma AVP alapszintje emelkedettnek bizonyult (I csoport). Bár az AVP secretiójának osmoregulációja megtartott, annak hibás voltát jelzi az ozmotikus küszöb csökkenése. A hypothyreotikus betegeink mindkét csoportjában jelentős a vízretentio, de ennek mértéke kifejezettebb a nagy AVP alapértékű csoportban. Bár számos tényező szerepelhet a hypothyreotikus vízyangcsere-zavarban (29), az AVP megváltozott secretiójának járulékos szerepét nem vethetjük el (15, 32). A nagy és normál plasma AVP alapértékű hypothyreotikus csoport egymástól jelentősen különböző T₄ és TSH szintje alapján felvethető, hogy az AVP osmoregulációjának zavara függ a pajzsmirigy elégtelenség súlyosságától (27, 31, 35).

Addison-kórban a plasma AVP alapszintje kifejezetten emelkedett. Adataink összhangban vannak másokéval (25, 30). Az osmoreceptor funkció zavarára utal azonban az ozmotikus küszöb általunk is észlelt csökkenése. A küszöbcsökkenésben mind a hypoaldosteronismus (28), mind a glucocorticoid hiány (1) szerepet játszhat. Noha Addison-kórban a vízretentióért a fokozott AVP elválasztás jelentős mértékben felelős, abban az AVP-től független (feltehetően intrarenalis) mechanizmusoknak is szerepe lehet (31).

Hypertoniás NaCl oldat iv. adására egészségesekben kapott plasma AVP adataink hasonlóak mások direkt AVP RIA mérési eredményeihez (3, 12, 22, 27).

A hypertoniás NaCl infúzióra adott AVP válasz alapján CDI-ben szenvedő 21 betegünket két csoportra oszthatuk. A CDI I csoportban (hyperosmosis-refrakter) a plasma AVP szintjét a hyperosmosis nem befolyásolta. Ezek a betegek az AVP elválasztás osmoregulációjának leg súlyosabb zavarában, komplett CDI-ben szenvednek. A CDI II-ben (hyperosmosis-érzékeny) a plasma osmolalitás növelése a normálisnál kisebb mértékben emeli a plasma AVP

szintjét. A plasma AVP és osmolalitás közötti pozitív korreláció és az egészségesekével megegyező ozmotikus küszöb igazolja, hogy ezekben az esetekben az osmoreceptorok működése ép; a vízyangcsere-zavar oka az AVP szintézisében, ill. elválasztásában lehet.

Állatkísérletekkel már korábban kimutatták, hogy az AVP elválasztásnak a histamin is hatékony ingere (5, 8, 10, 20). Saját adatainkból kitűnik, hogy a histamin emberben is serkenti az AVP secretiót. Ugyanakkor a histamin terhelés a plasma osmolalításra nincs befolyással. Ezért feltételezhető, hogy az AVP serkentése ilyenkor nem az osmoreceptorokon keresztül valósul meg; lehetséges, hogy a s. c. alkalmazott histamin AVP-t stimuláló hatásában a baroreceptoroknak van szerepe (11). A CDI II csoportban (hyperosmosis-érzékeny) a histaminra kapott AVP válasz kisebb mértékű az egészségesekénél, ami szintén a CDI részleges formáját jelzi. A CDI I csoport (hyperosmosis-refrakter) A és B alcsoportra bomlik a histaminra adott válasz alapján. A CDI I/A-ban (histamin-refrakter) a plasma AVP mérhetetlenül alacsony maradt mind hypertoniás NaCl, mind histamin adását követően. Ezekben a betegekben tehát az AVP képzés, ill. elválasztás teljesen hiányzik. A CDI I/B (histamin-érzékeny) alcsoportban a hyperosmosis nem okoz AVP felszabadulást, de a histamin képes emelni a plasma AVP szintet. Ezek szerint a CDI utóbbi formája az osmoreceptorok működésének elégtelenségével függhet össze.

Eredményeinkből kitűnik, hogy az AVP elválasztását serkentő ozmotikus és nem ozmotikus ingerek alkalmazása jelentős segítséget nyújt a CDI és egyéb eredetű vízyangcsere-zavarok elkülönítő diagnosztikájában és pathomechanizmusuk mélyebb megismerésében.

Köszönetnyilvánítás. A szerzők köszönetüket fejezik ki prof. Tj. B. van Wimersma Greidanusnak (Rudolf Magnus Intézet, Utrecht, Hollandia) az AVP extrakcióhoz alkalmazott Vycor üvegpör adományozásáért.

IRODALOM: 1. Aubry, R. H., Nankin, H. R., Moses, M. és mtsa: Measurement of the osmotic threshold for vasopressin release in human subjects, and its modification by cortisol. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1965, 25, 1481. — 2. Baylis, P. H., Gaskill, M. B., Robertson, G. L.: Vasopressin function in polyuric patients. *Q. J. Med.* 1981, 50, 345. — 3. Baylis, P. H., Robertson, G. L.: Plasma vasopressin response to hypertonic saline infusion to assess posterior pituitary function. *J. R. Soc. Med.* 1980, 73, 255. — 4. Bevilacqua, M., Meroni, R., Dagani, R. és mtsai: Role of blood osmolality in the regulation of vasopressin secretion in man: application of a new radioimmunoassay method for vasopressin. *J. Endocrinol. Invest.* 1985, 8, 97. — 5. Bhargava, K. P., Kuhlshrestha, V. K., Santhakumari, G. és mtsa: Mechanism of histamine-induced antidiuretic response. *Br. J. Pharmacol.* 1973, 47, 700. — 6. Blackett, P. R., Seif, S. M., Altmiller, D. H. és mtsa: Case report. Familial central diabetes insipidus: vasopressin and nicotin stimulated neurophysin deficiency with subnormal oxytocin and estrogen stimulated neurophysin. *Am. J. Med. Sci.* 1983, 286, 42. — 7. Carter, A. C., Robbins, J.: The use of hypertonic saline infusions in the differential diagnosis of diabetes insipidus and psychogenic polydipsia. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1947, 7, 753. — 8. Dogterom, J., Van Wimersma Greidanus, Tj. B., De Wied, D.: Histamine as an extremely potent releaser of vasopressin in the rat. *Experientia* 1976, 32, 659. — 9. Dogterom, J., Van Wimersma Greidanus,

Tj. B., De Wied, D.: Vasopressin in cerebrospinal fluid and plasma of man, dog and rat. *Am. J. Physiol.* 1978, 234, E463. — 10. Haas, H. L., Wolf, P., Nussbauer, J. C.: Histamine: action on supraoptic and other hypothalamic neurons of the cat. *Brain Res.* 1975, 88, 166. — 11. Harvey, C. A., Owen, D. A. A.: Time dependence of the interaction between histamine and histamine receptor antagonists in the cardiovascular system. *Br. J. Pharmacol.* 1980, 68, 187. — 12. Hayward, J. N., Pavasuthipaisit, K., Perez-Lopez, F. R. és mtsai: Radioimmunoassay of arginine vasopressin in Rhesus monkey plasma. *Endocrinology*, 1976, 98, 975. — 13. Hochberg, Z., Benderly, A.: Normal osmotic threshold for vasopressin release in the hyponatremia of hypothyroidism. *Horm. Res.* 1983, 17, 128. — 14. Janáky, T., Tóth, G., Penke, B. és mtsai: Iodination of peptide hormones and purification of iodinated peptides by HPLC. *J. Liquid Chromatography* 1982, 5, 1499. — 15. Jawadi, M. H., Ho Lydia, De Jong, D. C.: Effect of TRH on plasma arginine vasopressin. *Horm. Res.* 1984, 19, 91. — 16. Kleeman, C. R., Czaczkes, J. W., Cutter, R.: Mechanisms of impaired water excretion in adrenal and pituitary insufficiency. IV. Antidiuretic hormone in primary and secondary adrenal insufficiency. *J. Clin. Invest.* 1964, 43, 1641. — 17. Laczi, F., Iványi, T., Julesz, J. és mtsai: Plasma-arginine-8-vasopressin responses to osmotic or histamine stimulation contribute to the differential diagnosis of central diabetes insipidus. *Acta Endocrinol. (Copenh.)* 1986, 114, 168. — 18. Laczi, F., Janáky, T., Iványi, T. és mtsai: Osmoregulation of arginine-8-vasopressin secretion in primary hypothyroidism and in Addison's disease. *Acta Endocrinol. (Copenh.)* 1987, 114, 389. — 19. László F., Durszt F., Kovács K.: Orális víz és sóterhelés alkalmazása diabetes insipidusban és psychés polydipsiában. *Orv. Hetil.*, 1969, 110, 123. — 20. Mens, W. B. J., Bouman, H. J., Bakker, E. A. D. és mtsai: Differential effects of various stimuli on AVP levels in blood and cerebrospinal fluid. *Eur. J. Pharmacol.* 1980, 68, 89. — 21. Miller, M., Dalakos, T., Moses, A. M. és mtsai: Recognition of partial defects in antidiuretic hormone secretion. *Ann. Intern. Med.* 1970, 73, 721. — 22. Milles, J. J., Spruce, B., Baylis, P. H.: A comparison of diagnostic methods to differentiate diabetes insipidus from primary polyuria: a review of 21 patients. *Acta Endocrinol. (Copenh.)* 1983, 104, 410. — 23. Moses, A. M., Miller,

M., Streeten, D. H. P.: Pathophysiologic and pharmacologic alterations in the release and action of ADH. *Metabolism* 1976, 25, 697. — 24. Moses, A. M., Streeten, D. H. P.: Differentiation of polyuric states by measurement of responses to changes in plasma osmolality induced by hypertonic saline infusion. *Am. J. Med.* 1967, 42, 368. — 25. Robertson, G. L.: Thirst and vasopressin function in normal and disordered states of water balance. *J. Lab. Clin. Med.* 1983, 101, 351. — 26. Robertson, G. L., Mahr, E. A., Athar, S. és mtsai: Development and clinical application of a new method for the radioimmunoassay of arginine-vasopressin in human plasma. *J. Clin. Invest.* 1973, 52, 2340. — 27. Robertson, G. L., Shelton, R. L., Athar, S.: The osmoregulation of vasopressin. *Kidney Int.* 1976, 10, 25. — 28. Robertson, G. L., Aycinena, P. R., Zerbe, R. L.: Neurogenic disorders of osmoregulation. *Am. J. Med.* 1982, 72, 339. — 29. Robinson, A. G.: Neurohypophyseal function in hypothyroidism. In: Schrier, R. W. (ed). 1985, Vasopressin, 507. Raven Press, New York. — 30. Salomez-Granier, F., Leclerc-Cooimaert, L., Lefebvre, J. és mtsai: Etude de l'hormone antidiurétique (arginine-vasopressine) dans 24 cas d'insuffisance surrénale primitive. *Ann. Endocrinol. (Paris)* 1983, 44, 371. — 31. Schrier, R. W., Bichet, D. G.: Osmotic and nonosmotic control of vasopressin release and the pathogenesis of impaired water excretion in adrenal, thyroid, and edematous disorders. *J. Lab. Clin. Med.* 1981, 98, 1. — 32. Skowsky, W. R., Kikuchi, T. A.: The role of vasopressin in the impaired water excretion in myxedema. *Am. J. Med.* 1978, 64, 613. — 33. Tóth, E. L., Bowen, P. A., Crockford, P. M.: Hereditary central diabetes insipidus: plasma levels of antidiuretic hormone in a family with a possible osmoreceptor defect. *Can. Med. Ass. J.* 1984, 131, 1237. — 34. Uhlich, E., Weber, P., Gröschel-Stewart, U. és mtsai: Radioimmunoassay of arginine-vasopressin in human plasma. *Horm. Metab. Res.* 1975, 7, 501. — 35. Weitzman, R. E., Firemark, H. M., Glanz, T. H. és mtsai: Tyrotropin-releasing hormone stimulates release of arginine vasopressin and oxytocin in vivo. *Endocrinology* 1979, 104, 904. — 36. Zerbe, R. L., Robertson, G. L.: A comparison of plasma vasopressin measurements with a standard indirect test in the differential diagnosis of polyuria. *N. Engl. J. Med.* 1981, 305, 1539.

(Laczi Ferenc dr. Szeged, Pf. 744, 6701)

„Nem azok az emberiség igazi hősei, akik tönkre tett életek millióira építik mulandó birodalmukat, hanem éppen azok, akik a hatalom áldozataivá lesznek”.

Stefan Zweig

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 használata előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítője.

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.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Kompatibilis más narkotikumokkal és izomrelaxansokkal.

Fokozza a tubokurarin neuromuszkuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.

Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELMEZTETÉS: Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légcserét mechanikusan kell támogatni, mert az analeptikumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása aneszteziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiaiailag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS: ✖ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml-es üveg.

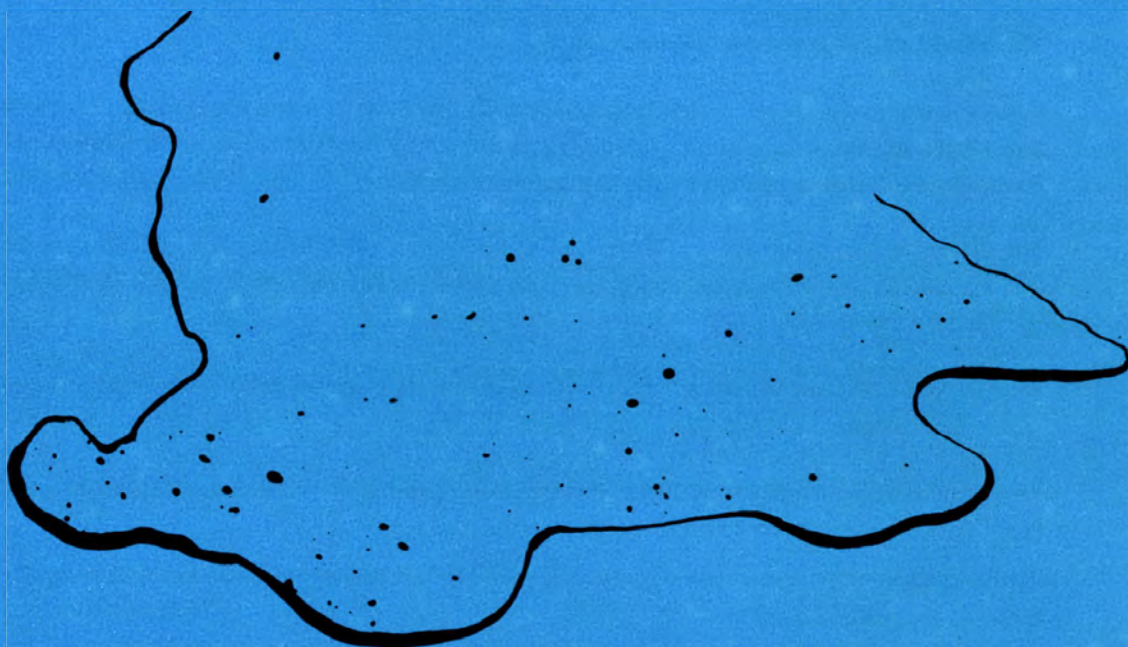
KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



EBRIMYCIN®

GÉL

**EREDETI
MAGYAR
SZÉLESSPEKTRUMU
LOKÁLIS
ANTIBIOTIKUM**



CHINOIN BUDAPEST 

EBRIMYCIN®

GÉL

ANTIBIOTICA TOPICA

Az Ebrimycin® gél hatóanyaga a Thermomonospora (Micromonospora) galeriensis törzs által termelt antibiotikum. E hatóanyag igen alacsony koncentrációban ($1\mu\text{g/ml}$ alatt) hat a Gram-pozitív baktériumokra és a mycobacterium törzsekre, beleértve a más hatóanyagokkal szemben rezisztens, ill. polirezisztens törzseket is. Ellene rezisztencia kialakulását ez ideig nem észlelték. Speciális membránkárosító hatása következtében „cid” hatású. Magasabb koncentrációkban hatásos vibriók, sarjadzógombák (Candida), dermatopythonok, Gram-negatív baktériumok, és egyes protozoonok (trichomonas) ellen. In vitro vizsgálatok kimutatták, hogy számos antibiotikum (penicillin-, tetraciklin-származékok, sztreptomycin, neomycin) hatását fokozza.

Összetétel: 20 mg primycinium sulfuricum, 200 mg lidocainum 10 g alkoholtartalmú gélben.

Javallatok: Traumás eredetű friss, felszínes sérülések, égések, roncsolások, bakteriális fertőződésének megelőzése, primycin-érzékeny mikroorganizmusok által fertőzött sérülések, roncsolások, műtési sebek, trophikus fekélyek (pl. ulcus cruris, decubitus), nekrotikus alapú nyílt gennyesedések (pl. gangraena fistula, krónikus osteomyelitis, abscessus), **felszínes és mély gennyedések** (pl. folliculitis, **acne 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.

Mellékhatás: Az alkalmazást követően muló, helyi, égő, csípő jellegű fájdalomérzés fordulhat elő, elsősorban nagy kiterjedésű égés, roncsolt sebek kezelésekor. Primycin-allergiát, ekzemat, gyulladást nem észleltek.

Megjegyzés: ☛ Csak vényre adható ki. – Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételhető.

Figyelmeztetés: Nagyobb felületen történő, különösen gyakori alkalmazása esetén gondolni kell a lidocain-felszívódás lehetőségére.

Zárt kezelés esetén, javasolt az Ebrimycin® géllal kezelt felület bekötése előtt az alkohol elpárolgását megvárni.

Csomagolás: 10 g-os tubusonként 10,- Ft.

CHINOIN BUDAPEST 

Bakos Noémi dr.,
Mészáros Csilla dr.,
és Debreczeni Margit dr.

A chronicus urticaria vizsgálata

Debreceni Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Nagy Endre dr.)

A szerzők chronicus urticariában szenvedő betegeket 3 lépcsőből álló kivizsgálási program alapján vizsgálták. Az első lépcsőt részletes anamnesis felvétel, általános fizikális vizsgálat, a második lépcsőt gócvizsgálat, epetenyésztes, széklethizsgálat, célzott radiológiai vizsgálatok képezték. A harmadik lépcsőben immunológiai és allergológiai vizsgálatokat végeztek. Gócvizsgálattal 44,9%-ban merült fel fogászati, ill. fül-orr-gégészeti, vagy nőgyógyászati góc lehetősége, több betegben egyszerre 2–3. A betegek 22,6%-ában végzett góctalanítás általában kedvezően befolyásolta a tüneteket. Az esetek 26,3%-ában észleltek emelkedett AST-szintet. A széklet, valamint epetenyésztes és nőgyógyászati vizsgálatokkal 10,57%-ban mutattak ki *Candida* fertőzést. A serum össz IgE szintjét emelkedettnek találták. A bőrpróbák eredményei közül kiemelhető a 19,63%-ban előforduló penicillin érzékenység.

Examination of chronic urticaria. 66 patients with chronic urticaria were examined using a three-stage examination protocol. Stage I. consisted of case history, general dermatological and internal physical examination and routine laboratory tests. Stage II. comprised investigation for focal infections (dental, oto-laryngeal, gynecological, bile culture), determination of AST, acidity tests of the stomach and aimed radiological examinations. Stage III. consisted of immunological laboratory tests (immune complex, Igs, IgE, special IgE determination) and allergological examinations (epicutaneous, intracutaneous probes, Prick test).

Az urticariának nincs aetiopathogenetikailag egységes alapja, a bőr reakciója különböző vasoaktiv mediátorok hatására, amely különböző, részben még ismeretlen mechanizmusok hatására jön létre (2).

Az urticaria felosztható fennállásának időtartama alapján. Illig négy csoportot különít el (6).

1. acut urticaria	csak egyszer jelenik meg	néhány nap 6 hét
2. acut intermittáló urticaria	rövid szakaszokban, hosszú szünet közötti iktatásával jelenik meg, amely hetekig, vagy hónapokig tarthat	6 hét — néhány év
3. chronicus recurrens urticaria	néhány napig tartó, szabad intervallumok jellemzik	6 hét — néhány év
4. chronicus continuus urticaria	minden nap jelelntkezik	6 hét — néhány év

Az acut urticaria az egészséges egyének 12–26%-ában jelentkezik az élet folyamán (15), háttérben gyakran egyszeri esemény áll. Ezzel szemben az acut intermittáló urticariában élelmiszer- vagy gyógyszerérzékenység szerepel (11).

A chronicus urticaria incidenciája 12/100 000, amely az életkorral szoros összefüggést mutat. Gyakorisága 2,9%, bár a szerzők eredményei a vizsgált betegcsoporttól függően eltérőek: 0,05–35%-ban tisztázatlan marad. A chronicus urticaria egyedi eseteiben a kiváltó tényezők felderítése komplex feladatot jelent.

Anyag és módszer

A DOTE Bőrklinikára 1958–88 között chr. urticaria diagnossissal felvett 66 beteg anyagát elemeztük a kórlap és az ambuláns lap adatait felhasználva, 3 lépcsőből álló kivizsgálási program alapján.

A betegek nem szerinti megoszlása: 53 nő (80,57%) és 13 férfi (19,4%). Életkoruk 10–76 év, átlagos életkoruk: 37,7 év.

I. Lépcső

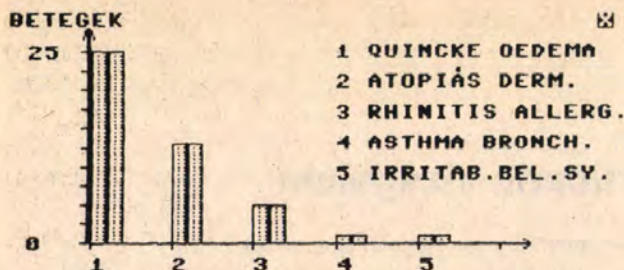
A kivizsgálás alapját az anamnesis képezte, valamint a korábbi betegségek, a jelen betegségre vonatkozó adatok és megfigyelések, különös tekintettel a betegség fennállásának időtartamára, a tünetekre, ezek napszaki megjelenésére, a beteg által megfigyelt kiváltó, vagy provokáló tényezőkre.

Az általános bőrgyógyászati és belgyógyászati fizikális vizsgálatokon kívül mellkasrtg.-felvételt és rutin laboratóriumi vizsgálatokat végeztünk.

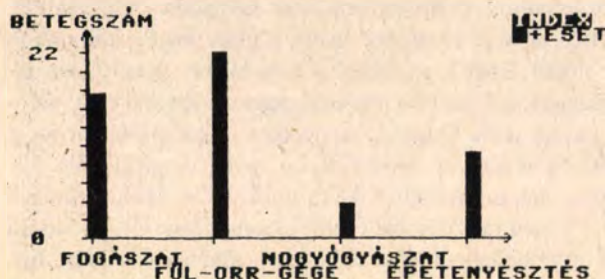
II. lépcső

1. Gócvizsgálat (fül-orr-gége, fogászat, nőgyógyászat, epetenyésztes, AST meghatározás).

Kulcsszavak: urticaria, vizsgálati módszerek



1. ábra: Az urticariához társuló tünetek megoszlása



2. ábra: A gócvizsgálat eredménye

2. A széklet féregpete, bélféreg, baktérium- és gombatenyésztéses vizsgálata
3. A gyomor aciditási viszonyainak meghatározása frakcionált próbareggelivel
4. Célzott radiológiai vizsgálatok (gyomor- és arcüreg rtg. és hasi UH)

III. lépés

1. Immunológiai vizsgálatok

A serum IgA, IgM, IgG immunglobulinok meghatározása Mancini radiál immundiffúziós módszerrel, serum IgE immunglobulin Phadebas IgE PRIST-tel, allergén specifikus IgE meghatározása Phadezym RAST-tal. A keringő immunkomplexeiket PEG immunprecipitációs eljárással mutattuk ki.

2. Allergológiai vizsgálatok.

- a. rutin epicutan sor
- b. Prick teszt — élelmiszerekkel, tartósítószerrel, gyógyszerekkel, inhalatív allergénekkal
- c. Intracutan próba bakteriális allergénekkal

Eredmények:

I. lépés:

A vizsgált 66 beteg anamnesise alapján a chr. urticaria fennállásának időtartama 4 héttől 13 év, átlagosan 18 hónap. A tünetek pontos kezdetéről 9 beteg számolt be.

Az urticariához 45 esetben társuló tünetek megoszlását az 1. ábra mutatja (1. ábra).

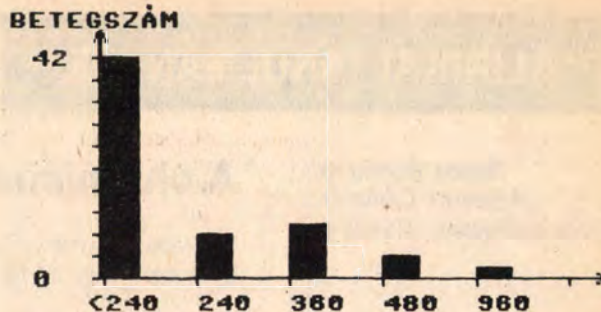
14 beteg a tünetek napszaki megjelenéséről számolt be. Ezen belül 8 betegben éjszaka, 3 betegben reggel, 2 betegben étkezés után és 1 betegben a munkahelyen jelentkeztek a tünetek.

Az anamnesis adatai szerint 2 betegben volt ulcus duodeni, 13 betegben végeztek korábban tonsillectomiát, 3-ban cholecystectomiát. A rutin laboratóriumi vizsgálatok kóros eltérést nem mutattak.

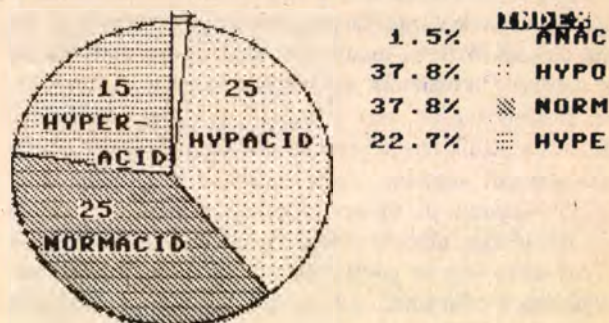
II. lépés:

1. Gócvizsgálat

Fogászati vizsgálat 17 esetben igazolta góc jelenlétét, 9-ben megtörtént a góc eltávolítása. Fül-orr-gégészeti vizsgálattal 22 esetben igazolódott góc, ebből 6 esetben a bentfekvés időtartama alatt tonsillectomiát végeztünk. A vizsgált 53 nőbeteg közül 11-ben nőgyógyászati vizsgálat történt, 4 betegben felmerült a nőgyógyászati



3. ábra: Az AST titer értékei



4. ábra: A gyomor aciditási viszonyai frakcionált próbareggelivel

góc lehetősége, akik a későbbiek során nőgyógyászati terápiában részesültek.

Ha a beteg panaszai, vagy anamnesise utaltak a chr. cholecystitis vagy cholelithiasis gyanújára, epitenyésztést végeztünk. A 14 esetből 10-ben pozitív tenyésztési eredményt kaptunk. A vizsgálatok eredményét a 2. ábrán tüntettük fel. (2. ábra).

A gócvizsgálatok kiegészítésére végzett AST meghatározások közül 24 esetben észleltünk emelkedett AST szintet, ez az esetek 26,3%-a. Ezek megoszlása 3. ábrán látható (3. ábra). Az AST értéke és a gócvizsgálat eredménye nem minden esetben állt párhuzamban.

2. Székletvizsgálat

3 betegben Enterobius vermicularis fertőzést találtunk. Baktériológiai tenyésztéssel 2 betegben kaptunk pozitív eredményt (Streptococcus fecalis). Gombatenyésztés 5 esetben volt pozitív (Candida albicans).

3. Gyomor aciditási viszonyai

Az eredmények a 4. ábrából láthatók, a savtermelésben a normálistól eltérő értékeket 41 esetben észleltünk.

4. Célzott radiológiai vizsgálatok

Arcüregfelvételt kizárólag chr. sinusitis gyanújakor és rhinitis allergiában készítettünk, összesen 7 betegben. Ebből 2-ben igazolódott a chr. sinusitis gyanúja, nasalis polyposist egy esetben sem tudtunk igazolni. 8 betegben hasi UH vizsgálat történt, ebből 4 betegben lehetett kóros eltérést kimutatni: 2 cholelithiasis, 1 cholecystitis és 1 chr. pancreatitis.

III. lépés

Immunológiai vizsgálatok

56 betegben határoztuk meg a serum IgA, IgM és IgG szintjét, kóros eltérést nem észleltünk. Az IgE átlagértéke a normálhoz (100 kU/l) viszonyítva emelkedett volt, az átlag 182 kU/l. Az értékek igen nagy szórást mutattak (4 kU/l—1000 kU/l). Az allergénspecifikus IgE meghatározást tej, tojás és rizs allergénekkal végeztük. Az értékelésnél a Phadezym/Phadebas osztályozás szerint 0—4 osztályt különítettünk el. A vizsgált 54 beteg közül 10 esetben volt Phadezym RAST pozitív, ebből 5 a rizsszel, 1 a tojással és 4 tejjel. A RAST pozitivitás és serum IgE szintje nem minden esetben mutatott összefüggést.

Immunkomplex meghatározásánál az eredményt akkor tartot-

tuk pozitívnak, ha az optikai denzitás $>0,120$. Pozitív eredmény 23 esetben mutatkozott.

2. Allergológiai vizsgálatok

A standard epicutan próbát elvégezve 19 betegben valamennyi allergénnel negatív eredményt kaptunk, a többi betegben 1, vagy 2 allergénnel pozitív volt az eredmény. A leggyakrabban allergizáló antigének a gyakoriság sorrendjében a következők voltak: króm és kobalt (10–10), nikkel (8), perubalzsam (7), szublimát (5), bensocain (3), formaldehid és gyanta (2–2) és terpentinolaj (1).

Prick teszttel bőrpróbát végeztünk a rendelkezésünkre álló antigénekk. Élelmiszerekkel pozitív eredményt kaptunk a következő gyakorisági sorrendben: tojás (14), tej (13), hús (12), csokoládé (8), sajt (7), paradicsom (4).

Tartósítószerrel 4 beteg szalicilát és 1 Na-benzoat érzékenysége igazolódott.

Gyógyszerekkel végzett bőrpróbával pozitív eredmények jelentkeztek következő gyógyszerekkel, a gyakoriság sorrendjében: Penicillin (6), Superseptyl (5), Algopyrin (4), Chlorocid (3), és Tetrán (1).

Inhalatív jellegű allergénekk szemben 5 betegben tudtunk érzékenységet igazolni: Dermatophagoides farinae (5), D. pteronyssimus (1), Cladosporium herbarum (4), Alternaria (2) és kutyaszőr (1).

Intracutan bőrpróbával bakteriális antigénekk 3 betegben E. coli, 2–2 betegben β -hemolizáló Streptococcus és Staphylococcus, 3 betegben Candida érzékenysége igazolódott.

Megbeszélés

A chr. urticaria kóroki tényezőinek tisztázása az irodalmi adatok szerint az esetek 21–30%-ában lehetséges (3, 6, 17).

Ring és mtsai (11) egy 3 fokozatból álló kivizsgálási sémát ajánlanak, amelyben minden diagnosztikus fokozatot anamnesisre, laboratóriumi és fizikális vizsgálatokra, valamint speciális allergológiai próbákra osztottak fel. Az első vizsgálati lépcsőfokot az alapvizsgálatok, a másodikat az intenzív kivizsgálás, a harmadikat a provokációs próbák képezik.

A chr. urticaria gyakoribb nőkben, mint férfiakban. Betegcsoportunkban 74,5% volt a nők aránya, Wüthrich (17) 56,6%-ot, Lennart (7) 66%-ot állapított meg.

Chr. urticaria valamennyi életkorban jelentkezhet, különböző szerzők a betegek átlagos életkorát 20–40 év között adják meg. Betegeink átlagéletkora 37,7 év.

A tünetek gyakran diurnális ingadozást mutatnak, általában az esti órákban, vagy éjszaka jelentkeznek és reggelre elmúlnak. Erre utalnak Lennart (7) adatai is, 53%-ban mutatott ki hasonló dominanciájú diurnális ingadozást. Az általunk kivizsgált betegcsoportban 21,2%-ban fordult elő a tünetek napszaki megjelenése.

A chr. urticaria és az angiooedema együttes előfordulását 3,75%-ban figyeltük meg. Egyes szerzők 18,82%-ban adják meg a koincidenziát (7, 9). Az esetek egy részében az urticaria kialakulása után később társul az angiooedema a tünetekhez (2).

Számos szerző beszámol arról, hogy az urticaria előfordulása gyakoribb atopiásokban, Champion (3) 18,5%-ban talált betegei anamnesisében atopiás dermatitist, bár adatai szerint a koincidenzia nem volt szignifikánsan emelkedett a kontroll csoporthoz képest. Eredményeink alapján az anamnézisben 19,53%-ban fordult elő atopiás dermatitis.

Az irodalmi adatok szerint a betegek 15–20%-ának kórtörténetében szerepel rhinitis allergica, amely magasabb előfordulási gyakoriság, mint a normál populációban. A rhinitises esetek egyharmadában nasalis polyposis is szerepel és a legtöbben közülük Aspirin intoleranciát mutatnak (7). A beteganyagban 7,58%-ban fordult elő a rhinitis allergica, de orrpolipot egy esetben sem tudtunk igazolni.

Gastrointestinalis tünetek előfordulásáról urticariában a szerzők a betegek 38–44%-ában számolnak be. Az anamnézis és a vizsgálati leletek alapján betegeink 9,9%-ában fordult elő. A gyomorsav szekréciójának csökkenése — amely az életkor előrehaladtával az egészséges egyénekben is kimutatható — chr. urticariában kifejezett. A sub- és anaciditás aránya 4–68%, a 20–40 életévek között, amely emelkedett az egészségesekben kimutatható 20–30%-os előfordulási gyakorisághoz viszonyítva (18). Adataink alapján a gyomor savtermelése a betegek 39,26%-ában csökkent. A gyomor motilitása a chr. urticariás betegekben fokozott (5). Mind a savszekréció csökkenése, mind a motilitás zavarai az emésztőrendszer gyulladásos nyálkahártya-elváltozásaival és funkciózavarával vannak összefüggésben.

Az epehólyag funkcionális és morfológiai betegségeinek gyakoribb előfordulását chr. urticariában Urbach már 1937-ben leírta (14). Betegeink 24,2%-ában volt aktuálisan vagy korábban lezajlott cholecystitis vagy cholelithiasis.

A gócfertőzések szerepe a chr. urticaria kiváltásában az esetek 3–10%-ban állapítható meg (17). Az általunk vizsgált betegek között 44,9%-ban merült fel fogászati, fül-orr-gégészeti, vagy nőgyógyászati góc lehetősége, több betegben egyszerre 2–3 is. A betegek 22,6%-ában góctalanítást végeztünk, amely általában kedvezően befolyásolta, vagy megszüntette a tüneteket.

A belférgesség szerepét chr. urticariában Wüthrich (17) a betegek 1,1%-ában írta le, vizsgálataink során 4,5%-ban igazolódott.

Champion (3) kiemeli a Candida fertőzöttség szerepét, amelyet Candidin allergénnel végzett intracutan bőrpróbával támaszthatunk alá. A széket, valamint epetenészéssel, és nőgyógyászati vizsgálattal 10,57%-ban mutattunk ki Candida fertőzést, 4,53%-ban a candidinrel végzett bőrpróba is pozitív eredményt adott (7 betegből 3).

A serum össz-IgE szintje emelkedett a chr. urticaria I-típusú allergiás reakció által kiváltott formájában. Értéke 126–182 kU/l (1, 8, 17). A vizsgált betegcsoportban 182 kU/l átlagos értéket határoztunk meg. A többi Ig frakcióban kóros értéket nem találtunk. Ezzel szemben Wüthrich (17) az IgM értékének emelkedését tapasztalta a betegek 45,3%-ában. Ennek hátterében néhány esetben IgM paraproteinaemiát igazolt.

A keringő immunkomplexek értékét 34,73%-ban emelkedettnek találtuk. Ez utal a III. típusú allergiás reakció jelentőségére, bár a gócfertőzés következménye is lehet.

A contact allergéneket tartalmazó standard epicutan tesztsor tagjai IV. típusú allergiás reakciót, contact ekzémát és contact urticariát hozhatnak létre. Több olyan allergént kimutattak, amely generalizált allergiás contact urticariát vált ki a korábban sensitizált bőrre helyezve. A kapott eredményeink alapján króm, kobalt, nikkel és perubalzsam érzékenység fordul elő leggyakrabban. Peltonen (10) az álta-

gos lakosság körében a nikkell sensitivitás gyakoriságát 4,5%-ban állapította meg. Az általunk megállapított 12% tehát emelkedett az átlaghoz képest. Perubalzsammal szembeni érzékenységet 10,57%-os gyakorisággal találtunk, amely szintén fokozott a kontroll értékhez (6,5) viszonyítva. *Temesvári* (13) a perubalzsamot a chr. urticaria egyes eseteiben szintén kiváltó tényezőként említi. *Boonk* (2) ismerteti néhány beteg esetét, akikben a chr. urticaria késleltetett típusú perubalzsam érzékenységgel járt.

Bár a gyógyszerekkel szembeni hypersensitivitás szerepe a chr. urticariában nem teljesen ismert, több szerző beszámol a gyógyszerekkel szembeni fokozott előfordulásáról (2, 7, 12). *Lennart* (7) szerint a betegek 32%-ában, *Ros* (12) szerint 15–50%-ában fordul elő gyógyszerérzékenység. Adataink szerint egy, vagy több gyógyszerrel szembeni érzékenység 39,26%-ban fordul elő, ezen belül 19,63%-ban penicillin-érzékenység.

A penicillin hypersensitivitás szerepére utal az a megfigyelés, hogy a pozitív penicillin bőrpróbájú betegek 50%-a tej és tejszármazék szegény diétán tünetmentes marad, vagy a tünetek jelentkezésének gyakorisága csökken. A tej penicillin tartalma 0,03–0,55 U/ml és ez a különösen sensitív egyéneknél allergiás reakciót okozhat. Valószínű, hogy húsmenyes diétán a tünetmentes betegek aránya tovább emelkedne, ugyanis az állatok húsa is tartalmaz penicillint (2). A tejmentes diétával kapott kedvező eredmények hangsúlyozzák a penicillin hypersensitivitás kimutatásának jelentőségét a chr. urticariában szenvedő betegekben.

Champion (4) adatai szerint az élelmiszerallergia az akut urticaria gyakori oka, de chr. urticariában csak 2%-ban fordul elő. Ezt az alacsony előfordulási arányt eredményeink cáfolják, a betegek 30%-a számolt be a tünetek rosszabbodásáról bizonyos élelmiszerek fogyasztása után.

Az inhalatív allergének kórokozó szerepe az asthma bronchiale kiváltásában jól ismert. A chr. urticaria kiváltásában a betegek 35%-ában játszhat szerepet (17). *Boonk* (2) a betegek 35%-ában mutatott ki inhalatív allergénekkal szemben pozitív bőrpróbát. Betegeinkben 7,55%-ban tudtuk igazolni ezen allergének szerepét a tünetek kiváltásában.

IRODALOM: 1. *Bakos N., Remenyik É., Debreczeni M., Mészáros Cs.*: Alimentaris urticaria vizsgálata. *Bőrgy. és Venerol. Szemle* 1989, 65, 49. — 2. *Boonk, W. J., van Ketel, W. G.*: Skin Testing in Chronic Urticaria. *Dermatologica* 1982, 163, 151. — 3. *Champion, R. H.*: Urticaria: then and now. *Brit. J. of Derm.* 1988, 119, 427. — 4. *Champion, R. H., Robert, S. O. B., Carpenter, R. G. Roger, J. H.*: Urticaria and angioedema. *Brit. J. Derm.* 1969, 81, 588. — 5. *Gloor, M., Heinkel, Schulz, K.*: Zur pathogenetischen Bedeutung von Magenfunktionsstörungen bei allergisch bedingter, chronischer Urticaria. *Derm. Monatsschrift* 1972, 158, 96. — 6. *Illig, L., Paul, E.*: Die Immunologie als Voraussetzung zum Verständnis von Pathogenese, Diagnostik und Therapie der Urticaria. *Dtsch Dermatol.* 1978, 26, 245. — 7. *Lennart, J.*: Recurrent urticaria: clinical investigation of 330 patients. *Brit. J. of Derm.* 1981, 104, 369. — 8. *Mészáros Cs., Debreczeni M., Mahunka I.*: Szérum össz-IgE szint vizsgálata bőrbetegségekben. *Bőrgyógy. és Venerol. Szemle* 1985, 61, 1. — 9. *Paul, E., Greilick, K. D., Dominante, G.*: Epidemiology of Urticaria. *Monogr. Allergy* 1987, 21, 87. (Karger, Basel 1987). — 10. *Peltonen, L.*: Nikkel sensitivity in the general population Contact Dermatitis. 1979, 5, 27. — 11. *Ring, J., Przybilla, B.*, „Drei-Stufen-Programm” zum diagnostischen Vorgehen bei chronischen Urticaria. *Der Hautarzt* 1985, 36, S 50. — 12. *Ros, A. M., Juhlin, L. Michaelsson, G.*: A follow up study of patients with recurrent urticaria and hypersensitivity to aspirin, benzoates and azo dyes. *Brit. J. of Derm.* 1976, 95, 19. — 13. *Temesvári, E., Soós, Gy., Podányi, B., Kovács, I., Németh, J.*: Contact urticaria provoked by balsam of Peru. *Contact Dermatitis* 1978, 4, 65. — 14. *Urbach, E.*: Kritische Übersicht über 500 eigene Urticariafälle Münch. *Med. Wschr.*, 1937, 84, 2054. — 15. *Whitcomb, N.*: Incidence of positive skin tests among medical students. *Ann. Allergy* 1971, 29, 678. — 16. *Wüthrich, B.*: Immunglobuline (IgG, IgA, IgM und IgE) und Komplementfaktoren (C₃, C₄, und C₁ Inhibitor) bei Urticaria chronica. *Dermatol Monatsschrift* 1979, 165, 191. — 17. *Wüthrich, B., Hacki-Hermann, D.*: Zur Ätiologie der Urticaria. Eine retrospektive Studie anhand von 316 konsekutiven Fällen. *Z. Hautkr.* 1980, 55, (2) 102. — 18. *Zaun, H., Ewe, K.*: Haut und Magenkrankheiten. *Elektrogastrographische Untersuchungen bei Kranken mit chronischer Urticaria.* *Fortschr. Med.* 1970, 88, 289.

(Bakos Noémi dr. Debrecen,
DOTE, Bőr- és Nemikórtani Klinika, 4012)

„Akinek gyenge a jelleme, dogmákban keres fogódzót.”

Camus

Tisztelt Megrendelőink!

A hírek, kongresszusi anyagok szerkesztőségünkbe küldött megrendeléseinket kérjük feltüntetni *MNB* számlaszámunkat.

Köszönettel
az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat

Pejtsik Béla dr.,
Hadnagy János dr.,
Rappai Gábor dr.
és †Kóbor József dr.

Az orális kontraceptívumok hatása a fejlődési rendellenességek és az újszülöttek nemi arányának alakulására

Baranya M. Tanács Kórház-Rendelőintézet, Pécs, ELISA Laboratórium
(főorvos: Pejtsik Béla dr.)
Nagyatádi Városi Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Hadnagy János dr.)
Janus Pannonius Tudományegyetem, Pécs, Közgazdaságtudományi Kar
Módszertani Tanszék
(tanszékvezető: Hoóz István dr.)
Baranya M. Tanács Egészségügyi Osztálya, Pécs
(vezető: †Kóbor József dr.)

Szerzők 17 031 egyes szülés adatait elemezve számítógépes analízis segítségével vizsgálták a terhességet megelőzően és a koraterhességben szedett orális kontraceptívumok hatását a fejlődési rendellenességek gyakoriságának, valamint az újszülöttek nemi arányának alakulására. Eredményeik szerint sem a terhességet megelőző, sem a fogamzás körüli időszakban, ill. a koraterhességben történő tabletaszedés nem emeli a fejlődési rendellenességek gyakoriságát. Az újszülöttek nemi aránya mindkét csoportban jelentős mértékű eltolódást mutatott a leány-újszülöttek javára.

Effect of oral contraceptives on developmental disorders and ratio of sex of the neonates. Several studies have suggested that maternal use of oral contraceptives before and early pregnancy may be associated with various congenital malformations. It had been found according to the computer analysis of epidemiologic data of 17 031 single pregnancies — the use of oral contraceptives taken prior to conception or during early pregnancy has not been proved to increase the frequencies of the malformation of the offspring. On the other hand it was found, that oral contraception used before and in the early pregnancy increases the chance that infants delivered sub-sequently will be female.

A terhesség alatt alkalmazott exogén szexuáliszteroidok esetleges teratogén hatásával évtizedek óta számos kutató foglalkozott (9, 21, 28, 34). A terhesség alatti szupportív terapia, valamint a fogamzást megelőzően és a terhesség első heteiben „véletlenül” szedett orális fogamzásgátlók ilyen irányú nemkívánatos mellékhatásainak vizsgálata a gyógyszer-teratológia egyik nagyon izgalmas kutatási területe. Az elmúlt egy-másfél évtizedben számos irodalmi közlés hívta fel a figyelmet a terhességi tesztként alkalmazott hormon-kombinációk, valamint a fogamzást követően is szedett orális kontraceptívumok és bizonyos veleszületett fejlődési anomáliák közötti összefüggésre (1, 8, 16, 20, 27, 30). Megfigyelték néhány központi idegrendszeri rendellenesség, mint például a hydrocephalus, meningomyelocele (8), végtag-redukciós tünetegyüttesek (4, 11, 16), szív-defektusok (7, 16) és egyéb anomáliák (27) számának emelkedését. A későbbi retrospektív és prospektív epidemiológiai vizsgálatok azonban nem igazoltak egyértelmű összefüggést az orális kontraceptívumok sze-

dése és a veleszületett fejlődési rendellenességek között (5, 33). Az állatkísérletes eredmények emberre történő vonatkoztatása is több esetben megkérdőjelezhető (2). Mind emberi vonatkozású tapasztalatok, mind pedig experimentális adatok azonban arra utalnak, hogy a nemi differenciálódás szexuáliszteroid hormonokkal befolyásolható, ha a hormonhatás az organogenezis periódusában éri az embriót (21, 29). Ily módon típusos interszexualitás alakulhat ki leány-magzatban androgének hatására, míg fiúmagzatban a férfi típusú struktúrák károsodhatnak ösztrogén-adás esetén (9, 18, 29, 31, 34). A 60-as években terhességmegtartó célból alkalmazott szintetikus progesztagénekről (ethisterone, norethindrone) kiderült, hogy maszkulinizálni képesek a leány-magzatokat (14, 31, 32). Kétségtelenné vált, hogy az androgének, ösztrogének, a szintetikus diaethylstilboestrol, valamint néhány szintetikus gesztagén módosítani képes a nemi szervek fejlődését állatkísérletekben és emberben egyaránt (10, 15, 17). A rendellenesség oka nagymértékben függ az alkalmazott dózistól, az expozíció időpontjától, annak tartamától és az embrió genetikai érzékenységtől (18, 33).

Crawford (3) figyelte meg 1973-ban először viszonylag kis számú eset értékelésekor, hogy azon asszonyok újszülöttjeiben, akik a terhességet megelőzően orális kontraceptívumot szedtek, kisebb százalékban fordult elő

Kulcsszavak: orális kontraceptívum, fejlődési rendellenesség, nemi arány

Rövidítések: OC = orális kontraceptívum, VFR = veleszületett fejlődési rendellenesség

respiratorikus disztressz szindróma (RDS) és eltolódott a nemi arány a leányok javára. Hazánkban az újszülöttek nemi arányának (szex-ráció) alakulásával, az azt befolyásoló tényezőkkel *Rex-Kiss* foglalkozott elsősorban (22, 23, 24, 25, 26). A kérdéssel foglalkozó irodalom megkülönböztet primer (fogamzási), szekunder (újszülött) és tercier (népességre vonatkoztatott) nemi arányt (23).

1985. január 1-től működik a Baranya Megyei Kórházban a „Terheseket Ellenőrző és Regisztráló Központ” (TERI), amely a területhez tartozó összes regisztrált terhes kórelőzményi adatait, terhessége lefolyását, valamint a szülés kimenetelét számítógépen rögzíti és analizálja (13, 19). A rendszerhez 1986. január 1-től csatlakozott a Nagyatádi (Somogy megye) Városi Kórház ellátási területe is. A rendszer lehetőséget adott arra, hogy viszonylag nagyszámú beteganyagon megvizsgáljuk a terhességet megelőzően és a terhesség első heteiben (tehát a fogamzás és a nemi differenciálódás, valamint az organogenezis idejében) véletlenszerűen szedett fogamzásgátló tabletták (Bisecurin, Ovidon, Rigevidon, Antecovin) hatását a veleszületett fejlődési rendellenességek, valamint az újszülöttek nemi arányának alakulására.

Beteganyag és módszer

1985. január 1. és 1988. december 31. között az érintett területen 18 483 terhességet regisztráltunk. Az anyagból kiemeltük a spontán vetéléseket és az ikerszüleket, ezekkel kapcsolatos elemzéseink folyamatban vannak. Így módon 17 031 egyes terhesség, illetőleg szülés adatait analizáltuk. A számítógép segítségével a kórelőzmény alapján 6421 (37,7%) olyan terhes adatai kerültek feldolgozásra, akik a teherbeesést megelőzően rövidebb-hosszabb ideig szedték az említett fogamzásgátló tablettákat és 247 (1,45%) olyan terhesé, akik véletlenszerűen a terhesség első heteiben, tehát a fogamzás körüli időben is szedték a tablettákat.

A terhességeket ellenőrző számítógépes rendszer úgy működik, hogy a védőnő a tanácsadáson való első jelentkezés alkalmával a terhéstörzslap kitöltésével egyidejűleg úgynevezett belépő (első) adatlapot vesz fel, melyet beküld a regisztráló központba. Az adatlap tartalmazza többek között a terhes általános és szülészeti kórelőzményi adatait, gyógyszereszedését, iskolai végzettségét, szociális helyzetét stb. Az adatok a központban számítógépre kerülnek. A terhesség befejezésekor a kimenetelt regisztráló második (záró) adatlapon rögzíti a védőnő a terhesség folyamán és végén történt eseményeket. Ezt az adatlapot is megküldi a központnak, ahol ezek az adatok is számítógépre kerülnek. Ezáltal kialakult egy terület valamennyi regisztrált terhességét felügyelő, adatgyűjtő és elemző rendszer, mellyel vizsgálhattuk a fogamzás előtt, valamint a koraterhességben szedett orális kontraceptívumok hatását a fejlődési rendellenességek és az újszülöttek nemi arányának alakulására. A számítógépes feldolgozás során nyert adatokat a BMDP programcsomag (6) segítségével a χ^2 -próba felhasználásával analizáltuk.

Eredmények

A fogamzás előtti időszakban történt orális kontraceptívum-szedés fejlődési rendellenességekre gyakorolt hatását az 1. táblázat mutatja. A táblázatból kitűnik, hogy anyagunkban a teherbeesés előtti, esetleg azt közvetlenül megelőző tablettaszedés nincs befolyással a veleszületett

1. táblázat: A fogamzás előtti orális kontraceptívum (OC)-szedés hatása a veleszületett fejlődési rendellenességek (VFR) gyakoriságára

Újszülött	Normális	%	VFR	%	Összesen
Any					
OC-t szedett	6 278	97,8	143	2,2	6 421
OC-t nem szedett	10 350	97,5	260	2,5	10 610
Összesen	16 628	97,6	403	2,4	17 031

$$\chi^2 = 0,765; p = 0,3817$$

2. táblázat: A terhesség első heteiben történt orális kontraceptívum (OC)-szedés hatása a veleszületett fejlődési rendellenességek (VFR) gyakoriságára

Újszülött	Normális	%	VFR	%	Összesen
Any					
OC-t szedett	242	98,0	5	2,0	247
OC-t nem szedett	16 386	97,6	398	2,4	16 784
Összesen	16 628	97,6	403	2,4	17 031

$$\chi^2 = 0,022; p = 0,8833$$

3. táblázat: A fogamzás előtti orális kontraceptívum (OC)-szedés hatása az újszülöttek nemi arányának alakulására

Újszülött	Fiú	%	Leány	%	Összesen
Any					
OC-t szedett	3191	49,7	3230	50,3	6 421
OC-t nem szedett	6475	51,6	5135	48,4	10 610
Összesen	8666	50,9	8365	49,1	17 031

$$\chi^2 = 6,164; p = 0,0130$$

4. táblázat: A terhesség első heteiben történt orális kontraceptívum (OC)-szedés hatása az újszülöttek nemi arányának alakulására

Újszülött	Fiú	%	Leány	%	Összesen
Any					
OC-t szedett	109	44,1	138	55,9	247
OC-t nem szedett	8557	51,0	8227	49,0	16 784
Összesen	8666	50,9	8365	49,1	17 031

$$\chi^2 = 5,108; p = 0,0238$$

fejlődési rendellenességek gyakoriságára. Hasonlóképpen nincs említésre méltó különbség a fejlődési rendellenességeket illetően, ha a koraterhességben véletlenül szedett kontraceptívumok ilyen irányú hatását tesszük tanulmányozás tárgyává (2. táblázat).

A fogamzás előtti OC szedésnek az újszülöttek nemi arányának alakulására gyakorolt hatását vizsgálva (3. táblázat) azt tapasztaltuk, hogy a terhesség előtt OC-t szedők csoportjában szignifikáns módon megváltozik a nemi arány, jelentős mértékben eltolódik a leányok javára. Az OC-t nem szedők csoportjában a szex-ráció (azaz a 100 leányra jutó fiúk aránya) 106,6, míg a teherbejutást megelőzően OC-t szedettekében 98,8.

A 4. táblázat annak a terhesscsoportnak az adatait demonstrálja, amely a fogamzás körüli időben, ill. a terhesség első heteiben véletlenszerűen szedett OC-t. A táblázatban látható, hogy ebben a kategóriában is markáns módon változik az újszülöttek nemi aránya a kontrollcsoporthoz képest. Szignifikáns módon alacsonyabb a szex-ráció; 104,1-del szemben 79,0. Itt jegyezzük meg, hogy *Rex-Kiss* (22) adatai szerint a hazai átlag 106 körül alakul.

Megbeszélés

A nemi hormonok és ezek keretében az orális fogamzásgátlók esetleges teratogén mellékhatásával, mint már jeleztük, kiterjedten foglalkozik az irodalom. Az összefoglaló jellegű tanulmányok, így *Wilson* és *Brent* munkája (33) is a klinikai, laboratóriumi és epidemiológiai adatok együttes elemzése során rendkívül mértéktartó következtésekre jutnak. Ezek szerint nem bizonyított egyértelműen az OC-k teratogén hatása. Sajnálatos módon az orvosi köztudatban egy-egy „pozitív” megfigyelés kapcsán olyan nézet van elterjedőben, amely nemritkán — véleményünk szerint is teljesen indokolatlanul — terhességmegszakítást javasol ilyen esetekben (5). A terhességeket regisztráló rendszer lehetővé tette annak vizsgálatát is, hogy a fogamzás körüli időben és a terhesség első heteiben OC-t szedők is bekerüljenek a felmérésbe. Egyes vizsgálatok szerint (28) a tablettaszedő asszonyok 2—5%-a szedi egy ideig tovább a gyógyszert anélkül, hogy tudna terhességéről. Anyagunkban ez az arány 3,84%-nak bizonyult.

Tisztában vagyunk azzal, hogy az epidemiológiai felméréseknek, jelesül ennek a tanulmánynak is, számos buktatója és hibalehetősége adódhat. Ilyenek például az osztályozás, a megfelelő kontrollcsoport kiválasztásának nehézségei és egyéb körülmények, mint az anyai életkor, a paritás, a terhesség alatti alkoholfogyasztás, egyéb gyógyszerek szedése stb. (5). Mindezek figyelembevételével is úgy véljük, hogy eredményeinkből levonható az a következtetés, hogy a hazánkban forgalomban levő, ösztrogén-gesztagen komponenset is tartalmazó fogamzásgátló tabletták sem a terhesség előtt, sem a fogamzás körüli időben, ill. a terhesség első heteiben szedve nem emelik a veleszületett fejlődési rendellenességek számarányát.

Mint már említettük, az anyagban nem szerepelnek a vetélések és az ikerterhességek, így a másodlagos (újszülöttkori) nemi arány alakulását vizsgáltuk a fenti megközelítésben. A 3. és 4. táblázatból kiderül, hogy mind a terhességet megelőzően, mind pedig a fogamzás körül és azt követően fogamzásgátlót szedett asszonyok csoportjában szignifikánsan csökken a nemi arány, azaz eltolódik a leányok javára. A szex-ráció csökkenésének mértéke külön-

bözik a két csoportban; a terhesség alatti tablettaszedés esetén kifejezettebb a csökkenés, azaz még nagyobb a leány-újszülöttek aránya.

Crawford (3) észlelte először, hogy a teherbeesés előtt tablettát szedő nők csoportjában megnövekszik a leány-újszülöttek gyakorisága. Eredményeink kifejezetten megerősítik adatait. Új megfigyelésnek tekinthető azonban, hogy a fogamzás idejében és a koraterhességben véletlenszerűen történő tablettaszedés is, még kifejezettebb módon, befolyásolja a nemi arány alakulását, még markánsabban csökkenti azt, leánytúlulást eredményezve.

Az újszülöttek nemi aránya általában mindig fiútöbbletet mutat.

A többlet átlagosan 2,9%, ill. 100 leány-újszülöttre számítva 6 fiú (24). A nemi arány eltolódásának okát, mechanizmusát nem ismerjük. Feltételezésként szóba jöhet, hogy a kontraceptív tabletták szedése során kialakuló metabolikus változások az anyai oocitákban perzisztálnak (3) és ezek olyan irányban hatnak, hogy csökkentik az Y-spermiumok termékenyítőképeségét. A nemi arány eltolódásának lehetséges okaként felvetődik még a primer (koncepcionális) nemi arány (amely lényegesen nagyobb az újszülöttkorinál) csökkenése mellett az inapparens terhességek és esetleg a spontán vetélések nemi arányának módosulása is. A primer nemi arány az embrionális életben redukálódik, mégpedig azáltal, hogy a magzatok közül több fiú nemű pusztul el, mint leány (26). A terhességi korral csökkenő fiútöbblet a fiúk fokozott mortalitására utal az embrionális élet folyamán (12). Eredményeink alapján nem tartjuk kizártnak a lehetőséget, hogy a fogamzásgátló tabletták tömeges elterjedésének szerepe van az újszülöttkori nemi arány módosulásaiban, elsősorban az évek óta megfigyelhető csökkenő tendencia (24, 26) kialakulásában.

IRODALOM: 1. *Bracken, M. B., Holford, T. R., White, C. és mtsai*: Role of oral contraception in congenital malformations of offspring. *Int. J. Epidemiol.* 1978, 7, 309. — 2. *Brown, N. A., Fabro, S.*: The value of animal teratogenicity testing for predicting human risk. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1983, 26, 467. — 3. *Crawford, J. S.*: Pre-pregnancy oral contraceptives and respiratory distress syndrome. *Lancet* 1973, 1, 858. — 4. *Czeizel, A., Keller, S., Bod, M.*: An Aetiological Evaluation of Increased Occurrence of Congenital Limb Reduction Abnormalities in Hungary, 1975–1978. *Int. J. Epidemiol.* 1983, 12, 445. — 5. *Czeizel, A., Pázy, A., Nagy, M.*: Jelentés a Veleszületett Rendellenesség Felügyelet Kóroki Monitorának 1981–82. évi adatairól. *Gyógyszereink* 1984, 34, 179. — 6. *Dixon, W. J. ed*: BMDP Statistical Software California: University of California Press, 1983. — 7. *Ferencz, C., Matanoski, G. M., Wilson, P. D. és mtsai*: Maternal hormone therapy and congenital heart disease. *Teratology* 1979, 19, 26A. — 8. *Gal, I., Kirman, B., Stern, J.*: Hormonal pregnancy tests and congenital malformations. *Nature* 1967, 216, 83. — 9. *Grumbach, M. M., Ducharme, J. R.*: The effects of androgens on fetal sexual development: Androgen-induced female pseudohermaphroditism. *Fertil. Steril.* 1960, 11, 157. — 10. *Herbst, A. L., Scully, R. E., Robboy, S. J. és mtsai*: Complications of prenatal therapy with diethylstilbestrol. *Pediatrics* 1978, 62, 1151. — 11. *Janerich, D. T., Piper, J. M., Glebatis, D. M.*: Oral contraceptives and congenital limb-reduction defects. *N. Engl. J. Med.* 1974, 291, 697. — 12. *Kellokompu-Lehtinen, P., Lauri, J., Pelliniemi, J.*: Sex-ratio of human conceptuses. *Obstet. Gynecol.* 1984, 64, 220. — 13. *Kóbor, J., Pejtsik, B., Csébfalvi, Gy. és mtsai*: Előzetes tapasztalataink a terhesgondozást ellenőrző,

regisztráló információ központ (TERI) működéséről. Népegészségügy 1986, 67, 17. — 14. Matsunaga, E., Shiota, K.: Threatened abortion, hormone therapy and malformed embryos. Teratology 1979, 20, 469. — 15. Nishimura, H., Uwabe, C., Semba, R.: Examination of teratogenicity of progestagens and/or estrogens by observation of the induced abortions. Teratology 1974, 10, 93. — 16. Nora, J. J., Nora, A. H.: Can the pill cause birth defects? N. Eng. J. Med. 1974, 291, 731. — 17. Oakley, G. P., Sofra, M. J.: Exogenous female hormones and birth defects. Teratology 1977, 15, 20A. — 18. Papp, Z., Gardo, S., Dolhay, B., Ruzicska, G.: Indirect effect of sex hormones on the fetus. J. Pediat. 1976, 88, 524. — 19. Pejtsik, B., Pácsa, S., Kóbor, J. és mtsai: Baranya megyében végzett anyai szérum alfa-fetoprotein meghatározások tapasztalatai. Magy. Nőorv. L. (megjelenés alatt) — 20. Peterson, W. F.: Pregnancy following oral contraceptive therapy. Obstet. Gynecol. 1969, 34, 363. — 21. Revesz, C., Chappel, C. I., Gaudry, R.: Masculinization of female fetuses in the rat by progestational compounds. Endocrinology 1960, 66, 140. — 22. Rex-Kiss, B., Szabó, R., Váradi, I.: A gesztációs kor szerepe az újszülöttek nemi arányának (sex-ratio) alakulásában. Gyermekgyógy. 1982, 33, 549. — 23. Rex-Kiss, B., Szabó, R.: Adatok a késői magzati halálozás (halvaszületés) dinamikájához. Gyermekgyógy. 1984, 35, 366. — 24. Rex-Kiss, B., Szabó, R.: Vizsgálatok Magyarország népességének nemi arányáról és annak ala-

kulásáról. Népegészségügy 1985, 66, 342. — 25. Rex-Kiss, B., Szabó, R.: Adatok az újszülöttek nemi arányának alakulásához Magyarországon. Demográfia 1987, 30, 52. — 26. Rex-Kiss, B., Szabó, R.: Vizsgálatok az abortumok szerepéről az újszülöttek nemi arányának alakulásában. Gyermekgyógy. 1988, 39, 198. — 27. Robertson-Rintoul, J.: Oral contraception: Potential hazards of hormone therapy during pregnancy. Lancet. 1974, 2, 515. — 28. Smithells, R. W.: Oral contraceptives and birth defects. Dev. Med. Child. Neurol. 1981, 23, 369. — 29. Turner, C. D.: The modification of sexual differentiation in genetic female mice by the prenatal administration of testosterone propionate. J. Morphol. 1939, 65, 353. — 30. Vessey, M. P.: Contraceptive methods: Risk and benefits. Br. Med. J. 1978, 2, 721. — 31. Voorhes, M. L.: Masculinization of the female fetus associated with noretindrone mestranol therapy during pregnancy. J. Pediat. 1967, 71, 128. — 32. Wilkins, L.: Masculinization of female fetus due to use of orally given progestins. JAMA 1960, 172, 1028. — 33. Wilson, J. G., Brent, R. L.: Are female sex hormones teratogenic? Am. J. Obstet. Gynecol. 1981, 141, 567. — 34. Yasuda, Y., Ohara, I., Konishi, H., Tanimura, T.: Long-term effects on male reproductive organs of prenatal exposure to ethinyl estradiol. Am. J. Obstet. Gynecol. 1988, 159, 1246.

(Pejtsik Béla dr. Pécs, Pf. 172. 7601)

„A cselekvésért való felelősséggel szemben ott áll a nem cselekvésért való felelősség.”

Lengyel József



NEHOGY CÉLT TÉVESSZEN!

MICROSYSTEM

Számítástechnikai Műszaki Fejlesztő Kiszövetkezet

1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 1565-366. Tx.: 22 3768 MS. Telefax: 1559-296



LODERIX[®]

**tabletta
antiallergicum**



GYÓGYSZERGYÁR

LODERIX®

tabletta antiallergicum

A setastin hatékony H_1 -receptor antagonist, s így jó effektussal alkalmazható fokozott hisztamin felszabadulással járó allergiás körképekben. Specifikus receptorgátló hatása mellett mastocita stabilizáló hatását is sikerült állatkísérleteken kimutatni, ugyan-csak állatkísérletekben szedatív hatása viszonylag mérsékelt. A terhességben az állatkísérletekben tapasztalt toxikus hatások miatt nem adható.

HATÓANYAG:

1 mg setastinum tablettánként.

JAVALLATOK:

Akut és krónikus felső légúti allergiás megbetegedések (allergiás rhinitis, rhinoconjunctivitis, pollenosis). Akut és krónikus urticaria, különböző allergiás eredetű viszketéssel járó bőrbetegségek adjuváns kezelésére (lichen dysidrosis, akut és krónikus ekcéma).

ELLENJAVALLAT:

Terhesség, szoptatás, súlyos máj- és veseelégtelenség, setastinum iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek 1-2 mg (1-2 tbl.) naponta 2-3-szor alkalmazva. A napi adagot 6 mg (6 tbl.) fölé emelni nem lehet. A kezelés átlagos időtartama 6—21 nap.

MELLÉKHATÁSOK:

Fáradtság, álmoság, fejfájás, szédülés, gyomorpanaszok, szájszárazság, étvágy-növekedés, ritkán hasmenés vagy székrekedés, ill. alvászavarok előfordulhatnak.

Túladagolás esetén a központi idegrendszeri tünetek (figyelem jelentős csökkenése, egész napos álmoság, tompaság, alvászavar, ingerlékenység) jelentkeznek.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS:

Együttadása tilos:

— MAO inhibitorokkal (antikolinerg hatás fokozódás).

Óvatosan adható:

— központi idegrendszerre ható depresszánsokkal, pl. nyugtatók, altatók (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Gyermekek gyógykezelésére nem ajánlott, mivel gyermekgyógyászati alkalmazásáról még nincs tapasztalat. Hosszan tartó kezelés esetén a vérkép ellenőrzése ajánlatos. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Szedése alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerinti — egy vagy két alkalommal — ismételhető. A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS:

20 db tabletta 5,80 Ft.

EGIS GYÓGYSZERGYÁR BUDAPEST



GYÓGYSZERGYÁR

Czeizel Endre dr.
és Kovács Márta

A diaphragma rendellenességek genetikai vizsgálata

OKI, Humán Genetikai és Teratológiai Osztály, Budapest
WHO „Örökletes Ártalmak társadalmi Megelőzése” Együttműködési Központ

333 diaphragma defectus eset családvizsgálatáról számolnak be. Csupán a testvérek 0,4%-ában ismétlődtek e rendellenességek. A Bochdalek-típusban sem érte el az ismétlődés kockázata az 1%-ot. Az index páciensek anyjának megelőző és későbbi terhességeiben a magzati halálozás számottevően magasabb. A diaphragma defectusos gyermekek testvéreiben a velőcsőzáródási rendellenességek előfordulása szignifikánsan gyakoribb. E felismerésnek gyakorlati következménye a praenatalis vizsgálatok szükséges indikációja.

A Family Study of Congenital Diaphragmatic Defects. The occurrence of specific and nonspecific congenital anomalies was determined in first degree relatives of index patients with congenital diaphragmatic defects who were born in Hungary between 1970 and 1979 and were ascertained through a population-based registry. The cases were grouped into Bochdalek types ($N = 156$), other types ($N = 26$), unclassified types ($N = 55$), and multiple congenital anomalies (MCA) cases including those with congenital diaphragmatic defects ($N = 96$). The sib occurrence in the Bochdalek type was 0,9% (taking into consideration also the unclassified cases or the total material, it was 0,5% or 0,4%, respectively). Specific familial clusters were not found in other types. Neural tube defects were detected in 1,8% of sibs in the total material and 2,4% in MCA cases.

Az általánosan használt congenitalis hernia diaphragmatica megnevezésnek két hibája van. Egyfelől az esetek többsége nem sérv, hanem szövethiány. Másfelől számos különböző eredetű és megnyilvánulási congenitalis abnormalitást (CA-t) von össze egy fogalomkörbe. Magunk ezért a továbbiakban tudatosan a *diaphragma CA*-ival foglalkozunk és ezeket DIA-nak rövidítjük (Czeizel és Kovács, 1989).

A DIA kórereditéről keveset tudunk. Pedig hazánkban évente mintegy 35 izolált DIA-s és 20 multiplex DIA-s (ilyenkör a DIA-hoz más CA is társul) gyermek születik. Kimenetelük súlyos, az esetek mintegy 80%-a letális (Czeizel, 1989). Így megelőzésük lenne a legfontosabb, ez pedig kórereditük ismeretét teszi szükségessé. Mindezek ismeretében kért fel minket Opitz professzor (USA) a DIA genetikai vizsgálatára (Czeizel és Kovács, 1985) és ennek lényegét ismertetjük e helyütt magyarul.

Vizsgálati anyag és módszer

A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása 1970–1979. évi anyagában 478 DIA-s eset szerepel. Ebből 328 izolált, míg 150 multiplex DIA. 1981-ben minden index páciens szüleinek nyomtatott kérdőívet küldtünk ki a vizsgálat célját meg-

magyarázó levéllel és válaszborítékkal együtt. Az index páciensek meglévő orvosi dokumentációjának megküldését is kértük. A kérdőíven közölt információk (kórház címe, kezelés időpontja) alapján minden index páciens DIA-ját ellenőriztük és csak az orvosilag, elsősorban a boncjegyzőkönyvvel igazoltakat fogadtuk el. A vizsgálati anyag alakulásának okait korábban ismertettük (Czeizel és Kovács, 1989). Végül is 333 esetet, a teljes anyag 69,7%-át (az izolált eseteknek 72,6%-át, a multiplex csoportnak 63,3%-át) értékeltük. Ha az ismeretlen című vagy téves kóriszméjű eseteket figyelmen kívül hagyjuk, a 333 eset a teljes „valódi” anyag 80,2%-át (az izolált és multiplex eseteknek pedig 83,5%-át és 73,1%-át) jelenti.

Eredmények

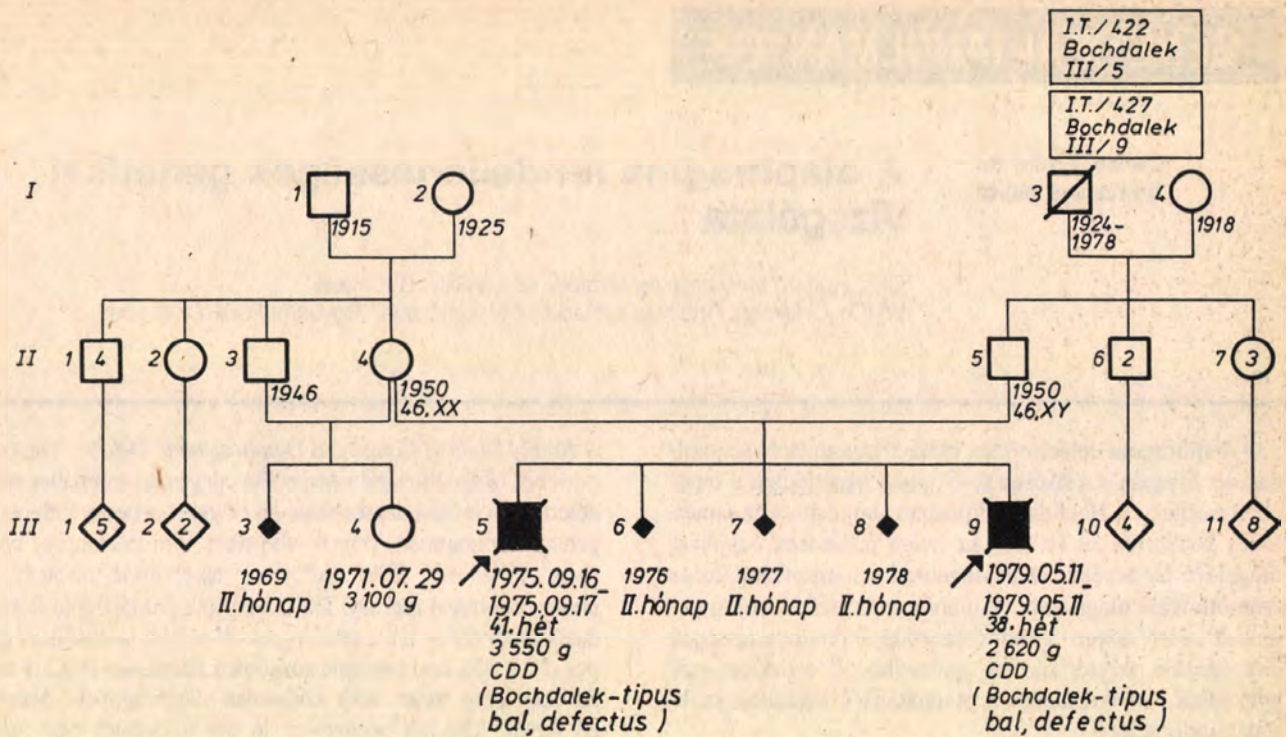
A DIA eseteket négy csoportra: Bochdalek-típus, egyéb és nem osztályozható DIA-k, valamint multiplex CA-k elkülönítve értékeljük.

A 156 izolált Bochdalek-típusú eset 540 elsőfokú rokonában specifikus ismétlődés kétszer fordult elő. Ők testvérek és mindketten index páciensek voltak (1. ábra). Így a 232 testvér érintettségi aránya 0,86%, tehát nem éri el az 1%-ot. Az egyéb, ún. nem specifikus CA-k gyakorisága a szülőkhöz 1,9%, míg a testvérekben 6,5%. (Az utóbbiak között több vitatható CA, pl. strabismus is szerepel.) Így össz-gyakoriságuk megfelel a várakozásnak, hiszen hazánkban a nyilvántartott CA előfordulás 5% körül van.

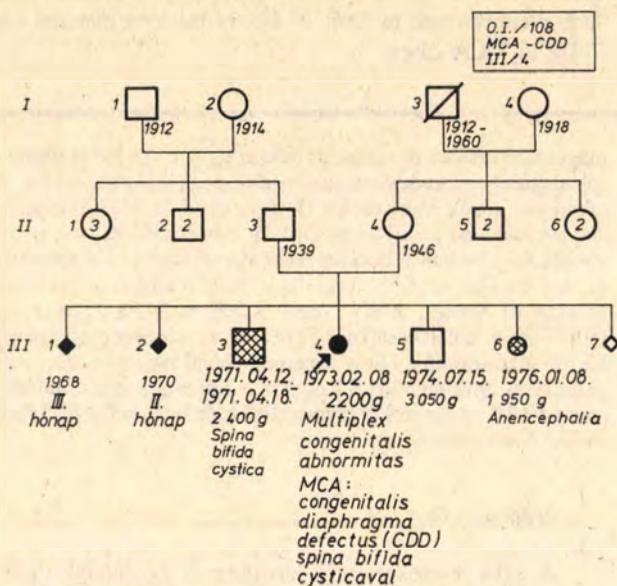
A 26 egyéb DIA típusú (eventeratio: 13, hiatus hernia: 6, Morgagni: 5, pericardialis: 2) esetben specifikus ismét-

Rövidítések: CA = congenitalis abnormalitás, DIA = diaphragma CA

Kulcsszavak: diaphragma, genetikai eltérések



1. ábra: A Bochdalek-típusú diphagma defectus ismétlődése testvérekben



2. ábra: 3 velőcsőzáródási rendellenesség előfordulása testvérekben, amely az index páciensben diphagma defectussal társult

lődés az elsőfokú rokonokban nem fordult elő. A nem specifikus CA gyakoriság (1%) elmarad a várakozástól.

Az 55 nem-specifikált izolált DIA eset 223 elsőfokú rokonában DIA nem fordult elő. A szülők 3,3%-os, és a testvérek 4,4%-os nem specifikus CA-gyakorisága megfelel a várakozásnak.

A multiplex DIA csoport 96 esetében specifikus ismétlődés nem fordult elő a testvérekben. A 187 értékelt szülő és 164 testvér nem-specifikus CA-gyakorisága 2,6%,

és 7,9% volt. Az utóbbi gyakoriság meghaladja a várt előfordulást. Ezen belül 1 multiplex CA (ezen belül spina bifida cystica) és 3 velőcsőzáródási rendellenesség: 1 spina bifida cystica és 2 anencephalia található. Közülük 3 velőcsőzáródási rendellenesség egy családban fordult elő (2. ábra). A velőcsőzáródási rendellenesség 2,4%-os gyakorisága 8-szorosa a vártnak!

A családvizsgálatot mindig ki kell egészíteni az index páciensek anyjának korábbi és későbbi terhességeinek értékelésével. A születés előtti szelekció ugyanis jelentősen módosíthatja a testvérek kockázatát. A Bochdalek-típusban az index páciens „testvéreinek” a magzati halálózása (spontán vetélés + halvaszületés) gyakoribb. Az egyéb típusú DIA-k esetében a spontán vetélés ugyancsak gyakoribb az index páciens megszületése előtt. A nem-osztályozható DIA csoportban a halvaszületés gyakorisága tűnik magasabbnak. Leglényegesebbnek a multiplex eseteket megelőző és követő terhességekben észlelhető fokozott magzati halálozás tekinthető. A spontán vetélés közel duplája, a halvaszületés 8-szorosa az országos átlagnak. A prae-natalis szelekció tehát erőteljesen érvényesül.

A vérrokonság nem mondható jellemzőnek a DIA-s index páciensek szüleiére. A 333 pár között csak 2 elsőfokú (mindkettő az egyéb DIA csoportban) és 2 másodfokú (1–1 a Bochdalek és multiplex csoportban) unokatestvér házasság fordult elő. Ezek a 0,6%-os gyakoriságok nem térnek el szignifikánsan az országos értékektől (0,3% és 0,6%).

Vizsgálatunk három fontos tanulsággal járt.

Egyrészt a DIA-s index páciensek testvéreiben nem kell tartani a DIA számottevően gyakoribb ismételt előfordulásától. Ennek értéke 0,4% és ez még a Bochdalek-típusban is 1% alatt van. Ennek ismerete a genetikai tanácsadás szempontjából lényeges, mivel sok helyütt még a Passarge és mtsai (1968) ajánlotta recessív öröklődéssel, így 25%-os kockázattal számolnak. (Az utóbbi lehetőséget a szülők vérrokonságának alacsony előfordulása is kizárja.) A szakirodalomban eddig mintegy 70 családi halmozódásról számoltak be (Wolff, 1980, Norio és mtsai, 1984). Egy-egy kiragadott családfa — a DIA-hoz hasonló közepes gyakoriságú és heterogén eredetű CA-kban — azonban nem lehet mérvadó. Így a kóreredit és ismétlődés kockázatának tisztázását csakis megfelelő mintában végzett családvizsgálatoktól remélhetjük. David és Illingsworth (1976) 127 DIA-s anyagában 181 testvér adatai ismertek és DIA egyetlenegyben sem fordult elő.

Másrészt a DIA-s index páciensek, de különösen a multiplex esetek anyjának korábbi és későbbi terhességeiben fokozott magzati halálózással (spontán vetéléssel és halvaszületéssel) kell számolni.

Harmadrészt a DIA-s esetek testvéreiben a velőcsőzárdási rendellenességek számottevően gyakoribbak a népességbeli 0,3%-os előfordulásnál. A teljes DIA anyag 333 index páciensének 559 testvére volt. Közöttük 4 izolált és 3 multiplex velőcsőzárdási rendellenesség, valamint 2 congenitalis scoliosis (amely nosológiai kapcsolatban áll a spina bifidával) fordult elő. Így összevont gyakoriságuk 1,6%. A DIA és az anencephalia—spina bifida pathogenetikai kapcsolatára utaló hipotézist másutt ismertettük (Czeizel, 1981). Ennek elméleti jelentősége a CA-k egésze szempontjából nagyra értékelhető (Fraser, Czeizel és Han-

son, 1982). Butler és Claireaux (1962) 60 DIA-s anyagának multiplex DIA-s (DIA + központi idegrendszer CA) esetének anyjai közül kettő korábban anencephal magzatot szült. David és Illingsworth (1976) 127 DIA-s index páciensének 181 testvére közül 5-nek anencephaliája (két esetben spina bifidával) és 2-nek spina bifidája volt.

A testvérek 7 velőcsőzárdási rendellenességéből 5 multiplex DIA-s index páciens családjában fordult elő. David és mtsai (1980) az anencephalia és DIA együttes előfordulását két testvérben is leírta. Tényként kell tehát elfogadni, hogy a DIA-s, különösen a multiplex esetek testvéreiben a velőcsőzárdási rendellenességek szignifikánsan gyakoribbak. Ennek aránya meghaladja az 1%-ot, ezért szükséges a magzat ultrahang és az anya alfa-fetoprotein vizsgálata a következő terhességekben.

IRODALOM: 1. Butler, N., Claireaux, A. E.: Congenital diaphragmatic hernia as a cause of perinatal mortality. *Lancet*, 1962, I, 659. — 2. Czeizel, A.: Schisis association. *Amer. J. Med. Genet.*, 1981, 10, 25. — 3. Czeizel, E.: A diaphragma rendellenességek epidemiológiai és teratológiai vizsgálata. *Gyermekgyógyászat* (megjelenés alatt). — 4. Czeizel, A., Kovács, M.: A family study of congenital diaphragmatic defects. *Amer. J. Med. Genet.*, 1985, 21, 105. — 5. Czeizel E., Kovács M.: A diaphragma rendellenességek osztályozása és gyakorisága. *Gyermekgyógyászat* (megjelenés alatt). — 6. David, T. J., Illingsworth, C. A.: Diaphragmatic hernia in the south-west of England. *J. Med. Genet.*, 1976, 13, 253. — 7. David, T. J., Parker, V. M., Illingsworth, C. A.: Diaphragmatic hernia in Avon. *J. Med. Genet.*, 1980, 17, 135. — 8. Fraser, F. C., Czeizel, A., Hanson, C.: Increased frequency of neural tube defect in sibs of children with other malformations. *Lancet*, 1982, II, 144. — 9. Norion, R., Kaariainen, H. H., Rapola, J. és mtsai: Familial congenital diaphragmatic defects: Aspects of etiology, prenatal diagnosis, and treatment. *Amer. J. Med. Genet.*, 1984, 17, 471. — 10. Passarge, E., Halsey, H., German, J.: Unilateral agenesis of the diaphragm. *Humangenetik*, 1968, 5, 226. — 11. Wolff, G.: Familial congenital diaphragmatic defect: Review and conclusions. *Hum. Genet.*, 1980, 54, 1.

(Czeizel Endre dr. Budapest, Pf. 64. 1966)

* * *

POSTINOR® TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 0,75 mg D-norgestrelumot tartalmaz tablettánként.

HATÁS: A D-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közöszülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

A készítmény a nemi életet ritkán, alkalmoszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2-4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknek 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 tablettát 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

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

QH

HALOPERIDOL DECANOAT im.injekció

(50 mg haloperidolum —
haloperidolum decanoat formájában)

Tartós hatású neurolepticum.

Javallat: krónikus szizofhrénia fenntartó kezelése.

Az alkalmazott adag általában kb. 4 hét időtartamra terápiás hatást biztosít. A plazma-szint 2—3 hónap után éri el a steady-state állapotot.

Mellékhatás: a kezelés során extrapiramidális tünetek léphetnek fel (fokozott izomtónus, akinézia, tremor, akatizia).

Ellenjavallat: extrapiramidális kórképek. Depresszió. Kóma. Akut alkohol-, altatószer-, analgetikum és pszichopharmakon intoxikáció. Terhesség.

Gyermekeknek nem adható!

Gyártja:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



Turi Tibor dr.,
Lengyel Mária dr.,
Végh Gizella dr.,
Szelier András dr.,
Szabó Péter dr.,
Simon Kornél dr.,
Istvánffy Mária dr.
és Árvay Attila dr.

Acut myocardialis infarctushoz társuló septum perforatio operált esete

Fejér Megyei Tanács Központi Kórház-Rendelőintézet, Székesfehérvár
II. sz. Belgyógyászat
(főorvos: Simon Kornél dr.)
III. sz. Belgyógyászat
(főorvos: Törő Magdolna dr.)
Országos Kardiológiai Intézet, Budapest
(igazgató: Árvay Attila dr.)

A szerzők beszámolnak idős betegük acut myocardialis infarctusához csatlakozó ventricularis septum defectus (VSD) operatív megoldásáról, amely valószínűleg varrat-elégtelenség miatt kinyílt, majd spontán záródott. Az acut myocardialis infarctust követő időszakban megjelenő systolés zörej differenciáldiagnosztikájában taglalják az egyes vizsgálati módszerek jelentőségét, hangsúlyozzák ezen leletek és a klinikai kép együttes értékelésének fontosságát.

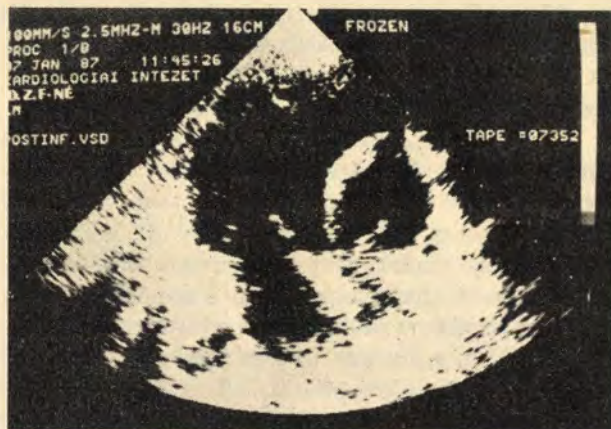
Operation of septum perforation associated with acute myocardial infarction. The authors present the case-history of an elderly female patient with acute myocardial infarction complicated by ventricular septal defect (VSD). She was operated on in order the VSD to be corrected but — probably because of sutural insufficiency — it temporarily reopened, later closed spontaneously. The significance of certain tests in the differential diagnosis of systolic murmur after acute myocardial infarction is discussed, and the importance of these findings compared to the clinical picture is emphasized.

A ventricularis septum perforatio anterior és inferior infarctusokban is megjelenhet, mivel mindkét lokalizációjú szívizom elhalás kapcsolatos a kamrák közötti sövényvel. A jelenség gyakoriságát a tankönyvek 0,5–2%-ban adják meg (1, 4). A perforatio az esetek 60–75%-ában az első felszínhez és a szívcsúcshoz közelebb eső izmos kamrasövényt érinti (9). A septum perforatiója az acut myocardialis infarctust követő halálozás 5%-áért felelős (9). Rendszerint az infarctus első óráiban (7), vagy az infarctust követő első két hétben következik be (1, 5). Mivel mindkét szívfél progresszív elégtelenségét okozza, műtét nélkül ezen betegek 50%-a egy héten belül, 90%-a két hónapon belül meghalt (1). Ezért fontos a gyors diagnózis, ill. műtéti megoldás. Erre példa betegünk története.

Esetismertetés

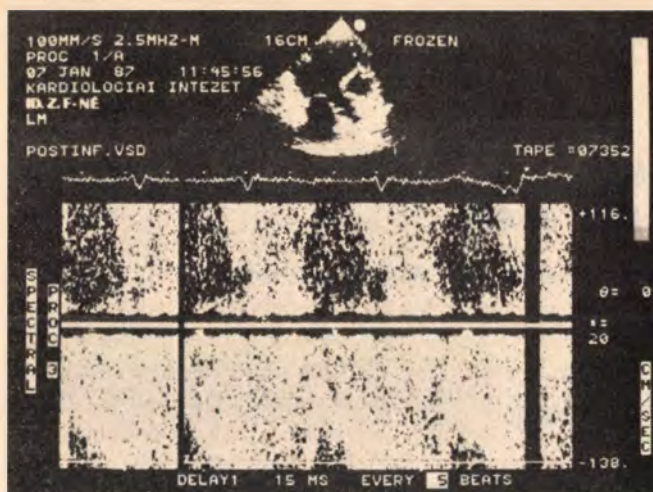
A 74 éves Z. F.-né 1986. 12. 02-án vettük fel osztályunkra fél napja tartó tompa mellkasi fájdalom miatt. Anamnézisében 5 hónapja lezajlott alsó végtag thrombosis szerepelt. A felvételi EKG anteroseptalis subacut stádiumú myocardialis infarctus képét mutatta, amely a meglévő bal anterior fasciculus block mellett is jól megítélhető volt. 130/min. frekvenciájú sinus tachycardiát, fokozódó kis- és nagyvérköri keringési elégtelenséget észleltünk, melyet diureticummal, vasodilatátorral, majd digitallissal csak nehezen tudtunk uralni. A 10. napon punctum maximummal a bal parasternalis III–IV. bordaközben nem vezetődő,

holosystolés zörejt jelent meg. A differenciáldiagnosztikai szempontból felmerült papillaris izom dysfunctio, papillaris izom ruptura és ventricularis septum perforatio miatt echocardiographiás vizsgálat történt. Az M-mód és kétdimenziós technika (Picker LSC 7000) a felvetett diagnózisokat megerősíteni nem tudta. A beteg közben ismét dekompenzálódott, ismételt anginas fájdalmak jelentkeztek. A rendelkezésre álló adatok alapján elsősorban VSD-re gondoltunk. Ezért 1987. 01. 07-én Doppler echocardiographiával kiegészített újabb 2 D echo (HP 77020 A) vizsgálat történt, amely a feltételezett diagnózist megerősítette. A ventriculographia és haemodynamikai vizsgálat bal-jobb irányú shuntot igazolt, a Qp/Qs-ráció 3 : 1-nek bizonyult. A coronarographia a bal anterior descendens ág elzáródását mutatta ki. Fokozódó szívégtelenség miatt az echovizsgálatot ismét elvégeztük, ennek során változatlan nagyságú VSD-t, mellősi fali aneurysmát, jelentős, funkcionális mitralis és tricuspidalis insufficienciát ész-



1. ábra: Csúcsi 4-üregfelvétel, a septum csúcscsüszel részén kb. 1 cm-es folytonossági hiány, amely a jobb kamrába vezet

Kulcsszavak: infarctus myocardii — septum defectus



2. ábra: Pulzatis Doppler echocardiographiás felvétel. Mélységkapu (mintavétel) az 1. ábrán látható septum-defectus jobb kamrai oldalán: turbulens holosystolés áramlás

leltünk. A korábban mért 36 Hgmm-es pulmonalis systolés nyomás időközben 60 Hgmm-re emelkedett. Mindezek alapján sürgős műtét mellett döntöttünk.

Az infarctus utáni 8. héten végzett műtét során a 8×12 mm-es defektust elvarrtuk, a bal kamra falát pedig az aneurysma zsákot kirekesztve zártuk. A postoperatív 3. napon supraventricularis tachycardia, ill. pitvarfibrillatio lépett fel, amely Verpamil és Digoxin adására 4 nap után megszűnt. A postoperatív 8. napon elvégzett echo kóros áramlást nem igazolt. A következő nap azonban ismét parasternalis holosystolés zörejt jelent meg. A Doppler és izotópos vizsgálat kis baljobb shuntöt, a VSD kinyílását igazolta. ($Q_p/Q_s = 1,45$) Mivel ez lényeges keringési zavart nem okozott, újabb műtétet nem végeztünk. Klinikailag kompenzált keringés mellett a zörejt fokozatosan megszűnt, amely a defektus spontán záródására utalt. Ezt igazolta az április 13-án elvégzett újabb Doppler echo vizsgálat is. 1989. 01. 31-én elvégzett echo és izotóp vizsgálat sem igazolt shuntöt.

Radionuclid angiocardigraphia: Septalis-basalis akinesis, septalis-distalis és apicalis hypokinesis, a lateralis fal mozgása jó. Dyskinesisre utaló jel nincs. Haemodynamikailag jelentős shunt nem mutatható ki.

Echo: A VSD folt jól zár, shunt PD, CW és színes Dopplerrel kizárható.

Megbeszélés

Az acut myocardialis infarctus kialakulását követő időszakban megjelenő új keletű systolés zörejt nem ritka jelenség (4). Ennek hátterében gyakran anularis típusú (relatív) mitralis szájadék insufficiencia, papillaris izom dysfunctio, ritkán papillaris izom ruptura vagy ventricularis septum perforatio állhat. Az utóbbi kettőre akkor kell elsősorban gondolni, ha súlyos progresszív haemodynamikai zavar is jelentkezik.

Ha a mitralis szájadék elégtelenségét a posteromedialis papillaris izom sérülése okozza, a holosystolés zörejt a hónalj felé, ha pedig az anterolateralis papillaris izom károsodása, akkor a szegycsont jobb széle felé vezetődik (1). VSD esetén a legjellemzőbb klinikai gyanújelek: infarctust követően kialakuló holosystolés zörejt a basison, mely a sternum alsó szélén is hallható, és jobbra vezetődik. Ezzel együtt keringési elégtelenség jelenik meg, visszatérő mellkasi fájdalom (3), bal oldali parasternalis surranás lehet jelen (4, 7, 9). A hallgatózás segítséget nyújthat a differenciáláshoz, azonban ilyen módon biztos diagnózis nem állítható fel.

A VSD diagnózis felállításához a legnagyobb segítséget a következő vizsgálatok nyújthatják:

1. Swan—Ganz katéterezés (az oxigén saturáció kóros növekedése a jobb kamrai vérmintában)
2. az ún. „first pass radionuclide angiography”: shuntöt mutat, ha a tüdő felett mért radioaktivitás persisztál, miközben a bal kamra felett csökken
3. bal kamrai ventriculographia, mely igazolja a baljobb shuntöt
4. a jobb kamrában mért nyomás kórosan emelkedett volta
5. echocardiographiás eljárások.

Biztos echocardiographiás diagnózis csak Doppler vagy 2 D módszerrel lehetséges (8). Előbbi a kamrai septumon történő kóros áramlást akkor is kimutatja, ha a VSD kétdimenziós echocardiographiával nem hozható látótérbe (10). A kétdimenziós echocardiographia az infarctus után fellépő holosystolés zörejt háttérében álló okok közül a relatív mitralis insufficiencia, papillaris izom dysfunctio, papillaris izom ruptura felfedezésében nagyon hatékony módszer. Esetünkben éppen a korai szakaszban konzekvensen észlelt „negatív” echocardiographiás lelet (a papillaris izomrupturát kizárta, a dysfunctiót nem igazolta), ill. az egyidejű holosystolés zörejt terelte figyelmünket a VSD-re.

Az infarctust követő VSD terápiájában a fenyegető keringési szövődmények miatt erőteljes gyógyszeres kezelés, (vasodilatator, digitalis, diureticum) szükség szerint intra-aortikus ballonpumpa alkalmazása szükséges. Amennyiben a keringés támogatás nem szüntethető meg, a sebészeti kezelés sürgős, ellenkező esetben 4—6 héttel az infarctus kezdete után végzendő (2). Betegünknel az infarctus kezdetét követő 8. héten került sor a műtetre.

Esetünk külön érdekessége, hogy a postoperatív 9. napon — feltehetően varratelégtelenség miatt — ismét VSD jelent meg, ami 2 hónap alatt spontán záródott. A congenitalis VSD-k spontán záródási hajlama jól ismert (1, 6), a szerzett VSD-k ilyen természetű viselkedéséről nem találtunk adatot.

IRODALOM: 1. Antalóczy Zoltán: Kardiológia. Medicina Könyvkiadó Budapest 1983, 455. — 2. Árvay A., Jánosi A.: Újabb lehetőségek az ischemiás szívbetegség felismerésében és kezelésében. Orvosi Hetilap 1988, 23, 1219. — 3. Árvay A., Koltai M., Lukács L.: Postinfarctusos kamrasövény perforatio sebészeti kezelése. Orv. Hetil. 1984, 5, 279. — 4. Cecil: Essentials of Medicine W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1986, 75. — 5. N. Doble, G. Smith, R. A. Fosle.: Late presentation of ventricular septal defect following myocardial infarction: The role of non-invasive methods. Cardiol. 1986, 73, 372. — 6. Donald, G., Moc, D. G. és mtsai: Spontaneous closure of uncomplicated ventricular septal defect. Am. J. Cardiol. 1987, 60, 674. — 7. Földváry J., Fülöp T.: Korai interventricularis septum perforatio szívinfarctusban. Orv. Hetil. 1960, 41, 1967. — 8. Lengyel Mária: Az echocardiographia szerepe ischaemiás szívbetegségekben. Irodalmi és saját tapasztalatok. Magyar Radiol. 1984, 3, 135. — 9. Radford, M. J. és mtsai: Ventricular septal rupture. Circulation, 1981, 64, 545. — 10. Satinder, J. S., Bhatia, M. D. és mtsai: Transseptal Doppler flow velocity profile in acquired ventricular septal defect in acute myocardial infarction. Am. J. Cardiol. 1987, 60, 372.

(Turi Tibor dr. Székesfehérvár, Pf. 96. 8100)

A császármetszés ókori történetéről az irodalom és képzőművészet tükrében

A császármetszés története a történelem előtti időkbe, a mítoszok korába nyúlik vissza. A görög, indiai és iráni mitológiában több utalást találunk arra, hogy a magzat eltávolítása a halott anya méhéből nem volt ismeretlen fogalom (3, 5). Egyes népeknél az áldozati célokból leölt vemhes állatokon szerzett tapasztalatok is hozzájárulhattak az emberi magzat uterusból való eltávolításának gyakorlásához. Kérdés, hogy a legtöbbször fantasztikusnak tűnő mitológiai elbeszélésekből levonható következtetések mennyire megbízhatóak. A mondák, eposzok szinte hihetetlen állításainak igazságmagvát többször bizonyította a modern régészeti-kultúrtörténeti kutatás. *Baktay Ervin* (1928) is erre a következtetésre jutott vizsgálódásai során: „Már a modern tudomány is felismerte, hogy a népek ősi hagyományai, noha ezeket a múlt század tudósai alaptalan legendáknak szerették bélyegezni, igen sok való tény tartalmaznak.” A régészet is számtalan érvet sorakoztatott fel ezen felfogás igazolására. Nincs sok valószínűsége annak, hogy az ókorban végzett császármetszésekről újabb perdöntő bizonyítékok kerüljenek elő, azonban a mítoszok, legendák tanúsága alapján mégis úgy tűnik, hogy egyes ókori népek gyakorolták, vagy legalábbis megkísérelték ezt a műtétet.

Az óindiai irodalomban több említés történik arról, hogy a halódó vagy halott anya testéből eltávolították a még élő vagy már halott magzatot. A legismertebb *Buddha* születésének (i. e. 544) legendája, mely *Buddha* fogantatását, születését és felállását meséli el. Anyja, *Májá* (Suddhódána király felesége) méhébe, a leendő „világmegváltó” *fehér elefánt* képében hatolt be. *Májá* a *Lumbini* ligetben szülte meg *Buddhát* oly módon, hogy miközben egy fügefágába kapaszkodott, a bráhman az anya jobb oldalából emelte ki az újszülöttet. (1. ábra). *Májá* a szülés után röviddel meghalt.

Sástruta, az óindiai benaresi orvosi iskola tagja az *Ayur-véda* című művében azt az utasítást adja, hogy az éppen meghalt nő teste azonnal nyitassák fel orvos által, ha a hasa megmozdul (1). A *Rig-véda* *Indra* hadisten születését anyján, *Áiditin* végzett császármetszés eredményeként írja le. *Hemacandra* elmondja, hogy *Bindusàrat* egy megmérgezett lakoma után *Durdharà* felmetszett testéből húzták ki, „mint gyöngyöt a kagylóból” (1).

Az i. u. IV. századra tehető *Hindu halottaskönyv* a következő vallási előírást tartalmazza: „Ha kifejlett magzatot hordó asszony hal meg, úgy nyissák meg testét, vegyék ki a gyermeket és ássák azt földbe; az asszonyt azonban hamvasszák el (4). E rituális temetési előírás ha nem is nevezhető igazán császármetszésnek, az eközben szerzett anatómiai és gyakorlati ismeretek hozzájárulhattak a szorosabban értelmezett császármetszés elvégzéséhez.

Firdauszi (kb. 935—kb. 1020) a perzsa történelmet dolgozta fel költői formában *Sáhnáme* („királyok könyve”) című hatalmas művében a világ teremtésétől a mitikus

királyokon keresztül az utolsó szászánida uralkodó bukásáig, vagyis az arab hódításig (i. u. 636). A hősi eposz egyben felöleli az egész perzsa mondavilágot. Egyik részletében, amely a legnagyobb perzsa hős, *Rusztam* születésének körülményeit beszéli el, egy minden tekintetben sikeres kimenetelű császármetszés történetét olvashatjuk (2. ábra). *Zál* király felesége, *Rudábe* nem tudta megszülni nagy magzatát, és már mindenki a halálát várta. Ekkor *Szimurgh*, az *Alburz* hegyén székelő óriásmadár, *Zál* családjának védelmezője hívására megjelent a „bölcs varázslatodó”, s:

„a holdarcú nőt borral altatja ő,
a hold oldalát kintalan vágja fel,
a gyermek fejét útra fordítja el,
ki is hozza sértetlen...”

A görög mitológiai elbeszélések közül *Dionüszosz* és *Aszklépiosz* születésének legendájában vélik felfedezni a császármetszés motívumát (2, 5). *Dionüszosz* *Zeusz* és *Szemelé* thébai királyleány gyemeke. A féltékeny *Héra* álnok tanácsára *Szemelé* azt kívánta *Zeusztól*, hogy az teljes isteni pompájában mutakozzzék előtte. Mennydörgés és villámlás közepette meg is jelent *Zeusz*, ám az egyik villám lángra gyújtotta a halandó *Szemelé* szobáját, aki ottveszett. *Zeusz* kimentette anyja méhéből az éretlen, 6–7 hónapos magzatot, és combjába varrta be. Onnan született meg három hónap múlva a fiúgyermek, *Dionüszosz* isten, akinek a neve „kétszer született”-et jelent. A történet *Euripidész* (*Bakkhánsnők*, 1–3.) így meséli el:

„E thébai földre jöttem én, *Zeusz* gyermeke,
Dionüszosz, kit *Szemelé*, *Kadmosz* lánya szült,
s a villám adta tűz volt bábaasszonya.”

Ovidiusnál (*Metamorphoses*. III. 310–312.) a legenda így hangzik:

„Rántja ki éretlen csecsemőjét anyja hasából
most *Jupiter* s (ha lehet hinnünk) combjába bevarrja,
s ott a szokásos időt az a magzat rejtve bevárja.”

Így tudta *Hésziodosz* és *Lukianosz* is.

A gyógyítás istenének, *Aszklépiosznak* születési legendáját (3. ábra) *Apollodórosz* (*Mitológia*. III. X. 3.) mondja el:

„Azt mesélik, hogy *Apollón* beleszeretett *Koróniszba* és tüstént egyesült is vele, a leány viszont, apja akaratának fittyet hányva jobbnak látta *Iszkhüsszel*, *Kaineusz* fivérével együtt élni. *Apollón* ezért megátkozta az üzeneteket szállító varjút, fehér színét feketére változtatta, *Koróniszt* pedig megölte. Miközben tetemét hamvasztották, a máglyáról elragadta a magzatot, és elvitte *Kheiron* kentaurhoz. A gyer-



1. ábra: Buddha születése. Dombormű, Szárnáth, V. század. (Delhi, Nemzeti Múzeum)



3. ábra: Aszklépiosz születése. Fametszet A. Benedetti „De re medica” c. művének 1549-es kiadásából

mek nála nevelkedett, tőle tanulta meg a gyógyítás és a vadászat mesterségét.”

És ugyanez Ovidius (Metamorphoses. II. 628—630.) tollából:

„s el nem tűri, hogy ott hamuhodjék magva a tűzben, Phoebus, ezért lángból, kiragadja fiát az anyjából, és viszi kétalakú Chiron odújának ölébe;”

A történetet hasonlóan olvashatjuk még Hésziodosz,



2. ábra: Rusztem születése. XVI. század. (Musée Condé, Chantilly)



4. ábra: Caesar születése. Fametszet, 1506

Pindarosz és Pausanias írásaiban is. Később Görögországban a hagyomány szerint minden császármetszéssel született gyermeket Apollónak szenteltek. I. e. III. századi források szerint maga Aszklépiosz is végzett a templomában mély álomba merített asszonyokon (*Andromache*, *Kleo*, *Szoszraté*) császármetszést.

A régi görögök szülészetéről valójában igen hiányosak az ismereteink. Adatok vannak arra, hogy voltak bá-

bák, ezek közül egyet ismerünk név szerint, Szókratész anyját, *Phainaretet*. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az antik görög orvosi irodalomban a *post mortem* császármetszésre semmi utalás nem található. Bár ezeknek az elbeszéléseknek semmi bizonyító erejük nincs, mégis el kell fogadnunk, hogy az akkor élő emberek fantáziája az istenek születését illetően földi eseményekből táplálkozott. Másrészt ezeket a születésmítoszokat az antik görögök allegorikus-szimbolikus túlzásának kell tartanunk (1). A *Talmud* is megemlíti, hogy a magzat az anya hasfalán át születhet meg, de erre vonatkozóan semmi további adattal nem rendelkezünk.

A császármetszés őstörténetének nyomait keresve az antik Rómába jutottunk. Itt már nincs szükség a bonyolult mitológiai történetek közötti kutatásra, hiszen frásos dokumentumok állnak rendelkezésünkre. A második római királynak, *Numa Pompiliusnak* (i. e. 715–672) tulajdonított törvény előírta, hogy az elhalt terhes méhéből a magzatot ki kell metszeni, és külön kell eltemetni.

Justinian Digestáiban (i. u. VI. sz.) maradt fenn a „lex regia”, és „de mortuo infendo” cím alatt található: „Negat lex regia mulierem quae praegnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur: qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur.”

Gajus *Plinius Secundus* (Major), a Vezűv 79-es kitörésénél meghalt római természetbúvár és utazó a *Historia naturalis* VII. könyvében ír a császármetszésről. Két ismert hadvezért is említ, akik *post mortem* császármetszés-

nek köszönhetik életüket: az idősebb *Scipio Africanus* (i. e. 235–183) és *Maniliust*, Carthago elfoglalóját: „Auspiciatus enecta parente gignuntur: sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Caesarum a caeso matris utero dictus: qua de causa et Caesones appellati. Simili modo natus et Manilius, qui Carthaginem cum exercitu intravit.” A fentiek alapján *Plinius* szerint az ily módon születetteket *caesones*-nek nevezték, később ezt Julius Caesar születésére vonatkoztatták. *Plinius* felületes művének népszerűsége által ez a pleonazmus a műtét elnevezésében mindmáig fennmaradt. Az 1506-ból származó 4. ábrán látható képen kívül számos középkori császármetszés ábrázolás ismert, amely Caesar születését jeleníti meg, a kor szokásának megfelelően gyakran középkori környezetbe helyezve. A műtét kivitelezésének módjával kapcsolatos további adatokkal a római időkből nem rendelkezünk.

IRODALOM: 1. *Bailer, P.*: Aus der Geschichte des Kaiserschnitts. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1978, 38, 334–341. — 2. *Diepgen, P.*: Die Frauenheilkunde der Alten Welt. Verlag von J. F. Bergmann, München, 1937, 274. old. — 3. *Fasbender, H.*: Geschichte der Geburtshilfe. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1906, 979. old. — 4. *Hindu halottaskönyv*. Ford.: dr. Hetényi Ernő. Buddhista Misszió Dokumentáció, Bp., 1985, 95. old. — 5. *von Siebold, C. J.*: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe. Verlag von Franz Pietzcker, Tübingen, II. kiad. I. köt. 1901, 64. old.

A versidézete Devecseri Gábor fordította.

Szabó András dr.

Transperitonealis daganatos veseeltávolítások hazánkban a századelőn

Szerzőink jól tudják, egy-egy téma feldolgozásánál mennyire mellőzhetetlen az irodalom retrospektív áttekintése. Ez az esetek jelentős hányadában az utolsó 5–6 év irodalmára összpontosul. Az orvostörténelem iránti elkötelezett szerzők azonban szívesen vállalkoznak a távolabbi múltba is visszanyúló vizsgálódásokra. Az ilyen gondos orvosi irodalmi „anamnézis” sok szempontból hasznos: betekintést enged az orvosi gondolkodás, a gyakorlati tevékenység fejlődésének menetébe, főként hazai vonatkozásban, elkülönítendő a főleg prioritási vitákat, de ami ennél is fontosabb, olykor elfeledett, de használható észrevételeket, eljárásokat, módszereket emelhet ki a feledés homályából. Ez utóbbi eshetőség miatt tartotta szükségesnek a szerkesztő néhány soros bevezetővel bocsátani újjára a következő dolgozatot, amely a műtéti gyakorlat mai szintjén hívja fel a figyelmet egy — hazánkban — már a századelőn alkalmazott operatív technikára, melyet évtizedeken át nem alkalmaztak. A cikk orvostörténeti jelentősége mellett, a szakcikk követelményeinek is eleget tesz.

A dolgozathoz annyit fűznék hozzá, talán napjainkban, az urológia és általában a sebészet, a szövődmények elkerülésének korábban nem remélt lehetőségei és eredményei birtokában sem főlegseges pregnánsabban kiemelni az előnyök mellett azokat a hátrányokat is (pl. fenyegető peritonitis), melyek az eljárást végző, idézett orvosokat óvatosságra intették.

Hazánkban az elmúlt tíz évben terjedt el a radikális transperitonealis nephrectomia, mert bebizonyosodott, hogy a felnőttkori veserák gyógykezelésében a kiterjesztett műtét az egyetlen lehetőség a gyógyuláshoz. Hatásos kemoterapeutikummal nem rendelkezünk, a daganat besugárzásra nem érzékeny és a hormonkezelés sem befolyásolja a túlélést. A sikeres kezelés kizárólagos módja

maradt a radikális nephrectomia, a vese „en bloc” eltávolítása, zsíros tokkal, mellékvesével, sértetlen Gerota fasciával, az erek elsődleges leköttése után. Az elsődleges érelzárás azt jelenti, hogy az operatőr egyáltalán nem preparálja ki a vesét, hanem a veseereket az aortából, cavából való eredésnél leköti, ezzel meggátolja, hogy a daganat óhatatlan nyomkodása során tumoros sejtek kerüljenek a keringésbe. A műtét lényegi részéhez tartozik a regionális nyirokcsomók kiirtása, a lymphadenectomia. Mindezen szempontok, az ablaszticitás elveinek betartása, csak transperitonealis feltárással biztosíthatók.

A hetvenes és nyolcvanas évek magyar urológiai közleményei azonban egyszer sem utaltak arra, hogy a transperitonealis nephrectomiáról a hazai irodalomban már a századelőn jelentek meg közlemények. Az első írásbeli jelzés vesesarcoma transperitonealis eltávolításáról Alaptyól származik 1908-ból (1). Egy év múlva *Winternitz* már hat vesedaganat és egy hydronephrosis transperitonealis műtétjéről számolt be (3). Esetei kapcsán leírta az elveket, hogy milyen előnyökkel és hátrányokkal jár az extra, illetve transperitonealis feltárás. Az előnyöket topographiai okokkal magyarázta, érvei ma is helytállóak. A vesedaganat növekedése során előreterjed, és minél nagyobb, annál inkább „intraperitonealis” szervvé válik. Tisztában volt azzal a hasznos műtéttechnikai fogással, hogy ha először lekötjük a veseereket, akkor a daganat

szinte „vértelenül” kiemelhető. Az erek lekötésére az extra és intracolicus utat egyaránt alkalmazta és az intra és retroperitonealis teret külön-külön drenálta. A transperitonealis feltárást csak abszolút biztos kórisme esetén javasolta, ez a kor diagnosztikus eszközeit figyelembe véve részleges anamnézisen és fizikális vizsgálaton alapult, és csak nagyméretű daganat esetén volt igazán megbízható. A biztos diagnózisra azért van szükség — érvelt a szerző —, mert az erek lekötése után a kifejtés során látjuk csak a vésőt, ekkor már a nephrectomia „visszafordítására” nincs lehetőség. A késői eredményeket, a végső gyógyulás szempontját figyelembe véve Winternitz úgy vélte: „Meggyőződésem, hogy malignus daganatok miatt végzett transperitonealis műtétek után, a késői eredmények is jobbak lesznek, mint a lumbalis módszer után.”

Lokális recidívát csak annál az egy esetben észlelt, ahol műtét közben a tumor beszakadt. Postoperatív exitus — peritonitis és ileus miatt — egy olyan esetben történt, mikor a daganattrombus 5 cm hosszan lógott a cavába. Winternitz gyerekeket operált, 1913-ban viszont Keppich felnőttkori, csecsemőfejnyi veserák sikeres transperitonealis műtétjéről számolt be (2). A műtét előnyei között tartotta számon, hogy a veseerek elsődleges ellátása után a hilus körüli, gyakran a cavával összekapaszkodott „mirigyeket” is kiirthatjuk, azaz lymphadenectomiát is végezhetünk.

Műtét közben a többi hasúri szerv állapotáról is meggyőződhetünk. A hátrányok között említette a peritonitis veszélyt, a nagyobb műtéti megterhelést, és az üregrendszer megnyitásakor a hasüregi vizeletcsorgás lehetőségét.

Az első világháború után Illyés Géza vált a magyar urológia fejedelmévé, véleménye meghatározó volt. Illyés a transperitonealis behatolás ellen foglalt állást, félt a peritonitis reális veszélyétől. Az 1940-ben Londonban megjelent, életművét összefoglaló *Surgical Urology*-ban csak a transperitonealis út hátrányát említi. Valószínűleg az ő hatása is szerepet játszott abban, hogy az urológusok ezt a lehetőséget nem alkalmazták, és elterjedt a peritoneum érinthetetlen szentként való tisztelése. Közben új urológus nemzedékek nőttek fel, az urológia önállósult és végleg levált a sebészetről. Kihalt az a nemzedék, amely még hasi sebészként kezdte pályáját, csak később vált urológussá, ezért csak 70 éves „száműzetés” után került az urológiai műtétek között az őt megillető tekintélyes helyre.

IRODALOM: 1. *Alapy Henrik*: Vesesarcoma transperitonealis kiirtása. Bp. Orvosi Újság 1908, 4, Sebészet 66. — 2. *Keppich József*: Transperitoneálisan eltávolított veserák esete. Közk. Orvostárs. Évkönyve 1913, 66. — 3. *Winternitz Arnold*: Nagy vesedaganatok transperitoneális kiirtásáról. Orv. Hetil. 24, Urológiai Szemle 1908, 2, 61.

Pajor László dr.

100 évvel ezelőtt született a Doktor Zsivágó írója*

Ha a hatalmas orosz irodalom koordináta-rendszerében viszonyítási pontokat keresünk, valahol Pierre *Bezuho*v (Háború és béke) és Szonja *Marmeladova* (Bűn és bűnhődés) közelében kell tapogatóznunk. A vélt hasonlatosságot bizonyára befolyásolja a sajátágosan orosz atmoszféra, melyet Borisz *Paszternak* nem volt hajlandó új irodalmi sémák szerint ábrázolni.

A hosszú regényről annyit röviden, hogy főhőse hányatott sorsát mutatja be gyermekkorától a húszas évek és egyben az ő élete végéig, a maga szakrális stációival. A szép szőke *Lara*, akivel életük legkritikusabb pontjain egymásba kapaszkodnak, túljut Zsivágó doktor sírján, segít rendezni kéziratait, hogy életét végül egy láger jeltelen sírjában fejezze be.

Oroszország közben átélte az 1905-ös forradalmat, az első világháborút, az összeomlást, a februári forradalmat, az októberi győzelmet, visszatérést a NEP-korszakhoz, az erőszakos kollektivizálást, s mindazt a mérhetetlen szenvedést, amely a dátumokat összekötötte és amely dátumok nélkül is folytatódott.

A medikus Zsivágó és *Lara* 1911 telén kerültek egymás közelébe. Az orvosjelölt ekkor készült belgyógyászattól vizsgázni és esszét írt a diákújságba Alekszander *Blok* költészetéről. Alkotó lázban égett, mint annyi oroszországi társa, egy európai arcúvá áldott hatalmas haza reményében. A kitört első világháború a frontra sodorta őket. Zsivágót már or-

vosként, Larát önkéntes nővérként, valahol a magyar határon, *Mezőlaborc* helység közelében, ahol az orvost légnyomás érte és *Lara* ápolta. Moszkvába visszatérve már a forradalom tanúja lehetett, melynek logikáját ugyanúgy nem értette, mint a háborút, ahogy Tolsztojnál Pierre *Bezuho*v nem értette még a honvédelem szükségszerűségét sem.

Moszkvából, immár a családjával az Uralon túli *Jurjatin*, illetve *Varikino* helységbe kerül, ahol az internacionalista vörösök és a pánszláv alapon szervezkedő fehérek vívják élethalálharcukat. Az orvos apolitikusként nézi az apokalipszist, minden rezdülésével és rettenettel.

Zsivágó és *Lara* másodszor *Jurjatin* könyvtárában találkoznak. Egyik látogatás lett a doktor legsúlyosabb megpróbáltatásának okozója: az erdőben meghúzóódó partizánok elfogták, mert orvosra volt szükségük. Másfél évig maradt az „Erdei sereg” foglya úgy, hogy a családja már elveszettnek hitte. Ezért visszaköltöztek Moszkvába. Az erdei kalandnak is akad egy magyar vonatkozása. Munkatársa lett egy magyar hadifogoly orvos. „Kerényi Lajos meg a többi magyar arra ébredt, hogy a demarkációs vonal túlsó oldalán vannak. Besorozták a drágát. Erőszakkal betették a Vörös Hadseregbe.” (354. old.) Csakhogy az is kiderül, a magyarok egyedül a vörösöktől remélhettek védelmet.

Másfél év után Zsivágó megszökött a partizánok munkaalkalmazásából, családját azonban már nem találta *Varikino*-ban. Ekkor találkozott ismét Larával, akivel

*Borisz Leonidovics *Paszternak* (1890–1960) Nobel-díjas szovjet–orosz költő, regény- és esszéíró, műfordító.

lélekben annyira rokonok voltak. A hideget, félelmet és nyomort forró szerelmük enyhítette. Majd ennek is vége szakadt. Lara elutazásával Zsivágó szinte az írásainak élt. A fájdalom költészet formájában tört fel belőle. Közben filozófál, nem érti a kommunisták „kötelező látszatbölcselkedését kötelező világproblémákon”. (452. old.)

A doktor véletlenül levelet kapott a fővárosból, amelyből kiderült, hogy a családja Moszkvában él. Felke-rekedett, csak hogy mire Oroszország szívébe ért, a család-ját már Nyugatra száműzték, s neki semmi esélye őket kö-vetni. Ekkor újra társat választ, de már az örület határán. A betű élteti tovább, orvosi könyveket és versesköteteket állít össze, azokat egyik ifjú tipográfus barátja (nemrég még bujdosó társa) adja ki, bibliofil példányszámban. Állapota egyre gyengült, elhanyagolja harmadik élettársát, két kislányát, s eltűnik az egyre komorló láthatárról. Nem sokáig. Egyszer 1929 táján a villamoson megpillantott egy ismerős külföldi hölgyet, s ez a pillanat nagyon megvisel-te. A Párizsban meggyökeresedni látszó családjával is fel-veszi a levélbeli kapcsolatot, ez azonban még inkább meg-zavarja.

Villamoson lett rosszul, majd onnan leszállva pár lé-pést tett, összeesett és befejezte szomorú életét. Temetésén megjelentek barátai, valamint Lara, aki segített sajtó alá

rendezni Zsivágó kéziratait, majd eltűnt egy Gulag szigeten.

Ennyi doktor Zsivágó története. Orvosregény is, mert főhősének ez a hivatása. Lelkének másik fele költő, gyanít-hatóan Paszternak életrajzi ihletése révén. A magyar vo-natkozások számunkra különösen érdekesek, bár alkalom-szerűek, de híven idézik emberek találkozásait a történelmi szélviharoktól felborzolt földrajzi tájon. De az már nem volt alkalomszerű, hogy *Shakespeare* és *Goethe* mellett *Petőfi* volt kedvenc külföldi költője, akit nagy gyö-nyörűséggel ültetett át hazája nyelvére.

A Gogol—Dosztojevszkij—Tolsztoj—Csehov vonu-latnak bizonyára ő az utolsó állomása. Egyben talán utolsó klasszikus alakja a XX. századi európai irodalomnak, aki megkísérelte hazája társadalmi fejleményeit, az „orosz életet” összefoglalni a századfordulótól a második világhá-borúig.

Mindezt egy orvos személyes tragédiáján keresztül.

Zsivágó doktor Antoine Thibault és Arrowsmith mél-tó társa, hogy csak a Nobel-díjas szerzők orvoshőseit em-lítsük. Az új generáció, Paszternak után, aligha fog nagy-regény írásába kezdeni az októberi forradalomról.

Szállási Árpád dr.

*

TISZTELT OLVASÓ!

Ismervén az ország jelenlegi helyzetét, bizonyára nem éri Önt váratlanul az a hír, hogy július 1-jétől kedvelt lapja, az Orvosi Hetilap ára is emelkedik. Fontosnak tartjuk, hogy tájékoztas-suk Önt az áremelés okairól és hisszük, hogy megérti gondunkat. A papírárak, a nyomdai műveleti költségek és a terjesztési feladatokkal járó kiadások összköltségének emelkedése mellett a Medicina Könyvkiadó továbbra is minden tőle telhetőt megtesz annak érdekében, hogy a lap ára az elkövetkezőkben lehetőleg ne emelkedjék. Ezzel is bizonyítja kiadónk, hogy e kiadvány megjelentetését továbbra is szívügyének tekinti.

Az egyes példányok eddigi ára 25,— Ft volt, új ára 31,— Ft lesz, példányonként.

A megváltozott előfizetési díjakról a Magyar Posta küld tájékoztatót.

Bízunk szíves megértésében és reméljük, a jövőben is lelkes olvasója marad az Orvosi Hetilapnak!



KÖNYVKIADÓ VÁLLALAT



UNIVERSAL PUMP OE—123

Az OMSZÖV szívókészülék családjának új tagja az OE—123 típusú sebészeti szívó, amely általános orvosi és sebészeti szívási feladatok elvégzésére alkalmas. A készülékben alkalmazott dugattyús szivattyú zajtalan működést, hosszú élettartamot, karbantartásmentes működést biztosít. A nagy légszállításnak köszönhetően a vákuumszabályzóval beállított vákuum gyorsan, zajtalanul elérhető. A készülék döntött előlapján a kezelőszervek könnyen elérhetők, és a gép működése ellenőrizhető.

A beépített különleges túlfolyást biztosító eszköz időben, hangjelzéssel figyelmeztet arra, hogy a váladék a túlfolyóedénybe került és automatikusan leállítja a vákuumot.

A szívókészülék könnyen mozgatható az ötágú, gördíthető állványon.

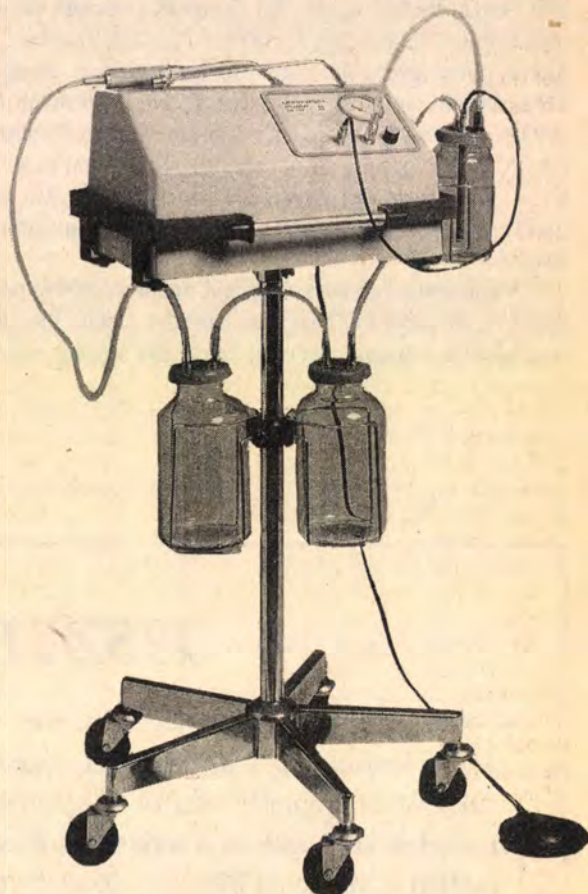
A tetszetős műanyag burkolat könnyen tisztán tartható.

Tartozékok:

- 1 db 2 literes gyűjtőedény,
- 1 db 1 literes biztonsági túlfolyóedény.

Műszaki adatok:

Maximális vákuum	85 kPa
Szívóteljesítmény	25 l/min.
Tápfeszültség	220 V, 50 Hz
Teljesítményfelvétel	250 W
Méret	423 × 287 × 223 mm
Súly	170 N (17 kg) tartozékok nélkül



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

lenül megfontolandók, követendő a dysplasia, vagy CIN systema alkalmazása során. Javaslatuk csak az első lépés lehet a reklassifikációs formulák kialakításához. A malignus betegségek pathogenezisének valós megismerése, ami remélhetően nem a távoli jövő ajándéka lesz, rávilágít majd az ismereteink hiányát elfedő zavaros klasszifikáció „dysplasiájára”. A dysplasia megjelölés szertézagó használata a nagyobb kárt nem a pathológiában, vagy a pathológusokban okozta, hanem a betegekben. Vajon hány beteg sorsát döntötte el, döntötte le és lett pszichésen megnyomortva — amire a szerzők is nyomatékkal figyelmeztetnek — a szubjektív felállított diagnózis, súlyos fokú dysplasia, akik szenvedtek a dysplasia eltévelyedése következtében kétértelműségek között. Kellő önkritika mellett bizonyára az esetek döntő többségében nem így hatott. Talán a helyes szemlélet kialakításáig, komoly önkontroll mellett helye van a dysplasia és carcinoma elkülönítésének, de a jövőben a feltehetően praemalignus elváltozás és a carcinoma elkülönítése, megjelölés követelmény-rendszere felé kellene haladni).

Bugovics Elemér dr.

Onkológia

A malignus folyadékgyülemek kezelésének farmakokinetikai szempontjai. Ehninger, G., Jaschonek, K. (Med. Univ. Klin., Abt. II., Tübingen): Beitr. Onkol., 1988, 33, 26.

A szerzők az intracavitális kemoterápia farmakokinetikáját az intraperitoneális kezelés példáján vizsgálják. A cytostaticumnak a hasüregből való távozását a kis molekulású és a lipophilia segíti elő, majd a systemás keringésből a szokásos utakon (renális, hepatis kiválasztás, enzimatis lebonthatás) távozik. Minél tovább marad egy szer a peritoneális ürben, majd minél gyorsabban távozik a keringésből, annál kedvezőbb a peritoneális expositiója (koncentráció $\times$ idő) a systemással szemben.

Mivel a hasüri drainage elsősorban a portális rendszeren (kisebb mértékben a nyirokutakon) át történik, a farmakokinetikát a portális nyomásfokozódás, vena portae thrombosisa, nagy peritoneális tumor-massza befolyásolhatja. A systemás mellékhatás gyorsan kiválasztódó (5-FU), lebomló (Ara-C) szerekkel, vagy antidotum adásával csökkenthető.

Farmakokinetikailag kedvező szerekkel is lehetnek problémák: methotrexat: a serum-szint ellenőrzésének szükségessége, peritonitis, adriamycin és mitomycin-C: chemoperitonitis, Ara-C: ciklus-specifititás, csontvelődepressio.

A beadott cytostaticum egyenletes eloszlásához nagy folyadékmennyiségben (2000 ml) való oldás és a hasi összenövések hiánya szükséges.

A legjobb eredményeket kismélységű, diffúz

peritonitisben érhetjük el, nagy tumor-massza esetén systemásan is hatásos cytostaticum adása szükséges. A hatás akkor kifejezett, ha a daganat kifejezett dózis-hatás összefüggést mutat, s egyben a farmakokinetikai mutatók kedvezőek. In vitro vizsgálatok alapján ovariumcarcinomában a leg hatásosabb a mitoxantron (Novantron), ezt a melphalan, 5-fluorouracil és a cisplatinum követik, míg az adriamycin és a mitomycin-C kevésbé effektívek.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy az in vitro vizsgálatok eredményeit klinikai tanulmányokban kell megvizsgálni, de ezek tervezésében a farmakokinetikai vizsgálatok figyelembevétele szükséges.

Pikó Béla dr.

Malignus pleuralis folyadékgyülemek kezelése mitoxantronnal. Heckmayr, M. és mtsai (Pneum.-Onkol. Abt., Krankenhaus Grosshansdorf und Pneumol. Abt., Krankenhaus Gauting): Beitr. Onkol., 1988, 33, 75.

A pleuralis folyadékgyülemek kezelése általában palliatív célú, a pleurodesist, azaz a pleura két lemezének összetapadását drainage-kezeléssel és/vagy sclerotizáló szerek (tetracyclinek, bleomycin, thiotepa, 5-fluorouracil, talcum, radioizotópok, immunmodulátorok) alkalmazásával érik el. A szerzők a mitoxantron (antrakinon-származék, az antraciklinekhez hasonló hatású cytostaticum, csekély cardiotoxicitással) adását próbálták ki 25 beteg (15 hörgő-, 4 emlőrák, 3 mesothelioma és 3 egyéb primer tumor) esetében.

A pleuralis folyadék teljes lebecsátása után 30 mg mitoxantront (M) fecskendeztek be, majd 48 órás szívó-drainage-t végeztek. 500 ml folyadéktermelés felett ismét 30 mg M-t adtak, ez alatt a kezelést befejezték.

Enyhe és múló folyadéktermelődést a kezelés utáni 2—3 napon a betegek többségében tapasztaltak.

Komplett remissiót (a folyadék teljes megszűnése legalább 3 hónapra) 14 betegnél (56%), részleges remissiót nyolcnál (32%) észleltek, így a betegek 88%-a reagált a kezelésre. Amennyire megítélhető, a responderek túlélése is hosszabb. Egy betegnél észleltek lázat, kettőnél a punctio helyén műtétet igénylő sipolyt. A leukocytaszám nadírja a 8. és 15. nap között volt, 2000/ μ l alatti értéket — szövődemény nélkül — 2 betegnél találtak, egyéb vérképtelítés nem volt.

Az egyszerű szívó-drainage 50%-os eredményével egybevetve a M jóval hatásosabb, s a komplett remissziók aránya is magasabb. A későbbiekben a tetracyclinekkel való összehasonlítást tartják szükségesnek mind az effektivitás, mind a mellékhatások szempontjából.

Pikó Béla dr.

A malignus hasi folyadékgyülemek diagnosztikája és kezelése a nőgyógyász szemszögéből. Jonat, W., Ulmer, H. U. (Univ. Frauenklinik. Hamburg): Beitr. Onkol., 1988, 33, 108.

A nőgyógyászati daganatos megbetegedések közül elsősorban az ovariumcarcinomában lép fel ascites, s ott a betegek negyedében kell ezzel a tünettel számolnunk. A folyadék kialakulásának legfőbb oka a diaphragmatikus nyirok-plexus metastatikus blokádja, mely tumorsejtek transperitoneális resorptiójának a következménye, s ezt fokozza még a retroperitoneális nyirokcsonk 65—80%-ban bekövetkező érintettsége is.

Az anamnézis és fizikális vizsgálat elengedhetetlen a folyadék kimutatásához. A natív röntgenvizsgálat elvesztette jelentőségét az ultrahang elterjedése óta, mellyel 100 ml folyadékgyülem is kimutatható. A malignus ascites végső diagnózisát a punctatum cytologiai vizsgálata biztosítja.

A progresszív és recidiváló ascites a beteget mind fizikálisan, mind pszichésen jelentősen megterheli, ezért kezelése elengedhetetlen. Az ismételt punctiók fehérje-, elektrolit- és folyadékvesztéssel járnak, így az újrateherelés megakadályozása a cél.

Az intraperitoneális kemoterápia lokálisan magas cytotoxicitást eredményez, kevés systemás mellékhatás mellett. A szokásos szerek (5-fluorouracil, doxorubicin, methotrexat, melphalan, Ara-C, mitomycin-C) mellett leghatásosabbak a cis-platinum és a jóval kevésbé toxikus mitoxantron, melyet 25 mg-os dózisban 1 liter sóoldatban juttatnak be sebészileg implantált vagy punctiókatéteren keresztül.

Az utóbbi időben a malignus ascites kezelésében ismét alkalmazzák a radioizotópokat, tiszta béta-sugárzókat (yttrium-90, phosphor-32 formájában), melyek beadása után radio-gold kezelés sugárvédelmi problémái nem jelentkeznek.

Mikroszkopos vagy kicsiny peritoneális tumortömegnél mind cytostaticumok, mind radioizotópok alkalmazásával a folyadéktermelés teljes megszűnése elérhető, de az ascitesre vonatkoztatott komplett remisszió nem azonos a malignus folyamat gyógyulásával, így kuratív célkitűzés esetén egyéb daganatkezelési módszerek is elengedhetetlenek.

Pikó Béla dr.

Az előrehaladott nőgyógyászati daganatok intraoperatív-intraperitoneális mitoxantron-kezelésének elviselhetőségéről. Werner, A. és mtsai (Frauenklinik, Kinderklinik und Med. Klinik der Univ. Bonn): Gebursth. u. Frauenheilk., 1988, 48, 574.

Az ovariumcarcinoma kezelésében a tumortömeg csökkentését szolgáló műtétek elfogadottak. Ezekben az esetekben a hasüregben visszamaradó daganatszövetben a sejtkinetikai helyzet megváltozik, s gyors

osztódás következik be. Ezért elengedhetetlen a minél hamarabb megkezdett, kellő hatékonyságú kemoterápia, melyet a szerzők intraoperatív a has átöblítése után a peritonealis ürbe adott, 1000 ml sóoldatban oldott 15 mg mitomycin-C vagy 30–40 mg mitoxantron formájában végeztek, 23 ovariumtumoros betegnél.

Mivel a kis betegszám és a rövid követési idő miatt túlélési számításokra nincs lehetőség, a kezelés mellékhatásait elemzik. A postoperatív fájdalomtól eltérő panaszt nem észleltek, két betegnél volt szükség analgeticum adására, ezeknél subileusos tüneteket is észleltek. 10 betegnél tapasztaltak émelygést vagy hányást, ez általában a WHO-beosztás szerinti 1–2 súlyossági fokú volt, de a posztanarkotikus panaszoktól nem különíthető el. 4 beteg lázasodott be. Leukopeniát a 8. és 13. nap között észleltek 18 betegnél, ezek közül csak egyiknél volt 1000/ μ l alatti sejt szám. Átmeneti és enyhe transaminase-emelkedés két nőnél fordult elő. A sebgyógyulás általában pp. történt, két abscessust és egy varratszérválást észleltek tumorosan infiltrált fascia esetén.

Az intraperitonealis beadás (30 mg) után 1–2 órával csupán 60 ng/ml-es mitoxantron-csúcskoncentrációt észleltek a serumban, míg intravénásan beadott 18 mg után 100–700 ng/ml mérhető. Ez az adat is amellel szól, hogy az intraperitonealis kezelés elsősorban lokálisan fejti ki hatását a szervezetet komolyabb systemás terhelése nélkül.

Pikó Béla dr.

A primeren inoperabilis emlőrák sugárkezelése. Herbolzheimer, M. és mtsai (Klin. u. Poliklin. für Strahlenther. der Bayerischen Julius-Maximilians Univ., Würzburg): Münch. med. Wschr., 1989, 131, 462.

Bár ma az emlődaganatokat általában korábbi stádiumban diagnosztizálják mint régebben, most sem ritkák a T4 stádiumú (kifejékesedett, mellkasfallal összekapcsolódott, gyulladásos) tumorok, melyek primeren műtetre nem alkalmasak. Ezen folyamatok kezelésében a sugárterápiának nagy szerepe van, mind önmagában (kuratív vagy palliatív céllal), mind későbbi műtéttel. Ha a besugárzást cytostaticummal vagy hormonokkal kombinálják, akkor akár 20–30%-os öt éves túlélések is elérhetők.

A szerzők rövid irodalmi áttekintés után 35 betegről számolnak be, akiket T4 primer tumor (többnyire pozitív nyirokstatus és 10 esetben távoli áttétek) miatt kezeltek. Kezdetben telekobalittal, később lineáris gyorsító 5 MV-os fonsugárzásával adtak le (CT-kép alapján végzett többszörös besugárzástervezéssel, tangenciális állómezőkkel vagy excentrikus ingabesugárzással) az emlőre és a regionális nyirokterületekre 50–55 Gy-t, melyet — ha a folyamat nem vált operábilissá — 60–75 Gy-re egészítettek ki.

Betegeik postmenopausában voltak, így pozitív receptorstatus, vagy távoli áttétek esetén antioestrogén, negatív receptorstatus mellett CMF-polychemoterapiát adtak.

5 betegen sikerült a kezeléssel operabilitást elérni, a csak irradiáltak emlőjén a kozmetikai eredmény — a nagy dózis ellenére — igen jó volt. A medián túlélés a teljes betegcsoportban 15 hónap, az öt éves túlélés 15% volt, az öt éven túl élő 5 beteg recidivás és metastasismentes. Az elhunytak halál oka távoli áttét vagy független betegség volt. A kezelés megkezdésekor már távoli áttétben szenvedő betegek túlélése 9 és 30 hónap között mozgott.

A sugárkezeléssel minden esetben sikerült lokális tumoroktrollt elérni, a megfigyelési idő alatt recidiva nem alakult ki. Az irodalmi adatokkal egyezően nem tartják a regresszió után végzett műtétet a prognózist javító tényezőnek. Elengedhetetlennek tartják a helyileg előrehaladott betegség nagy metastasis-rizikója miatt a systemás kezelést. A csekély mellékhatás és ugyanakkor jó hatékonyság miatt — pozitív, vagy akár ismeretlen receptor-status mellett is! — a hormonkezelést részesítik előnyben.

Pikó Béla dr.

Emlőrák izolált májjátéteinek regionális chemoterápiája. Lorenz, M. és mtsai (Klin. f. Allgem. Chir., Johann-Wolfgang-Goethe Univ., Frankfurt a. M.): Geburtsh. u. Frauenheilk., 1988, 48, 425.

Az intraarterialis chemoterapia jó regressiókat eredményez a colorectalis rákok májjátéteiben. A hasonló gyakoriságú emlőrák májmetastasisok sebészeti kezelésre multiplicitásuk miatt nem kerülnek, a systemás chemoterapiával csak az esetek felében érhető el a múlt regressio. Ezért kísérletet meg a szerzők a regionális chemoterapiát emlőrák májjátéteinél alkalmazni.

14 nőbeteg esetében sebészeti úton, a — később lekött — a gastroduodenalison keresztül katétert vezettek az a. hepatica communisba, majd az a. gastrica dextrát is leköttették. A katétert két-két esetben subcutan implantált infúziós pumpával, 12 betegnél subcutan port-tal kapcsolták össze. A pumpa segítségével folyamatos infúzióban 14 napon keresztül adtak 0,3 mg/kg/nap floxuridint (FUDR), majd kététes szünet után a terápiát megismételték. A porton keresztül az 1. napon 10 mg mitomycin-C-t adtak 2 óra alatt, majd 12 óra alatt 20 mg doxorubicint; a 2. és 3. napon 1000 mg 5-fluorouracil (5-FU) 12 óra alatt, majd 20 mg doxorubicint ugyancsak 12 óra alatt. Ezt a — külső pumpával végzett — kezelést 4–6 hetente ismételték. Gastritis (4), ulcus (2), toxikus hepatitis (2), biliaris sclerosis (1), cytopenia (4) esetén a szüneteket megnyújtották.

A kezelés hatására egy betegüknél teljes, tíznél részleges remisszió következett be, a medián remissziós tartam 11 (1–22) hónap,

a medián túlélés 15 (8–30) hónap volt. Hat betegnél alakult ki lokális recidiva és/vagy távoli áttét.

A kezelés speciális szövödményei közül az egy alkalommal a duodenumban történő katéter-perforációt és egy a. hepatica thrombosis emelnek ki.

Bár a kis esetszám a következtetések levonásában óvatosságra int, a remissziók aránya a systemás kezeléssel elérhetőnél jobb, s a mellékhatások — a technikai problémáktól eltekintve — csekélyek voltak. A remissziós arányt és tartamot nem tartják tovább megnyugtatónak. Mivel több hipotézis szerint az emlőrák generalizált betegség, meg kell még találni a májjátétes betegek között azokat az alcsoportokat, melyekben a regionális kezelés hatását az extrahepatikus daganatos történések a túlélés szempontjából nem rojtják le.

Pikó Béla dr.

A melanoma malignum kezelésének jelen állása. Bröcker, E. B., Macher, E. (Klin. u. Poliklin. f. Hautkrankh., Münster): Münch. med. Wschr., 1989, 131, 543.

A melanoma malignum (mm) kezelése a folyamat stádiumától függ. A jelenlegi kezelési javallatok a szerzők ennek megfelelően tárgyalják.

Primer mm (I–II. stádium): A kezelés alapja a szélesen az épbén (1 mm-es átmérőnél 3 cm-es biztonsági zónával), s lefelé a fasciáig végzett excisio, nagy bőrdefektus plasztikai fedésével. A nem érintett nyirokcsomók elektív eltávolítása általában nem jelent prognosztikus előnyt, hasonlóképpen a regionalis cytostaticus végtaggerfusio túlélést megnyújtó hatása sem igazolt. Mivel a melanomasejtek évekig nyugalmi fázisban maradhatnak, az adjuváns chemoterapia hatástalan, s az adjuváns immuntherapia eredménye sem bizonyított. A betegek ellenőrzése legalább 10 éven keresztül szükséges (fizikális és ultrahang, rutin labor, gyanú esetén csontszcintigráfia), genetikai dispositio (familiaris melanoma, dysplastikus naevus syndroma) esetén élethossziglan.

Regionalis metastasisok (III. stádium) esetén a kezelés alapja a műtét (az érintett nyirokterület radikális dissectiója). A további prognózis az érintett nyirokcsomók számától függ. Inoperabilitás esetén a regionalis chemoterapia eredményes lehet, az adjuváns kezelés (postoperatív besugárzás, chemo- és immuntherapia) hatásszága nem igazolt.

Távoli áttétek (IV. stádium): Ebben a stádiumban a cél nem a betegség meggyógyítása, hanem az élet meghosszabbítása, jó életminőség fenntartása. Soliter metastasisok esetén a legbiztosabb terápiás hatása a műtétnak van. A chemoterapiától csak 30%-ban várható regressio, ezért csak válogatott esetekben (elsősorban kezelési kívánság esetén) alkalmazandó. A jelenlegi multicentrikus vizsgálatok célja nem elsősorban újabb kombinációk kipróbálása,



TRIMETHOPRIM

tabletta
chemotherapeuticum



GYÓGYSZERGYÁR

TRIMETHOPRIM

tabletta chemotherapeuticum

A készítmény hatóanyaga a trimethoprim, mely a Sumetrolim tablettá szulfonamid komponense mellett szereplő összetevőként ismert. Önmagában is hatásos a Gram-negatív baktériumokra (*Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*-csoport) és a *Staphylococcus* fajok ellen. Szulfonamid-érzékenység esetén is alkalmazható.

Hatásmechanizmusa ismert: kompetitív gátolja a mikroorganizmusokban a dihidrofolsav-reduktáz-enzim működését, ezáltal blokkolja a dihidrofolsav átalakulását tetrahidrofolsavvá.

ÖSSZETÉTEL

100 mg trimethoprimum tablettánként.

JAVALLATOK

Trimethoprimra érzékeny baktérium okozta húgyúti fertőzés.

ELLENJAVALLATOK

Trimethoprim-túlérzékenység, thrombopenia, granulocytopenia, megaloblastos anaemia, terhesség, laktáció.

ADAGOLÁS

A készítményt akut infekció esetén 1 héten át kell adni, ezt követően pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig; szükség esetén további 3-4 hétig fenntartó adagban adható.

SZOKÁSOS ADAGJA FELNÖTTEKNEK

terápiás adag:	2 × 2 tabl./nap
Fenntartó adag:	2 × 1 tabl./nap

GYERMEKEKNEK

6—12 éves korban	2 × 1 tabl./nap
12 éves kortól	2 × 2 tabl./nap

Gyermekeknek a készítmény adagolása 10 napon túl nem javasolt.

MELLÉKHATÁS

Hányinger, hányás, gyomorpanaszok, gyógyszerexanthema.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁS

Kerülendő az együttadása fenitoinnal, mert a fenitoin szintje a szérumban toxikusig emelkedhet.

FIGYELMEZTETÉS

Korlátozott vese- ill. májfunkció esetén csak csökkentett adagok adhatók (a plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos). Hoszsan tartó kezelés folyamán a vérkép rendszeres ellenőrzése szükséges, mivel a trimethoprim (különösen magasabb adagokkal végzett kezelés esetén) a folsav metabolizmusát gátolhatja. Gyógyszer-exanthema jelentkezése esetén szedését azonnal meg kell szüntetni. A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről gondoskodni kell.

MEGJEGYZÉS

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

A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS

20 tablettá 10,— Ft



GYÓGYSZERGYÁR

hanem a kezelendő alcsoportok felismerése. Nőknél postmenopausában antioestrogen adása indokolt, a tamoxifen egyik származékát, a növekedési faktor receptorokra ható *toremifent* jelenleg EORTC-vizsgálat keretében tanulmányozzák. A lymphokin (interferon, interleukin-2, tumor-necrosis-faktor) mellékhatása még jelentős, s a dózis meghatározásának fázisában tartanak a vizsgálatok. A mm — az eddigi ismeretekkel ellentétben — nem sugárreszistens, bár kezelése nagy dózisokat igényel. A radiotherapiát a csont- és a műtött agyáttétek ellátásában hasznosan alkalmazhatjuk.

A monoklonális antitestek, a melanin-anyagcserét befolyásoló új készítmények és a neutronfogyós sugárkezelés jelenleg a kísérletes fázisban vannak.

Pikó Béla dr.

Glomus jugulare tumorok sugárkezelésének aktuális aspektusai. Feyerabend, T. és mtsai (Klin. u. Poliklin. für Strahlenther.; Klin. u. Poliklin. für HNO-Heilk. der Univ. Würzburg): HNO, 1989, 37, 295.

A glomustumorok a chemoreceptor-működésű, a fej-nyaki területen a nervus vagus és glossopharyngeus mentén elhelyezkedő paraganglionokból, a vegetatív idegrendszer részeiből alakulnak ki. A paraganglion jugulare (ganglion superior nervi vagi) a bulbus venae jugularis interna tejeinél található.

A glomus jugulare tumor (gjt) főleg nőknél fordul elő, a 3–6. decenniumban. Lokálisan expanzív és destruktív növekedésű, betörhet a bulbus venae jugularisba, illetve intracranialis nyomásos tüneteket okozhat. Az esetek 10%-ában malignizálódik.

A szerzők két esetüket ismertetik: az első egy 59 éves nőbeteg bal oldali halláscsökkenéssel, fülzúgással. CT-n érgazdag, a sziklacsontot ártó daganat. A beteg a próbaexcísióba nem egyezett bele. 64 Gy telecobalt besugárzás után a gjt jelentősen visszaféjlődött, de klinikailag hypoglossus- és glossopharyngeus-laesio alakult ki. Másik betegük 45 éves nő, hasonló panaszokkal, tympanoscopy során polypoid, érgazdag képlet, szövettanilag glomustumor. Mivel a műtétbe nem egyezett bele, különböző frakcionálással 72 Gy-t kapott. A gjt átmérője 3 cm-ről 0,8 cm-re csökkent, a hallás javult, a fülzúgás megszűnt, mellékhatást nem észleltek.

A kis gjt könnyen operálható, a műtét vérvérzés kockázata praeeoperatív sugárkezeléssel vagy superselectiv embolisációval csökkenthető.

Az előrehaladott tumorok (csontdestrukció, agyidegtünetek, koponyába törés) műtété nehéz és veszélyes, illetve súlyos kiesési tünetekkel jár, ezért sugárkezelés javasolható minimum 50 Gy, de inkább magasabb dózisban. A radiotherapia akkor végezhető eredményesen és kevés mellékhatás árán, ha nagy energiájú sugárforrással, CT-kép alapján, számítógépes besugár-

zástervezéssel, szigorú immobilizációval végzik. Még jobb eredmények érhetők el stereotaktikus sugárkezeléssel.

A superselectiv embolisatio a nagyobb gjt-k kezelésében palliatív, elsősorban a tüneteket enyhítő, s csak részleges daganatmegkisebbedést eredményez. Sugárkezeléssel kombinálva a hatása jobb.

A gjt korábban feltételezett sugárreszistenciája a korszerű lokalizációs és besugárzási módszerek birtokában nem állja meg a helyét, a radiotherapia más eljárásokkal kombinálva, vagy — mint az ismeretett két kórtörténet bizonyítja — önmagában is regresszióhoz vezet. Az esetek tartós túlélés szempontjából történő értékelésében a gjt igen lassú növekedése miatt óvatos tartózkodás szükséges.

Pikó Béla dr.

Carcinoma hepatocellulare lipiodol, epirubicin és cisplatin chemoembolisációja. Bokemeyer, B. és mtsai (Abt. Gastroenterologie und Hepatologie der Medizinische Hochschule Hannover): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 128.

A carcinoma hepatis resectiója gyakran nem lehetséges. Mivel a systemás chemotherapia eredményei nem megnyugtatóak, a szerzők megkísérelték az arteria hepaticán keresztül történő *embolisációval* a tumornak lehetőleg *selektív elroncsolását* elérni és a májparenchymát érintő toxikus hatást lehetőleg alacsony szinten tartani. 22 nem resecabilis tumort kezeltek a főleg cirrhotikusán átalakult májban. A kezelés mellékhatással járt. Az élet minősége a bár elhúzódó, de mégiscsak tovább növekedő rák folytán rosszabbodott.

iff. Pastinszky István dr.

Adenocarcinoma ethmoidale fagymunkáló dolgozókon. de Pree, Ch., D. Meyer (Clinique médicale d'ORL, Hôpital cantonal de Fribourg): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 1013.

A rostacsonti rák az orröbli rendszer ritka megbetegedése, amely az ORL-nívóban fellépő carcinomák 0,8–3%-át képezi; a 37–88. életév között főleg férfiakon jelentkezik. A kórszövettana igen különböző (55% adenocarcinoma, 20% carcinoma planocellulare, 25% egyéb). Az utóbbi évtizedekben angol, francia, svájci szerzők mutattak rá, hogy az ethmoidalis rákok halmozottan (28–80%) fordulnak elő *fagymunkáló dolgozókon*, akik hosszú időn át voltak fűrészporszelvények kitéve az anamnesztikus adatok szerint. A carcinogén anyag ismeretlen (nyers fűrészporszelvény, tannin).

A szerzők az ethmoidalis rákot egy 69 éves betegük esetével példázzák, aki 35 éven át dolgozott asztalosműhelyben. A betegség a korszerű vizsgálati eljárásokkal 86%-ban felismerhető. A kórismézésben a

sinus-radiographia döntő. A megelőzésben fontos a munkahelyi higiéné biztosítása (szellőztetés, poreszívás, rendszeres orröblítés).

iff. Pastinszky István dr.

Malignus lymphomák nagy adagú chemoradiotherapiája autolog csontvelőtransfúzióval: javallatok és saját tapasztalatok. Stahel, R. A. és mtsai (Abt. f. Onkologie und Hämatologie, Dep. f. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 911.

A legtöbb használatos cytostaticumnak dózis-limitáló toxikus mellékhatása az átmeneti *csontvelőkárosodás*. A cytostaticumok dóziszfokozása csak akkor lehetséges, ha sikerül a járulékos toxicitástól a csontvelőt védeni. Ez lehetséges *allogen csontvelő-transplantációval* vagy a csontvelősejtek *autolog* retransfúziójával. A beteg saját csontvelősejtjeinek retransfúziója járulékos *supportiv therapia*, amelynek az *allogen transplantációval* szemben számos gyakorlati előnye van: 1. független HLA-kompatibilis csontvelő-donor szerzésétől és így nagyobb számú beteg részére hozzáférhető; 2. feleslegessé teszi a csontvelőátültetés után az immunosuppressív kezelést és 3. nem áll fenn a „graft-versus-host”-reakció veszélye. Az autolog csontvelő-transplantatio potenciális veszélye a vitalis tumorsejtek retransfúziója; ez számos kutatót arra ösztönözt, hogy a retransfundált csontvelőben kémiai vagy immunológiai eljárásokkal a daganatsejtek számát csökkentsék.

A szerzők úttörő tanulmányukban a dóziszfokozást és az autolog csontvelő-transfusio eredményeit és lehetséges javallatait vizsgálták non-Hodgkin-lymphomák (NHL) és Hodgkin-kór (MH) kapcsán. 1988. év kezdete óta 11 malignus lymphomás beteget intenzív chemoradiotherapiával vagy kombinált chemotherapiával, valamint kísérő autolog csontvelő-transfúzióval kezeltek; ezek közül 6 NHL az első remissióban volt kedvezőtlen klinikai paraméterekkel vagy kórszövettani lelettel és 5 beteg (2 NHL, 3 MH) második vagy későbbi remissiókkal. A csontvelővétel és a cryopraeservatio problémamentes volt. 10 betegüknél a haemopoiesis teljesen visszarendeződött; egy MH-beteg letális pneumocystis pneumoniaában elhalálozott. Egy ismeretlen eredetű, protraháltan lefolyó interstitialis pneumonia kívül a többi beteg szövődésmenyes maradt. A közepes kórházi kezelési idő 33 napot tett ki. A dóziszfokozás után 2 betegnél észleltek tumorrecidívát, a többi beteg folyamatosan tartós remissióban maradt (átlag 7 hónap, 2–14 hónap zónában).

Összvéleményük szerint az autolog csontvelő-transfusio a malignus lymphomák kezelésében új armamentáriumot jelent, azonban ez a kezelési eljárás csak tapasztalt kezelési központokra korlátozódhat.

iff. Pastinszky István dr.



Az emberi papillomavírus új kimutatása cervix-kenetekben polymerase-láncreakcióval. Young, L. S. és mtsai (University of Birmingham, Medical School): Brit. med. J., 1989, 298, 18.

A humán papillomavírusnak (HPV) fontos szerepet tulajdonítanak a cervix-carcinoma onkogenesisében. A HPV kimutatása az eddig ismert DNS-hybridizációs eljárásokkal azonban mind a sensitivitást, mind a specificitást illetően elégtelennek bizonyult. A szerzők nézete szerint a polymerase-láncreakció (PCR) jelentős kórkutatói segítséget nyújthat a HPV szerepének tisztázására a cervix-carcinoma pathogenesisében. A PCR in vitro módszer a specifikus DNS-sequenciák direkt enzimatisz fokozására (amplificatio). A szerzők a vizsgálataikban ezt a technikát alkalmazták cervix-kenetekben a 11 és 16 típusú HPV-celluláris DNS-kimutatására.

A szerzők 38 morfológiai abnormitásokat mutató és 10 enélküli cervix-kenetben vizsgálták a HPV előfordulását. A PCR igen érzékeny kimutatási eljárásnak bizonyult. 36 nőnél sikerült a HPV 16 és 22 betegnél a HPV 11 és 16 kimutatása. 10 eset közül 7 betegnél cytológiai elváltozások nélkül is tudtak HPV 11 vagy HPV 16-DNS-sequenciákat kimutatni.

A cytológiai anyagon alkalmazott PCR az amplifikációs fokozás folytán nagy sensitivitással és specificitással rendelkezik. A PCR alkalmas a normális és dysplasiás cervix-hámokban a HPV előfordulását igazolni.

Vizsgálataik alapján a cervix-carcinomban onkogén jellegűnek tulajdonított HPV-fertőzés sokkal gyakrabban fordul elő, mint azt eddig gyanították.

iff. Pastinszky István dr.

Szív- és keringési betegségek

Rizikó faktorok és az a. coronaria betegség kockázata 25 év folyamán, magas incidenciájú férfi lakosság körében: hét területre vonatkozó finn tanulmány. Pekkanen, J. és mtsai (Department of Epidemiology, National Public Health Institute, Mannerheimintie 166, SF-00300 Helsinki, Finland; Department of Public Health University of Helsinki; Helsinki, Finland): Br. med. J., 1989, 299, 81.

Mint ismeretes, az a. coronaria okozta szívbetegség rizikó faktorai közül a legjelentősebbek az emelkedett serum koleszterin tartalom, a magas vérnyomás és a dohányzás.

A szerzők 25 éves utánkövetéses vizsgálatokat végeztek 1520 40–59 éves férfi lakoson, akiknél a vizsgálat kezdetekor a coronaria betegségre utaló tünetek nem voltak észlelhetők. A férfiak fele Finnország délnyugati, a másik fele a keleti országrészről származott. A vizsgálatokat azonos protokoll szerint végezték a vizsgálat kezdetekor 1959-ben, majd 1964-ben, 1969-ben, 1974-ben és 1984-ben. A vizsgá-

latok fizikális vizsgálatból, nyugalmi EKG-ból, fekvő helyzetben történt vérnyomásmérésből, serum koleszterin vizsgálatból (totális koleszterin) és a dohányzásra vonatkozó kérdőív kitöltéséből álltak. Az elhaltak adatait pontos ellenőrzésnek vetették alá. A rizikó faktorokat és a halálozást „log linear model” szerint vizsgálták. A dohányzó egyéneknek annak mennyiségi foka szerint 5 csoportba sorolták. Megállapították, hogy a 25 éves utánkövetési periódus alatt a Finnországkeleti részből a vizsgálati csoportba sorolt betegek közül 405 (58,4%) elhaltak regisztráltak és ezek közül 183 (45,2%) a. coronaria betegségben halt meg. Finnország nyugati részében a vizsgálatban részt vevők közül 420 (50,8%) halt meg, ezek közül 152 (36,2%) a. coronaria betegségben.

A rizikó faktorok előfordulása 1959-ben a vizsgálat kezdetekor Kelet-Finnországban magasabb volt. A serum koleszterin szint középtértéke Kelet-Finnországban 6,91 mmol/l-t, a systolés vérnyomás középtértékben 147,6 Hgmm-t tett ki és a vizsgáltak 73,3%-a dohányzott. Nyugat-Finnországban a serum koleszterin középtértéke 6,62 mmol/l-t, a systolés vérnyomás középtértéke 139,5 Hgmm-t tett ki és a vizsgáltak 59,1%-a dohányzott.

A 25 éves utánkövetéses vizsgálatokból kitűnt, hogy a serum koleszterin szint és a systolés vérnyomás emelkedésénél fokozatosan nőtt az a. coronaria betegségben szenvedők relatív halálozási kockázata. Napi 10 cigarettára vagy annál nagyobb számú cigarettára elszívása megkettőzte a halálozási kockázatot a magas koleszterin szintű és magas systolés nyomású betegcsoportban.

A napi 20 cigarettánál többet szívó férfiak csoportjában a halálozási kockázat alig múlt felül a napi 10–19 cigarettát szívók csoportjában észlelhető halálozási kockázatot férfi betegeken. A kockázati arány („hazard ratio”) ezen csoportokra vonatkozóan 1,86 (95%-os konfidencia intervallum 1,35–2,57). A multivariáns analíziseket figyelembe véve Kelet-Finnországban a 40–50 éves a. coronaria betegségben szenvedő férfiak csoportjában kedvező rizikó faktorok kombinációja esetén a halálozási valószínűség 12%, kedvezőtlen rizikó faktorok kombinációja esetén 75% volt. Ezzel szemben Nyugat-Finnországban az azonos betegcsoportban a rizikó faktorok azonos kombinációja esetén a halálozási valószínűsége 8%, illetve 60%-ot tett ki.

A vizsgálatok értékelését nehezítette a 25 éves utánkövetéses vizsgálatok során a vizsgálatokban részt vett középkorú a. coronaria betegségben szenvedő férfiak rizikó faktorainak változása, különös tekintettel a dohányzási szokásokra vonatkozóan.

Romoda Tibor dr.

Automata implantálható defibrilláló. Manolis, A. S. és mtsai (Tufts Orvosi Egyetem, Boston): JAMA, 1989, 262, 1362.

A kamrai fibrillatio a legsúlyosabb aritmia és a hirtelen szívhalál leggyakoribb okozója. A recidiváló kamrai fibrillatio súlyos szívbetegségekhez (többnyire ischaemiás szívbetegséghez, szív-aneurysmához) társul. A kamrai fibrillatio kezelésére 1980 óta (Mirowski és mtsai) alkalmaznak automata beültethető cardioverter-defibrillátort. Azóta több mint 5000 ilyen készüléket ültettek be.

E közlemény az automata implantálható defibrillátor terápia eddigi eredményeit foglalja össze. Az eredeti készülékhez képest jelentős technikai fejlődés állapítható meg. A mai készülékek technikailag fejlettebbek, hatásosabbak és megbízhatóak. Sokkal jobb a kamrai fibrillatio érzékelése az új típusú készülékek eseteiben. Az első elektromos shock leadása után, ha a fibrillatio nem szűnik meg, úgy a készülék növekvő áramerősséggel három alkalommal újabb elektromos shockot ad le. A biztonságos defibrilláláshoz aránylag nagy elektromos energia leadása szükséges; átlagosan 20 J 7–8 secundum alatt. A viszonylag nagy energialeadás azt jelenti, hogy a készülék átlagosan kb. 100 defibrillálás végzésére alkalmas. Középsúlyos, recidiváló kamrai fibrillatio eseteiben ez annyit jelent, hogy a készüléket átlag két év múlva cserélni kell.

Az automata implantálható defibrillátor fő indikációja a recidiváló kamrai fibrillatio, vagy a kamrai fibrillatióba átmenő súlyos kamrai tachycardia. Az implantálás előtt elektrofiziológiai vizsgálat végzése szükséges, és meg kell állapítani a szív elektromos fibrillációs küszöbét. Ha ez 20 J-nál kisebb, biztonságos a készülékkel végzett elektromos defibrillatio hatásossága. Több centrum aneurysma resectio, vagy aorta coronaria bypass műtét után beültetett az automata defibrillátor elektródját, és ha szükséges, később a készüléket is. Súlyos kamrai tachycardia miatt végzett endocardialis resectio műtete után sokan automata implantálható defibrillátort is beültetnek. A biztonságos elektromos energia leadásához epicardialis elektródot kell használni. Az automata defibrillátor beültetésének még igen jelentős a komplikációs rátája. Az implantáció mortalitása 1–2%-os, ennek oka elsősorban a kísérő súlyos szívbetegség. A készülék meghibásodása, illetve a korai telepkimerülés 3–17%-ban fordul elő. Jelentős a kamrai fibrillatio érzékelésének a hibája; kb. 30–40%-ban szenzelési probléma jelentkezik az implantálás után. Mivel a készülék nagy, a bőrdecubitus, infekció viszonylag nem ritka (2–20%). Az elektród-kábel törés kontaktushiba 1–2%. Pericarditis fellépésének valószínűsége 1–2%.

A szerzők 38 betegnek ültettek be automata defibrillátort. Műteti mortalitásuk nem volt. A követési idő alatt (1–30 hónap, átlagosan 12 hónap) négy esetben lépett fel késői szövődmény. Emiatt két esetben reimplantáció, két esetben készülékcsere vált szükségesé. Az egyik betegnek olyan magas volt a kamrai fibrillációs küszöbe, hogy a defibrillátor nem működött hatásosan. Ezt a készüléket végül eltávolították.

A jövő útja. Az automata implantálható defibrillátor a súlyos kamrai aritmiák kezelésére új lehetőséget teremtett. Ennek ellenére a jelenlegi készülékeknek még hibái vannak. Az egyik hiba az, hogy az automata defibrillátor készülék jelen formájában nem alkalmas kamrai elektromos ingerlésre. Ezért bradycardiával, asystoliával társuló kamrai fibrillatio esetén külön pacemaker beültetése is szükséges. Hibája még a készüléknek az, hogy nem programozható, nem változtathatók meg a fontosabb paraméterek és nem ellenőrizhető a készülék fenyegető kimerülésének jele. Az epicardialis elektród beültetéséhez ma még thoracotomia szükséges. A készülék nagysága, illetve nagy súlya (250 g) is nagy hátrány. Komoly problémát jelent a készülék viszonylag rövid élettartama. Nem elhanyagolható tényező még a készülék nagyon magas ára. Feltehető, hogy a pacemaker technika fejlődése ezeket a nehézségeket a jövőben megoldja.

Solti Ferenc dr.

Haemodinamikai változások dobutamin stressz teszt alatt. L. A. Pierard és mtsai: (Departments of Cardiology and Medical Computing, University of Liege, Belgium): Eur. Heart. J. 1989, 10, 783.

A dobutamin stressz teszt okozta haemodinamikai választ 15 első myocardialis infarktuson átesett betegnél jobb szívfél kateéterezés és echocardiographiás vizsgálattal elemezték. 4 betegnél elsőfali, 2 betegnél inferior, 9 betegnél hátsófali myocardialis infarctus volt. Az akut szakban 6 betegnél alkalmaztak systemás streptase kezelést (1,5 millió egység egy óra alatt). Thrombolyticum nem alkalmaztak, ha a beteget több mint négyórás panaszokkal vették fel, ill. ha 1,2 mV-nál kisebb volt az ST eleváció összege, ill. ha kontraindikáció állt fenn. A betegek béta blokkolót nem kaptak. Ca antagonisták és nitrát kezelésüket a dobutamin stressz teszt során nem függesztették fel. A dobutamin stressz tesztet fekvő helyzetben a myocardialis infarctus 5–10. napján végezték.

A két vizsgálat adatait nyugalomban és dobutamin infúziós kezelés során (5–40 µg/kg/perc) elemezték. Echocardiographiával ischaemiát akkor állapítottak meg, amikor asynergia jelent meg két segmentumban (más területen, mint az infarctus hege volt). Így 6 betegnél ischaemiát nem találtak, 9 betegnél azonban új helyen szegmentális falmozgás zavar jelentkezett dobutamin hatására. A haemodinamikai jellemzők analízisére Zerbe módszerét alkalmazták.

A szívfrekvencia, az artériás vérnyomás-válasz, a jobb pitvari, a tüdő artéria, az éknyomás értékei a két csoportban nem különböztek egymástól. A haemodinamikai válasz görbéi a két csoport összehasonlításában szignifikánsan különböztek, azonban perctérfigat, verővolumen és a nagyvérköri peripheriás rezisztencia tekintetében

($P < 0,05$). Alacsony dózisú dobutamin esetében a verővolumen mindkét csoportban hasonló mértékben emelkedett (38–28%). A dózis emelése során az újabb helyen szegmentális mozgászavart nem mutató csoportban a verővolumen változatlan maradt, míg a szegmentális falmozgászavart mutató csoportban a verővolumen szignifikáns csökkenést mutatott.

Megállapítják tehát, hogy a dobutamin alacsony dózisú alkalmazása (ami még nem okoz érdemi szívfrekvencia emelkedést) a verővolumen az elvárható maximumra emeli. Megállapítják továbbá, hogy a dobutamin indukálta myocardium ischaemia úgy csökkenti a verővolumen, hogy közben a pulmonális éknyomás érdemben nem változik.

Simor Tamás dr.

Fibrin képződés és thrombocyták aktiválódás myocardialis infarktusból szenvedő és ép coronariájú betegekben. Rapold, H. J. és mtsai (Section of Cardiology, Dept. of Medicine, Univ. of Bern Med. School): Eur. Heart. J. 1989, 10, 323.

Az esetek legnagyobb részében coronariaspasmusmal magyarázzák azon ritka eseteket, amikor a myocardialis infarctus ép coronarographiás kép mellett jön létre.

A szerzők 11 akut myocard. infarktusból (AMI) beteget thrombolytikus terápiában részesítettek rtPA-val (recombinant tissue plasminogen activator). A mellkasi fájdalom megjelenésekor kezdték a kezelést, majd az azt követő 10,2 ± 4,5 nap múlva 3 esetben épek találtak a coronariákat a radiológiai lelet alapján. A beteg plazma fibrinopeptid A (FPA) és béta-thromboglobulin (BTb) szintje emelkedett volt, és nem mutatott szignifikáns különbséget a másik 8 beteg szérumában mért értékektől. Ezek alapján feltételezik, hogy a fibrin képződés és a thrombocyták aktiválódás fontos szerepet játszhat a myocardialis infarctus korai szakában.

Normális vagy közel ép coronariák esetén kialakuló AMI gyakrabban fordul elő fogamzástól szedő nőknél, dohányzóknál, fiataloknál fizikai munkavégzés során vagy azt követően és nagyon fiatal betegekben. Az okok közt spasmus, embolia, spontán oldódó thrombosis, coronaria atherosclerosis regressiója, trauma, kísérőbetegség és coronarographiával nem igazolható coronaria laesio szerepel.

FPA a thrombosis érzékeny markere, mely thrombosis hatására képződik fibrinogénből. Szérumszintje emelkedett AMI-ben, instabil anginában, vénás thromboemboliában. Ehhez hasonlóan magas a plazma BTb szintje is ezen körképekben.

Az említett 11 betegnél mérték a FPA, BTb és a thrombocyták 4 faktor (PF4) vér-szintjét, az AMI kialakulása után, majd a thrombolytikus kezelés alatt. Mindegyik esetben magasnak találtak az enzim értéket.

Mindezek alapján úgy vélik, hogy a va-

sospasmus inkább részjelenség, mint oki tényező az infarctus kialakulásában. A korán elkezdett thrombolytikus terapia sikerre támasztja alá a thrombosis jelentőségét az infarctus pathophysiológiájában, a spasmussal szemben. Probléma azonban, hogy egy coronariát elzáró parányi thrombus nem okozhatja önmagában a FPA ilyen mértékű emelkedését. A magas BTb szint pedig a thrombocyták fokozott aktivitását jelzi az infarctus első óráiban, coronaria betegsége jelenlététől függetlenül.

A spasmus önmagában nem okozhatja az infarctus kialakulását, de adjuváns hatása nem zárható ki.

Molnár Zsolt dr.

Nagy dózisú nalbuphin alkalmazása az akut miokardiális infarctus korai szakában. T. G. Trouton és mtsai.: (Regional Medical Cardiology Centre, Royal Victoria Hospital, Belfast): Internat. J. Cardiol. 1989, 23, 53.

A szerzők a felszintetikus opiát agonista-antagonista nalbuphin (Nubain, Du Pont) nagy dózisának hatásosságát és biztonságos adhatóságát vizsgálták az akut infarctusok korai szakának, ill. az akut coronaria inszufficienciák fájdalomcsillapításában.

A gyógyszer 2 hónapos megfigyelési időszak alatt 20 betegnél alkalmazták, köztük 18 beteget már a kórházon kívül kezdték kezelni. 30 mg nalbuphint adtak intravénásan 10 mg metoclopramidral együtt, 5 percen keresztül. Ha a fájdalom az első adag után 10 perccel is perzisztált, akkor a 15. percben további 20 mg nalbuphint adtak be ugyancsak 5 perc alatt intravénásan, s a szer hatásosságát a 120. perccig figyelték. Ha a fájdalom a 2. adag gyógyszer után is fennállt, a 30. percben diamorfint adtak a betegnek. A kardiopulmonális paraméterek követése mellett a 0-tól 3-ig terjedő standard fájdalom-skálát használták, amelyben a „0” esetében fájdalommentes volt a beteg, a 3-nál igen súlyos fájdalomról panaszkodott.

19 betegnél volt szükséges megismételni az injekciót a 15. percben. 17 beteg (90%) számolt be jelentős fokú fájdalomcsökkenésről a 30. percben, köztük 12-nél igazolódott a szívinfarctus.

Két betegnél nem következett be értékelhető fájdalomcsökkenés, ezek fájdalmát diamorfinnal szüntették, 1 betegnél viszont a 30. perc után következett be a kielégítő fájdalomcsökkenés. A fájdalommentesség átlagosan a 73. percben volt teljes. A fájdalom-skála átlagértékei szerint a 2,6-es kezdeti érték a 15. percben 1,5-re, a 30. percre 0,7-re csökkent. Az infarktusból betegek vonatkoztatva a maximum 2,5 volt, ez 1,3-re majd 0,8-re csökkent. Értékelhető kardiális vagy respiratorikus paraméter-változás nem következett be, a leggyakrabban előforduló mellékhatás a szédülés volt, antidotumra egy betegnél sem volt szükség.

A szer hatásosságát és biztonságos adhatóságát a szerzők egyértelműen pozitívan

értékelik, bár más közlemények eredményei alapján is a magas gyógyszeradagok szükségességét megkérdőjelezzik.

Sárosi István dr.

Toxicomania

Az alkoholfogyasztás, -abúzus és -függőség jellemzése és klinikuma. Richter, G.: Z. ärztl. Fortbild., 1989, 83, 803.

Az igen alapos, 3 részre bontott közlemény első részében a szerző a „normális”, vagy „szociális” ivók problémájáról ír. Ebben az emberek alkoholfogyasztását ismertetve rámutat, hogy ez 1950 óta világszerte megduplázott és a lakosság szeszital-fogyasztása logaritmusan emelkedik. Svájci adatok szerint az embereknek csak 11%-a absztinens és a megivott teljes alkoholmennyiség felét a fogyasztók 10%-a issza meg. A lakosság mindenekelőtt alkoholfogyasztókra és nemfogyasztókra bontható, de a fogyasztás mértékét tekintve „mészkelt ivókat” (moderate drinkers) és „nagyivókat” (heavy drinkers) különböztetünk meg. Bár az utóbbiak nem vehetők egyértelműen alkoholistáknak, de ezek közülük kerülnek ki. Ami a „jelentéktelen mennyiség” fogalmát illeti, alkoholspecifikus megbetegedést ugyan még nem ismerünk, más szóval az alkoholfogyasztástól gyakrabban látott megbetegedések enélkül is létrejöhetnek, ezek mégis utalnak rá. Részletezi a napi 30–40 g alkohol 3–5 éves, a napi 60–80 g alkohol 5–10 éves és a napi 100 g feletti több mint 10 éves alkohol fogyasztása után létrejövő megbetegedéseket, de rámutat, hogy mindezek megítélésénél az egyéni hajlamot, egyéni különbségeket, sőt a túltáplálkozást, elhízást, mozgáshiányt, dohányzást és gyógyszerfogyasztást is számításba kell venni. A WHO szerint ezekre a betegségekre férfiak esetén napi 40 g, nők esetében 20 g felett lehet számítani és csak a napi 7 g alatti tartja veszélytelen mennyiségnek.

A szenvedélyes alkoholfogyasztás problémájában nőknél a napi 20, férfiaknál a napi 40 g feletti alkoholfelvétel jelent szenvedélyes fogyasztást. Ebben a heveny alkoholfogyasztás direkt hatását és az idült alkoholabúzus betegséget és idült kórképeket okozó következményeit kell kiemelni. Közepes részegséget az 1,5‰ feletti véralkohol szint okoz és fiatalabb korban az akut alkoholos intoxikáció problémái állnak az előtérben. „Problémás ivónak” az USA-ban 10 millió embert tartanak, a felnőttek 7%-át, a 14–17 éves fiatalok 19%-át. A normálisnak tartott és szenvedélyes alkoholfogyasztás határát — bár ez nehezen különíthető el — napi 40 g-ban adják meg.

A harmadik részben az alkoholfüggőséget és -szenvedélyt értékeli pszichiátriai szempontból. A WHO 1952-es „klasszikus” alkoholizmus megfogalmazása szerint „alkoholisták azok a nagyivók, akik már a nagyfokú függőségük miatt, testi, lelki, kö-

zösségi egészségügyi problémákkal, szociális és gazdasági beilleszkedési és gazdasági zavarokkal, konfliktusokkal küszködnek és emiatt kezelésre szorulnak”. Az APA (Amerikai Pszichiátriai Társaság) az alkoholizmus kis és nagy jeleit adja meg katalógusában. Az alkoholizmus szakirodalmában leggyakrabban használt terminusokat Jelinek beosztása, a szovjet felosztás, az USA két tendenciája, az angol Edwards diagnosztikus modellje és az alkoholfüggőség tünetcsoportjai szerint részletezi.

Összefoglalóan kihangsúlyozza, hogy az alkoholizmust mint kórképet elfogadhatóan még nem sikerült megfogalmazni, és az alkoholisták és nem alkoholisták között az alkoholabúzust, „praealkoholizmust” tekintve határnak. A WHO egyik tanulmánya szerint napi 40 g (nőknél 20 g) feletti alkoholfogyasztás esetén alkohol okozta szervi károsodások és szenvedélyes alkoholfogyasztás kialakulására lehet számítani. A WHO újabban a veszélyes kockázatos ivást (hazardous drinking) és károsító kórokozó ivást (harmful drinking) különíti el, és az a célja, hogy 2000-re az egy főre jutó alkoholfogyasztás 25%-kal csökkenjen.

(Ref.: A jelenlegi közleményt és a továbbiakat is részletesebben áttekintve az érdeklődő az Országos Alkohológiai Intézet Referáló Szemléjében olvashatja majd.)

Angeli István dr.

Az alkoholabúzusban és -függőségben szenvedők gondozásának célkitűzései és tapasztalatai. von Keyserlingk, H.: Z. ärztl. Fortbild., 1989, 83, 811.

Az NDK-ban az évi egy főre jutó átlagos tisztaszesz-fogyasztás 12 liter, de ennek felét az alkoholfogyasztók 10%-a issza meg.

Minden tizedik viszont évente 60 litert iszik meg, ami már napi 165 g-nak, vagyis 0,5 liter égetett szesz italnak, vagy 3 üveg bornak, vagy 4 liter sörnek felel meg. Mivel pedig az egészségkárosító alkoholadag felső határértékének férfiak esetében a 80, nőknél a 60 g-ot tartják, az NDK-ban így a férfiaknak 9%-a és a nőknek 2%-a van állandó egészségkárosodásnak kitéve. Mindezek alapján a következő megfontolások adódnak.

Az alkoholabúzus és -függőség kezelésében célszerű az ambuláns lehetőségeket kiaknázni, mivel így a páciensek könnyebben motiválhatók. A háziorvos és üzemorvos kezelésében az alkoholabúzus és -függőség elkülönítése, valamint a velük kapcsolatos eljárások és kezelések megválasztása okozhat bizonytalanságot. Az orvos és páciense kapcsolatában pedig az alkoholbetegség szervi, pszichés és szociális zavarai, valamint az absztinencia elérésének nehézségei és képtelensége okozhatnak nehézséget, ami a páciens környezetének, így a családnak és a munkahelynek a bekapcsolását teszi szükségessé. A diagnózisban és kezelésben a kórkép a beteg és páciens részéről történő elbagatellizálása, a csökkent együttműködés, valamint a visszaesések je-

lenthetik a sikertelenséget. Feladatként a felvilágosítás, az egészségnevelés, a probléma megértése, az alkoholabúzus következményeinek felismerése és kezelése, valamint az alkoholfüggőség korai diagnózisa, megfelelő helyen történő kezelése, szükség esetén a rehabilitáció és tartós terápia biztosítása kívánatos.

A diagnózisban már az alapellátásban célcsoportként az idült szív- és érrendszeri bántalmakat, az idült gyomor- és bélbetegségeket, a gyakoribb baleseti sérüléseket, az anyagcserebetegségeket, valamint a perifériás és központi idegrendszer ártalmait kell figyelembe venni. Mivel pedig a betegek a kórképük alkoholos eredetűre igen sokszor nem is gondolnak, erről őket mindig fel kell világosítani. A kórelőzmény felvételébe a család és munkatársak adatait is célszerű bevonni, ebben az ivás mennyiségét, gyakoriságát, az ivási szokásokat, ezek szomatikus és pszichés kihatásait, a szociális állapotot és viselkedést, valamint az alkoholfüggőség klinikai tüneteit is kutatva. A labor diagnosztikában az egyéb lehetőségek mellett a gamma-CT vizsgálata adhat segítséget, a páciens együttműködése pedig felvilágosítással, tanácsadással és oki indoklással érhető el.

Kezelésében mindenekelőtt a teljes absztinencia biztosítása kívánatos, az alkoholos ártalmak, a vérnyomás és gamma-CT folyamatos kontrollja mellett. Az absztinencia elérhetetlensége pedig már a függőséget jelzi és ez speciális kezelést igényel. Mind az ambuláns, mind az intézeti kezelésben specializált szakember biztosítása kívánatos. A felvilágosítás és egészségnevelés, az alkoholfüggőség és következményeinek diagnózisa és kezelése, a foglalkozási és szociális rehabilitáció ambuláns körülmények között is elvégezhető, és ezt célszerű alkoholklubokban történő szakszerű vezetéssel és támogatással, valamint az alkoholabúzus és -függőség leküzdésének nevelő, kiképző és továbbképző lehetőségeivel kiegészíteni. A heveny alkoholmérgezés és súlyos elvonási tünetek viszont már megfelelő intézeti háttérrel és kezelést igényelnek.

Angeli István dr.

Az alkohol és a belső szervek betegségei. Alt, St.: Z. ärztl. Fortbild., 1989, 83, 815.

Az alkoholos szervbetegségek kialakulásában jelentős különbségek vannak és ezek egyéni adottságokon (életkor, nem, anyagcsere), valamint az exogén tényezőkön (étkezési szokások, gyógyszeresedés, nikotinabúzus) is múlnak.

Az anyagcsereben az alkohol az alkohaldehidrogenáz (ADH) hatására acetaldehidé, majd ez az acetaldehid dehidrogenázra acetáttá oxidálódik, ami a redukáló anyagok (NADH, NADPH) túlsúlyával járhat. Nagyon magas alkoholkoncentráció esetén a MEOS (mikroszomális-alkoholoxidáló-szisztéma) és a kataláz is előtérbe kerül. A redukáló anyagok túlsúlya a piruvát/laktát

arány eltolódásával, a vér laktátszintjének megemelkedésével, ezáltal a húgysavkiválasztás gátlásával és a köszvényes rohamok megszaporodásával járhat. A heveny alkoholfogyasztás megemeli a VLDL-szekréciót és mindenekelőtt a triglicerid frakciót, de akutan a koleszterinszintet nem befolyásolja. Az idült alkoholfogyasztás viszont a magasabb triglicerid forgalom miatt a trigliceridszintet már kevésbé növeli, és a folyamatos mérsékelt alkoholfogyasztás is inkább a HDL—3 és nem a HDL—2 frakciót emeli. Ennek antiaterogén hatása pedig lényegesen kisebb.

Az elhízás és diabetes vonatkozásában az alkoholt energiahordozóként kell számításba venni, inzulinrezisztenciával, az inzulinreceptorok számának csökkenésével, II. típusú diabetes manifesztációjával és rosszabbodásával. A cukorbetegség szeszesital-fogyasztásának eltüntetése tehát teljesen indokolt.

A hypertóniát, a szimpatikus idegrendszer aktivitását, a mellékvesekéreg- és anti-diuretikus hormonszekréciót növelve, valamint az elektrolit háztartást megzavarva okozhatja és fokozhatja. Hypertóniában az alkoholos anamnézis felkutatása mindenképpen szükséges.

Az atherosclerosisban — a hypertóniához hasonlóan — az U-alakú hatásra, illetve görbére hivatkozik, napi 20 g alatt enyhe protektív, nagyobb alkoholmennyiségeknél pedig drámaian kedvezőtlen hatást hirdetve. (Ref.: Itt megint az alkohol lobby érvényesül, a nagy ivás ugyanis csaknem mindig mérsékelt ivással szokott kezdődni. Az egyéni érzékenység teljesen kiszámíthatatlan, arról nem is beszélve, hogy éppen a nem alkoholisták kisebb mértékű szeszesital-fogyasztás hízlal és az elhízás koleszterin-, triglicerid- és húgysavszintet növelő, érka-rósító hatását senki sem tagadja.)

A szívbetegségek vizsgálatából kiderült, hogy a nagyivók 1%-ában alkoholos cardiomyopathia lép fel, az acetaldéhid toxikus hatásaként dilatált szívizombántalommal, kitágult szívizomzattal, szívelégtelenség-gel, embóliával, ritmuszavarokkal és hirtelen szívhalállal. Elsősorban az éveken át naponta több mint 80—100 g alkoholt fogyasztó 30—50 éves férfiakat érinti.

A gyomor-bélrendszert teljes egészében károsítja. A nyelőcsőben reflux oesophagitist, Barrett-szindrómát, rákot okozhat. A nyálcsövek következtében létrejött nyálkahártyaszakadások komoly vérzésekkel járhatnak. A gyomorban, elsősorban a sör és a bor, a nyálkahártya barrier hatásának a csökkenésével és a savelvasztás emelkedésével járhat. Az ulcusos betegek a dohányzás és koffein fogyasztás elhagyásán kívül a szeszes italoktól is tartózkodjanak. Az alkohol ezen kívül a gyomorban eróziós és masszív vérzéseket, a vékonybelekben felszívódási zavart, a vastagbélben pedig motilitásos zavarként alkoholos pseudo-obstruictiót okozhat.

Az alkoholos májartalmak reverzibilisek és irreverzibilisek lehetnek, és leggyorsabban a zsírmáj alakul ki. Az alkoholos hepatitis kialakulásához már hosszabb alkohol-

abúzus szükséges, a fibrotikus elváltozások pedig már irreverzibilisek. Májcirrhosisra általában nagy ingadozással 20—25 éves alkoholfogyasztás után lehet számítani és a kisgöbű cirrhosisok csaknem mindig alkoholos eredetűek. A májcirrhosis következtében létrejött portoszisztematikus encephalopathia tüneteit a delírium tremenstől kell elkülöníteni, és oki kezelésében az absztinencia a legfontosabb.

A hasnyálmirigykárosodások — az 1984-es marseille-i osztályozás alapján — heveny és idült progresszív pancreatitis nyomán jöhetnek létre. A hevenyek kétharmada idült formába megy át és 4—10%-uk halálos kimenetelű és leggyakrabban, az esetek 38—85%-ában idült alkoholabúzus, rendszerint többéves, napi 80 g feletti alkoholfogyasztás következtében jönnek létre. Absztinenciával 50%-uk fájdalommentessé tehető és a kezelésnek még mind a külső, mind a belső szekréciós elégtelenséget ki kell küszöbölnie.

A vér és immunszisztéma részéről az alkohol anaemiát, véralvadásvizet okozhat és a szervezet immunvédelmét károsíthatja. Az így létrejött anaemia lehet haemolytikus eredetű mint a Zieve-szindróma, valamint hyporegeneratív-makrocyter, legtöbbször folsavhiány következtében, vagy vérzések következtében kialakult. Az alkoholos eredetű a gamma-GT vizsgálat is jelezheti. Az idült alkoholfogyasztás trombocytopenia révén és az alvadásfaktorok befolyásolva véralvadásvizet okozhat, az alkohol elhagyására pedig rebound thrombocytosis is létrejöhet. A szervezet immunitását korlátozva a fertőzések veszélyét növeli.

A légzőszervekben észlelt gyakoribb és súlyosabb infekciók az alkohol immunosuppresszív hatására vezethetők vissza, sőt ciliáris zavart okozva csökkenti a köhögéreflexet és elősegíti az alvás alatti mikroaspirációk létrejöttét.

A gyógyszerinterakciókban a heveny alkoholfogyasztás főleg a nyugtatók és altatók lebontódását gátolhatja, az idült alkoholfogyasztás pedig az enzimindukció befolyásolásával néhány gyógyszer lebontódását gyorsíthatja, sőt az alkoholabúzus egyes toxikus metabolitok kialakulását is meggyorsíthatja.

Angeli István dr.

A vegetatív elvonásos és az elhúzódo absztinens szindróma diagnózisa és kezelése. Assmann, G.: Z. ärztl. Fortbild., 1989, 83, 819.

Az orvosnak a beteg panaszainak és vizsgálati eredményeinek értékelésében az alkoholos eredetűt is egyre inkább figyelembe kell vennie. Az alkoholos függőség kialakulása mellett egy jellemző patológias homeostasis is kialakul, amely alkalmazkodó biokémiai és neurofiziológiai jelekből ismerhető fel.

Ami az elvonási tüneteket illeti, az alkohol teljes vagy részleges megvonására ez

a patológiás homeostasis kisiklik, ami rebound jelenséggé, túlzott reakció formájában nyilvánul meg az elvonási tünetekben is. Ebben pedig döntő szerepet játszik az elektrolit-, folyadék- és sav-bázis háztartás zavarán kívül a neurotransmitter rendszer, noradrenerg szimpatikotóniás reakció talaján létrejött zavar is. A heveny elvonásos tünetek megszűnése és a manifeszt függőség megtörése után komplex szervi és funkcionális zavarok maradnak vissza, melyek szomatikus és pszichés kiesési tünetek formájában a protraháltan lefolyó absztinens szindróma alapját képezik.

A vegetatív alkoholelvonásos szindróma diagnosztikájában és klinikájában a legjobban objektívizálható jelenség a „függőség”, a maga leggyakoribb, 80—85%-os előfordulásával. E legutolsó alkoholfogyasztást 24—36 órával követő vegetatív tünetek szomatikus és pszichés alcsoporthoz bonthatók. A szomatikus jelenségek közé a gastrointestinalis, szív- és vérkeringési zavarok, valamint a tremor, hyperhidrosis, hyperreflexia, alvászavarok sorolhatók. A pszichés jelenségek pseudoneurastheniás tünetek formájában emocionális zavarokban, affekt-labilitásban, ingerlékenységben, depressziós hangulatban, szorongásban, az emocionális lendület, a koncentráció és megjegyzőképeség csökkenésében, valamint pszichomotoros nyugtalan-ságban manifesztálódhatnak.

A vegetatív alkohol-elvonásos szindróma alaptünetei a finom- és középhullámú tremor, a pszichomotoros nyugtalanság és a hyperhidrosis a jellemző, de a beteg tudata még tiszta, hallucinációi és öntudatzavarai nincsenek. Az enyhe, középsúlyos és súlyos tünetek e fokozatuktól függetlenül is, spontán, vagy gyógyszeres kezelésre megszűnhetnek, de folyamatosan, a delírium tremensig fenn is maradhatnak. Szervi prognosztikus jelként kedvezőtlenek az agyi megnyilvánulások. Az elkülönítésben az egyéb tremorformák, bizonyos anyagcserekesiklások hasonló tünetei, különböző anaemia-formák, lázas megbetegedések, gyógyszerintoxikációk és gyógyszer-elvonási tünetek kerülnek szóba. Kezelésében gyógyszerek adása mellett döntő a páciens pszichés vezetése, a kifejezett vegetatív elvonásos tünetek pedig kórházi, intézeti kezelést igényelnek. Az ambuláns kezelésben a napi 1—2 kontrollt és kisegítő személyek bekapcsolását célszerű biztosítani. A gyógyszerek közül már számosat kipróbáltak, de az igazít még nem tudták megtalálni.

Az elhúzódoan lefolyó absztinens szindróma az absztinencia kezdetétől számítva hosszabb tünetmentes intervallum, hónapok-évek múlva jöhet létre és legtöbbször a hullámzó lefolyás jellemzi néhány órá és napos időtartammal. Szintén szomatikus és vegetatív tünetekben nyilvánul meg, alvászavarokkal, tremorral, hyperhidrosissal, gyomor- és bél-, szív- és érrendszeri panaszokkal és tünetekkel, ingerlékenységgel, depressziós, szorongásos hangulattal, koncentrációs zavarokkal, esetenként váltó eufóriás epizódokkal és psi-

chomotoros nyugtalansággal. Lefolyásában szintén jelentős egyéni különbségek vannak, felléphet minden külső ok nélkül, de nemritkán exogén jelenségek, betegség, túlterhelés stb. provokálják. Létrejöttében azonban a csökkent tűrőképesség is szerepet játszhat. Kezelésében elengedhetetlen a helyes diagnózis, és kívánatos a külső kiváltó hatások kikapcsolása, valamint a pszichés vezetés. Egyes kedvezőtlen jelenségek meghatározott rövid gyógyszeres kezeléssel is megfoghatók, de ebben is a függőség kialakulását, a beteg passzivitását, indítékhiányát és csökkent terhelhetőségét számításba kell venni.

Angeli István dr.

Alkoholizmus és öngyilkosság. Hugler, H.: Z. ärztl. Fortbild., 1989, 83, 823.

A WHO 1988-as felmérése szerint az öngyilkosságok halálozása az utóbbi 20 évben a legtöbb európai országban megemelkedett és ennek második leggyakoribb oka az alkoholizmus. Az öngyilkossági kísérletek is megduplázódtak, sőt helyenként megháromszorozódtak. Különösen sok az öngyilkos a szétzilált családban élő fiatalok és egyéb családtagok, a drog- és alkoholfüggőségben szenvedők, az iskolakerülők, valamint a munkanélküliek és depressziósok között.

Az epidemiológiai adatok szerint az alkoholisták 13–76%-ban követnek el öngyilkosságot és a becslések szerint ebben a részesedésük 6–21%. Rushing szerint az öngyilkossági cselekmények gyakrabban kapcsolódnak alkoholizmushoz, mint az elmebetegségekhez és Wieser szerint az idült alkoholisták 12–75-ször gyakrabban követnek el öngyilkosságot mint az összlakosság. Schmiedtobreich szerint az öngyilkosság-halálozás az alkoholisták között 22-szer nagyobb, és a halálozási statisztikák szerint minden második öngyilkossági kísérlet a 15–65 éves szenvedélybetegek közül kerül ki és a májcirrhosis után az öngyilkosság az alkoholisták második leggyakoribb halál oka.

Az alkoholisták öngyilkosság-rizikója szempontjából ezek két csoportját különböztetjük meg. Azokat, akik az öngyilkosság alatt még alkohol és kiegészítő gyógyszerhatásnak vannak kitéve, valamint azokat, akik az öngyilkosságuk elkövetésekor már absztinensek. A legnagyobb figyelmet az első csoport érdemli, akik többnyire az ivási fázis végén, már a csökkenő véralkoholszinten megjelenő lehangolt, depressziós fázisban lesznek öngyilkosok. Ebből a szempontból különösen az első 4 év veszélyes, de ennek kockázata a visszaveszés, valamint a kezelés alatt és után is felélhető.

Az öngyilkosságok és alkoholizmus összefüggését újabban két feltételezéssel magyarázzák. A „common-cause-theory” szerint az alkoholizmus és az öngyilkosságok azonos feltételekre és okokra vezethetők vissza. A „processual-cause-inter-

pretation” szerint az alkoholos függőség maga kapcsolódó problémáival (szociális leépülés és izoláció stb.) vezet az öngyilkossághoz. A két feltételezés között azonban igazságot még nem sikerült tenni és kétségtelen, hogy a szenvedélyek és öngyilkosságok feltételei nagyon hasonlóak, de biztos, hogy nem azonosak. Mindkettőt legjelentősebben a szociális világ és a függőség befolyásolják, melyeknek hátterében a megzavart partnerkapcsolatok, a szülői ház kedvezőtlen jelenségei és kedvezőtlen környezet (barátok, munkatársak) állanak. Az alkoholbetegek pedig emellett még többnyire anyagilag is hátrányban vannak, sokszor változtatják munkahelyüket és gyakran munkanélküliek.

Az életkor és foglalkozás összefüggését tekintve megállapítható, hogy sok idős ember lesz öngyilkos, de az alkoholos függősből adódó szuicidium alig fordul elő közöttük. Az NSZK-ban is igen gyakori az öngyilkosság a diákok között, mégpedig érdekes módon inkább a kisebb alkoholos függőségnek kitett diplomások gyermekei részéről. A „common-cause-theory”-nak pedig ellentmond, hogy Franciaországban, ahol nagyon sok szeszest italt isznak, viszonylag kevesebb és ritkább az öngyilkosság-halálozás. Az alkoholizmust protrahált öngyilkosságnak is tartják, az autoagressziós tendencia pszichopatológias jelenségeként, preszuicid-szindrómának is nevezik.

Következtetésként leszögezhető, hogy az alkoholbetegek nagyobb öngyilkosságg-kockázatnak vannak kitéve és a kettő pszichopatológias gyökerei sokszor közesek, másfelől az alkoholbetegek a rájuk ható tényezőkre másképpen és másfajta reakciókkal reagálnak. Végül pedig a már absztinensen élő alkoholbetegek is nagyobb öngyilkosság-kockázatának vannak kitéve.

Angeli István dr.

Gyermekek pszichés károsodása a szülők alkoholfüggősége következtében. Metzler, M.: Z. ärztl. Fortbild., 1989, 83, 825.

Az alkoholizmus sokoldalú következményei elsősorban a gyermekekre vetíthetők ki. A szülők alkoholizmusa különösen a gyermekek pszichés fejlődését korlátozza és az USA-ban az ilyen gyermekek számát a 10 millió felnőtt alkoholista mellett 7 millióra becsülik. 1975 és 1985 között ezek károsodását — az embriopathia alcohologicától eltekintve — 46 közlemény tekintette át, melyekben a gyermekeknek a következő tünetcsoportjaival foglalkoztak: a szorongással és depressziós tünetekkel, a hiperaktivitással és magatartászavarokkal, a pszichoszomatikus tünetekkel, a gondolkodás és tanulás hiányosságaival, az iskolai hiányzással és fiatalkori bűnözéssel, az abúzzsal, a szociális összeférhetlenséggel, a családi kapcsolatok zavarával és a szülők részéről tapasztalt testi bántalmazással. Kontrollként az egészséges szülők, va-

lamint az egyéb pszichés megbetegedésben (pl. epilepsziában) szenvedő szülők gyermekeit vizsgálták, az eset-kontroll vizsgálatokban csaknem mindig keresztmetszet vizsgálatot alkalmazva.

E vizsgálatok közül 11-ben az alkoholista szülők gyermekeinek szorongását és depresszióját, 6-ban hiperaktivitást, 5-ben magatartászavarait, 3-ban pszichoszomatikus zavarait, 5-ben rosszabb iskolai terhelhetőségüket észlelték, 8-ban iskolai bűnözést, iskolakerülést, 3-ban már a gyermekek alkoholabúzusát, 7-ben pedig ezek testi bántalmazását tudták kimutatni. A gyermekeket azonban valószínűleg a genetikai tényezők és ilyen irányú prenatális ártalmak is befolyásolták. A legbiztosabb eredmény a prospektív vizsgálatoktól várható.

Leggyakrabban a gyermekek szorongását és depresszióját tapasztalták. A hiperaktivitás a fiúgyermekeket kifejezettebben érintette és az alkoholos szülők gyermekeinél, azok depressziójától függetlenül is, szignifikánsan gyakrabban tapasztaltak magatartászavarokat. A pszichoszomatikus zavarok az alkoholbeteg női családtagokról tevődtek át, a gyermekek szellemi terhelhetősége és intelligencia tesztjei pedig nagy különbséget mutattak. Szoros összefüggés volt a gyermekek bűnöző viselkedése, iskolakerülése és a szülők alkoholizmusa között. Az egyik fiatal, 17–24 éves alkoholabúzos csoportban az apák 19%-a és az anyák 7%-a élt alkoholfüggőségben, míg az absztinens fiatalok között ezt csak 4, illetve 1%-ban tapasztalták.

A gyermekek egyértelmű testi bántalmazását, mindkét szülő alkoholfüggősége esetén 33%-ban észlelték, míg az ettől mentes szülők esetében csak 16%-os gyakorisággal. Az alkoholbeteg szülők gyermekeinek bűnözési hajlama 29% volt, míg az össznépszerűségben ez csak 5%-os arányban fordul elő.

Tapasztalatként elmondható, hogy a szülők alkoholfüggősége kedvezőtlen, negatív irányba befolyásolja azok gyermekeinek pszichés fejlődését. Eredményeik azonban, a nagyon különböző gazdasági és szociális feltételek miatt nem vihetők át egyértelműen a többi országra.

Angeli István dr.

Az orvosok magatartása és emocionális reakciói az alkoholbetegek ellátása kapcsán. Thieme, E.: Z. Klin. Med., 1989, 44, 2117.

Az alkoholbetegek problematikus magatartása és együttműködése folyamán mindig felmerül a kérdés, hogy miért olyan nehéz az alkoholabúzus és/vagy -függőség korai felismerése és ezáltal hatásosabb kezelése. A szerzők általában ennek 3 okát említik: az ivását elbagatellizáló alkoholbetegekkel történő nehéz kapcsolatfelvételt, annak tagadó viselkedését, valamint elutasító és védekező magatartásmódját. Az alkoholbetegeknek ugyanis nemcsak szomati-

kus panaszai, hanem pszichés és szociális konfliktusai is vannak, és ez utóbbiakat gyorsan és eredményesen szinte képtelenség kiküszöbölni, és az orvos a rendelésen már nemcsak egy idült beteggel, hanem a társadalom és környezete által elítélt, pszichésen megterhelt egyénnel is találkozhat.

A szerző vizsgálatában az alkoholisták kezelése kapcsán tapasztalható orvosi magatartást és reakciókat mérte fel a következő megfontolások alapján: az orvosok az alkoholbetegek kezelését többnyire sikertelennek tartják, ami mind a panaszok és kezelések megítélésében, mind a magatartásmódok és spontán megnyilvánulások objektív figyelembevételében és elbírálásában megnyilvánul. Ezért az alkoholbetegek kezelése kapcsán a kedvezőbb orvosi magatartásmódot és ezáltal a jobb kezelést a probléma alaposabb megismerése, annak pozitívabb megközelítése és helyesebb közvetítése szolgálja.

A szerzők 7 komplexum 224 orvosának — akik általános orvosok, belgyógyászok és ideggyógyászok voltak — 1982 és 1986 között kérdőívet küldtek ki, ebben az alkohol-

betegek kezelésében észlelt nehézségeikről, valamint saját viselkedésükről és név nélküli személyi adataikról érdeklődve. A megkérdezettek között az általános orvosok és a belgyógyászok domináltak, és a 224 kérdőívből 204-et (91%-ot) kaptak vissza, 90-et férfi orvostól és 114-et orvosnőtől. Ezeknek átlagos életkora 46,4 év volt, és 3—36 éve folytattak orvosi gyakorlatot. A megkérdezettek fele sokkal szívesebben gondozta többi betegét, mint alkoholbetegeit. Kezelésük balsikerének okaként legtöbbször ennek eredménytelenségét és ezzel kapcsolatos csalódásukat tartották, amit a páciens hiányzó belátóképessége és motiváltsága, a ráfordított időhiány, a család, a szociális intézmények és társadalom hiányos együttműködése, valamint az alkohol-függőség orvosiilag nem befolyásolható tényezői, az alkoholbeteg hiányzó ösztönzése és akaratgyengesége követett. Saját nehézségeiket a korlátozott kezelési lehetőségekre, a tapasztalataikból adódó elítélésekre és az időhiányra vezették vissza. Sajnos a sikertelenséget az orvosok többsége minden különösebb reakció nélkül vette tudomásul. A magukat továbbképzők, valamint a nagyobb tapasztalattal rendel-

kezők kevésbé alkalmaztak gyógyszereket és az alkoholizmust inkább idült megbetegedésként definiálták.

A szerző véleménye szerint az alkoholbetegek kezelése igen sokszor eredménytelen és az absztinencia, valamint ivással kapcsolatos magatartásuk megváltozása tartósan legtöbbször nem érhető el. Ez magyarázza az orvosok elutasító magatartását és azt is, hogy a megkérdezettek fele szívesebben gondozna és gondoz más betegeket. Ezért jelentős a feszültség az orvos és alkoholbeteg kapcsolatában, és ezért kell az utógondozásban és rehabilitációs fázisban a beteg együttműködésére és a további lehetőségek (absztinens klubok, önszolgáltató csoportok) kiaknázására törekedni. Elengedhetetlen a visszaesés korai felismerése és a szoros együttműködés a környezettel, családdal házastárssal, munkahellyel, egészségvédőkkel. A gondozás keretében az alkoholbeteget egész életén át követni célszerű, folyamatosan ellátva az aktuális és szükséges tanácsokkal, az orvos-beteg kapcsolatban pedig a szakszerű és humanus ellátásra kell törekedni.

Angeli István dr.

„Igazat mondani és megmondani az igazat, korántsem ugyanaz:
az elsőhöz elég tisztességesnek lenni, a másikkal sokszor bátorság is szükséges”.

Petri Gábor

IPARI ELEKTRONIKAI KÖZÖS VÁLLALAT

az alábbi termékeit és szolgáltatásait ajánlja:

A diagnosztika területén:

- vérnyomásmérők (automata, beszélő-, nem beszélő)
- táskadiagnosztikai készülékek
- ultrahangos magzatszív indikátorok
- ultrahangdiagnosztikai készülék
- audiometerek (szűrő, klinikai, impedancia)
- kardiotokegráf

Ionizátorok, kerékpárergométerek

Műteti betegellátás területén:

- műtőasztalok (nőgyógyászati sebészeti, hordozható)
- vizsgálószékek (nőgyógyászati, urológiai, fül- orr- gégeészeti)

Kórházi kiegészítő eszközök területén:

- takarítókoscsik

Intenzív terápia területén:

- lélegeztető készülék
- inhalátor
- oxigénterápiás készülék

Munkatársaink készséggel adnak tájékoztatást készülékeink paramétereiről, az eladás feltételeiről. Szervizszolgálatunk szolgáltatásaival áll vevőink rendelkezésére.

Rendkívüli ajánlat! 1990. első féléves vásárlás esetén 10—20% közötti árengedményt adunk!

Rendelésével, elképzeléseivel keressen bennünket.

Címünk: 3531 Miskolc, Győri kapu 24.

Telefon: (46) 84-211, 84-523

Telefax: 46-84-236

Telex: 62-527



BRULAMYCIN[®]

antibioticum

cum spectro lato

injekció



HATÓANYAG:

40 mg, illetve 80 mg tobramycinum, 1 ml-es, illetve 2 ml-es ampullánként, szulfátos formájában.

JAVALLATOK:

Súlyos bakteriális infekciók, amelyek kórokozója tobramicinre érzékeny.

A tobramicin hatékony a következő kórokozókra: *E. coli*, proteusok, *Pseudomonas aeruginosa*, klebsiella, enterobacter, *serratia*, *providencia*, *citrobacter* speciemek, továbbá *staphylococcusok*.

A kezelés indikált a felsorolt kórokozók által kiváltott **alsó légúti fertőzésekben** (pneumonia, bronchiolitis, súlyos bronchitis); **bőr-, csont-, lágyrészfertőzésekben**, beleértve az égéseket;

urogenitális fertőzésekben (pyelitis, pyelonephritis, epididymitis, prostatitis, adnexitis, a méh és a méhkörüli szövetek gyulladásai); **gasztrointesztinális fertőzésekben**, beleértve a peritonitist;

a **központi idegrendszer fertőzéseiben** (meningitis) és **septicaemiában**.

Endocarditisben nagyadagú parenterális penicillinnel vagy cefalosporinnal kombinációban. A terápia lehetőleg mikrobiológiai vizsgálat és az antibiotikum érzékenység meghatározása után történjék; sürgős esetben a kezelés megkezdhető bakteriológiai eredmény nélkül is.

ELLENJAVALLAT:

Ismert allergiás túlérzékenység tobramicinnel szemben.

ADAGOLÁS:

Intravénásan vagy intramuszkulárisan adható, általában 7–10 napig. Szükség esetén (pl. endocarditisben) 3–6 hétig is adható, folyamatos ellenőrzéssel.

Szokásos egyszeri adagja **felnőtteknek 1,0–1,5 mg/kg, 8–12 óránként**, a fertőzés súlyossága szerint.

Csecsemőknek és gyermekeknek 3–5 mg/kg/die, újszülötteknek 2–3 mg/kg/die 2–3 egyenlő részletben.

Csökken a vesefunkcióban az adag 1 mg/kg legyen, az egyes adagok közötti időtartamot a vesefunkció szerint szabjuk meg, az alábbiak szerint:

Szérum mg%	Kreatinin $\mu\text{mol/l}$	Kreatinin clearance ml/min	Adagolási időköz óra
<1,3	<110	>80	8
1,4–1,9	110–168	40–80	12
2,0–2,8	176–247	25–40	18
2,9–3,7	256–327	15–25	24
3,8–5,3	335–468	10–15	36
5,4–7,2	477–636	5–10	48
>7,2	>636	<5	72

Mivel az egyéni ingadozás jelentős lehet, ha mód van rá, ajánlatos a tobramicin szérumszintet ellenőrizni: a maximális érték (1 órával az im. inj. után) 7–10 mg/l, a minimális 2 mg/l alatt legyen.

Ha a tobramicin szérumszint a szokványos adagolás mellett nem éri el a hatáshoz szükséges értéket, úgy az adag — további monitorozás mellett — emelendő: ha viszont a szint túl magas, akkor a kezelés kisebb adaggal folytatandó.

Infúziós adagolás esetén az egyszeri adagot 0,9%-os NaCl vagy 5%-os szőlőcukor oldatban (100–200 ml) hígítva, gyermekek esetében arányosan kisebb volumenben alkalmazzuk. A hatóanyag koncentrációja lehetőség szerint 1 mg/ml alatt legyen.

MELLÉKHATÁSOK:

A vesefunkció változása (a karbamid-N, maradék-N, se-kreatinin értékek emelkedése, oliguria, cylindruria, fokozódó proteinuria) — első sorban a vesekárosodott betegekben az ajánlottnál nagyobb adagok alkalmazásakor fordulhat elő.

Ototoxikus hatás: vestibularis károsodás (szédülés, fülzúgás, fülszaggás), halláskárosodás — főként nagyobb adagok, illetve tartós alkalmazás esetén várható.

A nephro- és ototoxicitás kockázata kisebb ép vesefunkciójú betegekben, továbbá az előírt adagolás és kezelési időtartam betartása mellett.

Esetenként megfigyelhető volt a kezelés alatt a transzamináz-értékek (SGOT, SGPT) pozitívá válása és a szérumbilirubin-szint emelkedése, anaemia, leuko- és thrombocytopenia, láz, bőrkeményesedések, urticaria, viszketés, fejfájás, bányadtság, hányás.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK:

Kerülendő az együttdadás

— egyéb neuro- és nephrotoxikus antibiotikumokkal, pl. aminoglikozid és polipeptid antibiotikumokkal, Ceporinnal (neuro- és nephrotoxicitás fokozódás).

— Furosemiddel és Uregittel (ototoxicitás fokozódás). Neuromuszkuláris blokkolókkal pl. tubokurárral, szukcinilkolinallal történő együttdadásakor fennáll az izomrelaxáns hatás fokozódásának lehetősége (légszembőlülés veszélye). Az aminoglikozidok a béta-laktám antibiotikumokkal komplexet alkotva hatáscsökkentő interakcióba léphetnek (tobramycin első sorban a karbenicillinnel, tikarcillinnel), ezért a gyógyszereket azonos fecskendőbe vagy azonos infúziós oldatba **összeszíni nem szabad**. In vivo a kölcsönhatás csak beszűkült vesefunkciónál, magas szérumkoncentrációk esetén jön létre.

FIGYELMEZTETÉS:

Az aminoglikozidokra jellemző potenciális toxicitás miatt a betegek gondos klinikai megfigyelése szükséges. Kimutatható vagy feltételezhető vesekárosodás esetén, illetve ha a kezelés során a kezdetben ép vesefunkció romlásának jelei mutatkoznak, különös óvatosság ajánlott és rendszeresen ellenőrizni kell a vese és a VIII. agyideg működését.

Renális, vestibularis vagy acusticus funkcióromlás észlelésekor a kezelést abba kell hagyni, illetve az adagolást megfelelően módosítani kell. Koraszülötteknek és újszülötteknek a veseműködés éretlensége miatt csak különös óvatossággal adható.

Túladagolás vagy toxikus tünetek esetén peritoneális vagy hemodialízissel gyorsítható kiürülése a vérből.

A kezelés alatt nem érzékeny mikroorganizmusok előretörése előfordulhat.

Terhességben az aminoglikozidok alkalmazását maradandó magzati károsodás veszélye miatt csak az anya életveszélyes és atoxikus antibiotikummal nem kezelhető bakteriális infekciója indokolhatja.

MEGJEGYZÉS:

✱✱ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézet (gondozóintézet) felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS:

10 db 2 ml-es ampulla
10 db 1 ml-es ampulla



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

CHINOFUNGIN®

hintőpor

külsőleges alkalmazásra FUNGICIDA TOPICA

Hatóanyag: 1 g tolnaftatum 50 g-os szóródobozonként.

Javallatok: Dermatophytonok–Trichophyton rubrum, Trichophyton 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 interdigitalis redőkbe, ill. a kezelendő egyéb bőrfelületre kell hinteni naponta kétszer.

Erodált bőrfelületre is alkalmazható.

Lábgombásodás esetén naponta kétszer a cipő, a zokni is beszórandó.

Mellékhatások: Bőrizgató és szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

Megjegyzés: ☛ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételhető.

Figyelmeztetés: Az onychomycosist nem befolyásolja.

Csomagolás: 50 g-os szóródoboz.

Térfítés: 10,- Ft.

NILACID®

tabletta

ANTACIDA, ADSORBENTIA

Hatóanyagok:

250 mg magnesium trisilicicum, 120 mg magnesium oxydatum, 50 mg natrium phosphoricum acidum, 50 mg bismuthum subnitricum tablettánként.

Gyomorsavközbősítő hatását időben elhúzódóan, fokozatosan fejti ki, ezért – csökkentett alkáliabevitel mellett – a Nilacid hatása a szokásos antacid készítményeknél tartósabb. Ennek következménye, hogy csak kismértékben jelentkezik a savközbősítés után gyakran észlelhető kedvezőtlen, fokozott savelválasztás.

A Nilacid cukrot nem tartalmaz, nátriumtartalma csekély, ezért cukorbetegnek és magas vérnyomásban szenvedőknek is adható.

Javallatok:

Hiperaciditás, hiperszekréció, gyomorégés, akut és krónikus gastritis, ulcus ventriculi, ulcus duodeni.

Adagolás:

Felnőtteknek egyszeri adagja gyomorégés vagy gyomorfájdalom esetén 1-2 tabl, amit szétrágva, kevés vízzel kell lenyelni, a szükség szerinti gyakorisággal, akár 1-2 óránként is.

Tartós kezelés során átlagos adagja napi 3x1-2 tabl. a főétkezések után 1/2-1 órával, továbbá fájdalom vagy gyomorégés jelentkezésekor ugyancsak 1-2 tabl.

Mellékhatások:

A nagyobb adagok gyakori bevételére esetén enyhe székletlágyító hatás (az esetek többségében inkább előnyösnek mondható), esetleg hasmenés jelentkezhet.

Gyógyszerkölsönhatások:

Nem adható egyidejűleg orális tetraciklinekkel (kelátképződés miatt azok felszívódását gátolja, a két gyógyszer bevitel között legalább 2 órának kell eltelnie.) Az antacidumok számos gyógyszer felszívódását akadályozhatják az adszorpció gátlásával vagy a gyomornedv pH-jának módosításával (pl: vas-sók, szivglükózidok, barbiturátok), ezért célszerű a Nilacid és egyéb gyógyszerek bevételére között legalább egy óra szünetet tartani.

Figyelmeztetés:

Veseelégtelenségben nagy adagok tartós alkalmazása hypermagnesemiahoz vezethet.

A bizmut-sók, köztük a bizmut-szubnitrát extrém nagy adagjainak (naponta több gramm) tartós alkalmazása során több esetben neutroxikus tüneteket (encephalopathia) írtak le.

Megjegyzés: Vény nélkül is kiadható.

Csomagolás:

50 tablettá

térítés: 10,- Ft.



CHINOIN BUDAPEST



Pethő Bertalan (szerk.): *Részletes pszichiatria I—2.* Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1989, 1284 oldal, ára 1580,— Ft

Juhász Pál és Pethő Bertalan „Általános pszichiatria” kétkötetes műve 1983-ban jelent meg, a folytatás méltatlanul későn, alig áthidalható nehézségek közepette hat évvel később. Juhász Pál váratlan halála után a társszerző tanítvány 1984-ben a részletes részt átdolgozta és kiadásra előkészítette, de a Medicina Kiadó visszalépett. A Magyar Pszichiátriai Társaság támogatása ellenére a főhatóság ellenezte a könyv megjelenését, tankönyvnek nem tartotta alkalmasnak. Csak Pethő konok erőfeszítéseinek köszönhető, hogy a szerzőtársak bevonásával az anyagot újra és újra korszerűsítve maga vált a kiadvóvá. A pszichiatria vezetőinek mellállása sem volt egyértelmű. A szerzőt közben számos méltánytalanság érte. Az első két kötet meglehetősen szélsőséges viszonyulásokat váltott ki, mert nehezen ismerjük fel az értéket abban, aki a maga — szokványost meghaladó — szemléletét, álláspontját következetesen képviseli. Azt senki sem vitathatja, hogy tudományunk és szakmánk nehéz, sokak szerint válságos időszakában mérhetetlen ismeretanyagot rendszereztek a szerzők, hogy szerteágazó diszciplínákról minél teljesebb áttekintést adjanak. A recenzius akkor leírt álláspontja szerint: „ez a könyv remélhetően kiegészülve a kiadatlan kötetekkel, évtizedekre meghatározhatja a felnövő pszichiáter nemzedék ismeretanyagát és szakmai szemléletét”. A szintézisre törekvés sikerét hat év után tudjuk csak megítélni, a négy kötet együtt teljes. A kereken 2400 oldalon több mint ötezer szakfogalom leírásával és rendszerezésével a most forgalomban lévő Handbuchok és Handbookok méltó hazai pszichiatria kézikönyve.

Pethő legnagyobb érdeme az integrációra törekvő szemlélete, a sokféle pszichiátriai közelítésmód olyan keretbe foglalása, ami — megtartva a biológiai, pszichodinamikai és szociológiai irányzatok saját rendszerét — példa értékű a szó legnemesebb értelmében vett szakmai eklekticizmusra. A szerkesztő írta fejezetek közös jellemzője a leírások sokoldalúsága, szabatos, gondosan megmunkált értelmezése. Az alapos olvasót az egymásnak gyakran ellentmondó tudományos feltevések és ismeretek egybevetésére készíti, hogy szinte mintegy tükörben szembesüljön azzal, hogy ezekre a kérdésekre milyen válasza van, milyen emberképpel dolgozik, milyen a betegség felfogása, hol vonja meg a határt a kóros és a normális, a tudományos tények és a plauzibilis feltevések között. A hosszas vajúdas ellenére korszerű tényanyag gyűlt össze, a kötetek igazi értéke azonban az, ahogyan a szerkesztő-szerző a kóroktani felfogások, a

noizológiai kvázi-egységek elemzését és viszonyítását teljesítette.

Az *organikus pszichiátriai kórképek* a különböző agybetegségekhez és a központi idegrendszer működését befolyásoló testi betegségekhez csatlakozó tünetcsoportok. A kóros pszichés állapot és a testi kórok egymáshoz rendelése nem egyértelmű, a kórlélektani tünetek aspecifikusak (mint pl. a delírium, demencia), így a noizológiai is kétvágányú: az egyik a pszichopatológiai, a másik a szomatológiai, a kettő egymáshoz rendelése ma még kevésbé ismert. Külön figyelmet érdemel a kötet több mint egynegyedét kitevő gerontopszichiátriai fejezet. „Öregséget ki-ki a saját életével munkálja olyanná, amilyen” — írja a szerző. Az öregedő embernek „öregégi hozománya a múltja, ami megváltoztathatatlan egyéni eseményekből, teljesítményekből és élményekből áll, jövője pedig a szembenézés a halállal”. Ez a szemléleti keret szolgál a biológiai visszafejlődés, a szociális akadályok a pszichológiai leépülés és a betegségek megértéséhez. Az egyes betegségek leírásában nem lép át a belgyógyász, a neurológus, toxikológus illetékességi területére, mégis megkönnyíti a nem pszichiáterek számára is a kórlélektani tünetcsoportok megértését.

A második kötet legegységesebb fejezete az *endogén pszichózisoké*. Ezeket az elmezavarokat mint „sajátosan emberi, bár deficiens létezési módként” fogja fel, melyeket az egzisztenciális megrendítettség súlyossága, az újonnan előálló problémák mélysége és a határhelyzethez tartozó végletekkel különíti el a személyiség és a személyes világ emberközeli változásaival járó neurotikus és pszichoterápiás fejlődéstől. Az endogén kórképet a neurozistól és a személyiségzavartól, kóros reakcióktól a megérthetlensége, az organikus elmezavaroktól a megmagyarázhatatlansága (nincs kórok) határozza el. A pszichózis bekövetkezése, fennállása és formális tüneteinek jelentős része továbbra is érthetetlen marad és a külső élettörténet törését és a belső élettörténet értelmes folyamatosságának megszakadását eredményezi. Az egység-pszichózis tana és a betegségegységeket leíró noizológiai irányzat egymást kiegészítő szemléletmódok. Tudományos tevékenységének jelentős fejezete az endogén elmebetegségek rendszerének kidolgozása és homogén, differenciált betegségcsoportok diagnosztikai validálása. Ez a törekvés hazai szakmai berkekben nem nyert egyértelmű elfogadást. Pethő szisztematizálási törekvései ellenére a spektrum szemléletet nem veti el. A schizofrenia diagnózisának hitelét nem az egyes tünetek, hanem az összkép jellegzetességei adják meg, a kórisme jelenleg csak pszichopathológiai ismeretekre nyugszik. Az *egységpszichózis* emberközelségét és a *noizológiai irányzat* nagyobb tudománylogikai hitelét homok-

óra modellben szintetizálja: a kóroktan multifaktoriális, a széles alsó nyaláb középpontjában a kórlélektan áll, ami előrehaladásában a személyes és szociális tényezők szélesedő felső mezejében jelenik meg. A schizofrenia fogalma a pszichiátriai kommunikációban szélesen elterjedt, de benne több a divergens, mint a konvergens tendencia. A schizofren beteg mindenképp előtt és minden tünetén, kórjelentőségén túl a betegségben szenvedő ember. A tünetek egész lényét érintik, de nem fosztják meg a normális emberekre jellemző életvitel lehetőségeitől. A hasadás kettős: a pszichés működések fellazulnak és ellentmondásossá válnak, kórtünet formájában jelennek meg. A lehasadt élménykomplexusok képtelenek a tudattalanba merülni, innen fokozott emocionális töltést nyerve bukkannak fel ismét és áttételesen határozzák meg a pszichotikus tematika jelentős részét. Szemben a neurozissal, az énhatárok felbomlanak, a tudatos élménymezőben a kóros tünetek a beteg számára idegennek, tőle függetlennek tűnnek. Az érzéksalódások és téveszmék megjelenése csak a pszichofizika szintjén feltételezett szomatikus hatással értelmezhető. A pszichogenezis szerepe a tünetekben nem zárható ki, de a kisgyermekkor pszichotrauma nem tekinthető önmagában a betegség okának — mondja Pethő. Az élmény-pszichopatológia és pszichogenetikai megközelítés kockázata az, hogy ha ezeket az elméleti konstrukciókat ténynek és nem hipotézisnek tekintjük. Ha az endogén betegség nem depresszió és nem mánia, akkor az a schizofreniás spektrumba sorolható. A kemény spektrum a heveny schizofrenia, a schizo-afektív, a paranoiz pszichózis, a lágy spektrum a borderline csoport, a pseudoneurotikus, ambuláns, pseudopszichopathiás schizofreniák. Nincsenek éles határok a spektrumban sem az egyes schizofreniás típusok, sem a schizofreniás zavarok és a schizoid személyiség között. A diagnózis hitelét nem az egyes tünetek, hanem az összkép jellegzetességei biztosítják. A schizofrenia nem specifikus kóroki bázisát az agy strukturális és funkcionális plaszticitásának megváltozása képezi, melyek vulnérabilitás teszik az idegrendszert és ezért válthatják ki a környezeti stresszorok a betegséget. Egyik hivatalos noizológiai rendszert sem követi, amikor a kis betegség egységeket leírásával a szisztémás és nem szisztémás képeket bemutatja. A kedélybetegségekkel szemben minden betegnek megvan a maga schizofreniája, az alapzavar azonban szomatikus természetű, antropológiai, szociológiai konstrukciókkal nem helyettesíthető.

Az *afektív pszichózisok* lazán körvonalazott, de mégis egységesnek tekinthető szindrómái genetikai, biokémiai, pszichofarmakológiai és pszichoszociális kutatásokra alapulnak. A klinikai összkép itt is lényeges: a depressziós ember, akinek „érzelmi megfeneklettsége a múltat bűntudatosan átértékeli, a jövőt szorongóvá teszi, ami az élethelyzet súlyosságából nehezen

vezethető le". Felfogása szerint itt is multifaktoriális a kóreredet, de az oki nyálában nagyobb és tartósabb szerepe van az örökletességnek, mint a pszichoszociális tényezőknek. A hangoltság vitális megváltozásának élménytünete, az alvászavar és mozgásgátoltság/elgátlástalanság viselkedéstünete elsődleges, biológiai alapzavar fejeződik ki benne (az agytörzshöz és a limbikus rendszerhez kötött működések regulációs zavara).

Kevésbé egységes a *jelentős mértékben pszichogén és szituagén pszichózisok és személyiségzavarok* fejezete. A neurotikus szintézisére nem törekedett, ezt a különböző szemléletmódokat képviselő szerzőtársak anyagának a megszerkesztése is jelzi. A pszichogén pszichózisokban — szemben az endogénnel — az élmények az elsődlegesek, a kórfolyamat lényegéhez tartoznak. „A pszichoreguláció, a kisgyermekkorig visszanyúló élettörténetben gyökerező személyes elhárító stratégiák minősége és az alkati diszpozíció szabja meg, hogy egy adott súlyosságú stressz-reakció felresiklik-e patodinamikai vágányra vagy sem.” A primitív jelző helyett a regresszív reakció kifejezést javasolja, *abnormálisnak* minősíti, ha a kiváltó okhoz képest túlméretezett, *kórosnak*, ha pszichopatológiai tünetekkel jár.

A neurotikus funkcionális tüneteinek keresztmetszeti és dinamikájának hosszmet-szeti elemzése menthet meg attól a tévedéstől, ami a még csupán funkcionális tüneteket fenntartó organikus betegség kezdetét jelenti, amit neurozisként kezelnek. Hangsúlyozza, hogy nem a társadalom a patogén elsősorban, ezek csak tendenciák, a meghatározó tényező az egyén szubjektív viszonyulása. Minden neurotikus konfliktus neurozisz, az ösztönzésekkel szembeni külső és belső ellenállás során bontakozik ki. Az elhárító mechanizmusok a személy védelmét szolgálják, a regresszió és a tudattalan önmagában alig mondanak valamit.

Pethő a kimerültes neurozisz ellen szól, Tringer viszont felsorolja az egyes reakcióformák között (alkalmazkodási zavarok).

A *pszichogén pszichózisok és személyiségzavarok* az endogén pszichózisok, a pszichoszomatikus kórképek a testi betegségek felé mutatnak átmenetet. A szenvedély, a sóvárság önmagában téboly, de csak akkor tartozik a pszichiátria illetékességi körébe, ha a személyiségbe ágyazott. Nincs éles választóvonal a határhelyzetnek megfelelő túlzott odaforulás és tévelyserű eszmévé rögzülés között.

A *pszichopátia* rendszerezése éppoly nehéz, mint a neurozisé. (Mindkét gyűjtőfogalom kezd kiszorulni — noha az általuk jelölt magatartás változatlanul jelen van a klinikumban.)

Pethő szerint a pszichopátiát a devianciától a személyiség kifejezett abnormitása, a személyiségzavaroktól a szociális beilleszkedés súlyosabb zavara, mindkettőtől a szociális adaptáció és a személyiség zavarának együttjárása határozza el. A deviancia szociológiai fogalom, a személyiségzavar pszichológiai jelölése azonos maladaptív mű-

ködésnek, a pszichopátia sorsszerűen korlátozott élettörténeti pályát jelent, ahol a személyiségzavar és az adaptációs zavar kombinálódik. Kérdés, van-e értelme a pszichopátia fogalom megtartásának. Pethő egyike azon hazai pszichiátereknek, akik jelentős szerepet vállaltak a hazai deviancia kutatásban. Külön fejezet foglalkozik az *alkoholizmussal* és az *öngyilkossággal*. A szuicidális folyamatot egy-egy krízis erősíti fel, de a „kiváltó okoknak” csak ebben a folyamatban ágyazottan van jelentősége.

A második két kötet tartalmában, szemléletességében méltó folytatása az általános résznek. Kár, hogy a szerkesztőtől független okok nem tették lehetővé, hogy a könyv külleme azonos legyen a korábbi kötetekével, puha fedelű, gyengébb a papír minősége, ennek ellenére nyomdatechnikailag kifogástalan, tipográfiaiul színvonalas munkát kap az olvasó.

A közölt irodalmi források bőségesek, a lényeges alap- és továbbképző könyvek és szakcikkek minden fejezetben megtalálhatók a második kötet végén, ahol a BNO 9. kategóriáival való összevetésre is közöl támpontokat.

A teljes négykötetes pszichiátria kézikönyv nemcsak a szakorvos jelöltek, hanem a tapasztalt klinikusok számára is nélkülözhetetlen *alapirodalom*. Csak a legnagyobb tisztelettel adózhatunk ennek a vállalkozásnak. A nozológiai felosztások és a kóroktani felfogások változhatnak, egyik-másik csoportosítással vitázhatunk, de Pethő Bertalan tudományos igényességének és a beteg ember iránt érzett felelősségének ötvözte mindnyájunk számára ösztönző példakép.

Ozsváth Károly dr.

Salt and Hypertension; Dietary Minerals, Volume Homeostasis and Cardiovascular Regulation. Szerkesztette: Rettig R., Ganten D., Luft F. Springer-Verlag 1989. 363 oldal, 124 ábra, 46 táblázat DM 148,—

A könyvet az 1988-ban Bonnban rendezett azonos című symposium alapján szerkesztették. Szerzői, a téma legkiválóbb szakemberei, mint pl. Denton D., vagy Oparil S.; Magyarországot De Chatel doktor és munkacsoportja képviseli.

A könyv 5 fejezetre tagolódik: elektrolit és térfogatháztartás, sejtszintű mechanizmusok, a sóérzékenység genetikai meghatározói, a különböző ásványi sók kóreléleti jelentősége, a sófogyasztás epidemiológiája és az intervenciók vizsgálatok a sóétvágy filogeneziséből indulva a membrán szintű transzport-folyamatoktól a sófogyasztás epidemiológiájáig felöleli a kérdést a maga teljességében.

A könyvben szereplő összes tanulmány külön-külön is ismertetést érdemelne egy-egy részterület elméleti összefoglalásáért, kísérletes újításaiért.

Az arteriális vérnyomás nagysága, a ma-

gas vérnyomás betegség és a különböző ásványi sók fogyasztásának kapcsolata intenzív kutatási téma. A nátrium mellett az egyéb vérnyomást befolyásoló elektrolitok szerepe is megfelelő hangsúlyt kapott.

A konyhasófogyasztás hatásának értékelésekor nemcsak a nátriumnak, de a kloridnak is egyre jelentősebb, önálló, a sóúritést kedvezőtlenül befolyásoló szerepét ismerjük fel. Változóban az az elképzelés, mely a nátriumot önmagában mindenek feletti oki tényezővé emelte. Egyre inkább előtérbe kerülnek a vérnyomást kedvezően befolyásoló kationok: kálium, calcium és magnézium, s ezen ionoknak és a nátriumnak egymáshoz viszonyított aránya. A konyhasófogyasztás mérséklésének a vérnyomást, magas vérnyomást csökkentő, kedvező befolyása azonban számtalan egyéb tényezőtől is függ, mint amilyen (kiemelés a recenziótól) az életkor, a bőrszín, a napsütéses órák száma és ezáltal a szervezet D-vitamin ellátottsága stb.

A symposium záró megbeszélését külön leközlök.

A kerekasztal résztvevőinek véleménye üzenet minden orvos, egészségmegőrzéssel, népegészségüggyel foglalkozó szakember számára. Az ember az elmúlt 3,6 milliárd év alatt olyan „diétához” adaptálódott, melyben kevés a zsír, kevés a konyhasó, magas a calcium- és magnéziumtartalom és főként igen sok a kálium. Az ősembernek nem volt magas a vérnyomása, nem volt érbetegsége, diabeteze. Az intenzív kutatás szofisztikált eredménye mind arra mutat, hogy a zöldség és gyümölcs, kevés zsír és konyhasó jelenti az egészségmegőrzést.

A könyvhöz csatolt függelék címe: Nem gyógyszeres lehetőségek a magas vérnyomás kezelésében. Az Egyesült Államok Nemzeti Bizottsága 1984-ben készült jelentése alapján a hypertonia felderítésére, értékelésére és kezelésére vonatkozó ajánlás rövidített és újabb eredményekkel kiegészített változata teszi teljessé a könyvet.

A könyv egyaránt ajánlható tehát az alapkutatással foglalkozó szakembernek és gyakorló klinikusnak is.

Kishegyi Júlia dr.

I. Rácz: Drug formulation. 1989. Akadémiai Kiadó, Budapest, 416 oldal. Ára: 590,— Ft.

A könyv az 1984-ben megjelent „Gyógyszerformulálás” átdolgozott kiadása. A gyógyszerészeti technológia és farmakokinetika professzora (SOTE) által írt könyv a gyógyszerkészítmények előállításával kapcsolatos legfontosabb szempontokat és kritériumokat foglalja össze. A hatékony gyógyszeres terápia érdekében a gyógyszerek előállítása során a legmegfelelőbb gyógyszerformát és formulálási eljárást kell kidolgozni és alkalmazni. Az adekvát gyógyszeres kezeléshez, illetve annak a folyamatos javításához ugyanis az új, farmakológiaiailag aktív vegyületek felfedezése önmagában nem elég, ehhez a megfelelő

MEGJELENT

NÉPEGÉSZSÉGÜGY 1989. 3. sz.

- Tényi Jenő dr.:* A társadalomorvostudomány és társadalom-
orvoslás helyzetéről, az egészségügyi reform és az
egészségpolitika megújításának összefüggéseiben
Mányi Géza dr., Lantosné Pecsók Illdikó: Az egészségügyi
és szociális alapellátás kapcsolata az időskorúak gon-
dozásában
*Márk László dr., Katona András dr., Liszka Gizella dr.,
Deli László dr.:* Ipari és mezőgazdasági dolgozók rizi-
kófaktorainak és egészséges életmódhoz való hozzáál-
lásának összehasonlítása
*Birtalan Iván, Balázs Éles András, Molnár Attila, Szabó
Kálmán, Gáti István:* Veszélyeztetett szociális tényezők
hatása a kislányú magzatok születését befolyásoló bio-
medicinális faktorokra
Nagy György dr.: Egészségmegőrzés — rehabilitáció —
krónikus betegellátás
Leel-Ossy L., Illés M., Kerekes K.: Agyi értekek morbi-
ditási és mortalitási vizsgálatai kórházunkban az 1986.
és 1987. években
*Nagy Péter dr., Királyfalvi László, Keller Gábor dr., Csaba
Imre dr.:* A méhtrák epidemiológiája I.
*Nagy Péter dr., Keller Gábor dr., Csaba Imre dr., és Ki-
rályfalvi László:* A méhtrák epidemiológiája II.
*Nagy Péter dr., Keller Gábor dr., Csaba Imre dr., és Ki-
rályfalvi László:* A méhtrák epidemiológiája III.
Bene Éva dr.: Rehabilitáció és társadalom
A foglalkozási rehabilitáció, mint a társadalmi huma-
nitás és racionalitás kifejeződése
Bene Éva dr., Ari Lajos dr.: A foglalkozási rehabilitáció
Ausztriában
*Ungrischpek Györgyi dr., Halmos Tamás dr., Medgyesi
Aron dr., Pappné Szűcs Zsuzsanna:* Elegendő-e a bel-
gyógyászati ágyak száma — vagy még sok is?
Véres Sándor dr.: Hozzájárulás Balló Róbert: Igények
és szükségletek az egészségügyben és szociálpolitiká-
ban című — Népegészségügy 1988. évi utolsó számá-
ban megjelent — közleményhez

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA 1989. 3. sz.

- Cseh Imre dr., Halász Péter dr., Drávucz Sándor dr., Gi-
mes Márta dr., Gáti István dr.:* A terhesség hatása az
epilepsziás rohamok gyakoriságára
Nagy Gyula dr.: Gesztációs diabetesz. III. Gondozás
*Oláh János dr., Csákány M. György dr., Egyed Jenő dr.,
Turi Zsuzsa dr., Gáti István dr.:* Csökkent szénhidrát-
tolerancia következményei a terhesség alatt
*Csákány M. György dr., Egyed Jenő dr., Oláh János dr.,
Turi Zsuzsa dr., Tamás Gyula dr., Baranyi Éva dr.,
Antal Lujza dr., Mészáros József dr., Dobos Anna dr.,
Gáti István dr.:* Cukorbetegség centrális terhesgon-
dozása
*Záborszky Magdolna dr., Reményi Tibor dr., Pál Sándor
dr., Szabó Tivadar dr., Lukovszky Balázs dr.:*
Egésztest-vibráció és terhesség
Érrendszeri hatások termográfias megközelítése
*Vészölövszky Iván dr., B. Nagy Zoltán dr., Szabó András
dr.:* Összehasonlító megfigyelések hagyományos és
szülészeti történő szülés között
*Pejtsik Béla dr., Pácsa Sándor dr., Kóbor József dr., Had-
nagy János dr.:* Baranya megyében végzett anyai szé-
rum alfa-fetoprotein meghatározások tapasztalatai
*Török Miklós dr., Hajdu Krisztina dr., Imódy Zsolt dr.,
Hajdu Zsolt dr., László János dr., Gáti István dr.:*
Székelési abortusz megelőzése, illetve azt követő vizs-
gálatok anomáliára diszkordáns ikerterhességben
*Szigetvári Iván dr., Michael Feinman dr., David Barad dr.,
Steven Kaal dr.:* A hüvelyi ultrahangvizsgálat jelentő-
sége koraterhességben
*Demeter János dr., Perkedi György dr., Juhász György dr.,
Gáti István dr.:* AIDS és heterológ inszemináció: biz-
tonságos megelőzése mélyfagyasztott ondó alkalma-
zásával
*Urbansek János dr., Csömör Sándor dr., Benno Runne-
baum dr., Thomas Rabe dr., Szanyik László dr.,
Klaus Grünwald dr.:* Klonifen-kezelés során észlelt szexu-
álhormon szint változások IVF-ET programban kez-
zelt nőbeteg esetében
*Nagy Balint dr., Forgács Vince dr., Csömör Sándor dr.,
Pulay Tamás dr., Gimes Rezső dr., Lindeszt Ferenc,
Hárshegyi Ilona, Paulin Ferenc dr., Cséplő József dr.:*

- A hiperstimulációs kezelés hatása a follikulus fo-
lyadék hormontartalmára és a megtermékenyülésre
*Sziller István dr., Orsós Mária dr., Csapó Zsolt dr.,
Csömör Sándor dr., Nász István dr.:* Chlamydia
trachomatis eredetű cervicitisek kezelése Doxycy-
linnel
*Mészáros József dr., Csákány M. György dr., Dobos
Anna dr., Egyed Jenő dr., Oláh János dr., Gáti Ist-
ván dr.:* A diabeteses anyák terhességéből száma-
zó újszülöttek morbiditásának alakulása 18 év alatt
I. Foetopathia diabetica tünetegyüttes változó képe
*Szekeres Lajos dr., Károvi János dr., Jeges Sára dr.,
Kincses Zsuzsa dr., Trapp Gábor dr., Birtalan Iván
dr., Doszpod József dr.:* A szülészeti fájdalomcsil-
lítás klinikai tapasztalatai. II. A regionális érzés-
telenítés jellemzői
*Károvi János dr., Szekeres Lajos dr., Juhász György
dr., Kincses Zsuzsa dr., Vereczky Gábor dr.:* Epi-
durális adott morfin a szülészeti fájdalomcsilla-
pításban
*Kanizsai Beáta dr., Domján Gyula dr., Bruncsák And-
rás dr.:* Terhesség alatt jelentkező systemás lupus
erythematosus

1989. 4. sz.

- Szűcs Gyula dr., Csordás Teréz dr., Bertók Loránd dr.:*
A placentáció időszakában kiváltott bakteriális en-
doxémia hatásának vizsgálata patkányban
*Varga Péter dr., Szekeres-Barthó Júlia dr., Németh
Györgyi, Répásvi István dr., Artner Attila dr., Szer-
day Zoltán dr.:* Az anya és magzata immunológiai
kapcsolatának klinikai vizsgálata. I. Terhesek
lymphocytáinak természetes cytotoxikus aktivitása
és az előzményi adatok közötti kapcsolat
Pajor Attila dr., Kócs Rozália dr.: Gyermekkori akut
lymphoid leukémia túlélőinek terhességei
Jakovics Ákos dr.: A császármetszések javallata és új-
szülöttek nemi aránya
Nagy Gyula dr., Kappelmayr János dr.: Gesztációs di-
abetesz. IV. Lipid és lipoprotein változások
Putai Kálmán dr., Jakab Zsuzsa dr.: Méhüregméretek
meghatározása ultrasonográfiával és az IUD-
méretezés
*Ruttner Zoltán dr., Harkányi Zoltán dr., Mándy György
dr.:* A magzat életkilátása intrauterin diagnosztizált
hydrothorax esetén
Hetényi Gábor dr.: Antibiotikumok és orális antikonce-
piensek közötti interakciók lehetősége
*Garumvolgyi György dr., Pajor Attila dr., Lintner Fe-
renc dr., Csömör Sándor dr., Hamar Ottó dr.:* Az
alacsony dózisú monofázisú (Rigevidon) és a kétfá-
zisú (Anteoivin) hormonális fogamzásgátló table-
ttákkal szerzett tapasztalatok
Aszódi Imre dr., Sötönyi Gábor dr.: Az intrauterin esz-
köz actinomycosisos szövődései
Avar Zoltán dr., Várnai Ferenc dr., Bikkál Attila dr.:
Méheltávolítás császármetszés utáni sepsis miatt
*Mészáros József dr., Egyed Jenő dr., Dobos Anna dr.,
Csákány M. György dr., Turi Zsuzsa dr., Gáti Ist-
ván dr.:* A cukorbeteg anyák újszülötteinek morbi-
ditása 18 év alatt. II. A koraszülöttség és az intra-
uterin retardáció jelentősége
*Szekeres Lajos dr., Károvi János dr., Jeges Sára dr.,
Mészáros József dr., Kincses Zsuzsa dr., Juhász
György dr., Birtalan Iván dr., Doszpod József dr.:*
A szülészeti fájdalomcsillapítás klinikai tapaszta-
latai. III. A lumbális epidurális fájdalomcsillapítás
terápiás alkalmazása
Bányó Tamás dr., Szüle Endre dr., Demeter János dr.:
Kombinált rektomanometriás katéter az urodiná-
miás vizsgálatoknál

EGÉSZSÉGNEVELÉS 1989. 4. sz.

- Vástaghné dr. Meleg Csilla:* Iskolarendszer és mentál-
higiénés szemlélet
*Román Ferenc dr., Káti Kálmán dr., Balázs Erika dr.,
Molnár Dénes dr., Molnár Mária dr., Tóth Tamás
dr.:* 1987-ben táborozó diabeteses gyermekek
egészségügyi ismeretének felmérése és a többéves
táborozási mozgalom egészségnevelési tapaszta-
latából levont következtetések

- Marosi Emese:* Egészségügyi dolgozók dohányzási szo-
kásainak és leszokást segítő tevékenységüknek
vizsgálata
Véres Sándor dr.: Válaszadások alkoholfogyasztásra és
dohányzásra
Csoka Mária: Az egészségnevelés új stratégiái
Telkes József dr.: Az egészségmegőrzés egyik feltétele:
a mentálhigiénés kultúra fejlesztése
Szász Károly dr.: Egészségnevelési tapasztalatok egy
nagyforgalmú gyógyszerértárban
Pálfi István dr., Kozma Zsuzsa dr.: Alkoholos májbe-
tegek egészséges életmódra nevelésének problémái
László Ruth: A kultúrateremtő ember. VII. A kommu-
nikáció szintjei
Császár Gyula dr.: A stresszes egészségkárosodá-
sok megelőzésének kérdései
Kiss László dr.: Az első magyar egészségnevelő folyó-
irat: a Mindenest Gyűjtőmenny
Oláh János dr.: A tejfogyasztás népszerűsítése
1929-ben
Domján Angéla dr.: A Veszprémi Reumaklub kétéves
működéséről
Schmidt Péter dr.: Egészségnevelés egy Győr-Sopron
megyei nagyközségben
*Vétes László dr., Finta Tiborné, Kisbán Gabriella dr., Tiha-
ny Györgyi, Bérczi Yva dr., Agárdi Aranka:* A Belső-
Egészségvédelmi Szolgálatról, mint új típusú intéz-
ményről
Katona Edit dr.: Akárcsak az utcán

KÓRHÁZ- ÉS ORVOSTECHNIKA 1989. 4. sz.

- Katona Zoltán dr.:* Az orvostechnika története. Az ultrah-
angok orvosi alkalmazásának rövid története
Pörzsák J., Szurcz A.: Automatikus spirometriai mérő-
rendszer
Endrőczy Elemér dr.: Gyorsdiagnosztikai eljárás a vér
glukóz- és koleszterintartalom meghatározására: mód-
szer az egészségügyi alapellátás részére
Fungó Ferenc dr.: A bakteriológiai tenyésztési adatok számi-
tógépes feldolgozásának jelentősége a klinikumban
Bozoki Z., Borbás I. dr.: A műfóliák minőségére szolgáló
műszer

GYÓGYSZERÉSZET 1989. 5. sz.

- Kedvessy György professzor 75 éves
Kata Mihály:* Szegeci gyógyszergyár
*Regdon Géza dr., Tamás Miklós dr., Regdon Géza dr., Selme-
cz Béla dr.:* A tenzid-koncentráció változásának befolyása
aminolipon-tartalmú kúpok in vitro paramétereire
*Erős István dr., Hunyadvári Éva dr., Sosné Csányi Erzsébet
dr.:* Nagy vizartalmú w/o krémek tervezése, konzisztén-
ciájuk és gyógyszerleadásuk vizsgálata I.
Ugrin Hunyadvári Éva dr., Selmeczi Béla dr.: A gyógyszer-
ek előállításának és alkalmazásának higiénés követel-
ményei
Nikolics Károly dr., Stenszky Ernő dr., Vincze Zoltán dr.:
Gondolatok a gyógyszerészet helyzetéről
Bayér István dr.: Új nemzetközi kábítószer-egyezmény

1989. 6. sz.

- Jubileumi emlékezés Mozsonyi Sándor dr. születésének 100.
évfordulójára alkalmából*
Kedvessy György dr.: Mozsonyi professzor tanszékvezető és
az ember
Stampf György dr.: Tájékoztató a Mozsonyi Sándor-
alapítványról
Papné dr. Pukós Mária, dr. Endrőczy Ferenc: Gyógyszerkin-
csünk múltja, jelene és jövője
Matkóné dr. Hollenbach Katalin dr., Miseta Mária dr.:
Kontaktlencsék és az ápolásukhoz használt folyadékok
II. rész
*Regdon Géza dr., Szanovics Katalin dr., Zádeczky Sándor
dr., Selmeczi Béla dr.:* Diuretikus hatású végbélkúpok
előállítása és biofarmáciai vizsgálata
Burgatti László dr.: A körlevél, mint a gyógyszerári
központok és a gyógyszerárak közötti információs
kapcsolat egy láncszeme
Kissné Abraham Katalin dr.: Nyavalyák orvoslása Bé-
kes megyében a XIX. század elején II. rész
Kata Mihály dr., Regdon Géza dr.:
Az államvizsgák tapasztalatai Szege-
den
Kolozs Csaba dr.: A gyógyszerészet belsőnézetéből
Kubinyi András dr., Kecskés Imre dr.: Javasoltuk, java-
soljuk

MAGYAR UROLOGIA 1989. 2. szám

Pintér József dr.: Köszöntő
Vecsey Dénes dr.: In memoriam
Porkoláb Zoltán dr., Mohácsi László dr.: Tumoros cystectomia utáni hólyagpótlás nem detubularizált bél-szakasszal
Konáds József dr., Szentgyörgyi Ervin dr.: 1000 húgyhólyagdaganat TUR eredményeinek értékelése
Kisbenedek László dr.: A heredaganatok sebészete
Berényi Pál dr., Kordányi László dr.: A here és a mellékhere elváltozásainak ultrahangdiagnosztikája
Villányi Kinga dr., Soltész István dr., Szokoly Viktor dr., Varga Attila dr.: A hypospadiasis korrekciós műtéteiről

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM 1989. 6. szám

Szegedi Gyula dr.: Az autoimmun betegségek területén elért újabb klinikai eredmények
Műzes Györgyi dr., Deák György dr., Láng István dr., Nékám Kristóf dr. és Fehér János dr.: Az Aica-foszfát májvédő hatásának vizsgálata
Pár Alajos dr., Padl Mária dr., Hollós Iván dr., Németh Péter dr., Szekeres Júlia dr., Sipos József dr., Kerekes Endre dr. és Jávör Tibor dr.: Immunmodulációs kezelés krónikus B hepatitisben: az isoprinosine és a levamisol hatásai
Szeráfin László dr., Schumann Béla dr. és Jakó János dr.: Szérum lipidhez kötött szilásvizsgálatok értéke malignus haematológiai betegségek prognózisának meghatározásában
Alföldi Sándor dr., Simko Katalin és Farsang Csaba dr.: Dopaminerg és opioiderg mechanizmusok a baroreceptor reflex szabályozásában határérték esszenciális hipertóniában
Koltai Mária Zsófia dr., Simon József, Ballagi-Pordány György dr., Jermendy György dr., Arany Zoltán dr. és Pogácsa Gábor dr.: Szív- és érrelváltozások cukorbetegségben az alkalmazott terápia függvényében
Barna István dr., de Chatelet Rudolf dr., Krasznai István dr. és Gyertyánfy Géza dr.: Vizelet 6-keto-prostaglandin F₁-ürítés és kicserélhető nátrium vizsgálata cukorbetegségben
Árvay György dr. és A. Gallyas Krisztina dr.: A pajzsmirigy hormonok szérum szintjének és a szérum angiotenzin konvertáló enzim aktivitásának alakulása
Molnár Ildikó dr., Bokk Ágota dr. és Balázs Csaba dr.: Humán szemizom membrán elleni antitestek vizsgálata Graves-kóros betegekben 125-I-Staphylococcus Protein A immunadszorpcióval vizsgálva

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT 1989. 4. szám

Tóth Ágnes dr., Mikó Tivadar dr., Rácz Tamás dr., Lampé István dr.: Desmoid fibromatosis előfordulása nyakon
Németh György dr., Schlegel Wolfgang dr.: A gége- és hypopharynx-tumork sugárreakciójának és a sugárterápia késői következményeinek csökkentése új kollimátorrendszerrel
Jókay István dr., Szűcs János dr., Nagy Tibor dr., Lampé István dr.: Otogén és rhinogén intracranialis komplikációk a DOTE Fül-Orr-Gégeklinika beteganyagában (1972–1987)
Gábor Zsuzsa dr., Gazdag Márta dr., Czikkollay Mária dr., Duray Aladár dr.: Nervus recurrens paresis okozó mediastinalis thymus cysta
Tóth László dr., Lampé István dr., Ilyés István dr., Jermenczy Judit dr.: Tumor marker vizsgálatok fej-

nyak tumoros betegekben (Immunradiometriás szérum ferritin koncentráció meghatározása)
Farkas Zoltán dr., Csapó Sándor dr., Miriszai Ernő dr., Hirschberg Jenő dr.: Kísérletes vizsgálatok a tensor tympani és a stapedius izom funkciójához
Bohus Klára dr., Czigner Jenő dr., Sárvay László dr.: Regionális nyirokcsomómetasztázisok gégerákban (Kliniko-patológiai vizsgálatok)
Csarkó Péter dr., Lázár József dr., Kincses Gyula dr., Lampé István dr.: Nyirokcsomó-metasztázisok malignus garat-, gégedaganatos beteganyagunkban
Szilvagyí Anikó dr.: A kerekablak membrán rupturáról egy eset kapcsán
Krasznai Magda dr., Ribári Ottó dr., Rózsa Imre dr.: Vasomotoros rhinitis kezelése cryoterápiával
Tóth Ágnes dr., Lampé István dr.: A forgatásos ingerlés szerepe az otoneurológiai diagnosztikában
Pácz Zoltán dr.: Osteomyelitisz szövődmény állkapocstörések ellátása Garaymicsin-beültetéssel
Szűcs Ferenc dr., Pácz Zoltán dr.: Lidocain és Peremin retroaurikuláris blokádsorozat adásával szerzett tapasztalataink tinnitusban

MAGYAR REUMATOLÓGIA 1989. 4. szám

Belák Sándor Emlékérem 1989
Szántó László dr.: A reumatológia egyes kérdéseiről 40 év távlatába visszatekintően
Bálint Géza dr.: A reumás betegségekről, betegekről és kezelésükről
Mituszova Milla dr., Poór Gyula dr., Tóth Zsuzsa, Bosmansky Karel, Ondrasik Milan dr.: A primær közvényes betegek húgysavanyagcsere-zavarának multicentrikus vizsgálata
Zehner Margit dr., Szeráfin Kálmán dr., Schumann Béla dr., Szegedi Gyula dr.: Vizelet neopterin vizsgálatok primer Sjögren-szindrómás betegekben
Kiss Csaba dr., Forgács Sándor dr., Karlinger Kinga dr., Mituszova Milla dr.: A nyaki gerinc ligamentum longitudinale posteriusának meszesedése DISH-ben
Kiss Tóth Péter dr., Burger Mária dr.: Tapasztalataink a térd ultrahangvizsgálatával visszazsírozhatók-e az invazív artrográfia
Domján László dr., Nemes Tibor dr., Bálint Géza dr., Tóth Zsuzsa, Gömör Béla dr.: Egyszerű és gyors módszer a dorzolumbális gerinc oldal hajlásának mérése

MAGYAR ONKOLOGIA 1989. 4. szám

Bánfalvi Ágnes dr., Schaff Zsuzsa dr.: In situ hibridizáció: Alapelvek és alkalmazás
Pintér Alán dr., Török Géza dr., Surján András dr., Börszönyi Mária dr., Csik Márta dr., Kelecsényi Zoltán dr., Kocsis Zsuzsa dr.: Artazin gyomirtó karcinogénitási vizsgálata Fischer-patkányban
Bánk Endre dr.: Adatok a méhnyakrák megelőzéséhez
Nagy Péter dr., Keller Gábor dr., Csaba Imre dr., Szabó Rudolf dr.: Az uterus malignus mesenchymális tumorainak direkt citológiai vizsgálata Milan-Markley-féle endometriális helixszel
Károlyi Péter dr.: Tüdőrákok klinikopathológiai elemzése 1607 boncolás alapján II. (szöveti típusok)
Molnár Valéria, Hernádi Zoltán dr., Sipka Sándor dr., Csongor József dr., Szegedi Gyula dr., Lampé László dr.: Nőgyógyászati rákos betegek perifériás vérében mért phagocytaműködés vizsgálata
Bodrogi István dr., Baki Márta dr., Hóti József dr., Liszka György dr., Hindy Iván dr., Ottó Szabolcs dr., Sugár János dr., Eckhardt Sándor dr.: Előrehaladott heredaganatok tercier kemoterápiája
Ottó Szabolcs dr., Kocsis György dr., Végh Ferenc dr., Beczássy O. Gyuláné dr.: A rejtett bélvérzések kimutatása elektroimmunodiffúziós módszerrel

Végh Zsuzsa dr., Döbrentey Eszter dr.: Nem-Hodgkin lymphomák betegek perifériás B lymphocytáinak, szérumának és vizeletének vizsgálata: monoklonális immunglobulinok kimutatása
Takács Nagy László dr., Marek Péter dr., Gyurkovics Margit dr.: A sugárterápia alkalmazása endokrin exophthalmus esetén
Béghy Ágnes dr., Vezekényi Klára dr.: Világossejtes acanthoma

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE 1990. 1. szám

Temesvári Erzsébet dr., Rácz István dr., Vass Zoltán dr., Vukán György dr. és Orsós Sándor dr.: Nikkel, mint a fogászati fémek szenzibilizáló anyaga
Jurcsik Ágnes dr. és Temesvári Erzsébet dr.: Kathon CG kontakt szenzibilizáció vizsgálata
Mészáros Csilla dr., Debreczeni Margit dr., Ladányi Éva dr. és Szilágyi Edit dr.: A gyermekkori psoriasis sajátosságai
Feldmann Julianna dr.: Pityriasis rosea és terhesség
Tóth Ágnes dr., Endrődi Katalin dr., Pályi Irén dr.: Szemhéji lokalizációval kezdődő chronicus discoid lupus erythematosus
Podányi Beáta dr. és Simola Margit dr.: Revidur kezeléssel szerzett tapasztalataink
Suhajda Kornélia dr., Török László dr., Egyedi Katalin dr.: Alopecia areata diffehenyprón kezelése
Jegyzőkönyv: a Magyar Dermatológiai Társulat 1988. február 25-én és 1988. július 23-án Budapesten tartott tudományos üléséről

GYÓGYSZERÉSZET 1990. 1. szám

A hazai gyógyszerkutatás helyzete
A VII. Országos Gyógyszerügyi Szervezési Konferencia II. Kapcs. Margit dr., Vercsey László dr.: Gyógyszerkínéikai és metabolizmus vizsgálatok a gyógyszerfejlesztésben
A Magyar Gyógyszerészeti Társág állásfoglalása
Előterjesztés a Parlament Szociális- és Egészségügyi Bizottsága részére a hazai gyógyszerforgalmazás és támogatás rendszerének korszerűsítéséről
Takács Mihály dr.: Vendégoktatás a Német Szövetségi Köztársaság münsteri egyetemén II.

1990. 2. szám

XVI. Országos Gyógyszerüzemeltetési konferencia
VII. Országos Gyógyszerügyi szervezési konferencia
Fenyvesi Géza dr.: A gyógyszerári központok belső érdekeltiségi rendszerének továbbfejlesztési lehetőségei
Rádóczy Gyula dr.: Aszklepios és családja
Boros Éva: Kórházügy, reform, klinikai gyógyszerészet

GYÓGYSZEREINK 1990. 2. szám

Szalka András dr., Nagy Ervin dr., Bán Éva dr. és Prinz Gyula dr.: Icterussal járó epehólyag és epeúti fertőzések empirikus kezelése Cefobiddal
Kiss István dr., Nagy Tamás és Farsang Csaba dr.: A nifedipin egyedi vényomáscsökkentő hatásának analízise
Irsy Gábor dr.: A Lipanthyl szerepe az arterioszklerózis elleni stratégiában
Palóczy Erzsébet dr. és Kerkovits Gyula dr.: Kaptopril (Tensiomin) ischaemiás szívbetegség krónikus szívértelenségében
Kovács István dr.: A kétfázisú orális antikongiciens rebound hatásának vizsgálata
Fontos tudnivalók a gyógyszerekről
A Streptomycin injekció rendelkezésének megváltozása

BRONCHO-VAXOM®

Polyvalens

immunobiotherapeuticum

felnőtt, gyermek

kapszula



HATÁS

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

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLAT

Eddigi tapasztalatok szerint nincs.

MELLÉKHATÁS

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

ADAGOLÁS

Akut megbetegedés esetén naponta 1 kapszula éhgyomorral 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 éhgyomorral 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 gyermekkapzsula 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 labororium, Genf licence alapján

HÍREK

A Fővárosi Tanács Péterffy Sándor utcai kórház-rendelőintézet tudományos bizottsága 1990. június 13-án du. 14 órakor a kórház IV. emeleti tanácstermében tudományos ülést tart.

Program:

Üléselnök: Dr. Ludwig Endre

1. Gulyás G., Kartik I., Syébics M.:
Plasztikai sebészeti módszerek a daganat miatt eltávolított emlő helyreállító sebészetében
2. Sarlós P., Kovács A., Gulyás G.:
Az epidural anaesthesia helye a plasztikai sebészetben
3. Sikos G., Marczay I., Czuhorka, A.:
Hasfal musculo-aponeroticus rendszerének rekonstrukciója és dermoilectomia együttesen végzett műtétei
4. Asbóth A.:
A korszerű terhességmegszakítás módszerei és ezek alkalmazásának tapasztalatai osztályunkon

Tisztelt Tagsársunk!

A MST vezetősége a 46. Sebészkongresszus keretében 1990. június 14-én 12⁰⁰-kor rendezi a Társaság KÖZGYŰLÉSÉT, melyre tisztelettel meghívja Önt.

A közgyűlés helye: SOTE Nagyvárad téri Elméleti Tömbje (Budapest, Nagyvárad tér 4.)

A közgyűlés napirendje:

1. Elnöki beszámoló
2. Főtitkári beszámoló
3. Szekciók beszámolója
4. Aktuális kérdések

Megjelenésére feltétlenül számítunk!

FEJLŐDIK A CSECSEMŐ?

ne csak a súlyát mérje, hanem a HOSSZFEJLŐDÉSÉT is kísérje figyelemmel.

Rendeljen csecsemőhosszmérőt!
Felvilágosítás és rendelés:
ROLLINGTON KFT.
Érd Kutyavári u. 21.

ADR KRANZBÜHLER 2130 Linear — Realtime — Scanner — idáig elsősorban szülészeti-nőgyógyászati diagnosztikában használt — portábilis UH készülékem eladom vagy bérbeadom.
Telefon: 183-8140 vagy 163-8120

A Magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciója 1990. június 21-én (csütörtök) 9—13 órakor az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet (Bp., II., Vörösi hadsereg útja 116.) kultúrtermében tartja az „Időskori neuropszichiátriai képek klinikuma” c. éves továbbképző tanfolyamának negyedik ülését.

Program

1. József Péter dr.: Időskoriak szociális ellátásának aktuális helyzete.
2. Donády Marianne dr.: Gerontopszichiátriai transzkulturális vonatkozásai.
3. Lacay Gabriella — Siraky Beáta dr.: Agyi keringést javító szerek használata a geriátriában.

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság a Magyar Endokrinológiai és Anyagszervi Társaság és a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége 1990. június 15-i XV. Kékestetői Pajzsmirigy Szimpósiumára

Témák:

- I. Pajzsmirigy-betegségek és terhesség
- II. Hyperthyreosis a gyermekkorban

Program

10.00 óra
Megnyitó: dr. Kósa Erzsébet, a Mátrai Állami Gyógyintézet főigazgató-főorvosa
Üdvözlés: Prof. dr. Péter Ferenc, a Magyar Endokrinológiai és Anyagszervi Társaság főtitkára.
I. Pajzsmirigy-betegségek és terhesség
Üléselnök: Prof. dr. Leővey András

Referátumok:

1. dr. Wenczel K. W.: Kontraceptiva und Schilddrüsenhormon-parameter. (30 perc)
2. dr. Konrády András: Pajzsmirigy-betegségek és terhesség. (40 perc)

Csatlakozó előadások:

Üléselnök: Prof. dr. Péter Ferenc

1. dr. Kálmán Károly, dr. Leővey András: Az immunológiai paraméterek és a klinikai kép változása hyperthyreotikus B—G kóros terhesekben.

2. dr. Nagy Dezső, dr. Nagy Jenő, dr. Kósa Erzsébet: Terhességgel kapcsolatban kialakult pajzsmirigy-betegségek kezelésével szerzett tapasztalataink.

II. Hyperthyreosis a gyermekkorban

Üléselnök: Prof. dr. Földes János

Referátum:

Prof. dr. Péter Ferenc: Hyperthyreosis a gyermek- és serdülőkorban. (30 perc)

Megbeszélés

Vitavezetők: dr. Wenczel K. W., dr. Konrády András, prof. dr. Péter Ferenc

Hozzászólások időtartama: max. 5 perc.

Zárszó: Prof. dr. Leővey András, a MAKIT elnöke.

Gyakorlati tudnivalók

Az előadás helye: Kékestető, az orvos-nővérszálló nagyterme.

Közlekedés: Gyöngyösről a 24-es (irányítólapával védett) úton közelíthető meg Kékestetőt, itt Orvostudományi táblával jelölt gazdasági út vezet az orvos-nővérszálló előtti parkoló helyhez.

Autóbusz: közvetlen menetrend szerinti járat indul Budapest Népszínház autóbusz-pályaudvarról 6.45 órakor, Kékestetőre vissza: 16.50 órakor.

Szolgáltatások, étkezés: a kongresszusi iroda és a büfé az orvos-nővérszállón reggel 9 órától vendégeink rendelkezésére áll. Ebédet, igénybejelentésre biztosítunk. Az igényt június 10-éig kérjük levélben (3221 Kékestető, dr. Ráday Péter), telefonon (37) 74—059 igazgató iroda) vagy telexen (25249) bejelenteni.

Résztvételi díj: 100,— Ft, amely érkezéskor a kongresszusi irodában fizetendő.

Vetítés: 50x50 mm dia vetítése biztosított.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

Az Igazságügyi Minisztérium Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság Egészségügyi Osztály vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtönben megüresedett fogorvosi állás betöltésére.

Illetmény: 14—17 000,— Ft között, szolgálati időtől függően

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani.

Személyes informálódás a 131-4514 telefonon lehetséges.

Dr. Tóth Kovács János bvo. ezds.
osztályvezető

A Bp. Főv. Tanácsa VB Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1204 Bp., Köves u. 2—4.) pályázatot hirdet:

az Onkológiai Gondozó területére

1 fő másodorvosi állásra.

Pályázati feltétel: Szülészeti-nőgyógyászati szakképesítés és legalább két éves onkológiai területen való eddigi működés. A pályázatot elnyerő két éven belül köteles klinikai onkológiai szakorvosi képesítést szerezni.

Dr. Kálnoki Gyöngyössy István
főigazgató-főorvos

A Bp. Főv. Tanács VB Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1204 Bp., Köves u. 2—4.) pályázatot hirdet:

az I. Alapellátás területére
1 fő körzeti orvosi állásra.

Dr. Kálnoki Gyöngyössy István
főigazgató-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. Elfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,

a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)

(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),

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

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 90.12923 — 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.

Gyermekközösségekben (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)



CHINOIN BUDAPEST 

NITROMINT[®] aeroszol

koszorúér-tágító

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

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

Acut angina pectoris roham, fizikai terhelés előtt alkalmazva a roham megelőzésére.

ELLENJAVALLATOK:

Organikus nitrátokkal szembeni túlérzékenység, szűkzűgű glaukoma, súlyos hipotónia, emelkedett koponyaűri nyomással járó folyamatok (agyvérzés, agysérülés). Kardiogén sokk, anémia.

ADAGOLÁS

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

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

BELÉLEGEZNI NEM SZABAD!

MELLÉKHATÁSOK

A szájban átmenetileg enyhe égő érzés, fejben lüktetés, arckipirulás, fejfájás, szédülés, palpitáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagoláskor ritkán cyanózis és methemoglobinémia előfordulhatnak.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Nyíltzűgű 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 bal-eseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyéniileg határozandó meg a tilalom mértéke. Alkalmazásának ideje alatt alkohol fogyasztása tilos! Alkalmazásakor a palackot függőlegesen, szórófejjel felfelé kell tartani.

Tűz- és robbanásveszélyes!

Fénytől, sugárzó hőtől védve, hűvös helyen tartandó! Dohányzás és nyílt láng mellett alkalmazni, illetve tárolni tilos!

Az üres palackot tűzbe dobni nem szabad!

MEGJEGYZÉS

✱ ✱ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal a társadalombiztosítás támogatásával. Vény nélkül fogyasztói áron is kiadható.

CSOMAGOLÁS

1 palack (10 g).



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 23. SZÁM 1229—1284. OLDAL

BUDAPEST, 1990. JÚNIUS 10.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

KREON®

kapszula

ENZYMES DIGESTIVAE

A Kreon kapszulában 1-2 mm átmérőjű pancreatin granulátumok vannak, melyek enteroszolvens bevontata védelmet nyújt a gyomornedv inaktíváló hatásával szemben. A granulátumok magas aciditás esetén is legalább két órán át ellenállnak a gyomornedvnek. A vékonybél alkalikusabb pH-ján az enteroszolvens bevontau granulátumok gyorsan feloldódnak és az enzimek felszabadulnak.

HATÓANYAG: Sertés pancreásból előállított 300 mg pancreatinum gyomorsav rezisztens pellettekben (8000 lipase, 9000 amylase és 450 protease F.I.P. egységben) kapszulánként.

JAVALLATOK: Exocrin pancreas elégtelenség, krónikus pancreatitis, gyomor- és hasnyálmirigy műtétek utáni enzimpótlás, cisztás fibrosis.

ELLENJAVALLATOK: Hatóanyag iránti túlérzékenység. Acut pancreatitis.

ADAGOLÁS: A szokásos napi 3-5x1 kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Feelnötteknek szükség esetén a napi adag 6-12 kapszuláig emelhető. Kisgyermeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK: Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

MEGJEGYZÉS: +Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Mucoviscidosisban szenvedő gyermekeknek a gondozó központok szakorvosa térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS: 20 kapszula

ELŐÁLLÍTJA: Chinoin Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. Budapest

Kali-Chermie Pharma GMBH, Hannover (NSZK licenc alapján).

CHINOIN BUDAPEST 

ORVOSI HETILAP

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS

1857-ben

*

Főszerkesztő:

FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:

KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Tanácsadó testület:

De Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:

Btaze Zsuzsanna dr., Farsang Csaba dr., Giacinto Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fnts), Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

131. ÉVFOLYAM

*

23. SZÁM

*

1990. JÚNIUS 10.

TARTALOMJEGYZÉK

Borbényi Zita dr., Varga Gyula dr., Bérczi Mihály dr., és Gurzó Mihály dr.:

A leukaemiás átalakulást befolyásoló tényezők myelodysplastikus szindrómában 1231

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kotsis Lajos dr., és Kriszár Zoltán dr.:

A vastagbélből képzett nyelőcső késői adaptációjáról corrosiv nyelőcsőszűkületben végzett 135 műtét tükrében 1241

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Hardonyi András dr., Sándor Csaba dr., Barkai László dr., és Koltai Miklós dr.:

Szülési fájdalomcsillapítás Nitralgin inhalációval és lumbális peridurális anesztéziával (Szülési fájdalomcsillapítási modell) 1249

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

Entz László dr., Biró Gábor dr. és Nemes Attila dr.:

Septikus érprotézis öblítő-szívó (lavage) kezelése 1255

RITKA KÓRKÉPEK

Tiszlavicz László dr.:

Gyomorrák áttéte soliter adenomatosus colonpolyban 1259

Beszámolók 1263

Megjelent 1269

Folyóiratreferátumok 1271

Hírek 1240, 1284

RABENID

100 mg tableta

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, sulfinpirazon- 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 vált ki.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK:

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.

Szulfipirazon túlادagolás 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

A leukaemiás átalakulást befolyásoló tényezők myelodysplastikus syndromában

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged
II. sz. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Csanády Miklós dr.)

A szerzők az elmúlt 10 évben 43 beteget észleltek myelodysplastikus syndroma (MDS) miatt. A leukaemiás átalakulás szempontjából lényegesnek látszó prognosztikai tényezőket vizsgálták. Megfigyeléseik alapján a kezdeti granulopenia, thrombopenia és anaemia egyenként nincs összefüggésben a leukaemiás transzformáció gyakoriságával, de a kezdeti pancytopenia kedvezőtlen jel. A FAB beosztást figyelembe véve a leukaemiás átalakulás gyakoribb a refrakter anaemia magas blast számmal (RAEB) és a transzformálódó RAEB (RAEB-T) csoportban. MDS-t követően a 43 beteg közül 17 esetben alakult ki acut leukaemia. Minden esetben myeloid típusú leukaemiát észleltek. Egyetlen esetben sem alakult ki remisszió cytostatikus kezelést követően. Az esetek döntő többsége valódi terápia rezisztens leukaemia volt. Vizsgálták a csontvelő granulocytamacrophag irányba elkötelezett őssejt-tartalmát (GM-CFC), s annak jelentőségét a leukaemiás átalakulás szempontjából. A csontvelő GM-CFC tartalma minden betegben csökkent volt a kontrollokhoz képest. A csökkenés mértékének nem volt jelentősége a leukaemiás átalakulás tekintetében. A növekedés típusa lényegesnek látszott. Azokban az esetekben, melyekben leukaemiás típusú növekedést észleltek a diagnózis felállításakor, a későbbiekben leukaemiás transzformáció alakult ki.

Factors influencing leukemic transformation in myelodysplastic syndrome. Prognostic factors affecting the leukemic transformation were studied in 43 patients with myelodysplastic syndrome (MDS). Acute leukemia developed in 17 cases and it was nonlymphocytic leukemia in every case. No remission was achieved following antileukemic therapy and most of the cases proved to be true drug-resistant leukemia. Initial granulopenia, thrombopenia or anemia alone did not influence the occurrence of leukemic transformation but pancytopenia indicates bad prognosis. According to FAB classification especially refractory anemia with excess of blasts (RAEB) and RAEB in transformation (RAEB-T) were often followed by leukemic transformation. The granulocyte-macrophage progenitor cell (GM-CFC) content of bone marrow were also studied. The GM-CFC content was decreased in each patient. There was no correlation between GM-CFC number and leukemic transformation, the growth pattern in agar-gel culture, however, turned out to have prognostic importance. Leukemic type of growth, namely always preceded leukemic transformation.

A myelodysplastikus syndroma (MDS) a perifériás vérképben cytopeniával, normo- vagy hypercellularis csontvelővel, érésgátlással járó kórképek összefoglaló neve, mely az esetek egy részében leukaemiába torkollik. A kórkép közös jellemzője a haemopoetikus őssejt klonális eltérése következtében létrejövő ineffektív haemopoiesis, mely az egyes kórképekben különböző mértékű, s a leukaemiás átalakulás valószínűsége is eltérő. A csontvelő és a perifériás vérkép kvantitatív és minőségi eltérései alapján sorolhatók a betegek a MDS valamely alcsoportjába.

A preleukaemiás állapot fogalma *Von Leube és Parkers-Weber*, majd *Block* megfigyelései alapján vált ismertté, azon felismerés alapján, hogy az acut myeloid leukaemiát (AML) cytopenia előzheti meg (5, 19, 28).

Rövidítések: myelodysplastikus syndroma: MDS, refrakter anaemia: RA, idiopathiás szerzett sideroblastos anaemia: IASA, chronicus myelomonocytás leukaemia: CMML, refrakter anaemia magas blast számmal: RAEB, RAEB transzformációban: RAEB-T, acut myeloid leukaemia: AML, granulocytamacrophag irányba elkötelezett őssejt: GM-CFC, placenta tenyészet felül-úszója: HPCM, komplett remisszió: KR, parciális remisszió: PR

Kulcsszavak: Myelodysplastikus syndroma, leukaemiás átalakulás, FAB beosztás, pancytopenia, granulocytamacrophag irányba elkötelezett őssejt szám

A refrakter anaemia miatt észlelt betegek egy részében a csontvelőben magasabb arányban találtak myeloblastokat, s ezeket az eseteket smouldering leukaemia vagy oligoblastos leukaemia jelzővel látták el (13, 31, 42).

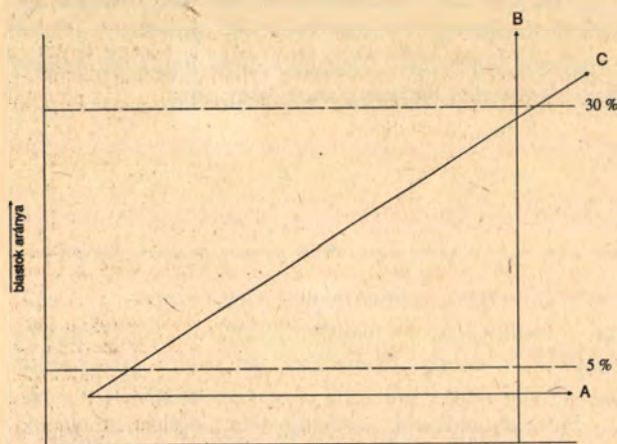
Gondot okozott az a megfigyelés, hogy ezen betegeknek csak egy részében alakul ki acut leukaemia, mások a cytopenia következtében létrejövő vérzéses vagy fertőzőes szövődmények miatt haltak meg, tehát a preleukaemia elnevezés nem igazán pontos ezen kórképekre.

A FAB munkacsoport javaslata alapján történt ezen betegcsoport pontos diagnosztikus és morfológiai besorolása és a „myelodysplastikus syndroma” elnevezés megfogalmazása (4).

A MDS és acut leukaemia (AL) közötti határt a csontvelő 30%-os blast arányában szabták meg, azonban MDS-ban a perifériás vérképben és a csontvelőben észlelt morfológiai eltérések is rendkívül változatosak lehetnek. Ez tette szükségessé olyan csoportosítás létrehozását a MDS-n belül, melynek prognosztikai jelentősége is lehet. A csontvelő blast arányán kívül a gyűrűs sideroblastok és a perifériás vérképben a monocyták számának figyelembevételével az alábbi alcsoportok ismereteseek: 1. refrakter anaemia (RA), 2. idiopathiás szerzett sideroblastos anaemia (IASA), 3. refrakter anaemia magas blast számmal (RAEB), 4. RAEB

transzformációban (RAEB—T), 5. chronicus myelomonocyta leukaemia (CMML) (4). A MDS főként az idősebb kor betegsége és lefolyása nagyon változó. Az átlagos túlélés 7,5—29 hónap között változik, s a leukaemiás transzformáció gyakorisága 12—38% (7, 9, 14, 44). A sikeres antineoplastikus kezelést követően kialakult secunder myelodysplasia prognózisa lényegesen rosszabb. A betegek 55—84%-ában alakul ki leukaemia, s az átlagos túlélés kevesebb, mint 9 hónap (20). Az akut myeloid leukaemiás (AML) betegek megelőző adatait vizsgálva (35, 39), az esetek 28—40%-ában fordul elő egy vagy több sejttrendszert érintő cytopenia az AML felismerése előtt, így hát érthető, hogy az érdeklődés középpontjába került azon morfológiai és funkcionális eltérések vizsgálata, melyek a betegség prognózisa és kialakulása szempontjából lényegesek lehetnek.

A cytogenetikai vizsgálatok, melyek a betegek 30—50%-ában kromoszóma eltéréseket találtak, vetették fel a betegség klonális eredetének lehetőségét (2, 33). A leggyakoribb eltérés a 7 monoszómia, 7 q⁻, 8 triszómia, 5 monoszómia és 5 q⁻, valamint az Y kromoszóma hiánya (33). Tricot megfigyelése szerint (37) a haematológiai eltérések és a cytogenetikai elváltozások alapján a MDS lefolyásában három típus különböztethető meg (1. ábra):



1. ábra: A myelodysplastikus syndroma lefolyásának különböző lehetőségei (Tricot 1985)

A — tartós egyensúlyi állapot, kromoszóma eltérés ritka
B — bizonyos ideig tartó egyensúly után hirtelen megnő a blastok aránya, új kromoszóma eltérések jelennek meg
C — fokozatosan emelkedik a myeloblastok aránya a csontvelőben, de új kromoszóma elváltozás ritkán jelenik meg

— hosszú ideig tartó egyensúlyi állapot, melyben a csontvelőben a blastok aránya alig változik, kromoszóma aberráció csak ritkán figyelhető meg,

— bizonyos ideig tartó egyensúly után hirtelen megnő a myeloblastok aránya a csontvelőben, újabb kromoszóma eltérések jelennek meg, klinikailag AL kialakulásáról van szó,

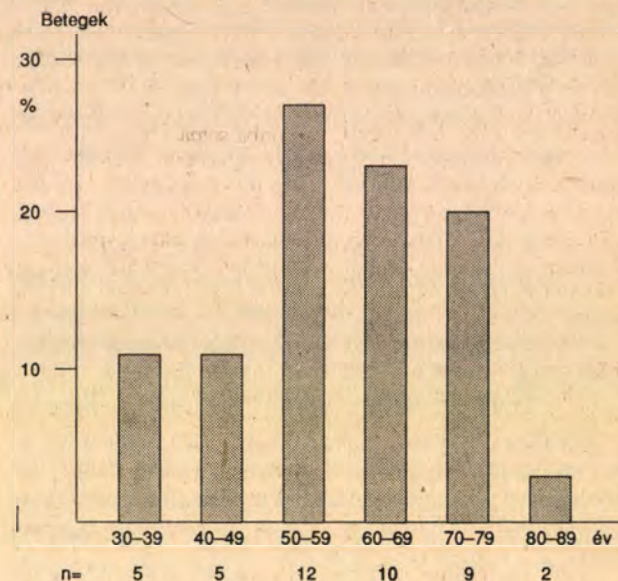
— fokozatosan emelkedik a myeloblastok aránya a csontvelőben, de új kromoszóma elváltozás ritkán alakul ki.

A betegség változó lefolyása miatt lényegesnek láttuk olyan paraméterek keresését, melyek a prognózis szem-

pontjából fontosak lehetnek már a diagnózis felállításakor, valamint annak feltárását, hogy van-e kapcsolat a vérképző sejtek in vitro növekedési jellemzői és a betegség kimenetele között.

Betegek és módszerek

1978. január 1. és 1987. május 31. között 43 beteget észleltünk MDS miatt. A férfiak és nők aránya 1 : 1,26 volt. Az átlagos életkor $58,02 \pm 14,1$ évnek adódott. A betegek korcsoport szerinti megoszlását a 2. ábra szemlélteti. A betegek osztályozása a FAB munkacsoport 1982-ben közreadott ajánlása alapján történt (4).



2. ábra: MDS miatt észlelt betegek életkor szerinti megoszlása

A MDS típusait és azok diagnosztikus kritériumait az 1. táblázatban ismertetjük.

A perifériás vérképben és a csontvelőben a mennyiségi és minőségi eltéréseket May—Grünwald—Giemsa-festést követően vizsgáltuk. A gyűrűs ún. „ringed” sideroblastokat berlini-kék festéssel tettük láthatóvá. A dyserythropoetikus jelenségeken kívül vizsgáltuk a megakaryocita képzésben észlelhető eltéréseket is a csontvelőben. A perifériás vérképben eltérő, gyakran hypochromasiásan festődő makrocyták voltak észlelhetők, ritkán

1. táblázat: A myelodysplastikus syndroma csoportosítása (Benett és munkatársai, 1982)

diagnózis	csontvelő	perifériás vérkép
refrakter anaemia (RA)	fokozott erythropoiesis, <5% blast	≤ 1% blast
sideroblastos anaemia (IASA)	RA + >15% gyűrűs sideroblast	≤1% blast
refrakter anaemia magas blast számmal (RAEB)	5—20% blast	≤ 5% blast
chronicus myelomonocyta leukaemia (CMML)	RAEB + monocyta precursorok felszaporodása	≥ 1 × 10 ⁹ /l monocyta, ≤ 5% blast
transzformálódó RAEB (RAEB-T)	20—30% blast, Auer-pálca	≥ 5% blast

magvas vörövérttesteket is megfigyeltünk. A granulocyták gyakran csökkent lefűződési képességet (pseudo-Pelger jelenség) vagy a granuláció hiányát mutatták.

Tizenhét beteg refrakter anaemia miatt, 6 beteg sideroblastos anaemia miatt észleltünk. Tizennégy esetben refrakter anaemiát magas blast számmal, 6 betegben transzfórmálódó RAEB-t diagnosztizáltunk. A CMML kritériumainak megfelelő eset nem fordult elő. Anaemiának a 100 g/l alatti haemoglobin értéket, granulopeniának a $2,5 \times 10^9/\text{l}$ -nél kevesebb granulocytá számot tekintettük. A thrombocytá szám esetén a $100 \times 10^9/\text{l}$ -nél alacsonyabb vérlemezke szám volt a kritikus érték.

Mufti és munkatársai a cytopenia jellege, valamint a csontvelő blast aránya alapján pontrendszert dolgoztak ki. Ebben a score rendszerben a thrombopenia, granulopenia és anaemia meglétét vagy hiányát és a csontvelő blast tartalmát veszik figyelembe. A fenti eltérések jelenléte, valamint a csontvelőben az 5%-nál magasabb blast arány 1–1 pontot ér. A szerzők nem találtak szignifikáns különbséget a 0 és 1 pontot elért betegek, valamint a 2 és 3 pontot elért betegek túlélése között, ezért a 0 és 1 pontot kapott eseteket A, a 2 és 3 pontot elérteteket B, a 4 score értékűket C csoportba sorolták (26).

Betegeink esetében az egyes csoportokban lényegesen eltértek az esetszámok, ezért ezek a csoportok nem voltak jól összehasonlíthatók. Az A csoportba 6, a B csoportba 24, a C csoportba 13 beteg került. A túlélés az 1 és 2 pontot elért esetekben közel esett egymáshoz. A 3 score értékű betegek túlélése a 4 pontot elértékhöz volt közel, így összevontan vizsgáltuk az 1 és 2, illetve a 3 és 4 pontot elért eseteket.

A leukaemiákat cytologiai és cytochemiai ismérvek alapján a FAB beosztás szerint osztályoztuk (3).

Indukciós kezelésként 60 év feletti betegek esetén TRAP*, 60 év alatt 7+3** kezelést alkalmaztunk. Két esetben második sémaként nagy dózisú Ara-C*** adásával próbálkoztunk.

A terápia válasz megítélésében komplett remisszióról (KR) akkor beszélünk, ha a csontvelő sejttartalma normális, a csontvelőben a blastok aránya 5% alatt van és a perifériás vérkép normálisnak mondható.

Parciális remisszió (PR) esetén normális csontvelőkép mellett cytopenia észlelhető a perifériás vérképben, vagy fokozott sejttartalmú csontvelőben a blastok és promyelocyták aránya meghaladja a 10%-ot, de nem éri el a 25%-ot, illetve a perifériás vérképben a blastok aránya 5%-nál kevesebb.

A nem reagáló betegeket Preisler (30) javaslata alapján osztályoztuk (2. táblázat), így lehetővé vált a kezeléssel szemben valódi rezisztens leukaemia (I. és II. típus) elkülönítése azoktól az esetektől, melyekben nem dönthető el, hogy a beteg halálát a leukaemia vagy egyéb szövődemény okozta (III–VI. típus).

2. táblázat: Kezelésre nem reagáló akut myeloid leukaemiák osztályozása (Preisler, 1978)

I. típus	a leukaemiás sejtek nem tűntek el a csontvelőből a kezelés során
II. típus	a leukaemiás sejtek száma átmenetileg csökkent, de újra leukaemiás populáció növekedett
III. típus	elhúzódó csontvelő aplasia
IV. típus	halál aplasia következtében
V. típus	halál a kezelés kezdetétől számított 10 napon belül
VI. típus	halál egyéb betegség miatt

*A TRAP sémát a következő módon alkalmaztuk:

Rubidomycin 40 mg/m^2 iv. 1. nap

Ara-C 100 mg/m^2 iv. 1–5. nap 4–6 órás infúzió

Lanvis (6-TG) 100 mg/m^2 per os 1–5. nap

Prednison 30 mg/m^2 per os 1–5. nap

**7 + 3 protokoll a következő:

Rubidomycin 40 mg/m^2 iv. 1–3. nap

Ara-C 100 mg/m^2 iv. 1–7. nap 4–6 órás infúzió

***Nagy dózisú Ara-C kezelés esetén

$2,0 \text{ g/m}^2$ Ara-C adagot adtunk 12 óránként 8 alkalommal.

Csontvelőtenyésztés

A csontvelőt a sternumból aspirációval nyertük. Egészséges kontrollként mellkasi műtét során eltávolított borda darab csontvelő sejtjeit használtuk, vagy olyan betegek csontvelőjét, akiknél a morfológiai vizsgálat a csontvelőben kóros eltérést nem mutatott. A csontvelő darabkákat McCoy 5A, illetve Iscove mediumba (Gibco) tettük, mely konzerválószermentes heparint tartalmazott.

A granulocytá-macrophag irányba elkötelezett őssejtek számát (GM—CFC) 35 mm átmérőjű műanyag petri csészében agarlemezen határoztuk meg. A 0,3% agart (Bacto), 15% újszülött borjúsavót (Human, Flow) tartalmazó McCoy 5A mediumban 1×10^5 csontvelősejtet szuszpendáltunk, kolónia stimuláló faktorként emberi placenta tenyésztet felülűszoját (HPCM) (6), illetve 5637 hólyag carcinoma sejtvonal felülűszoját használtuk 20%-os koncentrációban (27). A lemezeket 5% CO_2 -t tartalmazó termosztátban 37°C -on 10 napig inkubáltuk. Az értékelésnél a 3–50 sejtet tartalmazó telepeket clustereknek, az ennél nagyobbakat kolóniáknak tekintettük. A számolás inverz mikroszkóppal 50–100-szoros nagyítással történt. A kolóniák egy részét fixálás után megfestettük morfológiai vizsgálatra.

A növekedési típust Greenberg (12) javaslata alapján vettük figyelembe.

Leukaemiás növekedés típusáról akkor beszélünk, amikor a lágy gél lemezekben kis és nagy clustererek észlelhetők, vagy nagyon alacsony a kolónia szám ($<2/10^5$ csontvelő sejt). Ezekben a clusterekben csak mérsékelt differenciálódás figyelhető meg.

Nem leukaemiás típusú növekedés esetén főként kolóniák nőttek az agar lemezen.

Betegeink egy részében ismételt GM—CFC vizsgálat történt. Az újabb csontvelő vizsgálatot az tette szükségessé, hogy az észlelés ideje alatt a betegek klinikai állapota változott. Gyakran anaemia, illetve újabb sejttrendszer érintő cytopenia alakult ki, vagy a cytopenia súlyosabbá vált. A második vizsgálat 1–6 hónappal követte a megelőzőt.

Statisztikai számítások

A betegek túlélését az első észleléstől a halál vagy az utolsó ellenőrzés időpontjáig számítottuk.

Az egyes klinikai vagy laboratóriumi haematológiai paraméterek és a túlélés kapcsolatát a log rank módszer szerint értékeltük (29). A túlélést az O/E hányadossal (relatív halálozási arány) jellemeztük, ahol a 0 a vizsgálatok során észlelt halálozást, E a statisztikailag számított halálozást jelenti. Egynél kisebb hányados a vizsgált tényező kedvező, egynél nagyobb pedig kedvezőtlen hatására utal.

Az egyes paraméterek és a leukaemiás transzfórmáció összefüggését a χ^2 próba alapján ítéltük meg. Az egyes betegcsoportok csontvelőtenyésztés során nyert eredményeit a Student-féle próbával hasonlítottuk össze (15). A szignifikanciát jelző p értéket csak szignifikáns különbség esetén adtuk meg számszerűen, egyébként a nem szignifikáns (NS) jelölést alkalmaztuk.

Eredmények

A klinikai és haematológiai laboratóriumi paraméterek és a prognózis kapcsolata.

A betegek átlagos életkora $58,02 \pm 14,1$ év volt. Ha külön vizsgáltuk a 60 évnél idősebb és fiatalabb betegekben a leukaemia gyakoriságát, nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között. Valamivel több nőbeteget észleltünk (férfi : nő = 1 : 1,26), de nem mutatkozott je-

lentos különbség a fenti paraméterekben a nemek szerint sem (3. táblázat).

A kezdeti granulocita szám önmagában nem befolyásolta a leukaemiás átalakulást. Hasonló arányban észleltünk transzformációt $2,5 \times 10^9/l$ -nél alacsonyabb, illetve magasabb granulocita szám esetén. Ha külön vizsgáltuk a thrombocytopeniás és nem thrombopeniás esetekben a leukaemia gyakoriságát, nem találtunk döntő különbséget a két csoport között. Betegeink közül mindössze 6 esetben nem tapasztaltunk anaemiát (100 g/l alatti haemoglobin értéket). Ezek közül a betegek közül egy esetben sem alakult

portban is hasonló volt. A két-két összevont csoportban a diagnosztikus kritériumokon belül döntő különbséget a csontvelő blast tartalma jelenti, mivel RA és IASA esetén ez kevesebb, mint 5%, míg RAEB és RAEB-T-ben meghaladja az 5%-ot. Megfigyeléseink alapján lényegesen kedvezőbbek az életkilátások RA és IASA esetén (5. táblázat).

A két csoportban előforduló leukaemiás transzformáció gyakorisága eltérő. A nagyobb halálozási arány a RAEB és RAEB-T miatt észlelt betegekben elsősorban a gyakoribb leukaemiás átalakulásból adódik ($p < 0,001$).

3. táblázat: Az életkor, nem és a cytopenia hatása a túlélésre és a leukaemiás átalakulásra

prognosztikus tényezők	betegek száma	relatív halálozási arány (O/E)	leukaemiás átalakulás
nem	19	0,94	7
kor	24	1,04	10
> 60 év	23	0,85	10
≤ 60 év	20	1,16	7
granulocita szám	35	0,97	13
≤ $2,5 \times 10^9/l$	8	0,89	4
> $2,5 \times 10^9/l$	28	1,28	13
thrombocita szám	15	0,47	4
≤ 100	37	1,14	17
> $100 \times 10^9/l$	6	0,29	0
haemoglobin			
≤ 100			
> 100 g/l			

NS = nem szignifikáns

ki leukaemia. Tehát azt találtuk, hogy a granulopenia, thrombopenia vagy anaemia megléte vagy hiánya önmagában nem befolyásolja döntően a betegek életkilátásait (3. táblázat). Ha azonban ezen paramétereket együttesen vettük figyelembe, a pancytopeniás és nem pancytopeniás betegek túlélését hasonlítottuk össze, lényeges különbség

4. táblázat: A pancytopenia, a túlélés és a leukaemiás transzformáció kapcsolata

haematológiai eltérések	betegek száma	relatív halálozási arány (O/E)	leukaemiás átalakulás
pancytopenia	18	1,88	10
egy vagy két rendszert érintő cytopenia	25	0,56	7

get találtunk. 18 betegben észleltünk pancytopeniát, 25 esetben egy vagy két sejtszisztémát érintő cytopenia volt (4. táblázat).

Lényegesnek látszik a pancytopenia megléte vagy hiánya a leukaemiás átalakulás szempontjából. 18 pancytopeniás beteg közül 10 esetben észleltünk transzformációt, a 25 nem pancytopeniás eset közül csak 7-ben ($p < 0,05$).

Betegeink átlagos túlélése 29,6 hónap volt. A betegség lefolyása lényegesen kedvezőbb volt a RA és IASA miatt észlelt esetekben. Ezen két csoport túlélése között nem találtunk szignifikáns különbséget, ezért ezeket az eseteket összevontan hasonlítottuk a RAEB és RAEB-T miatt észlelt betegekhez, mivel a túlélés ez utóbbi két cso-

A Mufti-féle pontrendszert annak eldöntése céljából használtuk, hogy van-e jelentősége a leukaemiás átalakulás szempontjából, van-e kapcsolat a FAB által alkotott alcsoportok és a betegek score érték szerinti megoszlása között.

Betegeinket az eredeti ajánlás szerint csoportosítva különbség adódott a halálozási arányban, azonban a lényegesen eltérő esetszámok miatt statisztikailag ezen csoportok nem voltak jól összehasonlíthatók, minthogy az A csoportba 6, a B csoportba 24, a C csoportba 13 beteg került.

5. táblázat: A FAB beosztás és a túlélés, valamint a leukaemiás átalakulás összefüggése

FAB csoportok	betegek száma	relatív halálozási arány (O/E)	leukaemiás átalakulás
RA + IASA	23	0,34	2
RAEB + RAEB-T	20	2,65	15

Matematikailag a halálozási arány az 1, ill. 2 pontos csoportban, valamint a 3 és 4 pontot elért esetekben esett közelebb esett egymáshoz, így ezen két-két összevont csoport adatait hasonlítottuk össze. A leukaemiás transzformáció gyakorisága szempontjából kedvezőtlennek látszik a magas pontérték (6. táblázat).

Az 1 vagy 2 pontot kapott 18 beteg közül 1 esetben észleltük akut leukaemia kialakulását. 25 beteg tartozott a 3 vagy 4 pontos esetek közé. Közül 16 esetben alakult ki leukaemia.

6. táblázat: **A Mufti-féle pontrendszer és a túlélés, valamint a leukaemiás átalakulás kapcsolata**

pont érték	betegek száma	relatív halálozási arány (O/E)	leukaemiás átalakulás
1 vagy 2	18	0,14	1
		$p < 0,001$	$p < 0,001$
3 vagy 4	25	2,20	16

MDS-t követően 43 betegünk közül 17 esetben észleltük acut leukaemia kialakulását. Két esetben a transzformációt RA, illetve IASA előzte meg, 15 betegben RAEB vagy RAEB—T-t követően tapasztaltunk acut leukaemiát.

Az átlagos észlelési idő ezekben a betegekben a leukaemiát megelőzően 8,5 hónap volt (3—13 hónap). A leukaemiás fázis időtartama nagyon rövidnek, átlagosan 3,7 hónapnak (2—5 hónap) bizonyult. Minden betegben myeloid típusú leukaemia alakult ki, 5 esetben FAB M₁, 8 betegben FAB M₂ és 4 esetben FAB M₄ típus.

Kombinált cytostatikus kezelésként TRAP, 7 + 3, illetve 2 beteg esetében másodlagos terápiaként nagy dóziszú Ara-C-t adtunk.

Egyetlen betegben sem sikerült teljes vagy részleges remissziót elérni. Annak eldöntésére, hogy megállapítsuk, betegeink valódi terápia rezisztens eseteket jelentenek-e, vagy a halált a kezeléssel kapcsolatos aplasia, esetleg más szövödmény okozta, Preisler javaslata alapján csoportosítottuk a nem reagáló betegeket.

Ezen csoportosítás szerint a 17 beteg közül 15 beteg az I. típusú nem reagálók közé tartozott, tehát a leukaemiás sejtek a kezelés hatására nem tűntek el a csontvelőből. Egy esetben aplasia következtében veszítettük el betegünket (IV. típus) és egy beteg a kezelés kezdetétől számított 10 napon belül halt meg (V. típus), tehát nem dönthető el, hogy reagált-e a kezelésre vagy sem. Ezen adatokat az intézetünkben 10 év alatt észlelt 91 leukaemiás beteg kezelési eredményeivel hasonlítottuk össze. Míg az említett 91 beteg közül 39 volt valódi terápia rezisztens, addig a 17 MDS-t követő AML-ben 15 esetben észleltünk abszolút terápia rezisztenciát. Megfigyelésünk szerint szignifikánsan gyakoribb a valódi kezeléssel szembeni rezisztencia azokban az AML-es betegekben, akiknél MDS előzte meg a betegség kialakulását ($p < 0,01$).

A halál oka 8 esetben vérzéses szövödmény volt, 9 beteget fertőzés következtében veszítettünk el.

In vitro vizsgálatok myelodysplasiás betegekben

A 43 myelodysplasiás beteg közül 33 esetben volt lehetőségünk arra, hogy a csontvelő GM—CFC tartalmát vizsgálhassuk az első észleléskor. Egészséges kontrollként olyan betegek csontvelő GM—CFC számát határoztuk meg, akiknél a csontvelő morfológiai vizsgálata haematológiai eltérés fennállását kizárta.

A GM—CFC tartalom MDS-ban átlagosan $19,1 \pm 15,3$ volt 10^5 csontvelő sejtre vonatkoztatva. Egészséges kontrollokban $56,7 \pm 14,8/10^5$ sejt GM—CFC-t találtunk.

Nem volt szignifikáns különbség a GM—CFC számban, ha a RA és IASA csoportba tartozó betegek elkötelezett összejszámát hasonlítottuk a másik csoporthoz (RAEB és RAEB—T).

Összehasonlítottuk a Mufti-féle score alapján az 1 és 2 pontot elért csoport GM—CFC számát a 3 és 4 pontos csoportéval. Nem volt szignifikáns különbség a két csoport között.

Ha a pancytopenia jelenléte vagy hiánya alapján figyeltük a GM—CFC számot, ugyancsak nem adódott jelentős különbség a csoportok között. Négy betegben észleltünk az egészséges kontrollokhoz hasonló GM—CFC számot, közülük 3 beteget RA, egyet IASA miatt észleltünk.

Ha a GM—CFC növekedési formáit vizsgáltuk Greenberg javaslata alapján agar lemezen, 12 esetben észleltünk leukaemiás típusú, 21 betegben nem leukaemiás növekedést. A növekedési típus, a cytopenia, a FAB beosztás, valamint a Mufti-féle score rendszer összefüggését a 7. táblázat szemlélteti. A FAB beosztás és a növekedési

7. táblázat: **A GM—CFC növekedés típusa agar lemezen**

beteg-csoportok	betegek száma	növekedési típusok	
		leukaemiás	nem leukaemiás
RA + IASA	20	3	17
			$p < 0,01$
RAEB + RAEB—T	13	9	4
1 és 2 score*	16	2	14
3 és 4	17	10	7
			$p < 0,01$
nem pancytopeniás	21	6	15
			NS
pancytopeniás	12	6	6
leukaemiás átalakulás	11	9	2
			$p < 0,001$
leukaemiás átalakulás nélkül	22	3	19

*Mufti szerint

típus összefüggésében megállapítható, hogy RA és IASA esetén lényegesen gyakoribb a „nem leukaemiás” növekedés ($p < 0,01$). A pancytopenia és a növekedési típus kapcsolatát vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a 12 pancytopeniás beteg felében a csontvelősejtek leukaemiás növekedést mutattak. A nem pancytopeniás betegek többségében agar lemezen nem leukaemiás típusú növekedést észleltünk, azonban a különbség matematikailag nem volt szignifikáns. Ha a Mufti-féle score segítségével képzett csoportokban hasonlítottuk össze az agar lemezen történő növekedést, azt láttuk, hogy 1 és 2 score esetén jórészt nem leukaemiás típusú volt a csontvelő növekedése ($p < 0,01$).

Az ún. leukaemiás típusú növekedés és a leukaemiás transzformáció összefüggését vizsgálva, szignifikáns kapcsolat látszott az első észleléskor tapasztalt növekedési jellemzők, valamint a leukaemiás átalakulás között ($p < 0,001$). A 33 beteg közül 11 esetben történt leukaemiás transzformáció. Ezen 11 beteg közül 9-ben az első észleléskor leukaemiás típusú növekedést észleltünk.

A 33 MDS miatt észlelt beteg közül 23 esetben került sor a csontvelő GM—CFC tartalmának és a növekedés típusának ismételt vizsgálatára.

Az újabb csontvelővizsgálatot az tette szükségessé, hogy a megfigyelés ideje alatt a betegek klinikai állapota változott az előzőekhez képest. Ilyen változás volt az anaemizálódás gyakoribbá válása, újabb sejttrendszer érintő cytopenia megjelenése vagy a cytopenia súlyosbodása.

A második vizsgálat általában 1—6 hónappal követte a megelőzőt. Azokban az esetekben, amikor AML alakult ki, az ismételt csontvelővizsgálat legalább 2 hónappal előzte meg az akut leukaemia diagnózisát.

A második GM—CFC meghatározás során már leukaemiás típusú növekedés volt megfigyelhető mind a 11 esetben, amelyben akut leukaemia alakult ki később (8. táblázat).

Eddig egy esetben tapasztaltuk, hogy a második csontvelőtenyésztés folyamán leukaemiás típusú növekedést észleltünk, és ennek ellenére transzformáció még nem következett be.

8. táblázat: A GM—CFC növekedési típusának változása

betegek	Növekedés típusa			
	1. vizsgálat n = 33		2 vizsgálat n = 23	
	leukaemiás	nem leukaemiás	leukaemiás	nem leukaemiás
MDS leukaemiás transzformációval	9	2	11	—
MDS leukaemiás transzformáció nélkül	3	19	1	11

Megbeszélés

A MDS klinikai lefolyása a túlélés, a szövődmények és a leukaemiás transzformáció szempontjából rendkívül változó lehet. Ez a megfigyelés tette szükségessé olyan prognosztikai tényezők kutatását, melyek alapján az életkilátások, valamint a leukaemiás transzformáció kockázata a betegség kezdetén megítélhető.

Az átlagos túlélés az egyes munkacsoportok adatai szerint rendkívül változó, 7,5—29 hónap közé esik (7, 14, 26, 35, 37, 38, 39, 43, 44). A különbségek abból adódnak, hogy az egyes szerzők eltérő betegcsoportokat vizsgáltak. *Israel és Joseph* (13, 14) csak a RAEB alcsoportnak megfelelő betegeket követték, *Coiffier* (7) azokat a betegeket is MDS csoportba sorolta, akiknél a csontvelőben a blastok aránya elérte a 40%-ot. Más munkacsoportok betegei között eltérő arányban fordult elő RA és IASA, s minthogy ezen betegek életkilátásai lényegesen jobbakként, az összes esetre vonatkozó túlélést arányuk kedvezően befolyásolta. Ez a tényező lehet felelős azért a megfigyelésért, hogy betegeinkben az átlagos túlélés viszonylag hosszú, 29,6 hónap, ugyanis eseteink több mint fele tartozott a RA és IASA csoportba. *Kerkhofs* 1987-es közleményében az eddigiektől lényegesen hosszabb túl-

lésről számol be RA és IASA esetén (50—60 hónap). RA-EB és RAEB—T-ben 6, illetve 9 hónapos túlélést találtak. A hosszabb túlélést RA és IASA esetében azzal magyarázzák, hogy a betegség korábbi fázisában került felismerésre eseteikben (16). *Teerenhovi, Lintula* (35) és *Mufti* (25) nem találtak összefüggést sem az életkor, sem a nemek megoszlása és a halálozási arány között. Eredményeink az utóbbi szerzőkéhez hasonlóak. Anyagunkban nem mutatkozott szignifikáns különbség sem a túlélésben, sem a leukaemiás transzformáció gyakoriságában a 60 évnél idősebb és fiatalabb betegek között.

Megoszlik a munkacsoportok véleménye abban, hogy a haematológiai laboratóriumi paraméterek közül egyes eltéréseknek önállóan van-e prognosztikai jelentősége. Az egyes munkacsoportok adatai nehezen hasonlíthatók össze, mivel *Mufti* és munkatársai (26) a 100 g/l alatti haemoglobin értéket, a $2,5 \times 10^9/l$ alatti granulocytá számot és a $100 \times 10^9/l$ -nél alacsonyabb thrombocytá számot tekintették kritikusnak. *Coiffier* (7) vizsgálatai szerint a 80 g/l alatti haemoglobin érték és az $1,4 \times 10^9/l$ alatti granulocytá szám jelent rossz prognózist. *Vallés, Teerenhovi és Lintula* pedig az $50 \times 10^9/l$ -nél kisebb thrombocytá számot vélték kedvezőtlen jelnek (35, 39).

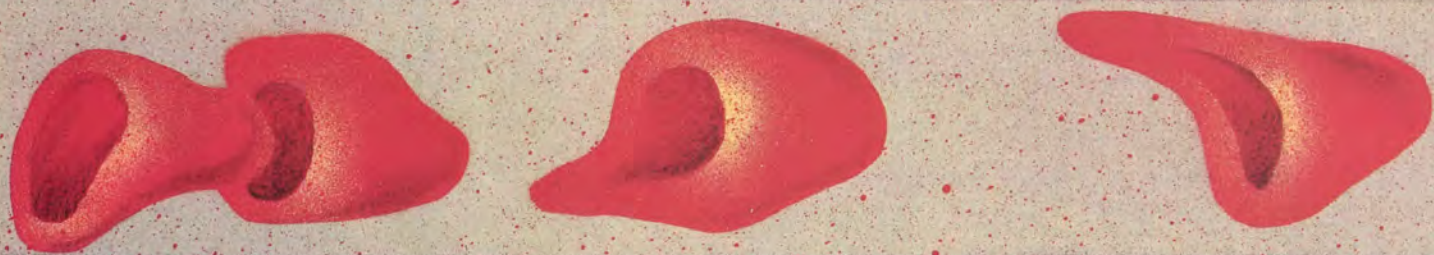
A FAB beosztás jelentőségét a pontos diagnosztikus kritériumok leírásán túl prognosztikai haszna jelenti. A várható túlélés a RA és IASA miatt észlelt esetekben a legjobb. Ugyancsak ezekben a csoportokban a legkisebb a leukaemiás átalakulás gyakorisága is (36, 40). A két betegcsoport túlélése egymáshoz viszonyítva hasonló, bár *Weisdorf* RA-ban 52 hónapos túlélést észlelt, s IASA-ban csak 29 hónapot (43). *Mufti* (26) megfigyelései ellentétesek voltak, kedvezőbbnek ítélte az életkilátásokat IASA-ban, azonban szerinte az IASA és RA csoportba tartozó betegek közül az életkilátások rosszabbak azokban az esetekben, akiknél már a betegség kezdetén pancytopenia volt.

A FAB beosztás fontos információt jelenthet a leukaemiás átalakulás vonatkozásában is. Az egyes munkacsoportok anyagában a leukaemiás átalakulás aránya 12—38% közötti (7, 14, 28, 35, 37, 39, 43, 44). Ez azzal magyarázható, hogy az egyes feldolgozásokban eltérő arányban fordulnak elő a fokozott kockázatú esetek. Meggyezik a szerzők véleménye abban, hogy a RAEB és RAEB—T miatt észlelt betegekben a legnagyobb a valószínűsége a leukaemiás átalakulásnak. Úgy tűnik, hogy a leukaemia kockázata szempontjából a csontvelő blast tartalmának döntő jelentősége van.

Különálló prognosztikus jelként értékelhető MDS-ban a pancytopenia jelenléte vagy hiánya. Az egyes FAB alcsoportokon belül is kedvezőtlenebbek az életkilátások azokban a betegekben, akiknél pancytopenia észlelhető. Lényegesnek látszik a pancytopenia megléte vagy hiánya a leukaemiás átalakulás szempontjából (26).

A FAB beosztás egyik lényeges jellemzőjét, a csontvelő blast arányát, valamint a cytopenia jelenlétét veszi figyelembe a Mufti-féle pontrendszer.

A szerző megfigyelései szerint jelentős a különbség az egyes csoportokba sorolható betegek túlélésében, hiszen a A csoportban 62 hónap, a B csoportban 22 hónap, a C csoportban pedig 8,5 hónap volt az átlagos túlélés (26). Ha külön vizsgálták



®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.

Gyógyszerkölcsonhatások: Óvatosan adható: — vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás) — inzulinnal, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás)

Figyelmeztetés: Károsodott veseműködés esetén, csak csökkentett mennyiségben adható. Vérnyomáscsökkentőkkel együtt alkalmazva az adagolást újból be kell állítani.

Megjegyzés: ✱ Csak vényre adható ki. 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



a B csoportba tartozó betegeket, a csoporton belül lényeges eltérés mutatkozott az életkilátásokat illetően. Hasonló megfigyelésre jutottunk magunk is, illetve egyértelműnek látszott, hogy esetekben a 2 pontot elért betegek túlélése az A csoportba tartozókéhoz esett közelebb, míg a 3 pontot elért esetekben a C csoportéhoz. Ezen megfigyelés alapján soroltuk betegeinket két csoportba a Mufti-féle A, B, C beosztástól eltérő módon, s úgy tűnik, hogy az életkilátások szempontjából megfelelő különbséget ezen két csoport között.

Ez az egyszerűen alkalmazható score rendszer segítséget jelenthet az egyes FAB alcsoportokon belül is a kedvező és kedvezőtlenebb életkilátások megítélésére. Hasznosnak látszik a várható leukaemiás transzformáció szempontjából ez a pontrendszer.

A leukaemiás transzformáció az esetek döntő többségében myeloid leukaemiát jelent, bár ritkán lymphoid leukaemia is előfordulhat (25). A MDS-t követő akut leukaemiák prognózisa lényegesen rosszabb, mint az ún. „de novo” leukaemiáké. A remissziós arány és a túlélés sokkal kedvezőtlenebb (1, 18, 23).

Megfigyeléseink hasonlóak más munkacsoportokéhoz, minthogy betegeinkben sem részleges, sem teljes remissziót nem sikerült elérni, az esetek jórésze valódi terápiás rezisztens AML volt.

Myelodysplastikus szindrómában a haemopoetikus őssejt klonális károsodása a csontvelőkultúrák elterjedésével tanulmányozhatóvá vált. A csontvelőtenyésztés során nyert adatok a betegség lényegi eltéréseinek megismerésén túl segítségül szolgálhatnak a prognózis megítélésében is (41).

A csontvelő erythroid, granulocita-macrophag és megakaryocita irányba elkötelezett őssejt tartalma a betegek jelentős részében csökkent (8, 10, 11, 24, 34), azonban Ruutu RA és IASA esetében normális kolónia és cluster számot talált (32). Az általunk észlelt esetekben mindössze 4 betegben tapasztaltuk, hogy a csontvelő GM—CFC tartalma a kontrollokban mért értékekkel megegyező, a többi esetben kifejezetten csökkent volt. May megfigyelése szerint nem látszott összefüggés a GM—CFC szám és a FAB szubtypusok között (21). Tapasztalataink hasonlóak, nem találtunk szignifikáns különbséget a csontvelő GM—CFC tartalmában, ha külön vizsgáltuk az egyes FAB típusokba tartozó betegeket. A 4 beteg közül, akiknél a GM—CFC szám normális volt, 3 beteg a RA és IASA csoportba tartozott, egy beteget RAEB miatt észleltünk.

A granuloid elődsejtek lágy-gél lemezen történő növekedési típusa szerint Greenberg javaslata alapján „leukaemiás” és „nem leukaemiás” növekedést szokás megkülönböztetni MDS-ben (12). A növekedési jellemzők nemcsak a differenciálódás károsodásának mértékét jelzik, hanem prognosztikai jelentőségük is van (34, 41).

„Leukaemiás” típusú növekedés esetén a transzformáció valószínűsége jelentős. Greenberg, Verma és Spitzer (12, 34, 41) adatai szerint 50–80%. Kriger megfigyelése alapján, ha kolóniák egyáltalán nem növekednek lágy-gél lemezen, csak cluster, a betegek átlagos túlélése lényegesen rövidebb (17). Jelentős különbség mutatkozik a két csoport túlélésében is (8, 10, 24, 34).

May nem talált összefüggést a FAB besorolás és a növekedési típusa között (21). Az általunk észlelt esetekben kapcsolat látszott a FAB alcsoportok és a növekedés jellemzői között. Döntően „nem leukaemiás” típusú növekedést észleltünk RA és IASA esetében. Az eltérő megállapítások magyarázata az lehet, hogy May nem használja egyértelműen a Greenberg által javasolt leukaemiás és nem leukaemiás növekedési típus kritériumait.

A Mufti-féle pontrendszer és a növekedési típus kapcsolatát vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy 3 és 4 pontérték esetén a növekedés típusa főként leukaemiás jellegű volt.

A pancytopenia jelenléte vagy hiánya alapján nem észleltünk döntő különbséget a két csoport között a növekedési típusában.

A csontvelő GM—CFC tartalmának ismételt vizsgálata a betegség előrehaladása szempontjából nyújthat információt. Greenberg (11) megfigyelése szerint a kolónia/cluster arány megváltozása a transzformáció közeledtét jelzi. Mertelsmann (22) véleménye az, hogy a csökkent GM—CFC szám az emelkedett cluster/kolónia arány, a nagy clusterok képződése fokozott kockázatot jelent a leukaemia kialakulása szempontjából. Eseteinkben a csontvelő GM—CFC tartalmának ismételt vizsgálata nem a GM—CFC szám változását mutatta, hanem a növekedési típus megváltozását azokban a betegeknél, akiknél később leukaemia alakult ki. Az első GM—CFC vizsgálatkor tapasztalt „nem leukaemiás” növekedési típus tehát megváltozott.

IRODALOM: 1. Armitage, J. O., Dick F. R., Needleman, S. W. et al: Effect of chemotherapy for the dysmyelopoietic syndrome. Cancer Treat Rep, 1981, 65, 601. — 2. Ayrault, N., Donzeau, M., Raynaud, S. et al: Cytogenetic study of 88 cases of refractory anaemia. Cancer Genet Cytogenet 1983, 8, 243. — 3. Bennett, J. M., Catovsky D., Daniel, M. T. et al: Proposals for the classification of the acute leukaemias. Br. J. Haematol. 1976, 33, 451. — 4. Bennett, J. M., Catovsky, D., Daniel, M. T. et al: The French-American-British cooperative group. Proposals for the classification of the myelodysplastic syndromes. Br. J. Haematol. 1982, 51, 189. — 5. Block, M., Jacobson, L. O., Bethard, W. F.: Preleukemic acute human leukemia. JAMA, 1953, 152, 1018. — 6. Burgess, A. W., Wilson, E. M. A., Metcalf, D.: Stimulation by human placental conditioned medium of hemopoietic colony formation by human marrow cells. Blood 1977, 49, 573. — 7. Coiffier, B., Adeleine, P., Viel, J. J. et al: Dysmyelopoietic syndromes: a search for prognostic factors in 193 patients. Cancer 1983, 52, 83. — 8. Francis, G. E., Wing, M. A., Miller, E. J. et al: Use of bone-marrow culture in prediction of acute leukemic transformation in preleukemia. Lancet 1983, 1, 1405. — 9. Galton, D. A. G.: The myelodysplastic syndromes. Clinical Lab Haematol 1984, 6, 99. — 10. Greenberg, P. L.: The smoldering myeloid leukemic states: clinical and biologic features. Blood 1983, 61, 1035. — 11. Greenberg, P. L.: In vitro culture techniques defining biological abnormalities in the myelodysplastic syndromes and myeloproliferative disorders. Clinics in Haematol. 1986, 15, 973. — 12. Greenberg, P. L., Mara, B.: The preleukemic syndrome: correlation of in vitro parameters of granulopoiesis with clinical features. Am. J. Med. 1979, 66, 951. — 13. Izrael, V., Jacquillat, C., Chastang, C. et al: Données nouvelles sur les leucémies oligoblastiques. A propos d'une analyse de 120 cas. Nouv Presse Med. 1975, 4, 947. — 14. Joseph, A. S., Cinkotai, K. I., Hunt, I. et al: Natural history of smouldering leukaemia. Br J Cancer 1982, 46, 160. — 15. Juvancz, J., Polsky, I.: Orvosi biometria. Medicina Budapest 1982. — 16. Kerkhofs H., Hermans, J., Haak, H. L. et al: Utility of the FAB classification for myelodysplastic syndromes: investigation of prognostic factors in 237 cases. Br. J. Haematol. 1987, 65, 73. — 17. Krieger, O., Bernhart, M., Desser, H. et al: Prognostische Faktoren bei myelodysplastischen Syndromen (MDS): eine Analyse von 72 Fällen. Wiener Kl Wochenschrift 1985, 97, 131. — 18. Layton, D. M., Mufti, G. J.: Myelodysplastic syndromes: their history, evolution and relation to acute myeloid leukaemia. Blut 1986, 53, 423. — 19. von Leube W.: Rapid verlaufende schwere Anämie mit gleichzeitiger leukämischer Veränderung des Blutbildes. Klin

Wochenschr. 1900, 37, 85. — 20. Levine, E. G., Bloomfield, C. D.: Secondary myelodysplastic syndromes and leukaemia. Clinics in Haematol. 1986, 15, 1037. — 21. May, S. J., Smith, S. A., Jacobs, A. et al: The myelodysplastic syndrome: analysis of laboratory characteristics in relation to the FAB classification. Br. J. of Haematol. 1985, 59, 311. — 22. Mertelsmann, R., Moore MAS, Clarkson B. D.: Sequential marrow culture studies and terminal deoxynucleotidyl transferase activities in myelodysplastic syndromes. In: Schmalzl, F., Hellriegel K—P eds. Preleukemia, Springer Verlag, Berlin 1979. — 23. Mertelsmann, R., Thuler, H. T., Gee T. S. et al: Morphological classification, response to therapy and survival in 263 adult patients with acute nonlymphoblastic leukaemia. Blood, 1980, 56, 773. — 24. Milner, G. R., Testa, N. G., Geary, C. G. et al: Bone marrow culture studies in refractory cytopenia and smouldering leukaemia. Br. J. of Haematol. 1977, 35, 251. — 25. Mufti, G. J., Galton, D. A. G.: Myelodysplastic syndromes: natural history and features of prognostic importance. Clinics in Haematology 1986, 15, 953. — 26. Mufti, G. J., Stevens, J. R., Oscier, D. G. et al: Myelodysplastic syndromes: a scoring system with prognostic significance. Br. J. Haematol. 1985, 59, 425. — 27. Myers, C. D., Katz, F. E., Joshi, E. et al: A cell line secreting stimulating factors for CFU—GEMM. Blood 1984, 64, 152. — 28. Parkes-Weber, F.: A case of leukanaemia. Trans Pathol. Soc. London 1904, 55, 288. — 29. Peto, R., Pike, M. C., Armitage, P.: Design and analysis of randomised clinical trials requiring prolonged observations of each patient. Br. J. Cancer, 1977, 35, 1. — 30. Preisler, A. D.: Failure of remission induction in acute myelogenous leukaemia. Med. Pediatr. Oncol. 1978, 4, 275. — 31. Rheingold, J. J., Kaufmann, R., Adelson, E. et al: Smoldering acute leukemia. New Engl. J. Med. 1963, 268, 812. — 32. Ruutu, T., Partanen, S., Lintula, R. et al: Erythroid and granulocyte-macrophage colony formation in myelodysplastic syndromes. Scand J. Haematol. 1984, 32, 395. — 33. Second international Workshop on Chromosomes in

Leukemia. Chromosomes in preleukemia. Cancer Genet Cytogenet 1980, 2, 108. — 34. Spitzer, G., Verma, D. S., Dickie, K. A. et al: Sub-groups of oligoleukaemia as identified by in vitro agar culture. Leuk. Res. 1979, 3, 29. — 35. Teerenhovi, L., Lintula, R.: Natural course of myelodysplastic syndromes — Helsinki experience. Scand J. Haematol. 1986, 36, Suppl. 45, 102. — 36. Todd, W. M., Pierre, R. V.: Preleukemia: a long-term prospective study of 326 patients Scand J Haematol 1986, 36, Suppl 45, 114. — 37. Tricot, G., Boogaerts, M. A., DeWolf-Peters C. et al: The myelodysplastic syndrome: different evolution patterns based on sequential morphological and cytogenetic investigations. Br. J. Haematol. 1985, 59, 659. — 38. Tricot, G., Vlieteneek, R., Boogaerts, M. A. et al: Prognostic factors in the myelodysplastic syndromes: importance of initial data on peripheral blood counts, bone marrow cytology, trephine biopsy and chromosomal analysis. Br. J. Haematol. 1985, 60, 19. — 39. Vallespi, M. T., Torrabadello, M. Julia, A. et al: Myelodysplastic syndromes: a study of 101 cases according to the FAB classification. Br. J. Haematol. 1985, 61, 83. — 40. Varela, B. L., Chuang, C., Benett, J. M.: Clinical significance of the new proposals for the classification of the myelodysplastic syndromes. Blood 1982, 60, Suppl. 1: 140. — 41. Verma, D. S., Spitzer, G., Dickie, K. A. et al: In vitro agar culture patterns in preleukaemia and their clinical significance. Leuk. Res. 1979, 3, 41. — 42. Vilter, R. W., Will, J. J. Jarrold, I.: Refractory anaemia with hyperplastic bone marrow (aregenerative anaemia). Semin. Haematol. 1967, 4, 175. — 43. Weisdorf, D. J., Oken, M. M., Johnson, G. J. et al: Chronic myelodysplastic syndrome: short survival with or without evolution to acute leukaemia. Br. J. Haematol. 1983, 55, 691. — 44. Weber, R. F. A., Geraedts, J. P. M., Kerkhofs, H. et al: The preleukemic syndrome. I: Clinical and haematological findings. Acta Med. Scand. 1980, 207, 391.

(Borbényi Zita dr. Szeged, Pf. 480. 6701)

HÍREK

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság, a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság és a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége

1990. június 15-én

XV. kékestetői pajzsmirigy symposiumát tartja

Témák:

I. Pajzsmirigy-betegségek és terhesség

II. Hyperthyreosis a gyermekkorban

Program

10.00 óra

Megnyitó: dr. Kósa Erzsébet, a mátrai Állami Gyógyintézet főigazgató-főorvosa

Üdvözlés: Prof. dr. Péter Ferenc, a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság főtitkára.

I. Pajzsmirigy-betegségek és terhesség

Üléselnök: Prof. dr. Leövey András

Referátumok:

1. Dr. Wenczel K. W.: Kontraceptiva und Schilddrüsenhormonparameter. (30. perc)

2. Dr. Konrády András: Pajzsmirigy-betegségek és terhesség. (40 perc)

Csatlakozó előadások:

Üléselnök: Prof. dr. Péter Ferenc

1. Dr. Kálmán Károly, dr. Leövey András: Az immunológiai paraméterek és a klinikai kép változása hyperthyreotikus B—G-kóros terhesekben.

2. Dr. Nagy Dezső, dr. Nagy Jenő, dr. Kósa Erzsébet: Terhességgel kapcsolatban kialakult

pajzsmirigy-betegségek kezelésével szerzett tapasztalataink.

II. Hyperthyreosis a gyermekkorban

Üléselnök: Prof. dr. Földes János

Referátum:

Prof. dr. Péter Ferenc: Hyperthyreosis a gyermek- és serdülőkorban.

MEGBESZÉLÉS

Vitavezetők: dr. Wenczel K. W., dr. Konrády András, prof. dr. Péter Ferenc

A hozzászólások időtartama: max. 5 perc.

Zárszó: Prof. dr. Leövey András, a MAKIT elnöke

Gyakorlati tudnivalók

Az előadások helye: Kékestető, az orvos-nővérszálló nagyterme.

Közlekedés: Gyöngyösről a 24-es (irányító-lámpával védett) úton közelíthető meg Kékestető, itt ORVOSKONGRESSZUS táblával jelölt gazdasági út vezet az orvos-nővérszálló előtti parkolóhelyhez.

Autóbusz: közvetlen menetrend szerinti járat indul Budapest Népstadion autóbuszpályaudvarról 6.45 órakor, Kékestetőről vissza: 16.50 órakor.

Szolgáltatások, étkezés:

a kongresszusi iroda és a büfé az orvos-nővérszállón reggel 9 órától vendégeink rendelkezésére áll. Ebédet, igénybejelentésre biztosítunk. Az igényt június 10-éig kérjük levélben (3221 Kékestető, dr. Ráday Péter), telefonon (37/74-059 igazgatási iroda) vagy telexen (25-249) bejelenteni.

Részvételi díj: 100,— Ft, amely érkezéskor a kongresszusi irodában fizetendő.

Vetítés: 50 × 50 mm dia vetítése biztosított.

A Csongrád Megyei Tanács V. B. Szociális és Egészségügyi Osztálya és a dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház-Rendelőintézet Igazgatósága 1990. október 5-én (pénteken) Makón rendezi meg a Megyei Orvos-Gyógyász Napot.

A tudományos ülés fő témája:

A kardiovaszkuláris betegségek (epidemiológia, diagnosztika, terápia, prevenció, gondozás, szervezés, rehabilitáció)

Helyszín: a Makó Városi Tanács díszterme (Lenin tér 22.)

A részvétel ingyenes.

A főtémához csatlakozó (esetleg szabadon választott témájú) előadások legfeljebb egy gépelt oldal terjedelmű összefoglalóját a szerző(k), cím, munkahely feltüntetésével 1990. június 20-ig kérjük beküldeni.

A programba iktatásról 1990. szeptember 15-ig küldünk értesítést.

Szállás és étkezés lehetőség: Hotel Korona
Társasági program: Espersit-ház, József Attila Múzeum, Állófogadás
(Hotel Korona 1990. október 5., 20 óra)

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiójának XXXVII. Vándorgyűlését Esztergomban rendezi meg 1990. június 13—15 között.

Helyszín: Esztergom, Technika Háza, Ifjúsági munkás út 5.

A Vándorgyűlés témái: Hepatologia—Gastroenterologia
Cardiologia—Hypertonia
Fiatalok Fóruma

Kotsis Lajos dr.*
és Krisár Zoltán dr.

A vastagbélből képzett nyelőcső késői adaptációjáról corrosiv nyelőcsőszűkületben végzett 135 műtét tükrében

Nagyvárad Megyei Kórház, Sebészeti Osztály, Románia
(osztályvezető főorvos: Krisár Zoltán dr.)

A tanulmány corrosiv strictura miatt 135 esetben haránt-vastagbélből isoperistaltikusan képzett nyelőcső késői adaptációs folyamataival foglalkozik. A hisztokémiai vizsgálatok a vastagbél nyálkahártya és az azt borító nyák neutrális mukopoliszaharidáinak növekedését mutatta ki, ez az alapvető alkalmazkodási jelenség a nyálkahártya ellenálló képességét fokozza. A felszívódás változatlan maradt. A transzport idő ugyan a normális többszöröse, de ez nem okoz funkciózavart. A harántvastagbéltre jellemző koordinált, multihaustrális, propulsív bélkontrakciók, radiokinetográfiailag évek múlva is kimutathatók. Ezek a bélfal mozgások a nyelés folyamatában másodlagos, de aktív szerepet játszanak. Az iso- és anisoperistaltikus pótlás között a gastro-colikus reflux szempontjából mutatkozó éles különbséget a szerzők éppen ezekre az isoperistaltikus irányú — jórészt automatikus — de a reflux-gátlásban hatásos motilitásra vezetik vissza. A késői funkcionális eredmények 92%-ban jók voltak. A corrosiv nyelőcsőszűkületek sebészeti megoldásában, a fiziológiás irányban kiképzett, substernalisan elhelyezett colon transversumot tartják legelőnyösebbnek, technikailag és funkcionálisan egyaránt.

Long term features of colonic transplant adaptation, used for reconstruction in 135 corrosive esophageal strictures. Late aspects of adaptation were studied on the basis of 135 esophagoplasty by means of isoperistaltic (except of 7 anisoperistaltic) transverse colon for corrosive strictures. Histo-chemically, the augmentation of neutral mucopolisaccharide, which increases mucosal resistance — was observed on the surface and in Lieberkühn glands of colonic mucosa. Mucosal absorption remains unmodified. Transit time is considerable longer, but without functional consequences. Radiokinetographically, characteristic, coordinated, multihaustral, propulsive movements of transverse colon were present, playing a secondary, but active role in the swallowing mechanism. In the authors opinion, the marked differences between the iso- and anisoperistaltic interposition modality, in point of view of gastro-colic reflux, is explained by these unmodified, more independent, motor activity of the bowel wall. Good long-term functional results were present in 92% of patients. In management of corrosive strictures, isoperistaltic transverse colon may be considered the graft of choice, both technically and functionally.

Az alig néhány évtizedes múlta visszatekintő nyelőcsősebeszet fejlődésében, a 80-as években párját ritkító felgyorsulás következett be. Az új műtéti eljárások rizikófaktorainak elemlyült elemzése mellett a késői funkcionális eredmények feltérképezése iránt is megkülönböztetett igény jelentkezett. Nem jelentenek kivételt ez alól a nyelőcsőpótlásra (NYP) felhasznált colon-segmentek (CS) sem, jóllehet a merőben új viszonyokhoz való alkalmazkodásukról ez ideig nem jelent meg minden részletre kiterjedő tanulmány.

A nyelőcsőként fungáló CS adaptációs folyamataival foglalkozó morfo-funkcionális vizsgálataink közzététele ilyen

szándékot is takar. Vizsgálatainkat azon a 125 betegen végeztük, akiknél corrosiv nyelőcsőszűkület miatt, minimum 3 évvel korábban, vastagbeles NYP-ra került sor.

Beteganyag, műtéti technika

Osztályunkon 1962—1982 között a 135 együlékes, substernalis, isoperistaltikus bal colon-féllel (pontosabban: colon-transversum + flexurák és a szükség szerinti colon-ascendens rész) corrosiv (lúgos vagy savas) nyelőcsőszűkületben végzett bypassra a konzervatív kezelés csődje, társ-sérülés (gyomor, hypopharynx szűkület, oesophago-respiratorikus fistula) miatt, vagy szövödmény (iatrogen perforáció) ellátása után került sor. A 2—68 év közötti zömében 30 év körüli beteg az 1. táblázat valamelyik csoportjába tartozott.

Műtéti technikáinkat Belseytől (2) függetlenül dolgoztuk ki 1962—1964 között (21), vázlata a következő volt: felső medián laparotomia, a nagy cseplesz leválasztása, a colon transversum, descendens és flexurák mobilizálása után az áthidaláshoz éppen elegendő colon-szakaszt isoperistaltikusan az a. colica sinistrára kocsányosítottuk (7 esetben a.colica mediára, anisoperistaltikusan). End-to-end colo-colostomia, peritonizálás a megfelelő cseplesz lebenyeivel. A nyaki nyelőcső izolálása bal oldali feltá-

Kulcsszavak: nyelőcső strictura, nyelőcső by-pass isoperistaltikus colon transversummal, adaptáció

Rövidítések: CS = colon segment, NYP = nyelőcső pótlás, H. P. Z. = magas nyomású zóna

* Jelenlegi munkahelye: OTE Mellkassebészeti Tanszék

1. táblázat: **Harántvastagbeles (isoperistaltikus) nyelőcső-pótlás corrosiv stricturában (n = 135) 1962—1982**

I. Izolált szűkület	87
II. Szövődményes	48
a) gyomor vagy hypopharynx szűkü- lettel	32
b) trachea vagy bronchus fistulával	4
c) fistulával és gyomorszűkülettel	3
d) perforációval	9
Összesen:	135

rásból. A kis cseplesten és az ezt megelőzően elkészített subter-
nalis alagúton át 3%-os mycerin sulphattal kiöblített, a nyakra
húzott CS distalis végét a fornix mellső falával (end-to-side),
proximalisan a nyaki nyelőcsővel — hypopharynxszal anasztom-
izáltuk (end-to-end, vagy end-to-side). Decompressio naso-
colo-gastrikus szondával, vagy gastrostomiával.

Nyelőcső és kiterjedt gyomorszűkület esetén a gyomrot is
by-passoltuk (3 eset). Ha ez distalisan alakult ki, első lépésben
a takarékos Billroth I-es rezekcióval megoldottuk a gyomorszű-
kületet (15 beteg), majd két hónap után by-pass készült, hasonló-
képpen jártunk el iatrogen nyelőcső perforáció megoldása után
(9 beteg). Együttes kialakulás esetén a gyomorrezekciót és by-
passzt egy ülésben végeztük el (11 beteg). Rövid ideje fennálló,
kis kaliberű bronchussal, vagy tracheával közlekedő sipolyok
by-passra gyógyultak (5 beteg), közülük 3-nak társuló gyomor-
szűkületét a by-passal egyidőben rezekáltuk. Csak 2 beteg nye-
lőcsővét kellett rezekálnunk, de már a by-pass védelmében,
idült, tág sipoly miatt (16).

Korai szövődmény miatt 7 beteget veszítettünk el, ami
5,1%-os halálozást jelent. Zömében az első félévben, de leg-
később a műtét utáni első két évben jelentkező *késői szövődmé-
nyek* (2. táblázat) műtétiileg, 1 beteg kivételével, megoldhatóak
voltak és a továbbiakban panaszt nem okoztak (19).

2. táblázat: **Késői szövődmények (n = 25)**

	esetszám	reoperatio	exitus
„ál” diverticulum	9	9	—
cervicalis anastomosis szűkület	7	7	1
túlméretezett colon-segment	4	4	—
reflux ⁺	2	2	—
ileus	3	3	—

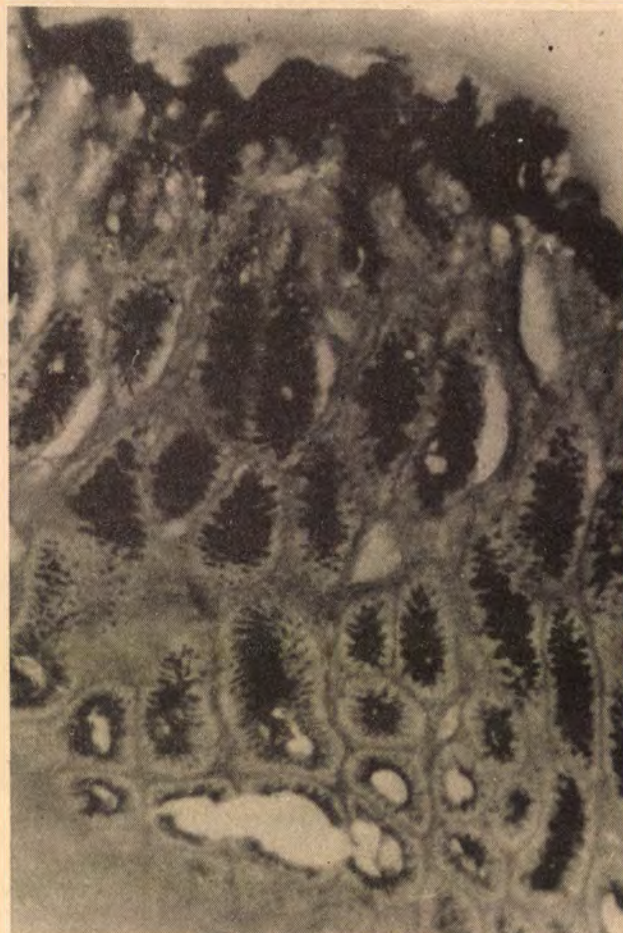
+ utóbb kialakult pylorus stenosis miatt

Adaptációs vizsgálatok

A késői adaptációt azon a 125 betegen vizsgáltuk, akiknél
a nyelőcső rekonstrukciót befejeztük (2 transplantatum necrosis-
ban és 1 kiterjedt laryngo-pharyngo-oesophago-gastrikus szűkü-
letben erre nem került sor).

A mediastinalis környezetbe juttatott CS-ből gastrofibero-
szkóppal nyert biopsiás anyagból a nyálkahártya épsége szem-
pontjából oly sokrétű funkcióval rendelkező mukopoliszaharidá-
kat (a Lieberkühn-mirigyek kehely-sejtjei termelik)
hisztokémiai módszerekkel határoztuk meg. A neutralis mucino-
kat PAS reakcióval, a szialsavat alciankek festéssel (2,5 pH-
nál), a mastocitákat Spicer szerint (az előbbi festés 1-es pH-nál)
vizsgáltuk. A vizsgálatokra 8 évvel a műtét után 6 betegre került
sor.

A felszívódási viszonyokról Einhorn-szondával a rekesz fe-
lett kirekesztett (a ballon helyzetét, felfújtságát röntgenképernyő
alatt ellenőriztük, így veszélyt, panaszt nem jelentett) CS-be (1.
ábra), más alkalommal a rectumba (beöntéssel) juttatott 120 ml



1. ábra: A felszívódási viszonyok tanulmányozása Einhorn szon-
dával kirekesztett, subternalis colon transversumban. A
felfújt mandzsetta felett meggyült kontrasztanyag a kire-
kesztés hatékonyságát igazolja.

40%-os glukóz segítségével tájékozódunk úgy, hogy a vércukrot
 $1/2-1-2-3$ óránként meghatároztuk. Hasonló módon vizsgál-
tuk meg a véralkohol-szint alakulását ugyancsak 4 betegen, 50 ml
40%-os etilalkohol segítségével.

A *transzport időt* 15 iso- és 4 anisoperistaltikusan pótol-
t esetben stopperórával mértük, fele-fele arányú bárium-kenyér el-
fogyasztása után. Az új nyelésviszonyok valóságghűbb elemzésére
radiokinematográfias vizsgálatokhoz folyamodtunk álló és
Trendelenburg-helyzetben, a műtét után 3—15 év között.

A *bélflóra* tanulmányozása végett a különböző vizsgálatok
során nyert nyákot táptalajra oltottuk le (18 beteg).

Eredmények

A késői eredmények értékelésekor a funkcionális pa-
naszokat, a testsúlyt és a szociális beilleszkedést vettük fi-
gyelembe.

Valamennyi beteg dysphagiája megszűnt. A betegek
nem kényszerültek lassúbb evésre. Még a gyomor-
rezekáltak sem panaszkodtak korai teltségérzésre, epigast-
rialis diszkomfortra, hasmenésre. Az isoperistaltikus cso-
portban (118 beteg) hiányoztak a gastro-colikus refluxra
utaló retrosternális égés, hányás, éjszakai regurgitáció.
Egy esetben sem találtunk fekélyt az átültetett CS-ben.
Egy beteg új nyelőcsőve mellkasi szakaszán tünetmentes

diverticulum alakult ki. Ezzel szemben az anisoperistaltikus csoportba tartozók (7 beteg) többsége szenvedett többé-kevésbé kifejezett refluxos panaszokban, diétás megszorítások betartására (fűszer, alkohol mellőzése) ösztönözve őket. A testsúly gyarapodás ebben a csoportban kisebb mérvű volt. Egyébként a jó tápláltsági állapothoz nyilvánvalóan az is hozzájárult, hogy a duodenumot még gyomor-rezekció esetén sem rekesztették ki.

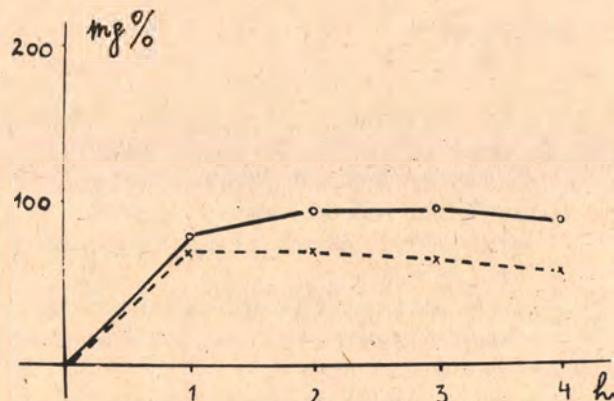
Az iskoláskorúak a testi-szellemi fejlődésben nem maradtak vissza, a többiek szociális beilleszkedése különösebb gonddal nem járt, többségük előző tevékenységét folytatni tudta; közülük 9 nő szült, egyikük 5 hónappal a műtét után. Újabb öngyilkosság nem következett be.

Hisztokémiai jelenségek. A nyálkahártya felszínét a szokásosnál nagyobb mennyiségű, intenzív PAS pozitívítást mutató nyák borította. A Lieberkühn-mirigyek egész felületén a kehely-sejtek fokozott PAS reakciót mutattak (2. ábra), a mukopoliszaharidák összetételében bekövetkezett változások jegyében. Normális viszonyok között ez a neutralis mucinoknak köszönhető aktivitás a mirigyek felszíne felé fokozatosan csökken. Ugyanez a jelenség ismétlődött meg az alción festés során, azt jelezve, hogy a

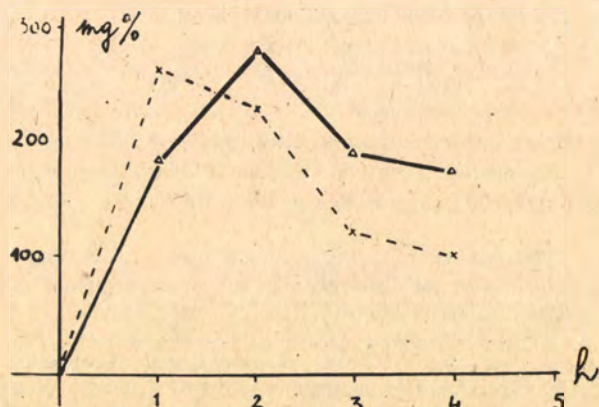
mirigyek felszíne felé a szialsav termelődésében is növekedés van. A mastocyták granulációja (heparin) a Spicer-reakció alapján erőteljesebbnek mutatkozott.

Felszívódási viszonyok. A vércukor szint mindkét kísérlet során változatlan maradt, viszont mind a kirekesztett CS-be, mind a rectumba juttatott alkohol jelentős, de azonos mérvű véralkohol szint emelkedést váltott ki (3., 4. ábra).

Transzport idő. Átlagosan $3^{50'}$ volt iso- és $5^{15'}$ anisoperistaltikus pótlás esetén. Ezen belül a vertikális és az al-



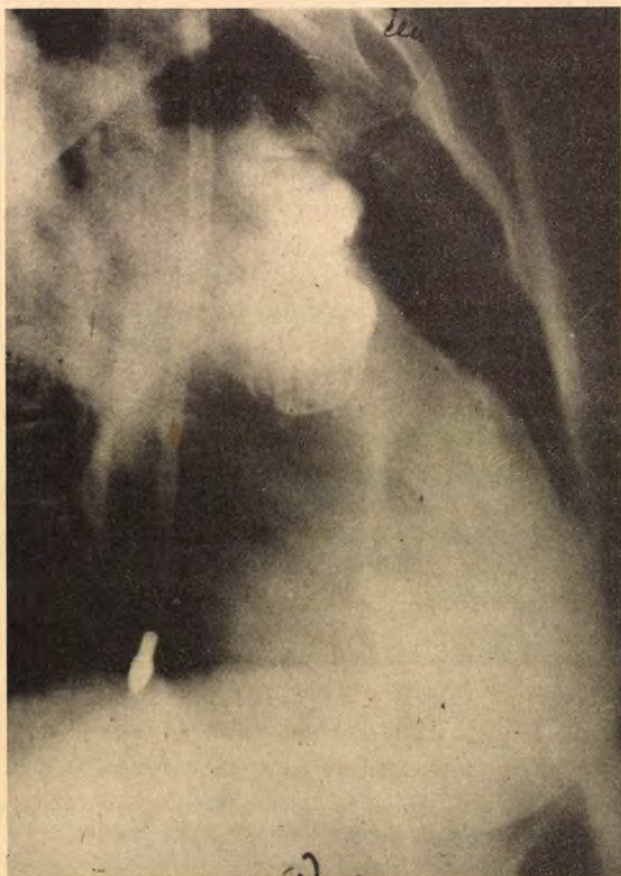
3. ábra: Vércukorgörbe a vastagbél-nyelőcsőbe — — — és az „in situ” --- colonba juttatott glukóz (120 ml, 40%) után.



4. ábra: Véralkoholgörbe a nyelőcsőpótlásra használt — Δ — Δ és az „in situ” --- colonba juttatott alkohol (40 ml, 40%-os etilalkohol) után.

só pregastrikus szakasz passage-a lényegesen eltért egymástól. Az első alig 4—11 percet vett igénybe, a distálisé viszont attól függően, hogy lefutása közelebb, vagy távolabb volt a függőlegestől, $1^{25'}$ — $3^{10'}$, illetve $3^{50'}$ — $6^{45'}$ között ingadozott.

Radiokinematográfiai megfigyelések. A testhelyezettől függetlenül, a nyaki anasztomózison keresztüli ürülés folyamatos volt. Hasonlóan gyors volt a passage a cervico-thoracalis részen, álló helyzetben. Az itt átzúduló bólus kis része maradt a haustrumokban, nagyobb része a rekesz feletti szakaszban gyűlt meg, esetenként kis nívók keletkeztek a colon sinuositásaiban. A distális anastomosis 30° — 90° -ig zárva maradt, majd amikor ezen a területen propulsiv perisztaltikára emlékeztető multihaustrális kontrakciók léptek fel, több szakaszban kiürült a fornixba. Ez a folyamat lassúbb volt, ha a fenti szakasz helyzete megközelítette a víz-



2. ábra: A mukopoliszaharidák kimutatása PAS reakcióval, 6 évvel a vastagbeles nyelőcsőpótlás után. A nyálkahártya felületét és a Lieberkühn mirigyeket neutralis mucinokban (fucomucin) gazdag nyák borítja, illetve tölti ki.

szintest. Még kifejezettebben megnyúlt ez az idő, sőt kifejezett pangás lépett fel anisoperistaltikus felvitelben. Prosz-tigmin (0,5 mg im.) hatására az egész CS megrövidült, de magát a transzport időt nem befolyásolta. Legrövidebb nyelési időt gyomorrezekált NYP-on mértünk. Isoperistaltikusan pótoltakon gastro-colikus refluxot sem Trendelenburg-helyeztetel, sem külső compressióval nem lehetett kiváltani.

A vastagbél nyelőcső mikroorganizmusai. Az esetek 25%-ában apatogén *E. coli* tenyésztett ki a mucusból, a többiben ez sem. Hasonlóképpen Siebert (32) is azt észlelte, hogy a bélflóra helyét vegyes szájüregi flóra veszi át.

Megbeszélés

A corrosiv nyelőcsőszűkület sebészi kezelésében lényegében Daly (7) szerint jártunk el úgy, hogy azt további 3 ponttal kiegészítettük. E szerint műtétet igényel a:

- tágíthatatlan, komplett szűkület,
- szabálytalan szűkület, zsákszerű tágulattal,
- tágítást követő mediastinitis vagy súlyos reactio,
- fistula jelenléte,
- nem tartható fenn 40 Ch bougie-nak megfelelő lumen,
- gyakori tágításokra alkalmatlan, illetve azt elutasító beteg esetében,
- társuló gyomor- vagy hypopharynx-szűkület,
- iatrogén nyelőcső perforáció után,
- hosszú (10 éven túli) kórlefolys.

A substernalis by-passat azért részesítettük előnyben, mert a nyelőcső rezekcióját az idejében — az első 10 évben — végzett műtétek mellett a műtéti kockázatot feleslegesen növelő tényezőnek tartjuk (20). Az alacsony, 5% körüli halálozáson túl az ilyen típusú műtétek mellett az szól, hogy utólag, heg-carcinoma egyetlen by-passolt betegünkben sem jelentkezett (20); az irodalom egyetlen ilyen esetet említ (8).

Választásunk azért esett a colonra, mert a vékonybelet érántómiai viszonyai alkalmatlanná teszik az egész nyelőcső áthidalására alkalmas bélszakasz rutinszerű kireparálására.

Sajnálatos módon a teljes nyelőcsőáthidálásra szánt, még a sikeres, de túl sinusos lefutású vékonybél szegmentek funkciója a későbbiekben fokozatosan romolhat. Az eleve vízszintes lefutású kacsokban, miután a pre- vagy retrosternalis alagút alsó részébe süllyedtek, pangásos gyulladás lép fel. Az asystoliássá, merevvé vált kacsokban ez tovább fokozza a pangást, így az érintett szakasz merev, oedemás csővé alakul át. Az ezt követő reflux a helyzetet tovább rontja, aminek az is kedvez, hogy különösen prester-nalis felvitelben a gyomorral készített anasztomózis disztális helyzetű szokott lenni. A jelenségre Imre (12) figyelmeztetett.

A gyomor gyakran maga is érintett, másrészt a zömében fiatal betegek későbbi táplálkozási viszonyai is megkívánják, hogy a gyomrot eredeti helyén hagyjuk. Ennek az elvnek az sem mond ellent, hogy a vastagbél NYP igényli a legközelebbi technikat (10, 15), az árkádós vérellátású CS-nek ischaemiás kockázata viszont kisebb, mint a vékonybél, vagy az intramuralis kerin-gésre alapozott gyomorsűkület.

Vizsgálataink arra utalnak, hogy elsősorban a vastag-bélből képzett nyelőcsővek nyálkahártyája tekinthető az adaptációs jelenségek fő színterének. A colonnyálkahártyát érő új, számára szokatlan fizikai és kémiai behatások eredményeként a mukopoliszaharidák összetételében ártrendeződés lép fel. Erre vall a neutrális mucinok és a szíalsav felhalmozódása a nyálkahártya felszínes rétegeiben. Ezek az

anyagok a mukopoliszaharidák stabilitásán át kifejeződést gátló hatással rendelkeznek. Hasonló, ezzel összhangban lévő folyamat zajlik le a nyálkahártyát borító nyákban is, hiszen a benne túlsúlyra jutó semleges (hydrofob) mucinok a viscositást növelik. Ezek a változások végeredményben a nyálkahártyát ellenállóbbá teszik az őt érő noxák ellen.

Ezt az 1973-ban megfogalmazódott észrevételünket (17) a későbbi 24 órás pH mérések elhúzódo lúgos epizódjai alátámasztani látszanak (5).

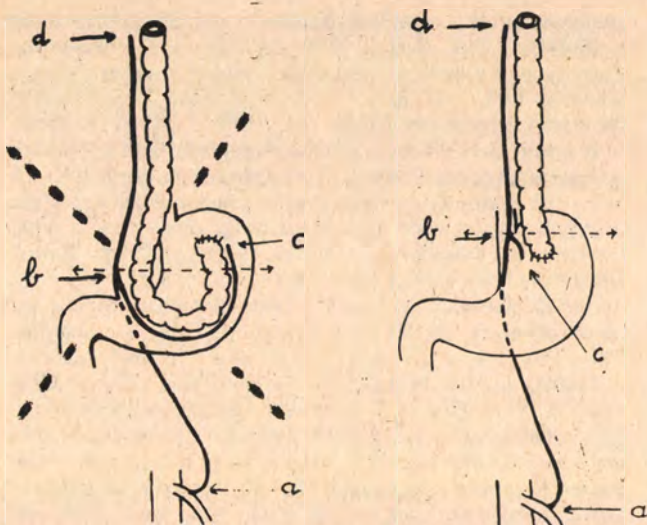
Kísérletünk értelmében a CS nyálkahártyáján nem szí-vódott fel glukóz, Björg (4) ugyanezt állapította meg a zsí-rok, A-vitamin, cyanocobalamin (^{59}Co) vonatkozásában: az alkohollal szembeni áteresztés passzív diffúziós jelen-ség. A colon nyálkahártya áteresztőképessége tehát évek-ke a pótlás után sem változik meg, ami a membrán struk-túra érintetlen voltára utal. A jelzett ^{45}Ca , B_{12} -vitamin kiválasztása az in situ colonéhoz hasonlóan jónak, a vasé (^{59}Fe) csökkentnek bizonyult (Brunner cit. 4).

Mielőtt a colon-nyelőcsővek funkcionális megítélésének el-lentmondásos tárgyköréhez nyúlunk, óhatatlanul utalnunk kell Ritchie (31) nagyszámú egyéne (193) végzett fluororadiokine-matográfiás vizsgálataira, aki egyórási elektro-optikai filmzés során az in situ colon közismertnél jóval összetettebb mozgásai-ról számolt be. Azóta is sokat idézett megfigyeléseiből most csak azt emelnénk ki, hogy a colon transversum motilitása 2,5-szer erőteljesebb, mint a jobb colon-fél. Ez mind kvantitatív, mind kvalitatív szempontból egyaránt érvényes. Az erre a bélrészletre leginkább jellemző koordinált, multihausrális, propulsív moz-gások éhgyomorra és táplálék fogyasztás által kiváltott parasymp-atocloniában egyaránt megfigyelhetők.

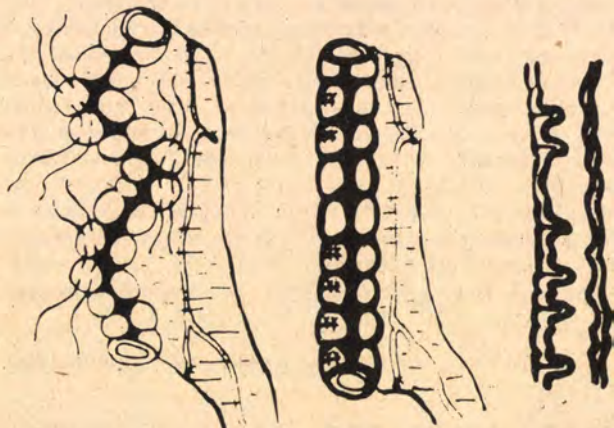
A vastagbél nyelőcsővek transzport-funkciója elsősor-ban az intra-intestinalis nyomásgadiensnek van alárendel-ve, ami a gravitáció, a garatprés, a mellúri nyomás-ingadozás és az intragastrikus nyomás eredője. A normális táplálkozáshoz közelebb álló étellel kevert, báriummal vég-zett radiokinematográfiás megfigyeléseink szerint, isope-ristaltikus pótlásban a distalis, pregastrikus colon szakaszon fellépő multihausrális, propulsív kontrakciók pozitív hatást gyakorolnak a nyelés befejező fázisára. Amikor a testhely-zet az elsődleges tényezők hatását felfüggeszti, ez a motilitás a passage fő tényezőjévé válik.

Mindebből az a gyakorlati következtetés is levonható, hogy az egész segmentet, de különösen az ér-nyél alatti intraabdominalis, gyomor előtti bélszakaszt úgy kell mére-tezni (5. ábra), hogy minél függőlegesebb helyzetével a passage-t biztosító elsődleges és másodlagos tényezők hatá-sát előmozdítsa. Passzív elongationnak vélt esetekben is min-dig eleve hosszúra méretezett CS-ről volt szó (19, 26). Az eleve túl kanyargós — szerencsére ritkán előforduló — CS esetében (mesenterico-colikus discrepantia) ezért preventív coloplicatiót (6. ábra) javasoltunk (19) a Nyelőcsőbetegsé-gek Nemzetközi Társasága első tokiói kongresszusán (1980).

Megfigyeléseink tehát ellentmondanak azoknak a fő-ként 60-as évekből származó megállapításoknak, misze-rint a colon nyelőcsővek passzív csőként fungálnak (22, 30, 32). Évekkel a pótlás után változatlanul bélmozgásokat fi-gyeltünk meg: a nyelés során fellépő mechanikai és kémiai ingerekre a vastagbél a rá jellemző koordinált, multihaust-rális, aborális irányban haladó összehúzódoásokkal vála-



5. ábra: Helytelenül és helyesen kiképzett, magas gyomoranasztomózzal ellátott, a transzportot előmozdító colon-segment képzés technikájának vázlata. A tápláló értörzs (a. colica sinistra: a, b), az infrapedicularis (c, b) és a suprapedicularis (b, d) rész viszonyulása a fenti helyzetben.



6. ábra: A congenitalisan túl sinosus colon preventív coloplicációja, a mesenterico-colikus discrepantia megszüntetése érdekében

szolt. Ebbe a képbe jól beilleszthetők a korszerű nyelőcső-funkcionális tesztek adatai.

Jones (13) manometriás mérései szerint a spontán progresszív peristaltica ugyan csak minden harmadik betegen volt megfigyelhető, viszont 30 ml víz fogyasztása már 70 %-ban, míg 0,10 % NaCl₂ már 100 %-ban váltott ki ilyen jellegű mozgásokat. Benages (3) hasonlóképpen összefüggést talált a lumenbe juttatott anyag és az általa kiváltott, manometriailag mérhető motoros válasz között.

Kinematográfiai megfigyeléseink, a fluororadiográfiai (11), a régebbi (14) és az új keletű manometriás adatok (3, 5) alapján a CS motilitása a nyelésben bár csekély, de mindenképpen aktív szerepet játszik. Ezzel szemben a gastrocolikus reflux kivédésében alapvető tényezőnek tartjuk. Az intrinsic plexusok ganglion sejteinek épségéhez kötött (ezek 50 %-a még szabad transzplantatum esetében sem sorvad el) (29), a vastagbélre jellemző automatikus bélmozgások alapján egy primitív, de még így is hatásos zárómechanizmus kialakulását tételeztük fel (1973-ban) (17), a gyomor anasztomózis szomszédságában. Az inspiratio alatt a bélbe áramló gyomor-tartalommal (5) szembeni clearing — me-

chanizmus csak aktív motoros tevékenységhez kötötten képzelhető el, jóllehet Siebert (32) a colon nyelőcső intraabdominalis szakaszán, a colo-gastrikus anasztomózis szomszédságában manometriailag kimutatható HPZ-t nem talált.

Hipotézisünket mind radiokinematográfias vizsgálataink, mind a késői klinikai állapot összehasonlító értékelése alátámasztani látszott. Egyrészt még Trendelenburg-helyzetben sem észleltünk refluxot, vagy ez csak jelentéktelen mérvű volt, másrészt az isoperistaltikus csoportba tartozók (betegeink túlnyomó többsége) 92 %-ban mentesek voltak funkcionális panaszoktól. A későbbi keletű 24 órás pH meghatározások során talált gyakori, elhúzóódó lúgos mérések sem magyarázhatók meg másképpen (3, 13). Ezzel szöges ellentétben, anisoperistaltikus pótlásban Hanna (11) betegeinek 55 %-a, a mieink zöme szenvedett refluxos panaszokban, aminek hátterében mások (6, 11) antiperistaltikus colon mozgásokat igazoltak. Mivel a felviteli helye (elülső mediastinum), módja, a bélszakasz hossza és a gyomorral készített anasztomózis típusa a két csoportban azonos volt, a reflux hiánya isoperistaltica esetén a colon-nyelőcső izomzatának antireflux hatására vezethető vissza. A két felviteli mód után kialakult más és más funkcionális helyzet szolgálhat magyarázatul arra a régi klinikai tapasztalatra, hogy isoperistaltikus bal colon-fél szegmentben alakul ki legritkábban fekély (27). Anisoperistaltikus felhasználásuk esetén viszont számolni lehet ilyen szövődménnyel (24). Ez a tény világít rá az élettanival egyező pótlás mellett a refluxot gátló technikai tényezők fontosságára is (19).

A másik klasszikusan nyelőcső pótlásra használt isoperistaltikus szegmenttel, az ileo-colonnal szemben a következő érvek sorakoztathatók fel a haránt-vastagbél javára:

a) bőségesebb vérrellátás a bélmenti verőér-ív jellegéből fakadóan;

b) átmérője és falának tágulékonyága lényegesen kisebb, ami egyrészt a felvételt könnyíti meg, másrészt nem kell tartani — főleg gyerekeken — mediastinális kompressziós tünetcsoport kialakulásától (30). A kisebb átmérő a gastro-colikus reflux szempontjából sem közömbös;

c) a pótlás céljaira hosszabb — mindig elegendő — bélszakasz rekeszthető ki;

d) funkcionálisan élénkebb és összetettebb motilitású bélszakasz.

A késői klinikai állapot és az adaptációs jelenségek alapján megalapozottnak tartjuk azt a régi megfigyelésünket (21, 17), hogy a bal a. colicára kocsányosított CS-ek funkcionálisan jobbak, az ezzel ellentétes módon (anti-peristaltikusan) kiképzettekénél.

A fenti összevetésből már egyenesen következik az utolsó és a gyakorlat számára legfontosabb megállapításunk: a bal a. colica által táplált CS-ek nyújtanak legtöbb előnyt vastagbeles NYP esetében.

Nem közömbös tehát, hogy benignus nyelőcsőszűkletekben melyik colon szakasszal és milyen módon pótolunk. A beteg további sorsát ez fogja meghatározni! Ha eleget teszünk az alapvető technikai követelményeknek, a CS structurája és funkciója az elkövetkezendő évtizedek során nem károsul, sőt az új funkcióhoz való alkalmazko-

dás jegyében, előnyös változásokkal számolhatunk. Vég-eredményben ezeken az anatómiai adottságokon és adaptációs jelenségeken nyugszik az a megkülönböztetett figyelem, ami benignus, főként corrosiv szűkületekben szükségessé váló pótlás esetén az utóbbi két évtizedben a colont övezi. A minél tökéletesebb funkció érdekében a választási kör tovább szűkült és a fiziológiás irányban felhasznált colon transversumnál állapotodott meg (1, 2, 9, 21, 28).

IRODALOM: 1. *Akiyama, H.*: Surgery for carcinoma of the esophagus. *Curr. Probl. Surg.* 1980, 17, 55. — 2. *Belsey, R. H.*: Reconstruction of the esophagus with left colon. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1965, 49, 33. — 3. *Benages, A. és mtsai*: Motor activity after colon replacement of esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1981, 82, 335. — 4. *Björk, V. O. és mtsai*: Absorption studies after the insertion of colon as substitute for both the stomach and the esophagus. *Ann. Surg.* 1960, 152, 1049. — 5. *Clark, J. és mtsai*: Functional evaluation of the interposed colon as an esophageal substitute. *Ann. Surg.* 1976, 183, 93. — 6. *Corazziari, E. és mtsai*: Functional evaluation of colon transplants used in esophageal reconstruction. *Am. J. Dig. Dis.* 1977, 22, 7. — 7. *Daly, J. F. Cardona JC.*: Corrosive esophagitis. *Am. J. Surg.* 1957, 93, 242. — 8. *Dubost Cl. és mtsai*: Les grands brûlures caustiques oeso-gastriques de l'adulte. *J. Chir.* 1976, 112, 385. — 9. *Giuli, R.*: Valeur de l'oesophagoplastie dans le traitement des sténoses caustiques de l'oesophage. *Ann. Chir.* 1972, 26, 1273. — 10. *Grimes, O. F.*: Surgical reconstruction of the diseased esophagus. Part. II. Interposition of the ileocolon and colon. *Surgery* 1967, 61, 487. — 11. *Hanna, E. A. és mtsai*: Comparative function of visceral esophageal substitutes by cinefluoroscopy. *Ann. Thorac. Surg.* 1967, 3, 173. — 12. *Imre, J. és mtsai*: Reflux oesophagitis antethoracalis nyelőcsőpótlás után. *Magy. Seb.* 1969, 22, 1. — 13. *Jones, E. L. és mtsai*: Response of the interposed human colonic segment to an acid challenge. *Ann. Surg.* 1973, 177, 75. — 14. *Kelley, M. L.*: Intraluminal manometry in the evaluation of malignant disease of the esophagus. *Cancer.* 1968, 21, 1011. — 15. *Kotsis, L. Krisár, Z.*: Nyelőcsőpótlás isoperistaltikus haránt vastagbéllel. Műtéttechnikai problémák. *Magy. Seb.* 1977, 30, 145. — 16. *Kotsis, L. és mtsai*:

Harántvastagbél nyelőcsőplasztika oesophago-bronchiális sipolyokban. *Orv. Szemle* 1970, 16, 32. — 17. *Kotsis, L.*: Esophagoplasty with isoperistaltic transverse colon. Thesis. Bucuresti 1973. — 18. *Kotsis, L. és mtsai*: Angiological basis of the coloesophagoplasty Digest. *Surg.* 1972, 1, 63. — 19. *Kotsis, L. és mtsai*: Complications of oesophagoplasty with isoperistaltic transverse colon. *Scand. J. Thor. Cardiovasc. Surg.* 1983, 17, 317. — 20. *Kotsis, L. és mtsai*: Quelles sont les indications d'une chirurgie conservatrice dans les sténoses caustiques? Lésions bénignes de l'oesophage et cancer. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New-York, London, Paris, Tokyo, 1988, 770. — 21. *Krisár, Z., Kotsis, L. és mtsai*: Plastique de l'oesophage par le colon transverse en cas de sténose par caustique. *Bull. Soc. Internat. Chir.* 1968, 6, 1. — 22. *Latteri, S. és mtsai*: Risultati a distanza dell'esofagoplastica mediante ileo colon destro. *Minerva Chir.* 1973, 28, 187. — 23. *Lee, K. és mtsai*: Clinic and pathophysiological evaluation of esophageal reconstructions using gastric tube and pedicled colon segment. *Japan J. Surg.* 1976, 6, 109. — 24. *Linder, F. és mtsai*: Spätergebnisse nach retrosternaler Colon — Oesophagusplastic, Langenbeck. *Arch. Klin. Chir.* 1965, 310, 320. — 25. *Lortat-Jacob JL., Giuli, R.*: Esophageal replacement. *Prog. Surg.* 1973, 12, 77. — 26. *Malara, D. és mtsai*: Risultati clinici e radiologici dell' esofago-ileo-colon-plastica nel trattamento delle stenosi cicatriziali esofage. *Archivo Sci. Med.* 1968, 125, 799. — 27. *Malcolm, J. A.*: Occurrence of peptic ulcer in colon used for esophageal replacement. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1968, 55, 763. — 28. *Montenegro, EB. Cutait, DE.*: Construction of a new esophagus by means of the transverse colon and its application for caustic atresia, carcinoma, and varices of the esophagus. *Surgery* 1958, 44, 785. — 29. *Nakayama, K.*: New reconstructive method after radical removal of carcinoma of cervical esophagus. Free autografts of intestine. *Asian Med. J.* 1967, 10, 373. — 30. *Othersen, H. B. és mtsai*: Functional evaluation of esophageal replacement in children. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1967, 53, 55. — 31. *Ritchie, J. A.*: Motor activity and bowel function. *Gut.* 1968, 9, 442. — 32. *Siebert, A. N. és mtsai*: Colon transplant as esophageal replacement: cineradiographic and manometric evaluation. *Ann. Surg.* 1968, 168, 116. — 33. *Szabó, L. E. és mtsai*: Hypopharynx — und Ösophagusersatz mit Dickdarm. *Acta. Chir. Acad. Sci. Hung.* 1968, 9, 389.

(Kotsis Lajos dr. Budapest, Pihenő út 1. 1529)

Helyesbítés

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

✚ Csak vényre adható ki.

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 Trental 400 drazsét térítésmentesen rendelheti.



CHINOÏN, BUDAPEST



VIKING

Kereskedelmi és Szolgáltató KFT

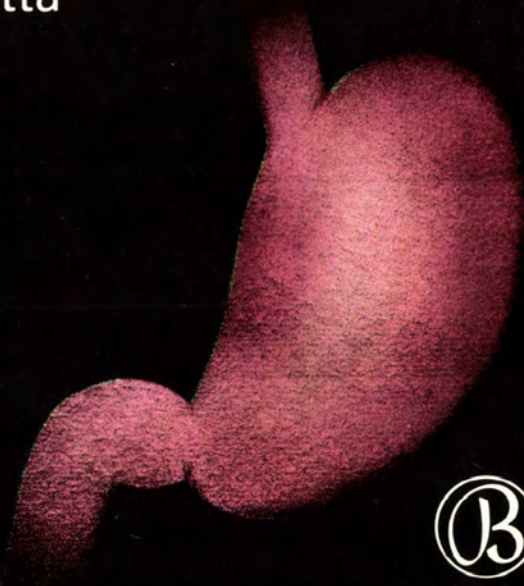
**Orvosi műszerek berendezések, valamint
segédanyagok beszerzését és forgalmazását
vállaljuk gyors, pontos határidővel. Kedvező áron.
Garanciát és szervizt is biztosítunk.**

VIKING

Kereskedelmi és Szolgáltató KFT
1026 Budapest, Törökvész lejtő 5/a.
Telefon, telefax: 136-9349

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. Fellelési 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), bőrkütiés. 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.

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

Túladagoláskor 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 tablettá

ELŐÁLLÍTJA

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
GLAXO licenc alapján

Hardonyi András dr.,
Sándor Csaba dr.,
Barkai László dr.
és Koltai Miklós dr.

Szülési fájdalomcsillapítás Nitralgin inhalációval és lumbális peridurális anesztéziával

(Szülési fájdalomcsillapítási modell)

Miskolc M. Város Tanácsa V. B. Vasgyári Kórháza Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Barkai László dr.)

A szerzők ismertetik 8 éve alkalmazott szülési fájdalomcsillapítási gyakorlatukat. Nitralgin inhalációt 1981-től, lumbális peridurális anesztéziát 1983-tól végeznek. A vizsgált időszakban 13 458 szülésből 3893 vajúdó Nitralgin inhalációban, 2300 lumbális peridurális anesztéziában szült. A szülőszobán kiépített Nitralgin inhalációs rendszer segítségével tudják biztosítani, hogy egyidejűleg több vajúdó is igénybe vehesse a fájdalomcsillapító gázkeveréket. A lumbális peridurális anesztézia módszerét az osztályon dolgozó aneszteziológus szakorvosok irányításával sajátították el az általános anesztéziában is járatos szülész szakorvosok. Így biztosított mindkét eljárás folyamatos alkalmazása ügyeleti időszakban is. Vizsgálati anyagukban a hávelyi szülést befejező műtét (0,26%) és a császármetszés gyakorisága (12,81%) nem emelkedett. A két módszer együttes alkalmazásával a vajúdok 60%-a részesül fájdalomcsillapításban. Kialakított rendszerüket modell értékűnek tartják, melyben a két eljárás egymásnak nem versenytársa, hanem a fájdalomcsillapítás kiterjesztésének alternatív lehetőségei.

Use of Nitralgin inhalation and lumbar epidural block for obstetric pain relief (Systems of anesthesia used at our ward for delivery). Authors report the systems of anesthesia used at their ward for delivery in the last eight years. Nitralgin inhalation is used since 1981, lumbar peridural anesthesia is used since 1983. Of 13 458 deliveries in case of 3893 parturients Nitralgin analgesia was used, while LEDA was used for 2300 parturients. By means of Nitralgin inhalation system it could be assured in the delivery room to apply the pain relief gas mixture (Nitralgin) simultaneously for several parturients. With direction of anesthesiologists employed for the ward the LEDA was attained by gynecologists knowing the use and application of general anesthesia. Thus the continuous application of both procedures can be ensured in 24 hours a day. In our study the frequency of vacuum extraction (0,26 p. c.) and that of Cesarean section (12,81 p. c.) did not increase. With application of these methods it could be achieved that 60 p. c. of vaginal deliveries are performed with anesthesia. Authors propose their system for wider application since in the same ward more and more parturients can be applied anesthesia for pain relief at vaginal delivery.

A korszerű terhesgondozás, az intenzív szülőszobák megvalósítása, a javuló személyi és technikai feltételek, a neonatológia új vívmányainak alkalmazása a szülés utáni adaptációs zavarok kezelésében jelentős eredményekhez vezettek szülészeti tevékenységünkben. A javuló perinatális mutatók mellett egyre határozottabb lett a szülési fájdalmak csillapítását illető igény. Egyetértünk *Giacinto* megállapításával: „Egy következő, nagy volumenű feladat a szülési fájdalomcsillapítás megoldása, mindig és mindennél. Ehhez már ma is jó módszerek vannak, a problémák főleg a szervezés és létszám, meg a szemlélet terén jelentkeznek” (14).

Az inhalációs gázok közül a dinitrogénoxid hatásait sebészeti és szülészeti beavatkozásoknál *Barth* (2) vizsgálta. A Borsodi Vegyi Kombinát által gyártott, előre kevert,

Kulcsszavak: Szülési fájdalomcsillapítás. Nitralgin inhaláció. Lumbális peridurális anesztézia.

Egy palackban lévő 50–50%-os dinitrogénoxid és oxigén keverék biztonságos, hypoxiát nem okoz, 50% oxigén tartalma miatt egyben oxigénterápiát is jelent (15). Angliában *Entonox* néven már 1961-től alkalmazták (34). A dinitrogénoxid bejutása a szervezetbe gyors és 10 percen belül kialakul az *equilibratio*. A vitális funkciókat nem befolyásolja, szervkárosító hatása nincs, többnyire mellékhatásoktól mentes és jól adagolható (15, 17, 25, 26). Ezért alkalmas baleseti sérültek, coronaria betegek fájdalmának csökkentésére, továbbá fogászati, gégeszeti, postoperatív, valamint mentőgépkocsiban történő analgézia és szülési fájdalomcsillapításra (1, 10, 15, 27, 29, 30, 31, 32, 33).

Az aneszteziológia fejlődésével a szülőszobákon is megvalósult a fokozott személyi és technikai feltételeket kívánó folyamatos lumbális peridurális anesztézia, mint a szülési fájdalmak csillapításának jelenleg leghatékonyabb módszere. A módszer szülészeti fájdalomcsillapító hatásáról *Merényi* (23), *Crawford* (5), *Doughty* (12), *Bonica* (4), *Krasznai* (12), *Csaba* (8), *Dominó* (9), *Gaál* (13) nagyszá-

mű anyagon szerzett tapasztalatokat. Krasznai (20) szerint az eljárás sikeres és szövődménymentes alkalmazásának feltétele, hogy olyan intézetben végezzék, ahol a szükséges személyi és tárgyi feltételeket biztosították.

Bizonyos esetekben — ha a szülő nő visszautasítja a fájdalomcsillapításnak ezt az invazív formáját főleg az eljárással szemben meglévő szorongása miatt, vagy a szülés kezdeti időszakában, továbbá ha a szülés rövid időn belül várható (24) — célszerűnek látszik egy olyan másik módszer alkalmazása, amely lehetőséget nyújt analgészia biztosítására. Ezek figyelembevételével alakítottuk ki a szülőszobán fájdalomcsillapítási rendszerünket. 1981. június 1-től a Nitralgin inhaláció rendszerét valósítottuk meg, majd 1983. április 1-től a folyamatos lumbális peridurális anesztéziát kezdtük alkalmazni. Tekintettel arra, hogy a két fájdalomcsillapítási eljárás évek óta általános gyakorlattunkká vált, érdemesnek tartottuk, hogy eddigi tapasztalatainkról beszámoljunk.

Anyag és módszer

A Nitralgint tartalmazó palackokat tároló szekrényben helyeztük el és innen vezettük el a csökkentett nyomású gázt a szülőágyakhoz. Így, ha szükséges volt, az 5 szülőágyon egyidejűleg is alkalmaztuk a Nitralgin inhalációt. A palackokat tartalmazó szekrényt a szülőszoba mellett lévő folyosón helyeztük el, ezzel biztosítottuk a Nitralgin temperálását. A tároló szekrényben 5—5 Nitralgin palackot két külön sorba kötöttünk, így a palackcsere ideje alatt is folyamatosan működött a rendszer. Nyomáscsökkentő közbeiktatásával a szülőágyakhoz vezetett fájdalomcsillapító gázkeveréket egy adagolón keresztül juttattuk el a szülőnőkhöz, amely a visszalégzés nélküli, félig nyitott rendszer elve alapján működött. A Nitralgin belégzése kezdetben oxigénmaszkon át, az utolsó évben a belégzésre nyitó, majd a szívás megszüntetésével záró ún. demand szeleppel történt. A Nitralgin analgésziát a magzat várható megszületése előtt legalább 10 perccel megszüntettük. A gátmetszés helyi érzéstelenítésben történt. A szülés utáni feltárást, az esetleges cervixsérülés ellátását és a gátseb suturáját helyi érzéstelenítés mellett kiegészítettük Nitralgin inhalációval.

Lumbális peridurális érzéstelenítést alkalmaztunk azoknál a vajúdnőknél, akik felvilágosítást, tájékoztatást követően így kívántak szülni. Rendszeres méhtevékenység mellett amennyiben a vizsgálatunk alkalmával a szülés egyértelmű megindulását észleltük, az anesztéziát megkezdjük. Ha a szülés egy órán belül várható volt, a gyorsabban ható Nitralgin analgésziát ajánlottuk. A peridurális teret a L₂₋₃ vagy L₃₋₄ csigolyaközben laterális behatolásból, levegőtechnikával 17 G méretű Tuohy tűvel kerestük fel, ahová egyszerhasználatos polietilén katétert vezetünk. 500—1000 ml Ringer—lactat oldat infundálása mellett, 4 ml 1%-os Lidocain oldattal teszt vizsgálatot végeztünk. A táglási szakban 8—10 ml 0,25%-os adrenalinmentes bupivacain (Marcain) oldatot adagoltunk, szükség szerint ismételve. A vajúdás leggyakrabban oldalt fekvő helyzetben történt, rendszeresen ellenőriztük a vajúdnő vérnyomását, pulzusát, a patológiás szüléseket indirekt kardiotokográfiával észleltük. A méhtevékenységet túlnyomó többségben oxytocinos pumpával (INFUSENS—A) 0,5 E/h kezdő adaggal támogattuk. A szülés első szakaszában a Th₁₀—L₁ gerincvelői szegmentumok szelektív szenzoros blokádjára, a második szakaszban a S₂₋₄ szegmentumok szenzoros blokkolására törekedtünk ülő helyzetben adott 8—10 ml 0,25%-os bupivacainnal. A peridurális katétert a gátseb ellátását követően távolítottuk el. A gyermekágyasokat szülés után 12 órával mobilizáltuk.

Mindkét szülési fájdalomcsillapítási eljárást a vajúdnők igényei szerint folyamatosan, napi 24 órában alkalmaztuk. Osztá-

lyunkon biztosított az aneszteziológus szakorvosi ellátottság, így a felügyeletük mellett az általános és regionális anesztéziában egyaránt járatos szülész szakorvosok biztonsággal végezték a peridurális érzéstelenítést.

A fájdalomcsillapítás értékelése

1981. január 1. és 1988. december 31. között osztályunkon 13 458 szülés történt, ebből fájdalomcsillapítást alkalmaztunk 6193 (46,01%) szülésnél. Nitralgin inhalációban 3893 (28,92%), folyamatos lumbális peridurális anesztéziában 2300 (17,09%) szülést vezettünk (1. táblázat). Az első két évben a Nitralgin inhaláció állt a vajúdnők rendelkezésére, melynek gyakorisága az utolsó években 30% körül állandósult, az 1983-ban elkezdett peridurális anesztézia az utóbbi két évben 25, ill. 30%-os gyakoriságot jelentett. Így a két módszer teljes körű alkalmazása lehetővé tette, hogy az utolsó négy évben a szülések 60%-ánál végeztünk fájdalomcsillapítást (ábra).

A szülőszobára érkezett vajúdnők választhattak a két eljárás közül. 84 szülőnőnél az elkezdett Nitralgin inhalációról kérésükre peridurális érzéstelenítésre tértünk át. Fájdalomcsillapítást alkalmaztunk 5326 (86%) spontán megindult, 557 (9%) programozott szülésnél és 309 (5%) szülés indukciójánál. A peridurális anesztéziában vezetett szüléseknél az anesztézia választásában gyakran negatív szelekció érvényesült. Így elhúzódó, ill. patológiás szülések többségében ezzel az eljárással történt a fájdalomcsillapítás. 106 (4,60%) kissúlyú magzat születésekor, 79 (3,43%) súlyos fokú praeeclampsiajánál alkalmaztuk a fájdalomcsillapítás e módszerét. Előzményben szereplő császármetszést követően 37, medencevégű fekvés miatt 34, ikerszülésnél 21, méhen belül elhalt magzat születésekor 12 esetben végeztünk peridurális érzéstelenítést. Anesztéziában szült 11 szívbeteg és 7 myopiás vajúdnő.

Oxytocinos fájáskeltés, ill. fájáserősítés történt Nitralgin inhalációnál 1417 (36,4%), peridurális anesztéziánál 1831 (79,6%) vajúdnő esetében.

Vizsgáltuk a Nitralgin inhalációban, ill. folyamatos lumbális peridurális érzéstelenítésben vezetett szüléseknél a szülés időtartamának alakulását (2. táblázat). Nitralgin inhalációban az először és ismételt szülő nőknél a táglási szak megrövidülését és a kitolási szak mérsékelt meghosszabbodását észleltük az anesztézia nélkül vajúdnőkhöz viszonyítva. Lumbális peridurális anesztéziában a táglási szak megrövidülése mellett a kitolási szak különösen először szülő nőknél hosszabb ideig tartott.

A szülési fájdalomcsillapítás alkalmazásának 8 éve alatt 13 458 szülésből 1761 (13,07%) szülést műtéttel fejeztünk be. Császármetszés történt 1725 (12,81%), kimeneti vacuum extractio 36 (0,26%) vajúdnőnél. A szülési fájdalomcsillapítás hatékonyságának megítélésére, az ún. interjúmódszert alkalmaztuk (3. táblázat).

A Nitralgin inhalációban vezetett szüléseknél 116 (2,97%) esetben jelentkezett hányás. A gázkeverék adagolásának átmeneti felfüggesztését követően a hányás nem ismétlődött 74 vajúdnőnél, míg 42 (1,07%) alkalommal az inhalációt ismétlődő hányás miatt meg kellett szüntetni. Vizuális hallucinációkról, kellemetlen álomról számolt be

1. táblázat: **Az osztály szülészeti statisztikai mutatói évenkénti bontásban 1980—1988 között. Nitralgin inhaláció és lumbális peridurális anesztézia gyakorisága**

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Szülésszám	1453	1803	1759	1663	1651	1580	1623	1745	1634
Császármetszés	134	197	210	214	246	238	194	196	230
%	9,22	10,93	11,94	12,87	14,90	15,06	11,95	11,23	14,08
Vacuum extractio	2	—	—	4	—	5	9	13	5
%	0,14	—	—	0,24	—	0,32	0,55	0,75	0,30
Nitralgin	—	298	431	546	605	454	496	487	576
%	—	16,52	24,50	32,83	36,6	28,73	30,56	27,90	35,25
Peridurális anesztézia	—	—	—	134	244	463	479	548	432
%	—	—	—	8,05	14,77	29,30	29,51	31,40	26,43
Koraszülés	153	174	149	133	177	144	138	178	148
%	10,49	9,62	8,44	7,96	10,69	9,02	8,42	10,15	9,04
Perinatalis mortalitás	27	24	19	21	27	24	21	24	17
%	1,86	1,33	1,08	1,25	1,62	1,52	1,29	1,36	1,04

2. táblázat: **A szülés időtartamának alakulása ($\bar{x} \pm SD$)**

	Tágulási szak (perc)			Kitolási szak (perc)		
	Nitralgin inhaláció	Peridurális anesztézia	Anesztézia nélkül	Nitralgin inhaláció	Peridurális anesztézia	Anesztézia nélkül
Először szülődő	504±60	534,6±54,6	561,6±66,15	26,85±2,78	37,22±6,38	23,85±3,73
Ismételten szülődő	409±41,4	403,2±46,2	435 ±67,8	18,79±1,98	17,85±2,53	13,83±1,49

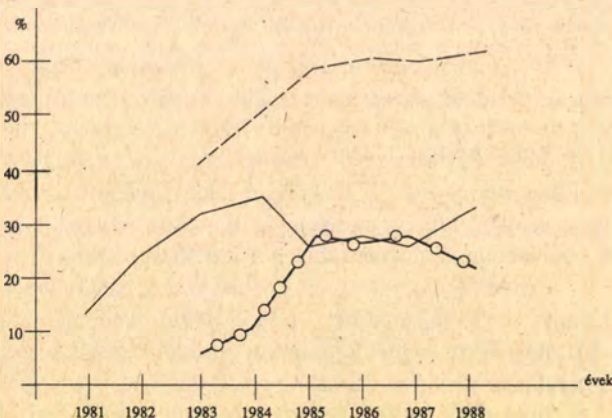
3. táblázat: **Fájdalomcsillapítás hatékonyságának értékelése: „interjú módszer”**

	Nitralgin inhaláció	Peridurális anesztézia
Kitűdő	902	764
%	23,17	32,22
Jó	1453	971
%	37,32	42,22
Elfogadható	1132	397
%	29,08	17,26
Elégtelen	406	168
%	10,42	7,30

A Nitralgin inhalációban vajúdok 60%-a és a peridurális anesztéziában szűltek 74%-a sikeresnek minősítette a fájdalomcsillapítást (kitűdő, jó).

39 (0,97%) szűlődő. Alvást észleltünk 47 (1,18%) vajúdonál a kooperáció rövid ideig tartó megszűnésével. Aspiráció nem fordult elő.

Dura-punkció 18 (0,78%) szűlődőnél, a peridurális térből származó vérzés 45 (1,95%), míg sikertelen kanülálás 34 (1,47%) alkalommal fordult elő. Dura-punkció és a peridurális térből jelentkező vérzés esetén a kanülálást 49 esetben egy szegmentummal feljebb sikeresen elvégeztük, 14 vajúdonál Nitralgin inhalációra tértünk át. A 18 dura-punkciót követően a gyermekágyban posztpunkciós kefalgalgia miatt 14 (0,60%) szűlődő kapott infúziót és koffeintartalmú fájdalomcsillapítót. Féloldalas anesztézia alakult ki 34 (1,47%) vajúdonál. 21 esetben ismételten sikeres kanülálást végeztünk, 13 szűlődőnél a szűlés gyors előrehaladása miatt Nitralgin inhalációt alkalmaztunk. 52 (2,26%) szűlődőnél a S szegmentumok elégtelen blokk-



Jelmagyarázat:

—○— Nitralgin
- -○- - peridurális anesztézia
... .. fájdalomcsillapítás összesen

ábra: Szülési fájdalomcsillapítás alakulása 1981. június 1—1988. december 31.

lása miatt a gátmetszéshez és a gátseb ellátásához 1%-os procain oldatot adtunk. Az ismertett technikai szövődmények többnyire a módszer alkalmazásának kezdetére estek, amikor az eljárás elsajátítása és begyakorlása történt. Egy szűlődőnél sikertelen kanülálást követően, a katéter mintegy 2 cm-es darabja eltávolításkor beszakadt. Neurologussal történt konzultációt követően a szövetbarát polietilén katéterrész benthagyása mellett döntöttünk, mely nagy valószínűséggel — éppen a sikertelen kanülálás miatt — nem a peridurális térben helyezkedett el. Ismételt kont-

rollok alkalmával a szülőnő tünet- és panaszmentes volt. Neurológiai elváltozást, gyulladásos szövődmenyt nem észleltünk.

Hipotenzió, mint az anesztéziából adódó általános szövődmeny 54 (2,34%) esetben jelentkezett. A kiindulási vérnyomásérték több mint 20%-os csökkenését oldalt fekvő helyzettel, Ringer—lactat infúzióval korrigáltuk. Ephirit intravénás adására 14 (0,60%) alkalommal kényszerültünk. Hányinger, hányás 97 (4,21%) vajúdónál, kellemetlen érzést okozó izomremegés 44 (1,91%) szülőnőnél fordult elő.

Megbeszélés

Az integrált terhesgondozáson és a 6 éve folyamatosan működő tanfolyamon a terhesek kellő ismereteket szereztek a szülési fájdalomcsillapítás két alkalmazott módszeréről. A Nitralgin inhalációt és a lumbális peridurális anesztéziát széles körben, folyamatosan biztosítottuk a vajúdok számára. A Nitralgin palackban lévő 50—50%-os dinitrogén-dioxid-gázkeverék önadagoló módszerrel alkalmazva, gyorsan ható, megbízható analgetikus hatású. Előkészítést, premedicatiót nem igényel, az aspiráció veszélye nélkül tartósan belélegezhető, abbahagyását követően gyorsan, utóhatás nélkül, eliminálódik a szervezetből (15, 17, 25, 26). Önadagolása miatt csupán felügyeletet igényel, 50%-os oxigén tartalma egyben oxigén terápiát is jelent, így alkalmas magzati hypoxia megelőzésére és elősegíti az újszülöttek posztnatalis adaptációját.

Anyagunk elemzése alapján megállapítjuk, hogy a Nitralgin inhalációban vezetett szüléseknél a tágulasi szak megrövidült, a kitolási szak mérsékelten meghosszabbodott. Véleményünk szerint a tágulasi szak megrövidülésében szerepet játszik a Nitralgin inhaláció kielégítő analgetikus hatása, amely csökkenti a fájdalom okozta kóros reflexmechanizmusokat, elősegíti a méhszáj-tágulását.

A mérsékelten megnyúlt kitolási szakot azzal magyarázzuk, hogy eltűnt méhszáj után a méhtevékenység hatására mélyen az üregbe lejutott koponyánál kezdjük a nyomtatást.

Visszatérő, makacs hányás mindössze 1,07%-ban jelentkezett, mely miatt véglegesen meg kellett szüntetnünk a gázkeverék belégzését. A vajúdok hamar megtanulták a Nitralgin önadagolását, amikor alvás (1,18%) következett be, a maszk elengedését követően az ébredés hamar megtörtént.

A folyamatos lumbális peridurális anesztézia személyi és technikai feltételeit biztosítottuk (7, 16, 20, 24). A módszer elsajátítása és annak gyakorlati alkalmazása osztályunkon aneszteziológus szakorvosok irányításával és felügyeletével történik. Szülész szakorvosaink nemcsak az általános anesztéziában, hanem a peridurális érzéstelenítésben is nagy gyakorlatot szereztek, így biztonságosan alkalmazzák az eljárást. A peridurális anesztéziában vezetett szüléseknél a méhtevékenységet túlnyomó többségben (79,6%) oxytocinos pumpával (INFUSENS—A) 0,5 E/h adagban támogattuk. Monitorizálást döntően patológiás szüléseknél végeztünk. A szülés szakaszai közötti arányok

megváltozását másokhoz hasonlóan mi is észleltük (3, 6, 7, 9, 18, 19).

Vizsgálatunk alapján a tágulasi szak először szülőknél átlagosan 27 perccel, ismételten szülőknél átlagosan 32 perccel megrövidült az anesztézia nélkül szültekhez viszonyítva. A kitolási szak meghosszabbodását különösen először szülő nőknél ($\bar{x}$ 14 perc) észleltük, míg ismételten szülő nőknél mérsékeltebbnek ($\bar{x}$ 4 perc) találtuk a második szakasz megnyúlását. A kitolási szak meghosszabbodása fokozott észlelés mellett türelmesebb szülésvezetést kíván.

Anyagunkban a kimeneti vacuum extractio gyakorisága átlagosan 0,26%, amely alacsonyabb az irodalomból ismert azon intézetek adatainál, ahol peridurális anesztéziát alkalmaznak (5, 9, 11, 20, 21, 28). A peridurális anesztézia a császármetszések gyakoriságát nem befolyásolta, az ezen időszak alatt észlelhető változó frekvenciát azzal magyarázzuk, hogy intézetünk progresszív betegellátást is végzett.

A két szülési fájdalomcsillapítási módszer alkalmazásának ideje alatt az újszülöttek Apgar-státusában az anesztézia nélkül szültek újszülötteihez viszonyítva eltérést nem észleltünk, a perinatalis mortalitás az utóbbi kilenc évben 1,86%-ról 1,04%-ra csökkent.

Szülési fájdalomcsillapítási gyakorlatunkban elsődlegesnek tartjuk a peridurális érzéstelenítést. Ezért alkalmazzuk minden olyan esetben, ha a szülőnő kéri, de ismerve ez eljárás kedvező terápiás effektusait, javasoljuk patológiás szülések vezetésénél (3, 7, 21, 22, 24).

Nitralgin analgészia történik szülőszobai tevékenységünkben:

- ha a szülőnő a fájdalomcsillapításnak ezt a formáját választja,
- a szülés előrehaladt stádiumában, amikor a magzat megszületése egy órán belül várható,
- a szülés kezdeti időszakában irreguláris, de a szülőnő által fájdalmasnak ítélt méhtevékenység esetén,
- lokálanesztézia kiegészítésére a szülés utáni lágyrészsrülések ellátására,
- méhüri betapintásnál, lepényleválasztásnál az int-ravenásan adott narkotikum hatásának fokozására.

A Nitralgin inhaláció és a lumbális peridurális anesztézia együttes, folyamatos alkalmazásával a szülések 60%-ánál biztosítottunk fájdalomcsillapítást. A két módszer nem tekintettük egymás versenytársának, hanem a vajúdok részéről reális igényként jelentkező fájdalomcsillapítás alternatíváinak. Szülési fájdalomcsillapítási rendszerünket modell értékűnek tekintjük, mert vajúdoink részére nemcsak választási lehetőséget biztosítottunk, hanem széles körűvé tettük a fájdalomcsillapítás alkalmazásának lehetőségét.

IRODALOM: 1. Arthurs, G. J., Rosen, M.: Self-administered intermittent nitrous oxide analgesia for labour. *Anaesthesia*. 1979, 34, 301. — 2. Barth, L., Lüder, M.: *Anaesthesist* 1966, 15, 321. — 3. Bonica, J. J., Hunter, C. A.: Dysfunction of the Forces of Labor. In *Obstetric Complications in Clinical Anesthesia*. Vol. 3. Szerk.: Bonica, J. J., Davis, Philadelphia, 1965, 109. old. — 4. Bonica, J. J.: *Obstetric analgesia and anesthesia*. World Federation of Societies of Anesthesiologists. Amsterdam. 1980. — 5.

Crawford, J. S.: Lumbar epidural block in labour a clinical analysis. *Brit. J. Anaesth.* 1972, 44, 66. — 6. Crawford, J. S.: Continuous lumbar epidural analgesia for labour and delivery. *Brit. Med. J.* 1979, 6156, 72. — 7. Crawford, J. S.: Obstetric analgesia and anaesthesia. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1982. — 8. Csaba I.: Szülés alatti fájdalomcsillapítás. *Magy. Nőorv. L.* 1982, 45, 131. — 9. Dominó É. és mtsai: Folyamatos lumbális peridurális anesztézia értékelése. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 2417. — 10. Donen, N. és mtsai: Prehospital analgesia With Entonox. *Canad. Anaesth. Soc. J.*, 1982, 29, 275. — 11. Doughthy, A.: Selective epidural analgesia and the forceps rate. *Brit. J. Anaesth.* 1969, 41, 1058. — 12. Doughthy, A.: Epidural analgesia in labour the past, the present and future. *J. Royal Soc. Med.* 1978, 71, 879. — 13. Gaál J.: Tapasztalataink epidurális anesztéziával. *DOE Női Klinikájának kiadványai.* 1979, 3, 65. — 14. Giacinto M.: A modern anaesthesia kialakulása, jelene és perspektívái. *Orv. Hetil.* 1979, 120, 2593. — 15. Giacinto M.: Előre kevert dinitrogén-oxid-oxigén gázkeverék alkalmazása fájdalomcsillapításra. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 2639. — 16. Hellman, K.: Epidural anaesthesia in obstetrics. A second look at 26127 cases. *Can. Anaesth. Soc. J.* 1965, 12, 398. — 17. Klikowitsch, S.: Virchows Arch. path. Anat. 1883, 94, 227. — 18. Krasznai P. és mtsai: Szülési fájdalomcsillapítás peridurális érzéstelenítéssel. *Orv. Hetil.* 1977, 118, 1235. — 19. Krasznai P.: Szülési fájdalomcsillapítás lumbális peridurális anaesthetiával. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1978. — 20. Krasznai, P. és mtsai: Szülésvezetés epidurális analgéziában. *Magy. Nőorv. L.* 1984, 47, 564. — 21. Krasznai P. és mtsai: A lumbális peridurális analgesia és a szülést befejező műtétek számának alakulása. *Orv.*

Hetil. 1984, 125, 3107. — 22. Krasznai P. és mtsai: Koraszülés vezetése lumbális epidurális analgéziában. *Magy. Nőorv. L.* 1986, 49, 176. — 23. Merényi S.: A prolongált peridurális anaesthesia technikája és alkalmazása a szülési fájdalmak csillapítására. *Magy. Nőorv. L.* 1955, 18, 271. — 24. Módszertani Levél: A szülési fájdalom csillapítás, különös tekintettel a regionális érzéstelenítésre. *Orv. Hetil.* 1984, 125, 2757. — 25. Petrovsky, B. V., Yefuni, S. N.: *Brit. J. Anaesth.* 1965, 37, 42. — 26. Petrovskij, B. V., Jefuni, Sz. N.: Gyógynarkózis. Medicina, Budapest, 1968. — 27. Praefort L. és mtsai: A Nitralgin gyermekanaesthesiológiai alkalmazásáról. *Anaesth. és Int. Ther.* 1983, 13, 229. — 28. Romine, J. C. és mtsai: Lumbal epidural anaesthesia in labour and delivery: one year's experience. *Obstet. Gynecol. Br. Commonw.* 1970, 77, 722. — 29. Schlosser, I., Szabó J.: Nitralgin alkalmazása vidéki mentőgyakorlatunkban. *Magyar Mentésügy,* 1984, 4, 157. — 30. Szalay L.: Nitralgin analgesia. *Magy. Anaesth. és Int. Ther. Társaság vándorgyűlése, Dunaújváros,* 1981, 357. old. — 31. Thal, E. R. és mtsai: Self-administered analgesia with nitrous oxide. *JAMA,* 1979, 242, 2418. — 32. Thornton, J. A., Fleming, J. S.: Cardiovascular effects of 50% nitrous oxide and 50% oxygen mixture. *Anaesthesia.* 1973, 28, 489. — 33. Vaszkun L., Papp T.: A Nitralgin fájdalomcsillapító hatása fül-orr-gégészeti beavatkozásokban. *Fül-Orr-Gégégyógyászat.* 1989, 35, 45. — 34. Wylie, W. D., Churchill — Davidson, H. C. (ed): *A practice of anaesthesia.* 3 Ed., Lloyd-Luke, 1972, pp. 1410.

(Hardonyi András dr. Miskolc, Eper út 50. 3535)

RABENID

200 mg drázsé

M 900 Antihyperuricaemica ml 270 Trombocita aggregációgátló

HATÓANYAG:

200 mg Sulfinpyrazonum drázséként

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 tromboemboliás 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 ízületi 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 tromboemboliás szövődmények profilaktikus kezelésére:

- akut szívinfarktus után a szíyhalál 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, sulfinpirazon 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 4x1 drázsé. A kezelés időtartama több hónap is lehet. A drázsékat 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 drázsé étkezés közbeni bevitelével, tejjel, antaciddal. Súlyosbíthatja, ill. reaktiválhatja a gyomorfekélyt, vérzést, bőrkiütést, vérképzőrendszeri károsodást okozhat. Hirtelen húgysav-mobilizáció miatt akut köszvényes rohamot válthat ki.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁS:

Óvatosan adható:

- antikoagulánsokkal (hatásukat fokozza)
- szalicilátokkal (hatását antagonizálja, köszvényben nem adható együtt),
- egyéb pirazonon származékkal (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, elsősorban a köszvény kezelésekor. Időnként ugyancsak ellenőrizni kell a vérképet tartós szedés esetén. Önmagában sem a Heparin, sem a Syncumar adását nem pótolhatja.

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

Kezelés: Nincs specifikus antidotum. Hánytatás, gyomormosás, támogató kezelés (iv. glukóz, analeptikumok).

CSOMAGOLÁS:

50 db drázsé



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Entz László dr.,
Bíró Gábor dr.
és Nemes Attila dr.

Septikus érprotézis öblítő-szívó (lavage) kezelése

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest
(igazgató: Szabó Zoltán dr.)

A műér gennyedések száma az utóbbi években egyre jobban emelkedik, mivel az érsebészet fejlődésének következtében egyre több műér kerül beültetésre. Klinikánkon a rekonstruktív érműtétek 2–3 %-ában (8) fordul elő septikus szövödmény. 1980. 01. 01.—1988. 06. 30. között 19 esetben végeztünk öblítő-szívó drainage-t (lavage-műtét) a műér helybenhagyása mellett. 14 betegen primer gyógyulást értünk el. 2 betegen graft eltávolítás után extraanatomikus át-hidalást kellett végezni, a fennmaradó 3 betegen amputatio történt a sikertelen öblítő-szívó kezelést követően. A fenti módszer lényegét tekintve már 1959 óta ismert az irodalomból, ennek ellenére csak igen kevés közlemény — szerény számú eset kapcsán — foglalkozik vele. A szerzők hangsúlyozzák a módszer egyszerűségét és eredményes voltát.

A septikus sebek kezelése egyidős a sebészettel. Az egyre újabb és jobb antibiotikumok alkalmazása ellenére az érsebészetben a műér gennyedés változatlanul probléma maradt. A hippokratészi ósi elv: „ubi pus, ibi evacua”, melynek értelmében minden fertőző anyag, szövet a sebből eltávolítandó, az érsebészet területén a betegre nézve súlyos következményekkel járhat, hiszen a fertőzést fenntartó anyag a vérkeringés folyamatosságát biztosító műér, vagy annak egy része. Ennek eltávolítása esetén a megszünt vérellátás pótlása csak a fertőzött terület megkerülésével, extraanatomikus úton lehetséges. Az extraanatomikus át-hidalások technikailag bonyolultak, időigényesek, haemodinamikai szempontból általában csökkent értékűek és a septikus állapotban lévő szervezetre nézve fokozott terhelést jelentenek. Ezzel a — csak kényszerűségből választott — műtéttel szemben jelent alternatívát az öblítő-szívó műtét.

A hazai irodalomban öblítéssel kezelt septikus érprotézisről nem találtunk adatot. A világirodalom sem szolgál bőséges adatokkal a szóban forgó eljárásokról. Először Crawford (3), illetve Schrammel (12) tesz 1959-ben említést lokális antibiotikus instillációval kezelt graftgennyedésről, majd Carter (2) és mtsai 1963-ban közlik első sikeres eseteiket két beteg kapcsán. A 70-es években a

Lavage treatment of the infected vascular prostheses.
The number of the infections of vascular prostheses is more and more increasing in the past few years, in connection with the developing of vascular surgery. In our clinic, all septical complications amount to a 2–3% of the total number of reconstructive vascular interventions (8). In a periode of 01. 01. 1980—06. 30. 1988 lavage procedure was performed in 19 cases. In 14 patients a primary wound healing was available, in 2 patients after moving away of the original prosthesis, an extraanatomical bypass was necessary, and in three patients we could not avoid amputation. The above mentioned method is known in the literature since 1959, but in spite of this, there are few publications — with few cases — about this topic. The authors emphasize the relatively good results of this simple method.

módszer úgy látszik feledésbe merült, majd 1980-ban Popovsky (10) és mtsai, 1981-ben pedig Kwaan (7) és mtsai számoltak be 3, illetve 10 esetben alkalmazott lokális irrigálással kezelt betegek gyógyulásáról.

Klinikánkon 1980-ban történt az első öblítő-szívó műtét, majd 1984-től kezdve következetesen alkalmazzuk protézis gennyedés felléptekor.

Az alábbiakban számolunk be eredményeinkről.

Beteganyag és módszer

1980. jan. 1. és 1988. nov. 30. között 19 betegen 22 esetben történt öblítő-szívó műtét. A 6 nő és 13 férfi átlagéletkora 61 év volt 37–76 év szélső értékekkel.

A primer műtéti megoldásokat mutatja az 1. táblázat.

A különböző régiókat, ahol a fertőzés előfordult, a 2. táblázat szemlélteti.

7 esetben a műér középső szakaszán volt a gennyedés, 12 esetben anasztomózisnál. A folyamat a primer műtétet követően átlagosan 3 hónapon belül jelentkezett, leg hamarabb 3 nap, leg később 2 év múlva. Ezt az extrém hosszú időt leszámítva a leg később 5 hónappal az első műtét után lépett fel. A kórokozók majdnem mindig azonosak, leggyakrabban Staphylococcus aureus, Streptococcus faecalis és Proteus voltak.

A közvetlen postoperatív szakban az infekciót primer sebgyógyulási zavarként 6 esetben észleltük.

Nyitott sebbel, szabadon fekvő műérrel 2 ízben vettünk fel beteget, a többi 17 betegen az elváltozás sipoly formájában jelentkezett.

A diagnózist a látható elváltozásra, vagy fistulográfiára alapoztuk. A fistulográfiánál a beadott kontrasztanyag kirajzolja a műeret (1. ábra).

Kulcsszavak: érsebészeti szövödmények, műér-gennyedés, lavage műtét

1. táblázat: **Primer műtéti megoldások az öblítő-szívó kezelésre került betegeknél**

	n
Dacron carotis folt	1
Dacron subclavio-subclavia (S—S) crossover bypass	1
Dacron aortobifemorális bypass	7
Dacron iliofemorális bypass	1
Dacron femoropopliteális bypass	6
Goretex iliofemorális bypass	1
Goretex femoropopliteális bypass	1
Goretex femorotibialis anterior bypass	1

2. táblázat: **Az előforduló fertőzésrégiók az öblítő-szívó kezelésre került betegeknél**

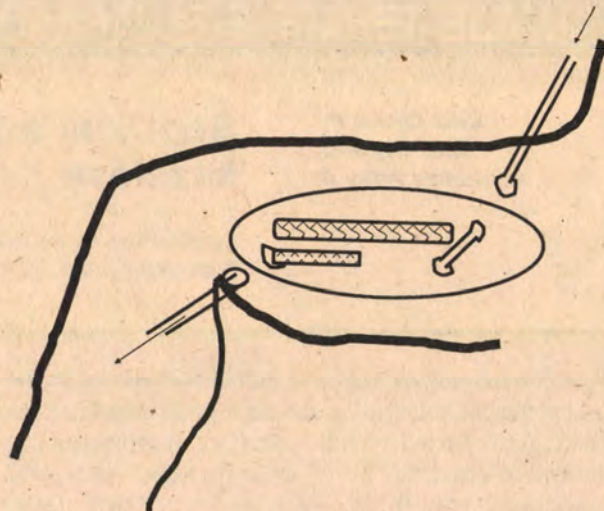
	n
Carotis háromszög	1
Jugulum	1
Retroperitoneális régió	1
Inguinalis régió	10
Femorális régió	4
Fossa poplitea	1
A térd laterális része	1

A műtét menete a következő: az intratracheális narcosisban lévő betegen amennyiben van sipolyjárat, először a sipoly feltöltését végezzük metilénkék oldattal. Ez a módszer előnyös, mert minden fertőzött területet kékre fest, így a műeret is. Amikor második lépésként a sebet szélesen, messze az épben feltárjuk, akkor a műeret addig kell követnünk, ameddig az kék színű. Az alapos sebkimetszés után H_2O_2 oldattal öblítéseket végzünk,



1. ábra: Fistulographia. A kanült a sipolyjáratba vezetjük és a kontrasztanyag beadását követő rgt-felvételen a fistula és a műér jól kirajzolódik.

majd a 2. ábrán látható módon elhelyezzük az öblítő és szívó drainekeket egymással szemben. Azután a sebet egy rétegben, nagy átöltő öltésekkel primára varrjuk. Az öblítést már a műtőasztalon elkezdjük. Az öblítőfolyadék fiziológiás sóban a tenyésztés eredményétől függő antibioticumot tartalmaz, vagy újabban betadint (povidone jodid, Braunol[®]), mely igen erős baktericid hatással rendelkezik, emellett lényegesen olcsóbb, mint a szükséges antibioticum mennyiség. 1500 ml fiziológiás sóban 30 ml betadin/24 óra öblítőfolyadék áramlik a sebüregebe megszakítás nélkül, melyet folyamatos szívással távolítunk el (3. ábra). A műtét eredményességéről kontroll fistulográfiával győződhetünk meg, melyen néhány nap elteltével a kezdeti üreg megkisebbedését láthatjuk.



2. ábra: A képen egy femorális feltárási sémás rajza látható. Középen a műér, alatta a bevezető és elvezető öblítőcsövek helyezkednek el.



3. ábra: Műteti kép, mely a primára zárt sebet mutatja a bevezető és elvezető öblítőcsövekkel.

A mosófolyadék tenyésztésével, átlagosan 1 hét után meggyőződhetünk arról, hogy az infectio szanálódott-e. Ekkor először az öblítést, majd a következő napon a szívást szüntetjük meg.

Eredmények

A 19 betegből 14 esetben primer gyógyulást értünk el. 12 működő graft mellett 2 elzáródott, ez a járástávolság beszűküléséhez vezetett, de nem került sor a végtag elvesztésére. Az 5 sikertelen esetből két esetben megismételtük az öblítést, de a gennyedést nem sikerült megszüntetni, a műér egyik esetben elzáródott, a másik esetben septikus vérzés alakult ki. Mindkét esetben a műér eltávolításra került és extraanatomikus áthidalással sikerült a keringést helyreállítani. A fennmaradó 3 esetben vérzés, illetve elzáródás miatt graft eltávolítás történt, de a nem megfelelő kiáramlás miatt további rekonstrukció nem volt kivihető, ezért mindháromban amputációt kellett végrehajtani. 14 primeren gyógyult betegünk közül egynél két hónapon belül ismételt gennyedés lépett fel mind az inguinalis, mind

a poplitealis régióban (femoropoplitealis Dacron bypass volt az eredeti műtét). Az újabb öblítő-szívó kezelést követően az inguinalis régióban a folyamat szanálódott, azonban jelen cikkünk írásakor a beteget ismételtelen fel kellett vennünk a poplitealis régióban kialakult recidiva miatt. Mivel septikus vérzést most sem észleltünk, ebben a régióban immár harmadszor, újból öblítő-szívó műtétet végeztünk. Gyógyult betegeink közül nyolcban nem újult ki a gennyedés, a fennmaradó öt beteg sorsa ismeretlen.

Megbeszélés

Az érsebészethen általánosnak mondható az a nézet, hogy a graft gennyedés egyenlő a műér eltávolításával. Az irodalomban a legtöbb ilyen témájú közlés is ezt az elvet igyekszik alátámasztani. Néhányan ugyan megemlékeznek a lokális kezelésekről, de ezt nem tartják célravezetőnek (8, 11, 15). Tény ezzel szemben az, hogy az a kevés közlemény, amely a helyi kezelés eredményeiről számol be, azt mind sikeres és követendő eljárásnak tartja, szemben az azonnali részleges vagy teljes műér eltávolítással (2, 7, 10).

Érdekes adalékot szolgáltat Foster 1969-ből származó kísérlete, melyben kutyákban műér beültetést végzett inficiált hasüregbe. Az egyik csoport nem kapott antibiotikumot, a másik a műtét előtt és után is antibioticumos kezelésben részesült. Az első csoport kutyái mind elvéreztek, míg a második csoportban lévőknél évekkel a beültetés után is működő graftot találtak (4, 5). E kísérletek eredményeiből bizonyítva láthatjuk, hogy a korrekt antibakteriális kezelés képes műér jelenlétében is az infekciót felszámolni.

A fertőzés keletkezésével kapcsolatban a szerzők egyetértenek abban, hogy a periférián kialakult protézis gennyedés a műtét alatti kontamináció következménye, szemben az aortoenteralis fistulákkal, melyeknél a belek arrosiója az elsődleges és a fertőzés a másodlagos (1, 13, 15).

Ezt az elméletet magunk is igazolva látjuk, hiszen eseteink átlagosan 3 hónappal a műtétet követően jelentkeztek, míg az aortoenteralis fistulák 1,5–4 évvel a primer műtét után lépnek fel. Vollmar anyagában a primer aortoiliacalis műtét után átlagosan 34 hónap telt el az aortoenteralis fistula felléptéig (14).

A diagnosis felállításában igen nagy szerepe van a betegnek az érműtét után lakóhelyén folyamatosan észlelő körzeti orvosnak, aki már nagyon korán felfigyelhet a gennyedés gyanújeleire. Megmagyarázhatatlan hőemelkedés, a látszólag gyógyult seb érzékenysége, eleinte enyhe bőrpír, majd később váladékozás, fistula kialakulása olyan tünetek, melyek a körzeti orvos szeme előtt játszódnak le.

Eddigi tapasztalataink alapján úgy gondoljuk, hogy döntő fontosságúnak tartjuk a minél korábbi műtéti beavatkozást, ezért jó szervezés esetén még az eddigiéknél is jobb eredményt érhetünk el.

Minden olyan esetben, amelynél még septikus vérzés nem lépett fel, öblítő-szívó műtétet kell elsőként megkísérlni.

Kis kiterjedésű, anastomosistól távoli infekciók esetében várható a legjobb eredmény.

Anyagunkban a lavage műtétnek nem volt mortalitása, az extraanatomikus bypass műtétek utáni halálozás 10% körül van (8)!

A műtét a betegre nézve minimális megterheléssel jár. Hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy csak olyan osztály végezzen öblítő-szívó műtétet, ahol egy esetleges azonnali extraanatomikus bypass műtéti feltételei adottak (septikus vérzés!). Napjainkban egyre fontosabb szempont a költség kérdése, mely az öblítő-szívó műtét esetében kb. 1/5-e az extraanatomikus áthidalás műtéti költségének.

Megjegyzés a korrektúráról.

További 10 műtétet végeztünk el a cikk írása óta. 6 sikeres volt (közülük 1-nél septikus vérzés miatt!!), 4 eredménytelen. Két amputáció történt.

IRODALOM: 1. Bunt, F. J.: Synthetic vascular graft infections. II. Graft-enteric erosions and graft-enteric fistulas. Surgery 1983, 94, 1–9. — 2. Carter, S. C., Cohen, A., Whelen, T. J.: Clinical experience with management of the infected Dacron graft. Ann. Surg. 1963, 158, 249–55. — 3. Crawford, E. S., de Bakey, M. E., Cooley, D. A.: Surgical considerations of peripheral arterial aneurysms. Analysis of one hundred seven cases. Arch. Surg. 1959, 78, 226–38. — 4. Foster, J. H., Bersius, T., Scott, H. W.: An experimental study of arterial replacement in the presence of bacterial infection. Surg. Gynec. Obst. 1959, 108, 141–48. — 5. Foster, J. H., Ekmen, C. H., Scott, W. H.: Tate behavior of vascular substitutes. Three to five year follow up of arterial homografts and synthetic prostheses in experimental animals. Ann. Surg. 1960, 151, 867–78. — 6. Kwaan, J. H. M., Conolly J. E.: Successful management of prosthetic graft infection with continuous Povidone-Iodide irrigation. Arch. Surg. 1981, 116, 716–20. — 7. Miani, S., Biasi C. M., Mingazzini, P. M. et al.: Infection in arterial reconstructions. Int. Ang. Surg. 1988, 7, 116–21. — 8. Nemes A.: Hibák, tévedések, szövődmények az érsebészethen. 1987. Doktori disszertáció. — 9. Popovsky J., Sandford, S.: Infected prosthetic grafts. Arch. Surg. 1980, 115, 203–5. — 10. Reilly L. M., Altman, H., Lusby R. J., Kersch, R. A. et al.: Late results following surgical management of vascular graft infection. J. Vasc. Surg. 1984, 1, 36–44. — 11. Schrammel, R. J., Creech, O.: Effects of infection and exposure on synthetic arterial prostheses. Arch. Surg. 1959, 78, 271–79. — 12. Szilágyi, D. E., Smith, R. F., Elliott, J. P., Vrandecic, M. P.: Infection in arterial reconstruction with synthetic grafts. Ann. Surg. 1972, 176, 321–33. — 13. Vollmar, J. F., Kogel, H.: Aortoenteric fistulas as postoperative complications. J. Cardiovasc. Surg. 1987, 28, 479–84. — 14. Yeager, R. A., McConell, D. B., Sasaki, T. M., Vetto, R. M.: Aortic and peripheral prosthetic graft infection: Differential management and causes of mortality. Am. J. Surg. 1985, 150, 36–43.

(Entz László dr. Budapest, Pf. 8. 1525)

Ritalmex[®]

KAPSZULA



H 200 Antiarrhythmica

Hatóanyag: 200 mg mexiletinium chloratum kapszulaként

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 arimiák:* melyek szívizom infarktus heveny szakában vagy krónikus szívizom-isémiánál lépnek fel, vagy amelyek szívglikozidák és egyéb gyógyszerek túladagolása miatt keletkezhetnek. *Kamrai extraszisztólia:* idiopátiás vagy egyéb ventrikuláris ritmuszavarok.

Profilaktikus alkalmazás: a mexiletin hosszantartó profilaktikus alkalmazása meggátolja a már leküzdött ventrikuláris aritmiák ismételt fellépését.

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.

Adagolása: A kielégítő vérszint gyors elérése céljából kezdeti telítő adag szükséges. A kezdő adag 400–600 mg, majd 6 óránként további 200 mg. A második kezelés naptól kezdve a napi adag 3×200 mg (8 óránként). Ha a mexiletin terápiát opiótók 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. 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.

Mellékhatások: A mellékhatások dóziszfüggőek és egy adag elhagyásával, vagy pedig a napi adag csökkentésével befolyásolhatók.

Gasztrintesztinális panaszok: hányás, emésztési zavarok, kellemetlen ízérzés, nausea, csuklás.

Ritkán központi idegrendszeri mellékhatások, mint álmoság, zavartság, artikulátlanság, nystagmus, ataxia és tremor.

Kardiovaszkuláris panaszok: hipotónia, sinus-bradycardia, pitvarfibrilláció és palpitáció.

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 antiaritmiás hatású gyógyszerekkel (tekintetbe kell venni a hatásfokozódást).
- gyomor-bél motilitást befolyásoló szerek (felszívódást befolyásolhatják).
- májfunkciót befolyásoló szerek (a mexiletin plazma koncentrációt megváltoztathatják).
- a gyógyszer lebomlást késleltető szerek (pl. cimetidin) együttdadásakor a dózis csökkentése szükséges,
- enzim indukciót fokozó szerek, pl. phenobarbital, phenytoin) együttdadásakor a dózis emelése szükséges,
- opiótók, 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. Rendelhetőség: Még nem áll rendelkezésünkre, később közöljük!

Forgalomba hozza: ALKALOIDA

Vegyszeri Gyár Tiszavasvári.

Tiszlavicz László dr.

Gyomorrák áttéte soliter adenomatosus colonpolypban

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Kórbonctani és Kórszövettani Intézet, Szeged (igazgató: Ormos Jenő dr.)

Egy 69 éves férfi boncolása során a gyomorcsomokban diffúz típusú sigillocellularis adenocarcinómát észleltünk, mely kiterjedt áttétképződéssel járt. A coecumban levő adenomatosus polypban is képződött áttét. Esetünk a világirodalomban a harmadik, a hazai irodalomban az első közlés, mely a colon adenomatosus polypjában létrejött metastasisképződést mutat be.

Gastric carcinoma metastatic to a solitary adenomatous polyp in the cecum. A 69-year-old man with known diffuse type gastric stump carcinoma was found at autopsy to have widely disseminated metastasis of this cancer. Metastasis also occurred in the adenomatous polyp of the cecum. This is the third report, to our knowledge, in the literature and the first Hungarian publication of a metastasis to an adenomatous polyp of the colon.

A gyomorrák gyors és kiterjedt áttétképző tendenciája régóta ismert (12). Mivel a gyomordaganatok nagy része adenocarcinoma, ezért ezek áttéte más, mirigyformáló szervbe vagy szövetbe a szövettani vizsgálatokor diagnosztikus nehézségeket okozhat. Az általunk bemutatott esetben fekélybetegség miatt végzett gyomorresecciót követően 4 év múlva alakult ki gyomorrák. A sectio során a kiterjedt metastasisképződéssel járó gyomortumor mellett a coecumban nyeles polypust találtunk, mely adenomának bizonyult. Ennek feltűnő érdekessége volt, hogy a gyomorrák ide is áttétet adott. Az igen ritka hasonló irodalmi közlések teszik indokoltá (2, 13) esetünk bemutatását.

Esetismertetés

A 69 éves férfiban — aki régebben cholecystectomián és appendectomián esett át — a halál előtt 4 évvel Billroth II. szerinti distalis gyomorresecció történt recidiváló idült emésztéses gyomorfekély miatt. A szövettani vizsgálat során a fekélybetegség megerősítést nyert, melynek környezetében a nyálkahártyában intenzív gyulladásos reakció alakult ki. Emellett intestinalis metaplasia is látszott. A regionális nyirokcsomókban reaktiv follicularis hyperplasia volt megfigyelhető. A beteg a műtétet követően viszonylag jó általános állapotban volt, majd 4 évvel később dysphagiás panaszai jelentkeztek, s néhány hónap alatt 26 kg-ot fogyott. A Szegedi Városi Kórház Belgyógyászati Osztályán elvégzett gastroscopos vizsgálatnál a cardiát szűkítő, igen vérzékeny idegenszövetet találtak. Az ebből történt kimetszés szövettani vizsgálata adenocarcinómát igazolt. A nagy kiterjedésű daganatot inoperablisnak tartották. Néhány héttel később a beteg nyelésképtelenné vált, majd légzési és keringési elégtelenség tünetei között meghalt, mielőtt az esetleges palliatív beavatkozás elvégezhető lett volna.

Kulcsszavak: gyomorrák, colonpolyp, metastasis benignus tumorban

Rövidítések: CEA — carcinoembrionális antigén, PAP — peroxidáz-antiperoxidáz, PAS — periódsav-Schiff

A boncolás során a cachexiás férfiban a gyomorcsomok teljes belületén kifehélyesedő, a falat diffúzan infiltráló daganatszövetet láttunk, mely a nyelőcső alsó 2 cm-es szakaszára is ráterjedt, azt jelentősen szűkítette.

A gastro-entero-anatomosis szájadéka szabad volt. Az oda- és elvezető kacs épek bizonyult. A gyomor körüli, a májkapui, a pancreas körüli, az aorta melletti és a tüdőhilusi nyirokcsomók daganatosan besűrűsödtek. Mindkét oldalon pleuritis carcinomatosa észleltünk. A coecumban 0,8 cm átmérőjű polypust találtunk.

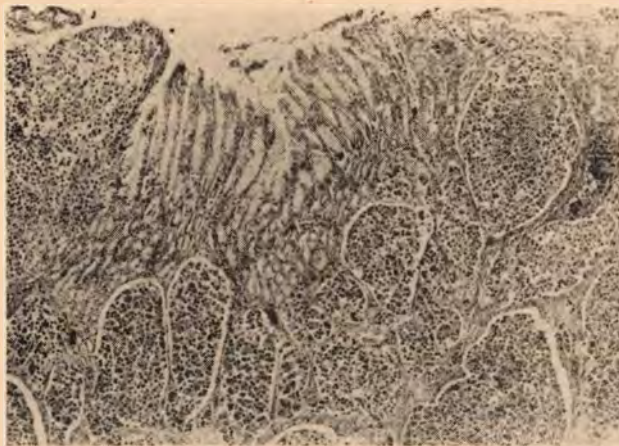
Mikroszkóposan a gyomorban pleomorph, sigillocellularis jellegű, disszociált sejtekből felépülő, diffúz típusú adenocarcinoma volt megfigyelhető (1. ábra). Az erős infiltratív terjedés a nyirokerek feltűnő invasiójában is megnyilvánult. A megnagyobbodott nyirokcsomókban, a tüdőben subpleuralisan és a csigolyákban hasonló szerkezetű metastasisokat láttunk. A coecum polypusos adenoma tubularejének mirigyközi állományában a felszínhez közel éretlen, disszociált daganatsejtek alkotta áttét volt észlelhető (2., 3. ábra). Ez alatt, a polypus nyelében levő muscularis mucosae intaktnak bizonyult. Az adenoma saját mirigyei atypiát nem mutattak, a környezetben levő nyirok- és vérerekben daganatsejteket nem láttunk.

Nyálkhisztológiai módszereket (PAS reakció, alciankek — PAS reakció pH 1,0 és 2,5-es értéken) (3) és immunhisztokémiai vizsgálatokat (CEA kimutatása) is végeztünk az intézetben alkalmazott módszer (6) szerint, annak érdekében, hogy a gyomorrákot és a colon adenomát identifikáljuk, illetve az utóbbiban létrejött áttéti tumort e módszerek segítségével bizonyítsuk.

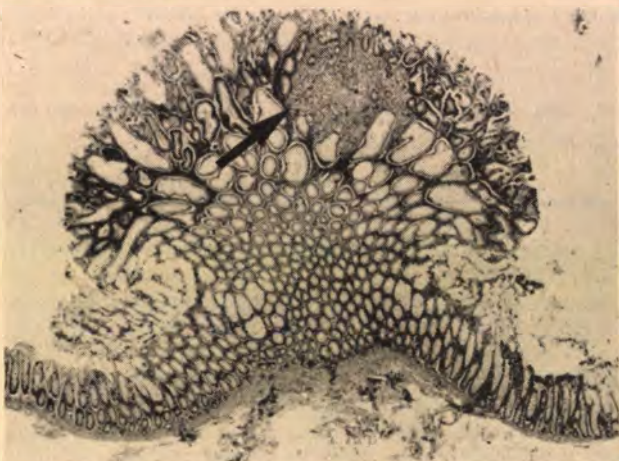
A disszociált gyomorrák sejtei és az adenomában levő hasonló jellegű áttéti tumorsejtek alciankek — PAS reakcióval (pH 2,5) egyaránt képesek cytoplasma festődést mutattak: olyat, mint az adenomának a saját sejtei. A gyomorban levő kevés épen maradt, pseudopyloricus metaplasziát mutató nyálkahártya mirigyei PAS pozitív cytoplasmával rendelkeztek, azaz pirosra festődtek. Az immunhisztokémiai reakció során (4. ábra) az adenoma mirigyhámsejtjei szabályos felszíni pozitivitást mutattak. Az áttéti daganatsejtek cytoplasmájában diffúzan kicsiny rögök formájában láttuk a CEA pozitivitást, mely megegyezett a primer tumorban látottal.

Megbeszélés

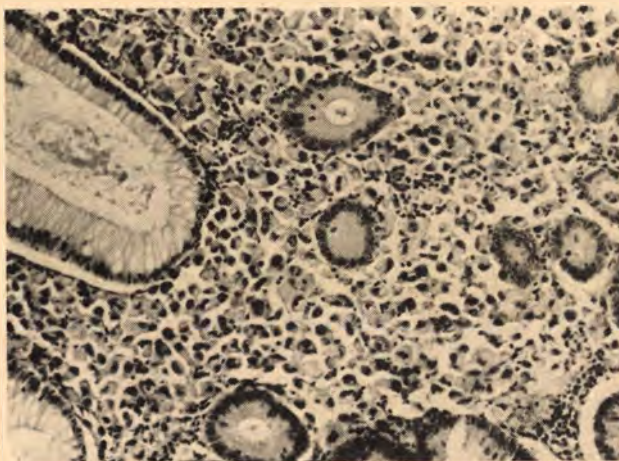
A malignus tumorok áttétképzése más malignus vagy benignus tumorba igen ritka (2, 8, 9). Magyar közlemény tudomásunk szerint 4 jelent meg (5, 10, 11, 14). A colonban levő



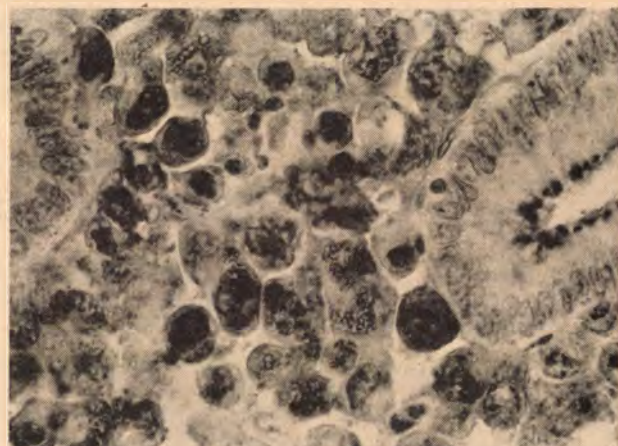
1. ábra: A primer gyomorcarcinoma a nyálkahártyában. HE, 35 x.



2. ábra: A carcinomaáttétet (1) tartalmazó coecumpolyp szövettani képe. HE, 13 x.



3. ábra: A 2. ábra részlete. A coecumpolyp mirigyei között a metastasis látható. HE, 140 x.



4. ábra: A carcinomaáttét sejtei jórészt CEA pozitívak; a polyp mirigyeinek lumen felőli részén látszik szabályos felszíni pozitívitas. CEA—PAP, 560 x.

Magában a colon és rectum nyálkahártyában is ritkán képződik áttét (7), sokkal gyakrabban látjuk a környező szervek (ovarium, méh, gyomor, prostata stb.) daganatainak közvetlen ráterjedését (7). Ugyancsak ritka, hogy colon adenomát synchron vastagbélrák involvál (13). Ez utóbbi esetben a daganat nyirokerekben terjed, s a daganatsejtek invasiója az adenoma kötőszövetében is megfigyelhető. A gyomorrák az esetek döntő többségében lymphogen és haematogen úton képez áttétet, bár a vastagbél nyálkahártyában inoculációs metastasist már többen leírtak (1, 4). Esetünkben a metastasis mindhárom módon kialakulhatott, felmerült bennünk, hogy inoculációs módon jöhetett létre, mivel az adenoma felszínes részében figyelhető meg a mirigyek között a gyomorrákból származó burjánzó daganatszövet, s a környező véreerekben, ill. nyirokerekben daganatszövetet nem láttunk.

A Howell (2) által bemutatott esetben nem volt nehéz elkülöníteni a laphámrák áttétét az adenomában, mivel a környező nyirokerek is hasonló szerkezetű daganatszövettel voltak kitöltöttek. A Wiltz és mtsai (13) esetében nehezebb volt az elkülönítés, hiszen rosszul differenciált adenocarcinoma adott áttétet az adenomában. Az elvégzett immunhisztokémiai reakciók során a metastasis sejtei nem voltak pozitívak a CEA-ellenes savóval, ellentétben az adenoma sejteivel. Mi magunk is nyák-hisztokémiai és immunhisztokémiai reakciókkal kíséreltük meg a differenciálást. A primer gyomorrák és az áttéti tumor sejtei az alciankék—PAS reakcióval (pH 2,5) egyaránt kékre festődtek, tehát sulphomucin tartalmú nyák van bennük, ami a colon típusú gyomorrákra jellemző (3). Maga az adenoma mirigyhámja is kékre festődött. A CEA pozitívitas, annak jellegzetes eloszlása a carcinoma és az adenoma sejteiben ugyancsak arra utalt, hogy a primer gyomorrákból származó daganatsejtekkel állunk szemben. Tehát a gyomorrák és a coecum adenomában talált pleomorph daganatsejtcsoport mikroszkópos képe — a megegyező szerkezeti és cytologiai sajátosságok —, a hasonló nyáktartalom és a CEA eloszlása a cytoplasmában egyaránt az áttétképződést bizonyította.

Hogy ebben a benignus tumorban miért alakult ki metastasis, nem tudjuk. Az áttétképződés intraluminalis úton

soliter adenomában kialakult áttétet 2 irodalmi közlemény említ (2, 13). Wiltz és mtsai (13) egy 70 éves nő boncolása során találtak a colon polyposus adenomájában a kiterjedten metastatizáló emlőrák által képezett áttéti daganatot. Howell esetében (2) a 66 éves férfi jól differenciált tüdő laphámrákja a colon tubulovillosus adenomájában okozott metastasist.

inoculációs módon jöhetett létre. Minden bizonnyal az adenomában levő kedvező biokémiai környezet (jó vérrellátás, magas glycoprotein tartalom) és hasonló szöveti szerkezet jó talajt biztosított az ide került daganatejtek számára. Az ilyen ritka (tumorba metastatizáló tumor) áttétképződés mechanizmusának megismerése további vizsgálatokat tesz szükségessé.

Megjegyzés a korrektúráról

A kézirat beküldése óta újabb közlemény számolt be vastagbél adenomában létrejött áttétképződésről (Grignon, D. J. et al.: Malignant melanoma with metastasis to a colonic polyp. Am. J. Gastroent. 1988, 83, 1298.)

IRODALOM: 1. Boreham, P. F.: Implantation metastases from cancer of the large bowel. Brit. J. Surg., 1958, 46, 103. — 2. Howell, L. P.: Malignant neoplasms metastasizing to a benign host tumor. Arch. Pathol. Lab. Med., 1984, 108, 940. — 3. Huang, C. M. és mtsai: Sulphomucin colonic type intestinal metaplasia

and carcinoma in the stomach. Cancer, 1986, 57, 1370. — 4. Israel, O.: Magenkrebs mit ungewöhnlicher sekundärer Ausbreitung, insbesondere im Darmkanal. Berl. Klin. Wschr. 1897, 34, 68. — 5. Királyfalvy, E.: Gutartiger Glomus-caroticum Tumor mit Uterussarkommetastase. Zbl. Allg. Path., 1957, 96, 234. — 6. Krenács T., Lászik Z., Dobó E.: A fénymikroszkópos immunarany-ezüst módszer és érzékeny immunperoxidáz technikák alkalmazása rutin kórszövettani anyagon. Morph. és Ig. Orv. Szemle, 1988, 28, 45. — 7. Morson, B. C.: The pathogenesis of colorectal cancer. (In: Major Problems in Pathology), W. B. Saunders, Philadelphia, 1978, Vol. 10. — 8. Richardson, J., Katayama, I.: Neoplasms to neoplasms metastasis. Arch. Pathol. Lab. Med., 1971, 91, 135. — 9. Schmitt, H. H.: Metastases of malignant neoplasms to intracranial tumours: the tumour-in-a-tumour phenomenon. Virchows Arch. (Pathol. Anat.) 1984, 405, 155. — 10. Szirmai K., Szentkláray J.: Tumorba metastatizáló tumor. Orv. Hetil., 1976, 117, 99. — 11. Veress J.: Adenocarcinoma metastasis basaliomában. Komárom megyei orvosnapok közleményei, 1959, 338. old. — 12. Willis, R. A.: The spread of tumors in the human body. Butterworth, London, 1952, 60. old. — 13. Wiltz, O., O'Toole, K., Fenoglio, C. M.: Breast carcinoma metastasis to a solitary adenomatous polyp in the colon. Arch. Pathol. Lab. Med., 1984, 108, 318. — 14. Zalatnai A.: Tumorba adott metastasis. Orv. Hetil., 1988, 129, 2535.

(Tiszlavicz László dr. Szeged, Pf. 401. 6701)

Dent-East®

A—DEC International Inc. Newberg, Oregon, USA

a legnagyobb, fogászati készülékeket gyártó amerikai cég megnyitotta
buda pesti képviselőjét, ahol



pneumatikus elven működő

FOGÁSZATI EGYSÉGGÉSZLET

vagy elemei

mérsékelt forint áron, rövid határidővel kaphatók.

Márkaszerviz helyszínen biztosítva.

Kapható továbbá:

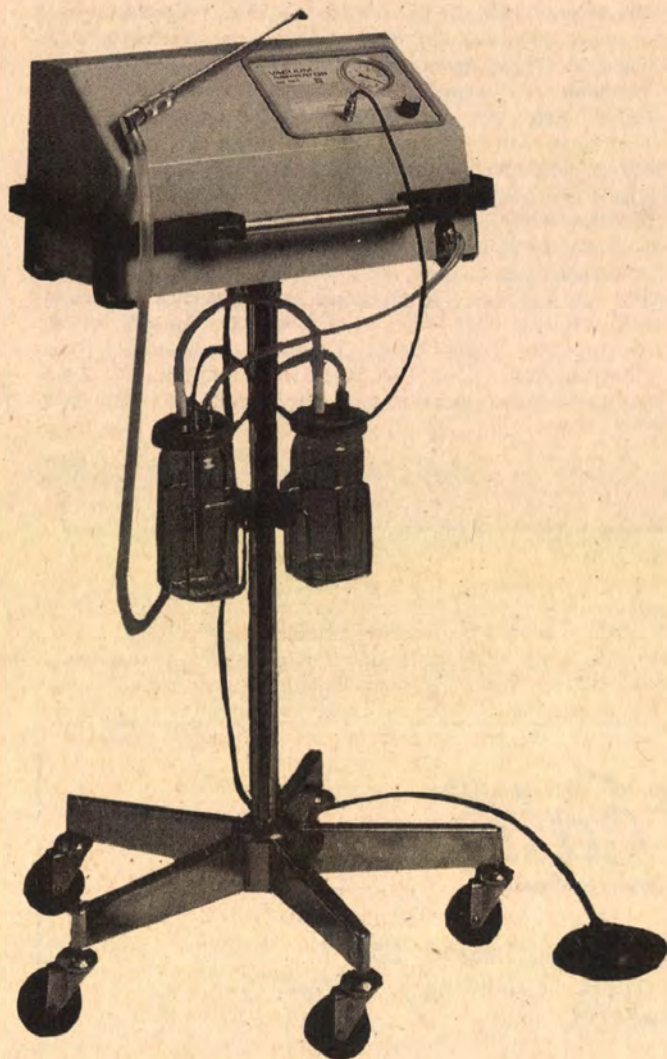
- fogászati röntgenkészülék
- radiovisiograph
- panorámaröntgen
- kézikarabok, fogköleszedők,
- egyéb fogászati kellékek
- kompresszorok Jun-Air 24—50 lit
50—150 lit/perc

Címünk:

Dent-East Kft. Budapest, XII. Liptó u. 8. 1124
Telefon: 18-61-950 Telefax: 17-64-357



VACUUM ASPIRATOR OE—124



Az OMSZÖV új szívókészülék családjának legújabb tagja a vacuum aspirator végrehajtására alkalmas szivattyú. Az új típusú dugattyú rendszerű, lassú járású és korszerű szivattyú zajtalan működést, hosszú élettartamot, karbantartásmentes működést biztosít. Robbanásbiztos lábkapcsolóval működtethető a készülék. A vákuumszabályzóval beállított vákuum gyorsan, zajtalanul elérhető és ellenőrizhető. A készülék döntött előlapja könnyű kezelhetőséget, jó megfigyelést biztosít.

A beépített elektronika időben figyelmeztet a túlfolyóedény megtelésére, és automatikusan megszünteti a vákuumot.

A gyorscsatlakozó rendszer a megtelt üvegek gyors cseréjét teszi lehetővé.

A szívókészülék könnyen mozgatható az ötágú, gördíthető állványon.

Tartozékok:

1 db 2 literes üvedény,
1 db 1 literes üvedény biztonsági túlfolyóval,
1 garnitúra katéttersorozat, Ø6—Ø14 mm-ig.

Műszaki adatok:

Hálózati feszültség	220 V, 50 Hz
Teljesítményfelvétel	270 VA
Max. vákuum	85 kPa
Méret	423 × 287 × 223 mm
Súly	170 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

BESZÁMOLÓK

Az Osztrák Nőorvos Társaság intenzív endokrin továbbképző szemináriumát 1990. január 27.—február 3. között Oberlechben tartotta. Az intenzív szemináriumnak Olaszország, Svájc, Németország, Ausztria, Magyarország, Hollandia területéről 26 hallgatója volt. A tanfolyamot dr. A. R. Schurz szervezte, vezetője prof. dr. J. Huber (Bécs) volt. Meghívott vendégként prof. Ch. Lauritzen is részt vett.

A kurzus, mely elsősorban osztályvezető főorvosok részvételével folyt, a menstruációs ciklus fiziológiájától a terápiás befolyásolhatóságon át a menopausa időszak gondozásával, hormonális szubsztitúció kérdésével, a meddőségi endokrin problémák diagnózisával, illetve terápiájával, a terhesség endokrinológiájával, valamint a szexuális problémák endokrin befolyásolhatóságának lehetőségével foglalkozott.

A tanfolyam kezdetén a hallgatók multiple choice teszt segítségével saját információs bázisukat felmérhették. Minden előadási nap végén az előadás anyagát feldolgozó újabb tesztlapokat kaptak, végül a tanfolyam zárása idején az egész anyag problematikáját feldolgozó újabb tesztet töltöttek ki, mely tesztlapokat saját maguk értékelték. Ugyanakkor az egyes előadásokat is pontozták. Az előadások tematikája a biokémiától a klinikai endokrinológián át a gyakorlati gyógyszeres alkalmazásig a téma teljes vertikumát feldolgozták. A felkért hozzászólók, a témavezetők egyes előadásai után saját tevékenységükről, tapasztalataikról is beszámoltak. Ennek kapcsán dr. Rudes Torfe a meddőségi laparoszkópiás diagnosztikai módszereket, magam a periklimakteriális kalcitonin ösztrogén reláció problémáit ismerttettem.

A kurzust a CILAG gyógyszergyár támogatta anyagilag.

A jelentős részvételi díj, illetve a magas szintű előadások a hallgatóság rendkívül aktív részvételét biztosították. A naponkénti önkontrollteszt segítségével az előadások követését, megértését, illetve követhetőségét mind a hallgatók, mind az előadók ellenőrizhették.

A rendező szervezők a szemináriumot egy eléggé elszigetelt szállodában tartották, ily módon a résztvevők a szigorúan vett szakmai programokon túlmenően is megbeszélhették szakmai problémáikat.

Meggyőződésem, hogy hasonló jellegű intenzív szemináriumok hazai bevezetése hazai, illetve külföldi előadókkal, továbbá a hasonló jellegű rendezvényeken való jelentősebb számú magyar részvétel hozzájárulhatna az orvostovábbképzés színvonalának további emeléséhez.

Marton István dr.

Egy közösség válasza az AIDS kihívására — beszámoló a washingtoni Whitman—Walker Clinic munkájáról

A Whitman—Walker Clinic (a továbbiakban WWC, a klinika szó járóbetegeket ellátó intézetet jelent) 1973-ban kezdte működését, mint a helyi homoszexuális közösség által alapított, elsősorban nemi betegek gyógyításával foglalkozó intézmény. 1982-ben jelentkeztek először a HIV-pozitív betegek, számuk gyarapodásával fokozatosan a klinika legfontosabb tevékenységévé vált ellátásuk. Az amerikai egészségügyi intézmények túlnyomó többségével ellentétben a WWC nem profit-orientált, és szolgáltatásai gyakorlatilag ingyenesek. Költségvetésének 62 százalékát a magán-szektorból fedezi, 1988-ban csaknem kétmillió dollárt tett ki ez az összeg. Büszkék arra, hogy az adományok jelentős része 100 dollárnál kevesebb, ez a tény széles körű társadalmi támogatásra enged következtetni. Kapnak hozzájárulást a szövetségi kormánytól és a szomszédos államok, megyék hatóságaitól is.

Az elmúlt évben több mint 4000 HIV-tesztet végeztek, a jelentkezők a vizsgálat előtt és után részletes felvilágosítást kaphattak részben a betegség megelőzésével, részben az eredmény értékelésével kapcsolatban. Washingtonból és környékéről 3500 AIDS-esetet jelentettek. A klinika orvosai 810 beteget láttak el, rendszeres laboratóriumi és fizikális vizsgálat mellett gyógyszeres kezelést és ingyenes védőoltásokat is kaphatnak. Aerosol pentamidint alkalmaztak a Pneumocystis carinii pneumonia megelőzésére. Kedvezményes térítésű AZT-hez juthatnak azok, akik a környéken laknak. Gyógyszerkísérleti programokban való részvételre szintén ingyen nyílik lehetőség. A fekvőbeteg-ellátásra szorulóknak más intézetet kell felkeresni, de ha állapotuk javul, visszatérhetnek a klinikára.

Közismert, hogy igen sok fogorvos elutasítja a HIV-pozitívok kezelését, ezért különösen fontos a WWC térítésmentes fogászati szolgálata, melyet tavaly 330-an vettek igénybe. Az orvosi ellátás és gyógyszeres kezelés biztosítása csak egy része a WWC széles körű tevékenységének, a többdimenziós gyógyítás elméletét itt sikerült a gyakorlatban megvalósítani, mégpedig úgy, hogy a 150 fizetett alkalmazott munkáját több mint 1600 önkéntes segíti. Közülük sokan már korábban kapcsolatba kerültek a XX. század pestisével: hozzátartozóik, barátaik között pusztított a betegség, esetleg maguk is szeropozitívak. Akadnak közöttük, akik a nyugdíj mellett vállalnak heti néhány óra önkéntes munkát, elméleti kutatók a beteggel való közvetlen találkozássért jönnek, megint másokat szociális problémák iránti érzékenységük vonz.

Pszichés támogatást nemcsak a betegek, a vírus hordozók kapnak, hanem barátaik, rokonaik is. Az egyik önkéntes segítő, a „buddy” (pajtás), aki szoros érzelmi kap-

csolatban van a beteggel (pontosabban, a PWA-val, person with AIDS — a beteg szót legtöbbször kerülük). Segíti kapcsolattartását a klinikával, segít hivatalos ügyekben és magánéleti problémák megoldásában. Az ún. companion kevésbé szorosan kötődik, heti két-három órát tölt egy HIV-pozitív személlyel. Segít a házimunkában, programokat szervez (színház, hangverseny, sport összejövetelek), szükség esetén meglátogatja a kórházban, orvoshoz viszi. A lelki segítségnyújtásban természetesen szakképzett pszichológusok is részt vesznek. Több mint 200 önkéntes és két főállású ügyvéd ad jogi segítséget, sokszor már a szűrővizsgálatot megelőzően: felhívják a figyelmet például arra, hogy milyen diszkriminatív intézkedések sújthatják a szeropozitívokat. Segítséget nyújtanak különböző kérvények beadásához, kölcsönfelvételekhez, munkahelyi problémák megoldásához, szükség esetén a végrendelet elkészítéséhez.

A WWC AIDS alapítványa 250 kisebb emlék-alapítvány kezelésével foglalkozik. Az elmúlt 4 évben összesen 370 000 dollárt osztottak el közvetlen pénzügyi segítségként, hozzájárulnak a lakás, élelmiszer, közlekedés, szórakozás költségeihez. Megjegyzendő, hogy a rendelkezésre álló keret kevesebb, mint 10 százalékát használja az adminisztráció. Fontos szolgáltatás a Housing Services, mely 44 PWA szállásáról gondoskodik öt közösségi házban, minimális térítési díj ellenében. Ezekben a házakban rövid időtartamú nővéri ellátást is kaphatnak azok, akik ugyan nem szorulnak kórházi kezelésre, de maguk ellátására átmenetileg képtelenek. A lakók számos közös programban vesznek részt, gyakran járnak szórakozni, közösen ünnepelnek. A WWC egészségnevelő munkáját talán néhány szám tükrözi a legjobban: 1988-ban 6336 telefonhívásra válaszoltak, 1057 előadást tartottak iskolákban, munkahelyeken, egészségügyi és társadalmi intézményekben, ezeket több mint harmincezen hallgatták meg. Létrehozták a spanyol nyelvű tanácsadó szolgálatot.

Teljesen újszerű a Sreet Outreach Project munkája. Dolgozó személyes kontaktust keresnek — és találnak — a prostitúáltakkal, iv. drogosokkal, a hajléktalanokkal. Éjszakai bárakat, könyvesboltokat, fürdőházakat, börtönöket látogatnak. A felvilágosító szó így azokhoz is eljuthat, akik újságot nem vesznek a kezükbe... Mivel foglalkozik még a Whitman—Walker Clinic? Csak felsorolásszerűen: nemi betegek kezelése, segítség alkoholistáknak, drogosoknak, telefon-segélyszolgálat homoszexuálisoknak, jóga-tanfolyam szervezése, ingyen könyvek, folyóiratok biztosítása az arra rászorulóknak — és még mindig nem említettem mindent. Beszámolómat Jim Graham — aki a WWC igazgatója — egy gondolatával zárom, melyet mintegy utra-valóként adott: „Az AIDS által felvetett problémákra nem felülről kell várni a választ, a megoldást. Hatékonyabb munkát végezhet az a közösség, ahol az érintettek, így a betegek is élnek. Egyben ez a legkevesbé költséges megoldás... A munka

kezdetével pedig nem kell megvárni azt, hogy több száz, esetleg több ezer beteg kerüljön az amúgy is akadozó működő egészségügyi intézményekbe. Cselekedni kell! Most!"

Csépe Péter dr.

A III. Nemzetközi Hajas Sejtes Leukémia Konferenciáról: Laguna Niguel, California, 1989. október 18–21.

Az első nemzetközi hajas sejtes leukémia (HSL) konferenciát 1983-ban Chicagóban, a betegség első leírójának, Bertha Bouroncle-nak a részvételével, összesen 25 előadóval rendezték meg. A második nemzetközi workshop megrendezésére 1986-ban Leedsben, 31 előadóval került sor. Az elhangzott előadások teljes terjedelmű közlemények formájában a *Seminars in Oncology* 1984. évi II. számában, ill. a *Leukemia* 1987. évi 4. számában jelentek meg. 1989 októberében egyike lehettem a III. Nemzetközi Hajas Sejtes Leukémia Konferenciára meghívott 24 előadónak. A konferencia szervezői Golomb (Chicago), Golde (Los Angeles) és Catovsky (London) voltak. A szervezőket is beleszámítva a résztvevők nemzetek szerinti megoszlása a következő volt: USA 13, NSZK 3, Anglia 3, Franciaország 1, Magyarország 1, Olaszország 2, Görögország 1. A korábbi kongresszusokhoz képest az érintett témák száma szűkebbre szabott, elsősorban a HSL kezelésével kapcsolatos volt. Ennek oka az lehetett, hogy az alfa-interferon (IFN) ebben a különleges és ritka krónikus limfoproliferatív folyamatban bizonyult a leghatásosabbnak. Kiderült továbbá, hogy a pentostatin (deoxycoryformycin), az adenozindezamináz enzim gátlója HSL-ban valódi komplett remisszió előidézésére képes. 4, ill. 5 évvel ezen szerek HSL-ban észlelt hatásosságának első leírása után mindkét szer esetében érdemi kiértékelésre alkalmassá vált a betegek, ill. a beteg-évek száma. A konferencián elhangzott 24 előadás közül 15 a HSL IFN-és/vagy pentostatin kezelésével foglalkozott, míg a szplenektómia — a korábban elsőként választandó kezelés — jelentősége csökkenni látszott. Ennek ellenére nem született a II. Nemzetközi HSL konferencián elfogadott „Konszenzus döntés”-hez hasonló egységes kezelési javaslat. Ez azt is jelenti, hogy a HSL-ás betegeket még mindig klinikofarmakológiai tanulmányok keretében célszerű kezelni mindaddig, míg a fenti kezelési lehetőségek szerepe pontosan körül nem határolódik.

Elfogadott tény, hogy az alfa-IFN általában nem okoz valódi komplett remissziót HSL-ban, de a reziduális hajas sejtek kimutatásához a csontvelő immunhisztokémiai vizsgálatára is szükség van. Pangalis (Athén) kimutatta, hogy azon esetekben, ahol a perifériás vér és csontvelőadatok alapján komplett remissziót diagnosztizáltak és azt követően szplenektómiára került sor, az eltávolított lép szövettanilag még mindig infiltráltnak bizonyult, míg a máj-

biopsziás metszetekben nem találtak hajas sejteket. Így előtérbe került a HSL klinikai stádiumainak meghatározására alkalmasnak gondolt fogalmak, a stabil és a progresszív betegség megkülönböztetése. Ezen fogalmak használata a kezelési eredmény megítélésére használt nomenklátúra bizonyos kettősségéhez vezetett: így pl. Golomb (Chicago) a pentostatinnal kezelt betegeken komplett remissziót, jó részleges remissziót, részleges remissziót, valamint stabil és progresszív betegséget különböztet meg.

A nagyon kis adagú alfa-2b IFN kezelést (2×10^5 U/m²) a korábban szokásos adagú IFN-nal kezelt betegeken a szokásos IFN kezelésnél kevésbé hatásosnak találták (Thompson, Seattle). Megkísérrelhető viszont ezen nagyon kis adagú IFN kezelés alkalmazása a szokásos IFN kezelést követően, fenntartó kezelésként.

Azon IFN-kezelt betegeken, akikben neutralizáló IFN ellenanyagok mutathatóak ki, a hosszan tartó folyamatos IFN kezelés az IFN ellenanyagok megszűnéséhez vezethet, és ennek a jelenségnek a betegek egy kis hányadában klinikai jelentősége lehet. Ha a folyamatos alfa-IFN expozíció szükséges az IFN antitestek megszűnéséhez, úgy a folyamatos IFN-alfa kezelés előnyösebb lehetne, mint az intermittáló kezelés (Steis, Frederick).

A granulocita alkalikus foszfatáze (GAP) aktivitás a HSL-ás betegek 90%-ában növekedettnek bizonyult (Ratain, Chicago). Ugyanezen szerzők a GAP aktivitás és a csontvelői hajas sejtes infiltráció foka között szoros korrelációt találtak. (Az IFN-nal kezelt betegeken talált 200 vagy efeletti GAP pontszám előre jelezte a fenyegető relapszust.) A HSL kezelésével foglalkozó olasz kutatócsoport az alfa-IFN-t tekinti az elsőként választandó szernak a HSL kezelésében, az alfa-IFN-nal való indukciós kezeléssel elért komplett vagy parciális „válasz” idején pedig konszolidációs kezelésként szplenektómiát is indokoltnak tart (Damasio, Genova).

Catovsky (London) javaslata szerint, ha a lép legalább 10 cm-rel meghaladja a bordáívet, szplenektómia indokolt, ezt követően kb. 6 hónapig, ill. a sejtszámok normalizálódásáig alfa-IFN adandó, végül pedig pentostatin kezelés javasolt a komplett (csontvelői) remisszió érdekében.

Pentostatinnal kezelt betegeken az esetek 90%-ában komplett remisszió jött létre. Az 52 beteg-év során sem súlyosabb fertőzéseket, sem második tumort nem figyeltek meg. Pentostatin kezelést követően a B sejtek és a CD4 + T sejtek száma nagymértékben, a CD8 + T sejteké mérsékelten csökkent. A monociták száma és az in vitro NK aktivitás növekedett, míg a Leu-11a + mononukleáris sejtek száma a perifériás vérben változatlan maradt (Kraut, Columbus).

Rai (New York), a krónikus limfoid leukémia Rai-klasszifikációjának leírója szintén a HSL kezelésének eredményeiről számolt be. Hangsúlyozta továbbá a HSL-ként diagnosztizált esetek központi hemato-

patológiai felülvizsgálatának szükségességét.

A granulocita-kolónia stimuláló faktor (G-CSF) hatásosnak bizonyult a HSL-ban észlelt granulocytopenia kezelésében, a képződő granulociták morfológiailag kórosak ugyan, de funkcionálisan aktívnak bizonyultak. Kezelési mellékhatást nem észleltek. A G-CSF önmagában vagy rekombináns konszenzus IFN-nal kombinálva szerepet játszhat a HSL kezelésében (Glaspy, Los Angeles).

A rekombináns konszenzus IFN-alfa (rIFNa-con-1) „szintetikus” géntermék, amelyben az aminosavak sorrendjét a II. elsőként felfedezett és szintetizált humán alfa IFN szerinti „konszenzus” szabja meg. Ez a rekombináns konszenzus IFN-alfa egyik természetesen előforduló alfa-IFN altípusával sem azonos, igen hatásos IFN-féleség. Toxicitásának jellege egyezik a többi rekombináns IFN-éval. A humán I. fázisú vizsgálatok során kezelt 240 betegben nem észlelték IFN-antitestek képződését (Glaspy, Los Angeles).

A 2-klorodeoxiadenozin a HSL kezelésének legújabb, igen hatásosnak bizonyult gyógyszere. Egyetlen kezelési periódust (egyhetes folyamatos iv. infúziót) követően a betegség az így kezelt 14 betegben tartósan (1 éven túl) a stabil szakaszban maradt (Piro, La Jolla).

A HSL biológiai aspektusairól csak néhány előadás hangzott el. Ezek többsége a tumor nekrosis faktornak (TNF-nek) a HSL patogenezisében betöltött szerepével foglalkozott. Porzsolt (Ulm) adata: rekombináns TNF-alfa hatására a szeparált hajas sejtek in vitro proliferációra képesek és ez a jelenség a betegség klinikai stádiumának függvénye; a TNF csak a progresszív klinikai stádiumú betegek, nem pedig a tünetmentes stabil stádiumban lévő mononukleáris sejtjeinek proliferációját stimulálta. Herrman (Mainz) a citokineknek a HSL-ban betöltött szerepét vizsgálva a HSL-ra jellemző monocitopéniát a betegségben észlelt fokozott IL-4 termeléssel magyarázta.

Cawley (Liverpool) adata szerint a T sejt-eredetű növekedési faktorok nem játszanak szerepet sem a hajas sejtek proliferációjában, sem differenciálódásukban. A monocitáknak-makrofágoknak, ill. az endoteliális sejteknek a hajas sejtek proliferációjában betöltött stimuláló szerepét csak az alfa-IFN gátolja, a gamma-IFN nem.

A hajas sejtek ellen termelt HC-2 elnevezésű monoklonális antitestről bebizonyosodott, hogy nem specifikus a hajas sejtekre, bár a kötőhelyek száma a hajas sejteken a legnagyobb (Posnett, New York). A HC-2 a T sejtek, a B sejtek és a monociták aktivációs antigénje.

Worman (London) kimutatta, hogy az IFN-nal kezelt HSL-ás betegeken a szerin-eszteráze pozitív citotoxikus T sejtek száma növekszik, ezen sejtek aránya és a perifériás vér mononukleáris sejtjeinek in vitro természetes ölképessége közt szoros korrelációt találtak. Adataik szerint az IFN hatására a T sejtek citotoxikussá vál-

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 5x1 cseppet a beteg szembe cseppenteni. Súlyos fertőzés esetén a cseppentés félóránként—óránként ismételtető.

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 csípős érzés.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre — egyszeri alkalommal — kiadható.

CSOMAGOLÁS

10 g kenőcs tubusban

ELŐÁLLÍTJA

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen



nak, és ez hozzájárul a hajas sejtek pusztulásához.

A magyar adatok 24 B-sejtes eredetű HSL esetben a mononukleáris sejtek felszíni marker és funkcionális vizsgálatáról és ezen eredményeknek a betegség klinikai

stádiumával való összefüggéséről szóltak. Bemutattuk azon HSL miatt szplenektomizált beteg immunológiai vizsgálatának eredményét is, akiben a folyamat a sejtfelszíni markervizsgálat a DNS analízis szerint is T sejtjes eredetűnek bizonyult.

A konferencián való részvétel, ill. a kinttartózkodás költségeit a meghívó fél fedezte, míg az utazási költségek viseléséért a Soros Bizottságnak tartozom köszönettel.

Demeter Judit 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

többrekeszes recepttartót

kétfelé nyíló ampullatartót

3800,— Ft,

980,— Ft,

1280,— Ft,

Közületeket is kiszolgálók!

Telefon: 1-531-875

Microsystem az egészségügyért!

Az automatizált kórház (rendelőintézeti) adminisztráció megteremtéséhez kisszövetkezetünk ajánlata:

Integrált kórházi információs rendszer

Betegfelvételi rendszer

Laboratóriumi rendszer

Osztályos dokumentálórendszer

Körzeti orvosi rendszer

Készletgazdálkodási rendszer

Állóeszköz-gazdálkodási rendszer

Főkönyvi könyvelés

Folyószámla-könyvelési rendszer

Bér- és munkaügyi rendszer

MicKOR

MicFEL

MicLAB

MicDOK

MicDOKI

MicGAZD

MicÁGI

MicFOK

MicRIVER

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 MS — Fax: 1-559-296

ERYC®**250 mg****antibioticum contra
Gram-positiv microbia****kapszula****HATÓANYAG**

250 mg erythromycinum kapszulánként.

JAVALLATOK

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

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

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

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

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

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

ELLENJAVALLATOK

Erythromycin túlérzékenység, súlyos májkárosodás.

ADAGOLÁS

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

Szokásos adagja gyermekeknek: (súly, életkor és a fertőzés súlyosságától függően): enyhe és középsúlyos esetben általában 30–50 mg/tskg naponta, 3–4 részre 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, középsúlyos esetekben felnőtteknek per os naponta 4×500 mg 14 napon át.

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

MELLÉKHATÁSOK

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

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

Nagy teofilin adagok egyidejű adása esetén megemelkedhet a teofilin szintje a szérumban, így a teofilin toxicitása is, ebben az esetben a teofilin 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

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1989. 6. sz.

- Hrabovszky Tamás dr.*: A dermatochirurgiai tevékenység 25 éve a Pécsi Bőrgyógyászati Klinikán
Földes Márta dr., Bérczi Mihály dr., Maryi Anna dr. és Dobozó Attila dr.: Candida albicans ellenanyag-titer és keringő antigén meghatározás hematológiai betegekben
Terstyánszky Edit dr., Rácz István dr., Pulay Tamás dr. és Gáti János dr.: Tumor markerek jelentősége a paraneoplasztikus syndroma diagnózisának felállításában — egy sikeres gyógyított prurigo kapcsán
Dobránszky Irén dr. és Mészáros Csilla dr.: Gyermek-kori pemphigus vulgaris
Tamás András dr., Korom Irma dr. és Takács Péter dr.: Meduzacsep okozta epizoonózisok
Daróczi Judit dr.: Mi az Ön diagnózisa?
Károlyi Zsuzsanna dr., Bárkányi Ételka dr., Vizi Márta dr. és Molnár László dr.: A szelektív fototerápia és alkalmazása psoriasisban
Kleszky Miklós dr. és Török Éva dr.: Tapasztalatok tenyéri-talpi psoriasisról gyermekkorban
Takácsy Teréz dr., Török Ibolya dr., Várkonyi Viktória dr. és Terstyánszky Edit dr.: Lábszárfekélyek mikológiai vizsgálata
Stehlich Gábor dr., Gilde Katalin dr. és Török Ibolya dr.: Hajas fejbőr microsporia felnőttkorban

FOGORVOSI SZEMLE

1990. 1. sz.

- Szöke Á. dr. és Lajta B. dr.*: Újabb lehetőségek a mágneses protetikai alkalmazásában
Gáspár L. dr. és Szabó Gy. dr.: CO₂-laser alkalmazás előnyeinek és hátrányainak érvényesülése a szájszében
Szentpétery A. dr.: Színes diapozitívok készítése számítógéppel szerkesztett ábrák fényképezése útján
Vajdovich I. dr., Fazekas A. dr. és Divinyi T. dr.: A DIAMOR alumínium-oxid biokorommal orális enoszál implantációknak elvi és gyakorlati kérdései
iff. Tóth P. dr., Kovács J. dr., Somogyi E. dr. és Müller B. dr.: Savhatásnak kitett patkányfajta orális enoszál implantációjának értékelése pártázó elektronmikroszkopos képek alapján

MORFOLÓGIAI ÉS IGASZÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1990. 1. sz.

- Kendrey Gábor dr., Arató Gabriella dr., Bajtai Attila dr., Kaszás Ilona dr., Kiss Ferenc dr., Magyar Éva dr., Surján László dr., Virágh Szabolcs dr. és Szakács Zsuzsanna dr.*: A diagnosztikus patológiai, továbbképző és kutató munka egységéről intézetünkben
Schaff Zsuzsa dr., Jeney András dr., Kopper László dr., Kovács Ilona dr., Karácsonyi Sándor dr., Székely Andor dr., Lapis Károly dr.: Emberi primer jó- és rosszindulatú májdaganatok patobiológiája
Kerényi Tibor dr., Lehmann Rolf dr., Voss Bruno dr. és Jelinek Harry dr.: A monocytá endotel interakció hatása a DNS akridin-oranzs kötőképeségére hypertóniában
Kelényi Gábor dr., Pajor László dr., Csanaky György dr.: A malignus lymphomák morfológiája és experimentum
Tószegi Anna dr.: A cardiális myxomák morfológiája
Dezso Balázs dr. és Gombai Szabolcs dr.: Extrarenális renin

- angiotensin rendszer és a mononukleáris phagocytá szisztéma kapcsolata
Sugár János dr., Molnár Béla dr.: A tv-képalizsre alapozott DNS citometria és morphometria a gyomorcarcinoma diagnosztikájában
Somogyi Endre dr.: A károsított környezet, szív- és tüdőelváltozások
Harsányi László dr.: Kuruzslás, alternatív medicina és az igazságügyi orvosszakértő
Buris László dr., Varga Mihály dr., Fodor Mihály dr. és Illés László dr.: Az alkoholfeltartás kinetikájának változékonysága

HONVÉDORVOS

1989. 4. sz.

- Ménesi László dr.*: Új rekonstrukciós módszerek az égettek kezelésében
Rókusz László dr. és Makara Mihály dr.: Mononucleosis infectiosa szövődésményei felnőtt korban
Kormányos Emília dr., Izó József dr. és Pajkos Gábor dr.: IgU kappa myeloma esetének ismertetése
Syposz Tibor dr.: Fagyási sérülés
Gachályi András dr., Naményi István dr. és Szegedi István dr.: Berlini kék¹³⁴Cs mobilizáló hatásának vizsgálata normál és vemhes patkányokban
Burai Géza dr.: Egy hadikórház működése az első világháborúban (1914—1918)

ACTA PHARMACEUTICA HUNGARICA

1990. 1. sz.

- Ráza Zsolt és Gábor Miklós dr.*: Természetes eredetű indenokromen származékok ödémagátló hatása
Vámos József, Kapolcsa Pál, Szász György és Józsa Miklós dr.: Funkciós csoportok hidrofób konstans értékeinek ΔR_{M0} vizsgálata
 II. Fragmens interakciók értelmezése
Tömpe Péter és Giegler Gábor dr.: A Diaveridin polarográfus meghatározása biológiai mintákban
iff. Regdon Géza, Bankó Gizella és Mezey Géza dr.: Elektrodagerek reológiai vizsgálata
 III. A gélserkezet időbeni változásainak tanulmányozása
Kata Mihály, Haragh László és Pintyéné Hódi Klára dr.: Production and Investigation of Tablets Containing Furosemide and β Cyclodextrin

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET

1989. 4. sz.

- Kubátov Miklós, Nyárády József dr.*: Újjépítések lehetőségei a kézen
Mester Sándor, Bíró Vilmos, Schmidt Béla dr.: Újabb megfigyelések az emberi hajlítónívvel morfológiájáról és biomechanikájáról
Mézes Miklós, Vidó Sándor dr.: A tenyer közepes szintjében szubtotálisan amputált kéz revaszkularizációs műtéttel való helyreállítása
Szabó György, Szántó Sándor dr.: Az Eggers műtét késői eredményei spasztikus térdzsugorodásban
Szabó György, Illés Tamás dr.: Dekalcinált corticalis csont ossificációjának kísérletes vizsgálata
Zsolczi Sándor, Pentelényi Tamás dr.: A „Hangman's fracture” korszerű szemlélete
Jancsár László dr.: 18 év alatt háromszor cserélt csípőfűlet protézis esete
Geőcze Tibor, Rupnik János, Badó Zoltán dr.: A combfejtörés terápiás lehetőségei
Lakatos József, Zimmermann András, Mező Róbert dr.: Congenitalis tibia-álízület konzolidációja Ilizarov compressio-distraction módszerével
Moser Tamás dr.: Scott műtét a habituális hátsó vállficam megoldásában

- Tóth Kálmán, Dósa Gábor dr.*: Izolált scaphoideotrapesialis arthrosis kezelése Ender-lemezkész arthrodéssal

1990. 1. sz.

- Forgon Mihály, Várhidy László, Magdics Mihály dr.*: Girdlestone szerinti combfejresectio arthroplastica a csípőprotézisek infect szövődésményeinek gyógyításában
Laky Rezső dr.: A felkar dislocat subcapitis töréseinek kezelése velődrótozással
Gurin József, Jakab Gábor dr.: Coxa saltans miatt végzett műtéteink eredményei
Perjes Kornél dr.: Dinamikus szárnyas scapula
Szepe János, Szépe Ida, Szabó Edit dr.: Újszülöttek és csecsemők csípőízületének ultrahangos vizsgálata
Sántha Ernő dr.: A Matti-Russe műtét módosítása
Csonka Csaba, Gyurkó György, Halász Péter, Vékizer György dr.: Csuklóízület artéria sérülés felismerésének és kezelésének jelentősége
Klauber András, Molnár Ferenc dr.: Gerincvelő sérülések rehabilitációja Magyarországon 1962-től 1987-ig
Mónoskó Péter, Tarján József dr.: Exostosis cartilaginea multiplex okozta nervus peroneus paresis
Bálványossy Péter, Dévay Katalin dr.: Az öökdié középső csont izolált ficama
Jókai István, Tóth Kálmán, Mécs László dr.: Konzervatíván kezelt acetabulum törés utáni vápa-képzés
Münch Béla, Boros Zoltán, Endes János, Baráth Éva dr.: Tuber ossis ischi apophyseolysis
Szoboda Jenő, Varga Dániel, Sebesy Endre dr.: Tibiofibuláris ízületből kiinduló peroneus parézis okozó ganglion
Lang Péter, Neményi Katalin, Gáspárdy Géza dr.: Szokatlan előlábdeformitások műtéti korrekciója rheumatoid arthritises betegen
Novák János, Baksa József, Ménesi László dr.: Az égési sérülés mélységének téves megítéléséből eredő hibák

Kísérletes orvostudomány

1989. 6. sz.

- Ballagi-Pordány György, Kőszeghy Anna, Koltai Mária Zsófia, Arany Zoltán, Pogácsa Gábor dr.*: A vércukorszintet csökkentő szulfonilureák közvetlen hatása a szív- és érrendszerre nyíló
Mezei Béla, Juricskay István, Tóth Kálmán, Simor Tamás, Jávors Tibor dr.: Modellvizsgálatok akut myocardialis infarctus körleletésének prognosztizálása során
Morvai Veronika, Michael Stevens, Julien Hoffman dr.: Etanol hatása a transmurális coronaria véráramlásra normális és csökkent arteria coronaria perfusio nyomásnál
Héber Sándor, Markó Elenóra, Kovács L. Gábor dr.: Klinikai-kémiai paraméterek változásai morfin-tolerancia kialakulása során
Csáti Sándor, Ábrahám György, Mohácsi Gábor, Alfred Braith, Ulf Burchardt, Sonkodi Sándor dr.: A dypeptidyl-peptidase IV (DPP IV) enzim aktivitásának spektrofotometriás meghatározása patkány szérumban és vizeletben
Pecze Károly, Nemes Nagy Zsuzsanna, Jakab Imre dr.: Ketós marker lymphocyták tetracyclin szedő betegekben
Boros Mihály, Kaszaki József, Nagy Sándor dr.: Histamin felszabadulás szegmentális bélschaemiát követő reperfüzió alatt
Boros Mihály, Kaszaki József, Nagy Sándor dr.: Oxigén szabadgyökök szerepe a histamin felszabadulásában vékonybél ischaemiát követő reperfüzió alatt
Fazekas Tamás, Gyöngyösi Mariann, Krassó Irén, Udvary Éva, Szekeres László dr.: A lipolízis-gátló béta-piridilkarbinol (Ronicol) hatásai heveny szívizom ischaemiában
Varga Vince, Janáky Réka, Gulyás József, Marnela Kirsinkarja, Kontro Pirjo, Oja Simos, Somogyi János dr.: Kain-savkötődés gátlása béta-glutamát peptidokkal patkány szinaptikus plazmamembrán preparátumon
Kulcsár András, Gergely Judit dr.: Tamoxifen hatása hím patkányok májműködésére
Szabó Csaba, Kovács Arisztid dr.: EDRF: az endotélből származó relaxáns faktor



**A HUMAN
OLTÓANYAGTERMELOŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET**

**KÜLFÖLDI GYÓGYSZERGYÁRAKKAL EGYÜTTMŰKÖDVE AZ ALÁBBI
TERMÉKEK HAZAI ELŐÁLLÍTÁSÁBAN ÉS FORGALMAZÁSÁBAN VESZ RÉSZT**

TOPOSTASIN por
ANCOTIL infúzió és tabletta
INTAL kapszula
OPTICROM szemcsepp
OTOSPORIN fülcsepp
TIMOPTIC szemcsepp
NETROMYCIN injekció
GARASONE szemcsepp és szemkenőcs
DIPROSALIC oldat
CELESTONE
MANDOKEF injekció
DOBUTREX injekció
BRIETAL SODIUM injekció
VANCOCIN injekció
PIF INZULINOK
MC INZULINOK
CLAFORAN injekció
NARCANTI injekció
NUBAIN injekció
MICROPAQUE H.D. oral
LOCACORTEN—VIOFORM fülcsepp

— Hoffmann La Roche
— Hoffmann La Roche
— FISONS
— FISONS
— WELLCOME
— MSD
— ESSEX
— ESSEX
— ESSEX
— ESSEX
— LILLY
— LILLY
— LILLY
— LILLY
— NOVO
— NOVO
— ROUSSEL-UCLAF
— DU PONT
— DU PONT
— NICHOLAS
— CIBA-GEIGY

A termékekkel vagy gyógyszerellátással kapcsolatban kérdéseikkel
alábbi munkatársainkat keressék:

HEGEDÜS LAJOS
kereskedelmi főosztályvezető
Gödöllő, 2101
Táncsis M. u. 82.
Telefon: 28/20989, 28/20733

DR. TÉLESSY ISTVÁN
gyógyszerism. oszt. vez.
Budapest, 1107
Szállás u. 5.
Telefon: 1782-666, 1575-311



Szervátültetés

Új sebészi módszerek az emberi máj-átültetésben.

(Rövid áttekintés)

Az emberi májátültetés negyedszázados története az elmúlt évben fordulópontjához érkezett. A Cyclosporin A 1981-ben történt felfedezése, majd a szer klinikai alkalmazása olymértékben csökkentette a postoperatív kilökődés veszélyét, hogy a sebészet merészebb eljárások bevezetésére vállalkozhatott. Szükségessé váltak új módszerek azért is, mert megoldatlan kérdés volt a csecsemő- illetve gyermekkori májátültetések megfelelő donorokkal történő ellátása. Kétség sem férhet hozzá, hogy a várólistán lévő gyermekek 50–70%-os halálózása érzelmi motivációt is jelentett az eredeti sebészi ötletek mielőbbi gyakorlati alkalmazásához.

A gyermekkori májátültetés eredményei biztatóak voltak, kialakultak a műtét egyértelmű javallatai (1. sz. ref.). Világossá vált, hogy a biliaris atresia kezelésére alkalmazott Kasai-féle műtét csak korlátozottan alkalmazható (2. sz. ref.), a késői eredmények általában nem kielégítőek, s az eredménytelen műtét rontja a májátültetés kilátásait. Bebizonyosodott, hogy az úgynevezett „csökkentett méretű máj” átültetése javíthatja a májátültetésre váró gyermekek műtési esélyeit (3. sz. ref.). A sebészi technika sürgős esetekben lehetővé teszi egy donorból származó májrészeket két recipiensbe történő egyidejű beültetését (4. sz. ref.). Különleges sebészi technika és a legkorszerűbb immunológiai ismeretek együttes felhasználása olyan csúcsteljesítményeket eredményezhet mint az első sikeres máj-vékonybél transzplantáció (5. sz. ref.).

Az elmúlt év igazi szenzációja azonban minden bizonnyal az élő donorból történő máj-(segment) átültetés. E kérdéssel 1989 szeptemberében a Magyar Rádió tudományos ismeretterjesztő műsora foglalkozott, ekkor csak a Brisbane-ben végzett eset volt ismert, majd 1989. decemberben rövid MTI közlemény adta hírül, hogy az USA-ban, Chicago-ban is sor került ilyen műtétre (vö. 6. sz. ref.). Ismert, hogy közadokozásból egy 6 hónapos gyulai kisgyermek, anyjával Ausztráliába utazott, hogy ott kerüljön sor az anyai májsegment átültetésre. A beavatkozás etikai kérdéseket vet fel (6. sz. ref.). A műtétről az első (általam) ismert közlés Brazíliából származik (7. sz. ref.).

A májátültetés legújabb eredményeinek és ígéretes törekvéseinek az alábbi közlemények segítségével történő ismertetése remélhetően hozzájárul hazai szemléletünk korszerűsödéséhez.

Kupcsulik Péter dr.

Májátültetés gyermekek. Houssin, D., Valayer, J., Bernard, O. (Szerkesztőségi közlemény) (Hôpital Cochin, Paris; Hôpital de Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, Franciaország); Presse Médicale, 1989, 18, 1778.

A szerkesztőségi közlemény a gyermekkori májátültetés javallatát és kivételzését érintő szemléletváltozást foglalja össze.

A májátültetés sok olyan gyermek életét mentheti meg, akik akut vagy krónikus májbetegségben szenvednek, vagy májuk veleszületetten beteg. A transzplantáció (TRP) javallatát támogatja, hogy szaporodtak az ismeretek ezen ritkának tartott gyermekkori májbetegségek természetéről és kórjólatairól.

A TRP szempontjából ideális az lenne, ha a recipiens vele egykorú donor májhoz juthatna. A donatióra alkalmas pediátriai esetek száma azonban rendkívül alacsony; ennek oka részben a szülői beleegyezés megnyerésének jogi és etikai bonyolultsága. A kérdés egyik lehetséges megoldása a felnőtt donor máj in situ megkisebbitése annak megfelelő resectiójával. Ez a módszer néhány transzplantációs centrumban lehetővé tette, hogy akár a recipiensnél 12-szer nagyobb súlyú donor máját ültethessék át. (Jelenleg megegyezik a vélemény abban, hogy ez az arány 1 : 7-nél ne legyen nagyobb — Ref.) Amellett, hogy így ugrásszerűen növelhető a gyermekkori máj-átültetések száma, különösen fontos a megoldás a sürgős TRP-nál. A Franciaországban jelenleg érvényes donor szabályzat szerint még a 30 kg-nál nagyobb súlyú donorok esetében nem részesítik előnyben a gyermek recipienseket. Feltétlenül indokolt lenne olyan nemzetközi „szuper-sürgősségi” lista, mely az abszolút elsőbbséget élvező sürgős gyermek recipiensek nevét tartalmazná. A legutóbbi hónapokig a máj kivétele és a TRP közötti idő nem haladhatta meg a 6 órát, a máj ischaemiás károsodásának veszélye miatt. A wisconsini egyetemen 1989-ben kifejlesztett új konzerváló oldat segítségével ez az idő 12 órára növekedett. Így alkalmas recipiensek kereshetők, s ezzel csökken a postoperatív szövdmények és az úgynevezett „primeren nem működő” májak aránya.

A gyerekkori májátültetések javallatai 3 csoportra oszthatók:

1. Krónikus, nem daganatos májbetegségek. 2. Veleszületett metabolikus zavarok. 3. Heveny, szerzett májkárosodások. Malignus tumorok esetében kivételesen sor kerülhet TRP-ra. A javallatok közül (sorrendben) a leggyakoribbak: biliaris atresia, familiaris cholestasis, fulmináns hepatitis, α_1 -antitripsin hiány, sclerosizáló cholangitis, Wilson-kór, tyrosinaemia, epeúti szűkületek, chr. autoimmun hepatitis, glyco-genosis (I, IV), OCT-áz hiány, hyperlipid-emiák (II), májdaganatok.

A gyermekkori májátültetés időpontja-

nak meghatározása más szempontok szerint történik, mint felnőttek esetében. A gyermek testi és szellemi fejlődésének biztosítása érdekében a döntés sürgető. A TRP-ra akkor kerüljön sor, amikor még jó a gyermek általános állapota, de betegsége ismeretében májelégtelenség fenyeget. Nem célszerű megvárni azokat a szövdményeket, melyek fokozzák a TRP kockázatát. Ezek: a súlyos cholestasis okozta malnutritio, a portalis hipertensióhoz társuló vérzés (különösen α_1 -antitripsin hiányban szenvedőkön okoz gyors progressziót), a hereditér tyrosinaemiában kialakuló primer hepatocellularis carcinoma, az OCT (ornitin carbamoyl transferáz) hiányban fellépő májkóma okozta idegrendszeri károsodások. Fulmináns hepatitisben különösen nehéz az időpont megválasztása. Ismert, hogy kivételes esetekben előfordulhat spontán gyógyulás. Ha a TRP késik, akkor viszont már nincs esély sikerre. Általános szabályként elfogadható, hogy a májkóma és az alvadási faktoroknak a normálérték 20%-a alá történő csökkenése TRP javallatát jelenti.

A májátültetés után még viszonylag ritka a gyors, szövdménymentes gyógyulás. Előfordulhat az a. hepatica thrombosisa, májelhalál, mely retranszplantációt tesz szükségessé. Nagyon nehéz lehet maga a recipiens műtét is, például biliaris atresia miatt végzett korábbi műtétek következtében. Ugyanakkor a Cyclosporin A bevezetése óta az esetek 60–70%-ában rejectió tünetek nem észlelhetők. A gyakori CMV vírusfertőzés a transzfundált vér és plasma megfelelő szűrésével csökken, a kialakult fertőzés anti-CMV globulinnal és dihidroxi-propoxi-metilguanin készítményekkel kezelhető. Felnőtt máj átültetése kizárja, hogy a transzplantátumban az eredetihez hasonló metabolikus zavarok recidiváljanak. Ugyanakkor a korai rejectió túlélők 5–10%-ában késői kilökődés miatt retranszplantáció szükséges. Nem elhanyagolhatók az immunosuppressio mellékhatásai sem.

Összegezve megállapítható, hogy az utóbbi két év fejlődése eredményeként a gyermekkori májátültetés várható 2 éves túlélése: 60–90%. A gyermekek többsége normális életet él, iskolába járhat, megszabadult a korábbi években alkalmazott magas steroidadagolás káros következményeitől.

Kupcsulik Péter dr.

A biliaris atresia sebészi gyógyításának határai: a májátültetés javallata. Kasai, M. és mtsai (Dept. of Pediatric Surg. Tohoku Univ. Hosp. Sendai, Japán). J. Pediatr. Surg., 1989, 24, 851.

A szerző a róla elnevezett műtét megoldásáról ír, melynek lényege az, hogy a veleszületett extrahepatikus biliaris atresiát az intrahepatikus epeutak és a jejunum közötti anastomosis(ok)kal, az úgynevezett porto-enterostomiával állítja helyre. 245 ilyen

műtéten átesett gyermek közül 113 esetben sikerült az icterust megoldani. 84 beteg él icterus nélkül, 19 beteg icterussal. A műtėti eredmények az utóbbi 10 évben javultak; az operált gyermekek 62%-a maradt életben és tünetmentes. Ezen eredmény fő oka az, hogy a beavatkozást korán: 60 napos kor előtt végzik. Az összesített 10 éves túlélés 28%. Ezen belül a két hónaposnál fiatalabb korban operált gyermekek 10 éves túlélése 74%, míg a többieké csak 19%. A szerző szerint ha valamennyi műtét 60 napos kor előtt történne, a várható 10 éves túlélés akár 80%-ra emelkedhetne. A műtét késői szövődménye a portalis hypertensio. Amennyiben csak nyelőcsővarixok állnak fenn, az endoscopos sclerotherapia kitűnő eredményt ad. Ha azonban a portalis hypertensio icterussal, illetve recidiváló cholangitissel jár, májelégtelenség és halál fenyeget. Ha a postoperatív serum bilirubin szint 5 mg/dl alá nem csökken, a várható átlagos élettartam 17,6 hónap. Ha a legalacsonyabb postoperatív bilirubinérték a 2 mg/dl-t eléri, akkor 35 hónap a várható élettartam. Ezeknél a gyermekeknél máj-átültetést kell végezni. Japánban az agyhálát fogalmát az orvosok többsége nem ismeri el, ezért máj-átültetésre még nem került sor. Ennek ellenére a szerző maga is úgy véli, hogy a máj-átültetés a fenti esetekben javasolt. Elismeri egyúttal, hogy a világ valamennyi — a kérdéssel foglalkozó sebész centruma — sokkal egyértelműbben foglal állást a mielőbbi máj-átültetés mellett, mert a „Kasai-műtét” halálózása magas és a késői eredmények rosszak.

(Kasai e cikkében nem említi a műtėti halálózást. 1. sz. táblázatából kiderül, hogy 245 operált betegből 48-at veszített el. Ez 19,5%-os műtėti halálózást jelent. Ref.)

Kupcsulik Péter dr.

Csökkentett méretű máj orthotopikus átültetése: a módszer alkalmazása krónikus májbetegségben szenvedő gyermekeken. Emond, J. és mtsai (Dept. of Pediatrics, Univ. of Chicago, USA): *Hepatology*, 1989, 10, 867.

A felnőtt máj in situ méretcsökkentése az egyik lehetséges módja annak, hogy a máj-átültetésre váró gyermekek halálózása csökkenjen: így mód nyílik ugyanis arra, hogy gyermek donor hiányában is elvégezzék a transzplantációt (TRP). Még a legnagyobb centrumokban is a máj-átültetésre váró gyermekek 25–50%-a hal meg a tervezett műtét előtt, a hosszú várakozás miatt.

Módszer: A szokásos módon kivett teljes májat a recipiens műtétet végző sebész centrumába szállítják. Ennek megfelelően — a recipiens hepatectomiával párhuzamosan a máj segmentális anatómiájának figyelembevételével megkezdik a donor máj méretének csökkentését. Lehetséges izolálni a máj 5–6–7–8. segmentjét a vena cava-val együtt; vagy az 1–2–3–4. segmentet a vena cava-val együtt, vagy az 1–2–3. seg-

mentet vena cava nélkül, a vena hepaticára izolálva. (Kivételes esetben a máj mindkét izolált fele: 5–6–7–8. segmentek, illetve 1–2–3. segmentek, szimultán két donorba is beültethető.)

Eredmények: 2 éves időszak alatt összesen 49 gyermekben végeztek orthotopikus máj-TRP-t. Életkoruk 3 hónapostól 16 évesig, testsúlyuk 2-től 65 kg-ig terjedt. 10%-uk testsúlya 5 kg alatt, 51%-uk testsúlya 10 kg alatt volt. A várakozási idő alatt mindössze egy gyermeket veszítettek el, így a pre-TRP halálózás: 2%. 13 gyermekben végeztek csökkentett méretű máj TRP-t, a recipiens átlagsúlya: 8,9 kg, átlagéletkora 1,6 év. A teljes méretű máj TRP esetében a testsúly 18,1 kg, az életkor 4,4 év volt. A csökkentett méretű máj TRP esetében a donorok súlya átlagosan 2,5-szerese volt a recipiensének. 3–24 hónappal a TRP után a teljes máj TRP esetek 83%-a a másik csoport 77%-a él. Retranszplantációra az első csoportban 8 esetben (22%), a második csoportban 2 alkalommal (15%) került sor. A különbségek nem szignifikánsak. Primeren nem működő transzplantátum a csökkentett méretű TRP-ak között nem fordult elő. A másik csoportban 3 ilyen eset volt.

Az eredmények azt bizonyítják, hogy a csökkentett méretű máj átültetése nem növeli a műtėti kockázatot, nem csökkenti a túlélés esélyeit, nem fokozza a donor máj károsodását, és a postoperatív szövődmények aránya sem emelkedik. Nagymértékben csökkenthető ugyanakkor a máj-átültetés előtti halálózás; gyakorlatilag kétszer annyi gyermek kaphat májat mint korábban.

Az az elvi ellenérv, hogy a csökkentett méretű májak átültetése veszélyezteti a „normál” méretű májat igénylő recipiens esélyeit, nem állja meg a helyét: 1987-ben az USA-ban hozzáférhetőlegesen 3500 cadaver donor adódott, ugyanakkor csak (! Ref.) 1199 máj-átültetés történt. A donorok száma tehát megnyugtatóan elegendő ahhoz, hogy növekvő számban alkalmazhassák a csökkentett méretű máj átültetését gyermekeken.

Kupcsulik Péter dr.

Sürgősségi orthotopikus máj-átültetés két betegre, egy donor máj felhasználásával. Bismuth, H. és mtsai (Hôpital Paul Brousse, Villejuif, Franciaország): *Br. J. Surg.*, 1989, 76, 722.

A szerzők már 3 évvel korábban alkalmazták az úgynevezett „csökkentett méretű máj” átültetését gyermekek, illetve egy sürgős esetben felnőttön is. E módszer továbbfejlesztett változatát ismertetik. Az in situ perfusio után egészen kivett májat két részre osztják. A bal „hemigraft” a 2–4. segmentből, a hozzátartozó bal ductus hepaticusból, a vena portae bal ágából, a bal vena hepaticából és az arteria coeliacia-ig izolált arteriából áll. A jobb „hemigraft” a lobus caudatus nélkül az 5–8. segmente-

ket, a teljes vena portae-t (bal főág nélkül), az arteria hepatica jobb ágát, a teljes közös epevezetőt (annak bal főága nélkül), és a vena cava-t tartalmazza. A resectió felszíneket fibrinoldattal fedték. A két „hemigraft” elkészítése két és fél órát igényelt.

A tervezett recipiens 45 éves, fulmináns hepatitisben szenvedő nő volt. Az egyetlen elérhető donor Bernben volt található. A májat a szokásos in situ perfusióval vették ki, a konzerváló oldat az Univ. Wisconsin-féle készítmény volt. A recipiens hepatectomia megkezdésekor szállították az intézetbe az 55 éves, gyógyszer intoxikáció okozta fulmináns hepatitisben szenvedő másik nőt (coma III, anuria, gépi lélegeztetés; serum bilirubin 420 $\mu\text{mol/l}$, prothrombin: 12%). A haemocultura és a hasi folyadék *E.coli*-t és *Enterobacter cloacae*-t tartalmazott. Úgy döntöttek, hogy a donor májat két részre osztva, mindkét betegnél elvégzik a transzplantációt.

Az első betegbe a bal hemigraft-ot ültették be. A recipiens műtéténél a vena cavát nem távolították el, a transzplantátum vena hepaticáját oldallagosan szájaztatták a recipiens vena cava-ba. A graft ischaemiás ideje 7 óra 50 perc volt. A postoperatív szak eseménytelen volt, a 22. napig, ekkor CMV fertőzés lépett fel, és a beteg pneumonitis tünetei között a 45. napon meghalt. A sectio során az átültetett májat épnek találták, az ér- és epeúti anastomosisok rendben voltak. A halált a tüdőszövődmény okozta.

A második átültetésre az első befejezése után került sor. A graft ischaemiás ideje 12 óra 50 perc volt. A műtét a szokványos orthotopikus technikával történt, 16 órát vett igénybe. A műtét után a beteg keringési állapota rossz volt. Hasúri vérzés miatt reoperációt végeztek a második, majd a negyedik napon. A májfunctiók paraméterek normalizálódtak, tudata felisztult, de továbbra is gépi lélegeztetését végeztek. A veselégtelenség miatt ismételt haemodialysis történt. Intravasalis coagulopathia, *Candida albicans*-sepsis alakult ki, és a beteg a 20. postoperatív napon meghalt. A sectio ép anastomosisokat talált, a májállományban necrosis nem volt.

A szerzők úgy vélik, hogy betegek halála nem hozható közvetlen összefüggésbe magával a módszerrel. Mindkét esetben a postoperatív májműködés jó volt, a betegek tudata felisztult. A halált az első esetben a vírusfertőzés, a másodikban a transzplantáció előtt kialakult sepsis és többszerv-elégtelenség („multiple organ failure”) okozta. Külön kiemelik, hogy az University of Wisconsin-féle konzerváló oldat hosszabb hideg ischaemiás időre ad lehetőséget, mely a fenti módszer alkalmazásához nélkülözhetetlen.

Kupcsulik Péter dr.

Sikeres vékonybél- és máj-átültetés. Grant, D. és mtsai [Dept. Medicine and Surg., Univ. of Western Ontario, London (Ontario) Canada] *Lancet*, 1990, 335, 181.

A szerzők az első sikeres együttes vékonybél- és májátültetést ismertetik, melyet 1988. november 13-án végeztek.

A recipiens 41 éves nő volt, akinél korábban kiterjedt mesenterialis thrombosis miatt a teljes vékonybél műtéti eltávolítására kényszerültek. E beavatkozás után 18 hónapon át végeztek parenterális táplálást. Ismétlődő tüdőembóliák léptek fel, a parenterális tápanyagbevitelre használt valamennyi perifériás véna elzáródott, ezért végül thoracotomiából a vena cava superior műtéti feltárást végezték és Hickman katétert vezettek be. A folyamatosan nagymennyiségű enterális folyadékvesztés, a kialakult, irreverzibilis „rövid bél szindróma”, valamint az alacsony antithrombin III szint miatt létrejött fokozott thrombosiskészség miatt máj és vékonybél együttes transzplantációja mellett döntöttek.

Az 50 éves donor nő vércsoportja a recipienssel megegyezően „O” volt; a HLA fenotípusok: donor: 11,24/13,62/ 3, 6/ 5, —/; recipiens: 2,68/ 7,35/ 7, —/2, —/1. A graft versus host reakció (GVHD) megelőzésére a szervkivétel előtt a donor 10 mg OKT 3. antilymphocytoglobulin, 1,0 mg/kg metilprednisolon előkezelésben részesült. A májat és a vékonybelet közös aortaszakaszra izolált arteria hepatica és arteria mesenterica superior, illetve a hozzátartozó vena mesenterica superior—vena portae érrendszerrel vették ki. Az orthotopikus májátültetés során a vena cava supra- és infrahepatikus szakaszával end to end anastomosist készítettek. A recipiens vena portae-t oldallagosan a donor portalis vénájába szájztatták. A recipiens duodenuma és a donor orális vékonybélnyílása (jejunum) között end to end összeköttetést létesítettek, a donor ileum aboralis végét ileostoma formájában a hasfalra szájztatták ki. A recipiens vastagbélének orális végét vakon elvarrták. End to end epéuti anastomosist készítettek.

A postoperatív immunosuppressio: 3 mg Cyclosporin A (CyA) 5 órával a műtét előtt, majd 4 hétig iv. CyA úgy, hogy a teljesvérben RIA-val mért CyA szint 300–500 ng/ml legyen. 4 hét után orális CyA adására tértek át és a CyA vérszintet 200–300 ng/ml-re csökkentették. Az első 14 nap során napi 5 mg OKT 3-at adtak iv. A metilprednisolon kezdő dosisa 0,5 mg/kg/die volt, melyet fokozatosan 0,1 mg/kg/die értékre csökkentettek; 0,7 mg/kg/die azathioprinrel egészült ki az immunosuppressio.

Postoperatív szövdmények: 2 héttel a műtét után hasúri tályog alakult ki, melyet percutan drainézzel oldottak meg. A hat hét múlva fellépő Hickman katéter-infectio miatt újabb thoracotomiát végeztek és a katétert eltávolították. Ekkor észlelték a jobb rekeszizom bénultságát is. Részben ezért, részben a korábban lezajlott tüdőembólia miatt a betegnél tracheostomiát végeztek, és 6 hónapon át gépi lélegeztetést alkalmaztak. A postoperatív második héten candida albicans sepsis jelentkezett, melyet 6 héten át adott Amphotericin B kezeléssel gyógyítaniuk sikerült. 2 hónappal a műtétet követően enyhe rejectio tünetei léptek fel,

ekkor a metilprednisolon napi dosisát 5 mg/kg-ra emelték és 10 napon át 5 mg/die OKT 3-at adtak. A postoperatív 11. naptól egy héten át GVHD kórkepe alakult ki, bőrtünetekkel, a kezelési sémán azonban nem változtattak, a tünetek spontán regresszióval.

A műtét után 8 hétig parenterálisan táplálták a beteget, majd fokozatosan orális táplálásra tértek át. 8 hónappal a transzplantációt követően a beteg hazaengedték, napi 2×100 mg CyA (oralis) adagolása mellett. Egy évvel a műtét után a beteg jól van, testsúlyát tartja (62 kg), napi 4–5 alkalommal ürít székletet az ileostomán keresztül, az enterálisan vesztett folyadékmennyiség napi 1000 ml alatt van. A beteg szájon át táplálkozik, parenterális kiegészítésre nem szorul.

Kupcsulik Péter dr.

Az élő donorból történő májátültetés etikai kérdései. Singer, P. és mtsai (Dept. Surgery, Univ. of Chicago, USA): New Engl. J. Med., 1989, 321, 620.

A cikk célja az, hogy a chicagói egyetemen tervezett első élő donorból származó májátültetés előtt a tisztázandó etikai kérdéseket felfesse. (Az első ilyen műtétre 1989 decemberében valóban sor került. — Ref.)

Kísérleti etikai konzultáció: Mint általában minden más bevezetni tervezett kezelési módszert, az élő emberi donorból vett májsegment átültetésének műtétjét is független klinikai és etikai szakértők vizsgálják meg. Évek óta foglalkoznak e módszer előkészítésével, ennek keretében kérdőíven tájékoztattak az egyetemen, illetve a város több kórháza orvosainak véleményéről. E válaszok alapján dolgozták ki a vitásnak tartott etikai kérdésekre adott válaszokat.

A donor és a recipiens kockázata és nyeresége: A májsegment-átültetés várható sikere (79–80%) azonos a teljes máj transzplantációjának várható eredményével. Az élő donatio ugyanakkor jelentősen javítja az átültethetőség valószínűségét: jelenleg ugyanis a gyermek donorok viszonylag alacsony száma miatt az átültetésre váró gyermekek 50%-a a várakozási idő alatt meghal. A késői túlélés várhatóan jobb, mert haploidititás áll fenn a recipiens és a donor (szülő) között. A recipiens nyeresége tehát egyértelmű. A donor kockázata a máj bal oldali lobectomiájának (segmentectomia) műtéti kockázata. Néhol ugyan 11%-os halálozást is leírtak, a legtöbb májsebészeti centrumban a műtétet 0% halálozással végzik. A máj regenerációja teljes, így a késői életkilátásokat a műtét nem rontja. A donor nyeresége pszichológiai jellegű. Mint a gyermek szülője erőteljesen motivált abban, hogy gyermekén segítsen. Ha a májátültetés sikerült, úgy érezheti, hogy megmentette gyermeke életét. Ha a beavatkozás kudarcot vall, a szülő megnyugvást lelhet abban a tudatban, hogy minden lehetőséget megtett gyermekéért.

A donor és a recipiens kiválasztása: Fontos, hogy a bevezetni tervezett élő donoros májátültetést viszonylag még jó általános állapotban lévő gyermekeknek kell először alkalmazni. Olyan stabil májműködéssel rendelkező recipienseket kell kiválasztani, akiknél a májtranszplantáció szükségessége 3 hónapon belül minden bizonnyal felmerül. A donort a transzplantáló csoport vizsgálja ki, belgyógyász és pszichiáter bevonásával. A donor lehet szülő, vagy testvér, esetleg nagyszülő is. Szükséges a vércsoport kompatibilitás, kifogástalan májműködés, negatív anamnézis, CT és angiográfia, mely kizárja az esetleges kedvezőtlen anatómiai variációkat.

A donor és a recipiens beleegyezése: A recipiens részéről a beleegyezést a gyermek-hepatológus adja, a műtéti javallat megfogalmazásával. Formális szülői beleegyezés is szükséges. Ezt az sem befolyásolja, ha a beleegyezést adó szülő maga a donor, mert jóhiszeműsége kétségbevonhatatlan. A beleegyezés első lépése a donor egyetértése. Ezután a donor kivizsgálása következik, melynek megfelelő eredménye esetén a donor aláírja a műtéti beleegyezést. A szükséges felvilágosítás kritikus kérdésére: Mekkora a műtét kockázata? — a szerzők javasolt válasza: „... a műtéti halálozás kockázata közel 0, és a műtét utáni szövdmények valószínűsége 5% alatt van.”

A fenti eljárási rendszer törekszik kizárni a donor lehetséges rábeszélését a műtetre, de a felvilágosítás kiterjed az esetleges várakozás a gyermek számára hátrányos következményeire is. A szerzők egyértelműen állást foglalnak az élő donoros májátültetés létjogosultsága mellett, tekintettel a recipiensek várakozás alatti magas halálozására.

Kupcsulik Péter dr.

Májátültetés élő donorból. Raya, S. és mtsai (Liver Unit São Paulo Univ. Medical School, Brazilia): Lancet, 1989, 334, 497.

A májtranszplantációs programot Braziliában 1985-ben kezdték el. 1988 novemberéig azonban csak 15 felnőtt és 4 gyermek műtétjére került sor a donatio hiánya miatt. 1988-ban annak valószínűsége, hogy egy májtranszplantációra váró felnőtt a műtét előtt meghal 50%, gyermek esetében 73% volt. Ez a helyzet magyarázza, hogy két esetben élő felnőtt donorból vett májrészletet ültettek át gyermekbe. A donor műtét során a máj II. és III. segmentjét távolították el, és ültették át orthotopikusan úgy, hogy a recipiens abdominalis vena cava-ját megkímélték.

I. eset (1988. dec. 8-án): A recipiens 4 1/2 éves leány, biliaris atresia okozta májelégtelenség terminális szakában. Donor: 23 éves, ABO rendszerben identikus anyja, egészséges. A műtét 18 óráig tartott. A donor transzfúzióra nem szorult, szövdménymentesen gyógyult, a 4. (!) postoperatív napon távozott otthonába. A recipiens

a műtétet jól tűrte, a közvetlen posztoperatív szakban adott (haemolytikus antitesteket tartalmazó) humán plazma masszív haemolysist eredményezett, anuria alakult ki és a gyermek a 6. napon haemodialysis közben meghalt.

2. eset (1989. júl. 21.): A recipiens: 19 hónapos leány, vércsoportja „A”. A máj-átültetést Caroli szindróma és májfibrosis indokolta. A hozzátartozók között megfelelő donort nem találtak, így egy önként jelentkező, 40 éves, „0” vércsoportú férfi májleányát ültették át. A műtét 16 óráig tartott. A donor az 5. napon távozott a kórházból, a műtét alatt transzfúziót nem kapott. A májsegment orthotopikus beültetése szövődménymentesen sikerült, a gyermeket az 1. posztoperatív napon extubálták. A graft feltehetően a konzerválás során károsodott, az epetermelés nem indult meg a műtét alatt. A máj működése a 4. posztoperatív napig fokozatosan javult, ekkor akut resectio tünetei jelentkeztek. OKT—3 adására a resectio képe fokozatosan megszűnt, 2 hét múltán a gyermek általános állapota jó, serum bilirubinszintje még 30 mg/dl, de a cikk írásának időpontjában (24. posztoperatív nap) az epeelválasztás ismét megindult.

(A rendelkezésre álló adatok szerint a fenti eset(ek) volt(ak) a világon az első élő donoros májátültetés(ek) — Ref.)

Kupcsulik Péter dr.

Infectiók orthotop szívátültetésén átesett gyermekekben. Green, M. és mtsai (University of Pittsburgh School of Medicine, Children's Hospital of Pittsburgh, Pittsburgh, PA): *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1989, 8, 87.

A szerzők 1982. és 1987. között 31 orthotop szívátültetést végeztek 27 betegben. A következő adatokat emelik ki a szív, szív-tüdő és szív-májátültetésen átesett betegek kórtörténetéből: kor, nem, általános állapot, hospitalizáció időtartama, immunosuppressív tényezők, resectio, antimikrobás terápia, a posztoperatív szakban lezajlott fertőzések.

A beavatkozás során kapott vérkészítmények cytomegalovírus pozitívak voltak, ha a donorok 50%-a CMV pozitívnak bizonyult. Bakteriális fertőzéseket bizonyítottak, ha pozitív tenyésztet nyertek steril testfelületről. Valószínűnek tartották ezt fizikális és radiológiai tünetek alapján. Vírusfertőzést tenyésztés, szerológiai eredmény és klinikai tünetek alapján ítélték meg. Lehetőség szerint műtét előtt igyekeztek kizárni a CMV és Epstein—Barr vírusfertőzést. Gombás fertőzést tenyésztéssel, vagy biopsiás anyagból nyert histopathológiai módszerrel igazoltak.

A szív- és szív-tüdőátültetés előtt cefamandol prophylaxist alkalmaztak, műtét után ezt 6 napon keresztül folytatták. A szív-tüdőátültetésnél az antibioticumot a donor tüdejéből tenyésztett kórokozókhoz választották. A 3 beteg szív-máj transzplantációban részesült cefotaxim és ampicillin

prophylaxis után. 20 szívátültetést, 4 szív-tüdőátültetést, 3 szív-májátültetést végeztek. Életkoruk 7 hónap és 17 év között volt. Az indikációk: cardiomyopathia, congenitalis vitium, myocarditis, primer pulmonalis hypertensio, hypercholesterinaemia, ischaemiás szívbetegség.

A 27 beteg közül a műtét után 15 él 704—1829 nappal. 5 az első posztoperatív napon halt meg, nem fertőzés következtében. A 22 beteg közül 9-nek egy fertőzése volt, 3-nak kettő, 1-nek 3, 1-nek 4. Fertőzés következtében vesztettek el 12 beteg közül hármat. 10 bizonyított és 4 valószínű bakteriális fertőzés közül sepsis kórokozója 2 betegben *Pseudomonas aeruginosa* volt. Haemorrhagiás pneumonia, mediastinitis, bacterialis endocarditis az autopsiánál igazolt komplikációk voltak. *Serratia marcescens* a haemoculturából tenyésztett ki egy subxiphoid tályogban szenvedő mediastinitises beteg esetében. Cefotaxim, vancomycin és tobramycin kezelésben részesült és túlélte a fertőzést. 10 bizonyított bakteriális fertőzés tüdőátlyogokat okozott, két betegben CMV együttes kórokozójával.

Tüdőinfarctus miatt eltávolított j. alsó lebenyből aerob és anaerob kórokozók és CMV tenyésztett ki. A beteg meggyógyult. Tartós katéter következményének tartották a húgyúti fertőzéseket, 3 betegben *Klebsiella pneumoniae* következményeként. 7 CMV fertőzés súlyos formájában a pneumonia dominált, amely nem reagált sem az immunosuppressív kezelésre, sem a gancyclovirra. Respiratory syncytial vírusfertőzése 2 kisdedben enyhe tünetekkel kísért, zajlott le. *Aspergillus fumigatus* izoláltak a pseudomonas sepsis következtében elvesztett beteg agyvelőjéből és csontvelőjéből autopsiánál. *Candida albicans* ugyancsak autopsiás lelet haemoculturából és epicardiumból szív-májátültetésen átesett betegből.

Feltételezhető, hogy az immunosuppressív eljárások elősegítik a respiratory syncytial vírussal való fertőzést. A szív-tüdőátültetés pulmonális szövődményét a resectio tüneteitől nehéz elkülöníteni. A korai szövődmények főleg bakteriális, a későbbiek virális eredetűek.

(Ref.: Epstein—Barr vírus, cytomegalovírus és egyéb vírusfertőzések májtranszplantation átesett gyermekekben c. tanulmány Breinig, M. K. és mtsai tollából jelent meg. (Department of Infectious Dis. and Microbiology, Dep. of Medicine, Pediatric and Surgery University of Pittsburgh): *The Journal of Infectious Diseases* 1987, 156, 273.)

Farkas Éva dr.

Mellkasi röntgenleletek kétoldali tüdőátültetés után. Herman, S. J. és mtsai (Toronto General Hospital): *Amer. J. Roentgenol.*, 1989, 153, 1181.

A szerzők intézetükben végzett 13 kétoldali tüdőátültetés utáni röntgeneltérésekkel

foglalkoznak. Az átültetés javallata 6 esetben emphysema, háromban bronchiectasia, egy-egy esetben bronchiolitis obliterans, fibrosis cystica eosinophil granuloma és elsődleges pulmonalis hypertensio volt. Műtéttechnikailag trachealis, bal pitvari és tüdőartéria-anastomosis végeztek, és a légcsőanastomosis cseplezlebennel vették körül.

A 13 betegből 4 meghalt légúti elhalás vagy pneumonia következtében. 9 beteg él, életvitele normális, a leghosszabb műtét utáni időszak 2,5 év. 12 esetben észlelték az úgynevezett reimplantációs reakciót, ami lényegében nem szíveredetű tüdővízenyő a műteti trauma, a denervatio, a nyirokutak megszakítása és ischaemia következtében. Ez röntgenképen kétoldali perihilaris és basalis consolidatio formájában jelentkezik. 10 betegben összesen 12 heveny rejectiót észleltek, ami hét esetben nem járt kimutatható röntgenképi elváltozásokkal. Két esetben mindkétoldali, kettőben jobb középső és alsólebenyi, egyben baloldali, basalis consolidatiót láttak. Intravénás steroid kezelés hatására ezek közül négyben a röntgenkép rendeződött.

A reimplantációs reakció és a rejectio röntgenképi elváltozásai nem specifikusak, hasonlóak a folyadék túlterhelés vagy infectio képéhez. A műteti előzmény ismeretében megítélhető lehet a cseplezleány, mert tumor gyanúját keltheti. Hét esetben fordult elő bronchusvarrat elégtelenség vagy szűkület kialakulása. Ezekben a hagyományos röntgenfelvétel nem jelentett segítséget, de a CT vizsgálat megbízhatónak bizonyult a szövődmény tisztázásában.

Lacay András dr.

Az FK alkalmazása máj, vese és pancreas transzplantációban. Starzl, T. E. és mtsai (Dept. Surgery, Falk Clinic, Pittsburgh, PA 15213, USA): *Lancet*, 1989, II, 1000.

A cyclosporin alapvetően fontos szerepet játszott a transzplantációk elterjedésében az elmúlt évtized során. Nephrotoxikus hatása és egyéb korlátai miatt azonban más szerek után is folyamatosan kutatnak. Az FK 506-ot, amelyet a *Streptomyces tsukubaensis* termel, 1984-ben fedeztek fel Japánban. *In vitro* és *in vivo* immunosuppresszív hatását többen leírták és megerősítették. Szív-, vese- és májtranszplantációkban állatkísérletekben kedvező hatásúnak mutatkozott, de kiterjedt arteritist okoz és egyéb toxikus hatása miatt egyes csoportok klinikai használatra alkalmatlannak vélték. A szerzők majmokon nem találtak jellemzőnek ezeket a káros hatásokat és (noha az esetleges veszélyes hatások miatt önkéntesen nem végeztek farmakokinetikai vizsgálatokat) olyan reménytelen állapotban lévő betegeken próbálták ki a szert, akiknek májtranszplantátuma a konvencionális immunosuppressziós terápia ellenére a kilökődés állapotába került.

Tíz beteget választottak ki, akiknek máj-

Normalizálja
a lipideket

LIPANTHYL

KAPSZULA

M 300

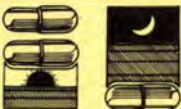
Összetétel: 100 mg fenofibratum kapszulánként.

Hatás: A koleszterinszintézis kulcsenzimjét, a HMG-CoA redukáz enzimet gátolja a májban, ezáltal csökkenti a koleszterinszintet. A zsírsavészterezést gátolja, ezáltal csökkenti a trigliceridképződést. Csökkenti a VLDL-szintézist is.

Javallatok: Súlyos primer hyperlipidaemiák (hypertriglyceridaemia, hypercholesterinaemia és ezek kombinált formái), amelyek a diéta és az életmód megváltoztatásával (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, zsírsanyagcsere-zavarokban ajánlott diéta nem csökkenti jelentősen a kóros szérumlipidszinteket. A diéta tartása azonban gyógyszeresedés alatt is szükséges.

Ellenjavallatok: Súlyos májfunkciózavarok. Fennálló vagy az anamnézisből ismert cholelithiasis. Súlyos vesefunkció-zavarok, vesekegyesség. 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



KÓBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

CAVINTON® H500

injekció

tabletta



HATÓANYAG: 5 mg vinpocetinum tabl.-ként; 10 mg vinpocetinum (2 ml) amp.-ként.

JAVALLATOK: **Orálisan:** különböző eredetű (postopoplexiás, posttraumás, vagy sclerotikus) agyi keringészavarok pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavar, szédülés, fejfájás csökkentése, a klimaktérium-szindróma vazovegetatív tüneteinek kezelése. Hipertenzív encephalopathia, intermittáló vaszkuláris cerebrális insufficiencia, angiospasztikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítása.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vaszkuláris, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneráció, parciális trombózis, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vaszkuláris, vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labirintus eredetű szédülés.

PARENTERÁLISAN: Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovaszkuláris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható, kizárólag lassú cseppinfúzióban.

ELLENJAVALLAT: **Terhesség.** Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok esetén a parenterális alkalmazás.

ADAGOLÁS: Naponta 15–30 mg (3-szor 1–2 tabl.), a fenntartó adag napi 15 mg (3-szor 1 tabl.), hosszabb időn keresztül.

Cseppinfúzióban a kezdő napi adag 20 mg (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) lassan infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban).

Ha a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott összemennyiség elérheti az 1 mg/ttkg-ot. **IV. ÉS IM. NEM ALKALMAZHATÓ!**

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole.

GYÓGYSZERKÖLCÖSNHATÁS: 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.

COMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



transzplantátuma akut vagy krónikus rejecció állapotában volt, cyclosporinnal és steroidokkal, továbbá antilymphocyt globulinál (vagy anélkül) és/vagy azathioprinral végzett immunuszuppressziós kezeléssel ellentétben. Közülük 4 beteg már retranszplantált volt (egyszer vagy többször). A betegek májfunkciós próbái kórosak voltak, és a rejecció diagnózisát mindegyiküknél májbiopszia eredménye támasztotta alá. Az FK 506-ot intravénásan (0,075 mg/kg, naponta 2 ×) majd per os (0,15 mg/kg, naponta 1–2 ×) adták. A 10 beteg közül 7 javuló, vagy normális májfunkcióval él (1–6 hónapja), a biopsziás próbák szerint a rejecció javult vagy megszűnt. A 10 közül 3 beteg szorult retranszplantációra, egy közülük műtét közben meghalt, kettő jól funkcionáló májtranszplantátummal él FK 506-os kezelés mellett.

4 új beteg májtranszplantációs műtét után kezdettől fogva FK 506-os kezelést kapott. Valamennyiük májtranszplantátuma jól funkcionált, rejecció nem mutatkozott, de egy közülük myocardialis infarktusból meghalt.

Az első 10 beteg közül 2 veseelégtelenségben is szenvedett (cyclosporin toxicitás?). Ők a májtranszplantációt követően vesetranszplantátumot is kaptak. Egyikük veséje jól funkcionál, a másikat candida fertőzés miatt el kellett távolítani (rejecció nem volt).

A 4 új beteg közül az egyik májtranszplantáció mellett vese- és pancreas transzplantációban is részesült. Egy hónappal a műtét után mindhárom transzplantátuma jól működik.

Az első intravénás FK 506 dózis négy betegnél fejfájást, hét betegnél hányingert, hányást, étvágytalanságot, három betegnél a lábban égő érzést okozott. A betegek a per os adott gyógyszert jól tolerálták, csupán 2 betegnél volt átmeneti hányiger vagy hányás.

Ezen a betegcsoporton sem kizárni, sem megerősíteni nem tudták, hogy van-e nephrotoxikus hatása a szernek, de a szerzők hajlanak arra, hogy terápiás adagban az FK 506 nem nephrotoxikus és nem okoz hypertoniát. A klinikai tapasztalatok alapján nem ajánlják a cyclosporinnal kombinált kezelést: úgy tűnik, fokozza a cyclosporin nephrotoxikus hatását. Az FK 506 olyan hatásos volt, hogy célszerűbbnek látszik egyedül alkalmazni.

Végh Pál dr.

Az FK 506, a 15-deoxyspergualin és a cyclosporin immunuszuppresszív aktivitásának összehasonlító vizsgálata. Ochiai, T. és mtsai (Dept. Surgery, School of Medicine, Chiba University, Chiba 280, Japan): *Transplant. Proc.*, 1989, 21, 829.

Az új immunuszuppresszív szerek utáni kutatások során Japánban két nagyhatásúnak mutatózó szer van a kifejlesztés állapotában: az FK 506, amelyet a *Streptomyces tsukubaensis*-ből izoláltak, valamint a

15-deoxyspergualin (DSG), amely a spergualin egyik derivátuma és amelyet a *Bacillus laterosporus* tenyésztésének szűrletében fedeztek fel. Mindkét szer *in vitro* és *in vivo* immunuszuppresszív hatását több vizsgálatban, állatkísérletes transzplantációs rendszerekben is kimutatták.

E tanulmány az FK 506, a DSG és a cyclosporin hatásait összehasonlító vizsgálatokban elemzi. Kevert lymphocyt kultúrában (MLR) az FK 506 mintegy 100× hatásosabban gátol, mint a cyclosporin, míg a DSG-nek egyáltalán nincs gátló hatása. Patkány szív-allotranszplantátumok mind az FK 506, mind a DSG rövid időtartamú adagolásával korlátlan ideig életben tarthatók. Szív-allotranszplantátumok folyamatban lévő rejecciója visszafordítható FK 506-tal és DSG-vel (korlátlan túlélés), míg cyclosporin A-val nem. Szív-xenotranszplantátumok (egér donor, patkány recipiens) túlélésének jelentős fokú meghosszabbítására viszont csak a DSG volt képes, az FK 506 és a cyclosporin A nem. A szív-xenotranszplantátumok kilökődésére szövettanilag jellemző neutrophil és macrophag beszűrődést a DSG erősen csökkentette.

A cyclosporin A immunuszuppresszív hatása főleg a T sejt funkciók gátlásából adódik. Az FK 506 ugyancsak gátolja a „killer” T sejtek képződését, az IL-2 receptorok kifejlődését és a T-sejt lymphokinek keletkezését.

Más módon hat viszont a DSG. Az FK 506-tal és a cyclosporinnal szemben nem gátolja az MLR-t, de csupán a DSG képes a szív-xenotranszplantátumok túlélésének meghosszabbítására. E xenotranszplantátumok kilökődésének mechanizmusa nem világos. Humorális ellenanyagok szerepe nem valószínű, viszont jelentős neutrophil és macrophag beszűrődést lehetett megfigyelni. A DSG erősen csökkentette ezt az infiltrációt, és meghosszabbította a xenotranszplantátumok túlélését. Ezek alapján valószínűsíthető, hogy a macrophagok és neutrophilek szerepet játszanak a xenograft rejeccióban, továbbá, hogy a DSG immunuszuppresszív hatása a neutrophil és a macrophag funkciók gátlásán alapszik. Míg tehát az FK 506 hatásmechanizmusa a cyclosporinéhoz hasonló, addig a DSG-é az előbbiektől teljesen eltérő.

Végh Pál dr.

Cadaver vese allograftokkal szembeni szerzett immunológiai tolerancia. Vizsgálatok három, teljes lymphoid besugárzással kezelt betegen. Strober, S. és mtsai: (Dept. Medicine, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305, USA): *N. Engl. J. Med.*, 1989, 321, 28.

A szervtranszplantátumot kapó betegeket életük végéig immunuszuppresszív gyógyszerekkel kezelik. A hosszú ideig tartó kezelés fontos mellékhatásai cyclosporin esetén a nephrotoxicitás, hepatotoxicitás, neurotoxicitás, lymphoid malignomák stb.,

steroid terápia esetén a hypertensio, diabetes, osteoporosis, infectio stb. Folyamatos törekvés, hogy ezek a mellékhatások az immunuszuppresszív fenntartó terápia megszüntetésével kiküszöbölhetők legyenek.

Sikeres transzplantáció immunuszuppresszív szerek nélkül 1953 óta lehetséges, amikor *Medawar* és *mtsai* kidolgozták az immunológiai tolerancia keltésének elveit újszülött egerekben alloantigénnel szemben. Számos toleranciakeltő módszer a recipiens lymphocytáinak kémiai, biológiai vagy fizikai (radiológiai) ágensekkel történő depletálásán alapul. A toleráns recipiens közös vonása, hogy immunuszuppresszív gyógyszerek nélkül is véglegesen elfogadják az (eredeti) donor transzplantátumot, miközben az ún. „third-party graft” (azaz az eredeti donorétól eltérő, *allogén* transzplantátum) haladéktalanul kilökődik. A tolerancia annak tudható be, hogy az eredeti allotranszplantátum antigénjeivel szemben nem lép fel immunválasz, míg a „third-party graft” antigénjeivel szemben igen. Ez a specifikus válaszképtelenség *in vitro* vizsgálatokkal, pl. a kevert lymphocyt reakcióval (MLR) ellenőrizhető.

A teljes lymphoid besugárzás (TLI) allograftokkal szembeni toleranciakeltő hatását állatkísérletekben (egerekben, patkányokban, kutyákban, majmokban) kiterjedten tanulmányozták. Humán vese-transzplantációkban a TLI csökkentheti az immunuszuppresszív gyógyszerek szükséges mennyiségét, és a recipiensnek egy részének lymphocytái válaszképtelenek lesznek a donor sejtekkel szemben az MLR vizsgálatokban. Az itt bemutatott tanulmányban a szerzők 3 olyan betegről számolnak be, akik TLI után toleránssá váltak vese allograftjukkal szemben. Ezt az immunuszuppresszív kezelés teljes felfüggesztése után 10–69 hónappal észlelt normális graft-funkció támasztja alá.

A 3 beteg vesetranszplantációja előtt TLI-t kapott (a teljes dózis 20 Gy, ill. 12,2 Gy volt). A transzplantáció utáni immunuszuppresszív kezelést antithymocyt globulin és prednison, ill. azathioprin és prednison képezte. Az immunuszuppresszív szerek adagolásának folyamatos csökkentése, majd a teljes megszüntetése után is jó graft-funkciót észleltek. *In vitro* vizsgálatokban ekkor a donorspecifikus sejtekkel szembeni MLR, valamint a sejt-közvetítette lympholysis válaszképtelenséget mutatott, míg a „third-party” sejtekkel szemben heves választ észleltek. Az immunológiai válaszképtelenség specificitását az is igazolja, hogy a recipiens sejtei a transzplantáció előtt heves választ mutattak a majdani donor sejteivel szembeni MLR, illetve sejt-közvetítette lympholysis vizsgálatokban.

Azokban a betegeken, akiket transzplantációjuk után prednison és cyclosporin vagy azathioprin immunuszuppresszióban részesítettek, ritkán észlelnek specifikus válaszképtelenséget az MLR vizsgálatok során, — szemben a TLI-vel (is) kezelt betegekkal. A szerzők 11 TLI-ben részesült transzplantált betegéből 9 válaszképtelenséget mutatott az MLR-ben. Ebből a cso-

portból kerültek ki azok a betegek, akiknél a válaszképtelenséget a tolerancia jeleként tekintették, és az immunosuppresszív kezelést megszüntették.

A TLI után kifejlődő specifikus donor-sejt-ellenes válaszképtelenség megállapításához legalább 18 hónap kell a transzplantáció után, mert addig még a „third-party” sejtekkel szemben is észlelhető nonspecifikus szuppresszió. Ezután a „third-party” sejtekkel szembeni válaszképtelenség fokozatosan visszatér, míg a donor-típusú sejtekkel szemben nem.

A szerzők összesen 25 transzplantált betegen végeztek TLI-t; ebben a csoportban az egy éves grafttúlélési érték 76% volt, ez alacsonyabb, mint a cyclosporinnal kezelt 80–90%-os grafttúlélési értéke. Másik hátránya a TLI-nek a hosszú ideig tartó fáradságos besugárzási periódus (átlagosan 9 hét). Azonban ez az irradációs módszer még csak kezdeti példája a tolerancia keltésének és még bizonyosan nem használták ki teljesen az emberekben történő immunológiai toleranciakeltés valamennyi előnyét.

Végh Pál dr.

Onkológia

Hogyan lehet a melanómát megelőzni? A melanoma prevenciója és a korai felismerés. Jung, E. G. Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 393.

A melanoma megelőzése és korai felismerése az egyetlen biztos módszere ezen igen rosszindulatú tumor kiküszöbölésének. A különböző kezelési módok az invazív és átítetes melanoma esetében alig jelentenek előnyt a túlélés és prognózis tekintetében. A daganat kialakulását elősegítő faktórok ismerete és azok kiküszöbölése rendkívül fontos.

A festékes anyajegyek, mint a melanoma potenciális előfutárai akkor igényelnek fokozott figyelmet és eltávolítást, ha hirtelen változás következik be méretükben, festettségükben vagy felszínükön. Feltűnő „aktivitási”, „megmozdulási” vagy „dysplasiás” jelek: a szabálytalan, cik-cakos szél, a széli növekedés, a pigmenttartalom megnövekedése vagy éppen ellenkezőleg, egyes helyeken megfoggyatkozása, regresszióra utaló jelek és a felszíni kiemelkedés(ek) megjelenése. A sérülékenység, vérékenység, felszíni csomó vagy pörkképződés, gyakori viszketés pedig már malignizációra utalhat. Az egyetlen helyes megoldás ilyenkor in toto sebészeti excízió és szövettani vizsgálat. A várakozás és megfigyelés helytelen álláspont, értékes idő elvesztegetését jelenti!

A születéskor vagy közvetlenül utána megjelenő kongenitális festékes anyajegyek tekintetében az utóbbi időben a következő ismeretek igazolódtak be: a 1,5 cm-nél nagyobb átmérőjű, veleszületett pigment naevusok 6%-ánál fejlődik ki a 18. életévtől kezdődően malignizáció, míg a 10 cm-nél nagyobb átmérőjű, ún. „álatbőr” vagy „úszónadrág” naevusok 10–20%-a fajul el nagy részét már az első 10 életévben belül. Ko-

rai eltávolítás vagy állandó, szoros kontroll javasolt. A műtét(ek)et sorozatexcíziók formájában, narkózisban ajánlják és a színetváltoztató, csomós részek rendszeres kimetszését javasolják.

A melanoma kockázatát endogén és exogén faktórok határozzák meg. A genetikusan meghatározott bőrfestettségnek elsődrendű szerepe van. A fehérbőrű (kaukázusi) rassz kockázata a színesbőrűekkel szemben 12-szeres, ezen belül az I-es bőrtípusúaké a III-asokhoz viszonyítva (mindig felégő, soha nem barnuló, illetve jól, könnyen leburnuló típusok) még külön 3-szoros. A xeroderma pigmentosumban szenvedők relatív kockázata az egészségeseknél 2000-szer nagyobb. Az ultraibolya (UVB) fényre legérzékenyebb, I-es és II-es bőrtípusú egyéneknek ezért rendszeres, 6–12-es fényvédő faktort tartalmazó fényvédő krémek használatát ajánlják.

A bőrt károsító ibolyántúli (UVB) fénysugárak két módon fejűk ki hatásukat: élethosszon át tartó, kumulatív behatás és egy vagy többszöri igen erős gyermekkori fényexpozíció következtében. A fény károsító hatását, a fényhez kötött DNS-károsodást a sejtmag enzimatisz kijavító szisztémája kiküszöböli, de ennek fel-ső határa $1/2$ –1 minimális erythema dózisé-nál van és gyakori igénybevétel a rendszert gyengíti. Az excíziós repair kiesése miatt pontmutációk és malignus sejtklonok keletkezhetnek mind a hámsejtek, mind a melanocyták kö-zött. Ilyen fokozott rizikócsoport az autosomá-lis, recesszív módon öröklődő xeroderma pig-mentosumban szenvedők szerencsére kis csoportja, ahol a bőrdaganatok többszörös fel-lépése közismert.

Genetikailag szintén rizikócsoportnak tekinthetők a familiális dysplastikus (mul-tiplex) festékes anyajegyeket hordozók. Az öröklésment itt nem teljesen tisztázott, au-tosomális domináns, illetve multifaktoriá-lis öröklést tételeznek fel. A nagyszámú, főként a törzsön halmozódó, változó nagy-ságú és festettségű naevusokat hordo-zók körében a melanoma relatív kockázata a 25. és 40. életévek között az egészsé-gesekhez viszonyítva 25–148-szoros. Ezek-nél az egyéneknek gyakran találnak chro-mosoma rendellenességeket és hypermu-tabilitást, melyek megteremtik a talajt az exogén faktor(ok) által kiváltott szomatikus mutációhoz.

A fényvédelemnek nagy jelentőséget tulaj-donít a szerző. Különösen védeni kell a gyer-meket a napégéstől, melyet az első 15 életév-ben teljesen kerülni kellene. A fényvédő faktorok bőrtípushoz való helyes alkalmazása fontos, tehát a pigmentszegény, I-es és II-es bőrtípushoz minél magasabb faktorszámú fényvédő krém kell. A faktorszám azt az időt fejezi ki, amennyiszer hosszabb ideig napoz-hat károsodás nélkül a fényvédőt alkalmazó egyén. A 4-es faktorú fényvédővel egy 30 per-cig tartó napozás után minimális bőrpírral (MED = minimális erythema dózis) válasz-lo 120 percig napozhat felégés nélkül. A fény-védelem következetes betartása után mintegy 20 év múlva várhatjuk, hogy a bőrmelanoma gyakorisága ismét csökken majd.

A melanomás betegek betegségmentes túlélése az I. és I.b fázisban a melanoma oncolysatum vaccina alkalmazása követ-keztében. Waltack, M. K. és mtsai: (Mount Sinai Med. Cent., Dept. Surg., Miami Beach FL 33140): Amer. Surgeon, 1989, 55, 243.

A rák specifikus aktív immunterápiája azon a feltevésen alapul, miszerint a tumor-antigén elég immunogén ahhoz, hogy vá-laszt váltson ki a betegből a saját daganatá-val szemben. A specifikus aktív immunke-zelésnek az az előnye a nem specifikus ingerterápiával szemben, hogy fokozhatja és ráirányíthatja a gazdaszervezet választát a specifikus daganatsejtre és emlékező vá-laszt létesít a recidívával szemben.

A legígéretesebb specifikus immunterápiás megközelítés az antitumor válasz fokozására a daganatsejtek vírus infekciója, ez növeli a vá-laszt a daganat mikrometastázisokkal szem-ben. A szerzők vakcina melanoma oncolysa-tumot (VMO) készítettek és azt klinikai kísérlet-sorozatban próbálták ki. A jelen tanul-mányban bizonyítékot nyertek a VMO kezelés során az antimelanoma antitest termelésről.

39 beteget kezeltek VMO terápiával, a bete-gek a Clark IV. vagy V. típusúak voltak, az in-vazió mélysége legalább 1,5 mm (II. stádium), nem volt regionális vagy távoli áttétjük. A da-ganatot szélesen kimetszték. Ezután részlete-sen leírják a VMO preparálásnak módját. A preaparátum vírus tartalmát monitorozták és a melanoma antigént radioimmunassayval me-ghatározták.

A VMO kezelést úgy hajtották végre, hogy egy héttel a kezelés megkezdése előtt a bete-geket himlőoltásban részesítették. Hetenként 2 mg VMO-t adtak 1 ml folyadékban intrader-minalisan a környező nyirokcsomók közelébe, 13 héten át, azután ugyanezt kéthetenként egy évig vagy a recidiva fellépéig. Az adag emelé-sét a staphylococcus fehérje A (Sp. A) assay negatív melanoma reaktív szerológiai választól tették függővé.

A gazdaszervezet immunválaszának teszte-lésére az Sp. A assayt kívül az ennélférze-nyebb enzimhez kötött immunsorbens assayt (ELISA) is felhasználták. Ennek pontos leírá-sát is megadják.

Az eredményeket statisztikailag értékelték, a kontrollcsoportot a BCG-vel vagy Coryne-bacterium parvummal immunizált betegek ké-pezték.

A 17 hónapig tartó követés idején a 39 beteg közül 25 daganatmentesnek bizonyult. A VMO-val kezelt betegek daganatmentes túlélé-sét összehasonlítva a más adjuváns kezelésben részesült melanomás betegekével, az a VMO kezelést szignifikánsan hatékonyabbnak iga-zolta. Sp. A assayvel ellenőrizve, az immu-nválasz minden következő 3 hónapban erősebb-nek adódott. Az ennélférzékenyebb ELISA tesztel pozitív összefüggést mutattak ki a me-lanoma sejtjehez kötött IgG antitest és a da-ganatmentes túlélés között. Ezenkívül az is kide-rült, hogy a daganatmentes betegek szérum aktivitása erősebb volt azokénál, akikben a melanoma kiújult.

Szekeres Lenke dr.

Póka László dr.

Az anorectalis rák cryosebészeti kezelése. Yamamoto, Y. és mtsai (Dept. Surg., Kawasaki Med. Cent., Kawasaki City, Okayama 701—01 Japan): Amer. Surgeon, 1989, 55, 252.

Az anorectalis rák kuratív kezelését a daganat és a környéki nyirokcsomók kiirtása jelenti. Mindazonáltal ez a kezelés nem mindig vihető keresztül, és meg kell elégednünk a palliatív megoldással. Máskor a beteg általános állapota nem engedi meg a daganat resectióját, ilyenkor a kezelés alternatív módjait kell alkalmaznunk. Ilyen lehetősége a palliációnak a cryosebészet.

A betegeket a cryosebészeti kezelésre a következő kritériumok alapján választották ki: 1. Palliatív megoldást nyújtani az incurabilis betegeknek; 2. a radikális műtét kockázatát elkerülni más társuló betegségekben szenvedő súlyos betegeknek; 3. javítani a terápiás eredményeket a radikális műtétekkel kapcsolatban.

A cryosebészeti eljárást 32 betegen (17 férfin és 15 nőn) alkalmazták. A kezelés célja a kellemetlen szövődmények (vérzés, elzáródás) palliációja volt. Néhány esetben a daganat megkisebbitése a radikális műtét megkönnyítette. A 32 beteget 3 csoportba osztották: 1. palliáció előzetes resectio nélkül; 2. recurrens daganat ellátása resectio után; 3. cryosebészeti beavatkozás a kuratív resectio előkészítésére.

17 betegen előzetesen nem végeztek műtétet, a cryosebészeti beavatkozást melaena és/vagy bélelzáródás megszüntetése tette szükségessé. A beavatkozás következtében a daganat szignifikánsan megkisebbedett és a vérzés megszűnt. A túlélési idő 1—18 hónapot tett ki. 10 betegen az előző műtét utáni kiújulás, a daganat megkisebbitése és az invázió meggátolása volt a cél. Ezek a betegek a kezeléstől számított 17 hónapon belül meghaltak. A kezelést a szignifikáns palliáció igazolta. 5 esetben a cryosebészeti beavatkozást azért végezték, hogy a daganat megkisebbitése után a kuratív műtét elvégezhető legyen. Ezek a betegek több mint nyolc évig éltek. Kettő közülük nem a daganattal összefüggő betegségben halt meg. A 32 betegen nem fordult elő a cryosebészeti kezeléssel összefüggő szövődmény.

A szerzők tapasztalataik alapján azt a következtetést vonták le, hogy az anorectalis rák válogatott eseteiben a cryosebészeti eljárástól jó palliatív eredmény várható, különösen akkor, mikor a műtét nagyon kockázatos volna.

Póka László dr.

Onkológiai kezelés otthon. Modellkísérlet. Frohmüller, S. és mtsai (Heidelbergi Egyetem Sebészeti Klinikájának Sebészeti-Onkológiai részlege): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1055.

A modern onkológiai betegellátást ma egyre inkább tumorközpontokban vég-

zik, ami azonban a betegek életminőségét erősen befolyásolja. Ezért törekszenek arra, hogy a speciális kezelések egy részét otthon végezzék, anélkül, hogy ez a kezelés minőségét veszélyeztetné. Ezen célkitűzéssel mobilis ambuláns utókezelési modellt (MAM) vezettek be a fenti klinikán. 162 rákos beteget kezeltek otthon team-módszerrel. A team orvosból, pszichológusból, háziorvosból és egyéb, a kezelésben részt vevő személyből áll.

Azokat vették be a vizsgálati csoportba, akiknek folyamatos kemoterápiára, hosszabb lejáratú parenterális vagy enterális táplálásra, csonkító rákműtétet követő utókezelésre, hosszabb időszakon át történő fájdalomcsillapításra vagy terminális kezelésre volt szükségük.

1986. november 1. és 1988. augusztus 31. közt végezték a vizsgálatot 162 beteg bevonva. Közülük 97 férfi volt, 65 pedig nő, átlagkoruk 59 év volt. 64 beteget részesítettek folyamatos kemoterápiában, 22 betegnél művi táplálást végeztek enterálisan, vagy parenterálisan, 49-nél csonkító rákbeavatkozás utáni ellátás vált szükségessé. További 23 beteget fel kellett venni mobilis utókezelő ambulanciára terminális kezelés miatt. A kemoterápiában részesített betegek közül 38-nál a kezelés intravénásan, 26 esetben intraarteriálisan a májba történt. A kezelést külső, hordozható pumpával implantált katéterrendszeren keresztül végezték. A kemoterápiás csoportban 38 betegnél a kezelést változtatni kellett. 102 beteget vettek fel ambulánsan, de ez az összes ápolási napnak csak 4,7%-át tette ki.

Az egész kísérletet megelőzte a betegek előkészítése, a team megalakulása és összehangolása. A team tagjai végig szoros kapcsolatban álltak egymással, s a háziorvos jelzéseit messzemenően figyelembe vették.

A házi kezelés előnyei a következők voltak: a) a megterhelő kórházi bentfekvés elkerülése, b) a családi élet fenntartása, c) a foglalkozás és hobbik folytatása.

A kezelés alatt a 162 betegből 13-an munkaképesek voltak; 36-an tudták háziasszonyi munkájukat s a család ellátását végezni. A pszichés állapotot 4 skálán ábrázolták. A teamben részt vevő háziorvosok 81%-a ezen modellt haladásnak tekinti a rák kezelésében. 14%-uk szerint nőtt a hozzátartozók megterhelése, 53% szerint csökkent. A betegek hozzátartozóinak 97%-a a mobilis ambuláns utókezelés koncepcióját előnyösnek tartja. Összességében a betegek a megkívánt kezelési idő 84%-át otthon tudták töltetni.

(Ref.: A daganatos betegek ellátása, utókezelése óriási feladatot jelent, kórházra, háziorvosra és a betegek hozzátartozóira egyaránt. Az ismertetett modell a lehetséges megoldásokra tesz kísérletet. Bár csak 162 beteggel szerzett tapasztalatról adnak számot, a kísérlet rávilágít a teendőik sokoldalúságára. Érdemes elgondolkozni a modellen, s számításba venni, hogy hol, hogyan, milyen feltételek között és mennyiért tudunk lépéseket tenni ezen irányban, a betegek részleges házi ke-

zelése megszervezésében, amely betegnek, orvosnak, hozzátartozónak egyaránt előnyös lenne.)

Juhász Lajos dr.

Az aktív és a passzív dohányzás szerepe a méhnyakrák pathogenezisében. Slattery, M. L. és mtsai (University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, USA): JAMA, 1989, 261, 1593.

A méhnyak laphámrákjának pathogenezisében a tüdő és a felső légutak hasonló típusú carcinomáinak analógiájára már 1977-ben felvetődött a dohányzás szerepe, amivel azóta számos közlemény foglalkozott. A dohányzás bizonyítottan a bronchus carcinoma etiológiai tényezője, azonban ezt más szervek laphámrákjai esetében még nem tanulmányozták. Az USA Utah államában élő sajátos vallási közösséget alkotó mormon hívők között a dohányzás vallási előírás. A szerzők standardizált körülmények mellett a passzív dohányzás légutakon kívüli rákkeltő hatását vizsgálták a mormon nők 20—59 éves populációjában 1984 és 1987 között. Az adatgyűjtés, illetve értékelés során demográfiai mutatók mellett a táplálkozási szokásokat, az aktív és passzív dohányzás mértékét, az expozíció idejét, rövid belgyógyászati anamnézist, a kontraceptívumok használatát és egy szexuális szokásokra utaló kérdőívet vettek figyelembe. Minden betegnél meghatározták a szérum herpes simplex vírus 2. típusának ellenanyagtiterét. A dohányzási státuszt (minden tesztnél pontosabban) a testvéradékok nikotinszint-meghatározásával ítélték meg. A vizelet nikotintartalmát a passzív dohányzás mértékére tartják jellemzőnek.

A vizsgálatok alapján bebizonyosodott, hogy a méhnyakrák veszélye különösen a szexuálisan mérsékelt aktív, 30 év alatti aktívan dohányzó nőket fenyegeti. Úgy tűnik, hogy az egyéb rizikófaktorok hiányában a dohányzás szerepe lényegesen kifejezettebb. A belélegzett cigarettafüst mutagén, ill. promoter vegyületei a vérárammal többek között a méhnyak szöveteibe is eljutnak, ahol rákkeltő hatásukat kifejti. E vegyületek között azonban specifikus carcinogént mindeddig nem sikerült fellelni. A szerzők felhívják a figyelmet, hogy a nem dohányzó, de a házastárs dohányfüstjének kitett nők között a cervix carcinoma rizikója megduplázódik. A rizikó fokozódása független az életkortól, a szexuális partnerek számától, a vallási hovatartozástól, és képzettségétől. Ennek talán az a magyarázata, hogy a passzívan belélegzett dohányfüstben egyes carcinogének (pl. nitrosaminok) magasabb koncentrációban fordulnak elő, mint a direkt füstben. A nitrosamin antagonistának számító E- és C-vitaminok adásával a rizikó csökkenthető. Összehasonlítva az egy órán át folytatott aktív és passzív dohányzás hatásait, megállapítható, hogy a passzívan belélegzett nikotin harmada, ötöde az elszívott cigarettának, míg ugyanahányi idő alatt a passzív nitrosamin expozíció megfelel fél doboz filteres cigaretta elszívásának. Emiatt az aktívan dohányzó, majd a dohányfüstnek

passzívan kitett vizsgálati alanyban a káros hatás összegeződik.

A lap szerkesztőségi reflexiójában a közölt cikkkel kapcsolatosan P. M. Layde figyelemre méltónak tartja a dohányzás laphámrákkeltő hatásának hipotézisét (Winkelstein, 1977), különösen párhuzamba állítva egyes szervek (pl. bronchus, méhnyak) laphámrákjait. 1977 óta számos közlemény tárgyalta a cervix dohányzás indukálta dysplasiáját, in situ carcinomáját, és invazív rákját. A referált cikk a passzív dohányzás méhnyakrákot kiváltó szerepének első adekvát epidemiológiai értékelése. A hozzászóló felhívja a figyelmet a dózis-hatás összefüggés mellett a fiatalon elkezdett dohányzás jelentőségére is, ugyanis a méhnyak pubertás körüli metaplastikus változásai során a carcinogen inzultusokra biológiai lényegesen érzékenyebben reagál. Mikrobiológiai tesztek alapján merült fel a cervixnyak mutagenitásának gyanúja, de ennek összefüggése a dohányzási szokásokkal a dohányosok és nem dohányosok eltérő baktériumflórája miatt bizonytalan. A vírusok közül korábban a herpes simplex vírus 2. típusát vélték a cervixrák okozójának, újabban inkább a human papilloma vírus kóroki szerepe látszik valószínűbbnek. Szerencsére a felvetett probléma nem igényel azonnali közegészségügyi beavatkozást; nyilvánvaló, hogy a nőknek egyéb ismert okok miatt sem lenne szabad dohányozniuk. Ennél lényegesebb a dohányfüstnek mind a gyermekekre, mind felnőttekre kifejtett károsító hatása, ami sürgetővé teszi a dohányzás betiltását a közintézményekben, hivatalokban, kórházakban.

Ambrus Gábor dr.

Endoprothesisek a malignus oesophagus-stenosisok palliatív kezelésében. Bertschinger, Ph., W. H. Häcki (Medizinische Klinik, Abt. f. Gastroenterologie, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 803.

A daganatos, előrehaladt, nem operálható nyelöcsőszűkület súlyos tüneteinek (dysphagia, hypersalivatio, recidiváló aspirációk utáni köhögési inger, elégtelen táplálékfelvétel, szomjúság, sipolyképződés) máig sincs kuratív terápiája. Az előrehaladt malignus oesophagus-tumor stenosisainál az operatív eljárás még mindig ritkán lehetséges és az utóbbi évtizedek műtéti mortalitása nagyon magas volt, így egyéb terápiás alternatívákkal próbálkoztak (oesophagus-endoprothesis, radio-, chemo-, bougie-terápia, laser-photocoagulation).

Az oesophagus-endoprothesis javallatai: a súlyos dysphagia, sipolyképződés a környező szövetekbe, illetve a tracheobronchialis rendszerbe. A szerzők 31 malignus, inoperabilis nyelöcsőszűkületű betegnél helyeztek be a súlyos dysphagia vagy sipolyképződés miatt oesophagus-endoprothesist. Az endoszkópos behelyezés 4%

mortalitással járt. Mind a dysphagia, mind a sipolypanaszok az esetek 56%-ában javultak. A betegek harmadában szövődmények léptek fel. A betegség közepesen 9 hónapos lefolyása alatt a tubusviselés átlagos ideje 25 nap volt (minimum 1 nap, maximum 371 nap). A betegek harmada már a tubus behelyezése előtt különböző kezelésekben részesült (chemo-, radio-, bougiekezelés, laser-coagulation). Gyakorlatilag valamennyi betegük a daganatos alapbetegség folytán a még in situ fekvő tubussal halálzott el.

A malignus, stenotizáló nyelöcsődaganatos, sipolyos inoperabilis betegeknek a palliatív oesophagus-endoprothesis a legfontosabb terápia-modalitás. Természetesen súlyos dysphagia esetén ma a tubus behelyezése mellett más kezelési alternatívák is állnak a rendelkezésünkre. További klinikai megfigyelések szükségesek annak eldöntésére, hogy milyen betegek profitálnak leginkább az endoprothesis behelyezésétől.

iff. Pastinszky István dr.

Tumormarkerek a hörgőrákok diagnosztikájában és a lefolyás megítélésében. Fischbach, N.: Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 800.

A tumormarkerekkel szemben a következő követelmények támaszthatók: a malignus és benignus megbetegedések közötti minőségi és mennyiségi differenciálás, magas fokú specificitás és érzékenység, egyszerű, standardizált metodika.

Kissejtes hörgőcarcinomában a carcinoembryonális antigén (CEA) szenzitivitása 40–50%, a nem makrocelluláris rákban 50–60%-os. A koncentráció mindkét esetben a tumor stádiumtól függ. Kóros értékek lokalizált alakban 8–30, disszeminált megbetegedésben 40–80%-ban találhatók. A CEA segítséget nyújthat a daganat stádium, a kórlefejtés, valamint a prognózis megbecsülésében, de a hörgőrák korai felismerésére alacsony érzékenysége és specificitása miatt nem alkalmas. Egyéb onkofetális antigének — mint az α_1 -fetoprotein vagy a pancreas onkofetális antigén — bronchuscarcinomában nem bírnak jelentőséggel.

A szövet polypeptid antigén (TPA), amelyet már 30 éve heterológ tumorok homogenizátumából izoláltak, hörgőrákban magas, 64–90%-os érzékenységet mutat. Mivel a különböző jóindulatú daganatokban is pozitív értékek észlelhetők, a TPA elsősorban a betegség lefolyásáról nyújthat tájékoztatást. Ebben a vonatkozásban kissejtes carcinoma fennállásakor a CEA-nál használhatóbbnak tartják. Mindenesetre kérdéses, hogy a kevesebb ráfordítással meghatározható LDH, savanyú α_1 -glycoprotein (orosomucoid), egyéb akut fázis proteinnek vagy akár a vvs.-süllyedés klinikailag nem ugyanennyit mondanak-e.

Kissejtes hörgőrákban a peptidhormonok sora választódik ki. A legtöbb szerző közülük a calcitoninnal foglalkozott, mely-

nek érzékenységi hányadosa ilyenkor igen széles tartományban ingadozik (25–75%). Az utóbbi a metodikai különbségekkel is magyarázható. A nem mikrocelluláris carcinomákban a calcitonin szint ritkán magasabb. Kérdés, hogy a pentagastrin stimulatio mennyire befolyásolja az ectopiás calcitonin termelését.

Ugyancsak fokozott ectopiás ACTH secretio figyelhető meg a hörgőrákok 24–40%-ában, ami nagymértékben, de nem kizárólagosan a kissejtes rákokra érvényes. A basalis ACTH szint spontán vagy stressre bekövetkező ingadozásai dexamethasonnal kikapcsolhatók, s ezáltal a tumor indukálta képződés érzékenysége és specificitása megnövelhető.

Az ADH plazmatükör megemelkedése kissejtes tüdőrákban mintegy 30, nagysejtes carcinomában 21%-ban fordul elő. A plasmaosmolalitást tekintetbe véve a szenzitivitás még nagyobb. A parathormon, a melanotropin, B-endorphin és gastrin mint tumormarkerek nem terjedtek el. A bombesin vagy pro-GRP (gastrin releasing peptid) ilyen irányú jelentőségének megítéléséhez még kevés a tapasztalat.

Ahhoz képest, hogy a kissejtes carcinomákban a különböző peptidhormonok mennyisége megemelkedik, a paraneoplasia szindrómák viszonylag nem gyakoriak (<10%). Ezt azzal magyarázzák, hogy az említett hormonok többsége valószínűleg nagymolekulájú alakban (prohormonok) van jelen, melyeknek biológiai aktivitása nincs vagy csekély.

A neuronspecifikus enolase (NSE) az idegrendszer neuronjaiban és neuroendocrin sejteiben képződő glycolitikus enzim; a különböző, neuroectodermális tumorokban immunhisztológiailag verifikáltak. A kissejtes tüdőrák körülírt formájában 62, extenzív stádiumában 80%-ban fordul elő. Ez azt jelenti, hogy a többi tumormarkerekkel szemben mikrocelluláris carcinomában a legnagyobb specificitással és érzékenységgel rendelkezik. Nem kissejtes rákban csak 10–20%-ban találtak a referencia értékeket alig meghaladó aktivitást. Legfeljebb a nagysejtes carcinoma képez kivételt, melyben az esetek $2/3$ -ában magasabb az NSE koncentrációja. A szóban forgó enzim a kórlefejtés és a terápiás hatás leírásának is megbízható paramétere. A szérumban alakulása már a kemoterápia kezdetén tájékoztat a daganatnak a kezeléssel szembeni várható reakciójáról. Eredményesnek ígérkező esetben, már 24–72 órával a gyógyszer beadása után, az NSE töménysége a szérumban átmenetileg megnövekszik a tumor károsodása következtében. Hasonló jelenségeket észleltek a szerzők a thymidinkinase-val kapcsolatban. Amennyiben az említett iniciális emelkedés, majd a normalizálódás elmarad, úgy az a terápiás rezisztencia korai jelének tartható. Ezzel már idejében más gyógyszerek kiválasztására nyílik lehetőség, és a beteg számára a hatástalan, de toxicitás szempontjából nem elhanyagolható kemoterapeutikumok megtakaríthatók. Az NSE kon-

centrációjának növekedése a klinikai relapsust három hónappal megelőzheti.

A nem kissejtes tüdőrákoknak eddig megbízható markert találni nem sikerült. Nemrég állították ugyan elő a cervix lap-hámrákjából a squamous-cell (SCC) - antigént, megbízható eredményre vezető kísérletek még nem állnak rendelkezésre; vesefunkciós zavarban tévesen magas értékeket mértek. Az utóbbi években a hörgőrák markereiként leírt serum amyloid A, CA 19-9, B₂-mikroglobulin, pseudouridin alkalmazása nem terjedt el. Hogy az újabbak, mint a bombesin, a pro-GRP, a chromogranin A vagy a motilin milyen pályát fognak befutni, előre még nem látható.

Barzó Pál dr.

Diagnosztikai kérdések

Az úgynevezett globus-syndroma. Seifert, K. (Neumünster): Therapiewoche, 1989, 39, 3123.

A globus érzésének pszichés, organikus és funkcionális okai lehetnek. A globus nervosus vagy globus hystericus hátterében magatartási zavarok és reakciók, depressio, carcinophobia állhatnak. Örözködni kell azonban attól, hogy gyorsan és nagyvonalúan globus nervosust kórimézzünk. Csak a szervi és funkcionális eredet gondos kizárása után szabad pszichiátriai megoldást javasolni.

A globus érzés előidézői között jóindulatú tumorok ritkán fordulnak elő: hyperplasiás garat vagy nyelvgyöki mandula, ill. struma, különböző fajtájú cysták, egyéb benignus elváltozások. Az utóbbiak többnyire a valleculában és a sinus piriformisban helyezkednek el.

Sokkal gyakoribban a malignus neoplasma: a hypopharynx carcinomák, a korai stádiumban nehezen diagnosztizálható postcricoidalis rákok. Gondolni kell epiglottis és magasán ülő oesophagus carcinomára, mediastinalis folyamatokra valamint a nyelvgyök rosszindulatú daganataira. Az utóbbiak közül a lymphoepithelialis típusok már fiatal korban is kifejlődhetnek. Az ilyenkor meglévő csomó érzés elbágyatellálása, a megfelelő diagnosztikus eszközök igénybevétele nélkül gargarismák, szopogató tabletták rendelése a beteg sorsát gyorsan megpecsételi.

Csak a malignomák körültekintő kizárása után gondolhatunk olyan gyulladásos megbetegedésekre mint a chr. pharyngitis és laryngitis. A hypopharyngealis terület külső kompresszióját okozhatja a pajzsmirigy hypertrophiája, különösen a retrosternalis struma. Ilyenkor valódi nyelési zavar jelentkezhet. A megnagyobbodott thyreoida mellett azonban más okok után is kutatni kell. A Zenker hypopharynx diverticulum kontrasztanyagot rtg-vizsgálattal leleplezhető. A spondylosis osteophyták az alsó nyaki szakaszon a középkorúak között igen gyakoriak, ezek azonban dysphagiához (M. Forestier) ritkán vezetnek.

A globus érzés különböző megbetegedé-

sek kísérő tünete lehet. Egyes idegrendszeri zavarok, mindenekelőtt kezdődő bulbaris paralysis, cricopharyngealis achasia következtében léphet fel. A IX-X. agyideg paresise az oesophagus bemenet elernyedését akadályozva váltja ki, dysphagiát is okozva. Recurrens bénulásban a globus érzés az egyéb jellemző tüneteket kíséri. Cardiorespiratorikus insufficiencia kezdeti szakában különösen kellemetlen lehet fizikai terheléskor. Styloid syndromában a nyelési fájdalom áll előtérben. Idült hallójárat gyulladásban valamint heves köhögési rohamokban a n. vagus r. auricularisának folyamatos ingerlése hozhat létre globus érzést.

A gerinc elsődlegesen csak csontokból, ízületekből, szalagokból áll, funkcióképes és mozgató izmok tevékenysége és az őket ellátó idegek irányítása teszi. Ez a nyaki gerinc és annak legkisebb segmentjére is érvényes, amit Wiener kibernetikus funkcionális egységnek tartott, és amely a működés elvesztése nélkül tovább nem osztható. Pap valamint Gutzeit emiatt arthron ill. vertebrom elnevezéssel látta el. Amennyiben ezen a területen ízületi károsodás lép fel, az izomvédekezés által kiváltott ingerület az idegvégződéseken, a proprioceptív és nociceptív afferenciákon keresztül, a gerincvelő hátulsó szarvába jut. A reflexválasz további izomtónus fokozódást idéz elő, és a circulus vitiosus révén létrejövő summatio a fájdalomérzés tudatosulásához, vegetatív kísérő jelenségekhez vezet. A nyaki gerinc felső segmentumainak arthronjaiban kialakuló beidegzési zavar következtében, többek között az infra- valamint suprahoidalis izomzat görcsös állapotba kerül, és a géget nagyobb mértékben a csontos alaphoz nyomja. Ez olyan helyzetet teremt és azt az érzést váltja ki, mint amikor valaki hátrahajtott fejjel próbál nyelni.

Az említett mechanizmus alapján fejlődik ki a funkcionális dysphonia. A hyperkinetikus zavar a nyelvcsontoz és a külső gégeizmok görcséhez kötődik, ami nem ritkán izomkáter és globus érzéssel jár.

A gégeizületek működési rendellenességét a fogászatban ma még alulértékelik. A modern gnathologia ezt az állapotot a rágóapparátus muscularis dysfunciójával valamint occlusiós rendellenességeivel együtt értékeli és gyógyítja. Ezért tartós globus érzés esetén az állkapocs ízület funkcióját és az occlusiót szakemberrel tanácsos megvizsgáltatni.

A koponya és nyaki területen mutatkozó működési eltérésekért a koponya ízületei, a felső nyaki gerinc (a C4-ig) valamint a szoban forgó régióban található izmok tehetők felelőssé, egyidejű fájdalom hasnyaló tendopathiával vagy anélkül. Itt érdemes megemlíteni a szerzőnek 102 globus panaszos betegen végzett megfigyeléseit. Leginkább a 40. év körüli életkorban a nők között kétszer gyakrabban fordult elő a globus érzés. 88 betegen a magas nyaki szakaszon találtak funkció eltéréseket, 27 egyén a nyelvcsontban érzett egyidejű fájdalmat, 17-nek otoneurológiai elváltozásai is voltak. A block túlnyomóan a C2-3 segmentumot,

részben egyidejűleg az occiput-atlas ízületet érintette. Manipulációs kezeléssel 88 esetben 55 azonnal vagy 1 napon belül panaszmentessé vált, további 13-ban javulást tudtak elérni.

Noha a funkcionális talajon kialakuló globus-syndroma teljes mechanizmusának minden összefüggését feltárni még nem sikerült, tartós fennállásakor az organikus tényezők gondos kizárása után a leggyakoribb okra, a nyaki gerinc és izmainak funkciózavarára kell gondolni. Csakis a helyes kórisme teszi lehetővé a mielőbbi és sokszor eredményes kezelést.

Barzó Pál dr.

Malignitásra gyanús nyaki nyirokcsomó diagnosztikája. R. S. G. Holdrinet és mtsai (Nijmegen): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 1538.

A szerzők vitába szállnak az 1988-ban megjelent consensus megállapításával, mely a punctiós citológia elsődlegességét hangsúlyozta. Ennek vannak ugyan előnyei: a gyorsaság, egyszerűség, ambulanter elvégezhetőség, szövettelmérés; azonban a punctióval nyert anyag szöveti elégtelensége miatt punctio-ismétlés, a leletezések, az igényelt konzíliumok elhúzódnak elodáztatja a definitív diagnózist. Négy kórtörténet ismertetésével hívják fel erre a szerzők a figyelmet.

A nyirokcsomókban jelentkező metastasis gyanúja esetén a felkért sebész, fül-orr-gégész konzíliumra való várakozás, a citológiai vizsgálat elhúzódnak, a leletközlés késedelme és a punctiók megismétlése közötti várakozások miatt 5 hónap, 10 hét, 3 hónap, 8 hét telt el a nyirokcsomóduzzanat észlelésétől a végleges diagnózisig. 3 esetben a diagnózis Hodgkin kór volt egy esetben non-Hodgkin. 3 esetben a diagnózis idején a mediastinumban, a lépben, a májban is megtalálható volt a kóros elváltozás.

A consensus nem eléggé tudatosította, hogy a punctiós-citológiai vizsgálatnál csak a pozitív eredmény a releváns. Negatívítás esetén sem helyénvaló az observatio, hanem a punctio gyors megismétlésére van szükség, még helyesebb a nyirokcsomó biopsziáját elvégezni az anyag szövettani vizsgálatával, mert ezzel a tipizálás is elvégezhető, ami egyben irányítja is a terápiát. Ha a punctio metastasist igazol, természetesen a biopszia elhagyandó. 45 éven aluliaknál a primer cc elsősorban nem a fej-nyaktájón, hanem a tüdőben vagy a gyomorban található. Férfiaknál kétszer, nőknél négyszer gyakrabban fordul elő a nyaktájékon a lymphoproliferatív folyamat, a lymphomák 60-70%-a Hodgkin kórnak, 20-30%-a non Hodgkin lymphomának bizonyulnak. Nyaki lymphománál megengedhetetlen a várakozás. Nem helyénvaló a rendelési időkhöz, a konziliáriusi előjegyzésekhez való ragaszkodás. A diagnosztika és a terápia sürgőssége életbevágó.

Ribiczey Sándor dr.

Diarrhoea factitia; a krónikus hasmenés differenciál diagnóza. (Megfigyelések hét beteg kapcsán.) Nitsche, R., Siegel, E. G., Creutzfeldt, W. (Abt. Gastroent. und Endokr., Zentrum Jun. Med. der Univ. Göttingen, D-3400 Göttingen): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 543.

A diarrhoea factitiát a betegek maguk idézik elő az otthoni hashajtóbevételekkel. A szerzők 7 esetük bemutatásával hívják fel a figyelmet arra, hogy ezek a betegek milyen komoly diagnosztikus nehézség elé állítják az orvost, és hogy ezek kapcsán milyen sok felesleges idő és pénz megy veszendőbe. A szerzők 6 nő és 1 férfi betegük esetét ismertetik részletesen, akik a legkülönbözőbb részben invazív vizsgálatokon estek át, mire tisztázódott, hogy hasmenéses panaszuk hátterében hashajtó abusus áll. Betegeik közül 4 egészségügyi dolgozó volt, életkoruk 22 és 47 év között. Panaszuk miatt átlagosan 5 (legkevesebb 2, legtöbb 11) alkalommal feküdtek egészségügyi intézményben. A betegek minden esetben súlyos organikus elváltozás gyanúja miatt kerültek a szerzők osztályára. Mindegyik betegüknél a panaszok kezdete több mint egy évre nyúlik vissza. A vizek hasmenésen kívül a leggyakoribb panaszok

a fogyás, émelygés, hasi fájdalom és az izomgyengeség voltak.

Ezeknél a betegeknél az igazi diagnózis csak ritkán valószínűsíthető priméren. A hasmenés külső tényezők következtében, mint pl. kórházi felvétel, szünetelhet, ezt azonban nem szabad diagnosztikus kritériumként elfogadni. A krónikus hasmenés diagnosztizálása után egy alap diagnosztikus ténykedés következik, melynek során discrepantia lép fel a klinikai kép és a sorozatos negatív eredmények között. Ritka esetekben a székletben észlelt vér, enterális fehérjevesztés, klinikai, kémiai gyulladás jelek, vagy esetleg láz rossz irányba terelhetik a diagnosztikus menetet. Segítséget adhat a colon melanosis jelenléte. Ez lipofuscin raktározás következménye, amely specifikusan antrachinon tartalmú hashajtók szedése következtében alakul ki. A gyógyszereszedés megkezdése után 4 hónapon belül jelenik meg, és a gyógyszer elhagyása után még egy évig észlelhető. A melanosis coli hiánya nem zárja ki az antrachinon szedés lehetőségét. Néha a negatív endoscopos lelet ellenére a lamina propria macrophagjaiban a pigment histológiailag kimutatható. A phenolphthalein a vizeletet alkalinizálja, és így a piros elszíneződés alapján mutatható ki. Különleges esetekben szükséges lehet a diagnózis felál-

lításához a páciensek szobáit és személyes holmijait, azok jelenléte nélkül átkutatni. Ha két ilyen átvizsgálás közti időszakban a beteg hashajtó készlete csökkent, a diagnózis valószínűsíthető. Az intim szféra ez általi megsértése, alapos gyanúja esetén, tekintettel a beteg érdekeire is, jogilag elfogadható.

A diagnózis felállítása azért nehéz, mert a betegek a hasmenés tulajdonképpeni okát az orvos elől, gyakran nem tudatosan, eltitkolják. Így készek a legkülönbözőbb invazív diagnosztikus vizsgálatoknak, sőt sok esetben még műtétnek is alávetni magukat. Ennek eredménye a többszöri kórházi kezelés. A diarrhoea factitia az ún. Münchausen-syndroma egy variánsa. Ez alatt azok az esetek értendők, amikor a tüneteket a betegek megijátszák, illetve saját maguk tudat alatti vagy akaratlagos téves kezelésével idézik elő. A diagnózis felállításával további invazív és nem veszélytelen vizsgálatoktól menthetjük meg a beteget. A betegeknél a diagnózis felállítása után psychotherapiát kell elkezdeni, amibe sokszor nem egyeznek bele, illetve idejekorán önkényesen abbahagyják.

Csermely Lajos dr.

ZÉTA-POTENCIÁLÓMÉRŐ



Szuszpenziók, kolloidok stabilitásának, ülepedésének jellemzésére a folyadékban levő részecskék elektroforetikus vándorlási sebességéből és az azt előidéző külső villamos térerősségből számítható zéta-potenciál (ZP) ad objektív adatot.

A legújabb irodalmi adatok alapján (Die Pharmazie 42/1987) a ZP biológiai rendszerek tanulmányozására, a sejtmembrán felületén ZP-változást is okozó transzport- és receptorkötődési folyamatok vizsgálatára is alkalmas, így a kísérletes orvosi diagnosztikában is felhasználható. A KUTESZ gyártmányú műszer mérési módszere: szabályozható, laminárisan áramoltatott közegben pásztázással kiválasztott individuális szemcsék ZP-jét változtatható egyenáramú feszültségértékek pillanatszerű bekapcsolásával lehet megállapítani.



További információ:

Magyar Tudományos Akadémia
Kutatási Eszközök Kivitelező Vállalata Kereskedelmi Osztály
1442 Budapest Pf. 120. Tel: 163-2450 Telex: 22-6700

LEGALON 70[®]

hepato-protectivum

70 drazsé



A máj akut és krónikus megbetegedése esetén a készítmény növényi eredetű hatóanyaga a silymarin membránstabilizáló tulajdonsága révén javítja a májsejtek működését. Védelmet biztosít a májat károsító hatásokkal szemben, továbbá fokozza a már károsodott májsejtek regenerációs képességét.

HATÓANYAG

100 mg Extractum fructus Cardui mariae siccum (megfelel 70 mg silymarinnak, ami legalább 30 mg silibinint tartalmaz.)

JAVALLATOK

Toxikus májkárosodás, krónikus gyulladásos májmegbetegedés adjuvans kezelése, májcirrózis.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja a kezelés indításakor és súlyos esetekben 3×2 drazsé naponta. Fenntartó kezelésben, illetve enyhébb esetekben 3×1 drazsé naponta. A kezelés — szükség esetén — több hónapon keresztül is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Egyes esetekben enyhe hashajtó hatás előfordulhat.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS

Nem ismeretes.

MEGJEGYZÉS

✚ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. A kezelőorvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS

100 db drazsé.

Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
Dr. MADAUS GmbH. — Köln licence alapján

A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya, az Egészségügyben Dolgozók Szakszervezeteinek Szövetsége, a Medicina Könyvkiadó Vállalat Igazgatósága, valamint az Orvosi Hetilap Szerkesztőbizottsága és Szerkesztősége nevében április 25-én Markusovszky Lajos születésének 175. évfordulóján ünnepélyes megemlékezésre és jutalmazásokra került sor a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömbjének dísztermében.

A megnyitó beszédet *Trencsényi Tibor dr.*, az Orvosi Hetilap ny. felelős szerkesztője tartotta. Az emlékelőadást, „Markusovszky Lajos és a Magyar Tudományos Akadémia” címmel *Petrányi Gyula dr.*, akadémikus, valamint „Markusovszky útján: az Orvosi Hetilap jövője” címmel *Fehér János dr.*, az Orvosi Hetilap főszerkesztője tartotta. Az ünnepi előadások után *Trencsényi Tibor dr.*, az Orvosi Hetilap ny. felelős szerkesztője átnyújtotta a „Markusovszky-emlékermét” Fehér professzornak, az elmúlt évek során kifejtett tudományos munkásságáért.

Ezek után az „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-akat és a referensi jutalmakat Fehér János dr., az Orvosi Hetilap főszerkesztője nyújtotta át.

„Markusovszky-díj”-ban részesültek:

Udvardy Miklós dr.

„A lupus antikoaguláns és klinikai jelentősége” c. közleményéért (Debreceni Orvostudományi Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika OH—1989/1. szám —;

Romics Imre dr.

„Az ultrahang vizsgálatok jelentősége az urológiai diagnosztikában” c. közleményéért (Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika OH—1989/3. sz. —;

Rácz István dr., Tóth Ervin dr. és Pécsi Gyula dr.

„Endoscopyon keresztül végzett pH mérés a gyomorban és a duodenumban” c. közleményükért (Győr-Sopron Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet, I. Belgyógyászati Osztály OH—1989/6. szám —;

Dabasi Gabriella dr. és Duffek László dr.
„A sympathicoadrenalis rendszer scintigraphiás vizsgálata” c. közleményükért (Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Radiológiai Klinika OH—1989/7. szám —;

Csernay László dr.

„SPECT — Single Photon Emissziós Computer Tomográfia Új képalkotó eljárás az izotópdiagnosztikában” c. közleményéért (Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Központi Izotópdiagnosztikai Labor OH—1989/12. szám —;

Gál György dr., Kiss Éva dr., Tichy Béla dr. és Buzás Edit dr.

„Dialysatorok regenerálásával és ismételt felhasználásával szerzett tapasztalatok (1977—1987)” c. közleményükért (Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Sebészeti Klinikai és Vértranszfúziós Állomás OH—1989/39. szám —;

Balázs Márta dr. és Koncz István dr.

„Ishcaemiás gastritis — klinikopathológiai entititás?” c. közleményükért (János Kórház Kórbontani Osztály és Sebészeti Tanszék OH—1989/41. szám —;

Birtalan Győző dr.

„Orvosok a nagy francia forradalomban” (Horus) c. közleményéért OH—1989/48. szám —.

Kiemelkedő referensi munkájukért jutalomban részesültek:

Angeli István dr., Apor Péter dr., Holländer Erzsébet dr., Iványi János dr., Jakobovits Antal dr., Kálló Kamill dr., Laczay András dr., Major László dr., Novák László dr., ifj. Pastinszky István dr., Pikó Béla dr., Szövérfy Géza dr. és Szőnyi Ferenc dr.

A Budapest Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Kállai Éva Kórházának Tudományos Köre 1990. június 20-án, szerdán, 14,00 órai kezdettel a Kórház előadótermében (Bp., VIII., Kállai É. u. 6—8.) tudományos ülést rendez.

Üléselnök: Ménesi László dr., a Tudományos Kör elnöke

Program

1. Ménesi László dr.: Az orrszárnny pótlásról

2. Gál Valéria dr.: Bőrtumoros betegek kivizsgálása

3. Kákósy Tibor dr., Bódi Adorján dr.: A nem cerebrovascularis katasztrófa okozta hemisindrómáról — eseteink kapcsán

A Magyar Gyermekgyógyász és Gastroenterológiai Társaság Gyermekgastroenterológiai Szekciójának Munkacsoporttal együtt

1990. október 5—6-án Szegeden

tartja évi tudományos ülését

Szabadon választott előadások

1990. július 1-ig

jelentethetők be.

SZOTE Gyermekklinika, Szeged, Pf. 471. 6701

Várkonyi Ágnes dr. egyetemi docensnél

Albert Schweitzer halálának 25. évfordulója alkalmából rendezte a Zeneterápiás Szekció és a Liszt Ferenc Zeneművészeti Főiskola Pécsi Tagozata a 2. Országos Zeneterápiás Konferenciát, amelyre *Kampf József szobrász- és éremművész* elkészítette a humanista óriás emlékérmét.

Érdeklődés: Vértess László dr. társelnök, Bp., Pf. 409. 1392.

Eindhoven születésének 130., Wenckebach halálának 50. évfordulója alkalmából rendezte a Magyar Gerontológiai Társaság és a Baranya Megyei Kórház-Rendelőintézet II. Belgyógyászati Osztálya a 6. Gerocardiológiai Fórumot, amelyre *Osváth Mária szobrász- és éremművész* elkészítette a neves cardiologusok emlékérmét.

Érdeklődés: Vértess László dr. főtktár, Bp., Pf. 409. 1392.

Adr Kranzbühler 2130 Linear — Realtime — Scanner — idáig elsősorban szülészet-nőgyógyászati diagnosztikában használt — portábilis UH-készülékem eladom vagy bérbeadom.

Telefon: 183-8140 vagy 163-8120

Fogászati röntgenkészülék eladó. Nagy Miklós dr. Balatonvilágos, Aligai út 1.

Telefon: 843-0045

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 11 300 példányban

A kiadásért felel Prof. Dr. Árkay István igazgató

Telefon: 1310-781

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

(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900,

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

Szerkesztőség: 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 90.12985 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

RUBOPHEN®

100 mg tabletta

500 mg tabletta

ANTIPYRETIKUS ÉS ANALGETIKUS HATÁSÚ

HATÓANYAG: 100 mg ill. 500 mg paracetamolum tablettánként.

JAVALLATOK: láz, illetve enyhe és közepesúlyos fájdalom csillapítása.

ELLENJAVALLATOK: Paracetamol túlérzékenység. A vese- és májfunkció zavara. Glukóz-6-foszfát dehidrogenáze hiánya (haemolitikus anémia). Meulengracht—Gilbert szindróma.

ADAGOLÁS: Szokásos felnőtt adagja 500—1000 mg (1—2 500 mg-os tabl.), a panaszok intenzitása szerint, maximum naponta 3000 mg (3×2 tabl.)

Szokásos adagja gyermekeknek:

3 hó—1 év: 50—150 mg ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ 100 mg-os tabl.),

1 év—5 év: 150—250 mg ($1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ 100 mg-os tabl.),

5 év—14 év: 250—500 mg ($2\frac{1}{2}$ —5 100 mg-os vagy $\frac{1}{2}$ —1 500 mg-os tabl.)

naponta 3—4-szer.

A gyógyszert evés után bőséges folyadékkal kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Igen ritkán fordulnak elő és nem jellemzőek. Szedése során érzékeny egyéneknél túlérzékenységi bőrreakciók alakulhatnak ki.

Nagy adagban toxikus, igen nagy adagban letális májkárosodást okozhat. Ennek korai tünetei: hányinger, hányás, izzadás, általános gyengeség, rossz közérzet.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK: Óvatosan adható:

- májenzim indukációt növelő készítményekkel: pl. fenobarbital, glutetimid, fenitoin, karbamazepin, rifampicin (a toxikus paracetamol metabolitok felszaporodhatnak),
- kloramfenikollal (ennek lebomlása megnyúlik, toxicitása nő),
- antikoagulánsokkal (protrombinidő megnő),
- doxarubicinnel (májkárosodás veszélye nő)

FIGYELMEZTETÉS: Kifejezett májkárosodás esetén óvatosan adagolandó. Befolyásolhatja a laboratóriumi tesztek eredményét (szérum; húgysav; vér; heparin, theophyllin, cukor; vizelet; aminosav szintjét). Túladagolása esetén hánytató (emetin) adása javasolt. Antidotumok: N-acetylcystein vagy methionin (a glutathion prekursorai, amelyek inaktíválják a paracetamol toxikus metabolitját.) Terheseknek (különösen az I. trimeszterben) és szoptató anyáknak való adása megfontolandó. Egyidejű alkohol fogyasztás a májkárosodás veszélyét növeli.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 10 db 100 mg-os tabletta
10 db 500 mg-os tabletta

ELŐÁLLÍTJA: CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
BUDAPEST



CORDAFLEX[®] filmtabletta

koszorúér-tágító, antihypertensivum

HATÓANYAG

10 mg nifedipinum filmtablettánként.
Gátolja a Ca^{2+} ionok beáramlását a szív és az erek izomsejtjeibe.
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, boka-duzzadás, melegségérzés, szédülés, émelygés, fáradtság, palpitáció, ritkán hasmenés.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

- Antihypertenzív 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 együtt béta-receptor-blokkolók alkalmazása ajánlatos. Szívglükozidok a Cordaflex-kezelés alatt is szedhetők.
Állatkísérletekben — bár a humán dózis sokszorosában — teratogén és fötotoxikus. Már alacsonyabb dózisban is tokolitikus hatású, azaz gátolhatja a tolófájások 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 — egyénenként 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 24. SZÁM 1285—1340. OLDAL

BUDAPEST, 1990. JÚNIUS 17.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

VERAPAMIL

40 mg és 80 mg draszté

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK ANTIHYPERTENSIVA

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatornáin” keresztül, ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvezetést; tágtítja a coronariákat és gátolja a coronaria-spasmust; a perifériás artériák tágtítása és a perifériás ellenállás csökkentése révén mérsékli az artériás vérnyomást, a szívizom energiafogyasztását és oxigénigényét.

HATÓANYAG: 40 mg ill. 80 mg verapamilium chloratum draszté-ként.

JAVALLATOK: Angina pectoris kezelése és megelőzése, supra-ventricularis tachycardiák kezelése és megelőzése, hypertonia, szívinfarctus utókezelése, béta-blokkolókra nem reagáló hypertrophiás cardiomyopathia (az obstruktív forma kivételével), tocolysisben használt béta-sympathomymeticumok cardiovascularis mellékhatásainak enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos balkamra-elégtelenség, hypotensio (systoles vérnyomás < 90 Hgmm), cardiogen shock, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), másod- vagy harmadfokú AV-blokk, friss myocardialis infarctus, súlyos bradycardia, digitalis intoxikáció.

ADAGOLÁS: Az egyéni érzékenységeknek megfelelően történik, az adag fokozatos emelésével. A **kezdő** adag általában 3x40 mg. **Átlagos** napi adagja **felntőtteknek** 3x80-160 mg. A 480 mg-os maximális napi adag csak kivételes esetben léphető túl.

Angina pectoris, hypertrophiás cardiomyopathia esetében a szokásos kezdő adag 3x40-80 mg naponta. Ez az adag növelhető naponta (instabil angina) vagy hetenként, az optimális klinikai válasz eléréséig. A szokásos napi összdózis 240 mg (effort angina), illetve 480 mg (nyugalmi és Prinzmetal angina).

Supraventricularis tachycardiákban az állapot súlyosságától függően naponta 3-4-szer 40-120 mg.

Kombinált kezelés: Lehetőleg önmagában adjuk. Szükség esetén kombinálható kinidinnel (kivéve hypertrophiás cardiomyopathiás betegek esetén), prokainamiddal, digitalis-készítményekkel (figyelembe véve a súlyos bradycardia és AV-blokk kockázatát). Ha feltétlenül szükséges, (béta)-blokkolókkal is adható együtt, a beteg gondos ellenőrzése mellett. (Balkamra elégtelenségben és AV vezetési zavarban szenvedő betegeknél a két szer nem kombinálható)

Rövid és tartós hatású nitrátokkal együtt adva kedvező terápiás hatás érhető el.

MELLÉKHATÁSOK: A szer általában jól tolerálható, az esetleg jelentkező mellékhatások a dózis csökkentésével általában megszűnnek vagy enyhülnek.

Leggyakoribb mellékhatások: obstipatio, fejfájás, szédülés, gyengeség, idegesség, pruritus, kipirulás, gyomorpanaszok, hányinger, ritkábban orthostatikus hypotonia, allergiás reakció. Egyéb mellékhatások előfordulásának esélye csekély.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Együttadás tilos:

- disopyramiddal, Verapamil adás előtt 48, utána 24 órán belül (feltételezett interakció veszélye miatt);
- kinidinnel, hypertrophiás cardiomyopathiában szenvedő betegeknek (jelentős vérnyomásesés veszélye miatt).

Óvatosan adható:

- antihypertensiv szerekkel (ezek hatását növeli);
- digitalis-készítményekkel (50-70%-kal) megemeli ezek vérszintjét, ezért a digitalis adagját csökkenteni kell);
- béta-blokkolókkal (súlyos bradycardia, AV-blokk, asystole veszélye miatt);
- inzulinval (a Verapamil csökkenti a diabeteses betegek inzulin okozta hypoglykaemiáját).

FIGYELMEZTETÉS: Különös gondossággal adandó vese- és májkárosodás esetén, mivel a Verapamil kezelés alatt emelkedhet a szérum transzamináz- és alkalikus foszfatáz szintje. Súlyos májelégtelenségben az általában alkalmazott adag 30%-a ajánlott.

Wolff — Parkinson — White syndromás betegek pitvarfibrillációjának Verapamillal történő kezelése növelheti a kamrafibrilláció fellépésének kockázatát.

Hosszan tartó kezelés alatt rendszeres szemészeti ellenőrzés javasolt.

Lehetőleg ne alkalmazzuk terhességben (főként az I. trimeszterben) és a szoptatás ideje alatt, illetőleg Verapamil kezeléssel egyidejűleg ajánlatos a szoptatást szüneteltetni. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

CSOMAGOLÁS: 50 drg (40 mg)
50 drg (80 mg)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
Budapest

CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Főszerkesztő:

FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:

KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Tanácsadó testület:

De Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:

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

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

131. ÉVFOLYAM

*

24. SZÁM

*

1990. JÚNIUS 17.

TARTALOMJEGYZÉK

Uzválgyi Éva dr. és Kertai Pál dr.:

Az emberi retinoblastoma kifejlődését gátló gén: a tumor szuppresszor gének prototípusa

1287

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Deák György dr., Múzes Györgyi dr., Láng István dr., Niederland Vilmos dr., Nékám Kristóf dr., Gonzalez-Cabello Rhensó dr., Gergely Péter dr. és Fehér János dr.:

Silymarin kezelés immunmoduláns hatása krónikus alkoholos májbetegségben.....

1291

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Goldschmidt Béla dr., Kisrákó Csilla, Téglás Emma dr., Verbényi Márta dr. és Kovács Ilona dr.:

K₁-vitamin koncentráció és a K-vitamin dependens alvadási faktorok újszülöttekben K₁-vitamin intramuscularis és oralis adása után.....

1297

Fekete Miklós dr., Hollódy Katalin dr. és Klujber László dr.:

Glucosilált proteinek és perinatalis növekedés

1301

RITKA KÓRKÉPEK

Török László dr., Fazekas András dr., Domján Lajos dr., Budai Sándor dr. és Kása Margit dr.:

Gardner-syndroma

1307

Bókay János dr., Rákóczy György dr., Jellinek Kinga dr. és Verebély Tibor dr.:

Barret-oesophagus gyermekben

1311

HORUS

Grósz Emil emlékezete.....

1313

„A Mindenes Gyűjteménynek Orvosi szemekkel való meg-vizsgálása”

1314

Folyóiratreferátumok.....

1317

Könyvismertetések.....

1329

Felhívás Szerzőinkhez

1333

Megjelent

1335

A Szoc. és Eü. Min. tájékoztatója

1337

Az Orsz. Közeg. Int. tájékoztatója

1339

Pályázati hirdetések

1340

HALOPERIDOL DECANOAT im.injekció

(50 mg haloperidolum —
haloperidolum decanoat formájában)

Tartós hatású neurolepticum.

Javallat: krónikus schizophrénia fenntartó kezelése.

Az alkalmazott adag általában kb. 4 hét időtartamra terápiás hatást biztosít. A plazmaszint 2—3 hónap után éri el a steady-state állapotot.

Mellékhatás: a kezelés során extrapiramidális tünetek léphetnek fel (fokozott izomtónus, akinézia, tremor, akatizia).

Ellenjavallat: extrapiramidális kórképek. Depresszió. Kóma. Akut alkohol-, altatószer-, analgetikum és pszichopharmakon intoxikáció. Terhesség.

Gyermekeknek nem adható!

Gyártja:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



Az emberi retinoblastoma kifejlődését gátló gén: a tumor szuppresszor gének prototípusa

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Közegészségtani és Járványtani Intézete, Debrecen
(igazgató: Kertai Pál dr.)

Napjaink rákkutatásának legfontosabb eredménye a proto-onkogének, onkogének és tumor szuppresszor gének felfedezése. A szerzők áttekintik az emberi retinoblastomára (Rb) hajlamosító gén felfedezését, a Rb fehérje analízisét, valamint szerepüket a retinoblastoma és egyéb daganatok kórfejlődésében.

A daganatok keletkezésének mai elmélete feltételezi, hogy az ionizáló sugárzások, vegyszerek és vírusok az eukaryota sejtek szaporodását és fejlődését szabályozó gének számát, vagy szerkezetét változtatják és ezzel működésüket felerősítik, vagy ellenkezőleg, gátolják. Az utóbbi évek kutatásai ugyanis kiderítették, hogy ezek a sejtsztódásban és differenciálódásban érintett gének legalább két csoportra oszthatók: a sejtsztódást elősegítő protoonkogénekre (3), valamint a nemrég felfedezett tumor szuppresszor génekre, amelyek tumorgátló hatásukat valószínűleg sejtsztólast gátló hatásuk útján fejtik ki (16).

Bár összefoglalónk elsősorban az utóbbi csoport egyik prototípusával foglalkozik, működésük megértéséhez elengedhetetlen a sejtsztódást elősegítő gének működésének vázlatos áttekintése.

Protoonkogének, onkogének, tumor szuppresszor gének

A protoonkogének olyan, a kromoszómák meghatározott helyein elhelyezkedő DNS szakaszok, amelyek a sejtek szaporodását és differenciálódását befolyásoló fehérjéket kódolják. Szerkezetüket az evolúció során is megtartották, mert nagymértékben hasonló protoonkogének találhatók az élesztő (*Sacharomyces cerevisiae*), a gyümölcslegy (*Drosophila melanogaster*) vagy az emlősök sejtjeiben. Ha azonban a bevezetőben említett környezeti hatásokra a gének nukleotid szekvenciája, szerkezete vagy szabályozása megváltozik, vagy egy-egy DNS szakaszból több kópia is készül (génamplifikáció), esetleg a DNS szakasz megszokott helyéről új helyre kerül és másképp működik, mint eredeti helyén, akkor a protoonkogénből onkogén lesz, amely dominánsan hat a protoonkogénhez viszonyítva, amelyből származik. A folyamat eredménye a malignus fenotípusú sejt kialakulása, amelynek hátterében megváltozott szerkezetű vagy változat-

Human retinoblastoma inhibitory gen; prototype of human suppressor genes. One of the most important progress in cancer research of our time is the discovery of protooncogenes, oncogenes and tumor suppressor genes. The authors review the isolation, of the human retinoblastoma (Rb) susceptibility gene, the analysis of Rb protein and their role in the pathogenesis of retinoblastoma and other tumors.

lan szerkezetű, de fölös számban termelődő fehérjemolekulák, *onkofehérjék* állnak (3).

Az onkofehérjék érdekes és bonyolult hatásának érzékeltesére csak egy, a szerzők egyike által vizsgált példát említenénk: az int-1 gén olyan fehérjét kódol, mely a *Drosophila melanogaster* embrionális fejlődése során a szárnyakat hordozó szegmentek differenciálódásában játszik szerepet. Ha mutáció következtében funkciója kiesik, az a gyümölcslegyben szárnyfejlődési rendellenességet okoz, míg egérben az int-1 gén aktiválódása emlődaganat kialakulásához vezet (27).

A sejtek szaporodására és feltehetően a differenciálódásra ható gének másik csoportja a tumor szuppresszor gének (vagy más néven: antionkogének) létezésére sejt-hibridizációs kísérletek vetettek fényt. A kísérletek során sejt-tenyészetekben egészséges és daganatos sejteket fuzionáltattak és azt tapasztalták, hogy a hibrid sejtek egy része nem mutatott malignitást, holott az onkogének dominanciája alapján, valamennyi hibrid sejt malignus transzformációja lett volna várható. Ha a hibrid sejtekből meghatározott kromoszómapárok elvesztek, az egészséges sejtek ismét rosszindulatú sejtekké alakultak át (11). Ezt a szokatlan jelenséget azzal magyarázták, hogy a daganatsejteket elvesztették növekedésgátló génjeiket: amikor a daganatsejteket egészséges sejtekkel egyesítették, újból visszakerültek a növekedésgátló gének és ismét ellenőrzésük alá vonták a sejtek növekedését. Ezt a meglepő hipotézist tovább erősítették Stanbridge és munkatársai kísérletei. Ha Wilms-tumoros daganatsejtekbe 11-es emberi kromoszómát juttattak, a daganatsejtek egészséges sejtekké alakultak vissza: a daganatok kórfejlődésében tehát a 11-es kromoszóma meghatározott DNS-szakaszainak kiesése játszhatott szerepet (26). Most már világossá vált, hogy vannak olyan daganatok, amelyek elindításában nem a protoonkogének aktiválódása, hanem az antionkogének mutációja, vagy elvesztése játsza a vezérlő szerepet. Mai tudásunk alapján úgy tűnik, hogy a 3-as kromoszóma meghatározott DNS-szakaszainak elvesztése és a vesedaganatok (16), a 11-es kromoszóma meghatározott DNS-szakaszainak elvesztése és a Wilms-tumor (2), a 13-as kromoszóma meghatározott DNS-szakaszainak elvesztése és a retinoblastoma (2), valamint egyes osteosarcoma típusok, végül a 22-es kromo-

Kulcsszavak: retinoblastoma, tumor szuppresszor gének, onkogének

* Jelenleg tanulmányúton: Karolinska Intézet Tumorbiológiai Intézete Stockholm, Svédország

Orvosi Hetilap 1990. 131. évfolyam 24. szám

szóma meghatározott szakaszainak elvesztése, valamint egyes meningeoma és acusticus neuroma típusok kifejlődése között szoros összefüggés van (16). A felsoroltak közül a retinoblastoma kifejlődését gátló antionkogént ismerjük a legjobban, ezért a továbbiakban kizárólag ezzel foglalkozunk.

Az Rb-gén azonosítása és izolálása

A retinoblastoma a gyermekkorban fellépő, az esetek kb. 40%-ában kétoldali malignus ideghártya daganat, amely a n. opticus mentén cranialis az agyburokra szétterjedhet. Régóta ismert, hogy a betegség kétféle formában jelentkezik. Az egyik az örökletes forma, amelyben a tumor mindkét szemet érinti és a kétoldali enucleatio után a gyógyult betegeknek nagy az esélyük az osteo- és lágyrészsarcoma kialakulására. A daganat kifejlődésére való hajlam — úgy tűnik — autoszomális-domináns formában öröklődik, a mutációt hordozó szülő minden gyermekének 50%-os esélye van a hajlam átöröklésére, és a hajlamért felelős gént hordozó gyermekek 90%-ánál jelentkezik a tumor. A nem örökletes „spontán” forma az egyik szemet érinti, és az egyoldali enucleatio végleges gyógyulást jelenthet (2, 25, 29).

Knudson a két forma összehasonlító vizsgálata során arra a következtetésre jutott, hogy a daganatos sejtek mindkét esetben két mutáns allélt tartalmaznak (18). Az örökletes formában az egyik mutációt öröklö az egyén és azt minden sejtje hordozza, majd a második mutáció — melyre az egyénnek 90%-os esélye van — akár egyetlen retinasejtjében is kialakulhat a szomatikus fejlődés során. A spontán formában ezzel szemben a daganat kifejlődéséhez szükséges két allél mutációja kizárólag a retina sejtjeiben jön létre, a test többi sejtje egészséges a kérdéses gén mindkét allélját tekintve.

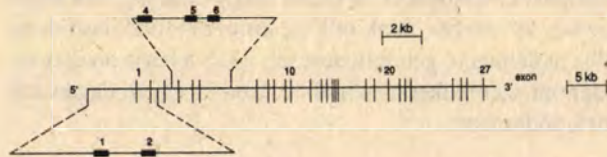
Ha a retinoblastoma kifejlődését megakadályozó antionkogént Rb^+ -al jelöljük, míg annak retinoblastomát megakadályozni nem tudó változatát Rb^- -al, akkor a heterozygoták Rb^+/Rb^- alléleket hordoznak, és ha a a retinasejtben vagy az osteoblastokban az egészséges gén mutál, az Rb^-/Rb^- gén-képletű sejtek retinoblastokká vagy osteosarcoma sejtekké alakulnak át.

Más a helyzet a nem öröklődő retinoblastomáknál: itt a retinasejt mindkét Rb^+ génje Rb^- génné alakul át, míg a szervezet többi sejtje továbbra is Rb^+/Rb^+ alléleket hordoz. Knudson elméletét Comings fejlesztette tovább a kiegészítéssel, hogy a mutált Rb^- gének az Rb^+ gének inaktíválódott formái, és csakhamar bebizonyosodott, hogy az esetek egy részében az Rb génnek részleges vagy teljes elvesztéséről van szó (5).

Knudson és Comings hipotézisét a citogenetikai és molekuláris genetikai vizsgálatok a későbbiekben igazolták. Betegek szomatikus sejtjeinek vizsgálatakor kiderült, hogy a 13-as kromoszómájról egyik tagjából hiányzik a 13q14 sáv, tehát ezen a helyen kellene elhelyezkednie a retinoblastomát akadályozó génnek (8).

Mielőtt az Rb^+ gén izolálását ismertetnénk, a szakmai nyelvvel kapcsolatban egy megjegyzést kell tennünk. Az irodalomban gyakran használják a „retinoblastoma” gén kifejezést. Mint láttuk, a kifejezés pontatlan, hiszen éppen egy „retinoblastoma kifejlődését gátló” génről van szó, míg a mutáns egy „retinoblastoma kifejlődését gátolni nem tudó” gén. A bonyolult kifejezések elkerülése érdekében, és hogy a szabotosság ellen se vétsünk, a továbbiakban az Rb gén megjelölést használjuk. Az Rb gén izolálása során a géneknek a következő kritériumokkal kell

rendelkeznie: a) a gént, illetve a transzkripcióban részt vevő mRNS-t ki kell mutatni embrionális retinasejtben, b) a gént, a transzkripcióban részt vevő mRNS-t és a hozzá tartozó fehérjét meg kell találni felnőttek retinasejtjeiben, illetve valamennyi szomatikus sejtben, c) a gént, vagy annak termékét nem volna szabad megtalálni sem a retinoblastoma, sem az osteosarcoma sejtekben. Ezeknek a kritériumoknak a szem előtt tartásával három amerikai munkacsoport néhány hónapos különbséggel izolálta és meghatározta az Rb gén szerkezetét (2, 9, 19). (Ábra). A későbbi vizsgálatok bizonyították, hogy a 200 kilobázist tartal-



Ábra: A normál retinoblastoma gén szerkezete (Lee és mtsai nyomán) Magyarázat a szövegben.

mazó gén 27. exonba (így nevezzük azt a DNS-szakaszt, amelynek RNS másolata az érett hírvívő-RNS-ben megtalálható) szerkeződik. Az első exon tartalmazza a transzlációra nem kerülő 5' régiót valamint egy transzlációt indító és metionint kódoló tripletet; a 27. exon (amely 1,9 kb hosszúságú) tartalmazza a transzlációs stop kódot, valamint egy transzlációra ugyancsak nem kerülő 3' régiót (13). A teljes 2–26. exon, illetve az első és a 27. exon egy része egy 110 kD molekulatömegű és 928 aminosavból álló fehérjemolekulát kódol. A fehérje a 166–225 aminosavak között szokatlan összetételű oligopeptidet hordoz, amelyek különösen gazdag alaninban és fenilalaninban. A fehérje ezen kívül még olyan potenciális fémköthető helyeket is tartalmaz, amelyek a DNS-hez történő kötődést segítik elő. (19, 21).

Mit tud az Rb gén fehérjeterméke?

Az Rb fehérje — mint azt ellenanyagokkal végzett kísérletekből tudjuk — kizárólag a sejtmagon belül található, és ha meggondoljuk, hogy a fehérje kötődik a kettős szálú DNS-hez, feltételezhető a sejtosztódást szabályozó szerepe (21). Itt szeretnénk megemlíteni, hogy a génproduktum gátolja az SV40 vírus replikációját, amely további adalék az Rb fehérje sejtosztódást befolyásoló szerepének feltételezéséhez (28). A fehérje a sejtmagban kétféle alakban: foszforilált és nem foszforilált formában fordul elő (23). A foszforilált forma főleg az osztódó, míg a nem foszforilált forma a nyugvó, vagy a terminális differenciálódási szakaszban lévő sejtben halmozódik fel (22). A nem foszforilált — tehát a sejtosztódás gátlásában szerepet játszó fehérje — különleges tulajdonsága, hogy egyes DNS vírusok onkofehérjéivel komplexet alkot. Ilyen onkoproteinek például a SV40 vírus LT-antigén (6), az adenovírus E1A proteín (30), valamint az emberi papilloma vírus (HPV) E7 onkofehérje (7). Feltételezhető, hogy az SV40, a transzformáló hatású adenovírus és a HPV éppen az által fejt ki daganatokat okozó hatását, hogy az Rb gén fehérjeproduktumát inaktíválja.

Az Rb gén mutációja

Az egy, vagy mindkét kromoszómán létrejövő mutáció finomabb analízisét először az Y79 jelzésű retinoblastoma sejtvonalon végezték el. Megállapították, hogy a DNS 5' régiójából 470

bázispár hiányzik, mégpedig a második exontól a 6. exont is magába foglaló régióban. Ez azonban csak az egyik allélra vonatkozik, míg a másik allél látszólag ép. Az a tény azonban, hogy az Y79-ben sem normál méretű mRNS, sem fehérje nincs jelen, arra utal, hogy vagy nem képződik mRNS, vagy ha képződik is, megváltozott mérete (vagy szerkezete) miatt nem kerül sor aktív fehérje szintézisére (4). Egy másik lehetőségre a Saos-2 jelzésű osteosarcoma sejtvonal tanulmányozása vetett fényt. Ebben az eredetileg 110 kD molekulásúlyú fehérjemolekula helyett egy mindössze 95 kD molekulásúlyú „csonka” fehérje képződött. Érdekes, hogy ez a rövidebb fehérje a normális méretű fehérjétől eltérően nem a sejtmagban, hanem a citoplazmában található, és nem képes komplexet formálni az előbb már említett LT-antigénnel (22).

Egy jövőbe mutató kísérlet: kívülről a sejtekbe bejuttatott funkcionáló Rb gén a retinoblastoma és az osteosarcoma kifejlődését gátolja.

Amennyiben igaz az a feltevés, hogy az Rb gén inaktiválódása és a funkcióképes Rb fehérje hiánya felelős a rosszindulatú fenotípus kialakításáért retinoblastoma, illetve osteosarcoma esetében, akkor a funkcióképes gén visszajuttatása a sejtekbe ismét ép sejtek képződéséhez vezetne. Lee laboratóriumában olyan retrovirust konstruáltak, amelyben a retrovirus a humán Rb gén fehérjét kódoló DNS-szakaszát tartalmazza. A mesterséges vírussal humán retinoblastoma és osteosarcoma sejteket fertőztek in vitro. A hatás meglehetősen volt: a retrovirussal fertőzött Y79 Rb és a Saos-2 jelzésű sejtek a sikeres fertőzés után normál méretű és szerkezetű Rb fehérjéket szintetizáltak. Ezzel egyidejűleg a sejtek morfológiája megváltozott, és a sejtosztódások száma csökkent. Immunszuppresszált egekben a fertőzött sejtek nem eredtek meg, annak ellenére, hogy a fertőzött sejtek eredetileg tumorképződéshez vezettek.

A kísérleteket a szerzők egyikének is sikerült megismételnie WERI-27 retinoblastoma sejtvonallal, a Karolinska Intézet Tumorbiológiai Laboratóriumában (Uzvolgyi É. nem közölt eredménye). A folyamatos in vitro tenyésztés során egyes klonok elvesztették a kívülről bevitt Rb gént kifejező képességüket, ismét tumorsejteké alakultak vissza (15).

Az Rb gén szerepe egyéb tumorok kifejlődésében

Érdekes megfigyelés, hogy retinoblastomában vagy osteosarcomában szenvedő gyermekek anyjában gyakran fejlődik ki emlőtumor (12). Valóban, az emlődagánatok sejtek citológiai vizsgálata gyakran mutat 13q hiányt abban a régióban, ahol az Rb gén található (20). Az emlőrákhoz hasonlóan kissejtes tüdőrákban is sikerült Rb gén átrendeződést találni, míg veserákban ezt nem sikerült igazolni (10, 17). Hólyagrákban mindössze egyetlen esetben észlelték Rb gén átrendeződést (14), ugyanakkor egyes haematológiai kórképek, mint például a polycythaemia vera, myelofibrosis, myelodysplasiás leukaemia és chronikus lymphoid leukaemia a 13-as kromoszóma eltéréseivel járnak.

Igaz, a leukaemiás állapot teljes kialakulásakor az

eredeti eltéréshez egyéb kromoszomális aberrációk is társulnak, és az Rb gén látható mutációja is csak egy esetben volt kimutatható (24). Az adatok még meglehetősen ellentmondóak és szegényesek, de elképzelhető, hogy a jövőben több tumorféleség kórfejlődésében fogunk az Rb gén mutációjának részleges, vagy teljes szerepet tulajdonítani.

Az Rb gén izolálása és tulajdonságainak megismerése mérföldkő a rákkutatás történetében. A rákkeletkezés új szemléletmódja a kérdés elméleti oldala, míg a gyakorlatban közeli remény a retinoblastomára — esetleg más daganteféleségre — való hajlam praenatalis diagnózisa, távoli de nem irreális remény a génterápia lehetősége is.

IRODALOM: 1. Abramson, D. H., Ellsworth, R. M., Kitchin, E. et al.: Second monocular tumors in retinoblastoma survivors. *Ophthalmology* 1984, 91, 1351. — 2. Benedict, W. F.: Recessive human cancer susceptibility genes (retinoblastoma and Wilmsloci). *Adv. Viral Oncol.* 1987, 7, 19. — 3. Bishop, J. M.: Cellular oncogenes and retroviruses. *Ann. Rev. Biochem.* 1983, 52, 101. — 4. Bookstein, B., Lee, E. Y. H. P., To, H., et al.: Human retinoblastoma susceptibility gene: genomic organization and analysis of heterozygous intragenic deletion mutants. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 1988, 85, 2210. — 5. Comings, D. E.: A general theory of carcinogenesis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1973, 70, 3324. — 6. De Caprio, J. A., Ludlow, J. W., Figge, J. et al.: SV40 large tumor antigen forms a specific complex with the product of retinoblastoma susceptibility gene. *Cell* 1988, 54, 275. — 7. Dyson, N., Howley, P. M., Munger, K. et al.: The human papilloma virus-16 E7 oncoprotein is able to bind to the retinoblastoma gene product. *Science* 1989, 243, 934. — 8. Francke, U.: Retinoblastoma and chromosome 13. *Birth Def.* 1976, 12, 131. — 9. Friend, S. H., Bernards, R., Rogelj, S., et al.: A human DNA segment with properties of the gene that predisposes to retinoblastoma and osteosarcoma. *Nature* 1986, 323, 643. — 10. Harbour, J. W., Lai, S. H., Whang-Peng, J. et al.: Abnormalities in structure and expression of the human retinoblastoma gene in SCLC. *Science* 1988, 241, 353. — 11. Harris, H., Miller, O. D., Klein, G., et al.: *Nature* 1969, 223, 363. — 12. Hartley, A. L., Birch, J. M., Marsden, H. B. et al.: Breast cancer risk in mothers of children with osteosarcoma and chondrosarcoma. *Br. J. Cancer* 1986, 54, 819. — 13. Hong, F. D., Huang, S., To, H., et al.: Structure of the human retinoblastoma gene. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* (közlés alatt). — 14. Horowitz, J. M., Yandell, D. W., Park, S. H. et al.: Point mutational inactivation of the retinoblastoma antioncogene. *Science* 1989, 243, 937. — 15. Huang, H. J. S., Lee, J. K., Shew, J. Y., et al.: Suppression of the neoplastic phenotype by replacement of the retinoblastoma gene product in human cancer cells. *Science* 1988, 242, 1563. — 16. Klein, G.: The approaching era of the tumor suppressor genes. *Science* 1987, 238, 1539. — 17. Klein, G.: Személyes közlés, 1989. — 18. Knudson, A. G.: Mutation and cancer: statistical study of retinoblastoma. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1971, 68, 820. — 19. Lee, W. H., Bookstein, R., Hong, T. et al.: Human retinoblastoma susceptibility gene: cloning, identification and sequence. *Science* 1987, 235, 1394. — 20. Lee, E. Y. H. P., To, H., Shew, J. Y., et al.: Inactivation of the retinoblastoma susceptibility gene in human breast cancers. *Science* 1988, 241, 353. — 21. Lee, W. H., Shew, J. Y., Hong, F. et al.: The retinoblastoma susceptibility gene product is a nuclear phosphoprotein associated with DNA binding activity. *Nature* 1987, 329, 642. — 22. Lee, W. H.: Személyes közlés, 1989. — 23. Ludlow, J. W., De Caprio, J. A., Huang, C. M.: SV40 large T antigen binds preferentially to an underphosphorylated member of the retinoblastoma susceptibility gene product family. *Cell* 1989, 56, 57. — 24. Scully, P.: Személyes közlés, 1989. — 25. Shields, J. A.: Diagnosis and management of intraocular tumors. C. V. Mosby, St. Louis pp.

437. — 26. Stanbridge, E. J.: Genetic regulation of tumorigenic expression in somatic cell hybrids. Adv. Viral Oncol. 1987, 6, 83.
 — 27. Uzvölgyi, É., Kiss, I., Pitt, A. et al.: Drosophila homolog of the murine Int-1 protooncogene. Proc. Natl. Acad. Sci USA 1988, 85, 3034. — 28. Uzvölgyi É.: Közlés alatt. — 29. Vogel, F.: Genetics of retinoblastoma. Human Gen, 1979, 52. — 30. Whyte,

P., Buchkovich, K. J., et al.: Association between an oncogene and an anti-oncogene: the adenovirus El A proteins bind to the retinoblastoma gene product. Nature 1989, 243, 934.

(Uzvölgyi Éva dr. Debrecen, Pf. 24. 4012)

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetései szerezplő készítmények rendelkezése és ára megváltozott.

TRIMETHOPRIM tabletta

MEGJEGYZÉS

✱✱ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

A gyógyszert annak a fekvőbeteg-ellátó osztálynak, szakrendelésnek (gondozónak) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta

LODERIX® tabletta

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

A gyógyszert annak a fekvőbeteg-ellátó osztálynak, szakrendelésnek (gondozónak) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

Asthma bronchialisban és allergiás rhinitisben szenvedő betegeknek a tüdőbeteg-gondozó, a belgyógyászati, fül-orr-gégészeti, allergológiai, illetőleg a gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosának javaslata alapján a kezelőorvos (körzeti orvos, üzemi orvos, körzeti gyermekgyógyász) térítésmentesen rendeli.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta



GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

VIGYÁZZON



NEHOGY CÉLT TÉVESSZEN!

MICROSYSTEM

Számítástechnikai Műszaki Fejlesztő Klisszövetkezet

1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 1565-366. Tx.: 22 3768 MS. Telefax: 1559-296

QH

1290

Deák György dr.,
Múzes Györgyi dr.,
Láng István dr.,
Niederland Vilmos dr.,*
Nékám Kristóf dr.,
Gonzalez-Cabello Rhenso dr.,
Gergely Péter dr.,
és Fehér János dr.

Silymarin kezelés immunmoduláns hatása krónikus alkoholos májbetegségben

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, II. sz. Belklinika, Budapest
* Mosonmagyaróvár Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet, Belgyógyászat

A szerzők hat hónapos, kettős vak tanulmányban vizsgálták az antioxidáns, májvédő silymarin (Legalon®) egyes celluláris immunológiai paraméterekre kifejtett hatásait idült alkoholos májbeteggekben. A kezelés során fokozódott a lymphocyták lektinnel indukált blas transformatív aktivitása, normálissá vált a T sejt és a CD8⁺ (suppressor) sejt arány, csökkent a lymphocyták antitestfüggő és spontán cytotoxikus aktivitása. A változások szignifikánsak voltak. Az eredmények alapján a szerzők úgy vélik, hogy a silymarin immunmoduláns aktivitása szerepet játszhat a májvédő hatás kialakulásában és a betegek csökkent immunvédekezésének javításában.

Immunomodulatory effects of silymarin treatment in chronic alcoholic liver disease. The effects of the hepatoprotective, antioxidant drug silymarin (Legalon®) on some cellular immune parameters of patients with histologically proven chronic alcoholic liver disease were studied in a six month double blind study. The lectin induced proliferative activity of the lymphocytes got enhanced, the originally low T cell percentage and the originally high CD8⁺ cell percentage have been normalized, the antibody-dependent and natural cytotoxicity of the lymphocytes decreased during silymarin therapy. All these changes were significant, while in the placebo group no significant changes occurred, except for a moderate elevation of the T cell percentage. Thus, the immunomodulatory activity of silymarin might be involved in the hepatoprotective action of the drug and improves the depressed immunoreactivity of the patients.

A krónikus alkoholos májbetegség patogenezisében elsődlegesek az alkohol metabolizmus során keletkező szabad gyökök és a lipid peroxidáció által okozott toxikus hatások (13, 24). Emellett a májsejtek károsításához járulékosan az alkohol által módosított antigenitású májsejtekkel szembeni cytotoxikus reakciók is hozzájárulnak (28, 36). A betegség kezelésében ezért szabad-gyök fogó, antioxidáns, illetve immunmoduláns szerek alkalmazásától terápiás eredmény várható. Hazánkban korábban elterjedten alkalmazták a flavonoid típusú, antioxidáns (+)cyanidanol-3-at (Catergen®) (9, 31, 32), míg kiderült súlyos hemolitikus mellékhatása. A BIOGAL Gyógyszergyár a közelmúltban hozott forgalomba egy szintén növényi (*Silybum marianum*) eredetű, káros mellékhatásoktól mentes, hatékonyabb flavonoid származékot, az NSZK-ban már évek óta kiterjedten alkalmazott silymarint (Legalon®, MADAUS, Köln). A gyógyszer antioxidáns és membránvédő hatása ismert (44, 45). Tekintve, hogy a szabad gyökök reakciói és antioxidáns vegyületek az immunreakciók lezajlását

befolyásolhatják (1, 7, 10), várható, hogy a májvédőként használt flavonoid típusú antioxidánsok is rendelkezzenek immunmoduláns aktivitással. A (+)cyanidanol-3 immunmoduláns hatását hazai szerzők is leírták (30, 33). Magunk korábbi vizsgálatainkkal kimutattuk a silymarin immunmoduláns hatásait in vitro (10, 12). Jelen közleményünkben a silymarin egyes celluláris immunparaméterekre kifejtett hatásáról számolunk be hat hónapos, kettős vak tanulmány során.

Betegek és módszerek

A vizsgálatban 36 idült alkoholos májbeteg vett részt (27 férfi, 9 nő, átlagkor: 46 ± 7 év). A napi átlagos alkoholfogyasztás meghaladta férfiak esetében a 60, nőknél a 30 g-ot. A krónikus alkoholfogyasztás időtartama 8 ± 4 év volt. A betegek vascularisan kompenzáltak voltak, encephalopathia tüneteit nem észleltük, malnutritio sem fordult elő, egyéb betegség nem társult. A vírus és immunológiai (antinukleáris antitest, simaizom-ellenes antitest) markerek negatívak voltak. A betegek előzetesen corticosteroid vagy egyéb immunsuppressív kezelésben nem részesültek. A silymarin-placebo randomizálást a gyógyszergyár (MADAUS, Köln) végezte. A placebo a silymarin vivőanyagát tartalmazta azonos formában. A kezelés hat hónapig tartott. A kódot a kezelés befejezése után közölte a gyár. Tizenhét beteg (15 férfi, 2 nő, átlagkor: 48 ± 7 év) szedett napi 3×140 mg silymarint (3×2 Legalon^R draszté) és 19 beteg (12 férfi, 7 nő, átlagkor: 44 ± 6 év) kapott napi 3×2 tableta placebo-t. A máj szövettani vizsgálata a silymarin csoportban 6 esetben krónikus gyulladásos aktivitás jeleit mutató micronoduláris cirrhosist (melyhez 4 betegnél zsíros elváltozás, 3 betegnél haemosiderosis társult), 10 esetben reaktív fibrosisst és kerek sejt beszűrődéssel járó zsíros elváltozást (melyhez 1 betegnél haemosiderosis társult) és egy esetben krónikus gyulladásos

Kulcsszavak: alkoholos májbetegség, antioxidáns kezelés, immunmoduláció, silymarin

Rövidítések: ADCC = antitest-függő sejt cytotoxicitás, CI = cytotoxicitási index, Con A = concanavalin A, cpm = percenkénti beütésszám, LTB₄ = leukotrién B₄, LTC₄ leukotrién 4, NK = természetes „ölő” (killer) sejt, PHA = phytohaemagglutinin

aktivitást mutató septalis fibrosist igazolt. A placebo csoportban a szövettani diagnózis 5 esetben krónikus gyulladásos aktivitást mutató micronoduláris cirrhosis (melyhez 1 betegben zsíros elfajulás társult), 12 betegben reaktív fibrosissal és kerek sejtes beszűrődéssel járó zsíros degeneráció (melyhez 1 esetben haemosiderosis társult), 1 betegben septalis fibrosissal társuló akut alkoholos májgyulladás, 1 esetben krónikus gyulladásos aktivitást mutató septalis fibrosis volt.

A betegeket tájékoztattuk a vizsgálat részleteiről, a betegek a helsinki nyilatkozat értelmében beleegyezésüket adták a vizsgálatban való részvételükhöz. A tanulmány elvégzését a klinikai és egy független etikai bizottság hagyta jóvá előzetes OGYI engedély birtokában.

A vizsgálati paramétereket közvetlenül a kezelés megkezdése előtt, a 3. kezelési hónap végén és a kezelés befejezése után közvetlenül határoztuk meg. A betegeknek tanácsoltuk az absztinencia betartását, a kezelés során pedig havonta regisztráltuk, hogy mennyire tudták a betegek az alkoholfogyasztást csökkenteni. A 3. hónap végéig nem maradt ki beteg a vizsgálatból, a 6. hónap végén a silymarin csoportban 10, a placebo csoportban 15 beteg jelent meg vizsgálatra.

Az abszolút lymphocyták számát a fehérvérsejt szám és a kvalitatív vérkép alapján számoltuk.

A mononukleáris sejteket heparinózott perifériás vénás vérből szeparáltuk Ficoll (Pharmacia)-Uromiro (Bracco) gradiensen (3). A cytotoxicitási és rozetta tesztek elvégzéséhez a fagocitáló sejteket karbonil-vas kezeléssel távolítottuk el.

A T lymphocyták arányát Jondal és mtsai vörösvértest-rozetta módszere alapján határoztuk meg (18).

A CD4⁺ (helper/inducer) és CD8⁺ (suppressor/cytotoxikus) lymphocyták arányát indirekt immunfluoreszcens módszerrel vizsgáltuk.

Az antitestfüggő sejtközvetített cytotoxicitási (ADCC) tesztet Perlmann és Perlmann részben módosított módszere alapján végeztük (34).

A természetes killersejt (NK) aktivitást Jondall és Pross módszere alapján határoztuk meg (19).

A lymphocyták lektinnel indukált blas transformációs készségét teljes vérben vizsgáltuk (16).

A statisztikai számításokat egy- és kétmintás t próba segítségével végeztük.

Eredmények

A silymarin és a placebo csoport kezelés előtti paraméterei között nem volt szignifikáns különbség.

A betegek alkoholfogyasztása mindkét csoportban lényegesen csökkent, a 3. hónap végéig a napi átlagos alkoholfogyasztás viszonylag kismértékű volt, mely a 6. hónap végéig mérsékelten emelkedett (1. táblázat).

Az abszolút lymphocytaszám, valamint egyéb hematológiai paraméterek tekintetében a csoportok között nem volt érdemleges különbség és gyakorlatilag a kezelés során

nem következett be változás, eltekintve a macrocytosistól, melynek foka mindkét csoportban csökkent. „A betegek eredetileg csökkent T sejt és magas CD8⁺ sejtaránya (2. táblázat) a silymarin kezelés során normálissá vált, míg a CD4⁺ sejtek aránya gyakorlatilag egyik csoportban sem változott (2. táblázat). A CD8⁺ sejtarány a placebót szedők esetében változatlan maradt. A T sejtarány tekintetében mindkét betegcsoportban már a 3. hónap végén is a változások szignifikánsak voltak, a silymarint szedő betegeknél azonban a növekedés kifejezettebb volt, és a két csoport megfelelő értékei között is szignifikáns különbség mutatkozott a 3. és a 6. hónap végén. (2. táblázat).”

A betegek lymphocytáinak NK aktivitása szignifikánsan alacsonyabb volt a kontroll értéknél. Az ADCC aktivitások tekintetében nem volt különbség (4. táblázat). A silymarin kezelés során mind a 3., mind a 6. hónap végén mérve az NK és ADCC aktivitások csökkenését észleltük. A placebo csoportban ezek az értékek nem változtak szignifikánsan. A két csoport megfelelő értékei között a kezelés során és azt követően is szignifikáns különbség mutatkozott.

A betegek lymphocytáinak lektinnel indukált blasttransformatiós aktivitása szignifikánsan alacsonyabb volt a kontroll értékeknél (4. táblázat). A silymarin kezelés során az értékek szignifikánsan növekedtek. A placebo csoportban a blasttransformatiós aktivitás mérsékelte, de nem szignifikáns fokozódása jött létre. A két csoport megfelelő értékei között a 3. és 6. hónap végén szignifikáns különbség volt (4. táblázat).

A kezelés során a silymarinnak tulajdonítható mellékhatást nem észleltünk.

Megbeszélés

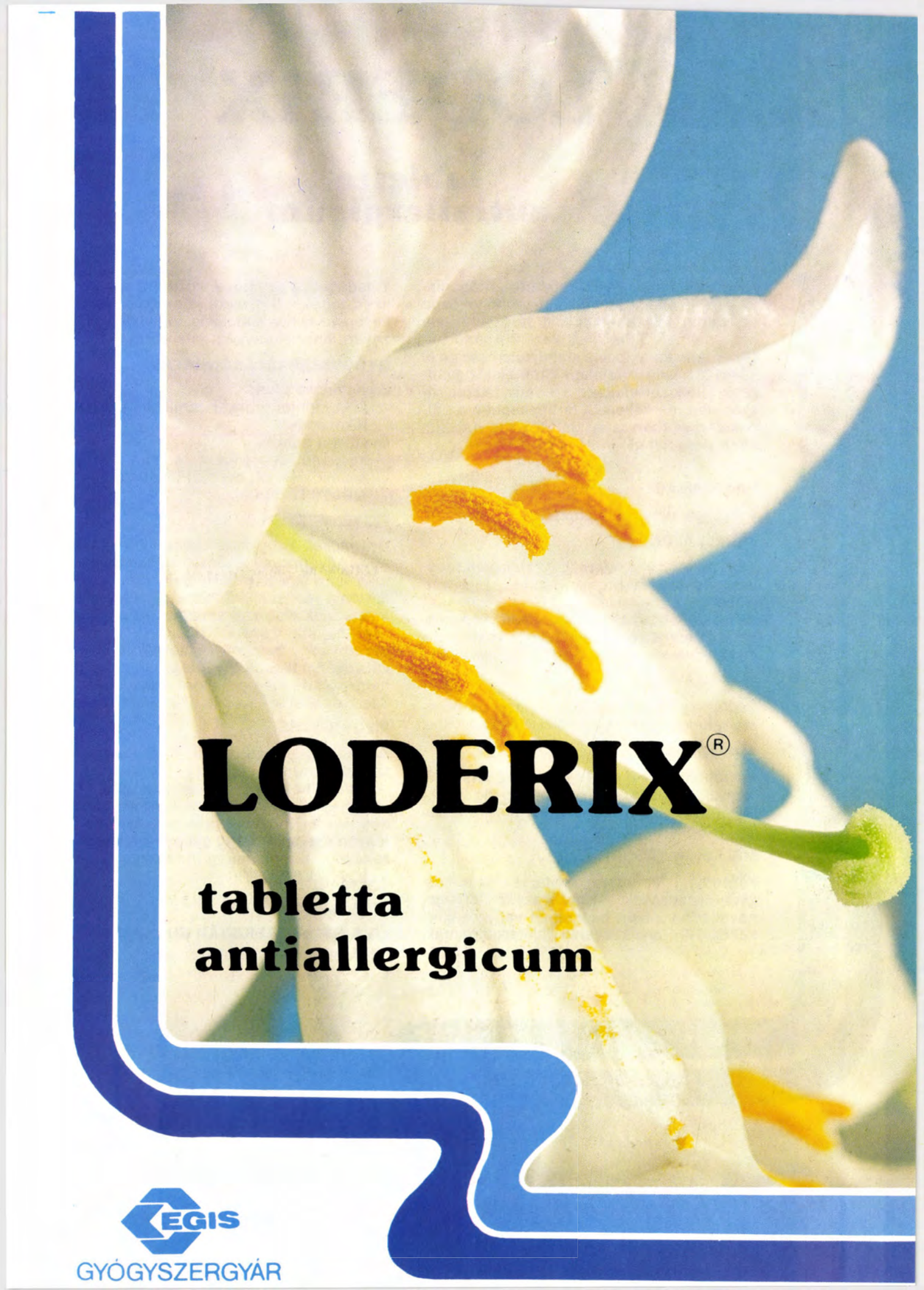
Az irodalmi adatok alapján a silymarin képes kísérletes májkárosodás bizonyos formáinak kivédésére (22, 35, 40, 45) és klinikai hatásosságáról is beszámoltak közlemények (2, 37, 39). A gyógyszer hatásmechanizmusában lényeges szerep jut az antioxidáns, membránvédő és fehérje szintézist fokozó aktivitásnak (41). A silymarin immunrendszerre kifejtett hatásainak ismerete sem közömbös, tekintve, hogy krónikus alkoholos májbetegségeknél az immunreakció komplex zavara áll fenn. Ez a zavar egyrészt magába foglalja a fertőző ágensekkel szembeni csökkent általános védekezőképességet (6, 25), másrészt pedig a májsejteket károsító cytotoxikus reakciókat (36). Vizsgálatainkban a májbeteg T sejtaránya, lymphocytáinak NK aktivitása és blasttransformatiós aktivitása alacsonyabb volt a kontroll értékeknél, hasonlóan mások eredményeihez (4, 26). Ezek az eltérések részjelenségei lehetnek a csökkent általános immunreaktivitásnak.

A CD4⁺ és CD8⁺ sejtek együttes aránya meghaladta a T sejtek arányát. Ezt a jelenséget, melynek jelentősége nem ismert, mások is leírták krónikus alkoholos májbetegségben és a T sejtek CD4 és CD8 markereinek együttes jelenlétével magyarázzák (20).

Az alkoholos májbeteg T sejtarányának csökkenésében az alkohol és/vagy reaktív szabad gyökök direkt vagy indirekt toxikus hatásainak, illetve a T sejtek májon

1. táblázat: Az alkoholfogyasztás alakulása a kezelés során C bemozdás alapján) (átlag $\pm$ SEM)

csoportok	alkohol fogyasztás férfiak	(g/nap) nők
silymarin		
I.: 0. hónap	131,5 $\pm$ 24,1	51,2 $\pm$ 12,4
II.: 3. hónap	49,3 $\pm$ 9,6	19,4 $\pm$ 5,7
III.: 6. hónap	74,6 $\pm$ 8,9	28,5 $\pm$ 6,3
placebo		
IV.: 0. hónap	138,4 $\pm$ 26,7	45,6 $\pm$ 12,9
V.: 3. hónap	45,1 $\pm$ 7,6	16,0 $\pm$ 4,8
VI.: 6. hónap	67,8 $\pm$ 9,9	29,3 $\pm$ 7,5



LODERIX[®]

**tabletta
antiallergicum**



GYÓGYSZERGYÁR

LODERIX[®]

tabletta antiallergicum

A setastin hatékony H₁-receptor antagonist, s így jó effektussal alkalmazható fokozott hisztamin felszabadulással járó allergiás kórképekben. Specifikus receptorgátló hatása mellett mastocita stabilizáló hatását is sikerült állatkísérleteken kimutatni, ugyancsak állatkísérletekben szedatív hatása viszonylag mérsékelt. A terhességben az állatkísérletekben tapasztalt toxikus hatások miatt nem adható.

HATÓANYAG:

1 mg setastinum tablettánként.

JAVALLATOK:

Akut és krónikus felsőlégúti allergiás megbetegedések (allergiás rhinitis, rhinoconjunctivitis, pollenosis). Akut és krónikus urticaria, különböző allergiás eredetű viszketéssel járó bőrbetegségek adjuváns kezelésére (lichen dyshidrosis, akut és krónikus ekcéma).

ELLENJAVALLAT:

Terhesség, szoptatás, súlyos máj- és veseelégtelenség, setastinum iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek 1-2 mg (1-2 tbl.) naponta 2-3-szor alkalmazva. A napi adagot 6 mg (6 tbl.) fölé emelni nem lehet. A kezelés átlagos időtartama 6—21 nap.

MELLÉKHATÁSOK:

Fáradtság, álmoság, fejfájás, szédülés, gyomorpanaszok, szájszárazság, étvágy-növekedés, ritkán hasmenés vagy székrekedés, ill. alvászavarok előfordulhatnak.

Túladagolás esetén a központi idegrendszeri tünetek (figyelem jelentős csökkenése, egész napos álmoság, tompaság, alvászavar, ingerlékenység) jelentkeznek.

GYÓGYSZERKÖLCSSÖNHATÁS:

Együttadása tilos:

— MAO inhibitorokkal (antikolinerg hatás fokozódás).

Óvatosan adható:

— központi idegrendszerre ható depresszánsokkal, pl. nyugtatók, altatók (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Gyermekek gyógykezelésére nem ajánlott, mivel gyermekgyógyászati alkalmazásáról még nincs tapasztalat. Hosszan tartó kezelés esetén a vérkép ellenőrzése ajánlatos. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Szedése alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerinti — egy vagy két alkalommal — ismételhető. A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS:

20 db tabletta 5,80 Ft.

EGIS GYÓGYSZERGYÁR BUDAPEST



GYÓGYSZERGYÁR

2. táblázat: **Silymarin kezelés hatása idült alkoholos májbeteg T, CD4⁺ és CD8⁺ sejtarányaira hat hónapos kettős vak vizsgálatban (átlag ± SEM)**

csoportok	T sejt	CD4 ⁺ sejt (%)	CD8 ⁺ sejt
silymarin			
I.: 0. hónap	48,4±6,7	54,0±6,9	33,0±4,7
II.: 3. hónap	69,8±4,9	50,4±5,3	22,3±3,5
III.: 6. hónap	67,3±5,2	52,8±5,7	24,1±3,8
placebo			
IV.: 0. hónap	45,5±5,6	57,2±6,1	30,7±3,4
V.: 3. hónap	58,6±5,4	53,7±5,8	27,9±3,1
VI.: 6. hónap	56,9±5,1	51,8±6,0	32,6±3,9
Szignifikancia			
I. vs. II.	p<0,01		p<0,02
I. vs. III.	p<0,02		p<0,05
IV. vs. V.	p<0,05		
IV. vs. VI.	p<0,05		
II. vs. V.	p<0,05		
III. vs. VI.	p<0,05		p<0,05

3. táblázat: **Silymarin kezelés hatása idült alkoholos májbeteg lymphocytáinak blast transformációs és cytotoxikus aktivitására hat hónapos kettős vak vizsgálatban (átlag ± SEM)**

csoportok	blast transformáció (cpm × 100)		cytotoxicitás (CI, %)	
	PHA 10 µg/ml	Con A 25 µg/ml	ADCC	NK
silymarin				
I.: 0. hónap	57,6±13,4	29,3± 8,3	44,7±5,1	26,9±2,8
II.: 3. hónap	115,2±21,9	45,9±10,7	33,4±4,0	19,2±2,1
III.: 6. hónap	98,3±18,3	47,3±11,2	34,2±4,6	20,1±2,3
placebo				
IV.: 0. hónap	66,1±12,9	32,7±8,6	47,3±5,6	28,5±3,6
V.: 3. hónap	59,2±11,6	30,4±7,8	48,3±5,8	27,8±3,0
VI.: 6. hónap	68,4±13,5	35,1±8,9	45,9±5,2	26,2±2,7
Szignifikancia				
I. vs. II.	p<0,001	p<0,02	p<0,02	p<0,01
I. vs. III.	p<0,01	p<0,05	p<0,05	p<0,02
II. vs. V.	p<0,001	p<0,05	p<0,01	p<0,01
III. vs. VI.	p<0,05	p<0,05	p<0,01	p<0,01

belüli sequestrálódásának tulajdonítanak szerepet (42). Így magyarázható, hogy az alkoholfogyasztás csökkentése önmagában is a T sejt arány növekedéséhez vezetett a placebo csoportban. A silymarint szedő betegek esetében a növekedés kifejezettebb volt, ezért feltehető, hogy ebben a csoportban a T sejt arány növekedéséhez a silymarin antioxidáns hatása és a máj állapotának javulása [mely csak a silymarin csoportban volt szignifikáns (11)] is hozzájárult. A CD8⁺ sejt arány csökkenésére vonatkozó magyarázatot egyelőre nem ismerünk.

Az arachidonsav lipoxigenáz enzim által történő metabolizációja során keletkező termékek, a leukotrién B4 (LTB4) és leukotrién C4 (LTC4) képesek a cytotoxikus aktivitás befolyásolására. Az LTB4 fokozza az NK sejtek és monociták cytotoxicitását (38), míg az LTB4 és LTC4 szintézisét gátló vegyületek a cytotoxikus aktivitást csökkentik (23, 46). A cytotoxikus reakciókat a szabadgyök fogó anyagok is gátolhatják (7, 43) feltehetően részben a lipoxigenáz aktivitásának csökkentése útján (8). A silyma-

rin antioxidáns karaktere és ismert lipoxigenáz inhibitor hatása (15) szerepet játszhat az ADCC és NK aktivitás in vivo csökkentésében.

Az oxigénből képződő szabad gyökök túlermelődése a lymphocyták proliferatív aktivitását gátolja (21). Az oxidatív stressz valószínűleg a sejtek tiol/diszulfid arányának csökkentése révén gátolja a blasttransformatiót (29), tiol vegyületek védő hatásának bizonyultak (19). A glutation (GSH, tripeptid tiol) szintjének emelése fokozza (14) a lymphocyták mitogénnel indukált proliferációját. Vizsgálatunkban a silymarin kezelés során a szérum tiol szintje fokozódott (27). A lymphocyták tiol szintjét közvetlenül nem mértük, de feltételezzük, hogy a proliferatív kapacitás kezelés során bekövetkezett fokozódása a silymarin gyökfogó hatásával, illetve a tiol/diszulfid arány növekedésével áll összefüggésben. A cytotoxikus és blast transformatációs aktivitás a placebót szedő betegek esetében nem változott értékelhetően, ezért a silymarin kezelés során

létrejött változások a gyógyszer hatásának tulajdoníthatók és nem az alkoholfogyasztás csökkenésével kapcsolatosak.

A kettős vak vizsgálat eredményei megerősítik korábbi, egy hónapos, nyílt tanulmányunk (5) következtetéseit a silymarin immunmoduláns hatásaira vonatkozóan. A T sejt arány növekedése és a lymphocyták proliferatív kapacitásának fokozódása hozzájárulhat a betegek csökkent általános immunreaktivitásának helyreállításához, a cytotoxikus aktivitása csökkentése pedig a gyógyszer májvédő hatásának egyik összetevője lehet.

IRODALOM: 1. Ball, S., Weindrich, R., Walford, R. L.: Antioxidants and the immune response. In: J. E. Johnson, A. D. Harmon, R. Walford, J. Miguel, eds., Free radicals, Aging and Degenerative Diseases. Alan R Liss, Inc., New York, p. 427. 1986. — 2. Benda, L., Dittrich, H., Ferenzi, P. és mtsai: Wirksamkeit von Silymarin auf die Überlebensrate von Patienten mit Leberzirrhose. Wien. Klin. Wschr., 1980, 119, 678. 3. Böyum, A.: Separation of leucocytes from blood and bone marrow. Scand. J. Clin.

- Lab. Invest., 1968, 21, 77. — 4. Charpentier, B., Franco, D., Paci, L. és mtsai: Deficient natural killer cell activity in alcoholic cirrhosis. Clin. exp. Immunol., 1984, 107, 58. — 5. Deák Gy., Múzes Gy., Láng I. és mtsai: Silymarin kezelés hatása krónikus alkoholos májbetegség egyes celluláris immunparamétereire. Magyar Belorv. Arch. közlés alatt, 1989. — 6. De Fernel, A. A., Clark, A., Triger, D. R.: Neutrophil phagocytic and bactericidal function in primary biliary cirrhosis and other chronic liver diseases. Clin. exp. Immunol., 1987, 67, 655. — 7. Duwe, A. K., Werkmeister, W. J., Roder, J. C. et al.: Natural killer cell mediated lysis involves an hydroxyl radical dependent step. J. Immunol., 1985, 134, 2637. — 8. Falck, P., Baehr, R. V.: Effect of cyclooxygenase and lipoxygenase inhibitors on the chemiluminescence response of human neutrophils. Allerg. Immunol., 1987, 33, 45. — 9. Fehér, J., Blázovics, A., Cornides, Á. és mtsai: Effect of (+)cyanidanol-3 on rat brain lipid peroxidation. Br. J. Exp. Path., 1985, 66, 161. — 10. Fehér, J., Cornides, Á., Csomós, G.: Antioxidant and immunomodulatory effects of hepatoprotective drugs. In: L. Okolicsányi, G. Csomós, G. Crepaldi, eds., Assessment and management of hepatobiliary disease. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, p. 257. 1987. — 11. Fehér, J., Deák, Gy., Múzes, Gy. és mtsai: Silymarin kezelés májvédő hatása idült alkoholos májbetegségben. Orv. Hetil., 1989, 130, 2723. — 12. Fehér, J., Láng, I., Deák, Gy. és mtsai: Free radicals in tissue damage in liver diseases and therapeutic approach. Tokai J., Exp. Clin. Med., 1986, 11, 121. — 13. Fehér, J., Vereckei, A.: Szabadgyök-reakciók jelentősége az orvostudományban. Medicina Könyvkiadó, Budapest, p. 42, 1985. — 14. Fidelius, R. K., Tsan, M. F.: Glutathion and lymphocyte activation: a function of aging and autoimmune disease. Immunology, 1987, 61, 503. — 15. Fiebrich, F., Koch, H.: Silymarin an inhibitor of lipoxygenase and prostaglandin synthetase. Experientia, 1979, 35, 1548. — 16. González-Cabello R., Gergely P.: Teljes vér blasztos transzformációja növényi mitogének hatására. Kísér. Orvostud., 1979, 31, 1399. — 17. Gougerot-Pocidalo, M. A., Fay, M., Roy, Y. et al.: Mechanisms by which oxidative injury inhibits the proliferative response of human lymphocytes to PHA. Effect of the thiol compound 2-mercaptoethanol. Immunology, 1988, 64, 281. — 18. Jondal, M., Holm, G., Wigzell, H.: Surface markers on human T and B lymphocytes. I. A large population of lymphocytes forming non-immune rosettes with sheep red blood cells. J. exp. Med., 1972, 136, 207. — 19. Jondal, M., Pross, H.: Surface markers of human B and T lymphocytes. VI. Cytotoxicity against cell lines as a functional marker for lymphocyte subpopulations. Int. J. Cancer., 1975, 15, 596. — 20. Jovanovic, R., Wörner, T., Lieber, C. S. et al.: Lymphocyte subpopulations in patients with alcoholic liver disease. Dig. Dis. Sci., 1986, 31, 125. — 21. Kraus, L., Gougerot-Pocidalo, M. A., Lacombe, P. et al.: Depression of Con A proliferative response of immune cells by in vitro hyperoxic exposure. Protective effect of thiol compounds. Int. J. Immunopharmacol., 1985, 7, 753. — 22. Lapis, K., Jeney, A., Divald, A.: Experimental studies on the effect of hepatoprotective compounds. Tokai J. Exp. Clin. Med. Suppl. 1986, 24, 135. — 23. Leung, K. H., Korne, H. S.: Regulation of natural killing. IV. Role of lipoxygenase in regulation of natural killing activity. Scand. J. Immunol., 1986, 24, 371. — 24. Lieber, C. S.: Biochemical and molecular basis of alcohol induced injury to liver and other tissues. N. Eng. J. Med. 1988, 319, 1639. — 25. Mac Gregor, R. R.: Alcohol and immune defence. JAMA, 1986, 256, 1474. — 26. Mutchnick, M. G., Lee, H. H.: Impaired lymphocyte proliferative response to mitogene in alcoholic patients. Absence of a relation to liver disease activity. Alcoholism. Clin. Exp. Res., 1988, 12, 155. — 27. Múzes Gy., Deák Gy., Láng I. és mtsai: Silymarin (Legalon) kezelés hatása idült alkoholos májbetegség antioxidáns védőrendszerére és a lipid peroxidációra kettős vak protokollban. Orv. Hetil., 1990, 131, 863. — 28. Neuberger, J., Crossley, J. R., Saunders, J. B.: Antibodies to alcohol altered liver cell determinants with alcoholic liver disease. Gut, 1984, 25, 300. — 29. Noelle, R. J., Lawrence, D. A.: Determination of glutathione in lymphocytes and possible association of redox state and proliferative capacity of lymphocytes. Biochem. J., 1981, 198, 571. — 30. Pár, A., Király, I., Magyarlaki, T. és mtsai: Immunomodulatory effects of cyanidanol in chronic active hepatitis. Int. J. Immunother., 1985, 1, 27. — 31. Pár, A., Mézes, M., Németh P. és mtsai: Effect of cyanidanol on the blood lipid peroxide status in patients with chronic hepatitis. Int. J. Clin. Pharm. Res., V., 1985, 6, 389. — 32. Pár, A., Padl, M., Káda, I. és mtsai: Effect of (+)cyanidanol in chronic active hepatitis. Acta Med. Hung., 1983, 40, 17. — 33. Pár A., Szekeres J., Pácsa S.: In vitro és in vivo cyanidanol (Catergen) kezelés hatása az NK sejt aktivitására krónikus B hepatitisben. Magyar Belorv. Arch. 1986, 39, 213. — 34. Perlmann, P., Perlmann, H.: Contactual lysis of antibody coated chicken erythrocytes by purified lymphocytes. Cell. Immunol. 1970, 1, 300. — 35. Platt, O., Schnorr, B.: Biochemische und Elektronenoptische Untersuchungen zur Frage der Aethanol-Schädigung der Rattenleber durch Silymarin. Arzneim. Forsch. Drug Res., 1971, 21, 1206. — 36. Poralla, T., Hütteroth, T. H., Knuth, A. et al.: Spontaneous and antibody-dependent cellular immune reactions to ethanol-altered hepatoma cells. Liver, 1987, 7, 50. — 37. Realini, S., Convers, J. J., Hoffsteter, R.: Essai clinique de la silymarine dans les affections chroniques du foie. Schweiz. Rdsch. Med., 1975, 64, 595. — 38. Rola-Pleszczynski, M. Gagnon, L., Chavaillaz, P. A.: Immune regulation by leukotriene B4. Ann. NY. Acad. Sci., 1988, 524, 218. — 39. Salmi, H. A., Sarna, S.: Effects of silymarin on chemical, functional and morphological alterations of the liver. A double blind controlled study. Scand. J. Gastroent., 1981, 17, 517. — 40. Schriever, H., Rauw, H. N.: Die Wirkung von Silybin-dihemisuccinat auf Regulationsstörungen des Phospholipid Stoffwechsels bei der acuten Galaktosaminintoxicationen der Ratte. Arzneim. Forsch. Drug Res., 1973, 23, 159. — 41. Sonnenblücher, J., Zettl, I.: Biochemical effects of the flavonolignane silibinin on RNA, protein and DNA synthesis in rat liver. Prog. Clin. Biol. Res., 1986, 213, 319. — 42. Staite, N. G., Messner, R. P., Zoschke, D. C.: Inhibition of human T lymphocyte E rosette formation by neutrophils and hydrogen peroxide. Differential sensitivity between helper and suppressor T lymphocytes. J. Immunol., 1987, 139, 2424. — 43. Suthanthiran, M., Solomon, S. D., Williams, P. S. et al.: Hydroxyl radical scavengers inhibit human natural killer cell activity. Nature, 1984, 307, 276. — 44. Valenzuela, A., Barria, T., Guerra, A.: Inhibitory effect of the flavonoid silymarin on the erythrocyte hemolysis induced by phenylhydrazine. Biochem. Biophys. Res. Commun., 1985, 126, 712. — 45. Valenzuela, A., Lagos, C., Schmidt, K. et al.: Silymarin protection against hepatic lipid peroxidation induced by acute ethanol intoxication in the rat. Biochem. Pharmacol., 1985, 34, 2209. — 46. Villa, M. L., Valenti, F., Mantovani, M.: Modulation of natural killing by cyclo- and lipo-oxygenase inhibitors. Immunology, 1988, 63, 93.

(Múzes Györgyi dr. Budapest, Pf. 277. 1444)

„Azóta sokszor megkérdeztem 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 bőrömmön kellett a kórházban annyi súlyos műhibát és orvosi mulasztást meg tapasztalnom, sajnos meg vagyok győződve, hogy sok olyan beteg van, aki hasonlóan vagy még rosszabbul jár, persze mindez nem kerül nyilvánosságra. Ezért is hadíroztam el, hogy kórházi élményeimet megírom.”

Alexander Mischelich, Ein Leben für die Psychoanalyse.
Anmerkungen zu meiner Zeit. 1980. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main (311. old.)

Goldschmidt Béla dr.,
Kisrákó Csilla,
Téglás Emma dr.,
Verbényi Márta dr.
és Kovács Ilona dr.

K₁-vitamin koncentráció és a K-vitamin dependens alvadási faktorok újszülöttekben K₁-vitamin intramuscularis és oralis adása után

Pest Megyei Semmelweis Kórház Gyermekosztály, Budapest
(osztályvezető főorvos: Goldschmidt Béla dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem, II. sz. Gyermekklinika, Budapest
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

Szerzők a K₁-vitamin szérum-szintet és a K-vitamin dependens II, VII, IX és X. véralvadási faktor aktivitását vizsgálták újszülöttekben K₁-vitamin intramuscularis vagy oralis adása után. A vitamin beadását követő 12. órában mindkét beviteli mód esetén magas K₁-vitamin szérum-szintet mértek. A továbbiakban a K₁-vitamin szérum-koncentráció az idő függvényében exponenciálisan csökkent. A felezési idő átlag 30 óra volt, függetlenül az alkalmazás módjától. Az alvadási faktorok aktivitása a vizsgálati idő alatt egyik csoportban sem változott szignifikánsan. Nem volt közvetlen korreláció a K₁-vitamin szérum-szint és az alvadási faktorok aktivitása között. A vizsgálat eredménye szerint a K₁-vitamin újszülötkorban jól felszívódik a bélből, így általános profilaxis céljából a szájon át való adás ajánlható.

Vitamin K₁ serum-concentration and vitamin-K-dependent clotting factors in newborn infants after intramuscular or oral profilactic vitamin K₁. Serum concentration of vitamin K₁ and activity of vitamin-K-dependent factors II, VII, IX and X were determined before and after vitamin K₁ administration in infants. The babies received vitamin K₁ intramuscularly or orally. 12 hours after vitamin K₁ treatment the mean concentration was increased in the groups receiving vitamin K₁ intramuscularly or orally, respectively. Serum level of vitamin K₁ fell exponentially, the mean half life was about 30 hours in both groups. Activity of vitamin K-dependent clotting factors did not change significantly after intramuscular or oral vitamin K₁ administration during the first four-five days of life. It was no direct correlation between the concentration of vitamin K₁ and the activity of vitamin-K-dependent clotting factors. This study suggest that oral administration of vitamin K₁ is as effective as the intramuscular route.

Születéskor a K-vitamin dependens véralvadási faktorok (II, VII, IX, X) valamint alvadási inhibitorok (protein C, protein S) aktivitása a felnőtt érték 30–60%-a között van (1). Ezen a szinten egészséges újszülöttekben nem lépnek fel vérzések. Néhány nap múlva a női tejjel táplált csecsemőkben K-vitamin-hiány jön létre, melynek következtében ezen alvadási faktorok aktivitása csökken, alapot teremtve az újszülöttek vérzéses betegségének kialakulásához.

A K-vitamin számos fehérje, köztük a fent említett alvadási tényezők karboxilálásában vesz részt. A karboxilálatlan prekursorok funkcionálisan inaktívak. A K-vitamin-hiány igazolásának legérzékenyebb módszere egy vagy több ilyen prekursor kimutatása a vérben. Magyarországon az egészséges újszülöttek egyharmadában az 5–7 napos csecsemők felében lehet akarboxiprothrombint kimutatni (2, 3).

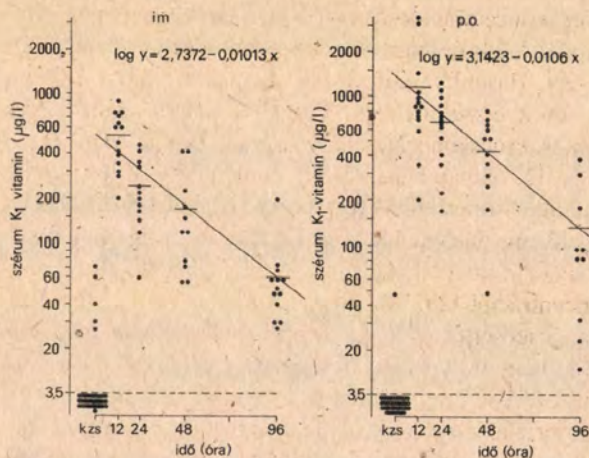
Az újszülöttek vérzéses betegségének megelőzésére az International Committee on Thrombosis and Haemos-

tasis újszülötkori haemostasissal foglalkozó albizottsága 1986-ban javasolta a minden újszülöttre kiterjedő általános K-vitamin profilaxist, melyet azóta már számos országban bevezettek (7). Az elmúlt években vita alakult ki arról, hogy mi módon és mennyi K-vitamint adjunk (4, 8, 9). Legegyszerűbb és legkevésbé költséges a szájon át való beadás lenne. Ismert azonban, hogy újszülötkorban a zsírfelszívódás tökéletlen (6). A zsírfeloldékony K-vitamin intestinális felszívódásáról az újszülötkorban kevés ismeret áll rendelkezésre (12, 13), ezért összehasonlító vizsgálatot végeztünk intramuscularisan és oralisan bevitt K-vitaminnal. Korábban beszámoltunk a különböző módon adott K-vitaminnak az akarboxiprothrombin előfordulására kifejtett hatásáról (3), jelen munkánk a K₁-vitamin szérum-szint és a K-vitamin dependens véralvadási faktorok aktivitásának alakulásával foglalkozik.

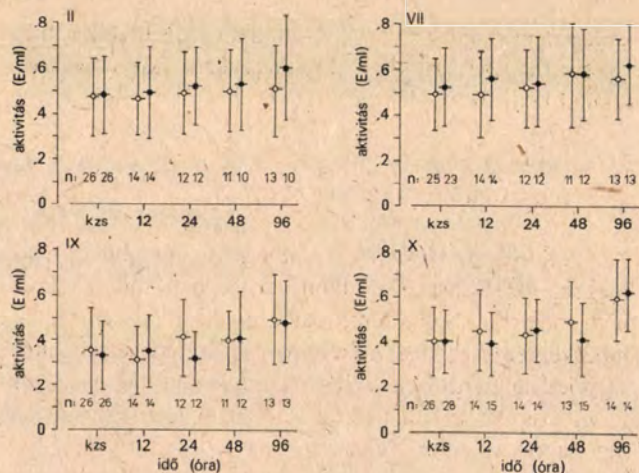
Anyag és módszer

Hetvennégy érett, egészséges újszülöttet vizsgáltunk. Születési testtömegük 2500 és 4300 g között, egyperces Apgar-értékük 8 felett volt. Az anyák egészségesek voltak, a szülés előtti héten gyógyszert nem szedtek. A gyermekek a vizsgálat ideje

Kulcsszavak: K₁-vitamin, véralvadási faktorok, újszülött



1. ábra: K₁-vitamin szérumszint a köldökzsinórvérben (kzs) valamint újszülöttekben K₁-vitamin intramuscularisan (im) és szájon át (po) történt adása után. A vízszintes vonal az átlagértéket jelzi.



2. ábra: A II, VII, IX és X véralvadási faktor aktivitása köldökzsinórvérben valamint újszülöttekben K₁-vitamin intramuscularisan (○) és szájon át (●) történt adása után. Átlagértékek és $\pm$ standard deviáció. n = esetek száma.

alatt női tej táplálásban részesültek. Az újszülötteket randomizálva két csoportra osztottuk. „A” csoportba 36 gyermek került. Születési testtömegük átlaga 3330 ($\pm$ SD 587) g volt. E gyermekek a születés után 6 órán belül 1 mg K₁-vitamint (Konakion, Hoffmann LaRoche, Basel, Svájc) kaptak intramuscularisan. A „B” csoportba 38 gyermek került. Születési testtömegük átlaga 3291 ($\pm$ SD 443) g volt. E gyermekek az első étkezéskor 2 mg K₁-vitamint kaptak szájon át.

A vizsgálatokra a köldökzsinórvérből, valamint a gyermekektől a Konakion beadása utáni 12., 24., 48. és 96. órában vettünk vért. Etikai okokból egy gyermektől csak egy vagy két alkalommal történt vérvétel, ez utóbbi esetben vagy a 12. és 48., vagy a 24. és 96. órában. A K-vitamin meghatározáshoz alvadást gátló nélkül, az alvadási faktorok aktivitásméréséhez 1 : 9 arányban 0,1 ml trinátriumcitráttal vettük le a vért. A szérumot, illetve plazmát 20 percig tartó 3000 g centrifugálással választottuk el, majd felhasználásig -20°C -on tároltuk. A mintákat fénytől védjük.

A K₁-vitamin-koncentrációt high pressure liquid chromatographiával (HPLC) határoztuk meg Lefevre és mtsai (10) szerint. A szérum proteinmentesítése metanollal, a K₁-vitamin extrahálása hexánnal történt. Centrifugálás (10 perc, 3000 g) után a felülúszót leemeltük, majd az oldószert szobahőn N₂ áramoltatással elpárologtattuk. A maradékot acetonitril-dichlorethanban (92 : 8) oldva injiciáltuk a HPLC rendszerbe. A mérés ultraviola spektrofotométerrel, 248 nm hullámhosszon történt. Az értékelést ismert mennyiségű standard K₁-vitamin által létrehozott csúcs magasságához hasonlítva végeztük. A rendszer érzékenysége 3,5 µg/l volt. Technikai adatok: HP 1030 B liquid chromatograph, HP 1030 B detektor, HP 7128 B rekorder, valamennyi Hewlett-Packard (Palo Alto, California, USA) készülék. Átáramlás 1 cm³/min, oszlop HP 100 $\times$ 4,6 mm Hypersil ODS 5 µm.

Véralvadási faktorok: a II faktor aktivitást kromogén szubsztráton enzimátikus módszerrel, a VII faktor aktivitást módosított prothrombin idő módszerrel VII faktorhiányos plazmával, a IX faktor aktivitást módosított partialis thromboplastin idő segítségével IX faktorhiányos plazmával, a X faktor aktivitást Russel viper méreggel határoztuk meg. A faktorhiányos plaz-

mák Merz-Dade (Düdingen, Svájc), a kromogén szubsztrát Chromozym TH Boehringer (Mannheim, NSZK), a Simplastin és a Platelin Plus Activator reagensek Gödecke (Freiburg, NSZK), a Russel Viper Venom Behringwerke (Marburg, NSZK) készítmények voltak. A meghatározásokat a gyári utasítások szerint végeztük. A faktoraktivitásokat normál plazma (Behringwerke) aktivitásának százalékában, SI egységben fejeztük ki.

Technikai okokból nem tudtunk minden gyermekből minden vizsgálatot elvégezni. A vizsgálatok az Etikai Bizottság és a szülők beleegyezésével történtek.

A matematikai elemzéshez az átlagot, standard deviációt, exponenciális regressziót és felezési időt számítottuk ki. A szignifikanciát a kétmintás t próbával határoztuk meg. Az eltéréseket akkor tekintettük statisztikailag szignifikánsnak, ha a p értéke 5% alatt volt.

Eredmények

A K₁-vitamin koncentrációkat az 1. ábrán tüntettük fel. A 74 köldökzsinórvérből 68-ban nem tudtunk mérhető mennyiségben K₁-vitamint kimutatni. Mind az intramuscularis, mind az orális adás után magas K₁-vitamin értékeket találtunk a vérben. A beadás után azonos időben mért K₁-vitamin szérumszintek átlaga orális bevitel esetén mintegy kétszerese az intramuscularisan adottakénak. Az értékek csoporton belüli szórása nagy. A K₁-vitamin szérumszint a beadás után eltelt idő függvényében exponenciálisan csökkent. A két regressziós konstans közel azonos (im.: 0,010365, p. o.: 0,010633). A K₁-vitamin eltűnésének felezési ideje intramuscularis adás után átlag 30 óra, szájon át való beadás után átlag 28,3 óra.

Az alvadási faktorok aktivitását a 2. ábrán tüntettük fel. Egy esetben sem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a Konakion intramuscularisan vagy orálisan kapott gyermekek csoportja között. Az alvadási faktorok aktivitása a vizsgált időszak alatt közel azonos volt. A 4. napra kismértékű emelkedés figyelhető meg, ez azonban a köldökzsinórvérben mért kiindulási értékhez képest statisztiki-

kailag nem szignifikáns. A K₁-vitamin szérumkoncentráció és az alvadási faktorok aktivitása között közvetlen korreláció nem figyelhető meg.

Megbeszélés

A K-vitamin vérszint kis mennyiségű mintából történő meghatározása csak az utóbbi évtizedben vált lehetővé high pressure liquid chromatographia segítségével. A módszer érzékenysége az eltérő preparációs technikától függően meglehetősen széles határok között mozog és nehezen összehasonlíthatóak a különböző laboratóriumokban kapott abszolút értékek is (5, 10, 11, 14, 16).

Hetvennégy köldökszinórvérből hatban találtunk mérhető koncentrációban K₁-vitamint, a többi esetben a szérumszint a 3,5 µg/l-es méréshatár alatt volt. Ez megfelel az irodalmi adatok többségének: *Mendelbrot és mtsai* (11) átlag 0,021 (szórás 0,005–0,098) µg/l, *Shearer és mtsai* (16) 0,10 µg/l alatti, *Greer és mtsai* (5) átlag 1,1 (szórás 0,5–2,9) µg/l értékeket mértek. Ennél magasabb, átlag 10,4±5,3 µg/l koncentrációt adnak meg *Sann és mtsai* (14).

Érett újszülöttekben a Konakion intramuscularis és oralis adása után 12 órával egyaránt magas K₁-vitamin szérumszintet mértünk. Ez azt mutatja, hogy a K₁-vitamin intestinalisan is jól felszívódik. Hasonló következtetésre jutottak koraszülöttekben is *Sann és mtsai* (13) 2 mg K₁-vitamin, valamint *Yamada és mtsai* (18) K₂-vitamin oralis adása után. Azokban a csecsemőkben, akiknek a Konakiont szájon át adtuk, átlagosan kétszer magasabb volt a K₁-vitamin szérumkoncentráció, mint azokban, akik im. injekcióban kapták. Ez egyértelműen a beadott dózis különbségére vezethető vissza: oralisan 2 mg, im. 1 mg Konakiont adtunk. Arra következtethetünk tehát, hogy a kétféle beviteli mód egyenértékű. Nem támogatják ezt a nézetet *McNinch és mtsai* (12) vizsgálati eredményei. Nevezettek érett újszülötteknek születéskor im. és oralisan egyaránt 1 mg K₁-vitamint adtak, 24 órával később tízszeres K₁-vitamin plazmakoncentráció különbséget észleltek az im. bevétel javára.

Eseteinkben a K₁-vitamin szérumkoncentrációk meglehetősen széles határok között mozogtak. A nagy interindividuális ingadozásnak több oka lehet. Az egyik az, hogy az újszülöttek, testtömegüktől függetlenül, azonos beviteli mód esetén minden esetben azonos Konakion dózist kaptak, aminek következtében a kisebb csecsemők szérumszintje magasabb lett. A másik ok az intestinalis zsírabzorpció nagy egyéni különbözősége a születéskor, ami függ az epeelválasztás mértékétől és a bélnyálkahártya funkcionális érettségi állapotától (6). Mint ismeretes, az epesavtermelés érett újszülöttekben testfelületre számítva mintegy fele a felnőtt értéknek és nagy egyéni ingadozást mutat (17).

Az oralisan adott K₁-vitamin kinetikájáról kevés humán adatunk van. *Shearer és mtsai* (15) két felnőtt egyénnel tríciummal jelzett K₁-vitaminnal végeztek vizsgálatot. A beadott vitamin 70–80%-a szívódott fel. A legmagasabb plazmaszintet a beadás után 2–4 órával mérték. Kezdeti

gyors koncentrációcsökkenés után az eltűnés sebessége lassult. A 24. órában a csúcserték 10–20%-a volt a plazmában. Hasonló eredményeket kaptak *McNinch és mtsai* (12) érett újszülöttekben, 1 mg K₁-vitamin oralis adása után. A csúcskoncentrációt 4 órával a beadás után észlelték, a 12. órában ennek az értéknek a 35%-át lehetett kimutatni. Koraszülöttekben *Sann és mtsai* vizsgálták a K₁-vitamin intestinalis felszívódását. 2 mg Konakiont szondán át juttattak a gyomorba. A legmagasabb szérumkoncentrációt 12 órával a beadás után mérték. A 24. órában a csúcserték 40%-a volt a plazmában. Jelen munkánk célja nem a K₁-vitamin kinetikájának tanulmányozása volt, ezért 12 órán belüli mintákat nem vizsgáltunk, így a csúcserték kialakulásának idejét nem tudjuk megmondani. Méréseink alapján azt mondhatjuk, hogy érett újszülöttekben anyatejtáplálás, tehát kis mennyiségű K-vitamin folyamatos bevitel mellett a Konakion lökés hatására több százszorosra megemelkedett K₁-vitamin szérumszint csökkenésének 12 órán túli felezési ideje átlagosan 30 óra körül van, függetlenül a bevétel módjától. A csökkenés exponenciális jellegű.

A K-vitamin dependens véralvadási faktorok aktivitása a köldökszinórvérben az esetek többségében a felnőtt átlagérték 30–60%-a közé esett, ami az újszülötkorban fiziológiás és elsősorban a máj ezen fehérjéket szintetizáló kapacitásának az eredménye (1). Az esetek egy részében azonban latens K-vitamin-hiány kémiai módszerekkel ekkor is kimutatható (2). Élettani körülmények között, ha nem történik K-vitamin-pótlás, az élet első hetében a K-vitamin-hiány fokozódik és manifesztálódik: a K-vitamin dependens alvadási faktorok aktivitása csökken, ugyanakkor nagyobb gyakorisággal és nagyobb mennyiségben mutathatók ki a faktorok inaktív, karboxilátlan prekursorai a vérben (3). Vizsgálatunk igazolta, hogy érett, egészséges újszülöttekben a véralvadási faktorok eme postnatalis aktivitáscsökkenését a szájon át adott Konakion ugyanolyan jól kivédi, mint az intramuscularisan bevitt. Egy korábbi munkánk során megfigyeltük, hogy K₁-vitamin oralis és intramuscularis adását követően egyforma ütemben tűnik el az akarboxiprothrombin az újszülöttek véréből (3). E két vizsgálat eredményei megerősítik egymást, egyben támogatják az újszülötkori általános K-vitamin profilaxis szájon át történő kivitelezésének lehetőségét.

IRODALOM: 1. *Goldschmidt B.*: Újszülötkori hemosztázis és zavarai. Medicina, Budapest 1987. — 2. *Goldschmidt B. és mtsai*: Akarboxiprothrombin a köldökszinórvérben: az újszülöttek veleszületett K-vitamin-hiánya. Orvosi Hetilap, 1988, 129, 2513. — 3. *Goldschmidt B. és mtsai*: Prothrombin és akarboxiprothrombin újszülöttekben oralis és intramuscularis K-vitamin profilaxis után. Orvosi Hetilap, 1990, 131, 577. — 4. *Göbel, U., Kries, v. R.*: Antwort auf vorstehenden Beitrag von W. Künzer et al. Monatsschr. Kinderheilkd. 1987, 135, 789. 5. *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. — 6. *Hamosh, M.*: A Review. Fat digestion in the newborn: role of lingual lipase and preduodenal digestion. Pediat. Res. 1979, 13, 615. — 7. *Hathaway, W. E.*: ICTH subcommittee on neonatal hemostasis. Thromb. Haemostas. 1986, 55, 145. — 8. *Kries, v. R., Shearer, M. J., Göbel, U.*: Vitamin K in infancy. Eur. J. Pediatr. 1988, 147, 106. — 9. *Künzer, W., Niederhoff, H., Thaiss, H.*: Vitamin-K-Prophylaxe bei Neu-

geborenen und Säuglingen. Monatsschr. Kinderheilkd. 1987, 135, 787. — 10. Lefevre, M. F., DeLeenheer, A. P., Claeys, A. E.: High-performance liquid chromatographic assay of vitamin K in human serum. J. Chromatogr. 1979, 186, 749. — 11. Mandelbrot, L. és mtsai: Placental transfer of vitamin K₁ and its implications in fetal hemostasis. Thromb. Haemostas. 1988, 60, 39. — 12. McNinch, A. W. és mtsai: Plasma concentrations after oral or intramuscular vitamin K₁ in neonates. Arch. Dis. Child. 1985, 60, 814. — 13. Sann, L. és mtsai: Serum vitamin K₁ concentrations after oral administration of vitamin K₁ in low birth weight infants. J. Pediatr. 1985, 107, 608. — 14. Sann, L. és mtsai: Serum vitamin K₁ concentration and vitamin K-dependent clotting factor

activity in maternal and fetal cord blood. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, 153, 771. — 15. Shearer, M. J., Barkhan, P., Webster, G. R.: Absorption and excretion of an oral dose of tritiated vitamin K₁ in man. Brit. J. Haematol. 1970, 18, 297. — 16. Shearer, M. J. és mtsai: Plasma vitamin K₁ in mothers and their newborn babies. Lancet, 1982, 2, 460. — 17. Watkins, J. B. és mtsai: Bile salt metabolism in the newborn infant. Measurement of pool size and synthesis by stable isotopic technique. N. Engl. J. Med. 1973, 288, 431. — 18. Yamada, K. és mtsai: Effects of vitamin K on vitamin K dependent proteins in newborn infants. Thromb. Haemostas. 1987, 58, 400.

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

Tisztelt Megrendelőink!

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

Köszönettel

Medicina Könyvkiadó Vállalat

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 metronidazolt 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:

Metronidazolla 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 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 hámfoszott területről a metronidazol felszívódhat, ezért az egyidejű alkohol fogyasztása tilos!

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

A szerzők 30, 0–24 órás és 29, 19–23 napos újszülött csecsemőben vizsgálták kolorimetriás módszerrel a HbA_{1c} szintet és a szérum protein glucosiláltságát. Összefüggést kerestek ezen paraméterek és a terhességi kor, születési súly, intrauterin tápláltsági állapot, ill. a 0–3 hetes postnatalis súlygyarapodás között. Megállapították, hogy a vizsgált proteinek glucosiláltságának mértéke független a magzatok érettségétől és a praec-, ill. postnatalis súlygyarapodásától.

A keringő és szöveti proteinek glucosiláltságának mérését *Huisman és Dozy* (8) közlése óta alkalmazzák a szervezet hosszabb-rövidebb idejű megelőző időszakokra vonatkozó glucose homeostasisának vizsgálatára. A módszerek közös biokémiai alapja, hogy a környezeti glucose koncentrációtól függő mértékben, különböző fehérjékhez élettartamuk során glucose kapcsolódik nonenzymatikus, stabil és irreversibilis kötással. Ez a folyamat viszonylag lassú és fokozatos. Ily módon a stabil struktúrájú glucosilált fehérjék koncentrációja jól tükrözi a korábbi „átlag” vércukorszintet, és nem változik átmeneti, gyors vércukorszint ingadozások hatására. Az időszak hossza, amelynek vércukor homeostasisára a fehérjék glucosiláltságából következtethetünk, mindig a vizsgált protein élettartamától függ.

A különböző proteinek, de leginkább a haemoglobin glucosiláltságát sokan vizsgálták, elsősorban hyperglycaemiás állapotok, ill. diabetes mellitus anyagcsere-kontrollja kvalitásának megítélése céljából (2, 4, 7). Bizonytalanabban ismereteink arra vonatkozóan, hogy tartósan alacsonyabb vércukorszint vagy ismétlődő hypoglycaemia kimutatható-e a haemoglobin vagy más proteinek glucosiláltságának meghatározásával (6, 7, 13, 17).

Munkánkban koraszülött és érett újszülött csecsemők glucosilált haemoglobin (HbA_{1c}) szintjét és szérum összes proteinjének glucosiláltságát vizsgáltuk megszületés után, és háromhetes életkorban. Célunk az volt, hogy összefüggéseket keressünk fenti paraméterek és olyan biológiai jellemzők között, mint az újszülött csecsemők terhességi kora, intrauterin tápláltsági állapota és korai postnatalis súlygyarapodása.

Glycosylated proteins and perinatal growth. The concentration of HbA_{1c} and glycosylated serum proteins were measured colorimetrically in 30 and 29 newborn infants of various gestational age, at the postnatal age of 0–24 hrs and 19–23 days, respectively. No relationship was found either between the maturity and the prenatal and early postnatal growth of the studied infants or the concentration of glycosylated haemoglobin and serum proteins.

Beteganyag és módszerek

Összesen 59 újszülött csecsemőt vizsgáltunk. Közülük 30 0–24 órás korú, a másik 29 pedig 21±0,2 (19–23) napos volt a vérminta vételkor (átlag±SE). A közvetlenül postnatalisan vizsgáltak közül 17 koraszülött (terhességi kor ≤ 36 hét), 13 érett magzat (terhességi kor ≥ 37 hét), akiknek terhességi kora és születési súlya 33,1±0,5 (29–36) hét és 2070±113 (1490–2850) g, ill. 39,8±0,4 (37–42) hét és 3076±206 (1850–4500) g volt, sorrendben. Az újszülöttek terhességi korát a mater utolsó rendes menseseinek dátuma alapján számítottuk ki, a súlypercentilis értéket helyi intrauterin növekedési standard görbéink szerint határoztuk meg (5). Az intrauterin tápláltsági állapotot a terhességi kornak és nemnek megfelelő 50 percentilis súlyértéktől (median = 100%) való eltérés nagyságával fejeztük ki, ami koraszülöttekben 97±4 (62–125) %, érettekben 94±6 (54–130) % volt.

A háromhetes korban vizsgáltak közül 22 csecsemő koraszülött [31,9±0,5 (27–36) hét, 1679±66 (990–2650) g,] 7 csecsemő pedig érett újszülött volt [39,1±0,6 (37–41) hét 3022±149 (2450–3440) g]. Súlygyarapodásukat egyrészt a vérvétel napjára számított g/születési súly kg értékkel, másrészt az egész vizsgálati periódusra vonatkozó minimum-maximum súlykülönbség alapján g/születési súly kg/nap egységben fejeztük ki.

Valamennyi vizsgált újszülöttől egy alkalommal vettünk vérmintát, perifériás vénából. A haemoglobin és szérum protein glucosiláltságának mérésénél a glikált proteineket savas hydrolysisal 5-hydroxymethyl-furfurol (5-HMF) alakítottuk, és ezt határoztuk meg kolorimetriásan (10). E módszerrel 85 fiatal, egészséges felnőttél végzett vizsgálat alapján a normális HbA_{1c} érték 8,6±1,7 % volt. A szérum protein szintet biuret-módszerrel határoztuk meg.

Az újszülöttek közül többen különböző, enyhébb-súlyosabb adaptációs zavar(ok)ban szenvedtek, de végül valamennyien gyógyultak. Klinikai patológia szempontjából nem értékeltük a beteganyagot, mert célunk a glycaemiás kontroll és fejlődési paraméterek összefüggésének vizsgálata volt. A statisztikai számításokhoz standard módszereket használtunk.

Eredmények

Az 1. táblázaton a 0–24 órás korban vizsgált koraszülöttek és érett újszülöttek HbA_{1c}, szérum fehérje és glucosilált protein szintjét tüntettük fel. Látható, hogy koraszülöttek és érett újszülöttek HbA_{1c} koncentrációja és szérum

Kulcsszavak: újszülött, súlygyarapodás, glucosilált protein

1. táblázat: Koraszülöttek és érett újszülöttek 0–24 óras korban meghatározott HbA_{1c} szintje, szérumszámú összes protein koncentrációja és glucosiláltsága (átlag ± SE és szélső értékek)

	Koraszülöttek (17)	Érett újszülöttek (13)
HbA _{1c} %	7,7±0,1 (6,8–9,1)	7,7±0,1 (6,3–8,9)
Szérumszámú fehérje g/liter	50,5±1,0 (43,6–58,3)	59,1±1,7 (44,5–69,2)
5 – HMF μM/g fehérje	3,9±0,2 (2,9–6,1)	3,8±0,1 (2,9–4,7)
5 – HMF μM/l plasma	198,6±12,3 (113,3–313,0)	225,0±13,5 (155,7–317,7)

proteinjének glucosiláltsága szorosan hasonló közvetlenül megszületés után, továbbá, hogy a HbA_{1c} szint a felnőttkorinál jelentősen kisebb (koraszülöttek 7,7±0,5%, $p<0,001$, érett újszülöttek 7,7±0,1%, $p<0,001$). Az újszülöttek terhességi kora, születési súlya, intrauterin tápláltsági állapota és a haemoglobin, ill. szérumszámú protein glucosiláltsága között nem volt statisztikailag szignifikáns összefüggés.

A szérumszámú fehérjeszint egyedenkénti különbözősége miatt kiszámítottuk plazma literre is az összes glucosilált protein mennyiségét (5–HMF/liter); nem ismert ugyanis, hogy a nonenzymatikus glucosilációt a vércukorszinten kívül a glucosilálható protein mennyisége is befolyásolja-e. Az újszülöttek intrauterin tápláltsági állapota ezzel a paraméterrel sem volt összefüggésben.

A 2. táblázaton a háromhetes újszülötteken végzett hasonló vizsgálatok eredményei láthatóak, és a csecsemők már fentebb részletezett módon kifejezett súlygyarapodási adatai. Kitűnik a táblázatból, egyrészt, hogy háromhetes korban is hasonló az érettek és koraszülöttek HbA_{1c} és glucosilált protein koncentrációja, és a HbA_{1c} szint még ekkor is jelentősen ($p<0,001$) kisebb a felnőttkori normális értéknél. Másrészt, összehasonlítást végezve a 0–24 óras újszülöttek adataival (1. táblázat) szembetűnik, hogy a vizsgált fehérjék glucosiláltságának mértéke nem változott az első három postnatalis héten. Korrelációs analízissel megállapítottuk továbbá, hogy a háromhetes korra elért súlygyarapodás mértéke és a haemoglobin vagy szérumszámú protein glucosiláltsága között ugyan pozitív, de nem jelentős összefüggés áll fenn.

Minthogy 0–24 óras és háromhetes újszülöttek, továbbá mindkét életkorban a koraszülöttek és érett újszülöttek glucosilált haemoglobin és protein koncentrációját hasonlónak találtuk, valamennyi újszülött csecsemőt egy csoportba összesítve vizsgáltunk további összefüggéseket. A szérumszámú összes fehérje koncentráció és a glucosilált fehérjeszint között fordított, bár nem jelentős összefüggés volt kimutatható, vagyis a nonenzymatikus glucosilatio a fehérjeszinttől nem függ, nyilvánvalóan glucose koncentráció dependens.

Ugyanakkor logikus, hogy a szérumszámú fehérjeszint és a plazma literre számított glucosilált fehérje mennyisége pozitív és jelentős összefüggést mutatott ($r = 0,407$, $p<0,01$).

2. táblázat: Koraszülött és terminusra született háromhetes csecsemők HbA_{1c} szintje, szérumszámú összes fehérje koncentrációja és glucosiláltsága, valamint 0–3 hetes súlygyarapodás (átlag ± SE és szélső értékek)

	Koraszülöttek (22)	Érett újszülöttek (7)
HbA _{1c} %	7,8±0,1 (6,7–8,9)	7,7±0,2 (6,8–8,6)
Szérumszámú fehérje g/liter	53,9±3,4 (46,4–60,4)	57,4±1,7 (52,4–66,6)
5 – HMF μM/g fehérje	3,7±0,0 (3,1–4,8)	3,5±0,1 (3,0–4,4)
5 – HMF μM/l plasma	199,2±3,7 (175,1–240,0)	204,6±7,5 (180,9–240,6)
Súlygyarapodás g/születési súly kg	131±15 (0–238)	98±24 (51–244)
Súlygyarapodás (min-max) g/kg/nap	6,2±1,2 (0,0–11,8)	4,4±1,0 (2,2–10,6)

A haemoglobin és szérumszámú protein glucosiláltságának mértéke között nem észleltünk szoros kapcsolatot.

Megbeszélés

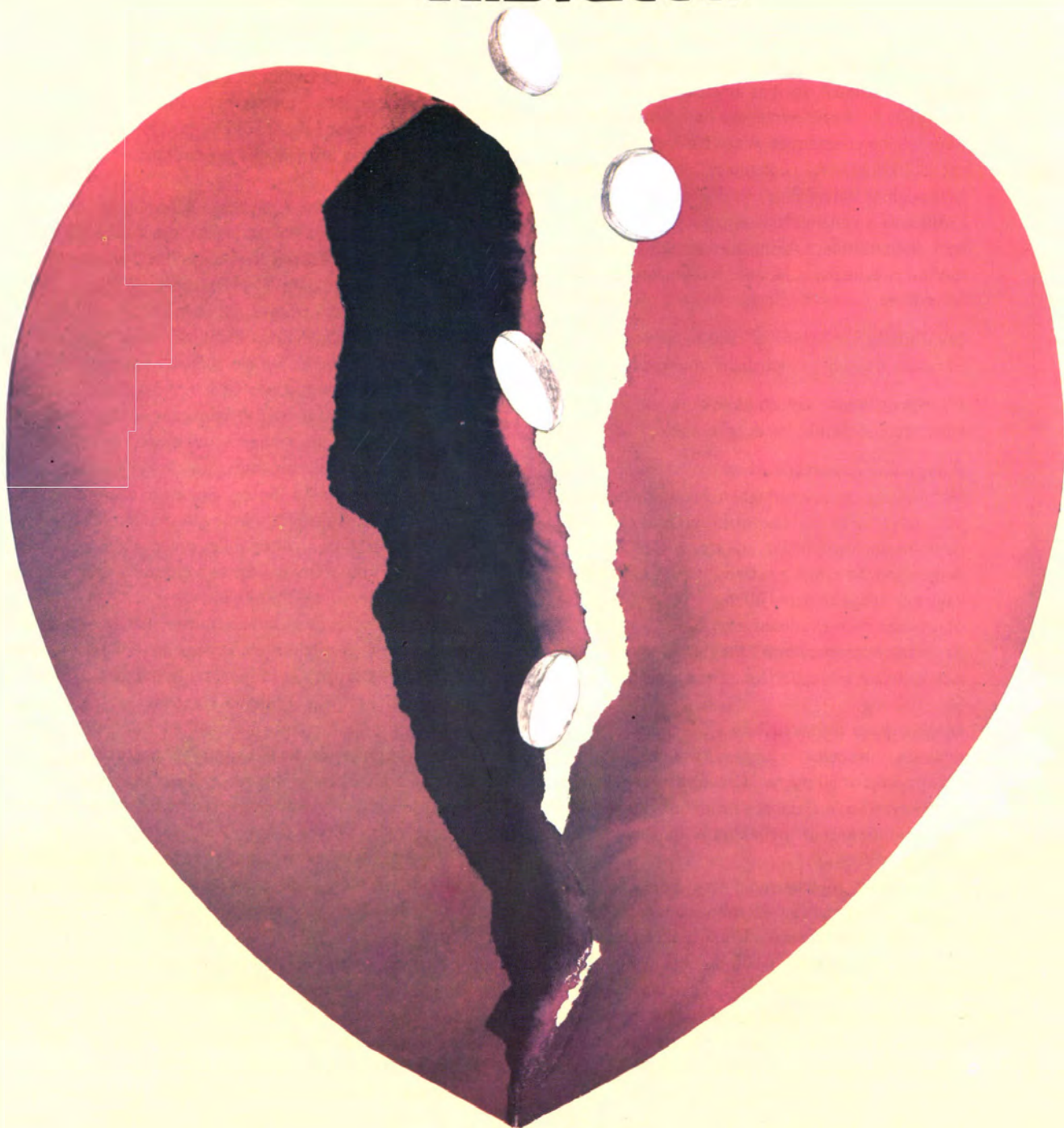
Az intrauterin és korai postnatalis növekedés időszakában a glucose az egyik legfontosabb tápanyag, annál is inkább, mert a központi idegrendszeri metabolismus elsődleges substratuma. A vércukorszint mindenkor egyenleg eredménye: az exogen bevitel, az endogen produkció és a szöveti felhasználás aránya határozza meg, együttesen a hormonális és enzymatikus szabályozás hatásával.

A foetalis glucose homeostasisról ismereteink hiányosak, úgyszintén a praenatalis vércukorszint és növekedés összefüggéséről is. Bizonyos, hogy a folyamatos anyai eredetű placentaris glucose transzport fontos meghatározója a magzat vércukorszintjének. Több megfigyelés szerint (1, 3, 15) a maternalis vércukorszint 20–40%-kal magasabb, mint a magzati glucose koncentráció. Saját vizsgálatainkból kvantitatív következtetésekre nem juthatunk, de a felnőttkori HbA_{1c} szintnél jelentősen kisebb, 0–24 óras korban mért glucohaemoglobin koncentráció jelzi az alacsonyabb magzati vércukorszintet. Figyelembe véve azt, hogy a HbA_{1c} 4–10 hetes időszak vércukorszintjét tükrözi (11), továbbá, hogy a HbA_{1c} szint és az újszülöttek terhességi kora között nem volt összefüggés, arra következtethetünk, hogy a foetalis vércukorszint valószínűleg nem változik az érésel, legalábbis a második és harmadik trimesonban.

A glucosilált proteinek koncentrációjának mérése valószínűleg nem alkalmas a tranzitorikus hypoglycaemiás állapotok utólagos diagnosztizálására (6, 7, 9, 13, 17). Feltehetőleg egyébként, hogy egészséges és normálisan táplálkozó terhesek egészséges magzatában foetalis hypoglycaemia nem alakulhat ki. Intrauterin növekedésben retardált, dystrophiás magzatok esetleges hypoglycaemiájáról nincsenek ismereteink. Megfigyeléseink arra utalnak azonban, hogy a magzat — legalábbis terhességi korához viszonyított súlyával kifejezhető — tápláltsági állapota és vércukorszintje között nincs összefüggés.

TENORMIN

tabletta



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári

TENORMIN 100 mg tabletta

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 zavarai 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-éltelenség esetén kerülni kell a β -blokkolók alkalmazását, illetve csak olyan betegeknek adható, akiknél a dekompenzáció tünetei jól befolyásolhatók.

Óvatosan adandó krónikus obstruktív légzőszervi betegségben szenvedőknek, asztmás betegekben a kezelés hatására a légúti ellenállás növekedhet. A bronchospasmus hörgőtágítók (pl. salbutamol, vagy izoprenalin) adásával megszüntethető. Iszkémiás szívbetegségben szenvedők kezelését fokozatosan kell befejezni. Hirtelen megszakítás a beteg állapotát akután ronthatja. Óvatosság szükséges a betegek clonidinról történő átállításánál. Amennyiben a két szert adják, a β -blokkoló abbahagyása után a betegnek a clonidint még néhány napig feltétlenül szednie kell.

Hipoglikémiás állapot okozta tachikardiás tünetet módosíthatja. Reprodukív korban lévő nőknek, terhességben és szoptatás idején csak a haszon-kockázat alapos mérlegelésével adható. Ha terhességi hipertóniában adása indokolt, szigorú orvosi ellenőrzés szükséges. 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 zavarai 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 vérnyomásvesztés veszélye miatt.

Túladagolás: 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

Poon és mtsai (14) az anyai HbA_{1c} szint és a foetalis súly között nem észleltek összefüggést, ami közvetve ugyan, de összhangban van saját megfigyelésünkkel. Más szerzők (16) viszont az utolsó trimenonban meghatározott anyai HbA_{1c} és az újszülött bőrréteg vastagsága között szoros kapcsolatot írtak le, bár megjegyzendő, hogy diabeteses anyák újszülötteit vizsgálták, így a foetalis hyperinsulinismus metabolikus hatása feltelezhető volt az összefüggésben.

A háromhetes és 0–24 órás korban meghatározott HbA_{1c} szint között nem volt különbség sem koraszülött, sem érett csecsemőkben, megfelelően annak, hogy a 20–22. napon mért HbA_{1c} jelentős mértékben még a foetalis vércukorszinttől függ (11). A szérumban lévő proteinek glucosiláltsága — rövidebb, 1–3 hetes időszak glucose homeostasisát tükrözve (12) — jelezte, hogy az első postnatalis hetekben a vizsgált koraszülöttek és az érett újszülöttek vércukorszintje hasonló lehetett egymáshoz, de úgyszintén a születést közvetlenül megelőző néhány hét foetalis vércukorszintjéhez is. Az értékeléskor azonban itt már figyelembe kell hogy vegyük a postnatalis táplálás, kalóriabevitel és patológia hatását is. A testsúlygyarapodás mértéke és a szérumban lévő fehérjék glucosiláltsága, vagyis közvetetten a vércukorszint között a korai postnatalis hetekben sem volt kimutatható jelentős összefüggés, akkor sem, ha a szérumban lévő protein szint egyedi különbségét figyelembe vettük. A vércukorszint ezért nem tekinthető megfelelő nutrióos paraméternek ebben az időszakban sem.

Összefoglalva megállapítható tehát, hogy — amennyiben a különböző fehérjék glucosiláltságának mértékét a perinatalis időszakban is elfogadjuk a vércukorszint indikátoraként — a foetalis vércukorszint nem változik a magzat érésével, és független a magzat tápláltsági állapotától, ill. súlyától is. Úgyszintén, nincs szoros összefüggés a vércukorszint és súlygyarapodás között a korai postnatalis időszakban, sem koraszülött, sem érett csecsemőkben.

IRODALOM: 1. Aynisley-Green, A. és mtsai: The metabolic and endocrine milieu of the human fetus and mother at 18–21 weeks of gestation: II. Blood glucose, lactate, pyruvate and ketone body levels. *Biol. Neonate* 1985, 47, 13. — 2. Bunn, H. F.: Nonenzymatic glycosylation of protein: relevance to diabetes. *Amer. J. Med.* 1981, 70, 325. — 3. Coltart, T. M. és mtsai: Blood glucose and insulin relationships in the human mother and fetus before onset of labour. *Brit. Med. J.* 1969, 4, 17. — 4. Editorial: Glycosilation and disease. *Lancet* 1984, II, 19. — 5. Fekete M. és mtsai: A magzat növekedése a harmadik trimenonban II. Kiegészített magzati súly-, hossz- és fejkörfogató növekedési görbék a 28–43. terhességi hetekre. *Gyermekgyógyászat* 1974, 25, 303. — 6. Gale, E. A. M., Walford, S., Tattersall, R. B.: Nocturnal hypoglycaemia and haemoglobin A_{1c}. *Lancet* 1979, II, 1240. — 7. Goldstein, D. E. és mtsai: Clinical application of glycosilated hemoglobin measurements. *Diabetes* 1982, 3 (Suppl.), 70. — 8. Huismann, T. H. J., Dozy, A. H.: Studies on the heterogeneity of hemoglobin V. Binding of hemoglobin with oxidized glutathione. *J. Lab. Clin. Med.* 1962, 60, 302. — 9. Jermendy Gy.: Glikozilált fehérje meghatározás: a szénhidrátanyagcsere ellenőrzésének új lehetősége diabetes mellitusban. Kandidátusi értekezés tézisei 1984, Budapest. — 10. Klujber, L. és mtsai: An optimized micromethod for colorimetric determination of glycosylated proteins. *J. Clin. Chem. Clin. Biochem.* 1981, 19, 733. — 11. McDonald, J. M., Davis, J. E.: Glycosilated haemoglobins: Relevance to diabetes mellitus. *Hum. Pathol.* 1979, 10, 279. — 12. McFarland, K. F. és mtsai: Nonenzymatic glycosylation of serum proteins in diabetes mellitus. *Diabetes* 1979, 28, 1011. — 13. Nelson, R. L., Service, F. J.: Glycosilated haemoglobin with insulinoma. *New Engl. J. Med.* 1981, 304, 1045. — 14. Poon, P., Turner, R. C., Gillmer, M. D. G.: Glycosilated fetal haemoglobin. *Brit. Med. J.* 1981, 283, 469. — 15. Raivio, K. A., Teramo, K.: Blood glucose of the human fetus prior to and during labour. *Acta Paediatr. Scand.* 1968, 57, 512. — 16. Stubbs, S. M., Leslie, R. D. G., John, P. N.: Fetal macrosomia and maternal diabetic control in pregnancy. *Brit. Med. J.* 1981, 282, 439. — 17. Zeller, W. P. és mtsai: Minor hemoglobins in disorders of carbohydrate metabolism. *J. Pediatr.* 1981, 98, 936.

(Fekete Miklós dr. Pécs, Pf. 143. 7601)

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 használata előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítése.

ELLENJAVALLATOK: Eclampsia, hipertóniabetegség.

ADAGOLÁS: Egyénenként változó. Az **intravénás** kezdeti adag felnőtteknek 1,0–4,5 mg/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, nyálfolys, 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 neuromuskuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.

Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELEMTETÉS: Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légcserét mechanikusan kell támogatni, mert az analeptikumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása aneszteziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiaiailag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml-es üveg.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

QH

VISKALDIX®

tabletta, antihypertensivum



HATÓANYAGOK:

10 mg pindololum és 5 mg clopamidum tablettánként.

JAVALLATOK:

Hipertónia. Enyhe és középsúlyos formáiban önmagában, súlyos formáiban más vérnyomáscsökkentőkkel kombinálva.

ELLENJAVALLATOK:

Digitálisrezisztens szívelégtelenség, cor pulmonale, bradikardia, II. és III. fokú AV-blokk, asthma bronchiale, éter és kloroformnarkózis. Akut glomerulonefritisz, súlyos máj- és veseelégtelenség, súlyos vagy befolyásolhatatlan hipokalémia, szulfonamid-túlérzékenység.

ADAGOLÁS:

Szokásos adagja naponta 1 tabletta reggel. Ha 1–2 hét után nem tapasztalható kielégítő vérnyomáscsökkentés, a napi adag 2, szükség esetén 3 tablettára növelhető, reggel és délután 1 $\frac{1}{2}$ –1 $\frac{1}{2}$ tabletta.

MELLÉKHATÁSOK:

Átmenetileg enyhe fáradtság, szédülés, gyomor-bél panaszok, alvászavarok (pl. élénk álmok). Bőrreakciók, pszichés tünetek (depresszió, hallucináció). Obstruktív légúti betegségekben vagy bronchospazmusra való hajlam esetén hörgőgörcsöt okozhat.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK:

Óvatosan adható:

- verapamil típusú kalciumantagonistákkal (bradikardia veszélye);
- szimpatomimetikumokkal, triciklus antidepresszánsokkal és MAO-bénítókkel (hatását csökkenthetik);
- szimpatolitikumokkal, perifériás vasodilatátorokkal (a vérnyomás-csökkenés nemkívánt mértékben fokozódhat);
- orális antidiabetikumokkal és inzulinval (a vércukorszintet csökkentő hatásuk fokozódik, a pindolol a hipoglikémia tüneteit elfedheti);
- lítiumsókkal (a lítiumkiválasztás csökkenhet).

FIGYELMEZTETÉS:

Szívelégtelenség esetén a Viskaldix-kezelés csak digi-

talizálás, ill. diuretizálás után kezdhető el. Ha az anamnézisben miokardiális infarktus szerepel, a kardiovaszkuláris paraméterek ellenőrzése szükséges. Bronchospazmosus beteg kezelését óvatosan, kis adaggal kell kezdeni. Nehézlégzés esetén a gyógyszer adását azonnal be kell szüntetni.

Ha a gyógyszer adását altató hatás érzéstelenítés vagy egyéb ok miatt fel kell függeszteni, az adagot fokozatosan kell csökkenteni, mert a kezelés hirtelen abbahagyása (elsősorban isémiás szívbetegségekben) a beteg állapotának rosszabbodását idézheti elő. Ha a beteget sürgős beavatkozás miatt béta-blokkad mellett kell altatni, a kardiovaszkuláris paraméterek folyamatos ellenőrzése szükséges. Fenokromocitómában alkalmazva egyidejűleg alfa-receptor-blokkolót is kell adni.

A korábban fennálló perifériás keringési zavarok a kezelés során súlyosbodhatnak. A béta-blokkad a súlyos veseelégtelenséget tovább ronthatja. A plazma kálium-, húgysav- és vércukorszintjét a kezelés folyamán ellenőrizni kell. Keringési, vese-, ill. májelégtelenségben különös gondot kell fordítani a plazma káliumszintjének ellenőrzésére. Diabétiszben vagy tartós éhezés esetén csak óvatosan adható, mivel a pindolol hipoglikémiát okozhat, és annak egyes tüneteit pl. tachikardiát elfedheti. Diabéteszes betegeknek adva, az orális antidiabetikumok, ill. az inzulin adagját újra be kell állítani.

Terhesség és szoptatás alatti alkalmazása fokozott óvatosságot igényel.

Túladagolás kezelése:

- nagyfokú bronchospazmusban aminofillin (Diphyllin) iv., vagy bétareceptor-izgató (pl. izoprenalin) adható lassan iv. vagy belégzésre;
- bradikardia és nagyfokú hipotenzió esetén 0,5–1 mg atropin adható iv., ha eredménytelen, bétareceptor-izgató (pl. iv. izoprenalin, 5 μ g/perc sebességgel, összesen 25 μ g adagig vagy orciprenalin, összesen 500 μ g adagig).

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS:

20 tabletta

A SANDOZ AG. Basel licence alapján gyártja és forgalomba hozza:



GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

A Viskaldix® védjegy a Sandoz tulajdona.

Török László¹ dr.,
Fazekas András² dr.,
Domján Lajos³ dr.,
Budai Sándor⁴ dr.
és Kása Margit¹ dr.

Gardner-syndroma*

Bács-Kiskun Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét

¹Bőrgyógyászat

(osztályvezető főorvos: Török László dr.),

³Endoszkópos Osztálya

(osztályvezető főorvos: Domján Lajos dr.),

⁴Radiológiai Osztálya

(osztályvezető főorvos: Laczay András dr.),

²Pécsi Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika

(igazgató: Méhes Károly dr.)

Bőr-, csonttünetekkel és praecancerosus gastrointestinalis polyposissal járó syndromát mutatnak be a szerzők. Esetük érdekességét a polyposis egész tápcsatornára való kiterjedése, a polyposisra visszavezethető hasi tünetek korai fellépése, új tünetként a polycystás tüdő és a kiterjedt naevus lipomatosus superficialis adta.

Gardner syndrome. A syndrome going with skin-bone signs and precancerous gastrointestinal polyposis is presented. Interest of our case is given by the extension of polyposis onto the whole digestive canal, early appearances of abdominal signs accompanying polyposis, and as a new symptome polycystic lung and extended superficial naevus lipomatosus.

A Gardner-syndromát autoszomálisan öröklődő, malignizáló intestinalis polyposis, a bőrön epidermális és sebaceás cysták, fibrosus tumorok, valamint a csontrendszer részéről osteomák és hyperostosisosok jellemzik (5). A tünetegyüttes első említése (colon polyposis, fibro-lipomák, osteomák) Devic és Bussey nevéhez fűződik 1912-ben (4). A tünettársulás részletes leírása, az öröklésmenet egzakt tisztázása azonban az 50-es évek elején a humán genetikus Elvin Gardnertől származik (6). A syndroma első hazai leírása Pastinszky és mtsai nevéhez fűződik, akik közleményükben új, fakultatív bőrtünetekre is rámutattak (10). Tekintettel arra, hogy a fenti belső szervi carcinomával társuló osteocutan tünetekkel jelzett betegség hazánkban még kevésbé ismert (17), érdemesnek tartjuk Gardner-syndromás betegünk részletesebb bemutatását, akin eddig még nem közölt kóros tüdőelváltozást is láttunk.

Esetismertetés

G. F. 20 éves férfi beteg. *Anamnézise:* édesapja meghalt, az anya elmondása szerint a fiához hasonló betegségben szenvedett. Az anya és egy fiú testvére egészséges. 7 éves korától általános panaszok (fogyás, anaemia, fejlődésben való visszamaradás), valamint hasi tünetek (görcsök, puffadás, véres-nyákos hasmenés) miatt a következő diagnózisokkal, különböző kórházakban fektetve: subacut enterocolitis, colon dilatatio, coprostasis, prolapsus recti. 11 éves korában került a Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikájára cachectikus állapotban subileus klinikai képével. Felvételt követően a rectumban számos apró polypot tapintot-

tunk, amelyeket a prolabált szakaszon látni is lehetett. Kezelésnek 3. napján a bal hypochondriumban ökölnyi rezisztencia jelent meg. Műtét során ileocolikus invaginációt találtunk, amelynek vezető pontja a terminális ileumban ülő kb. 3 cm átmérőjű polyp volt. Ekkor bélresectio és ileostomia történt. A resectált bélszakaszban nagyszámú polypot láttunk, majd a részletes gastroenterológiai kivizsgálás során az egész tápcsatornában polyposis mutatkozott (1. ábra). A colonoscopia a teljes vastagbél részvételét mutatta; a polypok legsűrűbben a recto-sigmoidealis határon helyezkedtek el. Diagnózisunk ekkor generalizált juvenilis intestinalis polyposis. 16 éves koráig rendszeres gondozásban részesült. Többször történt polypus extirpáció a garatból és a duodenumból (2. ábra).

Bőrtünetei gyakorlatilag ezzel egy időben kezdődtek: számos fibroma, lipoma és főleg a homlokon és a tarkótájon lévő cystosus, részben gyulladásos képlet formájában. A cutan manifestáció alapján merült fel a Gardner-syndroma lehetősége, de csontelváltozásokat ekkor még nem észleltünk.

A malignus átalakulás nagy kockázatára, illetve az amúgy is funkció nélküli bélcsatornára való tekintettel totális colon extirpációt végeztünk. Csak a rectum disztális 5 cm-es szakaszát hagytuk meg és a passage-t ileo-rectostomiával állítottuk helyre. A continentia megtartott maradt, az ileostomát egy évvel később zártuk.

17 éves korától kezdődően folyamatosan a bőrgyógyászati panaszok kerültek előtérbe. Az arcon, a nyakon és a törzsön elhelyezkedő cysták ismételt begyulladások, suppuráltak, amely miatt rendszeres sebészeti ellátásban részesült.

Felvételi státus: Növekedésben kissé visszamaradt, kp. táplált férfi beteg. Belsőileg kóros fizikális eltérés nélkül. Elsősorban az arcon, a nyakon és a tarkón, elsősorban a törzsön számos 1–4 cm átmérőjű puha tapintatú, helyenként purulens váladékot ürítő, inflamált cysta és 0,5–1 cm átmérőjű gyulladásosan beszűrt nodulusok (3. ábra). Az arcon, de főleg az Arnozanháromszögnek megfelelően számos papulo-pustula, részben gyulladásos, részben ép bőrrel fedett nodulusok, valamint nyitott és zárt comedo. Retroauricularisan mindkétoldalt a halánték-csonton egyenetlen felszínű, csontkemény növedékek tapinthatók. A törzs jobb oldalán részben follicularisan elrendeződő, részben összefolyó sárgás színű papula, illetve papulosus infiltráció.

Kulcsszavak: gastro-intestinalis polyposis — epidermalis és sebaceás cysták — osteomatosus — polycystás tüdő

*Dr. Pastinszky István egyetemi tanár 80. születésnapjára ajánlva.



1. ábra: Az invaginatum műtéti preparátuma a polypokkal

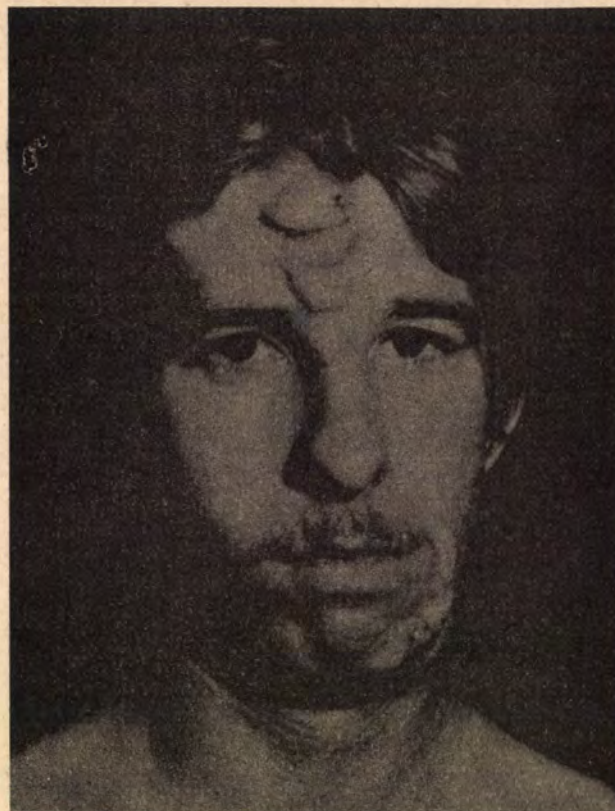


2. ábra: Doudenalis polyp

Ugyancsak a törzson és a combokon számos papillomatosus naevus pigmentosus, puha és kemény fibroma látható. A száypad gótikus, a nyelven lingua scrotalis, az alsó ajkon makrocheilia cystica, a penisen hypospadiasis glandis.

Kivizsgálás folyamán lényegesebb kóros laboratóriumi eltérést nem találtunk. A vékonybél kettős kontrasztos vizsgálatával a doudenumban és a jejunumban számos, apró kölesnyi, színes gombostűfejnyi nagyságú képlet, amelyek polypusoknak felelhetnek meg. Oesophago-gastro-duodenoscopia: állandó gastro-oesophagealis reflux, nyitott cardia egy subcardialis polypussal. A gyomor felső harmadában vaskos, polyposus redők, de valódi polyp nem látható. A bulbusban több apró polyp. Az eltávolított szövet histologiailag polypus adenomatosusnak felelt meg. Colonoscopia: a rectumban megszámlálhatatlan kisebb-nagyobb, ép nyálkahártyával fedett polyp. Az ileumban elszórtan apró polypok (4. ábra).

Radiológiai vizsgálat: A koponya kétirányú felvételén a squama temporalis területén egy 5×3 cm-nyi és egy 4×4 cm-nyi elmosódott határáú kondenzáció látható. Ezeknek megfelelően a készült tangenciális felvételeken mindkét oldalon egy-egy körülírt, a falvastagság 2–3-szorosára kiszélesedett hyperostosis észlelhető. A bal oldalon a csontmegvastagodás tömör, kifelé terjedő enyhén hullámos kontúrú és élesen határolt. A jobb oldalon a csontmegvastagodás szintén kifelé terjed, bázisán a csont tömör, de a felszín felé durván, köteges, fűrtös szerkezetű és itt a csont kontúrja szabálytalan (5. ábra). A tabula interna



3. ábra: Egymás mellett lévő epidermális cysták, a homlokon és az állon, az alsó ajkon makrocheilia

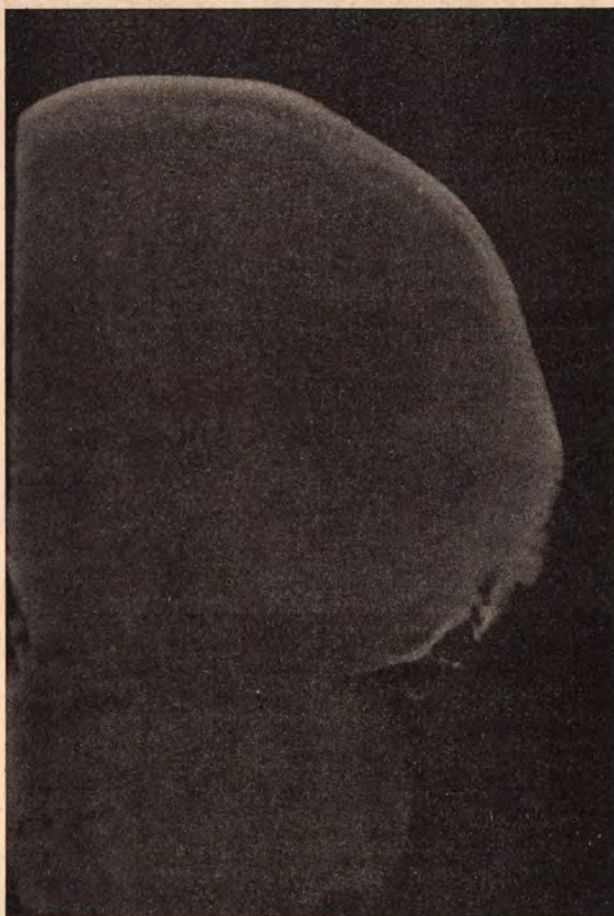


4. ábra: Rectalis polypok

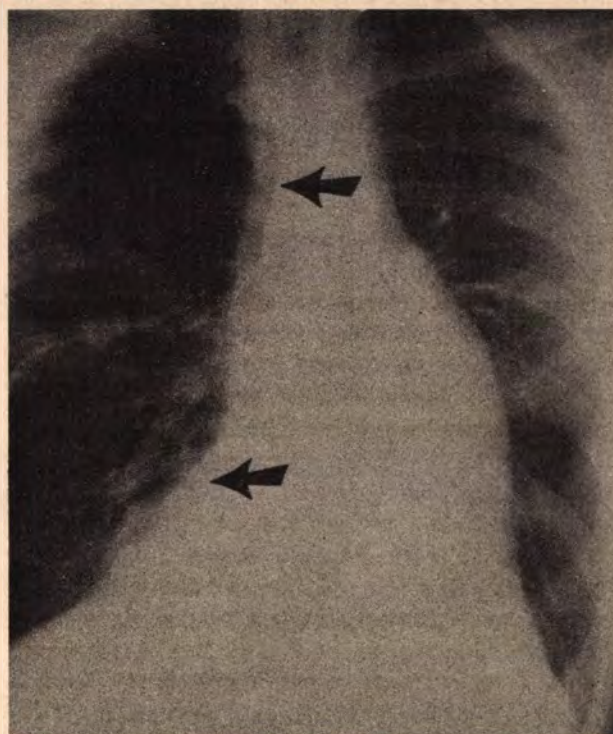
mindkét oldalon ép. Az arckoponya csontjain, a láb- és a kéz-csontokon szerkezeti eltérés nincs.

A mellkasfelvételen a jobb oldali tüdő felső lebenyét óriási bulla foglalja el, alsó mezőben is bullák, cysták. Bal oldalon az alsó tüdőmezőben szintén apró gyűrű árnyékok sejthetők (6. ábra).

Perfúziós tüdőszcintigráfiával a jobb oldalon, a felső lebeny vetületének megfelelően perfúziós hiány észlelhető. A középső és az alsó lebeny vetületében aktivitás egyenetlenség, de körülírt perfusio csökkenés itt nem észlelhető. Baloldalt kissé egyenetlenebb aktivitás eloszlás.



5. ábra: Tangentialis röntgenfelvétel. A squama temporalis bázisán tumor, a felszín felé köteges, fűrtös szerkezetű csontmegvastagodás



6. ábra: Mellkasröntgenfelvétel: a jobb felső lebenyben óriási bulla, az alsó lebenyben több kisebb bulla és cysta

Hasi ultrahang vizsgálat: az epehólyag, máj, hasnyálmirigy, vesék és a lép vetületében cysta, vagy egyéb kóros organikus elváltozás nem látszik. A lép kissé megnagyobbodott, homogén.

Fogászati vizsgálat: röntgenvizsgálattal mindkétoldalt felül és alul a 8-as fog impactált. **Szemészet:** vizus: 5/5, tiszta törőközegek, ép szemfenék. **Kromoszóma vizsgálat:** 44 XY, normális karyogram.

Szöveti vizsgálat: (A törzsön lévő sárgás színű, egyenetlen felszínű infiltrációból): a felszín borító hám enyhén kiszélesedett, kistüskés papillomatosis mutat. A dermis felső részének kollagén rostjai a szokásosnál kissé kompaktabbak. A dermis kis erei, elsősorban a capillárisai körül perivascularisan néhány sejtsoros rétegben, kötegszerűen szinte mindenütt érett zsírszövet figyelhető meg. Dg.: naevus lipomatosus superficialis.

Kórlelekedés-kezelés. A kiterjedt és súlyos seborrheoára és az acne conglobata et cysticára való tekintettel a sebosuppressiv Roaccutane kezelést indítottunk 1 mg/kg isotretinoin formájában 4 hónapon keresztül. A kezelés végén a gyulladásos és a nem gyulladásos acnés léziók visszafejlődtek, a cystosus képletek váladékozása csökkent. A homlokon lévő, esztétikusan is erősen kifogásolható és állandóan váladékozó kiterjedt cystosus képletet eltávolítottuk. (Szöveti: Cystae epidermoides cutis.) A defecust kettő rotációs lebennnyel fedtük. Egyéves kontroll vizsgálattal endoszkóposan malignitásra gyanús polypot nem találtunk. A beteg bőrének seborrheoája megszűnt. Újabb acnés léziók, ill. cysták nem jelentek meg.

A jelenleg 18 éves fiútestvérén 14 éves korában kettős kontrasztos vastagbél vizsgálat történt, de polyposisra utaló eltérést nem találtunk. A 17 éves korban elvégzett radiológiai vizsgálattal a koponyán kóros tünetet nem észleltünk.

Megbeszélés

Az osteo-cutan-intestinalis syndroma leggyakrabban a bőr és a csontrendszeri tünetekkel kezdődik, amelyek évekként megelőzhetik a vastagbél polyposist. A Gardner-syndroma legjellegzetesebb bőrtünetét az epidermális és sebaceás cysták alkotják, amelyek predilekciós helye az arc és a hajás fejbőr. Az esetek több mint 60%-ában megtalálhatók. Jelen lehetnek már születéskor, vagy kisgyermekkorban; számuk és méretük a második évtized végéig növekszik, ezután stagnál. A fibrosus tumorok (intracutan, subcutan fibromák, fibrosarcomák, desmoid tumorok) szintén gyakoriak. A desmoid tumorok spontán keletkeznek, vagy sebészeti beavatkozás helyén, ezért tanácsos a műtéteket az ilyen betegeknél minél kisebb kiterjedésben és gyakoriságban végezni. Ritkábban lipomák, leiomyomák, trichoepitheliomák, keratoacanthomák fordulhatnak elő (5, 6, 9, 11, 17).

A csontelváltozások szintén legalább a betegek fele részében megtalálhatók, főleg az agy és az arckoponya lapos csontjain (osteomatos cranii). Az élet első évtizedében jelentkeznek, mindig benignusak, és osteomának, valamint corticalis hyperostosisoknak felelnek meg. A syndromában gyakori az odontoma, multiplex cementléziók, csökevényes és számfeletti, valamint impactált fogak (5, 6, 10, 16).

A tünetegyüttes legfontosabb gastro-enteralis részjelenségét a *bélrendszer diffúz praecancerosus adenomatosus polypjai* jelentik. A polypok rendszerint a 10. év után jelennek meg, számuk és kiterjedésük a második évtizedben kezd intenzíven növekedni. Számuk olyan nagy lehet, hogy a colon és rectum egész nyálkahártya felszínét befedhetik (5, 6). Az újabb vizsgálatok szerint, jöllehet ki-

sebb mértékben, polyposus lehet az egész gyomor-béltraktus felső része is, így a gyomor és a patkóbél, de ritkán az oesophagus is (1, 3). A gyomor és a vékonybél polyposok klinikai jelentősége még nem teljesen tisztázott, de valószínű, hogy malignus átalakulás ezeken a helyeken csak ritkán fordul elő (duodenumban, a Vater-papilla körül, gyomorban) (1, 3, 5).

Az intestinalis polyposis eminens gyakori jelensége a csaknem 100%-os *malignizációban* áll, ezért a betegség prognózisa igen rossz. A carcinomás elfajulás a 10. éves kor előtt ritka, 40 éves korra a betegek közel 60%-ában colon adenocarcinoma fejlődik ki (5, 6). A syndromában szenvedők azonban nemcsak a gastro-intestinalis rákok veszélyének vannak kitéve, hanem számos carcinomának is, mint pl.: pajzsmirigy, mellékvese, petefészek, melanoma, carcinoid tumor, hepatoblastoma és epeút carcinoma (1, 8, 18).

Saját esetünk érdekességét elsősorban az jelentette, hogy a polyposisra visszavezethető bélpanaszok viszonylag korán jelentkeztek, kiterjedtek a gyomor-bélrendszer *felső szakaszára* is és megelőzték a bőrtüneteket. Szokatlan volt az invagináció létrejötte is, amely egyébként a Gardner-syndromára nem jellemző. A bőr cystosus elfajulásának analógiájaként értékelhetjük az irodalomban eddig még nem ismertetett polycystás tüdőelváltozást.

Esetünk alapján érdemesnek látjuk a parenchymás szervek rutinszerű ultrahangos vizsgálatát Gardner-syndromában a cystikus elfajulás irányában. Bőrgyógyászatilag az epidermális és sebaceás cysták kiterjedt és súlyos acne conglobatával társultak. Érdekes új tünetet jelentett a kiterjedt naevus lipomatosus superficialis, a nyelv lingua scrotalis, a makrocheilia és a hypospadiasis glandis. Az isotretinoin kezelés hatására nemcsak az acné léziók fejlődtek vissza, hanem a cystosus képletek suppuratioja is csökkent.

A diagnózis felállításakor rendkívül fontos az a tény, hogy epidermális és sebaceás cysták, valamint az osteomák együtt csak Gardner-syndromában fordulnak elő. Ezért főleg a fejre kiterjedő cystosus bőrtüneteknél érdemes radiológiai vizsgálatot végezni a koponyacsontok osteomatosisának kimutatása céljából (11). A fenti két tünet *céltudatos* keresésével és széles körű, valamint folyamatos családvizsgálattal akár a 10 éves kor tájékán is diagnosztizálhatjuk. Itt említjük meg, hogy az esetek jelentős részében colon polyposissal, ill. colon carcinomával jár a Torre—Muir-syndroma is, amelyet a bőrön nagyszámú sebaceás tumor, ill. keratoacanthoma jellemez (15). Újabbban pedig az acrochordonokat és a fibrofolliculomákat írják le, mint a colon polyposis további bőrtünetét (2, 12).

A Gardner-syndromában a választott kezelés a carcinomatosus átalakulás nagy rizikója miatt a korai, profilaktikus, subtotalis, illetve a totális colonectomia. A műtét sajnos nem kuratív, mivel a gyomor-bél szakasz többi részéből is kiindulhat carcinoma. Nagyon fontos az ilyen betegek *rendszeres kontroll* vizsgálata, amely az endoszkópos és radiológiai vizsgálaton alapszik. Az ellenőrzést szükséges a gastro-intestinalis rendszer *felső* részére is ki-

terjeszteni. A carcinoma prophylaxis jövőbeni gyógyszeres lehetőségét jelenthetik az orálisan adható retinoidok (etretinat, isotretinoin). A fenti gyógyszerek — eddig legalábbis a bőrön — képesek a tumor kifejlődését gátolni (13, 15).

Újabbban a Gardner-syndroma önálló entitását többen kétségbe vonják (7, 10). Valószínűnek látszik, hogy közeli rokonságban van a familiáris colon polyposissal. Egyre inkább erősödik az a vélemény, hogy a Gardner-syndroma és a familiáris colon polyposis egy és ugyanazon betegség maximális (Gardner-syndroma), illetve minimális variánsának, monoszimptomás formájának (familiáris colon polyposis) felel meg (14). A két variáns közé helyezhető el az Oldfield-syndroma, ahol a colon polyposishoz már sebocystomatosis is társul. A különbség a Gardner-syndroma esetében meglévő extraintestinalis manifesztációban keresendő. Az autosomalis dominans módon öröklődő Gardner-syndromában a legnagyobb valószínűséggel az összes csont-, bőr-, béltünet egyetlen gén pleiotrop hatás-képébe illeszthető be, penetranciával, de hatásaiban ingadozó, főleg a kortól függő expressivitással.

Köszönetnyilvánítás: A kromoszóma vizsgálatok szívés elvégzéséért prof. dr. Szemere Györgynek (SZOTE, Biológiai Intézet) tartozunk köszönettel.

IRODALOM: 1. Coffey, R. J.: Gastric Adenocarcinoma Complicating Gardner's Syndrome in a North American Woman. Gastroenterology, 1985, 88, 1263. — 2. Beutler, M.: Association between acrochordons and colonic polyps. J. Am. Acad. Dermatol. 1986, 14, 1042. — 3. Burt, R. W.: Upper Gastrointestinal polyps in Gardner's Syndrome. Gastroenterology 1984, 86, 295. — 4. Devic, J., Bussy, G.: Un cas de Polypose Adénomateuse Généralisée à Tout L'Intestine Arch. Mal. Appar. dig. 1912, 6, 278. 5. Golitz, L.: Heritable Cutaneous Disorders which Affect the Gastrointestinal Tract. Med. Clin. North Am. 1980, 64, 829. — 6. Gardner, E. J.: A genetic and clinical study of intestinal polyposis, a predisposing factor for carcinoma of the colon and rectum. Am. J. Hum. Genet. 1951, 3, 167. — 7. Hartung, H., Kirchner, R.: Ist das Gardner-Syndrom ein selbständiges Krankheitsbild? Münch. med. Wschr. 1976, 118, 227. — 8. Krush, A. J., Traboulsi, E. I., Offerhaus, G. J. A.: Hepatoblastoma, pigmented ocular fundus lesions and jaw lesions in Gardner syndrome. Am. J. Med. Genet. 1988, 29, 323. — 9. Magid, D.: Desmoid Tumors in Gardner Syndrome: Use of Computed Tomography. AJR. 1984, 142, 1141. — 10. Pastinszky, I. V., Bernát, I.: A Gardner-syndroma újabb bőrtünetei. Bőrgy. Vener. Szle. 1958, 44, 220. — 11. Peters, P. E.: Röntgendiagnostik und Klinik des Gardner-Syndroms. Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 133. — 12. Rongioletti, F.: Fibrofolliculomas, trichodiscomas and acrochordons (Birt-Hogg-Dubé) associated with intestinal polyposis. Clin. Exp. Dermatol. 1989, 14, 72. — 13. Schwarz, R. A.: The Muir-Torre Syndrome: A Disease of Sebaceous and Colonic Neoplasms. Dermatologica. 1989, 178, 23. — 14. Sellner, F.: Untersuchungen über Adenome und Karzinome des Dünndarms bei familiärer Polypose und Gardner Syndrom — eine Analyse einer Literaturübersicht. Z. Verdau-Stoffwechs. krankh. 1986, 46, 287. — 15. Spielvogel, R. L., De Villez, R. L., Roberts, L. C.: Oral isotretinoin therapy for familial Muir-Torre syndrome. J. Am. Acad. Dermatology. 1985, 12, 475. — 16. Takeda, Y.: Multiple cemental lesions in the jaw bones of a patient with Gardner's syndrome. Virchows. Arch. A. 1987, 411, 253. — 17. Vereckei, L.: Gardner-szindróma. Orv. Hetil. 1980, 121, 401. — 18. Walsh, N.: Biliary Neoplasia in Gardner's Syndrome. Arch. Pathol. Lab. Med. 1987, 111, 76.

(Török László dr. Kecskemét, Pf. 109. 6002)

A szerzők egy 6,5 éves fiúgyermek esetét ismertetik, akit visszatérő hányások, epigastriális, köldök körüli görcsös hasi fájdalmak miatt vizsgáltak. A normális viszonyokat tükröző kontrasztanyag-os röntgenvizsgálattal szemben a folyamatos nyelőcső pH monitorizálás során a distalis oesophagusban ismételt tartósan 4 alatti pH értéket találtak. Bár az oesophagoscopia is csak diszkrét gyulladásos jeleket mutatott, a hosszan fennálló panaszok és a pH mérés eredménye alapján a nyelőcsőből elvégzett sorozatbiopsia szövettani vizsgálata a distalis nyelőcsőben a cardia felett 2 cm-rel gyomornyálkahártya jelenlétét, azaz Barret syndromát igazolt. A diagnózis alapján beállított kezelésre a gyermek panaszai javultak.

Barrett oesophagusról beszélünk, amikor a distalis nyelőcső egy részét a többrétegű, el nem szarusodó laphám helyett a gyomornyálkahártyára jellemző hengerhám borítja. Az elváltozást viszonylag ritkán észlelik, aetiológiája, jelentősége máig vitatott. Tudomásunk szerint Magyarországon gyermekkorban diagnosztizált esetéről közlemény nem jelent meg.

Esetismertetés

A jelenleg 6 és fél éves fiúgyermeket először 2 éves korában vizsgáltuk klinikánkon, néhány napos lázas állapot után észlelt hányások miatt. Otthonában tej és cukor adása után hasmenése volt. Normális vegyes étrend mellett a klinikán hasmenés nem jelentkezett, hányását aktuális infekciójával, anginával, bronchitissel magyaráztuk. A laboratóriumi vizsgálatok vashiányt mutattak, malabsorptiót kizárták, a xyloz terhelés normális eredményt adott. Ismert és rendszeresen ellenőrzött vitiuma (kamra septum defektus) kardiológiai teendőt nem igényelt, keringése egyensúlyban volt. Két és fél évvel később vettük fel ismét a klinikára, ismételt kisebb hányások, bizonytalan jellegű epigastriális, köldök körüli görcsös fájdalmak miatt. Oesophago-gastroszcopyával duodeno-gastrikus refluxot, valamint a nyelőcső cardia feletti szakaszán a nyálkahártya kisméretű oedemáját lehetett megfigyelni. A hasi ultrahang vizsgálatnál kóros eltérés nem volt látható. A distalis nyelőcsőben végzett pH mérés során (Tuttle-test) 1 óra alatt két ízben észleltünk pH 4 alá csökkenéssel járó gastrooesophageális reflux epizódot. A gyermek klinikai tünetei és a vizsgálati eredmények alapján Cerucal kezelést állítottunk be.

3 hónappal később, az ellenőrző oesophago-gastroszcopya változatlan állapotot mutatott, a klinikai tünetek is csak kisméretűek. Motilium adására tértünk át. Kezdeti, tünetmentességet biztosító időszak után a gyermek panaszai kiújultak, ismét hasfájásról, keserű-savanyú szájjáról panaszkodott. Csak darabos ételt volt hajlandó fogyasztani, savanyú, folyékony, vagy pépes étel után a tünetek kifejezettebbé váltak. Ismétlődő makacs köhögéssel, hörghurutok, anginak jelentkeztek. A gyomor-bél passage során akadálytalan nyelés, normális His-szög mellett a

„Barrett's esophagus” in childhood. The case of a 6,5 years old boy, hospitalised because of recurrent vomiting, epigastric, periumbilical abdominal pain, is reported. The contrast — medium swallow — x-ray examination showed no alteration, while during repeated continuous 24 hours pH monitoring of the distal esophagus, the pH values permanently were found to remain under 4. By esophagoscopia, only moderate inflammatory signs could be detected. The long-lasting complaints and the results of pH monitoring indicated serial biopsy from the esophagus-wall. The histological finding showed gastric mucosa 2 cm above the lower esophageal sphincter, i. e. a Barrett syndrome. Upon the treatment administered according to the diagnosis, the complaints of the child considerably improved.

gyomor ép kontúrral telődött, reflux sem spontán, sem Trendelenburg helyzetben nem volt megfigyelhető. 1 órával a kontrasztanyag beadása után a gyomorban csak tenyérnyi kontrasztanyag volt, egy része már a colon ascendensbe is lejutott. A 3 órás felvételen a kontrasztanyag elérte a sigmát. A frakcionált próbaregeli hyperaciditást mutatott. A nyelőcső pH folyamatos 24 órás monitorizálása során az érzékelő elektród helyét rgt-vel is ellenőrizve a distalis nyelőcsőben (cardia felett 3 cm) a vizsgálati idő több mint 80%-ában 4 alatti pH értékeket mértünk. A frekvencia-időtartam index 30,3 volt (pH = 4 határértéknél ennek normálértéke 7,5). Bár az ismételt kontrasztanyag-os nyelési vizsgálatnál reflux újfént nem mutatkozott, a nyelőcső pH mérés eredménye alapján oesophago-gastroszcopya, és a distalis nyelőcsőből sorozat biopszia történt. A tükrözésnél változatlan kép volt látható. A cardia felett 2 cm-rel vett mintában a szövettani vizsgálat során típusos gyomor-nyálkahártya képét mutató hengerhámsejteket lehetett látni. Barret-oesophagus diagnózisát állítottuk fel, és az eddigi Motilium kezelést Histodil terapiával egészítettük ki, azóta a gyermek tünetei jelentősen mérséklődtek, rendszeresen ellenőrizzük.

Megbeszélés

A kórképet Barret 1950-ben (4) írta le a nyelőcső peptikus fekélyeivel kapcsolatban. Ő hívta fel a figyelmet első ízben arra is, hogy az elváltozás nem azonos a már 1805-től ismert, a nyelőcsőben szinte mindenhol előforduló ectopiás gyomornyálkahártya szigetekkel, amelyeket köröskörül normális el nem szarusodó többrétegű laphám vesz körül (13). Ezek az ectopiás gyomornyálkahártya szigetek viszonylag gyakoriak, sokszor csak mikroszkopikus méretűek és legtöbbször a proximális oesophagusban találhatók (14, 15). Rector és Connerley (12) csecsemők vizsgálata kapcsán 56 esetet figyelt meg a nyelőcső proximális végén és mindössze hetet valamivel distalisabban. A körülírt szigetekben ulceratiót, következményes stricturát nem írtak le. Ez érthető, ha tekintetbe vesszük az elváltozás sokszor csak mikroszkopos méretét. Bár a heterotopias

gyomornyalkahártya savat secernál, a termelődött igen kis mennyiségű gyomorsavat a folyamatos nyáltermelés könnyen közömbösíti. Más a helyzet a Barrett-oesophagussal. A huzamos ideig fennálló gastro-oesophageális reflux, amelynek az utóbbi időben a laesio kialakulásában alapvető szerepet tulajdonítanak, számos reaktív elváltozást okoz a nyelőcső nyálkahártyáján. Esetenként következményes fekély vagy heges szűkület is kialakulhat és ezen laesioktól distalisan a mucosa többrétegű hengerhámra alakul át. Eredeti közleményében Barret ezt mediastinális gyomornak gondolta, congenitális brachyo-oesophagussal. Állítását később többen is cáfolták és a mai napig viták folynak arról, vajon az elváltozás congenitális vagy szerzett eredetű. Aetiológiáját illetően különböző szerzők a következő teóriákat állították fel:

1. Az embryonális előbél kongenitális maradványa.
2. Folyamatos, huzamosan fennálló gastro-oesophageális reflux után, a többrétegű el nem szarusodó laphám erózióját követő átalakulása.
3. A reflux következtében denudálódott többrétegű el nem szarusodó laphám alatt a submucosa glanduláris epithelje proliferál (2, 1, 6, 7).

Szövettanilag a distalis nyelőcsőben előforduló hengerhám legalább 3 féle típusát mutatták ki: atrophias gyomor-fundus típusú epithelt parietális és fősejtekkel, junctionális típusú hámot a cardia mucint termelő mirigyével, és egy speciális hengerhámot felületi villusokkal, kehely-sejtekkel. Esetenként a 3 különböző típusú hengerhámot ugyanazon személyben is megtalálták (10). Az említett hengerhám típus (típusok) jelentőségét elsősorban a malignus elfajulás veszélye jelenti (11, 8, 9). Neaf nagy szériában az adenocarcinoma gyakoriságát 10%-nak találta (9). A betegek szoros követése a diagnózis után feltétlenül indokolt, a cytologia évenkénti ismétlését szükségesnek tartják. Ha a gastro-oesophageális reflux tünetei fennállnak és a Barret-oesophagus kimutatott, a konzervatív terapia sikertelensége esetén (H2 antagonisták, dopamin antagonisták) a funduplicatio műtét elvégzése is indokolt lehet. 10 betegből, aki antireflux műtéten esett át, Brand és munk

katársai négyben a hengerhám regressióját írják le és physiologiás többrétegű el nem szarusodó laphám regenerált (5).

Gyermekekben Baer és Maki a Barret oesophagus recurrens légzőszervi betegségekkel való társulásáról számolnak be 2 eset kapcsán, az egyikben konzervatív kezeléssel sikert értek el, a másikban annak sikertelensége miatt 11 éves korban funduplicatio történt, amelyet követően a tünetek regrediáltak (3).

IRODALOM: 1. Adler, R. H.: The lower esophagus lined by columnar epithelium. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1963, 45, 13. — 2. Allison, P. R., Johnstone A. S.: The oesophagus lined with gastric mucous membrane. Thorax 1953, 8, 87. — 3. Baer, M., Maki, M.: Barrett's esophagus and recurrent respiratory disease. First International Symposium on Gastroesophageal Reflux and Respiratory Disorders. Brussels 1988, P. 30. — 4. Barrett, N. R.: Chronic peptic ulcer of the oesophagus and „oesophagitis”. Br. J. Surgery 1950, 38, 175. — 5. Brand, D. L., Ylvisaker, J. T., Gelfand, M. és mtsai: II. Regression of columnar esophageal (Barrett's) epithelium after anti-reflux surgery. N. Engl. J. Med. 1980, 302, 844. — 6. Bremner, C. G., Lynch, V. P., Ellis, F. H. Jr.: Barrett's esophagus Congenital or acquired? An experimental study of esophageal mucosal regeneration in the dog. Surgery 1970, 68, 209. — 7. Burgess, J. N., Payne, W. S., Anderson, H. A. és mtsai: Barrett esophagus. The columnar-epithelial-lined lower esophagus. Mayo Clin. Proc. 1971, 46, 728. — 8. Herbst, J. J., Berenson, M. M., McCloske, D. W. és mtsai: Cell proliferation (Barrett esophagus). Gastroenterology 1978, 75, 683. — 9. Neaf, A. P., Savary, M., Ozello, L.: Columnar lined lower esophagus. An acquired laesion with malignant predisposition. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1975, 70, 826. — 10. Paull, A., Trier, J. S., Dalton, M. D. és mtsai: The histologic spectrum of Barrett's esophagus. N. Engl. J. Med. 1976, 295, 476. — 11. Radigan, L. R., Glover, J. L., Shipley F. E. és mtsai: Barret esophagus. Arch. Surg. 1977, 112, 486. — 12. Rector, L. E., Connerley, M. L.: Aberrant mucosa in the esophagus in infants and in children. Arch. Path. 1941, 31, 285. — 13. Schmidt, F. A.: De mammalium oesophago atque ventriculo. (Thesis) Halae, in off. Bathaena (1805). — 14. Schridde, H.: Über Magenschleimhaut — Inseln vom Bau der Cardialdrüsenzzone und Fundusdrüsenregion und den unteren, aoesophagealen Cardialdrüsen gleichende Drüsen im obersten Aesophagusabschnitt. Virchows Arch. 1904, 175, 1. — 15. Terracol, J.: Les Maladies de l'Oesophage. Paris: Masson 1938.

(Bókay János dr. Budapest, Bókay János u. 53. 1083)

Cavinton® tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

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

JAVALLATOK: Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus) agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére. Hypertensív encephalopathia, intermittáló vascularis cerebialis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására. Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog. Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT: Terhesség.

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

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.

Grósz Emil emlékezete

A százhuszonöt évvel ezelőtt, 1865-ben született Grósz Emil szemorvos volt, mint az apja és nagyapja, de nemcsak szemész volt, hanem a magyar orvosi kultúra szellemi és anyagi fejlődésének s e fejlődés szükségességének lankadást nem ismerő hirdetője. Már a nagyapját, Grósz Frigyeszt is az egészségügyünk és orvosi elmaradottságunk láza fűtötte s nem elégedett meg azzal, hogy a meternichi világban, 1830-ban Nagyváradon a maga költségén olyan szemkórházat létesített, amely humánus és higiénikus vonatkozásban egész Európában mintául szolgálhatott, hanem éveken keresztül levelekkel és javaslatokkal ostromolta a hatóságokat, a mecénás hajlandóságú arisztokratákat, a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyűléseit, hogy az ő kórházához hasonló intézeteket alapítsanak „a Magyar- és Erdélyországban található szembajosok nagy száma miatt”. Ez az emberbaráti érzés és makacs szervező erő hajtotta az apját is, akinek még a diplomáján sem száradt meg a tinta, amikor a szabadságharcban az al-dunai hadseregesoport számára unszolással, kéréssel, könyörgéssel, a tehetősebb bácskai lakosság végigkilincselésével, de végül mégis tábori kórházat szervezett...

Talán a családi tradíciók tisztelete, vagy még inkább az öröklött hajlam sarkallhatták Grósz Emilt, hogy szakmai és szemézi képességeinek gazdagítása és fejlesztése mellett szélesebb körű és egyetemesebb célok megvalósítása felé is törjön. 1888-ban lépett a Schulek Vilmos vezette pesti egyetemi szemklinika kötelékébe s a klinikai karrier megfutása után, tudományos és gyakorlati képességeinek elismeréseképpen Schulek Vilmos halála után, 1905-ben ő lett a pesti egyetem szemészprofesszora, s tér és lehetőség nyílt számára, hogy szándékait és terveit valóra váltsa. Kezdetben csak a szemészet helyzetének megszüldésére és kiépítésére fordítja energiáját. Kiverekszi, hogy az egyetemi oktatásban a szemészet ne legyen többé mellékes stúdium, hanem a fő tárgyakkal, a sebészettel, szülészettel, belgyógyászattal egyenrangúként kezeljék. Reorganizálja és korszerűsíti a Tisza Kálmán korában kiadott trachomatörvényt, 1904-ben megalapítja a Magyar Szemorvosok Egyesületét (a mai Szemorvos-társaságot) és rendszeressé teszi a tudományos üléseket. 1907-ben, mint trachomakormánybiztos, kivívja, hogy a belügyi kormányzat egy Illés utcai nagy bérházat Állami Szemkórház alakíttasson a trachomás betegek és a trachomakutatás céljaira. 1908-ban tető alá hozza a Mária utcai szemklinikát, korának legszebb és legcélszerűbb szemklinikai épületét. De szerte az országban szemkórházakat és szemosztályokat létesíttet, s négyszeresére emelteti a szemészeti ágyak számát. Az 1910 körüli években kiváló szakemberek közreműködésével kiadja „A szemészet kézikönyve” három vaskos kötetét! Emellett vaskézzel és mindent látó szemmel irányítja klinikájának munkáját, évente műtétek

ezreit végzi, szakorvosokat nevel s tanítványait — akik közül nem egy a szemészet legnagyobb mesterei közé emelkedik — szünet nélküli klinikai és tudományos munkára ösztönzi. Működése a szemészetnek és a szemészeknek hazánkban addig nem ismert jelentőséget és rangot biztosít.

Grósz Emil azonban sokkal mélyebbre ható és átfogóbb tekintetű reformer volt, hogysem tervei és dinamizmusa csupán egy orvosi szakma kiépítését célozták volna. Természetesen a szemészet sorsa állt szívéhez legközelebb, annak hiányait, szükségleteit, annak anyagi és személyi viszonyait ismerte a legalaposabban. De a magyar szemészet európai rangra emelése csak egy része volt orvos-közéleti koncepciójának. Élete egyik főműve az Üllői úti modern klinikai telep mai formájú felépítésének ki-
harcolása. Köteteket lehetne megtölteni azokkal az írásos dokumentumokkal, amelyek a telep számára kijelölt fűvészkert megszerzéséért, az egyetemi hatóságok meggyőzéséért, a pénzfedezet költségvetési beállításáért, a „tervdokumentáció” gyorsításáért s a miniszteri jóváhagyásért kifejtett munkáját bizonyítják. Az egész magyar orvostudománynak és orvosképzésnek akart modern irányító központot teremteni. Ezzel párhuzamosan s a korszerű orvosképzés logikus folytatásaképpen alkotta meg az orvosok továbbképzésének szervezetét, megalapította az 1911-ben s 28 éven át egymaga szerkesztette legnívósabb magyar szaklapot, az „Orvosképzés” folyóiratot. De nem volt olyan közegészségügyi vagy orvostudományi kezdeményezés — különösen az első világháború előtti időkben —, olyan egyetemalapítási terv, tanszékszervezés, kórházépítés, nemzetközi együttműködési akció, amelynek indítékában és előkészítésében ötletekkel, tanácsokkal — és munkával ki ne vette volna a részét. Nem a szereplési vágy ösztökölte — miként azzal az ő egyéniségét nem ismerők sokszor megvádolták —, hanem maga a munka. Nem a közéleti működés címei és kitüntetései vonzották, hanem a szükségletek és a realitások, a megvalósítandó és megvalósítható feladatok, amikért dolgozni, érvelni, küzdeni érdemes. Sohasem épített légvárakat, fantáziája mindig a lehetőségekhez és az adott körülményekhez igazodott, de ha elképzeléseit kivihetőnek ítélte, akkor lebírhatatlan makacssággal és akaraterővel tört céljai felé. Beutazta az egész kultúrvilágot, ismerte a nemzetközi tudományos élet minden rezdülését, otthon volt minden külföldi akadémián és egyetemen, elnöke, díszdoktora, tiszteleti tagja volt ősi egyetemeknek és tudományos egyesületeknek, az 1930-ban alakult Nemzetközi Trachomaellenes Szervezet (Organisation Internationale de la lutte contre le Trachoma) öt választotta első elnökévé, s amire a legbüszkébb volt:

1932-ben a lyoni egyetem díszdoktorainak sorába emelte. De az a cél, ami felé tört, ami nagyapját és apját is ihlette, csak az volt: emelni a magyar közegészségügy és orvostudomány nővérét, együtt menetelni a haladás útján a nagy kultúrnemzetek fiaival.

A hatvanas években egy kis könyvben („Egy klinika nem halhat meg...”) megpróbáltam felvázolni életének, egyéniségének, e cikkben tudatosan nem részletezett szemorvosi tevékenységének és klinikájának sajátos koloritját, s rámutattam azokra a hivatalos túsúrássokra és mellőzésekre, amelyekkel élete alkonyát megkeserítették. A két világháború között berendezkedett s idővel mind szélsőséesebb irányba tolódott reakció semmibe vette két emberöltőnyi építő munkáját, elfelejtették, hogy az ő tekintélye és közbenjárása szerzett külföldi támogatást tudományos intézeteink számára. Korányi Sándorral együtt kurtán-furcsán nyugdíjba küldték, iskoláját szétugrasztották, az Orvosképző Központi Bizottságból s az „Orvosképzés” szerkesztői székéből menesztették, s még a nevét is levették az általa alapított folyóirat címdaláról. (Ma már ismét ott látható!)

De aki életét egy eszme szolgálatának szentelte, azt nem lehet attól az eszmétől eltántorítani! Grósz Emil minden mellőzés ellenére halála percéig (1941-ig) hű maradt ideáihoz és utolsó éveiben is, amikor már szíriának zúgtak és óvóhelyeket építettek — mintha nem akart volna tudomást szerezni a körülötte megtévelyült világról — töretlenül folytatta harcát a magyar orvosi kutatások támogatása érdekében.

Születésének 125. évfordulóján neve már tiszta fényre sugárzik a magyar orvostörténelem lapjairól. Munkássága szervesen kapcsolódik Markusovszky Lajoséhoz, de míg Markusovszky két nagy kultúrpolitikusra, Eötvös Józsefre és Trefort Ágostonra támaszkodva egy harmonikus életpálya folyamán az államapparátus falain belül valószínűsítette meg terveit, addig Grósz Emilnek ezerfajta munkától zsúfolt, nyugalmat nem ismerő, rapszodikus életében jórészt mindent a falakon kívül kellett megcsinálni.

De az Idő próbáját az ő alkotásai is kiállták.

Biró Imre dr.

„A' Mindenés Gyűjteménynek Orvosi szemekkel való meg-vissgálása”

Mielőtt az orvostörténészek felhördülnének — ilyen című munka pedig nem létezik! — töredelmesen bevalljuk, tanulmányunk címe a *Mindenés Gyűjteményben* 1789. november 7-én megjelent „A' Keresztységnek Orvosi szemekkel való meg-vissgálása” c. könyvismertetés parafrázisa. A nagy francia forradalom évének első napján induló komáromi folyóírásban nem ez volt az egyedüli, az orvostörténészek figyelmét felkelthető írás. Lapozunk bele tehát a tavaly kétszáz éves korukat megélt, megsárgult lapokba — orvosi szemmel.

A könnyebb tájékozódás kedvéért előrebocsátunk néhány „életrajzi adatot”. Az első szám „Első szakasz” jelzéssel 1789. január 1-jén hagyta el a rév-komáromi *Weber*-nyomdát. Félévi szünet után, július 1-jétől heti két alkalommal jelenik meg egy „levél”, 1790. június 30-ig. A levelek számozása minden negyedévben újra kezdődik, így tulajdonképpen 4 negyed megjelenése után szűnik meg a szűkebb értelemben vett folyóirat. Az V. negyed ugyanis csak 1791 közepe táján jelenik meg évkönyv formájában, tehát már nem levelekre bontva. Hasonlóan a VI. negyed, amely 1792-ben jut el az olvasókhoz. A rendszeres megjelenés időszakából a megfelelő levél sorszáma, az első szakasz, az V. s VI. negyed esetén pedig az oldalszámra hivatkozunk.

Mivel a Mindenés Gyűjtemény az első magyar nyelvű tudománynépszerűsítő (1), ismeretterjesztő lap (2), az orvostörténészt elsősorban az érdekli, voltak-e orvosszerzői a lapnak. Abban a korban, amikor nemcsak a tudomány, de a közélet hivatalos nyelve is a latin — tekintünk most el a II. József által az országra kényszerített s a Mindenés megindulása idején már végnapjait élő németesítési programtól —, jogos a kérdés felvetése. Kérdésünkre már az első szakasz 35. oldalán választ kapunk. Az orvosszerzők által

írt munkák sorát ugyanis nem kisebb egyéniség, mint Debrecen főorvosa, *Wesprémi István* (1723—1799) nyitja meg.

Az ekkor hatvanhat éves, pályája csúcsán álló s 1787-ben befejezett négykötetes orvostörténeti munkájával az ország határain túl is ismert orvosdoktor „A' *Martha Tartókhöz*” c. munkájában, többek közt a következőket írja: „Dániában az Orvosok próbálták a dögletes nedvességet az egészségesekbe bé-oítani, valamint a himlő a' gyermekekbe bé-oítatik, még pedig hasznos elő-menetellel.” Természetesen a variolációról van szó — *E. Jenner* csak hét évvel később végzi el az első vakcinációt — ám *Wesprémi* kiállása az oltás mellett, a századfordulón beinduló „vakcinációs programnak” is hasznára vált. A debreceni orvosnak még három írása lát napvilágot a Mindenés Gyűjtemény hasábjain, mindhárom az 1789-es esztendőben. A II. negyed 18. levelében *Hofman György* Friderik „Wie können Frauenzimmer frohe Mütter gesunder Kinder werden und dabei gesund und schön bleiben?” — azaz — „Miképp' lehetnek az Aszszonyok egészséges gyermekeknek jó kedvű édes Anyjaik, saját egészségek' és szépségek' meg-sértése nélkül?” c., 1789(!)-ben megjelent könyvét ismerteti, azzal a megjegyzéssel, hogy megérdemelné e szép munka a magyarra való átültetést. A recenzens e „szépen mulattató s gyönyörűséges haszonnal oktató könyv” legfőbb értékének azt tartja, hogy a szerző egyértelműen a *szoportatás fontossága mellett* voksol. Ebben *Wesprémi* saját, 1760-ban kiadott „A' kisded gyermekeknek nevelésekről való rövid oktatás”-ában leírt tanácsának igazolását látja s lábjegyzet formájában bőségesen idéz is belőle. S bizonyára nem a hiúság vezérli, amikor a

„rövid oktatás”-ról is megjegyzi: „bár ha minden édes atya's anyja olvasgatná azt.” Ugyanezen negyed 24. levelében Wespzrémi egy, a Lippai János *Posoni kertjéről* folyó levélváltáshoz fűz kiegészítést.

Az utókor számára legérdekesebb írása azonban az első negyed 17. levelének „*Tudománybéli Elmélkedés*” c. rovatában jelent meg. (Érdemes figyelni az időpontokra: az augusztus 4-én Debrecenben keletkezett elmélkedést, ugyanazon hónap 26-án már kinyomtatva olvashatták Komáromban!) Wespzrémi doktor itt kedvenc vesszőparipájáról, „*a' régi pénzek körül való vizsgálódás*”-ról, annak fontosságáról értekezik. Köztudott, hogy már orvostörténeti munkájának lapjaira is „csempészett be” rövidebb-hosszabb numizmatikai megjegyzéseket és a majd 1795-ben megjelenő „Magyar Országú öt Különös Elmélkedések” egyike szintén éremtani értekezés. A Mindenés Gyűjteményben megjelent hétoldalas, a szerzőjére jellemző bő jegyzet-apparátussal ellátott munkáról azonban még a „numizmatikus Wespzrémi Istvánnal” foglalkozó tanulmány is megelégedik (3). (Egyébként „*a Szinnyei*” sem tud Wespzréminé a Mindenés Gyűjteményben megjelent írásairól.) Pedig történeti bevezetés s korabeli széttekintés után fontos javaslatot terjeszt benne elő a numizmatika (éremtan) és az epigráfia (felirattan) rendszeres művelésére: „... igen szükséges volna más nemzeteknek példaadások szerént, a' mi Hazánkban is minden Világi Históriakat, a' mennyire csak lehetne, a' régi pénzekből és egyszerűs mind az emlékeztető oszlopokra, kő koporsókra, réz táblákra vágatott feljűl való írásokból (Inscriptiókból) erős bizonyításoknak okáért ottan-ottan rendesen világosítani.” Így „a' régi pénzek körül való vizsgálódás” nemcsak „drága szép tudomány” lehetne, de az összegyűjtött érmék alapján idővel „egy valószínű Magyar-Országú Krónikát” lehetne készíteni.

Mint jeleztük, a Mindenés tulajdonképpen csak 1789. július elsejétől jelenik meg rendszeresen, heti két levélben. Már a 13. levélben egy újabb orvosszerző mutatkozik be a lap olvasóinak — számunkra — kissé szokatlan módon: egy „*Találós Mese*”-vel, azaz találós kérdéssel. E szokatlan „belépőnek” megvan az irodalomtörténeti magyarázata. A Mindenés Gyűjtemény első szakaszának 31. oldalán a következőket olvashatjuk: „*Jeles idő töltés az üres órákon... az Enigmák tsinálása's találgatása... A' Párisi Hírmondó eleibe rend szerént mindenkor van egygy Enigma's Logogrift tétetve hogy leg-alább egygy két óráig azoknak találgatásával tölthessék a' nemes elméjű Dámák az ő idejeiket.*” E párizsi példát követve a Mindenés levelei rendszeresen közölnek enigmát (találós mesét) s logogrift, azaz rejtett szót. A megfejtéseket a következő levélben találta meg a figyelmes olvasó; a 14. levélben például így: „*A' Találós Mese volt Nap — értsd: a megfejtése — melyet írt Földi János, N. Sz. K. Szathmár Városának Orvosa.*” Így mutatkozik be tehát a Mindenés olvasóinak az a Földi János (1755—1801), akit ma a XVIII. század utolsó évtizedének „legkülömb polihisztoraként” tisztelünk (4).

A friss diplomás Földinek nem ez az első kapcsolata az irodalommal. Pesti medikus éve alatt a *Kassai Magyar Museum* korrektora, Kazinczy egyik leghűségesebb levelezőtársa. 1789. január 15-től Szatmárnémeti (ma Satu Mare,

Románia) orvosa (5). Szatmári éveiről írja egy 1973-as Horus-tanulmány (4): „Egyetlen kapcsolata az irodalmi élettel Kazinczyval való levelezése”. Kapcsolatnak, s még hozzá igen aktív kapcsolatnak tekinthető a Mindenés Gyűjteményhez fűződő viszonya is! A Mindenés 1789-ben s 1790-ben jó néhány levélén keresztül közli a „*D. Földi János*”, illetve — a későbbiekben — „*Szathmárról*” aláírású rejtvényeket. Földinek, aki a költészettel is kacérkodott, valószínűleg jó stílusgyakorlatot jelentettek ezek a kis versikék. Ízelítőül idézzük az I. negyed 20. levelében megjelent „*rejtett szavát*”:

Betegnek használok, az épet sem sértem.
Sokan messze földre el-utaznak értem.
Fejem's végső lábom elő olly részt állat,
Mellyet félt, 's melly nélkül nem él semmi állat.
Fejem nélkül nagyobb hasznom mondhatatlan,
Hány állatot tartok meg-számlálhatatlan,
Siet minden állat hozzám sok jó végre,
Lakásra, haszonra, vagy gyönyörűségre.
Vesd ki a' hasamat, úgy is hasznos lések,
Takartatnak velem sok likak, sok részek,
Öt tagomnak háрма nélkül nem jó lennem,
Sem mire sem betsűlsz ha meg nem lesz bennem.

A rejtett szó: „*feredő*” (fürdő), ti. e szóban rejteznek a „*fő, erdő, fedő, erő*” szavak.

A Mindenés Gyűjtemény azonban Földinek nemcsak költői ambícióit dokumentálja, de árulkodik egy másik vesszőparipájáról is, a botanikáról. Már debreceni diákoskodása idején elkezd a növények gyűjtését, majd Pestre kerülve Ráday Gedeon gazdag könyvtárában a múlt századok fűvésszövegeit is forgatja. Valószínű, hogy itt bukkant rá arra a „tulajdon nyelvünkön íratott két régi Kertész könyv”-re, melyekről a Mindenés II. negyedének 3. s 4. levelében tesz „egy rövid emlékeztető”. Mindkét könyv — Antoine Mizald francia természettudós könyvének *Nadányi János*-féle magyar változata „*A' Kertekkel való Bánásról*”, illetve Lippai János „*Posoni Kert*”-je — a XVIII. század derekán jelent meg. Földi szerint „a' Mizald Antalé... sokkal mesébb és babonásabb; a Lippai Jánosé sokkal a' természethez intéztetettebb”, de mindkettőben találhatók „nem meg-vetendő hasznos régulák, észre vételek, tapasztalások”. Ezekből bőven idéz is, kiegészítve azokat saját megfigyeléseivel. Például Mizald ama megfigyeléséhez, hogy a búza közé rakott nyírfalevél távol tartja a gabonától a zsizsiket: „egy szép tulajdon tapasztalásomat adhatom, 1783. Eszt. padláson elterítve lévő jó summa köből* búzámat, a' már bővséggel meg-termett zsuzsokoktól, diófa leveleknek közikbe elegyítésekkel meg-szabadítottam.” Ám nemcsak a kertész szemével értékeli elődei tanácsait, de olykor-olykor megszólal az orvos is. Lippai azon állítását, hogy egyes gyümölcsök (barack, szilva) fogyasztása hideglelést, vérhast okozhat, így igazítja helyre: „Ma a' gyümölcsök felől szelídebben ítélünk... az értt gyümölcsökkel azoknak rendi's természeti szerént való élés sem hideglelést, sem vérhast nem okoz.” Utal egyúttal a Mindenés egy korábbi levelére (I. negyed, 6. levél), amely

* régi űrmérték, koronként s helyenként változó értékű: 62—125 liter

sok kövér hustól leli-ki a' hideg a' Magyar, mely ellen a' jó féle gyümölcsök még orvosságul is szolgálnának."

Mint utaltunk rá, Wespriáni csupán az 1789-es évfolyamban volt a Mindenés munkatársa; Földi írásait azonban felfedezhetjük mind a négy negyed (tehát az 1790-es évfolyam) leveleiben is. Utolsó előtti írása az 1790. május 15-i, 13. levélben „az Aszszonyi Könyv-hullatás”-t teszi találós meséje tárgyává. Ismerve Földi boldogtalan házasságának tényét — bár újabb kutatások szerint a Wespriáni Juliskáról kialakított képünk korrigálásra szorul (6) — érdemes idéznünk a még mézesheteit élő doktor véleményét az asszonyi könnyről: „talárdsággal nagy mélyly, és gyors vizeket győz; mert sok okos főnek veszi gyakorta eszt”.

Sajnos, a Mindenés legtöbb írása a szerző nevének feltüntetése nélkül jelent meg. Így — Wespriánt s Földit kivéve — további orvosszerzők esetleges Mindenés-beli publikálása nem bizonyítható. Ennek ellenére — különösen a rendszeresen, levelekben megjelenő időszakban — gyakori az orvosi, illetve a felvilágosító, egészségnevelő téma felbukkanása a komáromi lap hasábjain. Ezek ismertetése egy külön értekezés tárgyát képezi majd, itt csupán annak leszögezésére szorítkozunk, hogy a Mindenés Gyűjtemény nemcsak az első tudománypopularizáló, de az első magyar nyelvű egészségnevelő folyóiratunknak is tekinthető!

A Mindenés Gyűjtemény orvosi szemekkel való megvizsgálását egy nem orvos szerző írásának ismertetésével fejezzük be. A II. negyed 24. levelében egy *dorogi* prédikátor értekezik „A' Bábákról”. A szenvedélyes hangon megírt munka értékes kortörténeti dokumentum a felvilágosodás korának egészségügyi viszonyaihoz. Még Mária Terézia elrendelte — kezdi prédikátorunk —, hogy minden vármegye fizetett megyei szülésznot tartson, akinek feladata többek közt a falusi bábák oktatása, „szakfelügyelete” s esetenként egy-egy nehezebb szülés levezetésében a falusi baba segítése. Am „Prédikátorságomnak 14. Eszt. alatt ilyen tzelál soha egy Vármegye Bábája is helységünkben meg nem fordult” — állapítja meg a dorogi prédikátor. Az ilyen bábák ugyanis inkább megyebéli „Úri Aszszonyok' Bábájok”, holott a fizetésüket abból a házi pénztárból kapják, amelyhez a nemességnek semmi köze. A házi pénztár egyedüli bevételi forrása ugyanis a szegény adózó néptől behajtott adó, hiszen a magyar nemes adót nem fizet!

A derék prédikátor azonban nemcsak kórisméz, de a „gyógyulás” útját is felvázolja. Két módját látja a helyzet javításának. Minden nagyobb helység maga taníttasson ki egy bábát, aki helyben lakva, szükség esetén azonnal a vajúdo segítségére siethet. Fontos szempont: a szülészno a községtől kapná a fizetését. A másik mód még eredetibb ötlet: csak az lehessen lelkész, aki „a' baba mesterségről való Tudományt” kitanulta egy „arra rendeltetendő Gymnasiomban”. Így minden „jó rend-tartású” helység-

ben lenne két értelmes, a szüléshez értő személy: „eggyiknek theóriája, másiknak praxisa” lenne nagyobb. Prédikátorunk írása befejezéseként még azt is elárulja, kitől várja e javaslatok megvalósítását:

Hisszük is hogy Jósef még ezt valahára,
Majd munkába vészi Országa hasznára.

Am ezen óhaj megjelenésekor — 1789. karácsony előestéjén — „Jósef”, azaz II. József császár (1741–1790. febr. 20.) napjai már meg vannak számlálva, s így a prédikatori szó ismét csak pusztába kiáltó szó marad.*

A jozefinista ill. posztjozefinista protestáns lelkész-nemzedék tagjai közt nem meglepő a dorogi prédikátor éles, a szociális igazságtalanságra rámutató hangja. S hogy a jobb felé váltás még sokáig váratott magára, arra hadd idézzünk egy másik prédikátort. Egy emberöltő elteltével, 1813-ban, Bohuslav *Tablic* egyházmaróti (Hont megye) lelkész, költő, irodalomszervező egészségnevelő könyvének előszavában szinte megismétli a dorogi vádat: „Magyarországon az orvosok (különösen a megyeiek) szinte csak az urak s a gazdagok számára léteznek; csak nagy ritkán ereszkednek alá a szegény nép alacsony kunyhóihoz, pedig az ő évi adójukból húzzák fizetésüket” (7).

Befejezve a 200 éves Mindenés Gyűjteményben orvosi szemmel való „tarlózásunkat”, a következőket állapíthatjuk meg: — A Mindenés Gyűjtemény alapos ismerete nélkülözhetetlen annak az orvostörténésznek, aki a XVIII. század utolsó harmadának egészségügyi viszonyait kutatja. A dorogi prédikátor írása csupán a legmarkánsabb példája a Mindenés leveleiben fellelhető, s a korabeli viszonyokat hűen tükröző adatoknak, — a Mindenés volt a pályakezdő Földi egyik legfontosabb fóruma. Versein, s botanikai témájú írásán kívül értékes verstani s grammatikai értekezése is megtalálható a lapban, — a Mindenés Gyűjtemény nemcsak az első tudományos ismeretterjesztő lap volt, de az első magyar nyelvű egészségnevelő folyóirat is.

IRODALOM: 1. *Kókay Gy.*: Könyv, sajtó és irodalom a felvilágosodás korában, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1983, 168. old. — 2. *Füsti Molnár S.*: Egészségünk múltja, Medicina, Budapest, 1981, 215. old. — 3. *Tóth A.*: A numizmatikus Wespriáni István, Orvosi Hetilap, 1973, 114, 2055. — 4. *Kapronczay K.*: Földi János, Orvosi Hetilap, 1979, 120, 844. — 5. *Mixich L.*: Földi János, Budapest, 1905, 6. old. — 6. *Nagy S.*: Földi János hadházi éve — in.: Földi János Emlékkönyv, Debrecen, 1978, 85. old. — 7. *Tablic, B.*: Lidomil, povčugjcy... Vác, 1813, 11. old.

Kiss László dr.

*Az évkönyvvé átalakult folyóirat 1792-ben szűnt meg.

FOLYÓIRATRE FERATUMOK

Szerzett immundefektus (AIDS)

A HIV-szeropozitív, de tünetmentes véradók klinikai megfigyelése. Leitman, S. F. és mtsai: (Depts. of Transfusion Medicine and Information Systems, Warren G. Magnuson Clinical Center, National Institutes of Health, Bethesda): N. Engl. J. Med. 1989, 321, 917.

79 823 AIDS-es esetből, melyet a CDC (Centers for Disease Control) 1988. dec.-ig közölt, 3% (2144) volt kapcsolatos a vértranszfúzióval.

1985 óta az USA-ban valamennyi levett vér rutinszerű tesztelése HIV-1 vírusra lecsökkentette a transzfúzióval átvihető fertőzés lehetőségét.

A szűrésre általánosan használt szerológiai tesztek nem minden esetben igazolták a fertőzést, és így a HIV-infekció transzmissziója a vértermékekkel mégis előfordulhatott a nem kimutatott HIV-antitestek ellenére.

A jelen tanulmányban a tünetmentes HIV-szeropozitív donorok 2 olyan csoportját vizsgálták, akiknél a kezdeti teszt nem igazolódott, azaz fals pozitivitásról volt szó, másrészt akiknél a tünetek összefüggtek a valódi HIV-infekcióval.

693 000 véradót teszteltek HIV-1 vírusra Washingtonban 1985–1988 között, 284 donor volt ismételt szeropozitív mind az ELISA, mind a Western blot konfirmációs teszttel. A tünetmentes véradók klinikai megfigyelése 156 olyan donornál történt, akik Western blotot pozitívak maradtak és 80 olyanál, akik csak az ELISA-val pozitívak, de Western blotot negatívak voltak. 28 hónapon át félévenként ellenőrizték őket a rutin szerológiai tesztekkel is.

Összehasonlították a Western blot negatív személyeket a pozitívakkal — utóbbiak közt szignifikánsan több a fekete, a férfi és előszörre adó donor, akiknek az anamnézisében nemi betegség, generalizált lymphadenopathia, alacsonyabb CD₄-sejtszám $<0,4 \times 10^9/l$, IgG-szint $>18 g/l$ és anti-HB_c (hepatitis-B-core-ellenes antitest) szerepelt.

A Western blot pozitív donorok közül 17-ben (11%) a betegség a CDC-IV. osztályba progresszió (klinikai tünetek megjelentek). Azok közül, akik csak ELISA-val voltak pozitívak (80), senkinél sem fejlődött ki a HIV-infekció.

A tanulmány összegzi, hogy csökkent a HIV-1 fertőzött donor létszám és ezzel a transzfúziós átvitel lehetősége is. Ennek a magyarázata — a donorok felvilágosításában rejlik nagyrészt, mert ennek hatására többségük kizárja magát a további véradásokból.

Célravezető volt az a módszer is, hogy a véradás előtti szűrés kiterjedt egy diszkrét beszélgetésre is a donorokkal, melynek so-

rán egy szemtől szembeni direkt kérdést is fel lehet tenni a fokozottan magas rizikójú személyeknél (drogosok, homoszexuálisok, ill. transzfúziós recipiensek stb.). Ezúton lebeszélhetők a véradásról, ill., hogy kizárólag kutatási célra adjanak vért.

Több zavar származott a véradók szűrésére használt tesztek eltérő eredményeiből. Így a HIV-antitest szűrés első évében mintegy 25 000 E vért kellett megsemmisíteni a kezdeti pozitív HIV-antitestek eredménye miatt, melyeket korábban még nem követek konfirmációs tesztek rutinszerűen.

Az ELISA szeropozitivitás sok esetben a különböző módszerek érzékenységeivel függ össze, és nem jelent HIV-fertőzöttséget. Ezért önmagában az ELISA szeropozitivitás — negatív konfirmációs tesztek mellett — nem jelent kockázatot a HIV-vírus transzfúzióval történő átvitelére.

Illés Margit dr.

Antitest negatív vér- és vérkészítményekkel történő HIV-1 vírus átvitel. Cumming, P. D. és mtsai (Blood Services, National Headquarters, American Red Cross, Washington D. C.): N. Engl. J. Med., 1989, 321, 941.

A HIV-átvitel rizikója fennáll olyan betegeknél, akik akkor kaptak transzfúziót, amikor a donor már fertőzött volt, de még szeronegativ. Megfigyelések szerint a transzfúziós HIV-infekció átviteli lehetősége ebben az időszakban a legnagyobb. Ez az időszak a HIV-1 szerokonverzió ún. „ablak periódusa”, amikor a nemrég megfertőződött egyén fertőző vért ad anélkül, hogy abban kimutathatók lennének a szokásos szűrőtesztekkel az ellenanyagok.

A jelen tanulmány az Egyesült Államokban véradóközpontok által megadott mintegy 17 millió véradás adatait vizsgálja. 1987-ben 131-re becsülhető a ki nem mutatott fertőzött vérkészítmények száma, és 1 : 153 000 volt a HIV-fertőzés valószínűsége transzfúzió útján. Ez a veszély értelem szerűen megnő, ha a beteg több donortól származó vérkészítményt kap. Így, ha 5,4 E-t kap, a fertőződés valószínűsége 1 : 28 000.

Megállapítások szerint a fertőzés transzfúzióval történő átvitele évente több mint 30%-kal csökken.

A gondos donorfelvilágosítással és hatékonyabb szűrőtesztek segítségével lehet a HIV szeropozitivitást és a fokozott rizikójú populációt távol tartani a véradástól.

Másrészt a még ki nem mutatott, de fertőzött vérkészítmények adásának rizikója a következők figyelembevételével csökkenthető: a vértranszfúziók számának redukálása, kevesebb donorból készítenek E-nyi vért, vérkészítményt, több nő és kevesebb férfi új donort toboroznak, gyakrabban

ösztökléne véradásra olyan donorokat, akiknél többször végeztek már antitestszűrést, megnövelik az autotranszfúziók számát és mélyfagyasztva tárolják a homológ vérkészítményeket.

Illés Margit dr.

A transzfúziós eredetű HIV-fertőzések. Különböző faktorok szerepe az AIDS progressziójára. Ward, J. W. és mtsai (AIDS Program, Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Public Health Service, Dept. of Health and Human Services, Atlanta): N. Engl. J. Med., 1989, 321, 947.

A HIV-fertőzések egyik hatékony útja továbbra is a vér- és vérkészítmények transzfúziója. Megközelítőleg 2,5%-ra becsüli a CDC (Centers for Disease Control) azon AIDS-betegségek számát az USA-ban, amelyek összefüggtek a transzfúzióval, 12 000 transzfúziós recipiens vizsgálata során és még a rutinszerű HIV-ellenanyag-szűrés bevezetése előtt.

A jelen tanulmányban 694 olyan beteg vizsgálatára került sor, akik transzfúziós donorjainál 112 esetben alakult ki AIDS és 31 lett később HIV-szeropozitív. 1979 és 1985 között történtek ezek a transzfúziók, amikor nem volt még rutinszerű a véradók HIV-szűrése.

101 szeropozitív beteg sorsát követték 55 hónapig az igazoltan transzfúziós eredetű fertőzés után, így 54 eset progresszióba CC-IV. osztályába, ide tartozott a 43 AIDS-beteg is.

Az AIDS betegség kialakulásával 7 éven belül 49%-ban lehetett számolni azoknál, akik sok transzfúziót kaptak. A betegség kialakulásában egyéb virális kofaktoroknak is szerepe lehetett a nagyobb számú transzfúziók immunosuppresszív hatása mellett.

A HIV-fertőzött donorokat vizsgálva 2 csoportra osztották őket: akiknél az AIDS 29 hónapon belül alakult ki véradás után (1. csoport) és 29 vagy több hónap után (2. csoport).

Összehasonlítva 31–31 tagú betegcsoportokat, akik az 1-es és 2-es csoportú donoroktól kaptak vért, a 2-es csoportúaktól kapott transzfúziós recipienseknél az AIDS megbetegedés 4 évvel következett be a fertőzés után.

A HIV-fertőzött vértranszfúziót kapott betegek legtovább szeropozitívvá válik, majd kb. a féleben 7 éven belül kifejlődik az AIDS. Ennek akkor a legnagyobb a rizikója, ha a donoroknál a véradás után gyorsan, rövid inkubáció után alakul ki az AIDS.

A jelen tanulmányban a HIV-infekció nem eredményezett nagyobb 1 éven belüli mortalitást a transzfúzió után. A rizikócsoportokat figyelembe véve a homoszexuális férfiak 21%-ában, a hemofilások 18%-ában 5 és 6 év múlva alakult ki az AIDS a HIV-fertőzés után.

Illés Margit dr.



A transzfúzióval összefüggő AIDS rizikójának csökkenése. Menitove, J. E. (Blood Center of SE Wisconsin, Milwaukee, WI 53233): N. Engl. J. Med., 1989, 321, 966.

A transzfúzióval átvitt első AIDS-ről szóló közleményt 1982-ben írták le. Ez idő tájt még hiányzott a véradók rutin HIV-szűrőtesztje. A HIV-rikócsoporthoz tartozó donorokat távol tartották a véradástól. 1985-ben kezdték el világszerte a véradók rutin HIV-antitest szűrését, amellyel megakadályozhatónak látszott a transzfúziós fertőzés. Ennek ellenére előfordultak megbetegedések ezúton is.

Az előzőekben ismertetett 3 cikk egyaránt arról szól, hogy az antitest-szűrés ellenére előforduló HIV-fertőzés veszélye csökkenő tendenciát mutat.

Ward és mtsai közleménye a transzfúziós eredetű AIDS előfordulását tanulmányozta, és 95% fölöttinek találta azoknak a betegeknek a számát, akik ki voltak téve a HIV-infekciónak a transzfúzió révén. Kb. 50%-osnak találta az AIDS kialakulását 7 éven belül.

Lényegesnek látszik annak a periódusnak a hossza, ami a véradás és az AIDS megjelenése közt van.

Optimista Cumming és mtsainak a közleménye is, amelyben a transzfúziós HIV-átvitel veszélyének csökkenését írják le. 1:153 000 volt vérvérvételként a fertőzés átvitelének a valószínűsége. Negyszer kevesebb, mint korábban közölték. 1985–1987 között 30%-ra csökkent a HIV-fertőzés veszélye a transzfúzióval. Emögött a következő tények állnak:

- a HIV antitest pozitív donorszám csökkenése,
- a donor pool megváltozása,
- kevesebb a nem vizsgált és több a rendszeresen ellenőrzött donorszám, és ez a trend folytatódik, ami a HIV transzfúziós veszélyét még tovább csökkenti.

Leitman és mtsai ötször kevesebbnek találták Washingtonban a HIV-antitest pozitív véradókat 1985 és 1987 között. A legtöbb szeropozitív esetben komoly rizikótényezőt jelentett a szexuális aktivitás és az iv. droghasználat. 26%-ban nem hitték el a HIV-antitest pozitív donorok, hogy veszélyeztett helyzetbe kerültek, mivel megváltozott az életvitelük és egészségük megmaradt. Ugyancsak 26%-uk rendszeresen szűrette magát a véradói során. A donorok 15%-ára gyakorolt nyomást a társadalmi kiakasztottság az életvitelük miatt és csupán 6% nem olvasta el, ill. nem értette meg a véradóközpontokban levő információs anyagot, amely alapul szolgált az önkizárásra.

Az előszörre adó férfiak véradása a veszélyesebb, mivel több köztük a HIV-antitest pozitív.

A nyilvánvalóan szeropozitívnak talált véradóktól levett vért nem kaphatták meg a betegek, ily módon elkerülhetőnek látszott a fertőzés. Mégis róluk lehetett nem kiderített fertőzésre is, annak az volt a magyarázata, hogy a donor még nem rendelkezett

kimutatható ellenanyaggal. Stratégiát dolgoztak ki a biztonság növelése érdekében a véradás megelőzésére, ill. a lehetséges fertőzés minél érzékenyebb módszerekkel történő kimutatására. E célból fejlesztették ki a rekombináns DNS-, génamplifikációs és a szintetikus peptid technikákat. A HIV-antigén kimutatás nem bizonyult hatékony szűrőtesztnek.

A jövőt tekintve fontosnak látszik a véradók szűrése és toborzása és a még ki nem mutatott, de HIV-fertőzött donorok távol tartása a véradástól. Lényeges a donorok felvilágosítása írásbeli dokumentáció segítségével, de szóban is.

Cumming és mtsai véleménye szerint, azokat a donorokat kell buzdítani a többszöri véradásra, akiknek rendszeresen ellenőrizve a HIV-antitestje negatív és főként a nők véradását kellene növelni.

A vértranszfúziók száma örvendatosan csökken, mivel az orvosok előnyben részesítik az autotranszfúziókat, az intraoperatív vérgyűjtést és a haemopoetikus rendszert növelő faktorok adását.

Illés Margit dr.

Transzfúziók és a HIV-fertőzések. Tanulmány 38 gyermekkori megfigyelésről. Kone, I. és mtsai (Service d'Hématologie Pédiatrique et du Laboratoire d'Hématologie, Hôpital Timone, F — 13385 Marseille): Arch. Fr. Pédiatr. 1989, 46, 449.

A HIV-vírus transzfúziós átvitelének kockázata egyre nagyobb, különösen bizonyos haemopathiák miatt kezelt gyermekekben. A szerzők jelen munkájukban a transzfúziós eredetű HIV-fertőzések különböző aspektusaival foglalkoznak.

Harmincnyolc szeropozitív gyermekről (7 leány, 31 fiú) számolnak be, akiknek transzfúzióval vagy vérvérvételrel volt kapcsolatuk. A fertőzöttség felismerésekor a gyermekek életkora 2–19 év (átlag 11 év) volt. A 38 közül 37-nél biztos, hogy a fertőzés az általános szűrés bevezetése (1985) előtt történt. A kezdeti diagnózisokat és a transzfúziókhoz vezető motivációkat táblázaton tüntetik fel a szerzők, miszerint 18 haemophiliás és 2 willebrandos beteg találtak először fertőzöttnek. A betegek diagnózisát és számszerű adatait is ez a táblázat tünteti fel.

A klinikai adatok értékelésekor az Atlantai CDC kritériumát használták fel a szerzők. Ezeknek megfelelően értékelt adatokat táblázatban is feltüntetnek, ahol a klinikai jellegzetességeket is osztályozzák. Külön is értékelték a haemophiliás és a Willebrand-kóros betegeket, a nem haemophiliás és nem Willebrand-kóros betegeknél mért értékeket, a polytransfundált nem haemophiliás és nem Willebrand-kóros betegeknél mért értékeket, s ezeket táblázaton is bemutatják.

A vizsgálatok, laboratóriumi eredmények értékelése révén a következő megállapításra jutottak a szerzők: 1. HIV-vírusfertőzés gyakorisága főleg a haemo-

philiásoknál és Willebrand-kóros betegekben kifejezett. Ez a megállapításuk érvényes egész Franciaországra. 2. A HIV súlyos formáinak gyakorisága vizsgálataik szerint alacsonyabb a haemophiliásokban, mint a többi polytransfundáltakban. Az adatok alapján azonban úgy tűnik, hogy ez az arány évről évre növekszik. 1985-ben az AIDS „csak” 0,45%-ot reprezentált a vérképzőrendszer betegségeiben elhunytak között; 1987-ben ez már 2,3%-ra emelkedett. 3. A HIV-fertőzés kialakulása különösen gyors és súlyos malignus haemopathiák jelenlétében. 4. Az antihaemophiliás A és B faktorok esetében a HIV-fertőzések „meggátolása” jelenleg teljesen hatástal. Ez főleg a donorok biztonságos szűréséből és egy „detergens oldat” alkalmazásából áll. Ez utóbbi főleg a non A, non B hepatitis megelőzésében vált eredményessé. 5. A transzfúziós elemek — plazma és a többiek — rendszeres szűrése jelentősen csökkentette a HIV-fertőzések előfordulását, de ezt még, mint adataik is bizonyítják, máig sem tudták 0-ra redukálni.

Kövér Béla dr.

A HIV-infekció neuropathológiája haemophiliásokban: összehasonlító pathológiai vizsgálatok. Esiri, M. M. és mtsai (Departm. of Neuropathol. and Clinical Neurology, Oxford OX2 6HE és más intézetek): Br. med. J., 1989, 299, 1312.

A szerzők HIV-pozitív haemophiliás és nem haemophiliás elhunytak boncolási adatait és neuropathológiai elváltozásait hasonlították össze. 11 haemophiliás (átlagkor 41 év) és 31 nem haemophiliás (29 homoszexuális férfi, átlagkor 40 év) boncolási adatait vizsgálták. A vizsgálatok eredményeként feltárták, hogy az opportunista fertőzések szignifikánsan nagyobb számban fordultak elő nem haemophiliásokban (cerebrális toxoplasmosis 23%, progresszív multifokális leukoencephalopathia 10%, cerebrális cytomegalovírus infekció 19%), mint a másik csoportban. A haemophiliásokban a friss és régebbi intracranialis vérzések (45%, ill. 36%) és májcirrhosis (27%) előfordulása dominált. Ez utóbbi csoportban az intracranialis vérzés és a májcirrhosis volt a leggyakoribb halálók, gyakrabban a pre-AIDS stádiumában vagy enyhe tünetek mellett.

Az irodalmi adatok is alátámasztják a szerzők megfigyelését, hogy a haemophiliásokban az óriássejtes és az opportunista fertőzések okozta HIV-encephalopathia lényegesen ritkább jelenség. Eddig az irodalomban egy-egy cytomegalovírus encephalitis, cryptococcosis és progresszív multifokális leukoencephalopathia esetet közöltek haemophiliásokban. A haemophiliás esetekben az AIDS klasszikus tüneteinek kialakulása előtt a betegek nagyobb része agyvérzésben, vagy májcirrhosisban hal meg, amit a gyakori hepatitis infekció következményének tartanak. Más idegrendszeri alajelenségek: a diffúz myelin

elhalványodás reactiv astrocytosisal vagy anélkül, a lymphocytás perivascularis infiltrátumok az agyburkokban vagy az agyállományban, a mikroglia-nodulusok kialakulásában lényeges különbség a két csoport között nem volt megfigyelhető. A systemás pathológiai elváltozások közül a haemophiliás esetekben Kaposi-sarcomát nem találtak, a másik csoportban is csak 6 esetet, de a különbség nem volt szignifikáns. Pneumocystis pneumonia előfordulása a haemophiliásokban 18%, a másik csoportban 21% volt.

Bugovics Elemér dr.

A HIV-1 fertőzés markerei az IgG szeropozitivitás előtt. Stramer, S. L. és mtsai (Diagnostic Division, Abbott Laboratories, USA): JAMA, 1989, 262, 64.

A transzfúzió előtti szűrővizsgálat jelentősen csökkentette a HIV-1 vírus átviteli lehetőségét, de teljesen nem zárja ki. Egy újabb közlés 13 olyan posttranszfúziós AIDS esetről számol be, amelyek 7, a jelenlegi rutin laborvizsgálat alapján szeronegativnak tekintett donortól indulnak ki. A teszt ugyanis az anti-HIV-1 IgG ellenanyagokat mutatja ki, ezért a fertőzést követő néhány hétig-hónapig nem alkalmas a fertőzés diagnosztikájára. A kezdeti szakban viraemia és antigenaemia van, majd megjelenik az anti-HIV-1 IgM ellenanyag, és csak ezt követik az IgG antitestek.

A szerzők egy éven át 35 000 plazma donort vizsgáltak különböző újabb diagnosztikai tesztekkel, és 7 esetben mutattak ki latens HIV-1 infekciót. Az első vizsgálat alkalmával az előírt rutin IgG enzim immunoassay (EIA) vírus lizátum antigénnel mindössze 1 vérminta adott pozitív eredményt, egy hét múlva 4 és csak 3 hétre reagált valamennyi savó. A verifikálásra előírt Western blot teszttel 2 donor volt pozitív, 2 negatív és 3 kétes („indeterminate”). Az újabb tesztek közül a vírus tenyésztés a donorok véréből 4 esetben, a vírus antigén kimutatás 5 esetben volt sikeres a korai időszakban, majd az IgG ellenanyagok megjelenésekor negatív eredményt kaptak. Két donornál néhány napig csak az antigenaemia jelezte a HIV-fertőzést. Az IgM ellenanyagok az első vizsgálatkor 4 alkalommal, egy hét múlva 7 esetben voltak jelen a vérben. A rekombináns HIV-1 antigénnel beállított EIA sokkal érzékenyebbnek bizonyult a standard vírus lizátummal végzett EIA próbánál, és hasonló eredményt kaptak a rekombináns gp 41 antigénnel kompetitív tesztben. Ezekkel a módszerekkel már az első vizsgálatnál 5 donor pozitívnak mutatkozott, jóllehet a vírus lizátummal végzett EIA még negatív volt. A radioimmunoprecipitáció (RIPA) a HIV vírus burok antigénjei ellen képződött ellenanyagokat jelzi elsősorban, és a rekombináns gp 41 kompetitív tesztel együtt a HIV EIA és Western blot rutin reakciók verifikálására alkalmas.

Az eredmények alapján célszerűnek lát-

szik a donor szűrésre a vírustenyésztést vagy a HIV-1 antigén kimutatását is használni. A korai szakban csak ezek pozitívak, és előfordult olyan eset, ahol a szerokonverzió 2–6 hónap múlva jött létre, bár ez a szak általában 3–10 napig tart. Az IgM ellenanyagok a viraemiát és antigenaemiát alig befolyásolják, de az IgG szint emelkedésére az antigenaemia eltűnik. A gyakorlatban egyszerűbb és veszélytelenebb a HIV-1 antigén kimutatás, mint a tenyésztés. Ezt a tesztet hasznosan egészíti ki egy érzékeny EIA módszer, mint az itt alkalmazott rekombináns antigénnel beállított teszt. A két technika együtt jobb eredményt ad, mint a jelenleg előírt rutin vizsgálat. Rendszeres véradóknál fontos az ismételt vizsgálat.

iff. Füzi Miklós dr.

A HIV-1 infekció korai markerei plazma donorokban. Dodd, R. Y. és mtsai (Szerkesztőségi közlemény): JAMA, 1989, 262, 92.

Az USA-ban 1989. április végéig 2236 transzfúziót követő HIV-1 fertőzést jelentettek, és csupán 2 infekció fordult elő 1985 után, amikor a donorok szűrését bevezették. Valószínű azonban, hogy a valódi esetek száma ennél nagyobb, mert újabban sporadikus közlések jelentek meg szeronegativ donortól kapott AIDS megbetegedésekről.

A donorok szűrése az USA-ban szelekcióval (rizikócsoportok kizárása) és 2 szerológiai próbával történik, IgG EIA teszt HIV-1 vírus lizátum antigénnel és Western blot teszttel, amelyek úgy tűnik, nem elég érzékenyek a latens szakban lévő, korai fertőzések kimutatására, bár később a kialakult betegség idején már közel 100%-os pozitív eredményt adnak.

Stramer és mtsai (előző referátum) legújabb vizsgálatai arra mutatnak, hogy az újabb diagnosztikai tesztek érzékenyebbek donor szűrésnél. Egyik lehetőség a HIV-1 antigén kimutatása a donor vérből, amely megelőzi a szerokonverziót. Stramer és mtsainak eredményeivel ellentétben azonban a Food and Drug Administration eddigi vizsgálatai alapján ettől lényeges javulás nem várható. További lehetőség viszont az újabb ellenanyagkimutatási próbák alkalmazása, így az IgG EIA teszt rekombináns antigénnel történő beállítása, és gyakori ismétlése. Plazma készítésénél olyan technikák alkalmazása jöhet szóba, amelyek hatására a HIV-1 vírus elpusztul.

iff. Füzi Miklós dr.

Láz HIV-fertőzésben. Fätkenheuer, G. és mtsai (II. Medizinische Klinik der Universität Köln): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1161.

A HIV-fertőzött betegeknél a láz gyakori tünet, amelynek kiváltói: az opportunisztikus

kus fertőzések és maga a genuin HIV-fertőzés lehet. Mivel sok, korán felismert opportunisztikus fertőzés a korai szakban jól kezelhető, ezért ezek idejében való kóriszmézése feltétlen követelmény. A diagnózis és a prognózis számára döntő a HIV-fertőzés stádiuma. Erre a legjobb tájékozódást nyújtanak a Walter-Reed-klassifikáció fokozatai (WR 1–6), amelynek paraméterei a T4-sejtek, lymphadenopathia syndroma, a cutan reakciók, az orális candidiasis. A WR 1 és WR 2-ben csupán csekély, viszont a WR 3–6-ban már előrehaladt immundefektus áll fent. Ha az anamnézisből a rossz immunstátus ismeretes, úgy az opportunisztikus fertőzés vagy a recidiva gyanítható. A leggyakoribb fertőzői szövődmények helyei a tüdő, gyomorbélhuzam és a központi idegrendszer.

A lázzal járó opportunisztikus fertőzések az AIDS korai stádiumaiban gyakoriak: pneumocystis-carinii-pneumonia, CMV-pneumonia, toxoplasma-encephalitis, cryptococcus-meningitis, non-Hodgkin-lymphomák, tbc.; a késői stádiumban gyakoriak: a CMV-encephalitis, atípusos mycobacteriosis, salmonellosis disseminata.

A lázas HIV-betegeknél a láz okának felderítésére a következő nem-invazív bázisdiagnosztikai eljárások ajánlatosak: 1. labor-kémiai vizsgálatok: vérkép, vörsejt-süllyedés, leukocyták, differenciális vérkép, thrombocyták, transaminase, γ -GT, alkalikus phosphatase, fehérjék, elektroforesis, bilirubin, lactatdehydrogenase; 2. cutan recall-antigének (multitest Mérieux); 3. immunstátus (lymphocytatipizálás); 4. aerob és anaerob vérkultúrák; 5. köpet-tenyésztés produktív köhögés után; 6. szerológiai vizsgálatok (lues, go., herpes-csoport-vírusok, cytomegalia, Epstein-Barr-, varicella-, zoster-vírusok); 7. toxoplasmosis; abdominalis sonographia; 8. mellkasröntg-vizsgálat.

A szervspecifikus tünetek esetén sorba elemezendők az AIDS lehetséges pulmonalis, gastrointestinalis és neurológiai szövődményei. A terápia-rezisztens és a szervtünet nélküli betegeknél széles spektrumú további vizsgálatok végzendők (liquor, csontvelő, nyirokcsomók, mycobacteriosis, csontscintigraphia, kórszövetten). A felvázolt diagnosztikus eljárásokkal számos opportunisztikus fertőzés felderíthető és palliative kezelhető. Gyakori a többszörös fertőzés és a recidiva lehetősége. Az endoszkópos vizsgálatok széles körűek legyenek (bronchoscopiás lavage + biopsia).

iff. Pastinszky István dr.

Thrombocytopenia mint a HIV-fertőződés egyedüli tünete. Petersen, E. J. és mtsai: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 1893.

A homofil fiatalember fitness-training kapcsán eleinte traumát követően, majd enélkül is jelentkező haematomák és sérülés utáni elhúzódó vérzés miatt fordult a szerzőkhöz. A vizsgálatnál a combokon el-

szórt haematomákon kívül egyéb elváltozás nem volt kimutatható. A normális vérkép mellett csökkent thrombocytaszámot ($10 \times 10^9/l$) és 15 percnél hosszabb vérzési időt találtak, a csontvelőkenetben sok volt a megakariocita, változatos érettséggel, részben eltérő thrombocyták csökkent leadásával. A conclusio: a thrombocytopenia a termelés komolyabb zavara nélkül jelentkezett. Szisztémás megbetegedés, lymphoreticularis malignitás, opportunus fertőzés kizárható. A beteg 10 hónapon át napi 60 mg prednison adásra jól reagált: a thrombocytaszám $100 \times 10^9/l$ -re emelkedett, de a dózis csökkentése után ismét csökkent a thromb.-szám, és a vérzési idő is meghosszabbodott. Újabb 60 mg prednisonra már elmaradt a reakció, napi $2 \times$ adott 200 mg danazonra sem állt be a javulás, rhesus anti-D egymást követő 2 napon napi $100 \mu g$ im. adására a thrombocytaszám 21-ről 107-re emelkedett, ezt követően azonban 2 hét múlva ismét csak 43-ra csökkent a számuk. Ezt a (drága) kezelést 3 héten keresztül megismételték, de ritka a hosszan tartó reagálás.

A HIV-fertőzéshez csatlakozó thrombopenia 1978 óta ismert, a mechanizmusa különbözik az autoimmun thrombopeniás purpurától. A HIV-hez csatlakozó megbetegedésnél a thrombocytákhoz kötődő IgG $3,8 \times$, a complement kötődés $4,2 \times$ nagyobb, mint az autoimmun betegségnél. Tudomásul kell venni, hogy a haemorrhagiás diathesis és a thrombocytopeniák okai közé a HIV-fertőzés besorolandó. A kezelés hasonló az autoimmun formához, de a glucocorticoid adag csökkentésekor gyakori a recidiva. Zidovudin kezelésnél előfordulhat komoly granulopenia és anaemia. Enyhébb elváltozásnál leírtak spontán javulást is.

Ribiczey Sándor dr.

Máj- és epeútbetegségek

Diagnosztikai és terápiás radiológiai beavatkozások az epehólyagon. Teplick, S. K. (Hahnemann University Hospital, Philadelphia): Amer. J. Roentgenol., 1989, 152, 913.

Az epehólyag percutan punctiójával végzett beavatkozások új keletűek. Diagnosztikai céllal végeznek percutan epeleszívást, epehólyag tübiopsiát, cholangiographiát az epehólyagon keresztül. Terápiás célból leggyakoribb beavatkozás a percutan cholecystostomia. Az eljárások terjedése szükségesé teszi hatékonyságuk és veszélyeik felmérését. Ezt teszi a szerző irodalmi adatait és saját tapasztalatai alapján.

A behatolás CT vagy sonographia segítségével történik, célszerűbb az utóbbi. Helyi érzéstelenítés elegendő, antibiotikus védelem szükséges. Epeleszívás és tübiopsia céljából a szerző 60 esetben végzett beavatkozása közül 59 technikailag sikeres volt, egy megfelelő együttműködésre képtelen betegben eredménytelen. Egy esetben ész-

leltek szövödményként átmeneti bacteriemiát, de elvileg számolni lehet epeperitonitis és vérzés veszélyével. Cholangiographiát az epehólyag punctiója útján 33 esetben végeztek, mert a transhepatikus és endoszkopos kísérlet sikertelen volt. Mindegyik esetben sikerült az epeutak diagnosztikus értékű ábrázolása. Négy beteg panaszok miatt enyhe átmeneti hasi és vállfájdalomról, ami kezelés nélkül rendeződött. Két betegben lépett fel komolyabb helyi peritonitis, ami konzervatív kezelésre pár nap alatt rendeződött. Vérzéses szövödmény nem volt. Percutan cholecystostomiát saját anyagukban 21 esetben végeztek. Ezek között szövödményként egy peritonitis alakult ki, ami 4 napos antibiotikus kezelésre rendeződött.

Az angol nyelvű irodalom eddig ezenkívül 231 percutan cholecystostomiáról tud. Ez anyagban szövödményként 4 vasovagalis reakció, egy heveny cholecystitis a cysticusba szorult kő következtében, 5 kezelést nem igénylő haemobilias és egy átmeneti vérnyomásesés fordult elő, emellett összesen egy haláleset és 3 epeperitonitis. Az epehólyag intervenciós radiológiája tehát gyakorlatilag járható útnak bizonyult a sebészeti módszerek alternatívájaként, megfontolt javallatokkal.

Laczay András dr.

Epeúti kövek percutan transhepatikus eltávolítása 54 esetben. Stokes, K. R. és mtsai (New England Deaconess Hospital, Boston): Radiology, 1989, 170, 999.

A szerzők 50 betegben 54 esetben alkalmazták epeúti kő eltávolítására a percutan transhepatikus módszert. Ezt az utat akkor tartják indokoltnak, ha az endoszkópos beavatkozás valamely ok miatt nem vihető keresztül, sikertelen, a beteg vonakodik az ERCP ismétlésétől, ugyanakkor a sebészeti beavatkozás ellenjavallt vagy a beteg fokozottan veszélyeztetett, Kehr-cső nem áll rendelkezésre.

Percutan transhepatikus cholangiographia technikájával hatolnak be, majd megfelelően módosított Dormia-kosarat vezetnek be az epeutakba. Ezzel befogják a kisméretű követ, átvezetik a duodenumba és ott szétzúzzák. A nagyobb köveket magában az epeútból zúzzák szét, és darabjait viszik át a fenti módon a duodenumba. Ezt szükség esetén kiegészítik epekőoldó infúzióval, 16 esetben pedig az epeúti szűkületek ballon-tágítását is elvégezték. Az eltávolított kövek átmérője $0,2-4$ cm között volt, számuk hét betegben hatnál több, a többiben 1–6 között. 29 esetben elegendő volt a Dormia-kosár. 25 esetben volt szükség epekőoldó infúzió alkalmazására is átlag 6 nap időtartammal. Erre többnyire monoocetantoin használtak, újabban az MTBE jelű alifás észter készítménnyel tették szert jó tapasztalatokra. A kövek eltávolítása után 1–3 napig hagytak bent epeúti drént a sphincter zizonyra való tekintettel. A kezdettől a katéter végleges eltávolításáig

$2-29$ nap telt el, átlag 8,6. 9 esetben fordult elő szövödmény. Ezek közül súlyosnak ítélték egy epekőileust, amit a zúzás nélkül a duodenumba jutott $2,5$ cm átmérőjű epekő okozott, valamint egy műtétet igénylő pancreatitist. Két betegük halt meg, egyikük sikeres köeltávolítás után szívelégtelenségben 87 éves korában. A másik 73 éves férfi, akiben 4 napos monoocetantoin infúzió után alakult ki cholangitis és sepsis, emiatti műtét után halt meg respirációs distressz szindrómában.

Laczay András dr.

Epekőek extracorporalis lökeshullám-lithotripsija: hány betegnél alkalmazható? Rambow, A. és mtsai (Medizinische Klinik der Universität Mainz): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 895.

Az epekőek extracorporalis lökeshullám-lithotripsija (elht.) azt az optimális nézetet ébresztette, hogy már belátható időn belül ez lesz a cholecystectomiát pótló választandó terápia. Az elht. azonban az epekőconcrementumokat nem pulverizálja; inkább 8 mm-ig terjedő átmérőjű fragmentumok keletkeznek, így chenovegyszerű ursodeoxycholsavval adjuváns orális litholysis igényel. A szerzők vizsgálatának célja az elht.-ra alkalmas epekőbetegek kiválasztása volt.

A prospektív tanulmányban 200 (62 férfi, 138 nő; $17-76$ éves) tünetmentes epekőbeteg vizsgálták, vajon milyen nagy azok a betegek aránya, akik elht.-val kezelhetők. A beteg kiválasztás kritériumai a következők voltak: anamnesztikus panaszok, soliter concrementum ($10-30$ mm átmérőjű) vagy három epekő hasonló összetérfogattal, contractilis epehólyag, radiológailag nem árnyékkadó kő, a CT-ködensitas: <60 Hounsfield E, az epeutak és a Vater-papilla normális anatómiája. Ezen kritériumok elbírálását lépésről lépésre végezték, amely összefoglalta az anamnesist, a sonographiás contractilitás vizsgálatot, a has rtg.-képét, az epekődensitas CT-mérését és az endoszkopos retrograd cholangiographiát. 200 beteg közül 19 felelt meg a fenti kritériumoknak. A többi beteget az anamnesis ($n = 35$), a kövek száma és nagysága ($n = 73$), a kő meszesedése ($n = 30$), a kő pigmenttartalma ($n = 12$), az epeutak anatómiai viszonyai ($n = 4$) miatt az elht.-ból ki kellett zárni. Így a tünetes epekőes betegek közül meglepően kevés (mintegy 10%) esetben volt az elht. indikálható.

iff. Pastinszky István dr.

Cholesterin epekőek feloldása percutan transhepatikus katéteren át történő metil-tert-butil-éter alkalmazásával. Thistle, J. L. és mtsai: N. Engl. J. Med., 1989, 320, 633.

Az USA-ban 16 millió epekőes betegnek van cholesterin köve. Ezek a kövek MTBA



zaditen



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
SANDOR ÁG

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 $2 \times$ (2×1 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 gyermekeknel, 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

Segítségével feloldhatók. A MTBA-t percutan transhepatikus katéter segítségével tudják az epehólyagba, az epekövek felszínére juttatni. A szerzők 75 olyan betegnél végezték el ezt a beavatkozást, akiknél a magas műtéti kockázat miatt a cholecystectomy ellenjavallt volt. Heveny cholangitis, pancreatitis, ductus cysticus vagy choledochus obstructio, coagulopathia fennállása esetén nem végeztek ilyen beavatkozást. Módszerük: 1,7 mm átmérőjű műanyag katétert vezettek be percutan, intercostalisán, a linea axillaris anterior és axillaris media között, transhepatikusan az epehólyagba, végét a cholecysta felső vagy középső harmadában rögzítve (pigtail). Az epehólyag bennéket aspirálták, majd 2–15 ml MTBA-t fecskendeztek be. A MTBA befecskendezéskiszívást percenként 4–6 alkalommal ismételték 5 órán keresztül egy-három napon át. A kőoldáshoz szükséges idő a kövek nagyságától, felületétől, állományuktól a cholesterolin mellett előforduló egyéb anyagok arányától függött. A kőoldás a betegek 95%-án bizonyult sikeresnek. 51 betegben maradtak apró kőfragmentumok, és 4 ízben alakult ki 6–16 hónapon belül ismét epekőbetegség. Végeredményben a szerzők a módszert megfelelően szelektált betegeknél (amikor az epeköveket döntően cholesterolin alkotja) a sebészeti beavatkozás mellett jó alternatív megoldásnak tartják. Azt a kérdést, hogy vajon hosszabb távon is tünetmentesség biztosítható-e, további követéses vizsgálatoknak kell tisztázniuk.

Pollák Richárd dr.

Az epekőbetegség nem sebészeti kezelése. Salen, G.: N. Engl. J. Med., 1989, 320, 665.

Az elmúlt 18 év folyamán 3 új eljárás bevezetésével próbálkoztak az epekőbetegség sebészeti gyógyításának alternatívájaként. Mindhárom eljárás úgy teszi közzétételt az epehólyagot, hogy annak ép voltát megőrizi. A kövek ily módon való eltávolítása — mint ismeretes — súlyos esetleges szövdményeket előzhet meg: cholecystitist, pancreatitist, cholangitist, obstrukciós icterust. Az új eljárások lényeges momentumai a kőoldás. Az epekőoldás csak cholesterolin kövek esetén valósítható meg a jelenleg ismert módszerek birtokában. Tekintettel azonban arra, hogy az epekövek csaknem 80%-át jórészt cholesterolin alkotja, a betegek többségénél meg lehet próbálkozni az epekőoldással. Oldószertként 3,7 dihydroxy-epesavak és phospholipidek vizet oldatát alkalmazzák.

Az új, nem sebészeti eljárások közül az első per os gyógyszeresedés útján megvalósítható. Ursodiol per os alkalmazása mellett 2 évig tartó folyamatos kezelés eredményeként a betegek kb. 40%-ánál volt elérhető az epekövek feloldása. A tapasztalatok azt mutatták, hogy minél kevesebb kő van, és a kövek minél kisebbek, annál hatékonyabb az eljárás. A második nem sebészeti gyógykezelés sokkal gyorsabb. Metil-tert-

butil-étert percutan transhepatikus katéterrel közvetlenül az epehólyagba vezetve és az epekövek felületére instillálva az esetek 96%-ában elérhető a kövek feloldódása. (Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy az esetek 20%-ában heves epekólika lép fel, 14%-ban pedig a kövek gyors újraképződésére kell számítani.) Harmadik nem sebészeti módszerünk az extracorporalis lökeshullámmal végrehajtott lithotripsia. A lökeshullámokat ultrahangos célzással tudjuk az epekövekre irányítani. A nagyobb kövek apró fragmentumokra hasadnak, amelyek azután már könnyebben feloldhatók ursodiolal vagy MTBA alkalmazásával. Az extracorporalis lökeshullámmal végrehajtott lithotripsia közepes vagy nagy epehólyagkövek fennállása esetén ajánlott, és az esetek 25–30%-ában hatékony eljárás. Komoly mellékhatásokkal nem kell számolni. A háromféle eljárás kombinálható. A nagy kövek lökeshullámmal felapríthatók. A képződött apró fragmentumok MTBA-val feloldhatók, az epekövek gyors újraképződése pedig ursodiol tartós adásával megelőzhető. Az epekőbetegség standard kezelésének egyelőre a sebészeti megoldást tartjuk. Bizonyos esetekben azonban nem sebészeti eljárás is választható, amely a tapasztalatok gyarapodásával egyre perspektivikusabbnak tűnik.

Pollák Richárd dr.

Epekő újraképződés megelőzése nem steroid gyulladásgátló gyógyszerekkel. Hood K. és mtsai: Lancet, 1988, II, 1223.

Ursodeoxycholsavval sikeres epekő oldáson átesett 75 beteget kísérték figyelemmel a szerzők az epekő újdonszerű képződés szempontjából, a szokásos ultrahang és orális cholecystographia módszerével. Azt tapasztalták, hogy a 75 betegben 20 alkalommal volt epekő újdonszerű képződés, noha kis adag ursodeoxycholsavat alkalmaztak, vagy salakdús finomított szénhidrátszegény étrendet fogyasztottak.

Megfigyelték, hogy a betegek között 12 személy nem steroid gyulladásgátló gyógyszer szedett rendszeresen kísérő betegsége miatt. E betegek között epekő újdonszerű képződés egy esetben sem jött létre. A nem steroid gyulladásgátlók között elsősorban Aspirin, de indometacin, ibuprofen, naproxen is szerepel. Megfigyelésüknek állatkísérletes alapja is van, mert lithogen étrenden tartott prérikutyák epekőképződését is gátolták a nem steroid gyulladásgátló gyógyszerek. Feltételezik, hogy e szerek az epehólyag falban létrejövő prostaglandin szintézist befolyásolják, és ezen az úton gátolják a cholesterolin túltelített epében az epekőmag kicsapódását. Eseteik csekély száma miatt várják megfigyelésük megerősítését, illetve tervezik reuma-központokban, illetve szívbetegség miatt Aspirint szedőkön az epekő képződés gyakoriságának vizsgálatát. A közlemény előzetes közlésnek tekinthető.

Máthé Zoltán dr.

A máj vénás kiáramlás elzáródásának vizsgálata pulzáló duplex sonographiával. Hosoki, T. és mtsai (Osaka University Medical School, Osaka): Radiology, 1989, 170, 733.

A máj vénás kiáramlás elzáródásának hat esetében végeztek a szerzők duplex sonographiás vizsgálatokat. Céljuk volt a megváltozott haemodinamikai viszonyok elemzése és az esetenként végzett műtéti kezelés eredményességének megítélése. Elemezték a vena cava inferiorból, a portalis, hepaticus és kollaterális vénákból nyert Doppler-jeleket. Normális viszonyok között a vena cava inferiorban és a hepaticus vénákban a szív felé irányuló szakaszos áramlás mutatható ki. Budd—Chiari-szindrómában a v. cava inferiorban és a májvénaiban áramlás nem mutatható ki, vagy megfordult az iránya, turbulenssé, folyamatosná vált. Öt betegüknek volt Budd—Chiari-szindrómája, közülük négyben a portalis áramlás sebessége csökkent, ezt jellegzetesnek tartják a körképre. Egyik esetükben éppen fordítva a portalis áramlás sebessége nőtt. Hatodik betegükben a hepaticus vénák területén volt az elzáródás, ez esetben a v. cava inferiorban és a nagy májvénaiban normális irányú szakaszos áramlást mutatott a duplex sonographia, a v. portaiban pedig az áramlás sebessége megnőtt. Két betegük duplex sonographiás vizsgálatát végezték el cava szűkület, illetve elzáródás műtéti megoldása előtt és után.

A cava obstructio műtét utáni keringésváltozás a májvénaiban ily módon jól megítélhető, az eljárás tehát a kezelés hatékonyságának megítélésére alkalmasnak bizonyult. A különböző májvénaiban az áramlási viszonyok külön-külön feltérképezhetők, az esetleges kollaterálisokban is megítélhető az áramlás iránya és dinamikája. A duplex sonographiával nyert adatok az angiographia eredményével — cavographia, májvéna-phlebographia, artériás portographia — jó egyezést mutattak.

Laczay András dr.

Epehólyagkövek fájdalommentes piezoelektrikus extracorporalis lökeshullám-lithotripsijával. Ackermann, C. és mtsai (Allgemeinchirurgische Klinik, Abt. Gastroenterologie, Kantonsspital Basel): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 720.

Az epehólyagkövek extracorporalis lökeshullám-lithotripsijája (elt.) és a csatlakozó orális chemolitholysis kiválasztott beteganyagban a cholecystectomiának vitatott alternatíváját képezi. Az első generációs lithotriptorokkal végzett kódarabolás fájdalmas és ezért anaesthesiát és analgesiát igényel. A második generációs (1988) új lithotriptor piezoelektrikus lökeshullámmal működik és ennek hatásosságát vizsgálták a szerzők első 8 betegükön. Összesen 16 lithotripsiót végeztek (betegenként 1–3). A kezelés kivitelezéséhez semmilyen praemedicatio, analgesia, infusio, keringés ellenőrzés nem volt szükséges. Valamennyi kezelésnél a kőfragmentatio, illetve a törmelék további morzsolása lehetséges volt. A vérkép, májfunkció, amylase, vizeletüledék ellenőrzé-

sénél semmiféle labor-elváltozást nem találtak; csupán egyetlen esetben mutatkozott enyhe átmeneti pancreatitis. A lithotripsiat követő 3 naptól 3 hónapig tartó orális chemo-litholysis-sel kőmentességet értek el. A piezoelektromosan nyert lökeshullámokkal végzett extracorporalis lithotripsival az epehólyagkövek fájdalommentes és hatásos szétmorzsolása lehetséges. Ismételt kezelésekkel gyors és eredményes kőmentesség érhető el.

Végeredményben megállapítható, hogy az epékövek piezoelektromos fragmentációja haladást jelent egyéb lökeshullámgerjesztő lithotriptorokkal szemben, amelynek lényeges előnye a fájdalommentesség, ami az ambuláns lithotripsiat megvalósítja, és ismételt kezelésekkel gyorsabb kőmentesség érhető el.

iff. Pastinszky István dr.

A pyogen májtályog terápiaja. Küchler, B. és mtsai (Dep. f. Innere Medizin, Kantonsspital St. Gallen): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 736.

A szerzők 1980–86 között 11 (6 nő, 5 férfi; 53 év átlagkorú) beteget kezeltek; valamennyi nem specifikus klinikai tüneteket (mint láz, felhasi fájdalmak, hányás, rosszullét) mutatott. A kórismét 9 esetben ultrasonographiával, 1 esetben CT-val és egy esetben laparoscopiával állították fel. 9 esetben a diagnózist punctio, 2 esetben laparotomia erősítette meg. A tályogok két esetben a bal, nyolc esetben a jobb és egy esetben mindkét lebenyben voltak. A tályogok átmérője 4–16 cm között váltakozott. A kórokozót 11 esetből 10 esetben sikerült kimutatniuk. A legtöbb esetben (6) soliter, 4 esetben kevert flórát találtak. A kórokozók spektruma (Gram-pozitív) pyogen coccisokból (staphylo-, streptococcusok), enterobacteriumokból (proteus, klebsiella, E. coli), továbbá anaerob baktériumokból állott.

Két beteget primer sebészeti ellátással eredményesen kezeltek (cholangitis, kryptogen tályog), 9 betegüket primer konzervatív antibiotikumokkal (2. generációs cephalosporin, aminoglycosid, nitro-imidazol-derivátumok) és percutan egyszerű táspirációval vagy drainage-zsal sikerrel gyógyították; két esetben szekunder sebészi tályogrevisio vált szükségessé.

Véleményük szerint pyogen májtályog esetén a szisztémás antibiotikus kezelés és percutan abscessus punctio vagy drainage megkísérelhető a sebészi beavatkozás előtt. A konzervatív kezelés esetén is kell szövődeményekkel számolni (peritonitis, retroperitonealis perforatio).

iff. Pastinszky István dr.

Fejlődési rendellenességek

Szülés előtti ultrahang vizsgálat a magzati vese rendellenességek felismerése céljából: prospektív szűrő program. Livera, L. N. és mtsai (North Staffordshire Maternity Hospital, Stoke on Trent ST4 6SD): Br. med. J., 1989, 298, 1421.

A szerzők prospektív tanulmányukat 6292 terhessen végezték. A terhesség 26–30. hetében ultrahang vizsgálattal igyekeztek kiszűrni azokat a magzatokat, akiknél vese fejlődési rendellenesség áll fenn. 92 esetben (1,4%) észlelték olyan, a normálistól eltérő ultrahang képet, melyet vese rendellenességnek tartottak. A szülést követően 42 (0,65%) olyan újszülöttet találtak, akiknél a feltételezett diagnózis helyesnek bizonyult. A szülést megelőzően diagnosztizált kórkepek a következők voltak: urethra billentyűk, pelviureteralis elzáródás, ureterocele, megaloureter, lezárt ketős üregrendszer, polycystás vese, vesicoureteralis reflux, persistáló urachus, cloaca és hypertrophizált hólyag, valamint vese agenesis. A vizsgálatok lezárása idején négy olyan újszülött volt, akik a talált húgyúti rendellenesség következtében haltak meg, 21-en pedig műtétre vártak. 7 olyan újszülött volt, akiknél nem sikerült a szülést megelőzően diagnosztizálni a húgyúti rendellenességet. Mindezt figyelembe véve a vizsgálat 18 hónapja alatt talált húgyúti rendellenességek gyakorisága 0,76% volt.

Mindezek alapján a szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a húgyúti fejlődési rendellenességek gyakorisága nagyobb annál, mint amit a korábbi adatok alapján feltételeztek, a szülést megelőzően elvégzett ultrahang vizsgálatok pedig alkalmasak ezen rendellenességek felismerésére.

Török Miklós dr.

Utriculus megnagyobbodásai. Garat, J. M. és mtsai (Uropediatric Unit, Puigvert Foundation, Barcelona): Akt. Urol., 1988, 19, 288.

A férfi embrióban a Müller-járatnak két residuumma maradhat vissza: 1. a proximálisan fekvő rész a here polusán persistáló *appendix testis*, 2. distálisan pedig a Müller-járatok fusiója helyén az onódomb közepén lévő vaktasak, az *utriculus prostaticus*. A szerzők az utriculus megnagyobbodásának embriológiáját, diagnosztikáját és terápiaját ismertetik. Kórbonctanilag a megnagyobbodott utriculus három kórformája különböztethető meg: 1. *megautriculus*, 2. *Müller-cysta* és 3. *utricocoele*.

Az utriculus megnagyobbodásának kezelése csak kifejezett tünetek esetén végzendő. A konzervatív kezelés előnyben részesítendő a kockázatos sebészi kezeléssel szemben.

iff. Pastinszky István dr.

A letális magzati rendellenességek kimutatása sonographiával. Sanders, R. C., Blakemore, K. (Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore): Radiology, 1989, 172, 1.

Az ultrahangvizsgálat lehetővé teszi szá-

mos fejlődési rendellenesség in utero felismerését olyan időszakban, mikor ebből komoly következtetéseket lehet levonni az anya sorsára vonatkozóan. Elkerülhető felesleges császármetszés vagy az anya életét veszélyeztető terhesség további fenntartása, megelőzhető életképtelen vagy decerebrált, torz magzat világrahozatala.

A szerző összefoglaló tanulmányban tekintik át azokat a magzati rendellenességeket, melyek felismerése a terhesség 24. hete előtt lehetséges és kívánatos. Az ultrahangvizsgálat eredménye önmagában a terhesség megszakításának javallata lehet, vagy további egyéb vizsgálatokat kezdeményezhet a helyzet megnyugtató tisztázására. A központi idegrendszeri rendellenességek közül szerepet játszik az anencephalia, hydranencephalia, alobaris holoprosencephalia és az encephalocoele. A vesék részéről szerepel a teljes veseagenesis, a kétoldali vese-dysplasia és az infantilis polycystás vese. Az utóbbi két képben figyelemfelhívó a magzatvíz hiánya, az oligohydramnion, ami rátereli a figyelmet a vesékre. A csontrendszeri kórkepek közül a thanatophor törpeség, achondrogenesis és osteogenesis imperfecta kórképére a gerinc, koponya és a végtagok megfigyelése adhat támpontot. Az első két kórképben figyelemfelhívó jelensége lehet a magzatvíz felszaporodásának, a polyhydramnióknak. Multisystemás problémaként tárgyalja a hygroma cysticum, a végtag-testfal komplexum és a Cantrell-pentalógia képét. A hygroma cysticum a nyak két oldalán lévő folyadékteralmú képlet mellett testüregi folyadékgyülemekkel, hydropikus bőrelváltozásokkal mutakozhat. A végtag-testfal komplexum („limb-body wall komplex”) végtaghiányok, hydrocephalus, hasfalhiány, gerincdeformitások együttese. A Cantrell-pentalógia lényege ectopia cordis és nagy omphalocoele.

Lacza András dr.

Az acetilkolinszteráz aktivitás meghatározása a magzatvízből a nyitott velőcsődefektus születés előtti kórismezésének további lehetősége. Grosch, A., Zwar, Ch. (Institut für Klinische Chemie, Wischmarsche Str. 397, Schwerin, DDR-2758): Z. med. Lab. diagn., 1989, 30, 228.

A szerzők 1985 június és 1987 december között 162 magzatvizet vizsgáltak, olyanoknál, akiknek az AFP koncentrációja kétszeresen emelkedett volt a szérumban. A magzatvíz punkciókat a 18–22. terhességi héten végezték. 91 magzatvizet mintát gyűjtöttek össze 18 hónap alatt, –20 °C-on tárolták és felolvasztás után együttesen analizáltak. A 162 magzatvíz közül 15 az analízisre alkalmatlan volt. 135 normális terhességből származó magzatvizet vontak be a számításba, 12 abnormális terhességből származót pedig nem.

Az eddigi eredmények szerint a 90 percentil alatti (115 nmol) értékek a normálisak, a 99 percentil (155 nmol) feletti a kórosak. A két közötti (116–154 nmol) értékeket egyértelműen nem lehet sem egészségesnek, sem kórosnak tekinteni. 17 ilyen magzatvíz volt, és a magzatok közül 4 fejlődési rendellenességben szenvedett. A 90 percentil alatti 122 magzatvíz mind egészséges terhességből származott.

A szerzők az AFP értékekkel kapcsolatban végzett szonográfias kórimzés mellett a magzatvízből az acetilkolinszteráz meghatározást további diagnózist megerősítő módszernek tartják.

Jakobovits Antal dr.

Magzati központi idegrendszeri rendellenességek felismerésére irányuló erőfeszítések gyakorlati szintje a rutin sonographiában. Filly, R. A. és mtsai (University of California School of Medicine, San Francisco): Radiology, 1989, 172, 403.

A magzati fejlődési rendellenességek változatossága az intrauterin ultrahangvizsgálat során komoly gondot jelent, kizárásuk idő- és munkaigényes. Ezért célszerű meghatározni azokat a jeleket, melyek figyelemfelhívóak lehetnek, és hiányuk megnyugtatóan negatív lelet mellett szól. A szerzők három ilyen jelet értékeltek a központi idegrendszeri anomáliák vonatkozásában. 112 különböző központi idegrendszeri rendellenességgel bíró magzat ultrahangképeinek utólagos elemzése során 99-ben az oldalkamra atriumát kiszélesedettnek találták, átmérője meghaladta a 10 mm-t. A többi 13 esetből hétben a cisterna magna rendellenességet tudták kimutatni, átmérője 2 mm-nél kisebb vagy 11 mm-nél nagyobb volt. Ezek alapján a rendellenes esetek 95%-a kiderült volna. A fennmaradók közül további háromnak szembevetődő, durva rendellenességei voltak. Sok esetben hiányzott a cavum septi pellicidi, de ennek értékelése lényegesen nem változtatta volna meg a felismerhetőségi arányt. 130 ép magzat prospektív vizsgálatával az oldalkamra atriuma mérhető volt 99%-ban, a cisterna magna 90%-ban, a cavum septi pellicidi 95%-ban. Ha ez a három adat normális, akkor számottevő központi idegrendszeri rendellenesség előfordulásának valószínűsége mindössze 0,005%, gyakorlatilag elhanyagolható. Nem vonatkozik ez némely fejlődési rendellenességre, mint idegsejtvándorlás, okkult spinalis dysraphia, kis arachnoidealis cysták, ezek nagyrésze azonban intrauterin sonographiával amúgy sem fedezhető fel. Az oldalkamra és a cisterna magna normális mérete nem tekinthető egyértelműen kizáró jeletnek, nem ment fel a gondos vizsgálat kötelezettsége alól, de megerősíti a sonographiás lelet negatívitását.

Laczay András dr.

Szexológia

Leszbikusok nőgyógyászati kezelése és gondozása. Proy, A. (Tr—80 200, Nisantas Istanbul Büyükiftlik 2): Sexualmedizin 1989, 10, 3.

Számos közvéleménykutatás szerű felmérés utal arra, hogy a legtöbb nő legszívesebben nőgyógyászhoz fordul szexuális problémái miatt. (Tehát a lakosság ab ovo szexológusnak minősíti a nőgyógyászt és nagyon hasznos lenne, ha a nőgyógyászok ezen elvárásnak meg is felelnének, ilyen irányú képzésben és továbbképzésben is részesülnének. — Ref.)

Noha a szexológiai irodalom eléggé kiterjedt, ezen belül a leszbikuság mostoha gyermek. Csak 1970 óta foglalkozik néhány szerző ezzel a témával. A szerzőnek éppen ezért az a célja, hogy felkeltse a nőgyógyászok érdeklődését a leszbikuság irányába (nem a homoszexualitás „meggyógyítására”), hogy betegek ilyen irányú szexualitását a nőgyógyászati ellátás során figyelembe tudják venni.

A török szerző isztambuli címet adva meg (feltehetően ott dolgozó) tevékenysége során a nőgyógyászati járóbetegek anamnézisének a felvételét szexuális kérdésekkel is kibővítette. Röviden ismerteti, hogy 200 nőgyógyászati beteg közül 12 esetben tudott leszbikuságot explorálni (közülük 5 tisztán leszbikus és 7 biszexuális). E betegek 23–51 év közöttiek voltak és panaszaik jellege vonatkozásában (folyás, menstruációs zavar) nem tértek el a többitől. Egyetlen biszexuálisnak volt orgasmus-zavara (*de nem jelzi, hogy milyen nemű partner mellett — Ref.*), s egyikőjük sem kívánta magát heteroszexuálisra „átkezelteni”.

Saját tapasztalatai és az irodalom áttekintése (58 idézet) alapján kiemelt néhány olyan gondolatot, amiket a leszbikusok nőgyógyászati ellátása során ajánlatos figyelembe venni.

A leszbikusok kevésbé promiszkuiskok, mint a férfi-homoszexuálisok és ezért e nőknek sokkal ritkábban van nemi szervi panasz, mint a hasonló beállítottságú férfiaknak.

Vaginitis esetén a fertőzés útja az orál-vaginális kontaktus lehet és így főleg száju-üregi gombák kerülhetnek a hüvelybe. Trichomoniasis is előfordulhat. (A szerző a fertőzés útjára nem utal, de feltehetően biszexuálisokról van ilyenkor szó, bár létezik e kórokozónak egy buccalis változata is. Nem is beszélve arról, hogy orális kontaktusból eredő vaginitis — orál-genitális kontaktus — heteroszexuális kapcsolat esetén is elég gyakori. — Ref.)

Los Angelesben 3200 AIDS beteg közül egyik sem volt leszbikus és az NSZK-ban sem sorolják a rizikó-csoportba a leszbikusokat. Ugyanakkor azonban az is lehetséges, hogy leszbikusok prostitúcióból élnek.

Hagyományos nemi betegségek gyakorlatilag nem fordulnak elő, de a Hepatitis vírus anilinus során átvihető.

Menstruációs zavar ugyanolyan gyakori, mint a heteroszexuálisok körében, viszont az endometriosis és a collum cc. ritkább. Ez utóbbi vonatkozásában szerepet játszhat az is, hogy kevésbé promiszkuiskok és nem érintkeznek a férfi smegmájával (apácáknál is ritka a collum cc.).

Terhesség nem származhat a leszbikus kapcsolatból, de sok ilyen nő mégis vágyik

gyermek után, ezért örökbe fogadnak, vagy inszemináltatják magukat. (A leszbikusokat is megilletik az emberi jogok és így a gyermekhez való jog is. De emberi joga a születendő gyermeknek is van, és érthetően hátrányos helyzetű az a gyermek, akinek az anyja leszbikus. Éppen ezért helyes elhelyezni az a hazai rendelkezés, hogy kizárólag házasságban élő nők inszeminálhatók. — Ref.)

Az esetleges szexuális problémák gyakoriságára vonatkozóan alig van adat, de feltehető, hogy sokkal ritkább, mint a heteroszexuálisok körében. Neurosisos tünetek és panaszok viszont előfordulnak és ezek oka inkább a társadalom intoleranciájából ered. Masters-Johnson két anorgazmiás leszbikus csoportot kezelt (11%-os sikerrel).

Végül soron azért szükséges tudni a nőgyógyásznak, hogy leszbikus-e a betege, mert sok körkép kezelésének az eredményességét erősen befolyásolja az alkalmazott szex-praktika ismerete. Ezért a nőgyógyász igyekezzen önneveléssel magát alkalmassá tenni arra, hogy a leszbikusokkal is tudjon foglalkozni, felismerje az ilyen irányulást. Leszbikuságra utal, ha valaki speciális nőmozgalom tagja (nyugaton) és/vagy alkoholistá.

Aszódi Imre dr.

Bisexualitás. I: Fogalom és tapasztalat. II. Tudományelméleti és AIDS megelőzési megfontolások. Wille, R., Kröhn, W. (Sex. Beratungsstelle, D—2300 Kiel): Mitteilungen d. Gesellschaft f. praktische Sexualmedizin, 1989, 10, (nov.), 16.

Az AIDS vonatkozásában az egyik leglényegesebb rizikócsoportba a homo- és a biszexuális férfiak tartoznak, ezért is fontos a biszexuális kérdésében tisztán látni. Alapvető annak a megfogalmazása, hogy mit kell e csoportba sorolni, és milyen gyakori e normál-variáns.

Századunkban számos szexológus foglalkozott a biszexuális kérdéssel, nézeteiket a szerzők részletesen ismertetik, és ebből végül soron azt a következtetést lehet levonni, hogy egységes definíció még nem született. Három alapvető tényezőt (magatartás, orientáltság, identitás) kell figyelembe venni, és kevés olyan kutató van, aki a kérdést komplexen — a szerzők szerint egyedül helyes módon — közelítené meg. Természetesen az is lényeges, hogy milyen speciális szemszögből történt a vizsgálat. hiszen az AIDS vonatkozásában a leglényegesebb a magatartás.

Az előbbiekből logikusan következik, hogy a gyakoriság tekintetében alapvető az, hogy ki kit tekint homo-, ill. biszexuálisnak. A dolog természetéből fakad, hogy mivel az érintett csoportba tartozók igyekeznek titkolózni, biztos adatok nem állnak rendelkezésre. Az egyik szélsőséges nézet szerint ez igen ritka, egyedi, szórványos eset, a másik szélsőséget pedig az analitikusok azon csoportja képezi, akik szerint

alapvetően csaknem mindenkiben benne él mindkét nem és különböző feltételek függvénye, hogy ki lett hetero-, ill. homoszexuális. Szerintük lényegileg minden második férfi valamilyen mértékben homoszexuálisnak minősíthető.

Ma a legtöbb szerző egyetért abban, hogy a felnőtt férfiak 3%-a homoszexuálisnak, 4%-a pedig biszexuálisnak minősíthető.

Kinsey volt az első, aki különböző dimenziók figyelembevételével 7 pontos skálát állított fel a hovatartozást illetően, és az utánvizsgálók gyakorlatilag ezt fejlesztették tovább.

A tény és a megítélés szempontjából számos külső körülmény releváns, így pl. az, hogy megnősült-e, ill. házasságban él-e; ő kezdeményezett-e először homoszexuális kapcsolatot, vagy őt csábították el, netán „csak” homoszexuális vonalon prostituálta magát kizárólag anyagiak miatt: csak kíváncsiságból, kuriózumként és nagy időközökben alakít ki homoszexuális kapcsolatot; mennyire meri karrierjét a „lebukás” veszélye miatt veszélyeztetni.

Az AIDS szempontjából köztudottan a homoszexuális kapcsolatok gyakorisága képezi a rizikótényezőt, így a biszexuálisok vonatkozásában is ez az alapvető, de arra is gondolni kell, hogy a biszexuálisok azok, akik heteroszexuális kapcsolatok által szélesíthetik a veszélyeztetettek körét. Ezért nagyon fontos, hogy adott esetben az orvos ismerje betege szexuális magatartását, orientáltságát és identitását is.

Aszódi Imre dr.

A szülők közötti harmónia és a fiatalkori neurózis. Schmid-Sibeth, F. (D—8000 München, Nymphenburger Str. 155.): Sexualmedizin, 1989, 18, 441.

A szerzőnek, mint családterápiával foglalkozó gyermek- és ifjúsági pszichiáternek, feltűnt, hogy látszólag szexuálisan felvilágosult korunkban milyen sok fiatalnak van szexuális gondja, egyesek szinte szexuális „nyomor”-ban élnek. A fiatalok explorációja során gyakran kiderül, hogy a panaszokat a szülők közötti általános és szexuális jó kapcsolat hiánya (boldog házasság) okozza. Az ilyen családban általában merev és örömtelen a nevelés, és ez a későbbi panaszok melégyága lehet.

Néhány példa bemutatásával igazolja állítását, nevezetesen azt, hogy a szülői házban a szexualitásról sohasem esett szó, a szülők közötti szexuális kapcsolat rossz volt, tisztasági mániában szenvedtek, majomszerűetettel visonyultak gyermekükhöz stb.

Aszódi Imre dr.

Adipositas és szexualitás. Csef, H. (Psychosomatische Poliklinik D., D—8700 Würzburg, Klinikstr. 8.): Sexualmedizin, 1989, 18, 424.

A pszichoszomatikus medicina egyik még meg nem oldott nagy kérdése, hogy milyen kapcsolat van az abnormis túlsúly

és a szexualitás között, melyik tekinthető oknak és melyik okozatnak.

Több változat is lehetséges, így

- az adipositas kialakulásában szerepet játszhat a szexuális konfliktus és magatartás, vagy a nemi szerep és identitás zavara;
- a szexuális probléma lehet az elhízás következménye is;

— a lefogás nem mindig oldja meg önmaga a szexuális problémákat, mindkettőt egyidejűleg lehet pszichoterápiásan kezelni;

— a kövérség megnehezítheti a kapcsolatteremtést és ilyenkor az illető a szexualitást el is fojtja magában;

— kövéreknek is lehet problémamentes a szexualitása;

— a kövérség nem azonos a bulimiával, hisz sokan sokat esznek — mintegy zabálnak —, de gyakran hánynak is.

Saját beteganyagukban egyértelmű összefüggést nem tudtak kimutatni és így individuálisan kellett kezelniük, figyelembe véve a biológiai, a pszichés és a szociális tényezőket is. Sőt az is előfordulhat, hogy egyes kövérek gátlásaikat promiszkuittással igyekeznek kompenzálni.

Aszódi Imre dr.

Fiatal és középkorú férfiak szexuális magatartása Angliában és Walesben. Forman, D., Chilvers, C. (Imperial Cancer Research Oxford OX2 6HE.): Br. med. J., 1989, 298, 1137.

Az AIDS terjedésének a megelőzése céljából igen hasznos lenne a lakosság „általános” szexuális magatartását ismerni. Számos ilyen felmérés történt már, de legtöbbjük nem tekinthető reprezentatívnak. A szexuális magatartás felmérése a téma „kényes” volta miatt is nehéz, mert minden bizonnyal nem motivált minden válaszadó az „igazmondásra”.

A szerzők eredetileg a hererák miatt kezelt betegek „egyéb” körülményeit kívánták felmérni, és a feltett kérdések között szerepeltek szexuális vonatkozásúak is. Feltételezték, hogy azok, akiknek „súlyos” betegsége van, másoknál hajlamosabbak az igazmondásra.

A felmérésbe kerültek egy adott területen laktak és mindannyian fehérbőrűek voltak, a betegséget 1984—1986 között fedezték fel náluk, a diagnózis megállapításakor 15—49 évesek voltak, ezen belül zömmel fiatalabbak.

Nagy gondot fordítottak a „megfelelő” kontrollcsoport kialakítására. Minden egyes „beteg” általános orvosának a listájából kikerestek egy vele egykorú, de hererákban nem szenvedő egyént. Ezeket felkeresték és felkérték őket, hogy vállalkozzanak egy igen széles témakört átölelő kérdőív kitöltésére és személyes interjúra a diszkreció teljes biztosítása mellett. Az interjú az általános orvos rendelőjében, vagy az alany otthonában, ill. munkahelyén zajlott le az illető kérésének megfelelően. A kérdéseket négy szemközti nőnemű szakemberek tették

fel és egy-egy beszélgetés egy-másfél órát tartott. A szexuális kérdések csak az interjú végén kerültek szóba.

Igy összesen 480 személytől tudtak értékelhető adatokat nyerni. E cikk keretén belül csak azokat az információkat közlik, amik az AIDS szempontjából relevánsnak tűnnek, és az eredeti témával, a hererákkal nincsenek kapcsolatban. Így — a coitarche időpontja egyre alacsonyabb, azaz a ma fiatalabbak hamarabb kezdenek közösülni, mint a jelenleg már idősebbek ezt annak idején tették;

— a coitarchét befolyásolja a társadalmi osztály is, azaz minél magasabb osztályba tartozó család fia valaki, annál később kezdi el a nemi életet;

— az AIDS szempontjából jelentős a promiszkuittás mértéke.

„Tartós” kapcsolatnak azt minősítették, ami legalább három hónapig tartott és legalább hetente egyszer közösültek. Annak ellenére, hogy a felmérés időpontjában idősebbeknek „több idejük” és így lehetőségük volt, mégis aránylag kevesebb volt az egyesek heteroszexuális partnereinek a száma, mint a „ma” fiatalokénak. Úgy tűnik, hogy a promiszkuittás mértéke a történelem folyamán emelkedik.

A homoszexualitás jelentősége közismert. A mintába került 480-ból nyolcan említették, hogy volt már homoszexuális kapcsolatuk. Közülük négynek csak egyetlen esetben volt homoszexuális kapcsolata és ezen kívül számos heteroszexuális is. Másik kettőnek a rendszeres homoszexuális életvitel mellett csak egy-egy heteroszexuális coitusa volt. Egy kizárólag homoszexuális életvitelű volt, a nyolcadik pedig mind hetero-, mind homoszexuális vonatkozásban erősen promiszkuitt volt; szexuális úton terjedő fertőzéstől 29-en számoltak be; vasectomián 42-en estek át. Úgy tűnik, hogy a sterilizálás iránti igény egyes területeken (város, körzet) gyakoribb, mint másutt.

Feltételezhető, hogy a válaszok a valódi helyzetet tükrözik, mert a szexuális úton terjedő betegségek gyakorisága megfelel az országos statisztikai adatoknak. Feltűnő azonban, hogy a homoszexualitás gyakorisága lényegesen alacsonyabb volt a feltételezetténél.

(Ref.: A cikk nagyon jó példa arra, hogy egy ilyen vizsgálatot miként kell megszervezni és végrehajtani. Ugyanakkor rámutat a nehézségekre is, nemkülönben arra, hogy a kapott adatokat milyen nehéz értékelni. Hazánkban még csak kevés vizsgálat történt a lakosság szexuális magatartásának a megismerésére, pedig ez azért is jelentős lenne, mert lehetővé tenné az AIDS szempontjából veszélyeztetettek felé a célzott információnyújtást.)

Aszódi Ágnes dr.

Fogamzásgátlás és szexuális zavar. Bitzer, J. (Frauenklinik, CH—4000 Basel): Mitteilungen d. Gesellschaft. f. Praktische Sexualmedizin, 1989, 10, (dec.), 6.

A fogamzásgátlás a termékenység és a szexualitás terén megnyilvánuló felelősség-érzetet jelzi, és az utóbbiak egyben befolyásolják a fogamzásgátlási magatartás és általában a védekezés és/vagy az adott módszer elfogadhatóságát is.

A szerző a fogamzásgátlási tanácsadás során foglalkozik a betegek szomatikus és pszichoszociális gondjaival is, és ennek során bizonyos kapcsolatot észlelt a fogamzásgátlás és a szexuális zavar között. Ezért felmérést végzett randomizált módszerrel. A mintába az az 1017 nő került, aki legalább hat hónap óta fogamzásgátlási gond- zásban részesült. E nők 25%-a panaszko- dott szexuális zavarra. Közülük 6,5%-ban a módszerrel függött össze a panasz és meg- felelő változtatással kedvező eredményt ért el. Az esetek 9%-ában enyhe és 11%-ában súlyos volt a zavar, mely utóbbi feltétlenül kezelendő volt.

Leggyakoribb probléma a másodlagos libido-csökkenés volt a következményes orgazmus-nehezéssel és/vagy dyspareu- niával.

Ezt követően 100 olyan nő adatait ele- mezte, akik szexuális zavar miatt részesül- tek kezelésben. Azt vizsgálta, hogy van-e összefüggés a fogamzásgátlási magatartás, a módszer akceptálása, valamint a testi és szexuális panaszok jellege között. E szem- pontból öt csoportot tudott elkülöníteni:

1. azon fiatal nők, akik adolescens kor- ban kezdtek közöszlenni és nem tudták feldol- gozni félelmeiket és vágyaikat, gyakran pa- naszkodtak a fogamzásgátlás nehezégre, gyakori volt a tinédzser-terhesség, a kábító- szerezés és a partnerkapcsolati zavar;

2. néha olyanok kerülnek párkapcsolat- ba, akik bizonytalanok szexualitásukban, ilyen irányú ismereteik is szegényesek és talán épp ez a közös vonás hozza őket össze. Szexualitásról alig beszélnek egy- mással és ezért a védekezés terén is sok gondjuk van. Többnyire a fogamzásgátlás- ra vonatkozó megelégedetlenségük viszi őket orvoshoz. A szakszerű fogamzásgátlá- si tanácsadásba épített kognitív technikai felvilágosítással kiegészített szex-terápia vezet eredményre;

3. gyakran indul a szexuális élet zavarta- lanul és csak később lazul fel a párkapso- lat, válik „üressé” a szex. A tablettát, amit korábban nyugodtan szedett, „panaszokat” okoz, mert nem hajlandó a továbbiakban a nő egyedül vállalni a védekezést;

4. „csalódott” nők a további csalódást megelőzendő védekezési ellenállást épít- nek ki magukban saját szexuális és erotikus impulzusaikkal szemben, ennek eredmé- nyeként gyakran kéri saját sterilizálású- kat, hogy önmagukat megerősítsék;

5. a változás korában egyes nők intenzi- ven élik át a szomatikus változást, nehezen veszik tudomásul a „kor”-t, bizonytala- nokká válnak általában és a szexualitás megélésében és ezen kell őket átsegíteni.

A szexuális zavarban szenvedők orvosi ellátása több szinten történhet.

Sokszor elegendő az ún. tanácsadás, a testi panaszok kezelésének a kiegészítése fogamzásgátláson felül szakszerű ismeretek

nyújtásával, tévhitek cáfolásával, a kelle- metlen situációk elkerülésére centrált életvezetési tanácsadással. Máskor külön- böző magatartás-szex-terápiával lehet ered- ményt elérni.

Félelmek, konfliktusok, gátlások miatt rövidebb vagy hosszabb időtartamú psi- choterápia válhat szükségessé.

Összegezve, csak az esetek egy részében okozza a szexuális panaszt az adott készí- ménny, módszer, sokszor a védekezésnek és a szexuális panasznak a beteg általi össze- kapcsolása csak jelzésként értékelhető, a baj okát „máshol” kell keresni.

[Ref.: *Noha hazánkban sokan szakították meg terhességüket, nem kicsi azoknak a száma, akik valamilyen módon néha védekeznek. Ugyanakkor gyakran kínálnak fel az orvos- nak szomatikus panaszokat, amiket az or- vos is gyakran az adott családtervezési módszerrel „magyaráz”, ezért „változta- tást” ajánl. Ez érthető módon néha hatá- sos, ha pl. a korábbi bizonytalan metódus (és emiatti terhességmegszakítás) helyett biztonságosabbat fogadtak el. Ha azonban valaki egyik módszerrel sem jön ki, a baj okát „máshol” kell keresni és olykor már egy — csak kevés időt igénylő — tanácsadás-felvilágosítás (tévhitek korrek- ciója) is eredményes lehet. Így csak arány- lag ritkán válik szükségessé szexológiai- ban jártas szakember konzultálása.]*

Aszódi Imre dr.

Sportorvostan

A 100%-os oxigén belégzés hatása a labdarúgók teljesítményére. Winter, F. D. és mtsai (Baylor Univ. Med. Ctr. és Univ. Texas H. Ctr., Dallas): JAMA, 1989, 262, 227.

Az ellentmondó adatok mellett nem két- séges, hogy a fizikai terhelés alatt beléleg- zett oxigén egy kissé emeli a vér oxigéntar- talmát, csökkenti az izomban az anaerob folyamatok bekapcsolódását. Egy 1909-ben megjelent közlemény szerint a pihenőidő- ben az ökölvívó felfrissül a belélegzett oxi- géntől, és „feltűzelve, energikusan” tér vissza a ringbe. Mivel a labdarúgók között elterjedő szokás, hogy a partvonal mentén néhány percig oxigént lélegezzenek be, a dallas professzionista (európai) labdarú- gók közül 12 vett részt a randomizált, ke- resztkezeléses kettős vak vizsgálatban: hol levegőt, hol tiszta oxigént lélegeztek be bal- lonból a futószalagon futás után négy-négy percnél. A véna-kanulón keresztül nyert vérben a tejsavszintet is mérték. A jól edzett labdarúgók (aerob kapacitásuk 51–74, átlag 65 ml/kg volt) tejsavszintje a szobalevegőt belélegezve 4 perccel a terhe- lés után 8,3, oxigént belélegezve 8,6 mmol/l volt. A 4 perces pihenő után megismételt vita maxima futás idejét nem nyújtotta (ja- víttotta) meg az oxigén belégzéssel töltött pihenő.

Valószínűtlen, hogy hosszabb vagy rövi- debb ideig történt oxigén belégzés, vagy

kevésbé edzett sportolók részvétele a vizs- gálatban kimutatna kedvező hatást az oxi- gén belégzés következményeként. Jelen vizsgálatban a szubjektív vélemény place- bó hatást sem igazolt.

Apor Péter dr.

Oxigén és a sportoló. Cooper, K. H., Blair, S. N., Gordon, N. F. (Inst. Aerobics Res., Dallas): JAMA, 1989, 262, 264.

Az előzőekben referált közlemény kap- csán a szerkesztőségi közlemény emlékez- tet a század tízes éveire, amikor Hill és Flack az oxigén belégzéstől az izommunka után gyorsabb helyreállítódást láttak, s en- nek reményében azóta is gyakori látvány, hogy a sportoló — akár labdarúgó — a pi- henő alatt oxigént lélegez be, noha ennek az élettan alapszabályai értelmében nem le- het hatása, hiszen tengerszinten, egészsé- ges ember vérenek haemoglobinja — külö- nösen ha az izommunka kapcsán eltűnik a nyugalomban nem szokatlan ventilációs- perfúziós egyenletlenség — teljes mérték- ben telítve van oxigénnel. A képződött tej- sav gyorsabban tűnik el a vérből mérsékelt intenzitással folytatott izommunka (a tejsav elégetése) során, mint pl. ülvé, oxigén be- légzés alatt.

Ezért ne tanácsoljuk az oxigén belégzést — nem mintha káros lenne —, csak fe- lesleges.

Apor Péter dr.

Vegetáriánus étkezés és az állóképessé- gi teljesítmény. Nieman, D. C. (Loma Lin- da Univ.): Am. J. Clin. Nutr., 1988, 48, 754.

Az ókori olimpiák atlétái, például a kro- toni Milo, öt olimpia birkózóbajnoka híres húsfaló volt, s ennek hagyománya a mai na- pig él a teljesítménysportolók között is. Ugyanakkor az 1980-as évek közepétől, amióta a kémia és a versenysportok fejlődé- sével a teljesítmény mérhetővé, a táplálko- zás összetevői jellemezhetővé váltak, száma- talan vegetáriánus sportoló tűnt ki, elsősorban az állóképességi sportágakban. Például a tarahuma indiánok, akik csak- nem teljesen növényevők, nemzeti sport gyanánt 150–300 km-en keresztül futva rugdosnak egy fagolyót. Az átlagosan 2800 Kcal napi energiafelvételük csaknem négy- ötöde szénhidrát. Bizonyára ennek tudható be, hogy a vegetáriánusok koleszterin szintje idős korukra is a normál szint alatt van.

Az 1960-as évektől az izom tübiopsziás vizsgálata elegendő direkt bizonyítékot szolgáltatott arról, hogy a többszörös teljesí- ménny nagymértékben a glikogén raktárak- tól függ, ezek kimerülése után a zsírégetés számlájára csak kisebb intenzitású izom- munkára képes az ember. A nem sportoló személyek izmában 80–90 mmol/kg a nyers izomra számított glikogén tartalom, a

sportolók egynapos pihenő után 130, két-napos után 180-as értékkel rendelkeznek, s bizonyos manipulációkkal 220-as szint is elérhető. A sportolók fehérje felvétele rendszerint több mint 1,5 g/kg, az összes kalóriabevitel 10–36%-a. A zsírbetevitel 20–50% között, átlag 36% körüli érték, megfelel a javasolt 39%-nak. A szénhidrátok részesedése 22–72%. (Brotherhood, J. R: Sports Med., 1984, 1, 350.)

A maratónfutók átlag 46 Kcal/kg napi étkezése a nem versenysportoló nők 38-as értéke felett van, de nem annyival, amennyit a napi 880 Kcal-t biztosan meghaladó edzés megkívánna. Vajon kedvezőbb a sportolók energiahasznosítása? A sportolók táplálékának elemzése általában elégtelen szénhidrát bevitel mellett szól.

A csaknem vegetáriánus étrend biztosítja a 75% körüli szénhidrát bevitelt. Dave Scott, a „Vasember” triatlon rekorder a napi 8 órás edzéshez 6240 Kcal-t eszik, s döntően növényi ételeket. Egy 90 éves (!) hegymászó nő 1700 Kcal napi étkezésének 59%-a szénhidrát, 16%-a fehérje, az aerob kapacitása 22,6 ml/kg, a test zsírtartalma 25%. A teljesen vegetáriánus étkezést ki kell egészíteni B₁₂-vitaminnal, de ha nem szigorúan csak növényi az étrend, akkor a kritikus négy faktor a cink, a vas, a riboflavin és a kalcium bevitel valószínűleg elegendő. Szembe kell nézni a sportolóknak a vashiány és a másodlagos amenorrhoea lehetőségével, ez utóbbi 20–50%-os gyakoriságú az állóképességi versenysportolókon. A vasat in vivo valószínűleg nem kötik meg a rostok, egyszerűen csekély a bevitel ha csak növényi eszünk. A nagy energiaigényű sportágakban az aminosav fogyasztás is kissé elmaradhat a kívánattól.

Nincs ok, hogy a vegetáriánus étkezés mellett érveljünk az omnivorus étrenddel szemben, de némely pótlással a növényi étkezés a sportolás követelményeinek is képes eleget tenni.

Apor Péter dr.

A vashiány okai serdülő futókon. Nickerson, H. J. és mtsai (Marshfield Clinic, Wisconsin): J. Pediatr., 1989, 114, 657.

A 15–18 éves tájfutók (53 nő, 25 férfi) szezon előtti vizsgálata hat nőnél vashiányt [ferritin szint 12 ng/ml alatt, a transferrin telítettség 16% alatt], illetve anémiát [a hemoglobin 12, illetve 13 g/l alatt] fedezett fel. A többieket a versenyszezon 45. és 75. napján újravizgálták. A futók egy csoportja napi 60 mg elemi vasnak megfelelő ferroszulfátot, a másik placebót kapott, és mindkét csoportot biztatták a vasban gazdag ételek fogyasztására. A kontroll csoport másik iskolából került ki. A heti edzés 14–18 mérföldről 25–30 mérföldre nőtt a szezon során, s többnyire fűvön futottak. Ötnapos étrend elemzés, 33 futón pedig egy verseny előtti és utáni székleletanalízis is történt.

Már kezdetben is 10 nő és 3 férfi futó fer-

ritin értéke volt 12 ng/l alatt, a versenyszezon során 14 nő (34%) vált vashiányossá. Nem védett ez ellen a 60 mg vas szedése. Két futónál kifejlődött anémia is. A férfiak közül csak két személy ferritin szintje vált alacsonnyá.

Az étkezési szokásokban igen nehéz lényeges változást elérni az elemzés szerint: a vastartalom csupán 8–20%-kal emelkedett a tanácsot követően. A vashiányos nők székleletében 4 mg/g-ot meghaladó hemoglobin vesztést magas arányban láttak. A vizeletben és a verejtékben nem ürült a hiányt megmagyarázó mennyiségű vas, a verseny után vizsgált vérben hemolízisre utaló jel nem jelentkezett, a szérumban hemoglobin szintje sem nőtt.

A futókon gyakori vashiány oka a gyomor-bélrendszeren át történt vérvesztés, amely megszűnik, ha elegendő (180 mg szívas naponta, két hónapon át) pótlással rendezzük a vashiányt.

(Ref.: Más vizsgálatok szerint a kemény talajon való futás hemolízist okoz, s ez a vashiány egyik fő oka, a verejtékkel történő vasvesztés mellett. 1 tabl Tardyferon vastartalma 80 mg.)

Apor Péter dr.

Rhabdomyolysis, myoglobinuria és az edzés. Milne, C. J. (Waiura Medicina, Hamilton, New Zealand): Sports Med., 1988, 6, 93.

A myoglobin a vázizom 1–2%-át alkotó, 153 aminosavból álló, 17 800 dalton molekulású globuláris fehérje, amely a hemoglobinhoz hasonló vas-porfirin (hem-) csoportot tartalmaz. Féléletideje 80–90 nap, a vérkeringésbe jutott 1–3 óra. Normál plazmaszintje 0,006–0,085 mg/liter, a veseküszöb 15 mg/l, e felett a myoglobin fele filtrálódik.

Az izomsejtnembrán sérülése a nátrium és kálium ion transzportot érinti, mert vagy megszegesednek a csatornák, vagy zavart szenved a Na-pumpa vagy annak az energiaellátása. A következmény a sejten belül a Ca⁺⁺ felszaporodás, ez aktiválja a semleges proteázokat. A Ca-antagonisták kivélik a rhabdomyolysist is. A K-hiány és az urát felszaporodás — mindkettő az izommunka szokásos helyi, illetve általános következménye — hozzájárul a membrán átjárhatóság fokozásához. Legalább 200 g izom kell hogy sérüljön, hogy a vizeletben myoglobin jelenjen meg.

A sérülés lehet szegmentális nekrosis, ischaemiás nekrosis, fokális destrukció mint polyarteritis nodosában, s váltakozhatnak az ép és a koaguláltnak látszó csövek. Traumák és ischaemia, megismételt ütések (önvédelmi sportok), zúzódasok, maratónfutás (különösen hőségben), asztmás státus, foszforiláz hiány, primer gyulladásos izombetegségek, toxikus állapotok, infekciók, hypokalaemia, alkohol abúzus, szénmonoxid és sok egyéb ok vezethet rhabdomyolysishoz.

Porfiria esetében a barna vizelet ortoto-

luiddinnel negatív eredményt ad, míg ha alumíniumszulfátos kicsapás után is pozitív marad a reakció, akkor hemoglobin a vizelet elszíneződés oka. Hemoglobinaemiát a rózsaszínű savó jellemzi, myoglobinuriában a savó tiszta. A kreatinkináz („CPK”) myoglobinuriában igen magas, a magas kreatin és kreatinin szint nemcsak a veseelégtelenség jele ilyenkor. Ha a vese nem filtrál, akkor az izomból kikerült kálium súlyos hyperkalaemiát okoz. Az izomból kijutó foszfát megköti a kalciumot és hypokalaemiát okoz. A szérumban húgysavszint szintén magas, a keringő albuminszint csökken, s előfordul vérzés, intravaszkuláris alvadási zavar.

A szérumban myoglobin szint (RIA módszerrel mérve), újabban az izom mágneses magrezonancia (NMR) képe nem rutinvizsgálat a klinikai gyakorlatban.

A rhabdomyolysis szindróma legfontosabb következménye a veseelégtelenség, a tubuláris sérülés, melyet elősegít a dehidráció, a hipotenzió és a metabolikus acidózis.

A teendők: folyadékpótlás napi 4–11 literig, mannitollal és furosemiddel együtt is. A hypercalcaemiát akár ioncserélő gyantával is korrigálni kell. A többi biokémiai eltérés kezelése kérdéses. A sérült izomcsoport ozmotikus aktivitása megnövekedhet és az izom kompartmentben nőhet a nyomás, ezért fasciotómiára kerülhet sor, ha a szöveti nyomás meghaladja a 35 Hgmm-t, vagy helyi idegkárosodás jele mutatkozik.

Az edzés növelheti a lassú, oxidatív rostok myoglobin tartalmát, de lehet hogy genetikusan meghatározott az izom myoglobin tartalma vagy csak a kapillárisok körüli területeken nő a hem-protein koncentráció.

A katonai menetelések során 30%-os gyakorisággal, egyébként tünetmentes myoglobinuria jelentkezhet. Minél edzetebb valaki, annál kevésbé észlelhető e tünet. A manapság egyre népszerűbb triatlon versenyt — noha ez extrém megterhelést jelent — általában nem kíséri myoglobinuria. A 89 km-es Vasa-sífutás egy napig myoglobin- és CK emelkedéssel jár. Az ultramaratón futás (99 km) kísérője 59%-ban volt myoglobin vizezés, és a kiadós evezős edzést is követi myoglobinuria.

Sokan az edzés „természetes” következményének tartják a myoglobin ürítést, amely az edzettség javulásával csökken. Másodnaponként 4 mérföld futás a CK emelkedést, 8 mérföld a myoglobinszint emelkedést védi ki. Az enzimaktivitás emelkedése gyakran bifázisos, 3–4 nappal az intenzív terhelés után második hullám észlelhető. Akár az anyagcsere, akár a roststruktúra sérül — pl. a gyors rostok kötőszövet állománya —, az intenzív — pl. az ekcentrikus — izommunka során, jelenlegi ismereteink még nem képesek megvilágítani az igénybevétel és az enzimszintváltozás kapcsolatát.

Apor Péter dr.

KÖNYVISMERTETÉSEK

M. Reim: Augenheilkunde. F. Enke, Stuttgart 1989, 2. átdolgozott kiadás (425 oldal, 496 ábrával — ebből 54 színes, 13 táblázat). DM 49,80

A hat főfejezetre tagoló könyv a szemgolyó és az orbita anatómiájával, a látás élettanával, a szemészeti terápiás beavatkozásokkal, vizsgálómódszerekkel, a részletes klinikummal és a szemészet szociális vonatkozásaival foglalkozik igen alaposan és mindenre kiterjedő figyelemmel. A fejezetek — a legkorszerűbb felfogás alapján — minden témakörrel jó áttekintést adnak. A fiziológia és a klinikum vitatott kérdéseiben ismertetik az irodalomban elfogadott különböző verziókat. A mű nyelvezete, fogalmazása világos, a tárgyalásmód rendkívül közérthető minden témakörben.

Az anatómia, élettan és a diagnosztika rajzolt, sematikus ábrái jól szerkesztettek, könnyen érthetőek. A látópálya megbetegedéseit gyakorlatilag egy ábra és egy táblázat foglalja össze — ez könnyen memorizálható áttekintést ad az orvostanhallgatónak, viszont vitathatatlanul kevés a klinikusnak. A szembetegségek fejezetében kitűnő színes és fekete-fehér szemfenéki ábrákat, fluorescein angiográfiás felvételeket láthatunk, egyetlen kivételt talán csak a 316. ábra jelent. Ez a fejezet tartalmazza a modern diagnosztikus metodikát, beleértve a korszerű képalkotó eljárások alkalmazásának, értékelésének a klinikumban szükséges ismereteit, a szükséges ábrákkal és grafikus ábrázolásokkal együtt.

A vascularis kórképek, az immunhiányos, az örökletes betegségek, a rendszerbetegségek szemtüneteinek tárgyalásakor a folyamatokat összefüggéseikben tárgyalja a könyv. A műtétek és konzervatív terápiák témakörében egyaránt a legújabb tapasztalatok kritikai értékelését kapjuk a röviden összefoglalt fejezetekben nem nélkülözve a „cost-benefit” szemléletet sem.

Érdeme a munkának, hogy ott részletes, ahol ez a mindennapi alapismeretekhez szükséges és ott rövidre fogott, ahol a bővebb forrásmunkák nem nélkülözhetőek. Külön kiemelném a huszonegy oldalas, pontos tárgymutatót, mely a könyv bőséges anyagát gyorsan hozzáférhetővé teszi. Ezért a tankönyvet medikus, szakorvosjelölt, általános orvos egyaránt foghatja, belőle a szemészet tárgyról teljes körű tájékoztatást, jó áttekintést kap.

Brooser Gábor dr.

Intraokulare Tumoren. Bücherei des Augenarztes Band 117. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1989. Ára: DM 77,—

A népszerű sorozat 117. kötete az intraocularis daganatokkal foglalkozik. A szerző, Lommatzsch professzor, közel 3 évtize-

de foglalkozik szemészeti onkológiával. Munkássága révén világszerte elismert szaktekinélté vált.

A tumordiagnosztika területén rendkívül gyorsan haladt előre a tudományos fejlődés. A ^{32}P tesztet — ami 10 évvel ezelőtt még értékes diagnosztikai eljárás volt — felváltotta az ultrasonographia. A jövő számára a nuclearis mágneses rezonancia kifejlesztése ígér jelentős javulást. Megváltoztak a besugárzási technikák. A protonokat, majd ennek továbbfejlesztését, a brachytherapiát az új LASER rendszerek váltják fel. Legújabbban a sugár-kezelés és a hyperthermia kombinációjával nyílik lehetőség a jövőben az intraocularis tumorok funkció-megtartó kezelésére.

Nagy reményeket fűznek az immunológiai kutatásokhoz, mellyel a metastasis problémát próbálják leküzdeni. A retinoblastomás betegek genetikai tanácsadásához, talán terápiájához is hatékony lökést adhat a modern géntechnológia. A retinoblastoma gén kimutatása a 13-as chromosomán a DNS analysis segítségével már utal az első lehetőségekre.

A monográfia 6 fejezetre oszlik. Az első a neoplaszmák általános jellegzetességeit, a tumorsejtek tulajdonságait, etiológiáját és patogenezisét tárgyalja, röviden érintve a tumor immunológiát is.

A második fejezet a leghosszabb, érthetően, hiszen ez foglalkozik az uvea primer tumoraival. Az iris, a sugártest és a chorioidea daganatok a leggyakoribbak a szemészeti tumorok között. A klinikai tünetek ismertetése mellett szövettani ábrák, diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai eljárások, beleértve a legújabbakat is, valamint kezelési módszerek követik egymást.

A harmadik fejezet a retina primer daganataival, elsősorban a retinoblastomával foglalkozik. Külön fejezetet szán a szerző a pigmentepithel tumorainak és tumorszerű elváltozásainak.

Az ötödik fejezetben az intraocularis lymphatikus daganatok kerülnek sorra: a benignus reaktív lymphoid hyperplasia és a reticulumsejtsarcoma. Az utolsó fejezetben az uvea és a retina metastatikus daganatairól van szó.

A monográfia 162 oldal terjedelmű. Az értékes mondanivalót 13 táblázat és 273 ábra teszi szemléletessé, közülük 104 igen jó minőségű színes fotó. A fűzet — mint ahogy a szerző a bevezetőben jelzi — valóban vezérfonalat ad a gyakorló orvosnak, hogy könnyebben eligazodjék az intraocularis tumorok diagnosztikájában és terápiájában.

A szerző egy sor kiváló könyvet, atlaszt, monográfiát ajánl a tumorok problematikájával foglalkozni kívánó szakembereknek, ezenkívül számos idevonatkozó közlemény egészíti ki a bőséges irodalmi összeállítást.

Varga Margit dr.

Graf, R.: „Sonographie der Säuglingshüfte” P. Schuler és K. Schneider közreműködésével. Bücherei des Orthopäden, 1989, 43. kötet, 135 oldal, 192 ábra, 6 táblázat, Enke Verlag, Stuttgart. 3., átdolgozott kiadás. Ára: DM 66,—

A német nyelvterület orvosi irodalmában „bestseller”-nek tartott kompendium iránti érdeklődésre utal, hogy az első kiadás (1983) óta eltelt 6 éven belül a 3., átdolgozott kiadásra került sor. A téma aktualitását az adja, hogy a világhátrahozott csípőficam a klasszikus ortopédiának ma is egyik központi problémája. Napjaink fő kérdései: hogyan lehet az élet első napjaiban az elváltozást felismerni, az alul- ill. túldiagnosztizálást kiküszöbölni és a kezelést igénylő dysplasiát már a perinatalis korban kiszűrni.

Az egyszerű képalkotó eljárásnak ismert csípősonográfia (továbbiakban SzG) előnyeit a röntgenfelvétellel szemben Bruckner prof. az első kiadás előszavában emelte ki: sugárkárosodást nem okoz, ezért bármikor ismételtethető, nem költséges eljárás.

A csecsemőcsípő SzG-s vizsgálhatóságának alapja a csont-porc határon jelentkező erős echogenitás. 10 év alatt végzett 50 000 vizsgálat során megfigyelte, hogy a normális anatómiai morfológiát a SzG-s morfológiával összehasonlítva a finom elváltozások, beleértve a csípőízületet alkotó csontok (combfej, vápa, vápatető) egymáshoz való viszonyát és morfológiai alakulását is, már az élet első napjától kezdve felismerhetők. Ez a 3–4 hónapos korban készíthető röntgenfelvétellel nem mondható el, ami nemcsak a felismerés, hanem a kezelés szempontjából is 3–4 hónapos előnyt jelent a SzG javára.

Az életkornak megfelelő anatómiai viszonyok pontos ismerete teszi lehetővé az ún. „tájékozódási pontok” meghatározását. Példaként említi, hogy a combnyak születéskor még nem látható, és az első évben a tájékozódást a combnyak csont-porc határának ívelése segíti. A tájékozódási pontok biztosítják az egyes ízületi részletek és struktúrák azonosítását. A vizsgálatnak mindig ugyanazon irányból, lateral felől mediál felé, azonos sorrendben kell történnie. A hibás interpretáció ugyanis téves diagnózishoz vezethet.

Hangsúlyozni kell, hogy a szerző által kidolgozott vizsgálati technika a legnagyobb figyelmet a vápasarok diagnosztikájának, a csontos és porcos vápa és a porcos limbus értékelésének szenteli.

A finom részletek megítéléséhez gondolni kell az ún. „melléktermékek” (ismétlődő visszhang, hangármény, dorsalis hangfelerősítés stb.) kiszűrésére.

A szerző által kidolgozott technika a vizsgálat hatásosságát fokozta, mely a jó kezelési eredményekben jutott kifejezésre, s így a kezdeti szkepticizmust ma már reális optimizmus váltotta fel.

A vizsgálat pontosságát ma már növeli, hogy a „funkcionális, dinamikus SzG” a mozgás folyamatát is képes ábrázolni.

Ugyanis a csípő ab- és adductiók mozgatója közben a monitoron láthatóvá válik a combfej helyzetváltozása és elkülöníthető a laza, ill. luxálható csípő.

A csecsemőcsípő normális morfológiáját a SzG-s morfológiával összehasonlítva szerző eljutott az általa kezdeményezett tipizáláshoz. Ismerteti a minőségileg különböző 4 típus SzG-s jellemzőit és több esetben röntgenfelvétellel együtt mutatja be. Leszögezi, hogy minden csípőt, amelyik nem tartozik a „Típus 1” csoportba, gynásznak kell tekinteni. A SzG-s képek és a hozzájuk tartozó magyarázatok a könyv rendkívül tanulságos, gyakorlati tanácsokkal szolgáló részét képezik. Ez a magyarázata a 3. kiadás bővült képanyagának.

A 135 oldal terjedelmű, 15 fejezetet, 192 ábrát és 6 táblázatot tartalmazó könyv behatóan foglalkozik még a standard síkokkal, a mérés-technikával, a mérési hibákkal, a helyes „letapogatás” módjával és az egzakt fektetéssel.

Tájékoztatót kapunk a különböző készüléktípusok előnyeiről, hátrányairól. Jelenleg még nincs olyan készülék, mely minden követelménynek teljes mértékben eleget tudna tenni. Minden készülék megfelelő, ha a labrum acetabulare, a porcos és csontos vápa, a vápasarok és a combfej SzG-s megítélésére alkalmas képet ad.

A könyv képanyaga jó, az ábradokumentáció és a magyarázatok meggyőzőek. A könyv kiállítása a Kiadó jó munkáját dicséri.

A perinatalis korban végzett ultrahangos csípővizsgálat egzakt kivitelezése, a leletek pontos értékelése nem könnyű. Alapos, kvalifikált kiképzést, magas szakmai felkészültséget és vizsgálati rutint igényel. Az eljárás alkalmas az alul- és túldiagnosztizálás problémájának megoldására. Mindazoknak, akik csípő-SzG-vel foglalkoznak, vagy a jövőben kívánnak foglalkozni vele, ezt a könyvet feltétlenül el kell olvasniuk, hogy az új megismerések elterjedésével mindennapi gyakorlattá váljanak. A nagy vizsgálati rutin és tapasztalattal rendelkezők számára is biztosítja az ismeretek további gyarapítását.

(Ref.: Az orvostudomány fejlődése napja-

inkban egyre inkább a technikai-gépi felszereltség függvénye. Fejlett egészségüggyel rendelkező országokban minden ortopédiai osztály fel van szerelve csípőszűrő vizsgálat végzésére alkalmas diagnosztikai ultrahang készülékkel. Hazánkban sajnos, csak elvéve, ritka kivételtől áll rendelkezésre. Az egészségügyi kormányzatnak sürgősen pótolnia kell ezt a hiányt, hogy a felnőttkori — esetleg teljes munkaképzetlenséget okozó — coxarthrosis kialakulását megelőzhessük.)

Barta Ottó dr.

D. Frang and A. Babics: Lymphography in urogenital diseases. (Akadémiai Kiadó, Budapest, 1990. 131. oldal, 370,— Ft)

Az 1987-ben magyar nyelven megjelent könyvet angol kiadásban olvashatjuk újra.

A nyirokkeringésről való ismereteink az ókorra vezethetők vissza (Hippokratész, Arisztotelész), mint ahogy ez a könyv „történelmi visszatekintés” részéből kiderül. A nyirokkeringés pontosabb anatómiája csak a XVII. században vált ismertté (Asellius). Hazánkban az 1950-es évektől kezdve számos kutató foglalkozott a nyirokerekkel és a nyirokkeringés jelentőségével (Babics, Rényi-Vámos, Rusznyák, Földi, Szabó). Ezek a kutatások sok tekintetben jelentős, új kórtani felfedezést szolgáltattak a nyirokutak és nyirokcsomók különböző betegségeiről.

A nyirokerek és nyirokcsomók radiológiai ábrázolása az évszázad második felében vált lehetővé és a diagnosztika számára hasznosíthatóvá.

Frang és Babics professzorok didaktikusan felépített, atlaszszerűen összeállított könyvükben mintegy 600, többnyire daganat miatt vizsgált beteg limfográfiájának tapasztalatait adják közre. Felhívják a figyelmet a limfográfiának azon szerepére, melyet az urogenitális szervek daganatai különböző stádiumainak pontosabb megismerésében játszik. Úgy vélik, hogy ez a módszer, az ultrahangdiagnosztika, CT és izotóp limfográfia mellett még

mindig fontos segítséget nyújt a daganatok diagnosztikájában. A normális nagyságú nyirokcsomók kóros eltérései csak ezzel a vizsgáló eljárással mutathatók ki. A vizsgálatot alkalmasnak tartják a terápia hatosságának leírására is.

A szépen kiállított könyvben 76 vázlatos ábrán mutatják be egyes szervek nyirokrendszerének bonyolult hálózatát. A könyv első részében röviden összefoglalják a nyirokrendszer anatómiájával és fiziológiájával kapcsolatos ismereteket. Ismertetik a limfográfiás vizsgálat módját, a vele kapcsolatban fellépő szövődményeket. Tanulságos képekben mutatják be az ép nyirokkeringés ábrázolását, a nem daganatos és daganatos nyirokutak jellegzetes limfográfiás elváltozásait.

Ezt követően egy-egy fejezetben ismertetik a vese, hólyag, prostata, here, penis, női genitáliák megbetegedéseinek limfangiográfiáját, legfőképpen daganatos elváltozásainak jeleit és értékelését. Végül ismertetik a nyirokcsomók saját malignus betegségeit és azokra jellegzetes limfangiográfiákat. Értékelésüket közel 100 jól kivitelezett, tanulságos képanyaggal támasztják alá. A nagy tapasztalati anyagra támaszkodó könyv mindenekelőtt az onkológiai diagnosztikával foglalkozó orvosok számára nyújthat nagy segítséget. A daganatok stádiumának pontosabb megállapításával segíti a gyógykezelés racionális megtervezését, a komplex daganat terápia eredményesebb kivitelét.

A sok szakterületen érdeklődésre számotartó könyv összefoglaló jellege, szép és tanulságos képanyaga, a klinikai gyakorlatban való használhatósága miatt világszerte lefordítva nagy külföldi sikerre számíthat, amelyet a nemzetközileg elismert professzorok neve fémjelez.

A könyv megjelenésének példamutató jelentőségét abban látom, hogy két egymást követő generáció orvosa, tudósa, — mester és tanítvány — közös műben jelentetik meg több évtized összegyűjtött tapasztalatát.

Wabrosch Géza dr.

POSTINOR® TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 0,75 mg D-norgestrelumot tartalmaz tablettánként.

HATÁS: A D-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közöszülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

A készítmény a nemi életet ritkán, alkalmanként 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 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.

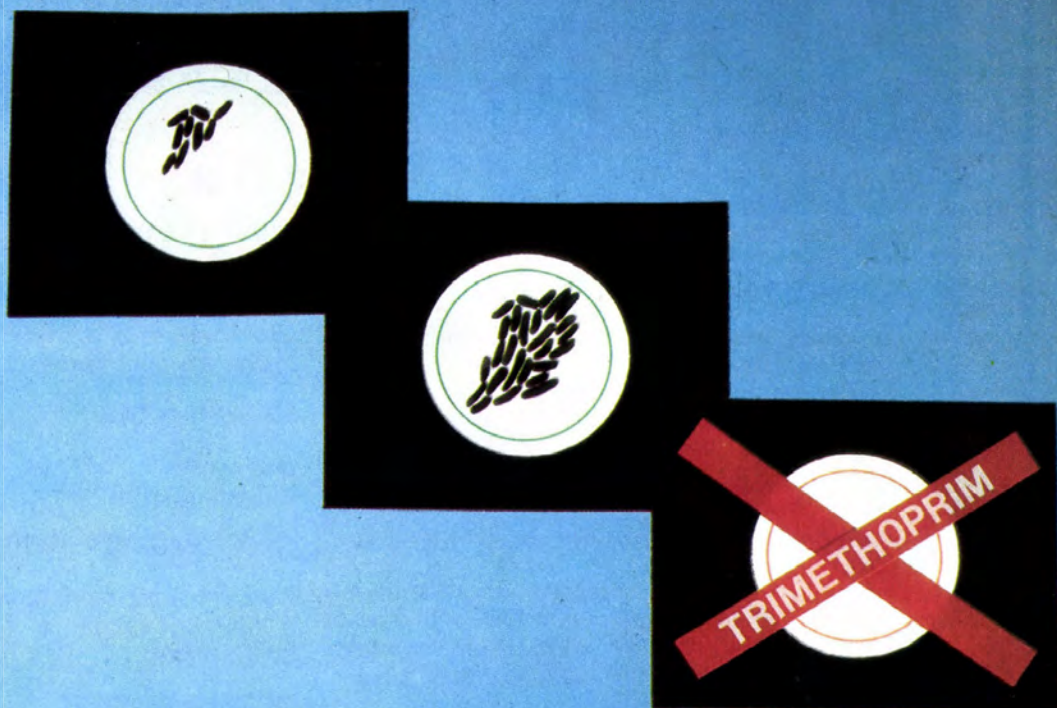
FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 tablettát szedhető!

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalmazással 2-3 hónapra elegendő mennyiség (10 tabl.) rendelhető. — Rendelhetőségét a 23/1983. (Eü. K. 23.) utasítással módosított 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. utasításban, valamint az Eü. M. 89560/1979. (Eü. K. 1980. 1.) sz. közleményben szabályozták.

CSOMAGOLÁS: 10 db tablettát

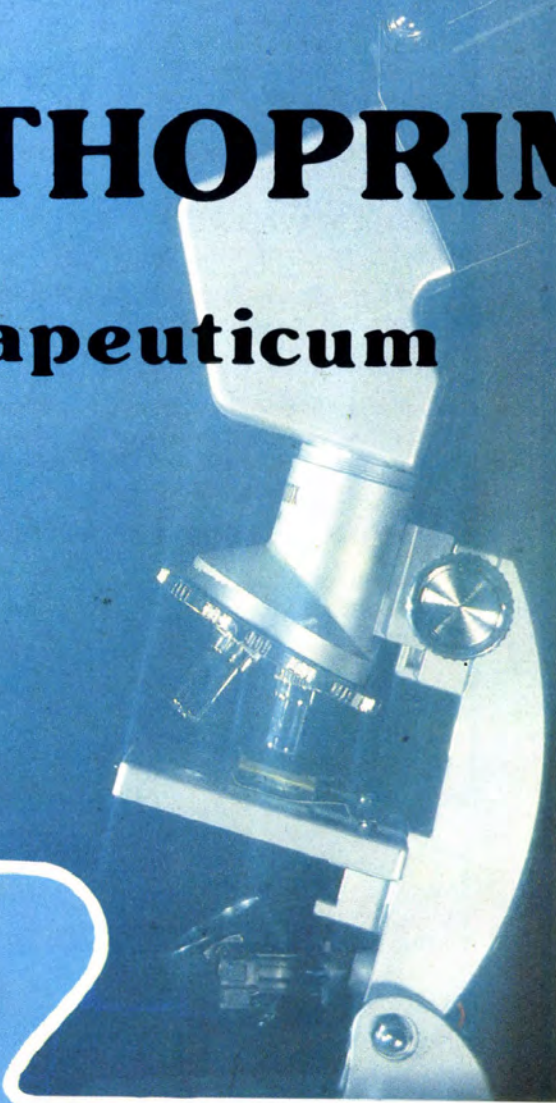
KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST





TRIMETHOPRIM

tabletta
chemotherapeuticum



GYÓGYSZERGYÁR

TRIMETHOPRIM

tabletta chemotherapeuticum

A készítmény hatóanyaga a trimethoprim, mely a Sumetrolim tabletták szulfonamid komponense mellett szereplő összetevőként ismert. Önmagában is hatásos a Gram-negatív baktériumokra (*Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*-csoport) és a *Staphylococcus* fajok ellen. Szulfonamid-érzékenység esetén is alkalmazható.

Hatásmechanizmusa ismert: kompetitív gátolja a mikroorganizmusokban a dihidrofolsav-reduktáz-enzim működését, ezáltal blokkolja a dihidrofolsav átalakulását tetrahidrofolsavvá.

ÖSSZETÉTEL

100 mg trimethoprimum tablettánként.

JAVALLATOK

Trimethoprimra érzékeny baktérium okozta húgyúti fertőzés.

ELLENJAVALLATOK

Trimethoprim-túlérzékenység, thrombopenia, granulocytopenia, megaloblastos anaemia, terhesség, laktáció.

ADAGOLÁS

A készítményt akut infekció esetén 1 héten át kell adni, ezt követően pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig; szükség esetén további 3-4 hétig fenntartó adagban adható.

SZOKÁSOS ADAGJA FELNŐTTEKNEK

terápiás adag:	2 × 2 tabl./nap
Fenntartó adag:	2 × 1 tabl./nap

GYERMEKEKNEK

6—12 éves korban	2 × 1 tabl./nap
12 éves kortól	2 × 2 tabl./nap

Gyermekeknek a készítmény adagolása 10 napon túl nem javasolt.

MELLÉKHATÁS

Hányinger, hányás, gyomorpanaszok, gyógyszerexanthema.

GYÓGYSZERKÖLCSSÖNHATÁS

Kerülendő az együttadása fenitoinnal, mert a fenitoin szintje a szérumban toxikusig emelkedhet.

FIGYELMEZTETÉS

Korlátozott vese- ill. májfunkció esetén csak csökkentett adagok adhatók (a plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos). Hoszsan tartó kezelés folyamán a vérkép rendszeres ellenőrzése szükséges, mivel a trimethoprim (különösen magasabb adagokkal végzett kezelés esetén) a folsav metabolizmusát gátolhatja. Gyógyszer-exanthema jelentkezése esetén szedését azonnal meg kell szüntetni. A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről gondoskodni kell.

MEGJEGYZÉS

✱ ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételtethető.

A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS

20 tabletták 10,— Ft



GYÓGYSZERGYÁR

Felhívás Szerzőinkhez!

Az Orvosi Hetilap szerkesztési és nyomdai munkáját, ezzel a dolgozatok megjelenését nagymértékben elősegítik és meggyorsíthatják, ha kéziratukat a Felhívás irányelvei szerint elkészítve juttatják el a Szerkesztőséghez egy eredeti példányban.

A klinikai orvostan, ill. orvostudomány körébe tartozó közleményeket a Szerkesztőség a közzétételt illetően előnybe részesíti.

1. *A dolgozat fejléce:* az intézet névadóinak nevét ne rövidítsék kegyeletsértően (pl. SOTE stb.). A fejléc tartalmazza az intézetek rövidre fogott pontos megjelölését, klinikák, országos intézetek, elméleti intézetek igazgatójának, pl.: Sémmlerweis Orvostudományi egyetem, Neurológiai Klinika (igazgató: Csanda Endre dr.), kórházak esetén csak az osztályvezető főorvos nevének megjelölésével.

2. *A dolgozat címe:* törekedjünk rövid és informatív címre, a cím fedje a dolgozat tartalmát.

3. *A szerző(k) megnevezése:* teljes nevük és doktori címük (dr.) írandó ki, rang, tudományos cím mellőzendő. A szerzők száma — a dolgozat jellegétől függően — a lehetőség szerint ne legyen több 6-nál.

4. *A dolgozat összefoglalása:* íródjék harmadik személyben és legyen önálló, gondosan megszerkesztett, tömör, világos írásmű, amelyből az Olvasó tájékozódhat a dolgozat tárgyáról, a vizsgálómódszerekről, a legfontosabb eredményekről és következtetésekről. Terjedelme — jellegétől függően — ne legyen több 15–20 sornál. Az összefoglalás szövege legyen folyamatos, bekezdések nélkül. Két példányban küldendő be. A Szerkesztőség vállalja az angol nyelvű fordítás elkészítését, de nagy előny, ha az egyik példányt angolul küldik be, hiszen szakterületük kifejezéseit a szerzők a fordítónál is többnyire jobban ismerik. Az angol összefoglalás élén kérjük a dolgozat címének feltüntetését. Természetesen az angol nyelven beküldött fordítást is ellenőriztetjük.

5. Kérjük a *kulcsszavak* megadását: maximálisan 5 kulcsszó — és nem kifejezés — adható meg, általában a címből, csak magyar nyelven.

6. A *köszönetnyilvánítás* a dolgozat szövege és az irodalmi hivatkozások közé kerül petit jelzéssel.

7. A dolgozat végére írandó a *vezető szerző neve, címe, az irányítószámmal*.

8. A dolgozat *írásának és megszerkesztésének módja:* a dolgozatot szabványos A/4 méretű lapok egyik oldalára, 2-es sorközzel, szabvány szerint gépeljük (30 sor, 60 leütés). Az apró betűs (petit) szedésre szánt szövegrészek is az említett sortávolsággal gépélendők: a petit szedést a margón jelöljük! Apró betűs szedésre jelöljük a módszert, esetismertetést, köszönetnyilvánítást, lábjegyzeteket, kevésbé fontosnak ítélt szövegrészeket. Dőlt betűs (kurzív) kiemelések (szerzők nevei, ábrákra és táblázatokra való hivatkozások stb.) a kéziratban egyszer húzandók alá. Egyéb kiemelések nem alkalmazandók. — A tárca támogatására való hivatkozás mellőzendő. — A kézirat általában nem lehet több (mellékletekkel együtt) jellegétől függően 20 szab-

vány gépelt oldalnál, hacsak a Szerkesztőséggel nem történt előzetes megállapodás. — Tanácsoljuk a dolgozatokban szokásos tagolás betartását, ami a gondolatmenet és a logikai felépítés segítője, de ne alkalmazzunk decimális megjelölést. A tagolás nem jelenti feltétlenül az egyes alcímek (pl. Bevezetés stb.) való megjelölését. Az *expozióban* jelezzük a kérdésfeltevést, igen röviden a leglényegesebb szakirodalmi előzményeket és az addigi eredményeket. Az *anyag és módszer* alfejezet tartalmazza a vizsgálatokban szereplő betegek stb. kiválasztásának módját és kritériumait. A módszerek közül a standard módszerekre elegendő utalni, az újabb vagy általánosan nem ismerteket pedig oly mértékig jellemezni, hogy azok reprodukálhatók legyenek. Szükségtelen a dokumentáció, pl. boncolási jkv. stb. számának megadása. Tudományos adatgyűjtésre használt kérdőívet, adatlapot általában nem közlünk. Az eredmények között csak a lényeges és az eset(ek) vonatkozásában érdemi adatokat kell megadni. Az eredményeket lehetőleg számszerűen jellemezzék, táblázatokban, esetleg szemléletes ábrákban. Az adatok a dolgozatban csak egyszer szerepelhetnek: vagy a szövegben, vagy táblázatban, vagy ábrán, azok mindennemű ismétlése kerülendő! Szám adatokkal túlsúlyolt szövegek nehezen érthetőek, ezért helyesebb azok helyett szemléletes ábra megadása. Ahol szükséges, a szám adatok statisztikailag is elemzendők, de tegyenek különbséget a matematikai és biológiai szignifikancia között. A statisztikai értékeléshez a vizsgálatok, ill. vizsgálatok száma, a szélső értéke, átlag $\pm$ S. D. (szórás), vagy az átlag $\pm$ SEM (átlag hibája) közlendő. Százalékos értékeket soha ne közöljünk abszolút szám adatok nélkül, kis számokból pedig ne százalékoljunk (az „n” legyen minimálisan 50!) Ha az „n” 50-nél kisebb, akkor a számlálóban az előfordulás számát, a nevezőben pedig az össz abszolút számot adjuk meg. Az eredmények megjelölésénél a SI (Système International d’Unités) által előírt új mértékegységek mellett zárójelben feltétlenül adjuk meg a hagyományos értéket is! A *megbeszélés* csak akkor indokolt, ha a dolgozatban van diszkusszióra érdemes anyag. A megbeszélés feladata, hogy megerősítse a szakirodalmi adatok hasonló eredményeit, vitassa az eltéréseket, azok értelmezését, jelentőségét, de csak korlátozottan foglalkozhat hipotézisekkel. A dolgozat kivételesen és röviden kiegészíthető újabb információkkal: *Megjegyzés a korrek-túráról* jelzéssel.

9. Csak a leginformatívabb és legszükségesebb *ábrákat és táblázatokat* mellékeljük. A röntgenfelvételeket soha ne eredeti nagyságukban küldjük, hanem hasábszélességű papírkép formájában. Ha az ábra nehezen értelmezhető, helyes vonalas sémát mellékelni. *Színes ábrák, diafilmek nem alkalmasak közlésre.* A klisélevonat nem javítható! A táblázat- és ábramagyarázat külön lapon csatolandó a dolgozathoz. Táblázatok nem gépélendők a

dolgozat szövegébe. Az ábrák, táblázatok szövegükkel együtt legyenek érthetőek; külön-külön arab számokkal jelölendők. A táblázatokat is lássák el címmel. A szövegben könnyen elhelyezhető, kevés számadatból ne szerkesszenek táblázatokat.

10. *Irodalmi hivatkozások*: csak a valóban feldolgozott és feltétlenül szükséges cikkekre hivatkozzunk. A hivatkozások száma — a cikk jellegétől függően — legfeljebb 50 legyen, de ezt a számot is csak indokolt esetben lehet kimeríteni és csak előzetes megbeszélés esetén lehet ettől eltérni. Nem feltétlenül szükséges a témakörhöz tartozó minden magyar cikk említése az irodalmi hivatkozások között, csak amelyeknek az adott esetben sajátos jelentősége van. A szövegben az irodalmi adatnak csupán a bibliográfiában megjelölt sorszáma hivatkozzunk. Az irodalmi adatok tartalmazzák — lehetőleg alfabetikus sorrendben — a szerző(k) nevét, háromnál több szerző esetén azok nevét, a további társszerzőkét pedig „és mtsai” helyettesíti, a dolgozat címét (a megjelenés nyelvén), a megjelenés helyét (a folyóirat nemzetközi rövidítése), a megjelenés évszámát, a kötet számát, majd a kezdő oldalszámot. Ha a hivatkozás tárgya könyv: a szerző, ill. szerkesztő nevét, a könyv címét, kiadóját, a kiadás helyét, évszámát, oldalszámot. Az irodalomjegyzékben csak olyan hivatkozás szerepeljen, amelyre a szövegben konkrét utalás található; a forrásmunkákat külön bekezdéssel gépeljük.

11. A dolgozat *fogalmazása és írásmódja* legyen világos, egyértelmű, tömör, magyaros. Kerüljük a magyar orvosi szaknyelvet szennyező idegen — főleg angol — nyelvből feleslegesen átvett szavak, kifejezések használatát. Kivételt képeznek a már polgárjogot nyertek (pl. feedback, catgut stb.). Esetleg az idegen szót zárójelben adhatjuk meg. A fogalmazás ne legyen terjedelmes. Önkényes rövidítések nem alkalmazhatók. A dolgozatban *ismételten előforduló rövidítéseket összegyűjtve az első oldalon* — értelmezésükkel együtt — lábjegyzetben kérjük felsorolni. Nem alkalmazható rövidítés a címben és az összefoglalásban. Az *írásmód* tekintetében csak általános irányelvek adhatók: magyaros helyesírással csak a köznyelvben meghonosodott idegen (elsősorban latin—görög) szakkifejezések írhatók (pl. akut, krónikus, terápia, depresszió, asszociáció, termométer, drén, géz stb.), de e szavak hagyományos (etimológiai) írásmódját sem kifogásoljuk, ha a szerző dolgozatán belül az írásmódot egységesen és következetesen alkalmazza. A köznyelvben

nem használatos orvosi, szakmai kifejezések (anatómiai betegségek megjelölésére szolgáló stb.) fonetikus írásmódjára sem az illetékes szervek, sem a szerkesztőség nem tért át és azt nem is tervezi. A továbbiakban tehát az erőszakkal fonetikus írásmódú kéziratokat a szerzőknek javítás céljából vissza fogjuk juttatni. A hagyományos idegen szakkifejezések változhatnak a szövegben az azonos értelmű magyar szakkifejezésekkel — ha odaillo, megfelelő szakkifejezés van. Tudatában vagyunk annak, hogy a változtott ortográfiai elv alapján egyes szavak írásmódját más szerző különbözőképpen ítélti meg, ezért a teljes egységesség nem érhető el. Ugyanakkor ez az elv évtizedek óta szerzett tapasztalatunk szerint optimális. Generális fonetikus írásmód már csak azért sem fogadható el, mert az anatómiai-nosológiai terminológiában is a „generális fonetikus” elv érvényesítését követelné meg. — Az ortográfiai elvek minden rovatban, még a programokban is érvényesítendőek. Idegen nyelvű szöveg sem ábrákon, sem táblázatokon nem fogadható el. A mikroorganizmusok nevét a nemzetközi megállapodás szerint, a gyógyszereket kis kezdőbetűvel írják, kivéve a gyári készítményeket.

12. *Az el nem fogadott kéziratokat archívumunkban őrizzük meg és nem adjuk vissza.*

Egyéb tudnivalók:

— Az *Előzetes közlemény* a prioritás védelmét szolgálja, amíg az újként felismert tény csupán csekély anyagra támaszkodik:

— A *könyvismertetés* önálló írásmű, amely nem a recenziora kerülő mű fejezeteinek taxatív felsorolása, hanem az egész könyv lényegének kritikai ismertetése. A könyvismertetésre vonatkozó álláspontunkat az Orvosi Hetilap 1979. évi 120. évf. 1025. oldalán részletesen kifejtettük;

— A *folyóiratreferálók* vegyék figyelembe az Orvosi Hetilap profilját;

— *Horus* cikk esetén is kérünk irodalomjegyzéket;

— Nem engedhető meg a kéziratoknak egyidejűleg más magyar nyelvű folyóirathoz közlésre való benyújtása. Külföldi közlés szándéka esetén is hazai publikáció elsőbbségét tartjuk etikusnak. Elvárjuk, hogy az azonos tárgyú, azonos beteganyagot feldolgozó, de átfogalmazott cikkel lapunkhoz való benyújtását a Szerkesztőséggel előzetesen megbeszéljék;

— A szerkesztőségi feldolgozás során a kéziratban végzett javítások, ill. a szerző szövegének utólagos megváltoztatására ugyancsak a szerkesztőséggel való megbeszélés nyomán kerülhet sor.

„Nézd a búzakalászt, büszkén emelkedik az égnek,
Míg üres, és ha megért, földre konyítja fejét.
Kérkedik éretlen kincsével az iskolagyermek,
Míg a teljes eszű bölcs megalázza magát.”

Verseghy

MEGJELENT

MAGYAR SEBÉSZET

1989. 6. sz.

- Jakab Ferenc, Ráth Zoltán, Schmall Ferenc, Sugár István, Faller József:* Prognosztikai tényezők és kezelési taktika a májtályogok kezelésében
- Fazekas Tibor, Tódua F. L., Viljavin J. M., Bátorfi József:* Perforált, akut appendicitis után kialakult multiplex májtályog komputertomográfiával vezérelt drénezéssel gyógyított esete
- Halász László, Fibián Erzsébet, Darida Sarolta, Fülöp Balázs:* Emelő tiszták ambuláns kezelése vékonytű aspirációval
- Rozsás István, Rumi György, Orbán István, Szabolcsi Tivadar, Ferenczy József:* „Szelepes anastomosis” sorsa a gyomorszonkolás után
- Vörös Attila, Tóth Júlia, Kiss János, Szirányi Endre:* A percutan cervicalis pharyngostoma szerepe a nyelőcső nyaki szakaszán lévő tumorok palliatív kezelésében
- Bárány Imre, Liptószky József, Tóth Katalin:* A flegmnyúló daganatai
- Köves István, Wimos-Nagy István:* Sigmoid-diverticulosis szövdményei miatt ressectált beteg utóvizsgálata
- Köves István, Wimos-Nagy István:* A colo-rectalis daganatok ovarium metastasisáról
- Braun Sándor, Rónai László:* Malan-szindróma
- Turackóczy István, Szapponos Béla, Dragon Károly, Szigethy Imre:* Heterotópikus gyomornyálkahártya epehólyagban
- Meouch Hicham, Nagy Pál:* Invaginációs ileust okozó nyeltes lipoma a colon descendensben
- Rozsás István, Szabolcsi Tivadar, Seffer István, Ferenczy József, Hiegl Klára:* Roux-műtét és a nyelőcső-mombél közti ültetett „pótygyomor” funkcionális eredménye KAHYB sertésben
- Szerkesztőségi közlemény*

MAGYAR RADIOLÓGIA

1989. 6. sz.

- Károlyi Zoltán dr., Borszék Ilona dr., Galuska László dr., Németh Pál dr.:* A vese és húgyutak ábrázolódása a csontszcintigrammon — retrospektív tanulmány
- Barabás György dr., Horváth Katalin dr.:* A nyálmirigyek sialographiás és ultrahang vizsgálata
- Horváth Katalin dr., Hetényi András dr.:* Varicográfia
- Vargha Gyula dr., Takács Péter dr.:* Blow-out fractura radiológiai vonatkozásai
- Ésik Olga dr., Rajtár Mária dr.:* Áttételt utánzó szcintigráfias bordaelterés emlőrákos betegeknél
- Luzsa György dr.:* A saroktáji fájdalomak röntgenológiai elkülönítése
- Gyenes György dr., Pap Lilla dr.:* Sugárkezelés emlőmegtartásos műtétek után
- Kontra Gábor dr., Páztornyai Béla dr., Horváth Ákos dr., Kocsis Béla dr.:* A Neptun Kórházban elektronográfiás dozimetriai bemérése

TRANSZFÚZIÓ

1989. 4. sz.

- Joó-Szabados Teréz dr.:* Beszámoló a Vércellátó Hálózat 1988. évi működéséről. II. rész. A számok mögött: a hazai vércsoport-szerológia helyzete
- Rucz László dr., Ollár György dr.:* Békés megye vérellátásának, véradomozgalmának fejlődése
- Joó-Szabados Teréz dr., Friss Ágnes, Borbély Ágnes:* Gondolatok az 1989. január havi proficienciáért. I. rész. Ellenőrzés = biztonság a vércsoport-szerológiai munkában
- Friss Ágnes, Joó-Szabados Teréz dr., Borbély Ágnes:* Gondolatok az 1989. január havi proficienciáért. II. rész. Az ellenanyag-azonosítás elvi menete

MEDICINA THORACALIS

1989. 10. sz.

- Tengelyi Vilmos:* Gyermekpulmonológiai ellátás helyzete Pest megyében, különös tekintettel az asthma bronchiale
- Kozma Dezső:* Újabb ismereteink a pulmonalis mycobacteriosisról

- Pálffy Gyula:* A postresectio horgóspolya megelőzésének elvi és technikai lehetőségei
- Strausz János, Joachim Müller-Quernheim:* Gamma-interferon hatása az alveolaris macrophagok és a perifériás monocyták angiotensin-convertáló enzim termelésére és a többmagvú óriássejtek kialakulására
- Vadász Imre:* Farmakoterápia a dohányzásról leszokásban
- Juhász Erzsébet:* A perifúziós tüdőscintigrafia diagnosztikus értéke tüdőembóliában
- Kozma Dezső, Csizsér Eszter, Várlaki Judit, Krompecher Éva, Soltész Ibolya:* Primer pulmonális nocardiosis két előben diagnosztizált esete
- Major Tamás, Hordós Alajos, Szilágyi Ibolya:* Dohányzás — légúti tünetek légzésfunkció
- Hordós Alajos, Major Tamás, Szilágyi Ibolya:* Légúti tünetek és funkciók paraméterek változása chronicus bronchitissal gondozott betegekben

1990. 2. sz.

- Halász Péter dr.:* Az alvás élettani jelenségei
- Antal János dr.:* Alvási apnoe szindróma és annak kezelése

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1990. 1. sz.

- A cerebrovascularis kórképek diagnosztikája és terápiája (Módszertani levél.)
- Karádi Zoltán, Lénárd László, Hahn Zoltán, és Szabó Imre:* Észlelési és diszkriminációs tanulási zavarok Parkinson szindrómában
- Krútsay Miklós:* A luxol-válódó-kék-velőhüvelyfestés kombinálása egyéb festési eljárásokkal
- Papp Mátyás:* Multiszisztémás atrofia szindrómáinak (Parkinson szindróma, olivo-ponto-cerebellaris atrofia, Shy-Drager szindróma), nozológiai egységeről új neuropatológiai megfigyelések alapján

MEDICUS UNIVERSALIS

1990. 1. sz.

- Konrád Katalin dr., Tátrai Tihomér dr., Hunka Anikó dr., Németh Mária dr., Korondi István dr.:* A de-rektájás gyakorisága egészséges ipari dolgozók körében
- Rényi-Vámos Ferenc dr., Frang Dezső dr.:* A heveny veselégtelenség néhány, a gyakorló orvost érdeklő kérdése
- Ugocsai Gyula dr.:* A szeptikus sokk elhárítása
- Pető Zoltán dr.:* „Bálint-csoportok” szerepe az általános orvosok továbbképzésében
- Farkas Márta dr., Sörös Gyöngyi dr.:* A Catell-teszt kísérleti alkalmazása a körzeti orvosi gyakorlatban
- Gorka Tivadar dr.:* „Végső” gondozás
- Lomb Dénes dr.:* A gondozás egyszerű nyilvántartása
- Mercz László dr.:* A prostatitis korszerű diagnosztikájának jelentősége az általános orvosi gyakorlatban
- Kósa Ferenc dr., Szendrői Júlia dr.:* A körzeti orvosi dokumentáció az igazságügyi orvosszakértői véleményezések tapasztalatai alapján
- Schnabel Róbert dr.:* A máj és az immunrendszer
- Szigethy András dr.:* Szuszpenziós orális metronidazol-terápia vaginális trichomoniasisban
- Tényi Jenő dr.:* Család és egészség, család és betegség
- Szabóné Vajda Mária:* Teammunka a családi orvoslásban
- Fodor Miklós dr.:* A rizikó elleni küzdelem a családban
- Stéger Miklós dr.:* Háziorvoslás és körzeti orvosi gyakorlat
- Nagy Gábor dr.:* A paracetamol

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1990. 1. sz.

- Lampé László professzor 60 éves*
- Batár István dr., Leskő Tibor dr.:* Tíz éves klinikai tapasztalatok Szontágh-IUD-vel I. Az eltávolítás főbb okainak értékelése
- Székely Péter dr., Kovács Judit dr., Borsos Antal dr.:* A nem erkölcs elleni bűncselekmények gyermekgyógyászati tanulságai
- Lampé László dr.:* Törékvések a szervek és funkciók megőrzésére, kíméletére a nőgyógyászati onkológiában

- Csaba Imre dr.:* Megnyitó
- László János dr., Mészáros Klára dr., Molnár Miklós dr., Hajdú Krisztina dr.:* Az anyai se-AFP-szűrés jelenlegi helyzete Budapesten
- Papp Zoltán dr.:* Az anyai szérum-AFP- és ultrahangvizsgálaton alapuló szűrés alkalmazása a fejlődési rendellenességek intrauterin felismerésében
- Czeizel Endre dr., Susznszky Éva:* A velőcsőzárdási rendellenességgel született gyermekek számának alakulása Magyarországon az anyai se-AFP-szűrés bevezetése óta a VRONYI tükrében
- Arany Antal dr., Veszprémi Béla dr., Pejtsik Béla dr., Németh Árpád dr., Csaba Imre dr.:* Magas anyai se-AFP esetén végzett ultrahang- és magzatvízvizsgálatok során szerzett tapasztalataink
- Veszprémi Antal dr., Arany Béla dr., Pejtsik Béla dr., Németh Árpád dr., Csaba Imre dr.:* Magas anyai se-AFP szint mellett velőcsőzárdási rendellenességgel nem szövődött terhességek kimenetele
- Pejtsik Béla dr., Pácsa Sándor dr., Kóbor József dr., Hadnagy János dr.:* Baranya megyében végzett anyai szérum alfa-fetoprotein meghatározások tapasztalatai
- Berbi István dr., Németh János dr., Szabó István dr., Fedák László dr., Csabay László dr., Silhavy Mihály dr.:* A terhések nefroszonográfiás vizsgálatának értéke
- Rigó János dr. jr., Paulin Ferenc dr., Csapó Zsolt dr., Ádám Zsolt dr.:* Normotoniás terhések noninvaszív 24 órás vérnyomásmérésének eredményei
- Nagy Bálint dr., Gimes Rezső dr., Inovay János dr., Szendei György dr., Pulay Tamás dr., Czuppon Ádám dr.:* Spermaantitestek kimutatása donor inszeminált nőknél
- Perkedi György dr., Rákóczi István dr., Demeter János dr., Juhász György dr., Gáti István dr.:* Spermaantitestek okozta meddőség kezelésére irányuló törekvések

EGÉSZSÉGNEVELÉS

1990. 1. sz.

- Ilona Kickbusch, Stephen Hatch:* Új irányt vesz az egészségügyi ellátás?
- Leikes Miklós dr., Vedres István dr., Szél György dr., Oszlár Julianna:* Az AIDS-szel kapcsolatos ismeretek és az iskolázottság — két, USA-ban történt felmérés eredményének összehasonlítása
- Bálint Terézia dr., Tóth Tibor dr.:* Rizikófaktorok vizsgálata a győri Széchenyi István Közlekedési és Távközlési Műszaki Főiskola dolgozói között — különös tekintettel a lipidokra
- Szántai Imre dr.:* Az egészségmegőrzési program célkitűzéseinek visszatükröződése az orvosok tudatvilágában
- Püzesi Zsuzsanna, Tisztán László, Tahin Tamás:* Egészségesnek maradni: lehetőség vagy utópia?
- Csoka Mária:* Egészségnevelők konferenciája Szegeden 1989. május 19–20.
- Kolozsi Béla dr.:* A drog megelőzés társadalmi és egészségügyi vetületei

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1990. 1. sz.

- Tözsér József, Hamvas Anikó, Rády Péter, Kertai Pál, Elődi Pál:* Plazminogén aktivátor és plazminszér amidolitikus aktivitás patkányok kísérletes tumorában
- Bognár Zoltán, Török Attila, Csaba Imre:* In vitro fertilizációs kezelés céljából indukált superovulációs ciklusban fejlődött preovulációs és cisztikus degenerált tüszők hormonmennyiségének különbségei
- Paksy Katalin, Varga Bertalan, Folly Gábor:* A kadmi-um késői hatása az ivari ciklusra, az ovulációra, a petefészek progeszteron és 17 beta-ösztadiol szekréciójára patkányokban
- Ángyán Lajos:* Nyúlvelői hatások az agyi elektromos öngerjesztésre
- Anderlik Piroška, Szeri Ilona, Bános Zsuzsanna, Barna Zsuzsanna:* Stressz-hatást követő bakteriális transzlokáció fiatal és öreg egerekben
- Takács Katalin, Gyódi Éva, Horuszkó Anatolij, Földi János, Poros Anna, Petrányi Győző:* DNS-szintű HLA-típusozás alkalmazása csontvelő-átültetés esetén
- Kalabay László, Jakab Lajos, Cseh Károly, Pozsonyi Teréz, Jakab László, Kocsis György:* Alfa-2-Hs glycoprotein izolálása és szérumszintjének vizsgálata systemas lupus erythematosusban

Dóbi István, Kékési Violetta: Adenin nukleozidok (adenozin és inozin) hatása a mesenterialis keringésre, kután

Szabados Márton: Mielomás betegek vizelet fehérjéinek vizsgálata Na-dodecilszulfátos poliakrilamid gélelektroforézissel

Gábor Miklós, Rácz Zsolt: Benzopiron-származékok hatása patkányokon, az egyidejűleg előfordított krotinológus fül- és karragenin talp-ödémára

Veszely Gizella, Szabadosné Németh Mária, Rajnavölgyi Éva, Inzelt-Kovács Marianna, Bánkúti Irén, Zsidai József: Monoklonális anti-B vércsoport-meghatározó reagens kifejlesztése és jellemzése

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1990. 1. sz.

Ágfalvi Rózsa dr., Darvas Sarolta dr., Bodánszky Hedvig dr., Gács Gábor dr., Czappán Pirok dr., Rótfalusi Tünde dr.: Kis súlyú újszülöttek longitudinális fejlődésbiológiai vizsgálata

Czeizel Endre dr., Kovács Márta: A diaphragma-rendellenességek osztályozása és gyakorisága

Szabó Mária dr., Veress Lajos dr., Teichmann Farkas dr., Münnich Ákos dr., Huszka Mariann dr., Papp Zoltán dr.: A magzatvíz mikrovillaris enzimjeinek aktivitása egyes fejlődési rendellenességekben

Farkas Viktor dr., Kohlhuber Ottó dr., Benninger C. dr., Matthis P. dr., Scheffner D. dr.: Longitudinális EEG-alaptevékenység vizsgálata gyermekkor epilepsziában

Szabó Imre dr., Kalmár Ágnes dr., Maródi László dr., Karmazsin László dr.: A neutrofil granulocyták oxigén-dependens killing folyamatai a respirációs burst aktiválódása

Vu Dien Bien dr., Kempler Pál dr., Balogh Zsolt dr., Gyenes Gábor dr., Újfalussy Ilona dr., László Zoltán dr., Littmann László dr.: Van-e összefüggés a juvenilis rheumatoid arthritis kezelésében alkalmazott gyógyszerek és a cardiológiai eltérések között

Kelemen József dr., Cserháti Endre dr., Barouni Ibrahim dr., Gegesi Kiss Anna dr., Puskás Júlia dr.: A fizikai terhelés által indukált brochospasmus változása 3 éves immunterápia után

Barna Györgyi dr., Besz Zsuzsa dr., Buzogány Mária dr., Galambos Erzsébet dr., Gondos Mária dr.,

Pasztorak Erzsébet dr., Csordás Jenő dr.: A tesztoszteronszint változásai az újszülöttkorban

Szabó Teréz dr., Oroszlán György dr., Vámos Jolán dr., Pintér Sándor dr., Dvorácsék Éva dr.: Coeruloplasmin-aktivitás érett újszülöttek és koraszülöttek szérumban

Peja Márta dr., Velkey László dr.: Fejlesztő rehabilitáció speciális óvodai csoportban

Kálmánchey Rozália dr., Mészai Ernő dr., Skripeczki Katalin dr., Farkas Zsolt dr.: Agytörzsi acusticus kiváltott potenciál (BAEP) vizsgálat értéke gyermekkor vertigókban

Davidovics Sándor dr., Pintér András dr., Schäfer József dr.: Halmozott fejlődési rendellenesség (omhalocele, vastagbélataresia és segmentalis stenosis, anorectalis, agenesis, urológia anomáliák) újszülöttnél

Halász Gabriella dr., Kovács Ferenc dr., Beji-Szabó Gyöngyvér dr.: Színlét tünetek fiatal lányban: súlyos látásromlás és vesekövesség

Hock András dr., Szemlédy Ferenc dr., Török Zoltán dr.: Kutyaharapás okozta skalpolás

Dávid Anna dr., Kégl Eszter dr., Rudnai Péter dr., Sárkány Endre dr., Kertész Magdolna dr.: Van-e összefüggés Dorogon a levegőszennyezettség mértéke és a gyermekek légúti megbetegedések aránya között?

Nagy Kálmán dr., Kassay László dr., Velkey László dr.: Napi egy adagban adott glükokortikoid kezelés hatása HPA funkcióra juvenilis rheumatoid arthritises betegségben

Polgár Veronika dr., Major László dr.: 14/22 transzlokáció és autoszóma polimorfizmus három generációban

Czineczek M. dr.: Tubulointerstitialis nephritis és uveitis (TINU) szindróma egy 12 éves fiúban

MAGYAR SEBÉSZET

1990. 1. sz.

Keresztury Gábor, Mátyás Lajos: 175 embolectomia eredményei morbiditást és mortalitást meghatározó tényezők

Ezer Péter, Takátsy Zoltán, Tihanyi Miklós: A kőnélküli epehólyaggyulladás sebészeti vonatkozásai

Popovits József, Freilgy Géza, Szabó Gábor, Orbán Lajos: Epemütet követő pancreatitis eseteinek elemzése

Krasznay Péter, Czenkár Béla: A sülyesztett anastomosisról 64 eset kapcsán

Illényi László, Gecser Gábor, Kiss Tibor, Grexa Erzsébet: A deferento-vesiculographia szerepe a végbél-rák helyi kiterjedésének megítélésében

Schultheisz Ferenc, Snumpf János, Faludi Sándor, Szentpétery Félix, Láng István, Somogyi András: Első tapasztalataink az ano-rectalis carcinoma praecooperativ sugárkezeléséről

Késmárky József, Juan Carlos Crespo, Kuti Lajos: Malig-nus eredetű gastrocolicus fistula. 3 eset ismertetése

Braun Sándor, Rónai László, Schönfeld János: Késői postoperatív aorto-duodenalis sipoly

Sarkadi Gábor, Ereiff Samir, Tiba Imre: Akut hasi, katasztrófát okozó nagyceplep-sz-leiomysarcoma

Antal András, Kenéz Éva: A vastag- és végbél subileust okozó multiplex rákja

TRANSZFÚZIÓ

1990. 1. sz.

Zdenek Jezek dr.: Az egészségügyi dolgozók és az AIDS

Harsányi Veronika dr.: Vérkészítmények besugárzása

D. Tóth Ferenc dr., Szabó Béla dr.: Retrovirusok és oncogének szerepe a myelo- és lymphoproliferatív kórképek etiopathogenesisében

István Lajos dr.: Haemophilii symposium (Hamburg, 1988. november 4-5.)

Rácz Zoltán dr.: Egy — és többrészes műanyagcsákcs rendszerek felhasználási szempontjai a vérkészítmény gyártásban

Harsányi Veronika dr., Lajos Judit dr.: Beszámoló a Nemzetközi Haematológiai Társaság — Jeruzsálemben 1989. szeptember 3-8 között megrendezett — X. kongresszusáról

Nika Mária dr.: Yersinia enterocolitica okozta poszt-transzfúziós fertőzési szövődmény esete (folyóirat referátum)

Nika Mária dr.: A májátültetés és a vértranszfúzió kérdése (folyóirat referátum)

Harsányi Veronika dr.: A PVC vérszakokról. A haladás ára? (folyóirat referátum)

KLION—D 100

hüvelytabletta — mT 160 — Antiprotozoica topica

Hatóanyag: 100 mg metronidazolom és 100 mg miconazolom nitricum hüvelytablettánként.

Hatás: A metronidazol a trichomoniasis lokálisan és orálisan alkalmazható gyógyszere. A mikonazol-nitrát hatásos antimikotikum, amely elsősorban a dermatophytákra és a candidákra hat, továbbá erősen bakteriosztatikus egyes Gram-pozitív coccusokra és baktériumokra helyi kezelésben. A gyógyszer-kombináció lokális alkalmazásának célja a trichomoniasis helyi kezelése, valamint a metronidazol-kezelés után gyakran manifesztálódó hüvelyi mikózis megelőzése. Alkalmazható önállóan fellépő hüvelyi mikózisok kezelésére is.

Javallatok: Hüvelyi trichomonas- és/vagy gombafertőzés lokális kezelése.

Ellenjavallat: A terhesség első 3 hónapja.

Alkalmazása: Trichomonas-fertőzés esetén 10 napon keresztül naponta egyszer (este lefekvés előtt) 1 megnedvesített Klion—D 100 tablettát kell mélyen a hüvelybe helyezni. Ugyanezen 10 napon keresztül napi 2x1 Klion tablettát po. (reggel és este) étkezés közben vagy után, szétrágás nélkül szedendő.

Az egyidejű po. Klion tabl.-kezelés a férfi szexuális partnernek is célszerű.

A kezelés eredménytelensége esetén a 10 napos kúra megismételhető.

Candidafertőzés esetén napi 1 hüvelytabletta megnedvesítve mélyen a hüvelybe helyezve 10 napon át (este lefekvés előtt).

Mellékhatás: Klion tabl. po. kezeléssel együtt alkalmazva metronidazol mellékhatások: fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

Klion tabl. po. szedése esetén (mivel a Klion, mint nitroderivatum — enyhe leukopeniát okozhat), főként az ismételt kúra esetén ajánlatos a vörkép ellenőrzése.

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható:

— kumarin származékokkal (erősödő antikoaguláns hatás).

Figyelmeztetés: Klion-kúra alatt az alkohol fogyasztása tilos, a beteg ne éljen nemi életet.

Eredménytelen kezelés esetén egyéb trichomonacid és/vagy fungicid szisztémás terápiára kell áttérni!

Csomagolás: 10 db hüvelytabletta.

A Szociális és Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Január hónapban az ország járványügyi helyzete összességében igen kedvezően alakult.

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek közül a salmonellosis és a shigellosis bejelentések száma kevesebb volt az előző hónapnál. E betegségek helyzetének kedvező megítélését támasztja alá, hogy korábbi, hosszabb időszakok január hónapjánál is kevesebb volt a megbetegedések száma.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek csak igen mérsékelten szaporodtak az előző hónaphoz viszonyítva. E csoporton belül legkedvezőbbnek a rubeola alakulása ítéltető: a megbetegedések száma csupán egyharmadát tette ki a tavalyinak, ill. az 1984–88. évi január havi mediánnak.

Az idegrendszeri fertőző betegségek előfordulása nem tért el az ilyenkor megszokottól.

Említésre érdemes, hogy tárgy hónapban 4 importált malária megbetegedést diagnosztizáltak. Ez szokatlan nagyszámú előfordulás, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy 1989-ben egész évben 7 esetet diagnosztizáltunk.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)

1989. Január hó

Betegség	Január			Jan. 1.—Jan. 31.		
	1990.	1989.	Me- dian 1984 — 1988	1990.	1989.	Me- dian 1984 — 1988
Typhus abdominalis	—	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	544	746	553	544	746	553
Shigellosis	75	91	·	75	91	·
Amoebiasis	5	6	·	5	6	·
Dysenteria (Shig. + amoeb.)	80	97	137	80	97	137
Dyspepsia coli	30	40	23	30	40	23
Hepatitis inf.	354	257	380	354	257	380
AIDS	—	1	·	—	1	·
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	1	1	1	1	1	1
Scarlatina	510	1210	834	510	1210	834
Morbilli	20	1578	7	20	1578	7
Rubeola	387	1265	1119	387	1265	1119
Parotitis epid.	2511	2124	4052	2511	2124	4052
Mononucleosis inf.	91	63	57	91	63	57
Keratoconj. epid.	34	2	3	34	2	3
Meningitis epid.	7	7	5	7	7	5
Meningitis serosa	21	19	26	21	19	26
Kullancsenceph.	4	1	·	4	1	·
Egyéb enc. inf.	10	9	·	10	9	·
Encephalitis inf.	14	10	15	14	10	15
(KE + egyéb enc. i.)						
Staphylococcosis	7	10	12	7	10	12
Malaria*	4	—	—	4	—	—
Tetanus	—	—	1	—	—	—
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	1	1	—	1	1
Leptospirosis	1	1	4	1	1	4
Ornithosis	—	—	—	—	—	—
Q-láz	—	—	—	—	—	—
Tularemia	8	9	1	8	9	1
Taeniasis	2	5	3	2	5	3
Toxoplasmosis	21	10	22	21	10	22
Trichinellosis	—	1	—	—	1	—

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

„Csak úgy tudhatom meg az emberek igazi nézeteit, ha inkább arra figyelek, amit tesznek, mint arra, amit beszélnek. Nemcsak azért, mert erkölcsünk romlottsága miatt kevés ember van, aki mindent meg akar mondani, amit hisz, hanem azért is, mert sokan maguk sem tudják, mit hisznek.”

DESCARTES

HUNESLAB Kft.

Konica



SHIMADZU

röntgengépeinek magyarországi és esetenként ausztriai szervizelésére keres
röntgentechnikust.

Követelmények:

Legalább 5 éves, a röntgenkészülékek szervizelése területén szerzett szakmai gyakorlat.

Német-angol nyelvismeret

Jogosítvány

Biztosítunk:

Átlagon felüli jövedelmet és mindazokat a juttatásokat, amelyet egy nemzetközi konszern nyújtani tud.

Jelentkezés:

HUNESLAB Kft, 1075 Budapest, Madách tér 2.

Telefon: 122—2683

Az Országos Közegészségügyi Intézet tájékoztatója

Hazánkban 1988. december 31-ig 4151, 1987-ben született és 1989. március 31-ig 3777 1988-ban született, rendellenességgel sújtott újszülöttet és csecsemőt jelentettek. Ez — 1000 szülésre számolva — 1987-ben 32,88%-os, 1988-ban pedig 30,19%-os veleszületett rendellenességgel sújtott újszülött-csecsemő gyakoriságot jelent. Ha figyelembe vesszük az előfordulási gyakoriságra vonatkozó elméleti számítások értékét, miszerint egyéves korig az újszülött-csecsemők mintegy 60%-ánál várható veleszületett rendellenesség(ek) kórimézése (ebben a minor anomáliák nem szerepelnek), akkor a fenti értékek igen alacsonynak tekinthetők. Ez 1987-re vonatkozóan 54,8%-os, 1988-ra pedig mindössze 50,32%-os bejelentési teljességet jelent. A csökkenő gyakoriságok hátterében sajnos nem a terhesség alatti magzati vizsgálatok során felismert rendellenes utódok születésének a megelőzése vagy egyéb preventív beavatkozások állnak. Egyfelől ezek csak néhány rendellenesség csoportnál (pl. velőcsőzáródási rendellenességek vagy Down-kór) érvényesíthetők, másrészt ezek hatásfoka sem kielégítő.

A veleszületett rendellenességek előfordulási gyakoriságának területi megoszlása hívja fel figyelmünket a bejelentési teljesség %-os csökkenése mögött rejlő tényleges okra, melyet az orvosi munka színvonalának (diagnosztikai készség, bejelentési fegyelem) ingadozásában, ill. romlásában látunk. Térképünk szemléletesen ábrázolja, hogy a legmagasabb színvonalú orvosi ellátásról tanúságot tevő területi egységekben (pl. Győr-Sopron és Veszprém megye) a bejelentett veleszületett rendellenesség gyakoriság megközelíti a várt 60%-os értéket, míg bizonyos területi egységekben az összgyakoriság 20–25% közt mozog (Tolna, Pest megye). Öröndetes azonban, hogy az 1988. évi előzetes adatok alapján Nógrád és Fejér megye is a legjobban jelentő területek közé sorolható.

Táblázatunkban közöljük a veleszületett rendellenességszempontokba tartozó esetek számát és születéskori gyakoriságát az 1987. évi végleges és az 1988. évi előzetes adatok alapján.



ábra: A veleszületett rendellenességek gyakoriságának területi megoszlása Magyarországon az 1987-es bejelentések alapján

BNO kódszám szerinti VR	1987 évi végleges szám	%	1988 évi előzetes szám	%
740. Koponyahiány	28	0,22	22	0,17
741. 742. 0 Nyitott gerinc, Agysér	109	0,86	92	0,73
742. 1 Kisfejség	6	0,04	7	0,05
742. 3 Vízfejűség	34	0,26	41	0,32
742. 2. 4–9 Idegrendszer egyéb rend.	7	0,05	7	0,05
743. 3 Szürkehályog és lencse rend.	4	0,03	3	0,02
743. 0–2, 4–9 Szem egyéb rend.	19	0,15	8	0,06
744. Fül, arc és nyak rendellenességek	52	0,41	62	0,49
745. 746 Szív rend.	388	3,07	471	3,76
747. Érrendszeri rend.	119	0,94	96	0,76
748. Légzőszervek rend.	14	0,11	13	0,10
749. 0 Farkastörök	42	0,33	39	0,31
749. 1–2 Nyúlajak, Farkastörök	110	0,87	107	0,85
749. 6 Robin anom.	7	0,05	8	0,06
750. 3–4 Nyelőső rend.	22	0,17	19	0,15
750. 5 Gyomorkimenet szűkület	43	0,34	22	0,17
750. 0–2, 6–9 Felső emésztőtraktus rend.	7	0,05	4	0,03
751. 2 Vastagbél rend.	31	0,24	19	0,15
751. 3 Vastagbél tágulat	3	0,02	4	0,03
751. 0–1, 4–9 Béltraktus máj, hasnyálmirigy rend.	18	0,14	30	0,23
752. 5 Rejtett heréjűség	208	1,64	224	1,79
752. 6 Húgycső rend.	239	1,89	278	2,22
752. 0–4, 7–9 Nemi szervek rendellenességei	201	1,59	216	1,72
753. 0 Húgyzervek rend.	92	0,72	50	0,39
754. 3 Csipőficam	513	4,06	511	4,08
754. 5–7 Lábtartási rend.	204	1,61	223	1,78
755. 0–1 Sokujjúság, összenőtt ujjak	148	1,17	146	1,16
755. 2–4 Végtag redukció	41	0,32	52	0,41
754. 1–2, 7–8 Csontváz és izomrendszer deformációja	49	0,38	45	0,35
754. 4, 755. 5–9 Egyéb végtag rendellenességek	9	0,07	9	0,07
756. 6 Rekeszizom rend.	23	0,18	24	0,19
756. 7 Nyitott hasfal	28	0,22	26	0,23
757. Kültakarók rend.	70	0,55	99	0,79
758. Down szindróma	102	0,80	67	0,53
758. 1–9 Kromoszóma rend	9	0,07	7	0,05
759. 0–2 Lép és endokrin szervek rendellenességei	7	0,05	6	0,04
759. 3–4	2	0,01	4	0,03
759. 6 Hamartoma	2	0,01	2	0,01
Monogen ártalmak	56	0,44	33	0,26
Teratogen ártalmak	19	0,15	8	0,06
759. 7 Multiplex fejlődési rendellenességek	229	1,81	113	0,90
759. 8 Egyéb megnev. rend.	19	0,15	7	0,05
759. 9 Nem azonosított rendellenességek	1	0,00	23	0,18
228. 229. 238 Veleszületett daganatok	156	1,23	124	0,99
550. Lágyéksér	576	4,56	318	2,54
553. 1 Koldóksér	85	0,67	88	0,70
összesen	4151	32,88	3777	30,19

A rendellenesség gyakoriságokban szezonális nem tapasztalható. A VRONY 1987. évi végleges ill. az 1988. évi előzetes adatairól részleges jelentést is készítünk, melyet az illetékes szerveknek ill. az érdeklődőknek megküldünk.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(102/b)

Az Igazságügyi Minisztérium Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság Egészségügyi Osztály vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtönben megüresedett fogorvosi állás betöltésére.

Illetmény: 14—17 00,— Ft között, szolgálati időtől függően.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani.

Személyes informálódás a 1314-514 telefonon lehetséges.

Dr. Tóth Kovács János bv. o. ezds.
osztályvezető

(108)

A Fővárosi Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1089 Bp., Üllői út 86.) pályázatot hirdet az újonnan kialakításra kerülő 10 ágyas szemészeti osztály osztályvezető főorvosi állására. A kinevezés határozott időre szól, az illetmény a szakmai gyakorlati idő figyelembevételével kerül megállapításra.

Az osztályvezető feladatát képezi az osztály és az integrált szemészeti szakrendelés irányítása.

Pályázati feltétel: szemész szakorvosi képesítés és 10 éves klinikai szakorvosi gyakorlat.

A pályázónak meg kell felelnie az osztályvezető főorvosokkal szemben támasztott intézeti követelményrendszerben foglaltaknak. (Megtekinthető a Személyzeti és Oktatási Osztályon.) A pályázat elbírálásánál előnyben részesül a gyermekszemészeti szakgyakorlattal rendelkező pályázó.

A pályázatokat a 7/1987. (VI. 30.) Eü. M. sz. rendelet 1. sz. mellékletében foglaltak szerint a megjelenést követő 30 napon belül az intézet főigazgató-főorvosához kell benyújtani.

Dr. Gorács Gyula
c. egyetemi tanár
főigazgató-főorvos

(109)

A Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet (Zirc, József Attila u. 17.) pályázatot hirdet a sebészeti osztályon megüresedett szakorvosi állásra.

A pályázatra szakorvosok, vagy szakvizsgálóhoz közel álló orvosok jelentkezését várjuk. Kiemelt bérezést, valamint lakást biztosítunk.

A pályázatot az igazgató-főorvoshoz kérjük benyújtani.

Dr. Benke Attila
kórházigazgató-főorvos

NORCURON® injekció

(4 mg vecuronium
bromatum, liofilizált)



Rövid hatástartalmú, nem depolarizáló izomrelaxáns. Kizárólag intravénásan alkalmazható! Általános anesztéziában kb. 15—30 percig tartó vázizomzat-ellazítást eredményez. Hatása atropin és neosztigmin kombinációjával, vagy galantammal biztonságosan felfüggeszthető. Egyéni túlérzékenység és terhesség esetén, valamint újszülötteknek és gyermekeknek nem adható! Csak lélegeztető berendezéssel felszerelt sebészeti osztályokon alkalmazható a **frissen elkészített** injekciós oldat.

Organon Teknika cég licence alapján gyártja:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannis 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., Nádor u. 32. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/123, 151

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

Széchenyi Nyomda, Győr 90.12072 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030—6002

[®]KREON

kapszula

ENZYMES DIGESTIVAE

A [®]Kreon kapszulában 1-2 mm átmérőjű pancreatin granulátumok vannak, melyek enteroszolvens bevónata védelmet nyújt a gyomornedv inaktíváló hatásával szemben. A granulátumok magas aciditás esetén is legalább két órán át ellenállnak a gyomornedvnek. A vékonybél alkalikusabb pH-ján az enteroszolvens bevontaú granulátumok gyorsan feloldódnak és az enzimek felszabadulnak.

HATÓANYAG: Sertés pancreászból előállított 300 mg pancreatinum gyomorsav rezisztens pellettekben (8000 lipase, 9000 amylase és 450 protease F.I.P. egységben) kapszulánként.

JAVALLATOK: Exocrin pancreas elégtelenség, krónikus pancreatitis, gyomor- és hasnyálmirigy műtétek utáni enzimpótlás, cisztás fibrosis.

ELLENJAVALLATOK: Hatóanyag iránti túlérzékenység. Acut pancreatitis.

ADAGOLÁS: A szokásos napi 3-5x1 kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Felnőtteknek szükség esetén a napi adag 6-12 kapszuláig emelhető. Kisgyermekeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK: Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

MEGJEGYZÉS: *Csak vénre adható ki egyszeri alkalommal. Mucoviscidosisban szenvedő gyermekeknek a gondozó központok szakorvosa térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS: 20 kapszula

ELŐÁLLÍTJA: Chinoin Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. Budapest

Kali-Chermie Pharma GMBH, Hannover (NSZK licenc alapján).

CHINOIN BUDAPEST 

NITROMINT[®] aeroszol

koszorúér-tágító

A nitroglycerin az érfal simaizomzatára hatva tágítja a perifériás vénákat és artériákat, a koronáriaereket, ezáltal csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szív munkáját, csökkenti az oxigénigényt, javítja a koronária-keringést, csökkenti a szívizom oxigénellátását. Hatására javul a szívizom oxigénellátása, nő a terhelési tolerancia. A szívműködésre juttatott nitroglycerin gyorsan felhatol, hatására 1–2 percen belül jelentkezik.

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLATOK:

Organikus nitrátokkal szembeni túlérzékenység, szűkzúgú glaukoma, súlyos hipotónia, emelkedett koponyaűri nyomással járó folyamatok (agyvérzés, agysérülés). Kardiogén sokk, anémia.

ADAGOLÁS

Az adagoláshoz 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 SZABADI!

MELLÉKHATÁSOK

A szájbán átmenetileg enyhe égő érzés, fejbén lüktetés, arckipirulás, fejfájás, szédülés, palpitáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagoláskor ritkán cianózis és methemoglobinémia előfordulhatnak.

GYÓGYSZERKÖLCSSŰNHATÁSOK

Óvatosan adható:
antihipertenzívumokkal, triciklusos antidepresszánsokkal, (hipotenzio 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 — egyéni mértékben meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy bal-eseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke. Alkalmazásának ideje alatt alkohol fogyasztása tilos! Alkalmazásakor a palackot függőlegesen, szórófejjel felfelé kell tartani.

Tűz- és robbanásveszélyes!

Fénytől, sugárzó hőtől védve, hűvös helyen tartandó! Dohányzás és nyílt láng mellett alkalmazni, illetve tárolni tilos!

Az üres palackot tűzbe dobni nem szabad!

MEGJEGYZÉS

✚ ✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal a társadalombiztosítás támogatásával. Vény nélkül fogyasztói áron is kiadható.

CSOMAGOLÁS

1 palack (10 g).



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 25. SZÁM 1341–1396. OLDAL

BUDAPEST, 1990. JÚNIUS 24.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

KREON®

kapszula

ENZYMES DIGESTIVAE

A Kreon kapszulában 1-2 mm átmérőjű pancreatin granulátumok vannak, melyek enteroszolvens bevónata védelmet nyújt a gyomornedv inaktíváló hatásával szemben. A granulátumok magas aciditás esetén is legalább két órán át ellenállnak a gyomornedvnek. A vékonybél alkalikusabb pH-ján az enteroszolvens bevontaú granulátumok gyorsan feloldódnak és az enzimek felszabadulnak.

HATÓANYAG: Sertés pancreászból előállított 300 mg pancreatinum gyomorsav rezisztens pellettekben (8000 lipase, 9000 amylase és 450 protease F.I.P. egységben) kapszulánként.

JAVALLATOK: Exocrin pancreas elégtelenség, krónikus pancreatitis, gyomor- és hasnyálmirigy műtétek utáni enzimpótlás, cisztás fibrosis.

ELLENJAVALLATOK: Hatóanyag iránti túlérzékenység. Acut pancreatitis.

ADAGOLÁS: A szokásos napi 3-5x1 kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Feinőtteknek szükség esetén a napi adag 6-12 kapszuláig emelhető. Kisgyermeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK: Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Mucoviscidosisban szenvedő gyermekeknek a gondozó központok szakorvosa térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS: 20 kapszula

ELŐÁLLÍTJA: Chinoin Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. Budapest

Kali-Chermie Pharma GMBH, Hannover (NSZK licenc alapján).

CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Főszerkesztő:

FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:

KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Tanácsadó testület:

De Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:

Btage Zsuzsanna dr., Farsang Csaba dr., Giacinto Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fmts), Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

131. ÉVFOLYAM

*

25. SZÁM

*

1990. JÚNIUS 24.

TARTALOMJEGYZÉK

Iffy László dr., Apuzzio Joseph dr., Glista Barbara dr., Adhate Arun, Hopp László dr. és Josimovich John dr.:

A perinatális halálozási statisztikák újabb alakulása New Jersey szülészeti központjának anyagában.... 1343

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Szabó Teréz dr., Oroszlán György dr., Ulveczky Erzsébet dr., Csáthy László dr. és Kassay Zsuzsa dr.:

Szérum cortisol és coeruleoplasmin meghatározások intrauterin retardált újszülöttekben 1351

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Csanádi Zoltán dr., Szász Károly dr., Somfay Attila dr., Horváth László dr.:

A terhelésre kialakuló septalis Q hullám változások jelentősége a ramus descendens anterior proximalis stenosisának felismerésében..... 1357

ÚJABB MŰTÉTI ELJÁRÁSOK

Flautner Lajos dr., Harsányi László dr., Winternitz Tamás dr. és Horányi János dr.:

Lépcysta eltávolítása kapocsvarrógéppel végzett részleges léprezekcióval 1363

KAZUISZTIKA

Debreceni László dr., Dénes László dr., Molnár József dr., Hegedűs Géza dr. és Csete Béla dr.:

Virushepatitis képeben megjelenő ductus hepaticus adenocarcinoma (Klatskin tumor) 1367

Gábor Zsuzsa dr., Back Frigyes dr. és Csiffáry Dezső dr.:

Kétszakaszos léruptura kapcsán észlelt peliosis lienis 1371

Folyóiratreferátumok 1375

Levelek a Szerkesztőhöz 1389

Könyvismertetések 1391

A Szoc. és Eü. Min. tájékoztatója 1395

Hírek 1396

Pályázati hirdetmények 1396

HALOPERIDOL DECANOAT im.injekció

(50 mg haloperidolum —
haloperidolum decanoat formájában)

Tartós hatású neurolepticum.

Javallat: krónikus schizophrénia fenntartó kezelése.

Az alkalmazott adag általában kb. 4 hét időtartamra terápiás hatást biztosít. A plazmaszint 2—3 hónap után éri el a steady-state állapotot.

Mellékhatás: a kezelés során extrapiramidális tünetek léphetnek fel (fokozott izomtónus, akinézia, tremor, akatizia).

Ellenjavallat: extrapiramidális kórképek. Depresszió. Kóma. Akut alkohol-, altatószer-, analgetikum és pszichopharmakon intoxikáció. Terhesség.

Gyermekeknek nem adható!

Gyártja:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



Iffy László dr.,
Apuzzio Joseph dr.,
Glista Barbara dr.,
Adhate Arun,
Hopp László dr.
és Josimovich John dr.

A perinatalis halálozási statisztikák újabb alakulása New Jersey szülészeti központjának anyagában

University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Perinatal — Neonatal Center, Newark, New Jersey, USA

[igazgatók: Iffy László dr. (szülészet) és Behlre Franklin dr. (neonatalógia)]

A közlemény áttekinti a perinatalis mortalitás alakulását az elmúlt évtizedben a New Jersey Statewide Perinatal Center anyagában. Az adatok alapján jelentős szerep tulajdonítható a halandóság 51 ezrelékről 17 ezrelékre való csökkentésében 1971 és 1983 között a császármetszéses szülések emelkedésének 4,5 százalékról 17 százalékra, valamint az egyéb manipulációs és extractiós eljárások egyidejű és hasonló mértékű csökkenésének. Az új technikai eszközök több segítséget látszottak nyújtani a foetus állapotának antenatalis megítélésében, mint szülés alatti értékelésében. A szerzők megfigyelése szerint, a genitális fertőzések gyakorisága folytán, az utolsó években előszeretettel alkalmazott invazív diagnosztikus módszerek negatív módon befolyásolták a mortalitási statisztikák alakulását. A burokrepesztéssel járó eljárások szorgalmazása a koraszülések szaporodásával és a kábítószeres használatának rohamos terjedésével egyetemben, valószínűleg hozzájárult a perinatalis veszteségek meglepő emelkedéséhez 1986 és 1988 között 15 ezrelékről 28 ezrelékre. A tanulmány konklúziója, hogy a terhességi és szülészeti ellátás komplex orvosi és társadalmi probléma, melynek eredménye messzemenően függ az ellátottak szociális helyzetétől, morális beállítottságától és intellektuális fejlettségétől.

Recent trends in Perinatal Mortality Statistics at the Obstetric Center of New Jersey. The study presents an overview of the changes in perinatal mortality rates at the Statewide Perinatal Center of New Jersey during the past decades. According to the data, the increase in the rate of cesarean sections from 4,5 percent to 17 percent, and the comparable reduction of the rates of manipulative intrapartum and extraction procedures, contributed significantly to the decrease of the perinatal mortality rates from 51/1000 to 17/1000 between 1971 and 1983. Of the new technical tools, those utilized for the evaluation of fetal well-being antepartum appeared to be more useful than those used intrapartum. On account of the high prevalence of genital infections in the population, the recent acceptance in the service of the use of invasive intrapartum technology, appears to have impacted unfavorably upon the perinatal mortality trends. The increased rate of births of premature babies, the widespread abuse of habit forming drugs in the community, and the routine use of procedures requiring artificial rupture of the membranes, probably all contributed to the rapid increase of the perinatal mortality rate in the Center from 15/1000 in 1986 to 28/1000 in 1988. It is concluded that perinatal care is a complex medical and social task. The overall result of the relevant efforts depends to a great extent upon the social environment, and the moral standing, educational level and motivation of the recipients.

Az elmúlt évtized elején beszámoló jelent meg e lap hasábjain New Jersey szülészeti központjában észlelt megfigyeléseinkről a perinatalis halálozások változásainak tükrében (13). A közlemény bemutatta munkaterületünket, nevezetesen egy korszerűtlen, anyagilag nem jól támogatott és technikai berendezésekben hiányos intézet működését az 1970-es években egy túlnyomórészt néger, viszonylag szegény, általában tanulatlan, társadalmilag elmaradott és kábítószereseknek szokatlanul kitett lakosság környezetében.

Ebben a nagyrészt stagnáló, politikailag és gazdaságilag labilis közegben eredményeink kedvező irányát a figyelmes terhesgondozás, a konzervatív szülésvezetés és a rendelkezésünkre álló technikai eszközök szelektív és kri-

tikus alkalmazásának tulajdonítottuk. Mint említett beszámolóinkban kiemeltük, 1979-ben kórházunk egy modern és azóta már 530 aktív ágygal működő új épületbe költözött. Ugyanakkor 70 önálló szülészeti ágygal rendelkező részlegünk New Jersey állam felsőfokú szülészeti centrumává vált. Míg a 70-es évek közepén mintegy 10 teljes idős taneszmélyzet működött a szülészeti-nőgyógyászati osztályon, az évtized végén már 6 tapasztalt szakorvos (közülük 5 sub-specialista a szülészeti tárgyerületén) látta el a szülészeti teendőket egyedül, beleértve a gyakornokok felügyeletét. Mintegy további 20 részüdős szakorvos nyújtott alkalmi támogatást a részleg munkájában.

A centrum megnyitása magával vonta a technikai berendezés korszerűsítését, genetikai részleg megszervezését, a segédszemélyzet számának növelését és különféle szolgáltatások kiszélesítését. Az állami beruházások eredményeként az 1980-as évek folyamán központunk egy magas nivójú, korszerű szülészeti és újszülött központtá vált. Úgy gondoltuk tehát, hogy fejlődésünk alakulása és annak

Kulcsszavak: Császármetszés, perinatalis mortalitás, koraszülés, burokrepesztés.

következményei az elmúlt évtizedben érdeklődésre tarthatnak számot magyar orvosi körökben, tekintetbe véve hogy eredményeink a legutóbbi időszakban a korszerű technikai vívmányok, a legmagasabb színvonalú orvosi ellátás és a legkedvezőtlenebb rizikójú beteganyag kölcsönhatásait tükrözik.

A szülészeti ellátás alakulása

A császármetszéses szülések gyakorisága az évtized végén már 24%-ra emelkedett Amerika-szerte (3). Ez a tendencia heves vitákhoz vezetett a szakemberek között (1, 5, 11, 32). A kritikát erősítették a tengerentúlról érkező közlemények, melyek kedvező perinatalis mortalitásról számoltak be 6–7%-os műtési gyakoriság mellett (20, 25, 34). Noha kézzelfogható eredmény nélkül, az amerikai szakmai szervezetek 1981 óta (29) erőfeszítéseket tettek a császármetszéses szülések számának csökkentésére. Különleges hangsúly esett a megelőző sectio caesareat követő vaginális szülések szorgalmazására (10).

Saját gyakorlatunkban a hasi szülések szabadabb tétele az 1970-es évek elején a műtét arányát 7,1%-ról 14,3%-ra emelte az évtized végére. Ezzel párhuzamosan a perinatalis mortalitás 51,3 ezrelékről 21,2 ezrelékre csökkent intézetünkben. * E tapasztalatok tükrében az 1980-as években osztályunk orvosainak két látszólag ellentétes irányt kellett tekintetbe venniük. Ennek dacára lényegében érintetlenek maradtak a korábban hangsúlyozott elvek:

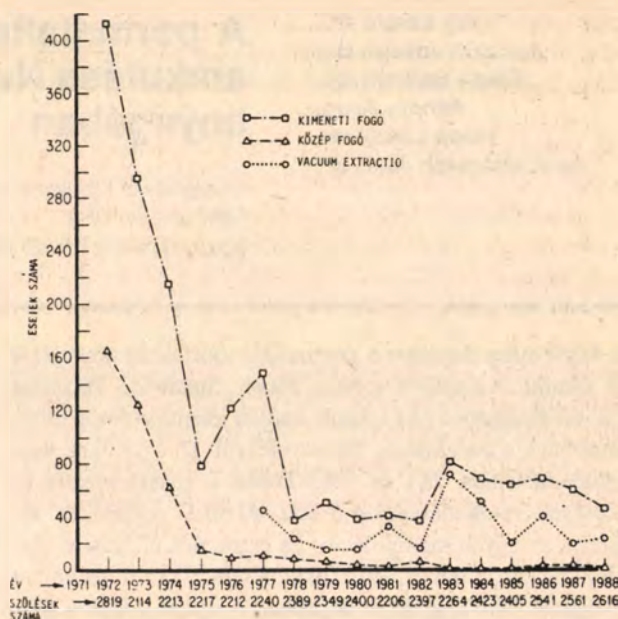
A) A magzati kor meghatározásának fontossága a terhesség elején, szükség esetén ultrahanggal (9, 26, 30). B) A magzati növekedés figyelmes kiértékelése a terhesség alatt, különösen ikerterhességekben (14, 18). C) Intervenció jelentős magzati retardáció valamint túlfordás eseteiben (35). D) Korai és végleges kórházi elhelyezés hipertensióval kapcsolatos szövödmények miatt. E) Beavatkozással járó hüvelyi műtétek elkerülése, beleértve a farfekvéses magzat extractióját, a belső fordítást és a középfogós műtéteket (31). F) Emanuel Friedman „vajúdsági görbé”-jének („labor curve”) és az azzal járó megfontolásoknak gondos figyelembevétele (8). G) A szülészeti asepsis semmelweisi elveinek szigorú követése (4, 12).

A perinatalis központ tekintélyének növekedésével, 1984-től kezdve, a környéken működő intézetek fokozott mértékben utaltak át komplikált eseteket az osztályunkra. Ezek az asszonyok gyakran elhanyagolt állapotban jutottak el hozzánk, nemritkán a magzat méhen belüli elhalása után. Az utóbbi eseteket, minthogy a magzati veszteség nem függött össze a központ munkájával, kihagytuk a mortalitási statisztikáinkból.

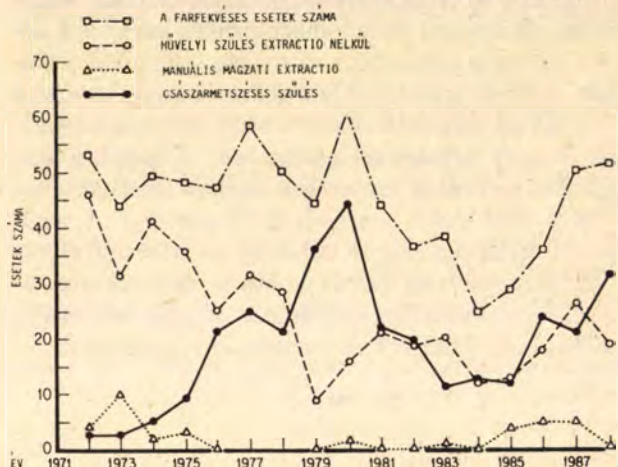
Amint orvosaink száma nőtt, az újonnan jöttek hajlamosak voltak más környezetből származó szokásaikat követni. Ez különösen 1985 után jelentett nehézséget, amikor a tanszemélyzet gyorsan és számban jelentősen megszorodott és ugyanakkor nagyrészt kicserélődött. Ennek következményeképpen az újonnan jöttek nem ismerték, vagy kétségbe vonták az előzőleg szigorúan megkövetelt szabályokat. Véleményünk szerint ez a körülmény befolyásolta eredményeink alakulását az évtized második felében.

Eredmények

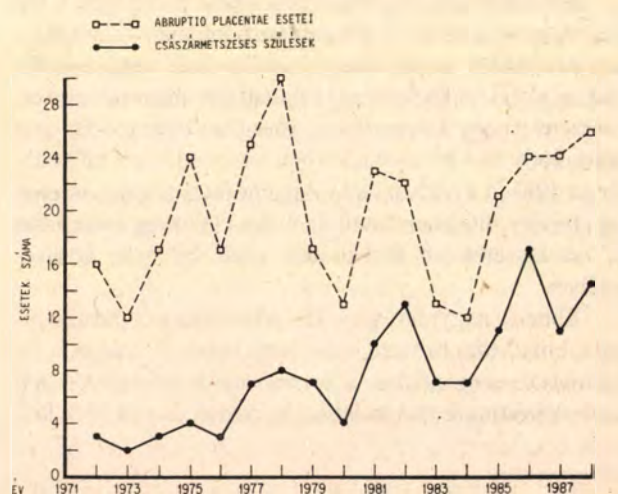
A számbelileg értékelhető változások közül a fogó-műtétek számának rohamos csökkenése a legszembetűnőbb (1. ábra). Az előzőleg oktatási célokból szorgalmazott műtéteket kiküszöböltük vagy a kimeneteli fogóra korlátoztuk. A középfogós extractiókat 1977-től kezdve



1. ábra: A fogós műtétek és vacuum extractio gyakorisága 1972 és 1988 között. Figyelemre méltó, hogy a középfogós szülések száma minimumra csökkent az 1970-es évek második fele óta.



2. ábra: A farfekvéses szülések kezelésében 1979-ig rohamosan megemelkedett, azután pedig valamelyest csökkent a császármetszéses szülések száma. A magzat teljes kézzel való kihúzását ritkán alkalmaztuk 1974 után.



3. ábra: Az elmúlt két évtizedben az abruptio placentae diagnosissal végzett császármetszések száma folyamatosan és megszakítás nélkül emelkedett 1986-ig. Azóta az arány jelentősen csökkent.

csaknem teljesen kiszorította a vacuum extractio, mely gyakornokaink kezében veszélytelenebb eszköznek bizonyult az üregi fogónál.

A farfekvéses foetus manuális kihúzását ritkán választották orvosaink 1975 óta, és a vaginális szülés feltételei beszűkültek. A medence legalább átlagos tágassága, a fej flexiója és a „vajúdási görbe” normális alakja szigorú előfeltételekké váltak az utolsó 15 évben (6). Emellett elkerültük a lábtartásos, valamint a 2000 g-nál kevesebbre és 3600 g-nál többre becsült magzatok vaginalis megszületését. A farfekvés miatt végrehajtott császármetszések száma ennek megfelelően jelentősen emelkedett, amíg a sectio caesareát csökkenteni kívánó áramlat nem érezte a hatását (2. ábra). Az utóbbi kihatott más szülészeti rendellenességek kezelésére is.

Mind a farfekvés, mind pedig az ikerszülés vezetését teljes műtéti felkészültségben végeztük az elmúlt évtizedben. Ennek eredményeként néha reménytelennek tűnő helyzetben is kedvező magzati kimenetelt sikerült biztosítanunk (15).

Ikerszületések esetén aránylag gyakran és sikeresen alkalmaztunk gyors császármetszést a hypoxiás vagy rosszul elhelyezkedő második magzat megmentése, vagy kedvező állapotban való extractioja céljából. Ez fontos változás volt, minthogy az 1970-es évek közepén az ikerszületések csaknem kizárólag vaginális úton folytak le, rendszerint a második magzat belső fordítást követő kihúzásával. Ezzel szemben, az elmúlt évtizedben az ikerszületések mintegy 60%-a császármetszéssel történt.

Az évek folyamán csaknem egyöntetűen sectio caesareát alkalmaztunk előlépkvő lépény esetén még akkor is ha a praevia minimális volt. A koraszülöttellátás emelkedő nívója megengedte, hogy a műtét idejét a tradicionális 37. hétről a 36. hétre hozzuk előre a terhesség korábbi megszakítását követelő vérzés hiányában.

Abruptio placentae eseteiben az egykori konzervatív, burokrepesztésen és oxytocin stimuláláson alapuló szülésvezetést fokozódó gyakorisággal váltotta fel a császármetszés haladéktalan alkalmazása (3. ábra). Kétségtelennek tűnik számunkra, hogy a műtéti beavatkozások liberális használata e nehezen kiértékelhető komplikációval kapcsolatban jelentősen csökkentette az ezzel kapcsolatos perinatalis mortalitást és morbiditást.

Megjegyzendő, hogy minden kategóriában növelték hüvelyi születeink arányát azok az esetek, ahol a magzat halott volt vagy annyira éretlen (750 g-nál kevesebb ultrahangos méréssel), hogy a hasi műtét kockázatát nem tartottuk elfogadhatónak.

Adminisztrációs okok gyakran és sokszor kiszámíthatatlanul megnyújtották műtőink aktiválási idejét. E körülményre való tekintettel 1986 előtt általában az „egyszer császármetszés, mindig császármetszés” elvét követtük. Mikor magatartásunkat az irodalmi tapasztalatok hatása alatt megváltoztattuk, általában sikeresen alkalmaztuk a „hüvelyi szülés császármetszés után” („VBAC”) módszerét. Azonban sem az irodalom ide vonatkozó adatai (17, 21, 23, 28), sem saját tapasztalataink nem késztettek arra bennünket, hogy a hivatalos amerikai fórumok lelkesedését a „VBAC” előnyeivel kapcsolatban (2, 3) fenntartás nélkül osszuk.

A fentebb összefoglalt változások közös nevezője a hasi születek számának fokozatos emelkedése volt 7%-ról 15%-ra

1974 és 1983 között. Ennek és a fentebb körvonalazott egyéb változásoknak folyományaként perinatalis haláleseteink drasztikus csökkenéséről, 51 ezrelékről 17 ezrelék alá, számolhattunk be a szakirodalomban (16), hangsúlyozván, hogy rendkívül magas rizikójú beteganyagunk és 14–15 százalékos koraszülési frekvenciánk dacára, magzati és újszülötti veszteségünk az Egyesült Államok statisztikáinak átlagára csökkent. Mint a 4. ábra mutatja, a következő években a perinatalis mortalitás fluktuált és 1986-ban átmenetileg csaknem 15 ezrelékre csökkent (6 ezrelékes halva születés és 9 ezrelékes újszülött veszteség*). Ezen a ponton néger szülőnőink perinatalis halálozása alacsonyabb volt az ország összlakosságának hasonló mortalitásánál (33), szemben az USA sok évtizedes ellenkező irányú tendenciájával (13). Az említett évben a halandósági arány központunkban mindössze kétharmada volt az USA fekete lakosságára vonatkozó perinatalis mortalitásnak. A korai 80-as években statisztikáink kedvezően viszonyultak, még az alkalmazandó korrekciók nélkül is, a körülbelül 11%-os koraszülési (<2500 g) (18) és 10%-os császármetszéses gyakorisággal (19) összefüggő magyarországi perinatalis halandósághoz** (kb. 20 ezrelék) (7).

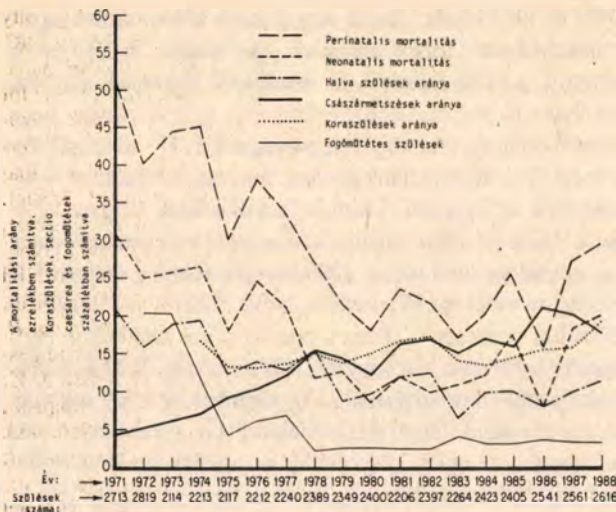
A 4. ábra adatai szerint a korábban megemlített változások perinatalis (beleértve halva születés és újszülött) veszteségeink rohamos emelkedéséhez vezettek az elmúlt évtized végén. Minthogy 1988-ra a 2500 g alatti születek 19%-ra emelkedtek, nyilvánvaló, hogy a tendencia fő oka beteganyagunk előnytelen változása volt. Ehhez hozzájárult az AIDS eseteinek gyors szaporodása Newark környékén. E folyamat eredményeként ma már szülőnőink mintegy 5%-a „HIV pozitív”. Nem kevésbé lényeges a kokain széles körű elterjedése az utóbbi években, minthogy e szer fogyasztásából eredő szövődmények meghaladják az előző években jobban kedvelt heroinét (22). A fentiek dacára néhány körülmény arra mutat, hogy veszteségeink robbanásszerű növekedéséhez orvosi ellátásunk nívójának csökkenése részben hozzájárult:

a) Az újszülött részleg senior orvosainak létszáma lecsökkent és új sub-specialisták toborzása nehézségekkel járt; b) A császármetszés versus perinatalis mortalitás előzőleg kereszteződő tendenciája megváltozott és a legutóbbi években a statisztikai görbék párhuzamosan emelkedtek (4. ábra). E folyamat során a sectio caesarea aránya 21%-ot ért el 1986-ban. c) Újonnan érkezett szakorvosaink előszeretettel használták az Amerikában népszerű invazív módszereket (intrauterin katéter, belső „scalp” elektród, foetalis vér pH analízis), melyek burokrepesztést igényelnek. Ezeket az eljárásokat 1985 előtt általában elkerültük a beteganyagunkban rendkívül gyakori cervicalis és hüvelyi fertőzésekre való tekintettel (16).

Munkánk kedvezőtlenül alakuló effektusa dacára, 1983–87-es adatainkat a világhírű Dublini National Maternity Hospitaléval összehasonlítva azt a véleményt fejezhetjük ki a közelmúltban (17), hogy a különböző beteganyagból származó faktorok kiküszöbölése után, eredményeink kedvezően hasonlítottak az ún. „aktív szülésvezetés”-en alapuló

* Beleértve az első 28 napot a megszületés után.

**Szemben az itt közölt adatokkal, a magyar statisztikák kizárják az 500 g–1000 g-os halva születések eseteit (19).



4. ábra: A New Jersey Perinatalis Központ mortalitási statisztikáinak alakulása 1972 és 1988 között. Megfigyelendő a perinatalis, ezen belül az újszülött halandóság jelentős csökkenése, valamint a halva születések hasonló tendenciája 1983-ig. Az utolsó két év folyamán a mortalitás minden kategóriában növekedett a szokatlanul magas császármetszéses gyakoriság dacára.

6–7%-ot meg nem haladó császármetszéses arányt követelő dublinihoz (24). Ugyanakkor elismertük, hogy statisztikánk legutóbbi alakulása sem műtétés szüléseink emelkedését 1985 után, sem pedig a 24%-os összamerikai császármetszéses gyakoriságot (3), mely véleményünk szerint legalább duplája annak ami optimális eredmények eléréséhez szükséges, nem igazolta.

Megbeszélés

A fentebb említett tényezők kínálják számunkra a legvalószínűbb magyarázatot statisztikáink rohamos javulására 1974 és 1983 között és azok kiábrándító hanyatlására a legutóbbi években. Sajnálatos, hogy 1988-ban a perinatalis mortalitás modern és jól finanszírozott intézetünkben a régi és elavult „City Hospital”-éhoz vált hasonlóvá.

A városkörnyék társadalmi változásainak rugói e cikk írói számára nem teljesen érthetőek. Így csak mint tényt állapítjuk meg, magyarázat nélkül, hogy az állam és a város hatóságainak több évtizedes erőfeszítéseit a kisebbségi csoportok gazdasági és egészségügyi helyzetének megjavítására, nagyrészt semlegesítették a helyileg nyilvánvalóan kontrollálhatatlan folyamatok, mint a kábítószeres egyre rohamosabban terjedő használata, a bűnözési arány további emelkedése és a közoktatás széles körben elismert csődje. A Perinatalis Központ szűk perspektívájából nézve úgy tűnik, hogy az utóbbi években nem volt kézzel fogható összefüggés a város jólétét szolgáló befektetések és az elért eredmények között.

Szakmai szempontból elgondolkodtató, hogy a superspecialisták számának növekedése 2-ről 5-re az elmúlt 4 évben eredményeink hanyatlásával párosult.

A rendelkezésre álló és egyelőre nem hivatalos országos statisztikák szerint hasonló irányú tendencia valószínű az

USA egész területén. Úgy tűnik tehát, hogy legalábbis rövid távon a haladás kulcsa nem a formális orvosképzés megnyújtásában rejlik.

Az Egyesült Államokban az orvosi társadalom általában, és a szülész-nőgyógyászok különösen, a reformerek élvonalában küzdöttek az 1960-as években a szexuális szabadságért és azért, hogy a fogamzásgátlás különféle módszereit, valamint az államilag finanszírozott abortus lehetőségét a gyermeklányok („teenagers”) számára elérhetővé tegyék. Ennek az erőfeszítésnek a sikerét jelezte az a körülmény, hogy az 1970-es évek elején osztályunk egyetlen jól definiált és anyagilag jól támogatott sub-specialitása a „Human Sexuality” klinika volt, melynek hangsúlyozott célja a szexuális szabadság maximalizálása volt az orvostudomány módszereivel. Afelől, hogy ennek a költséges funkciónak a bevezetése helyesen közelítette-e meg Newark lakosságának időszerű problémáit, fenntartásaink voltak akkor és kétségeink vannak ma az AIDS, syphilis, herpes, gonorrhoea és chlamydia infekcióknak az elmúlt évtizedben tapasztalt tűzvészszerű terjedése tudatában.

Adataink analízisakor meg kell állnunk olyan kérdéseknél, melyekre a válasz nem egyértelmű. Eredményeink évtizedes mérlege, hogy gondos anya- és újszülöttellátás mellett a világ nagy részén tapasztalt magas veszteségek elkerülhetők. A legfejlettebb országokban észlelt perinatalis mortalitás és morbiditás minden jel szerint elérhető az antenatalis ultrahang és magzati monitor célszerű alkalmazásával és további modern és ennek megfelelően drága technikai berendezések nélkül (27), noha az utóbbiak nyilvánvalóan hasznosak a kutatás területén. Döntően fontosak az eredmények szempontjából a neonatologia technikai berendezései, melyek az elmúlt évtizedekben nagyobb mértékben befolyásolták a statisztikákat mint az újszerű szülészeti technológia. Megfigyeléseinkből úgy tűnik, hogy a megoldás csak részben orvosi kérdés, minthogy a terhesvédelemben fektetett anyagi áldozatok nem szükségszerűen eredményesek egy erkölcsileg szilárd, alkotóképes és érdekeit felismerni tudó társadalom háttere nélkül. Mindebből az is következni látszik, hogy egy öncélú, társadalmi keretéből kiszakadt, vagy azt félreértő orvosi társadalom nem tudja hatékonyan szolgálni a rá támaszkodó lakosság érdekeit. Megfontolva sokéves munkánk eredményeit, ezt a következtetést képességeink határainak őszinte beismerése mellett vonjuk le.

IRODALOM: 1. ACOG Newsletter. Cesarean section data available. 1982, 26 (1), 1. — 2. ACOG Newsletter. Vaginal birth after cesarean is focus of new guidelines. 1985, 29 (2), 8. — 3. ACOG Newsletter. No longer optional, VBAC now urged as routine procedure. 1989, 3 (1), 7. — 4. Apuzzio, J. J. és Iffy, L.: Perinatal infection control. Fejezet Keith, L. G.: Infections in Reproductive Health. Vol. 1, Lancaster, England, 1985, 171. old. — 5. Bonham, D. G.: Caesarean birth. New Zeal. Med. J. 1983, 96, 205. — 6. Colle, J. V.: Breech presentation. Fejezet: Qualligan, E. J.: Current Therapy in Obstetrics and Gynecology, Vol. 2., Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1983, 11. old. — 7. Csömör S.: Törekvések a perinatalis morbiditás csökkentésére. Fejezet Gáti I. és László J.: A Szülészet és Nőgyógyászat Időszerű Kérdései. Budapest, Medicina, 1987, 45. old. — 8. Friedman, E. A.: Labor: Clinical Evaluation and Management, 2nd ed., New York, Appleton-Century-Crofts, 1978. — 9. Gáti I., Egyed J., Cseh I.: A terhesség antenatalis monitorozása. Fejezet Gáti I. és László J.: A Szülészet és Nőgyógyászat Időszerű Kérdései.

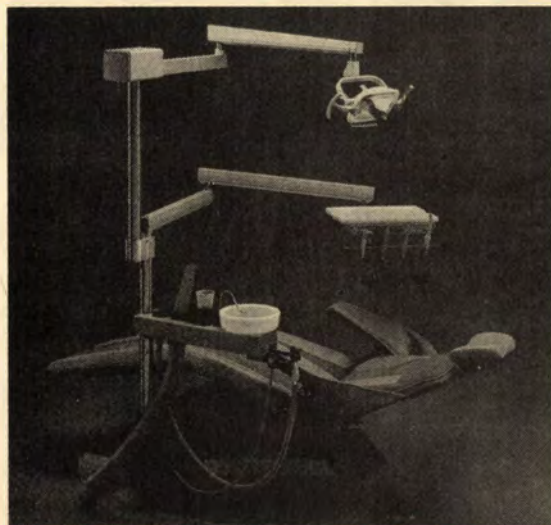
Budapest, Medicina, 1987, 23. old. — 10. *Gleicher, N.*: Cesarean section rates in the United States. The short-term failure of the National Consensus Development Conference in 1980. JAMA. 1984, 252, 3273. — 11. *Goyert, G. L., Bottoms, S. F., Threadwell, M. C. és mtsai*: The physician factor in cesarean birth rates. New Eng. J. Med. 1989, 320, 706. — 12. *Iffy, L., Kaminetzky, H. A., Maidman, J. E. és mtsai*: Control of perinatal infection by traditional preventive measures. Obstet. Gynecol. 1979, 54, 403. — 13. *Iffy, L.*: A perinatalis halálozási statisztikák alakulása New Jersey állam felsőfokú szülészeti központjának anyagában. Orv. Hetil. 1981, 122, 1239. — 14. *Iffy, L. és Lampé, L.*: Delivery of twins. Fejezet Iffy L. és Charles, D.: Operative Perinatology. New York, Macmillan. 1984, 617. old. — 15. *Iffy, L., Apuzzio, J. J., Cohen-Addad, N. és mtsai*: Abdominal rescue after entrapment of the aftercoming head. Amer. J. Obstet. Gynecol. 1986, 151, 623. — 16. *Iffy, L., Bilenki, I., Apuzzio, J. J., és mtsai*: The role of obstetric factors in perinatal mortality trends. Internat. J. Gynaecol. Obstet. 1986, 24, 85. — 17. *Iffy, L., Apuzzio, J. J., Castillo, M., és mtsai*: Rates of cesarean section and perinatal mortality: An international dispute. Israel J. Obstet. Gynecol. 1990, 1, 5. — 18. *Lampé L.*: Szülészeti — Nőgyógyászati I. Budapest, Medicina. 1981, 230. old. — 19. *Lampé L.*: Szülészeti — Nőgyógyászati Műtét. I. Budapest, Medicina. 1987, 267. old. — 20. *MacDonald, D. W.*: Active management of labor. A unified policy. Contemp. Obstet. Gynecol. 1985, 25, 161. — 21. *Meehan, F. P., Burke, G., Casey, C. és mtsai*: Delivery following cesarean section and perinatal mortality. Amer. J. Perinatol. 1989, 6, 90. — 22. *Mercado, A., Johnson, G. Jr., Calver D. és mtsai*: Cocaine, pregnancy and postpartum intracerebral hemorrhage. Obstet. Gynecol. 1989, 73, 467. — 23. *Myers, S. A., Gleicher, N.*: A successful program to lower cesarean section rates.

New Eng. J. Med. 1988, 319, 1511. — 24. National Maternity Hospital Clinical Reports, Dublin, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987. — 25. *O'Driscoll, K., Foley, M., MacDonald, D.*: Active management of labor as an alternative to high cesarean section rate for dystocia. Obstet. Gynecol., 1984, 63, 485. — 26. *Papp, Z.*: Szülészeti genetika. Budapest, Medicina. 1986, 205. old. — 27. *Perkins, R. P.*: Perinatal observations in a high risk population managed without intrapartum fetal pH studies. Amer. J. Obstet. Gynecol., 1984, 149, 327. — 28. *Phelan, J. P., Ahn, M. O., Diaz, F. és mtsai*: Twice a cesarean, always a cesarean? Obstet. Gynecol. 1989, 73, 161. — 29. *Rosen, M. G.*: Introduction and NIH Consensus Development Statement of cesarean childbirth. Amer. J. Obstet. Gynecol., 1981, 139, 901. — 30. *Sabbagha, R. E., Hughey, M.*: Standardization of sonar cephalometry and gestational age. Obstet. Gynecol. 1978, 52, 402. — 31. *Seeds, J. V.*: Malpresentations. Fejezet Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L.: Obstetrics, New York, Churchill-Livingstone. 1986, 453. old. — 32. *Shiono, P. H., Fielden, J. G., McNellis, D. és mtsai*: Recent trends in cesarean births and trial of labor rates in the United States. JAMA. 1987, 257, 493. — 33. Statistical Abstract of the United States, 1989, 109. kiadás. U. S. Dept. of Commerce, Bureau of Census, Washington, D. C. 113—114. old. — 34. *Turner, M. J., Brassil, M., Gordon, H.*: Active management of labor associated with a decrease in the cesarean section rate in nulliparas. Obstet. Gynecol. 1988, 71, 150. — 35. *Vorherr, H.*: Placental insufficiency in relation to post-term pregnancy and fetal postmaturity: Evaluation of fetoplacental function; management of the postterm gravida. Amer. J. Obstet. Gynecol. 1975, 123, 67.

(L. Iffy M. D. Room 246, University Hospital, 150 Bergen Street, Newark, N. J. 07103, USA)

Dent East®

A—DEC International Inc. Newberg, Oregon, USA
a legnagyobb, fogászati készülékeket gyártó amerikai cég megnyitotta
budapesti képviseletét, ahol



pneumatikus elven működő

FOGÁSZATI EGYSÉKGÉSZLET

vagy elemei

mérsékelt forint áron, rövid határidővel kaphatók.

Márkaszerző helyszínen biztosítva.

Kapható továbbá:

- fogászati röntgenkészülék
- radióvisiograph
- panorámaröntgen
- kéziarabok, fogköleszedők,
- egyéb fogászati kellékek
- kompresszorok Jun-Air 24—50 lit
- 50—150 lit/perc

Címünk:

Dent-East Kft. Budapest, XII. Liptó u. 8. 1124
Telefon: 18-61-950 Telefax: 17-64-357



Apulein kenőcs és krém T 200

Antiinflammatorica topica
(ATC kód: D 07 AC 09)

Hatóanyag:

3,75 mg budesonidum (15 g) vazelin alapanyagú kenőcsben,
3,75 mg budesonidum (15 g) vízzel lemosható krémben.

Hatás:

A budesonid hatóanyag a prednisolon-sorba tartozó, nem halogénezett glukokortikoid. Lokális hatásereősége a halogénezett származékokéval azonos.

Javallat:

Kortikoszteroidra reagáló gyulladásos bőrbetegségek, elsősorban atópiás dermatitisz, pszoriázis, ekcéma.

Kenőcsből a felszívódás lassúbb, mint a krém gyógyszerformából, hatása tovább tart, ezért krónikus folyamatok kezelésére előnyben részesítendő.

Ellenjavallat:

Vírusos, bakteriális, gombás fertőzés a bőrön;
bőrtuberkulózis;

szifiliszes bőrelváltozás; herpes simplex; rosacea; perioralis dermatitis; túlérzékenység valamelyik komponenssel szemben.

Terhesség, laktáció relatív ellenjavallatot képez, mérlegelni kell a várható terápiás előnyt és kockázatot, mert átjuthat a placentán és kiválasztódik az anyatejben.

Alkalmazás:

Az érintett területet naponta 1—2 alkalommal vékonyan bekenni.
Fenntartó kezelés esetén elegendő a napi egyszeri alkalmazás.

Mellékhatás:

Zárt fedőkötés gyorsítja a hatóanyag felszívódását, ezért ilyen kötéssel, valamint nagy felületen alkalmazva felszívódhat és szisztémás kortikoszteroid hatást fejthet ki.

Ritkán a zárt kötés alatt bevérzések is jelentkeznek.

Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken, bőratrofia alakulhat ki. Másodlagos szuperinfekció, acneiform eruptio, irritatív dermatitis, égő érzés, viszketés, a bőr kiszáradása, folliculitis, hypopigmentáció, striae, hypertrichosis, arcbőrön papulózis dermatitisz esetleg előfordulhat.

Figyelmeztetés:

A kezelés időtartama a klinikai eredménytől függ. Négy héten túli kezelés csak a beteg állapotának alapos mérlegelésével végezhető. Fertőzések esetén megfelelő antibakteriális, illetve antifungális kezelést kell folytatni. Bőrirritáció vagy szenzibilizáció esetén a kezelést abba kell hagyni.

Gyermekek kezelése megfontolást és fokozott körültekintést igényel.

Szem és szemkörnyéki területek, valamint nyálkahártya kezelésére nem alkalmazható!!

Csomagolás:

1 tubus (15 g)

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR — Budapest



[®]Trental 400





[®]Trental 400

H 800

**Korszerű lehetőség
az érbetegségek kezelésére**

**draszé
Vasodilator periphericus**

Hatóanyag: 400 mg pentoxifyllinum draszénként.

Javallatok: Perifériás keringési zavarok (pl.: láb-szárfekély, gangréna). Agyi keringési zavarokból adódó állapotok (emlékezettől és koncentrációs képességgel kapcsolatos zavarok, szédülés, fülzúgás, stb.)

Szem és fül keringési zavarok, melyek csökkentik a látási és hallási képességet.

Ellenjavallatok: Pentoxifyllin túlérzékenység, erős vérzés, gyomorvérzés, akut szívinfarktus, nagy kiterjedésű retinavérzés, terhesség.

Adagolás: Naponta 800—1200 mg (2—3-szor 1 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.

Gyógyszerkölcsonhatások: Óvatosan adható: — vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás) — inzulinnal, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás)

Figyelmeztetés: Károsodott veseműködés esetén, csak csökkentett mennyiségben adható. Vérnyomáscsökkentőkkel együtt alkalmazva az adagolást újból be kell állítani.

Megjegyzés: ✱ Csak vényre adható ki. 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



Szabó Teréz dr.,
Oroszlán György dr.,
Ulveczky Erzsébet dr.,
Csáthy László dr.
és Kassay Zsuzsa dr.

Szérum cortisol és coeruloplasmin meghatározások intrauterin retardált újszülöttekben

Nógrád Megyei Tanács Madzsar József Kórház-Rendelőintézet, Salgótarján
Laboratórium
(osztályvezető főorvos: Szabó Teréz dr.)
Gyermekosztály
(osztályvezető főorvos: Oroszlán György dr.)
Szülészeti Osztály
(osztályvezető főorvos: Szabó Sándor dr.)
Hajdú-Bihar Megyei Tanács Dr. Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet, Debrecen
Gyermekosztály
(osztályvezető főorvos: Lakatos Lajos dr.)
Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinika
(igazgató: Lampé László dr.)

A szerzők munkájukban a cortisol koncentráció és a coeruloplasmin aktivitás alakulását vizsgálják 58 intrauterin retardált újszülöttben. Eredményeiket 44, azonos gesztációs korú, arányosan fejlett újszülött értékeihez hasonlítják. Megállapítják, hogy az intrauterin retardáció érett újszülöttekben emelkedett szérum coeruloplasmin aktivitással (29,7 vs 11,9 U/l) és nagyobb cortisol koncentrációval (17,2 vs 12,3 ug/100 ml) jár. Koraszülöttekben csak a coeruloplasmin aktivitás esetében találtak hasonló összefüggést (48,5 vs 16,5 U/l). A tanulmány a jelentős extracelluláris antioxidáns enzim, a coeruloplasmin szerepét az intrauterin retardációval kapcsolatban elsőként tárgyalja.

Measurements of serum cortisol and coeruloplasmin levels in intrauterine growth retarded infants. The authors have shown recently that coeruloplasmin deficiency was associated with severe respiratory distress in premature neonates. In the present study they measured the serum cortisol and coeruloplasmin levels in 58 intrauterine growth retarded infants. The results were compared to the data of 44 appropriate for gestational age neonates. Both parameters showed association with the fetal distress in term babies (cortisol: 17,2 vs 12,3 ug/100 ml, coeruloplasmin: 29,7 vs 11,9 U/l). Coeruloplasmin activity was also higher in growth retarded prematures (48,5 vs 16,5 U/l), while cortisol concentration increased irrespective of intrauterine malnutrition. There was a significant positive correlation between serum cortisol and coeruloplasmin in dysmaturity. This is the first report suggesting a possible role for coeruloplasmin, an important extracellular antioxidant enzyme in the precocious development of intrauterine growth retarded infants.

Az intrauterin életben tartóan érvényesülő stressz a magzat növekedésének, fejlődésének zavarához, végül a terhességi korhoz képest kisméretű (SGA = small for gestational age) újszülött világrajöveteléhez vezethet. A korai postnatalis adaptatio során ezekben a gyermekekben gyakran találkozunk asphyxiával, súlyos hypoglykaemiával, fokozott görcskészséggel (26). Az intrauterin károsító tényezők esetleges további hatása (pl. infekció), illetve az elszorított anatómiai-funkcionális károsodás részben ir-

reversibilis jellege meghatározhatja a gyermek közvetlen és távolabbi kilátásait, az élet minőségét (24).

Ugyanakkor az intrauterin retardált újszülöttek azonos gesztációs korú, arányosan fejlett (AGA = appropriate for gestational age) társaikhoz képest érettebbek (2). SGA koraszülöttek között súlyos respirációs distress syndrome (RDS) ritkábban fordul elő. Ez többnyire magzatvíz aspirációhoz, vagy intrauterin infekcióhoz társul. A kórkép lényegét tekintve, eltér a tüdő éretlensége következtében fellépő „idiopathiás” RDS-től. Ez a relatív érettség összefüggésben állhat a krónikus stresszállapotban feltételezhető magasabb endogén steroid koncentrációval. A corticosteroidok fokozzák a tüdőben a felületaktív anyag szintézisét és szekrécióját (9), növelik az intracelluláris antioxidáns enzimek aktivitását (4). Az antenatalisan az anyának adott dexamethason csökkenti az RDS morbiditást és mortalitást koraszülöt-

Rövidítések: SGA = small for gestational age, AGA = appropriate for gestational age, RDS = respirációs distress syndrome, CP = coeruloplasmin

Kulcsszavak: cortisol, coeruloplasmin, intrauterin retardált újszülött

tekben (13). Korábbi munkánkban kimutattuk, hogy az RDS profilaxis céljából dexamethasonnal kezelt anyák koraszülöttjeinek szérumban egy jelentős extracelluláris antioxidáns enzim, a coeruloplasmin (CP) aktivitása szignifikánsan nagyobb volt a kezeletlenekéhez képest, megegyezett az érett újszülöttekével (20). Megfigyeltük azt is, hogy az intrauterin retardált újszülöttek szérumban CP aktivitása AGA társaikénál lényegesen magasabb, esetenként annak 8–10-szerese volt (21). Mivel állatkísérletben a corticosteroidok közvetlenül a májsejtekre hatva képesek fokozni a CP szintézist (27), megvizsgáltuk, hogy lehetséges-e hasonló összefüggés human szervezetben is. Az intrauterin fejlődés zavarát előidéző krónikus stressz, az endogén cortisol és a CP aktivitás közötti összefüggések tanulmányozása céljából prospektív felmérést végeztünk a Hajdú-Bihar Megyei Kórház I. Gyermekosztálya, valamint a Nógrád Megyei Kórház Újszülött Osztálya részvételével. A következő kérdésekre kerestünk választ:

1. A már korábban véletlenszerűen megfigyelt magasabb CP aktivitás valóban összefügg-e az intrauterin retardációval?

2. A logikailag feltételezhető cortisol szint emelkedést megtaláljuk-e betegeinkben?

táblázat: A vizsgálatban szereplő újszülöttek klinikai adatai

	n (fiú/lány)	Gesztációs idő (hét)	Születési súly (g)
Érett újszülöttek	66 (36/30)		
Súlypercentil			
≤ 10	38 (19/19)	38,6 ± 1,2	2294 ± 290
> 10	28 (17/11)	39,0 ± 1,3	3402* ± 515
Koraszülöttek	36 (18/18)		
Súlypercentil			
≤ 10	20 (10/10)	35,1 ± 1,5	1641 ± 380
> 10	16 (8/8)	34,4 ± 2,6	2109* ± 366

* $p < 0,001$ az előzőhöz képest

3. A két paraméter között van-e statisztikailag szignifikáns korreláció?

4. Hogyan változik ez a két, a tüdőéréssel és a postnataális adaptáció más történéseivel szorosan összefüggésbe hozható paraméter az első élethét folyamán?

Beteganyag

1988. január 1.–május 31. között született újszülöttek adatait értékeltük. Legfontosabb klinikai paramétereiket a táblázatban foglaltuk össze. A retardáció mértékének megállapítása Joubert (10) nomogramok segítségével történt. A terhességi kort a szülészeti adatok, az UH vizsgálat és a Dubovitz érettségi skála alapján határoztuk meg. A minták összehasonlíthatósága kedvéért kihagytuk a bizonytalan terminusú, az intrauterin infekcióban szenvedő újszülötteket és az ikreket. Ez utóbbi csoport a kis esetszám — 2 érett, 2 koraszülött — miatt nem volt alkalmas következtetések levonására. Az infekciós csoport máshol kerül feldolgozásra.

A vérvételre a rutin laboratóriumi vizsgálatok alkalmával, először a szülést követően 12 órán belül, a további napokon a reggeli órákban került sor. Érett AGA újszülötteken követéses vizsgálatot etikai okokból nem végeztünk. A szérummintákat feldolgozásig -20°C -on tároltuk.

Módszerek

A coeruloplasmin aktivitást Schosinsky, (19) és mtsainak általunk módosított módszerével mértük (23). Az eredményt nemzetközi egység/liter (U/l) értékben adjuk meg. Referencia tartomány ezzel a módszerrel felnőttekben 60–140 U/l (0,24–0,56 g/l).

A cortisol koncentrációját RIA módszerrel határoztuk meg, az MTA Izotóp Intézet J-cortisol RIA kit felhasználásával. A kit érzékenységi küszöbe $0,1 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$ (2,76 nmol/l). A specificitási jellemzői: dexamethasonnal 10^5 -szeres, dehidroepiandrosteronnal szemben 10^6 -szeres érzékenység.

A statisztikai analízist lineáris regresszió és a Student-féle t-próbával végeztük.

Eredmények

A dysmaturitás okai (dohányzás, alkohol, rossz szociális helyzet, EPH gestosis, i. u. infekció stb.) az érett és koraszülöttek között hasonló arányban fordultak elő. Eseteink 25%-ában semmilyen magyarázatot nem találtunk a fejlődésben való elmaradásra.

1. A szérumban CP aktivitása az első életnapon (1. ábra) érett újszülöttek esetében csak a leg súlyosabban retardált csoportokban (súlypercentil ≤ 3 ill. 3–5%) tért el szignifikánsan a normál értéktől (43,9 és 21,8 U/l vs 11,9 U/l $p < 0,001$ mindkét esetben).

Koraszülöttekben mindhárom csoportban kifejezett a CP aktivitás fokozódása. Az individuális különbségek igen nagyok, de összességében a retardált koraszülöttek szérumban CP aktivitása az azonos gestációs korú AGA csoporthoz képest szignifikánsan magasabb ($48,5 \pm 29,3$ vs $16,5 \pm 11,8$ U/l $p < 0,001$).

A CP aktivitás retardált újszülöttekben negatív korrelációt mutatott a gestációs idővel ($r = -0,289$, $p = 0,05$) és kifejezettebben a születési súllyal ($r = -0,41$, $p < 0,001$).

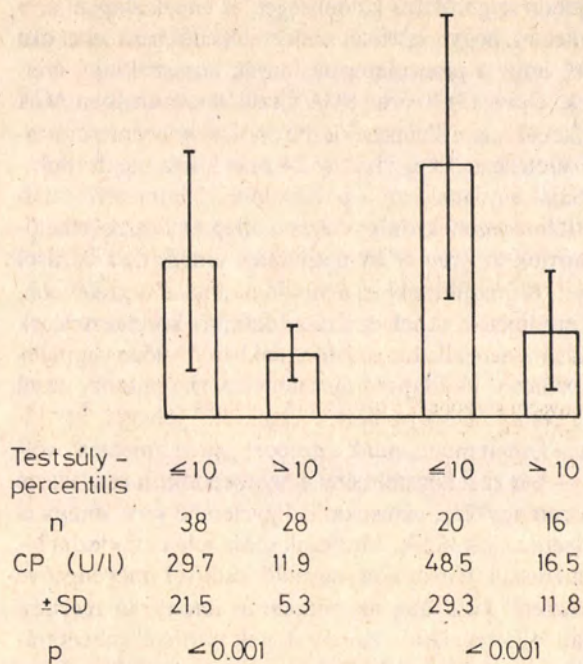
Ezzel szemben AGA koraszülöttekben mindkét szülészeti paraméterrel pozitív korrelációt találtunk, ami a gestációs idő vonatkozásában statisztikailag is szignifikáns.

2. A cortisol koncentrációja érett újszülöttekben pozitív összefüggést mutat az intrauterin stresszállapottal. A 37–41. hét után született SGA újszülöttekben szignifikánsan magasabb, mint a megfelelő AGA csoportban ($17,2 \pm 3,6$ vs. $12,3 \pm 2,6$ U/l, $p < 0,05$). A cortisol koncentráció és a születési súly között szignifikánsan negatív korrelációt találunk ($r = -0,355$, $p < 0,05$).

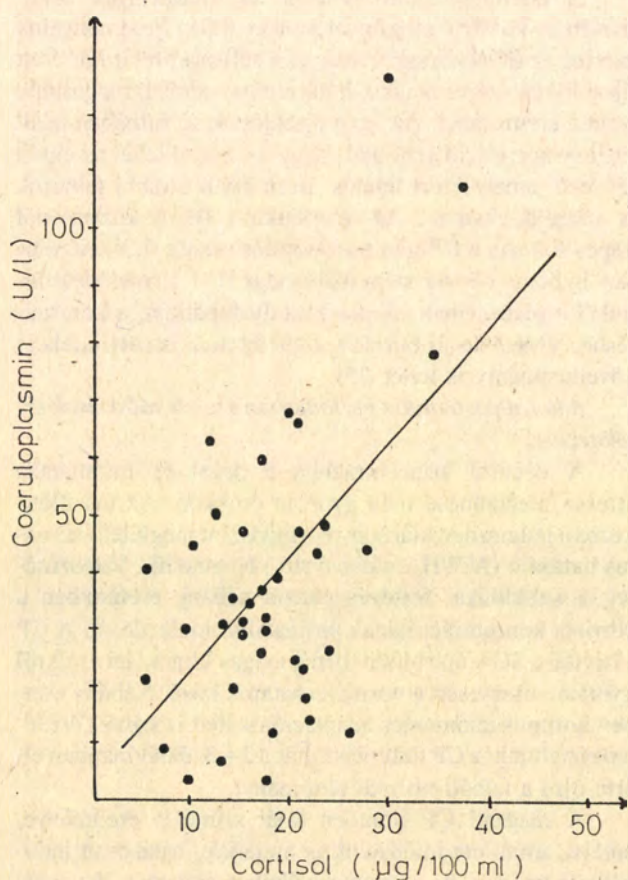
Koraszülöttekben valamennyi vizsgált csoport szérumban cortisol koncentrációja a dysmaturus érettekével egyezett meg, azaz a normál újszülött szintnél magasabb volt.

Sem a gestációs korral, sem a születési súllyal nem

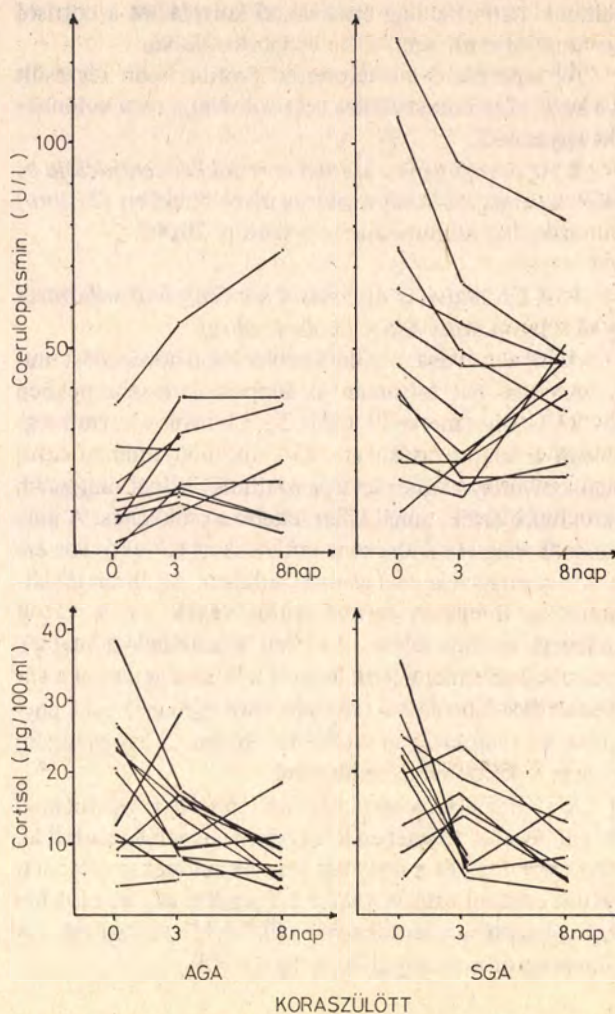
ÉRETT ÚJSZÜLÖTTEK KORASZÜLÖTTEK



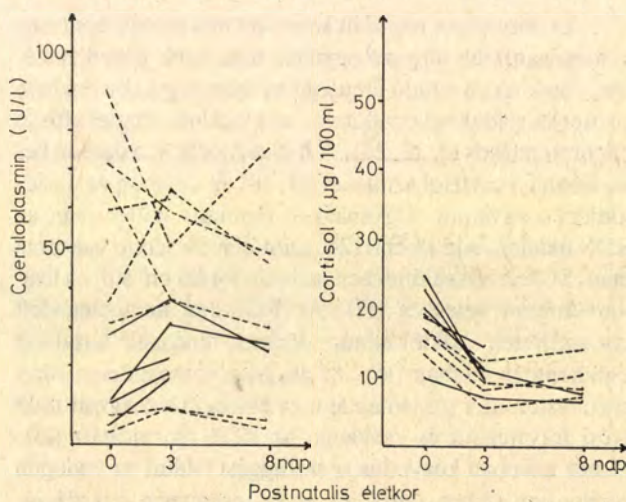
1. ábra: Coeruloplasmin aktivitás a gestációs kornak megfelelően fejlett (AGA) és az intrauterin retardált (SGA) újszülöttekben



2. ábra: A szérumban cortisol koncentráció és a coeruloplasmin aktivitás összefüggése intrauterin retardált újszülöttekben.



3. ábra: Szérumban cortisol és coeruloplasmin értékek változása koraszülöttekben az első életheten.



4. ábra: Szérumban cortisol és coeruloplasmin értékek változása intrauterin malnutritióban szenvedő érett újszülöttekben az első életheten.
Súlypercentilis ≤5 -----
5-10 —————

találtunk statisztikailag értékelhető korrelációt a cortisol szérumszintjével, semmiféle csoportosításban.

Az antenatalis corticosteroid profilaxisban részesült és a kezeletlen koraszülöttek cortisol szintje nem különbözött egymástól.

3. Az összefüggés a szérum cortisol koncentrációja és a CP aktivitás között dysmaturus újszülöttekben (2. ábra) statisztikailag szignifikáns: $r = 0,46$ $p < 0,001$.

4. A CP aktivitás és cortisol koncentráció változásai az első postnatalis héten (3. és 4. ábra).

A CP aktivitása újszülöttkorban lassú növekedést mutat. Az első hét folyamán jó állapotú koraszülöttekben 20–23 U/l-ig emelkedik (22), 2–3 hónapos korra megközelíti a felnőtt értékeket. SGA újszülöttjeinkben ezzel ellenkező irányú változást tapasztaltunk. Minél magasabb a kiindulási érték, annál kifejezettebb a csökkenés. A normálisnak megfelelő alacsony születéskori CP-aktivitás ezzel szemben növekedett az első élethéten. Az ábrán jól látszanak a kifejezett egyéni különbségek és a vázolt tendencia érvényesülése. Az érett újszülöttek adatainak ábrázolásánál érdemesnek látszott különbséget tenni a súlyosabb dysmaturitással (súlypercentil ≤ 5) és a csak enyhébb fokú retardációval születettek között. A kis esetszám ellenére a különbség szembetűnő.

A cortisol koncentrációjának változása valamennyi vizsgált újszülött esetében lényegében hasonlóan zajlott le. A koraszülöttek és a retardált érett újszülöttek emelkedett szérum cortisol értékei ($19,7 \pm 2,5$ $\mu\text{g}/100$ ml) az első hét végére jelentősen lecsökkentek ($9,3 \pm 1,3$ $\mu\text{g}/100$ ml). A különbség erősen szignifikáns ($p < 0,001$).

Megbeszélés

Az intrauterin retardált koraszülöttek relatív érettsége bizonyosan több tényező együttes hatásának következménye. Ezek közül a tüdő érettségével összefüggésbe hozható corticosteroidokra vonatkozóan az irodalom meglehetősen ellentmondásos (3, 12, 28). A szülés módja lényegesen befolyásolja a cortisol szinteket (14, 18) az anyában és újszülöttjében egyaránt. Ugyanakkor vaginális szülés után az RDS incidenciája kisebb (24) mint electiv sectio caesarea után. SGA koraszülöttekben is ritkán fordul elő súlyos hyalinmembran betegség (17). Az RDS-ben megbetegedett koraszülöttek köldökzsinór vérének cortisol tartalmát csökkentnek találták (16). Az anyának antenatalisan adott corticosteroid a placentán átjutva elősegíti a magzati tüdő érési folyamatait és csökkenti az RDS morbiditást (13). Nehéz azonban közvetlen összefüggést találni az endogén corticosteroid koncentrációk és az intrauterin retardáció, valamint a tüdő érettsége és az ezzel összefüggő adaptációs problémák között. Valamennyi tényező számos másik hatással állhat összefüggésben. Ezek izolált vizsgálata nehézségekbe ütközik, a következtetések levonása pedig igen nagy körülményt igényel. Prociány (18) praeeclampsia hatását vizsgálta sectio caesareával született koraszülöttekben. A hyalinmembran betegség előfordulása és az SGA gyermekek aránya megegyezett a praeeclampsias és kont-

roll csoportban. Nem talált a két csoport szérum cortisol szintjében szignifikáns különbséget, és ennek alapján arra következtet, hogy a cortisol szint emelkedés nem lehet oka annak, hogy a praeeclampsias anyák koraszülöttjei érettebbek. Doerr (3) 10 érett SGA újszülött szérumában AGA társaikénál szignifikánsan kisebb cortisol koncentrációt talált születéskor. Ez a viszony 24 óra korra megfordult.

Saját anyagunkban a polietiológiájú intrauterin malnutritióhoz vezető krónikus stressz állapottal összevethetőnek tartjuk az érett SGA újszülöttek emelkedett cortisol szintjét. Koraszülöttekben a probléma sokkal összetettebb, ezért eredményeinknek ez a része definitív következtetések levonására nem alkalmas. Anyagunkban döntően vaginális úton született jó állapotú újszülötteket vizsgáltunk, ezzel biztosítva az AGA újszülöttek „kontroll” jellegét. Így viszont le kellett mondanunk e csoport „stresszmentes” voltáról — bár ez a követelmény a neuroendokrin rendszerre gyakorolt agykérgi hatásokat is figyelembe véve amúgy is idealisztikusnak tűnik. Munkánk során tehát mindezen bizonytalansági tényezőket egyenlő eséllyel megengedve igyekeztünk kizárólag az intrauterin retardáció mértéke alapján differenciálni. Koraszülöttek cortisol koncentrációjában nem találtunk különbséget. Úgy gondoljuk, hogy a koraszüléshez vezető okok retardáció nélkül is stresszállapotot idéznek elő (8).

A coeruloplasmin esetében az eredmények alátámasztják korábbi megfigyelésünket (20). Eredményeink szerint az SGA koraszülöttek és a súlyosan retardált érett újszülöttek szérumának CP aktivitása valóban magasabb, mint a kontrolloké. Az SGA újszülöttek szérumában talált pozitív korreláció arra utal, hogy a cortisol lehet az egyik tényező, amely ezért felelős. Ezen kívül további faktorok is közrejátszhatnak. Az interleukin-1 (IL-1) közvetlenül képes fokozni a CP-gén transcriptiók rátáját (1, 6). Krónikus hypoxia okozta szövethárosodás IL-1 termelődést indukál a placentában. A placenta dysfunctiója, a koraszüléshez vezető korai burokrepedés fel nem ismert infekció következménye is lehet (15).

A korai postnatalis periódusban észlelt változások értelmezése.

A cortisol koncentrációja a prae- és intranatalis stressz megszűnése után gyorsan csökken. Az újszülöttkorban jellemzően alacsony hormonszint megfelelő stimulus hatására (ACTH, infekció stb.) emelkedik. Valószínűleg a subklinikai fertőzés okozta néhány esetünkben a cortisol koncentrációjának postnatalis emelkedését. A CP aktivitása SGA újszülöttekben a magas kiindulási értékről gyorsan visszaesett a normális határok közé. Néhány esetben komplikációmentes adaptáció mellett is korai „érést” tapasztaltunk: a CP aktivitása már a 2–3. élethónapban elérte újra a felnőtt normál tartományt.

A magzati CP döntően saját szintézis eredménye, amely, amint eredményeink is mutatják, hatásosan indukálható az intra- és extrauterin életben egyaránt. Az anyai CP a placentán nem hatol át (5), a magas születési értékek nem ennek tudhatók be. A csökkenés azonban esetenként messze meghaladja a CP felezési ideje (norm.: 5 nap) alapján várható mértéket.

A keringésből való „eltűnés” lehetséges magyarázatai:

1. inaktiválódás a toxikus gyökök hatása következtében
2. szöveti felhasználódás — réztransport az intracelluláris enzimek szintéziséhez
3. fokozott katabolizmus a májban.

A születéskor mért nagy CP aktivitás hozzájárulhat a retardált koraszülöttek tüdejének relatív érettségéhez, a toxikus gyökök hatásával szemben megnyilvánuló fokozottabb ellenálló képességhez.

Eredményeink újabb adatokat szolgáltatnak a CP postnatalis adaptációban játszott szerepéhez.

IRODALOM: 1. Barber, E. F., Cousins, R. J.: Interleukin-1-stimulated induction of ceruloplasmin synthesis in normal and copper-deficient rats. *J Nutr* 1988, 118, 375. — 2. Chiswick, M. L.: Prolonged rupture of membranes, pre-eclamptic toxemia and respiratory distress syndrome. *Arch Dis Childh* 1976, 51, 674. — 3. Doerr, H. G., Versmold, H. T., Bidlingmaier, F. és mtsa: Adrenocortical steroids in small for gestational age term infants during the early neonatal period. *Pediatr Res* 1989, 25, 115. — 4. Frank, L., Lewis P. L., Sosenko I. R. S.: Dexamethasone stimulation of fetal rat lung antioxidant enzyme activity in parallel with surfactant stimulation. *Pediatrics* 1985, 75, 569. — 5. Gitlin, D., Biasucci, A.: Development of rG, rA, rM, β 1C/ β 1A, C 1 esterase inhibitor, ceruloplasmin, transferrin, hemo-pexin, haptoglobin, fibrinogen, plasminogen, α 1-antitrypsin, orosomucoid, β -lipoprotein, α 2-macroglobulin, and prealbumin in the human conceptus. *J Clin Invest* 1969, 48, 1433. — 6. Gitlin, J. D.: Transcriptional regulation of ceruloplasmin gene expression during inflammation. *J Biol Chem* 1988, 263, 6281. — 7. Gluck, L.: Evaluating functional fetal maturation. *Clin Obstet Gynecol* 1978, 21, 547. — 8. Hercz, P., Siklós, P., Ungár, L.: Serum cortisol level changes in the maternal-fetoplacental unit between the 28th–40th weeks of pregnancy. *Acta Physiol Hung.* 1987, 69, 161. — 9. Hitchcock, K. R.: Lung development and the pulmonary surfactant system: Hormonal influences. *Anat Rec* 1980, 198, 13. — 10. Joubert K.: Születési súly és születési hossz standard az 1973–1978. évben született újszülöttek adatai alapján. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentései 1983/1985. — 11. Kaupilla, A.,

Koivisto, M., Pukka, M. és mtsa: Umbilical cord and neonatal cortisol levels. *Obstet Gynecol* 1978, 52, 666. — 12. Lehman, G. W., Hubl, W., Kotte, W.: Die Plasmakonzentrationen der unconjugierten 11-hydroxykortikosteroide bei reifen small-for-dates Säuglingen in den ersten Lebenstagen. *Acta Paediat Acad Sci Hung* 1976, 17, 81. — 13. Liggins G. C., Howie, R. N.: A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of RDS in premature infants. *Pediatrics* 1972, 50, 515. — 14. Migeon, C. J.: Cortisol production and metabolism in the neonate. *J. Pediatr* 1959, 55, 280. — 15. Minkoff, H.: Prematurity: Infection as an etiologic factor. *Obstet Gynecol* 1983, 62, 137. — 16. Murphy, B. E. P.: Cortisol and cortison levels in the cord blood at delivery of infants with and without respiratory distress syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1974, 119, 1112. — 17. Procianny, R. S. et al.: Hyaline membrane disease and intraventricular haemorrhage in small for gestational age infants. *Arch Dis Childh* 1980, 55, 502. — 18. Procianny, R. S., Cecin, S. K. G.: Umbilical cord dehydroepiandrosterone sulfate and cortisol levels in preterm infants born to pre-eclamptic mothers. *Acta Paediat Scand* 1986, 75, 279. — 19. Schosinsky, K. H., Lehmann, H. P., Beeler, M. F.: Measurement of ceruloplasmin from its oxidase activity in serum by use of o-dianisidine dihydro-chloride. *Clin Chem* 1974, 20/12, 1556. — 20. Szabó T. és mtsai: Coeruloplasmin aktivitás koraszülöttek szérumban az első életnapon. *Orv. Hetil.* 1986, 127, 2869. — 21. Szabó T., Oroszlán Gy., Vámos J. és mtsa: Szérumból és ceruloplasmin koncentrációk egészséges és beteg újszülöttekben. *Magyar Pediáter* 1988, 22, 127. — 22. Szabó, T., Oroszlán, Gy.: Causes of ceruloplasmin deficiency in sick infants. *Rev Intern Ped* 1989 in press. — 23. Szabó T., Oroszlán Gy.: Érzékeny módszer újszülöttek szérumból ceruloplasmin aktivitásának meghatározására. *Laboratóriumi Diagnosztika* 1989, közlésre elfogadva. — 24. Teberg, A. J., Walther, F. J., Pena, Y. C.: Mortality, morbidity and outcome of the small-for-gestational-age infant. *Seminars in Perinatology* 1988, 12, 84. — 25. Usher, R. H.: Clinical and therapeutic aspects of fetal malnutrition. *Ped Clin North Am* 1970, 17, 169. — 26. Véghegyi P., Kerpel-Fronius, Ö.: Az újszülött. Akadémiai Kiadó Budapest, 1986, 85. oldal. — 27. Weiner, A. L., Cousins, R. J.: Hormonally produced changes in ceruloplasmin synthesis and secretion in primary cultured rat hepatocytes. *Biochem J* 1983, 212, 297. — 28. Yoshida, T., Hattori, Y., Noda, K.: Plasma cortisol concentration in newborn infants. *Tohoku J Exp Med* 1977, 123, 323.

(Szabó Teréz dr. Salgótarján, Vörös Hadsereg u. 64. 3100)

* * *

Intenzív betegellátók, urológusok, baleseti, szív- és idegsebészek!

AUTOMATIKUS OZMOMÉTER

szállítására rendeléseket felvesszünk.

- * Vizelet és szérumból orvosi vizsgálatához
- * Fagyáspontcsökkenés alapján, digitális kijelzés (0—2000 mOsm/kg)
- * Mintatérfogató 100 mikroliter, mérési pontosság 1%
- * Eredménymegőrző memória, gyors, könnyen kezelhető
- * ORKI minősítés szerint import kiváltó
- * Számos gyógyintézetben megbízható működéséről tapasztalat
- * A készülék ára: 128 000 Ft + 25% ÁFA

Cím: MIKRO Elektronikai GMK, 6726 Szeged, Gyapjas P. 29.

Kérjen AGGREGOMÉTER termékünkéről is árajánlatot!



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 diabética és glomerulosclerosis (Kimmelstiel—Wilson-szindróma).

Vénás insuficiencia: primer varicositas, terhességi visszeresség, aranyér, posztthrombotikus szindróma, láb-szárfekély, 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 diabética 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 diabética, 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 ke-

zelés 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. Térítésmentesen rendelheti diabéteszes beteg részére — retinopathia diabética javaslattal — szemészeti szakrendelés szakorvosa, illetőleg annak javaslata alapján a kezelőorvos.

CSOMAGOLÁS

20 tablettát.

ELŐÁLLÍTJA:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

OM Laboratóries licencia alapján.

Csanádi Zoltán dr.,
Szász Károly dr.,
Somfay Attila dr.
és Horváth László dr.

A terhelésre kialakuló septalis Q hullám változások jelentősége a ramus descendens anterior proximalis stenosisának felismerésében

Csongrád Megyei Tanács Tüdőkórház-Gondozóintézet,
Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk
(osztályvezető főorvos: Szász Károly dr.)

A szerzők a Q hullám amplitúdóváltozását vizsgálták kerékpár és futószőnyeg terhelés során 29 coronaria betegben, akiknél a coronaria angiographia szignifikáns szűkületet igazolt a ramus descendens anterior (RDA) proximális szakaszán és 25 olyan betegben, akiknél a coronaria rendszer anatómiailag épnek bizonyult. Q hullám amplitúdócsökkenést kizárólag a betegcsoportban találtak, amplitúdónövekedés kizárólag a kontrollcsoportban fordult elő. A kerékpár terhelés érzékenysége a szignifikáns ST depressio alapján 51,7% volt, ami a Q hullám csökkenését is kórosnak értékelve 62%-ra emelkedett, futószőnyeg terhelés során ugyanezen statisztikai paraméter az ST depressio alapján 50%, a Q amplitúdócsökkenést is figyelembe véve 65% volt. A Q hullám amplitúdócsökkenés és az ST szakasz változásának együttes értékelése növeli a terheléses EKG vizsgálat érzékenységét.

Septal Q wave responses to exercise in the diagnosis of proximal stenosis of the left anterior descending coronary artery. In 29 patients with coronary artery disease (CAD) involving the proximal segment of left anterior descending coronary artery (LAD) and in 25 patients with normal coronary anatomy (control group) Q wave amplitude changes were studied in response to exercise with bicycle and treadmill. Decrease of the Q wave amplitude was observed only in the patient group. Increase in amplitude was found only in the control group. The sensitivity of bicycle test for a significant ST segment depression was 51,7%. The same value, obtained by treadmill exercise was 50%. When either a significant ST depression or decrease of Q wave amplitude was evaluated as an abnormal response to exercise, the sensitivity was 62% (bicycle) and 65% (treadmill). Taking both ST segment depression and reduction of Q wave amplitude, an increased sensitivity of exercise ECG examination can be attained.

A terheléses EKG vizsgálat során az ST szakasz eltéréseit tartják a myocardialis ischaemia legmegbízhatóbb jelének. A szignifikáns ST depressio érzékenységről és fajlagosságáról meglehetősen eltérő adatokat olvashatunk a külföldi irodalomban (1, 11, 17).

A hazai szerzők közül Jánosi és mtsai (12) nagy beteganyagon végzett vizsgálatok alapján 86%-os érzékenységről és 81%-os fajlagosságról számoltak be.

Berényi és mtsai (2, 3) az ST depressio kialakulásának sebessége és a coronariabetegség súlyossága között találtak szoros összefüggést.

Az utóbbi évek irodalmi adatai szerint (7, 9, 15, 16) a Q hullám nagyságának fizikai terhelés során megfigyelhető változása szorosan összefügg az interventricularis septum aktuális vérellátásával. A Q hullám amplitúdó növekedése normális perfúzióra, csökkenése vérellátási zavarra utal, aminek oka a ramus descendens anterior (RDA) proximális szűkülete lehet. Az idézett szerzők véleménye szerint a V₅, CM₅ és CC₅ EKG elvezetésekben a terhelés al-

kalmával észlelt Q hullám amplitúdóváltozások és az ST szakasz változásainak együttértékelésével a terheléses EKG vizsgálat diagnosztikus pontossága, megbízhatósága növelhető.

Munkánk célja az volt, hogy terheléses EKG vizsgálatunk retrospektív értékelésével a septalis Q hullám változásokat és a coronaria angiographia eredményének összefüggését vizsgáljuk.

Betegek és módszerek

1982. január 01. és 1986. december 31. között osztályunkon észlelt és szívkatéterezett betegek adatait dolgoztuk fel, akiknél a coronarographia a RDA proximális szakaszán szignifikáns szűkületet (izoláltan, vagy multiplex elváltozás részeként), vagy anatómiailag ép coronaria rendszert igazolt és a beteg terheléses EKG vizsgálata is megtörtént. Valamennyi beteg mellkasi panaszainak kivizsgálása céljából került osztályunkra. A coronaria angiographiára minden esetben a non-invazív vizsgálatokat (terheléses EKG, terheléses ²⁰¹Tl-perfúziós szívizomscintigraphia) követően került sor. Az invazív vizsgálat indikációja többnyire valamelyik non-invazív metodika pozitív eredménye volt, néhány betegnél a persistáló, típusosnak imponáló mellkasi fájdalom miatt, a negatív terheléses vizsgálatok ellenére végeztük el a szív-

Kulcsszavak: terheléses EKG, Q hullám, myocardialis ischaemia

katéterezést. Kizártuk a vizsgálatból azokat, akiknek nyugalmi EKG-ján olyan kóros eltérést láttunk, ami a V_5 és CM_5 elvezetésekben a QRS morfológiát befolyásolta (bal vagy jobb kamra hypertrophia, szárblokk, WPW syndroma, pathológiás Q hullám). A fenti kritériumoknak 54 beteg felelt meg. Közülük a coronaria status alapján 29 került a betegcsoportba (26 ffi, 3 nő, életkor: 30–65, átlag: 49,75 év), 25 a negatív coronarographiás kontroll csoportba (18 ffi, 7 nő, életkor: 19–59, átlag 41 év).

Kerékpárterhelést végeztünk a betegcsoport és a negatív coronarographiás kontroll csoport minden tagjánál, 50 W teljesítményszintről indulva 3 percnként 25 W-tal emeltük a teljesítményértéket. A terhelés előtt a kerékpáron ülve 30 mp-ig hyperventilált a beteg. Az utána készült EKG felvételen mértük a V_5 elvezetésben a Q hullám nagyságát, ezt hasonlítottuk össze a terhelés megszakitása után közvetlenül, szintén ülő helyzetben készült felvételen, ugyancsak V_5 elvezetésben mért Q amplitúdóval. A terhelés megszakitási indikációját, valamint az ST szakasz szignifikáns változásának megítélését illetően az Országos Kardiológiai Intézet 12. sz. Módszertani levelében leírtakhoz tartottuk magunkat (13).

Futószőnyeg terhelésre a betegcsoport 20, a kontroll csoport 24 tagjánál került sor. A vizsgálatot Erich—Jaeger gyártmányú spirométeren végeztük, amihez Hewlett—Packard SP 15 A típusú számítógépet csatlakoztattunk. A terhelést 3 percig 4 km/h sebességgel 0%-os lejtőszög mellett történő kondicionálással kezdtük. Ezt követően 6 km/h sebességgel folytattuk a terhelést 0% lejtőszögről indulva, majd 3 percnként emeltük a lejtőszöget változatlan szalagsebesség mellett. A lejtőszög értéket a számítógép által a beteg életkora, neme, testmagassága és testsúlya alapján számított max. aerob kapacitás körülbelül 60–80–100%-ának megfelelően választottuk ki, úgy, hogy az adott lejtőszöghöz tartozó teljesítményértékek lineárisan emelkedjenek. A terhelési idő ily módon az esetek többségében 9–12 perc volt. A terhelés alatt a bipoláris CM_5 EKG elvezetést (negatív elektróda a manubrium sterni felett, pozitív elektróda a V_5 pozícióban) monitoroztuk, ill. percnként regisztráltuk. A Q amplitúdót a terhelés előtt és után közvetlenül álló helyzetben mértük ugyanebben az elvezetésben.

A terhelés során megfigyelt Q hullám amplitúdóváltozások alapján 4 csoportot alakítottunk ki, az alábbiak szerint: A csop.: a Q hullám nagysága csökkent, vagy a terhelés végére eltűnt, B csop.: Q hullám sem a terhelés előtt, sem azt követően nem volt, C csop.: a Q amplitúdó nem változott, D csop.: a Q amplitúdó nőtt, vagy újonnan kialakuló Q hullám jelent meg a terhelés alatt.

A selectiv coronarographiát Judkins módszere szerint végeztük, felvétel több irányból készült.

A 75%-os, vagy azt meghaladó érátmérő csökkenést tekintettük szignifikánsnak. A RDA proximális szakaszán az I. septalis ág eredése feletti szakaszt értjük, függetlenül attól, hogy az I. diagonális ág ez alatt, vagy felett ered.

Mindkét dinamikus terhelésnél kiszámítottuk a terhelés előtt és után mért Q amplitúdóértékek számtani középértékét és standard deviációját, majd a kapott értékek szignifikancia analízisét 2 mintás t-próbával végeztük.

Az érzékenység, fajlagosság, prediktivitás értékeinek kiszámítása az alábbiak szerint történt:

$$\text{Érzékenység} = \frac{\text{valós poz. válasz}}{\text{valós poz.} + \text{fals neg.}}$$

$$\text{Fajlagosság} = \frac{\text{valós neg. válasz}}{\text{valós neg.} + \text{fals poz.}}$$

$$\text{Prediktivitás} = \frac{\text{valós poz.}}{\text{valós poz.} + \text{fals poz.}}$$

Eredmények

A nyugalmi EKG-n a V_5 elvezetésben a betegcsoport 17 (58,6%), a kontroll csoport 14 (56%) tagjánál nem láttunk Q hullámot, míg a CM_5 elvezetésben 11 betegnél (55%) és 13 kontrollnál (54,1%) hiányzott a Q hullám. Az 1. táblázat adataiból látható, hogy a terhelés előtt mért amplitúdó átlagértékek alapján nincs szignifikáns különbség a kontroll- és a coronariabeteg csoport között. A kétféle dinamikus terhelés hatására a septalis Q hullám nagyságának átlagértékei hasonlóan változtak. A negatív coronarographiás kontroll csoportban mindkét módszerrel szignifikáns amplitúdónövekedést, a betegcsoportban a kerékpár ergometria során szignifikáns, a futószőnyeg terhelés során nem szignifikáns amplitúdócsökkenést tapasztaltunk.

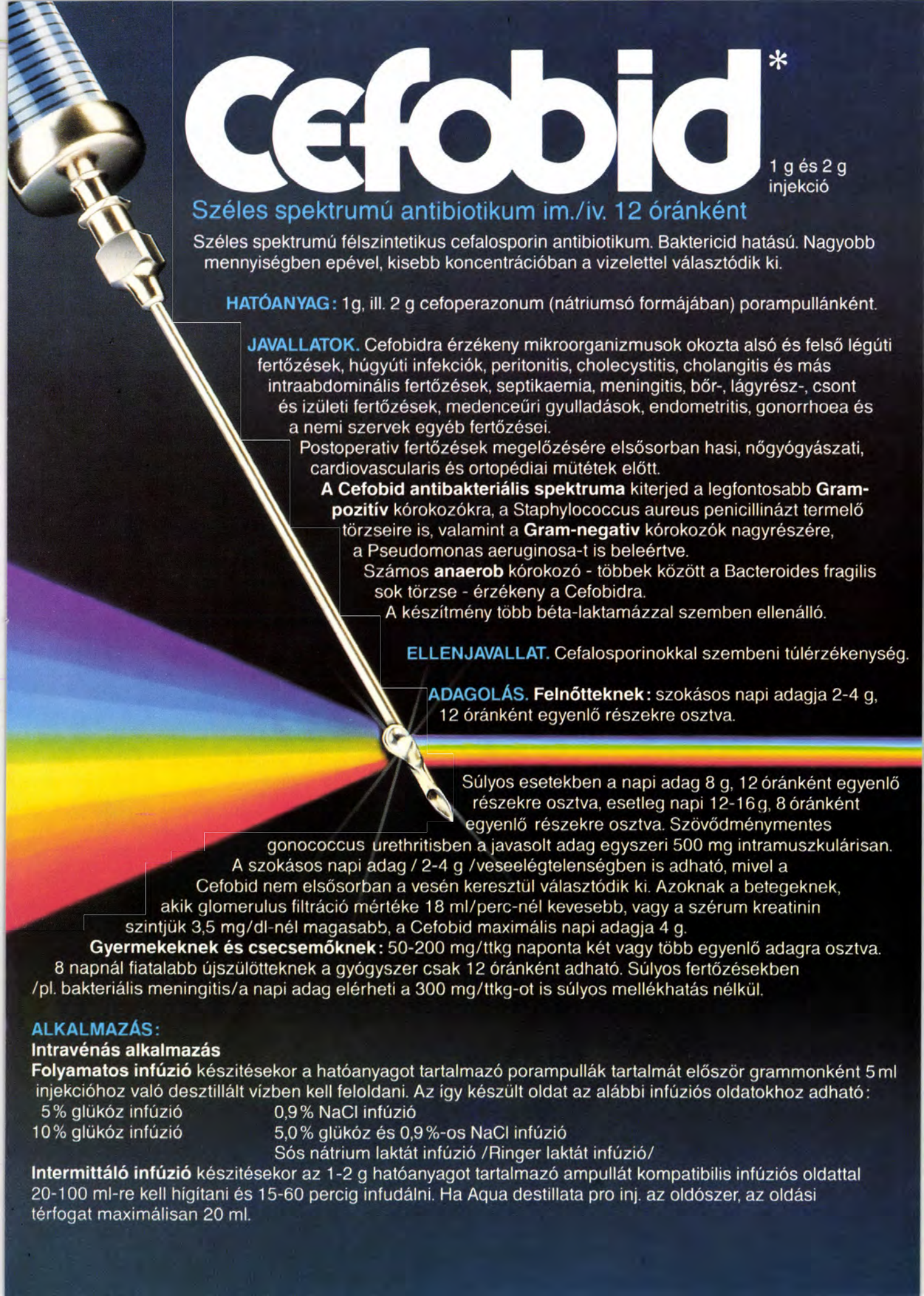
1. táblázat: A septalis Q hullám amplitúdó átlagértékei kerékpár (a) és futószőnyeg (b) terhelés során

	Betegcsoport (n = 29)	Kontrollcsoport (n = 25)
a)		
Terhelés előtt	0,56 ± 0,75	0,56 ± 0,89
Terhelés után	0,36 ± 0,54	1,24 ± 1,24
b)		
Terhelés előtt	0,45 ± 0,58	0,54 ± 0,92
Terhelés után	0,35 ± 0,48	1,36 ± 1,37
.....	p > 0,05	
-----	p < 0,05	
----	p < 0,01	

A 2. táblázat a Q hullám változásainak megoszlását mutatja. Amplitúdócsökkenés (A) kizárólag a betegek között, növekedés (D) a kontroll csoportban fordult elő mindkét terhelési mód esetén.

A 3. táblázaton a Q hullám változásai alapján számított statisztikai mutatókat tüntettük fel. Amennyiben a terhelésre csökkenő, vagy eltűnő Q hullámot tekintjük kizárólag kórosnak (A), 100%-os fajlagosság és prediktivitás mellett igen alacsony érzékenységet kapunk. Ha emellett kórosnak értékeljük a terhelés előtt és után egyaránt hiányzó Q hullámot is (A—B), magas érzékenység mellett (kerékpár terhelésnél 86,2%) a fajlagosság és prediktivitás értéke is elfogadható. Ha az előbbieket mellett kóros válaszként vesszük figyelembe a terhelés során nem változó Q hullámot is (A—B—C), 100%-os érzékenység mellett a fajlagosság és prediktivitás értéke lényegesen nem változik.

A 4. táblázaton a szignifikáns ST depressio alapján kapott statisztikai mutatók láthatók. A szignifikáns ST



Cefobid*

1 g és 2 g
injekció

Széles spektrumú antibiotikum im./iv. 12 óránként

Széles spektrumú félszintetikus cefalosporin antibiotikum. Baktericid hatású. Nagyobb mennyiségben epével, kisebb koncentrációban a vizelettel választódik ki.

HATÓANYAG: 1g, ill. 2 g cefoperazonum (nátriumsó formájában) porampullánként.

JAVALLATOK. Cefobidra érzékeny mikroorganizmusok okozta alsó és felső légúti fertőzések, húgyúti infekciók, peritonitis, cholecystitis, cholangitis és más intraabdominális fertőzések, septikaemia, meningitis, bőr-, lágyrész-, csont és izületi fertőzések, medenceúri gyulladások, endometritis, gonorrhoea és a nemi szervek egyéb fertőzései.

Postoperatív fertőzések megelőzésére elsősorban hasi, nőgyógyászati, cardiovascularis és ortopédiai műtétek előtt.

A Cefobid antibakteriális spektruma kiterjed a legfontosabb **Gram-pozitív** kórokozókra, a Staphylococcus aureus penicillinázt termelő törzseire is, valamint a **Gram-negatív** kórokozók nagyrészt, a Pseudomonas aeruginosa-t is beleértve.

Számos **anaerob** kórokozó - többek között a Bacteroides fragilis sok törzse - érzékeny a Cefobidra.

A készítmény több béta-laktamázzal szemben ellenálló.

ELLENJAVALLAT. Cefalosporinokkal szembeni túlérzékenység.

ADAGOLÁS. Felnőtteknek: szokásos napi adagja 2-4 g, 12 óránként egyenlő részekre osztva.

Súlyos esetekben a napi adag 8 g, 12 óránként egyenlő részekre osztva, esetleg napi 12-16 g, 8 óránként egyenlő részekre osztva. Szövődménymentes

gonococcus urethritisben a javasolt adag egyszeri 500 mg intramuszkulárisan.

A szokásos napi adag / 2-4 g / veseelégtelenségben is adható, mivel a

Cefobid nem elsősorban a vesén keresztül választódik ki. Azoknak a betegeknek, akik glomerulus filtráció mértéke 18 ml/perc-nél kevesebb, vagy a szérum kreatinin szintjük 3,5 mg/dl-nél magasabb, a Cefobid maximális napi adagja 4 g.

Gyermekeknek és csecsemőknek: 50-200 mg/ttkg naponta két vagy több egyenlő adagra osztva.

8 napnál fiatalabb újszülötteknek a gyógyszer csak 12 óránként adható. Súlyos fertőzésekben /pl. bakteriális meningitis/a napi adag elérheti a 300 mg/ttkg-ot is súlyos mellékhatás nélkül.

ALKALMAZÁS:

Intravénás alkalmazás

Folyamatos infúzió készítésekor a hatóanyagot tartalmazó porampullák tartalmát először grammonként 5 ml injekcióhoz való desztillált vízben kell feloldani. Az így készült oldat az alábbi infúziós oldatokhoz adható:

5% glükóz infúzió	0,9% NaCl infúzió
10% glükóz infúzió	5,0% glükóz és 0,9%-os NaCl infúzió
	Sós nátrium laktát infúzió /Ringer laktát infúzió/

Intermittáló infúzió készítésekor az 1-2 g hatóanyagot tartalmazó ampullát kompatibilis infúziós oldattal 20-100 ml-re kell hígítani és 15-60 percig infundálni. Ha Aqua destillata pro inj. az oldószer, az oldási térfogat maximálisan 20 ml.

Cefobid*

Direkt intravénás injekcióban egyszeri legnagyobb adagja **felnőtteknek** 2 g, **gyermekeknek** 50 mg/ttkg. Ezt a mennyiséget annyi megfelelő oldószerben kell oldani, hogy az oldat koncentrációja 100 mg/ml legyen és lassan, legalább 3-5 percig kell beadni.

Intramuszkuláris alkalmazás

Az ampulla tartalmát annyi Aqua dest. pro inj.-ban kell oldani, hogy a nyert oldat koncentrációja 250 mg/ml legyen. Ha az oldat koncentrációja 250 mg/ml-nél nagyobb, készítéséhez Lidocain inj. használandó. Az opálosodás elkerülése céljából az oldat elkészítése 2 lépésben történjen: a porampulla tartalmát először desztillált vízzel kell oldani, majd megfelelő mennyiségű 2%-os Lidocain oldattal hígítani.

MELLÉKHATÁSOK: maculopapulás kiütés, urticaria, eosinophilia, láz. Előfordulásuk allergiás, ill. penicillinérzékeny betegeken gyakoribb. Neutrofil leukociták számának csökkenése, tartós kezelés esetén reverzibilis neutropenia, a direkt Coombs-teszt pozitívvá válhat, haemoglobin és haematokrit érték csökkenése, átmeneti eosinophilia ill. hypoprothrombinaemia előfordulhat. A SGOT, SGPT és az alkáli foszfatáz értékek átmeneti emelkedése. Lágyszéklet vagy mérsékelt hasmenés. Intravénás alkalmazáskor ritkán phlebitis.

FIGYELMEZTETÉS: Penicillinérzékenység és más gyógyszerallergia esetén óvatosság ajánlatos. A részleges penicillin- és cefalosporin keresztallergiára klinikai és laboratóriumi adatok vannak. Az epével nagy mennyiségben választódik ki. Májbetegségben és/vagy epeelzáródásban a szérum felezési idő hosszabb és a vizelettel történő kiválasztás fokozódik. Még súlyos májkárosodás esetén is terápiás koncentráció alakul ki az epében, emellett gyógyszer felezési ideje 2-4-szeresére nő. Epeelzáródás, súlyos májbetegség és egyidejűleg fennálló vesekárosodás esetén az adagot csökkenteni kell. Ilyenkor a napi adag a 2 g-ot nem haladhatja meg. A haemodialízis a felezési időt kissé csökkenti, amit a dialízis ideje alatt figyelembe kell venni. Más antibiotikumokhoz hasonlóan K-vitamin hiányt okozhat, ilyenkor prothrombin idő ellenőrzés, K-vitamin pótlás szükséges. A kezelés alatti és az alkalmazást követő 5 napon belüli alkoholfogyasztás kipirulást, izzadást, fejfájást, tachycardiát okozhat. Tartós alkalmazása rezisztens mikroorganizmusok elszaporodását eredményezheti. Glükóz kimutatása a vizeletből - Fehling vagy Benedict oldat alkalmazása esetén - álpozitív reakciót adhat. A Cefobid és az aminoglikozidok oldatai egymással nem keverhetők, mivel közöttük inkompatibilitás áll fenn. Együttadásuk esetén a készítményeket egymás után és külön infúziós szerelékkel ill. külön helyre kell beadni. Ajánlatos elsőnek Cefobidot adni. Vesefunkció ellenőrzés is szükséges együttes terápiánál. Terhes asszonyokon és éretlen újszülötteken még nincsenek megfelelően ellenőrzött vizsgálatok, e betegeknek csak a gyógyszer adásának előnyeit és lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható. Kis mennyiségben kiválasztódik az anyatejbe, ezért a szoptatás ideje alatt csak óvatosan alkalmazható.

MEGJEGYZÉS:

++ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti /gondozóintézeti/ felhasználásra.

CSOMAGOLÁS:

- 1 amp. /1 g/
- 1 amp. /2 g/

FORGALMAZZA: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együtműködés alapján.



* A Pfizer Inc., New York védjegyzett neve.

Pfizer

2. táblázat: **A Q hullám amplitúdóváltozások megoszlása kerékpár (a) és futószőnyeg (b) terhelés során**

	A	B	C	D
a.				
Betegcsoport	8	17	4	—
Kontrollcsoport	—	8	1	16
b.				
Betegcsoport	3	11	6	—
Kontrollcsoport	—	6	—	18

3. táblázat: **A septalis Q hullám amplitúdóváltozások alapján számított statisztikai mutatók kerékpár (a) és futószőnyeg (b) terhelés során**

	Kórosnak tekintett változás		
	A	A-B	A-B-C
a.			
Érzékenység (%)	27,6	86,2	100,0
Fajlagosság (%)	100,0	69,0	67,0
Predictivitas (%)	100,0	78,1	76,3
b.			
Érzékenység (%)	15,0	70,0	100,0
Fajlagosság (%)	100,0	76,0	71,0
Predictivitas (%)	100,0	70,0	76,9

4. táblázat: **Az ST szakasz szignifikáns változása alapján számított statisztikai mutatók kerékpár és futószőnyeg terhelés során**

	Kerékpár terhelés	Futószőnyeg terhelés
Érzékenység (%)	51,7	50,0
Fajlagosság (%)	96,0	100,0
Predictivitas (%)	93,7	100,0

depressiót és a terhelésre csökkenő Q hullám amplitúdót egyaránt kóros változásként értékelve a kerékpár ergometria érzékenysége 62%-ra, a futószőnyeg terhelése 65%-ra nőtt.

Megbeszélés

Bruce és mtsai (4) már 1966-ban a a terhelésre kialakuló fiziológiai EKG változások elemzésekor a Q hullám nagyságának növekedéséről számoltak be. Wolthuis és mtsai (18) 1979-ben hasonló megfigyelést közöltek, az amplitúdó változás a bipoláris CM₅ elvezetésben volt a legkifejezettebb.

Morales—Ballejo és mtsai (15) anatómiaiag ép coronaria rendszer esetén 88%-ban figyeltek meg Q hullám amplitúdónövekedést futószőnyeg terhelés során a CM₅ elvezetésben. 50 szívkatéterezéssel igazolt coronaria beteg — többségük 2—3 ág beteg — 76%-ában nem volt Q hullám a nyugalmi EKG-n. A terhelésre nem változó,

vagy csökkenő Q hullámot kórosnak értékelve az érzékenységet 82%-nak, a fajlagosságot 88%-nak, a prediktivitást 87%-nak találták, az ST szakasz változásai alapján ugyanezen paraméterek 52%, 74%, 70%-nak bizonyultak. A Q hullám és az ST változást egyaránt figyelembe véve az érzékenység értéke 92%-ra nőtt.

Famularo és mtsai (9) az egyes coronaria ágak izolált szűkületeiben vizsgálták a Q hullám változásait. A ramus circumflexus, vagy a jobb coronaria szűkülete esetén, valamint a negatív coronarographiás kontroll csoportban a Q amplitúdó a terhelés hatására nőtt, vagy változatlan maradt. A RDA stenosisa esetén 62%-ban csökkent, a fennmaradó esetekben nem változott a Q hullám nagysága.

De Caprio és mtsai (7) 15 izolált RDA stenosisos betegek közül 4-nél (26,7%) csökkent a Q amplitúdó kerékpár terhelés során, a többiekénél nem változott. A r. circumflexus és a jobb coronaria érintettsége esetén nőtt, vagy nem változott a V₅ elvezetésben mért Q hullám nagysága.

Furuse és mtsai (10) futószőnyeg terhelés alatt a CC₅ elvezetésben talált Q hullám változások alapján számított statisztikai paraméterek értékét alacsonyabbnak találta, mint a szignifikáns ST depressio alapján számított értékeket. A kétféle változás együttes figyelembevétele sem javította szignifikánsan az érzékenységet, fajlagosságot és prediktivitást.

Az észlelt Q hullám változások kialakulásával kapcsolatban feltételezik, hogy azok a kamrai sövény vérellátásával függenek össze. Durrer (8) vizsgálatai szerint a kamrai aktiváció az interventricularis septum középső részének bal oldaláról indul, ami a testfelszíni EKG-n az I, aVL, V₅, V₆ elvezetésben megjelenő Q hullámot eredményezi. A RDA proximális, I. septalis ág leadása feletti szakaszának szűkülete a kamrai sövény tartós vérellátási zavarát okozhatja, ami fokozatosan kialakuló fibrosishoz, elektromosan inaktív hegyszövetképződéshez vezethet. Ennek következményeként a fenti elvezetésekben a QRS komplexus initialis komponense eltűnik. Burch és DePasquale (5, 6) nagyszámú boncolás során talált septum fibrosisok 80%-ában látták ezt a képet az EKG retrospectív értékelésekor.

Mason és mtsai (14) RDA szűkületes betegek echocardiographiás vizsgálatával nyugalomban azonosnak találták a kamrai sövény és a bal kamra hátsó falának systolés vastagságát, terhelés hatására azonban a septum vastagsága csökkent, a hátsó falé nőtt.

Nohara és mtsai (16) kerékpár ergometria során a V₅ elvezetésben mutatkozó Q hullám változások, a coronaria angiographia és a foton emissziós computer tomographiával (SPECT) nyert ²⁰¹Tl-scintigraphiás kép összefüggését vizsgálták. Azoknál az RDA szűkületes betegeknél, akik terhelése során a Q hullám nagysága csökkent, az izotóp vizsgálat a septum perfúziós defectusát igazolta a terhelés után készült korai felvételen. A késői felvételen, 2 óra elteltével azonban egyenletes izotópeloszlást, vagy a defectus nagyságának csökkenését látták. Ezzel szemben permanens, a késői felvételen is megfigyelhető volt a kiesés a nyugalmi EKG-n is hiányzó Q hullám esetén. Ezek az adatok közvetlen kapcsolatra utalnak

mind a Q hullám hiánya és a septumban megfigyelt heg-szövetképződés, mind a terhelés során létrejövő Q amplitúdó csökkenés és a septum transitorikus ischaemiája között.

Anyagunkban a betegcsoport tagjainak több mint felénél nem láttunk Q hullámot a nyugalmi EKG-n a V₃ és CM₅ elvezetésben. A kontroll és a betegcsoport között azonban nem volt szignifikáns különbség az átlagos Q hullám amplitúdóértéket figyelembe véve. Q hullám amplitúdócsökkenést a terhelés során kizárólag a betegcsoportban tapasztaltunk, az idézett szerzők többségéhez hasonlóan. Kerékpár ergometria során a V₃ elvezetésben a 29 beteg közül 8-nál (27,6%) figyeltünk meg amplitúdócsökkenést, ami lényegesen nem különbözik Nohara és mtsai (16) 34%-os, valamint DeCaprio és mtsai (7) 26,7%-os, ugyancsak kerékpár terhelés kapcsán V₃ elvezetésben kapott adataitól. Futószőnyeg terhelés alatt a CM₅ elvezetésben a 20 beteg közül 3-nál (15,0%) csökkent a Q hullám nagysága, ami megegyezik Furuse és mtsai (10) CC₅ elvezetésben, futószőnyeg terhelés során mért értékével. A Q hullám nagyságának növekedését kizárólag a normál coronarographiás kontroll csoportban észleltük. A Q hullám amplitúdó fiziológiás változása arra utal, hogy a RDA proximális szakaszán szignifikáns szűkület nincs, ez alapján azonban nem zárható ki a betegség a coronaria rendszer más helyén. A Q hullám hiánya a nyugalmi EKG-n, továbbá a terhelésre nem változó amplitúdó vizsgálataink szerint önmagában nem értékelhető adat sem coronaria betegség mellett, sem ellene, de megerősíti a coronaria betegség gyanúját, amennyiben az ST szakasz kóros változásához társul.

Az irodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján a terhelésre létrejövő septalis Q hullám amplitúdóváltozások figyelembevétele az ST szakasz eltérések mellett növeli a terheléses EKG vizsgálat diagnosztikai értékét. A Q hullám nagyságának csökkenését önmagában, kóros ST szakasz változás nélkül is coronariabetegség jeleként kell értékelni.

IRODALOM: 1. Bartel, A. G. és mtsai: Graded exercise stress tests in angiographically documented coronary artery disease. *Circulation*, 1974, 49, 348. — 2. Berényi I. és mtsai: Koszorúerbetegség súlyosságának megítélése terheléses EKG vizsgálattal. *Orv. Hetil.* 1984, 125, 1191. — 3. Berényi I., Hajduczki I., Böszörményi E.: Terhelés alatti ST depressio quantitativ értékelése a coronariabetegség súlyosságának megítélésére. *Cardiol. Hung.*, 1979, 8, 295. — 4. Bruce, R. A. és mtsai: Quantitation of QRS and ST segment responses to exercise. *Am. Heart J.*, 1966, 71, 455. — 5. Burch, G. E.: An electrocardiographic syndrome characterized by absence of Q wave in leads I, V₃ and V₆. *Am. Heart J.*, 1956, 51, 487. — 6. Burch, G. E., DePasquale, N.: A study at autopsy of the relation of absence of the Q wave in leads I, aVL, V₃ and V₆ to septal fibrosis. *Am. Heart J.*, 1960, 60, 336. — 7. DeCaprio, L. és mtsai: Evaluation of exercise-induced Q-wave amplitude changes and their clinical value. *J. Electrocardiol.*, 1988, 21, 45. — 8. Durrer, D.: Electrical aspects of human cardiac activity: A clinical-physiological approach to excitation and stimulation. *Cardiovasc. Res.*, 1968, 2, 1. — 9. Famularo, M. A. és mtsai: Identification of septal ischaemia during exercise by Q wave analysis: Correlation with coronary angiography. *Am. J. Cardiol.*, 1983, 51, 440. — 10. Furuse, T. és mtsai: Usefulness of Q wave response to exercise as a predictor of coronary artery disease. *Am. J. Cardiol.*, 1987, 59, 57. — 11. Goldschlager, N., Selzer, A., Cohn, K.: Treadmill stress test as indicators of presence and severity of coronary artery disease. *Annals Internal Medicine*, 1976, 85, 277. — 12. Jánosi A. és mtsai: A terheléses EKG vizsgálat érzékenysége és fajlagossága a koszorúér szűkület felismerésében. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 203. — 13. Jánosi, A.: Úmutató a terheléses EKG vizsgálat elvégzéséhez és értékeléséhez. *Card. Hung.*, 1984, 13, 298. — 14. Mason, S. J. és mtsai: Exercise echocardiography-detection of wall motion abnormalities during ischaemia. *Circulation*, 1979, 59, 50. — 15. Morales-Ballejo, H. és mtsai: Septal Q wave in exercise testing: angiographic correlation. *Am. J. Cardiol.*, 1981, 48, 247. — 16. Nohara, R. és mtsai: Septal Q wave in exercise testing: evaluation by single-photon emission computed tomography. *Am. J. Cardiol.*, 1985, 55, 905. — 17. Okin, P. M. és mtsai: Improved accuracy of the exercise electrocardiogram: identification of threevessel coronary disease in stable angina pectoris by analysis of peak rate-related changes in ST segments. *Am. J. Cardiol.*, 1985, 55, 271. — 18. Wolthuis, R. A. és mtsai: Normal electrocardiographic waveform characteristics during treadmill exercise testing. *Circulation*, 1989, 60, 1028.

(Csanádi Zoltán dr. Deszk, Alkotmány u. 36. 6772)



MEGJELENT!

A DEBRECENI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM TÖRTÉNETE 1918—1988.

Bot György professzor könyvében megtalálhatók a tanszékvezető professzorok életrajzai fényképpel, valamint az 1922—1988. között diplomázott orvostudományi doktorok névsora.

A könyv megrendelhető a debreceni ADY KÖNYVESBOLT címén, postán utánvétellel.

Ára: 250,— Ft

ADY KÖNYVESBOLT DEBRECEN, 4002 PF. 210.

(Boltunk a MEDICINA KIADÓ IERAKATA.

Nálunk minden Medicina-kiadvány elérhető.)



**Művelt Nép
Könyvterjesztő
Vállalat**



Flautner Lajos dr.,
Harsányi László dr.,
Winternitz Tamás dr.
és Horányi János dr.

Lépcysta eltávolítása kapocsvarrógéppel végzett részleges léprezekcióval

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest
(igazgató: Szécsény Andor dr.)

Szerzők fiatal nőbeteg lépcystáját távolították el kapocsvarrógép segítségével úgy, hogy a lép distalis részét megtartották. Az eset kapcsán áttekintik a lépmegtartó műtéti eljárásokat és a splenectomizáltakon jelentkező fulmináns szepszis kérdését. Véleményük szerint a staplerrel végzett részleges léprezekció előnye a többiekkel szemben az, hogy technikailag egyszerű, nem időigényes eljárás, és a vérzéscsillapítás biztonságos. Az új eljárást a már ismert és eddig alkalmazott eljárások értékes kiegészítőjének tartják.

Exstirpation of splenic cyst with the use of stapler in partial splenectomy. The authors exstirpated the splenic cyst of a young girl with the use of stapler in such a way that the distal part of the spleen was preserved. During this case the types of splenic preservativ operations and the question of fulminant sepsis found in the patient went under splenectomy were surveyed. According to us the advantage of using stapler in partial splenectomy than the others is that firstly it is technically simple, less time consuming, and the haemostasis is safe. This is thought to be a valuable additional procedure to the ultimately known and the procedures which are used.

Amióta *Singer* utánvizsgálatai kimutatták, hogy a splenectomizált betegeken a késői fulmináns szepszis gyakorisága 60-szor nagyobb, mint a normál populációban, a figyelem azokra az eljárásokra terelődött, amelyekkel a lép állománya részben, vagy egészben megtartható (18).

Annak ellenére azonban, hogy *Manninger* és *Verebély* már 1920-ban leírták a részleges léprezekció technikáját, hazánkban a traumás és cystás esetek kezelésére a splenectomia vált egyeduralkodóvá (13, 14).

A lépmegtartó eljárások között 1988-ban jelentek meg a staplerrel végzett részleges léprezekciós módszerek (1, 15, 16).

Közleményünkben fenti törekvések alapján egy lépcysta miatt kapocsvarrógéppel végzett sikeres partialis léprezekciós esetünkről számolunk be.

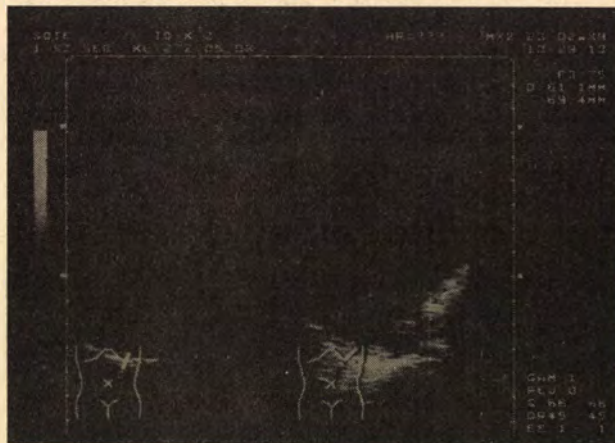
Esetismertetés

K. Z. 17 éves nőbeteg — tompa hasi traumát okozó autóbaleset után — fél éve fokozódó bal bordaív alatti fájdalmak miatt került kivizsgálásra.

Az elvégzett vizsgálatok kóros eltérést egyedül a lépben találtak, ahol UH vizsgálattal kimutatásra került a lép felső harmadában elhelyezkedő $6 \times 7 \times 8$ cm nagyságú, belső echókat nem tartalmazó cysta (1. ábra).

A kimutatott, és panaszokat okozó elváltozás eltávolítására műtétet végeztünk. Exploratióval felkerestük a kissé

megnagyobbodott lépét, amelynek felső pólusában foglalt helyet a cystosus képlet. Tekintettel a beteg fiatal korára és a lép több mint felének normális állományára, részleges lépmegtartó rezekciót határoztunk el. A lépét mobilizáltuk úgy, hogy a lig. gastrolialet és a gastrocolicum kezdeti szakaszát lekötések között átvágtuk, majd a retroperitoneum behatása után a lépét előemeltük.



1. ábra: A lép felső harmadában elhelyezkedő $6 \times 7 \times 8$ cm-es cysta UH képe

A cysta területéhez vezető ereket a léphilus irányába haladva lekötések között átvágtuk, ekkor a lép mobilizálva, középső-felső harmada határán komprimálva, kb. 15 mm vastag és 8–10 cm széles nyelvyszerű lebeny formájában alkalmassá vált a rezekcióra.

Ezen a területen harántirányban a lépre UKL—60 kapocsvarrógépet helyeztünk, majd két lépcsőben a lépét átvágtuk és a kettős kapocssortól a cysta felé eső részen át-

Kulcsszavak: részleges léprezekció, kapocsvarrógép



2. ábra: A megmaradt distalis léprészlet a kapocssorokkal



3. ábra: A cystát tartalmazó eltávolított léprészlet megnyitás utáni makroszkópos képe

vágva (2. ábra), a cystát a működő lépállomány közel felével együtt eltávolítottuk (3. ábra).

A kapocssor mellett észlelt kisméretű szivárgó vérzést koagulációval csillapítottuk.

A b. o. subphreniumba egy draint helyeztünk, melyet 50 ml savós váladék elvezetése után a 2. napon távolítottunk el. Eseménytelen postoperatív szak után a beteg a 8. napon otthonába távozott.

A szövettani vizsgálat eredménye a normál lép szövete képe mellett, az elváltozást benignus mesothel-epithel cystának minősítette.

A két hét után elvégzett kontroll UH vizsgálat a megkisebbedett lépét mutatta, és jól érzékelhető volt a behelyezett kapocssorról érkező intenzív hangreflexió is (4. ábra).

Megbeszélés

Bár a lép funkciójának fontosságát számos régebbi közlemény is felvetette, mégis King és Shumacher 1952-ben közölt megfigyelései hívták fel a figyelmet egy, a lép hiányában kialakuló syndroma (OPSI: overwhelming postsplenectomy infection) veszélyére, 5 splenectomizált gyermekben észlelt fulmináns szepszis alapján (10).



4. ábra: A lép megmaradt részének UH képe, szélén a kapocssornak megfelelő echodens területekkel

1973-ban Singer 2795 postsplenectomizált beteg utánvizsgálatával kimutatta, hogy a szepszis gyakorisága ebben a csoportban 60-szor nagyobb, mint a normál populációban (18).

Gopal és Bisno 26 felnőtt splenectomizált *Streptococcus pneumoniae* által okozott életveszélyes szepszist észlelték. Azt találták, hogy a léptávolítás után átlagosan 5,8 évvel kialakuló szepszis igen heves tünetek között, a kórházba szállítást követő 36 órán belül 18 betegnél halálos kimenetelű volt (6).

Fenti megfigyeléseket mások is megerősítették és kimutatták az immunrendszer és a Kupffer-sejtek splenectomiát követő jellegzetes változásait (8, 9).

Ezek megelőzésére jelentős sebészi törekvés indult meg, elsősorban a traumás lépsérüléseket követő splenectomiák elkerülésére, ill. a részleges léprezekciók újabb technikájának kidolgozására (5).

A hasnyálmirigy fark rezekciókhoz addig kényszerűen társuló splenectomiák elkerülhetőségéről Harsányi és mtsai számoltak be (7).

Kimutatták, hogy a krónikus pancreatitisben az art. és v. linealis lekötése után funkcionáló lép maradhat a helyén, és ezért annak rutinszerű eltávolítása nemcsak felesleges, de káros is lehet.

A lép kisebb-nagyobb traumás sérülései esetén a régebben automatikusan végzett splenectomia helyett Cooper lokális vérzéscsillapítást, Buntain a lépsuturát, ill. partialis rezekciót, míg Livingston a lépszövet autotranszplantációját javasolta (3, 4, 12).

Léb, a gyermekkori léprupturák konzervatív kezelésével szerzett kedvező tapasztalatairól számolt be (11).

Fenti eljárások azonban a vérzéscsillapítás vonatkozásában bizonytalanok, a műtét időtartamát pedig jelentősen megnyújtják. Seufert a rezekciós felszín coagulációs ellátásánál 40–50 perces műteti többletidővel számol, ami viszont egy polytraumatizált betegnél már nem elhanyagolható (17).

Az autológ lépszövet replantációja mellett magas a tályogképződés előfordulási aránya, ugyanakkor pedig a lép replantáció késői funkcionális értéke nem bizonyított (2, 11).

Fenti lépmegtartó módszerek hátrányait elvileg egy aránylag gyors, megbízható rezekciós módszer küszöbölhetné ki. Ezen törekvés eredményeként 1988-ban jelent meg néhány közlemény, amelyekben Altmeier, Raschbaum, Ravo egymástól függetlenül számolnak be stapler segítségével végzett részleges léprezekciókról (1, 15, 16).

Állatkísérletek és cadaver gyakorlatok alapján, Altmeier és Böhmer 4 betegen igazolta, hogy a puha lépszövet kapcsokkal történő zárása lehetséges, és hogy az eljárás gyors és biztonságos vérzéscsillapítást eredményez (1).

Tömegesebb lép esetén azt javasolják, hogy a stapler zárása közben az eltávolítandó oldalon kitüremkedő részen a tokot be kell hasítani, és az összenyomott lép-pulpat pedig el kell távolítani. Ezzel az eljárással a tok feszülése csökken és egyenletesen oszlik meg a teljes kapocssor hossza mentén.

Saját esetünkben a sikerrel végzett részleges léprezekció a fenti tapasztalatokat megerősítette. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy a staplerrel végzett részleges léprezekció értékes kiegészítője a már ismert és eddig alkalmazott eljárásoknak.

A módszer technikailag egyszerű, időigényessége a többi eljárásokénál lényegesen kisebb, a vérzéscsillapítás biztonságos, ezért megfelelő esetekben — saját tapasztalatunk alapján is — a kapocsvarrógéppel végzett

részleges léprezekciót, mint új lehetőséget, alkalmasnak tartjuk arra, hogy a sebészet technikai fegyvertárát gazdagítsa.

Fenti módszerrel — elsősorban gyermekkorban — a feleslegesen végzett splenectomiák száma csökkenthető és így a később fenyegető fulminans szepszis kialakulása megelőzhető.

IRODALOM: 1. Altmeier, G., Böhmer, G.: Partielle Milzerhaltung durch Anwendung der Klammernahttechnik. Chirurg, 1988, 59, 172. — 2. Bornemissza Gy., Tarsdy E., Mikó I., Hajdu J.: Acta Chirurg Hung. 1986, 27, 79. — 3. Buntain, W. L., Lynn, H. B.: Splenorrhaphy Surgery, 1979, 86, 748. — 4. Cooper, M. J., Williamson, R. C. N.: Splenectomy: indications, hazards and alternatives. Br. J. Surg. 1984, 71, 173. — 5. Dürig, M., Harder, F.: Die Splenektomie und ihre Alternativen. 1985. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto. — 6. Gopal, V., Bisno, A. L.: Fulminant pneumococcal infections in normal asplenic host. Arch. Intern. Med. 1977, 137, 1526. — 7. Harsányi L., Flautner L., Tihanyi T.: A lép eltávolítása nélkül végzett pancreas farok rezekciók krónikus pancreatitisben. Magy. Seb. 1989. közlés alatt. — 8. Hohenberg, W.: Postsplenektomie-Infektionen. 1986. Springer, Berlin, Heidelberg, New York. — 9. Horan, M., Colebatch, J. H.: Relation between splenectomy and subsequent infection. Arch. Dis. Child. 1962, 37, 398. — 10. King, H., Sumacher, H. B.: Splenic studies: I. Susceptibility to infection after splenectomy performed in infancy. Ann. Surg. 1952, 136, 239. — 11. Léb J., Hajmássy Zs., Molnár D.: Traumás lépruptura konzervatív kezelése gyermekben. Orv. Het. 1981, 122/17, 1011. — 12. Livingston, Ch. D., Levine, B. A., Sirinek, K. R.: Interaperitoneal Splenic Autotransplantation. Arch. Surg. 1983, 118, 458. — 13. Manninger V., Verebély T.: A sebészet tankönyve. 1920. Budapest. Mai Henrik és fia. 722, 798. — 14. Pásztor J., Kontor E.: Gyermekkori nem parazitás eredetű lépcysta. Orv. Het. 1981, 122/41, 2553. — 15. Raschbaum, G.: The use of a stapler in splenic salvage. S. G. O. 1988, 166, 179. — 16. Ravo, B., Ger, R.: Splenic preservation with the use of a stapling instrument. J. Trauma. 1988, 28, 115. — 17. Seufert, R. M.: Die Milztransplantation-Standortbestimmung. Chirurg, 1986, 57, 182. — 18. Singer, R.: Postsplenectomy sepsis. Perspect. Pediatr. Pathol. 1973, 1, 285.

(Flautner Lajos dr. Budapest, Üllői u. 78. 1082)

„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

Helyesbítés

Kérjük, szíveskedjenek figyelembe venni, hogy e szám színes Trental hirdetésében a megjegyzés rovat az alábbiak szerint módosul.

✱ Csak vényre adható ki.

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 Trental 400 drazsét térítésmentesen rendelheti.



CHINOI, BUDAPEST



1365

Naprosyn®

TABLETTA SZUSZPENZIÓ

mV 200 Antirheumatika nem glukokortikoid

Hatóanyag: 250 mg naproxenum tabl.-ként,
25 mg naproxenum ml-ként,

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

Javallatok: Rheumás betegségek: rheumatoid arthritis, juvenilis rheumatoid arthritis, osteoarthritis, spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew kór), és egyéb szeronegativ spondylarthritisek, synovitis, bursitis, tendinitis, tenosynovitis, myalgia, discopathia, spondylosis. Kivételes esetekben a speciális terápia kiegészítése, az esetleges fájdalom-, gyulladás és láz csillapítása.

Ellenjavallatok: Aktiv gyomor- és nyombélfekély, naproxen, ill. szalicilát-túlérzékenység, terhesség, szoptatás, 3 év alatti életkor. Súlyos vese-, és májkárosodás.

Adagolás és alkalmazás:

Felnőtteknek: kezdő adag naponta 500–1000 mg (2–4 tabletta, vagy 20–40 ml szuszpenzió) két részre osztva. Kifejezett éjszakai fájdalom és/vagy reggeli izületi 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

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: gyomorfégés, gyomorfájdalom, telítettség-érzés, émelygés, hányás, nagyon ritkán gastrointestinalis vérzés. **Központi idegrendszeri tünetek:** szédülés, fejfájás, **vérbépző-rendszeri tünetek:** trombocytopenia, aplastikus és haemolitikus anaemia, **egyéb:** bőrkiütés, perifériás ödéma, anaphylaxiás reakció előfordulhatnak.

Gyógyszerkölcsonhatások: Együttadása kerülendő:

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

Óvatosan adható:

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

Figyelmeztetés: Ha beteg anaemézisében 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 meghosszabodását 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 (keresztallergia).

A kezelés ideje alatt szeszestital fogyasztása tilos!

3 éves kor alatti gyermekeknek alkalmazása kerülendő. Kivételes (pl. juvenilis rheumatoid arthritis) 1 éven felüli gyermekeknek is adható, ilyenkor, továbbá 2 hetet meghaladó kezelést igénylő esetben kizárólag állandó orvosi felügyeletet (fekvő-beteg gyógyintézeti kezelés) mellett alkalmazható.

Megjegyzés: Csak vényre adható ki.

Csomagolás:

30 db tabletta
100 ml szuszpenzió

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
Tiszavasvári



Debreceni László dr.,
Dénes László dr.,
Molnár József dr.,
Hegedüs Géza dr.
és Csete Béla dr.

Virushepatitis képében megjelenő ductus hepaticus adenocarcinoma (Klatskin tumor)

Városló Tanács Kórház Rend. Intézet, Mohács
I. sz. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Csete Béla dr.) és
Sebészeti Osztály
(főorvos: Molnár József dr.),
Baranya Megyei Tanács Kórház, Pécs
Patológiai Osztály
(főorvos: Kádas István dr.)

A szerzők ismertetik egy Klatskin tumoros — kezdetben virushepatitisesnek tartott — betegük kórtörténetét. A betegség első két hetében a klinikai tünetek, a kémiai laborvizsgálatok, a (kísérletes) Non-A Non-B hepatitis antigén kimutatása a virushepatitis alapos gyanúját vetették fel. Később a laborleletek és tünetek már elzáródásos ikterusra utaltak. Az ultrahang és PTC vizsgálat kimutatta a Klatskin tumort, amit a műtéti és szövettani lelet is igazolt. A beteg több mint egy év múlva a műtét után panaszmentes; recidívát, vagy metastasist az utóvizsgálatok nem jeleztek.

Adenocarcinoma of the hepatic duct appearing as virus hepatitis (Klatskin tumor). The authors review the experiences obtained during investigation of a patient with Klatskin tumor and whose clinical syndromes were developing as of virus hepatitis. In the first two weeks of the illness the clinical symptoms, the chemical laboratory findings and among the virus investigations the positive (experimental) Non-A Non-B hepatitis virus antigen suggested the existence of virus hepatitis. Later the laboratory investigations and the symptoms showed on obstructive icterus. The subsequent performed investigations as ultrasonography and PTC — showed the Klatskin tumor, which was proven by the operation performed and histology. The patient is free from the complaints more than 1 year after the operation, moreover recidivation or metastasis was not indicated by the investigations performed in the latest time.

A ductus hepaticus carcinomái közül a bifurcatióban kifejlődő adenocarcinoma részletes klinikai és kórbonctani leírása Klatskin (1) nevéhez fűződik. E ritka tumor egymagában is támaszthat diagnosztikai nehézségeket, de még inkább megtévesztő lehet, ha egyidejűleg valamilyen májbetegség is fennáll és a klinikai képben ez utóbbi tünetei dominálnak. Betegünkben a ductus hepaticus adenocarcinoma kezdetben akut virushepatitis tüneteit utánazta, a laborleletek is erre utaltak, s így diagnosztikus nehézségeket okozott.

Esetleírás

P. Gy. 34 éves férfi beteg 1987. április 1-jén került felvételle a mohácsi kórház fertőző osztályára. 1 hónappal felvétele előtt hernia disci intervertebralis miatt laminectomián esett át. Ezt követően 3 hét múlva étvágytalanság, hőemelkedés, hasi puffadás és hányinger miatt fordult orvosához, de fájdalma nem volt. Felvételtkor sclerája ikterusos, a máj 2 h. ujjal haladja meg a bordaívét, puha tapintatú, sima szélű, érzékeny. Laborleletek: vvs

süllyedés 20 mm/óra, norm. vvs és fvs szám, enyhén balra tolt kvalitatív vérkép; a serum bilirubin 72 $\mu\text{mol/l}$, ebből direkt bilirubin 62 $\mu\text{mol/l}$; SGOT 195 IE/l, SGPT 310 IE/l, alkalikus foszfatáz 7 BE; serum vas 24 $\mu\text{mol/l}$; a vizeletben bilirubin pozitív, ubg erősen fokozott; széklete hypocholiás. A vírus szerológiai vizsgálatok közül: HBsAg, anti-HBsAg (ELISA, RIA) hepatitis A-vírus elleni specifikus IgG és IgM (IF módszerrel, ELISA technikával) vizsgálatok a hepatitis A és B fertőzést kizárták. Epstein-Barr és Cytomegalovírus vizsgálat negatív. Hepatitis Non-A Non-B antigén (immundiffúzióval) pozitív volt, a kísérleti hepatitis Non-A Non-B ellenanyag vizsgálati eredménye negatív lett. A klinikai kép, az enzimértékek, valamint a vírusdiagnosztikai leletek a Non-A Non-B hepatitis gyanúját vetették fel. Felvétele után 2 hét múlva panasz- és (az ikteruszt kivéve) tünetmentes lett. A transaminase is csökkent, sőt a 4. héten már normális volt (SGOT 47—19 IE/l, SGPT 115—17 IE/l), de a serum bilirubin szint és az alk. foszfatáz értéke progresszíven emelkedett (serum összbi: 201—280, direkt bi: 168—240 $\mu\text{mol/l}$; alkalikus foszfatáz: 7,8—8,9 BE).

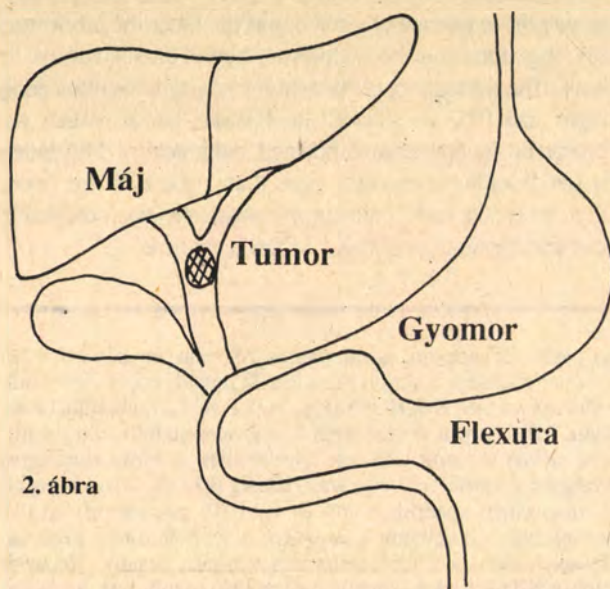
Ekkor felmerült az epeutak obstrukciójának a gyanúja és hasi ultrahang vizsgálatot végeztünk. A felvétel a ductus choledochus gracilis képe mellett extra- és intrahepatikus epeút-tágulatot ábrázolt. Az ultrahang eredménye alapján PTC vizsgálatot végeztünk.

Látható, hogy a ductus hepaticus kezdeti 1,5 cm hosszúságú szakasza halványan telődött, a caudalisabb szakasz semmilyen testhelyzetben nem ábrázolódt. A felvétel alapján (félárnyékos telődés) igen valószínű, hogy teljes elzáródás van a májkapu szintjében, és hogy az elváltozás Klatskin tumor.

Kulcsszavak: virushepatitis, Klatskin tumor



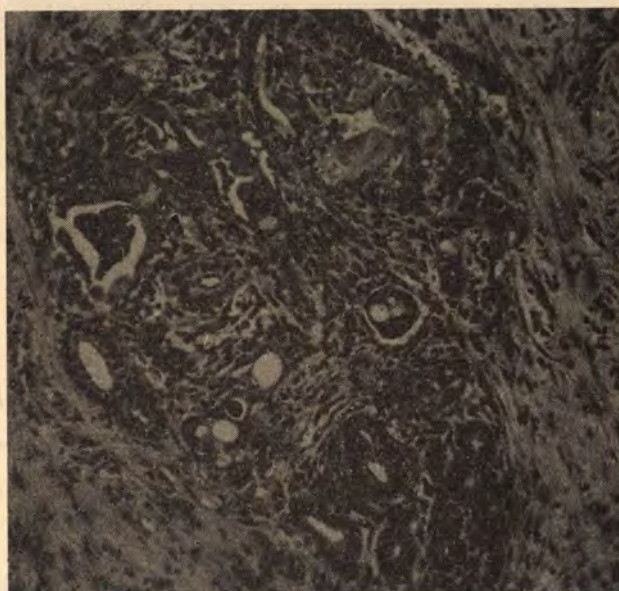
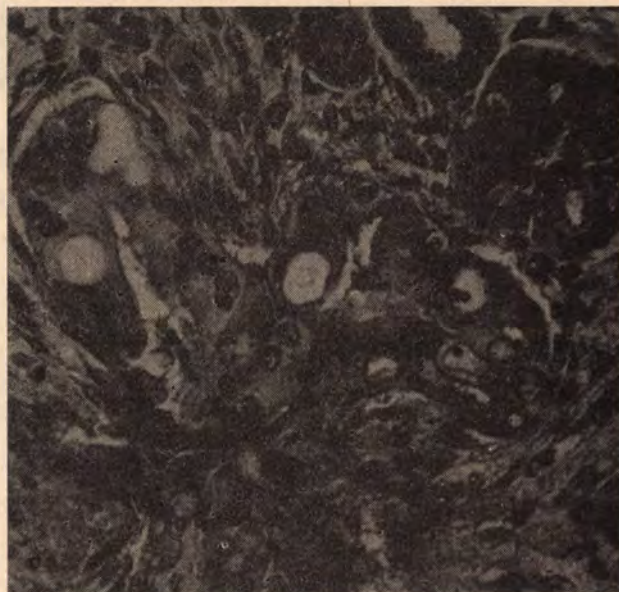
1. ábra: A máj jobb lebenyében a tágult intrahepatikus epeutak láthatók, a caudalis choledochus szakasz nem telődik.



2. ábra

2. ábra: A hepaticus villában elhelyezkedő, a lument teljesen elzáró tumor.

Sebész konzílium után feltárássra került sor és a következőket észleltük. Jobb felső harántmetszésből feltárva a hasüreget megláttuk a sima felszínű, sötét májat. A hepaticus villában kb. másfél cm átmérőjű kemény, sima felszínű, intraductalisan elhelyezkedő, nem mozgítható rezisztenciát tapintottunk. Rámetszés után megfigyelhettük a lument teljesen obliteráló tumort (2. ábra). A tumort rezekáltuk, majd biliodigestív anasztomózist készítettünk: az ileumon Roux-féle Y-kacsot képeztünk, ezt hoztuk fel a colon mögött a májkapuhoz, melyet a hepaticus-csonkkal egyesítettünk. Pathológiásnak látszó nyirokcsomót nem találtunk. A jejunumba Nelaton-katetert vezettünk (Merwadel-Witzel), melyet végén bevágva elágasztattunk, egyiket a jobb, másikat a bal hepaticus ágba, és külön nyíláson a hasfalon vezettünk ki. Az anasztomózishoz két draint helyeztünk, melyeket a sebvo-



3. és 4. ábra: A tumor szövettani képe.

nalba hoztunk ki. Az epehólyagot eltávolítottuk, ennek lumenében, falában makroszkóposan kórosat nem találtunk.

A tumor kórszövettani feldolgozásának eredményét a 3., 4. ábra mutatja.

Mikroszkóposan a képlet egyik széléhez közel nyálkahártyával bélelt, szabálytalan csillag alakú lumen látszik, amely megfelelhet epeút lumennek. A papillaris redőket képező nyálkahártya fedő hámlása megtartott, alatta azonban atípusos tumorszöveti terjeszkedés észlelhető, amely a fibrózus és laposan beszűrődött szövetrésszel teljes egészére kiterjed. A daganat változatosan differenciált nyáktermelő adenocarcinoma vonásait mutatja. Több gócban az adenomatózus differenciálódás nagy fokban elmosottá válik, ilyen területeken is solid daganatszöveti szigetek láthatók, amelyek részben pecsétgyűrű alakú nyáktermelő daganatsejtekből épülnek fel. A mikroszkopos kép megfelel — összevetve a klinikai adatokkal — a májkapuban kialakult epeút eredetű daganatnak, Klatskin tumornak. Histológiai dg.: adenocarcinoma muciparum ductum hepaticorum.

A beteg 1 évvel a műtét után panaszmentes, foglalkozását

folytatja, metasztázis vagy recidiva eddig nem mutatkozott (CT-vizsgálat, hasi ultrahang negatív). Laborleletei: serum bi: 17 $\mu\text{mol/l}$ alatt, SGOT: 8 IE/l, SGPT: 6 IE/l, alkalikus foszfatáz: 4,4 BE/l, serum diastáz: 342 E/l, vérvkép normális, a prothrombin-idő 100%-os.

Megbeszélés

Az epeutak carcinómája ritka lelet, a kórbonctani esetek 0,01–0,4%-ában fordul elő (2, 3). A biliáris rendszer carcinómájának etiológiáját ugyan nem ismerjük, de bizonyos predisponáló tényezők, congenitalis anomáliák szerepét nem lehet figyelmen kívül hagyni, amire több szerző is felhívta a figyelmet. Epekő fordul elő az esetek 30%-ában (4). Gyakori a tumor congenitalis hepatikus fibrózis, choledochus cysta, az intrahepatikus epeutak congenitalis cystikus dilatációja mellett (5). Gyulladásos bélbetegségek, különösen colitis ulcerosa (6), de egyéb tényezők, mint például paraziták infekciók vagy toxinok is szerepelhetnek a tumor pathogenezésében (7).

Betegünk kórtörténetében kezdetben az akut vírushepatitis klinikai képe bontakozott ki típusos panaszokkal, illetőleg tünetekkel, megnagyobbodott érzékeny májjal, magasabb enzimértékekkel, ikterusszal. A hepatitis-A és B vírusinfekciót kizártuk, de a kísérletes Non-A Non-B hepatitis antigén vizsgálat eredménye miatt a hepatitisre vonatkozó gyanúkat fenntartottuk. A beteg szubjektív állapotának, valamint a máj tapintási leletének a gyógyulás irányába mutató változása, a SGOT és SGPT csökkenése a hepatitis várható gyógyulását jelezte. Ugyanakkor a még kissé emelkedett transaminase mellett tovább emelkedett a serum bilirubin szintje. Felvételét követő 3. héten az obstrukciós ikterusz képe került előtérbe, ezért a folyamat hátterének tisztázása céljából hasi ultrahang vizsgálatot és ezt követően PTC-t végeztünk. Ezek a vizsgálatok már kimutatták — az elvégzett műtét és szövettani vizsgálat pedig egyértelműen igazolta — a Klatskin tumort.

Felmerült a kérdés, hogy betegünkönél lezajlott-e akut vírushepatitis (Non-A Non-B)? Az anamnézis (egy hónappal előbbi műtét), a tünetek, a máj tapintási lelete (változása), a kezdeti magasabb transaminase szint — amelyek az ikterusz obstrukciós jellegének kidomborodásával egy időben csökkentek —, a kísérletes Non-A Non-B antigén pozitivitás mind akut vírushepatitis mellett szólt. Ugyanakkor a Non-A Non-B ellenanyag hiánya, melyet később (kontroll) vizsgálat során is negatívnak találtunk, a vírusfertőzést valószínűtlenné tette. A szinte típusos akut vírushepatitis tünetei joggal terelték figyelmünket a Non-A Non-B hepatitis irányába. Csak a későbbiekben (három héttel felvétele után) a már határozottan obstrukciónak imponáló ikterusz klinikai megjelenése késztetett arra, hogy epeút stenosiszt, illetve obstrukciós okot keressünk. Az is nyilvánvaló, hogy az akut vírushepatitis fennállásának kérdését a máj szövettani vizsgálata egyértelműen eldönthette volna.

Az áttekintett irodalomban nem találkoztunk ductus hepaticus adenocarcinoma és akut vírushepatitis együttes

előfordulásáról beszámoló közleménnyel, de még olyan irodalmi leírással sem, amelyben ilyen megtévesztően utánozta volna a kórlefolyás első felében a ductus hepaticus carcinómája az akut vírushepatitis klinikai képét, diagnosztikus nehézséget okozva belgyógyásznak, sebésznek.

A szerzők köszönetüket fejezik ki a Baranya Megyei Tanács Kórháza Radiológiai Osztályának a PTC vizsgálat elvégzéséért.

IRODALOM: 1. Klatskin, G.: Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. Am. J. Med. 1965, 38, 241. — 2. Edmondson, H. A., Peters, R. L.: Neoplasma of the liver. In: Diseases of the liver, Schiff, L. and Schiff, E. R. (eds.), Lippincott J. B. Co., Philadelphia, 1982, pp. 1101–1158. — 3. Okuda, K., Kubo, Y., Okagaki N. et al.: Clinical aspects of intrahepatic bile duct carcinoma including hilar carcinoma: a study of 57 autopsy proven cases. Cancer 1977, 39, 232. — 4. Ross, A. P., Broasch, J. W., Warren, K. W.: Carcinoma of the proximal bile ducts. Surg. Gynecol. Obstet. 1973, 136, 923. — 5. Bloustein, P. A.: Association of carcinoma with congenital cystic conditions of the liver and bile ducts. Am. J. Gastroenterol. 1977, 67, 40. — 6. Rankin, J. G., Skyring, A. P., Goulston, S. J. M.: Liver in ulcerative colitis: obstructive jaundice due to bile duct cancer. Gut 1966, 7, 433. — 7. Bismuth, H., Malt, R. A.: Current concepts in cancer. Carcinoma of the biliar tract. New Engl. J. Med. 1979, 301, 704.

(Debreceni László dr. Mohács, Hősök tere 7. 7701)



VIKING

Kereskedelmi és Szolgáltató KFT

**Orvosi műszerek berendezések,
valamint segédanyagok beszerzését
és forgalmazását vállaljuk gyors, pontos
határidővel.**

Kedvező áron.

Garanciát és szervizt is biztosítunk.

VIKING

Kereskedelmi és Szolgáltató KFT
1026 Budapest, Törökvész lejtő 5/a.
Telefon, telefax: 136-9349





HUMACAIN® 0,4% szemcsepp

**U 220 Localanaestheticum ophthalmicum et oto-rhino-laryngologicum
S 01 DA 02**

A HUMACAIN® SZEMCSEPP SZARUHÁRTYA ÉS KÖTŐHÁRTYA FELÜLETI ÉRZÉSTELÉNÍTŐ SZER.

HATÓANYAGOK:

40 mg oxybuprocainium cholatum. 1 mg benzalkonium chloratum. 175 mg acidum boricum 10 ml vizes oldatban, flakononként.

JAVALLATOK:

Diagnosztikus célú műszeres szemvizsgálatok (tenziómérés, kontaktlencsés szemfenék vizsgálat, könnyút átfecskendezés). Idegentest eltávolításkor a szaruhártya, kötőhártya érzéstelenítése. UV fény okozta szaruhártya-, kötőhártya-gyulladás esetén a fájdalom csillapítása. Kisebb kötőhártya műtétek, illetve kötőhártya alá adott injekciók előtti érzéstelenítés.

ELLENJAVALLAT:

Hatóanyagokkal szembeni túlérzékenység.

ADAGOLÁS:

A fenti javallatok mellett 1—2 csepp Humacain® 0,4%-os szemcsepp a szemrésbe. Kötőhártya műtét, illetve kötőhártya alá adott injekció előtt pár perccel 3—5 cseppet becseppenteni.

MELLÉKHATÁS:

Ritkán a kötőhártya vérbősége a becseppentést követően.

FIGYELMEZTETÉS:

Az érzéstelenített szemet védeni kell a por, bakteriális és mechanikus ártalmaktól. Hosszabb alkalmazáskor a szaruhártyát károsíthatja.

Használat után a flakon azonnal lezárandó.

A szemcsepp a zárókupak felnyitása után 4 hétig használható.

Fénytől védve, + 2—+ 5 °C között tartandó.

MEGJEGYZÉS:

❖❖ Csak vényre és kizárólag orvosi rendelő részére adható ki.

CSOMAGOLÁS:

10 ml-es műanyag flakon.

Előállító:

HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

Kétszakaszos lépruptura kapcsán észlelt peliosis lienis

Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet, Budapest,
Kórbonctani-Kórszövettani Osztály
(főorvos: Simon Károly dr.)
Sebészeti Osztály
(főorvos: Orbán Imre dr.)

A szerzők kétszakaszos ruptura miatt eltávolított lépben rendkívül ritka anomáliát: peliosist találtak. Irodalmi adatok alapján áttekintik az elváltozás etio-patogenezisére vonatkozó feltételezéseket. A patológiai kuriozitás ismerete gyakorlati jelentőséggel is bír: az elváltozás rupturája, mint a bemutatott esetben is, életveszélyes vérzés forrása lehet.

A kétszakaszos lépruptura idejekorán történő felismerése a sürgősségi diagnosztikában járatos szakember számára is gyakran okoz nehézséget. A késedelmes felismerés eredménye viszont a beteg alig befolyásolható, életveszélyes állapota lehet.

Az anamnézis felvételekor gyakran elsikkad a korábban elszenvedett, esetleg jelentéktelen trauma, fontos tehát a „spontán” léprepedésre hajlamosító kórképek ismerete (6). Első helyre kíváncsiak a lymphoreticularis rendszer fertőzőes (mononucleosis, malaria, typhus) vagy dagantos eredetű betegségei. Ritkább ez a szövődmény a splenomegaliával járó portális keringéscsavaroknál, s ilyenkor általában a thrombotikus elzáródás vagy a cirrhotikus alapbetegség egyéb tünetei uralják a kórképet. Fiatal nőbetegünk kétszakaszos ruptura miatt eltávolított lépében, leginkább a máj peliosisához hasonlító, ritka elváltozást: az állományban diffúze elhelyezkedő, extrém fokban tágult véröblöket találtunk. Közleményünkkel erre, a léprepedésre hajlamosító, kevésbé ismert kórképre kívánjuk felhívni a figyelmet. Hasonló esetről magyar nyelvű közlést nem találtunk.

Esetismertetés

A 37 éves nőbeteg nőgyógyászati ambulanciánkon jelentkezett kivérzett, preshockos állapotban. Elmondása szerint 25 nappal korábban balesetet szenvedett: lépcsőről leesett. Nem emlékszik rá, hogy hasát megütötte volna.

Felvétele napján heves, bal vállba sugárzó fájdalommal jelentkezett, melyet szédülés, gyengeségérzet kísért. Említésre méltó egyéb megbetegedésről nem tud, gyógyszert nem szed.

Státusából kiemelendő: sápadt, nyirkos bőr, a nyálkahártyák vértelenek, nyelve száraz, pulzusa szapora, elnyomható. Mellkasi nyomásérzékenység nem észlelhető. Hasa puha, betápintható, a bal bordaív alatt érzékeny rezisztencia. Mája elérhető, rektális vizsgálattal ujjal elérhető magasságig kórosat nem találtunk. Nőgyógyászati vizsgálattal: kornak megfelelő nagyságú és

Rupture of the spleen in connection with peliosis. Rare anomaly: peliosis was found in a young woman, splenectomised for rupture of the spleen. Speculations on the aetio-pathogenesis of this peculiar disorder are discussed. Awareness of the pathological curiosity is also of practical relevance, because of the risk of life-threatening haemorrhagic consequences from rupture of the lesions.

konfigurációjú belső genitáliák, kóros eltérés nem tapintható. A jobb lábszár középső harmadában a korábbi balesetből származó 5 × 3 cm-es sarjadzó alapú, hámfosztott terület.

A legszükségesebb vizsgálatok elvégzésével egyidejűleg a beteget shocktalanítottuk, majd transzfúziós védelemben azonnal műtétet végzünk. Bal oldali transzrektális behatolás után a peritoneum megnyitásakor a szabad hasüregből nagy mennyiségű, részben alvadtt, részben folyékony vér ürül. A vérzés forrása a normális nagyságú lép tokján található kb. 2 cm-es folytonossághiány, mely a szervet borító vérlepleny lefejtése után válik láthatóvá. Splenectomiát végzünk, a revízió során más hasi szerveken kóros eltérést nem találtunk. A beteget zavartalan postoperatív szak után, pp. gyógyult műtéti sebbel a 11. napon panaszmentesen bocsátjuk otthonába.

A műtét után három hónappal részletes laboratóriumi és máj UH-vizsgálatok során kóros eltérést nem találtunk, a beteg jelenleg is tünet- és panaszmentes.

Pathológiai lelet:

Vizsgálatra érkezett 11 × 5 × 2 cm-es, kevés véralvadékkal fedett, 70 g súlyú lép. Tokja kissé ráncos, rajta a konvexitás középtáján 2 cm hosszú, zezzugos folytonossághiány. Itt, s a felszínen elszórtan, egymástól fél—egy cm távolságra a tokon éles határú, kerekded feketesvörös foltok tűnnek át. Az állomány petyhüdt, a livid vörhenyes metszleten a felszínen leírtakhoz hasonló foltozottság látszik. Az elváltozás a lép felszeletelése után a metszlapok mindegyikén, azok egész területén megfigyelhető, az egyes foltok átmérője 0,3—2 cm-ig változik (1. ábra).



1. ábra: Az eltávolított lép metszlapja

Kulcsszavak: peliosis, lépruptura



2. ábra: Fibrinnel, vörösvértestekkel kitöltött üreg a lép állományában. (H. E., 125×)

Mikroszkópos vizsgálattal az állományban vvs-ekkel zsúfolásig kitöltött üregek látszanak, melyek körül helyenként még felismerhető a sinus endothel bélésének maradványa. Többségük azonban önálló fallal nem rendelkezik: lépparenchymával övezett tág szövetrésnek felel meg. A lép szöveti szerkezete a fentiekől eltekintve lényegében megtartott, a tüszők kissé sorvadtak, a pulpaállomány enyhén fibrotikus. Gyulladásra utaló jelek, kóros sejtalakok nem láthatók. Diagnosis: Peliosis lienis (2. ábra).

Megbeszélés

A jellegzetes elváltozást a múlt század közepén írta le Wagner (13) a májban, tőle származik a párdücbőr mintázatára utaló peliosis elnevezés is. A húszas évektől a német, majd a II. világháború után az angol nyelvű irodalomban egyre több esetközlés jelent meg, s időközben a peliosis hepatis mint pathológiai fogalom, minden jelentősebb kézikönyvbe bekerült.

A sajátos elváltozás az esetek jelentős részében már makroszkóposan is észlelhető. A parenchymában elszórtan fél—egy cm átmérőjű, ritkán nagyobb, kerekded vagy szabálytalan alakú, éles határú, kékes- vagy feketésvörös foltok láthatók.

Mikroszkóposan a foltok alvadt vagy folyékony vérrrel kitöltött cisztáknak felelnek meg. Ezek körül néha endothel bélés vagy ennek maradványa látszik, máskor az üregek falát komprimált parenchyma alkotja. A környezetben kisebb állományvérzés, esetleg necrosis is előfordulhat. Leggyakrabban műtéti vagy boncolási mellékletként kerül észlelésre.

Az első leírások májelhváltozást ismertetnek, későbbi közlések azonban más szervek érintettségéről is beszámolnak (1, 9, 11). A lehetséges extrahepatikus előfordulások között a lépét szinte valamennyi szerző az első helyen említi (2, 8, 17).

Ami az etiológiát, patogenezist illeti — részben a körkép ritkasága miatt — csak feltételezések vannak. Nagyobb számú eset elemzése alapján Zak a tuberkulózisra hívta fel a figyelmet (19). Mások nem annyira a specifikus fertőzés, inkább a krónikus senyvesztő betegségek lehetséges szerepét hangsúlyozzák (8). Így a kóroki háttér kiszélesedett a disszeminált daganatos betegségek, hematológi-

ai betegségek, újabban az AIDS körével is (4, 8, 12). Az utóbbi évtizedekben a figyelem a szintetikus szteroid-készítmények felé fordult, elsősorban az anabolikák és az orális kontraceptívumok kerültek gyanúba (10, 12, 17).

Nehezíti a tisztánlátást, hogy a közlések túlnyomó többségében a peliosis egyéb pathológiás elváltozások kíséretjeként (cirrhosis, daganat) jelent meg. Alig néhány esetben volt szó csupán izolált, csak a lépre korlátozódó folyamatról, s ezeknél sem mindig lehetett igazolni valamely vélhető hajlamosító tényező: betegség vagy gyógyszerhatás fennállását (5, 7, 13, 16, 17, 18). Ismertetett esetünk is ebbe a csoportba sorolható.

A sajátos ér-vérzéses anomália kialakulásában újabban helyi, mikrocirkulációs zavart feltételeznek, a korábbi, fejlődési rendellenességre, érproliferációra vonatkozó elképzeléseket általában elvetik (5, 12, 16).

A diagnózis, ha egyáltalán gondolnak rá, radiológiai módszerekkel lehetséges. Egyaránt alkalmas a szonográfia (2), az angiográfia (3, 14), a CT (15), míg a szcintigráfias kép kevésbé jellegzetes (3). Mivel a peliosis gyakran jelentkezik egyidejűleg több szervben, véletlen felfedezése után érdemes elvégezni a leginkább szóba jöhető szervek (máj, lép, tüdő) ilyen irányú vizsgálatát. Hasonlóképpen, gondolni kell peliosis lehetőségére szteroid kezelés vagy orális antikontracepció mellett észlelt máj vagy lép megnagyobbodás esetén is.

Annál is inkább fontos ez, mert többről van szó, mint morfológiai kuriozitásról.

A máj, a lép felszínes cisztáinak megrepedése kis traumára is bekövetkezhet. A peliosis így önmagában is életveszélyes vérzés forrása lehet (1, 5, 7, 11, 13, 15), emellett jelentősen fokozhatja egyébként veszélytelennek ítélt beavatkozások (pl. vastagtű-biopsia) kockázatát.

IRODALOM: 1. Benjamin, D. R., Shrink, B. A.: A fatal case of peliosis of the liver and spleen. *Am. J. Dis. Child.* 1978, 132, 207. — 2. Bleiweiss, I. J., Thung, S. N., Goodman, J. D.: Peliosis of the spleen in a patient with cirrhosis of the liver. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1986, 110, 669. — 3. Chapoy, P., Sahel, J., Burelle, H. és mtsai: La péliose hepato-splénique. *Signes angiographiques.* *Nouv. Presse Med.* 1976, 5 (37), 2455. — 4. Czapar, C., Weldon-Linne, M., Moore, D. és mtsai: Peliosis of the liver in the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1986, 110, 6611. — 5. Diebold, J., Andouin, J.: Peliosis of the spleen. *Amer. J. Pathol.* 1983, 7, 197. — 6. Dudley, H. A. F. (ed): *Hamilton Bailey's emergency surgery* 11-th ed. Wright, Bristol 1986. — 7. Garcia, R. L., Khan, M. K., Berlin, R. B.: Peliosis of the spleen with rupture. *Hum. Pathol.* 1982, 13, 177. — 8. Kent, G., Thompson, J. R.: Peliosis hepatis. Involvement of the reticuloendothelial system. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1972, 72, 658. — 9. Kovacs, K., Horvath, E., Asa, S. L. és mtsai: Microscopic peliosis of pancreatic islets in a woman with MEN-1 syndrome. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1986, 110, 607. — 10. Lacro, A., Berman, L. D., Neiman, R. S.: Peliosis of the spleen. *Amer. J. Clin. Pathol.* 1979, 71, 586. — 11. Lie, J. T.: Pulmonary peliosis. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1982, 109, 878. — 12. Naeim, F., Copper, P. H., Semion, A. A.: Peliosis hepatis. Possible etiologic role of anabolic steroids. *Arch. Pathol.* 1973, 95, 284. — 13. Parsons, M. A., Slatter, D., Platts, M. és mtsai: Splenic peliosis associated with rupture in a renal transplant patient. *Postgrad. Med. J.* 1980, 56, 796. — 14. Pliskin, M.: Peliosis hepatis. *Radiology* 1975, 114, 29. — 15. Smathers, R. L., Heiken, J. P., Lee, J. K. T. és mtsai: Computed tomography of fatal hepatic rupture due to peliosis. *J. Comp. Assist. Tomogr.* 1984, 8 (4), 768. — 16. Tada, T., Wakabayashi, T., Kishimoto, H.: Peliosis of the spleen.

Amer. J. Clin. Pathol. 1983, 79, 708. — 17. Taxy, J. B.: Peliosis: a morphologic curiosity becomes an iatrogenic problem. Hum. Pathol. 1978, 9, 331. — 18. Warfel, K. A., Ellis, G. A.: Peliosis of the spleen. Report of a case and review of the literature. Arch.

Pathol. Lab. Med. 1982, 106, 99. — 19. Zak, D.: Peliosis hepatitis. Amer. J. Pathol. 1950, 26, 1.

(Gábor Zsuzsa dr. Budapest, Pf. 4. 1502)

Budapest, 1054 Akadémia u. 21.

Tel.: 1313-770



**ORVOSI,
SPORT- és**

ÚTIKÖNYVEK

**SZÉPIRODALMI, MŰVÉSZETI, TUDOMÁNYOS
és GYERMEK KIADVÁNYOK**

HANGLEMEZEK, KAZETTÁK

Microsystem az egészségügyért!

Az automatizált kórház (rendelőintézeti) adminisztráció
megteremtéséhez kisszövetkezetünk ajánlata:

Integrált kórházi információs rendszer
Betegfelvételi rendszer
Laboratóriumi rendszer
Ostályos dokumentálórendszer
Körzeti orvosi rendszer
Készletgazdálkodási rendszer
Állóeszköz-gazdálkodási rendszer
Főkönyvi könyvelés
Folyószámla-könyvelési rendszer
Bér- és munkaügyi rendszer

MicKOR
MicFEL
MicLAB
MicDOK
MicDOKI
MicGAZD
MicÁGI
MicFOK
MicRIVER
MicBÉR

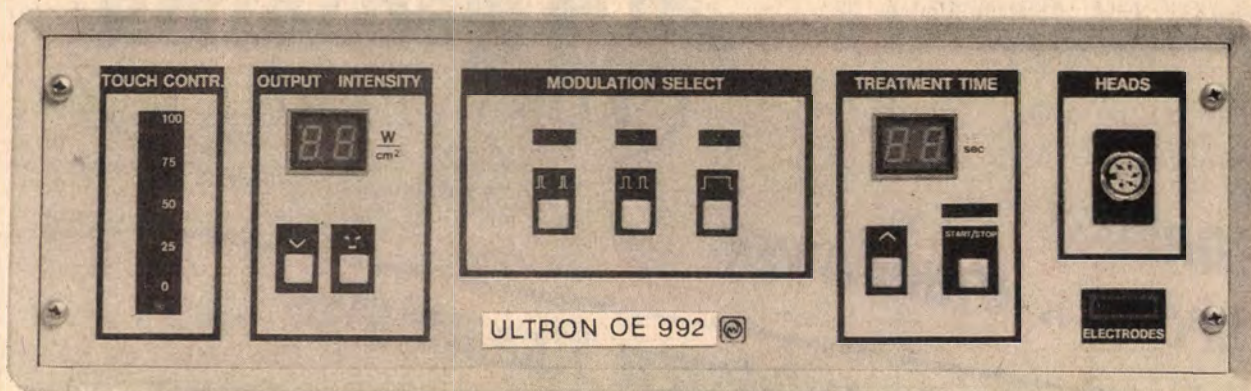
A programok futtatásához szükséges PC XT/AT
számítógépeket és hálózatokat raktárról szállítjuk.
Betanítás, szerviz, referenciák

Az egészségügy is — számíthat ráunk a számítástechnikában

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



ULTRON OE-992



Az ultrahang-terápiát ma már igen széles körben alkalmazzák a gyógyászatban. Legelterjedtebben a különböző rehabilitációs kezelések, reumatológiai betegségek, valamint a női nemi szervek gyulladásos megbetegedései esetén alkalmazzák eredményesen. A készülék a szövetkezet által eddig gyártott ultrahang-terápiás készülékek továbbfejlesztett változata.

A készülék kiegészült egy ún. TOUCH CONTROL áramkörrel is, amely 12 db LED segítségével jelzi ki a páciens és a kezelőfej kontaktusának minőségét. Továbbá, mód van annak a csatolási szintnek a beállítására (TOUCH LEVEL), amely szinttől az automatikus dózisadagoló áramkör letiltja a kezelőfejről az ultrahang-teljesítményt.

A készülékben minden időzítő áramkör (az ultrahang frekvenciája, a moduláció kitöltése, a kezelési idő) kvarcpontos-ságú. Két különböző méretű kezelőfej tartozik a készülékhez, amely a szélesebb körű felhasználást segíti elő. A korszerű és tetszetős mechanikai konstrukció, valamint a kiváló műszaki paraméterek biztosítják azokat a követelményeket, amelyek egy korszerű ultrahang-terápiás készüléktől elvárhatók.

Az ULTRON ultrahang-terápiás készülék szerves részét alkotja az Orvosi Műszer Szövetkezet által gyártott terápiás készülékszaládnak. Az elektroterápiás készülékek ingeráramú jelei a kezelőfejen közvetlenül megjeleníthetők. Így a páciens egy időben kaphat ultrahang- és elektroterápiás kezelést.

Műszaki adatok:

Hálózati tápfeszültség	220 V/50 Hz $\pm$ 10%
Kimenő teljesítmény	0—3,0 W/cm ² — 0,1 W/m ² -enként állítható

Modulációs üzemmódok:

- CONT: folyamatos
- M1: 1 ms ultrahangleadás
9 ms szünet
- M2: 2 ms ultrahangleadás
8 ms szünet

Csatolási szint beállítása	25, 50, 75% lépésenként
Mechanikus méretek	440 × 330 × 140 mm
Súly	kb. 50 N

A VÁLTOZTATÁS JOGA FENNTARTVA!

Kereskedelmi Osztály
Telefon: 1-144-776
Telex: 22-7843 OMSZ

Exportálja:
MEDICOR

Forgalomba hozza:
OMKER

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



ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET

Szülészet és nőgyógyászat

Szociális-gazdasági különbségek a császármetszés gyakoriságában. Gould, J. B. és mtsai (School of Public Health, University of California, Berkley, CA 94720): *N. Eng. J. Med.*, 1989, 321, 233.

A császármetszés a leggyakoribb sebészeti beavatkozás az USA kórházaiban. A gyakoriságát tekintve — a többi sebészeti beavatkozáshoz hasonlóan — nagy különbségek vannak mind az USA-n belül, mind nemzetközi vonatkozásban. Számos tanulmány utal arra, hogy pozitív összefüggés van a szociális-gazdasági státus és a császármetszés gyakorisága között; azaz közgyógyellátásban részesülők között alacsonyabb mint a magánpraxis keretein belül.

A császármetszés gyakorisága és a szociális-gazdasági státus közötti összefüggés vizsgálata céljából a szerzők Los Angeles megyében az 1982–83-ban születettek születési adatait tanulmányozták nem iker szülés esetén (összesen 245 854 szülés).

A szociális-gazdasági státus jellemzésére az asszonyokat 6 csoportra osztották az évi átlagos jövedelem alapján (a legalacsonyabb 11 000 dollárnál kevesebb, a legmagasabb 30 000 dollárnál több). Összehasonlították ezen csoportokban a császármetszés gyakoriságát figyelembe véve az életkort, paritást, születési súlyt, fajt, illetve etnikai hovatartozást is, valamint a jelentett terhességi és szülési szövődményeket. Az első alkalommal végzett császármetszés átlagos gyakorisága 17,8% volt, mely a családi jövedelemtől erősen függött: a legmagasabb jövedelműeknél 22,9%, míg a legalacsonyabb jövedelműeknél 13,2%. Az életkor szempontjából a 18 éven aluliak, illetve 34 éven felüliek között jelentősen eltért a császármetszés gyakorisága (13, ill. 24%), de minden életkori csoportban jelentkezett a családi jövedelem szignifikáns hatása. A primiparáknál 23,2%, a multiparáknál 13,5% volt a sectio caesarea gyakorisága, de a jövedelem eloszlás szerinti különbségekben ez csak kismértékben játszott szerepet (nagy jövedelmű először szülőknél a császármetszési ráta 31,1% volt). Az igen alacsony születési súly (1500 g alatt) nagy császármetszési gyakorisággal (31,3%) járt, azonban minél magasabb volt a társadalmi-gazdasági státus, az alacsony születési súlyú magzatok aránya annál inkább csökkent. Faj, illetve etnikai hovatartozás szempontjából az asszonyokat 4 csoportba (nem spanyol fehér, fekete, ázsiai-amerikai, mexikói-amerikai) osztották, mely csoportokban a császármetszés gyakorisága a jövedelemtől és nem a faji hovatartozástól függött. Terhességi, illetve szülési szövődmények (toxaemia, diabetes, infekciók, vérzés a szülés alatt, medencevégi fekvés, téránytalanság, magzati distress stb.) említése esetén császármetszés

65,4, illetve 79,3%-ban történt, az utóbbi magas jövedelem esetén. Magasabb jövedelműeknél gyakrabban jelölték meg terhességi, szülési szövődményeket (elsősorban medencevégi fekvést, illetve téránytalanságot), azonban itt az adatgyűjtés hiányosságaira is felhívják a szerzők a figyelmet.

Mindazonáltal, ahogy nőtt a jövedelem bármely etnikai csoportban, úgy nőtt a jelentett szövődmények és a szövődmények miatti császármetszések száma, de nőtt a császármetszések gyakorisága bármilyen jelzett szövődmény nélkül is.

A szerzők eredményei azt mutatják, hogy szoros összefüggés van a szociális-gazdasági státus, valamint az első császármetszés jövedelem szerinti különböző gyakoriságában. A szegények és gazdagok szülészeti ellátása különbözik; a szegények kórházban, a gazdagok inkább magánorvosoknál szülnék. Az orvosi döntési mechanizmusok különbözősége a szegényeknél, illetve a gazdagoknál, mely az ellátás különbözőségét eredményezi. Megemlítenéd még, hogy a betegek hozzáállása (attitűd) a szülészeti beavatkozásokhoz szintén különbözik a státusuk szerint.

Szilágyi András dr.

Sürgősségi nőgyógyászati beavatkozások laparoszkópiával. Magos, A. L., Baumann, R., Turnbull, A. C.: *Brit. med. J.*, 1989, 298, 371.

A szerzők az oxfordi Churchill Kórházban 1988-ban 49 betegen összesen 50 alkalommal végeztek sürgősségi videopelviszkópiát. A beavatkozásra kerülő betegek keringése stabil volt és a beavatkozást akut kismencedei fájdalom tapintási eltéréssel, pozitív terhességi próba, vagy 10 cm-nél kisebb, ultrahang vizsgálattal igazolt kismencedei képlet tette szükségessé. A leggyakrabban talált kóros elváltozás a méhen kívüli terhesség ($n = 25$), az ovarium cysta ($n = 17$) és a kismencedei összenövés ($n = 7$) volt. Ezen kívül még endometriosis, nem ovarialis eredetű cystát, myomát, polycystás ovariumot, tuba elzáródást és hydrosalpinxot találtak.

A méhen kívüli terhességek eseteiben a laparoszkóp segítségével végzett beavatkozások a salpingotomia, salpingectomy, salpingo-oophorectomia vagy a terhesség expimálása a tubából. A végzett beavatkozások közül ki kell emelni a salpingotomiát, ami igen finom műtéti technikát igényel, de maximálisan biztosítja a fertilitás meg-

tartását. Petefészkek cysták eseteiben igen fontos volt a rosszindulatúság előzetes kizárása, majd ezt követően a cystát kimetszették, törekedve az ép petefészkek szövet visszahagyására. Az endometriosis endokoagulációval gyógyították.

A betegeket a műtétet követően 12 óra múlva felkeltették és általános állapotuktól függően hazabocsátották. A béta-HCG szintet a beavatkozás után, majd 1 és 6 hét múlva ellenőrizték. A cysta miatt operált betegeket 6 hét múlva ultrahang vizsgálattal kontrollálták.

Ki kell emelni, hogy a méhen kívüli terhességek felét konzervatív műtéti beavatkozással, hosszanti salpingotomiával sikerült ellátni.

4 esetben kényszerültek a laparoszkópiás beavatkozáshoz áttérni laparotomiára, 3 alkalommal laparoszkópiás beavatkozás alatt, egy esetben később, posztoperatív lázas állapot és kismencedei pozitív tapintási lelet miatt, de ez sem bizonyult szövődménynek, mivel rupturált sigma diverticulumról volt szó.

A laparoszkópiás beavatkozás előnye, hogy a betegek átlagos kórházi ápolási ideje jelentősen lecsökkent (átlag 1,9 nap), és a betegek műtét előtti normál aktivitása már 2–3 hét múlva teljes, így a laparoszkópiával történő nőgyógyászati műtéti ellátás a laparotomia helyett igen kedvező a betegek és az egészségügyi szolgálat számára is.

Thurzó László dr.

Szülésnél végzett epiduralis érzéstelenítéshez társuló anyai pyrexia. Fusi, L. és mtsai: (Dept. of Obstetrics and Gynecology, St. Mary's Hospital Med. School, London): *Lancet*, 1989, I, 1250.

Azoknál a szülőknél, akik hosszabb ideig tartózkodtak a szülőszobán és epiduralis érzéstelenítésben is részesültek, gyakrabban tapasztaltak testhőmérséklet-emelkedést, mint az érzéstelenítésben nem részesült asszonyoknál. Ezt 2270 szülési jegyzőkönyv komputeres vizsgálata igazolta. A szerzők feltételezték, hogy ez a lázas állapot nem fertőzés, hanem a szervezet hőháztartásának zavara miatt jött létre. Megvizsgálták ezért negyven egészséges terhességénél a testhőmérséklet alakulását a szülési fájdalomcsillapítás alatt. A testhőmérséklet változását a szájjüregbe és a hüvelybe helyezett érzékelőkkel regisztrálták, és egyidejűleg mérték a környezet hőmérsékletének alakulását is. A szülés alatti fájdalmat 15 esetben pethidin im. adagolással és 18 esetben epiduralis érzéstelenítéssel végezték. A vizsgálat kezdetén valamennyi asszony lázaltalan volt, és a hüvely, ill. a vizelet bakteriológiai vizsgálata is negatív eredményt adott.

Megállapítható volt, hogy az epiduralis érzéstelenítés kezdete után 1 órával a szülőnők testhőmérséklete emelkedni kezdett (7 óránként 1 °C-kal), míg a pethidint kapott csoportban ez nem volt tapasztalható. Feltételezhető, hogy az epiduralis érzésteleni-

tés ideje alatt a hőtermelő és hőelvezető mechanizmusok egyensúlyának zavara alakul ki, és ez vezethet a testhőmérséklet emelkedésére. Különösen akkor, ha a környezet hőmérséklete is magas.

Az epiduralis érzéstelenítés alatt a fizikai aktivitás és hiperventiláció csökkenése valamint a blokkolt testrészekben kialakuló vazodilatáció a testhőmérséklet csökkenését idézi elő. Ugyanakkor a verejtékezés — szimpatikus blokk által létrehozott — csökkenése, a környezet hőmérsékletének befolyásoló hatása és a központi idegrendszer felé futó, testhőmérsékletet jelző, afferens ingerek kiesése inkább a hőemelkedés irányában hat. Az emelkedő anyai testhőmérséklet a magzatban hőmérséklet emelkedést, tachycardiát és acidosist hozhat létre. Ezért az anyai lázas állapot fokozott figyelmet és szükség szerint azonnali beavatkozást igényel.

Károvi János dr.

Az oligomenorrhoea ésszerű hormonális kóriszmézése. Weise, H. Ch. és mtsai (Lornsenstr. 4, D-2000 Hamburg, 50, NSZK): Geburtsh. Frauenheilk., 1989, 49, 694.

A menarche utáni 5 héttől 3 hónapig tartó meghosszabbodott ciklusokat szokás oligomenorrhoeának hívni. Ezt többnyire nem értékelik kórosnak, hanem átmeneti stádiumnak a normális ovulációs ciklusok irányában. A nemi érettség korában lévő nők mintegy 10%-ának rendszerint vagy szakaszosan meghosszabbodott ciklusai vannak.

A szerzők 170 oligomenorrhoeás beteget vizsgáltak. Az életkoruk 27,8 (15–46) év, 11 (6,5%) sovány, 38 (22,3%) kövér és 74 (43,5%)-nek gyermek utáni vágya volt.

A leggyakoribb hormonális zavar az androgén túlsúly volt, amit 71 betegben állapítottak meg. A prolaktin alapszintje 44 (25,9%) betegnek volt emelkedett. Az LH/FSH hányadosa 36 (33,6%) betegnek volt nagyobb 2-nél. A pajzsmirigyet serkentő hormon alapszintje 11 (6,5%) betegnek volt emelkedett. Hypothyreosisa 33 (19,4%), hirsutismusa 59, acnéja 59, seborrhoeája 42 és alopeciája 18 betegnek volt.

A hypothalamo-hypophyseal-ovariális zavar különböző petefészek funkciózavarban (amenorrhoea, oligomenorrhoea, anovulatio, sárgatest elégtelenség) nyilvánulhat meg.

A szerzők véleménye szerint az oligomenorrhoeát az amenorrhoeához hasonlóan, függetlenül az életkortól és a gyermek utáni vágytól tisztázni kell, ha 1–2 évnél hosszabb ideig tart. Ez különösen érvényes azokra a fiatal nőkre, akik menarcheja késik, illetve az adrenarche és a menarche között több mint 2–3 éves eltérés van.

Jakovits Antal dr.

A szülés utáni tubasterilisatio hatása a tejtermelésre. Vytiska-Binstorfer, E. (Spitalgasse 23, A-1090 Wien): Zbl. Gynäkol., 1989, III, 1124.

A szülés utáni sterilizációt azért végzik sok asszonyon abban az időben, mert ezáltal elejét veszik egy későbbi kórházi felvételnek. A szerző 64 gyermekágyasnak vizsgálta a tejtermelést kúrtelketés kapcsán és ezt az előző szülés után dokumentált tejtermeléssel hasonlította össze. Az asszonyok kora 22 és 41 év között volt. A szülések száma 16 asszonynál 2, 22-nél 3, 17-nél 4 és 9-nél még több. A megelőző szülés 3 éven belül volt. A műtet a szülést követő első 24 órában végezték köldök alatti félhold alakú metszéssel. A kúrtelket a méh közelében koagulálták, majd átvágták. Az előző gyermekágyi tejelválasztáshoz viszonyítva különösen a 6. és 7. napon volt különbség a tejtermelésben. A meddővé tett asszonyok tejtermelése a 6. és 7. napon 350 ml, míg az előző szülés után 100 ml-rel több volt.

Jakovits Antal dr.

Neuromuscularis blokkad magnézium-szulfát és nifedipin kezelés hatására. Snyder, S. W., Cardwell, M. S. (Department of Obstetrics and Gynecology, N606, University of Missouri Health Sciences Center, Columbia, MO 65212, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 161, 35.

A nifedipint a koraszülés kezelésében tocolysisre használják, és a ritodinnal összehasonlítva kedvező a hatása. Mivel mind a magnézium-szulfát, mind a nifedipin az ionizált kalcium intracelluláris folyását blokkolja, némi együtthatás várható. Mindkettő megváltoztatja a kalcium áthaladását a sejthártyán a myometriumban. Ismeretes, hogy praecclampsia terhesnek adott nifedipin a hypertonia kezelésére és az anticonvulsans magnézium-szulfát hypotensiót idéz elő. A szerzők a vázizomzat neuromuscularis blokkját észlelték kis adag magnézium-szulfát és nifedipin együttes adásával. A blokkad a végtagok rángásából, nyelési nehézségből, paradox légzésből állt, a beteg nem tudta a fejét felemelni a párnáról. A magnézium adásának abbahagyása után 25 perccel az izomgyengeség elmúlt.

A nifedipin és magnézium-szulfát hatása az ionizált kalciumra mind a váz-, mind a simaizomzatban érvényesül. A simaizom relaxáció nagyobb fokú lehet a vázizomzaténál, mivel a simaizom endoplazmás retikulumban a kalciumnak korlátozott a tartaléka. A vázizomzatban a magnéziumnak tiszta praejunctionalis és postjunctionalis hatása van, és képes nagyfokú neuromuscularis blokkadot előidézni. A magnézium fokozza mind a depolarizáló, mind a nem-depolarizáló neuromuscularis blokkadot. A nifedipin potenciálja a magnézium-szulfát ideg-izom blokkjának hatását, ezért e két szert azonos betegnek tocolysis céljára nem ajánlatos adni.

Jakovits Antal dr.

A méh fejlődése és az endokrin viszonyok menarche után. Porcu, E. és mtsai (Servizio di Fisiopatologia della Riprodu-

zione, Via Massarenti, I-13-40138, Bologna): Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 161, 174.

A szerzők 143 egészséges 13–18 éves lányt vizsgáltak menarche után 0,5–6 évvel. Kontrollként 33 normálisan menstruáló, nem szült 21–28 éves nő szolgált. A hormonokat radioimmún vizsgálattal, a méh- és petefészekmétréket ultrahanggal határozták meg.

A méhek általában típusosak, érettek, körte alakúak voltak, a corpus/cervix hányadosa nagyobb mint egy. A méh átmérője a menarche után lassan nőtt még évekig. Hat évvel a menarche után a méh térfogata még nem érte el a felnőttét. A szignifikáns különbség a serdülőkorú és a felnőttkori értékek között a 18. életévben tűnik el. A méh térfogata az ösztadiol szinttel összefüggésben nő. A többi hormonnal (FSH, LH, prolaktin, progeszteron, tesztoszteron, androstendion), csontkorral, súllyal, magassággal és a petefészek-térfogattal a méhtérfogat nincs összefüggésben.

A szerzők vizsgálatait azt bizonyítják, hogy a menarche után a méh folytatja a növekedését, még a másodlagos nemi jelek megjelenése után is. A petefészek/méh hányados a szaporodóképes kor előrehaladásával csökken.

Jakovits Antal dr.

A méhkúrt terheség korai kóriszméje hüvelyi szonográfiával. Schurz, B. és mtsai (I. Univ. Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien): Geburtsh. Frauenheilk., 1989, 49, 649.

A szerzők 43 méhen kívüli terheségre gyanús beteget vizsgáltak: 24-et hasi és 19-et hüvelyi szonográfiával. A hüvelyi szonográfiával 18 esetben (94,7%) a kúrtterheség direkt jeleit ismerték fel. A betegek átlagosan 7 hetes terhesek voltak, ezért 26,3%-nak volt pozitív a tapintási lelete. Hasi vizsgálattal az ultrahang csak 25%-ban mutatta a méhen kívüli terheség direkt jeleit, terheségi gyűrűt a petevezetőben. A tapintási lelet 58,3%-ban volt pozitív, mert a diagnózist a későbbi terheségi hetekben állapították meg. A betegek nagy részénél laparotomiát kellett végezni. Hasi szonográfiával 8,3%-ban tévesen méhen kívüli petezsákot láttak, ilyen a hüvelyi szonográfiával nem fordult elő.

Az eredmények azt mutatták, hogy a hüvelyi szonográfia jelentősen túlszámolja a hasit. Ha ezzel a módszerrel az 5. terheségi hét végén vagy a 6. elején a méhen belül nem látható petezsák, a β -HCG szinttől függetlenül kóros terheségre kell gondolni. A 6. héten végzett szűrővizsgálatok még a tünetek előtt felfedezik az extrauterin terheséget.

Jakovits Antal dr.

A hüvelyi ultrahang használata a méhen kívüli terheség kóriszmézésében. Timor-Tritsch, I. E. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, 630 West 168th St., New York, NY 10032, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 161, 157.

Minipress*

Vérnyomáscsökkentő

tabletta 1 mg és 2 mg

Összetétel: Tablettánként 1, ill. 2 mg prazosinum
/prazosinium chloratum alakjában/

ANTIHIPERTENZIV HATÁSA A PERIFÉRIÁS ELLENÁLLÁS CSÖKKENTÉSÉNEK A KÖVETKEZMÉNYE.

A vérnyomás csökkentése nem jár együtt a szív-perctérfogat, a szívfrekvencia, a vese vérellátása és a glomerulus filtráció mértékének klinikailag jelentős változásával.

Klinikai vizsgálatok igazolják, hogy a Minipress csökkenti az LDL szintet / aterogén koleszterin frakció / és nem befolyásolja vagy növeli a HDL szintet / protektív koleszterin frakció/.

Terápiás hatása szívelégtelenségben is érvényesül.

Keringési elégtelenségben a terápiás hatás a bal kamrai töltőnyomás / a szív előterhelése/ és a teljes perifériás ellenállás / a szív utóterhelése/ csökkentésének, valamint a szív-perctérfogat növelésének az eredménye:

Ezek a hatások mind az arteriolákon, mind a vénákon kiegyensúlyozottan érvényesülő értágító hatással hozhatók összefüggésbe.

Értágító hatása következtében mérsékli a Raynaud-szindróma és betegség tüneteit.

Hatását jóindulatú prosztata hiperpláziában a mirigy- és izomszövet alfa₁-receptorainak gátlása révén fejti ki.

JAVALLATOK

Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia.

Adható önmagában vagy diuretikumokkal és/vagy egyéb antihipertenzív gyógyszerekkel együtt.

Mérsékelt és súlyos szívelégtelenség.

Kiegészítheti az addig alkalmazott kezelést /szívglikozidok és diuretikumok/, ha arra a beteg nem reagál megfelelően vagy refrakterré válik.

Raynaud-szindróma, Raynaud betegség.

Jóindulatú prosztata hiperplázia által okozott húgyúti obstrukciók adjuváns tüneti kezelésére.

ELLENJAVALLATOK

A gyógyszer iránti túlérzékenység.

Nem ajánlott szívelégtelenség kezelésére, ha annak oka mechanikus obstrukció.

Terhes és szoptatós anyáknak csak a gyógyszer adásának előnyeit és a lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható.

Adása 12 éven aluli gyermekeknek nem ajánlott.

ADAGOLÁS

Gyakorlati útmutató az adagolás beállításához hipertóniában:

	Reggel	Este
Első nap		0,5 mg
A következő 3 napon	0,5 mg	0,5 mg
Az ezt követő 3 napon	1,0 mg	1,0 mg
Ellenőrzés		
A következő napokon ha szükséges	2 mg	2 mg



Minipress*

Ezt követően a Minipress adagja a megfelelő vérnyomásválasz eléréséig a betegek egyéni érzékenységeinek megfelelően növelhető max. napi 20 mg-ig.

A Minipresst célszerű naponta kétszer /reggel és este/ bevenni, de naponta háromszor is adható.

Szívelégtelenség kezelésére fekvő betegeknek az ajánlott kezdő adag naponta 2-4-szer 0,5 mg. Ez az adag 2-3 naponként növelhető a beteg klinikai javulásának eléréséig. Szokásos fenntartó adag 4-20 mg 3-4 részletben.

Raynaud-szindróma, illetve betegség kezelésére a javasolt kezdő adag naponta 2-szer 0,5 mg, a szokásos fenntartó adag naponta 2-szer 1-2 mg.

Jóindulatú prosztata hiperplázia esetén az obstrukciós tünetek csökkentésére ajánlott kezdő adag este 0,5 mg majd 2-szer 0,5 mg 3-7 napig, ez fokozatosan hetente emelhető legfeljebb napi 2-szer 2 mg-ig. Ezen adag túllépése nem javasolt.

MELLÉKHATÁSOK

Szédülés, fejfájás, kábultság, gyengeség, hányinger és palpitáció, ortosztatikus hipotónia. A kezelés során ezek a mellékhatások rendszerint megszűnnek vagy oly kismértékűek, hogy a gyógyszer adagjának csökkentését nem teszik szükségessé.

Ritkán előfordult hányás, hasmenés vagy székrekedés, alhasi diszkomfort érzés és/vagy fájdalom, ödéma, májfunkciós rendellenességek, pancreatitis, dyspnoe, eszméletvesztés, tachycardia, idegesség, hallucináció, depresszió, gyakori vizelési inger és inkontinencia, paraesthesia, kiütés, viszketés, alopecia, lichen planus, impotencia, homályos látás, a sclera pirossága, orrvérzés, fülcsengés, szájszárazság, orrdugulás és izzadás, láz, pozitív antinukleáris antitest titer, arthralgia. Összefüggésük a Minipress szedésével nem minden esetben volt megállapítható.

FIGYELMEZTETÉS

Ritkán előfordulhat a kezelés elején, vagy a dózis növelésekor, hogy a Minipress bevétele után fél-másfél órával átmeneti szédülés, gyengeség, izzadás lép fel. Ilyen esetben, amíg a tünetek tartanak, célszerű feküdni.

A gyógyszer rendelésekor a jóváhagyott alkalmazási előírás /Útmutatóhoz készült pótlap/ részletes információit kell figyelembe venni.

MEGJEGYZÉS: + Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS: 100 db 1 mg-os tabl.
100 db 2 mg-os tabl.

ELŐÁLLÍTÓ: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
PFIZER Inc., New York, USA együttműködés alapján.



* PFIZER Inc., New York védjegyzett neve.



A szerzők 145 beteget vizsgáltak méhen kívüli terhesség gyanúja miatt. 38 beteg diagnózisa egyértelmű volt a hasfalán át végzett ultrahang vizsgálattal. 107 betegnél határozott kórismét nem tudtak megállapítani. A szerzők ezeket 2 csoportra osztották.

Az 1. csoportba 98 asszony tartozott, akik közül 49 ectopiás terhesnek bizonyult. Élő méhenbelüli terhességet figyeltek meg még 28 terhesben és abnormális terhességet (szívműködés nélkül) 10 asszonyban. A maradék 11 betegben más kismencedei kóros állapotot találtak.

A 2. csoportba tartozó 9 beteg képezte a legnagyobb problémát a szonográfusnak. A vizsgálati idejük majdnem kétszer olyan hosszú volt, mint a többi betegé. Ezeket 3 napon belül ismét vizsgálták, mivel a kezdeti ábrázolás nem volt döntő. Kettőnél tuba terhességet találtak szívműködés nélkül, nagyon korai méhenbelüli terhességet 2-ben és sárgatest tömlőt terhesség nélkül 2-ben.

A transvaginalis szonográfiával kórismézett méhen kívüli terhességek közül 33 (66%) nem repedt meg. A kürt megrepedt vagy tubaris abortust találtak 17 (34%) betegben.

A szerzők különösen 4 eltérést javasolnak gondosan vizsgálni a hüvelyi ultrahang készülékkel: 1. a sárgatestet, amely oldalt helyezkedik el, és a körülvevő petefészkek szövet „kürt gyűrű” benyomását kelti. 2. A Graaf tüszőt hasonló okok miatt. 3. A vékonybelet és 4. kóros kürtöt, mint a hydrosalpinx.

A hüvelyi ultrahang megbízható és korai lehetőséget ad a gyanított méhen kívüli terhesség kimutatására.

Jakobovits Antal dr.

Túlhordásos terhesség: áttekintés. Phelan, J. P. (Maternal-Fetal Medicine, 1135 S. Sunset Avenue, Suite 402, West Covina, CA 91790, USA): Clin. Obstet. Gynecol., 1989, 32, 221.

A túlhordás az összes terhesség 3–14%-ában fordul elő; jelentősen több a perinatális morbiditás és mortalitás.

A magzatvíz mennyisége a 24. hét táján éri el a maximális mennyiséget, azután állandó marad kb. a 37. hétig. Attól kezdve enyhén csökken, túlhordás esetén pedig hetenként 33%-os a csökkenés. A magzatvíz mennyisége és a normális magzat aktivitása között fordított viszony van. Csökkent magzatmozgás esetén az oligohydramnion előfordulása 3–5-szörös. A szívműködés decelerációja és a magzatvíz mennyisége között is fordított a viszony. Ahogy a magzatvíz mennyisége csökken, a szívműködés decelerációjának előfordulása növekedik. Hasonló viszony van a magzatvíz mennyisége és a magzat jólléte között. Túlhordásban a normális mennyiségű magzatvíz esetén a magzat kevésbé veszélyeztetett. A méhszárakodással kapcsolatos III. fokú placenta előfordulása túlhordásban gyakoribb.

Túlhordásban a lepény/magzat hányados jelentősen nagyobb, mint a terminusban. A szérum ösztriol szintje a terhesség folyamán nő, de a túlhordásban csökken, hetenként 46%-kal. A túlhordásban a vezető kép az oligohydramnion és a típusos szívműködés és a változókéony vagy elhúzódo deceleráció. Minél kevesebb a magzatvíz, annál nagyobb a valószínűsége a köldökzsinór leszorításnak és a változókéony decelerációnak. Ezért a túlhordás esetén a körültekintő kezeléshez tartozik a magzatvíz becslés. Oligohydramnion és/vagy szívműködés decelerációk jelenlétében szignifikánsan nagyobb a valószínűsége a mekóniummal festenyzett magzatvíznek.

Jakobovits Antal dr.

Változás a méhen kívüli terhesség kórismézésében és kezelésében. Lücke, F. és mtsai (Rubensstrasse 125, D-1000 Berlin 41): Geburtsh. Frauenheilk., 1989, 49, 172.

A szerzők 1973 és 1975 között 32 és 1983 és 1984-ben 82 méhen kívüli terhest kezeltek. Az első időszakban gyakrabban érkeztek a betegek heveny stádiumban. A kórismézett méhen kívüli terhességek gyakorisága a szülésekhez viszonyítva az első időszakban 0,9%, a másodikban 4,60%. A kórismézés javulását szolgálták a HCG, a szonográfia, a laparoszkópia/pelviszkópia.

Az első időszakban a méhen kívüli terhességeket kizárólag hasmetszés útján operálták. A második periódusban 30 betegnél laparotomiát és 52-nél endoszkópiás műtet végeztek. 1981 óta 300 méhen kívüli terhességet operáltak, közülük 195-öt endoszkópiásan. A 195 közül 112 (57,46%) a jobb és 83 (42,6%) a bal oldalon helyezkedett el. Az előfordulás gyakorisága: ampulláris 119 (61,02%), isthmusos-ampulláris 38 (19,49%), isthmusos 31 (15,90%), cornuális 1 (0,5%), ovarialis 2 (1,03%), peritoneum vagy Douglas 4 (2,05%). 172 beteget (88,21%) konzervatív operáltak (salpingotomia vagy expresszió a hasi szájadékon át). A 195 endoszkópiásan operált beteg 5,64%-ában lépett fel postoperatív szövődmény szemben a laparotomiával kezelték 29%-ával. Lényeges haladás az endoszkópiás beavatkozásnál a narkózis időtartamának csökkentése az átlagos 94-ről 58 percre.

Jakobovits Antal dr.

A petefészkek túlstimulációs tünetcsoport fokozott gyakorisága kombinált GnRH-agonista /HMG kezelés után. Linder, Ch. és mtsai (Univ.—Frauenklinik, Martinstr. 52, D-2000 Hamburg 20, NSZK): Geburtsh. Frauenheilk., 1989, 49, 337.

A petefészkek stimulációs kezelésének a legsúlyosabb szövődménye a petefészkek túlstimulációs szindróma. A klinikai kép rendszerint néhány nappal a HCG által ki-

váltott ovuláció után következik be: a petefészkek cisztásan megnagyobbodnak, jelentős a has körfogatnövekedés, kórosan fokozott a kapilláris permeabilitás, ami asciteshez, hydrothoraxhoz, haemokoncentrációhoz és oliguriához vezet. Szubjektív tünetek a hányinger, hányás, hasi feszüléssel járó fájdalom és légszomj lehet. Ritkán életveszélyes komplikációk: akut has vagy thromboembolia léphet fel.

A szerzők 1168 stimulált ciklust értékelték. A betegeket két csoportra osztották 318 (643 ciklus) tisztán humán gonadotropint (HMG) kapott, koruk 22–45 év (átlag 32,4 év) és 341 (525 ciklus) beteg GnRH analóg/HMG-t kapott. Kétféle GnRH analógot használtak: 415 ciklusban buszerelinnel végezték az előkezelést, a luteális fázisban intranasalis naponta összesen 1,2 mg-ot, 110 ciklusban pedig triptorelin volt az analóg depot készítmény a luteális fázisban egy 3,2 mg-os dózisban.

A túlstimulációs tüneteket Rabau szerint enyhe, közepes és súlyos fokozatra osztva a HMG kezelésnél közepes fokot 7%-ban, buszerelinnél 23%-ban és triptorelinnél 40%-ban találtak. A folliculus érés fázisa HMG-nél 8,9 nap, buszerelinnél 11,4 nap és triptorelinnél 12,7 nap. Az aktív tüsző fázis hosszabbodott meg, amikor folyamatosan nő az ösztrogénkiválasztás, míg az ún. latens folliculus fázis, amikor nincs jelentős ösztrogénkiválasztás és ez mindhárom kezelési csoportban közel azonos.

A terhesség gyakorisága HMG után 8%, buszerelin/HMG stimuláció után 15% és triptorelin/HMG után 19%. A vetélés előfordulása pedig a HMG csoportban 18%, a buszerelin/HMG-ben 24% és a triptorelin/HMG-ben 18%.

A HMG stimulációra bekövetkező szabálytalan LH fluktuáció a normogonadotrop petefészkek elégtelenségben (WHO II csoport) ismeretes, szemben a hypogonadotrop petefészkek elégtelenséggel (WHO I csoport).

A GnRH analóg/HMG kezelésnél először a GnRH analóg reverzibilis állapotához (farmakológiai hypogonadotrop hypogonadizmushoz) vezet. A folyamatos adagolás a hypophysis elülső lebenyben a gonadotrop sejtek érzéketlenné válásához vezet és következményesen a hypophysis-petefészkek tengely elnyomásához. A HMG stimulációval megtartva a GnRH analóg adást az elnyomás elegendő a növekvő ösztrogén szekréció ellenére, hogy feedback akció következzen be a hypothalamus-hypophysis szintjén.

A GnRH analóg/HMG kezelés kombináció fokozott petefészkek reakcióhoz vezet, aminek nagy a veszélye, hogy klinikai túlstimulációs szindrómát idéz elő. Egyidejűleg a terhesség bekövetkezésének kilátásai javulnak.

Jakobovits Antal dr.

A szokványos vetélők kórisméje. Heine, O. és mtsai (Frauenklinik, Klinikstrasse 32, D-6300 Giessen, NSZK): Geburtsh. Frauenheilk., 1989, 49, 141.

A meghatározás szerint a három vagy több egymást követő vetélés a „szokványos”. A hesszeni perinatális kimutatás szerint 1987-ben 42 618 terhesség közül 18 asszonynak (0,04%) volt 3 vagy több spontán vetélése. Az epidemiológiai adatok szerint azonban a 3 vagy több egymást követő vetélés gyakorisága nagyobb, 0,4–0,8% között van.

Az első trimeszterbeli spontán abortusok leggyakoribb ismert okai a kromoszomális anomáliák. A habituális vetélők között 6–12% a kóros kromoszóma lelet.

A habituális vetéléseket kiváltó ciklustól függő tényezők: 1. a sárgatest elégtelenség, 2. a késői ovulatio, 3. a késői megtermékenyítés és 4. az endometriosis. Utóbbi feltehetően a hasi folyadékban lévő nagyobb prosztaglandin koncentrációval van kapcsolatban.

Különböző szerzők a méh fejlődési rendellenességeit 7–62% között találták habituális vetélőkben. A méhenbelüli összenövések (Ascherman-szindróma) 14%-ban fordulnak elő. A cervix elégtelenség a 2. trimeszterben vezet spontán vetélésekhez.

Az endokrin betegségek közül a pajzsmirigy funkciózavaraira és a cukorbetegségre lehet gondolni. A fertőző betegségek közül a T-mycoplasma, a listeriosis, toxoplazmosis kevésbé kerül gyanúba.

Szóba kerülnek még az immunológiai és pszichés tényezők.

A szerzők beteginek 79%-ában több kóroktani tényező is szerepelt, ezért valószínű a multifaktoriális eredet.

Jakobovits Antal dr.

A resuscitatio kérdései

Adrenalin szív-megállás esetén: intravénásan vagy endobronchialis? Löllgen, H. (Abteilung Kardiologie, Städtische Krankenanstalten Remscheid): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 155.

Az adrenalin mint eddig is, az első választandó gyógyszer az akut szív-keringés megállás, ill. a reanimáció alkalmával. Az összes jelenlegi irányelvek és tankönyvek ilyenkor az iv. adás mellett az endobronchialis bevitelt is ajánlják. Ezek a vélemények azokon az állatkísérleteken nyugszanak, melyekben bizonyítható volt, hogy az adrenalin intratrachealis, de inkább endobronchialis befecskendezése szív-keringési elégtelenségben hatásos. Redding kutyákon mesterségesen létrehozott keringés megállításban az endobronchialis az iv. alkalmazásnál eredményesebbnek találta. Az adrenalin 10 ml desztillált vízben vagy konyhasóban hígítva, egyaránt hatásosnak mutatkozott számos más, állatokon végzett megfigyelés alapján is.

A különböző vizsgálatok szerint az endobronchialis adás 80%-ban eredményes, a hatás 5–15 másodperc után jelentkezik; az iv. bevitelhez képest 5 másodperccel később. Endobronchialis alkalmazva a fe-

lezési idő 15–20 percre tehető, ami hosszabb mint az iv. befecskendezés után és ez a hatás időtartamában szintén lemérhető. Az endobronchialis adagnak azonban az intravénás dosis tízszeresét kell tartalmaznia ahhoz, hogy az eredményesség azonos lehessen.

Noha nagyobb beteganyagban végzett, összehasonlító prospektív kísérleti adatok nem állnak rendelkezésre, a legtöbb szerző az iv. alkalmazásnak elfogadott mennyiség 2–3-szorosát ajánlja endobronchialisán. A desztillált víz mint oldószer, az ozmotikus grádiens tekintve előnyösnek látszik, azonban a gázcsere hátrányosan befolyásolja, így inkább az élettani konyhasóoldatot javasolják vívóanyagként.

A jelenlegi álláspont szerint szív-keringés megállás bekövetkeztekor, továbbra is az adrenalin iv. adására kell elsősorban törekedni. Ennek dosisa 1 mg, ami szükség szerint 3–5 perc eltelté után megismétlendő. Amennyiben a beteg már intubálásra került és az azonnali iv. bevitel akadályoztatva van, úgy 10 ml élettani konyhasóoldatban 2–3 mg adrenalin intratrachealis instillációja javasolt. Ezzel együtt, az endobronchialis felszívódás sietése érdekében erőteljes lélegeztetést kell folytatni. Az említett módon befecskendezett adrenalin mennyiség szükség esetén 10–15 perc múlva újból beadható. Erdemesebb azonban a második dosist — amennyiben az endobronchialis alkalmazás eredménytelennel nem járt — iv. bejuttatni.

Barzó Pál dr.

A korai defibrillálás energiakövetelménye. Jakobsson, N. Rehnqvist, O. Nyquist: Eur. Heart. J. 1989, 10, 551.

Az ischaemiás szívbetegség az elsődleges és legfőbb halálok a nyugati világban. A legtöbb szívhalál kórházon kívül következik be, a betegek malignus arrhythmia, leginkább kamrafibrilláció áldozataul esnek.

A kamrafibrilláció tehát igen gyakori váratlan szükséghelyzetet jelent, így a korai defibrillálás a sürgősségi orvosi rendszerek legnagyobb kihívásaként értékelendő. Az emberi szív defibrillálásához 1947 óta használnak elektromos energiát, a defibrilláció energiaküszöbe azonban továbbra is viták tárgyát képezi.

A szerzők a stockholmi mentőszolgálat korai defibrillációs programjának eredményeit foglalják össze, a közölt energia és a defibrilláció sikere között összefüggést keresve. Az elrendelt standardok értelmében az energiaszinteket 200 J és 360 J között változtatták, ill. 200 J és 300 J kombinációját alkalmazták. Az 1984-ben indult programban először Honeywell ED 410 típusú manuális, 1986-tól Lifepak 200 Physiocontrol félautomata készülékeket használtak. A beavatkozásokat a stockholmi mentők speciálisan kiképzett paramedicinális személyzete (EMT) végezte, regisztrált eredményeiket cardiológus kontrollálta.

(Megjegyzendő: hogy az EMT sem intubálásra, sem a CPR gyógyszeres kiegészítésére nincs kiképezve, ezen beavatkozásokra így a helyszíneken sem került sor.)

Összesen 360 kamrafibrilláló beteget észleltek. A közölt energiaszintek és a készülékek típusa alapján négy vizsgált csoport alakult ki. (1–3-szor 360 J manuális készülékkel, 1–3-szor 200 J, 1–3-szor 360 J, 1–2-szer 200 J + 1-szer 360 J félautomata készülékkel.) A 360 esetből 51-et sikeresen reanimáltak, 21 esetben a standard szerinti DC-shock ellenére a kamra fibrilláció progrediált, 148 alkalommal a defibrillálást követően persistáló asystolia alakult ki.

A sikeresen reanimáltak között — mindkét készülékkel egyaránt — szignifikánsan gyakoribb volt a kamrakomplexusok vizsgatérése az 1–3 × 360 J energiával ütött esetekben, mint az 1–3 × 200 J vagy 200–200–360 J-s csoportban.

Az eredményekből kitűnik a már ismert tény, hogy a sikert a szív-megállástól a defibrillálásig eltelt idő determinálja. A post-defibrillációs asystoliák és az electromechanikus disszociációk magas aránya ugyanis nagy valószínűséggel a hosszas késedelem eredménye.

Az energianívók megválasztása szempontjából a szerzők leszögezik, hogy a 360 J DC shock jobbnak tűnik, mint a 200 J DC shock a kórházon kívüli defibrillálásban, összességében azonban az 1–3 × 200–360 J energiatartomány 90%-os eredményességet hozott. A félautomata és a manuális készülék egyaránt hatékonyak bizonyultak, a defibrillátor típusa az eredményességet nem befolyásolta.

Balogh Tibor dr.

A glucocorticoid kezelés nem javítja a szív-megállás utáni neurológiai gyógyulást. Jastremski, M. és mtsai (Dept. of Critical Care and Emergency Medicine, State Univ. of New York Health Science Center, Syracuse NY 13210, USA): JAMA, 1989, 262, 3427.

A glucocorticoidok bizonyítottan hasznosak perifocális vasogen oedemában, de hatástalanok intracelluláris cytotoxikus oedemában. Mégis gyakran alkalmazzák őket globális agyi ischaemiában szenvedő betegeken. A szerzők az „Agyi Resuscitációs Klinikai Vizsgálat I.” — több országra, ill. 12 intézetre kiterjedő, 1979 és 1984 között végzett vizsgálat, amelyet eredetileg arra terveztek, hogy 30 mg/kg thiopental-Na kezelés milyen hatást gyakorol az agyi ischaemiát követő neurológiai kimenetelre — adatbázisát használták fel egy retrospektív tanulmányra, amely glucocorticoid kezelésnek a globális agyi ischaemia utáni neurológiai gyógyulásra való hatását tekintette át.

A vizsgálat 262 olyan beteget ölelt fel, aki a szív-megállást kezdetben comatosus állapotban élte túl, vagyis a spontán vérkeringés helyreállítása után sem reagált fájda-

lomingerre céltudatosan. A standardizált kezelési protokoll (MAP 90–100 Hgmm-en tartandó, 30 ml/kg/24 óra iv. folyadék-kal és sz. szerinti vasopressor-adással; az első 12 órában gépi lélegeztetés: pCO_2 25–35 Hgmm, $\text{pO}_2 > 100$ Hgmm, pH 7,3–7,5; sz. e. izomrelaxatio, sedálás morphinál, v. diazepammal, görcsellenes kezelés diazepammal, v. phenytoinnal; Htk, elektrolytok, osmolaritás, vércukor normalizálása; 48 órával a spontán keringés helyreállása után 50 kcal/kg/24 óra iv. táplálás, aminosavak, vitaminok; normothermia; az intracranialis nyomás növekedésekor vagy esetleges neurológiai romlásokor osmotherápia mannitallal vagy glicerinnel) a glucocorticoid kezelést az egyes kórházi kutatók tetszésére bízta.

Így 4 betegcsoport jött létre, aszerint, hogy a betegek a szív-megállást követő első 8 órában semmilyen (71 beteg), 1–20 mg (67 beteg), 21–70 mg (58 beteg), vagy 71 mg fölötti (66 beteg) dexamethasonnal megfelelő glucocorticoidot kaptak. 138 beteg dexamethasont, 33 methylprednisolont, 16 betamethasont és 4 hydrocortisont kapott. A 65 évnél fiatalabb és a nem cardialis okú szív-megállásos betegek esetében szignifikánsan valószínűbb volt a steroidok adása.

A neurológiai kimenetelt a módosított Glasgow Cerebrális Teljesítmőképességi Osztályozás alapján pontozták, 2, 3, 10 nap és 1, 3, 6, 12 hónap múlva.

Egyik steroid adagolási módszer sem javította statisztikailag szignifikánsan sem az átlagos túlélési arányt, sem a neurológiai gyógyulás arányát a steroidokat nem kapó csoporthoz képest, sem a thiopentallal nem mutatkozott synergizmus.

A halálozást szignifikánsan valószínűsítette 65 év feletti kor, 5 percnél hosszabb szív-megállás, a szív-megállás utáni hypotensiv állapot, szívinfarctus, kórházon belüli szív-megállás — de nem függött a resuscitatio 20 percnél hosszabb tartamától, a szív-megállás okától, esetleges tüdőbetegségtől.

Az idegrendszeri gyógyulást szignifikánsan valószínűsítette 5 percnél rövidebb szív-megállás, 15 percnél rövidebb resuscitatio, szív eredetű keringésmegállás, — de nem függött a 65 év feletti kortól, tüdőbetegségtől, a szív-megállás kórházon belüli bekövetkezésétől.

A szerzők szerint az a rutin klinikai gyakorlat, amely globális agyi ischaemia után steroidokat alkalmaz, súlyos szövődeményekkel (hyperglycaemia, peptikus fekély, fertőzésre való fogékonyság, negatív N-egyensúly) társulhat és nem igazolható.

Inczé Ferenc dr.

Terápiás kérdések

Kezeletlen tünetmentes bakteriuria lányokban: I.—A baktériumtenyészetek állandósága. Hansson, S. és mtsai: Br. med. J., 1989, 298, 853.

Irodalomból ismert, hogy antibiotikum kezelés után lányokban a tünetmentes bakteriuria gyakran recidívál, és az esetek 10%-ában pyelonephritis is kialakul. Nem kezeletlenek között viszont nem észlelték akut pyelonephritis gyakoribb előfordulását a kezelt kontrollcsoporthoz képest. Ez azt jelenti, hogy pyelonephritis a baktériumfajta típusváltozása miatt alakulhat ki. Másrészt, egy típusú baktérium perzisztálása védelmet jelenthet más típusok fertőzése ellen.

Annak eldöntése, hogy egy gazdaszervezetből sorozatosan kitenyésző *E. coli* törzsek ugyanabba a típusba tartoznak-e vagy nem, speciális technikai problémákat vet fel. Az *E. coli* törzseket felületi O, K vagy H antigénjük alapján soroljuk különböző szerotípusokba. Tartós tünetmentes bakteriuria esetén azonban a törzsek többségét vagy nem sikerült így tipizálni, vagy spontán agglutinálódtak. Tartós baktériumhordozás a vizeletben megválogatathatja a felszíni antigént (ún. antigén lesodródás, lemosódás), mely a szerotípus determináns elvesztését eredményezi.

A tipizálhatóból nem tipizálhatóvá válás esetén nehéz elkülöníteni, hogy az előzőleg leírt antigén lesodródás jelenségéről van-e szó, vagy új szerotípusú törzs jelent-e meg. Sorozatos tenyészetekben észlelt nem tipizálható törzs perzisztálása sem utal feltétlenül azonos típusú *E. coli* törzsrre. A szerzők az *E. coli* törzsek tipizálására az O antigénen kívül alkalmazták a multilocus enzim elektroforesist, melynek során a cytoplasma fehérjéit különítik el vándorlási sebességük alapján géloszlopon.

A fehérje fragmentumokat különböző substrátumokkal inkubálva 13 enzimfehérjét izoláltak. Valamennyi enzim színes savként jelentkezik a keményítő géloszlop meghatározott helyén. Az enzimaktivitás hiányát „null állél”-nek nevezték. A multilocus enzim elektroforesis ugyanolyan pontos tipizálást tesz lehetővé, mint a felszíni antigének alapján történő szerotipizálás, de utóbbinál érzékenyebb eljárás.

A szerzők a Göteborgi Gyermekkórházban 1984 végéig 207, 16 éven aluli lányt gondoztak, akiknél legalább 3 hónapig tünetmentes bakteriuria állt fenn.

A tanulmányban 54 lány eredményei kerültek feldolgozásra, 3,3–15,5 év között (átlagéletkor 9 év). Közülük 23 beteg chr. pyelonephritis és bakteriuria, 13 randomszerűen kiválasztott, tünetmentes bakteriuria, 18 beteg iskolai szűrés során felfedezett bakteriuria miatt állt gondozás alatt. Valamennyi esetben *E. coli* volt a kórokozó.

A vizeletmintát középsugár vizeletből vették. Asymptomás bakteriuriának tekintették a 100×10^6 *E. coli*/l baktériumszámot. Kontrollokat 3–6 havonta végeztek, beleértve az anamnézist és laborvizsgálatokat is. Valamennyi esetben történt iv. urographia, mictiós cystourethrographia. A chr. pyelonephritis csoportban 14, a tünetmentes csoportban 4 betegnél találtak VUR-t. 6 beteg kapott penicillin kezelést, 2 esetben vizelet incontinentia miatt, 2 esetben tévedésből, 1–1 esetben antireflux mű-

tét, illetve ismeretlen eredetű lázas állapot miatt. A követési időszak végén 29 betegnél észlelték még bakteriuriát.

A baktérium izolálását agar táptalajon végezték, évente végeztek O szerotipizálást és multilocus enzim elektroforesist annak meghatározására, hogy a perzisztáló baktériumok típusa milyen arányban mutat spontán változást. Összesen 278 mintát vizsgáltak meg, a mintát összehasonlították ugyanazon beteg előző évi mintájával, így 224 összehasonlító vizsgálatot végeztek. Az összehasonlító analízisek során 67 esetben nem változott sem az O típus, sem az enzimszerkezet. 4 esetben mind az O típus, mind az elektroforetikus kép változott. 30 esetben az O típus nem O tipizálhatóvá alakult, de csak 4 esetben változott az elektroforetikus kép. 19 esetben a nem O tipizálható törzs O tipizálhatóvá alakult, ezt 6 esetben kísérte elektroforetikus változás. 104 esetben a mintapárok mindkét tagja nem O tipizálható volt, de 10 esetben kimutatható volt az enzimműködés. Ez összességében 24 esetben (11%) jelent enzimszerkezeti változást. A változás oka 6 esetben a már említett antibiotikum kezelés. A többi 13 eset spontán változásnak tekinthető, ami azt jelenti, hogy minden 11,6 beteg életévre esik spontán mutáció. A 24 változásból csak 4 volt O tipizálással kimutatható. Megállapították, hogy perzisztáló bakteriuria esetén az antigén lesodródhat (25 O tipizálható mintá nem O tipizálhatóvá vált, míg az elektroforetikus kép azonos maradt). Mivel a lipopoliszacharid réteg így sérül, ami a virulenciát megváltoztatja, ezek az adaptálódott baktériumok rendszerint kevésbé virulensek! Korábban a baktériumok spontán típusváltozását a vesekárosodás fenyegető jelének tekintették. A szerzők anyagában chr. pyelonephritis vagy VUR esetében sem volt gyakoribb a típusváltozás.

Másrészt a baktérium típusváltozása kockázattal is jár, mivel agresszívebb típusok esetleg fertőzést okozhatnak (pl. egy esetükben penicillin kezelés után), és ez a vese-funkció romlását eredményezheti. Az alacsony spontán mutációs arány azt mutatja, hogy a helyes eljárás: nem kezelni, mivel így elkerülhető a symptomás fertőzés.

Villányi Kinga dr.

Kezeletlen tünetmentes bakteriuria lányokban: II. — Interkurrens fertőzés miatt alkalmazott phenoxymethylpenicillin és erythromycin kezelés hatása. Hansson, S. és mtsai: Br. med. J., 1989, 298, 856.

Korábbi tanulmányokból ismert, hogy tünetmentes bakteriuria antibiotikum kezelése után viszonylag gyakran alakul ki tünetekkel járó reinfekció. Kezeletlen esetekben viszont a perzisztáló bakteriuria nem vezet vesekárosodáshoz.

A szerzők interkurrens fertőzés miatt alkalmazott phenoxymethylpenicillin és erythromycin kezelés hatását vizsgálták a tünetmentes bakteriuriára.

A Göteborgi Gyermekkorházban 1986-ig 229 16 éves aluli tünetmentes bakteriuria miatt gondozott leány közül 51-nek az esetét elemezték. Valamennyi esetben *E. coli* volt a kórokozó. A lányok interkurrens fertőzés: otitis media, tonsillitis miatt részesültek egy vagy több alkalommal 1982 előtt phenoxymethylpenicillin (40 betegnél, 46 kezelés), 1982 után erythromycin (11 betegnél, 20 kezelés), vagy mindkettő (fentiekből 15 beteg) kezelésben. A tünetmentes bakteriuria kritériuma $>100 \times 10^6$ baktérium/l tünetmentes ürítése volt.

Akut pyelonephritist tekintették a $39,5^\circ\text{C}$ fölötti lázzal, 100×10^6 baktérium/l fölötti bakteriuriával, 25 mm/6 vérséjsúlyllyedéssel, 20 mg/l fölötti C reaktív protein értékkel járó eseteket.

Akut cystitis diagnosztikai feltétele 100×10^6 bakt/l ürítés, dysuria, gyakori vizelési inger voltak labor eltérés nélkül.

A vizelettenyésztéseket közpérsugar vizeletből végezték, az *E. coli* törzseket O antigén és multilocus enzim elektroforesis alapján tipizálták, az antibiotikum érzékenységet korong módszerrel vizsgálták.

Valamennyi esetben történt iv. urographia és mictiós cystographia is. A phenoxymethylpenicillinnel kezelt csoportban ezeket a változásokat észlelték: 6 esetben akut pyelonephritis, 1 esetben akut cystitis alakult ki, melyet a korábbiól eltérő típusú *E. coli* fertőzés okozott. 9 esetben megszűnt az *E. coli* bakteriuria, majd átmeneti *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Providencia*, illetve *Pseudomonas* hordozás után 3–6 hónap múlva eltérő típusú tünetmentes *E. coli* bakteriuria alakult ki. 18 esetben a perzisztáló törzs típusa megváltozott, azaz új fertőzés jött létre. 7 esetben ugyanannak az *E. coli* törzsnek a perzisztálása vagy rekolonizációja volt megfigyelhető. 5 esetben megszűnt a bakteriuria és nem tért vissza az átlagosan 3,5 éves követés alatt.

Erythromycin kezelést követően húgyúti gyulladást nem észleltek. Más baktériumhordozás átmenetileg sem lépett fel. 2 esetben észleltek eltérő típusú tünetmentes *E. coli* fertőzést, míg 18 esetben az eredeti törzs perzisztált.

In vitro tenyésztésben valamennyi *E. coli* minta rezisztens volt phenoxymethylpenicillinre, és három minta kivételével erythromycinre is.

A penicillin rendszerint nem hatékony az enterális kórokozókkal szemben (*E. coli*), a tanulmányban mégis 46 esetből 34-ben a kezelés az eredeti törzs kiirtását eredményezte. Ennek oka valószínűleg az igen magas vizelet-penicillin koncentráció. De a későbbiekben más bakt. törzsek, ill. eltérő szerotípusú *E. coli* törzsek által többnyire ismét bakteriuria alakult ki, mely 7 esetben súlyosabb fertőzést is okozott (15%).

Erythromycin kezelés a bakteriuriára 2 eset kivételével hatástalan volt, mivel az erythromycin alig hatékony a Gram-negatív kórokozókkal szemben, kivéve ha a vizelet pH $>8,0$; ami igen ritka.

Jelen tanulmány is bizonyítja, hogy az aszintomás bakteriuria megszűntetése fokozza a symptomás húgyúti fertőzés kocká-

zatát. A húgyúti reinfekcióra való hajlam és így a recidíva arány betegeknél igen magas. De minden új típusú törzs megjelenése egy, az előzőnél virulensebb törzsszel való fertőzés lehetőségét rejtje magában az akut pyelonephritis veszélyével. Ezzel ellentétben a spontán típusváltozás rendkívül ritka (1. előző közlemény).

Ebből következik, hogy aszintomás bakteriuria esetén kerülni kell az eredeti törzs elpusztítását. Mivel phenoxymethylpenicillin kezelés után ez viszonylag gyakori, helyette az erythromycin kezelés javasolható.

Villányi Kinga dr.

Intravénás magnézium-szulfát az akut asthma kezelésére intenzív osztályon. Skobeloff, E. M. és mtsai (Medical College of Pennsylvania, Department of Emergency Medicine): JAMA, 1989, 262, 1210.

A béta adrenerg gyógyszerek 50 éve az akut asthma bronchiale sürgősségi ellátásának középpontjában állnak. Hatástalanságuk esetén corticoid terápiára lehet szükség, ennek kedvező eredményére azonban gyakran órákig várni kell. 1940-ben Haury két epinephrinre refrakter asthmás beteget ismertette, akik iv. és im. alkalmazott magnézium adására jól reagáltak. Okayama és mtsai a kilégzési csúcsáramlási érték (peak expiratory flow rate-PEFR) és a klinikai állapot javulását figyelték meg 1,2 g magnézium-szulfát iv. bevétele után.

A szerzők ezért randomizált, kettős vak és placebo kísérlet révén, intenzív osztályon fekvő 38, 18–70 éves, súlyos asthmáson vizsgálták a magnézium terápia hatását. Olyan személyeket választottak ki, akiknek PEFR értéke a megszokott bétareceptor izgatók alkalmazására legalább kétszeresére nem emelkedett, tehát az említett típusú gyógyszerekre a kívánt módon nem reagáltak. A betegek 1,2 g magnézium-szulfátot kaptak 50 ml intravénás infúzióban, míg 19 egyénnek csak konyhasó oldatot adtak az említett formában és mennyiségben.

Az asthma miatt folytatott gyógyszerelés és a magnézium-szulfát bevitelének időtartama mindkét csoportban hasonló, 20 perc volt. A placebo-csoport között 12 személy theophyllint, 10 aerosolos bétaizgatót, 4 prednison, 3 terbutalin szulfátot, míg a magnéziummal kezelték között 13 theophyllint, 12 aerosolos bétaizgatót, 5 prednison és 1 terbutalint kapott. Nem részesült előzőleg respirációs terápiában az előbbi csoportból 3, az utóbbiból 3 egyén.

A PEFR 90 perccel a kezelés után mindkét csoportban megnövekedett, de a javulás a magnézium infúzióban részesülők között lényegesen nagyobb fokú volt: 225-ről 297 l/min.-ra. A kontrollok értékei 208-ról csak 216 l/min.-ra emelkedtek. A vérnyomás, a szív és légzésfrekvencia vonatkozásában a csoportok között különbség nem alakult ki.

A magnézium infúzió után 6 személyen

lépett fel fáradtság érzés, míg a placebo adását követően 2 egyénen. A magnézium beadásakor 5 beteg melegséget, egy pedig szédülést érzett. Ezen tünetek miatt azonban az infúziót nem kellett leállítani. A gyógyszer szedatív hatása a PEFR-t növelő effektusával nem állt arányban.

Az a mechanizmus, melynek révén a magnézium az asthmás statust kedvezően befolyásolja, jelenleg ismeretlen. Annyi megállapítható, hogy oldja a simaizom görcsöt és ezáltal tágítja a légutakat. Feltehetően akadályozza a calcium ion mozgását a csatorna elzárása révén; gátolja a szívizom sarcoplasmás reticulumból történő calcium kiválasztást. Hasonló módon hoz létre vasodilatációt is. Az elporlasztott magnézium oldja a metacholin vagy histamin által kiváltott bronchospasmust. A magnézium és a calcium antagonisták hörgőgörcsöt mérséklő hatása hasonló fokú. A szerzők feltételezik, hogy a magnézium koncentráció megemelkedése a légzőizomzat erejét növelheti, javítva a légzésfunkciót. Más el- képzések szerint a magnézium gátolja az idegvégződéseken az acetylcholin termelődését, egyben akadályozza az általa kiváltott depolarizációt a végkészületek membránjain, csökkentve az izomfibrillumok ingerelhetőségét.

A bemutatott eredmények értékét rontja a kísérletbe bevont személyek alacsony száma. A korrektil megtervezett és elvégzett vizsgálatok alapján azonban az iv. magnézium-szulfát hatásosnak tűnik béta adrenerg gyógyszerekre nem vagy kevésbé reagáló, közepes súlyos vagy súlyos asthma bronchialeban.

(Ref.: Az ötvenes években rendszeresen alkalmaztuk az iv. a magnézium-szulfátot diaphyllinre, vagy epinephrinre refrakter asthmás status oldására. Sajnos, jelenleg hazánkban ilyen készítmény nincs forgalomban.)

Barzó Pál dr.

Igazságügyi orvostan

Orvosok akik elvesztették a műhiba esetére szóló biztosításukat. Schwartz, W. B., Mendelson, D. N.: JAMA, 1989, 262, 1335.

Az USA-ban törvény szabályozza, hogy az orvosok hogyan és milyen típusú biztosító társaságnál biztosíthatják magukat műhiba esetére. A biztosítás szabályozott elvek és összegek mellett lehetséges. Problémás orvosok esetében ha három standard biztosító megtagadja a biztosítást, akkor szabad az állam által nem felügyelt biztosítónál szerződést kötni. Itt viszont csak a biztosító diktál, az általa felmért rizikó mértéke szerint. Ilyen biztosításra szorulnak, akik nem fizették a korábbi biztosításukat rendesen, akik elvesztették valamilyen gyakorlati jogukat, drogélvezők, szexuálisan háborgatják a pácienseiket, nem megfelelő az életvezetésük stb. A szerzők 920 ilyen orvos adatait elemzik. A vizsgált jellemzőket ará-

nyosítják az USA egész orvospopulációjára jellemző adatokkal. A biztosításukat elvesztettek között aránytalanul sok az idegsebész, plasztikai sebész, szülész-nőgyógyász, ortopéd sebész, aránytalanul kevés a belgyógyász, gyermekgyógyász és a pszichiáter. Az aneszteziológus részvétele a csoportban arányának megfelelő. A kormegoszlást tekintve aránytalanul sok volt a 45 és 54 év közötti és aránytalanul kevés a 35 és 44 év közötti. Az 55 év felettiek száma arányuknak megfelelő. Az egyes területeken működő orvosok ugyanolyan arányban rendelkeztek szakorvosi képesítéssel mint az USA egész orvospopulációjában, kivéve az ún. családi orvosokat, akik közül aránytalanul kevesen szorultak ki a biztosításból a szakképesítés nélkülük. Az USA-ból nézve külföldön végeztek, vagy bevándorlók nem szerepeltek arányuknál nagyobb mértékben, kivéve a plasztikai sebész foglalkozást. Adatszerzési lehetőségek miatt külön kezelték az általános gyakorló orvosokat, akik kétszer gyakrabban fordulnak elő a standard biztosításból kiszorultak között, mint ahogy az orvospopulációban.

Még ezek a nem standard biztosítók sem kötnek szerződést mindenkiel pl. ha egyáltalán nincs valakinek jártassága a szakmában vagy igen szegényes, ha a neglegencia súlyos fokát követék el, ha túlzottan nagyszámú pácienssel foglalkoznak, ha csak sürgősségi ellátással vagy csak szülészetrel foglalkoznak. A biztosítási díj rendszerint 2–4-szeres a standard biztosításhoz képest. Egy eset legmagasabb biztosítási értéke 1 millió dollár. Ebből esetenként az orvos köteles fizetni 5–10 ezer dollárt. Ezeket a feltételeket csak kb 30%-ban fogadják el. Ugyanis nem mindenki reméli, hogy lesz elegendő bevétele a korlátozott gyakorlata mellett, a befizetésekhez. Sokan azonban akkor is vállalják az alig elfogadható gazdasági szituációt, mivel így tudják bizonyítani, hogy működésük megjavult, és így később standard biztosítóhoz csatlakozhatnak. A legérdekesebb, hogy a biztosító korlátozza a működés határait. Az első kategóriában semmilyen sebési működést nem enged, a másodikban pl. korlátozza a plasztikai, ortopédiai és urológiai sebészkezdést. A harmadik kategóriában mindenfajta szülészeti tevékenység tilos. Az orvosok általában elfogadják a nagy rizikójú beavatkozástól való eltiltásukat, és így alacsonyabb díjat is fizetnek. A szerzők statisztikai elemzéssel bemutatják, hogy a biztosítási kárigények figyelésével nyomon követhető az egyes szakmák működési kockázata, és az azt gyakorlók tevékenységének minősége is. Néhol orvosközösségek a biztosító cég tulajdonosai. Itt pontrendszert alkalmaznak, büntető pontot kap mindenki, ha biztosítási kárt kell miatta fizetni. Egy limit felett megnövelik a biztosítási díját, vagy az orvosnak korlátoznia kell a tevékenységét kisebb rizikójú beavatkozásokra. Egy felső limit felett pedig megszüntetik a biztosítást. Ritka nagy hiba esetén azonnal megszüntetik a biztosítást.

Az érdekes életkor-függést azzal (is) magyarázzák, hogy erre a 45–54. éves életkorra gyűlik össze annyi kártétel, ami feltétele a biztosítás felmondásának. És ez az időszak amikor financiaális okból excesszív mennyiségű munkát végeznek különösen sebészek, és persze többet is hibáznak a túlterheltség miatt. (Kimutatottan a fáradság vezetett a hibák elkövetéséhez, de ettől nem csökken a biztosítási kártétel.)

A szakorvosi képesítéssel rendelkezők nagyobb arányú részvételére a magyarázat az lehet, hogy aránytalanul nagyobb felelősségű tevékenységet is végeznek.

Évente 2000 orvos (0,66%) veszti el a biztosítását. Számukra a lehetőség: feladni a betegekkel való praktizálást és más egészségügyi munkát vállalni, amihez diploma kell. Ezenkívül praktizálhatnak biztosítás nélkül, alacsony rizikójú tevékenységet vállalva (kórházban nem is alkalmazzzák őket). Dolgozhatnak továbbra is a betegellátásban úgy, hogy hibát nem követnek el és így később jogosultak lesznek ismét a biztosításra. Állást azonban csak állami vagy katonai kórházban kaphatnak, ahol fokozott a szakmai felügyelet. Az utolsó lehetőség a fentebb jelzett biztosítás mellett dolgozni, vállalva, hogy a tevékenységet a biztosító korlátozhatja és felügyeli.

Végül a szerzők megjegyzik, hogy így a biztosítók bizonyos minőséget kontrolláló szerepet töltenek be, azonban ez nem kizárólagosan esik egybe a szakmai megítéléssel.

Varga Mihály dr.

Az orvosok birtokolta biztosító társaságok szerepe a műhibák felderítésében és megelőzésében. Schwartz, W. B., Mendelson, D. N.: JAMA, 1989, 262, 1342.

Közérdek, hogy az orvosi hibák, műhibák kiderüljenek és megelőzhetőek legyenek. Ebben nagy szerepet kapnak az USA-ban az orvosok kezében lévő, az orvosi tevékenységet biztosító cégek. Ezt bizonyítják a szerzők 40 ilyen társaság adataival. A társaságok módszeresen begyűjtik az adatokat az orvos működésének a minőségéről, ha kártérítési eljárás folyik ellene. Szükség esetén bizottságokkal minősítetik is azt, függetlenül a bírósági per állásától, vagy pénzbüntetésről. Időszakonként 20–25 szakmailag kompetens önkéntes dolgozik ilyen bizottságokban megyénként. Igyekeznek különböző szakmákból és kórházakból választani a tagokat. A kritizált orvos megjelenik ez előtt a bizottság előtt, de jogi képviselője nem.

Ha összefonódásra van gyanú, más megyébe helyezik át az ügyet. Havonta 2–3 ügyet tárgyalnak 6–8 óra időtartamban. Végül is értékeli a személyiség rizikófaktorát, amiben az orvos életvezetése is szerepel. A konkrét esetet tárgyalva eldöntik, hogy ez a rizikó elfogadható-e vagy sem. Ettől függ a biztosító reakciója az esetre (pénzbüntetés, díjmelés, tevékenységkorlátozás). Másfajta módon is működnek

ilyen bizottságok, de mind azt vizsgálják, hogy az orvos tevékenysége megfelel-e a mindenkori standardnak. Néhol büntető pontrendszert alkalmaznak, limitekkel és ehhez fűződő szankciókkal. A legsúlyosabb büntetés a biztosítás felfüggesztése. Apró ügyek esetén kb. 5 év telik el ahhoz, hogy a biztosító az orvost a rá jellemző rizikó csoportba tudja sorolni. 1985-ben az orvosok 0,66%-a veszítette el a biztosítását, 0,7%-uknak korlátozták a működési körét, 1,8%-uk kapott valamilyen financiaális büntetést. Azaz összesen 3,2%-uk működött substandard módon. A pénzbüntetések és a díjmelések nagyon komolyak, húsba-vágóak.

Az orvosoknak maguknak kell jelenteni a hibájukat, hogy a biztosítójuk eleve kivizsgálhassa. A vizsgálat díja az orvost terheli. Sokan nem jelentik az esetet, mert abban bíznak, hogy mégsem lesz feljelentés belőle, és akkor megspórolhatják a kivizsgálás díját. Ha mégis így lesz az esetből, az idő eltelté miatt sokkal bonyolultabb, nehezebb lesz a kivizsgálás, a hiányokat a páciens javára írják, és végül az orvosnak sokkal többet fog kerülni, plusz szankcionálják a bejelentés elmulasztását. A szakmai szankciók közé tartozik a kötelező továbbképzés, felügyelet melletti munka (csökkentett jövedelemmel, mert miatta is többet kell dolgozni). Gyakori a több hónapos munka a szakmán kívül és az otthonról távol. Nincsenek ismert utánvizsgálatok, de adatok utalnak arra, hogy a továbbképzés és a felügyelet melletti munka eredményesebb a megelőzésben, mint a több ezer dolláros büntetés. A legsúlyosabb büntetés a biztosításból való kizárás. Még ezután is marad lehetőség, különleges és drága biztosítással működni (lásd előző cikk ref.), vagy személyes rizikót vállalva, biztosítás nélkül működni.

Államilag az orvosi működési bizonyítványok 0,16%-át kellett visszavonni 1985-ben, részben időlegesen, 390 000 orvos közül. A leggyakoribb ok az alkoholizmus és a drogélvezet volt. Csak ezután következik a hozzá nem értés és a műhiba. Érdekes, hogy az államilag működtetett intézményekben több a probléma, mint a magán-biztosítótársaságokhoz tartozókban. Nehéz azonban a hasonlítás a munkaterhelés arányainak ismerete nélkül. Az adminisztrációs teher is más ezekben az intézményekben. Az önálló kórházakban a munka minősítése nehezebb, mert egyébként is együtt dolgozóknak kell egymásról nagyon kritikus véleményt mondani.

Végül a szerzők megállapítják, hogy az orvosok által működtetett biztosító társaságok jó kontrolljai az orvosi működés minőségének, szelektív hatásúak is, és szankcióik a fejlődést és az orvosi működés biztonságát szolgálják.

Varga Mihály dr.

Radiológia

Intervenció neuroradiológia. Halbach, V. és mtsai (University of California, San Francisco): Amer. J. Roentgenol., 1989, 153, 467.

1960-ban jelent meg az első beszámoló agyi arteriovenosus malformatio kezelésé-



re alkalmazott arteriális embolizálásról. A szerzők az azóta történt fejlődést tekintik át, mely a képalkotó technikák, a katéterek és az embolizáló módszerek tökéletesítése révén vált lehetővé. A direkt carotico-cavernosus sipolyok, az arteria vertebralis sipolyai, a vena cerebri magna rendellenességei, az agyi aneurysmák, a subarachnoidalis vérzés után kialakuló érgörcs, az atherosclerosis, a különböző elhelyezkedésű duralis arteriovenosus sipolyok, az intracerebralis arteriovenosus malformációk és a gerincvelő érendellenességei külön-külön alfejezetet képeznek.

A tömör áttekintéshez csatolt irodalomjegyzék 94 utalással tartalmazza valamennyi kérdéshez az alapvető irodalmi adatokat, ezért a közlemény kitűnő alapul szolgál annak, aki az intervenció neuroradiológia bármely vonatkozásában behatóban kíván tájékozódni. Az irodalmi adatokon kívül saját tapasztalatok alapján is foglalkoznak az embolizálás és tágitás eredményeivel, veszélyeivel, szövődésével, nem hallgatva el a kételyeket és bizonytalanságokat sem. Az intervenció neuroradiológiát fejlődésben lévő szakterületnek tekintik, eredményeinek javításához a technikai adottságok mellett szükséges a subspecialitás jellegű gyakorlati képzés feltételeinek megfelelő irányelvek alapján való biztosítása.

Laczay András dr.

Malignus melanoma elsődleges nyirokcsomóátlomlásainak nagy felbontóképességű ultrahangvizsgálata, ennek értéke és javallata. Prayer, L. és mtsai (Zentrales Institut für Radiodiagnostik der Universität Wien): Fortschr. Röntgenstr., 1989, 151, 294.

A melanoma malignum gyökeres műtéti kezelésének elengedhetetlen feltétele az áttétes környéki nyirokcsomók eltávolítása. Ugyanakkor a profilaktikus jelleggel végzett nyirokcsomókiirtás a beteg immunállapotát előnytelenül befolyásolja. Ezért szükséges a nyirokcsomók állapotának minél pontosabb megítélése. A szerzők 217 melanomás betegben végezték el a környéki nyirokcsomók tapintásos és ultrahangvizsgálatát. Az ultrahangvizsgálathoz előtét-párnát alkalmaztak, 7,5 MHz frekvenciájú real-time transducert. Tapintással 15 betegben tudtak kimutatni áttétes nyirokcsomót, de 17 esetben a tapintási lelet alapján tévesen állapítottak meg pozitív kórismét. Ezzel szemben a szövettanilag igazolt 29 esetben az ultrahangvizsgálat lelete mindig pozitív volt, emellett 6 téves pozitív ultrahangkórisme fordult elő. A legkisebb tapintható áttétes csomó átmérője 16 mm volt, az ultrahanggal kimutatott legkisebb átmérő 11 mm. A reaktív-gyulladásos megnagyobbodott nyirokcsomó ultrahangképen a metastatikustól eltérő szerkezetet mutat. A metastasis jellegzetesen echoszegény, ovális-kerek képlet, a gyulladásos nyirokcsomó pedig inkább hosszúkás, ex-

centrikusan elhelyezkedő echodús hilusregióval. Az ultrahangvizsgálat a tapintással szemben kétségtelenül lényegesen megbízhatóbb eredményt ad. Ezért melanomás betegekben a regionális nyirokcsomók rutinszerű ultrahangvizsgálatát tartják szükségesnek műtét előtt és a későbbi ellenőrzés során is.

Laczay András dr.

Az emlő képalkotó vizsgálatának javallatai 35 évnél fiatalabb nőkben. Harris, V. J., Jackson, V. P. (Wishard Memorial Hospital, Indianapolis): Radiology, 1989, 172, 445.

Az utóbbi években szaporodik a radiológiai képalkotó emlővizsgálatra küldött 35 évnél fiatalabb nők száma. Nincs kialakult álláspont ezen korcsoportban az emlő képalkotó vizsgálatának javallataira vonatkozólag. A szerzők ezt a problémát próbálták megközelíteni 625 betegük anyagának elemzésével.

Közel két és fél év alatt 626, 13–34 éves beteget vizsgáltak, ezek közül 625 felelt meg a feldolgozás kritériumainak. Általában 25 év alatti korban elsőként ultrahangvizsgálatot végeznek, 25 év felett mammographiát, szükség esetén kombinálva egymással. Így egyedül mammographia 191, egyedül ultrahangvizsgálat 149 esetben történt, mindkettő 283 esetben. A vizsgálati javallatokat elemezve úgy találták, hogy jelentős szerepet csak a tapintható terimének és a tályog gyanújának kell tulajdonítani. Tapintható terime miatt 335 beteget küldtek vizsgálatra. Közülük 184 negatív lelettel távozott, 28-ban jóindulatú elváltozást találtak, 123-ban merült fel malignitás gyanúja. 73 esetben került sor a csoportban biopsziára, ami összesen 6 carcinomát igazolt. 15 beteget küldtek tályog gyanújával. Ezek között négyben jelentett érdemi segítséget a képalkotó vizsgálat, elsősorban a sonographia a tályog igazolásával és lokalizálásával. További 275 esetben egyéb okból került sor az emlő képalkotó vizsgálatára, mint mastopathia, váladékozás, tömeges emlők, fájdalom, szűrővizsgálat, emlőfejszülés, aszimmetria, bimbódeformitás stb. Ebben a heterogén javallatú csoportban a 275 közül 239 lelet volt negatív, jóindulatú elváltozás 21, malignitásra gyanús 15, de igazolt carcinoma nem fordult elő.

Végző következtetés, hogy 35 év alatt az emlő képalkotó vizsgálatának elfogadható javallata tapintható terime vagy tályog gyanúja. Pozitív családi rákos előzmény és véres váladékozás vonatkozásában anyagukat nem tartják elegendőnek határozott állásfoglaláshoz.

Laczay András dr.

A gyermekkori nephrocalcinosis ultrahangképe és elkülönítő kórisméje. Gückel, C. és mtsai (Radiologisches Institut der Universität zu Köln): Fortschr. Röntgenstr., 1989, 151, 301.

Az ultrahangvizsgálat érzékenyebben képes kimutatni a vesében kialakuló meszesedést, mint a hagyományos röntgenfelvétel. Csecsemő és kisgyermekkorban ez a légzési mozgások miatt a CT-re is érvényes. A vesék radiológiai vizsgálatának amúgy is elsődleges módszere a sonographia kell hogy legyen.

A szerzők 11 gyermek ultrahangvizsgálata során észleltek nephrocalcinosiszt. 8 fiú volt, 3 lány, életkor 2 hónap és 11 év között. Két csecsemőben vesevéna thrombosis következtében kialakult corticalis típusú meszesedést találtak. Hypercalciuria következtében kialakult medullaris típusú meszesedést láttak 2 hónapos, 1 és 3 éves gyermekben. Ugyancsak medullaris típusú meszesedést mutattak ki 5 hónapos és 1 éves gyermekben ACTH kezelés hatására, 11 éves gyermekben renalis tubularis acidosis következtében, valamint 4 és 7 éves gyermekben foszfát-diabetes mellett. Egy másfél éves gyermekben oxalosis talaján kialakult vegyes cortico-medullaris típusú meszesedést találtak.

Áttekintik a gyermekkorban előforduló, ritka elsődleges és másodlagos nephrocalcinosisok elkülönítő kórisméjét, és megállapítják, hogy az ultrahangkép alapján az egyes formák elkülönítése nem lehetséges, az csak korlátozott értékű támpontot nyújt. Magának a meszesedésnek a felismerésében azonban kitűnő segédességek. Saját bemutatót esetük alapján felhívják a figyelmet arra, hogy Tamm-Horsfall proteinuria esetén meszesedést utánozó medullaris hyperechogenitás mutatható. Ez esetekben átmeneti jellegű volt, jelentőségét egyértelműen nem tudják értékelni.

Laczay András dr.

Nyitott vena paraumbilicalis Doppler-sonographiával való kimutatásának jelentősége a portális hipertensio kórismézésében. Gibson, R. N. és mtsai (Royal Melbourne Hospital, Australia): Amer. J. Roentgenol., 1989, 153, 513.

A portális hipertensio sonographiás jelei közé tartozik a kialakult megkerülő keringés kimutatása. Ennek egyik útja a v. umbilicalis a ligamentum teresben. Ennek megfelelően egészségesekben is gyakran lehet kimutatni echoszegény köteget, mely utánozza a nyitott véna képét. Korábban az átmérő értékelésével próbálkoztak, a duplex sonographia azonban lehetővé tette az áramlás közvetlen igazolását.

A szerzők 33 egészséges kontrollban és 39 portális hipertensióban szenvedő betegben vizsgálták a v. umbilicalist duplex sonographiával. A 33 kontroll közül 32-ben sikerült kimutatniuk a ligamentum teresben a v. umbilicalist utánozó echoszegény köteget. Ezek átmérője 0,6–1,8 mm volt, benűk vénás áramlást egy esetben sem tudtak kimutatni. A 39 portális hipertensióban beteg közül 35-ben észlelték a v. umbilicalisnak megfelelő echoszegény köteget. Az átmérő csak 20 esetben haladta meg a korábban

kóros határértékként értékelt 3 mm-t. Ezzel szemben a Doppler-vizsgálattal 32 esetben hepatofugalis vénás áramlást igazoltak. A nyitott umbilicalis vénában ily módon kimutatható vénás áramlást a portalis hipertensio specifikus jeleként értékelik.

Laczay András dr.

A retroperitoneum érett teratomájának radiológiája, patológiája és klinikuma. Davidson, A. J. és mtsai (Armed Forces Institute of Pathology, Washington): Radiology, 1989, 172, 421.

A viszonylag ritka előfordulását retroperitonealis daganatfélésekkel kapcsolatosan inkább kazuisztikai közlések ismertek, nagyobb anyag elemzésére ritkán kerül sor. Az érett teratomákkal kapcsolatban a radiológiai vonatkozásokat sem vizsgálták nagyobb anyagban. A szerzők ezt tették meg 23 szövettanilag igazolt érett retroperitonealis teratoma eset alapján. 21 natív hasi röntgenfelvétel közül 20 mutatott jól elhatárolható lágyrészképletet, mely a beleket elnyomta. 12 esetben a képletben mész ábrázolódt, 6 esetben emellett zsírtartalomra utaló transzparencia is. A 12 esetben elvégzett kiválasztásos urographia a vese vagy ureter dislocációját mutatta. 17 esetben történt ultrahangvizsgálat, ami mindegyikben észlelte a daganatot, 13-ban mutatott meszesedést abban, és egy kivételével valamennyiben különböző eloszlású és jellegű folyadéktartalmat. A zsírszöveti komponensek ultrahangvizsgálattal megnyugtatóan nem határozhatók meg. Leghatékonyabbnak találták a 18 esetben elvégzett CT vizsgálatot. Ez mindegyik esetben élesen elhatárolva mutatta a daganatot. A 18-ból 15-ben mutatott ki meszesedést, egyben fogképződményt. 11-ben egyértelműen zsírszöveti részeket ábrázolt, esetenként folyadékfelszínnel határos elhelyezkedésben. Klinikailag a tapintható terime volt a fő tünet, ritkábban jelentkeztek hasi panaszok, a gyomor-bélrendszer vagy a húgyhólyag nyomására utaló tünetek. 18 betegük nő volt, 5 férfi, életkoruk az újszülötől 30 évig terjedt. Radiológiailag jellegzetes a daganat elhatároltsága, mész, zsír és folyadéktartalma, melynek kimutatására legalkalmasabb a CT.

Laczay András dr.

Digitális képerősítő-radiográfia. Egyes tapasztalatok Polytron-rendszerrel. Busch, H. P. és mtsai (Klinikum Mannheim der Universität Heidelberg): Fortschr. Röntgenstr., 1989, 151, 268.

A szerzők 1988. január óta dolgoznak a Siemens Polytron 1000 digitális radiográfia szerkezettel. Kezdetben távirányításos átvilágítási munkahelyhez alkalmazták. 1024 × 1024 matrixszal másodpercenkénti 6 kép frekvenciával tudnak dolgozni, a digitális képrögzítés mellett spotfilm készítés

sére is van lehetőség. Később második helyiségben felvételi célokra külön munkahelyet csatlakoztattak nagyméretű képerősítővel, horizontális és vertikális sugármenet mellett digitális képfelvételi és spotfilm felvételi lehetőséggel. A munkahelyeken végeztek angiográfiát, phlebográfiát, nyelőcső, gyomor és bélvizsgálatokat, hysterosalpingográfiát, számos egyéb rutinvizsgálat mellett.

Az alkalmazott digitális technika előnyeit a következőkben foglalják össze: Kisebbségi sugárterhelés. A képek közvetlenül értékelhetők, utólag manipulálhatók. Egyszeri felvételek és sorozatfelvételek egyaránt készíthetők. A digitális képeken pontos mérések végezhetők. A digitális képek olcsón tárolhatók és továbbíthatók, a dokumentáció gazdaságos. Hátrány, hogy a szükséges berendezések drágák, a képi felbontás pedig a nagy képerősítő átmérő miatt a hagyományos röntgenfilmekkel szemben gyengébb. Mindezek figyelembevételével intézetükben a módszer bevált, a digitális subtractió angiográfia és a digitális radiográfia egy átvilágító munkahelyen való kombinációját jelentős előnynek ítélik a rutinmunkában.

Laczay András dr.

A sacroiliacalis ízület többirányú elmosásos rétegvizsgálata. Anatómiai és radiológiai tanulmány. Dijkstra, P. F. és mtsai (Jan van Breemen Institut, Amsterdam): Fortschr. Röntgenstr., 1989, 150, 635.

A sacroiliacalis ízületi rés az ízfelszínnek egyenetlensége és térben görbült lefutása miatt a summatív anteroposterior röntgenfelvételen teljesértékűen nem ábrázolható. Ezen igyekeztek segíteni a betekintő- és rétegvételekkel. A CT vizsgálat ez irányú alkalmazása során derült ki azonban, hogy így is sok téves eredmény adódik.

A szerzők tetemvizsgálatokkal, modellfelvételekkel, majd 56 spondylitis ankyloisans gyanúja miatt radiológiai vizsgálatra utalt beteg képanyaga felhasználásával hasonlították össze a multidirectionális rétegvizsgálat, az átnézeti felvételek és a CT megbízhatóságát a sacroiliacalis ízület ábrázolásában. Tetemvizsgálat során 5 fokonkénti döntéssel készítették röntgenfelvétel-sorozatot. Ezeken a képeken mindig az ízület más-más része volt jól látható, de az egészet egyiken sem lehet áttekinteni. Tulajdonképpen ugyanez vonatkozik az úgynevezett betekintő átnézeti felvételekre. Lineáris elmosású rétegvételekkel nem is foglalkoztak, hanem frontális és ferde síkú rétegvételeket készítettek többirányú elmosással. Ezeken a technikailag optimális képeken is vitathatóan ábrázolódtak a sugárirányra ferdén elhelyezkedő képletek, de a ferde síkban készített rétegvételek egyértelműen megbízhatóbbnak bizonyultak. Modellkísérletben szimulált 2 mm méretű széli erosiót átnézeti röntgenfelvétellel nem tudtak észrevenni, frontális rétegvé-

telen bizonytalanul sejthető volt, ferde rétegvétel biztosan ábrázolta. 56 beteg 72 sacroiliacalis ízületének vizsgálatában hasonlították össze a röntgenfelvételi módokat. Az átnézeti felvételek alapján 6, a frontális síkú rétegvételek alapján 5 sacroiliacalis ízületről adhattak negatív értelmű leletet. Ugyanakkor a ferde síkban végzett rétegvételezés alapján 31 ízület normálisnak bizonyult. A tévedés lehetősége tehát óriási.

Laczay András dr.

A mellkas digitális röntgenképe. Fraiser, R. G. és mtsai (University of Alabama at Birmingham): Radiology, 1989, 171, 297.

A hagyományos röntgenfilm helyett egyre több intézményben próbálkoznak valamely digitális képalkotási módszerrel. Ennek négy főbb lehetősége ismeretes. Első mód, hogy elkészül a hagyományos röntgenkép, és ennek megvilágítása és letapogatása útján alakítják át digitális képpé, ami azután manipulálható, raktározható, vizualizálható képernyőn, újra fényképezhető. A másik út, hogy megfelelő felbontású képerősítő és tv-lánc révén közvetlenül nyernek digitális képet. A harmadik lehetőség speciális fotostimulálható foszforlemezek felhasználása. A lemezre exponálják a röntgenfelvételt, majd a lemez lézersugaras letapogatásával készül a digitális kép. A negyedik módszer pásztázó röntgensugárral dolgozik, mely keskeny résen vagy réseken keresztül jut a vizsgálandó testbe, és elmozdulva pásztázza végig azt. A vele szemben szinkron mozgó detektorok veszik fel a digitális kép megalkotásához szükséges jeleket.

A digitális röntgenképekkel szembeni egyik fő várakozás az a remény volt, hogy elektronikus manipulálással információtartalmuk jelentősen növelhető. Kétségtelen, hogy széli és kontraszthatások kiélezésével bizonyos elváltozások jobban észrevehetővé válnak, de ez nem jelent nagyságrendi előnyt a hagyományos, jól kidolgozott röntgenfilmekkel szemben. Marad viszont a többi jelentős előny, a röntgenfilm kikészítése a folyamatból, a digitális képtárolás és képközlés lehetősége. Gyakorlatilag fontos szempont, hogy az alulexpozíció és a túlexpozíció veszélye megszűnik. Az 1988 októberében az NSZK-ban tartott nemzetközi digitális radiográfia kongresszuson a módszernek nagy jövőt jósoltak. Várhatóan az ezredfordulót követő évtizedekben a nagy oktatóintézmények radiológiai osztályain ki fogja szorítani a hagyományos felvételezést, elsősorban a mellkasi diagnosztika terén. Ezzel egyidejűleg visszaszorul a hagyományos filmfelhasználás. A digitális képalkotás alapfeltétele a röntgenképek korszerű archíválásának és a képi telekommunikációs rendszerek kialakításának.

Laczay András dr.

A jobb felső lebenyben elhelyezkedő tüdővízenyő mitralis regurgitatio mellett. Gurney, J. W., L. R. Goodman (Medical College of Wisconsin, Milwaukee): *Radio-logy*, 1989, 171, 397.

A tüdővízenyő közismert és megszokott diffúz röntgenképe mellett nemritkán lát a radiológus aszimmetriás formákat is. Ezek kialakulásában közrejátszhat a beteg oldal-fekvése, amikor a gravitáció alakítja a viszonyokat, ezenkívül megelőző tüdőbetegségek és rendellenes keringésvizonyok módosíthatják a képet. Eddig az irodalom két olyan betegről tud, kiknek jobb felső lebenyére lokalizálódott a tüdővízenyő. Egyiknek a mellő papillaris izomra terjedő infarktusa, a másodikkal mellő fali infarktusa volt, mindkettőben akut mitralis regurgitatio lépett fel.

A szerzők ezekhez csatlakozva ismertetik négy saját észlelésüket. Ezekben is a felső jobb lebenyre lokalizálódott a tüdővízenyő mitralis regurgitatio mellett. Feltételezik, hogy a regurgitáló vér fokozottan irányul a bal pitvarba beszajadzó jobb felső pulmonalis véna felé, ily módon helyileg hozzájárul azon erőkhöz, melyek az érintett lebenyben a vízenyő kialakulásához vezetnek. Noha a közölt esetek csekély száma alapján a jelenség nagyon ritkának tűnik, meggondolandó, hogy a szerzők 3 esetüket fél éven belül észlelték. Talán nem is olyan ritka tehát, ha figyelnek rá. A mitralis regurgitatio mellett persze közrejátszhatnak egyéb tényezők is, mint a regurgitatio mértéke, a bal pitvar mérete, a tüdővéna beszajadásának helye. A röntgenkép egyéb kórfolyamatoktól való elkülönítésében némi segítséget jelent az egyéb tüdőrészekben egyúttal jelen levő interstitialis oedema.

Lacza András dr.

Percutan tápláló gastrostomia Seldinger-technikával 252 betegben. Halkier, B. K. és mtsai (Toronto General Hospital, Toronto): *Radio-logy*, 1989, 171, 359.

A szerzők öt év során 252 beteg táplálásának biztosítására készítették Seldinger-technikával percutan gastrostomiát. 248 esetben a beavatkozáshoz elegendő volt a helyi érzéstelenítés. A katéter rutinszerűen átvezetik a pyloruson egészen a flexura duodeno-jejunalisig. A beavatkozás javallata 136 esetben idegrendszeri betegség volt, 48 esetben fej-nyaki carcinoma, 35 gyomor-bélrendszeri kórfolyamat, 15 tüdőbetegség, 4 elmebetegség és 14 egyéb. Betegeik felnőttek voltak 16 és 94 éves kor között. Két esetben nem sikerült a gastrostomia elkészítése a tágtítás közben fellépő erős fájdalom, illetve máj és colon interpositio miatt. A beavatkozást követő egy hónapon belül 32 beteg meghalt. Közülük kettő hozható összefüggésbe a gastrostomiával. Egyikükben perforálták a gyomrot, emiatti laparotomia után a beteg meghalt. A másik közvetlenül a beavatkozás után szívinfarktusban halt meg. Négy súlyos szövődmenyt észleltek, ebből 3 laparotomiát igénylő peritonitis volt, egy pedig konzervatív eredménnyel kezelt vérzés. A peritonitis 2 esetben azután alakult ki, hogy a beteg a katétert kirántotta, egyben pedig tévesen vékonybélbe vezetett katéter okozta. II esetben észleltek kisebb jelentőségű, konzervatív kezeléssel megoldható szövődmenyt. Ezek között volt 4 peritonealis irritatio, 2 katéter kimozdulás, 1 retroperitonealis duodenum perforatio, 2 stoma-fertőzés és 2 aspiratio. Egyik beteg praemortalisan aspirált, a másikkal aspiratiós pneumoniaja gyógyszeres kezelésre rendeződött. Az endoszkópos gastrostomiával szemben előny, hogy a percutan eljárás nyelőcső elzáródás esetén is alkalmazható. A percutan és a sebészi gastrostomia eredményeit irodalmi adatok tükrében hasonlítják össze, és az eredmény a percutan módszert legalábbis egyenértékűnek mutatja.

Lacza András dr.

Sarlósejtes haemoglobinopathiákkal járó csont-ízületi rendellenességek képalakító vizsgálata. Sebes, J. I. (University of Tennessee, Memphis): *Amer. J. Roentgenol.*, 1989, 152, 1153.

A közlemény bevezetőjében történeti utalásokat találhatunk egészen a paleoradiológiai leletekig, beleértve a haemoglobin biokémia újabb vonatkozásait is. A csontrendszeri szövődmenyek a vörösvértestek megváltozott alvadási tulajdonságai következtében kialakuló avascularis necrosisok. Leggyakoribb előfordulási helyük a combfej és a humerus feje. A hagyományos röntgenfelvételeken látható klasszikus elváltozások a subchondralis sclerosis, az ízfelszín ellapulása, subchondralis lytikus laesiók, majd beroppanás.

22 intézmény 1184 sarlósejtes anaemiában szenvedő betegének anyagában a csípő-ízület és a vállízület érintettsége nagyjából hasonló gyakorisággal fordult elő. A röntgenfelvételeken észlelt femur- vagy humerusfejlődés mellett csak a betegek felének volt fájdalom vagy ízületi mozgáskorlátozottsága. A folyamat tehát klinikailag tünetmentesen is progrediálhat, ugyanakkor korai felismerése az időben történő kezelésnek alapfeltétele. Korai kezelésbe vétellel elkerülhető az ízületi total prothesis alkalmazása és annak szövődmenyei. Ezért a szerző áttekinti az újabb képalakító eljárásokat, a csontscintigraphia, a computer tomographia és a mágnesrezonanciás rétegvizsgálat alkalmazási lehetőségeit és teljesítőképességét e vonatkozásban. Ennek alapján első vizsgálatként a hagyományos röntgenfelvételek elkészítését javasolja. Ezek pozitív eredménye a kérdést eldönti. Negatív eredmény esetén következnek a mágnesrezonanciás rétegvizsgálat. Pozitív lelete esetén további vizsgálat nem szükséges. Negatív MR lelet esetén következnek a csontscintigraphia. Ha ez pozitív, a beteget kezelésbe kell venni, ha negatív, akkor klinikailag ellenőrizni a továbbiakban. Az avascularis necrosis leggyakrabban a haemoglobinopathia kórimájának megállapítását követő 2 éven belül alakul. Ezért célszerű az érintetteket a fenti protokoll szerint félévenként ellenőrizni.

Lacza András 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 nar-
kotikumok használata előtt. Gyengébb hatású nar-
kotikumok (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.

GYÓGYSZERKÖLCSONTHATÁSOK: Kompatibilis más nar-
kotikumokkal és izomrelaxansokkal.

Fokozza a tubokurarin neuromuszkuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.

Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELMEZTETÉS: Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légcserét mechanikusan kell támogatni, mert az analepti-
kumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása anesztéziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan
iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiaiailag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem
szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS: ✗ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml-es üveg.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

QH

Normalizálja
a lipideket

LIPANTHYL

KAPSZULA

M 300

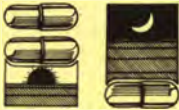
Összetétel: 100 mg fenofibratum kapszulánként.

Hatás: A koleszterinszintézis kulcsenzimjét, a HMG-CoA redukáz enzimet gátolja a májban, ezáltal csökkenti a koleszterinszintet. A zsírsavészterezést gátolja, ezáltal csökkenti a trigliceridképződést. Csökkenti a VLDL-szintézist is.

Javallatok: Súlyos primer hyperlipidaemiák (hypertriglyceridaemia, hypercholesterinaemia és ezek kombinált formái), amelyek a diéta és az életmód megváltozásával (pl. fizikai aktivitás növelése, testsúlycsökkentés, a dohányzás megszüntetése) nem befolyásolhatók. Súlyos szekunder hypertriglyceridaemiák, amelyek az alapbetegség (diabetes mellitus, köszvény) megfelelő kezelése ellenére is fennállnak. Xanthomatosis hyperlipoproteinaemiával együtt járó akut pancreatitis, az arteriosclerosis agyi szív- és perifériás érrendszeri szövődményeinek megelőzése. A Lipanthyl-kezelés akkor indokolt, ha minimálisan 3 hónapig tartó, zsíryanycsere-zavarokban ajánlott diéta nem csökkenti jelentősen a kóros szérumlipidszinteket. A diéta tartása azonban gyógyszeresedés alatt is szükséges.

Ellenjavallatok: Súlyos májfunkciózavarok. Fennálló vagy az anamnézisből ismert cholelithiasis. Súlyos vesefunkció-zavarok, vesekövesség. Terhesség, szoptatás. Primer biliaris cirrhosis.

Adagolás: Napi adag 3 kapszula (reggel 2 kapszula, este 1 kapszula) étkezés közben, amelyet tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni. A veseműködés károsodása esetén a napi adagot a funkció beszűkülésével arányosan kell csökkenteni.



Mellékhatások: Átmeneti gyomor- és bélpanaszok előfordulhatnak, melyek a dózis csökkentése után megszűnnek. Nem gyakori a szédülés, émelygés, hányás, urticaria, viszketés és fejfájás előfordulása. Ritkán fordul elő a szérum transzamináz átmeneti emelkedése, amely általában 8 napon belül normalizálódhat a kezelés megszüntetése nélkül.

Nagyon ritkán hajhullás és potenciazavar, izomgyengeség és izomfájdalom is előfordulhat.

Gyógyszerköcsönhatás: 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 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 szívbetegek, 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 diabéteszesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✱ A tablettát csak vényre adható ki. Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézetben felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

A szakmai nyelv gazdagítása érdekében

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam az Orvosi Hetilap 1990. évi 5-ik számában Szabóki dr. és munkatársai cikkét „A digitalizált M-mód és Doppler echocardiographia összehasonlító vizsgálata a bal kamra funkciójának megítélésében” címmel.

A digitalizálás az orvosi szóhasználatban az „Új orvosi szótár” szerint is digitalizs adagolást jelent. Amint az írásból kiderül, a szerzők nem az M-mód és a Doppler echo változást nézték digitalizs adagolás hatására, hanem a digitalizálást számítástechnikai értelemben használják.

A címen kívül a módszer leírásában is „digitalizáló táblán manuálisan digitalizáltak” mondatrész szerepel.

Úgy gondolom a „digitalizált M-mód” helyett számítástechnikai feldolgozás esetén célszerűbb a „digitalis, vagy digitalizált M-mód.” és „digitalis táblán manuálisan alakítottuk számjellekké” (digitalizáltak) kifejezések használata.

Nem értelemzavaró a szerzők korábbi közleményeiben használt kifejezés a „... számítógepes M-mód...” jelölés sem. Az angol nyelv is „digital techniques”-t, „digitized”-digitizált és nem „digitalized”-digitalizált M-mód echocardiográfiát ír.

Az új technikák bevezetésével meghonosodó szavak szakmai-nyelvi szempontok szerinti vizsgálata és használata a szakmai nyelv könnyebb érthetőségét, gazdagodását segítheti elő.

Marosvári István dr.

T. Szerkesztőség! Köszönjük Marosvári István dr. hozzászólását, amelyben felhívja figyelmünket értelemzavaró szóhasználatunkra.

Valóban elkerülte figyelmünket, hogy a digitalizálás szó az orvosi nyelvben más, és elterjedt használata a számítástechnikai feldolgozással kapcsolatos digitalizálás szó alkalmazásakor nem kívánatos asszociációt ébreszthet, mivel ez utóbbi esetben mi ezt nem betegekkel, hanem az echocardiográfias módszerrel hoztuk szókapcsolatba.

A jövőben kerülni fogjuk ezt a kifejezést.

Szabóki Ferenc dr.

Az orvosi dokumentáció hozzáférhetőségről

T. Szerkesztőség! „Az orvosi dokumentáció hozzáférhetőségéről és annak hiányosságairól.” címmel jelent meg Németh Endre dr. levele az Orvosi Hetilap idei 12. számában a 663. oldalon az információ visszatartásáról. A mondanivaló lényegéhez kapcsolódva legyen

szabad emlékeztetnem a körzeti egészségügyi szolgálat szervezetről és működéséről szóló és hatályos 20/1969. (Eü. K. 8.) Eü. M. sz. utasítására.

Az 5. számú melléklet szerint:

„Amennyiben kórházi, szakorvosi ki-egészítő vizsgálat, szűrővizsgálat stb. történt, ezek fontosabb adatait is fel kell jegyezni az egészségügyi lapra, a leleteket tartalmazó iratokat pedig lehetőség szerint vissza kell adni a betegnek a vizsgálatok felesleges megismétlésének elkerülése céljából.

Elköltözés esetén az egészségügyi személyi lapot (lapokat) postán, vagy a beteg útján meg kell küldeni az új lakóhely szerint illetékes körzeti orvosnak, ha azt a beteg vagy a körzeti orvos kéri.”

E rendelkezés a körzeti- és üzemegészségügyi szolgálatokra egyaránt vonatkozik, betartásával megelőzhető az információ visszatartása.

Vágó József dr.

T. Szerkesztőség! Nagyon örülök Vágó József dr. szerkesztőséghez írt levelének, melyben emlékeztet engem is — és bizonyára néhányunkat — egy több mint két évtizeddel ezelőtt megjelent egészségügyi miniszteri utasításra.

Az elmúlt húsz évben több ezer orvos hagyta el egyetemeink kapuját és nagyrészüket még mindig hazánkban dolgozik. Mind többen vannak közöttünk akik diplomájukat nem Magyarországon kapták kézhez. Feltételezem, hogy kevesen forgatják közülük gyakran a volt Egészségügyi Közlönyök évfolyamának példányait.

Tisztelt Kollégám, aki aláírásából megítélhetően az egészségügyi szervezés gyakorlati teendőivel is foglalkozik — úgy vélem — nagyon sokat segíthet nekünk figyelemfelhívó levelem gondolatainak egy részére adott praktikus és tényszerű miniszteri utasítás idézetével.

Ennek ellenére mégis megfontolandónak tartom további tényfeltáró munkák közlését az általam felvetett témákban, mert az idézett Utasítás nem minden hazánkban praktizáló orvosra vonatkozik, melyet ők ezért nem is tartanak magukra nézve kötelezőnek, vagy ha igen, talán jogos a kérdés, hogy miért nem aszerint cselekednek.

Németh Endre dr.

T. Szerkesztőség! Ezúton szeretnék hozzászólni Németh Endre dr.: „Az orvosi dokumentáció hozzáférhetőségéről és annak hiányosságairól” c. leveléhez, mely az Or-

vosi Hetilap 1990. március 25-i számában látott napvilágot.

Három évvel ezelőtt települtem át Magyarországra. Mint több évtizedes tapasztalattal rendelkező orvos, aki pediáterként és üzemorvosként is sokat dolgoztam. Csehszlovákiában, azt hiszem új hazámban is hozzá tudok szólni a felvetett problémákhoz.

Majdnem mindenben igazat adok Németh kollégának. Szívvel örülök, hogy oly komolyan gondolkodik a kérdésről és nagy hittel végzi a bürokrácia elleni harcot. Aból a nézetemből és meggyőződésemből indulok ki, hogy az egészségügyi dokumentáció teljes egészében a beteg személyes tulajdona! Annak érdekében, hogy a beteg áthelyezése más intézetbe, más szakrendelőbe gyorsabban történjék, a legcélszerűbb lenne a megfelelő dokumentumokat egy lepecsételt, zárt borítékban a beeg vagy kísérlője kezébe adni, hogy így mielőbb eljutassák a címzetthez.

Természetesen a dokumentáció átvételét aláírásukkal szentesíténe, pl. egy „átvételi füzet”-ben! A dokumentáció átvételét a legkomolyabban figyelemztetnünk kell, hogy az átvett iratokra a saját érdekében úgy vigyázzon, mint a szeme vilkágára! Csupán, ha a dokumentáció elvesztésének nagy a veszélye, bízzuk a továbbítást a postára. Abban az esetben is választhatjuk a dokumentumok továbbításának ezt a módját, ha ezek esetleg malingus diagnózt tartalmaznak, melyek esetleges tudatosítáa a beteg lelki alkata miatt katasztrófához, pl. suicidiumhoz vezethetne. Azt hiszem azonban, hogy az esetek túlnyomó többségénél nyugodtan küldhetjük az egészségügyi dokumentációt a beteggel, és ezzel sok drága időt nyerhetünk a kivizsgálásnál és a megfelelő kezelésnél, valamint tehermentesíthetjük a postát, megtakarítva a postaköltséget is!

Az új munkabaállóknaál és az áthelyezéseknél is elkerülhetnénk sok adminisztrációt, telefonálást, levelezést, az alkalmazottak felesleges küldözgetését, ha mindjárt az alkalmassági orvosi vizsgálatra az illetők magukkal vinnék zárójelentéseiket és minden egészségükre vonatkozó iratot. A jelenlegi ügyintézés e területen is túlbürokratizált, az ügyfelek, betegek, alkalmazottak számára fárasztó és sokszor megalázó is egyúttal.

Csehszlovákiában az általam javasolt módszer már régen mindennapos és nagyon jól bevált. Bizonyára hazánkban is jól alkalmazható lenne egyszerűsége, humanitása és nem utolsó sorban racionális gazdaságossága miatt is.

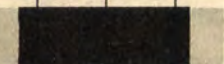
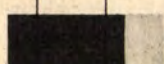
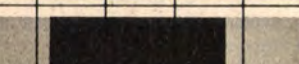
Merem remélni Németh Endre kolléga és a magam nevében is, hogy észrevételeinkhez, javaslatainkhoz hozzászólnak és remélhetőleg nem elutasítólág az illetékes vezető szervek, az egészségügyi intézmények igazgatói, jogászai és közigazdászai is.

Juhász István dr.

HUMAN-NOVO MONOKOMPONENS INZULIN

A HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet 1989. negyedik negyedévéétől — licencátvétel keretében — megkezdte a NOVO—NORDISC MC inzulinkészítmények hazai gyártását. Így lehetővé válik, hogy az inzulinkezelésre szoruló betegek a világ egyik legtisztább inzulinjához jussanak. Az MC tisztaság fok biztosítja, hogy az olyan mellékhatások, mint allergia és lipodisztrófia, a minimumra csökkenthetők.

NOVO MONOKOMPONENS INZULINOK

Az inzulinhatás megközelítő kezdete, csúcsa és tartama							Elfogadott név	pH	Az adagolás gyakorisága
Órák az injekció beadása után									
	6	12	18	24	30	36			
 10 ml insulin Actrapid® MC							Neutrális inzulininjekció	7	Naponta 2—4-szer
 10 ml Insulin Monotard® MC							Cink inzulin szuszpenzió	7	Naponta 2-szer ön- magában adva, v. Actapid MC-vel kombinálva
 10 ml Insulin Semilente® MC							Cink inzulin szuszpenzió (amorf)	7	Naponta 2-szer
 10 ml Insulin Lente® MC							Cink inzulin szuszpenzió	7	Általában naponta egyszer, de bizo- nyos esetekben napi 2 injekció
 10 ml Insulin Ultralente® MC							Cink inzulin szuszpenzió (kristályos)	7	Bazál kezelésként naponta 1-szer Actrapid MC-vel

NOVO INDUSTRI A/S
Novo Allé
DK-2880 Bagsvaerd,
Denmark

Regional/Office Vienna
Argentinierstrasse 21.
A 1010 Wien



„HUMAN”
Oltóanyagtermelő és
Kutató Intézet
Magyarország

Gyárközpont:
Gödöllő
Táncsics Mihály út 82.
2101
Telefon: 1330-564
Gödöllő 440
tx 22-4014



KÖNYVISMERTETÉSEK

Konrad Michal: Psychiatrie für Krankenpflegeberufe. Enke Verlag, Stuttgart, 1989, 147. oldal. DM 24,80

A könyv végeredményben modern tan-szöveg elmeosztályos ápolók részére, de minden pszichikus beteggel vagy fogyaté-kossal foglalkozó szakszemélyzet részére is.

A pszichikus beteg sokoldalú és ered-ménnyel kecsegtető megközelítése új sza-kaszba lépett a mai pszichiátriai intézmé-nyekben, mivel többféle hivatás gyakorlására nyílt mód. E terápiás miliő-ben azonban zavarok támadhatnak, ha a sokféle beavatkozást nem tervszerűen és rendszeresen végzik. A csapat tagjainak tehát dialógus-készséget kell mutatni az együttműködés érdekében és ebbe (lehető-ség szerint) a beteget éppennyi be kell vonni, mint a társadalom jelentős képviselőit is. A nyilvánosság előtt ugyanis mindenna-poszá váltak bizonyos témák, pl. a beteg akarásával szemben kifejtett kezelés vagy a beutalása elmeosztályra, a pszichofarma-konok alkalmazása és mellékhatásai, a drog-abúzus stb. Ezekkel és más problé-mákkal sokszor megfelelő felkészülés vagy felkészítés nélkül a szakszemélyzet is talál-kozik és ezért a korszerű ismeretek meg-szerzése (és alkalmazása) létfontosságú a hivatásuk gyakorlásában, egyáltalán ab-ban, hogy jó munkát végezzenek és abban örömet is leljenek.

Ennek a célnak érdekében a szerző nem száraz teóriákat vázolt a könyvében, me-lyek az idő folyamán amúgy is változnak, hanem a pszichikus beteg-ember ellátásá-nak ésszerű alapjait írta meg és ennek során az ápoló és a beteg közötti kapcsolat kérdé-seire koncentrált. Mindig a gyakorlati tevé-kenység volt a vezérfonala és nem adott (nem adhatott) a sokféle problémára kulcs-megoldásokat.

A könyv 8 fejezetre oszlik. Az elsőben a krízisek és a pszichikus betegségek kapcsola-tában azt fejté ki, miként merül fel a psi-chiátriai kezelés szükségessége, illetve mi-ként lesz valaki pszichiátriai beteg. A 2. fejezetben az elmekórházak és a közkörhá-zak elmeosztályai mellett a pszichiátriai ellátás újabb lehetőségeit ismerteti, így az ambuláns szolgálatot, a nappali klinikát, a védett munkahelyeket, az otthonokat stb. A 3. fejezetben a különböző betegségmodel-lekre és a terápiás miliő ismertetésére kerül sor. A 4. fejezetben a pszichikus zavarok pszichopatológiáját, illetve diagnosztikus lehetőségeit tárgyalja meg. Az 5. fejezetben a felnőttek legfontosabb pszichiátriai be-tegségeit és terápiáikat vázolja. A 6. feje-zetben a pszichoterápiákról, a 7. fejezetben pedig a szomatikus terápiákról ad áttekin-tést. Végül a 8. fejezet az ápolás lélektaná-val foglalkozik.

A könyv nagyon didaktikus, igen jól ta-golt, könnyen áttekinthető és nyomdatech-

nikailag is kifogástalan. A vastagon szedett sorok, illetve színesben kiemelt részek fel-hívó jellegük által nagyon olvashatóssá teszik a szöveget. Az esetismertetések dőlt betűvel szedték ki.

Külön kiemelésre érdemesek a kö-vetkezők:

Nagyon érdekesek pl. a pszichiátriai reform-folyamatok áttekintései a különbö-ző országokban. Az elmúlt évszázadból számos fénykép is illusztrálja a szöveget, de láthatók a mai épületek és berendezések is. Számos ábra és rajz is található a könyv-ben, melyek nagyszerűen egészítik ki a leírt tartalmat. Kis pszichopatológiai szótárt is közöl a szakkifejezések megmagyará-zásához. Kiválóan foglalja össze a főbb pszichiátriai betegségeket, a pszichoterápi-ás módszereket. Részletes a pszichofarma-kológiai fejezet is. Az utolsó oldalakon kérdőívet nyújt, hogy az olvasó annak alapján véleményt, kritikát, javaslatot ad-hasson a könyv következő kiadásának ja-vításához.

A könyv magyarra fordítását ajánlom, mivel hasonló nincs forgalomban nálunk és sajnos a német nyelvtudás egyre ritkább lesz a fiatalabb generációknál, a szakápo-lóknál is.

Császár Gyula dr.

Contzen, Heinz (hrsg): Komplikatio-nen bei der Arthroskopie. Stuttgart: 1989, ENKE. 84 oldal, 37 ábra, 21 táblázat. Ára: DM 48,—

A német nyelvű arthroszopias munkakö-zösség 5. kongresszusán (1988. október 21—22, Frankfurt am Main) tűzték először napirendre az arthroszopias komplikációkat. Ezen referátumokat és a hozzászóláso-kat tartalmazza ez a könyv.

Az első referátumban *Kieser* összefoglalja az irodalomban közölt komplikációkat, majd a legsúlyosabbak: thromboembolia, septicus arthritis és légembolia világsta-tisztikai adatait és a mortalitást ismerteti. Mint nagyon fontos adatot kiemeli, hogy az általános narkózis ötször nagyobb rizikót jelent, mint a lokál anaesthesia.

A második referátum (*Grünwald és Kieser*) 2 halálos kimenetelű akut arthros-copiás esetet ismertet. Mindkét beavato-zás masznarkózisban, levegőfeltöltéssel, vértelenítés nélkül történt. A halált mind-két esetben az intraartikuláris fraktura fis-suráján keresztül légembolia okozta.

Glinz az arthroszopos beavatkozásoknál okozott „elhallgatott” károsodásokkal fog-lalkozik. A károsodások okát az arthrosco-pos instrumentumok hiányosságában, a helytelen megítélésben és a sebész elégte-len jártasságában látja, amelynek követke-zésében ún. „arthroszopos arthropathia” jö-

het létre. Részletesen elemzi az iatrogén porckárosodások kialakulását, a különböző eszközök: trokár, optika, operációs eszkö-zök helytelen használatából adódó sérülé-seket. Egyes eszközöket kifejezetten veszé-lyesnek tart, mivel azok sarkai érdesek és pl. a szakadt meniscus eltávolításánál má-sodlagos károsodást okoznak.

Raunest és Löhnert 7000 térdízületi arthroszopos operáció intra- és postope-ratív komplikációit analizálják és az egyes komplikációk irodalmi adatai mellett sa-ját statisztikájukat ismertetik. A gyakor-lottság javulása évek folyamán a kompli-kációk szignifikáns csökkenését mutatja. A Chi-Quadrat-Testek segítségével végzett faktoranalízis a komplikáció incidencia tekintetében a következő szignifikáns sorrendet mutatja: az operátor gyakor-lottsága, a beavatkozás tartama, annak nagy-sága és a preoperatív duzzanatok gyako-risága.

Nitzschke, Rosenthal és Morald 4 év alatt 6 sebész által operált 3540 beteg után-vizsgálatának komplikációira vonatkozó adatait ismerteti és elemzi a fektetés, behatolás, feltöltő folyadék és eszközök szerepét a porckárosodások tekintetében és részletes statisztikát ad a szövödmé-nyekről.

A 6. referátum és annak vitája azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy a térdarthro-scopia problémamentes beavatkozás-e és megállapítják, hogy nem veszélyes, de nem problémamentes operáció és csak kellő megalapozottsággal szabad végezni.

A lokálanesthesia és gázfeltöltés prob-lematikájáról szóló *Mohr, Hey, és Henche* referátumához *Benedetto* fűz észrevé-teleket.

Az arthroszopos meniscus-refixációkkal, azoknak veszélyeivel, valamint 5 különböző varró-instrumentummal végzett kísérletes vizsgálatáról számol be *Benedetto, Glötzer és Künzel*. A kísérleteket *Staudte* méltatja, és ki-jelenti, hogy ezen technikai „know-how”-k is-mertetése nagyon fontos a komplikációk meg-előzése szempontjából.

Hempfling referátuma a diagnosztikus vállarthroszopias szövödményeit ismerteti osztrák, svájci, svéd és nyugatnémet klinikák 484 vállarthroszopijának értékelése alapján és összesen 7,5% szövödmény-rátát állapít meg. Az egyes szövödményeket részletesen ismerteti és megállapítja, hogy a vállanatómia jó ismerete mellett végzett arthroszopia a diag-nosztikának jó segítsége lehet.

Imhoff, Romero, Kubik és Büsser a ner-vus axillaris laesio veszélyével, lehetőségével és klinikai előfordulásával foglalkozik váll-arthroszopiával és vállízületi bemozgatással kapcsolatban és anatómiai ábrán szemlélteti az ideg rendkívül szoros viszonyát az izü-lethez.

Napjainkban az arthroszopos beavatkozások egyre jobban terjednek. Hazánkban éppen mostanában több intézet kap műszerkészletet. Az arthroszopiával foglalkozóknak ezen könyv áttanulmányozását nagyon melegen ajánlom, szinte kötelezőnek tartanám.

Cser Imre dr.

A Német Műlencseimplantációs Társaság (DGII) 2. Kongresszusa. Erlangen, 1988. március 4–5. DM 168,—

A könyv a Német Műlencseimplantációs Társaság 2. Kongresszusának válogatott előadásait tartalmazza.

Az 58 előadás szerzői között neves szemorvosok vannak, mint pl. W. Doden, J. Draeger, P. U. Fechner, K. W. Jacobi, H. W. Schlote, K. Schott, M. Spiznas, H. J. Thiel, D. Vörösmarthy, J. Wollensak.

A könyv ajánlásában Eugen Schreck — Binkhorst mellett a kongresszus díszelnöke — beszámol arról, hogy az általa 1952-ben kifejlesztett akrilüveg elülsőcsarnoklencsét az erlangeni szemklinikán 1987-ben végzett vizsgálatok tanúsága szerint a betegek ma, több mint 30 évvel az implantáció után is elégedetten viselik.

A kiadvány előszavát a Német Műlencseimplantációs Társaság Elnöke, K. W. Jacobi írta, aki megállapítja, hogy a primer lencseimplantáció a hályogműtét korszerű módszerévé vált.

Az előadások között találunk a lencsetervezésre, a biometriai mérések további tökéletesítésére szolgáló információkat és adatokat a különféle intraokuláris lencsék összehasonlítására.

Fechner és Conrads „super-reversed” hátsócsarnoklencsét ajánl, amely haptikus részének dőlésszöge a szokásos 10 fok helyett 20 fok és a szerzők szerint ez a konfiguráció közelíti meg legjobban az élettani viszonyokat és előzi meg az üvegtesti és ideghártya szövdményeket.

Hét előadás szerzői számolnak be lágy (szilikon, vagy Hema) intraokuláris lencsék beültetéséről, az ezekkel szerzett kísérletes és klinikai tapasztalatokról. A lágy lencse legelőnyösebb tulajdonságának összehajthatóságát tartják és ennek eredményeként azt a lehetőséget, hogy a phakoemulsificációhoz készített 3–4 mm hosszúságú corneainciszió keresztül is beültethető. Ennek következtében biztonságosabb a sebzés és egyes — bár esetenként egymásnak ellentmondó — vizsgálatok szerint kisebb a postoperatív astigmatismus. A lágy IOL-t jelenlegi formájában a róla beszámoló referensek maguk sem tartják optimálisnak. Jacobi a kongresszuson elhangzott vitából azt a következtetést vonja le, hogy hosszabb követési idő és további tapasztalatok szükségesek a kérdés eldöntéséhez, hogy van-e jövője a lágy lencséknek.

Ugyanakkor szinte meglepő az az előadás, amely prospektív, randomizált klinikai tanulmány előkészítését jelenti be a tervezett ECCE és hátsócsarnoklencse, valamint ICCE és elülsőcsarnoklencse műteti eredményeinek összehasonlítására, mintegy kétségbe vonva azt a jelenleg világszerte elterjedt álláspontot, amely szerint primer műlencse beültetés esetén ma a hátsócsarnoklencse beültetés a korszerű.

Előadásokat olvashatunk az IOL beültetés indikációjáról és technikájáról, társuló szem- vagy általános betegség (pl. diabetes) esetében. Más közlemények műteti

megoldásokat mutatnak be tokruptura, lentodonesis, subluxatio lentis, sérüléssel járó esetén. Grehn elülső vitrectomia után a sulcusban varrattal fixált hátsócsarnoklencse-beültetést ír le az elülsőcsarnoklencse primer beültetésével járó szövdmények elkerülésére.

Foglalkoznak a klasszikus és intercapsularis (endocapsularis) ECCE előnyeivel és hátrányaival. Weidle és Thiel 100-nál több „triple-procedure” (keratoplasztikával és műlencsebeültetéssel kombinált hályogkivonás) műtétről számol be.

Több előadás foglalkozik a hátsó lencsetok fibrosis előfordulásának gyakoriságával, elkerülhetőségével, a YAG-Laser kapszulotomiával és annak szövdményeivel.

Összehasonlítást találunk az aphakiás a pseudophakiás szemeken előforduló retinaleválás incidenciájáról. Wessing és Foerster a műlencsebeültetést követő retinológiai aspektusok tárgyalásakor leszögezi, hogy azok az idők, amikor a retinasebészek síkra szálltak a műanyaglencse-beültetés ellen, régen elmúltak. Eppen ellenkezőleg: a retinasebészek megtanultak bánni a műanyaglencsével.

A refraktív szaruhártya sebészetről a bécsi Szemklinikai két közleményben számolnak be az epi-keratophakia 3 éves tapasztalatairól és az eltávolított transzplantátumok szövettani vizsgálatáról.

Az előadásokban szó van a Binkhorst-féle négyhúrú lencse beültetése utáni késői szövdményekről, a cisztoid macula-oedemáról, a hátsócsarnoklencse fixációjának lehetőségeiről, az IOL explantációjáról, az arthaphakiás betegek sztereó látásáról, műteti anesztéziáról, gyógyszerhatásokról, gyulladásos reakciókról, stb.

A könyvet 175 ábra (köztük 28 színes kép) és 75 táblázat egészíti ki.

Az olvasó hiányolja a videófilmek, az előadások, referátumok utáni diszkussziók, viták, a kerekasztal beszélgetés eleven hangulatát, egyes vitás kérdésekben az állásfoglalást.

Nélkülözhetetlen segítség ez a könyv minden operáló szemorvos számára, ha ismerni akarja a műanyag szemlencse beültetés mai helyzetét. Fontos a Német Műlencseimplantációs Társaság 2. kongresszusa anyagának ismerete a gyakorló, nem operáló szemorvosoknak is, hogy a műanyaglencse-beültetés kérdése és gyakorlata hazánkban is a helyére kerüljön.

Elek Ilona dr.

Solti F., Jellinek H.: Cardiac lymph circulation and cardiac disorders. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1989. 178. o., 160 ábra, 10 táblázat.

A nyirokerek a keringési rendszeren belül rendkívül fontos szereppel bírnak. A nyirokkeringés zavarai vagy elégtelensége a szervezet különböző szerveiben, szervrendszereiben kóros elváltozásokhoz vezethetnek. Jelentősége ellenére kevés kísérletes és klinikai adat ismert a nyirokkeringésnek a szívbetegségekben játszott etiopatogenetikai szerepéről.

Szerzők Rusznyák, Földi és Szabó professzorok munkássága nyomán könyvükben a nyirokkeringés és a szívbetegségek közötti kapcsolat klinikai és patológiai összefüggéseit foglalják össze.

A nyirokkeringés tanulmányozására használt módszerek visszatükrözik a szerzők ezen terület kutatásában szerzett nagy tapasztalatát. Köztük több olyan módszer van, melyet a nyirokkeringés vizsgálatában mások korábban nem alkalmaztak. A bemutatott EKG felvételek kitűnően demonstrálják az elektrofiziológiai vizsgálatok eredményeit. A morfológiai módszerek rendkívül széles skálája, fénymikroszkópos, elektronmikroszkópos felvételek mellett Spalteholz szerint átderített tuszelatinos, továbbá injekciós-korróziós és röntgenfelvételek támasztják alá meggyőzően a szerzők állításait. A felvételek döntő többsége kiváló minőségű.

Amint az az irodalomjegyzékből kiderül, a könyv által bemutatott eredmények döntő többsége a szerzők kiváló munkáját dicséri, amely mind módszertanát, mind mondanivalóját tekintve szemléletet nyújt a jelentőségénél sok esetben kevésbé tanulmányozott szív-nyirokrendszer, illetve keringés témakörében.

Az 1. fejezet a szív nyirokkeringés kutatásának új irányzataival foglalkozik. A kérdés klinikai vonatkozásait illetően megállapítja, hogy emberben nincs módszer a szív nyirokkeringésének nem invazív vizsgálatára. A kísérletes munka során alkalmazott modern eljárások (elektromágneses véráramlás mérés, celluláris mikrofiziológia, His-köteg EKG) módot adnak a cardialis lymphostasis coronaria véráramlást befolyásoló és arhythmogen hatásának tanulmányozására.

A 2. fejezet a szív nyirokkeringésének anatómiáját, hisztológiáját és fiziológiáját tartalmazza.

A 3. fejezet a szív nyirokkeringésének dinamikus és mechanikus elégtelenségét tárgyalja. Itt ismerteti azokat a szív működési rendellenességeket, amelyek fokozott nyiroktermelés útján lymphostasishoz vezethetnek; 1. tartós tachycardia 2. tartós szívizom hypoxia 3. szívizominfartus 4. a szív tartós túlterhelése (pl. magas vérnyomás esetén) 5. a szív gyulladási betegségei 6. pangásos szívelégtelenség. A szív nyirokkeringésének dinamikus és mechanikus elégtelensége következtében kialakult szöveti szerkezeti változásokat kiválóan demonstrálják az elektronmikroszkópos ábrák.

A 4. fejezet a lymphatikus cardiomyopathia létrehozásának állatkísérletes módszerét, a létrejött cardiomyopathia szövettanát és EKG jellemzőit írja le. Ezt követi a lymphatikus cardiomyopathia jelentőségének ismertetése, azon szívbetegségek összefoglalása, amelyek etiológiájában a lymphostasis szerepet játszik.

Az 5. és 6. fejezet a nyirokkeringésnek a coronaria betegségek etiológiájában betöltött patológiai szerepét tárgyalja.

A 7–8. fejezet a lymphostasis cardialis microcirculációra és a coronaria keringés szabályozására gyakorolt hatását ismerteti.

Megállapítja, hogy a lymphostasis a kis coronaria ágak károsodását, vascularis stenosis kialakulását okozza és a capillaris keringés változásait is eredményezheti. A lymphostasis csökkenti a coronaria véráramlást, megnöveli a coronariák vascularis rezisztenciáját, csökkenti a coronaria „rezerv”-et és a coronaria keringés adaptációját.

A 9. fejezet a nyirokkeringés szívizomin-

farctusban (az infarctus kiterjedésében, az EKG eltérések, arrhythmia létrejöttében) betöltött szerepét tárgyalja.

A 10–11. fejezet a nyirokkeringés és az arrhythmia összefüggésével foglalkozik. Az utolsó fejezet a lymphostasisnak a posztoperatív ingerképzési és ingerületvezetési zavarok kialakulásában betöltött patogenetikai szerepére hívja fel a figyelmet.

A könyvet 352 irodalmat tartalmazó iro-

dalomjegyzék és regiszter egészíti ki. Az áttekinthetőséget a jó szerkesztés könnyíti. 160 ábra és 10 táblázat szemléleti a könyv tartalmát.

A könyvet melegen ajánlom a cardiologiai és lymphologiai tudománnyal foglalkozó, experimentális és klinikai területen dolgozó kutatóknak.

Morvai Veronika dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta. Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR)
(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900)

KLION[®]



**infúzió
tabletta
hüvelykúp
szuszpenzió**

Hatóanyag: 1 tabletta 250 mg;

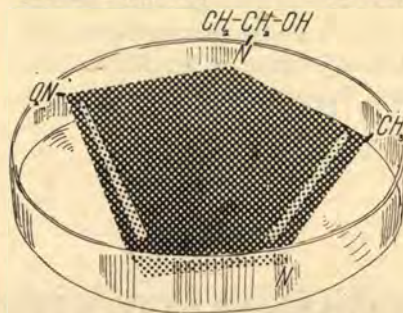
1 hüvelykúp 500 mg metronidazol tartalmaz;
a szuszpenzió 4,8 g-ot 120 ml-ben (125 mg/kávéskanál);
az infúzió 500 mg-ot 100 ml oldatban.

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 ilyent, 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, lambliasis esetében.

Klion infúziót antibakteriális terápiára alkalmazzák, elsősorban műtéti fertőzések megelőzésére és kezelésére.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

QH

1393

KLION kenőcs

T 100

Antiinfectiosa topica

TARTALOM:

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

HATÁS:

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

JAVALLAT:

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

ALKALMAZÁS:

A napi kötésváltáskor sebtoilette után az ulcusra kell kenni a Klion kenőcsöt és steril gézlappal befedni. Ha a 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 sebfelzárt felületen. 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 GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

A Szociális és Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója

Az 1989. november havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek járványügyi helyzete a szezonnak megfelelően, kedvezően alakult. A salmonellosisok száma mérsékelten csökkent az előző hónaphoz viszonyítva, az alakulás kedvezőnek ítéltető az 1984—1988. évi medián érték figyelembevételével is. A dysenteria megbetegedések száma két hónap óta alacsony szinten stagnál. Lényegesen kevesebb vírushepatitist jelentettek tárgyhónapban, mint januárban.

A morbilli kivételével valamennyi cseppfertőzéssel terjedő betegségből többet diagnosztizáltak, mint az előző hónapban. Az emelkedés mértéke legjelentősebb volt a rubeola esetében: a februári megbetegedések száma kb. kétszerese volt az előző havinak. Az esetek több, mint fele két területről (Bács-Kiskun és Békés megye) származott. A korábbi évek február hónapjához viszonyítva a cseppfertőzéssel terjedő betegségek jelenlegi járványügyi helyzete azonban összességében kedvezőnek ítéltető.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)

1989. szeptember—1990. február hó

Betegség	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.	Jan.	Febr.
Typhus abdominalis	1	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	1	—	—	—
Salmonellosis	111 312	1496	1334	623	544	490
Shigellosis	436	441	394	150	75	80
Amoebiasis	8	6	7	3	5	5
Dysenteria	444	447	401	153	80	85
(Shig. + amoeb.)	—	—	—	—	—	—
Dyspepsia coli	34	33	37	24	30	13
Hepatitis inf.	276	361	405	318	354	284
AIDS	—	4	1	1	—	1
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	—	—	—	—	1	—
Scarlatina	140	344	430	492	510	630
Morbilli	18	5	21	14	20	16
Rubeola	166	210	213	228	387	718
Parotitis epid.	541	1347	1910	1983	2511	2846
Mononucleosis inf.	59	61	97	77	91	117
Keratoconj. epid.	28	19	159	63	34	32
Meningitis epid.	3	4	2	6	7	3
Meningitis serosa	59	39	22	18	21	18
Kullancsenceph.	10	21	27	7	4	—
Egyéb enc. inf.	15	13	13	14	10	13
Encephalitis inf.	25	34	40	21	14	13
(KE + egyéb enc. i.)	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	3	7	7	9	7	4
Malaria*	—	1	—	1	4	2
Tetanus	1	—	2	1	—	3
Anthrax	—	—	1	—	—	—
Brucellosis	—	—	1	1	—	—
Leptospirosis	12	7	9	3	1	1
Ornithosis	—	—	—	—	—	—
Q-láz	—	—	—	1	—	—
Tularemia	7	16	18	11	8	3
Taeniasis	2	2	—	—	2	2
Toxoplasmosis	13	15	16	21	21	20
Trichinellosis	—	—	—	—	—	—

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

Az idegrendszeri fertőző betegségek számszerű előfordulása nem tért el lényegesen a február hónapban megszokottól.

Kiemelésre érdemes járványügyi esemény.

AIDS

Februárban egy 16 éves haemophilias, HIV ellenanyag pozitív, román állampolgárságú fiatalembernél mycobacteriosis alapján diagnosztizáltak AIDS megbetegedést. Ezzel a hazai megbetegedések száma 33-ra emelkedett, közülük 23 meghalt.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)

1990. február hó

Betegség	Február		Jan. 1.—Febr. 28.		Me- dian 1984	Me- dian 1988
	1990.	1989.	1990	1989		
Typhus abdominalis	—	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	490	562	462	1 034	1 308	977
Shigellosis	80	73	—	155	164	—
Amoebiasis	5	6	10	12	—	—
Dysenteria	85	79	151	165	176	288
(Shig. + amoeb.)	—	—	—	—	—	—
Dyspepsia coli	13	32	21	43	72	47
Hepatitis inf.	284	244	306	638	501	700
AIDS	1	—	—	1	1	—
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	—	1	—	1	2	2
Scarlatina	630	1 337	820	1 140	2 547	1 654
Morbilli	16	6 900	7	36	8 478	* 14
Rubeola	718	2 096	2 602	1 105	3 361	3 713
Parotitis epid.	2 846	2 320	4 546	5 357	4 444	9 137
Mononucleosis inf.	117	63	54	208	126	118
Keratoconj. epid.	32	—	6	66	2	9
Meningitis epid.	3	6	6	10	13	11
Meningitis serosa	18	27	22	39	46	50
Kullancsenceph.	—	3	—	4	4	—
Egyéb enc. inf.	13	11	—	23	20	—
Encephalitis inf.	13	14	12	27	24	27
(KE + egyéb enc. i.)	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	4	9	14	11	19	27
Malaria*	2	—	1	6	—	1
Tetanus	3	—	1	3	—	3
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	—	1	—	1	2
Leptospirosis	1	1	3	2	2	5
Ornithosis	—	—	1	—	—	1
Q-láz	—	—	—	—	—	—
Tularemia	3	15	1	11	24	2
Taeniasis	2	2	2	4	7	6
Toxoplasmosis	20	14	17	41	24	39
Trichinellosis	—	6	—	—	7	—

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

„A” Society of Cardiovascular Anesthesiologists”, a „Magyar Anesthesiológiai és Intenzív Terápiás Társaság” valamint a „European Association of Cardiothoracic Anaesthesiologists” közös szervezésében kerül megrendezésre a

„3rd International Symposium on Anaesthesia for Cardiac Patients”

Ideje: 1990. szeptember 5–8.
Hivatalos nyelv: angol (magyar szinkrontolmácsolással)
Részvételi díj (magyaroknak): 2000,— Ft
Fő témák:
— Szívsebészeti vagy más műtetre kerülő ischaemiás szívbeteg anaesthesiája

— A cardiovascularis, a respirációs és a cerebrális funkciók monitorizása
— Új gyógyszerek
— Invazív kardiológiai beavatkozások
— A műtéti szövődmények kezelése
— Szív transzplantáció
További információ: *technikai kérdésekben:* Várhegyi László, MOTESZ Kongresszus Szervező Iroda, 1361 Budapest, Pf. 32.; *tudományos kérdésekben:* Dr. Janecsó Mária, Központi Állami Kórház, 1125 Budapest, Kútvolgyi út 3.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(109)
Az Ajka Városi Tanács Magyar Imre Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet:

— 1 fő újonnan szervezendő üzemegészségügyi szakrendelési;

— 1 fő üzemorvosi — Timföldgyár — és Alumíniumkohó munkahely — állás betöltésére.

Az üzemorvosi állások betöltéséhez belgyógyászati, üzemorvostani vagy általános orvosi szakvizsga szükséges. Pályázhatnak szakvizsga előtt állók is. Kiemelt bérezés, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állások azonnal, ill. június 1-től betölthetők. Pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül a kórházigazgatóhoz kell benyújtani.

Mikola István dr.
kórházigazgató-főorvos

(110)
Lenti Városi Tanács Rendelőintézet igazgató-főorvosa (8961 Lenti, Pf. 5.) pályázatot hirdet *rontgenszakorvosi állásra*.

Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével az ide vonatkozó rendelet alapján.

Lakást biztosítunk.

A pályázatot a Rendelőintézet igazgató-főorvosához kell benyújtani.

Gelencsérné dr. Bencze Katalin
igazgató-főorvos

(111)
A Pásztói Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet *általános laboratóriumi asszisztensi állásra*.

Az állás azonnal betölthető.

Bérezés kulcsszám szerint.

Kovács Bertalan dr.
kórházigazgató

(112)
A Bp. Főv. Tanács V. B. Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1204 Bp., Köves u. 2–4.) pályázatot hirdet:
A Mozgásszervi-Belgyógyászati Rehabilitációs Osztályra,
1 fő belgyógyász szakorvosi állásra.

Megfelelő jártasság esetén osztályvezető-helyettesi feladatkörrel.

Előnyben részesülnek a mozgásszervi megbetegedések iránt érdeklődők.

Kálnoki Gyöngyössi István dr.
főigazgató-főorvos

(113)
A Bp. Főv. Tanács VB Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1204 Bp., Köves u. 2–4.) pályázatot hirdet; az 1990-ben végző pályakezdő orvosok részére az alábbi területekre:

- 1 fő Szemészeti Osztály
- 2 fő Radiológiai-Izotópdg. Osztály
- 3 fő Klinikai Laboratórium.

Kálnoki Gyöngyössi István dr.
főigazgató-főorvos

(114)
A Fővárosi Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1089 Bp., Üllői út 86.) pályázatot hirdet kiemelt bérrel *anaesthesiológiai és intenzív terápiás orvosi állásra*.

A pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek az intenzív, ill. gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező, valamint a szakvizsga előtt álló pályázók.

Gorács Gyula dr.
főigazgató-főorvos

(115)
A Fővárosi Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet (1089 Bp., Üllői út 86.) főigazgató-főorvosa pályázatot hirdet a — IX. kerületbe *körzeti védőnői állások* betöltésére.

Bér megegyezés, egyéb juttatások a kollektív szerződés szerint.

Szükség esetén nővérszálláson férőhelyet biztosítunk.

Az állás azonnal betölthető.

Gorács Gyula dr.
főigazgató-főorvos

(116)
Nagykőrös Városi Tanács pályázatot hirdet az üresen lévő *állami közegészségügyi felügyelői álláshely betöltésére*.

Az állás betöltéséhez higiénikus orvosi szakvizsga szükséges.

Bérezés: szolgálati évnél és kulcsszámnak megfelelően.

Deák Lajos
szem. és okt. főelőadó, városi főtanácsos

(117)
Csetény Községi Közös Tanács elnöke pályázatot hirdet Csetény székhellyel működő *körzeti orvosi állásra*.

A munkakör betöltéséhez összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk.

Bérezés a fennálló rendelkezések értelmében, közös megegyezés alapján történik.

Az állás 1990. július 1-jével betölthető.

Ács Jenő
tanácselnök

(118)
Az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet főigazgató-főorvosa (Budapest, IX., Nagyvárad tér 2.) pályázatot hirdet a *Repülőegészségügyi Osztályon 1 fő orvosi állásra*.

Munkahely: Merényi Gusztáv Kórház (Budapest, IX., Gyáli út 17–19.)

A pályázatok elbírálásánál repülőegészségügyi szakvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek. A kinevezésre kerülő orvos feladata a repülőorvosi szaktevékenység ellátása.

Bérezés az érvényben lévő jogszabályok alapján, megbeszélés szerint.

A pályázatot az Intézet főigazgató-főorvosához kell benyújtani a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendeletben foglaltak figyelembevételével.

Zsögön Éva dr.
főigazgató-főorvos h.

(119)
Az Igazságügyi Minisztérium Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság Egészségügyi Osztály vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Pálhalmi Börtön és Fogházban nyugdíjazás folytán megüresedett *vezető orvosi*, valamint *beosztott orvosi álláshelyek betöltésére*.

Elsősorban szakorvosok vagy szakvizsga előtt állók, a beosztott orvosi állásra pályakezdők jelentkezését is várjuk.

Alapfeltétel: büntetlen előélet.

Illetmény a szolgálati idő függvényében.

a vezető orvos részére: 15—20 000,— Ft
a beosztott orvos részére: 12 000,— Ft

Szolgálati lakás rendelkezésre áll.

A pályázatot az IMK Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani.

Személyes informálódás a 131-4514-es telefonon lehetséges.

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

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannis 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 Hírlapelfizetési 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., Nádor 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 90.13141 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

VERAPAMIL

injekció

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatormáin” keresztül, és ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvizetést és csökkenti a perifériás ellenállást, valamint a szív oxigén-igényét.

HATÓANYAG: 5 mg verapamilium chloratum ampullánként (2 ml).

JAVALLATOK: supraventricularis tachycardiák kezelésére:

- sinus-ritmus helyreállítása paroxysmalis supraventricularis tachycardiákban, beleértve a Wolff-, Parkinson-, White és a Lown- Ganong-Levine szindrómákat is;
- fokozott kamrai frekvencia átmeneti csökkentése pitvarlebegésben vagy pitvarfibrillációban;
- a tocolysisben használt béta-sympathomimetikumok cardiovascularis mellékhatásának enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos hypotonia, cardiogen shock, friss myocardiális infarctus, másod- vagy harmadfokú AV-block, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), súlyos congestív szívelégtelenség (kivéve, ha ez Verapamillal kezelhető paroxysmalis supraventricularis tachycardia következménye), digitális intoxikáció.

ADAGOLÁS: kizárólag intravénásan alkalmazható! A Verapamil lassú intravénás injekcióként, legalább 2 perces időtartam alatt kell beadni, folyamatos EKG- és klinikai ellenőrzés mellett. A kívánt hatás elérése után az injekció alkalmazását abba kell hagyni! Javasolt adagja **felnőtteknek** 5-10 mg (0,075-0,15 mg/kg), 2 perc alatt beadva. Amennyiben a várt hatás nem érhető el ezzel az adaggal, a dózis 30 perc múlva megismételhető. **Idősebb** betegeknél óvatosságból ajánlatos az injekciót 3 perces időtartam alatt beadni.

Kombinált kezelés: chinidinnel (Chinidinum sulfuricum), procainamiddal (Procainamid), digitális-készítményekkel kombinálható, utóbbi esetben azonban figyelembe kell venni súlyos bradycardia és AV-block jelentkezésének lehetőségét!

MELLÉKHATÁSOK: A szer általában jól tolerálható, a betegek kis hányadánál (főként az AV-blockban vagy szívizom-károsodásban szenvedőknél) azonban életveszélyes mellékhatások is felléphetnek (pitvarlebegésben, pitvarfibrillációban fokozott kamrai frekvencia, súlyos hypotensio, extrém bradycardia, asystole). Általában azonban legfeljebb enyhébb mellékhatások fellépésére kell számítani: hypotensio, bradycardia, tachycardia, szédülés, fejfájás, hányinger, hányás, obstipatio, allergiás reakció.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK:

Tilos az egyúttadás:

- intravénás béta-blokkoló szerekkel néhány órán belül (mindkét szer csökkenti a szívizom kontraktilitását és lassítja az AV-átvezetést);
- Disopyramiddal, Verapamil adás előtt 48, utána 24 órán belül (feltételezett interakciók veszélye miatt).

Óvatosan adható együtt:

- antihypertenzív szerekkel (ezek hatását növeli);
- plazmafehérjéhez nagy affinitással kötődő anyagokkal, pl. salicylatokkal (mivel a Verapamil is erősen kötődik);
- digitális-készítményekkel (súlyos bradycardia és AV-block kockázata miatt).

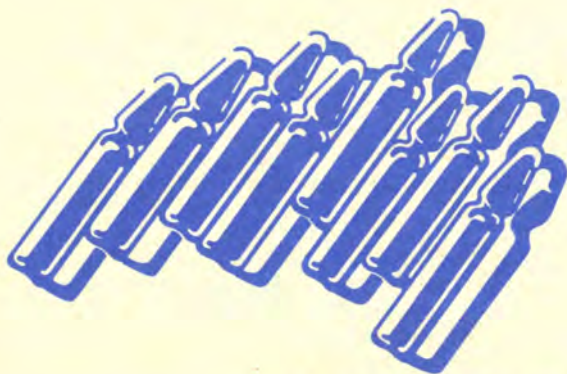
FIGYELMEZTETÉS: A ritkán előforduló életveszélyes mellékhatások fellépésének kockázata miatt a kezelés lehetőleg EKG ellenőrzés mellett történjék, és resuscitációs berendezések, cardioversios lehetőség álljon az orvos rendelkezésére. A készítményt lehetőleg ne alkalmazzuk a terhesség I. trimesztérében és a szoptatás ideje alatt, illetőleg Verapamil kezelés alatt ajánlatos a szoptatást szüneteltetni.

Túladagolás kezelése parenterális calcium-bevitellel (Calcimusc, Calcium chloratum) és (béta)-adrenerg stimulánsok adásával történik.

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (2 ml)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyszer- és Termékek Gyára Rt.
Budapest



CHINOIN BUDAPEST

NITROMINT[®] aeroszol

koszorúér-tágító

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

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLATOK:

Organikus nitrátokkal szembeni túlérzékenység, szűkzúgú glaukoma, súlyos hipotónia, emelkedett koponyaűri nyomással járó folyamatok (agyvérzés, agysérülés). Kardiogén sokk, anémia.

ADAGOLÁS

Az adagolószelep egyszeri lenyomásával 0,4 mg nitroglycerinnek megfelelő oldat távozik a mechanikus pumpával ellátott palackból. Roham esetén a beteg ülő helyzetében 1–2 adagot kell a nyelv alá juttatni a szórófej lenyomásával. Szükség esetén ennél több, de 15 percen belül legfeljebb 3 adag alkalmazható.

BELÉLEGEZNI NEM SZABADI!

MELLÉKHATÁSOK

A szájban átmenetileg enyhe égő érzés, fejben lüktetés, arckipirulás, fejfájás, szédülés, palpitáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagoláskor ritkán cianózis és methemoglobinémia előfordulhatnak.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

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 hasznos/kockázat alapos mérlegelése után ajánlott. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy bal-eseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke. Alkalmazásának ideje alatt alkohol fogyasztása tilos! Alkalmazásakor a palackot függőlegesen, szórófejjel felfelé kell tartani.

Tűz- és robbanásveszélyes!

Fénytől, sugárzó hőtől védve, hűvös helyen tartandó! Dohányzás és nyílt láng mellett alkalmazni, illetve tárolni tilos!

Az üres palackot tűzbe dobni nem szabad!

MEGJEGYZÉS

✚ ✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal a társadalombiztosítás támogatásával. Vény nélkül fogyasztói áron is kiadható.

CSOMAGOLÁS

1 palack (10 g).



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST