



ORVOSI HETILAP

132. ÉVFOLYAM 5. SZÁM 225—280. OLDAL

BUDAPEST, 1991. FEBRUÁR 3.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

KREON®

kapszula

ENZYMES DIGESTIVAE

A Kreon kapszulában 1—2 mm átmérőjű pancreatin granulátumok vannak, melyek enteroszolvens bevonata 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 bevonatú 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. 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

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

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., Petrá-
nyi Gyula dr., Rák Kálmán dr., Ribári Ottó dr.,
Romics László dr. és Várnai Ferenc dr.

*

Tanácsadó testület:

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

*

Szerkesztő munkatársak:

Btáge Zsuzsanna dr., Gergely Péter dr., Giacinto
Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fnts),
Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsz
Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

132. ÉVFOLYAM

*

5. SZÁM

*

1991. FEBRUÁR 3.

TARTALOMJEGYZÉK

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

Actinomycosis fertőzés okozta kismencedei gyul-
adások

Pelvic infection caused by Actinomyces 227

SZINDRÓMÁK

Kostic Szilárd dr., Pálffy Gyula dr. és Vádasz Pál dr.:

Vállövi alagút (thoracic outlet) szindróma miatt vég-
zett reoperációk

Reoperations performed because of thoracic outlet
syndrome 235

KLINIKOFARMAKOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Duffek László dr. és Dabasi Gabriella dr.:

Cyclosporin koncentráció meghatározása vérből
radioimmunoassay-vel

Determination of blood cyclosporin concentration by
radioimmunoassay 239

ÚJABB MŰTÉTI ELJÁRÁSOK

Sebők Béla dr., Kulik Péter dr. és Török Zoltán dr.:

Tetoválások dermamyúzásos megoldásának kiegé-
szítése sejtszuspenziós sebkezeléssel

Surgical removal of tattoos completed by epitheli-
zation using epidermal cell suspension 245

A SZERVEZÉS KÉRDÉSEI

Mányi Géza dr.:

Három kórházi rendszer összehasonlító
elemzése

Comparative analysis of three hospital systems .. 249

KAZUISZTIKA

Katona Márta dr.:

Újszülöttkori hypoxiás myocardialis laesio

Ischemic myocardial lesion in newborn infants .. 255

Török László dr., Középegy László dr. és Suhajda
Kornélia dr.:

Secunder, nephrogen hyperparathyreosis mellett
fellépő cutan gangraena

Secondary nephrogen hyperparathyroidism with
cutaneous gangrene 259

Folyóiratreferátumok 265

Hírek 279

Pályázati felhívások 280

NIZORAL

(Ketoconazolum) 2%

HATÓANYAG: 0,4 g ketoconazolum 20 g 0,2% natrium sulfurosum anhydricum tartalmú, vízzel lemosható ke-nőcsben. **HATÁS:** A ketokonazol szintetikus imidazolszármazék. Széles hatásspektrumú gombaellenes szer, amely a gombák sejtmembrán anyagcsé-réjét (ergoszterol szintézis) támadja meg, ezáltal megváltozik a membrán permeabili-tása, a sejt nem tud tovább osztódni. **JAVALLAT:** Minden bőrmikózis, melynek kórokozói: — dermatofitonok (pl. Trichophyton- és Microsporum-fajok, Epidermophyton floccosum) — sarjadzógombák (Pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajok) — Malassezia furfur (Pity-rosporum orbiculare) A kezelésre reagáló kórképek: Mycosis superficialis, erosio interdigitalis, intertrigo mycotica, intertrigo psoriatica, ekzema mycoticum, pityriasis versicolor. **ELLENJAVAL-LAT:** Ketokonazol túlérzékenység. A szem kezelésére nem alkalmazható. Bár a bőrön át felszívó-dása jelentéktelen, terhességben és szoptatás esetén a várható előny és a lehetséges kockázat mérlegelésével adható csak. **ALKALMAZÁS:** A fertőzött bőrfelületet és környékét általában na-ponta egyszer, súlyosabb esetben kétszer bekenni. A kezelést tünetmentességig, illetve azután még néhány napig folytatni kell. A sikeres kezelés várható időtartama: — derma-tofitonok okozta bőrmikózis esetén 3–4 hét; — bőrkandidiázis, pityriasis versicolor esetén 2–3 hét; — Tinea pedis esetén általában hosszabb, 4–6 hét. Ha 4–6 hetes kezelés után sem számottevő a klini-kai javulás, akkor újbóli diagnosztizálásra van szükség. **MELLÉKHATÁS:** Bőrvörösödés, égő-, csípő érzés; átmeneti erythema előfordulhat. Erős bőrkiütés, dermatitis, illetve egyéb allergiás reak-ció fellépése esetén a kezelést abba kell hagyni. **GYELMEZTETÉS:** Nátrium hiposzulfit tartalma miatt szulfitra érzékeny — elsősorban asztmás — betegek-nél esetleg allergiás típusos reakciót válthat ki. A beteg figyelmét a higiéniés előírások betartására fel kell hívni. **CSOMAGOLÁS:** 1 tubus (20 g)

krém

**A Janssen Pharmaceutica Belgium
licence alapján gyártja:**

Kőbányai

Gyógyszerárugyár—Budapest

Actinomycosis fertőzés okozta kismencedei gyulladások

Miskolc, Vasgyári Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Barkai László dr.)

A szerzők 36 belső női nemi szervi actinomycosisos betegük gyógykezelése kapcsán szerzett tapasztalataikról számolnak be. Osztályukon öt év alatt kismencedei gyulladással kezelt betegek kórlefolását, az előfordulás gyakoriságát hasonlították össze intrauterin eszközt viselők és nem viselőknél. Továbbá vizsgálták azt is, hogy az előzetes szülések és vetélések valamint az IUE viselés időtartama milyen mértékben befolyásolta az actinomycosis előfordulásának gyakoriságát. Különbséget tettek a fertőzés primer és szekunder megjelenési formái között. A primer és szekunder fertőzés „határvonalának” az endometriumot tekintették. Foglalkoztak a kórisme diagnosztizálásának lehetőségeivel, a terapia és megelőzés kérdéseivel is. Véleményük szerint intrauterin eszközt viselőknél actinomycosis fertőzés miatt nem gyakoribb a műtéti beavatkozás, mint más kórokozók által okozott kismencedei gyulladásoknál.

Számos hazai és külföldi közlemény foglalkozik a belső női nemi szervek actinomycosis (továbbiakban AM) okozta megbetegedésével és több azoknak a közleményeknek a száma is melyek a méhenbelüli fogamzásgátló eszközök (továbbiakban IUE) és a genitalis AM együttes előfordulását vizsgálják (1, 5, 9, 11, 12, 14, 20, 23, 27). Az általunk ismert hazai irodalom hét közleményében találkoztunk az IUE és AM együttes előfordulásának vizsgálatával. Egyes szerzők megállapítása szerint az IUE viselése kedvező körülményt teremt az AM fertőzéshez (1, 8, 17), míg Persson és Holmberg (22) valamint Szakáll és mtsai (27) arra a következtetésre jutottak, hogy az IUE viselés önmagában nem játszik szerepet az *A. israeli* kolonizációjában.

A női genitáliák primer külső és szekunder vagy belső AM fertőzés útján betegednek meg (19, 25). A legtöbb szerző a kismencedei AM fertőzést endogen forrásból származtatja, melynek helye az intestinum (3, 10, 19, 25). A fertőzés egyik útja a primer vagy ascendáló út, intestinum-anus-gát-hüvely belső genitáliák, ennek predisponáló tényezője az IUE jelenléte. Az eddigiek szerint szekunder fertőzésnek az extraabdominalis gócból haematogén úton történő fertőzést tartották, mely a genitáliák bármely részét megbetegítheti, de a primer úton megbetegedett genitália is másodlagosan tovább szórhatja a fertőzést, ugyanis a megbetegedés kiterjedése nem respektálja a szervhatárokat (24). Az általunk ismert irodalomban

Pelvic infection caused by Actinomyces. Authors report their observations obtained in the course of treatment of 36 patients suffered from pelvic Actinomycosis. The course of disease of patients treated with pelvic inflammatory disease during a period of five years was compared with the occurrence at IUD users and non-users. The interdependence of occurrence of Actinomycosis, as well as previous deliveries, abortions and the period of use of IUD was investigated retrospectively. Difference was made between primary and secondary Actinomycosis. Authors investigated the methods of diagnostics of Actinomycosis and those of prevention and treatment. It was stated that because of pelvic Actinomycosis at IUD users the surgical intervention was not higher than the PID caused by other pathogenic microorganisms.

nem találtunk arra adatot, hogy az ovarium együttesen megbetegedett volna, de arra sincsen hivatkozás, hogy egy extragenitalis szerv megbetegedését a genitalia megbetegedése követte. Mi a fertőzés útjában teszünk különbséget, ha a góc helye az intestinum, akkor a fertőzés egyik útja azaz a primer ascendáló az előzőekben leírt, a másik vagy szekunder descendálónak inkább a Paalman és mtsai által ismertetett út tekinthető, miszerint a kórokozó képes súlyos fokú károsodás nélkül átjutni a bél falon, vagy más feltetelezés szerint a bél lézió meggyógyul mielőtt az adnexum tumora kifejlődik (2, 18). A fertőzés ezen formája csak belső úton halad, megbetegítve csak a tubát, ovariumot. Predisponáló tényezőként tartják számon a megelőző hasi sebészeti beavatkozást (19, 25, 26). A primer és szekunder fertőzés útjának határvonalja az endometrium.

Az anyagunkra és az irodalomra támaszkodva négy témakört vizsgáltunk.

1. Az IUE viselése rizikófaktor-e a megbetegedéseknek.
2. Az AM fertőzés primer és szekunder formái és az ezekből levonható következtetések.
3. A diagnózis lehetőségei.
4. Terapia és követés.

Anyag és módszer

1984 és 1989 között a Vasgyári Kórház Szülészeti- és Nőgyógyászati Osztályán kezelt betegeknek a pathologus orvos 36 esetben talált AM fertőzésre utaló jelet, onkocytologiai kenetben, az IUE felszínén, méhkaparékban és műtéti preparatumban. A kenetvétel minden esetben rákszűrés céljából történt. IUE eltávolí-

Kulcsszavak: actinomycosis, kismencedei gyulladás, intrauterin eszköz

tását vérzészavar vagy ismételt terhesség vállalása indokolta. A méhkaparékából diagnosztizált AM eseteinél az abrasio vagy vérzészavar miatt, vagy praeeoperatív jelleggel történt. IUE-t viselőknél, ha vérzészavar miatt abrásiót végeztünk, az IUE-t szövettani vizsgálatra küldtük, de a panaszmentes esetekben eltávolított méhenbelüli fogamzásgátló eszközök egy részét is. Az AM organizmus az esetek egy részében csak jelen volt a vizsgált anyagban, másrészt pedig már konkrét megbetegedést is okozott. A 36 diagnosztizált esetből kórházi felvételt 19 eset került. Nem vettük fel osztályunkra azokat, akiknél az AM csak cytologiai kenetből, valamint csak IUE felszínéről lett kimutatva. A 19 betegnél akik kórházba kerültek, az AM organizmus jelenlétét csak utólag sikerült bizonyítani, a felvétel panaszai miatt történt.

A pathologus orvos a portio és cervix kenetből Papanicolaufestéssel a cytologiai eredmény mellett az AM organizmus gyanúját is jelezte, ha a festett kenetben a kórokozók sötét, tömör gomolyag formájában egyenletes eloszlásban voltak láthatók a cervicális kenetben, valamint akkor is, ha a Gupta által leírt formációkat látta. Az IUE felszínéről eltávolított anyagot, valamint az endometrium kaparékat HE-nal festve, s gyanús esetben ezt PAS-sal tovább festve sikerült a már típusos AM tökélet kimutatni.

Az osztályon 19 AM fertőzéssel kezelt beteg adatait hasonlítottuk össze 64 olyan betegével az adott időszakban, akik egyéb kismencedei gyulladás miatt kerültek felvételre. A vizsgált időszakban 2500 IUE-t helyeztünk fel. Anyagunk feldolgozásánál külön vizsgáltuk a primer ascendáló és szekunder descendáló úton történt AM fertőzés megbetegedetteinek csoportjait, s ilyen formában tettünk különbséget a női genitáliák primer vagy szekunder megbetegedése között.

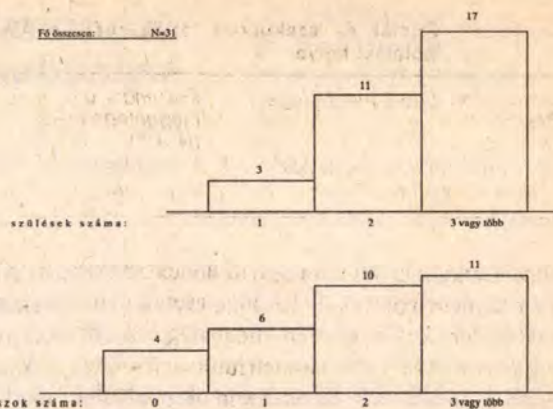
Eredmények

Az 1. táblázat az AM vagy egyéb kórokozó által okozott kismencedei gyulladások klinikai megjelenési formáit mutatja be IUE-vel védekezők és IUE-t nem viselőknél. A plasztikus IUE viselésénél a „fertőzöttség” magasabb mint az egyéb típusoknál. Anyagunkban az IUE-t viselők közül csak kettőnél találtunk nem Szontagh típusú méhenbelüli eszközt.

A szülések, vetélések száma befolyásolja IUE-t viselőknél az AM előfordulásának gyakoriságát (ábra), de összefüggést mutat a viselés idejével is.

Az AM fertőzöttek csoportjában az átlagos viselési idő 7 év. Egyéb kórokozók okozta gyulladások miatt eltávolított IUE-k átlagos viselési ideje 5 év volt.

A gyulladás súlyossági foka is összefüggést mutat az intrauterin eszköz viselésének idejével. Az AM okozta



ábra: IUE viselőknél az AM okozta kismencedei gyulladások előfordulásának gyakorisága a szülések és terhességmegszakítások száma szerint

gyulladás műtéti eseteinél az átlagos viselési idő 9 év, de hasonlóan magas az egyéb kórokozók okozta gyulladások miatt elvégzett műtéteknél is, ahol az 8,5 év volt.

Anyagunk feldolgozásánál külön vizsgáltuk a primer vagy külső és szekunder vagy belső AM fertőzés útján megbetegedettek csoportjait. Az osztályon kezelt 19 esetből 9 alkalommal végeztünk műtétet.

A feldolgozásnál egy esettel nem számolhattunk, ugyanis laparotomia alkalmával a hólyag, méh és függelékei, valamint a vastagbél egy gyulladásos konglomerátumot alkotott, így nem sikerült az érintett szerv eltávolítása. Penicillin infúzió után ismét műtétet terveztünk, de a beteg önkényes távoztása után baleset következtében elhunyt.

Az AM fertőzés azon esetei, melyek műtéti beavatkozást nem igényeltek, primer fertőzésnek minősíthetők, ugyanis az AM tökélet vérzészavar miatt elvégzett méhkaparék anyagában, IUE felszínén az az endometriumban lett izolálva (2. táblázat) úgy, hogy a függelékek megbetegedését nem okozta.

A műtéti beavatkozást igénylő 8 eset közül 3 alkalommal a műtétet nem az adnexumok tályogja vagy súlyos fokú gyulladása miatt végeztük el, hanem méhizom daganat tette ezt szükségessé, s mindegyikük IUE-t viselt. Az AM fertőzés praeeoperatív abrásió során derült ki, s a műtéti preparátum szövettani feldolgozásánál sem a cervixben,

1. táblázat: AM és egyéb kórokozó okozta kismencedei gyulladások klinikai megjelenési formái osztályunkon kezeltéknél

Enyhe tünetekkel járó AM fertőzésnél (N = 13)	IUE-t viselt	Nem viselt
— Endometritis	2	—
— vérzészavar	7	1
— uterus nyomatosus + vérzészavar	3	—
AM fertőzés miatt műtétre került eseteknél (N = 6)		
— pelveoperitonitis + tuboovariális abscessus	2	—
— tuboovariális abscessus	2	2
Enyhe tünetekkel járó egyéb kórokozó okozta fertőzések (N = 45)		
— endometritis	8	2
— vérzészavar	30	5
Egyéb kórokozó okozta kismencedei gyulladás miatt műtétre került eseteknél (N = 19)		
— pelveoperitonitis + tuboovariális abscessus	3	—
— tuboovariális abscessus	10	6

2. táblázat: **Primer és szekunder fertőzésnél az AM töke izolálási helye**

primer úton történt megbetegedésnél (N = 10)	szekunder úton történt megbetegedésnél (N = 5)	
— endometrium kaparékából:	9	— tuba: 3
— IUE felszínéről:	1	— ovarium: 2

sem az endometriumban sem az adnexumokban az AM töke már nem volt jelen. Ezek az esetek nem sorolhatók a szekunder fertőzés útján megbetegedettek csoportjába, ugyanis az AM-t az endometriumban izolálták, a műtét elvégzését pedig nem az adnexumok gyulladása indokolta. A méhkaparás ezekben az esetekben egyben terápiás beavatkozást is jelentett. Ide sorolható viszont az az 5 eset, amikor az egyik vagy másik oldali függelékek eltávolítására kényszerültünk (2, 3. táblázat). Ezen betegek közül ketten sohasem viseltek IUE-t.

3. táblázat: **Primer és szekunder AM fertőzés szövettani diagnózis szerinti megoszlása. A műtét típusai**

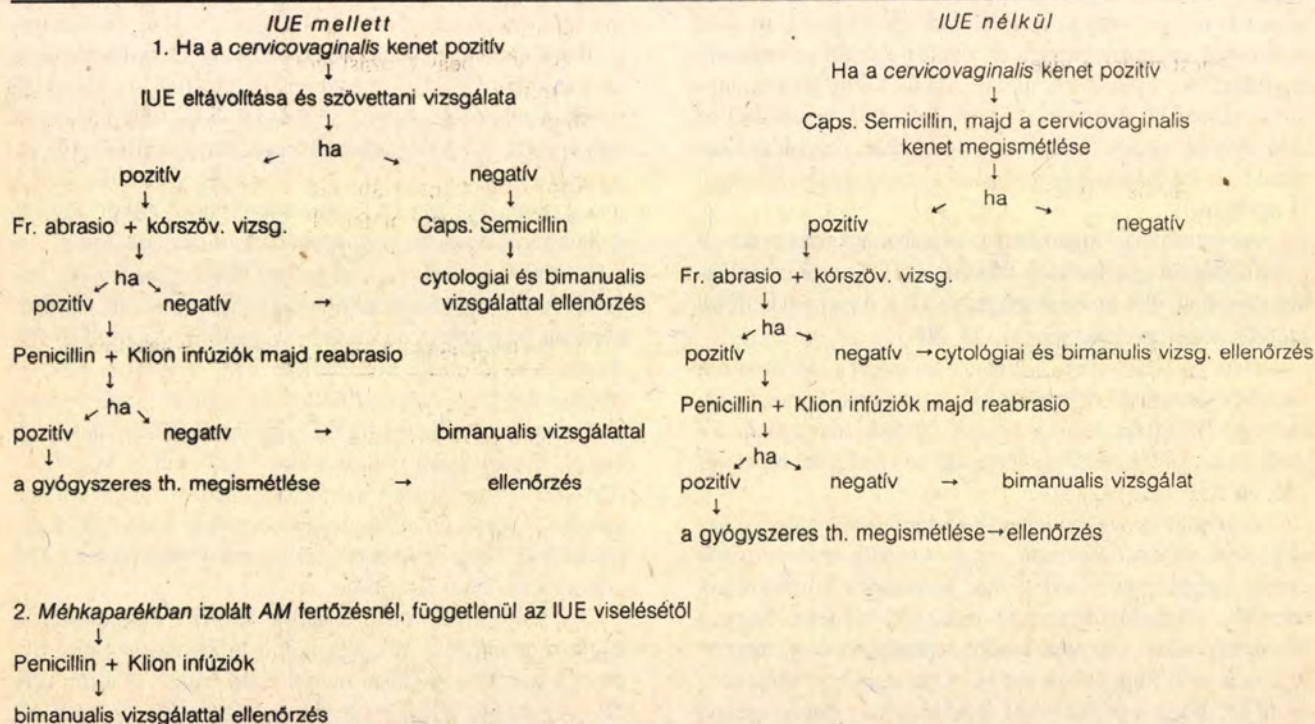
Primer fertőzés útján megbetegedettek szövettani diagnózis szerinti megoszlása (N = 10)

— cervitis, endometritis:	2
— nem típusos proliferációs vagy secretios jellegű méhnyálkahártya — vérzészavar formájában:	8

Szekunder fertőzés útján megbetegedettek szövettani diagnózis és a műtét típusa szerinti megoszlása (N = 5)

szövettani dg.:	műtét típusa:
— egy oldali salpingitis purulenta	1 adnexectomia
— egy oldali pyoovarium	1 adnexectomia
— két oldali abscessus tuboovariális	1 abdominalis total + adnexectomia l. u.
— egy oldali abscessus tuboovariális, másik oldali salpingitis purulenta	egy oldali adnexectomia — másik oldali salpingectomy + ovarium resectio
	2

5. táblázat: **Primer AM terápiás sémája IUE-t viselők és nem viselőknél**



Anyagunkban az AM jelenlétének gyanúja döntően onkocytológiai kenetből és biztos jelenlétének kimutatása méhkaparékából sikerült (4. táblázat).

Az 5. táblázat mutatja be a terápiás és követési sémákat AM fertőzésnél, attól függően, hogy a kórokozó kimutatása honnét sikerült. Ezt a terápiás és követési sémát csak az anyagunk feldolgozása óta alkalmazzuk.

4. táblázat: **AM genitalis izolálási helye IUE-t viselők és nem viselőknél (N = 36)**

	onkocytológiai kenetből	IUE felszínéről	méhkaparékából	műtétiparatómból
IUE-t viselt:	13	2	13	3
IUE-t nem viselt:	2	—	1	2
Összesen:	15	2	14	5

Az IUE alkalmazása jelenleg az egyik legelterjedtebb fogamzásgátlási módszer. A veszély figyelemre méltó, mivel a WHO adatai szerint világszerte több mint 70 millió nő visel méhenbelüli fogamzásgátló eszközt. Használatakor nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy súlyos szövődmények okozója is lehet. A Szontagh-féle plasztikus IUE és az AM megbetegedés közötti összefüggés egyes szerzők szerint bizonyított (1, 5, 28). Keebler és mtsai közleményükben összehasonlító vizsgálatot végeztek a plasztikus IUE és egyéb intrauterin eszközök mellett genitális AM-ben megbetegedetteknél. Vizsgálatuk eredménye az volt, hogy a plasztikus IUE viselésnél a fertőzöttség szignifikánsan magasabb, mint a CU-7, Lippes-Lopp, Dalkon típusoknál (11). A hazai irodalomban hasonló tapasztalatról számolt be Aszódi és Sótónyi (1). Azonos következtetésre jutottunk mi is, anyagunkban 31 IUE-t viselő közül csak ketten rendelkeztek a Szontagh huroktól eltérő típusú eszközzel. Itt azt is figyelembe kell venni, hogy jóval kevesebb azok száma akik a Szontagh IUE-től eltérő méhenbelüli fogamzásgátló eszközzel rendelkeznek.

Egyes közlemények szerint IUE-t viselőknél az AM jelenléte nincs kapcsolatban az életkorral, vércsoporttal, szülésszámmal, vetéléssel, a beteg szociális körülményeivel (11). A hazai irodalomban más álláspontot képvisel Aszódi és Sótónyi (1). Beteganyagunk feldolgozásakor arra a következtetésre jutottunk, hogy AM előfordulásának gyakorisága IUE-t viselőknél összefüggést mutat a szülések és a terhességmegszakítások számával. Három, vagy többször szülők csoportjában ötször, három vagy többször terhességmegszakítás esetében pedig kétszer gyakoribb az AM fertőzés.

IUE-vel rendelkezőknél a viselési időtartam is összefüggést mutat a kismencedei gyulladások gyakoriságával. Öt év után háromszor több azoknak a száma, akiknél egyéb kórokozó okozta a genitális gyulladását, az AM fertőzöttek csoportjában két év viselési idő után emelkedik a gyulladásos esetek száma. Anyagunk feldolgozása alapján az alábbi következtetésre jutottunk: IUE viselőknél az AM okozta tuboovariális abscessus műtéti megoldása kevesebb, mint más kórokozók által okozott gyulladásoknál (1. táblázat).

Az intrauterin fogamzásgátlás háromszorosára növeli a kismencedei gyulladások számát, az IUE-t nem viselőkkal szemben. Ez az adat megegyezik a hazai és külföldi szerzők megfigyeléseivel (14, 15, 30).

Neis és mtsai (16), Seligman és mtsai (25) valamint Pechtel és mtsai (19) megállapítása szerint amikor az endometrium betegszik meg, a primer fertőzés bizonyosra vehető, az ascendáló fertőzés létrejöttében pedig szerepet játszik az IUE (16, 19, 25).

A primer és szekunder úton történő AM fertőzés „hátzónája” az endometrium. Egyes szerzők az endometriumban megtelepedő AM-t, már potenciális kórokozónak tekintik, véleményük szerint csak idő kérdése, hogy a kórokozó mikor ascendál tovább hematogén úton megbetegítve a méh függelékeit is (4). A mi megfigyelésünk viszont az, hogy a primer AM fertőzésnél az endometrium

gyulladás, vérzészavar, már előbb jelentkeznek, mintsem ascendáló úton a kórokozó a méhfüggeléket megbetegíthetné. Arra sincs bizonyíték, hogy az endometriumban latensen jelenlevő kórokozó a függelékek manifest megbetegedését okozhatná, az endometrium megbetegedése nélkül. Primer fertőzéskor az AM a cervixben, endometriumban lokalizálódik. Azt, hogy a fertőzés nem ascendált tovább a függelékekre, egyrészt bizonyítja az, hogy betegek közül, akiknél vérzészavar miatt IUE eltávolítás, méhkaparás történt s a feldolgozott anyagban AM jelenléte volt kimutatható, nem alakult ki a függelékek komoly gyulladása, másrészt pedig alátámasztja az a megfigyelés is, hogy a gyulladás miatt műtetre került esetekben a praecooperatív beavatkozások anyagának szövettani feldolgozása során (méhkaparék, eltávolított IUE) a pathologus nem talált AM organizmust.

A primer fertőzés (3. táblázat) klinikai megjelenési formája enyhébb mint a szekunderé. Szekunder fertőzésnél a klinikai kép súlyosságát befolyásolja az is, hogy a méhfüggelékek milyen számban érintettek, s ez meghatározza a műtéti radikalitást is.

Valicenti és mtsai (29) panaszmentes IUE-t viselők között, 1,6%-ban találtak AM-t. Anyagunkban 2500 felhelyezett IUE-re vonatkoztatottan 15 IUE viselőnél azaz 0,6%-ban volt jelen az AM klinikailag tünetmentesen.

A kórokozó jelenléte hüvelyben, a cervix nyákbán, az IUE jelzőszálán még nem jelent megbetegedést, de szunyadvány állapotukból trauma vagy egyéb patogén hatás következtében manifesztté válhatnak, ezért lényeges a korai diagnózis (4).

Cytológiai kenetvétel Papanicolaou szerinti vizsgálatának módszere hazai szerző szerint az AM fertőzés kimutatására nem egyértelműen bizonyító értékű (27). Külföldi közleményben viszont jelent meg olyan értékelés, mely a cytologia létjogosultságát igazolja, anyagunkban cytológiai vizsgálat akkor is jelezte az AM jelenlétét, amikor a tenyésztés és szövettani vizsgálat negatív volt (8). Anyagunkban (N = 36) Papanicolaou-festéssel az onkocytológiai kenetből 15, IUE felszínéről HE—PAS festéssel 2, méhkaparékból ugyanilyen eljárással 14 és műtéti preparátum szövettani feldolgozásával 5 esetben sikerült az AM jelenlétét kimutatni. Ha IUE viselése mellett az onkocytológiai kenet AM fertőzés gyanújára utalt, akkor csak a méhenbelüli eszköz eltávolítását tartottuk célszerűnek, természetesen a felszínen levő szövet histológiai feldolgozásával. Actinomycosis fertőzés diagnosztizálásának céljából abrásiót csak abban az esetben végeztünk, ha az IUE felszínén AM jelenléte kimutatható volt, részben annak eldöntése céljából, hogy az endometriumban is jelen van-e a kórokozó, részben pedig terápiás célból. Ebben az esetben a beavatkozást antibiotikus védelemben végeztük. AM-szerű organizmust tartalmazó kenetet anyagunkban minden esetben tünetmentes asszonyoktól nyertünk. Nem fordult elő, hogy egyszerre két vizsgált anyagban is az AM organizmus jelen lett volna.

A külföldi és hazai szerzők az AM kimutatásának egyik módjaként a mikrobiológiai tenyésztést is említik, de ez a módszer nehezen megoldható, ritkán sikerült (20, 27). A szerzők álláspontja abban azonos, hogy tökéletes

diagnózist az immunserológiai és fluorescens vizsgálatok biztosítanak (8, 21).

Szekunder fertőzés korai diagnosztizálására nincs lehetőség, hiszen ezeknél az eseteknél a klinikai tünetek és a tapintási lelet miatt elvégzett műtétek preparátumainak szövettani feldolgozásakor az AM jelenléte, mint melléklet derül ki (4. táblázat).

Az AM gyógyszeres kezelésére az irodalom Clindamycint, tetraciklineket és származékait, penicillint és fél-szintetikus penicillineket ajánl (7, 13, 17).

Osztályunkon az AM fertőzés gyógyszeres kezelésének formáját az határozza meg, hogy honnét sikerült izolálni az AM organizmust valamint az, hogy a beteg viselte IUE-t. Anyagunk feldolgozása alapján felvételre csak azokat javasoljuk, akiknél az eltávolított IUE, vagy méhkaparék szövettani vizsgálata AM fertőzést jelez. Ilyenkor nagy dóziszú, 10 ME Penicillin infúziót alkalmaztunk 10 napon keresztül, melyet kiegészítettünk az anaerob társfertőzés lehetősége miatt Klion infúzióval. Ha onkocytológiai kenetben talál a pathológus AM-t s ha a beteg méhenbelüli fogamzásgátló eszközzel rendelkezik, akkor 10 napon keresztül Semicillin és Klion tabletta szedését javasoljuk, majd megismételve az onkocytológiai kenet vizsgálatát, ha az változatlanul pozitív, akkor az abrázio elvégzése célszerű. Ambulanter kezelt betegeinknél a gyógyszeres terápia megismétlésére vagy kórházi kezelésre nem volt szükség.

Az IUE viselésével összefüggő gyulladásos szövödmények elkerülése érdekében felhelyezés előtt célszerű a cervixnyák és hüvelykenet vizsgálata. Nincs egységes álláspont a folyamatos viselési időtartamra vonatkozóan, de ez mindenképpen mérlegelendő, ugyanis anyagunkban az egyéb kórokozó és AM okozta gyulladás műtéti eseteinél az átlagos viselési idő 8,5–9 év volt. Ezért javasoljuk 5 év viselési idő után az IUE cseréjét. A szövödmények elkerülése érdekében hangsúlyozzuk az évenkénti rendszeres ellenőrzés fontosságát, s nőgyógyászati vizsgálaton kívül a cervixnyák és hüvelykenet vizsgálatának elvégzését is.

Köszönetnyilvánítás

A dolgozat szerzői köszönetüket fejezik ki dr. Lackó Józsefnek a Kórbonctani Osztály osztályvezető főorvosának az elvégzett kenet- és szövettani vizsgálatokért, valamint a szóbeli segítségért.

IRODALOM: 1. Aszódi I., Sótönyi G.: Az intrauterin eszköz actinomycosisos szövödményei. Magy. Nőorv. Lapja, 1989, 52, 299. — 2. Baksay L., Vajda K.: Az uterus és a tuba actinomycosisa. Magy. Nőorv. Lapja, 1982, 45, 357. — 3. Brenner, R. W., Gehring, S. W.: Obstet. Gynecol., 1967, 29, 71. — 4. Curtis, E. M. Pine, L.: Actinomyces in the vaginas of women with and

without intrauterine contraceptive devices. Am. J. Obstet. Gynecol., 1981, 140, 880. — 5. Esztergályos Sz. és mtsai: Méhen belüli fogamzásgátló eszközt viselő nők genitális actinomycosisa és a megelőzés lehetőségei. Orv. Hetil., 1981, 122, 831. — 6. Gupta, K.: Intrauterine contraceptive devices. Acta cytologica, 1982, 26, 571. — 7. Grimes, D. A.: Nongonococcal pelvic inflammatory disease. Clin. Obstet. Gynecol., 1981, 24, 1227. — 8. Hager, W. D. és mtsai: Pelvic colonization with Actinomyces in women using intrauterine contraceptive devices. Am. J. Obstet. Gynecol., 1979, 135, 680. — 9. Hager, W. D., Majmudar, B.: Pelvic actinomycosis in women using intrauterine contraceptive devices. Am. J. Obstet. Gynecol., 1979, 133, 60. — 10. Ingalls, E. G., Meredino, K. A.: West. Surg. Obstet. Gynecol., 1952, 64, 76. — 11. Keebler, C. és mtsai: Actinomycosis infection associated with intrauterine contraceptive devices. Am. J. Obstet. Gynecol., 1983, 145, 596. — 12. Kohoutek, M., Nozicka, Z.: Tubaraktinomycose als Komplikation der intrauterinen Antikonception. Zbl. Gynäkol., 1978, 100, 1979. — 13. Lunow, E., Fenzke, G.: Aktinomykotische Tubo-Ovarial-Abszesse bei Intrauterinpressar. Zbl. Gynäkol., 1984, 106, 1281. — 14. Matányi, S.: Adatok az intrauterin eszköz viselése kapcsán kialakult súlyos kismencedei gyulladásokhoz. Magy. Nőorv. Lapja, 1986, 49, 367. — 15. Máthé I., Veres L. és Surányi S.: Az intrauterin fogamzásgátlás gyulladásos kockázata 10 000 eset tapasztalatai alapján. Magy. Nőorv. Lapja, 1980, 43, 223. — 16. Neis, K. J., Schon-dorf, N. K. Uhl, V. J., Veldung, A.: Die Aktinomykose des weiblichen Genitaltraktes bei IUP-Trägerinnen. Geburtsh u. Frauenheilk., 1982, 42, 48. — 17. Orosz-Tóth M., Fábián A., Szikora L.: IUE viseléssel szövődött kismencedei aktinomikózis fertőzésről. Magy. Nőorv. Lapja, 1987, 50, 361. — 18. Paalman, R. J. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol., 1949, 58, 419. — 19. Pechtel Gy. és mtsai: A női genitális actinomycosis. Orv. Hetilap, 1979, 120, 22. — 20. Persson, E.: Actinomyces israelii in the female genital tract. Thesis. Inst. Karolinska Stockholm, Danderdy, 1984. — 21. Persson, E., Holmberg, K.: Genital colonization by Actinomyces israelii and serologic immune response to the bacterium after five years use of the same cooper intrauterine device. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1984, 63, 203. — 22. Persson, E., Holmberg, K.: Study of precipitation reactions to actinomyces israelii antigens in uterine secretions. J. Clin. Pathol., 1985, 38, 99. — 23. Reuleaux, H., Dzikonski, M.: Zur aktinomykotischen Infektion von Endometriosen bei intrauteriner Kontrazeption. Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 1181. — 24. Schubel, W., Matthé, M., Süffert, D., Lorencz, G.: Zur primären Genital-Aktinomykose der Frau. Zbl. Gynäkol., 1982, 104, 375. — 25. Seligman, P. A. és mtsai: N. Y. State J. Med., 1976, 76, 278. — 26. Stevenson, A. M.: J. Obstet. Gynaecol. Brit. Emp., 1957, 44, 365. — 27. Szakáll Sz., Máthé I., Surányi S.: Méhenbelüli fogamzásgátló eszközt viselő nők genitális actinomycosisa. Orv. Hetilap, 1987, 128, 2195. — 28. Szegvári M. és mtsai: Szontágh-féle intrauterin eszköz (IUE) mellett kialakult tuboovariális actinomycosis. Magy. Nőorv. Lapja, 1980, 43, 14. — 29. Valicenti, J. F., jr. és mtsai: Detection and prevalence of IUD associated Actinomyces colonization and related morbidity. JAMA, 1982, 247, 1149. — 30. Wright, N. H.: Acute pelvic inflammatory disease in an indigent population. Am. J. Obstet. Gynecol., 1968, 101, 979.

(Koltai Miklós dr., Kazincbarcika, Lenin út 3. 3700)

Figyelem!

Felhívjuk tisztelt Olvasóink figyelmét, hogy az Orvosi Hetilap szerkesztősége elköltözött.

Új címe: Budapest V., Kossuth tér 13–15.

Telefon: 131-57-76

Személyesen itt várjuk kedves Olvasóinkat

LEVELEZÉSI CÍME AZONBAN VÁLTOZATLAN:

Budapest, Pf. 9. 1361

Küldeményeiket kérjük ide címezzék.

MINIPRESS*

tabletta

antihypertensivum

1 mg és 2 mg



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 1, ill. 2 mg prazosinum (prazosinium chloratum alakjában), ANTIHIPERTENZÍV HATÁSA A PERIFÉRIÁS ELLENÁLLÁS CSÖKKENTÉSÉNEK A KÖVETKEZMÉNYE.

A vérnyomás csökkentése nem jár együtt a szív-pericardium, 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-pericardium növelésének az eredménye. Ezek a hatások mind az artériákon, 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 antihypertenzív gyógyszerekkel együtt.

Mérsékelt és súlyos szívelégtelenség. Kiegészítheti az addig alkalmazott kezelést (szívglükózidok és diuretikumok), ha arra a beteg nem reagál megfelelően vagy refrakterre válik.

Raynaud-szindróma, Raynaud-betegség

Jóindulatú prosztata hiperplázia által okozott húgyúti obstrukciók adjuváns tüneti kezelésére.

ELLENJAVALLATOK

A gyógyszer iránti túlérzékenység. Nem ajánlott szívelégtelenség kezelésére, ha annak oka mechanikus obstrukció.

Terhes és szoptató anyáknak csak a gyógyszer adásának előnyeit és 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 mg	1 mg

Ellenőrzés

A következő napokon, ha szükséges	2 mg	2 mg
-----------------------------------	------	------

Ezt követően a Minipress adagja a megfelelő vérnyomásválasz eléréséig a betegek egyéni érzékenységeinek megfelelően növelhető, max. nap 20 mg-ig.

A Minipress 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, ill. -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 palpáció, ortostatikus hipotónia. A kezelés során ezek a mellékhatások rendszerint megszűnnek vagy oly kismértékűek, hogy a gyógyszer adagjának csökkentését nem teszik szükségessé.

Ritkán előfordulhat hányás, hasmenés vagy székrekedés, alhasi diszkomfort érzés és/vagy fájdalom, ödéma, májfunkciós rendellenességek, pancreatitis, dyspnoe, eszméletvesztés, tachycardia, idegesség, hallucináció, depresszió, gyakori vizelési inger és inkontinencia, paraesthesia, kiütés, viszketés, alopecia, lichen planus, impotencia, homályos látás, a sclera pirossága, orrvérzés, fülcsengés, szájszárazság, orrdugulás és izzadás, láz, pozitív antinukleáris antitest titer, arthralgia. Összefüggésük a Minipress szedésével nem minden esetben volt megállapítható.

FIGYELMEZTETÉS

Ritkán előfordulhat a kezelés elején vagy a dózis növelésekor, hogy a Minipress bevétele után fél-másfél órával átmeneti szédülés, gyengeség, izzadás lép fel, ilyen esetben, amíg a tünetek tartanak, célszerű fekvődni.

A gyógyszer rendelésekor a jóváhagyott alkalmazási előírás (Útmutatóhoz készült pótlap) részletes információit kell figyelembe venni.

MEGJEGYZÉS

✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal!

CSOMAGOLÁS

100 db 1 mg-os tabl.
100 db 2 mg-os tabl.

* PFIZER Inc. New York védjegyzett neve.

Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együttműködés alapján



®Trental 400





[®]Trental 400

**Korszerű lehetőség
az érbetegségek kezelésére**

Hatóanyag: 400 mg pentoxifyllinum drazsénként.

Javallatok: Perifériás keringési zavarok (pl.: láb-szárfekély, gangréna). Agyi keringési zavarokból adódó állapotok (emlékezettől és koncentrációs készséggel kapcsolatos zavarok, szédülés, fülzúgás, stb.)

Szem és fül keringési zavarok, melyek csökkentik a látási és hallási képességet.

Ellenjavallatok: Pentoxifyllin túlérzékenység, erős vérzés, gyomorvérzés, akut szívinfarktus, nagy kiterjedésű retinavérzés, terhesség.

Adagolás: Naponta 800—1200 mg (2—3-szor 1 drazsé) adható. Szétrágás nélkül, bő folyadékkal, étkezés után kell bevenni.

Mellékhatások: Alkalmazásakor előfordulhatnak gyomor-, bélpanaszok (pl. gyomornyomás, teltségérzés, émelygés, hányás, hasmenés), fejfájás vagy szédülés, melyek egyes esetekben a kezelés megszakítását tehetik szükségessé.

Arckipirulás vagy forróságérzés, paroxysmalis tachycardia, angina pectoris vagy vérnyomásesés nagyon ritkán jelentkezik, főleg magasabb dózisoknál. Ilyen esetekben a készítmény szedését szüneteltetni kell, vagy a dózis csökkentését fontolóra kell venni. Túlérzékenységi reakciók — viszketés, bőrvörösség, csalánkiütés, a bőr lokális duzzanata (angioneuroti-

**drazsé
Vasodilator periphericus**

kus ödéma) — előfordulása ritka és rendszerint a terápia abbahagyásával gyorsan elmúlnak.

Antikoagulánsokkal vagy thrombocytá aggregációt gátlókkal, illetőleg nélkülük végzett Trental kezelés alatt ritkán bőr- és nyálkahártya vérzések léphetnek fel. Egyes esetekben thrombocytaszám csökkenés léphet fel.

Gyógyszerkölcsonhatások: Óvatosan adható:

— vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás)

— inzulinnal, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás)

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

Megjegyzés: * Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Súlyos vagy progrediáló perifériás és agyi keringési zavarokban, melyek csökkentik a látási és hallási képességet, a területileg és szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) javaslata alapján a kezelőorvos a készítményt térítésmentesen rendelheti.

Csomagolás: 100 drg

Előállítja: CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

1045 Budapest, Tó u. 1/5

Hoechst AG. Frankfurt am Main (NSzK) licence alapján

® = Hoechst A. G. — NSzK bejegyzett védjegye



Kostic Szilárd dr.,
Pálffy Gyula dr.
és Vadász Pál dr.

Vállövi alagút (thoracic outlet) szindróma miatt végzett reoperációk

Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, Mellkassebészeti Tanszék
(tanszékvezető: Pálffy Gyula dr.)

és Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest, Mellkassebészeti Osztály
(főigazgató: Schweiger Ottó dr.)

A közlemény Prof. Dr. Kulka Frigyes 65. születésnapja emlékére készült

Szerzők vállövi alagút (thoracic outlet) szindróma kapcsán röviden foglalkoznak ezen betegség sebészi kezelésének kérdéseivel. Állást foglalnak a transaxillaris I. borda rezekeció mellett. Véleményük szerint az esetek túlnyomó többségében a recidiváért a visszahagyott vagy elégtelenül eltávolított I. borda tehető felelőssé. Végzetül hangsúlyozzák a korán megkezdett gyógytorna és fizioterápia fontosságát reoperációk után is.

Reoperations performed because of thoracic outlet syndrome. Questions of surgical treatment are dealt with shortly when analyzing reoperations in cases of thoracic outlet syndrome. Transaxillary first rib resection is considered as a favourable solution. Authors believe that in the overwhelming majority of recurrences it is the lack of resection or insufficient resection of the first rib that can be considered as responsible for it. By the way of conclusion the importance of medical gymnastics and physiotherapy to be started in the early postoperative period is pointed out.

A tünetegyüttes több mint 100 éve ismert, a karra futó neurovaszkuláris köteg összetevőinek együttes vagy izolált kompressziójából ered (1). A betegség szinonimái: scalenus-, nyaki borda-, vállövi neurovaszkuláris-, costoclavicularis-, vállövi alagút-, thoracic outlet szindróma (továbbiakban: TOS). A kórkép kissé túlzott képzettársítással egy törthöz hasonlítható. A tört számlálójában ismert és ismeretlen kóroki tényezők vannak. A nevező viszont közös: az alagút csontos alapját képező I. borda.

A nyomást kiváltó rendellenességek részben radiológiai jól kimutathatók: nyaki borda, C. VII. csigolya hátrányúványának megnagyobbodása, hasadt I. borda, két borda összezsugorodása, kulcsont deformitás, traumás csonthegek, aszimmetrikus mellkas kimenet stb., másrészt nem ábrázolható fibrózus kötegek, izmok, szalagok okozta leszorításokról van szó.

Logikusnak látszik, hogy a TOS sebészi kezelésében döntő a közös nevező, az első borda rezekeciója, a másodlagos, de nem lényegtelen az egyéb anatómiai eltérések korrekciója (2).

A TOS sebészi kezelése után az esetek egy részében a panaszok és a tünetek vagy nem szűnnek meg, vagy hosszabb-rövidebb idő múlva visszatérnek. Ezt recidivának, pontosabban pseudorecidivának nevezzük (3, 4). A „kiújult” TOS gyógyításában újabb műtét is szóba jön. A manuális szakmákban a reoperáció eldöntése és kivitelezése

se a legnehezebb feladatok közé tartozik. Anyagunk elemzésével ebben a kérdésben kívánunk állást foglalni és akarjuk tapasztalatainkat közreadni.

Beteganyag

Intézetünkben 1980 és 1988 között 136 műtétet végeztünk TOS olyan formáinál, ahol érműtetre nem volt szükség. Nők, férfiak aránya 112 : 24 volt (1. táblázat). Primér műtétként mindig

1. táblázat: TOS miatt végzett műtétek (n = 136)
OTE Mellkassebészeti Tanszék, 1980–1988

Nő — férfi arány = 112 : 24	
I. borda rezekeció	67
I. borda rezekeció — nyaki borda rez.	8
I. borda rezekeció — sympathectomia	32
Nyaki borda-, majd I. borda rez.	3
Reoperáció	26
Összesen:	136

axillaris behatolásból az I. borda rezekeciója történt, 3 esetben először eltávolítottuk a nyaki bordát, ezután került sor egy ülésben az I. borda rezekecióra. Paravertebralis behatolást mindig reoperációknál választottunk. Nem kombináltuk rutinszerűen a bordarezekeciót sympathectomiával, csak Raynaud-s tünetek egyidejű fennállása esetén.

Recidiváló TOS miatt 26 műtetre került sor. A reoperációk javallatait elemezve kitűnik, hogy az esetek túlnyomó többségében a rosszul, vagy egyáltalán el nem végzett I. borda rezekeció tehető felelőssé a kiújult tünetekért. Borda újraképződést akkor figyelhettünk meg, amikor a bordarezekeció subperiostealisán történt (2. táblázat). Utánanézünk, miért nem volt bordarezekeció az első műtét alkalmával; 3 esetben a II. bordát rezekezték, 3 betegnél csak sympathectomia, 2 esetben csak scalenotomia

Kulcsszavak: thoracic outlet szindróma, recidiva, reoperáció

2. táblázat: **Reoperációk javallatai** (n = 26)
OTE Mellkassebészeti Tanszék

Borda újraképződés	2
Korábban bordarezekció nem történt	11
Elégtelen I. borda-rez. történt	13
Összesen:	26

3. táblázat: **Miért nem történt az első műtétnél bordarezekció?**
TOS miatt végzett reoperációk (n = 26)
OTE Mellkassebészeti Tanszék

Csak nyaki borda rezekció történt	1
Csak scalenotomia volt	2
Csak sympathectomia történt	3
Érsérülés műtét közben	2
II. borda rezekcióra került sor	3
Összesen:	11

volt az első beavatkozás, két beteg tervezett műtétjének menetét váratlan érsérülés félbeszakította (3. táblázat).

Reoperációknál — amelyekre kivétel nélkül fél éven belül került sor — a műtéti behatolást lehetőleg úgy választottuk meg, hogy „érintetlen” területen keresztül történjék. Ezért használtuk 19 betegben a magas paravertebralis, „thoracoplastikai” incíziót, amely igen alkalmas a hátsó, hosszú bordacsonk rezekciójára (4. táblázat).

4. táblázat: **TOS miatt végzett reoperációk** (n = 26)
OTE Mellkassebészeti Tanszék

	Műtéti behatolás
Axillaris	7
Paravertebralis	19
Összesen:	26

TOS műtétjeink után 4 esetben plexus vongálódás tüneteit figyeltük meg; ez a kar túlhúzásából következett. Egy akut reoperációt kellett haematoma miatt végeznünk. Plexus brachialis sérülés egy recidiva műtétje során fordult elő.

Megbeszélés

A reoperáció előtt minden esetben tisztázni kell, hogy az első műtét idején valóban TOS-ról volt-e szó. Számos betegségtől kell elkülöníteni a vállövi alagút szindrómát az érideg köteg egyes alkotóelemeinek érintettsége vagy a tünetek bonyolult összefonódása miatt. Leggyakoribb hiba a nyaki spondylarthrosis, periarthritis humeroscapularissal, nyaki discus herniával való összetévesztés.

Egy esetben TOS feltételezett diagnózisával más intézetben I. borda rezekciót végeztek egy 53 éves férfi betegben. A műtét után panaszai fokozódtak, ezért aortographia történt. Ezen került felismerésre a panaszokért felelős Pancoast tumor.

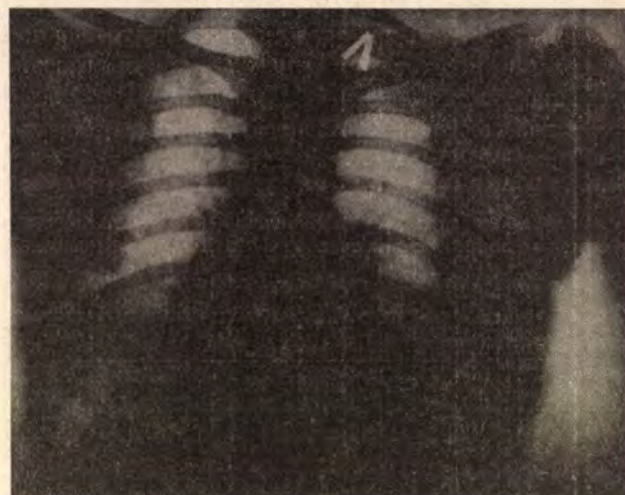
A reoperációk első műtétjeinek 80%-a más intézetben zajlott. Természetesen tudjuk, hogy saját recidiváink egy része ugyancsak más osztályokra kerül.

A reoperációk (N : 26) előtti műtéteket a következő csoportokba soroltuk:

1. Elégtelen műtét

- csak a nyaki bordát rezekálták
- csak scalenotomia vagy sympathectomia volt
- subperiostealis bordarezekció következtében bordaregenerátum keletkezett

- a borda rezekciója megtörtént, de főleg az idegkompresszió szempontjából nem lényegtelen hosszú hátsó bordacsonk maradt vissza (1. ábra).



1. ábra: Az I. borda csaknem egész hátsó ívét „megtartó” resectio.

2. Szövődmény miatt félbemaradt műtét.

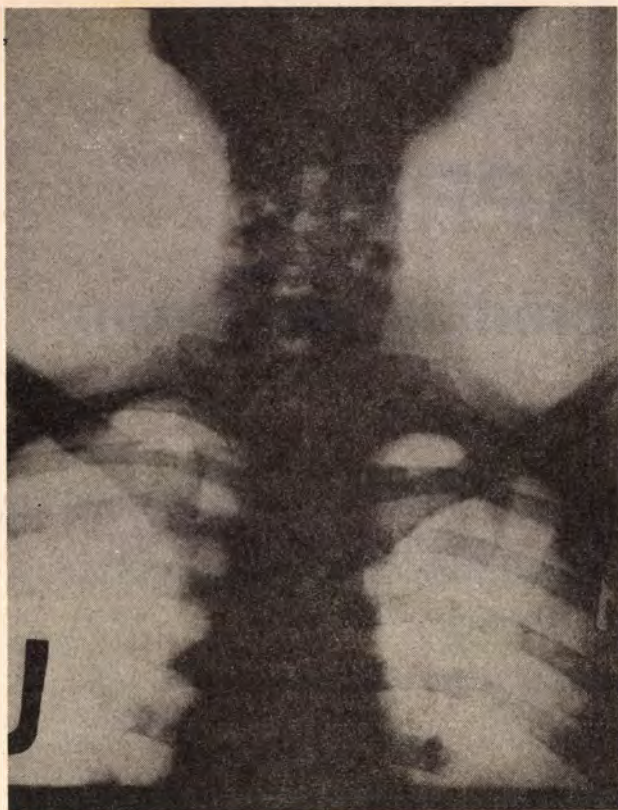
Két esetben arteria-, ill. vénasérülés miatt a műtét tervezett menete megváltozott.

3. „Pseudo-műtét”

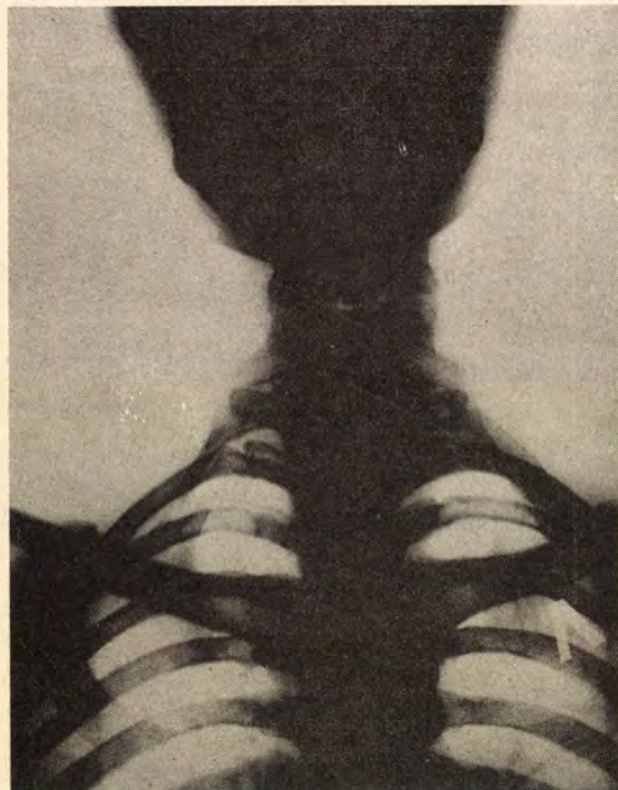
Ebbe a kategóriába azokat a beavatkozásokat soroltuk, amikor vagy az I. borda helyett a II-t rezekálták, vagy jelentéktelen kis borda darabkákat „haraptak” ki ezen a címen (2. és 3. ábra).

Nem kívánjuk minősíteni a műtéti behatolást, mindeki olyan feltárásból operáljon, amelyben járatos. Biztosak vagyunk abban, hogy amikor érrekonstrukcióra van szükség, szerencsésebb az infraclavicularis feltárást. Úgy gondoljuk azonban, hogy a TOS korrekt sebészeti kezelése, a közös nevező, az alagút csontos alapját képező I. borda csaknem teljes eltávolítása, és a többi rendellenesség korrekciója másodlagos.

Reoperációk során olyan behatolást választunk mindig — mint azt korábban említettük — amely érintetlen területen át történik. Tapasztalatunk szerint a legkomolyabb szövődmények mindig heges környezetben, nehéz tájékozódási viszonyok között végzett műtétek során jelentkeznek. Scalenotomia, supraclavicularis műtét után axillaris, hónalj vagy infraclavicularis műtétek után hátsó paravertebralis behatolást részesítünk előnyben. Úgynevezett thoracoplastikai fektetésből operálunk, az incíziót a gerinc és a scapula éle között vezetjük. A jobb feltárást érdekében nem riadunk vissza a II. borda részleges csonkolásától sem (4. ábra).



2. ábra: Kétoldali axillaris I. borda resectio „műtét” utáni állapot. Jobb oldalon az I. bordából 1 cm-nyi szakasz hiányzik, bal oldalon a II. bordából csíptek ki egy darabot.



3. ábra: Kétoldali axillaris „műtét” postoperatív felvétele. Jobb I. borda hátsó, a bal I. borda előlső ívéből resecáltak.



4. ábra: Az 1. ábrán látható eset reoperáció után készült felvétele. A paravertebralis behatolásból végzett műtét során a jobb feltárás érdekében a II. borda hátsó ívének egy részét is eltávolítottuk.

A reoperáció során igyekszünk minden hegyszövetet, regenerátumot eltávolítani. A hosszú bordacsonkot rezekekáljuk és amennyiben szükségesnek tartjuk, úgy sympathectomiát végzünk. A műtét után — mint az első beavatkozás után is — nagyon fontosnak tartjuk a korán megkezdett gyógytornát és fizioterápiát.

Mindezek alapján az a véleményünk, hogy TOS eredménytelen sebészi kezelése után újabb műtét megszüntetheti a beteg tüneteit és panaszait, ha azt igen szigorú indikáció alapján, korrektül, szövődménymentesen végezzük.

IRODALOM: 1. Keszler P., Ábrahám L.: Ellentmondások és nyílt kérdések a vállövi alagút (thoracic outlet) szindróma diagnosztikájában és sebészi kezelésében. Orv. Hetil., 1985, 126, 691. — 2. Kostic Sz., Kulka, F.: TOS miatt végzett műtétek eredménytelenségeinek okairól. Pneum. Hung., 1984, 37, 359. — 3. Urschel, H. C. Jr., Razzuk, M. A., Albers, J. E.: Reoperation for recurrent thoracic outlet syndrome. Ann. Thor. Surg., 1976, 21, 19. — 4. Urschel, H. C. Jr., Razzuk, M. A.: The failed operation for thoracic outlet syndrome: difficulty of diagnosis and management. Ann. Thor. Surg., 1986, 42, 523.

(Kostic Szilárd dr., Budapest, Pihencő út 1. 1529)





HUMAPREG

Terhességi gyorsdiagnosztikum

ÖSSZETÉTEL: HUMAPREG I. anti-human choriogonadotropin szérum, ami béta hCG elleni nyúlszérum és egér monoklonális ellenanyag keveréke, konzerválószerként 0,1% nátriumazidot tartalmaz.
HUMAPREG II. hCG-al fedett, speciálisan kezelt latex szuszpenzió, konzerválószerként 0,25% fenolt és 0,1% nátriumazidot tartalmaz.
Pozitív vizeletkontroll: Több mint 2,0 IU hCG-t tartalmaz ml-enként, tartósítószer 0,1% nátriumazid. Negatív vizeletkontroll: 0,1% nátriumazidot tartalmazó vizeletkontroll.

ALKALMAZÁS: A terhesség korai kimutatására szolgáló immunológia reagens, mely kettőperces leolvasási időt követően teszi megbízhatóan lehetővé a vizeletben levő hCG kimutatását. Érzékenysége 0,4—0,8 IU hCG/ml.

RENDELHETŐSÉG: Kizárólag gyógyintézetek részére.

CSOMAGOLÁS:

- 1 készlet az alábbiakat tartalmazza:
- 1 üveg HUMAPREG I
- 1 üveg HUMAPREG II
- 1 üveg Pozitív viz.-kontroll
- 1 üveg Negatív viz.-kontroll
- 1 db kék gumisapkás cseppentőfeltét
- 1 db sárga gumisapkás cseppentőfeltét
- 1 db üveglemez
- 60 db műanyag cseppentő

TÁROLÁS: A reagenskészletet 2—8 °C-on kell tárolni. Fagyástól óvni kell.

LEJÁRATI IDŐ: 2—8 °C-on tárolva 18 hónapig használható.

GYÁRTJA:

**HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutatóintézet
a NABI (USA) licence alapján.**

Duffek László dr.
és Dabasi Gabriella dr.

Cyclosporin koncentráció meghatározása vérből radioimmunoassay-vel

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Radiológiai Klinika
(igazgató: Horváth Ferenc dr.)

Cyclosporin A terápia elképzelhetetlen a vér cyclosporin koncentrációjának folyamatos periodikus ellenőrzése nélkül. Erre az egyik legjobb módszer a radioimmunoassay, mivel ez a módszer egyszerre nagyszámú minta feldolgozását teszi lehetővé megfelelő érzékenységgel. A módszer lehetővé teszi, hogy csak a cyclosporin A koncentrációját (monoklonális specifikus antitest) vagy a cyclosporin A és metabolitjainak (monoklonális nonspecifikus antitest) együttes koncentrációját is mérjük. A ^{125}I -dal jelzett tracer nagyobb érzékenységet, valamint a kisebb mérési idő szükséglete által gyorsabb koncentrációmeghatározást tesz lehetővé.

Determination of blood cyclosporin concentration by radioimmunoassay. Cyclosporin A treatment is unimaginable without continuous and periodical monitoring of the blood cyclosporin concentration. One of the best methods for measuring is the radioimmunoassay, because this method makes possible the monitoring of a large number of samples with good sensitivity. The method is suitable for measuring either only the cyclosporin A concentration (specific monoclonal antibody) or the cyclosporin A and its metabolites (nonspecific monoclonal antibody). The use of ^{125}I labelled tracer has several advantages such as increased sensitivity, fast sample counting and so fast measuring of the concentrations.

Cyclosporin gyári nevén Sandimmune (Sandoz Ltd. Bazel, Svájc) egy tizenegy aminosavat tartalmazó hidrofób ciklikus peptid, melynek molekulatömege 1203 dalton (1, 2, 3, 4). Ez a vegyület alkalmas immunosuppresszív szer, mely használatos transzplantációknál a graft kilöködés megállítására, újabban pedig autoimmun betegségek kezelésére (5, 6, 7, 8, 9). A vér cyclosporin koncentrációjának terápiás sávját nem célszerű átlépni, mivel magas koncentrációknál a szer vese- és májtoxikus, alacsony koncentrációknál viszont nem képes a kilöködés megakadályozására, így a vegyület koncentrációját állandóan, periodikusan ellenőrizni kell.

Ezenfelül a beadott cyclosporin dózis sincs egyértelmű összefüggésben a vér cyclosporin koncentrációjával, mivel a szer metabolizmusa egyénenként különböző.

A cyclosporin koncentráció mérésére két alapvető analitikai módszer terjedt el a világon, az egyik az immunoassay, a másik pedig a nagynyomású folyadékkromatográfia (HPLC) (10, 11, 12).

Mind az immunoassay, mind a HPLC-vel történő mérésnél többféle módszer terjedt el. Az immunoassay-k tekintetében leginkább a radioimmunoassay, újabban a fluoreszcens-immunoassay használatos. A radioimmunoassay-k vonatkozásában először triciált tracet használtak, de újabban ^{125}I -dal jelzett tracer is hozzáférhető (13, 14, 15, 16, 17).

Korábban a gyógyszer koncentrációját valójában csak a HPLC volt képes meghatározni, mivel a rendelkezésre álló poliklonális antitestek számos metabolittal keresztreakcióba léptek. Az új monoklonális antitestek azonban lehetővé teszik, hogy specifikusan csak a gyógyszer koncentrációját mérjük, valamint a specifikus és nonspecifikus monoklonális antitest együttes alkalmazása lehetőséget ad a metabolitok koncentrációjának becslésére is (18, 19, 20, 21). A RIA-nál felmerül a kérdés, hogy vajon plazmából vagy teljesvérből érdemes-e a koncentrációt meghatározni. Mivel a plazma vörösvérsejt cyclosporin koncentráció arány hőmérséklet és időfüggő, így célszerűbb a meghatározást teljesvérből végezni.

A RIA esetén még az elválasztási módszerekben is lehet különbség. Korábban egyeduralkodó volt a széndextrános elválasztás, addig manapság egyre jobban terjed a második antitest híg PEG elválasztási módszer.

Anyagok, módszerek, felszerelések

Sandimmun-Kit Sandoz Ltd. Basel, Svájc (ára 300 SFr) tartalma:

TRIS puffer koncentráció pH = 7,5

Szén-dextrán szuszpenzió

Cyclosporin standard 16 $\mu\text{g/ml}$ etanolos oldat

Liofilizált monoklonális specifikus antitest

Liofilizált monoklonális nonspecifikus antitest

3-H-dihidrocyclosporin tracer 66,6 kBq 1 ml etanolos oldatban

^{125}I -cyclosporin tracer 300 kBq 20 ml oldatban INCSTAR CORPORATION Stillwater Minnesota (ára 87 \$).

Kulcsszavak: cyclosporin, vérszint, radioimmunoassay

Szükséges felszerelések:

Hűthető centrifuga
Folyadék scintillációs számláló (3-H tracer használatkor)
Gamma mérőhely (^{125}I tracer használatkor)
Egyszerhasználatos polisztirol mérőedények
mikropipetták
vortex mixer
Kalkulátor vagy milliméterpapír (a kiértékeléshez).

Cyclosporin mentes vért olyan betegektől vettünk, akik nem álltak cyclosporin kezelés alatt és vérük cyclosporinmentességét RIA-módszerrel ellenőriztük.

Meghatározandó vérminták

Teljes vért kb. 300 mg EDTA-t tartalmazó polisztirol csőbe vettük le úgy, hogy a vér össztérfogata kb. 3 ml volt.
A véreket felhasználásig $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ -on tároltuk.

Hígítások: minden reagenst a cég által a kithoz mellékelt útmutató alapján hígítottuk.

Cyclosporin standardok

A cyclosporin etanolos oldatából 16 mg/l hígítottunk cyclosporin-mentes vérrel standard mintákat úgy, hogy a standard koncentrációk 1600, 800, 400, 200, 100, 50, 25 $\mu\text{g/l}$ voltak. A zéró standard cyclosporin-mentes vér volt.

A teljes vér előkészítése

A cyclosporin standardokat, a kontroll véreket, valamint a meghatározandó mintákból 50 μl -t pipettáztunk 950 μl metanolba, majd 10 másodperces vortexelés után 5 percig $1600 \times g$ centrifugáltuk.

A felülúszó metanolos oldatot használtuk a meghatározáshoz.

A meghatározás módszere

Minden reagenst polisztirol csővekbe mértünk össze a következőképpen

50 μl metanolos felülúszó

500 μl hígított TRIS puffer

100 μl 3-H-dihydrocyclosporin vagy 100 μl ^{125}I -cyclosporin oldatot

50 μl specifikus vagy nonspecifikus monoklonális antitest oldatot

A keverés után a reakcióelegyet 16 órát $4\text{ }^{\circ}\text{C}$ -on inkubáltuk. Az inkubálási idő leteltével 500 μl $0-2\text{ }^{\circ}\text{C}$ -os mágneses keverőn kevert széndextrán szuszpenziót mértünk a reakcióelegyekhez.

12 perces $4\text{ }^{\circ}\text{C}$ -os inkubálás után 5 percig $1600 g$ -n $4\text{ }^{\circ}\text{C}$ -on centrifugáltuk, majd a felülúszót a tríciummal jelzett tracer esetén folyadékscintillációs oldatba mértük, ^{125}I -dal jelzett tracer esetén pedig egyszerhasználatos polisztirol csővekbe pipettáztuk.

A méréseket a trícium esetén Packard gyártmányú folyadékscintillációs mérőhelyen, ^{125}I esetén pedig Gamma mérőhelyen mértük a minták radioaktivitását.

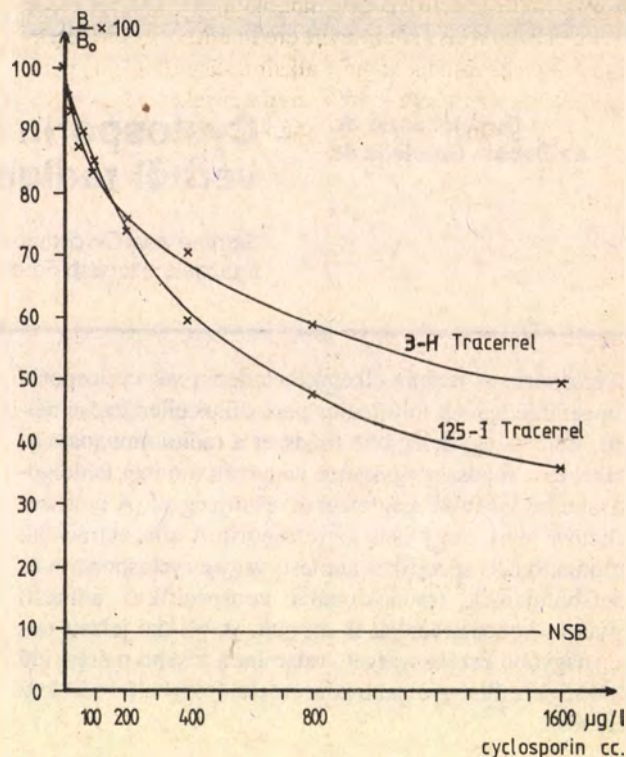
A mérési eredmények kiértékeléséhez HT 1080 Z minicomputert használtunk saját készítésű logit-log RIA kiértékelő program segítségével.

Eredmények és megbeszélés

Mint az 1. ábrán látható, a standard görbék alakja hasonló, de a ^{125}I tracer alkalmazása esetén a kiszorítás nagyobb. Ez különösen érvényesül a nagy ($800-1600\text{ }\mu\text{g/l}$) koncentrációknál. Ez az $1600\text{ }\mu\text{g/l}$ koncentrációnál B_0 -ra vonatkoztatva nagyobb 10%-nál. A ^{125}I gammasugárzás mérésének határfoka nagyobb a trícium lágy betasugárzásánál. Így a mérés érzékenysége növekedése két tényezőtől tevődik össze, egyrészt a nagyobb kiszorítás, másrészt a magasabb mérési határfoka.

Megvizsgáltunk mindkét módszerrel 53 vérmintát, melyet vesetranszplantált betegektől nyertünk. A két mód-

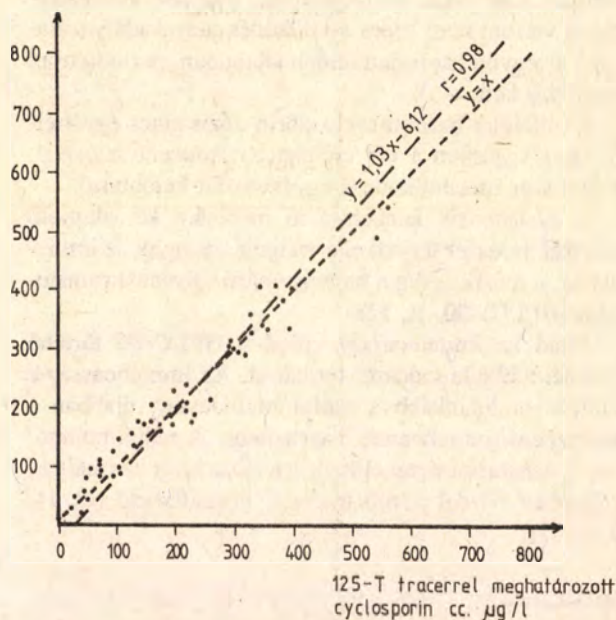
Cyclosporin RIA standard görbái



1. ábra: A cyclosporin radioimmunoassay standard görbéje 3-H és ^{125}I tracer használata esetén

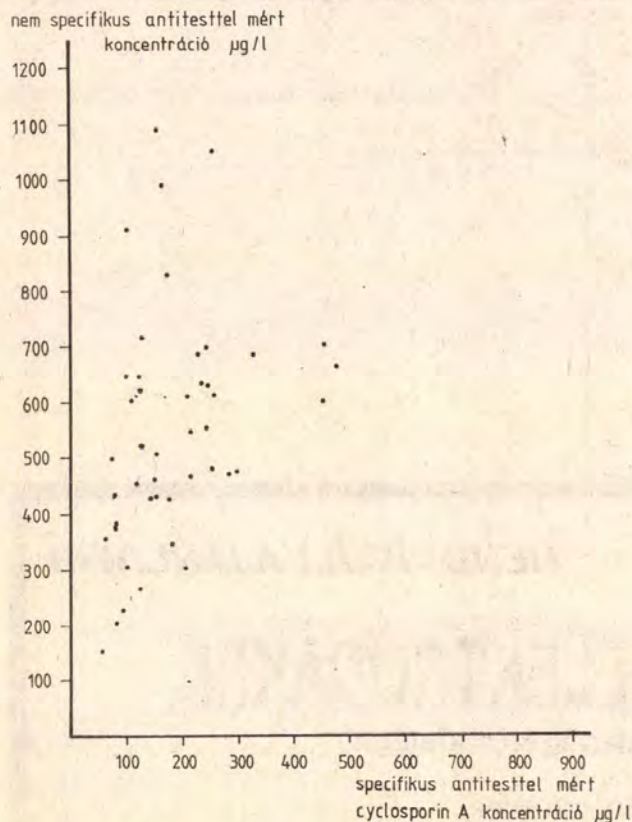
szer között lényeges mérési eredmény különbséget nem mértünk. A mérési pontokra illesztett egyenes meredeksége és a korrelációs koefficiens értéke azt mutatja, hogy a két módszer mérési eredményei között szinte elhanyagolható a különbség (2. ábra).

3-H tracerrel meghatározott cyclosporin cc. $\mu\text{g/l}$



2. ábra: A triciált és ^{125}I tracer használata során mért cyclosporin koncentrációk ($\mu\text{g/l}$) 53 minta esetén

Megvizsgáltuk vesetranszplantált betegek esetén a monoklonális specifikus és a monoklonális nonspecifikus antitest alkalmazása során mért eredményeket. Természetesen a nonspecifikus antitest alkalmazása mindenképpen nagyobb koncentráció mérési eredményeket ad, mivel a nonspecifikus antitest a metabolitokkal is reagál (3. ábra).



3. ábra: A specifikus és nonspecifikus monoklonális antitesttel mért cyclosporin koncentrációk 42 vesetranszplantált betegen

A nagy metabolit koncentráció különbségek sok tényező függvényei, így a máj- és a veseműködés és a cyclosporin kezelés időtartamától is függ. A 4. ábrán látható, hogy széles spektrumban változik a nonspecifikus antitesttel valamint a specifikus antitesttel mért eredmények aránya. Eredményeink azt igazolják, hogy a két-háromszoros arány a leggyakoribb.



4. ábra: A nonspecifikus és specifikus monoklonális antitesttel mért cyclosporin koncentráció (µg/l) eredmények aránya 42 vesetranszplantált betegen

Eredmények

Vizsgálataink során azt találtuk, hogy a radioimmunoassay módszer alkalmas a cyclosporinnal kezelt betegek gyógyszer-szintjének folyamatos szakaszos ellenőrzésére.

A metodika lehetővé teszi, hogy egyszerre nagyszámú mintát dolgozhassunk fel, ami egyszerűbb és gazdaságosabb mint a HPLC-vel.

A radioimmunoassay módszernél a különböző (specifikus és nonspecifikus) antitestek alkalmazása kapcsán lehetőség van, hogy vagy csak a gyógyszer koncentrációját, vagy a gyógyszer és metabolitjainak együttes koncentrációját határozzuk meg. Tracerként a ^{125}I -dal jelzett cyclosporint ajánljuk használni, mivel ez az eljárás érzékenyebbé teszi a koncentráció meghatározást és a klinikum számára is kedvezőbb. Ez azt jelenti, hogy a ^{125}I -dal jelzett tracer alkalmazása lehetővé teszi, hogy még aznap leletet adjunk, míg a triciált tracer használata csak másnapi leletadást biztosít. A cyclosporin A terápiás sávjának értéke természetesen függ a koncentrációmeghatározás módszerétől. Így a HPLC, a különböző radioimmunoassay-k és a fluoreszcensimmunoassay normális terápiás sávja egymástól különbözik.

Saját vizsgálatainknál a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinikáján a monoklonális specifikus antitestet használjuk. Az optimális terápiás értékek a mi laboratóriumunkban 100 és 400 µg/l koncentráció között vannak.

IRODALOM: 1. Ball, P. E., Munzer, H., Keller, H. P. et al.: Specific 3-H radioimmunoassay with monoclonal antibody for monitoring cyclosporine in blood. Clin. Chem., 1988, 34, 257–260. — 2. Beveridge, T.: Cyclosporin A: An evaluation of clinical results. Transplantation Proc., 1983, 15, 433–437. — 3. Borel, J. F.: Cyclosporin A — Present experimental status. Transplantation Proc., 1981, 13, 344–348. — 4. Colne, R. Y., Rolles, K., White, D. J. G.: Cyclosporin A initially as the only immunosuppressant in 34 recipients of cadaveric organs: 32 kidney, 2 pancreases and 2 livers. Lancet, 1979, II, 1033–36. — 5. Felder, R. A., Mifflin, T. E., Bastoni, B.: An optimized method for measuring cyclosporin A with ^{125}I -labeled cyclosporin. Clin. Chem., 1988, 34, 257–260. — 6. Feutren, G., Papoz, L., Assan, R.: Cyclosporin increases the rate and length of remissions in insulin dependent diabetes of recent onset. Results of a multicentre blind trial. Lancet, 1986, II, 119–124. — 7. Hesse, C. J., Bemd, A. V. D., Vermeer, C. et al.: An accurate simple and rapid ^{125}I -cyclosporine assay. Transplantation Proc., 1987, 19, 4025–4026. — 8. Johnston, A., Mardsen, J. T., Holt, D. W.: Simple pretreatment to minimize interference from whole blood in the radioimmunoassay for cyclosporin. Transplantation, 1987, 44, 332. — 9. Johnston, A., Mardsen, J. T., Holt, D. W.: The influence of haematocrit on blood cyclosporin measurements in vivo. Br. J. Clin. Pharmacol., 1988, 25, 509–513. — 10. Kahan, B. D., Ried, M., Newburger, J.: Pharmacokinetics of cyclosporin in human renal transplantation. Transplantation Proc., 1983, 15, 446–453. — 11. Keown, P. A., Stiller, C. R., Laupacis, A. L. et al.: The Effects and side effects of cyclosporine. Relationship to drug pharmacokinetics. Transplantation Proc., 1982, 14, 659–661. — 12. Lampe, D., Scholz, D., Prumke, H. J. et al.: Capillary blood dried on filter paper as sample for monitoring cyclosporin A concentration. Clin. Chem., 1987, 1643–44. — 13. Mahoney, W. C., Orf, J. W.: Derivatives of cyclosporin compatible with antibody-based assays I. the generation of (^{125}I)-labeled cyclosporin. Clin. Chem., 1985, 31, 459–462. — 14. Majaveri, P., Green, P. J.: Cyclosporin monitoring in kidney and liver transplant patients. Comparison between radioimmunoassay (37

$^{\circ}\text{C}$ plasma) and high-performance liquid chromatography (whole blood) measurements. Transplantation Proc., 1988, 2, 414–418. — 15. McBride, J. H., Allin, R. E., Ota, M. K. et al.: Technical aspects of the radioimmunoassay of cyclosporin A. Transplantation, 1986, 44, 153–154. — 16. Merion, R. M., White, D. J. G., Thiru, S.: Cyclosporine: Five years experience in cadaveric renal transplantation. N. Eng. J. Med., 1984, 310, 148–54. — 17. Ringden, O.: Cyclosporin in allogenic bone marrow transplantation. Transplantation, 1986, 42, 445–452. — 18. Quesniaux, V., Tees, R., Schreir, M. H. et al.: Potential of monoclonal antibodies to improve therapeutic monitoring of cyclosporin. Clin. Chem., 1987, 33, 32–37. — 19. Schram, H. F., Ro-

sano, T. G., Massel, A. E. et al.: Determination of cyclosporine concentrations with monoclonal antibodies. Clin. Chem. 1987, 33, 2225–2229. — 20. Wenger, R.: Synthesis of cyclosporine and analogous structure activity relationships of new cyclosporin derivatives. Transplant. Proc., 1983, 14, 2230–41. — 21. Wong, P. Y., Cheung, M., Yip, T. K., Mee, A. V.: Use of ^{125}I -labeled-histamine-cyclosporin C for monitoring serum cyclosporin concentrations in transplantation patients. Clin. Chem. 1986, 32, 492–495.

(Duffek László dr., Budapest, Üllői út 78/a 1082)



RENDKÍVÜLI AJÁNLAT!!!

RENDKÍVÜLI AJÁNLAT!!!

SKINTACT EKG — ELEKTRÓDÁK!!!

9 típusával szinte minden igényt kielégít

Felhasználhatósági területek:

**MŰTŐ
ALTATÁS
INTENZÍV OSZTÁLY
HOLTER
TERHELÉSES EKG
SPORTGYÓGYÁSZAT
DIAGNOSZTIKA
GYERMEKGYÓGYÁSZAT
SPECIÁLIS ESETEK**

EGYSZER HASZNÁLATOS kivitele maximális higiénias feltételeket biztosít!
18 hónapos garancia, rövid szállítási határidő, **hihetetlenül olcsó!**

KIZÁRÓLAGOS FORGALMAZÓ: ROBOHARDWARE KFT.

T.: 178-0663 FAX: 201-8867

HA BŐVEBB FELVILÁGOSÍTÁST ÓHAJT, KÉRJE ISMERTETŐNKET!

RENDKÍVÜLI AJÁNLAT!!!

RENDKÍVÜLI AJÁNLAT!!!

Ritalmex®



KAPSZULA

H 200
Antiarrhythmica

Hatóanyag: 200 mg mexiletinium chloratum kapszulánként

Hatás: A mexiletin I. B. típusú, lidocainhoz hasonló hatású antiaritmikum. A bélből tökéletesen felszívódik és nem esik áldozatul (szemben a lidocainnal) az ún. „first pass” effektusnak, ezért hatását per os adva is megbízhatóan kifejti. A hatásos plazmaszint 1—2 µg/ml, a toxikus és terápiás plazmaszint közel esik egymáshoz. Eliminációs félideje kb. 10—14 óra. A májban metabolizálódik. 70—80%-ban a vesén keresztül választódik ki. Átjut a placenta barrieren, és bejut az anyatejbe is.

Javallatok: *Kamrai aritmiák:* melyek szívizom infarktus heveny szakában vagy krónikus szívizom-isémiánál lépnek fel, vagy amelyek szívglikozidák és egyéb gyógyszerek túladagolása miatt keletkezhetnek.

Ellenjavallat: Szoptatás

A His-kötegtől distálisan keletkező AV-ingerképzési és ingerületvezetési zavarokban a mexiletint óatosan kell alkalmazni. Fokozott óvatosság szükséges bradikardia, hipotónia, szívelégtelenség, valamint vese- és májkárosodás esetén. Parkinsonos betegek tremorja fokozódhat.



Ritalmex®



KAPSZULA

Adagolás: A kielégítő vérszint gyors elérése céljából kezdeti telítő adag szükséges. A kezdő adag 400–600 mg, majd 6 óránként további 200 mg. A második kezelési naptól kezdve a napi adag 3×200 mg. (8 óránként). Ha a mexiletin terápiát opiátok vagy atropin adása előzte meg, az enterális felszívódás elhúzódó lehet, így az orális telítő adag 600 mg. Egyéb antiaritmikumokkal végzett terápia után közvetlenül, továbbá más szívre ható gyógyszerrel együtt is adagolható.

Egyéb kezelés: A helyi érzéstelenítők csoportjába tartozó (pl. lidocain) antiaritmikumokkal megkezdett intravénás kezelés per os alkalmazott mexiletin kapszulákkal folytatható az alábbi adagolás szerint: Az aritmia rendeződése után, még bekötött infúzió mellett 400 mg mexiletint kell adni orálisan. Az infúzió adását az előzetes adagolásban még egy óráig kell folytatni. További két óra alatt pl. a lidocain adagja a felére csökkenthető, majd az infúzió adásának befejezésekor további 200 mg-os orális mexiletin adagot kell adni. Ezután a szokásos per os mexiletin adás következik 6–8 órás időközökben.

Mellékhatás: A mellékhatások dóziszfüggőek és egy adag elhagyásával, vagy pedig a napi adag csökkentésével befolyásolhatók.

Gasztrointesztinális panaszok: hányás, emésztési zavarok, kellemetlen ízérzés, nausea, csuklás.

Ritkán központi idegrendszeri mellékhatások, mint álmoság, zavartság, artikulátlanság, beszéd, nystagmus, ataxia és tremor.

Kardiovaszkuláris panaszok: hipotónia, sinusbradycardia, pitvarfibrilláció és palpáció.

A mexiletin kezelésre fellépő bradikardia vagy hipotónia iv. adott 0,5–1 mg atropinszulfáttal megszüntethető.

Ritkán májkárosodás, anaphylaxiás reakció is előfordulhat.

Kölcsönhatások: Óvatosan adható együtt:

- más antiaritmiás hatású gyógyszerekkel (tekintetbe kell venni a hatásfokozódást).
- gyomor-bél motilitást befolyásoló *szerek (felszívódást befolyásolhatják),

- májfunkciót befolyásoló szerek (a mexiletin plazma koncentrációt megváltoztatják),
- a gyógyszer lebomlását késleltető szerek (pl. cimetidin) együttdadásakor a dózis emelése szükséges,
- enzim indukciót fokozó szerek pl. phenobarbital, phenytoin) együttdadásakor a dózis emelése szükséges,
- opiátok, antikolinerg szerek (felszívódását késleltetik),
- helyi érzéstelenítők (kumulálódó hatás).

Figyelmeztetés: Tekintettel arra, hogy a mexiletin főleg a vesén keresztül választódik ki, veseelégtelenségben szenvedő betegek kezelése állandó orvosi felügyeletet igényel és a clearance értékektől függően csökkentett adagolás szükséges. Lúgos pH-jú vizelet esetén a kiválasztás csökken, ami magasabb plazma koncentrációt eredményezhet.

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

Helyi érzéstelenítés alkalmazásakor figyelmet kell fordítani a lehetséges kumulálódó hatásra. Bár állatkísérletek során teratogén és embriotoxikus hatást nem tapasztaltak, terhességben az esetleges kockázatot a terápiás előnyhöz viszonyítva mérlegelni kell. Ilyenkor lehetőleg csak életveszélyes állapotokban alkalmazandó.

A kezelés időtartama egyénenként eltérő, a terápiát csak akkor kell befejezni, ha hosszabb idő után sem lép fel aritmia.

A terápiát nem szabad hirtelen abbahagyni, hanem gondos ellenőrzés mellett az adagot fokozatosan kell csökkenteni.

Gyártja: Alkaloida Vegyészeti Gyár
Tiszavasvári

Sebők Béla dr.,
Kulík Péter dr.
és Török Zoltán dr.

Tetoválások dermanyúzásos megoldásának kiegészítése sejtszuspenziós sebkezeléssel

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Bőrgyógyászati Klinika
(igazgató: Schneider Imre dr.)
és Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat közleménye

A szerzők a tetoválások dermanyúzásos sebészeti megoldását epidermális sejtszuspenzióval végzett hámosítással egészítették ki. A sejteket az eltávolított, festéket tartalmazó bőrdarabkákból szeparálták. Az eljárás előnye, hogy nincs külön adóhely, olcsó és gyors hámosodást biztosít.

Surgical removal of tattoos completed by epithelization using epidermal cell suspension. The authors completed the surgical removal of tattoos with epithelization using epidermal cell suspension. The cells were separated from the removed tattooed skin. The advantages of this method that there is no need for separate donor skin, the procedure is cheap and good epithelization can be achieved.

Az emberi bőrből élő, megfelelő körülmények között továbbszaporodásra képes sejtek szeparálhatók. Ezek szolgálnak az in vitro keratinocita-tenyészetek alapjául és felhasználhatók hámsiányos területek fedésére is. A frissen szeparált sejtekből készített szuszpenzióval sikeresen hámosítottunk bőrtranszplantátum-adóhelyeket és jó eredménnyel kezeltünk kis kiterjedésű, az írha teljes vastagságát nem érintő égési sérüléseket (12). A technika alkalmasnak látszott tetoválások dermanyúzásos kezelésének kiegészítésére is.

Betegek és módszer

Három, tetoválását eltávolíttatni kívánó betegnél (egy nő, két férfi) alkalmaztuk a sejtszuspenziós sebkezelési eljárást. Ők a beavatkozáshoz írásos beleegyezésüket adták. A rajzok, ill. feliratok mindhármukon a végtagokon helyezkedtek el.

A festenyzett bőrterületet helyi érzéstelenítésben Humby-késsel lehasítottuk (1., 2. ábra). A vérzést 3%-os H_2O_2 és

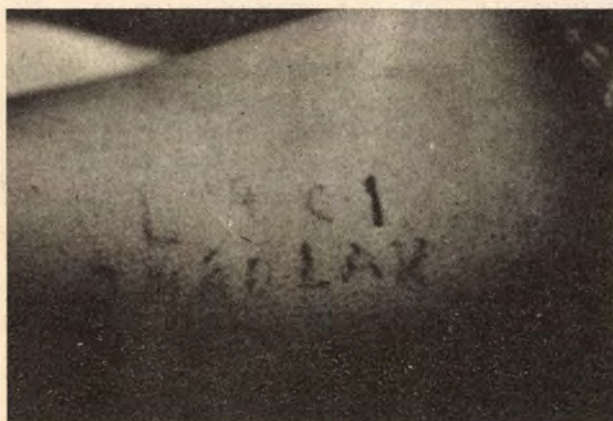


2. ábra: Az eltávolított, festéket tartalmazó bőrterület

0,002%-os Tonogén-oldattal csillapítottuk, majd a seb felszínét Op-Site® (Smith—Nephew) fóliával fedtük.

Az epidermális sejtszuspenziót az Eisinger és mtsai által leírt tripszines emésztési eljárás (4) alapján készítettük a már korábban ismertetett módon.

A sejteket Hunyadi és mtsai által leírt módszer alapján (7) fibrinháló segítségével rögzítettük a seb felszínén. A fibrinhálót a szuszpenzióhoz adott fibrinogén-dús cryoprecipitátumból, valamint thrombin-oldatból („Topostasine”® Hoffmann—La Roche) készítettük úgy, hogy a fibrin kicsapását közvetlenül a seb felszínén végeztük. A sebre kerülő szuszpenzió sűrűségét Bürker-kamra segítségével állítottuk be 1×10^6 élő sejt/ml nagyságrendbe. A szuszpenzióval egyenletesen borított sebeket Op-Site® fóliával fedtük (3. ábra), amit a negyedik napon távolítottunk el.



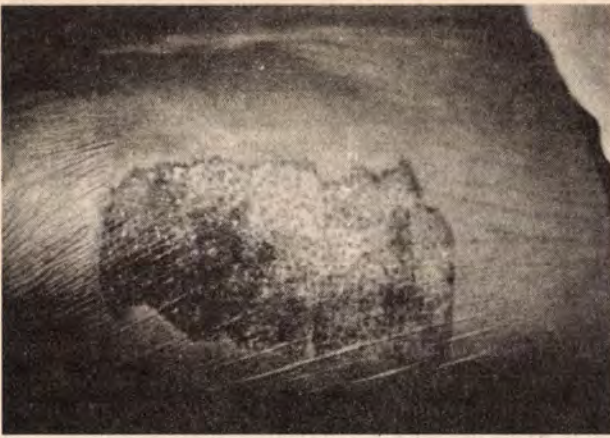
1. ábra: Felirat a bal comb feszítő felszínén

Kulcsszavak: tetoválás — epidermális sejtszuspenzió — fibrinháló — fibronectin

Orvosi Hetilap 132. évfolyam 5. szám

Eredmények

A fóliát a negyedik napon eltávolítva, a sebeket vékony hámréteget figyelhettünk meg (4. ábra). A seb felszín a minimális mértékű váladék letörlése után szárazzá vált.

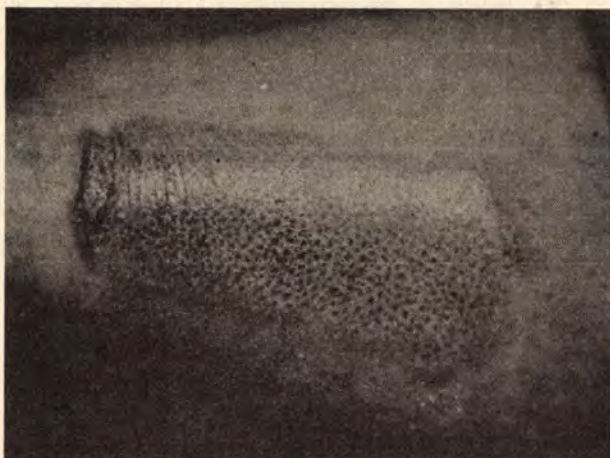


3. ábra: A seb sejtuszpenzióval beborítva és Op-Site fóliával kötve



4. ábra: A szuszpenzió felvételét követő 4. napon vékony hámréteg borítja a felszínt.

A hám a fólia eltávolítását követően két-három nap alatt megvastagodott. A sebgyógyulás kozmetikailag kifogástalan volt és általában a hetedik postoperatív napra befejeződött (5. ábra).



5. ábra: A 7. napra a hám megerősödött

Tetoválás alatt különböző idegen anyagok irhába való beju(tta)tását értjük (1). Az idegen anyagokat kötőszöveti macrophagok tárolják és a festékanyagok által okozott elszíneződés élethosszig megmarad. Tetoválások keletkezhetnek balesetek során, véletlenül (pl. robbanások, sportbaleset következtében) és készíthetők díszítő jelleggel is.

Ha az idegen anyagok traumák során jutnak a bőr alatti kötőszövetbe, akkor az elváltozások legtöbbször a szabadon lévő testrészeket érintik (pl. arc, kezek robbanás következtében), vagy a sérülés helyén keletkeznek (pl. térd sportbaleset kapcsán). Ekkor a választandó kezelési módszer a kikefélés. Narkózisban kemény köröm- vagy fogkefével az idegen szemcsék eltávolíthatók. A beavatkozást célszerű a sérülést követő 36–72 órán belül elvégezni (6, 8, 11).

Európában a díszítő tetoválás főként a társadalom perifériájára szorult rétegek körében gyakori. A feliratokat, képeket színes, sokszor művészi rajzokat legtöbbször a törzsre és a felső végtagokra, ritkán a combok feszítő oldalára készítik. Viselőik életük során általában meggondolják magukat és szeretnék tetoválásaikat plasztikai sebészeti, ill. bőrgyógyászati osztályokon eltávolíttatni. A megoldás legegyszerűbb esetben kimetszés és primer bezárás. Ezt alkalmazhatjuk kis kiterjedésű feliratok, rajzok esetén. Megpróbálkozhatunk a derma-abrasióval is (6, 11), azonban ha a festékszemcsék az irha alsóbb rétegében helyezkednek el, hegképződéssel kell számolnunk. Újabbban sikeres beavatkozásokat végeznek lézerek segítségével (13). Nagyobb kiterjedésű díszítő tetoválások esetén a választandó módszer az érintett terület tangenciális excisiója, majd bőrpótlás.

Az epidermális sejtuszpenzió jó eredménnyel alkalmazható részvastagságú bőrtranszplantátumok adóhelyeinek gyors behámosítására (12). A sejtszeparálási technika lényegéből adódott, hogy a díszítő tetoválások sebészeti megoldását kombináljuk a sejtuszpenziós sebkezelési eljárással. A festékszemcséket az irha tartalmazza, így a tetoválás kimetszése után, az excidatumból nyert epidermális sejtekkel fedhető a hámiányos terület, ami ez esetben részvastagságú bőrtranszplantátum adóhelyeként fogható fel. Ezáltal az újabb sebzés megtakarítható. A sebfelszínre került keratinocyták osztódni kezdenek és az őket rögzítő fibrinháló preformált réseibe kúsznak. E folyamatban fontos szerepet játszik néhány, az extracellularis matrixban található fehérje, főként a fibronectin. Ez az anyag a fibrinháló szálcáihoz kötődik (5) és a sejtek a fibronectin molekulák mentén terülnek szét a sebfelszínen (2, 3, 9). A humán kryoprecipitátumban sok fibronectin található, ami az előbbieken alapján segíti a hámosodást. Az occlusió kötés megfelelő mechanikai védelmet nyújt és a seb folyamatosan megfigyelhető. A fólia eltávolítása után a levegővel érintkező sejtrétegekben gyors differenciálódás kezdődik, hasonlóan ahhoz a folyamathoz, ami a folyadék-levegő határrejtegre emelt keratinocytakultúrákban lezajlik (10).

Az ilyen módon kezelt sebek gyógyulása gyors és esztétikailag sem kifogásolható. A legjobb eredményt akkor

kapjuk, ha a kimetszés után az irha legalább részben megtartott.

Eddigi tapasztalataink alapján a sejtszuszpénziós sebkezelési eljárásnak egyszerűsége, olcsósága és a gyors hámosodás miatt, helye lehet a tetoválások sebészeti megoldásában.

IRODALOM: 1. *Braun-Falco, O., Plewig, O., Wolff, H. H.*: Dermatologie und Venerologie. Dritte, neuarbeitete Auflage, Springer Verl., Berlin, New York, Tokyo, 1984, S. 627. — 2. *Clark, R. A. F., Folkvord, J. M., Wertz, R. L.*: Fibronectin as well as other extracellular matrix proteins mediate human keratinocyte adherence. *J. Invest. Dermatol.*, 1985, 84, 378. — 3. *Donaldson, D. J., Mahan, J. T.*: Keratinocyte migration and the extracellular matrix. *J. Invest. Dermatol.*, 1988, 90, 623. — 4. *Eisinger, M. és mtsai*: Human epidermal cell cultures: growth and differentiation in the absence of dermal components or medium supplements. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 1979, 76, 5340. — 5. *Grinnel, F., Billingham, R. E., Burges, L.*: Distribution of fibronectin during wound healing in vivo. *J. Invest. Dermatol.*,

1981, 76, 181. — 6. *Grösser, A. és mtsai*: Schmutztätovierungen: Therapie und Behandlungsergebnisse. In: Müller, R. P. A., Friedrich, H. C., Petres, J.: Operative Dermatologie im Kopf-Hals-Bereich. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984, S. 303. — 7. *Hunyadi J. és mtsai*: Keratinocytaszuszpenzióval végzett autotranszplantáció. *Bőrgyógy. Vener. Szle*, 1986, 62, 141. — 8. *Karge, H.*: Bürstenbehandlung von Schmutztätovierungen. *Hautarzt*, 1978, 29, 281. — 9. *O'Keefe, E. J. és mtsai*: Spreading and enhanced motility of human keratinocytes on fibronectin. *J. Invest. Dermatol.*, 1985, 85, 125. — 10. *Pruniéras, M., Regnier, R., Woodley, D.*: Methods for cultivation of keratinocytes with an air-liquid interface. *J. Invest. Dermatol.*, 1983, 81, Suppl. 1. p. 28. — 11. *Schmeller, W.*: Schmutz- und Schmucktätovierungen im Gesicht. *Dermatologie im Bild*, 1989, 4, 16. — 12. *Sebők B. és mtsai*: Bőrtanszplantátum adóhelyek és másodfokú égési sérülések kezelése epidermalis sejtszuszpénzióval — első tapasztalatok. *Orv. Hetilap*, 1988, 129, 725. — 13. *Zimmerman, M. C.*: Tattoo removal. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 1984, 10, 911.

(Sebők Béla dr., Pécs, Kodály Zoltán u. 20. 7624)

*

Olyan látogatók részére, akik mint orvosok, ápolók, közigazgatási szakemberek a betegek javáért dolgoznak.

Több mint 1500 kiállító komplett nemzetközi kínálatot mutat be.

Találkozóhely



Interhospital 91
1991. ápr. 23-26.

Részletes információt és a 16. Hospital Congress programját rendelkezésükre bocsájtja:

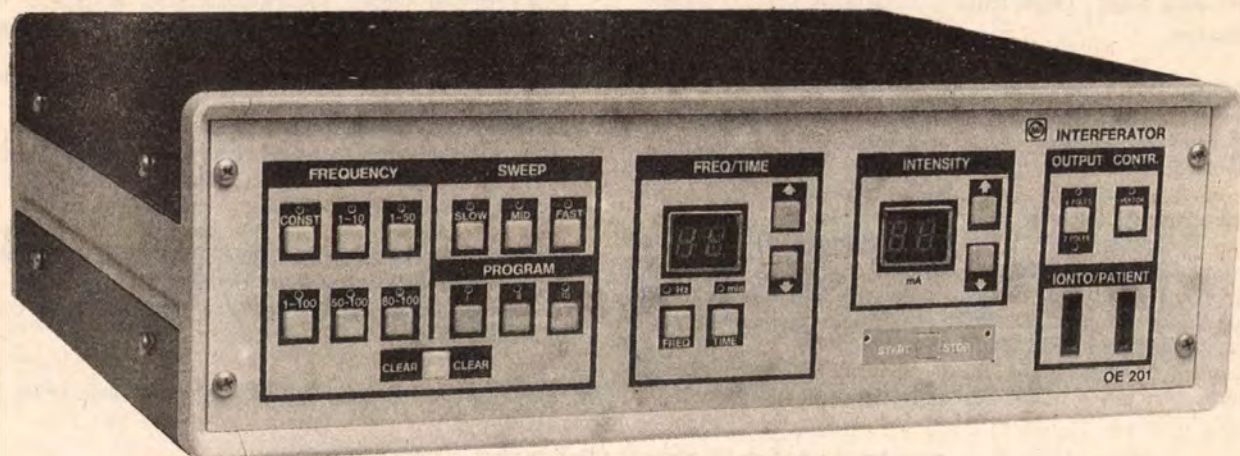
Messe  Düsseldorf

HUNGEXPO
Messe- und Werbebüro des Ungarischen
Außenhandels Budapest
B.P. 44
Varosliget
1441 Budapest
Tel. 01-1573555, Fax: 01-1572647



Düsseldorf

INTERFERATOR OE-201



Mikroprocesszorral vezérelt terápiás készülék két és négy-pólusú sztatikus és kinetikus interferencia terápia és iontoforézis céljára. Alkalmas kiterjedt, vagy mélyen fekvő beteg területek, krónikus és degeneratív folyamatok, valamint érzékeny betegek ingeráram-kezelésére. Ez az áram a testfelszín alatti rétegekben fekvő szövetben keletkezik. A terápia megenged nagyobb áramintenzitást, különösen a mélyebben fekvő rétegek kezeléséhez, mivel a kezelésnek nincsenek kellemetlen mellékhatásai.

A mikroprocesszoros vezérlés biztosítja a pontos frekvencia- és időbeállíthatóságot, valamint a következő pontos beállítási lehetőségeket:

- állandó frekvenciabeállítás 1-100 Hz tartományban,
- 5 frekvencia spektrum kiválasztását (1-10 Hz, 1-50 Hz, 1-100 Hz, 50-100 Hz, 80-100 Hz),
- az adott spektrumhoz háromféle átfutási sebességet,
- középfrekvenciás terápiás lehetőséget bipoláris elektródával,
- bipolár/tetropolár, valamint statikus/kinetikus kezelés,
- interferencia-vektor biztosítja az egyenletes hatást a kezelt területen,
- összekapcsolható az OE-202 VACUMAT készülékkel.

Felhasználás:

- ideghatás alapon gerjeszthető szövetek, motoros idegek, izmok, kötőszövetek mozgatója,

- idegek stimulálása, mélyen fekvő szerv kezelése.
- sejtfunkció-aktivizálás koncentrációkülönbség kiegyenlítésével, ödéma felszívódásának és regenerációs folyamatok gyorsítása,
- megfeszült izomzatok ellazítása, fájdalomcsillapító hatás.

Technikai adatok:

- négy pólusú középfrekvencia-terápiás bekapcsolható vektorral,
- két pólusú középfrekvencia-terápia, iontoforézis,
- három beprogramozott terápiásor, három lökete sebesség,
- kijelzett kezelési idő/frekvencia és áramintenzitás,
- biztosítás hibás elektródacsatlolás ellen.

Elektromos adatok:

Hálózat	220 V/50 Hz
Kimenő áram	max. 2 x 50 mA
Kimenő teljesítmény	max. 2 x 3,5 W/ 2 x 3 kOhm-on
Méret	440 x 160 x 300 mm
Súly	kb. 70 N

A VÁLTOZTATÁS JOGA FENNTARTVA!

Gyártja:
ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET
1081 Budapest, Rákóczi út 71.
Telefon: 1144-776
Kereskedelmi Osztály
Telefon: 114-4776
Telex: 22-7843 OMSZ



Forgalomba hozza:
OMKER

Exportálja:
MEDICOR



ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET

Mányi Géza dr.

Három kórházi rendszer összehasonlító elemzése

Magyar Kórházzövetség
(elnök: Mányi Géza dr.)

A szerző összehasonlítja New Jersey állam (USA) és Hollandia kórházi rendszerét a hazaiával. A tanulmány tárgyalja egyebek között az ágyellátottság, a kórház nagyság, a kórház tulajdon, a vezetés, a létszámellátottság, valamint a finanszírozás helyzetét. Jelentős az eltérés az ágystruktúra, a költségmutatók, a bérszínvonal, valamint az ápolónői ellátottság terén. Hiányoznak nálunk a betegothonok. Az elemző tanulmány támpontokat nyújt a hazai kórházi reform kidolgozásához.

Comparative analysis of three hospital systems. The author compares the hospital system of Hungary with that of New Jersey (USA) and that of the Netherlands. The study discusses, among others, the issue on beds, size, ownership, management, personnel and financing of hospitals. There is a significant deviation in the distributional structure of hospital beds, costs indicators, wage-level and the size of nursing personnel. Nursing homes do not exist in Hungary. This study presents a basis for the working out of a local hospital reform.

A fejlett egészségügyi rendszerek tanulmányozása és a hazai viszonyokkal való összehasonlítása egyre idősebb feladat. E munka hozzájárul a bevált nemzetközi megoldások megismeréséhez, a hazai ellátás eltérő körülményeinek világos felismeréséhez. Az összehasonlító elemzések jó lehetőséget nyújtanak a hazai egészségügyi reformjának kidolgozásához is.

E tanulmányban elsősorban a fekvőbetegintézeti ellátás, a kórházi témakörre korlátozódunk.

A gondolatot az adta és egyben a lehetőséget az a körülmény biztosította, hogy a Magyar Kórházzövetség vezetése az 1989. évben két külföldi állam kórházi rendszerével ismerkedett meg részletesebben. Ezekkel tudjuk összevetni a magyar viszonyokat. E körülmény adta a mintaválasztás véletlenszerűségét is.

Az előzményekről röviden annyit, hogy az USA New Jersey államának kórházzövetsége (New Jersey Hospital Association) tanulmányutat szervezett Európa néhány államába, egyebek között Magyarországra. A 18 fős szakértői csoport magával hozta New Jersey kórházi rendszerének sok adatát, az erre vonatkozó irodalmat, a kórházzövetség kiadványait stb. Emellett a személyes megbeszélések további információkat is biztosítottak. Itt jegyzem meg, hogy New Jersey az USA keleti iparvidékének kis területű állama. Lakosainak száma 7,6 millió.

A másik adottság az volt, hogy a Nemzetközi Kórházzövetség 1989-ben Hollandiában, Hágában rendezte XXIV. kongresszusát. Ez alkalomból a résztvevők megkaptak minden lényeges információt, kiadványt a holland kórházi rendszerről. A kongresszuson előadások is hangzottak el e témakörben és mód volt kórházlátogatásokra is.

Hollandia Magyarországnál kisebb területű, de sűrűbben lakott ország. Lakosainak száma 14,6 millió.

E tanulmányban e két területben és lakosságszámban viszonylag hasonló ország kórházi adatait hasonlítjuk össze a magyar viszonyokkal.

Már a bevezetőben meg kell jegyezni, hogy a rendelkezésre álló adatok köre, összetétele, jellege, részletessége között nagy eltérések vannak. Hiányosak a magyar információk is, különösen gazdasági-pénzügyi terén. E körülmény a legtöbb esetben nem teszi lehetővé három azonos adatsor egymás mellé állítását. Mégis úgy véljük, hogy a részleges összehasonlítás is tájékoztató jellegű és segítséget nyújthat azoknak, akik a kórházi reformján dolgoznak és nyitni kívánnak a fejlett világ felé. Hasznosítható a feldolgozás a hazai egészségügyi információs rendszer korszerűsítésében is.

A fekvőbetegintézeti ágyellátottság

Az összehasonlítást még e téren is nehezíti az eltérő osztályozás, a kórházi ágy fogalmának változó elbírálása és sok egyéb tényező. Az alapvető összefüggések alapos elemzéssel mégis megközelíthetők.

A holland kórházi statisztika 767 fekvőbetegintézetet tartott nyilván 1988. jan. 1-jén 177 076 ágygal. Közülük 192 az aktív kórház 67 852 ágygal. A többi intézet különböző betegothon (ápolási otthon), testi és szellemi fogyatékosok intézete, ill. pszichiátriai intézet.

Az összes ágy ezer lakosra számítva 12,2, ebből az aktív (rövid ápolási idejű) ágy 4,6 ezer lakosra vetítve.

Itt jegyezzük meg, hogy a rendelkezésre bocsátott írott anyagok szerint a kormányzat tervezi az aktív ágyak arányának csökkentését 3,4-re, ezer lakosra számítva.

A holland ágystruktúrát az 1. táblázat szemlélteti, miután ez követi sok más európai ország felfogását és rendszerét is, így mindenképpen figyelmet érdemel.

Kulcsszavak: kórházi, ágyellátottság, ágystruktúra, költségmutatók

1. táblázat: **Fekvőbetegintézetek és ágyaik megoszlása Hollandiában (1988. január 1.)**

Intézménytípus	Intézetek száma	ágyak száma	%-ban
Egyetemi kórház	8	7 529	4,3
Általános kórház	140	54 995	31,1
Szakkórház	44	5 328	3,0
Aktív kórház összesen:	192	67 852	38,4
Pszichiátriai intézet	82	24 466	13,8
Szellemi fogyatékosok intézete	117	30 504	17,2
Betegotthon (szomatikus betegek részére)	120	13 633	7,7
Betegotthon (pszicho-geriatriai betegek részére)	78	11 522	6,5
Betegotthon (szomatikus és pszicho-geriatriai esetek számára)	123	24 975	14,1
Vakok és gyengénlátók intézete	5	572	0,3
Süketek és nagyothallók intézete	6	874	0,5
Csecsemőotthonok orvosi ellenőrzésre szoruló mozgáskárosult gyermekek részére	32	1 982	1,1
Egészségügyi gyermekotthon (Betegotthon gyermekek részére)	12	687	0,4
Összes fekvőbetegintézet	767	177 067	100,0

A New Jersey Hospital Association csak az aktív általános és szakkórházakkal foglalkozik, csak azokat képviseli.

A rendelkezésre bocsátott információk szerint az államban 96 aktív kórház működött 1985-ben, 31 000 ágygal.

Ezer lakosra 4,0 aktív ágy jutott. Az aktív ágyszám az USA-ban is lassú csökkenést mutat az évek folyamán.

Ezen felül más fekvőbetegintézeti ágyaik is vannak, mindenekelőtt ápolási otthonaik, de ezeknek más önálló szervezeteik vannak. A hivatalos statisztikák az egész USA globális ellátottságát tartalmazzák.

Figyelemre méltók ezek az arányok.

Az USA-ban ezer lakosra 11,8 fekvőbetegintézeti ágy jut. Az 1,1 millió aktív ágyra 1,4 millió ápolási otthoni ágy és további 0,3 millió hosszú ápolási idejű ágy jut.

Az ágyszerkezet átalakítása, a progresszív betegellátás rendszere az USA-ból indult el a hatvanas évek elején és itt érte el a legfejlettebb formáját. Európa legtöbb állama fokozatosan átvette a modellt és megvalósítása hazai viszonyok között is napirenden van.

A hazai ágyellátottság számszerű mennyiségi mutatói fentiekhez hasonlítva nem rosszak, de szerkezetükben eltérnek.

A 148 fekvőbeteg-gyógyintézetben az ezer lakosra jutó aktív ágyak száma 7,0, az összes ágyak száma 9,9. Az 1988. év végi 104 810 ágy nem foglalja magába a fegyveres testületek kórházi és szanatórium ágyait, a SZOT szanatóriumokat, több szociális jellegű intézetet sem. Mindezeket hozzáadva az ezer lakosra jutó ágyszám 10,0 felett van ápolási otthon nélkül, miután ez az intézménytípus jelenleg még hiányzik Magyarországon.

A tényleges összehasonításhoz azonban figyelembe kell venni az eltérő viszonyokat. A kórházi ágy mint mutató nem csak egyszerűen fekvőhely, hanem feltételez bizonyos kórtermi alapterületet, légtérrel, kívánatos mennyiségű kiszolgáló helyiséget, ill. teret, mosdót, WC-t, étkezőhelyiséget stb. nem beszélve a diagnosztikai és terápiás felszerelésről és kapacitásról.

A fejlett egészségüggyel rendelkező országokban tör-

vények írják elő a minőségi követelményeket és szoros összefüggésbe hozzák azokat a kórház kategorizálásával és az ápolási díj nagyságával is.

A fenntartók, a biztosítók, a szakmai felügyeleti szervek szigorúan ellenőrzik az ellátás feltételeit és minőségét. Ugyanezt javítja a kórházak közötti verseny is.

A hazai globális ágyszám ilyen összefüggésben alapos revízióra szorul. Korszerű feltételek mellett a jelenlegi épületekben lényegesen kevesebb ágy helyezhető el. Feltétlen változásra vár az aktív és hosszú ápolási idejű ágyak aránya is.

A kórházak fenntartói, tulajdonosai

Mind New Jerseyben, mind Hollandiában vannak közösségek (állam, megye, város) által fenntartott kórházak, de nem nagy számban. A kórházak többsége magánkórház.

A kórházak döntő hányada ún. „non profit” létesítmény, amely nem törekszik többlethaszon szerzésére, csak a normális üzemelési költségeket kéri meg a betegektől, ill. a biztosítóktól. A kórházak mindenki számára igénybe vehetők, és területileg hozzáférhetők. A tájékoztató irodalomból egyértelműen kitűnik, hogy a kórházak keresik a beteget, az egészségügyben kínálati piac alakult ki mindkét országban.

A kórházak tulajdonosai, fenntartói által létrehozott Igazgató Tanács biztosítja az üzemeltetést, a törvények betartását, az ellátás színvonalát. Itt történik az érdemi döntéshozatal pénzügyi és személyi kérdésekben is.

A kórházi munka operatív vezetését az intézetben a hármas vezetés, tehát a manager igazgató, az orvos-igazgató és az ápolási igazgató együttműködve végzi el New Jerseyben és Hollandiában is. Ebbe az irányba folynak kísérletek az utóbbi időben hazai viszonyok között is. Egyidejűleg keressük a kórházak valódi tulajdonosát. E kérdésekkel a reformtanulmányok kiterjedten foglalkoznak.

2. táblázat: A kórházak típusa, száma, ágyszáma, átlagos ágyszáma az összehasonlított országokban

Kórház típusa	HOLLANDIA (1988)			NEW JERSEY (1985)			MAGYARORSZÁG (1985)		
	Intézetek száma	Ágyszám	Átlagos ágyszám	Intézetek száma	Ágyszám	Átlagos ágyszám	Intézetek száma	Ágyszám	Átlagos ágyszám
Egyetemi kórház	8	7 529	941	17	5 730	337	5	8 788	1758
Általános kórház	140	54 995	393	70	22 270	318	93	73 382	789
Szakkórház	44	5 328	121	5	1 700	340	20	7 580	379
Aktív kórház összesen	192	67 852	353	92	29 700	323	118	89 750	760
Pszichiatriai intézet	82	24 446	298	.	.	.	3	2 645	882
Egyéb kórház, intézet	.	.	.	4	1 300	325	27	9 875	366
Összesen:	274	92 318	336	96	31 000	323	148	102 270	691

A kórházak nagysága és hozzáférhetősége

Az aktív kórházak átlagos ágyszáma New Jerseyben 323, Hollandiában 353, Magyarországon 760. Megjegyzendő, hogy hazánkban az aktív általános és szakkórházak elkülönítése nem könnyű. Az aktívnak minősíthető kórházak átlagos ágyszáma nem tér el lényegesen az összes fekvőbetegintézet átlagos ágyszámától, mely 691 ágy.

A szakirodalom külföldön már régen hangoztatja, hogy nem jók a mamutkórházak és nem lehet a lakosságtól távol telepíteni a kórházakat. Az ellátottak szempontjai a tanulmányozott országokban is nagy súllyal esnek latba, miután mindkét rendszerben a kórházak keresik a beteget, versenyeznek értük. A kis kórházak különösen az USA-ra jellemzőek. New Jerseyben a kórházak 6,5%-a száz ágynál kisebb, a 100–200 ágy közöttiek aránya 17,4%. A kórházak nagyság szerinti összehasonlítását a 2. táblázat szemlélteti. Ehhez meg kell jegyeznünk, hogy a hazai statisztikai beszámolók elsősorban globális ágybontásban szolgáltatnak adatokat és alig találunk a kórházakra mint intézményekre vonatkozó információkat, főleg nem a keresett bontásban.

Az egyes kórházakra vonatkozó bizonyos adatok a Magyar Kórházak és Klinikák Évkönyvéből (5) gyűjthetők ki. Ez azonban 1985. év végi adatokat tartalmaz.

Hazai viszonyok között a felülről történő központi pénzelosztás a koncentrációt segítette évtizedeken keresztül. Elsősorban a megyei és központi kórházak fejlődtek, bővültek. Sok kis vidéki városban a kórházak épülete, felszerelése annyira leromlott, hogy megoldásként sokakban a megszüntetés gondolata merült fel. Elég elterjedt nézet a fentiek miatt a szakkörökben, hogy csak a nagy kórház korszerű. E hibás nézetet a fejlett országok kórházainak helyzete és tapasztalatai minden szempontból megcáfolják. Az a kórház válik korszerűtlenné, amelynek épülete, műszerezettsége, felszerelése stb. korszerűtlen lesz. Ez pedig nagy kórházakkal is előfordulhat...

A kórházak létszámellátottsága

A munkaerőhelyzet és a foglalkoztatás globális és bontott adatai minden országban az érdeklődés középpontjában állnak.

A nyugati országokban a kórház-rendelőintézeti létszámot együttesen kezelik. Nincs önálló, kórház nélküli rendelőintézet, eltérően a hazai adottságoktól. E körülmény e vonatkozásban is nehezíti az összehasonlítást.

Az egészségügyi alkalmazottak aránya az összes foglalkoztatott közül Hollandiában 7,2% (1984), az USA-ban 5,3% (1983) és Magyarországon 4,4% (1987) (szociális dolgozók nélkül).

A külföldi adatoknál azt is számításba kell venni, hogy a szabadfoglalkozásúak általában nem minősülnek alkalmazottnak. New Jerseyben a 96 kórház 31 ezer ágynál 93 ezer teljes munkaidejű (főfoglalkozású) alkalmazott dolgozik. A száz betegre, ill. ágyra jutó személyzet 330. Az alkalmazottak átlagbére évi 20 000 US \$. A bér 48%-kal nőtt öt év alatt.

Az USA-ban a főfoglalkozású létszám 1%-a orvos, 24%-a szakképzett ápolónő (registered nurse), 6%-a gyakorló ápolónő (licensed practical nurse).

Az orvosok többsége magánorvosként tevékenykedik mint független praktizáló.

Hollandiában a száz ágyra jutó személyzet általános kórházban 206, oktatókórházban 410 (1983). Az orvos-ápolónői arány 1 : 4,2 (csak ápoló és nem az összes egészségügyi szakdolgozó). Hollandiában a kórházi átlagbér 50 ezer NLG volt 1985-ben. A száz ágyra jutó ápolószemélyzet az USA-ban 90, Hollandiában 50. Magyarországon száz fekvőbetegintézeti ágyra 11,9 orvos, 52,6 egészségügyi szakdolgozó és 46,2 egyéb dolgozó jut.

Összesen tehát száz ágyra kerekítve 110 alkalmazott jut (1987). A fekvőbetegellátásban dolgozó orvosok száma kerekítve 12 ezer, míg az ápolónői és szülésznői állás

(nem személy) kerekítve 27 ezer. Az orvos—ápolónői arány itt 1 : 2,2.

Az összehasonlítás alapján tehát megállapítható, hogy hazai viszonyainkra a magas orvosszám és az alacsony ápolói és egyéb létszám a jellemző.

Nővérhiány van mindhárom országban. A két vizsgált nyugati országban az irodalom hangsúlyozza, hogy osztályokat, részlegeket kell bezárni nővérhiány miatt, de az ápolás minőségének csökkentését sehol nem engedik meg.

A kórházak finanszírozása

Mind Hollandiában, mind New Jerseyben a kórházak finanszírozásában a társadalombiztosítás viszi a fő szerepet.

Hollandiában 1988-ban 37,1 milliárd gulden (NLG) költöttek csak egészségügyi ellátásra, ami a nemzeti össztermék 8,5%-a. Az egészségügyi költségek 95%-át a biztosítók fedezték. A társadalombiztosítást az Egészségügyi Biztosítási Törvény szabályozza. Az egészségügyi kiadások fedezésére kötelező biztosításban részesül minden olyan alkalmazott, akinek évi jövedelme 50 000 gulden (NLG) alatt van (1988). Ilyen a foglalkoztatottak 60%-a. A magasabb jövedelműek önkéntes magánbiztosítást kötnek valamelyik biztosítóval (40%). Az alkalmazott hozzájárulása a társadalombiztosítási költségekhez a bér 3,15%-a. Az alapszolgáltatás egyebek között kiterjed az egészségügyi ellátásra, bizonyos szakvizsgálatokra, fogászati kezelésre, gyógyszerre és a kórházi kezelésre. A Különleges Orvosi Költségek Törvénye intézkedik azon esetekről, akiknél különleges vagy hosszúságú betegség, súlyos baleset, munkaképtelenség lép fel, melynek rendezése túlmegegy az alapszolgáltatás lehetőségein. A legmagasabb járuléka a havi 181 NLG. Az egészségügyi ráfordítás 68%-a kórházi kiadás Hollandiában. A nemzeti jövedelem az USA-ban a legmagasabb, következésképpen az egészségügyi ráfordítás is.

Az egy főre jutó bruttó nemzeti termék (GDP) 17 200 US \$ (1985). Az összes egészségügyi kiadás 460 milliárd US \$ volt, a bruttó nemzeti termék 10,8%-a. (1989-ben már 620 milliárd US \$.)

Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 1840 US \$ (1985).

A kórházak finanszírozásában a különböző biztosítók az alábbi arányban vesznek részt: Medicare 30%; Blue Cross 34%; Medicaid 9%; Egyéb biztosítók 18%; Magánfizetők 9%.

New Jerseyben egy ápolási nap költsége 437 US \$, a legalacsonyabb az USA államai között.

Az egészségügyi ráfordítás 62%-a kórházi kiadás az USA-ban. Az egészségügyi kiadások növekedése 8,4% évente. Az egészségügyi és kórházi költségek viselésében a biztosítók és a magánfizetők mellett az állam is részt vesz, különböző formában. A DRG rendszer általánosan elfogadott a finanszírozás alapjaként.

A hazai finanszírozás problémái ismertek. Az amúgy is alacsony nemzeti jövedelem 4%-a jut egészségügyre a

maradvány elv alapján, mely nem elég az elfogadható szintű egészségügyi és kórházi ellátás fedezetére. 1988-ban kerekített összegben 40 milliárd Ft-ot fordítottunk egészségügyi ellátásra, az egy lakosra számítva 3800 Ft (58 US \$).

Az átlagbérszint a kórházi — klinikai ellátásban évi 94 510 Ft (1454 US \$).

Az 1989-ben lezajlott forráscsere következményei még nem láthatók világosan. Kísérletek folynak a társadalombiztosítási finanszírozásra való áttérésre, ezzel együtt a teljesítményfinanszírozás bevezetésére.

Az összehasonlítás gazdasági-pénzügyi téren a hazai és a két külföldi rendszer között egészen kedvezőtlen, további részletezésébe nem célszerű belemenni.

A kórházak működési mutatói

Az átlagos ápolási idő New Jerseyben (1986) 7,4 nap, Hollandiában 11,6 nap (1987), a hazai 10,3 nappal szemben (aktív ágyon 1987-ben).

A száz lakosra jutó hospitalizációs arány a hazai 20,9%-kal szemben New Jerseyben 14,2%, Hollandiában 12,0% (a szülések egyharmada a lakáson történik).

Még nagyobb az eltérés a szakorvosi vizsgálatok igénybevétele terén. New Jerseyben ezer lakosra 853 járóbeteg-szakvizsgálat jut, Hollandiában 1230, míg Magyarországon 7265.

A nyugati kórházakban csak az odaváló, indokolt eseteket kezelik. Érdekes megadni a négy leggyakoribb diagnózis csoportot New Jerseyben: Normál szülés, gerinc- és derékbántalmak, angina pectoris, szemlencseműtétek.

A nyugati adatokkal összevetve nálunk magas a hospitalizációs százalék és különösen magas a szakorvosi járóbetegvizsgálatok száma.

Az ágykihasználás évek óta csökken a vizsgált országokban: New Jerseyben 74,4, Hollandiában 75,0% (1987), de a csökkenés már megindult hazánkban is. (Aktív ágyon 1987-ben 77,6%.)

Határozott törekvés van a tanulmányozott külföldi országokban arra, hogy követni kell a technika, technológia és orvostudomány gyors változását, és állandóan korszerűsíteni kell az ellátást. A mennyiségi mutatókkal szemben a minőségeket tartják elsődlegesnek. Ebbe az irányba kell elmozdulni a hazai kórházi ellátásnak is.

Az aktív ágyak számának sok országban tapasztalt csökkentése összefügg az ápolási idő rövidülésével, az alapellátás korszerűsítésével, a házi betegellátás fejlesztésével.

A betegothonok és más hosszú ápolási idejű intézetek számának emelkedése szintén odahat, hogy az aktív ágyon csak odaváló betegeket kezelnek. Ebbe az irányba fog várhatóan hatni a finanszírozás korszerűsítése hazánkban is.

Megbeszélés

A három kórházügyi rendszer összehasonlítása sok olyan momentumra mutatott rá, mely támpontokat nyújt a hazai kórházügyi reform kidolgozásához, a legfontosabb

teendők megfogalmazásához. Soron levő feladat a fekvő-betegintézeti ágysztruktúra korszerűsítése, az aktív ágyak leválasztása, a hosszú ápolási idejű intézetek, mindenkéltől a betegotthonok hálózatának fejlesztése. E téren követni kell a nyugati országokban bevált gyakorlatot. A kórházügyi reformja ezzel indulhat meg. Világos az is, hogy ezt sem rábeszéléssel elérni, sem adminisztratív eszközökkel elrendelni nem lehet.

Az átstrukturálódást a feladatfinanszírozás bevezetése kényszerítheti ki.

A költségmutatók meggyőzően jelzik, hogy az egészségügyi ráfordítás a mindenkor nemzeti jövedelem függvénye, függetlenül attól, hogy milyen csatornákon keresztül történik a betegellátás finanszírozása. A hazai intézményhálózat korszerűsítésénél a tényleges lehetőségekre alapozva tervezhető a korszerűsítés. Aligha lesz elkerülhető átmenetileg a rekonstrukciók keretében az ágyszámcsoökkentés.

A pénzügyi források szűk volta miatt Magyarország hosszú ideig nem mondhat le a több lábon álló egészségügyi finanszírozásról. Az állam semmiképpen nem vonulhat ki erről a területről.

Úgy tűnik, hogy az egészségügyi és szociális alapellátás alapvető korszerűsítése nélkül nem remélhető a második szint, a kórház-rendelőintézeti ellátás hatékony működése. A reform kidolgozóinak ezért a helyes sorrendet szem előtt kell tartaniuk.

A kilencvenes években előtérbe kell állítanunk a minőséget, felhagyva a mennyiségi mutatók erőltetésével.

Az összehasonlító elemzés keretében ismételtén tapasztaltuk a hazai statisztikai adatok hiányát, főleg az intézményekre lebontott mutatókat és a működésre vonatkozó költségmutatókat.

Az egészségügyi információs rendszer korszerűsítése kapcsán helyes szem előtt tartani azt, hogy a hazai információs bázis a nemzetközi adatokkal való összehasonlítást minél szélesebb körben tegye lehetővé.

Végül említsük meg, hogy az összehasonlítás az ápolás terén mutatja az egyik legnagyobb eltérést. Az ápolók alacsony száma, az orvos-ápolónői arány régen ismert gyengéi mielőbbi megoldást sürgetnek hazánkban. Az ápolás minősége szerves része a kórházi betegellátás minőségének. A reformterveknek erre is ki kell terjedniük.

Az ápolási otthonok vagy más néven betegotthonok (nursing home, Pflegeheim) hálózatának kiépítése is feladat.

Nem halogatható az egészségügyi bérreform végrehajtása sem.

IRODALOM: 1. F. Beske, L. Delesie, F. Rutten, H. Zöllner: Hospital Financing Systems. WHO. Kiel. 1987. — 2. Colin Grant: Management Development for health care. An international perspective. European Healthcare Management Association Dublin. 1988. — 3. Nobuo Koinuma: Caring more about quality. World Hospitals, 1988, 24, 18–23. — 4. C. R. Shelton: Designing Hospitals. New Jersey Health Care. 1989, 2, 3–6. — 5. A Magyar Kórházak és Klinikák Évkönyve, 1985. Magyar Kórházszövetség, Budapest, 1985. — 6. Statisztikai adatok Magyarország 1987. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy, 1989, 70, 177–251. — 7. The nursing home. Nationale Ziekenhuisraad. Utrecht, 1989. — 8. Hospital Management International, 1989. International Hospital Federation. London, 1989. — 9. Hospital Statistics. New Jersey, 1980–1985. New Jersey Hospital Association. Trenton, 1987. — 10. Financial Statute of New Jersey Hospitals, 1987. New Jersey Hospital Association. Princeton 1988. — 11. Dutch Health Care System National Hospital Association of the Netherlands. Utrecht 1989. — 12. Fact Sheet on the Netherlands. Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs. Hage, 1989. — 13. New Jersey Hospital Association. Annual Report, 1988. — 14. New Jersey Hospital Association. Strategic Workplan 1988–1990. Princeton. Center of Health Affairs, 1988. — 15. DRG's help Medicaid cut rising inpatient costs Health Services International I. H. F. 1988, 2, 1. — 16. Health Care in the Netherlands. Financial analysis, 1987. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. Rijswijk, 1987.

(Mányi Géza dr. Budapest, Róbert K. krt. 18/a. 1138)

AUROBIN KENŐCS

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

HATÁS: Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladásával járó folyamatainak kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kapronat helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid. Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit.

A lidokain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

JAVALLATOK: A perianalis tájék gyulladásával járó folyamatai, így pl.: pruritus ani, ekzema et dermatitis perianalis, nodi haemorrhoidales, fissura ani.

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

ALKALMAZÁS: Az érintett területet naponta 2-4 alkalommal kell vékonyan bekenni. Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbélbe juttatni naponta 2-4 alkalommal. A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

MELLÉKHATÁS: Tartós használata esetén bőratrophiát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túladaagolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

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

Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő.

Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezeléstről.

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

CSOMAGOLÁS: 20 g-os tubusban.

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 vírusfertőzéseiinek bakteriális szövődményei, különösen gyermekeknél és idősebeknél.

ELLENJAVALLAT

Eddigi tapasztalatok szerint nincs.

MELLÉKHATÁS

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

ADAGOLÁS

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

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

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

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

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

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

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre — egyszeri alkalommal — adható ki.

CSOMAGOLÁS

Broncho-Vaxom kapszula felnőtteknek 30 db

Broncho-Vaxom kapszula gyermekeknek 30 db



Forgalomba hozza:



BIOGAL Gyógyszergyár. Debrecen
OM laboratórium, Genf licence alapján

Katona Márta dr.

Újszülöttkori hypoxiás myocardialis laesio

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Széged, Gyermekgyógyászati Klinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)

A szerző öt újszülöttkori hypoxiás myocardialis laesio esetét ismerteti. Hangsúlyozza a diagnózis felállításában a dopplerechocardiographia szerepét, amely érzékenyen detektálja a kórkép alapját képező tricuspidalis insufficienciát. A cardialis decompensatio képében megnyilvánuló hypoxiás myocardialis laesio az esetek döntő többségében reverzibilis, és jól reagál a szívelégtelenséget befolyásoló szerekre és oxigén adására. Néhány esetben azonban fatális, a kórszövettani kép myocardialis infarctushoz hasonló.

Ischemic myocardial lesion in newborn infants. Five patients suffering from transient myocardial ischemia of the newborn are discussed. The role of twodimensional dopplerechocardiography is emphasized in establishing the diagnosis. Tricuspid insufficiency due to perinatal asphyxia can be detected easier by ultrasound than by any other cardiac examination. Cardiac failure as a result of hypoxic myocardial ischemia is usually reversible and responds well to anticongestive treatment and administration of oxygen. On the other hand some cases can be fatal, histopathologic examination on the heart shows similarity to myocardial infarction.

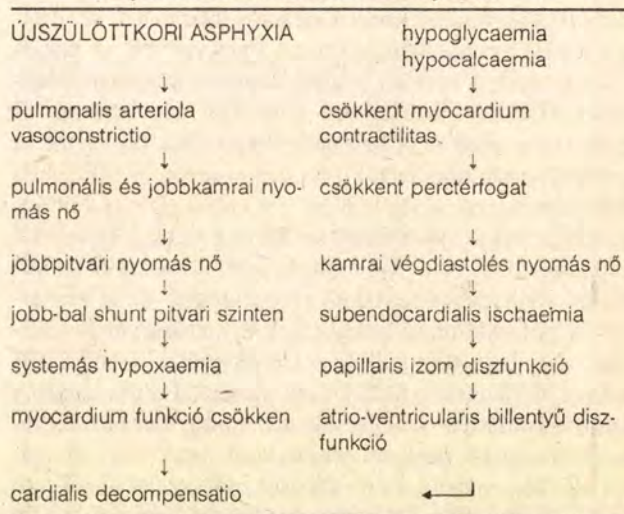
Az újszülöttkori tranzitorikus myocardialis ischaemia 1972-ben Rowe és Hoffman nyomán vált ismertté az irodalomban (19). Asphyxiában világra jött érett újszülöttek egy része a születés után cyanotikussá válik és súlyos cardialis decompensatio tüneteit mutatja. A betegséghez társulhat szívzörej is, amely szívfejlődési rendellenesség gyanúját keltheti. Az EKG-n látható ischaemiás jelek, az ST és a T hullám depressió, hasonlóak a felnőttkori myocardialis infarctushoz (9). A halálos kimenetelű esetekben végzett kórszövettani vizsgálatok a myocardium necrosisát mutatták ki néhány esetben (2, 16).

A laboratóriumi vizsgálatok közül a creatinin phosphokinase Mb emelkedése pathognostikus értékű. A kórkép pathomechanizmusát Harris nyomán (8) az 1. táblázaton mutatjuk be. A kardiológiai vizsgálómódszerek közül kiemelendő a dopplerechocardiographia, amely érzékenyen detektálja a cardiorespiratorikus distress alapját képező tricuspidalis insufficienciát (3, 5, 6, 17).

Anyag és módszer

A SZOTE Gyermek Klinika Perinatalis Intenzív Centrumában 1988 és 1989 között, 7 hónap alatt 4 érett újszülött és 1 koraszülött esetében állítottuk fel a myocardialis lézió diagnózist. Minden beteg súlyos asphyxiában jött a világra, ötperces Apgar értékük nem haladta meg az 5-öt. Születésük után valamennyien resuscitációra szorultak, majd tartós gépi lélegeztetést igényeltek. A betegeknek rendszeresen történt fizikális kardiológiai vizsgálat, EKG, mellkasröntgen, elektrolit, hematokrit, vércukor és vérkép ellenőrzés. Az ultrahang vizsgálatot HITACHI Eub 450

1. táblázat: Az újszülöttkori hypoxiás myocardium laesio pathomechanizmusa Harris nyomán



pulzatilis kétdimenziós dopplerechocardiographfal, 5 MHz-es transzducerral végeztük, minden esetben az inkubátorban fekvő betegen. A parasternalis hossztenyeli nézetből a balkamrai végdiastolés és végsystolés átmérőt mértük, ennek megfelelően a lineáris ejekciós frakciót (LEF) az ismert képlet alapján számítottuk ki. A balpitvari átmérőt a suprasternalis, apicalis és parasternalis nézetekből egyaránt meghatároztuk. Az apicalis és subcostalis négyüregi nézetekben a jobbkamrai és jobbpitvari átmérőket határoztuk meg. A tricuspidalis insufficienciát a jobb pitvarban, a pulmonalis insufficienciát a jobbkamrai kifolyótraktusban detektált nagy sebességű turbulens áramlás kimutatásával állapítottuk meg. A tricuspidalis insufficienciát a parasternalis rövidtenyeli, ill. apicalis négyüregi nézetben, a pulmonalis insufficienciát a parasternalis rövidtenyeli nézetben vizsgáltuk. Quantitatív becslést végeztünk a regurgitatio nagyságát illetően, attól függően, hogy a billentyű síkja alatt milyen távolságra lehetett még az insufficienciát észlelni. A pulmonalis hypertensióra indirekt módon, a dopplerral kimutatott pulmonalis insufficien-

Kulcsszavak: myocardialis lézió, cardialis decompensatio, tricuspidalis insufficiencia, dopplerechocardiographia

2. táblázat: Dopplerechocardiographiás mérések hypoxiás myocardialis laesióban szenvedő betegeknél

beteg súlya (g)	Bk (d-s) (mm)	LEF (%)	Bp (mm)	Jp (mm)	Jk	TI	PI	PH	DBP	sorsa
A. L. 3600	21—17	19	20	18	16	+++	+	igen	nem	meghalt
M. L. 2600	20—16	20	21	16	14	+++	0	nem	nem	él
D. F. 4100	22—18	18	23	19	15	++	+	nem	bal-jobb shunt	meghalt
B. T. 2960	12—9	25	13	14	13	++	++	igen	jobb-bal shunt	él
Sz. T. 2000	15—12	20	13	11	9	+	0	nem	bal-jobb shunt	meghalt

Rövidítések: Bk = balkamra, d = diastolés, s = systolés átmérő LEF = lineáris ejekciós frakció, Bp = balpitvar, Jp = jobbpitvar, Jk = jobbkamra, TI = tricuspidalis insufficiencia, PI = pulmonalis insufficiencia, PH = pulmonalis hipertensió, DBP = ductus Botalli persistens

tia alapján, ill. az arteria pulmonalis áramlási görbe alakjából (megrövidült accelerációs idő miatt korai csúcs, kétszúcsú görbe) következtettünk (5, 6, 13, 17, 20).

Eredmények

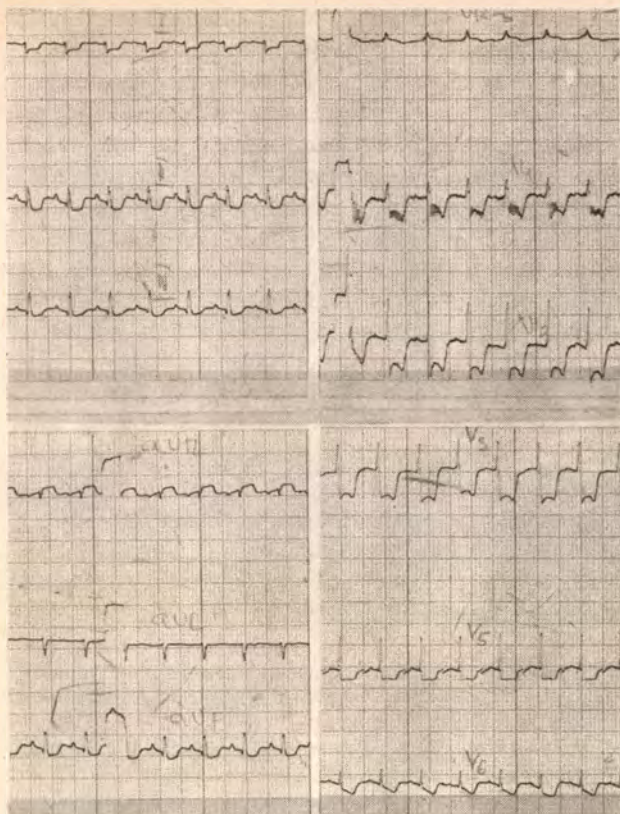
Eredményeinket táblázatban foglaltuk össze. A 2. táblázatban az echocardiographiás vizsgálatok eredményeit tüntettük fel. Az adatokból kitűnik, hogy a jobbkamra az összes, a balkamra 4 betegnél volt megnagyobbodott. A balkamrai végdiastolés és végsystolés átmérőből számított lineáris ejekciós frakció a 4. sz. beteg kivéve, mindenkinél kórosan alacsony volt. A balpitvari átmérőt 4 esetben találtuk kórosan megnövekedettnek. Mitralis insufficiencia nem volt kimutatható. A jobbpitvar mind az öt betegben nagyobbra bizonyult. A jobbpitvarban dopplerral mért tricuspidalis insufficiencia két esetben igen súlyos volt (+++ erősségűnek jelöltük), amely az egész systole alatt tartott és a pitvar közepén túl is kimutatható volt. Két esetben jóval a tricuspidalis billentyű síkja felett detektáltuk a regurgitációt, de az nem érte el a pitvar középső szintjét, ezt ++ erősségűnek jelöltük. Egy betegünk esetében közvetlenül a tricuspidalis billentyű közelében tudtuk csak kimutatni a tricuspidalis insufficienciát (+ jelölést alkalmaztunk). Pulmonalis insufficienciát két betegnél nem tudtunk detektálni, két másik esetben enyhe fokú elváltozást találtunk. Ez a pulmonalis hipertensio következményeként jött létre. A foramen ovale minden betegben nyitva volt, és rajta jobb-bal shunt volt vizualizálható a dopplerral. A ductus Botalli 3 betegben volt nyitva. Két esetben azon, közvetlenül a betegek halála előtt jelentős fokú bal-jobb shunt alakult ki, amely tovább rontotta a keringési elégtelenségüket. Egy betegnél a ductus Botalli-n át a suprasystemás pulmonalis nyomás következtében jobb-bal shunt volt kimutatható. A pulmonalis hipertensio megszűnésével ez eltűnt, és a későbbiekben sem jött létre symptomás ductus Botalli persistens. Az 5 beteg közül hármat elveszítettünk, keringési elégtelenségüket nem sikerült javítanunk az alkalmazott pozitív inotrop szerekkel, diuretikummal és folyadék-megszorítással sem. Mindhárom esetben a kórbonctani vizsgálat dilatált szívüregeket és diffúz myocardium károsodást is kimutatott az egyéb hypoxiás szervkárosodások

mellett. Két életben maradt betegünkél két, ill. hat hónappal a születés után végzett kardiológiai vizsgálat kórosat nem tudott kimutatni.

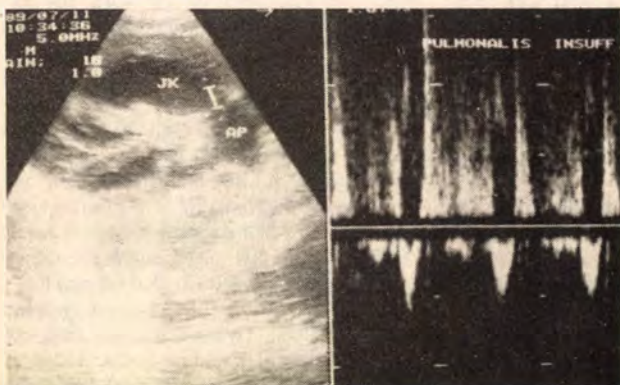
Esetismertetés

1. A. L. fiú újszülött, 40. gestációs héten, 3600 g-mal, Apgar 3—5 értékkel jött a világra. Szülés közben a vállá elakadt, az elhúzódo kitolási szak után resuscitálni kellett. Intubálva, lélegeztetve szállították az újszülött intenzív osztályra. Felvétele után 100%-os oxigénnel, pozitív végnomással gépi lélegeztetést kezdtünk. Egynapos életkorban a szív felett systolés zörejt lehetett hallani, a tüdő felett pedig szörtyzörejekeket, mája 4 cm-re nőtt, bőre oedemás tapintatúvá vált. A mellkasröntgenen minden irányban megnagyobbodott szívét és kifejezett kisvérköri pangást láttunk. Az EKG (1. ábra) súlyos repolarizációs zavart, subendocardialis ischaemiára utaló ST szakasz depressziót jelzett. Kétdimenziós dopplerechocardiographiával congenitalis vitiumot ki lehetett zárni, de minden szívüreg nagyobb volt. Az arteria pulmonalisban enyhe fokú pulmonalis insufficienciát lehetett detektálni, az áramlási görbe kétszúcsú volt, ezek alapján pulmonalis hipertensio volt valószínűsíthető (2. ábra). A foramen ovale-n át jobb-bal irányú shunt meglétét tudtuk a dopplerral igazolni. A tricuspidalis billentyűn holosystolés tricuspidalis insufficienciát regisztráltunk (3. ábra). A regurgitációt a jobbpitvar közepéig detektálni lehetett, ez alapján quantitativ becslést végeztünk, és 2—3-as erősségű insufficienciát állapítottunk meg, amely haemodinamikai szempontból jelentős fokú jobbpitvari terhelésnek számít. Mind a jobbkamrája, mind a jobbpitvara megnagyobbodott volt. Digitalizálni kezdtük, diureticumot kapott ismételt, erőteljes folyadékmegszorítást alkalmaztunk (25—30 ml/kg/die), infúzióját dopaminnal egészítettük ki. Minden erőfeszítésünk ellenére azonban a 8. életnapon súlyos keringési elégtelenség és agykárosodás miatt meghalt. A kórboncolás jelentősen dilatált szívüregeket és hypoxiás encephalomaláciát igazolt.

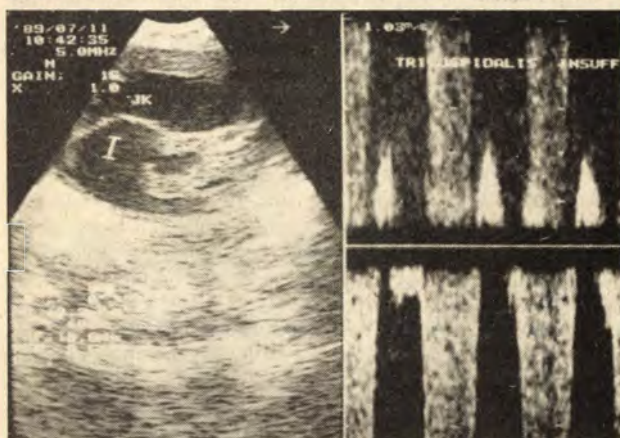
2. M. L. dysmaturus fiú újszülött acut intrauterin distress miatt a 38. gestációs héten, 2600 g-mal, Apgar 0—3 értékekkel jött a világra, sectio caesarea útján. Szívműködését intracardialis Tonogénnel lehetett csak beindítani, mintegy húszperces resuscitáció után, intubálva, lélegeztetve szállították az újszülött intenzív osztályra. Felvétele után azonnal gépi lélegeztetésre vált indokoltá 100%-os oxigénnel. Állapota súlyos volt, 20 órás életkorban a mellkasröntgenen tüdő oedémára jellemző típusos radiológiai elváltozást lehetett kimutatni (4/a ábra). Az EKG-n repolarizációs zavar és súlyos jobbpitvari terhelés volt látható. Doppler-echocardiographiás vizsgálat nagyobb jobbkamrát és jobbpitvart, holosystolés tricuspidalis insufficienciát és csökkent lineáris ejekciós frakciót jelzett, amely a myocardium kontraktilitási zavarát bizonyította. Szívzörejt nem hallottunk, az új-



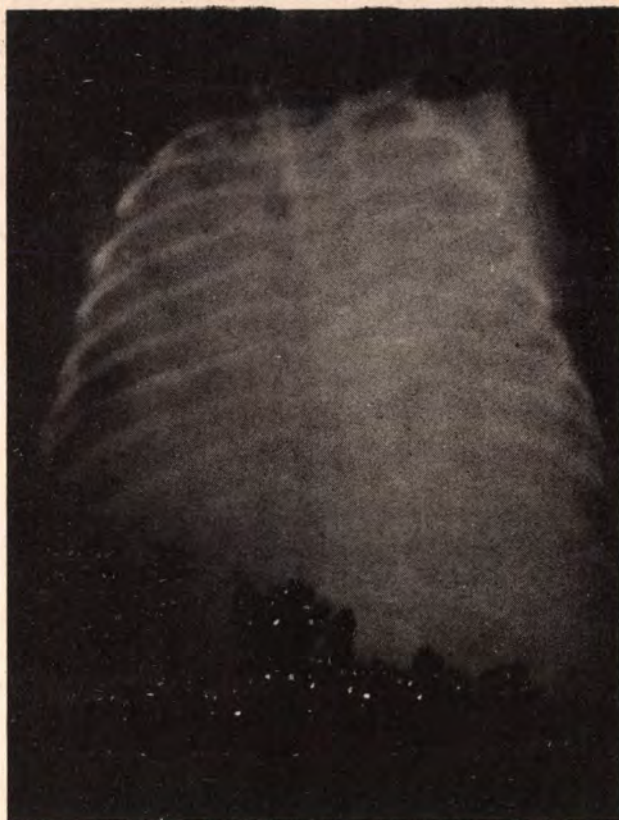
1. ábra: A. L. újszülött Ekg-ján súlyos repolarizációs zavar, subendocardialis ischaemia látható.



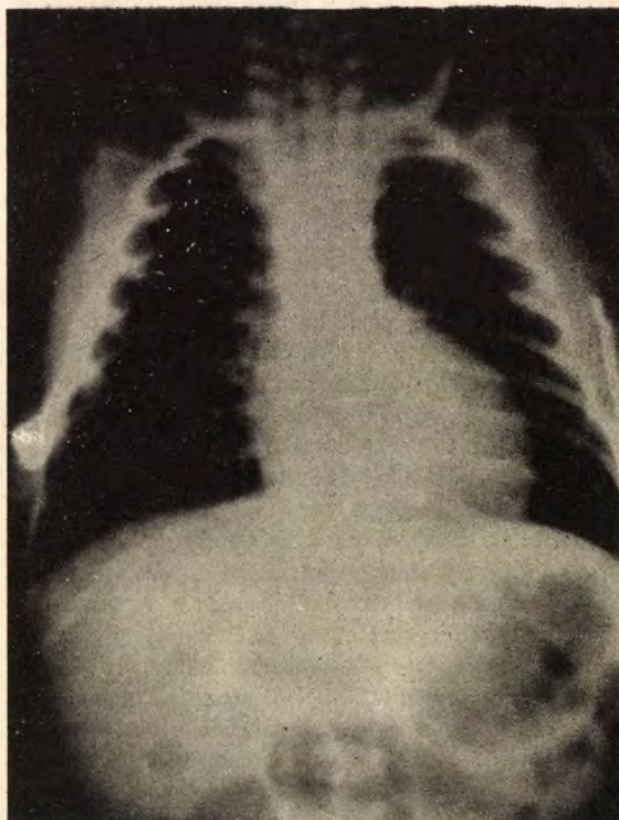
2. ábra: A. L. újszülött kétdimenziós dopplerechocardiographiás felvételén enyhefokú pulmonalis insufficiencia látható.



3. ábra: A. L. újszülött kétdimenziós dopplerechocardiogramja holosystolés tricuspidalis insufficienciát mutat.



4/a. ábra: M. L. újszülött mellkasröntgenfelvételén 20 órás életkorban tüdőoedema látható.



4/b. ábra: M. L. beteg 3 hetes korában készült mellkasröntgenfelvételén normális szív és tüdő látható.

szülött rendkívül oedemás volt, hepar 5 cm, kemény tapintatú, vizeletet nem ürített. Telítő dózisban digitalizálni kezdtük, dopaminos infúziót kapott, diureticummal és folyadék megszorítással kiegészítve. Tíz napon át respirátorral lélegeztettük. A keringési elégtelenség nagyon lassan, fokozatosan javult. A gépi lélegeztetés megszüntetésekor az újszülött testsúlyának kb. 18 %-át elvesztette az oedema kezelése során. A digitalizálást 6 nap után abbahagytuk, a mellkasröntgenen (4/b ábra) és az echón is lényeges javulás volt látható. Egy hónapos korban került hazaadásra, az akkor, ill. fél éves korban végzett kardiológiai vizsgálat teljesen normális szív működést mutatott. További folyamatos kardiológiai ellenőrzése azonban indokolt. Neurológiai vizsgálattal durva eltérés nem volt kimutatható.

Megbeszélés

Az újszülöttkorban észlelt cardialis decompensatio háttérben számos kóroki tényező állhat. A veleszületett szívfejlődési rendellenességek, excessiv folyadékterápia, elektrolitzavarok, hypoglycaemia, hyperviscositas syndroma, cardiomyopathia diabetica, ritmuszavarok jól elkülöníthető betegségek a modern kardiológiai vizsgálómódszerek segítségével (4, 10, 11, 12). A cardiorespiratorikus distress képében megnyilvánuló hypoxiás myocardialis laesio a perinatalis asphyxia miatt bekövetkezett tranzitorikus vagy irreverzibilis szívizom károsodás ultrahanggal jól diagnosztizálható (1, 14, 15). Az irodalomban elfogadott „tranzitorikus” kifejezést azért ne használjuk, mert a betegek egy részét még ma is elveszítjük, infarctushoz hasonló elváltozás miatt (1, 2). A kórkép nemcsak érett újszülöttekben észlelhető, mint azt eredetileg leírták, hanem kis súlyú koraszülöttekben is. A betegek anamnesisében minden esetben kimutatható intrauterin vagy intrapartum asphyxia (18). Az ötperces Apgar érték 5 alatti értéke esetén számolnunk kell vele, hogy az asphyxiában világra jött újszülöttek 24–48 órán belül keringési elégtelenség tüneteit mutatják. A szívizomzat glycogenraktára hypoxia, hypoglycaemia és acidosis hatására gyorsan kimerül, amely hasonlóan a felnőttkori infarctushoz, jellegzetes klinikai tüneteket okoz, jellegzetes EKG elváltozásokkal kísérve. Súlyos repolarizációs zavar, ST és T hullám depressio valamennyi betegünk EKG-ján látható volt. A myocardialis ischaemia papillaris izomnecrosist okozhat, amely acutan tricuspidalis és/vagy mitralis insufficiencia formájában nyilvánul meg (2). Későbbi életkorban tricuspidalis vagy mitralis prolapsus alakulhat ki az újszülöttkori hypoxia következményeként (7). Congestiv cardiomyopathia lehetséges etiológiai faktoraként is számon tartják az újszülöttkori asphyxiát (7). A klinikai tünetek közül a cyanosis, tachypnoe, generalizált oedema, hepatomegalia, oliguria, tüdő felett hallható szörtyözörek vezető helyen állnak. Hangsúlyozni kell, hogy az atrioventricularis billentyű diszfunkció nem minden esetben okoz szörtyözéjt. A kétdimenziós dopplerechocardiographia lényegesen érzékenyebb módszer a tricuspidalis insufficiencia újszülöttkori detektálására, mint az auscultatio. Meg kell azonban különböztetni ún. pathológiás és fiziológiás tricuspidalis insufficienciát. A myocardialis laesióra jellemző holosystolés tricuspidalis insufficiencia minden esetben kórosnak tekintendő. Egészséges újszülöttek egy részében azonban, amíg a pulmonalis vascularis resistentia nem mérséklődik, az emelkedett

pulmonalis és jobbkamrai nyomás következtében detektálható tricuspidalis insufficiencia csak a systole elején mutatható ki, és ez nem tekinthető kórosnak, spontán is megszűnik (3). Az ultrahang vizsgálattal a cardiomegalia mértéke pontosan megítélhető. A cyanosis részben intracardialis eredetű, hasonlóan mint a perzisztáló foetalis keringésben (15), részben pedig pulmonalis eredetű, a mindig társuló kisvérkőri pangás következménye. A jobbszívfélben uralkodó magasabb nyomás csökkenésével a cyanosis megszűnik. A terápia sarkalatos pontja a megfelelő oxigenisatio biztosítása, amely többnyire 100 %-os oxigénnel történő gépi lélegeztetés, és a myocardium contractilitásának a javítása pozitív inotrop hatású szerekkel (Digoxin, Dopamin, Dobutrex), az oedemák kiürítése diuretikus kezeléssel és erőteljes folyadék megszorítással. A betegség adekvát kezelése teljes gyógyuláshoz vezethet, ill. serdülő életkorban tricuspidalis vagy mitralis prolapsus alakulhat ki. Életben maradt betegeinknél az első fél év után a szív működést teljesen normálisnak találtuk. A késői hatás felméréséhez további kardiológiai nyomonkövetés szükséges.

IRODALOM: 1. Bucciarelli, R. et al.: Transient tricuspid insufficiency of the newborn: a form of myocardial dysfunction in stressed newborns. *Pediatrics*, 1977, 59, 330. — 2. Donnelly, W. H., Bucciarelli, R. L., Nelson, R. M.: Ischemic papillary muscle necrosis in stressed newborn infants. *J. Pediatr.* 1980, 96, 295. — 3. Feigenbaum, H.: Hemodynamic Information Derived from Echocardiography. In: *Echocardiography*. Lea and Febiger Philadelphia. 1986, 188 old. — 4. Fleming, P. J., Speidel, B. D., Dunn, P. M.: A Neonatal Vade-Mecum. Lloyd-Luke (Medical Books) Ltd. 1986. 103. — 5. Goldberg, S. J., Allen, H. D., Sahn, D. J.: Pediatric and adolescent echocardiography. A handbook, 2nd ed. Year Book Medical Publishers, Chicago. 1975, 436. — 6. Goldberg, S. J. et al.: Dopplerechocardiography. Lea and Febiger Philadelphia. 1985, 35. — 7. Gross, D. M. et al.: Late effects of newborn myocardial ischemia. *Circulation*, 1979, 60, II—6 (Abstr.). — 8. Harris, J. P.: Congestive Heart Failure. In: *Assessment of the Newborn* (Ed. Ziai, M.) Little and Brown Company Boston, Toronto. 1984, 164. — 9. Jedeikin, R. et al.: Serial electrocardiographic changes in healthy and stressed neonates. *Arch. Dis. Child.* 1984, 58, 605. — 10. Jordan, S. C. and Scott, Olive: Heart Disease in Pediatrics Butterworth and Co (Publishers) Ltd., 1989, 246. — 11. Katona M. és Kertész E.: Echocardiographia helye az újszülött intenzív osztályon. *Gyermeckorl.*, 1986, 37, 337. — 12. Kádár K.: 2-D echocardiographia a koraszülöttek és kisműtött csecsemők műtési indikációjában. *Szívműtétek szívkatóterezése nélkül. Orv. Hetil.*, 1986, 127, 265. — 13. Lengyel M.: Echokardiográfia. Medicina, Budapest, 1988, 47. — 14. Oh, K. S. et al.: Transient myocardial ischemia of the newborn infant. *Pediatr. Radiol.*, 1985, 15, 29. — 15. Pieroni, D. R., Valdes-Cruz, L. M.: Atrial Right-to-Left Shunt in Infants with Respiratory and Cardiac Distress but without Congenital Heart Disease. *Ped. Cardiol.*, 1982, 2, 1. — 16. Primhak, R. A. et al.: Myocardial Ischemia in Asphyxia Neonatorum. *Acta Pediatr. Scand.*, 1985, 74, 595. — 17. Reller, M. D., Rice, M. J., McDonald, R. W.: Tricuspid regurgitation in newborn infants with respiratory distress. *Echo-Doppler Study. J. Pediatr.*, 1987, 110, 760. — 18. Riemenschneider, T. A.: Disturbance of the transitional circulation: spectrum of pulmonary hypertension and myocardial dysfunction. *J. Pediatr.* 1976, 89, 622. — 19. Rowe, R. D., Hoffman, T.: Transient myocardial ischemia of the newborn infant: a form of severe cardiorespiratory distress in full-term infants. *J. Pediatr.*, 1972, 28, 243. — 20. Zellers, T., Gutgesell, H. P.: Noninvasive estimation of pulmonary artery pressure. *J. Pediatr.*, 1989, 114, 735. — 21. Walther, F. J. et al.: Cardiac output in newborn infants with transient myocardial dysfunction. *J. Pediatr.*, 1985, 107, 781.

(Katona Márta dr., Szeged, Pf. 471. 6701)

Secunder, nephrogen hyperparathyreosis mellett fellépő cutan gangraena

Bács-Kiskun Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét, Bőrgyógyászat
(osztályvezető főorvos: Török László dr.)
és Nefrológiai és Dializáló Osztály
(osztályvezető főorvos: Worum Imre dr.)

44 éves haemodializált nőbetegben jelentkező ischaemiás bőrgangraenát ismertetnek, amely a secunder hyperparathyreosis miatt kialakult metastatikus calcinosisra volt visszavezethető. Szubtotális parathyroidectomiával, valamint helyi kezeléssel érték el gyógyulást. A fenti jellemző tünettársulásra az uraemiás gangraena syndroma elnevezést ajánlják.

A 70-es évek közepe óta szélesebb körben bevezetett haemodialízis jelentősen meghosszabbította a vesebetegek életét. Számos olyan dermatosis vált ismertté, amely a krónikus haemodialízissel hozható összefüggésbe, jóllehet az uraemiára és a haemodialízisre visszavezethető tünetek nem mindig választhatók el egymástól. Jellemzőnek tartják a betegek bőrének korai öregedését (actinicus elastosis, xerodermia), a bőr fokozott sérülékenységet (pseudoporphyria), a hideg túlérzékenység kialakulását (Raynaud fenomen), a dialízis pruritust (elsősorban allergiás patogenezisű), a körömtüneteket és a bőr jellegzetes barnás-sárgás színét. A dialízis időtartamával hozhatók összefüggésbe egyes kialakuló kötőszöveti betegségek, mint a carpal-tunnel syndroma, a Dupuytren contractura és az ujjak dorsalis felszínén lévő bőr konzisztenciájának fokozódása (1, 7, 15). A következő kazuistikánkban, a meglehetősen ritka metastatikus calcinosisra visszavezethető bőrnecrosis kialakulását ismertetjük dializált vesebetegünkön.

Esetismertetés

44 éves nőbeteg, akinél évek óta fennálló és recidiváló pyelonephritis és hydronephrosis miatt 1980-ban bal oldali nephrectomia történt. 1982-ben a jobb oldali vesében is pyelonephritis alakult ki, amelyet itt is hydronephrosis követett. 1985 óta rendszeresen heti három alkalommal haemodialízisben részesült. 1980 óta hypertoniás. Felvételt egy hónappal megelőzően a láb-

Kulcsszavak: chronikus uraemia/haemodialízis — secunder hyperparathyreosis — metastatikus calcinosis — bőrgangraena — uraemiás gangraena syndroma

Secondary nephrogen hyperparathyroidism with cutaneous gangrene. Ischemic cutaneous gangrene is described in a 44 years old woman-patient, which could be attributed to metastatic calcinosis developed on account of secondary hyperparathyroidism. Recovery was obtained by subtotal parathyroidectomy, as well as by local treatment. For naming of the characteristic syndrom mentioned above, "uremic gangrene syndrom" is recommended.

szárakon fájdalmas elszíneződések alakultak ki, amelyek később kisebbedtek.

Felvételi státusz: Koránál jóval idősebbnek látszó beteg, aki-nek bőre, főleg a fénynak kitett helyeken szürkésárga színű és testszerte feltűnően száraz. Mindkét lábszáron a hajlító és a mediális felszínen 3–5 cm átmérőjű kp. éles szélű, szabálytalan alakú, lividvörös, helyenként feketés színű, a bőr szintjében lévő fájdalmas beszűrődések. A jobb térdhajlat alatt lévő infiltráció közepén haemorrhagiás crusta (1. ábra). A sclerákon a cornea mellett mindkét oldalon sárgás-fehéres színű 4–5 mm átmérőjű plakk.

Kivizsgálásakor emelkedett vvt. sülljedést, mérsékelt anaemiát, emelkedett alkalikus foszfatázét (179 U/l), normális kalcium (2,25–2,52 nmol/l) és emelkedett serum-foszfor értéket (1,9–2,7 nmol/l) kaptunk. A kalcium és a foszfor szorzata 5,9. Kryoifibrinogen: pozitív.

Körlefolys és kezelés: A lábszárakon lévő gócotak először infekciós eredetűnek tartottuk és szisztémás, valamint helyi antibiotikus kezelést indítottunk. Folyamata javulást mutatott, de néhány nap múlva újabb góccok keletkeztek, a meglévőekben pedig haemorrhagiás necrosisok alakultak ki. Később az összes érintett területen necrosis, majd lepedékes, bűzös fekélyek fejlődtek ki (2. ábra). Az egyik fekély széléből szövettani vizsgálat készült: a dermis és a subcutis határán, ill. a subcutis septumának felszínesebb részén lévő nagyobb arteriola és kis artéria nagyságrendű érben kifejezett media hyperplasia látható falmegvastagodással és a lumen némi beszűkülésével. Ezek szomszédságában venula nagyságrendű tág, vékony falú érben subendothelialis, szalagszerűen élénk eosinophil, helyenként sötétebben festődő homogen szemcsés anyag lerakódása figyelhető meg. Ez PAS- és Kossa-festéssel pozitív reakciót ad, vagyis meszet tartalmaz. Az érintett erek falában vasculitisre utaló jelenség nem látható (3. ábra).

Metastatikus calcinosisra gondolva elvégeztük a PTH meghatározást, amely extrém magas értéket adott (20 000 E felett). A kézről és az alkarról készült rtg. felvételen kézfejesontok területén subperiosteálisan cystikus góccok, az alkar vetületében halvány érfa meszesedés. Echocardiographiás vizsgálattal az aorta gyökében, az egyik aorta billentyűben és az anulusban meszlerakódás. Ultrahangvizsgálattal a jobb vesében, a hasi aortában, a jobb oldali a. iliaca communisban és a bal oldali a. carotis com-



1. ábra: Haemorrhagiás crusta



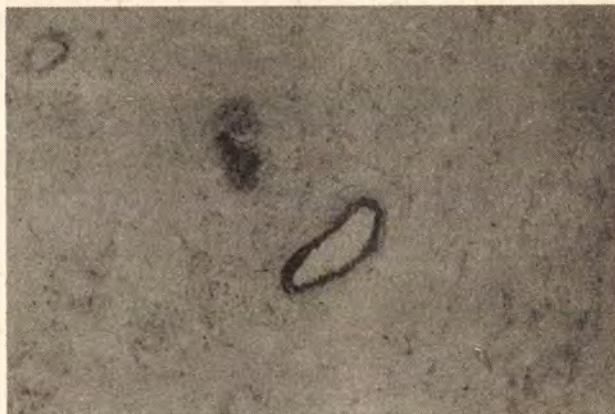
2. ábra: Necrosis, lepedékes fekélyek

munisban 0,5–2 cm nagyságú intenzív meszesedés látható. Szemészet: mindkét limbusban meszes plakk.

Betegünknel a fentiek alapján a chronikus uraemia talaján kialakult secunder hyperparathyreosiszt diagnosztizáltunk. Erre vezettük vissza a metastatikus calcinosist a bőrerekben, amely a lábszárak bőrén gangraenához vezetett. Mivel a tünetek konzervatív kezelés (alumínium-hydroxid, iv. heparin, steroid) ellenére rosszabbodtak, fájdalmai elviselhetetlenekké váltak, a parathyreoidectomy mellett döntöttünk. A subtotalis parathyreoidectomyt a SOTE I. számú Sebészeti Klinikáján végezték. Az eltávolított mellékpajzsmirigyek szövettana hyperplasiát mutatott (II. Kórbonctani Intézet, SOTE). A műtét után a bűzös lepedékkel fedett fekélyeket feltisztítottuk, amelyek további hámosító kezelésre, illetve bőrátültetésre begyógyultak. A műtét óta eltelt másfél éves megfigyelési idő alatt újabb bőrtünet nem jelentkezett.

Megbeszélés

A calcinosis cutis rendszerint két formában fordul elő. A dystrophiás calcinosis cutisnál, a serum calcium és a foszfor normális és a kóros mészlerekódásban lokális kórfolyamat játszik szerepet. Az ép bőrön jelentkező metastatikus calcinosisnál a serum calcium, vagy a serum foszfor, vagy mindkettő emelkedett. Mivel mészlerekódás ilyenkor is bizonyos szervekben (tüdő, vese, gyomor, szív, artériák) és a bőrön bizonyos lokalizációban gyakoribb, ezért valószínű, hogy a helyi faktoroknak itt is szerepe lehet. A me-



3. ábra: Fekély szélének szövettani képe

tastatikus calcinosis legismertebb formáit a primer hyperparathyreosis, a veseelégtelenséghez társuló secunder hyperparathyreosis, a D-hypervitaminosis, a tej-alkáli syndroma és a sarcoidosis jelenti (13, 9, 16, 19).

A metastatikus calcinosis kórtanilag három formában fordulhat elő: 1. Leggyakoribb a vascularis calcinosis, amely ha a kis arteriola nagyságú erek mediáját érinti, következménye ischaemiás necrosis lehet. A kéz- és lábujjakon acrocyanosis alakul ki, amelyet száraz digitális gangraena követ. Lábszárakon, combon és a fartájékon periarteritis nodosa-szerű képpen manifesztálódik. Az érín-

Baypress®

TABLETTA

20

A kórosan megemelkedett Ca^{++} -koncentráció az artériák simaizomzatának összehúzódását okozza.
HIPERTÓNIA

A BAYPRESS® gátolja a Ca^{++} -beáramlást és fokozatosan normalizálja az artériák tónusát.
FIZIOLÓGIÁS VÉRNYOMÁS



Gyártja és forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR

Tiszavasvári

Bayer A. G. Leverkusen
licencia alapján



Baypress®

TABLETTA

20

Hatóanyag: 20 mg nitrendipinum tablettánként.

Hatás: A nitrendipin vérnyomáscsökkentő gyógyszer. Gátolja a lassan aktiválódó kalcium csatornákat, az intracelluláris kalcium-felszabadulást, csökkenti a cAMP-foszfodiestheráz működését, aktiválja a kalcium-ATP-áz. A kalmódulinnal történő interakció következtében vazodilatációt és ezáltal vérnyomáscsökkentést eredményez. Vérnyomáscsökkentő hatása általában 24 órán át észlelhető, ezért a legtöbb esetben napi egyszeri adása elegendő. Enyhe Na^+ -ürítő diuretikus hatása (főleg a kezelés kezdetén) elősegíti vérnyomáscsökkentő hatását. A kalcium antagonisták kardioprotektív tulajdonságával is rendelkezik.

A szívre gyakorolt hatása komplex: csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szívműködés kontraktilitását, kismértékben emelheti a szívfrekvenciát, de nem befolyásolja a szív ingervezető rendszerének működését. Növeli az agy, a szív és a vesék vérellátását. A kezelés alatt toleranciával, rebound-jelenséggel és ortosztázissal nem kell számolni.

Javallatok: Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia. A hipertónia enyhe és közepes súlyos esetében önmagában monoterápiaként alkalmazható, súlyosabb esetekben diuretikummal, esetleg bétareceptor-blokkolóval és egyéb antihipertenzívummal kombinálható!

Ellenjavallat: Terhesség, szoptatás.

Adagolás: Individuális. Átlagos napi adagja 20 mg (= 1 tbl.) a reggeli étkezés után. Terápiás dózistartománya 5–40 mg/die. Tartós kezelés során gyakran lehetséges, hogy a nitrendipin adagjának csökkenése. Krónikus májbetegség és krónikus veseelégtelenség esetén a kezdő adag negyed vagy fél tablettára (5 vagy 10 mg) csökken.

Mellékhatások: Főleg a kezelés kezdetén fejfájás, az arc kipirulása, melegségérzés előfordulhat. A kezelés folytatása során ezek a mellékhatások általában elmúlnak. Fáradékonyság, szédülés, tachikardia is előfordulhat. A vizelet mennyisége a kezelés alatt fokozódhat. Ritkán átmeneti bokaödéma jelentkezhet – ennek oka az alsó végtag ereinek kitéágulása –, amely spontán vagy diuretikum adására kiürül.

Mint más vazóaktív anyagoknál, rendkívül ritkán, kb. 15–30 perccel a bevétel után a mellkasi területen fájdalomérzés, bizonyos körülmények között angina pectoris-szerű fájdalmak léphetnek fel. Ilyen esetben a Baypress szedését meg kell szüntetni, amennyiben oki összefüggés gyanítható. Alkalikus foszfatáz emelkedése a szérumban előfordulhat.

Gyógyszerköölcsönhatások: Bétareceptor-blokkolóval, egyéb vérnyomáscsökkentő készítménnyel, H_2 -receptor blokkolóval és digoxinnal való együttadása körültekintést igényel.

- Bétareceptor-blokkoló együttadása emelheti a nitrendipin vérnyomáscsökkentő hatását.
- Egyéb antihipertenzívumok és H_2 -receptor blokkolók fokozhatják a nitrendipin vérnyomáscsökkentő hatását.
- Digoxinnal együttadva a Digoxin plazmaszintje emelkedhet, Digoxin túladagolási tünetek jelentkezhetnek, ezért a Digoxin adagját nitrendipin kezelés alatt gyakran csökkenteni kell.

Figyelmeztetés: A nitrendipin kezelés első szakaszában – egyénenként meghatározott ideig – járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Túladagolás: Akut túladagolásnál flush, fejfájás, vérnyomáscsökkenés, szívfrekvencia-növekedés erősebben léphetnek fel. Korai felismerésnél gyomormosás szénnel, extrém vérnyomáscsökkenés esetén Noradrenalin kell a szokásos koncentrációban infundálni, szívelégtelenség esetén Strophantin i.v.

Nincs specifikus antidotuma, az előtérben álló tünetmátra kell a terápiának irányulnia. I.v. kalcium adása ajánlható.

Megjegyzés: ✕

„Vényre és csak egyszeri alkalommal adható ki. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.”

Csomagolás: 20 db tablettára.



tett területeken fájdalmas, livid erythemát, vagy livedo racemosát látunk, amely összefolyva ecchymosisba megy át, majd néhány hét múlva gangraena alakul ki. A folyamat érintheti a bőrön kívül a zsírszövetet is (adiposus személyeken has, tompor, comb). Ilyenkor kezdetben panniculitisnek megfelelő képet látunk, amelyben később masszív necrosis fejlődik ki (2, 16). Ha a végtag és a nagyobb artériákra lokalizálódik, tüneteket rendszerint nem okoz. 2. Intersticiális calcinosis, ahol a calcium a különböző szervek kötőszövetében halmozódik fel. A bőr esetében a mézsz a kollagénrostok között és az appendixek körül rakódik le. Igen jellegzetes, főleg a nagyhajlatok és azok környékén vonalasan, vagy hálózatosan elrendeződő 1–3 mm átmérőjű söréttapintatú bőr, vagy sárgásbarna színű papulák, illetve papulosus infiltrációban manifesztálódó, ún. intradermális calcinosis (2, 10, 16, 17). 3. Kevert forma.

A chronikus veseelégtelenségben jelentkező metastatikus calcinosis már a múlt század óta ismert és viszonylag gyakori jelenségnek számít (3, 5, 10, 14, 18). Annak ellenére, hogy a bőr calcium tartalma ilyen esetekben gyakran emelkedett, a cutan calcinosis mégis ritka szövödménynek tekinthető (6, 8). Ez vonatkozik mind az intersticiális — mind a vascularis eredetű cutan calcinosisra még akkor is, ha a perifériás erek media calcifikációja kifejezett. A calcinosis cutis tüneteit később nemcsak a vese-, hanem haemodializált, illetve vesetranszplantált betegeken is leírták (4, 7, 11, 12).

A veseelégtelenséghez társuló metastatikus calcinosis kialakulásában elsősorban az anorganikus foszfor retenciónak és a csökkent aktív D-vitamin (1-25-dihydroxycalciferol) keletkezésének van jelentősége. A magasabb foszforszint a vese kiválasztó funkciójának elégtelensége miatt jön létre. Az aktív D-vitamin-képzés zavara miatt pedig az intestinális calcium felszívódás csökkent, amely miatt a serum calcium szint rendszerint alacsony. Az ionizált serum calcium alacsony szintje miatt hyperparathyreosis jön létre, amely a csontokból calciumot és foszfort mobilizál. Ha a calcium és a foszfor szorzata eléri a kritikus értéket, a calcium a különböző szövetekben kicsapódik. Ha a kompenzatorikus mechanizmus tartósan fennáll, secunder hyperparathyreosis jön létre, amely tovább emeli a serum foszfor szintet.

Mind a primer, mind pedig a secunder/renális hyperparathyreosisban fellépő ischaemiás gangraena pontos patomechanizmusa még tisztázásra szorul. A bőr szövettani vizsgálatával legtöbbször media calcifikációt és thrombosit, vagy csak media calcifikációt találtak, de előfordul vascularis gangraena media calcifikáció nélkül is (8, 9, 12, 14, 19). Az érfa calcifikációval nem magyarázható meg az a tény, hogy a necrosis kezdetben reverzibilis lehet és az, hogy a parathyreoidectomiára miért javulnak gyorsan a tünetek, jóllehet az érfa calcifikáció továbbra is fennáll. Ezek a parathormon direkt, érfa-ra gyakorolt hatását látszanak alátámasztani. Elképzelhető az, hogy az emelkedett PTH szint mellett az uraemia is szerepet játszhat, az endothel és a thrombocyták, esetleg a C-protein interakcióján keresztül (2, 5, 8, 12). Végül feltehető a Selye-féle calciphylaxis jelenségét is. Ez alatt azt értik, hogy a különböző ágensek mint pl. a PTH, D-vitamin, calcium sensibilizálják a szöveteket, majd más kiváltó tényezők (trauma, keringési zavar stb.) szövet calcifikációt hoznak létre (5).

Saját betegünknel a torpid, terápia rezisztens bőrgangraena szövettani vizsgálata (vascularis calcinosis) irányította a figyelmet a metastatikus calcinosis lehetőségére. Az ezután végzett vizsgálatok erősítették meg a hyperpa-

rathyreosis fennállását (extrém magas PTH szint, porotikus csontok, subcorticalis cystaképződés), illetve derítették fényt az egyéb szervek calcinosisára (erek, szív, vese, szem). Ebbe volt beilleszthető a kezelés ellenére emelkedő serum calcium és foszfor, valamint a magas alkalikus foszphatáz. A calcinosis típusának kialakulását (vascularis calcinosis) magyarázni mi sem tudjuk. Feltételezésünk szerint a kryofibrinogenaemia jelenthetett kiváltó tényezőt (téli kezdet), amely a varicosus alsó végtagokra lokalizálhatta a vascularis gangraenát. A PTH szerepére utal, hogy a subtotalis parathyreoidectomia után újabb bőrnecrosis nem jelentkezett és az addig terápia rezisztens fekélyeket sikerült begyógyítanunk.

Az irodalomban eddig 46 esetet írtak le, ahol veseelégtelenséghez secunder hyperparathyreosis talaján cutan gangraena alakult ki (2). A chronikus uraemiás betegeken fellépő gangraena a kialakult renális hyperparathyreosis markáns tünetét jelentette. Ilyenkor már a metastatikus calcinosis egyéb tünetei is megtalálhatók a különböző szervekben. A bőr, illetve a bőr alatti zsírszövet necrosis uraemiában jellegzetes tünettársulást jelent, amelyet érdemes külön syndromának tekinteni (uraemiás gangraena syndroma, reno-parathyreoidalis-cutan syndroma). Az uraemiás gangraena syndroma a renális hyperparathyreosis következményeként kialakuló vascularis calcinosis tipikus tünetegyüttesének fogható fel. A dialízis és a vesetranszplantáció elterjedésével a chronikus uraemiás betegek életének meghosszabbodásával, a tünettársulás előfordulásának emelkedése várható. Az uraemiás gangraena syndroma diagnózisának felállítása egyértelműen utal a subtotalis parathyreoidectomia elvégzésének szükségességére, amely a legtöbb esetben a gangraenák gyógyulását lehetővé teszi.

Köszönetnyilvánítás. A parathyreoidectomia elvégzéséért dr. Mérey Jánosnak SOTE I. Sebészeti Klinika, a kórszövettani vizsgálatok elvégzéséért pedig dr. Hidvégi Juditnak SOTE II. sz. Kórbonctani Intézet tartozunk köszönettel.

IRODALOM: 1. Altmeyer, P. és mtsai: Hautveränderungen bei Langzeitdialysepatienten. Hautarzt, 1982, 33, 303. — 2. Bourlond, A. és mtsai: Calciphylaxie? Dermatologica, 1989, 179, 165. — 3. Bryant, J. H., Hale White, W.: A Case of Calcification of the Arteries and Obliterative Endarteritis Associated with Hydronephrosis in a Child Aged Six Months. Guy's Hosp. Rep. 1898, 40, 17. — 4. Cohen, E. B., Komorowski, R. A., Clowry, L. J.: Cutaneous Complications in Renal Transplant Recipients. Am. J. Clin. Pathol., 1987, 88, 32. — 5. Gipstein, R. M. és mtsai: Calciphylaxis in Man. Arch. Intern. Med., 1976, 136, 1273. — 6. Graaf, P. és mtsai: Metastatic Skin Calcification. Dermatologica 1980, 161, 28. — 7. Gupta, A. K. és mtsai: Cutaneous Associations of Chronic Renal Failure and Dialysis. Int. J. Dermatol., 1986, 25, 498. — 8. Huertas, V. E., Maletz, R. M., Veller, J. M.: Dermal Necrosis Due to Thrombosis in Severe Secondary Hyperparathyroidism. Arch. Intern. Med., 1976, 136, 712. — 9. Khafif, R. A. és mtsai: Acute Hyperparathyroidism With Systemic Calcinosis. Arch. Intern. Med., 1989, 149, 681. — 10. Kolton, B., Pedersen, J.: Calcinosis Cutis and Renal Failure. Arch. Dermatol. 1974, 110, 258. — 11. Koranda, F. C. és mtsai: Cutaneous Complications in Immunosuppressed Renal Homograft Recipients. JAMA, 1974, 229, 419. — 12. Massry, S. G. és mtsai: Vascular Calcification and Peripheral Necrosis in a Renal Transplant Recipient. Am. J. Med., 1970, 49, 416. — 13. Mehregan, A. H.: Calcinosis Cutis: A Review of the Clinical Forms and Report

of 75 Cases. Semin. Dermatol., 1984, 3, 59. — 14. Miller, J. A., Machin, S. J., Dowd, P. M.: Cutaneous gangrene with hyperparathyroidism. Clin. Exp. Dermatol., 1988, 13, 204. — 15. Morvay, M.: Hautveränderungen bei Hämodialyse-Patienten. Z. Hautkr., 1987, 62, 891. — 16. Pastinszky, I., Rácz, I.: Hautveränderungen bei inneren Krankheiten. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1974. — 17. Putkonen, B. T., Wangel, G. A.: Renal Hyperparathyroidism with Metastatic Calcification of the Skin. Dermatologica, 1959, 118, 127. — 18. Richardson, J. A.: Ischemic

ulcerations of skin and necrosis of muscle in azotemic hyperparathyroidism. Ann. Intern. Med., 1969, 71, 129. — 19. Winkelmann, R. K., Keating, F. R.: Cutaneous vascular calcification gangrene and hyperparathyroidism. Br. J. Derm., 1970, 83, 263. — 20. The dermatologist and protein C. J. Am. Acad. Dermatol., 1988, 19, 904.

(Török László dr., Kecskemét, Nagykőrösi út 15. 6000)

Ha kórházi beruházásról van szó, az Interhospital a legjobb lehetőségeket nyújtja az információ szerzés, összehasonlítás és döntéshozatal számára.

Több, mint 1500 kiállító várja aktuális termékeivel és a legújabb fejlesztések bemutatásával az egész világ szakmai látogatóit.

Az Interhospital 91 kiállításon láthatók:

orvosi technika · gyógyszerek mentő anyagok és felszerelések · kórházi berendezések · szervezőtechnika · ellátó- és hulladékkezelő készülékek · az ellátás- és hulladékkezelés-, a

Találkozóhely



Interhospital 91
1991. ápr. 23-26.

ház- és épülettechnika területén használatos fogyasztási cikkek · szolgáltatások · szakirodalom · intézmények · médiák

A következő címen szerezhethet be részletes információt a kiállítás átfogó kínálatáról és a 16. Hospital Congress programjáról:

Messe  Düsseldorf

HUNGEXPO
Messe- und Werbebüro des Ungarischen
Außenhandels Budapest
B.P. 44
Varosliget
1441 Budapest
Tel. 01-1573555, Fax: 01-1572647

 **Düsseldorf**

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, alkalmasszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2-4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknél a kombinált fogamzásgátló tabletták szedése (vagy egyéb fogamzásgátló módszer alkalmazása) a célszerűbb.

ELLENJAVALLATOK: Máj- és epeutak betegségei, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS: Egyszeri vagy megismételt közöszülés után az első aktust követően 1 tablettát kell bevenni.

Tartósabb együttélést (többszöri, halmozott coitust) követően az első tabletták bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát (Halmozott közöszülés esetén tehát összesen 2 tablettát vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK: Hányinger, áttöréses, ill. megvonásos vérzés jelentkezhet a tabletták utáni 2-3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 tablettát szedhető!

CSOMAGOLÁS: 10 db tablettát

QH

264

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Szív- és keringési betegségek

BARI, CABRI, EAST, GABI és RITA: koszorúér angioplasztika tanulmányok. Szerkesztőségi közlemény: *Lancet*, 1990, 335, 1315.

Az Andreas Grüntzig által 1977-ben bevezetett koszorúér angioplasztika ma az USA-ban gyakoribb beavatkozás, mint a koszorúér áthidaló műtét (1987-ben a koszorúér revaszkularizációs műveletek 58%-a volt angioplasztika). A beavatkozás tartós hatása korlátozott: a betegek 20–30%-ában restenosis várható. Az anasztomózis műtétek számos klinikai tanulmány tárgyai voltak, a beavatkozás megalapozott. Ezzel szemben csak randomizált klinikai tanulmányok eredményei alapján tudjuk megválaszolni azt a kérdést, hogy hogyan kezeljünk egy olyan beteget, akinél mindkét beavatkozás egyaránt szóba jön. Jelenleg öt multicentrikus tanulmány foglalkozik ezzel a kérdéssel, melyek eredménye az 1990-es évek közepére várható.

Angliában a RITA tanulmány egy vagy több ágon károsodott koszorúérbeteggel foglalkozik, ahol a kardiológus és a szívsebész hasonló eredményre számít. A kiértékelés szempontjai a halálozási arány, az 5 éven belüli nem végzetes kimeneteli infarktusok száma, a terhelési tűrőképesség, a bal kamrai működés, a tünetek és az életminőség.

Európában zajlik a CABRI program. A kétféle beavatkozás hatásának megítélésére választott szempontjaik: a tünetek, az életminőség, a terhelési tűrőképesség és ismételt érfeltöltéssel az erek állapotának megítélése. Német program a GABI. A kiértékelésnél figyelembe veszik a tüneteket és a nem invazív módon meghatározott szívizom iszkémiát. Az USA-ban folyik az EAST tanulmány, ahol a klinikai állapotot, a terhelési tűrőképességet és az érfeltöltés leleteit értékeli ki a tanulmány 1. és 3. évében. A legnagyobb vizsgálat a BARI, melybe 2400 beteget terveznek bevonni.

A kiértékelésnél figyelembe veszik az 5 éves túlélést, a hosszú távú morbiditást, a terhelési tűrőképességet, a tüneteket és az életmódot. Az USA-ban a randomizálásra nem került, de érfestéssel értékelhető betegek sorsát párhuzamosan követik.

A RITA kivételével a tanulmányok több-ágban károsodott koszorúérbetegekkel foglalkoznak (feltételezik, hogy egy ág betegség esetén a választandó módszer az angioplasztika). Minden tanulmány kizárja a bal főtörzs elzáródásban szenvedő betegeket.

A RITA és a GABI program kizárja azokat a betegeket, akiknél várhatóan nem következik be teljes revaszkularizáció, a GABI és az EAST kizárják az idült koszorúér elzáródásos eseteket. A CABRI programban a beavatkozások célja a tünetmentesség és nem a teljes szívizom revaszkularizáció.

A tanulmányok drágák, pl. a BARI kb. 30 millió dollárba kerül, tetemes állami támogatásban részesülnek. A betegek besorolása időigényes és nehéz feladat, emellett szükség van a betegek frásos hozzájárulására is. A vizsgálatoktól fontos eredmények várhatók, és mivel a költségeket is figyelembe veszik, a beavatkozások az egészségügyi rendszer számára tervezhetők lesznek.

Kíváncsún lenné, hogy kardiológusok mind nagyobb száma csatlakozzék a programokhoz.

Balikó Zoltán dr.

A néma myocardialis infarctus prognosztikus jelentősége és kezelése. Tzivoni, D., Stern, S. (Department of Cardiology, Bikus Hospital, P. O. Box 492, Jerusalem, 91000 Israel): *European Heart Journal*, 1990, 11, 288.

A néma iszkémia („silent ischaemia”, S. I.) kezelése csak kedvezőtlen kimenetel esetén lehet indokolt. A Holter monitorozás során a coronaria betegeknek néhány percnyitől több órán át tartó, fájdalommal nem járó iszkémiás epizódok rögzíthetők. Állakísérletekben 20 percnél rövidebb ideig tartó coronaria occlusio után a myocardium functiója helyreáll, de morfológiai és elektronmikroszkópos jellemző elváltozások kísérik, és az iszkémiás zóna ATP koncentrációja még 3 nap után is alacsony marad. Rövid idejű, de ismétlődő iszkémiás epizódoknak kumulatív hatásuk van: subendocardialis necrosist, CK felszabadulást eredményeznek, a myocardium regionálisan dysfunctióssá válik, és subcellularis káros elváltozások lesznek akkor is, ha az izomsejtek életképesek maradnak.

Effort anginás coronaria műtött betegeknek a myocardium biopsia kötőszövet felszaporodást, és az izomrostok hyperthrophiját igazolta, kifejezettebben a subendocardiumban, melyet az ismételt iszkémia periódusok következményének tartanak. Az irodalmi adatok szerint, és a szerzők saját megfigyelései szerint is a fájdalmas és fájdalomtalan iszkémia periódusok alatt nem volt különbség a szívfrekvenciában, az arteria pulmonalis nyomásemelkedésének mértékében, az iszkémiás periódus időtartamában, a maximális ST-depressio nagyságában, a balkamrai végdiastolés nyomás emelkedésének, a balkamrai ejectio fractio (EF) csökkenésének mértékében, a balkamrai volumenváltozás nagyságában, az echo-CG szerint megállapított globális és regionális balkamrai dysfunctióban. Tehát mindkét iszkémia fajtában azonos mértékű a myocardialis perfusio zavar, és azonos súlyosságú a coronaria betegség. A két csoportban azonos arányban találtak egy-, két- és három-ér betegséget. Három-ér betegeknek, ha jó a terhelési kapacitás, az éves

mortalitás 4% volt, csökkent terhelési kapacitás esetén 9%. A terhelés kiváltotta S. I. és az effort anginás csoportban a mortalitás azonos volt, úgyszintén az infarctus és a hirtelen halál rizikója is. Ezek a veszélyek a coronaria betegség súlyosságával és a balkamrai functio-károsodás mértékével voltak kapcsolatosak, és nem az iszkémia fájdalmas, vagy fájdalomtalan voltával. Ugyanez érvényes a terheléssel tesztre is: itt a mortalitás nagysága az ST depressio mértékével volt arányos.

Az instabil anginás betegek között előforduló S. I. epizódok a rövid és a hosszú távú prognózist rontják, köztük gyakoribb az infarctus, a bypass műtét, és az angioplasztikázott betegek aránya. Multivariációs analízis azt mutatta, hogy a kimenetelre vonatkozóan a S. I. volt a legerősebb prognosztikus tényező, és ez még két év után is kimutatható volt. Más hasonló vizsgálatok is igazolták, hogy a Holter monitorozásban az ST változások jelenléte a többi változó között szignifikáns prediktív tényező, ugyanakkor az ergometria eredménye nem. Öt cardialis esemény: szívhálál, infarctus, instabil angina, PTCA, ACBG a S. I. és kóros ergometriájú betegek között nagyobb arányú, 51% volt, mint a csak pozitív terheléssel teszt-betegek között: 20%. Ha mindkettő negatív volt, az események előfordulási valószínűsége 8,5% volt. Ha a S. I. csökkent EF-val társult, az eseményvalószínűség nagyobb volt, mint a csak csökkent EF esetén, azonos volt viszont a S. I.-ás, az angina + S. I.-ás és a csak anginás betegek között. Az arrhythmia gyakoribb az iszkémia epizódok alatt-után, és ilyenkor sokkal veszélyesebb formájú.

Ezek a megfigyelések indokolják tehát azt, hogy az S. I.-t kezelni kell. A tünetmentes iszkémia esetén a gyógyszeradagot, a kombinációkat a panaszok súlyossága irányítja. Mivel a S. I. minden szempontból és a lehetséges következmények miatt is azonos a panaszt okozóval, kezelni kell, noha ma még nincs egyértelmű bizonyíték annak, hogy a tisztá S. I. esetén a kezelés javítja-e a prognózist. Ambuláns EKG monitorozással igazolható, hogy a nitrátok csökkentik az iszkémia epizódok számát, gyakoriságát egymagukban is, és béta-blockolóval együtt még kifejezettebben. Hasonló hatásúak a béta-blockolók önmagukban. A Ca-antagonisták egyedül is, és béta-blockolóval együtt is azonos hatásúak voltak, és ezek a gyógyszerek azonos eredményt adtak mind a S. I.-ás, mind a fájdalmas iszkémiás betegeknek. Egyforma jó eredményt hozott mindkét csoportban mind a PTCA, mind az ACBG is.

Ezek a vizsgálatok tisztázták tehát, hogy a myocardialis iszkémia kezelésére alkalmazott összes módszer a S. I. esetében is eredményes és szükséges, mert mindkét esetben azonos mértékű a myocardium károsodása, a coronaria betegség súlyossága, a prognózis. A myocardium szempontjából nagyon jelentős az epizódok száma, időtartama. Az még nem világos, hogy a panaszmentes beteget mikor kell aktív beavatkozásnak (PTCA, ACBG) alávetni, de ma már

az előrehaladott stádiumú coronaria beteg-
geknél ezeket a beavatkozásokat a betegség
súlyossága és nem a tünetek alapján indí-
káljuk.

(Ref.: Számos olyan infarctus beteget ke-
zeltünk, akiknek előzőleg semmi panaszuk
nem volt, első coronaria eseményük az in-
farctus. Közülük feltehetően soknak volt
több silent iszkémia epizódja, mely nem ke-
rült felismerésre. A Holter monitorozásnak
a stenocardiás beteg kivizsgálásán kívül
széles körben el kellene terjedni szűrő-
vizsgálati céllal, legalább a rizikó-
csoportokban, de talán még szélesebb kör-
ben is, hogy hatékonyabban felfedezhessük
a veszélyeztetett, beteg, kezelést igénylő
embereket.).

Kálló Kamill dr.

**Non-Q infarctus: ergometriajellem-
zők, coronarographiás eltérések és prog-
nosis.** Fox, J. P. és mtsai (Cardiology De-
partment, East Birmingham Hospital,
Birmingham B9 5ST): Brit. Heart J. 1990,
63, 151.

Bár a non-Q infarctus közvetlen prognó-
zisa jó, újabb megfigyelések szerint a késői
komplikációk: reinfarctus, halál, angina ri-
zikója nagyobb, mint a transmuralis infarc-
tusé. Ugyanúgy, mint a Q-infarctusnál, a
korai időzített ergometria alapján lehet a
veszélyeztetetteket kiszűrni. Vizsgálatuknak
az volt a célja, hogy elemezzék és összeha-
sonlítsák az ergometria-jellemzőket, a
coronarographia adatait és a prognózist
non-Q és Q-infarctuson átesett betegeknél.

339 infarctuson átesett, 34–70 év közötti
beteget vizsgáltak. Thrombolysis egyikük-
nél sem történt. Egy éves utánvizsgálat so-
rán regisztrálták a halálozást, a reinfarctust
és az anginát. Coronaria műtét a gyógyszer-
esen nem befolyásolható anginás betegek-
nél történt. Szubmaximális ergometriát vé-
geztek a hazabocsátás előtt, „néma”
pozitív tesztnek nevezték azt, ahol az ST
depressiót nem kísérték angina. A corona-
rographia során a három főtörzset vették fi-
gyelembe: bal leszálló ág, circumflexus,
jobb coronaria.

A 339 beteg közül 87-nek (26%) volt
non-Q infarctus. A negatív ergometria
mindkét csoportban azonos arányú volt:
49, ill. 45%. Egyforma megoszlású volt a
pozitívok között a silent és a symptomás
iszkémia. A non-Q infarctusok között az egy-
ér betegség 54%-ban, két-ér betegség
20%-ban, és a három-ér betegség 26%-ban,
ugyanaz a Q-infarctusoknál 39–28–
33%-ban fordult elő. A non-Q csoportban
szignifikánsan magasabb volt az átjárható
infarctus-arteria aránya (77%, szemben a
Q-infarctusok 46%-ával).

A késői események: angina, reinfarctus,
halál, mindkét csoportban azonos arányban
fordultak elő. Coronaria bypass műtétet a
non-Q infarctusosok 14%-ánál, a Q-
infarctusosok 13%-ánál végeztek.

A szerzők eredményei szerint tehát a
non-Q infarctus gyakori. A coronarogra-

phiásan igazolt coronaria betegség súlyos-
sági fok, és az első évben előforduló cardia-
lis esemény arány (prognózis) azonos a
Q-infarctuséval, tehát 70 év alatt a non-Q
infarctusos beteggel ugyanúgy kell eljárni,
mint a transmuralis infarctusosokkal, és az
elbocsátás előtt végzett ergometria jó mód-
szer azok elkülönítésére, akik a késői ese-
mények szempontjából veszélyeztetettek.
Mivel azonban thrombolysist nem alkal-
maztak, és az megváltoztathatja a non-Q
infarctus körlefedését, ilyen betegcsoport-
ra vonatkozó további vizsgálatok szük-
ségesek.

Kálló Kamill dr.

**Infarctus utáni néma iszkémiás bete-
gek magas rizikójú alcsoportjának identi-
fikálása: korai revascularizációt igénylő
csoport?** Belder, de M. és mtsai (Cardiac
Department, Brompton Hospital, London
SW3 6HP): Brit. Heart J. 1990, 63, 145.

Századunk eleje óta ismert a silent iszké-
mia, az „angina sine dolore”. Az ST sza-
kasz változása alapján ismerhető fel akár az
ergometria, akár a Holter monitorozás so-
rán, vagy thallium scintigraphiával. Az iro-
dalom szerint az infarctuson átesettek
1/3-ánál kimutatható, és rossz a prognózi-
sa. Egyre több a bizonyíték annak, hogy a
hirtelen halál is sokkal gyakrabban kapcsolo-
latos új iszkémiás eseménnyel az infarctus
után. Azoknál a betegeknél, akiknél az in-
farctus után iszkémia igazolható, a korai re-
vascularizatio a túlélést javíthatja, de ez
nagy terhet ró a ellátásra, és nem lenne
kívánatos az alacsony rizikójú betegeknél
elvégezni. A szerzők dolgozatának az a cél-
ja, hogy a megvizsgálják lehet-e postin-
farctusos néma iszkémiás betegek közül a
revascularizációt feltétlenül igénylő, magas
rizikójú alcsoportot elkülöníteni.

302 egymásutáni, 65 évesnél fiatalabb,
klinikailag stabil állapotú infarctusos bete-
get vizsgáltak. 40-et kizártak, a többinél át-
lagosan 11 nappal az infarctus után ergo-
metriát végeztek. A 139 pozitív ergometria
eset közül 123-nál történt angiographia,
melynek során értékelték a balkamrai regi-
onális falmozgást, a szűkült erek számát,
súlyosságát, és a collateralisokat. Az egy-
éves utánkövetés alatt sotalolt adtak nitrá-
tokkal, vagy Ca-antagonistával, illetve co-
ronaria műtétet végeztek a gyógyszerrel
nem kontrollálható anginás betegeknél, il-
letve elektíve a coronarographia alapján. A
negatív ergometriájú betegek kezelését
nem standardizálták. Összesen 240 beteg-
nél volt értékelhető ergometria és komplett
egyéves követés.

Az ergometria pozitívitását 104 betegnél
az ST-depressio adta, a többi 23-nál egyéb
kritériumok. 37 betegnek volt néma iszké-
miája, 46 betegnél az ST depressio volt az
egyetlen eltérés. 123-nál negatív volt az er-
gometria. Az utókövetés idejében a néma
iszkémiás betegek közül hat halt meg, 3
hirtelen, egy újabb infarctus, egy szívélég-
telenség miatt, egy oka ismeretlen. Az an-

ginás betegek közül egy, a negatív ergomet-
riájú betegek közül is egy halt meg hirtelen.
A nem ST depressio miatt pozitív ergomet-
riájú betegek egyéves mortalitása 26% volt.
A néma iszkémiás betegeknél az első évben
bekövetkező halál valószínűsége 12-szeres
volt a negatív ergometriájú betegekhez vi-
szonyítva ($p = 0,005$), kétszerese az angi-
násokénak, akiknél viszont a coronaria
műtét valószínűsége volt nagyobb. A néma
iszkémiás hat elhalt beteg közül negyven
egyéb eltérés is volt az ergometriánál; ket-
tőnél abnormalis vérnyomás válasz, kettő
képtelen volt befejezni a szubmaximális
terhelést. Ezek képezték azokat a magas ri-
zikójú betegeket, akiknél a hirtelen halál
valószínűsége a negatív ergometriájú bete-
gekéhez képest 32-szeres, az alacsony rizi-
kójú néma iszkémiásokéhoz viszonyítva
6,5-szörös, és az anginás csoportéhoz vi-
szonyítva 5-szörös volt. A néma iszkémiás
és a negatív ergometriájú csoportokat nem
lehetett megkülönböztetni a balkamra
funkciózavarának mértéke, az érintett coro-
naria ágak száma, a coronaria betegség sú-
lyossági foka és a collateralisok mértéke
szerint.

A myocardialis infarctus után végzett er-
gometria hatékony módszer a további rizi-
kó megállapításához. Az általa szolgáltatott
több adat közül az ST depressio a leghasznosabb.
Azok a néma iszkémiás betegek,
akiknél abnormalis a vérnyomás válasz,
vagy akik nem képesek a szubmaximális
terhelést teljesíteni, különösen veszélyezte-
tetettek. Jelenleg azok, akiknél ST depressiót
vált ki az ergometria és anginájuk van, na-
gyobb valószínűséggel kerülnek revasculari-
zációs műtetre, mint a néma iszkémiások.
Eredményeik azt igazolják, hogy nem he-
lyes dolog a magas rizikójú néma iszkémiás
betegektől ezt a lehetőséget megvonni. Azt,
hogy az ilyen beavatkozásokból valóban
profitálnak-e, további vizsgálatok tisztáz-
hatják.

Kálló Kamill dr.

**Az intravénás sotalol elektrofiziológiai
hatásai akut myocardialis infarctusban.**
Aström, M. és mtsai (Department of Medi-
cine, Huddinge Hospital, S-141 86 Hud-
dinge, Sweden): Eur. Heart J., 1990, 11, 35.

Az akut myocardialis infarctus (AMI)
akut fázisát haemodynamikai és elektrofi-
ziológiai instabilitás jellemzi. Az előbbi
változásai jól ismertek, de az utóbbi a
szerzők tudomása szerint nem tisztázott. A
béta-blockolóknak a fájdalomra, az infarc-
tus nagyságára és az arhythmiaakra kifejtett
hatásai bizonyítottak. A sotalol nem sze-
lektív, ISA hatással nem rendelkező, III.
osztályú antiarrhythmias tulajdonságú béta-
blockoló. A szerzők célja az volt, hogy 12
órás tartós sotalol infusio elektrofiziológiai
hatásait és az elektrofiziológiai folyamatot
tisztázzák AMI betegeknél. Összesen 20
beteg, 10 kezelte: 0,5 mg/kg 15 percen át,
majd 0,6 mg/kg 1 órán át, végül 0,2 mg/kg
a 12. óra végéig, és 10 kontroll betegnél

quadripolaris elektródot vezettek fel a jobb pitvar laterális részébe, egy termofilációs katétert az arteria pulmonalisba, és egy artériás katétert az arteria femoralisba.

Vizsgált paraméterek: sinus csomó ciklus hossza (SCL), az átlagos PP intervallum, a sinuscsomó feléledési idő (SNRT), és a 100/min fr.-jú (ahol kellett, magasabb) ingerlésre korrigált érték (CSNRT), a jobb pitvar effektív refrakter periódusa 100/min fr.-jú ingerlésnél (AERP), az AV csomó effektív refrakter periódusa 100/min fr.-jú ingerlésnél (AVNERP), a QS és a QT idő.

A kiindulási átlagos PP a placebo (P) csoportban 754 ± 21 msec, a sotalol (S) csoportban 859 ± 48 msec volt. A S csoportban fokozatosan növekedett, és a 60. percen érte el maximumát: 986 ± 43 msec ($p < 0,001$). A P-csoportban fokozatosan nem szignifikáns mértékben rövidült. A két csoport közötti különbség a 15–60. perc, a 120–240. perc és a 720. perc utáni időtartamokban szignifikáns. A SNRT a S csoportban 1249 ± 90 msec-ről 1540 ± 160 msec-ra nőtt ($p < 0,05$), a P csoportban a 12 óra alatt rövidült ($p < 0,05$). A két csoportban a fenti időszakokban a különbség szignifikáns. A CSNRT a S csoportban az első órában nagy szórású mutató, de prolongációs tendencia látszik, és a két csoport között a vizsgált időszakokban a különbség szignifikáns, a P csoportban fokozatosan rövidült ($p < 0,05$). Az AVNERP a S csoportban 376 ± 26 msec-ről 431 ± 31 msec-ra nőtt ($p < 0,05$), a P csoportban csökkent, a kettő közötti különbség csak a 720. perc után szignifikáns ($p < 0,001$). Az AERP a S csoportban fokozatosan 206 ± 6 msec-ről 247 ± 6 msec-ra nőtt a 60. percen ($p < 0,001$), a P csoportban fokozatosan rövidült ($p < 0,05$), a két csoport között az infusio végén volt a különbség szignifikáns ($p < 0,001$). A QT a S csoportban 362 ± 8 msec-ről 398 ± 7 msec-ra nőtt a 60. percen ($p < 0,001$). A P csoportban csak kisfokú változások voltak, a S csoportban az infusio végén is szignifikánsan hosszabb volt ($p < 0,001$). A QRS a S csoportban 98 ± 4 msec, a P csoportban 102 ± 4 msec volt, és az infusio alatt csak kismértékben változott.

Ismert, hogy a béta-blockolók akut elektrofiziológiai hatása a sinus aktivitás lassítása, a sinu-atrialis és az atrio-ventricularis vezetési idő megnyújtása és az AV csomó refrakteritásának növelése. Az egyes gyógyszerkészítmények hatásai ezekben a funkciókban eltérőek. A két csoportban az infúziók időzítése olyan volt, hogy a paraméterek circadian változásai kizárhatók. Az a tény, hogy a P csoportban a PP és a QT idő kivételével minden vizsgált paraméter a 12. óra végére szignifikánsan csökkent, azt jelenti, hogy a betegek még az AMI dinamikus fázisában voltak. Az alkalmazott formában a betegek a sotalolt jól tűrték, elektrofiziológiai hatásai meglehetősen állandónak bizonyultak a 12 órán át az AMI ellenére. Hasonló hatást nem láttak más III. osztályú antiarrhythmás tulajdonságú béta-blockolóknál.

Balkamrai thrombusok korai megjelenése myocardialis infarctusban. Domenicucci, S. és mtsai (Ospedali Galliera, Via A. Volta 8, 16128, Genova, Italy): Eur. Heart J., 1990, 11, 51.

Balkamrai thrombus (BKT) gyakran keletkezik akut myocardialis infarctus (AMI) esetén. Kimutatására-követésére a kétidimenziós echokardiográfia alkalmas. Kialakulásának időpontja változó, és annak a prognosztikus jelentősége, hogy mikor keletkezik, ismeretlen. A rutinszerűen bevezetett fibrinolitikus kezelés előtti időben kezelt 125 AMI beteget vizsgálták, akik nem kaptak sem alvadástgátló, sem thrombocyt adhaesivitást gátló gyógyszert. Az echo-KG segítségével nemcsak a BKT-t vizsgálták, hanem a regionális falmozgást is.

71 betegnél (57%) mutattak ki BKT-t, legkorábban az első, legkésőbbben a 362. napon, az első 48 órában 40 betegnél (56%), az első héten belül 58 betegnél (82%), az első hónapon belül 66 betegnél (93%), a többi a 40., 45., 90., 92. és 362. napon keletkezett. A megfigyelési idő alatt 52 beteg (42%) halt meg, az arány hasonló a BKT nélküli betegekéhez. Az első 48 órában keletkezett BKT-os betegeknek a mortalitás magasabb volt (23/40, 57,5%), mint a késői BKT esetén (9/31, 29% $p < 0,02$) és a BKT nélküli betegeknek (20/54, 37% $p < 0,02$). A kórházi mortalitás szignifikánsan magasabb a korai BKT-csoportban, a halálokok a korai BKT, a késői BKT és a BKT nélküli betegek között azonosak voltak. Az elbocsátás időpontjában a túlélési ráta e három csoportban azonos volt. A BKT betegeknek nagyobb volt a becsült infarctus-nagysága. 10 betegnél, akik közül 9-nél előzőleg BKT-t mutattak ki, arteriális embolisatio keletkezett, ötüknél a BKT az első 48 órában alakult ki. A BKT-os betegek között gyakoribb volt az aneurysma előfordulása, és kifejezettebb volt a falmozgási zavar, a korai és késői BKT tekintetében ebben nem volt szignifikáns különbség. Multivariációs regressziós analízis igazolta a korán kialakuló BKT nagyfokban szignifikáns prediktív értékét ($p < 0,0004$) a kórházi mortalitás szempontjából.

Adataik alapján úgy vélik a szerzők, hogy az AMI betegeknek már a hiperakut fázisban echo-KG-t kell végezni a BKT kimutatására, és ez hasznos információt ad prognosztikai szempontból is. Mivel betegek nem kaptak sem alvadástgátló, sem thrombocyt adhaesivitást gátló kezelést, ezért eredményeik nem érvényesek ilyen kezelést kapó betegek esetén, bár hangsúlyozni kell, hogy jóllehet gyakoriságát csökkent, nem akadályozza meg az alvadástgátló kezelést a thrombus keletkezését. Tehát a sonographia megfelelő, olcsó, betegágy mellett alkalmazható módszer az AMI akut fázisában a BKT kimutatására, és ezzel a magas kórházi mortalitás-rizikójú betegcsoport elkülönítésére.

A thrombolysis hatása az utópoteenciál alakulására akut myocardialis infarctus első 10 napjában. Eldar, M. és mtsai (Heart Institute, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel): Brit. Heart J. 1990, 63, 273.

A QRS szakasz végén és az ST szakaszon megjelenő alacsony amplitúdójú, magas frekvenciájú elektromos jelek — utópoteenciál (UP) — valószínűleg a kóros izomterületben történő lelassult ingerületvezetés következményei, és így ennek a régióknak arrhythmogen tulajdonságát jelzik. Ha az akut infarctus (AMI) után 1–4 héten belül kimutatható, a következő 6–24 hónapra vonatkoztatva hirtelen halál, vagy kamrai tachycardia magas fokú valószínűségét jósolja. A thrombolytikus kezelés javítja a túlélést és az izomzat egy részének megmentése útján a myocardialis funkciót az AMI-nak mind az akut, mind a krónikus fázisában, de kevés adat van arra, hogy hogyan befolyásolja az UP incidenciáját, lefolyását, hatásait. Ezért a szerzők 158 betegnél vizsgálták ezt a kérdést az AMI első 10 napjában. 65 beteg kapott iv. thrombolytikus hatású szert, akik közül 49-nél volt igazolható sikeres thrombolysis. 93-nál ismert ellenjavallatok miatt nem alkalmazták. A balkamrai ejections frakciót (EF) a 2–10. nap között határozták meg, és ez szignifikánsan magasabb volt a sikeres reperfusio csoportban. Egyéb szignifikáns különbség a betegcsoportok között nem volt. Az UP definíciója: a filtrált QRS (f-QRS) (60–200 Hz) időtartama ≥ 110 ms és a QRS utolsó 40 ms feszültsége (RMS40) $\leq 10 \mu V$ a 12 elvezetési EKG legalább két szeparált elvezetésében.

A f-QRS tartam szignifikánsan rövidebb volt a sikeres reperfusio csoportban, az RMS40 tekintetében nem volt a csoportok között különbség. Az AMI első két napjában rögzített kiindulási felvételen az UP gyakorisága azonos volt a thrombolysis és a kontroll csoportban, a 7–10. napon rögzített második felvétel alapján az UP gyakorisága szignifikánsan magasabb volt a kontroll csoportban, a thrombolysis csoportban nem változott. A sikeres thrombolysis csoportban két betegnél eltűnt az UP, két betegnél viszont a második felvételen jelent meg. A sikertelen thrombolysis és a kontroll csoportokban mindazoknál a betegek-nél, akiknél az első felvételen kimutatható volt UP, megmaradt a második felvételen is. A sikeres és a sikertelen thrombolysis betegek között az UP gyakoriságában nem volt szignifikáns különbség.

Eredményeik arra utalnak, hogy a 4 órán belül megkezdett thrombolytikus kezelés „megvédi” a beteget az UP előfordulási gyakoriság fokozódástól. Úgy vélik, hogy az első felvétel időpontjában az infarctus határzónájában már megszűntek a dinamikus változások. A szokásos XYZ elvezetések helyett a 12 elvezetési EKG szeparált elvezetéseit elemezték, ezzel jobbnak találták a kimutathatóságot.

Tehát a thrombolytikus kezelés fokozhat-

ja a szív elektromos stabilitását, de a tanulmány nem tud arra választ adni, hogy ez a kamra elektromos jellemzőire gyakorolt független hatás-e, vagy a szívizom mentés (amit a sikeres reperfusio csoportban igazolt nagyobb EF bizonyít) következménye. Valószínűbb az utóbbi, hiszen más vizsgálatok szerint a sikeres thrombolysis után a súlyos spontán arrhythmia száma és a programozott kamrai stimulációval a kamrai tachycardia indukálhatósága csökken. Az infarctus és az UP viszonylatában további vizsgálatok szükségesek.

Kálló Kamill dr.

A függőleges testhelyzet és a terhelés hatása a jel-átlagolt EKG-ra akut myocardialis infarctus után. Lombardi, F. és mtsai (Istituto Ricerche Cardiovascolari CNR, Via Bonfadini 214, 20138 Milano): Eur. Heart J. 1990, 11, 421.

A jel-átlagolt felszíni EKG a kamrai utópoteenciál (UP) kimutatására alkalmas. Ezek az alacsony amplitúdójú, nagyfrekvenciájú jelek a QRS végén—ST elején a regionálisan lassú vezetődésű területekből származnak, és a tartós kamrai arrhythmia-ák iránti érzékenységet jelzik a myocardiumnak, főleg akut myocardialis infarctus (AMI) után. Kevesebb információ áll rendelkezésre arról, hogy lehet-e UP-t rögzíteni a sympathicus aktivitás fokozódása alatt, és azokról a változásokról, amelyek a szív fokozott sympathicus vezérléséből erednek. E kérdések megválaszolására végezték a szerzők vizsgálatait AMI betegek két csoportján két héttel a kezdet után nyugalomban, valamint passzív függőleges testhelyzetbe juttatással és kerékpár ergometriával indukált sympathicus aktivitás fokozódása alatt.

Megfelelő elvezetések, műszer és computer program segítségével meghatározták a filtrált QRS (f-QRS) complexus kezdő és végpontját, az utolsó 40 msec jeleinek amplitúdóját (RMS40) és a 40 μ V-nál kisebb utókomponensek időtartamát (MCV40). Kórosnak tartották, ha az RMS40 amplitúdó 25 μ V-nál kisebb, és ha a f-QRS 120 msec-nél hosszabb volt. A felvételeket elektromosan mozgatható asztalon vízszintesen fekvő, majd passzív függőleges testhelyzetbe hozott betegnél, és az ergometria maximálisan elért szintjén 3 percen át rögzítették. 64 szövődménymentes AMI betegnél végezték a vizsgálatot a 15. $\pm$ 1. napon. Mindjüket sinusrhythmus volt, és nem volt szár-blockjuk. Az UP vizsgálat előtt 48 órával 24 órás Holter-vizsgálat történt. Kétdimenziós echo-CG-t is végeztek a kamra méretek és a falmozgás zavarok kvantitatív meghatározására.

A 64 beteg közül 29-nél (45%) volt megnyúlt a f-QRS, és 17-nél (27%) volt 25 μ V-nál kisebb a RMS40 feszültség. 16 betegnél detektáltak UP-t, 14-nél csak az egyik paraméter volt kóros. Nyugalmi körülmények között azoknál, akiknél UP volt kimutatható, a f-QRS 137 $\pm$ 3 msec, az RMS40 fe-

szültsége 19,1 $\pm$ 1 μ V volt, és szignifikánsan különbözött a mikropotenciál nélküli betegek 112 $\pm$ 2 msec, ill. 75 $\pm$ 9 μ V értékeitől. A vártnak megfelelően az előbbieknél az MCV40 értéke, 38 $\pm$ 2 msec, szignifikánsan eltért az utóbbiak 16 $\pm$ 1 msec értékétől. 21 betegnél volt ismétlődő, vagy gyakori kamrai arrhythmia a Holter monitorozás során. Közülük 8-nál lehetett UP-t rögzíteni, a kórosan megnövekedett kamraméretű 16 beteg közül négyenél. 20 betegnél igazoltak kóros falmozgást, közülük is négyenél volt UP. A függőleges helyzetbe hozás kis- sé, átlagosan 121 $\pm$ 1,7 msec-ről 117 $\pm$ 1,2 msec-ra csökkentette a f-QRS tartamot (fokozódott a zajszint), de nem okozott semmi változást a kamrai UP incidenciájában. 19 betegnél vizsgálták az ergometria hatását, közülük 5-nek volt nyugalomban UP-ja. Nem változott a f-QRS tartam, sem az RMS40 feszültség, és nem történt változás annál a 14 betegnél, akiknél normális volt a nyugalmi vizsgálat eredménye.

Eredményeik tehát azt mutatják, hogy a fokozott sympathicus aktivitás AMI betegeknél nem okoz változást az UP vizsgálat paramétereiben. Az irodalom szerint azoknál a betegeknél lehet UP-t diagnosztizálni, akiknél a f-QRS tartama $\geq$ 120 msec, az RMS40 feszültsége $<$ 25 μ V, és a MCV40 tartama $>$ 28 msec. Ennek alapján az AMI betegek 25%-ánál van UP. Kiszámoltuk beteganyagukban két tartós kamrai tachycardiás betegnél UP-t tudtak igazolni, ez megerősítheti azt, hogy ezzel a nem-invasív módszerrel kiszűrhetők a malignus kamrai rhythmuszavarra potenciálisan hajlamos betegek.

A passzív felállítást és az ergometria, melyek fokozzák a szív sympathicus vezérlését, nem befolyásolják sem az UP incidenciáját, sem a jel-átlagolt EKG paramétereit. Különböző megfontolásokból (részletezzük) ez a két manőver, különösen az ergometria elegendő mértékben növeli a sympathicus tónust ahhoz, hogy értékelhessék ennek arrhythmogen hatását. A jelátlagolás miatt elveszhetnek egyes átmeneti változások, ezt nem tudják kizárni. Átlagolás nélkül azonban a beteg mozgásakor és az izommunka hatására fokozódik a zajszint, és ez megakadályozza az UP kimutatását. Végül eredményeik azt is igazolják, hogy az AMI utáni betegeknél az ingerület vezetési sebességét, melyet indirekte becsültek a f-QRS tartam és annak végső komponensei alapján, nem módosította a fokozott sympathicus tónust még azoknál a betegeknél sem, akiknél kimutatható volt az UP, tehát akiknél a szívizomban lassú vezetési területek voltak. Tehát sem a lassú vezetés javulását, sem a normális és kóros vezetés további differenciáját nem lehetett elérni a sympathicus tónus fokozásával. Az a kisfokú, de következetes f-QRS tartam rövidülés, melyet a felállítás provokált, véleményük szerint inkább a szívterefogat csökkenésének, mint a sympathicus aktivitás közvetlen hatásának a következménye.

Kálló Kamill dr.

Hypertrophiás cardiomyopathia: egy betegség, vagy több? Davies, M. J. (Szerkesztőségi közlemény): Brit. Heart J., 1990, 63, 263.

A hypertrophiás cardiomyopathia (HCM) összes változatos klinikai és morfológiai tünetei az abnormális kamra hypertrophiára vezethetők vissza. Ma azonban bizonytalan, hogy ezt egy vagy több genetikai abnormalitás okozza-e? Teare volt az első, aki saját szív-boncolási módszerével igazolta az aszimmetrikus septum hypertrophia és annak a kiáramlási pályába boltosulása, és fiatal emberek hirtelen, váratlan halála közötti összefüggést. Ez időtől ismerték fel előben egyre többször a subaortikus stenosiszt, és nem volt nehéz Teare fenti pathológiai észleléseivel kapcsolatba hozni.

Teare írta le a jellemző szövettani eltéréseket is: a myocyták kötegei eltérő össze- vissza irányban futnak és kötőszövet veszi ezeket körül. A St. George's Medical School múzeumában levő hibásan rhabdomyomának tartott aszimmetrikus septum hypertrophia készítmény alapján a lokalizált benignus tumor ötlete iránt kötelezte el magát, és ezért nem fogadta el, hogy a biológiai elváltozások a szívizom generalizált abnormalitását reprezentálják. Az 1970-es években felismerték, hogy a betegség nem körülírt. Echo-vizsgálatok igazolták, hogy noha a betegség a septum és a mellő fal felső részét érinti a leggyakrabban, megjelenhet a bal kamra egyéb területein és a jobb kamrában is. A bal kamra szimmetrikus érintettsége is ismert. Családvizsgálatok szerint az érintett családokon belül nagyon változatos az expressziója.

Teare később felismerte, hogy a morfológiai kép sokkal változatosabb, mint az eredetileg leírt ASH-é, és más okból meghalt idős embereknel is előfordul. Korábban a hirtelen halál és a szívelégtelenség veszélyét hangsúlyozták, ma tudjuk, hogy a betegség lehet relatíve jóindulatú is, akár hosszabb tünetmentes periódussal.

A más okból hypertrophiás myocardiumtól eltérő egyik jellegzetessége a myocyták nagyságának nagyon egyenlőtlen fokozódása, és az eltérő nagyság. Másik a myocyták desorganisatioja, egyenetlen elrendeződése. A myofibrillaris desorganisatio egyéb cardiomyopathiáknál is előfordul. Jellegzetesek még a sejt sejt közötti kapcsolat eltérései: a myocyták alakja kóros és gyakori laterális érintkezésük. Jellegzetesek azok a myocardium területek, amelyekben a myocyták ferdén rendezettek, spirális, kusza, kerékküllőszerű formációt mutatnak. De ez nem abszolút specifikus, mert más eredetű hypertrophiás és normális szívben is megtalálhatók.

A septum-jobbkamra junctio területén különösen gyakori ez a göcös sejt-rendezetlenség, de ennek mértéke nagyon jellegzetes és sensitív jellemzője a HCM-nak. Az előbbi vett szívizom biopsia azonban nem alkalmas a diagnózis bizonyítására, vagy kizárására: nem reprezentálja az egész izomzatot, pozitív eltérések lehetnek

normális, vagy más okból hypertrophiás szívizom göccs elváltozásai, negatív lelet mellett pedig lehet HCM. A finom szöveti jelek: a myocyták nagysága, a magok nagysága, a myocyták deszorganisatioja támogatja a HCM diagnózist, de a kétes diagnózis problémáját nem oldja meg.

A betegség klinikai spektrumát e folyóirat két legutóbbi közlése szélesíti. Az egyik egy hirtelen meghalt fiatal ember esete, akinek normális nagyságú és súlyú szíve volt, nem volt hypertrophiás, a szövettan viszont kiterjedt rendezetlenséget igazolt, családja ismert HCM-ás család volt. Valószínű, hogy ha nem halt volna meg, a HCM típusos echo-tünetei később kialakultak volna. A másik cikk két családban előfordult több hirtelen haláleset között, egyiküknél sem volt hypertrophia, de a myocardialis dysregulatio mértéke messze meghaladta a HCM-ra jellemző határt. Tehát lehetnek esetek, melyeket HCM-nak kell tartani, de aktuálisan a bal kamra tömegének növekedésével és a falvastagság fokozódásával jellemezhető hypertrophia (még?) nem alakult ki.

Megmarad a kérdés, hogy ezért az eltérő morfológiai és klinikai tüneteket mutató esetekért egyetlen genetikai abnormalitás a felelős-e, vagy több ilyen eredményezi egy közös úton az abnormalis myocardialis hypertrophiát. A felelős gén(ek) identifikáltak a 14-es chromosomán egy locust, és ezen a chromosomán vannak a myocardialis myosin nehéz láncának a génei. A Friedrich ataxia és a Noonan szindróma a HCM-hez hasonló morfológiájú szív-elváltozásokkal járnak. Egy típusos HCM család előzetes vizsgálata során viszont nem találtak kapcsolatot a 14-es chromosomán levő locussal. Ez azt jelentené, hogy legalább két különálló gén okozná azt a betegséget, melyet ma HCM-ként ismerünk.

Kálló Kamill dr.

Hypertrophiás cardiomyopathia az öregkorban. Shapiro, M. L. (Szekesztségi közlemény): Brit. Heart J., 1990, 63, 265.

A hypertrophiás cardiomyopathia (HCM) az egész élet során előfordulhat, számos klinikai és morfológiai tünete van. Korábban a fiatalok ritka betegségének tartották, de valószínűleg gyakrabban fordul elő, mind kiáramlási obstrukcióval, mind anélkül. Diagnózisa az echo-CG-n alapszik, lehet a bal kamra egészét érintő diffúz, vagy annak bármely régiójára korlátozódó körülírt hypertrophia és a bal kamra üregének beszűkülése. A kamra contractio hyperdynam, a relaxatio többnyire csökkent, és inkoordinált, csökken a telődési ráta. Idősebb korban a kamra septum fibrosus megvastagodása a mitralis-septalis érintkezési areában és extensiv mitralis valvularis és anularis calcificatio állhat előtérben. Meszes és elégtelen lehet az aorta billentyű. Idősebbekben gyakoribb a szekunder hypertrophia, már az életkor

miatt is. Sok betegnél, különösen a 6–7. évtizedben levő nőknél hosszabb latens periódus után jelentkeznek tünetek és panaszok, és gyakran rosszul reagálnak a kezelésre. Ezek a betegség különböző típusát alkotják: mérsékelt a septum hypertrophia, eltorzul a kiáramlási pálya, és a hátrafelé, a csökkent mozgású, meszes mitralis vitorla felé mozgó septum nyomásgrádiens tart fenn.

A hirtelen halál öregkorban viszonylag ritka. 1957-ben Brock a fenti morfológiai tüneteket hypertonia következményének tartotta, pedig ennek morfológiai jellemzői eltérőek, enyhe hypertonia jelentős hypertrophiát nem magyaráz. A súlyosan hypertrophiás, szűk üregű, megromlott diastolés funkciójú betegek, főleg nők keringése hamar elégtelen lesz, és ők béta-blockolóval és Ca-antagonistákkal jobban kezelhetők, mint a hagyományos terápiával. Úgy tűnik, hogy ilyenkor a hypertonia és a HCM együttes előfordulásáról van szó. A HCM változatos megnyilvánulásai arra utalnak, hogy a hypertrophiát okozó tényezők mellett olyan egyéb stimulusok is fontosak lehetnek, mint a nyomásterhelés és neurohumorális faktorok genetikailag érzékeny egyéneknél.

Tünetek hiányában nem kell kezelni. A dyspnoe és az angina béta-blockoló és Ca-antagonista, az arrhythmia amiodaron adásával javítható. A műtét sem kizárt, mert a myotomia és myectomy eredményei kiáramlási obstrukció esetén jók (ha kell aorto-coronaria by pass-szal kiegészítve).

Egy nyilvánvalóan congenitalis betegség öregkori manifestációja rejtélyes dolog. A típusos tünetek, panaszok ellenére a diagnózis késhet, mert ezeket más koegzisztáló betegség is okozhatja, a befolyásolhatatlan keringési elégtelenséget — melyet valójában a bal kamra relaxációjának és telődésének zavara okoz — mitralis elégtelenséggel és anulus meszesedéssel magyarázzák. További vizsgálatok szükségessé annak tisztázásához, hogy a HCM definícióját bővíteni kell-e a hypertensio felvételével, vagy hogy a hypertensiv hypertrophiás cardiomyopathia netán különálló klinikai entitás?

Kálló Kamill dr.

A klinikus és a laboratórium

Az akut meningitis differenciáldiagnózisa. Spanos, A. és mtsai JAMA, 1989, 262, 2700.

Az akut bakteriális meningitisek (ABM) 1/4-ében a kórokozót nem sikerül kimutatni, és kb. 30–40%-ában a liquor adatok sem típusosak. Hasonlóképpen az akut virális meningitisben (AVM) is megtevesztőek lehetnek a leletek.

Az amerikai szerzők többlépcsős logikai modellt ajánlanak az ABM és AVM differenciáldiagnózisa. 422 beteg anyagát dolgozták fel a következő szempontok szerint: kórmegosztás, szezonális, liquorcu-

kor, liquorcukor és vércukor hányados, liquorfehérje, liquor sejtszám és perifériás fvs-szám.

Az ABM prevalenciája 1–12 hónapos kor között, ill. 22 éves kor után egyenletesen emelkedve éri el a csúcst. Szezonálisban az ABM és AVM ellenkező mozgást mutatva téli, illetve nyári csúcst mutat.

Az alacsony (<1,7 mmol/l) liquorcukor érték bakteriális folyamatra jellemző, a liquorcukor-vércukor hányados ennek megfelelően általában kisebb mint 0,22. Szélsőséges értékek rossz prognózisa utaltak.

A liquor fehérje ABM-nél általában >2,2 g/l (különösen Streptococcus pneumoniae infekciónál), de az esetek 10%-ában normál értékhatáron belül mozog. A liquor leukocytá száma az ABM 50%-ában $2000 \times 10^6/l$ -nél több. Mindkét típusú meningitisben a kvalitatív és kvantitatív eltérések jelentősen változnak a betegség lefolyása, a lumbalpunkciók idejétől és gyakoriságától függően.

A fentiek közül négy paraméter: liquor sejtszám, liquor-vércukor arány, kórspecifitás és szezonális alapján normogramokat készítették. Ezek segítségével lehet következtetni az AVM vagy ABM valószínűségére. A szignifikanciát Pearson X^2 -tesztel, a középértékeket Wilcoxon Rank-Sum Test-tel határozták meg. A két állandó variáns közötti kapcsolatot Spearman's Rank Correlation Coefficiens használatával állapították meg.

Ezzel a statisztikai számítással csak újabb kiegészítő adatot kínálnak a klinikusoknak, elsősorban azzal a céllal, hogy a határesetek okozta bizonytalanság miatt feleslegesen alkalmazott antibiotikus kezelések számát csökkenteni lehessen.

Jelenik Zsuzsanna dr.

A testhelyzet és a vénás pangás befolyása a vérsavó lipidtükrére. Hansen, W. E. és mtsai (II. Medizinische Klinik der Technischen Universität München): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 408.

Ismert tény, hogy a vér klinikai-kémiai vizsgálati eredményei függenek a vérvétel mikéntjétől, noha ezt a gyakorlatban csupán kivételesen veszik tekintetbe (fekvő, ülő, álló helyzet, a véna leszorításának pangási ideje). Viszont a mérés módszertani pontatlanságai az utóbbi időben nagymértékben javultak.

A szerzők ezért 20 normál vérlipidszintű (átlag 20 éves) fiatal probandusnál vizsgálták a vérvételnél a vénás pangás idejének, továbbá a testhelyzetek befolyását az összcholesterin-, HDL-cholesterin, triglyceridek és a szabad glicerol vérsavó szintjére. A felkaron a pangás emelte a cubitalis vér lipidszintjét. Az emelkedés szintje 5 perc után 8%-os, 15 perc után mintegy 37%-os volt. A pangás befejeződése után 10 és 15 perccel a vérsavó lipidszintje ismét a normális kiindulási értékre süllyedt vissza. Felálláskor a vérlipidtükrő hasonlóan vi-

selkedett: 5 perc múlva mintegy 9%-os, 15 perc után körülbelül 16%-os volt az emelkedés. Újabb lefekvés után 10 perccel később a tükr mintegy 5%-kal és 15 perccel később 3%-kal volt a kiindulási nívó felett. A szabad glicerin szint rendszertelenül viselkedett; egyedül 10 és 15 perces álló helyzet után volt statisztikailag értékelhető szignifikáns emelkedés.

A vérvételi technika a vénás vér lipidszintjét jelentősen befolyásolhatja. Ezért a lipidszintek csak azonos vérvételi technika mellett hasonlíthatók össze.

iff. Pastinszky István dr.

Atípusos plasmasejtek elkülönítő kórisméje a liquor cerebrospinalisban. Kraft, R. és mtsai (Abt. f. klinische Zytologie, Pathol. Inst. der Universität Bern): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1729.

A liquor cerebrospinalis (lcp.)-ban az oldott anyagok mennyiségi és minőségi elemzése mellett a sejtjes elemek morfológiai vizsgálata is döntő jelentőségű; a felnőtt egészséges ember lumbalisan nyert liquorának egy mikroliterében öt mononuclearis sejt található, főleg kis lymphocyták, alkalimilag makrophagok; ezek szaporulata már a központi idegrendszer (cns.) zavaraira utal.

A plasmasejtek kimutatása a liquorban mindig kóros leletként értelmezendő, mert humoralis immunreakció kifejezője a cns. számos kórfolyamatában. A jellegzetes Marschalkó-típusú plasmasejtektől különböznek az atípusos formák, amelyek multiplex myelomák és plasmocytomák cerebrolis formáiban találhatók.

A szerzők 2102 lumbalis liquor cerebrospinalis morfológiai elemzésében vizsgálták a plasmasejtek diagnosztikus jelentőségét. A kvalitatív cytológiai vizsgálatban hét esetben találtak atípusos plasmasejteket. Ezen esetek retrospektív elemzésekor kiderült, hogy a hét közül négy beteg neuroborreliosisban szenvedett. A többi betegnél sclerosis multiplexet, herpes zosterfertőzést és malignus non-Hodgkin lymphomát diagnosztizáltak.

Vizsgálataik szerint tisztázatlan eredetű, a liquorban lymphocytá-plasmocytás reakcióval járó klinikai kép esetén a plasmasejtek morfológiája hasznos diagnosztikai utalást szolgáltat; ez különösen vonatkozik a neuroborreliosis felfedezésére.

iff. Pasztinszky István dr.

Hygiéne

Szennyezett nyilvános víznyerőhely által okozott járványos giardiasis. Kent, G. P., Greenspan, J. R., Herndon, J. L. (Epidemiol. Prog. Office, CDC Atlanta, GA 30333, USA): Amer. J. Publ. Hlth., 1988, 78, 139.

1985. november és 1986. január között az Egyesült Államok legnagyobb vízeredetű

Giardia járványát figyelték meg. Ezen időszakban az egyik reservoirt felcserélték egy 3 éve használaton kívül lévő reservoirral. E változás első jele az volt, hogy fokozódott a víz zavarossága és az elosztó rendszerből Coliformokat tenyésztettek ki. Az egyetlen eljárás az volt, hogy klórozták a vizet. Az említett időszak alatt 703 egyén székletében találtak Giardiaákat és telefon ellenőrzés azt mutatta, hogy legalább 3800 személy fertőződött. Azoknál, akik a tartalék reservoirból is kapták a vizet, 14,3%-os volt a megbetegedési arány, akik nem kaptak a tartalék reservoir vizéből, azok 7,0%-os arányt mutattak. Egyébként mindhárom tartály vizében, amit még nem kezeltek klórral, Giardia ciszták voltak jelen. A közlemény rámutat arra, hogy ha a vizet csak klórral kezelik, az nem ad a Giardia fertőzés ellen mentességet, mert a ciszták a klór-kezelést túlélnek. A fertőtlenítés idejét és a klór koncentrációját mindenképpen fokozni kell, különösen, ha az ivásra szánt víz zavarosságot mutat.

Nikodemusz István dr.

Aeromonasok sajátosságai, előfordulásuk és hygiénés jelentőségük ivóvizekben. van der Kooij, D. (Forschungsinstitut. Niederl. Wasserwerke KIWA, Groningen, NL-3430 BB): Zbl. Bakt. Hyg. B., 1988, 187.

Az utóbbi években Hollandiában nagy figyelmet szenteltek az ivóvízben előforduló Aeromonas baktériumoknak. A Dünávizű ivóvízében Hágában hirtelen emelkedett az Aeromonas szám, ezenkívül a közelmúltban jelentek meg közlemények a baktériumok jelentőségéről. Újabb közlemények rámutattak arra, hogy mozgó Aeromonasok, A. hydrophila, A. sobria, A. caviae nagyobb mennyiségben és gyakoriságban mutathatók ki hasmenésben szenvedő egyének székletéből, mint normál székletekből. Ezen eredmények, valamint a pathogenitási és virulenciafaktorok, pl. haemolysis, cytotoxicitás és enterotoxicitás, amelyek szopósegér- és nyúl-vékonybél próbával mutathatók ki arra utalnak, hogy a baktériumok bél tüneteket okozhatnak, főleg gyerekeken és immunosuppresszív eljárással kezelt betegeken.

Az Aeromonasok mindenütt előfordulnak. 100 éve, hogy ilyen mikrobákat tenyésztettek ki a vízből. Klórkezelés esetén számuk emelkedik, mivel viszonylag klórtűrők. Jól szaporodnak vízben, oleát vegyületek növelik osztódásuk sebességét, ha literenként néhány mikrogramm mennyiségben jelen vannak, kenőszappanokból mindig szabadul fel oleát. Az Aeromonas telepek száma a mezofil telepek törtrésze. A holland szabályok alapján az indikátor baktériumok közé tartoznak, határértékük a vízműveknél 20 telep/100 ml víz s a hálózaton 100 telep/100 ml víz.

Nikodemusz István dr.

Dioxinok, környezet és egészség. Theelen, R. M. C. és mtsai (Bilthoven): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 627.

Mezőgazdasági vegyszerezésből, a vegyipari melléktermékek és a szemétegető telepek talajszennyezéséből környezetbe jutó dioxinok és furánok egészségkárosító hatása közismert. A klórénolok, klórénoxi-ecetsavak égésekor is előállnak ezek a rendkívül toxikus anyagok; a Rajna torkolatánál és Zaandam környékén működő szemétegető telepek környékén legelésző tehén tejjében (tejzsírjában) a megengedettnél jóval nagyobb koncentrációban találtak dioxinokat.

Nehezíti a helyzetet az a tény, hogy a talajba jutott dioxinok és furánok eliminációja lassú, a felezési idejük hosszú, így a kontamináció megszüntetése után még hosszú ideig fennáll a mérgező hatás. Az állati eredetű, toxint tartalmazó zsiradék, a teljes tej, sajt, vaj folyamatos fogyasztása a toxicitás fő forrása, ehhez képest maga a talajszennyezetté, ez égetéskor (PVC-plasztik égetés, klórral fehérített papír égetése stb.) levegőbe kerülő toxinhatás elhanyagolható.

Vegyipari dolgozók akcidentális expozíciója, transzformátorok, kondenzátorok égésekor, robbanásokkor mentőmunkát végző tűzoltók, a szemétegető telepeken dolgozók direkt expozíciója is a táplálék útján történő mérgezésnél jóval kisebb jelentőségű. Nem annyira a gáz belégzése, inkább a robbanásokor képződött por és szurokrészecskék belégzése jelenti a veszélyt. Nagy koncentrációjú dioxin és furán bőrexpozíciók előtt állhat a reversibilis, de hosszú lefolyású bőrkarc. Állatkísérletekben a toxinhatás testsúlycsökkenésben, thymus súlycsökkenésben, májlézióban nyilvánul meg, az elhullás pár hét alatt várható.

A táplálék útján szervezetbe kerülő dioxin megengedett napi mennyisége testsúlykilogrammonként 3 pikogramm. „Tiszta” környéken ennek fele a bekebelezett mennyiség. A fertőzött Rotterdam és Zaandam vidékén 3–4-szer nagyobb a toxin koncentrációja. A legelésző állatok mintegy porszívóként megtisztítják a legelőket, a tejzsírjukban koncentrált toxint eliminálják. Emberi fogyasztással a tejzsírban levő toxin az anyatejben tovább koncentráldódik. Ezen a területen kiterjedt vizsgálatok vannak folyamatban, ez idő szerint azonban az anyatejjel való táplálás korlátozása nem indokolt.

A talajszennyezettség, a szemétegető telepek közelében a levegőszennyezettség a táplálék útján történő veszélyeztetettséghez képest elenyésző jelentőségű. A vegyipari dolgozók, tűzoltók balesetknél előállott veszélyeztetettségére főleg klórnak keletkezésében nyilvánul meg. Teratogenitásra utaló adatok, emberi vonatkozásban nincsenek.

Ribiczey Sándor dr.

Normalizálja
a lipideket

LIPANTHYL

KAPSZULA

M 300

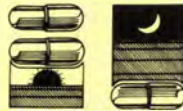
Összetétel: 100 mg fenofibratum kapszulánként.

Hatás: A koleszterinszintézis kulcsenzimjét, a HMG-CoA redukáz enzimet gátolja a májban, ezáltal csökkenti a koleszterinszintet. A zsírsavészterezést gátolja, ezáltal csökkenti a trigliceridképződést. Csökkenti a VLDL-szintézist is.

Javallatok: Súlyos primer hyperlipidaemiák (hypertriglyceridaemia, hypercholesterinaemia és ezek kombinált formái), amelyek a diéta és az életmód megváltozásával (pl. fizikai aktivitás növelése, testsúlycsökkentés, a dohányzás megszüntetése) nem befolyásolható. Súlyos szekunder hypertriglyceridaemiák, amelyek az alapbetegség (diabetes mellitus, köszvény) megfelelő kezelése ellenére is fennállnak. Xanthomatosis hyperlipoproteinaemiával együtt járó akut pancreatitis, az arteriosclerosis agyi szív- és perifériás érrendszeri szövődményeinek megelőzése. A Lipanthyl-kezelés akkor indokolt, ha minimálisan 3 hónapig tartó, zsírananyagcsere-zavarokban ajánlott diéta nem csökkenti jelentősen a kóros szérumlipidszinteket. A diéta tartása azonban gyógyszeresedés alatt is szükséges.

Ellenjavallatok: Súlyos májfunkciózavarok. Fennálló vagy az 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!

Csomagolás: 50 db kapszula.



Gyártja
a FOURNIER-DIJON cég
licence alapján a



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

CAVINTON® H500

injekció

tabletta



HATÓANYAG: 5 mg vinpocetinum tabl.-ként; 10 mg vinpocetinum (2 ml) amp.-ként.

JAVALLATOK: Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás, vagy sclerotikus) agyi keringészavarok pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, 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, göccs ischaemiás cerebrovaszkuláris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható, kizárólag lassú cseppinfúzióban.

ELLENJAVALLAT: Terhesség. Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok esetén a parenterális alkalmazás.

ADAGOLÁS: Naponta 15–30 mg (3-szor 1–2 tabl.), a fenntartó adag napi 15 mg (3-szor 1 tabl.), hosszabb időn keresztül.

Cseppinfúzióban a kezdő napi adag 20 mg (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) lassan infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban).

Ha a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott össz mennyiség elérheti az 1 mg/ttkg-ot. **IV. ÉS IM. NEM ALKALMAZHATÓ!**

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Az injekció heparinnal inkompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparinkezelésben részesül.

FIGYELMEZTETÉS: Az ampulla szorbitol-tartalma miatt diabetesesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✱ A **tabletta** csak vénre adható ki. Az **injekció** csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



Súlyos sérültek ellátásának javítása
baleseti és sürgős ellátó osztályon. Fisher, R. B. Dearden, Ch. H. (Accid. Emerg. Dep., Roy. Victoria Hosp., Belfast): Brit. Med. J., 1990, 300, 1560.

A szerzők 1981–82-ben 6 hónap 36 súlyos sérültjén 21 ízben találtak ellátási hibát. A legtöbb tévedés a munkaidőn kívül történt, amikor fiatal orvosok látták el a sérülteket: nem ismerték fel az eset súlyosságát, nem látták idősebb orvosok. A tévedések elsősorban a kezelésre vonatkoztak fedett sérülésekben.

A súlyosság megállapítása érdekében bevezették a „Revised Trauma Score”-t (RTS), amely a Glasgow Coma Scale, a systolés vérnyomás és a légzésszám egyenként 0–4 között értékelt összegéből adódott és amelyet a sérült érzékelésekor határoztak meg. Ha ez eltérést mutatott, idősebb szakorvost is igénybe vettek.

A bevezetett változtatások hatását 1987-ben egy évig vizsgálták. Minden ISS 15 érték feletti esetet (súlyos sérült) prospektíve vizsgáltak: feljegyezték az érzékelési RTS-t, a felvételi kóriszt, a felvételi osztályon töltött időt és az ellátásban részt vett szakorvosokat.

A vizsgálathoz a sérült kórtörténetét (halála esetén boncjegyzőkönyvét is) elemezték két szinten. Az első szint az a két orvos volt, akik az előző felmérést is értékelték, a másik szint egy traumaközpont baleseti sebész és anaesthesiológusa volt. Megállapították a kóriszt, vizsgálatokban és kezelésben elkövetett hibákat, azokat kisebb vagy nagyobb jelentőségűnek ítélték. (Kisebbségi tévedések általában nem hatottak a kimenetelre.) A két független vizsgálat eredményét összevetették (csupán 2 esetben volt eltérés a hiba súlyosságának megítélésében), majd az 1981–82-es adatokkal hasonlították össze. A megbízható összehasonlítás érdekében esetenként az első vizsgálat megállapítását módosították.

Az első vizsgálat 36 esetével szemben a másodiknál 44-et elemezték, akiknek átlagkora is magasabb volt. (42,6 év, az első csoport 31,3 évével szemben.) A második vizsgálatnál a nők aránya magasabb volt (26, ill. 8%). Magasabb volt az ISS érték is átlagban (30, ill. 27,4%), bár a 25 pont feletti értékek aránya nem változott. Emelkedett a munkaidőn kívül érkezettek aránya is 69%-ról 78%-ra. A tapasztalt szakorvosok által megvizsgáltak aránya 17%-ról 68%-ra nőtt. Az első csoportban 58%-ban észleltek nagyobb hibát, a másodikban 30%-ban, a különbség szignifikánsnak mutatkozott. Szignifikáns volt az eltérés aszerint is, hogy mennyire tapasztalt orvos látta el a sérültet. A különbség nem a diagnosztikai és vizsgálati, hanem a kezelési hibák terén volt jelentős, ahol a döntő különbség az első csoport elégtelen volumenpótlásában, valamint a megfelelő kezelés késedelmében mutatkozott. A 33 halálesetből 3-at minősítették megelőzhetőnek.

Fiatalkorú vezető halálok az USA-ban és

az Egyesült Királyságban is a baleset. Angliában baleseti és sürgős sebészeti osztályok szervezésével, az USA-ban a baleseti sebészeti szakképesítés bevezetésével és traumaközpontok létesítésével kerestek megoldást. Különösen az utóbbi hozott jelentős javulást. A súlyos sérült ellátása komplex probléma, optimális feltételeket igényel. Osztályukon az RTS bevezetésével elérték, hogy az előző 1/6-dal szemben a súlyos sérültek 2/3-át látta tapasztalt szakorvos. Ezzel jelentősen csökkent a tévedések aránya. A fiatal orvosok traumatológiai képzésére is nagyobb súlyt helyeztek.

A 9%-os megelőzhető halálozási arány jobb az angliai átlagnál, de messze van az USA trauma központjaiban talált 1–4%-tól. Amíg náluk is ki nem tudják építeni a traumaközpontokat, addig a jelenlegi rendszerben mindent meg kell tenni a javítás érdekében.

Kazár György dr.

Az előzetes elváltozások hatása a sérültek halálára. Morris, J. A., Mac Kenzie, E. J., Edelstein, Sh. L. (Div. Trauma, Vanderbilt Univ. School of Med. Nashville and Health Serv. Res. Develop. Center, Baltimore): JAMA, 1990, 263, 1942.

A súlyosan sérültek halálát 4 tényező határozza meg: a sérülés súlyossága, a kísérő elváltozások, a végleges ellátás időpontja és az ellátás minősége. A kísérő betegségekre eddig kevés gondot fordítottak.

A szerzők 11 előzetes krónikus tényező (PEC) szerepét vizsgálták a halálában. Kalifornia valamennyi kórházában meghalt sérültek anyagát elemezték legfeljebb 4–4 hasonló körülményű túlélővel összehasonlítva. (Rendelkezésre állt valamennyi kórház egységesen computeren gyűjtött kórtörténetanyag: demográfiai jellemzők, felvétel módja, kórházi ápolás tartama, kibocsátási állapot, kóriszt, a betegségek nemzetközi osztályozása (ICD 9) szerint, beavatkozások a nemzetközi kód szerint. Ezek alapján határozták meg az ISS-t (súlyosság) is.

Az 1983. év közel 200 ezer esetéből a 331 kórházban 3074 volt a baleseti halálozás. Mindegyik halálesethez legfeljebb 4 túlélőt választottak ki, akiket ugyanabban a kórházban kezeltek, életkoruk közel azonos volt, hasonló súlyosságú és kórisztjű sérülést szenvedtek. 174 esetben nem találtak ilyen esetet, így csak viszonylag hasonló eseteket tudtak választani.

Az előzetes elváltozásokat (PEC) egy sérültön maximálisan 25 kóriszt felölél adatokból nyerték. Tizenegy ICD kóriszt tudtak kiemelni. A PEC sérültek halálát a betegségben nem szenvedőkével hasonlították össze, egyúttal több tényező együttes hatását is vizsgálták. Legalább egy tényező 30%-kal, legalább két tényező 60%-kal növelte a halálozási arányt. 3074 elhalt és 9869 túlélő sérült adatait tudták összehasonlítani. Egyes elváltozásokban különösen magas volt a halálozás eltérése.

Így cirrhosisban 4,7-szeres, congenitalis coagulopathiás zavarban 3,2-szeres, idült obstrukciós tüdőbetegségben, valamint ischaemiás szívbetegségben 1,8-szoros szignifikánsan magasabb volt a halálozási arány. Diababetesben (1,3-szoros) is elérte a szignifikancia határát.

Hypertonia és pszichés megbetegedés esetén a halálozás az elváltozás nélküléhez viszonyítva szignifikánsan alacsonyabb volt, míg más elváltozások (epilepsia, obesitas, alkohol vagy kábítószerfüggőség, a központi idegrendszer degeneratív elváltozásai) nem mutattak jelentős eltérést. Ezért a továbbiakban csak a nagyobb kockázatot jelentő 5 betegséget vették figyelembe. Így már egy elváltozás esetén is kétszeres, legalább két betegség esetén 2,7-szeres volt a halálozás.

Az elváltozások hatása nem volt egyértelmű a kor és a sérülés súlyossága szerint, kevésbé súlyos területeken jelentősebb volt a hatásuk, 65 év felett csökkent a szerepük (ezek már PEC nélkül is gyakrabban halnak meg). Az elváltozások száma az életkorral emelkedett, 65 évtől már minden negyediknek volt elváltozása. Súlyos sérülteken a PEC hatása életkor szerint is változott, 25–44 év között kevésbé volt jelentős. Összességében két betegségi csoporton volt kifejezett: könnyebb sérülteken, illetve súlyosságtól függetlenül 45–54 éveseken.

Az eredményeket egyrészt a könnyebben sérültek elhelyezésében célszerű figyelembe venni, másrészt a kórházban segítenek a lényeges elváltozások értékelésében. Szerepük van a kórházi halálozás értékelésében is.

Általában vitatják a kórházi zárójelentések megbízhatóságát (5 kóriszt feldolgozása esetén). Itt 25 kóriszt volt, ennek ellenére lehet, hogy nem minden lényeges került bele. Hiányosság, hogy csak a kórházi halálozás szerepel, pedig a baleseti halálozás 50%-a még a kórházba szállítás előtt bekövetkezik. A hypertonia és pszichés betegség kórisztjéhez úgy vélik, hogy elég hosszú ideig kell a kórházban tartózkodniuk (ezek jó része túlélő). Az ICD nem ad megfelelő képet a betegség, sérülés súlyosságáról.

Következtetések: 1. az 5 betegség növeli a sérültek halálát; 2. 5-nél több kóriszt feldolgozására van szükség; 3. további javítás szükséges az ellátási irányelvekben, hogy azokat a fiatalok és könnyű sérültek esetében is figyelembe vegyék; 4. az elváltozásokat a klinikai halálozás értékelésében figyelembe kell venni.

(Ref.: Igen jelentős anyag alapos, számítógépes feldolgozása részben a várta eredményt hozta: az előző betegségek hatása kedvezőtlen a sérültek halálára szempontjából. Ugyanakkor meglepetéseket is tartogatott: pl. a hypertonia az életben maradás szempontjából kedvező az „egészséges” sérültekkel szemben, ami a 25 felvehető kóriszt ellenére is csak feltételezések-re adott lehetőséget. Egyik ok az ICD hiányossága: a kóriszt nem tájékoztat a betegség, sérülés súlyosságáról. Másik, hogy az anyag kóriszt szerinti bontást

nem tartalmaz, így AIS—ISS szerint azonos súlyosságú csoportba került kórművek között nem differenciál. Pedig pl. a csípőtörés és a lábszártörés — melyek azonos súlyosságú csoportban vannak — halálozási arányában igen jelentős az eltérés. Feltételezik annak szerepét, hogy a hosszabb ápolási idejű túlélőkön több elváltozást állapítanak meg. Nálunk — ahol az ápolási idő az ágyhiány miatt is rövidül, viszont az elhalt sérültek boncolása kötelező — esetleg fordított lenne a kép a boncjegyzőkönyvek megállapításai alapján.

Összességében a vizsgálat azt sugallja, hogy még a nálunk el nem érhető részletességű és számú anyag feldolgozása és elemzése esetén is nagyon óvatosságnak kell lennünk a szignifikáns eltérések értékelésében.)

Kazár György dr.

A polytraumatizáltak kezelése az Egyesült Királyságban. (Kommentár.) Court-Brown, C. M.: J. Bone Jt. Surg., 1990, 72—B, 345.

A Royal College of Surgeons legújabb jelentése — a polytraumatizáltak kezeléséről — zavart keltő olvasmány. A baleseti halálozás epidemiológiai arányokat öltött, évi 545 ezer kórházi felvétel mellett 14 500 a halott. 35 éves korig a baleset a fő halál. Említést érdemel az is, hogy ez a probléma milyen kis figyelmet keltett a kormányzat, a médiumok és az orvosok körében.

A Royal College munkabizottsága 1000 haláleset retrospektív vizsgálatával megállapította, hogy a központi idegrendszer sérülésével kapcsolatos halálesetek 7%-a, az azzal össze nem függő halálesetek 43%-a megelőzhető lett volna. Még nagyobb figyelmet érdemel, hogy a megelőzhető halálozás csoportjában 61%-ban indokolt sebészeti beavatkozás 49%-ban vagy nem történt meg, vagy nem megfelelően végeztek.

A szerző úgy véli, hogy a megállapítások az Egyesült Királyság egészére is érvényesek. Erről a kérdéssel nincs prospektív dokumentáció, de egy újabb edinburghi retrospektív vizsgálat megerősíti ezt. Közlekedési balesetben 3 év alatt meghalt 79 sérült adatait vizsgálták. Valamennyi az életmentő kezelés után sebészeti osztályra került, ISS értékük átlagosan 25 volt. Az LD₅₀ (amilyen súlyosságú betegcsoportban 50%-os halálozás várható) szerint mérve a sérültek 69,6%-a volt ennél könnyebb sérült.

Észak-Amerikában — ahol a kórházakat 3 kategóriába sorolták aszerint, hogy mennyire alkalmasak súlyos sérültek ellátására — szorgalmazták, hogy a súlyos sérültek I. kategóriájú kórházba kerüljenek. Így az Ontario Trauma Központban az elhalt sérültek átlagos ISS értéke 53, az LD₅₀ alatti sérültek aránya 5,8% volt. Más torontói kórházakban, ahol nem volt megfelelő trauma-team rendszer, az arány 33, ill. 53%-ot ért el.

Az edinburghi tanulmány során megvizs-

gálták azoknak a polytraumatizáltaknak a körülményeit, akik első ellátást perifériás kórházakban kaptak. A 26 eset felében a beteget vagy helytelenül kórművezték, vagy helytelenül kezelték az áthelyezés előtt.

Sebészek általános tévedése, hogy a sérültellátás egyszerű, nem igényel különösebb gyakorlatot. Ez, valamint az a tény, hogy a sérültek gyakran nem a „megfelelő” időben érkeznek, okozza, hogy a sérültet sokszor a baleseti sebészeten kis tapasztalatú sebész látja el. A Royal College megállapítása szerint a polytraumatizáltak 71%-át senior house officer (fiatal orvos) szintjén kórművezik, idősebb szakorvos csupán 8%-ban áll rendelkezésre és nagy tapasztalatú sebész csak 6%-ban volt jelen a műtőnél.

Az Egyesült Királyságban az ortopéd sebészek hagyományosan másodlagosnak tekintik a sérültellátást, azzal az indokkal, hogy a halálozás más szervrendszerek károsodásából ered, és extensio vagy gipszkötés felhelyezéséhez nincsen rájuk szükség. Ezzel szemben bizonyított, hogy a hosszú csőves csontok törésének korai rögzítése döntő módon növeli a sérültek életben maradását, csökkenti a késői központi szövődmények számát. A mozgásszervi sérülésben elvérezhet a sérült, a medence és más csontok rögzítése csökkenti a halálozást.

Az edinburghi tanulmány szerint a polytraumatizáltak 78%-ának van súlyos mozgásszervi sérülése, ugyanannyinak, mint koponya-agysérülése, kétszer annyinak, mint súlyos mellkasi és négyszer annyinak, mint súlyos hasi sérülése. Ez magyarázza az ortopéd sebész fontos szerepét.

Mindez alátámasztja a Royal College of Surgeons munkacsoportjának azt a megállapítását, hogy polytraumatizáltakat trauma központokban, sérültellátásban gyakorlott orvosoknak kell ellátni. A központokat megfelelő resuscitációs, vizsgálati és kezelő felszereléssel kell ellátni, beleértve elegendő intenzív terápiás ágyat. Az eredményeket prospektíve szükséges ellenőrizni az SS és TRISS rendszerek segítségével.

Kétségtelen, hogy a polytraumatizáltak jobb ellátása költséges, de ha nem szavazzák meg, fiatal népességünk megtizedelése folytatódni fog.

Kazár György dr.

A Német Baleseti Sebészeti Társaság (Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde) sajtóirodájának tájékoztatója. Unfallchirurg, 1990, 16/1.

A baleseti sérültek kezelése kvalifikált baleseti sebészek kezébe tartozik. Bár a baleseti sebészet az NSZK-ban nemzetközi összehasonlításban elismerten élen jár, nem minden baleseti sérült profitál a klinikai és tudományos ismereteknek ebből a helyzetéből, ami ma minden baleseti sebészettel foglalkozó orvosnak traumatológiai speciális képzés révén hozzáférhető lenne. A baleseti sérültek helytelen kezelése miatt

bíróságok és az Orvosi Kamara szakvéleményező bizottságai elé kerülő ügyek még mindig első helyen állnak.

Habár az NSZK-ban évente 500 ezer ember sérül (hospitalizált esetekről van szó), ezeknek a betegeknek csupán 40%-át kezelik a baleseti sebészeten speciálisan képzett sebészek. Baleseti sérültek fekszenek a sebészeti osztályok ágyainak 40–50%-án anélkül, hogy a kezelést traumatológiában képzett sebészek nyújtanák. A nem szakosított baleseti sebészeti ellátásnak messzeható egyéni következményei lehetnek, tartós károsodásokkal járhatnak. A szív-keringési és a daganatos betegségekkel ellentétben a baleset különösen fiatal embereket ér, keresőképes korban, munkavégzés közben, szabadidejükben vagy a közúti közlekedésben. Bár a nyilvánosságban az AIDS témája, valamint a daganatos betegségek iránt van különös érdeklődés, éppen a baleseti sérültek és baleseti halálesetek jelentenek különleges egészségpolitikai kihívást. Ha az NSZK-ban a különböző halálokok miatt elveszített életéveket számoljuk, felismerhetők, hogy a balesetek 1,3 millió elveszített életévvel szemben a rák 588 ezer és a szív-ér betegségek 543 ezer életévvel, emberileg és gazdasági vonatkozásban nem csak statisztikailag kiemelt jelentőségűek. Ezek a mély benyomást keltő számok minősített sérültellátással jelentősen befolyásolhatók. A közlekedési balesetek súlyos sérüléseiben elhaltak száma az 1976. évi 14 820-ról 1988-ra 8213-ra csökkent, amit kevésbé a baleset-megelőzés és biztosítás, sokkal inkább a baleseti sérültek differenciált ellátásában elért hatalmas fejlődés révén értek el. Így pl. a 3074 legsúlyosabb sérült és politraumatizált letalítása, akiket 1972–1988 között a hannoveri Orvosi Egyetem Baleseti Sebészeti Klinikáján kezeltek, a halálozás 49,8%-ról fokozatosan 15,8%-ra csökkent. A Német Baleseti Sebészeti Társaság, 53. éves ülésén Berlinben ismételten nyilvánosság elé tárta ezeket a számokat.

Az NSZK-ban ugyanis még mindig meghalnak fiatal emberek baleseti shock következtében, amelynek lefolyását traumatológiai központban történő primer ellátással pozitívan lehetett volna befolyásolni. Súlyos törések bonyolult lágyrész és ízületi sérülésekkel, valamint helyreállító sebészeti technikák gyermekeken és felnőtteken éppen úgy, mint súlyos kézsérülések szakszerű ellátása is szakember kezébe való. A Német Baleseti Sebészeti Társaság ezért 53. berlini ülésén nyomatékos intézkedéseket követelt a baleseti sérültek kezelése minőségének biztosítására és javítására. A Társaság a baleseti sebészeti képzést és továbbképzést az egyik legjelentősebb aktuális egészségpolitikai feladatnak ítéli és ezért követeli:

1. „Baleseti sebész” sebészeti szakterület kialakítását, legalább 6 éves továbbképzés keretében, időben egyeztetve az európai normákkal az orvosi hivatáskepek harmonizálására.

2. Önálló baleseti sebészeti osztályok kialakítása nemcsak egyetemeken és oktató

kórházakban, hanem súlyponti és normál ellátó kórházakban is.

3. A meglévő baleseti sebészeti osztályoknak — nagyságuk, felszereltségük, a rendelkezésre álló társszakmák szerint — minden feltételnek meg kell felelniük, hogy súlyos és politraumatisztált sérültek, illetve otthoni és sportsérülések utáni egyszerű sérülések nonstop ellátását végezhessek.

4. Az egyes tartományok jövő kórháztervezésének a következő években elő kell segíteni baleseti sebészeti osztályok létesítését, különösen az NSZK gyengén szervezett területein: kiterjedt országrészekben teljesen hiányoznak baleseti sebészeti osztályok, úgy hogy baleseti sérültek modern mentőeszközök bevetése ellenére gyakran csak órák, sőt napok után kapják meg a lehető legjobb baleseti segítséget.

Kazár György dr.

Orvosbrigádok balesetekhez és katasztrófákhoz. Steedman, D. J. (Dep. Accid. Emerg. Med. Roy. Infirmary Edinburgh): Injury, 1990, 21, 206.

Mozgó orvosbrigádok szervezése a nagyobb katasztrófák hatására általánossá vált, de balesetekben értékét nem elemezték. A szerző ezért összegezi 6 éves tapasztalatokat ilyen nonstop szolgálattal. A brigád egy főorvostól vagy tapasztalt szakorvostól, egy fiatalabb orvosból és két gyakorlott nővérből áll. A gépkocsi 5 személy és megfelelő felszerelés szállítására alkalmas. Napi 24 órás szolgálat 3/4 millió lakosnak áll rendelkezésére.

Hat év alatt 244 esetben történt kihívás. Évente 21–69, összesen 260 sérültet láttak el, közülük 238 fedett, 18 áthatoló sérülést, 3 éget szenvedett. 182 esetben közlekedési balesethez történt a kihívás. A 192 férfi és 68 nő átlagkora 36 év volt. 209 esetben történt intravénásan volumenpótlás, 15-ben centrálisan, 36 eset könnyebb volt. 39-ben történt intubálás (10 maradt életben), 12-ben mellüregi drainage, 4-ben kétoldalt. 81 sérült volt beszorultva. 64 sérültet vettettek el, de közülük 14 már a helyszínre érkezésükkor halott volt, további 11 még szállítás előtt, 39 már kórházba szállítás után halt meg. (Az elhaltak átlagos ISS értéke 45 volt.) Bull-nak az ISS-re és a sérült életkorára vonatkozó prognosztikai indexe gyermekekre nem használható, de felnőtteken megbízhatónak mutatkozott.

Az orvosbrigád jelentősége katasztrófákban beigazolódott, ha abban megfelelő tapasztalattal és rendszeres gyakorlattal rendelkezők vettek részt. Anyagukban a brigádok a 28 leg súlyosabb (ISS 41–55) sérült csoportjában mutatkoztak szingifikánsan hatékonyabbnak, a többi csoport halálzásában nem volt eltérés. A szerző becslése szerint a brigádok költségei (45 ezer font) nem jelentősek a közlekedési halálzás kiadásaihoz képest (600 000 font). Ezért a meglévő lehetőségeket ki kell használni.

Kazár György dr.

Kiszálló orvosbrigádok — az érvek elemzése (Szekesztségi cikk.) Staniforth, P.: Injury, 1990, 21, 204.

Az orvosbrigádok bevetése balesetekben és katasztrófákban a megelőzhető halálzás csökkentésére, egy orvosi jelentés nyomán, csak rövid időre keltett közfigyelmet. Bár Nagy-Britanniában jó a sürgős ellátás, a sérültek ellátásában vannak hiányosságok: a helyszíni resuscitatio, a specializált sürgős ellátás és a rehabilitáció terén. Ezek sok helyütt hiányoznak.

A változtatáshoz azonban a feltételeket is figyelembe kell venni. Félő, hogy ha egy szervezés anyagi fedezete nem tükröződik a költségvetésben, azt az ellátás más területe szenvedje meg. Felmerül, szabad-e készült-ségben tartani tapasztalt orvosokat és nővéreket (akikben egyébként is hiány van), amikor a kihívások nagy része feleslegesnek bizonyul, mert ugyanakkor ha a kevés sürgős ellátó személyzet, úgy a resuscitatio és a műtét késedelme miatt a kórházban halnak meg sérültek.

A szervezés helyes elbírálásához több tényezőt kell meghatározni: 1. mikor indokolt a brigád kiküldése. 2. A sérülteknek elsősorban a légutak szabadabb tételére, továbbá károsodás megelőzésére, monitorozásra és volumenpótlásra, fájdalomcsillapításra, ha beszorult, kiszabadításra s a legsürgősebben a legjobban felszerelt és felkészült kórházba szállításra van szükség. És itt kérdéses, hogy nem a jól képzett paramedikális személyzet jelenti-e a leghatékonyabb megoldást. 3. Nem hanyagolható el a gazdasági kihatás mérlegelése, mennyiben érdekeltek ebben a biztosítók.

Ha a baleseti osztályokon hal meg a sérült amiatt, mert nem jut a szükséges műtéthez időben, félő, hogy semmit sem nyernék a szervezéssel.

[Ref.: A cikkhez fűzött szerkesztési közlemény rámutat arra, hogy egy új szervezés megvalósításakor — még akkor is, ha a laikusoknak szükségesnek tűnik — milyen gondosan kell elemezni a pro és kontra, mielőtt általános alkalmazásra kerül. (Hasonló kezdeményezéssel nálunk is találkozunk, s nálunk is hiány van baleseti sebészen és anaesthesiologusban.) Különösen fontosnak látszik ez ma, amikor a társadalombiztosításban nálunk is a hatékonyság-gazdaságosság kerül előtérbe a „mindent a betegért” humánus, de anyagilag sajnos megvalósíthatatlan elve helyett.]

Kazár György dr.

Csípőtáji törés időseknél; halálzás, funkcionális eredmények, otthonukba való visszatérés esélye. Broos, P. L. O. (Leuven-Maastricht): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 957.

A szerzők 1978–88 között 767, átlag 81 éves (212 férfi, 555 nő) egyoldali csípőtáji töréses (nem polytraumás, nem habituális) műtött beteg adatait elemezték halálukig, ill. 3 hónapon át. A baleset előtti állapot

szerinti 4 csoport megoszlása: 44% valid, mozgásképes, 21–25% kissé, vagy közepesen csökkent mozgásképeségű, 12% eleve mozgásképtelen, ágyhoz-tolószékhez kötött volt. 63% saját lakásban, csak haramada egyedül, a többi rokonokkal együtt lakó volt, 27% eleve gondozóintézetben lakott. 75%-nál a trauma utáni 48 órán belül történt a műtét, altatásban. A traumatológián való tartózkodás átlag 13 napos volt. A betegek 50–50%-ánál neuropsychiatriai és szívbetegség, negyedénél hipertensio, tüdőmegbetegedés, 12%-nál diabetes, 7%-nál malignus tumor fordult elő, előzetesen 34%-nál történt egyéb műtét.

A műtöttek valamivel kevesebb mint 1%-a 24 órán belül meghalt. A halálzás az életkortól is függött, nőknél kisebb volt, mint a férfiaknál (20–34%). A műtét előtti valid csoport halálzás 8%, a csökkent funkciójúnál 19–35%, az eleve mozgásképteleneknél 69%. Az ápolási idő alatt járt megműtötteknél az életkilátás 95%-os, az eleve mozgásképteleneknél, akik csak más segítségével tudtak helyet változtatni, a továbbélés esélye 45%. A saját otthonból kikerülő 80%-a volt túlélő, a gondozóintézetből kikerülőknél az arány 60%; az életben maradtak 62%-a nyerte vissza ercseti funkciók állapotát, 38%-nál csökkentek a funkciók, a veszteség nagysága főleg a koruktól és a törés milyenségétől függött. A nem stabil extracapsularis fractura a legrosszabb prognózisú. Az otthonukból jött betegek 60%-a 3 hónapon belül került vissza lakásába, 18% meghalt (5% még a traumatológián), 32% került gondozóotthonba. Az otthonukba való visszatérés a koruktól is függ: a 85 évesnél fiatalabbak 67%-a, az ennél idősebbek 42%-a került haza. A preoperatív funkcionális állapot nagyfokban befolyásolta a hazatérés esélyét: a legmozgékonyabb csoport 74%-a, az eleve ágyban fekvők közül egy sem került vissza otthonába. Az operáltak közül 377 a traumatológián megtanult járt (közülük 355 bot-mankó-jároszerkezet segítségével), közülük 73 mehetett haza; az egyedül lakás csökkentette ennek lehetőségét (61%), szemben a rokonokkal együtt lakók 78%-ával.

A szerzők nem tartják magasnak az 1% körüli halálzást, mert a 70 éven felüli betegeket mind megoperálták, korukra és egyéb betegségekre való tekintet nélkül. A számszerű eredmények az idős csípőtáji törésének infaust prognózist bizonyítják, minden 4 beteg közül egy beteg — gyakran elhúzódó szenvedés után — három hónapon belül meghal. A baleset után, még a mozgékonyaknál is 38%-nál részbeni rokkantság marad vissza. Az egyedül lakás fokozza a véglegesen gondozóintézetbe való kerülés esélyét.

Ribiczey Sándor dr.

A hátsó vállficam, egy gyakran elnézett sérülés. Blatter, G., Suter, P. (Kantonsspital St. Gallen): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 1400.

A vállficamodások mintegy 2%-ában a humerusfej dorsalis felé mozdul ki, többnyire subacromialis helyzetben. Mivel ilyenkor a váll külső megtekintésre nem mutat feltűnő alakváltozást, az elsőként észlelő orvosok az esetek több mint 60%-ában nem ismerik fel a luxatio tényét. Klinikai vizsgálat során friss vagy régi hátsó vállficam gyanúját kelti, ha a beteg addukált és könyökben 90 fokban hajlított karját nem tudja kifelé rotálni, ha előrenyújtott karral tenyerét nem tudja felfelé fordítani, ha aktív vagy passzív abductio során lapockája a karral azonnal együtt mozdul. Alapvető jel a rögzített befelé rotatio és a scapula együttmozgása abductióban.

A szerzők két saját esetüket ismertetik. A hátsó vállficamot kezdetben mindkét beteg elnézték, és csak a későbbiek során tisztázódott. A szokásos nyírányú röntgenfelvétel mellett szükségesnek tartják az axialis vállfelvétel elkészítését. Egyik esetükben ez vezetett a körkép helyes felismeréséhez, a másikban az elvégzett CT vizsgálat. A CT vizsgálat különösen előnyös, kitűnően ábrázolja a hátsó vállficammal együtt járó úgynevezett „fordított” Hill–Sachs laesiót, a humerusfej ventralis impressió törését. Segítségnyújtást a scapula tangenciális röntgenfelvétele is. A CT elvégzése nem szükségszerű, de főként inveterált esetekben segíti a műtét megoldás megtervezését. Utólag revidálva a helyes kórismét, az első röntgenfelvételek alapján is meg lehetett volna közelíteni a humerusfej medialis részén ábrázolódó kettős kontúr alapján.

Laczay András dr.

Poly-, multitrauma és hasúri sérülések. Roschek, H. és mtsai (Abt. Chir., Abt. Anaesth. Bundeswehrkrankenhaus, Koblenz): Unfallchirurg, 1990, 93, 327.

Kórházukban 8 és háromnegyed év alatt 530 polytraumatizált láttak el: 440 férfit, 90 nőt, átlagkoruk 33 év volt, 126-ot (23,8%) vesztettek el. A halálozás 5 éves korig és 55 év felett volt a legmagasabb arányú. 192-nek volt hasi sérülése is. A halálozási arány a sérült testtájak számával emelkedett. A laparotomia indikációját elsősorban a klinikai kép alapján állították fel, kétes esetben (így eszméletlen betegen!) sonographiát, lavage-t, CT-t vettek igénybe. A sonographia mutatkozott a legmegbízhatóbbnak (50 esetből 2 éves negatív), a 28 lavage-ból 3 éves negatív, 3 éves pozitív. 120 szorult intenzív terápiára, 102 került laparotomiára. A halálok az esetek közel $\frac{2}{3}$ -ában haemorrhagiás shock, $\frac{1}{3}$ -ában agysérülés volt. Az intenzív terápia tartama arányban volt a sérült testrészek számával.

A polytraumatizált megmentése szempontjából döntő, hogy a szükséges laparotomiára minél előbb kerüljön sor, ugyanakkor a felesleges műtétet elkerülik. Tapasztalatuk alapján a sonographia egymagában a legmegbízhatóbb, a lavage kevésbé megbízható, emellett szövődmenyei is vannak, ezért elhagyták. Megjegyzik

azonban, hogy a sonographia helyes értékeléséhez megfelelő tapasztalat szükséges, s ahol ez hiányzik, ott biztonságosabb a lavage, az esetleges fatális tévedések elkerülése érdekében.

Kazár György dr.

Belgyógyászat

Myeloma multiplex idős betegek között. Froom, P., Quitt, M., Aghai, E. (Magan Michael DN Menashe, 37805, Israel): Cancer, 1990, 66, 965.

Időskorú myeloma multiplexesek prognózist változóan ítélik meg, vannak, akik a kornak nem tulajdonítanak szerepet, mások szerint az idősebb kor egyéb betegségekkel együtt a myeloma multiplexesek túlélésére kedvezőtlenül hat.

A haifai egyetem haematologus munkatársai saját betegeiken úgy igyekeztek megközelíteni a prognózis kérdését, hogy nyomon követték 17 és 42 myeloma multiplexben szenvedő betegük sorsát a 75 éves korhatár figyelembevételével. A diagnózis ismérveként a csontvelőben a 10% fölötti plasmocytosis (osteolytikus laesio hiányában a 30% fölötti érték), valamint a serumban vagy vizeletben a monoclonalis globulin-csúcs volt a mérvadó. A betegek valamennyien Cytoxan (4 napon át 150 mg per os), alkeran (6 mg naponta), oncovinból 1 mg iv. naponként és 60 mg prednison naponta — valamennyi 4 napos kúrában és 3 hetenként ismételve — terápiát kaptak. A betegek észlelését 1977-től kezdték a fenti szempont alapján.

Eredményeik szerint a 75 éves életkor korhatárnak volt tekinthető, mert fölötté a 17 betegből 1 évnél rövidebb ideig élt 14 (82%), míg a 75 év alatti 42 betegből 11 halt meg 1 éven belül (26%). Egymás mellé állítva a kor szerint elkülönített két betegcsoportot, csak az életkor és az induláskor észlelt Hgb-szint viselkedése volt előre jelző, a tumormassza, az 50%-os csontvelői plasmocytosis, a monoclonalis proteinek mennyisége, a betegek esetleges ágyhoz kötöttsége, a betegség stádiuma (Salmon és Durie szerint), a serum calcium-, valamint kreatinin-szintje már nem volt egyértelműen döntő jelentőségű, bár ez utóbbi kettő a 75 évnél idősebbek között nagyobb gyakorisággal fordult elő. A betegek átlagos életkora 68 év volt, a 75 év fölöttiek közül egy sem élt túl a 36 hónapot, az 1 évnél rövidebb ideig élők átlagos túlélése mindössze 3 hónap volt.

A halálokokat elemezve feltűnő volt az infekciók lényegesen nagyobb gyakorisága a 75 évnél idősebbek között, az alapbetegségre, illetve a vesecéltelenségre vonatkozó halálokok mindkét betegcsoportban azonosak voltak. Tapasztalataik alapján a szerzők a fenti gyógyszeres kezelési séma mellett hangoztatják az idős betegek egyidejű egyéb supportív terápiájának szükségességét (betegek túlnyomó többsége ágyhoz kötött volt).

Iványi János dr.

Sicca-komplex amyloidosisban. Ramelli, C. P. és mtsai (Medizinische Klinik, Kantonsspital Luzern): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 995.

Sicca-komplex (sk.) terminológiával jelöljük meg a sicca-symptoma xerostomia (száraz szájnyálkahártya, elégtelen nyálképződés) és xerophthalmia (keratoconjunctivitis sicca, hiányos könnyelválasztás) kombinációját. Az utóbbi leggyakrabban a Sjögren-szindróma vezető tünete, amely autoimmun endokrinopathia a legkülönbözőbb klinikai, histológiai és klinikokémiai autoimmun tünetekkel. A Sjögren-szindróma a primer formájában izoláltan, a szekunder formában más autoimmun betegségek (polyarthrit is chr., SLE, sclerosis progressiva) keretében lép fel. A sicca-symptomát más betegségek is kiválthatják (így pl. hyperlipoproteinaemia IV. és V. haemochromatosis, sarcoidosis, exokrin mirigyek postatikus fibrosis). Igen gyakran gyógyszerek és a senilis atrophia is vezethetnek xerostomiára, xerophthalmiára és általánosan száraz nyálkahártyára.

Ritka az amyloidosis talaján kifejlődő sicca-symptoma, amit ezen esetekben a könny- és nyálmirigyekben lerakódó amyloid a szekunder parenchyma-atrophiával eredményez. A szerzők ezen sicca-szövődményt négy esetük leírásával mutatják be. Két esetükben a szekunder amyloidosis (A-amyloid) több éve idült polyarthritist folytán jött létre; az autopsiában a generalizált amyloidosis mellett a nyál- és könnymirigyek amyloid lerakódását találták. Két további primer sicca-symptomás amyloidosis betegüknek L-amyloid volt kimutatható.

Vizsgálataik szerint a sicca-symptomában nem csupán a Sjögren-szindrómára, hanem amyloidosisra is gondolni kell. A sicca-symptomával főleg (50%) idős, idült polyarthritist betegeknek kell számolni.

iff. Pastinszky István dr.

Nagy adagú gammaglobulin autoimmun betegségekben. Berchtold, P. (Medizinische Universitätsklinik, Inselspital Bern): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 866.

A gammaglobulinok B-lymphocytákból és plasmasejtekből termelődő és szekretálódó fehérjék, amelyek az immunrendszerünk nagyszámú és különböző fajlagosságú antitestek képzését; ezen immunglobulinok (Ig) öt osztályba sorolhatók (G, A, M, D és E); ezek közül mennyiségét és funkcióját tekintve az IgG a legfontosabb. A korszerű kémiai eljárások lehetővé tették a monomer IgG előállítását, amely egyedül alkalmas iv. adagolásra, a primer és szekunder humoralis immundefektusok substitúciójára. Az utóbbi években ismeretessé vált, hogy a tisztított human IgG-nak iv. adagolása moduláló hatást fejt ki az immunrendszerre.

A nagy adagú gammaglobulinok terápiás hatása a chr. immunthrombocytopeniában (ITP) bizonyított tény. A kezelés hatása azonban a betegek többségénél csak rövid

ideig tart. Új, még küszöbönálló tanulmányok egyes chr. ITP-betegeknél hosszabb ideig tartó remissiókat értek el az immunoglobulinok nagy adagú ismételt iv. adagolásával. A nagy adagú gammaglobulinok hatásmechanizmusa nem tisztázott. Így vitatott, hogy az infundált gammaglobulinok a RES makrophagjain és monocytáin a Fc-receptorokat blokkolhatják. Tisztított készítmények alkalmazásakor a mellékhatások (allergiás, anaphylaxiás reakciók, thrombotikus szövődmények) ritkák.

A kedvező thrombocytaszám emelkedés feltehetőleg a gammaglobulin készítményekben lévő antiidiotipikus antitestek immunmoduláló hatására vezethető vissza. Tekintettel a gammaglobulin-készítmények igen magas előállítás költségeire, a jelenlegi fenti javallat felállítására olyan chr. ITP-betegekre korlátozódik, akiknél a thrombocytaszám gyors emelkedése szükséges, mint például akut vérzési szövődmények esetén.

iff. Pastinszky István dr.

Sarcoidosis és malignus lymphomák. Shang, H. és mtsai (Dep. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, Suppl. 31, 27.

A sarcoidosis és a lymphoma malignum ugyanazon betegnél együttesen felléphetnek; a sarcoidosis előbb jelentkezhet, vagy ritkán később következik. A szerzők három beteg kapcsán a két betegség lehetséges összefüggését ismertetik és az irodalmi adatokkal egyetemben tárgyalják. Két (77 éves és 38 éves) betegüknél a kórszövettani diagnózis nagyon malignus non-Hodgkin-lymphomát állapított meg; ezután I. stádiumú pulmonalis sarcoidosis 1, illetve 4 év után lépett fel. A harmadik betegüknél (59 éves) generalizált sarcoidosis (splenomegalia, hepatitis generalisata, interstitialis tüdőelváltozások) mellett járulékosan lymphoproliferatív syndromát diagnosztizáltak. Az úgynevezett „sarcoid-like-reactions”, anélkül, hogy sarcoidosis állna fenn, Hodgkin-kórban előfordulnak, ami egyes szerzők azon téves nézetre vezetett, hogy a sarcoidosis és a m. Hodgkin egyidejű előfordulását állítsák. Más esetben azonban valóban úgy látszik, hogy tényleg a sarcoidosisnak a lymphoreticularis rendszernek malignus folyamatba való transformatójáról van szó. Ebben a kérdésben különböző kérdések merülnek fel: a sarcoidosis folytán a lymphoreticularis rendszernek stimulációja szerepel-e a malignus elfajulásban, vagy pedig mindkét folyamatnak közös kórköri tényezői vannak-e?

iff. Pastinszky István dr.

Amyloidosis ritka szövődménye-e a mucoviscidosisnak? Rietschel, E. és mtsai (Klinik f. Kinderheilkunde der Universität Köln): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, Suppl. 31, 45.

Az irodalomban 21 szekunder amyloidosis ismeretes, amely mucoviscidosisal pá-

rosult; ennek fő tünetei: gyorsan progrediáló nephrosis-syndroma, struma diffusa euthyreotica, továbbá gyomor-bél panaszok. Az első tünetek legtöbbször a 15. életév után jelentkeznek.

A szerzők a tünetegyüttest egy 21 éves mucoviscidosis (IV^o) betegükkel példázák, aki prednison kezelésben részesült allergiás bronchopulmonalis panaszai miatt; emellett struma euthyreotica diffusa, gyorsan progrediáló nephrotikus syndroma állt fenn; az elvégzett rectum-biopsia az amyloidosis fennállását bizonyította.

Következtetések szerint a mucoviscidosisos betegeknek a szekunder amyloidosisra is gondolni kell.

iff. Pastinszky István dr.

Az icosapentaén és a docosahexaén savak hatása a vérnyomásra hypertóniában. Bónaa, K. H. és mtsai (Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Department of Clinical Chemistry, Regional Hospital, University of Trondheim, Norway): N. Engl. J. Med., 1990, 322, 795.

Az eszkimók közötti alacsony coronariahalálozás alapján irányult a figyelem a többszörösen telítetlen zsírsavak tartalmazó halolaj felé. Néhány tanulmányban azt észlelték, hogy a halolaj csökkentette a vérnyomást normotensív és hypertóniás egyéneknek, más vizsgálók viszont ezt nem tapasztalták. A szerzők ezért döntöttek egy randomizált, kettős vak tanulmány mellett, amelyben összehasonlították a halolaj és a gabonolaj hatását, hogy megállapítsák: a Western-diéta kiegészítése icosapentaén és docosahexaén-savval csökkenti-e a vérnyomást?

1986–87-ben 21 826 egyén vett részt egészség-vizsgálaton Norvégiában Tromsø-kerületben. Mindenkit kikérdeztek előző szív-, keringési betegség, étrendi és dohányzási szokásairól, megmérték súlyukat, magasságukat, vérnyomásukat és a nem éhgyomri lipid koncentrációt. 201 egyént választottak ki közülük, akik 34–60 év közöttiek voltak, antihypertensív kezelésben nem részesültek, diastolés nyomásuk 97 Hgmm fölött, systolés nyomásuk 210 Hgmm alatt volt. Nem fordult elő náluk cardiovascularis betegség, vérzési rendellenesség, diabetes mellitus, nem voltak alkoholisták, vagy extrém módon elhízottak. A kiválasztott egyének komplett vizsgálaton vettek részt (anamnesis, fizikális vizsgálat, labor, EKG). A tanulmány 6 hónapos bevezető időszakkal kezdődött, mialatt megkérték a vizsgálatban részt vevőket, hogy folytassák szokásos étrendjüket és életmódjukat. Vérnyomásukat ezalatt 3 alkalommal mérték.

A tanulmányba végül azokat vették be, akiknek az átlagos diastolés vérnyomása 85–110 Hgmm között, systolés vérnyomása 180 Hgmm alatt volt. Így 157 egyént követtek 10 héten át. Random módszerrel két csoportra osztották őket, az egyik csoport halolajat (I), a másik gabonolajat (II) kapott megkülönböztethetetlen zselatin kapszulában. Az olaj adagolásának megkezdését követően 5 és 10 héttel a résztvevőket

megvizsgálták. A vérnyomást ülő és álló helyzetben, 2 mérés átlagát számolva, automata vérnyomásmérővel mérték. Vérnyomást a vizsgálat megkezdésekor és a 10 hetes periódus végén történt. HDL-lipoproteint, össz-cholesterint és triglycerid-szintet határoztak meg. Mérték a vérzési időt, thrombocyta számot, plasma fibrinogén szintet és a serum tocopherol szintet. Eredményeiket statisztikailag elemezték. A szignifikancia szintjét 0,05 alatt állapították meg.

Egy beteg kivételével — aki infarctust kapott és ezért kizárták a tanulmányból — mindenki befejezte a vizsgálatot, így 156 egyén adatait értékelték. Mellékhatás enyhe, kp. fokú hasi problémák (bőfűgés, diarrhoea, székrekedés) formájában jelentkeztek, mindkét csoportban egyforma gyakorisággal. Az átlagos testsúly az I. csoportban 0,70 kg-mal, a II. csoportban 0,56 kg-mal nőtt. A sc. alfa-tocopherol szint az I. csoportban nem változott, a II. csoportban enyhén emelkedett. Vérzési idő, thrombocytaszám, plasma fibrinogén szint egyik csoportban sem változott szignifikánsan. Ugyancsak nem változott a sc. összcholesterin szint egyik csoportban sem. A HDL-cholesterin szint mindkét csoportban egyformán emelkedett, a triglycerid szint az I. csoportban szignifikánsan csökkent, míg a II. csoportban nem változott. Nem volt szignifikáns változás a plasma phospholipid, össz-, vagy telített zsírsavakban egyik csoportban sem. A résztvevők vérnyomásértékei a tanulmány bevezető szakában és az alapérték hasonlóak voltak. Az I. csoport systolés vérnyomása 4,6 Hgmm-t, diastolés és átlagos nyomás 3,0, ill. 3,5 Hgmm-t csökkent mind ülő, mind álló helyzetben. Ezzel szemben a II. csoportban nem volt szignifikáns változás egyik értékben sem.

A két csoport között szignifikáns különbség volt az összes nyomásértékkel illetően és az maradt a kor, nem, dohányzási szokások stb. alapján történt illesztések után is. A vérnyomáscsökkenés összefüggött a vizsgálatban részt vevők által rendszeresen fogyasztott halmennyiséggel. Azoknak, akik hetente háromszor vagy többször fogyasztottak halat, a halolaj, vagy gabonolaj kiegészítése nem változtatott az átlagos vérnyomásán szignifikánsan, a kevés halat fogyasztóknál viszont a diéta halolajjal való kiegészítése szignifikáns vérnyomáscsökkenést eredményezett. (Az átlagos artériás vérnyomás 6,1 Hgmm-rel csökkent.)

A szerzők megállapítják, hogy a halolajban lévő többszörösen telítetlen zsírsavak csökkentik a magas vérnyomást. Akik kevesebb halat fogyasztanak és akiknek az n-3 zsírsav plasmakonzentrációja alacsony, azoknál várható a halolaj vérnyomást csökkentő hatása. A halolaj biológiai aktív összetevője biztosan még nem ismeretes, de az icosapentaén sav a vérnyomás csökkentésében fontosnak látszik.

Feltehetően különbözik a halolaj étrendi vérnyomáscsökkentő hatása a különböző népcsoportokban, hiszen más vizsgálók nem találtak ilyen hatást, valamint a szerzők által vizsgált egyének 32%-ánál sem volt vérnyomáscsökkenés.

Tóth Levente dr.

APRANAX®

275 mg filmtabletta

mV 200

Nem glucocorticoidok

ATC kód: M 01 AE 02

HATÓANYAG: 275 mg naproxenum natrium filmtablettaként.

Hatás: A naproxen-nátrium vízben jól oldódó, a gastrointestinalis traktusból gyorsan és teljesen felszívódó, nem szteroid típusú gyulladáscsökkentő, prosztaglandin szintézis gátló, analgetikus és lázcsillapító hatású. Gyorsan felszívódik, így fájdalomcsillapító hatása a beadástól számított 20-25 percen belül jelentkezik. Felezési ideje hozzávetőlegesen 13 óra. Kiürülése a vizelettel történik.

A szérum fehérjékhez erősen kötődik (99%).

JAVALLATOK: Akut és krónikus fájdalomcsillapítás az alábbi esetekben:

- Gyulladásos, degeneratív ízületi megbetegedések: reumatoid arthritis, osteoarthritis, spondylarthritis ankylopoetica.
- Akut köszvény.
- Lágyrész gyulladásos megbetegedések: bursitis, tendinitis.
- Posttraumás fájdalmak: rándulások, zúzódások.
- Postoperatív fájdalmak.
- Dysmenorrhoea, IUD felhelyezését követő uterinális görcsök.

ELLENJAVALLATOK: Túlerékenységi naproxen vagy naproxen-nátrium tartalmú készítményekre.

— Acetilsalicilsav és más nem szteroid gyulladáscsökkentővel szembeni allergia.

- Gyomor-nyombélfekély.
- Terhesség — szoptatás.
- Súlyos vese- és májbetegség.

ADAGOLÁS:

- Gyenge, közepes súlyos fájdalmak esetén szokásos adagja felnőtteknek: 550 mg (2 tabl.) kezdő dózis, amit 6-8 órás időközönként 275 mg (1 tabl.) adaggal lehet folytatni legfeljebb 1375 mg napi adagig (5 tabl.) az első nap, továbbiakban maximum 4 tabl./nap.
 - Gyulladásos és degeneratív ízületi megbetegedések kezelésére akut esetben *kezdő adag* 1100 mg naponta 2 részre osztva, *fenntartó* szokásos dózisa 550–1100 mg naponta, 12 órás időközönként 2 részre osztva. A napi adag eloszlását a panaszok jelentkezésének függvényében kell meghatározni. Pl.: éjszakai fájdalom esetén javasolt adagolás reggel 1 tbl., este 2 tbl.
 - Akut köszvény kezelésére 825 mg (3 tabl.) kezdő adagot követően minden 8 órában 275 mg (1 tabl.) adható a roham megszűnéséig.
 - Dysmenorrhoea, IUD felhelyezését követő fájdalmak esetén kezdő adag 550 mg (2 tabl.) folytatva a 6-8 óránként 275 mg (1 tabl.) adaggal 3-4 napon keresztül.
 - Dysmenorrhoea megelőzésére a mensés előtt két nappal kell a kúrát elkezdni 550-825 mg napi adaggal (napi 2-3 x 1 tabl., 8 óránként) és folytatni 5 napon keresztül.
- A tablettát szétragas nélkül, keves folyadékkal kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: *gastrointestinalis tünetek:* émelygés, hányinger, gyomorégés, gyomortáji fájdalom, dyspepsia, székrekedés, hasmenés előfordulhat.

központi idegrendszeri: fejfájás, álmoság, szédülés

egyéb: allergiás bőrreakciók, bőrkütes, bőrvizketés, stomatitis, verejtékezés, fulzúgás, hallás- látászavar, ödéma, dyspnoe, palpitáció is.

Egyes esetekben Na⁺ retenció előfordulhat, ezt a szívelégtelenségben szenvedő betegeknél figyelembe kell venni. Igen ritkán megfigyeltek haematemésist, a peptikus ulcus perforációját, colitist, a májfunkció romlását, haematuriat, nephritist, leukopeniát, thrombocitopeniát és anafilaxiás reakciót is.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK: *Együttadása kerülendő:*

— magneziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a naproxen felszívódását).

Óvatosan adható:

- orális anticoagulánsokkal (az anticoaguláns hatás fokozódik).
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglycaemia veszélye).
- fenitoinnal (toxicitás fokozódik).
- lithiummal (emelkedik a lithium koncentráció).
- beta-receptor blokkolókkal (anti-hipertenzív hatás csökken).
- methotrexáttal (a methotrexát hatás toxicitás fokozódik).

FIGYELMEZTETÉS: Az Apranax és Naprosyn kezelés egyidejűleg nem végezhető!

Ha a beteg anamnézisében előzetesen gyomor- bélrendszeri betegség és/vagy peptikus fekély szerepel, csak fokozott elővigyázatossággal adható. Gyomor- és nyombélfekély esetén nem alkalmazható a készítmény.

— 10⁹ g/l vagy az alatti haemoglobin koncentráció esetén tartós kezelés alatt időnként ellenőrizni kell a haemoglobin szintet.

— Csökkent vesefunkciójú betegeknél a kreatin clearance meghatározása, majd a terápia alatti nyomonkövetése és ennek megfelelően a dózis csökkentése szükséges.

— Az Apranax 1 tablettájával 25 mg nátrium bevétele történik, amit a terápia során figyelembe kell venni azoknál a betegeknél, akiknek korlátozott lehet a nátrium felvétele.

— Krónikus májbetegség, cirrhosis esetén a dózis csökkentése szükséges.

— A verlemekze aggregációt gátolja, ezt a vérzési idő meghatározásánál figyelembe kell venni. Az orális anticoagulánsokkal együtt adva a protrombin időt eleinte gyakrabban kell ellenőrizni és tartós Apranax kezelés esetén ajánlatos a haemostasis ellenőrzése időnként.

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

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

A kezelés ideje alatt szeszélyes fogyasztása tilos!

Gyógyszertáladagolás esetén a béltraktusból való eltávolítás, gyomormosás és aktív szén alkalmazása javasolható. A haemodialízis a naproxen anion erős proteinkötése miatt nem eredményezi a plazma koncentráció megfelelő csökkenését.

MEGJEGYZÉS: Csak vénre adható ki!

CSOMAGOLÁS: 30 db filmtabletta

Forgalomba hozza:



Alkaloida Vegyészeti Gyár Tiszavasvári



Syntex Corp USA licencia alapján.

ORFI tudományos ülésének programja
1991. február 18-án 15⁰⁰-kor
Helyszín: Lukács Klub

Téma:

1. Dr. Lengyel Éva, dr. Korpássy István:
Lumboischialgia kezelése során kialakult
szokatlan súlyos szövődmény

2. Dr. Richter András:
A balneoterápia hatásmechanizmusának
korszerű szemlélete. Újabb kutatási ered-
mények.

3. Dr. Piroksa Edit:
Jelzett leukocita vizsgálatok csontízületi
infekcióban.

A Magyar Gerontológiai Társaság
1991. február 18-án tartja 149. tudományos
ülését a Semmelweis OTE Gerontológiai
Központjában (VIII., Budapest, Somogyi
B. u. 33.) 14 órai kezdettel.

Csabay Ildikó dr.: Idős pajzsmirigybete-
gek endocrin ophtalmopathiája

Kecskés Ádám dr.: 60 év feletti szívinfarc-
tusos betegek kórelfordulása, 1 év utáni túlélése

Hidvégi Katalin dr.: A szociálisotthoni
orvos helyzetéről

Gergely István dr. Vértés László dr.: Az
Észak-Koreában tartott 4. Ázsiai Geronto-
lógus Kongresszusról

A Magyar Nephrológiai Társaság az
Orvostovábbképző Egyetem, valamint a
Margit Kórház szervezésében megrende-
zésre kerülő Nephrológiai Szemináriumok
1990—91. II. félévi programja a következő:

1991. február 21. (Dr. Kalmár László):
SLE nephropathia

HUS; Schönlein-Henoch szindróma
(Sulyok Endre):

március 14. (Dr. H. J. Gurland):

Erythropoetin kezelés új irányai
(Dr. Kakuk György, dr. Makó János, dr.
Walter Judit):

Hazai tapasztalatok az Erythropoetin keze-
léssel

április 18. (Dr. Sonkodi Sándor):

Cardialis elégtelenség renális vonatkozásai
(Dr. Polner Kálmán):

Húgysav nephropathia

május 16. (Dr. Walter Judit):

Vegyszerek okozta toxikus vesekárosodás
(Dr. Makó János):

Magnezium metabolismus nephrológiai
vonatkozásai

Az előadások 14 óra 30 perckor kezdőd-
nek a Kossuth Zsuzsa Egészségügyi Szak-
középiskola dísztermében (Budapest III.,
Bécsi út 134.)

Nyílt levél a Petri Tanítványok Baráti Kö-
re Vezetőségéhez!

A Petri professzor által, az európai sebész-
szak szerves részének megálmodott szegedi
iskola a 70-es évek elejére bontakozott ki a
maga felejtethetetlen teljességében. A jelen-
kori magyar sebészetben párját ritkítón ta-
lálkozott ott akkor az elmélet és a gya-
korlat.

Az oda látogatót szinte az első pillanattól
mágal ragadta az alkotóműhelyekre jel-
lemző egyedi atmoszféra. Imre József, Kul-
ka Frigyes, Kovács Gábor műtétei nemcsak
technikailag voltak bravúrosak, hanem el-
méleti megalapozottságuk, előremutató
voltuk az európai sebészet élvonalába
emelte azokat. Az akkor megfogalmazott
és külföldön is leközlött elvek java része
máig sem avult el. Vezető sebészeink egész
sora gondolhat hálával a Szegeden szerzett
útmutatásokra.

Most amikor már több mint egy év telt el
a „Petri Tanítványok Baráti Köre” kezde-
ményezőjének, Kulka Professzor Úrnak a
halála óta, egyre nyilvánvalóbb, hogy ez a
nemes célú társaság akkor lesz a nevében is
hű a szegedi tudományos örökséghez, ha
mindhárom felejtethetetlen sebész: Petri Gá-
bor, Imre József és Kulka Frigyes emlékét
mágn viseli.

Meggyőződése, hogy tisztelettel javas-
latom, a Társaság elnevezésének „Petri—
Imre—Kulka Tanítványok Társaság”-ává
válttatása sokak helyeslésével, eddig kife-
jezésre nem juttatott óhajával fog találkozni.

Kotsis Lajos dr.

Értésítjük az alapellátásban dolgozó
gyermekgyógyász kollégákat, hogy 1990.
dec. 15-én a MÁOTE (Magyar Általános
Orvosok Tudományos Egyesülete) Gyer-
mekgyógyász Szekciója megalakult.

Célja a gyermek alapellátás szakmai, tu-
dományos képviselése, valamint érdek-
védelme.

Újabb tagokat szívesen látunk.

Jelentkezés: MÁOTE titkársága
Budapest, Bessenyei u. 27. 1133
tel.: 149-5390
129-5663

FELHÍVÁS

1990. augusztus végén a Sydney-i Gastroen-
terológiai Világkongresszuson megalakult a

MAGYAROK NEMZETKÖZI ORVOS-
TUDOMÁNYI AKADÉMIAJA
(Worldwide Hungarian Medical Acade-
my, Academia Medica Hungarica Uni-
versalis).

Főbb céljai:

— szakmai és személyes kapcsolatok
építése, új tudományos ismeretek terjeszté-
se magyar származású orvosok és kutatók
között világszerte

— a hagyományosan magas szintű ma-
gyar tudományos kutatás támogatása és to-
vábbfejlesztése

— információk gyűjtése és továbbadása
ösztöndíjakról, munkaalkalmakról, kooperá-
ciós lehetőségekről és ilyen igényekről a kli-
nikum és a laboratóriumi kutatás területén.

Az Akadémia soraiba vár klinikusokat
és kutatókat, akik céljaival azonosulni
tudnak.

A rendes-, társult-, intézményi tagság meg-
szerzésének lehetőségéről felvilágosítást
nyújt az Akadémia magyarországi megbí-
zottja, dr. Simon László osztályvezető fő-
orvos (Szekszárdi Kórház és Rendelőinté-
zet, 7100 Szekszárd, Béri Balogh Á. u.
7/23.), vagy az Akadémia amerikai ügyve-
zetője, dr. Sandor Szabó egyetemi tanár,
Chemical Pathology Research Division,
Brigham and Women's Hospital, 75 Francis
Street, Boston, Massachusetts 02115, USA.

Helyesbítés:

A Magyar Gerontológiai Társaság és a
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei II. Rá-
kóczi Ferenc Kórház-Rendelőintézet,
Szikszó, 1990. december 3-i rendezvényé-
nek meghívóját 47. számunk 2625. olda-
lán közzeltük.

A szerkesztőség, ill. a nyomda véletlen
tévedése folytán kimaradt a vitavezetők
neve: Tóth Imre dr. és Vértés László dr.,
ehelyett „vitavezetők” alcím után szerepel-
tek a — helyesen — „résztevők”.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(227/b)

A BÉRES EXPORT-IMPORT RT. PÁLYÁZATOT HIRDET

orvosi állás betöltésére

belgyógyász szakképesítéssel

Feladatkör: Tudományos gyógyszerismertetői propaganda tevékenység. Új gyógyszer bevezetésével kapcsolatos rendezvények, előadások szervezése belföldön és külföldön egyaránt. Adatgyűjtési munkák végzése és szervezése.

A munkakör betöltésének feltétele: angol nyelvtudás

- A pályázatnak tartalmaznia kell a pályázó — szakmai életútját is magában foglaló részletes önéletrajzot,
- személyes feltételeit,
- fizetési igényét.

Címünk: BÉRES EXPORT-IMPORT RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, XI., Orlay u. 2/b. 1117

(238/a)

A Mohács Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézetének orvos-igazgatója (Mohács, Hősök tere 7. 7700) pályázatot hirdet alkohológiai gondozójában a következő állásokra:

1 fő pszichiáter (alkoholgondozó vezetésére)

20 000,— Ft/hó juttatással

1 fő pszichológus

15 000,— Ft/hó béréssel

Az állások azonnal elfoglalhatók.

Bővebb felvilágosítást Reményi Gábornénál a 29-00/125 telefonszámon lehet kérni.

Farkas Ferenc dr.
gazdasági igazgató

(241/a)

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (Budapest, X., Kozma u. 13. Pf. 22. 1475) főigazgató-főorvosa megüresedett álláshe-lyekre felvesz 3 fő klinikai pszichológust.

A felvételre kerülő pszichológus részt kell vegyen az intézet szakértői jellegű diagnosztikai és elmeosztályi terápiás feladatainak ellátásában.

Fizetés: havi 18—24 ezer Ft között, évente egyszeri juttatásként 13. havi fizetés, korpótlék, ingyenes BKV bérlet.

Szükség esetén alérletli hozzájárulást bizto-sítunk.

Szociális juttatások: üdülés, egészségügyi el-látás, gyermeküdtetés.

A munkakör betöltésének feltétele megfelelő pszichodiagnosztikai, illetve terápiás gyakorlat, képzettség, valamint 3 hónapnál nem régebbi er-kölcsi bizonyítvány.

Jelentkezni, illetve tájékozódni az 127-6849/244 telefonon a vezető pszicholó-gusnál.

Csicsay Iván dr.
főigazgató-főorvos

(245)

A Főv. Főpolgármesteri Hivatal Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója (Bp., Köves u. 2—4. 1204) pályázatot hirdet:

1 fő gyermekfogorvosi állásra.
(Szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk.)

Főnyad László dr.
orvos-igazgató

(246)

A Magyar Honvédség 6. Katonai Kórház igazgatója pályázatot hirdet intézményének

— organikus neurológiai osztályára 1 neuroló-giai szakorvosi állásra, valamint

— mentálhigiénés profilú pszichiátriai osztályára 1 pszichiáter szakorvosi állásra.

Az állások kezdővel is betölthetők. A felvéte-lek — gyakorlatától függően — adjunktusi kinev-zéssel is járhatnak.

Feltétel: magyar állampolgárság.

Az állásoknál az illetmény a honvédségi bé-rutasítás szabályai szerint kerül megállapításra.

Mindkét esetben a lakás személyes megbeszé-lés tárgyát képezi.

Tájékoztatás a kórház igazgatóságán kapható.

Telefon: (96) 15-170

A pályázatokat — szolgálati úton — a megje-le-nést követő 15 napon belül a kórház igazgatósá-gára (9002 Győr, Pf. 428.) kell benyújtani.

Ónódi István dr. orvos ezredes
orvos-igazgató

(247)

A Tápióbicskei Önkormányzati Képviselő Testület pályázatot hirdet újonnan kialakítandó gyermekszakorvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez gyermekgyógyászati szakképesítés szükséges.

Bérezés az érvényben lévő jogszabályok alapján.

Szolgálati lakást biztosítunk.

A pályázatot 1991. február 15-ig kell elküldeni a Polgármesteri Hivatal (Tápióbicske, Rákóczi út 93. 2764) címére.

Láng Ferenc
polgármester

(248)

A Somogy Megyei Tüdőgyógyintézet pályá-zatot hirdet 2 fő orvos részére az intézet pulmo-nológiai osztályaira.

Belgyógyász szakorvosok jelentkezés esetén előnyt élveznek, de az állások pályakezdőkkel is betölthetők.

Alkalmazás esetén az intézetben szolgálati la-kást, illetve férőhelyet biztosítunk.

Andrásofszky Barna dr.
igazgató-főorvos

(249)

A Kiskunfélegyházi Városi Kórház orvos-igazgatója (Kiskunfélegyháza, Fadrusz J. u. 4. 6100) pályázatot hirdet 35 ágyas Csecsemő-gyermekek osztályára osztályvezető-főorvosi mun-kakörre.

Pályázatot a 7/1987. (VI. 30.) EüM rendeletben foglaltak szerint kell benyújtani.

10 éves szakorvosi képzés szükséges, vezetői gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Erkölcsei bizonyítvány mellékelendő. Bérezés megegyezés szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állás 1991. január 1-jétől tölthető be.

Tóth Sándor
orvos-igazgató

(250)

A Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Buda-pest, Déli u. 11. 1751) orvos-igazgatója pályázatot hirdet a nyugdíjazás folytán 1991. június 15-én megüresedő kerületi vezető gyermekgyógyász főorvosi állásra.

Pályázati feltételek:

Szakirányú szakképesítés, több éves szakmai gyakorlat.

A pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek a vezetői gyakorlattal, tudományos tevékenység-gel és klinikai háttérrel rendelkezők.

A pályázat benyújtásának módját, valamint a csatolandó iratok jegyzékét a 7/1987. (VI. 30.) EüM rendelet 1. sz. melléklete tartal-mazza.

Molnár Lajos dr.
orvos-igazgató

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Zoltán u. 8. Megjelenik 8910 példányban

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó igazgatója

Telefon: 1310-781

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,

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

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

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

Szerkesztőség: Budapest V., Kossuth L. tér 13—15. Levélcím: Budapest, Pf. 9. 1361. Telefon: 131-57-76

Előfizetési díj egy évre 1680,— Ft, félévre 840,— Ft, negyedévre 420,— Ft, 1 hónapra 140,— Ft egy éves szám ára 31,— Ft
Széchenyi Nyomda, Győr 90.14271 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030—6002

VERAPAMIL

injekció

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ionszatornáin” 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 myocardialis infarctus, másod- vagy harmadfokú AV-block, sick sinus syndrome (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), súlyos congestiv szívelégtelenség (kivéve, ha ez Verapamillal kezelhető paroxysmalis supraventricularis tachycardia következménye), digitalis 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 **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), digitalis-készítményekkel kombinálható, utóbbi esetben azonban figyelembe kell venni súlyos bradycardia és AV-block jelentkezésének lehetőségét!

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Tilos az 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);
- digitalis-készítményekkel (súlyos bradycardia és AV-block kockázata miatt).

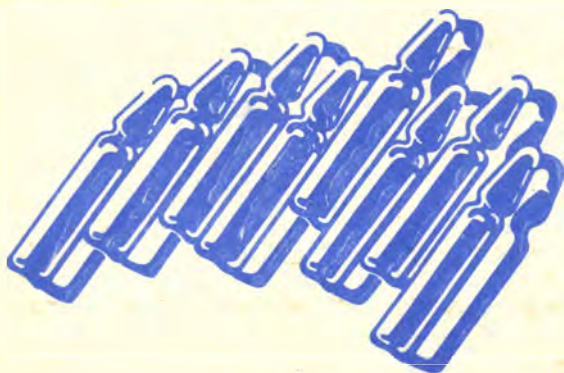
FIGYELMEZTETÉS: A ritkán előforduló életveszélyes mellékhatások fellépésének kockázata miatt a kezelés lehetőleg EKG ellenőrzés mellett történjék, és resuscitációs berendezések, cardioversio lehetőség álljon az orvos rendelkezésére. A készítményt lehetőleg ne alkalmazzuk a terhesség I. trimesztérében 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 Vegyszeri Termékek Gyára Rt.
Budapest



CHINOIN BUDAPEST



CORDAFLEX[®] filmtabletta

koszorúér-tágító, antihypertensivum

HATÓANYAG

10 mg nifedipinum filmtablettaként.
Gátolja a Ca^{2+} ionok beáramlását a szív és az erek izomséjtjeibe.
Ennek következtében mérsékli a szívizom kontraktilitását és a perifériás érellenállást. Fokozza a koszorúerek átáramlását.
Javítja az O_2 igény és kínálat arányát a szívizomban.

JAVALLATOK

Krónikus isémiás szívbetegségek, angina pectoris tartós kezelése és a rohamok megelőzése, hipertónia.

ELLENJAVALLATOK

Akut miokardiális infarktus, kardiogén sokk, pitvari sinusszindróma. 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.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK

- 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 (Tensio-min) a hatást jelentősen fokozzák.

FIGYELMEZTETÉS

A kombinációban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni. Súlyos koronáribetegségekben szükséges más antianginás szerek adása is. Rohamok esetén nitroglicerinnel együtt béta-receptor-blokkolók alkalmazása ajánlatos. Szívglükózidok a Cordaflex-kezelés alatt is szedhetők.
Állatkísérletekben — bár a humán dózis sokszorosában — teratogén és főtotoxikus. Már alacsonyabb dózisban is tokolitikus hatású, azaz gátolhatja a tolófázisok erősségét, ezért a Cordaflex filmtabletta alkalmazására terhes nőkön 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

132. ÉVFOLYAM 6. SZÁM 281—336. OLDAL

BUDAPEST, 1991. FEBRUÁR 10.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

RUBOPHEN®

100 mg tabletta

500 mg tabletta

ANTIPYRETIKUS ÉS ANALGETIKUS HATÁSÚ

HATÓANYAG: 100 mg ill. 500 mg paracetamolom tablettánként.

JAVALLATOK: láz, illetve enyhe és közép súlyos fájdalom csillapítása.

ELLENJAVALLATOK: Paracetamol túlérzékenység. A vese- és májfunkció zavara. Glukóz-6-foszfát dehidrogenáze hiánya (haemolitikus anémia). Meulengracht—Gilbert szindróma.

ADAGOLÁS: Szokásos felnőtt adagja 500—1000 mg (1—2 500 mg-os tabl.), a panaszok intenzitása szerint, maximum naponta 3000 mg (3×2 tabl.)

Szokásos adagja gyermekeknek:

3 hó—1 év: 50—150 mg (½—1½ 100 mg-os tabl.),

1 év—5 év: 150—250 mg (1½—2½ 100 mg-os tabl.),

5 év—14 év: 250—500 mg (2½—5 100 mg-os vagy ½—1 500 mg-os tabl.)

naponta 3—4-szer.

A gyógyszert evés után bőséges folyadékkal kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Igen ritkán fordulnak elő és nem jellemzőek. Szedése során érzékeny egyéneknek túlérzékenységi bőrreakciók alakulhatnak ki.

Nagy adagban toxikus, igen nagy adagban letális májkárosodást okozhat. Ennek korai tünetei: hányinger, hányás, izzadás, általános gyengeség, rossz közérzet.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Óvatosan adható:

- májenzim indukációt növelő készítményekkel: pl. fenobarbital, glutetimid, fenitoin, karbamazepin, rifampicin (a toxikus paracetamol metabolitok felszaporodhatnak),
- kloramfenikollal (ennek lebomlása megnyúlik, toxicitása nő),
- antikoagulánsokkal (protrombinidő megnő),
- doxorubicinnel (májkárosodás veszélye nő)

FIGYELMEZTETÉS: Kifejezett májkárosodás esetén óvatosan adagolandó. Befolyásolhatja a laboratóriumi tesztek eredményét (szérum; húgysav; vér: heparin, theophyllin, cukor; vizelet; aminosav szintjét). Túladagolása esetén hánytató (emetin) adása javasolt. Antidotumok: N-acetylcystein vagy methionin (a glutation prekursorai, amelyek inaktíválják a paracetamol toxikus metabolitját.) Terheseknek (különösen az I. trimeszterben) és szoptató anyáknak való adása megfontolandó. Egyidejű alkohol fogyasztás a májkárosodás veszélyét növeli.

MEGJEGYZÉS: *Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 10 db 100 mg-os tabletta
10 db 500 mg-os tabletta

ELŐÁLLÍTJA: CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

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., Romics László dr. és Várnai Ferenc dr.

*

Tanácsadó testület:

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

*

Szerkesztő munkatársak:

Btáge Zsuzsanna dr., Gergely Péter dr., Giacinto Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fnts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

132. ÉVFOLYAM

*

6. SZÁM

*

1991. FEBRUÁR 10.

TARTALOMJEGYZÉK

Ádám Attila dr., Horváth Tibor dr. és Czenkár Béla dr.:

Heveny arteria mesenterica superior occlusio kezelési eredményei

The results of the treatment of acute occlusion of the superior mesenteric artery 283

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Török Attila dr., Bódis József dr., Bognár Zoltán dr., Arany Antal dr. és Csaba Imre dr.:

Ultrahang ellenőrzés mellett és laparoscopus módszerrel végzett folliculus punkciók összehasonlító vizsgálata

A comparing study of the laparoscopic and ultrasound directed follicle puncture methods 287

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Oláh Éva dr., Balogh Erzsébet dr., Boján Ferenc dr., Pásti Gabriella dr., Losonczy Luca dr., Juhász Ferenc dr., Stenszky Valéria dr. és Farid Nadir R. dr.:

Kromoszómavizsgálat pajzsmirigy papillaris carcinomában és follicularis adenomában

Cytogenetic analysis of three papillary carcinoma and a follicular adenoma of the thyroid 293

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Molnár Béla dr., Wolfgang Plending dr., Szentirmai Zoltán dr., Bodó Miklós dr., Sugár János dr., Ulrich Schenk dr. és Fehér János dr.:

DNS analízis az emlő, a gyomor és a pajzsmirigy citológiai keneteinek vizsgálatában

DNA analysis in the smears of breast, gastric and thyroid tumors 301

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

Kőry András dr.:

Intrahepatikus epeúti elzáródás kezelése két endoprotézis percutan beültetésével

Intrahepatic biliary obstruction treated by percutaneous insertion of two endoprostheses 305

TRÓPUSI BETEGSÉGEK

Lócsey Lajos dr., Borbás Béla dr. és Abdul Karim Sheiban dr.:

Malária fertőzés okozta akut veseelégtelenség

Acute renal failure in malaria infection 309

HORUS

Szállásy Árpád dr.:

Szénásy Sándor és a Gyógyászat

Sándor Szénásy and the medical journal: „Gyógyászat” 313

Tényi Tamás dr.:

Jakab Irén pszichopatológiai művészetkutatása Psychopathologic art-creativity-research of Irene Jakab 315

Folyóiratreferátumok 319

Levelek a Szerkesztőhöz 331

A Népjóléti Minisztérium tájékoztatója 332

Megjelent 333

Hírek 335

Pályázati hirdetmények 336

Halottaink 291

TRI-REGOL

tabletta

Trifázisos orális kontraceptívum

Összetétel:

Sárga színű tabletta:

0,05 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

Barack színű tabletta:

0,075 mg levonorgestrelum és 0,04 mg aethinyloestradiolum

Fehér színű tabletta:

0,125 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

- Három fázisú orális fogamzásgátló
- Megbízható kontraceptív hatás
- Előnyös ciklusszabályozó hatás
- Fiziológiás endokrin funkciónak megfelelő adagolás
- Alacsony hormontartalom = Jó tűrhetőség
- Széles korhatárok között alkalmazható

**Részletes felvilágosítással
készséggel áll
rendelkezésére:**



**Kőbányai
Gyógyszerárugyár**

**Orvostudományi
Főosztály**



Heveny arteria mesenterica superior occlusio kezelési eredményei

Markot Ferenc Kórház, Eger, Sebészeti és Érsebészeti Osztály
(osztályvezető főorvos: Czenkár Béla dr.)

A szerzők 1980–89 között 38 beteget kezeltek heveny arteria mesenterica superior elzáródással. A mesenterialis embolectomiát, illetve thrombectomiát 13 betegben végezték el, közülük 3-ban bélresectióra is sor került. Hét esetben csak bélresectio történt. A kiterjedt bélhalás miatt 17 betegben curativ beavatkozásra már nem volt mód. Egy multiplex embolisációban szenvedő betegnél sikeres systemas fibrinolysist végeztek. Teljes gyógyulást 6 betegben értek el, közülük egyben bélresectio nélküli embolectomiával. Eredményeiket a korai felismeréssel, a finom műtéti technikával és a microcirculatiót is javító komplex intenzív terápiával érték el.

The results of the treatment of acute occlusion of the superior mesenteric artery. Between 1980–89 the authors treated 38 patients with acute occlusion of the superior mesenteric artery. Mesenteric embolectomy or thrombectomy was carried out in 13 patients, combined with intestinal resection in three. In 7 cases were performed bowel resection, without revascularization. Only exploratory laparotomy was done in 17 patients, because the bowel necrosis was extensive. One patient with multiplex emboli was treated with systemic fibrinolysis. The management was successful in 6 patients, one of them was treated with embolectomy without bowel resection. The results were obtained from early diagnosis, precise surgical technics and complex intensive therapy including repair of microcirculation.

Napjainkban a szív-érrendszeri betegségekben szenvedők száma egyre emelkedik. Ezzel párhuzamosan a vascularis eredetű akut hasi katasztrófák gyakorisága is nő (3, 12).

A heveny intestinalis ischaemia hátterében 90%-ban arteria mesenterica superior akut elzáródása áll. Ennek oka 60–80%-ban embolia, 20–30%-ban thrombosis (21).

Ezen kórkép klinikai jelentőségét a diagnosztikus nehézségek mellett a magas, 60–100%-os halálozási ráta adja (1, 3, 12, 15, 20). Jelen tanulmányunkban terápiás eredményeinkről számolunk be és közzéteszük egy általános és érsebészeti tevékenységet folytató osztály tapasztalatait.

Beteganyag

1980. január 1. és 1989. december 31. között 38 beteget (19 férfi, 19 nő) kezeltünk heveny arteria mesenterica superior elzáródással. Átlagéletkoruk 72,3 év. Az occlusio oka 28 betegben embolia, 10-ben thrombosis volt. A háttérben 17 esetben arrhythmia absoluta, 1 esetben mitralis vitium állt. Öt beteg anamnesisében myocardialis infarctus, 9-nél alsóvégtagi obliteratív érbetegség, 2-nél pedig arteriás embolia szerepelt. Külön kiemeljük azt a 6 esetet, amikor a bél ischaemiával egyidőben végtag emboliát is észleltünk.

Kezelés, eredmények

Az általunk alkalmazott kezelési módokat az 1. táblázatban foglaltuk össze. Az arteria mesenterica superior embolectomiáját, ill. thrombectomiáját 13 betegben végeztük el, közülük 3-ban bélresectio is történt.

1. táblázat: Kezelési módok

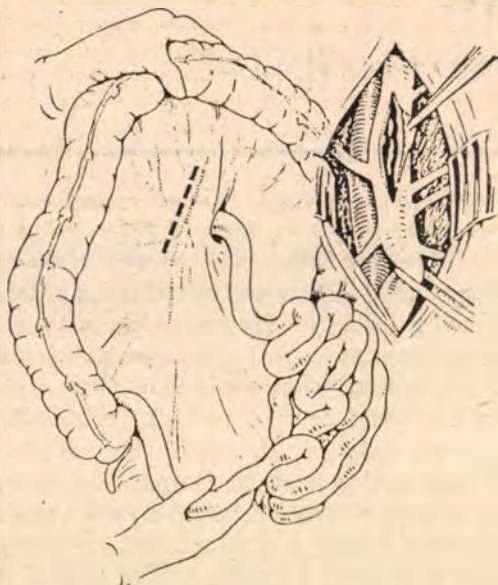
	Embolia	Thrombosis
Thrombolysis	1	0
Embolectomia	10	0
Embolectomia v. thrombectomia + bélresectio	2	1
Bélresectio	4	3
Exploratív laparotomia	7	6
Műtét nem volt	3	1

A mesenterialis arteriát lehetőleg magasan, a flexura duodeno-jejunalisnál tártuk fel (1. ábra). Az érfal minőségétől függően haránt vagy hosszanti arteriotomiát készítettünk, melyet az embolectomia, illetve thrombectomia után csomós vagy a sarkok felől indított és az arteria felengetése után csomózott tova futó öltésekkel zártunk.

Second-look laparotomiát 4 esetben terveztünk, két betegnél el is végeztük azt.

A műtétet követően a betegek intenzív kezelésben részesültek, különös figyelmet fordítva a sav-bázis egyensúly, a folyadék-elektrolit háztartás kontrolljára és a revascularisációs toxæmia, valamint a vascularis ileus következményeire. A microcirculatio javítását már a műtét napján megkezdjük subdózisú Na-Heparin (2×1 ml s. c.), 250 ml Rheomacrodex és 1 amp. Trental 400 adásával. Ezt a kezelést a postoperatív 5–7 napig folytattuk.

Kulcsszavak: arteria mesenterica superior occlusio, embolectomia, thrombectomia, bélresectio, gyógyulás



1. ábra: Az arteria mesenterica superior infracolicus feltárása Vollmar szerint

Egy beteget, akinél multiplex embolisatio állt fenn, systemás thrombolysissal kezeltünk, erről egy korábbi közleményünkben részletesen beszámoltunk (22).

A fenti komplex terápiával 6 betegnél sikerült teljes gyógyulást elérni (2. táblázat).

2. táblázat: Gyógyult eseteink

	Diagnózis	Műtéti megoldás
1.	embolia	Embolectomia
2.	embolia	Embolectomia + second-look bélresectio + alsó végtag amputatio
3.	embolia	Embolectomia + bélresectio
4.	embolia	Bélresectio
5.	embolia	Thrombolysis
6.	thrombosis	Bélresectio

Megbeszélés

Az arteria mesenterica superior heveny elzáródásának felismerése a korszerű vizsgálati módszerek birtokában sem könnyű, pedig az eredményes kezelés elengedhetetlen feltétele a korai diagnózis (13). A beteg panaszai és a klinikai tünetek nem jellegzetesek. Gyakori a mély, állandó jellegű epigastriális, illetve köldök körüli fájdalom, melyet hányinger, hányás kísér. Fontos klinikai jel a progresszív paralytikus ileus. A széklet nyákossá, véressé válása már előrehaladott bél ischaemiát jelez. Laboratóriumi paraméterek közül az emelkedett alkalikus phosphatase érték, a kifejezett acidosis és a magas fehérvérsejt szám utalhat mesenterialis történetre.

Ha a fenti tünetek mellett valamilyen emboliás predispositio (arrhythmia absoluta, vitium cordis, anamnesisben arteriás embolia, chronikus verőérbetegség, angina abdominalis, közelmúltban lezajlott myocardialis infarctus, digitalis therapia) is kimutatható, akkor a heveny mesenterialis occlusio valószínűsíthető. Ilyenkor urgens angiographiát (9, 13, 16) vagy exploratív laparotomiát kell végezni. Magunk 8 esetben állítottuk fel a kórismét sürgős angiographiával.

Az angiographia lehetővé teszi az elzáródás pontos localisatióját, a thrombosis és az embolia elkülönítését, valamint a non occlusiv bélischaemia felismerését. Így lehetőség nyílik a legmegfelelőbb terápiás terv felállítására (9, 15).

Az időfaktor jelentőségét jól mutatják a mi vizsgálataink is (3. táblázat). Anyagunkban a 38 betegből a kórházba

3. táblázat: Az esetek megoszlása a panaszok kezdetétől a felvételig, illetve a műtétig eltelt idő szerint

Időtartam	<3 ^h	3—6 ^h	6—12 ^h	12—24 ^h	24 ^h <
Praehospitalis idő szerinti esetmegoszlás	7	3	6	8	14
Felvételtől a műtétig eltelt idő szerinti esetmegoszlás	16	4	6	2	5

kerülés pillanatában már csak 19-nek volt reális esélye arra, hogy a helyes kórisme felállítása az irreverzibilis bélkárosodás előtt megtörténjen. További idővesztést jelentett, hogy a betegek többsége (20 beteg) először belgyógyászati osztályra került felvételre. Mivel az időfaktornak döntő szerepe van, nem törekszünk mindenáron biztos diagnózisra, gyanú esetén haladéktalanul operálunk.

A vascularis bélnekrosis kezelése hosszú ideig egyet jelentett az elhalt bélszakasz resectiójával. Az arteria mesenterica superior keringésének helyreállítását először Klass (10) kísérte meg, majd Shaw és Rutledge (18) valamint Stewart és munkatársai (19) számoltak be a sikeres mesenterialis embolectomiáról. Magyarországon ezen a területen Mátrai és Gunther (14), Jámbor (8) valamint Csengödy és munkatársai (6) végeztek úttörő munkát. Az első eredményes, resectio nélküli embolectomiáról Dzsinich és munkatársai (7) számoltak be.

Az arteria mesenterica superior mindíg hosszán, a véna mesenterica superior ágainak gondos megkímélésével tártuk fel. Embolectomiánál a puha falú éren haránt arteriotomiát tartunk célszerűnek, melyet szűkítés nélkül zárhatunk. Minél több oldalág izolálására és gondos „kitakarítására” törekszünk. Ez az erek sérülékenysége miatt csak megfelelő vékonyságú Fogarty-katéterrel és finom technikával történhet.

Az ischaemiás bél keringésének helyreállítását nagymértékben gyorsíthatjuk, ha a kísérő vasospasmust intraarterialisan vagy systemásan atott Papaverinum—hydrochloricummal (30—60 mg) oldjuk (3). Igen fontos a bél életképességének a megítélése.

Az ismert vitalis jeleken kívül gyakran alkalmazzuk

a mesenterialis szegély egy-egy kicsiny erecskéjének átmetszését és a vérzés intenzitásának, jellegének megfigyelését. Tapasztalataink szerint a helyreállított keringés után az érintett bélszakaszon spasmus és fokozott peristaltica jelenik meg. A pontosabb megítélést lehetővé tevő intraoperatív Doppler-diagnosztikával (5), valamint vitalis festéssel (4) tapasztalataink nincsenek.

A biztosan elhalt bélszakaszt resecálni kell. A bél-anastomosist egysoros, csomós öltésekkel varrjuk, így a vérellátás kevésbé károsodik. Amikor az életképesség nem ítéltető meg egyértelműen, akkor Shaw (17) ajánlása alapján 24–48 órán belül úgynevezett second-look laparotomiát végzünk. Ezzel a lehetőséggel két alkalommal élünk. Az egyik túlélő betegnél a sikeres embolectomiát követő napon coecumresectióra került sor, a másikonál a kiterjedt bélhalál miatt curatív beavatkozásra már nem volt mód.

Úgy gondoljuk, hogy az embolectomiát az eddigiek-nél gyakrabban kell megkísérelni, még akkor is, ha a bél egy része biztosan elhalt. A keringés helyreállítása ugyanis biztonságosabb és takarékosabb resectiót tesz lehetővé és megakadályozza az ischaemiás folyamat progressióját.

Mesenterialis thrombosisnál valamilyen bypass-technika (aorto-mesenterialis, iliaco-mesenterialis bypass) az irodalom által ajánlott megoldás (1, 15). Ritkán, mint egy esetünkben, választhatjuk az endarteriectomiát is, különösen annak „Rififi” (21) szerinti változatát.

A sikeres embolectomia vagy thrombectomy sem egyenlő a gyógyulással. Az eredményes revascularisatio valószínűleg nagymennyiségű toxikus anyagot mos a véráramba, amely tovább ronthatja a beteg amúgy is kritikus keringését (2, 11). Nem ritka a mors in tabula, vagy a műtétet követő 24 órán belüli halál. Ezért rendkívül fontos az eredmények javítása szempontjából a betegek műtét alatti és utáni monitorizálása, intenzív kezelése. Újabban fokozott figyelmet fordítottunk a microcirculatio javítására is.

Összegezve, megállapíthatjuk, hogy a heveny arteria mesenterica superior elzáródás kezelése továbbra sem megoldott és változatlanul szomorú fejzetét képezi munkánkban. Mégis az esetek korábbi felismerése, az egyre javuló diagnosztikus feltételek és a növekvő érsebészeti tapasztalat azt eredményezhetik, hogy a mainál több beteget sikerül megmenteni.

IRODALOM: 1. Bergan, J. J., Dean, R. H., Conn, J. Jr. és mtsai: Revascularization in treatment of mesenteric infarction. *Ann. Surg.*, 1975, 182, 430. — 2. Bergan, J. J., Haid, S. P., Conn, J. Jr.: Systemic effects of intestinal revascularization. *Am. J. Surg.*, 1969, 117, 235. — 3. Boley, S. J., Feinstein, F. R., Sammartano, R. és mtsai: New concepts in the management of emboli of the superior mesenteric artery. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1981, 153, 561. — 4. Bulkley, G. B., Zuidema, G. D., Hamilton, S. R. és mtsai: Intraoperative determination of small intestinal viability following ischemic injury: A prospective controlled trial of two adjuvant methods (Doppler and Fluorescein) compared with standard clinical judgement. *Ann. Surg.*, 1981, 193, 628. — 5. Coopermann, M., Pace, W. G., Martin, E. W. Jr., és mtsai: Determination of viability ischemic intestine by Doppler ultrasound. *Surgery*, 1978, 83, 705. — 6. Csengődy J., Vadon G., Englohn L. és mtsai: Acut vascularis bél-necrosis. *Orv. Hetil.*, 1979, 120, 1439. — 7. Dzsinich Cs., Dlustus B., Entz L. és mtsai: Mesenterialis embólia sikerrel operált esetei. *Magy. Seb.*, 1984, 37, 129. — 8. Jámor Gy.: Az arteria mesenterica superior acut elzáródása miatt végzett sikeres thrombendariectomia. *Orv. Hetil.*, 1972, 113, 2757. — 9. Kaufman, S. L., Harrington, D. P., Siegelman, S. S.: Superior mesenteric artery embolization: an angiographic emergency. *Radiology*, 1977, 124, 625. — 10. Klass, A. A.: Embolectomy in acute mesenteric occlusion. *Ann. Surg.*, 1951, 134, 913. — 11. Kobold, E. E., Thal, A. P.: Quantitation and identification of vasoactive substances liberated during various types of experimental and clinical intestinal ischemia. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1963, 117, 315. — 12. Köveker, G., Reichow, W., Becker, H. D.: Ergebnisse der Therapie des akuten Mesenterialgefäßverschlusses. *Langenbecks Arch. Chir.*, 1985, 366, 535. — 13. Krausz, N., Manny, J.: Acute Superior mesenteric arterial occlusion: a play for early diagnosis. *Surgery* 1978, 83, 482. — 14. Mátrai T., Gunther T.: Heveny arteriás elzáródások kezelésének lehetőségei megyei kórházban. *Orv. Hetil.*, 1971, 112, 2947. — 15. Ottinger, L. W.: The surgical management of acute occlusion of the superior mesenteric artery. *Ann. Surg.*, 1978, 188, 721. — 16. Richter, H., Hain, B.: Klinik und Diagnostik des akuten Verschlusses der oberen Mesenterial Arterie. *Chirurg*, 1976, 47, 276. — 17. Shaw, R. S.: The „second look” after superior mesenteric arterial embolectomy or reconstruction for mesenteric infarction. In: *Current Surgical Management*. Edited by Ellison, R. H. és mtsai: P. 509. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1965. — 18. Shaw, R. S., Rutledge, R. H.: Superior mesenteric artery embolectomy in the treatment of massive mesenteric infarction. *N. Engl. J. Med.*, 1957, 257, 595. — 19. Stewart, G. D., Sweetman, W. R., Westphal, K. és mtsai: Superior mesenteric artery embolectomy. *Ann. Surg.*, 1960, 151, 274. — 20. Oehy, K., Vogt, B.: Die erfolgreiche Embolectomie ohne Darmresektion beim akuten Verschluss der Arteria mesenterica superior. *Chirurg*, 1987, 58, 53. — 21. Vollmar, J.: *Reconstructive Surgery of the Arteries*. Thieme, 1980. — 22. Weisz Z., Horváth T., Szamaránszky J. és mtsai: Systemas thrombolysis sikeres alkalmazása multiplex embolisatióban. *Anaesth. Intenz. Ther.*, 1989, 19, 47.

(Ádám Attila dr., Eger, Pf. 15. 3301)



MAGYARMEDICA '91

MAGYARPHARMA '91



NEMZETKÖZI ORVOSI, MŰSZER ÉS GYÓGYSZER- VEGYÉSZETI SZAKKIÁLLÍTÁS

1991. február 12–15. Budapesten, a Petőfi Csarnokban

További információ és meghívóigénylés:

Congress Kft.

1012 Budapest, Lovas u. 19. (Sziklai S.) Tel./fax: 155-41-71



ERYC[®]**250 mg****antibioticum contra
Gram-positiv microbia****kapszula****HATÓANYAG**

250 mg erythromycinum kapszulánként.

JAVALLATOK

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

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

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

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

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

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

ELLENJAVALLATOK

Erythromycin túlérzékenység, súlyos májkárosodás.

ADAGOLÁS

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

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

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

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

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

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

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

MELLÉKHATÁSOK

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

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Beszűkült májfunkciójú beteg esetén adagolása fokozott figyelmet és ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS

✖✖ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

25 db kapszula



Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
FAULDING (Ausztrália) licencia alapján

Török Attila dr.,
Bódis József dr.,
Bognár Zoltán dr.,
Arany Antal dr.
és Csaba Imre dr.

Ultrahang ellenőrzés mellett és laparoscopos módszerrel végzett folliculus punkciók összehasonlító vizsgálata

A Pécsi Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája
(igazgató: Csaba Imre dr.)

A szerzők in vitro fertilisatio és embryo transfer, ill. gameta intrafallopian transfer céljából végzett, szuperovuláció indukciós kezelést követő laparoscopos és vaginalis ultrahang ellenőrzés mellett végrehajtott folliculus aspiratiók összehasonlító vizsgálatát végezték el, hogy megállapítsák, melyik módszer eredményesebb. Az ultrahangos módszerrel leszívott tüszők száma ($9,87 \pm 4,69$) szignifikánsan ($p < 0,001$) meghaladta a laparoscopiás úton leszívott tüszők számát ($6,78 \pm 3,18$). A tüszőfolyadékok köbtartalmát is nagyobbak találták az ultrahangos módszer esetében. Statisztikai különbséget nem sikerült kimutatni a nyert petesejtek számában. A szerzők az ultrahangos módszert — tekintettel egyszerűségére, gyorsaságára, valamint arra, hogy a folliculusok punctiója ultrahang ellenőrzés mellett olyan esetekben is elvégezhető, amikor laparoscopiával a kiterjedt kismedencei összenövések miatt a petefészkek nem hozhatók látótérbe — petesejtek nyerésére ajánlják.

A compairing study of the laparoscopic and ultrasound directed follicle punction methods. To determine the effectiveness of the follicle punctures by laparoscopic and ultrasound directed egg collection methods, a compairing study was carried out by the authors, in patients with superovulatory cycles during in vitro fertilization and embryo transfer or gameta intrafallopian transfer programs. The number of the aspirated follicles using the ultrasound method ($9,87 \pm 4,69$) was significantly higher ($p < 0,001$) than in the laparoscopic group ($6,78 \pm 3,18$). The volume of the follicular fluid was also found to be higher in the case of the ultrasound method. Significant difference was not observed regarding the numbers of the aspirated oocytes in the two methods. The authors concluded, that the transvaginal ultrasound guided follicle aspiration is the method of choice for egg retrieval, because of the simplicity, rapidity of the method, and because this method even can be used in those cases, when the follicle aspiration by laparoscopy could not be performed because of severe adhesions in the minor pelvis.

A sikeres in vitro fertilisatio (IVF) és embryo transfer (ET), valamint a gameta intrafallopian transfer (GIFT) programok egyik sarkalatos feltétele, hogy kellő mennyiségű és minőségű petesejt álljon rendelkezésre. Ezért a megfelelően végzett szuperovuláció indukciós terápiát követően a folliculusok leszívási technikája meghatározó tényező lesz.

Az IVF kezdeti időszakában a petenyérés kizárólag laparoscopiás úton történt. A GIFT módszer bevezetésekor továbbra is a laparoscopiás úton elvégzett folliculus punctiót használták, hiszen a gameták visszajuttatását a petevezetékekbe amúgy is laparoscopiás úton végezték. Fenti módszerrel a leszívott tüszőfolyadékok 50–90%-ában találtak petesejteket (4, 5).

Az ultrahang készülékek látványos fejlesztésével új lehetőségek nyíltak az IVF és GIFT programokban is. Mind

nagyobb felbontóképességű készülékek kifejlesztése történt meg, melyek segítségével a tüszőérés naponkénti nyomon követése ultrahangos folliculometriával lehetővé vált (1, 3). Újabb áttörtést jelentett az igen nagy felbontóképességű, vaginalis transducerek kifejlesztése, melyekkel a tüszőméretek igen pontosan meghatározhatók voltak. Ezen készülékek lehetővé tették, hogy folliculusok aspiratiója transvaginalisan is elvégezhető legyen (2).

A Pécsi OTE Női Klinikáján 1988 szeptembere óta áll rendelkezésünkre vaginalis transducerrel felszerelt ultrahangkészülék. Jelen munkánkban azt kívántuk vizsgálni, hogy azonos szuperovuláció indukciós protokollal előkészített betegektől laparoscopiás, vagy ultrahang ellenőrzés mellett elvégzett folliculus punctióval lehet több tüszőt, ill. petesejtet leszívni.

Betegek és módszerek

Vizsgálatainkban a Pécsi OTE Női Klinikáján IVF és GIFT céljából 1988. szeptember 1. és 1989. január 30. között elvégzett összesen 54 ultrahang ellenőrzéses folliculus punctio eredményeit hasonlítjuk össze a korábban — 1988. május 1. — szept. 1. — laparoscopiás módszerrel végzett 50 aspiratio eredményeivel. A

Kulcsszavak: ultrahang, laparoscopia, folliculus punctio, in vitro fertilisatio

Rövidítések: IVF: in vitro fertilisatio; ET: embryo transfer; GIFT: gameta intrafallopian transfer

Orvosi Hetilap 132. évfolyam 6. szám

laparoscopiás eredményeknél kizárólag az utolsó 50 aspiratiót vettük figyelembe, amit a kezdeti technikai hibák kiküszöbölése indokol.

Valamennyi beteg a menstruációs ciklus 3–4. napján 3–3 ampulla human menopauzális gonadotropin (HMG, Pergonal — Human/Serono, 75 NE FSH + 75 NE LH), majd az 5. naptól kezdve 2–2 ampulla intramuscularis (im.) injectiós kezelésben részesült. A tüszőérést naponta ultrahangos folliculometriával és napi ösztadiol meghatározásokkal monitorizáltuk (6). Az ösztadiol szintek tetőzésekor, illetve ha az ultrahanggal mért domináns tüsző átmérője a 16 mm-t elérte, 10 500 NE human chorialis gonadotropint (Choriogonin — Kósbányai Gyógyszergyár) adtunk im.-an. Ezt követően 32–36 óra múlva végeztük el a folliculusok aspirációját intravénás narkózisban.

A laparoscopiás módszerhez Wolf 2140 automata insufflátor és MLA típusú (Zeiss, NDK) diagnosztikus laparoscopot használtunk. A hasüreg széndioxiddal való feltöltése után a petefészkeket látótérbe hoztuk, majd egy kb. 30 cm hosszú 1,4 mm belső átmérőjű tüvel, suprapubikus behatolásból a tüszőket leszívtuk.

Az ultrahangos folliculus punctióhoz Brüel-Kjaer 1846 típusú alapkészülethez 8538 típusú, 7 MHz-es vaginalis sector scanner transducert használtunk. A transducerre erősíthető tüvezetön keresztül a punctiókat a hátsó hüvelyboltozaton keresztül végeztük el a hüvely clozetes fertőtlenítése és fiziológiás sóoldattal való kiöblítése után.

A leszívott tüszőfolyadékokat sztereomikroszkóp alatt (Zeiss) átnézve kerestük meg a petesejteket.

Eredményeink statisztikai összehasonlítására a Student—T-tesztet használtuk.

Eredmények

Az ultrahang ellenőrzés mellett transvaginálisan, ill. a laparoscopiás módszerrel leszívott tüszők és petesejtek számát az 1. táblázatban mutatjuk be. Ultrahang ellenőrzés

1. táblázat: Ultrahang ellenőrzés mellett, illetve laparoscopiás módszerrel végzett folliculus punctiók eredményei. (A zárójelben levő számok az egy betegről leszívott tüszők és petesejtek számát jelzik.)

	Tüszők száma	Petesejtek száma
Ultrahangos folliculus punctio	533	240
Átlag N = 54	(1–24) 9,87 + 4,69	(0–12) 4,44 + 3,17
Laparoscopos folliculus punctio	338	200
Átlag N = 50	(1–15) 6,78 + 3,18	(0–12) 4,00 + 2,91
	p < 0,001	NS

mellett leszívott tüszők száma jelentősen meghaladja a laparoscopos úton leszívott tüszők számát, mely szignifikáns különbséget mutat. Ugyanakkor a nyert petesejtek számában szignifikáns különbséget nem találtunk.

Az aspirátumok térfogatait a 2. táblázat mutatja. Ultrahang ellenőrzés mellett leszívott tüszők többsége nagyobb volumenű, mint a laparoscopiás úton leszívott tüszőké.

2. táblázat: A leszívott tüszők megoszlása azok köbtartalma szerint

	<1 ml	1–4 ml	>4 ml
Ultrahangos folliculus punctio	75	202	256
N = 533 (100%)	(14%)	(38%)	(48%)
Laparoscopos folliculus punctio	125	152	61
N = 338 (100%)	(37%)	(45%)	(18%)

Megbeszélés

Az IVF és ET, valamint a GIFT programokban petenyerés céljára napjainkban az ultrahang ellenőrzéses, ill. a laparoscopos úton elvégzett folliculus punctiót is kiterjedten használják világszerte. Kellő számú petesejt nyerésére mindkét módszer alkalmasnak bizonyul (2, 4, 5). Saját anyagunkban nem találtunk statisztikai különbséget a betegenként nyert petesejtek számában. Ugyanakkor az átlagos petesejt szám az ultrahang ellenőrzés mellett elvégzett folliculus aspirációknál valamivel nagyobb volt, így valószínűsíthető, hogy még nagyobb esetszám mellett a különbség itt is szignifikánssá vált volna. E véleményünket az is erősíteni látszik, hogy feldolgozásunkban az adatok válogatás nélkül szerepelnek; így azon 3 betegünk adatait is tartalmazák, akiknél 11,8, ill. 7 tüszőből petesejtet nyerni nem sikerült, az ún. „empty follicle syndrome” volt valószínűsíthető. Ez viszont adataink szórását jelentősen megnövelte.

Mint eredményeinkből látható, mind a tüszők mennyiségében, mind azok térfogatában jelentős különbségek láthatók. Ultrahang ellenőrzés mellett sokkal több és nagyobb térfogatú tüsző szívható be. Ennek magyarázata, hogy míg laparoscopiás módszerrel csak a felszínen lévő tüszők láthatók, a mélyebben fekvő tüszők punctiója legfeljebb vakon történhet, ezzel szemben ultrahang ellenőrzés mellett végzett folliculus punctiónál szemkontroll mellett a petefészkekben lévő valamennyi tüsző teljes mértékben leszívható.

Megfigyeléseink is bizonyítják, hogy mindkét módszer eredményesen használható IVF, ill. GIFT programban petenyerés céljára. Az ultrahang ellenőrzés segítségével végzett folliculus punctiót azonban az alábbi előnyök miatt ajánljuk:

1. Általános anesztézia nem feltétlenül szükséges, a módszer érzéstelenítés nélkül, maszkos bódításban is elvégezhető.
2. Olyan esetekben, ahol kiterjedt kismencedencei összenövések miatt laparoscopiás módszerrel a petefészkek nem hozhatók látótérbe, ultrahang ellenőrzéssel a folliculusok punctiója mindig elvégezhető.
3. A tüszők punctiója szemkontroll mellett történik, így azok teljes mértékben leszívhatók, s a folliculusok öblítése is felesleges.
4. A beavatkozás kevesebb időt igényel, mint a laparoscopiás módszer.
5. Ambuláns betegellátásban is alkalmazható.

IRODALOM: 1. De Crespigny, L. és mtsai: Ultrasound in an in vitro fertilization program. Fertil. Steril., 1981, 35, 25–29. — 2. Dellenbach, P. és mtsai: Transvaginal sonographically controlled ovarian follicle puncture for egg retrieval. Lancet, 1984, 1, 1467–1469. — 3. Hackelöer, B. J., Robinson, H. P.: Ultraschall-darstellung des wachsenden Follikels und Corpus luteum im normalen physiologischen Zyklus. Geburtsh. Frauenheilk., 1978, 163–168. — 4. Jones, H. W. Jr., Acosta, A. A., Garcia, J.: A technique for the aspiration of oocytes from human ovarian follicles. Fertil. Steril., 1982, 37, 26–29. — 5. Lopata, A. és mtsai: Collection of human oocytes at laparoscopy and laparotomy. Fertil. Steril., 1974, 25, 1030–1038. — 6. Török A. és mtsai: Gyors radioimmunoassay az ösztadiol kimutatására szuperovulációs terápiáknál. Kísérletes Orvostud., 1987, 39, 10–14.

(Török Attila dr., Pécs, Édesanyák u. 17. 7624)

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, műtéti 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 nagyterjedésű égés, roncsolt sebek kezelésekor. Primycin-allergiát, ekzemat, gyulladást nem észleltek.

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

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.

HALOTTAINK

Név	Születési idő	Munkahely	Elhalálozás ideje
Dr. Bischof Henrik	1932	Értény, körzeti orvos	1990. V. 13.
Dr. Bodnár János	1930	PMT. Semmelweis KH. Ri. szül. főo.	1990. V. 17.
Dr. Czikó László	1927	Dunakeszi, VT. Egy. Eü. Int. seb. főo.	1990. V. 8.
Dr. Cserkúti Gábor	1928	Salgótarján, körzeti orvos, Nyd.	1990. III. 22.
Dr. Csépanyi Istók Vilmos	1933	Ózd, körzeti orvos	1990. III. 6.
Dr. Csillag Antal	1925	Főv. János Kh. Seb. o. főo. Nyd.	1990. IV. 28.
Dr. Dömötör Dániel	1940	Kéty, körzeti orvos	1990. V. 5.
Dr. Füle László	1955	Cegléd, V. Kh. Trauma oszt. szakorvos	1990. VIII. 2.
Dr. Gaál Mihály György	1937	Szentendre, Ri. seb. szakfőo.	1990. VI. 4.
Dr. Herbély Éva	1942	Kengyel körzeti orvos	1990. IV. 24.
Dr. Horváth Róbert	1922	Tatabánya, Vízgyógy. Int. ig. főo. Nyd.	1990. VIII. 10.
Dr. Jármay Pál	1925	Salgótarján, M. Kh. urol. o. oszt. vez. főo.	1990. III. 8.
Dr. Jobba György Gábor László	1938	Zákánszék, körzeti orvos	1990. VIII. 30.
Dr. Kassay László	1936	Miskolc, M. Kh. labor. oszt. vez. főo.	1990. I. 23.
Dr. Kasza Gyula	1932	Siófok, V. Kh. Kórbóntan. o. oszt. vez. főo.	1990. II. 13.
Dr. Kertai Mihály	1912	Szeged, Ifj. Eü. Int. fog. főo.	1990. VIII. 6.
Dr. Kiss Gyula	1930	Tata, körzeti orvos Nyd.	1990. VIII. 16.
Dr. Kóthy Miklós	1941	Csanytelek, fogszakorvos	1990. VI. 28.
Dr. Kovács Tamás Károly	1952	Esztergom, V. Kh. szül. szakorvos	1990. IX. 22.
Dr. Legény Sándor	1912	Nyíregyháza, felülvizsg. főo.	1990. IX. 10.
Dr. Lehotczy Pál	1941	Dombrád, körzeti orvos	1990. VII. 21.
Dr. Ling Lajos	1917	Főv. Margit Kh. Ri. körz. o. Nyd.	1990. VII. 12.
Dr. Major László	1942	Főv. Újpesti Kh. körzeti orvos	1990. VII. 30.
Dr. Mátray Mária	1938	Jászberény, körzeti orvos	1990. V. 30.
Dr. Mészáros Erzsébet Mária	1937	SZOTE, Vértranszf. Áll. főo.	1990. VII. 25.
Dr. Mészáros Tibor	1911	Győr, M. Kh. fül-orr-gége szakfőo. Nyd.	1990. X. 3.
Dr. Mihók János	1905	Mátramindszent, körzeti orvos Nyd.	1990. III. 17.
Dr. Motika Jolán	1904	Tatabánya, Csecsemő-gyermgy. Nyd.	1990. II. 10.
Dr. Németh István László	1949	Érd, V. Ri. seb. szakorvos	1990. VIII. 1.
Dr. Pintér Bernadette	1940	Győr, M. Kh. Bel. adjunktus	1990. VI. 1.
Dr. Polner István	1920	Nagykanizsa, körzeti orvos Nyd.	1990. VIII. 20.
Dr. Rácz Attila	1940	Sopron, Kh. igazgató-főo.	1990. X. 30.
Dr. Róth Kálmán	1905	Székesfehérvár, Kh. Ri. seb. főo. Nyd.	1990. VIII. 7.
Dr. Rudas Lenke	1927	Szeged, OTE II. Fogklinika adjunktus Nyd.	1990. IV. 30.
Dr. Ruzsa Gábor	1922	Szombathely, MÁV Ri. fül-orr-gége főo.	1990. I. 21.
Dr. Scháb Rezső	1928	Szombathely, M. Kh. Ideg-Elme oszt. vez. főo.	1990. VI. 16.
Dr. Solti Veronika	1923	Orsz. Haematol. főo.	1990. II. 20.
Dr. Szabados László	1948	Főv. Apáthy Gyermekek Kh. alorvos	1990. IX. 5.
Dr. Szász János	1920	Győr, M. Kh. Psichiatriai o. ov. főo.	1990. V. 10.
Dr. Szombathelyi Győző	1926	Z.-egerszeg, Psichiatriai M. Ri. főo. Nyd.	1990. IX. 5.
Dr. Szőke László	1927	Hatvan, V. Kh. Gyerme. o. ov. főo.	1990. IX. 27.
Dr. Takács Imre	1914	Szeged, Kh. Rtg. o. oszt. vez. főo. Nyd.	1990. III. 11.
Dr. Tihanyi Jenő	1903	Mosonmagyaróvár, V. Kh. Ri. Bőrg. I. Nyd.	1990. X. 17.
Dr. Tóth Károly	1960	Kaposvár, M. Kh. Ri. szül.-nőgyógy. szako.	1990. I. 3.
Dr. Varga György	1923	PMT Semmelweis Kh. Ri. urol. főo.	1990. VII. 30.
Dr. Varga Gyula	1937	Simonfa, körzeti orvos	1990. VII. 18.
Dr. Varga Ildikó	1954	Főv. Apáthy Kh. fogszakorvos	1990. VIII. 23.
Dr. Vereckey Imre Csaba	1931	Forráskút, körzeti orvos	1990. X. 18.
Dr. Woth Péter	1946	Ajka, V. Kh. Seb. adjunktus	1990. IV. 19.
Dr. Zengő Elemér	1908	Veszprém, járási főo. Nyd.	1990. V. 3.
Dr. Zsák Mária	1927	Győr, Körzeti gyermekorvos	1990. IV. 12.
Dr. Zsitvay László	1924	Cegléd, V. Kh. Ri. TBC Gi. szakfőo.	1990. VIII. 13.

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra.

APRANAX®

275 mg filmtabletta

mV 200

Nem glucocorticoidok

ATC kód: M 01 AE 02

HATÓANYAG: 275 mg naproxenum natrium filmtablettaként.

Hatás: A naproxen-nátrium vízben jól oldódó, a gastrointestinalis traktusból gyorsan és teljesen felszívódó, nem szteroid típusú gyulladáscsökkentő, prosztaglandin szintézis gátló, analgetikus és lázcsillapító hatású. Gyorsan felszívódik, így fájdalomcsillapító hatása a beadástól számított 20-25 percen belül jelentkezik. Felezési ideje hozzávetőlegesen 13 óra. Kiürülése a vizelettel történik.

A szérum fehérjékhez erősen kötődik (99%).

JAVALLATOK: Akut és krónikus fájdalomcsillapítás az alábbi esetekben:

- Gyulladásos, degeneratív ízületi megbetegedések: reumatoid arthritis, osteoarthritis, spondylarthritis ankylopoetica.
- Akut köszvény.
- Lágyrész gyulladásos megbetegedések: bursitis, tendinitis.
- Posttraumás fájdalmak: rándulások, zúzódások.
- Postoperatív fájdalmak.
- Dysmenorrhoea, IUD felhelyezését követő uterinális görcsök.

ELLENJAVALLATOK: Túlerzékenységi naproxen vagy naproxen-nátrium tartalmú készítményekre.

- Acetilsalicilsav és más nem szteroid gyulladáscsökkentővel szembeni allergia.
- Gyomor- nyombélfekély.
- Terhesség — szoptatás.
- Súlyos vese- és májkárosodás.

ADAGOLÁS:

- Gyenge, közepes súlyos fájdalmak esetén szokásos adagja felnőtteknek: 550 mg (2 tabl.) kezdő dózis, amit 6-8 órás időközönként 275 mg (1 tabl.) adaggal lehet folytatni legfeljebb 1375 mg napi adagig (5 tabl.) az első nap, továbbiakban maximum 4 tabl./nap.
 - Gyulladásos és degeneratív ízületi megbetegedések kezelésére akut esetben *kezdő adag* 1100 mg naponta 2 részre osztva, *fenntartó* szokásos dózisa 550–1100 mg naponta, 12 órás időközönként 2 részre osztva. A napi adag elosztását a panaszok jelentkezésének függvényében kell meghatározni. Pl.: éjszakai fájdalom esetén javasolt adagolás reggel 1 tbl., este 2 tbl.
 - Akut köszvény kezelésére 825 mg (3 tabl.) kezdő adagot követően minden 8 órában 275 mg (1 tabl.) adható a roham megszűnéséig.
 - Dysmenorrhoea, IUD felhelyezését követő fájdalmak esetén kezdő adag 550 mg (2 tabl.) folytatva a 6-8 óránként 275 mg (1 tabl.) adaggal 3-4 napon keresztül.
 - Dysmenorrhoea megelőzésére a mensés előtt két nappal kell a kúrát elkezdeni 550-825 mg napi adaggal (napi 2-3 x 1 tabl. 8 óránként) és folytatni 5 napon keresztül.
- A tablettát szétrágás nélkül, kevés folyadékkal kell bevenni.

MELLEKHATÁSOK: *gastrointestinalis tünetek:* émelygés, hányinger, gyomorfájás, gyomortáji fájdalom, dyspepsia, székrekedés, hasmenés előfordulhat.

központi idegrendszeri: fejfájás, álmoság, szédülés

egyéb: allergiás bőrreakciók, bőrkütes, bőrvizketes, stomatitis, verejtékezés, fülzúgás, hallás- látászavar, ödéma, dyspnoe, palpáció is.

Egyes esetekben Na^+ retenció előfordulhat, ezt a szívelégtelenségben szenvedő betegeknek figyelembe kell venni. Igen ritkán megfigyeltek haematemesist, a peptikus ulcus perforációját, colitist, a májfunkció romlását, haematuriat, nephritist, leukopeniát, thrombocitopeniát és anafilaxiás reakciót is.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK: *Együttadása kerülendő:*

- magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a naproxen felszívódását).

Óvatosan adható:

- orális anticoagulánsokkal (az anticoaguláns hatás fokozódik),
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglycaemia veszélye),
- fenitoinnal (toxicitás fokozódik),
- lítiummal (emelkedik a lítium koncentráció),
- beta-receptor blokkolókkal (anti-hipertenzív hatás csökken),
- methotrexáttal (a methotrexát hatása fokozódik).

FIGYELMEZTETÉS: Az Apranax és Naprosyn kezelés egyidejűleg nem vezethető!

Ha a beteg anamnézisében előzetesen gyomor- bélrendszeri betegség és/vagy peptikus fekély szerepel, csak fokozott elővigyázatossággal adható. Gyomor- és nyombélfekély esetén nem alkalmazható a készítmény.

- 10³ g/l vagy az alatti haemoglobinn koncentráció esetén tartós kezelés alatt időnként ellenőrizni kell a haemoglobin szintet.
- Csökkent vesefunkciójú betegeknek a kreatin clearance meghatározása, majd a terápia alatti nyomonkövetése és ennek megfelelően a dózis csökkentése szükséges.
- Az Apranax 1 tablettájával 25 mg nátrium bevétele történik, amit a terápia során figyelembe kell venni azoknál a betegeknek, akiknek korlátozott lehet a nátrium felvétele.
- Krónikus májbetegség, cirrhosis esetén a dózis csökkentése szükséges.
- A vérlemezke aggregációt gátolja, ezt a vérzési idő meghatározásánál figyelembe kell venni. Az orális anticoagulánsokkal együtt adva a protrombin időt eleinte gyakrabban kell ellenőrizni és tartós Apranax kezelés esetén ajánlatos a haemostasis ellenőrzése időnként.
- Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva a vércukorszint eleinte gyakrabban ellenőrzendő, az antidiabetikum adagját esetleg újra be kell állítani.

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

A kezelés ideje alatt szeszital fogyasztása tilos!

Gyógyszertáladagolás esetén a béltraktusból való eltávolítás, gyomormosás és aktív szén alkalmazása javasolható. A haemodialízis a naproxen anion erős protein kötése miatt nem eredményezi a plazma koncentráció megfelelő csökkenését.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki!

CSOMAGOLÁS: 30 db filmtabletta

Forgalomba hozza:



Alkaloida Vegyészeti Gyár Tiszavasvári



Syntex Corp USA licencia alapján.

Oláh Éva dr.¹,
Balogh Erzsébet dr.¹,
Boján Ferenc dr.²,
Pásti Gabriella dr.²,
Losonczi Luca dr.¹,
Juhász Ferenc dr.³,
Stenszky Valéria dr.⁴
és Farid Nadir R. dr.⁵

Kromoszóma vizsgálat pajzsmirigy papillaris carcinomában és follicularis adenomában

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika¹,
Közegészségtani és Járványtani Intézet²,
I. sz. Sebészeti Klinika³,
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Vérellátó Osztály⁴, Debrecen
és St. John's Hospital, Newfoundland, Kanada⁵.

A szerzők négy pajzsmirigy daganat — három papillaris carcinoma és egy follicularis adenoma — cytogenetikai vizsgálatának eredményeit ismertetik. A kromoszóma vizsgálatot a daganatszövet direkt feldolgozásával és/vagy 7–60 napig tartó in vitro tenyésztés után végezték. Follicularis adenomában karyotypus eltérést nem észleltek, a három papillaris carcinoma közül kettőben azonban hypodiploiditáshoz vezető kromoszómavesztéseket és marker kromoszómák megjelenését igazolták. A kromoszómavesztésben a 10-es kromoszóma, valamint az X és Y vettek részt. Mindkét betegben kimutatható volt a 11q deletiója q21 és q23 töréspontokkal. Emellett az 1. sz. betegben további marker kromoszómák, közöttük az 1-es kromoszóma átrendeződése és double minute-ok is megjelentek. A szerzők hangsúlyozzák, hogy az észlelt 10-es és 11-es kromoszóma eltérés specifikus szerepét a papillaris carcinoma patogenezisében további cytogenetikai és molekuláris biológiai vizsgálatokkal kell bizonyítani.

Cytogenetic analysis of three papillary carcinoma and a follicular adenoma of the thyroid. Cytogenetic data of three papillary carcinomas and a follicular adenoma using direct preparations or cell cultures after 7 to 60 days in vitro are presented. Although the karyotype of the follicular adenoma proved to be completely normal, in two of the three papillary carcinomas hypodiploidy and non-random marker chromosomes were observed. In the loss of chromosomes the chromosome 10, X and Y, respectively, were involved. In both cases a deleted 11q with break-points q21 and q23 was found. In case 1 the del (11) was associated with other marker chromosomes including the rearrangement of chromosome 1 and with double minutes. The authors' results suggest the specific role of chromosomes 10 and 11. They emphasize that the specificity of these aberrations and their role in the pathogenesis of the papillary carcinoma of the thyroid should be clarified by further cytogenetic and molecular genetic methods.

A pajzsmirigy epitheliális sejtjeiből kétféle differenciált daganat keletkezik: follicularis és papillaris carcinoma. E két tumor etiológiája, epidemiológiai és patológiai jellemzői, valamint klinikai viselkedése eltérő. A szoliter, tokkal bíró follicularis carcinoma haematogén úton, a típusosan több gócu, tok nélküli papillaris carcinoma a nyirokutakon át terjed (34). Etiológiailag a papillaris carcinoma úgy tekinthető, mint a diagnosztikus, terápiás vagy akcidentális irradiációt követő pajzsmirigy rák domináló szövettani típusa (18), míg a follicularis carcinoma keletkezése főleg jódhányal függ össze (20). A papillaris carcinomára a családi halmozódás (2, 25, 31) és bizonyos HLA haplotípusokkal való társulás (8, 9) jellemző. Különbözik e két tumor az aktivált ras onkogén kimutathatóságá-

ban is (16). Fusco és mtsai (10) DNS transfectió kísérletekkel papillaris carcinomában egy új, ptc-nek nevezett onkogén expresszióját igazolták. Ugyanez a munkacsoport (7) e ptc onkogént in situ hibridizáció segítségével a 10q11–q12 régióba lokalizálta, ugyanazon locusba, amelynek szerepét DNS markerekkel multiplex endokrin neoplasia 2A és 3-as típusában korábban igazolták (13, 19, 30).

Klinikai és elméleti szempontból egyaránt fontos további megfigyelés, hogy a rossz prognózisú anaplastikus rákot gyakran differenciált daganat, leginkább papillaris carcinoma előzi meg (18, 35).

Felmerül a kérdés, hogy az eltérő biológiai viselkedésű és eltérő malignitású daganatok különböznek-e cytogenetikailag? A kérdés tanulmányozására műtételt eltávolított pajzsmirigy daganatok cytogenetikai vizsgálatát végeztük a tumorszövet direkt feldolgozásával és a daganatszövetből nyert sejtszuszpenzió változó időtartamú in vitro tenyésztését követően. Vizsgáltuk, hogy

Kulcsszavak: papillaris carcinoma, kromoszóma aberráció

— kimutatható-e olyan kromoszómaeltérés, ami általában jellemző a pajzsmirigy daganatokra?

— különböznek-e cytogenetikailag a szövettanilag eltérő daganattípusok?

— van-e összefüggés a kromoszómaeltérések és a betegség progressziója között?

Betegek, módszer

Hat beteg műtéttel eltávolított pajzsmirigy daganatának cytogenetikai vizsgálata során négy esetben, három papillaris carcinomában és egy follicularis adenomában kaptunk értékelhető metafázisokat.

A betegek főbb klinikai adatait az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat: A betegek klinikai jellemzői

Betegek	kor (év)	klinikai előzmény, műtét	szöv. dg.	postop. kezelés	műtét óta eltelt idő (hó)
1.	13/f	féloldali lobectomia, 1 hó múlva recidíva és nyirokcsomó-metastasis miatt reoperáció: subtot. thyroidectomia	papillaris cc.	¹³¹ I substitutio	20
2.	71/n	tartós Thyroxin szuppresszió ellenére fennálló strúma miatt műtét	papillaris cc.	—	16
3.	32/n	öt évig tartó Meto-thyryn kezelés hyperthyreosis miatt, majd 6 héttel korábban észlelt tu. miatt féloldali lobectomia	papillaris cc.	—	17
4.	37/n	9 évvel korábban nyaki rtg., jobb oldali carotis angiographia, műtét: lobectomia l. d.	atípusos follicularis adenoma	—	18

Esetismertetések

1. eset: 13 éves fiú, akinél pajzsmirigy daganat miatt féloldali lobectomia történt. A szövettani vizsgálat papillaris carcinomát igazolt. Egy hónap múlva lokális recidíva és regionális nyirokcsomó metastasisok miatt reoperációra került sor. Ennek során subtotalis thyroidectomiát végeztek. A cytogenetikai vizsgálatra az ekkor eltávolított tumorszövetből került sor. A postoperatív periódusban ¹³¹I izotóp kezelést és hormon substitútiót kapott. Jelenleg, 20 hónappal a második műtét után, jól van.

A gyermeknek egyik nagybátyja „rákban” halt meg, de a családban pajzsmirigy daganat nem fordult elő.

2. eset: A 71 éves asszony tartós Thyroxin terápia ellenére fennálló struma miatt került műtetre. Az eltávolított tumorszövet histológiailag papillaris carcinomának bizonyult. A műtét óta 16 hónap telt el. A beteg és családja megelőző anamnesise negatív.

3. eset: 32 éves nőbeteg, aki hyperthyreosis miatt 1983 és 1988 között Meto-thyryn kezelésben részesült. Hat héttel a műtét előtt diagnosztizálták pajzsmirigy daganatát, ami féloldali lobectomiát tett szükségessé. A szövettani diagnózis: papillaris carcinoma. A beteg postoperatív kezelés nélkül, 17 hónappal a műtét után, jól van.

4. eset: A 37 éves nőbetegnél kilenc évvel korábban neurológiai tünetek miatt nyaki röntgenvizsgálatot és jobb oldali carotis angiographiát végeztek. A tumor felismerését követően négy hónappal jobb oldali lobectomiára került sor. A szövettani vizsgálat atípusos follicularis adenomát igazolt.

Cytogenetikai vizsgálat

Minden esetben a primer tumort vizsgáltuk a következő módszerrel: a sejt-szuszpenziót a tumorszövet mechanikus felaprózása után 4 °C-on 16–20 órán át tartó trypsines emésztéssel (0,25%) nyertük. A tenyésztés 10% foetalis borjúsavot tartalmazó DMEM (GIBCO) tápfolyadékban, Greiner T25 tenyésztőedényben, 5% széndioxidot tartalmazó ASSAB (Sandbyberg) típusú termosztátban történt 7–60 napig. Megfelelő számú sejt

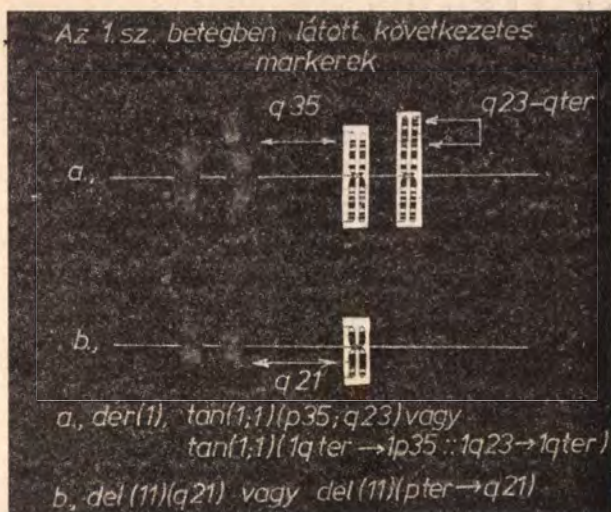
3. táblázat: A vizsgált sejtek megoszlása a kromoszómaszám szerint

vizsgált daganat	<40	40	41	42	43	44	45	46	47	48	>48	hypotetraploid	összesen
1.	1	2	1	1	2	5	4	32	1	1	1	1	52
2.*			3	3	1	8	8	1	6				30
3.*							3	7	1				11
4.*								15					15

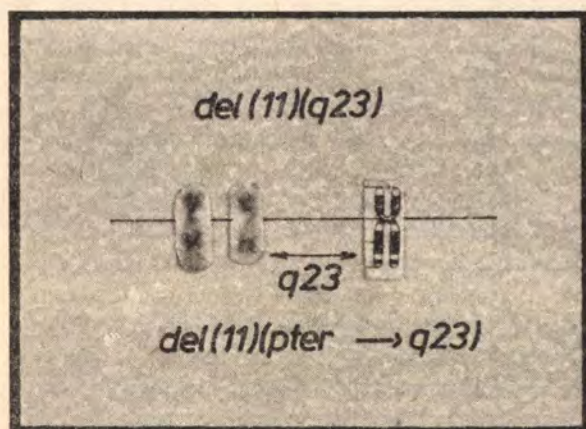
*az ismételt vizsgálatok összevonva

2. táblázat: Pajzsmirigy daganatos betegek cytogenetikai adatai

Betegek	kórszövettani diagnózis	vizsgálat száma	in vitro tenyésztés tartama	számolt (analizált) sejtek száma	kromoszómaszám	visszatérő aberrációk		markerrel bíró sejtek száma	konstitucionális karyotypus
						számbeli	szerkezeti		
1.	papillaris carcinoma	1.	7	52 (31)	46 (40–48)	–10 (22) –X (15) –Y (10)	del (11) (q21) dup (1) (q23-qter) egyéb	25 27	46,XY
2.	papillaris carcinoma	1. 2. 3.	16 30 55	10 (2) 15 (9) 5 (3)	44 (41–47) 45 (41–47) 47 (43–47)	–22 (3)	del (11) (q23)	2 5 2	46,XX
3.	papillaris carcinoma	1. 2.	30 60	4 (1) 7 (3)	46 (45–47)	—	—	—	nem történt
4.	follicularis adenoma	1. 2. 3.	direkt 10 17	7 (3) 8 (3)	46	—	—	—	46,XX



1. ábra: Két következetes szerkezeti átrendeződés az 1. sz. beteg papillaris carcinomájából.
mar 1: der(1), tan(1;1)(p35;q23) vagy tan(1;1)(1qter → 1p35::1q23 → 1qter)
mar 2: del(11)(q21) vagy del(11)(pter → q21)



2. ábra: 11-es kromoszómapár a 2. sz. beteg papillaris carcinomájából. A nyíl a 11q23-ban bekövetkező deletiót jelzi: del(11)(pter → q23)

4. táblázat: Visszatérő marker típusok az 1. sz. esetben

marker sor-száma	marker típusa	keletkezés feltételezett módja	markerrel rendelkező sejtek száma
1.	1p+	dup(1)(q23;qter)	27
2.	11q—	del(11)(q21)	25
3.	13q—	del(13)(q12;q22)	9
4.	14q—	del(14)(q21;q24)	3
5.	16q—	del(16)(q22)	12
6.	17p+	i(17q)	5
7.	?20q+	t(?;20)(?:q23)	5
8.	?Xq—	del(X)(q23)	4
9.	?5q—	del(5)(q13)	14
10.	?5p—	del(5)(p13)	6
11.	ace		2
12.	kis metacentrikus kromoszóma	nem azonosított	12
13.	DM-ok		5

esetén a tenyésztet 24–36 órára Colchicint (0,1 µg/ml végec) adtunk, majd a feldolgozást a hagyományos módszerrel végeztük. Két sávozási eljárást alkalmaztunk: G-sávozást Seabright és mtsai (29), és Q-sávozást Caspersson és mtsai (5) módszere szerint. A karyotipizálás a papírképek kivágásával történt. A karyotipus jelölésében az International System for Human Cytogenetic Nomenclature (ISCN) (12) előírásait követtük.

Eredmények

A cytogenetikai vizsgálat eredményeit a 2. táblázaton foglaljuk össze.

Follicularis adenomában karyotipus eltérést nem észleltünk. A három sikeresen vizsgált papillaris carcinoma közül kettőben clonális számbeli és szerkezeti eltéréseket igazoltunk.

A modális kromoszómaszám mindhárom papillaris carcinomában a diploid tartományba esett, de hypodiploiditást eredményező kromoszómavesztéseket és — néhány sejten — számfeletti kromoszómákat is megfigyeltünk (3. táblázat). Míg a tri-, és tetrasomiák nem bizonyultak következetesnek, az 1. és 2. sz. betegben nonrandom kromoszómavesztéseket igazoltunk: az 1. sz. beteg 31 analizált sejtje közül 22-ben 10-es monosomiát, vagy mindkét homológ elvesztését, 15-ben az X, 10-ben az Y hiányát észleltük. A hypodiploid sejtek mellett néhány hyperdiploid és hypotetraploid sejt is megjelent. A 2. sz. betegben a 22-es monosomiát találtuk clonális jellegűnek.

Ugyanezen két betegben hasonló szerkezeti eltérés, a 11q deletiója volt kimutatható, q21, ill. q23 töréspontokkal (2. táblázat, 1., 2. ábra). Az 1. sz. betegben a 11q deletióhoz további — deletiókból és pontosan nem indentifikálható translocációkból származó — marker kromoszómák társultak (4. táblázat). Közöttük az 1-es kromoszóma q23-qter régiójának duplikálódását azonosítottuk (1. 1. ábra). A marker kromoszómák mellett a sejtek egy részében génamplifikációra utaló double minute-ok is megjelentek.

A betegek konstitucionális karyotipusa — PHA-val stimulált peripheriás lymphocyták kultúrában vizsgálva — normálisnak bizonyult.

Megbeszélés

A pajzsmirigy daganatok cytogenetikai jellemzőiről keveset tudunk. A rendelkezésünkre álló adatok többsége medullaris és anaplastikus rákra vonatkozik, s döntően sejtvonalak tanulmányozásából származik (18, 33, 36). Mindkét említett tumorféleségben számbeli és szerkezeti kromoszómaeltéréseket mutattak ki. Igen kevés cytogenetikai vizsgálat történt a pajzsmirigy differenciált epithelialis daganataiban, follicularis adenomában, valamint follicularis és papillaris carcinomában. Follicularis adenomát sávtechnikával csupán két munkacsoport vizsgált: Bondeson és mtsai (4) kilenc follicularis adenoma közül kettőben, Barnitzke és mtsai (3) nyolc adenomából egyben igazoltak karyotipus eltérést. Az előbbi munkacsoport az egyik kóros karyotipusú esetben komplex szerkezeti eltérések mellett t(2;15) translocatiót, másokban 4-es tri-, és

7-es tetrasomiát talált. *Barnitzke és mtsai* (3) t(10;19) translocatiót közöltek. Differenciált papillaris carcinomában ugyancsak *Bondeson és mtsai* (4) végeztek vizsgálatot. Öt papillaris carcinoma közül egyben t(2;15) translocatiót azonosítottak. Egy újabb, t(7;10) (q35;q21) translocatióval járó esetről *Antonini és mtsai* (1) számoltak be.

Bondeson és mtsai (4) vizsgálatai azt igazolják, hogy follicularis adenomában és papillaris carcinomában normális és kóros karyotipusú esetek egyaránt megfigyelhetők. Az általunk vizsgált follicularis adenoma és az egyik papillaris carcinoma normális karyotipusa, ugyanakkor a két másik papillaris carcinomában igazolt cytogenetikai eltérések a fenti irodalmi adatokkal együtt arra figyelmeztetnek, hogy egy daganat jó-, vagy rosszindulatú volta nem dönthető el cytogenetikai módszerekkel: esetenként ugyanis a benignus tumorokban is kimutathatók kromoszómaeltérések, másrészt az aberrációk hiánya nem zárja ki a malignitást. Valószínű, hogy a szövettanilag jóindulatú tumorokban megjelenő kromoszómaeltérések már a malignus elfajulást, a folyamat progresszióját jelzik.

A három papillaris carcinoma közül kettőben következetes kromoszóma rendellenességeket mutattunk ki. Ez az észlelésünk arra utal, hogy a medullaris és az anaplastikus carcinomához hasonlóan, papillaris carcinomában is jellemző cytogenetikai változások jelennek meg.

Diploid modális kromoszómaszám mellett *hypodiploiditásra való hajlamot* figyeltünk meg. Primer medullaris carcinomában több szerző tett hasonló megfigyelést (17, 33). Anaplastikus rákban a hypodiploiditás mellett polyploiditást közöltek (18). Noha több adatra van szükség, lehetséges, hogy a hypodiploiditás a differenciált pajzsmirigy daganatok közös jellemzője. E feltételezés alapján az 1. sz. betegben kimutatott hyperdiploid és hypotetraploid sejtek már az anaplastikus átalakulás veszélyét jelezhetik. A beteg klinikai tünetei, a lokális recidíva és a nyirokcsomó-metastasisok kialakulása összhangban van e feltételezéssel.

Pathogenetikai szempontból az 1. sz. betegben igazolt 10-es kromoszóma vesztést és a mindkét kóros karyotipusú esetben észlelt 11q deletiót tartjuk legfontosabbnak.

A 10-es kromoszóma pericentrikus régiójának, ill. a hosszú kar proximális részének szerepét multiplex endocrin neoplasia 2A és 3-as típusaival társuló dominánsan öröklődő medullaris carcinomában DNS markerek segítségével több szerző igazolta (13, 19, 30). *Nelkin és mtsai* (23) előzetes adatai szerint a más endocrin zavarral nem járó medullaris carcinoma familiáris és sporadikus esetei nem járnak a 10-es kromoszóma eltéréssel.

A 10-es kromoszóma eltéréseit más szövettani típusú pajzsmirigy daganatokban is megfigyelték. *Mark és mtsai* (18) anaplastikus carcinomában számoltak be 10q deletióról, *Barnitzke és mtsai* (3) follicularis adenomában t(10;19), *Antonini és mtsai* (1) papillaris carcinomában t(7;10) (q35;q21) translocatiót közöltek. Magunk a 10-es kromoszóma egyik, vagy mindkét homológjának elvesztését észleltük. A 10-es kromoszóma papillaris carcinomában játszott szerepe mellett szól, hogy az e daganatban igazolt ptc onkogént (10) a 10q11–q12 régióba lokalizálták (7). Kérdés, hogy papillaris carcinomában ugyanaz a pathome-

chanizmus szerepel-e, mint medullaris carcinomában? Ennek eldöntéséhez molekuláris vizsgálatok szükségesek.

A 10-es kromoszóma aberrációjának follicularis adenomában, medullaris és papillaris carcinomában való előfordulása arra utal, hogy az e kromoszómán lokalizálódó gének a pajzsmirigy különböző sejtípusainak malignus transformatiójában és valószínűleg a pajzsmirigy normális fejlődésében is szerepet játszanak (23).

A három sikeresen vizsgált papillaris carcinoma közül kettőben 11q deletiót igazoltunk. A 11-es kromoszóma elvesztését, rövid és hosszú karjának átrendeződését *Tanaka és mtsai* (33) észlelték medullaris carcinomában. A rövid kar aberrációja azért figyelemre méltó, mert ide lokalizálódik a calcitonin génje és a h-ras onkogén. Utóbbi fokozott expresszióját papillaris és follicularis carcinomában *Stringer és mtsai* (32) igazolták.

Eseteinkben a hosszú kar q21 és q23 töréspontja volt érintve. A 11q23 translocatiót és deletiót akut monocytaleukaemiára (ANLL/M₃) tartják jellemzőnek (21, 28), de differenciálatlan myelomonocytás és kettős fenotípusú hybrid akut leukaemiában és lymphoproliferatív kórképekben is megfigyelhető (15, 21, 26). Kérdés, hogy ezekben az aberrációkban a 11q23 a myelomonocytá differenciálódásért, vagy a c-ets-1 protoonkogén aktiválódása révén a proliferációért felelős? Az a megfigyelés, hogy a 11q23 aberrációi myeloproliferatív és lymphoproliferatív betegségekben, valamint szolid tumorokban egyaránt előfordulnak, a töréspont proliferáció-specifikus szerepe mellett szól (11). Lehetséges, hogy a cytogenetikailag azonosnak látszó aberrációk molekuláris szinten különböznek (14).

Az 1. sz. esetben kimutatott további marker kromoszómák, közöttük az 1q részleges duplicatiója és a DM-ok a betegség előrehaladott stádiumára utalnak. Az 1-es kromoszóma specifikus eltérései gyakran megfigyelhetők különböző vérképzőszervi rosszindulatú betegségekben, akut és krónikus leukaemiában, malignus lymphomában és szolid tumorokban (24). A szerkezeti átrendeződések leggyakrabban a hosszú kar szerepel. *Rowley* (27) szerint a hosszú kar részleges megduplázódásában leginkább az 1q25–q32 régió vesz részt. Klinikai megfigyelések azt igazolják, hogy az 1-es kromoszóma eltérései a daganatos betegség progressziója idején jelennek meg (6, 24).

Magunk az 1q23-ter duplikálódását észleltük. A betegség előrehaladott stádiuma összhangban volt a cytogenetikai képpel.

A DM-ok létrejötté szintén a progresszióval függ össze.

Ugyanazon beteg különböző ideig tenyésztett in vitro kultúrájában a marker kromoszómák ugyanazok maradnak, azaz az átrendeződött kromoszómák nagy valószínűséggel a primer tumorban megjelenő, neoplastikus transformatióval összefüggő aberrációkat képviselik.

Összefoglalóan, a pajzsmirigy differenciált daganataira a diploid modális kromoszómaszám és a hypodiploiditásra való hajlam jellemző. Hyperdiploid, polyploid sejtek megjelenése az anaplastikus elfajulásra figyelmeztet. A papillaris carcinoma pathogenezisében a 10-es kromoszóma és a 11q játszhat szerepet. A változatos markerek, főleg az 1q trisomia és a DM-ok megjelenése kedvezőtlen prognózist jelez.

Vizsgálataink igazolják, hogy a pajzsmirigy dagana-
tok cytogenetikai vizsgálata diagnosztikus és prognosztikai
értékű kromoszómaeltérések kimutatását teszi lehetővé.
Az észlelt számbeli és szerkezeti eltérések specifikus sze-
repét molekuláris vizsgálatokkal kell bizonyítani. Várható
hogy az egyes tumorokra jellemző átrendeződések és az
érintett gének további megismerése a jövőben új terápiás
és megelőzési stratégiát tesz lehetővé.

IRODALOM: 1. Antonini, P., Venuat, A. M., Linares, G. és
mtsai: A translocation (7;10) (q35;q21) in a differentiated papillary
carcinoma of the thyroid. *Cancer Genet. Cytogenet.*, 1989, 41,
139–144. — 2. Austoni, M.: Thyroid papillary carcinoma in
identical twins. *Lancet*, 1988, 1, 1115. — 3. Barnitzke, S., Herr-
mann, M. E., Lobeck, H. és mtsai: Cytogenetic findings on eight
follicular thyroid adenomas including one with a t(10;19). *Cancer
Genet. Cytogenet.*, 1989, 39, 65–68. — 4. Bondeson, L.,
Bengtsson, A., Bondeson, A. és mtsai: Chromosome studies in
thyroid neoplasia. *Cancer*, 1989, 64, 680–685. — 5. Caspers-
son, T., Zech, L., Johansson, C.: Differential binding of alkylat-
ing fluorochromes in human chromosomes. *Exp. Cell. Res.*,
1970, 60, 315–319. — 6. Cooper, G. M.: Activation of transform-
ing genes in neoplasms. *Br. J. Cancer*, 1984, 50, 137–142. — 7.
Donghi, R., Sozzi, G., Pierotti, M. A. és mtsai: The oncogene
associated with human papillary thyroid carcinoma (PTC) is as-
signed to chromosome 10q11–q12 in the same region as multiple
endocrine neoplasia type 2A (MEN2A). *Oncogene*, 1989, 4,
521–523. — 8. Dzwonkowski, P. O., O'Leary, J., Farid, N. R.:
Thyroid papillary carcinoma in HLA identical sibs. *Lancet*,
1988, 1, 971. — 9. Farid, N. R., Balázs, G.: Immunogenetics of
thyroiditis and cancer of the thyroid. In: Immunogenetics of en-
docrine disorders. N. R. Farid (ed) Alan, R. Liss, New York,
1988, pp. 267–307. — 10. Fusco, A., Grieco, M., Santoro, M.
és mtsai: A new oncogene in human thyroid papillary carcinoma
and their lymph node metastases. *Nature*, 1987, 328, 170–172. —
11. Heim, S., Mitelman, F.: Proliferation-specific and
differentiation-associated chromosomal breakpoints in human
neoplasia. A unifying model. *Hereditas*, 1986, 104, 307–312. —
12. *ISCN (1978): An International System for Human Cytogenetic
Nomenclature. Cytogenet. Cell Genet.*, 1978, 21, 309–404. —
13. Jackson, C. E., Norum, R. A., O'Neal, L. W. és mtsai: Link-
age between MEN2B and chromosome 10 markers linked to
MEN2A. *Am. J. Hum. Genet.*, 1988, 43, A147. — 14. Kocova,
M., Kowalczyk, J. R., Sandberg, A. A.: Translocation 4;11 acute
leukemia: three case reports and review of the literature. *Cancer
Genet. Cytogenet.*, 1985, 16, 21–32. — 15. Lampert, F., Har-
bott, J., Ludwig, W. D. és mtsai: Acute leukemia with chromo-
some translocation (4;11): 7 new patients and analysis of 71 cases.
Blut, 1987, 54, 325–335. — 16. Lemoine, N. R., Mayall, E. S.,
Wyllie, F. S. és mtsai: Activated ras oncogenes in human thyroid
cancers. *Cancer Res.*, 1988, 48, 4459–4463. — 17. Leon, S. S.,

Horoszewitz, J. S., Shimaoka, K. és mtsai: A new cell line for
study of human medullary thyroid carcinoma. In: Andreoli, M.,
Monaco, F., Robbins, J. eds.: *Adv. Thyroid Neoplasia*. Roma:
Field Educational Italia 1981, pp. 95–108. — 18. Mark, J.,
Ekedahl, C., Dahlenfors, R. és mtsai: Cytogenetical observa-
tions in five human anaplastic thyroid carcinomas. *Hereditas*,
1987, 107, 163–174. — 19. Mathew, G. C. P.: A linked genetic
marker for multiple endocrine neoplasia type 2A on chromo-
some 10. *Nature*, 1987, 328, 527–528. — 20. Matovic, J.:
Thyroid carcinoma. In: *The thyroid: A fundamental and Clinical
Test*. Ingbar, S. H., Braveman, L. E. (eds), J. P. Lippincott,
Philadelphia, 1986, pp. 768–801. — 21. Mirro, J., Kitchingman,
G., Williams, D. és mtsai: Clinical and laboratory characteristics
of acute leukemia with the 4;11 translocation. *Blood*, 1986, 67,
687–697. — 22. Morphologic, Immunologic and Cytogenetic
Working Classification of the Acute Myeloid Leukemias. Second
MIC Cooperative Group. (II. MIC). *Br. J. Haematol.*, 1988, 68,
487–494. — 23. Nelkin, B. D. de Bustros, A. C., Mabry, M. és
mtsai: The molecular biology of medullary thyroid carcinoma.
A model for cancer development and progression. *JAMA*, 1989,
261, 3130–3135. — 24. Oláh, É., Balogh, E., Boján, F. és mtsai:
Abnormalities of chromosome 1 in relation to human malignant
diseases. *Cancer Genet. Cytogenet.*, 1989, 43, 179–194. — 25.
Ozaki, O., Ito, K., Kobayashi, K. és mtsai: Familial occurrence
of differentiated nonmedullary thyroid carcinoma. *World J.
Surg.*, 1988, 12, 565–571. — 26. Pui, C.-H., Raimondi, S. C.,
Murphy, S. B. és mtsai: An analysis of leukemic cell chro-
mosomal features in infants. *Blood*, 1987, 69, 1289–1293. — 27.
Rowley, J. D.: Mapping of human chromosomal regions related
to neoplasia: Evidence from chromosomes 1 and 17. *Proc. Natl.
Acad. Sci. USA*, 1977, 74, 5729–5733. — 28. Rowley, J. D.: Bio-
logical implications of consistent chromosome rearrangements
in leukemia and lymphoma. *Cancer Res.*, 1984, 44, 3159–3168.
— 29. Seabright, M.: A rapid banding technique for human chro-
mosomes. *Lancet*, 1971, 2, 971–972. — 30. Simpson, N. E.,
Kidd, K. K.: Where is the locus for multiple endocrine neoplasia
type 2A? *Henry Ford Hosp. Med. J.*, 1987. — 31. Stoffer, S. S.,
Van Dyke, K. D. L., Bach, J. V. és mtsai: Familial papillary carci-
noma of the thyroid. *Am. J. Med. Genet.*, 1986, 25, 775–782.
— 32. Striner, B. M., Rowson, J. M., Parker, M. H. és mtsai:
Detection of the H-ras oncogene in human thyroid anaplastic car-
cinomas. *Experientia*, 1989, 45, 372–376. — 33. Tanaka, K.,
Baylin, S. B., Nelkin, B. D. és mtsai: Cytogenetic studies of hu-
man medullary thyroid carcinoma cell line. *Cancer Genet.
Cytogenet.*, 1987, 25, 27–35. — 34. Williams, E. D.: Pathologic
and natural history. In: *Recent Results in Cancer Research:
Thyroid cancer*. W. Duncan, ed. Springer Verlag, Berlin, 1980,
pp. 47–55. — 35. Woolner, L. B., Beahrs, O. H., Black, B. M.
és mtsai: Classification and prognosis of thyroid carcinoma. *Am.
J. Surg.*, 1961, 102, 354–387. — 36. Wurster-Hill, D. H., Noll, W.
W., Bircher, L. Y. és mtsai: Cytogenetics of medullary carcinoma
of the thyroid. *Cancer Genet. Cytogenet.*, 1986, 20, 247–254.

(Oláh Éva dr., Debrecen, Pf. 32. 4012)

Tisztelt Megrendelőink!

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

Köszönettel
Medicina Könyvkiadó Vállalat



STREP-TEST

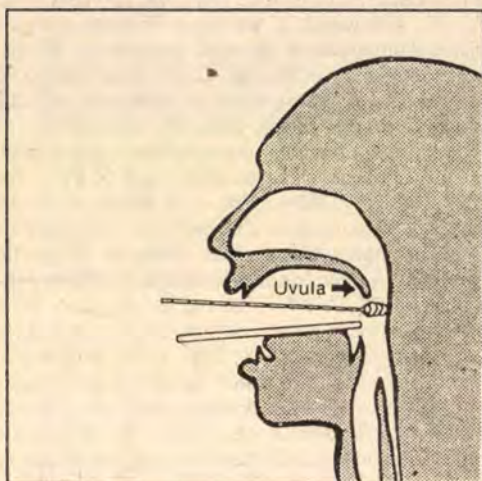
in vitro diagnosztikai készlet
Streptococcus A antigén kimutatására

OTI támogatja

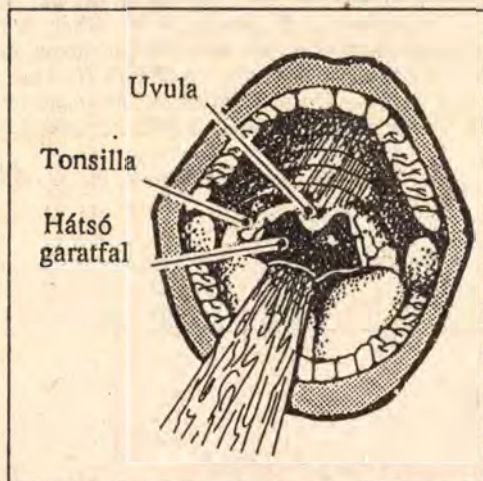
26 Ft térítési díj

75 vizsgálathoz elegendő anyagot tartalmaz

**A KIMUTATÁS IDŐTARTAMA
6–8 perc**



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



**JELENTŐS
KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁS!**

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

18 HAVI SZAVATOSSÁG

Szakvélemények

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

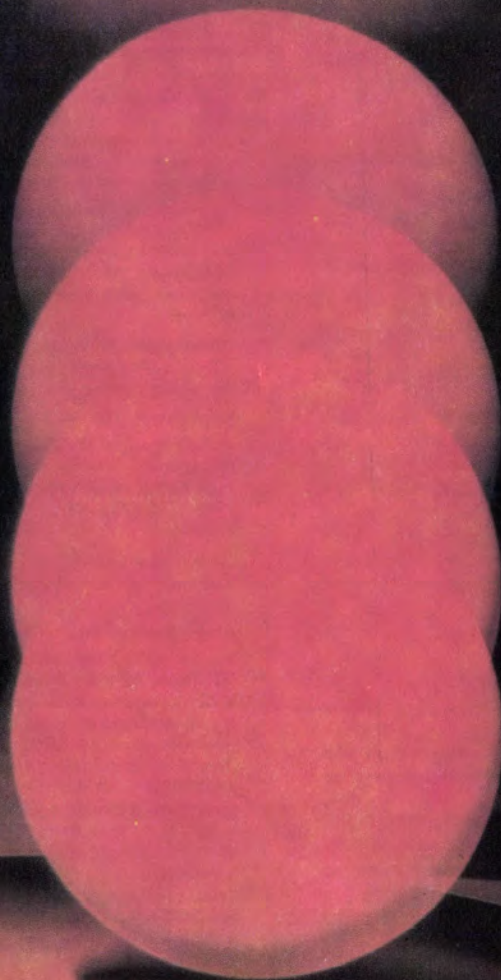
Forgalmazza: **Biomondex Kft.**
1476 Budapest, 100 Pf. 196

Az Egyesült Államokban 1984 óta forgalomban lévő gyorsteszt

Megrendelhető: HUNGAROPHARMA Gyógyszerkereskedelmi Vállalat
1368 Budapest, pf. 243

TENSIOMIN[®]

antihypertensivum



TENSIOMIN[®] antihypertensivum

12,5 25, 50 és 100 mg tableta

HATÓANYAG: 12,5 mg, 25 mg, 50 mg és 100 mg captoprilum tablettánként.

HATÁS: A renin-angiotenzin rendszer fontos a vérnyomás szabályozásában. Működési zavarainak kóroki szerepe van a különböző etiológiájú magasvérnyomás kialakulásában és fenntartásában. E presszor rendszer aktiválását jelentősen csökkentik az angiotenzin-konvertáló enzim gátlói, köztük a Tensiomín hatóanyaga, a captopril is, mely megakadályozza az angiotenzin I. → angiotenzin II. átalakulást, a szervezet egyik legerősebb vazokonstriktor anyagának képződését. Fő farmakológiai hatása az érellenállás csökkentése mind az arteriolákon, mind a venulákon.

Jól kombinálható egyéb antihypertenzívumokkal. Más vazodilatátoroktól eltérően nem okoz folyadékretenciót. Bizonyos hipertóniákban (magas renin szintű – renovaszkuláris –, ill. más vese eredetű hipertóniák) az első választandó szer.

JAVALLATOK:

- esszenciális hipertónia (más vérnyomáscsökkentőkre rezisztens formái is), malignus hipertónia
- renovaszkuláris hipertónia (inoperábilis eseteiben önálló kezelésként vagy kombinációkban elsősorban kalcium antagonistákkal, béta-blokkolókkal, ill. diuretikumokkal.)
- hipertóniás sürgősségi állapotokban, ha nifedipin nem elérhető, vagy nem eléggé hatásos, akkor szublingválisan (szétrágva) Tensiomín adása is megkísérélhető.
- autoimmun nephropathiák, (scleroderma, SLE gyors progressziójú eseteiben)
- asthma bronchialeban szenvedő vagy idős hipertóniásokban első vagy második választandó szer
- szívelégtelenségben az elő- és utóterhelés csökkentésére (különösen digitális + diuretikumra refrakter esetekben)
- cardiomyopathiák bizonyos formáiban (congestív cardiomyopathia)
- diagnosztikumként renovaszkuláris hipertenzióban és Conn-szindrómában.

ELLENJAVALLATOK: Terhesség. Szoptatás (ha adása ilyenkor elkerülhetetlen, akkor a szoptatást fel kell függeszteni). Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység.

Leukó-, illetve thrombopénia.

ADAGOLÁS: Egyéni elbírálást igényel.

Szokásos adag felnőtteknek:

HIPERTÓNIA: Kezdő adag naponta 3-szor 12,5 mg. Ha a vérnyomáscsökkentés 2 napos kezelés után nem kielégítő, az adag fokozatosan naponta 3-szor 50 mg-ig emelhető.

További vérnyomáscsökkentés elérésére tiazid diuretikum, béta-blokkoló és/vagy egyéb vazodilatátor (kalcium-antagonista, prazosin, dihidralazin) adható.

300 mg napi adag felett a mellékhatások gyakorisága jelentősen megnő, ezért ennél magasabb napi adag nem javasolt!

RENOVASZKULÁRIS ÉS RENOPARENCHYMÁS HIPERTÓNIA: Naponta 3-szor 6,25–12,5 mg, fenntartó adag naponta 3–4-szer 25 mg-ig fokozatosan növelhető, ennél nagyobb dózisra ritkán van szükség.

Beszűkült veseműködés esetén a maximális napi adag:

ml/min/m ²	Creatinin clearance: ml/sec/m ²	ml/sec/tb*	dózis mg
80–41	1,33–0,68	2,31–1,18	300
40–21	0,66–0,35	1,15–0,61	150
20–11	0,33–0,18	0,57–0,31	75
10	0,17	0,29	37,5

*Felnőtt átlagos testfelszínre (1,73 m²) számított érték.

SZÍVELÉGTELENSÉG: A kezelést 2–3-szor 6,25 mg-mal célszerű kezdeni, és az adagot fokozatosan növelni.

GYERMEKGYÓGYÁSZATBAN: Alkalmazása nagy óvatosságot igényel, csak igen indokolt esetben (elsősorban renovaszkuláris vagy renoparenchymás hipertóniában) adható.

Javasolt napi adag: 1–2 mg/testtömeg kg.

A tablettát étkezés előtt 1 órával kell bevenni!

A gyógyszeres kezelés beállítását belgyógyász szakorvos végezze, lehetőleg fekvőbeteg gyógyintézetben.

Ambuláns történő alkalmazásakor szükséges az első adag (6,25 vagy 12 mg) hatásának lemérése: a vérnyomást legalább 3 órán át 30 percenként kell megmérni. Ezt követően a betegek gyakoribb ellenőrzése szükséges a megfelelő adagolás megállapításáig.

A kombinációkban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK: A szokásos adagolásnál (50–150 mg/nap) mellékhatások nagyon ritkák. Nagyobb adag hatást nem fokozza, a mellékhatások azonban gyakoribbá válnak.

Előfordulhat:

- Proteinuria, amely együtt járhat membranózus glomerulopátiával, nephrosis-szindrómával.
- Myeloid hypoplázia következtében fellépő neutropénia vagy agranulocytosis következményes infekciókkal.
- Bőrkiütés, ritkán Quincke-ödéma, arckipirulás.
- Átmeneti súlyosabb hipotenzio, főleg diuretikumokkal kezelt szívelégtelenségben szenvedő betegeken.
- Igen ritkán tachycardia, mellkasi fájdalom, palpáció (főleg folyadék-depletált betegeknél).
- Étvágytalanság, szájszárazság, fémcs, sós íz érzése (általában a kezelés 2–3. hónapjában magától megszűnik), aphtózus ulcerációk a szájnyalvákahártyán, émelygés, hányás, peptikus fekély, cholestasis, hasi fájdalom, hasmenés, székrekedés.
- Fejfájás, szédülés, alvászavar, paraesthesia.
- Máj-enzimértékek-, karbamid nitrogén-, kreatinin-, káliumszint emelkedése a szérumban, álpozitív acetone reakció a vizeletben.

Gyakoribbak a mellékhatások autoimmun betegségben szenvedőkön, ezért e betegcsoportban a vérkép és vesefunkció rendszeres ellenőrzése indokolt.

GYÓGYSZERKÖLCSONTHATÁS: Együttadása kerülendő

— a szérum K⁺-szintjét emelő (pl. kálium megtakarító – spironolacton, amilorid, triamteren –)szerekkel (hiperkaliémia lehetősége).

ÓVATOSAN ADHATÓ:

- diuretikumokkal folyadékdepletált állapotban, ill. kalciumantagonisták jelenlétében hatása fokozódik.
- értágító hatású szerekkel (hipotónia lehetősége)
- nem szteroid gyulladáscsökkentőkkel (vérnyomás-csökkentő hatás gyengül)

TÜLADAGOLÁS KEZELÉSE: A hipotónia fiziológiás sóoldat infúziójával általában megszüntethető. A captopril hemodialízissal a keringésből eltávolítható.

FIGYELMEZTETÉS: Súlyosabb vesekárosodás esetén a kezelést gondosan mérlegelve kisebb adagokkal kell kezdeni (naponta 2–3-szor 6,25 mg) a dózis emelését óvatosan kell végezni. A terápia megkezdése előtt, majd havonta a proteinürítést figyelemmel kell kísérni. Ha a proteinürítés meghaladja az 1 g/nap értéket, vagy fokozódik, a terápia folytatását alaposan meg kell fontolni. (Fokozott proteinürítés a terápia első nyolc hónapjában várható, ezért a 9. hónaptól csak háromhavonta-félévente szükséges az ellenőrzés. (A só- és/vagy folyadékdepletált betegeknél, renovaszkuláris hipertóniában adagolása nagy óvatosságot igényel, mert a fokozott renin felszabadulás következtében a captopril vérnyomáscsökkentő hatása nagyobb mértékű, igen ritkán tachycardia is előfordulhat.

Szívelégtelenségben szenvedő betegek beállítása során az első adagokat követően gyakrabban lép fel hipotónia, ezért a gyógyszer beállítása feltétlenül fekvőbeteg gyógyintézetben történjen. Az előzetes diuretikummal kezelt betegek javasolt kezdő adagja naponta 2–3-szor 6,25–12,5 mg.

A férférvérszámot a kezelés első három hónapjában havonta, majd háromhavonta kell ellenőrizni.

Autoimmun betegségben szenvedők férférvérszámát az első 3 hónapban kéthetente, majd kéthavonta kell ellenőrizni. $4 \times 10^9/l$ alatti férférvérszám esetén a kvalitatív vérkép ellenőrzése is szükséges.

Ha a neutrofil granulociták száma $1 \times 10^9/l$ alá csökken, a kezelést be kell szüntetni. Infekció első tüneteire azonnal vérkép ellenőrzés szükséges. Műtétet alatt esetleg jelentkező hipotóniát volumenexpánzióval kell megszüntetni.

A beteg figyelmét fel kell hívni:

- infekció első tüneteire vagy ödéma felléptekor azonnal forduljon orvoshoz
- a terápiát önkényesen ne szakítsa meg
- fokozott folyadékvesztés, izzadás, hányás, hasmenés esetén forduljon orvoshoz (ezeknek az állapotoknak a következménye súlyos hipotenzio lehet)
- óvakodjék a fizikai megterhelés hirtelen fokozásától.

MEGJEGYZÉS: Csak vénre adható ki és csak egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg és szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:	30 db tableta (12,5 mg)
	30 db tableta (25 mg)
	20 db tableta (50 mg)
	20 db tableta (100 mg)

Molnár Béla dr.,
Wolfgang Plending dr.,
Szentirmay Zoltán dr.,
Bodó Miklós dr.,
Sugár János dr.,
Ulrich Schenck dr.
és Fehér János dr.

DNS analízis az emlő, a gyomor és a pajzsmirigy citológiai keneteinek vizsgálatában

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, II. sz. Belklinika
(igazgató: Fehér János dr.)
Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, Onkopathológiai Tanszék
(igazgató: Sugár János dr.)
Technische Universität, München, Inst. für Klinische Zytologie
(igazgató: Ulrich Schenck dr.)

A szerzők a Leitz Miamed DNA félautomata, Feulgen festett DNS kenetek analízisére alkalmas rendszer gyakorlati felhasználhatóságát vizsgálták, 94 emlő, 58 gyomor és 8 pajzsmirigy citológiai kenet analízisét végezték el. Összehasonlították a sejtmagterület, sejtmagforma, a Böcking algoritmus szerinti 2c Deviációs Index (2cDI), 5c feletti sejtarány (5cER), ill. a DNS index (DI) alkalmazhatóságát a tumoros esetek diagnosztikájában. Az emlőcarcinomák kiértékelésére a beépített algoritmus alkalmasnak bizonyult. Néhány diploid emlőrák esetén hamis negatív eredményt kaptak. Tíz kenet esetén a kapott DNS hisztogramokat összehasonlították Kontron TV képanalizátoron kapott eredményekkel. 8 esetben, Kolmogorow-Smirnoff teszt alapján, nem kaptak szignifikáns eltérést. A gyomor lenyomati kenetek esetén a DI nem adott értékelhető különbséget a normál és a tumoros esetek között. A 2cDI 1,5 feletti értéke dysplasiára, ill. tumorra jellemző. Ha az 5c feletti sejtarány nagyobb mint 3%, tumoros az eset.

DNA analysis in the smears of breast, gastric and thyroid tumors. The authors tested the practical usefulness of the Leitz Miamed DNA semiautomatic TV cytophotometer system in the diagnostics of breast (94 cases) gastric (58 cases) and thyroid (8 cases) cytological smears. They compared the effectiveness of the cell nucleus area, nucleus form, of the so called 2c deviation index (2cDI) and 5c exceeding rate (5cER) from the Böcking's algorithm, and of the DNA Index (DI) in the diagnostics of malignant cases. In the evaluation of the breast smears a good correlation was found between the histological and the DNS diagnosis although in some cases, in diploid tumours false negative results were found. In ten cases the histograms were compared with results obtained from the same specimen on a Kontron TV Image analyser. According to the performed Kolmogorow-Smirnoff test there was no significant difference in 8 cases. In the gastric imprint smears the DI gave no appreciable difference between the normal and malignant cases. The 2cDI value under 1.5 is characteristic for normal cases. If the 5cER is above 3% the case is malignant.

A cytológiai kenetek kiértékelésében a TV képanalizátorokkal végzett DNS analízis a közeljövőben mindennapos gyakorlattá válhat, ami elősegítheti a korai rákos esetek felismerését, diagnosztikáját.

Ilyen vizsgálatok elvégzésére alkalmas rendszert több cég is gyárt. Az egyik legelterjedtebb a Leitz Miamed DNA berendezés, amely az ún. Böcking algoritmus szerint vizsgálja a Feulgen festett kenetek DNS hisztogramjait és osztja be „normal”, „suspicious” és „malignant” kategóriába (3, 4).

Az alap gondolatot Böcking 1984-ben közölte és azóta már több tumorfajta (emlő, colon, prostata, vese, larynx

carcinomák) diagnosztizálásában is használhatónak bizonyult (2, 5, 6, 7).

Magyarországon ilyen jellegű közlés még nem történt.

Tanulmányunkban közel 1 év tapasztalatait adjuk közre. Munkánk során

a) megvizsgáltuk a már beépített algoritmus *használatosságát emlő citológiai keneteken,*

b) *pajzsmirigy kenetek vizsgálata alapján összehasonlítottuk a MIAMED DNA készülékkel kapott hisztogramokat más (KONTRON) készüléken kapott hisztogramokkal*

c) *megvizsgáltuk, lehetséges-e hasonló paraméter-rendszert felállítani gyomor lenyomati kenetek vizsgálatára.*

Kulcsszavak: citológiai kenet, DNS analízis, emlő, gyomor

Anyag és módszer

A keneteket hematoxin-eosin festést követően dekolorizáltuk, majd Feulgen szerint festettük. Minden esetben történt hisztológiai vizsgálat is.

Kenetenként 100 sejtet mértünk, referenciaként 20 lymphocytát szolgált. A méréseket mindig ugyanaz a személy végezte.

A Leitz Miamed DNA egy menüvezérelt digitális cytophotométer rendszer. Egy ún. „egérrel”, a computer tasztaturát helyettesítő eszközzel lehet vezérelni az élesre állítást, az objektíveserét, a tárgyasztalmozgatást, az eredmények kiértékelését és a leletkiadást. A rendszer működése félautomata: a vizsgáló által kijelölt sejteket automatikusan méri le és analizálja az eredményeket (9).

A kiértékelés során figyelembe vettük a sejtmag területét, formáját, a DNS indexet, a Böcking algoritmus (1. táblázat) szerinti 2c Deviació Indexet (2cDI), az 5c feletti sejtek arányát (5cER).

1. táblázat: A Böcking algoritmus szerinti kiértékelés

Referencia sejtek DNS

tartalma:	2c (lymphocyták, hámsejtek)
2cDI:	a 2c értéktől való eltérések átlaga
5cER:	az 5c-nél nagyobb DNS tartalommal rendelkező sejtek aránya
Normál a kenet	ha: 2cDI kisebb, mint az aktuális határérték
Dysplasia	ha: 2cDI nagyobb, mint a határérték, de az 5c feletti sejtarány kisebb, mint x%
Tumoros	ha: az 5c feletti sejtarány nagyobb, mint x%

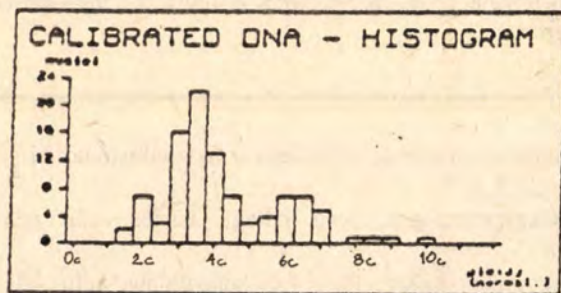
A) Emlő kenetek

79 malignus (invasív ductalis carcinoma, Grade I: 51, Grade II: 26, Grade III: 2), 9 fibroadenoma és 6 dysplasiás eset analizisét végeztük el.

B) Pajzsmirigy kenetek

Összehasonlító vizsgálat

Nyolc pajzsmirigy citológiai kenetet és 2 malignus lymphomából származó kenetet vizsgáltunk meg Kontron TV képanalizáló rendszerrel is. A hisztogramok összehasonlítását Kolmogorov-Smirnoff teszttel végeztük el.



physician's signature

LEITZ MIAMED DNA

C) Gyomor lenyomati kenetek vizsgálata

37 tumoros, 9 dysplasiás és 12 normál lenyomati kenet analizisét, hematoxin-eosin festést követő diagnosztizálás, dekolorizálás, majd Feulgen szerinti festést követően végeztük el.

Eredmények

A) Emlő kenetek

Általánosan elmondható, hogy a carcinomák (invasív ductalis carcinoma) többségében az 5c értékek magasabbak. Jelentős különbség volt a daganatos és a nem daganatos sejtek között, továbbá hasonló különbség jelentkezett a ductalis invazív rák, cytologiai kenetekben talált különböző differenciáltsági fokai között is (Grade I—II—III). Feltűnő az is, hogy a morfológiai és nukleáris DNS vizsgálatok alapján több emlőrák nem mutatja a malignitás sajátosságait. Ezeknek többsége diploid daganatok közé tartozik (2. táblázat).

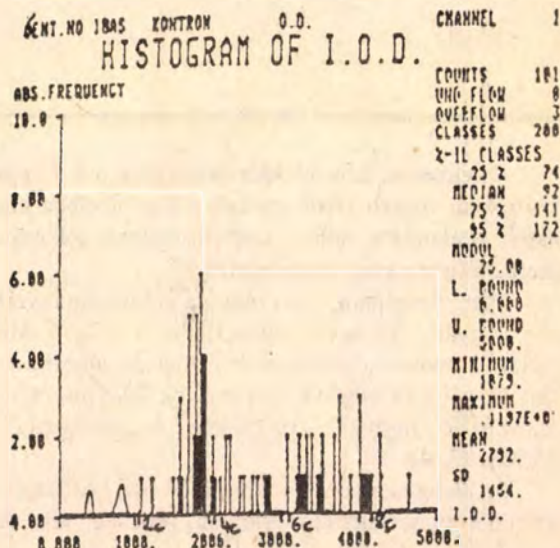
A sejtmagterületet tekintve szignifikáns különbség ($p < 0,05$) volt a tumoros és a dysplasiás, ill. fibroadenomás esetek között.

B) Pajzsmirigy kenetek

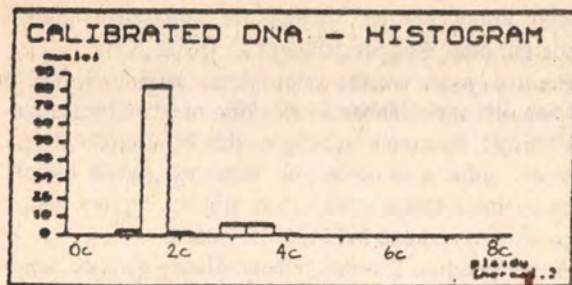
10 esetben 100—100 sejtet lemérve, összehasonlítottuk.

2. táblázat: Emlő aspirációs citológiai kenetek vizsgálata (morpho- és densitometriai faktoriok)

	Terület	form-factor	DNS index	2c DI	5cER	DNS gr
Dysplasia	40,5	2,27	0,88	4,3	6	0,8
Fibroadenoma	41,9	2,05	0,86	0,99	1,89	0,46
Inv. duct. carc.						
Grade I.	56,0	2,24	1,25	11,68	11,9	1,31
Grade II.	57,6	2,3	1,3	6,99	14,5	1,3
Grade III.	70,8	2,1	1,6	46,6	28,5	2,93

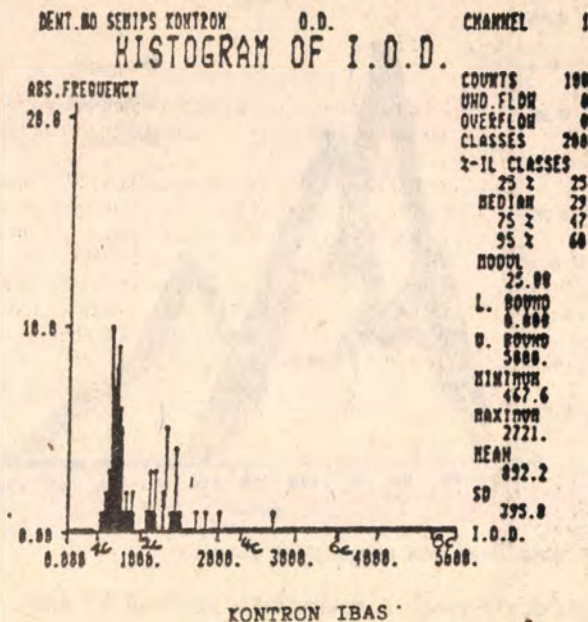


KONTRON IBAS



LEITZ MIAMED DNA

2. ábra: DNS hisztogramok (Leitz és Kontron rendszer)



tuk a Leitz Miamed DNA és a Kontron TV képanalizátor rendszer által kapott eredményeket. Az 1., 2. ábrán bemutatunk 2 jellemző hisztogramot. Megítélésünk szerint a kapott hisztogramok igen nagyfokú hasonlóságot mutatnak.

Az 1. ábrán mindkét hisztogramon a csúcsok 3,5 c, ill. 6,5 c értéknél találhatók. A 2. ábrán látható hisztogramok hypoploid tumort jeleznek.

Kolmogorow—Smirnow teszt szerint 8 esetben nem volt szignifikáns különbség a két különböző TV képanalizátorral kapott hisztogram között.

C) Gyomor lenyomati kenetek

A kapott eredményeket a 3. táblázatban foglaltuk össze. Itt a vizsgált esetek értékeléséből kapott számok abszolút értékeit tüntettük fel.

3. táblázat: A Leitz Miamed DNA képanalizátorral kapott morpho- és densitometriai paraméterek

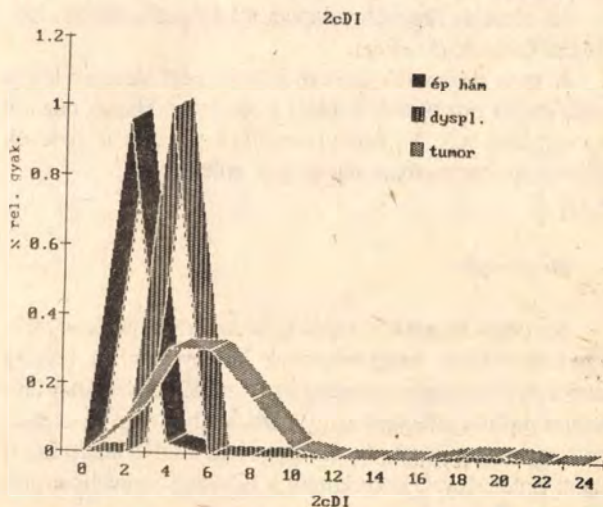
Gyomor lenyomati kenetek.

	Terület	DNS index	2cDI	5cER
Ép hámszövet	73,4±16,2	0,96±0,23	1,16±0,23	1,14±0,32
Dysplasia	101,2±18,5	0,86±0,07	1,64±0,29	3,18±0,26
Carcinoma	135,8±23,2	1,02±0,12	3,67±0,57	9,81±1,12

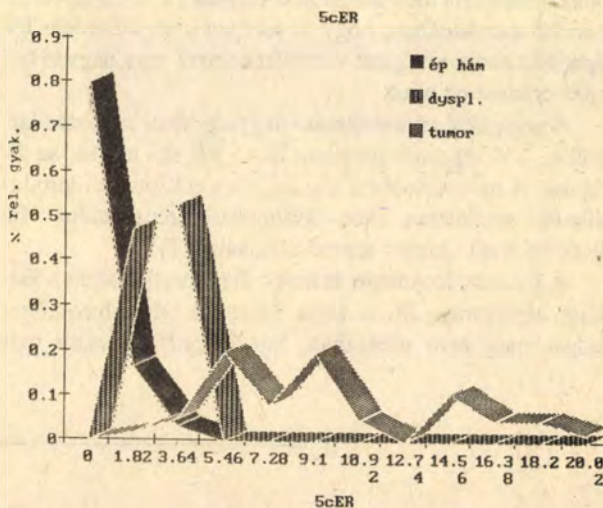
A 12 ép nyálkahártyából származó kenet DNS indexe 1,00 körüli érték, a 2cDI és az 5c feletti sejtek aránya is alacsony volt.

A 37 carcinoma esetében a DNS index alig emelkedett, ezzel szemben nagyon magas volt a 2cDI érték és az 5c-t meghaladó sejtek aránya. A dysplasiás esetek értékei a tumoros és a normál esetek értékei között találhatók.

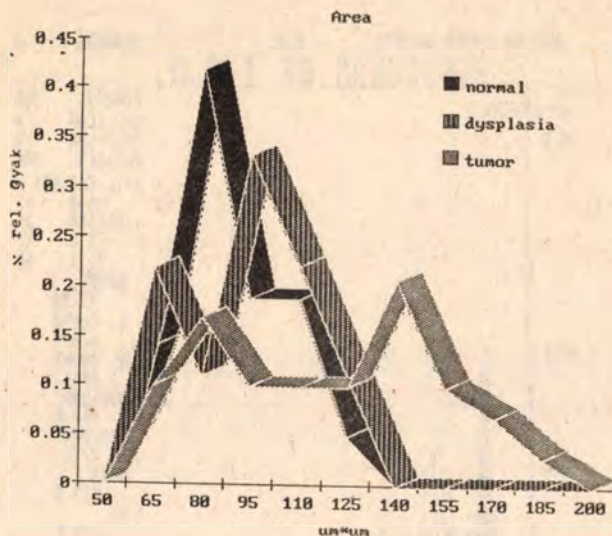
Az eloszlás függvények vizsgálata alapján (3., 4. ábra) elmondjuk, hogy a normál kenetek a dysplasiás és tumoros kenetektől elsősorban a 2cDI alapján különböztethetők meg. A tumoros és a dysplasiás esetek között az 5cER, azaz az 5c feletti DNS tartalommal rendelkező sejtek ará-



3. ábra: A 2c Deviaciós Index értékeinek eloszlása



4. ábra: Az 5c feletti sejtek aránya



5. ábra: A területek nagyságának eloszlása

nya diszkriminál. A határ vonal a 2cDI-nél 1,5 érték, az 5cER-nél 3%. Dysplasiákban a sejtmagok területe szignifikánsan nagyobb, mint az ép hámsejteké, legnagyobb a carcinoma sejtmagok átlaga (3. táblázat).

Az eloszlás függvény alapján jól megadhatók az elkülönítési határok (5. ábra).

A nem daganatos esetekből származó kenetek közül kettőt hamis pozitívnak értékelt a rendszer. Hamis negatív eset egy sem volt. Figyelemre méltó, hogy a DNS indexek valamennyi csoportban alacsonyok voltak.

Megbeszélés

Az emlő kenetek vizsgálata során a beépített algoritmus határértékek megbízhatónak bizonyultak. A néhány esetben hamis negatív eredmény az emlő tumoroknál előforduló diploid jelleggel magyarázható. Ezekben az esetekben a sejtmagterület és forma kiegészíti a DNS analízist. A kapott eredmények korrelálnak a Böcking munkáiban közltekkel (7).

A különböző rendszerek által kapott eredmények reprodukálhatóságát több dolgozat is taglalta (7, 12). Figyelemre méltó munkánkban, hogy 10 esetben a két különféle TV képanalizátoron elvégzett vizsgálat azonos vagy nagyon hasonló eredményt adott.

A vizsgálati mintasejtszám nagyság nincs még standardizálva. TV képanalizátorokon 100–300 sejt mérése az általános. A mi esetünkben 100 sejt esetén kaptunk reprodukálható eredményt két különböző rendszeren. Ez ellentétben áll számos szerző állításával (13).

A gyomor lenyomati kenetek diagnosztikájában a Böcking algoritmus, ill. a Leitz Miamed DNA használhatóságát még nem vizsgálták, bár Wiendl és mtsai már

1974-ben kimutatták az aneuploidia felhasználhatóságát gyomor tumorok diagnosztizálásában (8, 12, 14).

Eredményeink szerint szignifikáns különbség van a 2cDI-ben, ill. az 5cER-ben is. Böcking meghatározása szerint a normál, ép esetek mindig kisebb 2cDI értékkel rendelkeznek, mint a tumoros, ill. tumorra gyanús esetek. Eredményeink alátámasztják ezt az állítást, éppúgy mint a malignitásra vonatkozó 5cER > 3% határt.

A morфомetriai faktorok felhasználása a gyomor tumoroknál is hasznos lehet. Erre vonatkozó eredmények már régóta vannak (8). Boon és mtsai szerint a rendszerük által használt 10 paraméter alapján érhető el „citológusi érzékenység” (1).

Mi, csak a sejtmag paramétere alapján is szignifikáns különbséget kaptunk, ami egybevág korábbi vizsgálatainkkal (10, 11).

A TV képanalízisre alapozott DNS mérés a megfelelő kontroll vizsgálatok elvégzése után lehetőséget ad a DNA analízis rutin elvégzésére.

IRODALOM: 1. Boon, M. E., Kurver, P. J., Baak, J. P., Thompson, H.: The application of morphometry in gastric cytological diagnosis. *Virchows Archives*, 1981, 393, 159. — 2. Böcking, A., Kiehn, J., Heinzel-Wach, M.: Combined histologic grading of prostatic carcinoma. *Cancer*, 1982, 50, 288. — 3. Böcking, A., Adler, C. P., Common, H. D. et al.: Algorithm for a DNA cytophotometric diagnosis and DNA Grading of malignancy. *Analyt. Quant. Cytol.*, 1984, 6, 1–7. — 4. Böcking, A., Auffermann, W.: Algorithm for DNA-Cytophotometric diagnosis and grading of malignancy. *Analyt. Quant. Cytol.*, 1986, 6, 363. — 5. Böcking, A., Auffermann, W., Jocham, D. et al.: DNA grading of malignancy and tumour regression in prostatic carcinoma under hormone therapy. *Appl. Pathol.*, 1985, 3, 206. — 6. Böcking, A., Auffermann, W., Vogel, M. et al.: Diagnosis and grading of malignancy in squamous epithelial lesions of the larynx with DNA cytophotometry. *Cancer*, 1985, 56, 1600. — 7. Böcking, A., Chatelain, R., Biesterfeld, S. et al.: DNA grading of malignancy in breast cancer: Prognostic validity, reproducibility and comparison with other classifications. *Analyt. Quant. Cytol.*, 1989, 11, 73. — 8. Danno, M.: Statistical criteria for the cytology of gastric cancer. A proposal distance index. *Acta cytologica*, 1975, 18, 122. — 9. Leitz Miamed DNA manual. Ernst Leitz Wetzlar Co., 1988, p. 20. — 10. Sugár J., Molnár B.: A TV képanalízisre alapozott DNS citometria és morфомetria a gyomorcarcinoma diagnosztikájában. Igazságügyi és Morfológiai Szemle, közlésre elfogadva. — 11. Sugar, J., Molnar, B.: TV based image cytometry in the diagnostics of gastric smears. *Anticancer research*, közlésre elfogadva. — 12. Weinreb, M., Zajiček, G., Levij, I.: Discrimination between normal and benignant gastric epithelial cells by computer image analysis. *Analyt. Quant. Cytol.*, 1984, 7, 603. — 13. Wied, G. L., Bartels, P. H., Bibbo, M., Dytch, H. E.: Image Analysis and Quantitative Cyto- and Histopathology. Techn. report No. 02. International Academy of Cytology. 14. Wiendl, H. Y., Schwabe, M., Becker, G., Kowatsch, Y.: Feulgen — Cytophotometric studies of gastric mucosal smears in malignant and benign disease of the stomach. *Acta Cytologica*, 1974, 18, 222.

(Molnár Béla dr., Budapest, Pf. 277. 1444)

Kónya András dr.

Intrahepatikus epeúti elzáródás kezelése két endoprotézis percutan beültetésével

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Radiológiai Klinika
(igazgató: Horváth Ferenc dr.)

A szerző magas epeúti elzáródás két percutan endoprotézis beültetésével kezelt esetét ismerteti, amely kapcsán tárgyalja az intrahepatikus epeúti elzáródások intervencióis radiológiai módszerekkel történő kezelésének lehetőségeit, kitér a beavatkozások indikációja felállításának kérdéseire és az eljárások egyes technikai vonatkozásaira.

Intrahepatic biliary obstruction treated by percutaneous insertion of two endoprotheses. Percutaneous technique consisting of the placement of two endoprotheses was used to treat a patient with malignant intrahepatic biliary strictures. The possibilities of interventional radiology procedures in the treatment of intrahepatic biliary obstruction is discussed together with the indications for these treatment modalities. Some technical considerations are also described.

Mindazon kórfolyamatok, amelyek intrahepatikus epeúti elzáródást okoznak, komoly kihívást jelentenek a terápia számára. A gyógyító célzatú sebési törekvések az esetek nagy részében sikertelenek, a beavatkozások technikai nehézségei, illetve a magas műtéti morbiditás/mortalitás miatt (3, 5).

Következésképpen sok sebész beavatkozása mindössze palliatív célú T, Y vagy U alakú stentek behelyezésére szorítkozik (10).

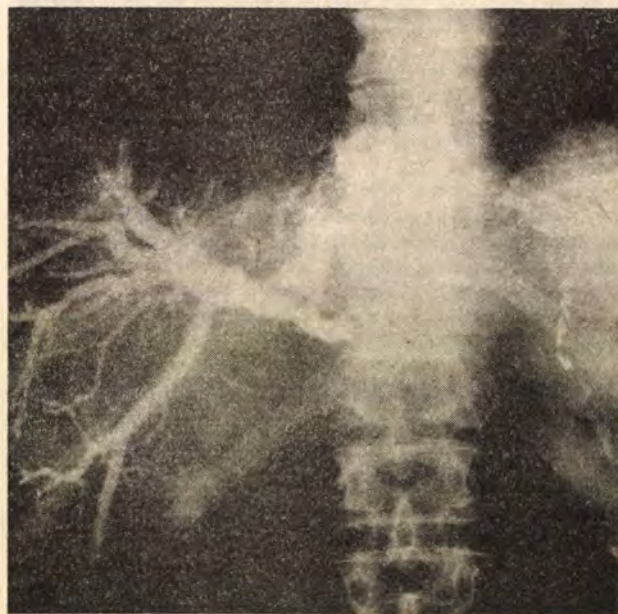
A percutan transhepatikus drénázs (PTD) kialakítása katéter(ek), illetve endoprotézis(ek) alkalmazása révén e betegcsoport számára terápiás alternatívát jelent. Mindazonáltal az egyes betegek állapotának javítása érdekében tett erőfeszítések során az optimális terápiás beavatkozás megválasztása feltétlenül individuális, gyakran ötvözi a sebési és az intervencióis radiológiai megoldásokat.

Közleményünkben egy eset ismertetése kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet a magas epeúti szűkületek intervencióis radiológiai módszerekkel történő kezelésének lehetőségeire, illetve rávilágítani e beavatkozások egyes módszertani és technikai vonatkozásaira.

Esetismertetés

B. K. 47 éves férfi beteget egy évvel a beavatkozást megelőzően tu. ventriculi diagnózissal Billroth-II. szerint operálták. A beteg jelentős elzáródásos sárgaság tüneteivel jelentkezett felvételre, az ultrahang vizsgálat a májkapu magasságában teljes elzá-

ródást valószínűsített, s ugyanitt nagy kiterjedésű lokális recidívát is igazolt. A PTC a hepaticus villa magasságában teljes stoppot mutatott, ugyanakkor mindkét d. hepaticus junctio közeli szakasza egyetlen kontúrral szűkített volt (1. ábra). Ugyanabban az ülésben végzett PTD során csak külső drénázs kialakítására volt



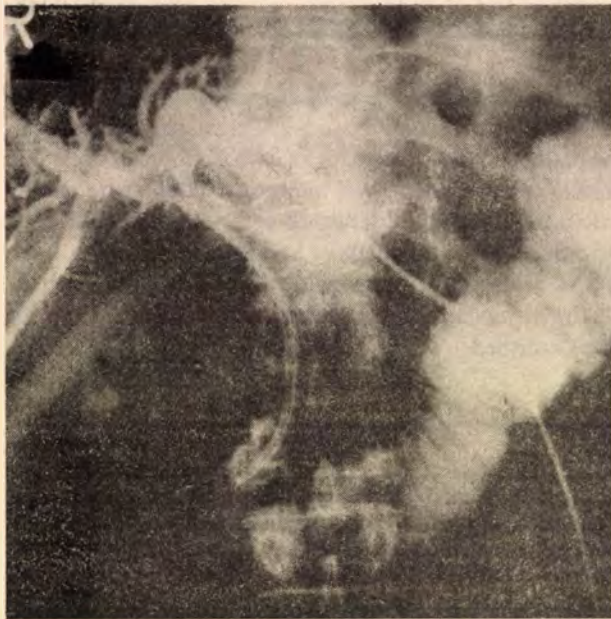
1. ábra: A d. choledochus kb. 2 cm-rel a villa alatt abrupt végződést mutat, lumene jelentősen szűkített. Mindkét d. hepaticus junctio körüli szakasza komprimált, a bal epevezetékben jelentősebb szűkület figyelhető meg.

lehetőség, míg napokkal később végzett ismételt kísérletek sem vezettek eredményre belső drénázs megteremtésére vonatkozóan.

A beteg csaknem teljesen desicterizálódott állapotban otthonába távozott. Kb. 6 hét múltán a külső drén teljesen kicsúszott. Új behatolásból végzett PTD kapcsán a kontrasztszepe a pro-

Kulcsszavak: intrahepatikus cholestasis, endoprotézis.

ximális harmadában kb. fonalnyira szűkült d. choledochuson keresztül a duodenumba jutott. Vezetődrót és sorozat tágítás után a szűkületet áthidaló 8,4 F 32 oldallyukkal bíró pig tail végű drenázs katétert (Meadox-Surgimed) juttattunk a duodenumig. A jobb lebeny jó belső drenázsa ellenére a bal d. hepaticuson lévő szűkület tovább progrediálva a bal lebeny izolációjával fenyegetett. Ezért másik ülésben az epigastrium bal oldala felől a d. hepaticus sinistrát punkciós kanüllel célzottan pungálva a szűkület területéig érő, oldallyukakkal ellátott egyenes drént helyeztünk be. Téraránytalanság miatt — bár a vezetődrót a bal lebeny felől is lejuttatható volt a duodenumig, arra a 8,4 F külméretű drenázs-katétert rávezetni már nem lehetett (2. ábra).



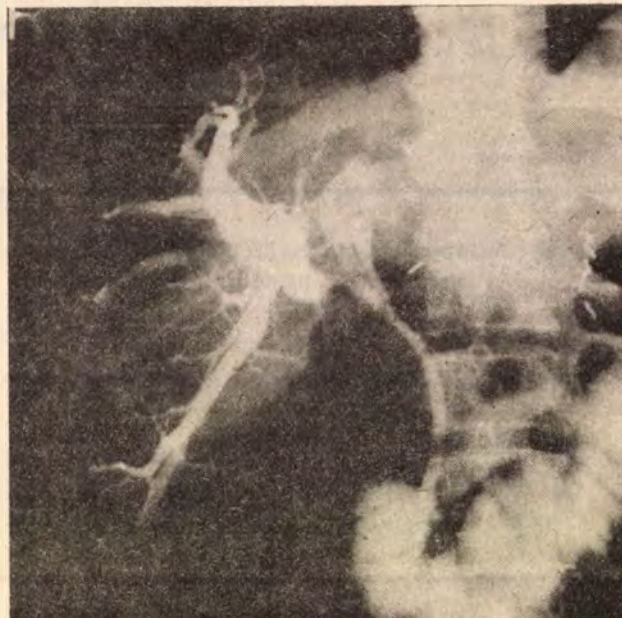
2. ábra: A j. lebeny egyik szegmentális epeútja felől pig tail drenázkatéter hidalja át a d. choledochus szűkületét, vége a duodenumba ér. A bal d. hepaticuson keresztül oldallyukakkal ellátott egyenes drén a d. choledochus közep-ső harmadáig volt bevezethető.

Ismét új ülésben a bal d. hepaticus szűkületét áthidalandó egy 8 cm hosszú, az anatómiai viszonyokhoz illeszkedő 12 F teflon endoprotézist (COOK) helyeztünk be, amely a két lebeny között jó összeköttetést létesített. Napokkal később a d. hepaticus sinistra érrendszere csaknem normális tágasságúvá vált.

Újabb alkalommal a jobb d. hepaticus felől váltottuk ki a belső drént egy 10 cm hosszúságú 12 F teflon protézissel. A bal lebeny fenntartó drénjének eltávolításával egy időben derült ki, hogy végeredményben mindkét lebeny belső epeelvezetését biztosító, a jobb oldal felől behelyezett endoprotézis distalis harmada csaknem teljesen elzáródott. A lumen átjárhatóságának biztosítására irányuló manipulációk közben a d. choledochus distalis harmada felől kontraszt extravasatum megjelenését észleltük perforáció eredményeképpen. Emiatt napokig tartó tehermentesítő külső drenázst állítottunk be.

Egy hét múlva végzett kontroll során azt lehetett megfigyelni, hogy az endoprotézis distalis vége a Vater papilla fölött kb. 1,5 cm-rel helyezkedik el, a végnyílása pedig a d. choledochus falához nekifekszik, emiatt alig vezet. Ugyanakkor a d. choledochus distalis néhány cm-es szakasza lúdtollnyi tágasságú. Tekintettel arra, hogy a vezetődrótot a végnyíláson kijuttatva a d. choledochus distalis szakasza, illetve a Vater papilla felé eljuttatni nem lehetett, emiatt az endoprotézis mérsékelt fokú proximális felé történő visszahúzása mellett döntöttünk. Fentiek miatt a ballonkatéter ballonrésze a protézistől distálisan nem volt elhelyezhető, így a ballont az endoprotézis lumenén belül töltöttük fel az elérhető tágasságig. Ezt követően a „beszorított” ballon segítségével a protézist kb. 2 cm-rel proximál felé mozdítottuk. Ebből a helyzetből már a vezetődrót a d. choledochus distalis szakaszá-

ba volt juttatható és azt a Vater papillán keresztül az odavezető kacsba vezettük. A támasztó-katéteren a tolókatéter felhasználásával az endoprotézist distal felé nyomtuk úgy, hogy a distalis vége kb. 1 cm-rel ért túl a papillán. A módosított helyzetű protézis prompt jó ütemű belső drenázst biztosított a máj mindkét lebenye számára (3. ábra).



3. ábra: A j. lebeny felől a d. choledochusba juttatott protézis az odavezető kacsban mintegy 1–1,5 cm-rel ér túl a Vater papillán, míg a bal lebeny epeelfolyását a bal fő epevezetéken lévő markáns szűkületet áthidaló másik endoprotézis biztosíthatja; a d. choledochusban egymás mellé helyezett protézisek a két lebeny epeelvezetése közti kommunikációt biztosítják.

A beavatkozás során kb. 8 cm átmérőjű, szabálytalan alakú és határu kontrasztanyag gyűlem jelentkezett a máj középső harmada vetületében, a dorsalis felszín szomszédságában. Kontrasztanyag adása mellett látható volt, hogy az extravasatum a korábbi, kicsúszott drén nyitva maradt sipolynyílása felől lépett ki.

A fenntartó drén eltávolítását kb. 2 nappal későbbre terveztük, de időközben a beteg szeptikus lázmenetet produkált, 40,5 °C-ig emelkedő lázkiugrásokkal. Az ultrahang vizsgálat a máj dorsalis felszíne szomszédságában, illetve subhepatikusan nagy kiterjedésű abscessusnak megfelelő képet mutatott. Műteti feltáráskor mintegy 1200 ml sűrű, törmeléken gennyet bocstottak le. A beteg ezt követően lázlatanná vált és a protézis kontrollvizsgálata után — amely változatlan viszonyokat és prompt epeelvezetést bizonyított — a fenntartó drént eltávolítottuk.

A járatot a májparenchymától a bőrnyílásig sebészi szivacs és kontrasztanyag elegyével képzett gél állapotú embolizátummal összefüggően töltöttük ki az epecsorgás megakadályozása céljából.

Megbeszélés

Minden epeúti drenázs alapvető törekvése, hogy a természetes epeelvezetés körülményeit teremtsen meg újra, ideális esetben endoprotézis beültetésével, de legalább a szűkületet/elzáródást áthidaló külső-belső drenázs kialakításával.

Az ún. intrahepatikus epeúti szűkület/elzáródás lokalizáció szerint 3 csoportba sorolható (10):

1. a stenotizáló folyamat kizárólag a ductus hepato-

choledochus proximalis harmadát érinti, a hepaticus villa-
ágai megkíméltek;

2. a ductus choledochuson kívül a folyamat ráterjed
mindkét ductus hepaticusra is;

3. a szűkület/elzáródás ezen túlmenően az egyes
szegmentális epeutakat is érinti.

A belső drenázs kialakítása, illetve az endoprotézis
beültetésének szempontjából a legkedvezőtlenebb csoport-
tot a 2–3. csoport képviseli. Ezekben az esetekben ugyan-
is az epeelvezetés a máj egésze vonatkozásában egy drén-
nel, illetve egy protézissel nem oldható meg, sőt a
feltétlenül erre irányuló kísérletek az epeelvezetést még to-
vább is nehezíthetik. A problémát az jelenti, hogy az egyik
stenosis szempontjából ideális helyen lévő és az adott szeg-
mentum/lebeny részére megfelelő drenázst biztosító
drén/protézis egy vagy több másik (már amúgy sem intakt)
epeút elvezetését — térszűkületet okozva — tovább nehe-
zítheti, illetve lehetetlenné is teheti.

Emiatt már az alapfolyamat által is az egyes lebenyek,
illetve szegmentumok szempontjából izolációval fenyegető
állapot művi úton „nyerhet” befejezést. Bár a májparen-
chyma 30%-ának megfelelő decompressiója is elegendő
lehet az epeúti elzáródás klinikai és metabolikus követke-
zményeinek enyhítésére (2), a máj egyes területeinek meg-
nem oldott epeelvezetése mégis az icterus/subicterus fenn-
maradásához vezet, a drenálatlan szegmentumok pedig a
bennük pangó epe révén fertőződés, sepsis forrásai le-
hetnek.

Az epeelvezetés megoldása az izolációs tendenciát
mutató májrészletek külön-külön kialakított drenážsa ré-
vén valósítható meg, számos variáció kialakítása mellett,
amely megoldások spektruma a többszörös külső drená-
zsoktól a vegyes külső és belső drenážsokon keresztül (1),
a kettős/többszörös endoprotézis beültetéséig (7) terjed-
het. Ezen belül olyan megoldások is ismeretesek, amelyek
protézisek révén az egyes izolált szegmentumok epeút-
rendszerét egyesítik és a bél felé való elvezetést egy továb-
bi, a ductus choledochusba helyezett protézis révén érik el
(15).

A protézis behelyezését követően a jelentős átmérőjű
parenchymás és subcutan járaton keresztül elkerülhetle-
nül epecsorgás indul meg a külvilág felé, még akkor is, ha
a hatékony epeelvezetés eredményeként az intralumináris
nyomás normális értékre tér is vissza. Emiatt illetve a kö-
vetkezményes sipoly kialakulása és fertőződés lehetősége
miatt a járat összefüggő elzárása feltétlenül szükséges, en-
nek hiányában — mint ahogy azt fenti esetünk is demonst-
rálja — súlyos szövődményekre számíthatunk.

Esetünk ismertetése során nem kerülhet meg az a
tény, hogy a fenti eredmény elérése (beleértve a kétszeri
külső, illetve külső-belső drenázs kialakítását, a két en-
doprotézis behelyezését, illetve az egyik helyzetének mó-
dosítását és átjárhatóságának újbóli biztosítását) 11 ülés-
ben volt csak biztosítható. A beavatkozások során a
sugármenet ideje összesen 156 perc, azaz több mint 2 és
fél óra volt, miközben a vizsgáló ez idő alatt a röntgencső
0–50 cm-es körzetében volt kénytelen a manipulációkat
végezni.

Az intervenciós radiológiai eljárások egyértelmű pal-

liatív értékű alternatívát jelentenek a sebészi beavatkozá-
sok számára azokban az esetekben, ahol kuratív célú, illet-
ve az epeelfolyást biztosító sebészi eljárás (biliodigestív
anastomosis) kivitele kétes és/vagy reménytelen (7, 13). A
percutan módszer indikációja azonban — ütközéssége el-
lenére — minden kritika mellőzésével nem állítható fel.

A mérlegeléshez az alábbi szempontok megfontolása
kíváncsú:

1. A beavatkozások nem szövődménymentesek, sőt
primer mortalitásuk gyakorlott kezekben is %-os nagyság-
rendű, 2,5–5,6% (4, 6).

2. Az esetek jelentős részében a kizárólag helyi ér-
zéstartás a betegek számára nem elégséges a beavato-
zások fájdalomosságának elviseléséhez (12, 14).

3. A definitív eredmény elérése csak több ülésben va-
lósítható meg, melyek száma 2–10 is lehet.

4. Az eljárások korrekt kivitele az intervenciós ra-
diológiában jártas, nagy tapasztalatú radiológus tevékeny-
ségéhez kötött.

5. A beavatkozások még gyakorlott kézben is igen
munkaigényesek, hosszú idejű manipulációt tételeznek fel
és emiatt, valamint az eljárás speciális sugárfizikai körülmé-
nyei miatt a vizsgáló személyzet és leginkább a vizsgáló
orvos igen jelentős sugárexpozíciónak van kitéve. A kö-
ténnyel védett testfelületen túlmenően elsősorban a vizsgáló
kezeli (amelyek a manipuláció során folyamatosan köz-
vetlenül a sugárkapu szomszédságában vannak, illetve
epigastriális behatoláskor a direkt sugárnyalábba is beke-
rülhetnek), valamint a nyak (pajzsmirigy) és a fej (szem-
lencse) régiója azok, amelyek a szórt sugárzástól teljesen
védtelenek (8, 11). Egyes szerzők ezért a jelentősebb mani-
pulációt/sugárexpozíciót igénylő protézis-beültetéssel
szemben választott beteganyagban csak a dezicterisatio
szempontjából azonos eredményt nyújtó külső-belső dre-
názs kialakítására törekcsenek (11).

Ma már, amikor az endoscopos epeúti protézis beülte-
tés a mindennapos gyakorlat részévé vált (9), a percutan
transhepatikus beavatkozások száma érezhetően csökkent.
Ugyanakkor az endoscop számára technikailag nehezen,
vagy egyáltalán nem hozzáférhető esetekben (pl. operált
gyomor), illetve az elzáródás/szűkület magas (hilus körü-
li) elhelyezkedése esetén az endoscopos drenázs kialakítá-
sa gyakran lehetetlen. Mivel a palliatív sebészi megoldá-
sok is a májkapu magasságában lévő stenotizáló elvál-
tozások esetében jönnek szóba a legkevésbé, így az in-
tervenciós radiológusok tevékenységének súlypontja a leg-
hálátlanabb, magasan lévő intrahepatikus, gyakran több-
szörös szűkületek előrehaladott eseteinek megoldása felé
tolódik el. A beavatkozás sajátosságai folytán az eljárás
kockázat/haszon arányának mérlegelésében — palliatív
célú beavatkozásról lévén szó, amelyek átlagosan kb. 20
hét túlélést biztosítanak a betegek számára (7) — a kocká-
zati oldalon a vizsgáló elkerülhetetlen sugárterhelésének
figyelembevétele nem mellőzhető.

Corlette, M. B.: Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1975, 140, 170—178. — 3. Bismuth, H. Malt, R. A.: Current concepts in cancer carcinoma of the biliary tract. *N. Engl. J. Med.*, 1979, 301, 704—706. — 4. Carrasco, C. H., Zornoza, J., Bechtel, W. J.: Malignant biliary obstruction: complications of percutaneous biliary drainage. *Radiology*, 1984, 152, 343—346. — 5. George, P. A., Brown, C., Foley, R. T. E.: Carcinoma of the hepatic duct junction. *Br. J. Surg.*, 1981, 68, 14—18. — 6. Hamlin, J. A., Friedman, M., Stein, M. G. et al.: Percutaneous biliary drainage: complications of 118 Consecutive Catheterisations. *Radiology*, 1986, 158, 199—202. — 7. Lammer, J., Neumayer, K.: Biliary drainage endoprotheses: experience with 201 placements. *Radiology*, 1986, 159, 625—629. — 8. LePage, J. R.: Failures, complications, and interventional radiation exposures in 108 cases of attempted biliary endoprosthesis. *Ann. Radiol.*, 1984, 4, 366—370. — 9. Marks, W. M., Freeny, P. C., Ball, T. J. et al.:

Endoscopic retrograde biliary drainage. *Radiology*, 1984, 152, 357—360. — 10. McLean, G. K., Ring, E. J., Freiman, D. B.: Therapeutic alternatives in the treatment of intrahepatic biliary obstruction. *Radiology*, 1982, 145, 289—295. — 11. Mendez, G., Russel, E., LePage, J. R. et al.: Abandonment of endoprosthesis drainage technique in malignant biliary obstruction. *AJR*, 1984, 143, 617—622. — 12. Mueller, P. R.: Interventional radiology of the biliary tract: a decade of progress. *Radiology*, 1988, 168, 328—330. — 13. Vadon G.: Perkután transzhepatikus epeútprotézis. *Orvosi Hetilap*, 1983, 124, 2493—95. — 14. Vogelzang, R., Nemcek, A. A.: Towards painless percutaneous biliary procedures: new strategies and alternatives. *Journal of Interventional. Radiology*, 1988, 3, 131—134. — 15. Yeung, E. Y. C., Adam, A., Gibson, R. N. et al.: Spiral-shaped biliary endoprosthesis: initial study. *Radiology*, 1988, 168, 365—369.

(Kónya András dr., Budapest, Üllői út 78/a. 1082)



*Budapest, 1054 Akadémia u. 21.
Tel: 1313-770*

A MEDICINA KÖNYVESBOLT AJÁNLATA:

Rác István—Török Ibolya—Horváth Attila: <i>Gyakorlati bőrgyógyászat</i>	1991	1200,— Ft
FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT Szerkesztette: Dr. Ribári Ottó	1991	1200,— Ft
Közeljövőben megjelenik: FEKETE FARKAS PÁL: <i>Koraszülött, Érett újszülött, Csecsemő EEG Diagnosztika</i>		kb. 300,— Ft

A könyvek megrendelhetők, illetve megvásárolhatók a

MEDICINA KÖNYVESBOLT-ban,
V., Akadémia u. 21.
1054 Budapest

Lőcsey Lajos dr.,
Borbás Béla dr.
és Abdul Karim Sheiban dr.

Malária fertőzés okozta akut veseelégtelenség*

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Budapest, I. sz. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Leövey András dr.)
Jósa András Megyei Kórház, Debrecen, I. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető: Szegedi János dr.)
és Al Thawra M. G. Hospital Sana'a — Jemeni Arab Köztársaság
(igazgató: Abdul Aziz El-Seaghy dr.)

A szerzők malária falciparum fertőzés okozta akut veseelégtelenségben szenvedő betegek kórlefolását és terápiáját foglalják össze. A négy beteg mély icterussal, hepatosplenomegaliával, haemolysissal és hyperkatabolikus akut veseelégtelenséggel anuriás állapotban került felvételre. Hangsúlyozzák a malária plasmodium korai diagnosztizálását (a perifériás vérkenetből, illetve a csontvelőből) és a mielőbbi antimaláriás kezelés elkezdését. Kedvező tapasztalatokat szereztek a nagy dózisú vízhajtók és steroid adásával, a hagyományos gyógyszeres antiuraemiás kezelés mellett alkalmazott peritoneális dialízis kezeléssel. Betegeik többhetes komplex, intenzív terápiát követően normalizálódott vese, illetve májfunkciós értékekkel tértek otthonukba.

Acute renal failure in malaria infection. The authors describe the disease process and therapy of acute renal failure in 4 cases of patients suffering from Plasmodium falciparum malaria infection. The patients were admitted in hospital in the anuric stage of hypercatabolic acute renal failure presenting also severe icterus, hepatosplenomegaly and haemolytic uremic syndrome. The authors emphasize the importance of the early diagnosis of malaria from the peripheral blood film and the bone marrow smear and in consequence the early adequate antimalarial therapy. They obtained very good results in treating these patients with peritoneal dialysis together with the conventional conservative antiuremic therapy such as high dose of saluretic and steroid. After several weeks of this intensive and complex treatment their patients could return at home with normalized renal and hepatic functions.

A malária plasmodiumok okozta megbetegedés még ma is az egyik legelterjedtebb fertőzés a világon. A becsülhető évi másfél-kétmillió halálozást éppen a haemolysis, a cerebrális malária és az akut veseelégtelenség szövődményei okozzák. Malária endémiás területen atípusos betegség esetén mindig ki kell zárni a maláriafertőzés lehetőségét. Az intermittáló lázmenet megtévesztően hasonlíthat sok súlyos fertőzésre, betegségre, utánozhatja tüneteit: pl. hasi tályog, kala-azar, sepsis, endocarditis lenta, miliaris tbc stb. A turizmus kiszélesedésével, a munkavállalási lehetőségek bővülésével ma már bárki napokat vagy talán hosszú éveket tölthet malária endémiás területen, illetve annak közelében.

Az utóbbi tíz év során a hazai szakirodalomban nem számoltak be akut veseelégtelenséggel társult maláriafertőzésről. Többen foglalkoztak a maláriafertőzés okozta betegség epidemiológiájával, tünettárával, terápiájával és megelőzésével (1–3, 5–8, 11, 13, 15, 17).

Kulcsszavak: akut veseelégtelenség, malária, antiuraemiás kezelés, dialízis

*A Magyar Nephrológus Társaság 1989. október 21-én tartott ülésén elhangzott előadás nyomán

Orvosi Hetilap 132. évfolyam 6. szám

Munkánkban négy, Plasmodium malariae fertőzés okozta súlyos veseelégtelenséggel szövődött, emiatt dialízissel is kezelt beteg kórlefolását, kezelését ismertetjük.

Betegek és módszer

Súlyos, hyperkatabolikus akut veseelégtelenséggel, haemolysissal és mély icterussal lázas állapotban került felvételre a három fiú és egy fiatal férfi a Jemeni Arab Köztársaság sana'ái Al-Thawra Kórház nephrológiai, műveseosztályára. Minden esetben Plasmodium falciparum okozta a fertőzést, melyet egy esetben csak a sternumpunkció során nyert csontvelőből tudtunk kimutatni. A többi esetben a perifériás vérkenet vizsgálata igazolta a Plasmodium falciparum fertőzést. A két kis fiút diffúz oedemás állapot, a másik két beteget kifejezett exsiccosis jellemezte. Tudati állapotuk a somnolentia és a kóma között ingadozott. A következőkben foglaljuk össze a felvett betegek legfontosabb fizikális eltéréseit, leleteit.

1. Az öt éves fiúgyermek somnolens állapotban, icterussal, hepatosplenomegaliával került lázasan osztályunkra. A fontosabb laboratóriumi leleteit az 1. táblázatban tüntettük fel. Állapotára való tekintettel — diffúz oedema, tüdők felett pangásos szörcsözejelek, anuria — 120 mg furosemid iv. adása mellett azonnali peritoneális dialízist kezdtünk Stylet katéter segítségével. A haemolysis és a fenyegető agyoedema miatt steroidot adtunk 5 mg/tskg methylprednisolon dózisban. Icterusa és akut veseelégtelensége a 3. peritoneális dialízis után, felvételét követő

1. táblázat: A betegek felvételi laboratóriumi értékei

Életkor/nem		5 é. fiú	7 é. fiú	11 é. fiú	35 é. ffi	Norm. érték
HAEMOGLOBIN	g%	5,3	6,8	4,5	6,1	13,0 — 15,0
LÁZ	°C	39,2	38,9	40,3	39,6	< 37
KREATININ	μmol/l	691	945	872	464	≤ 120
UREA	mmol/l	27,5	29,3	32,5	31,4	≤ 7,2
SZÉRUM	Na	128	124	119	126	137 — 150
	K	6,1	6,8	7,3	5,6	3,5 — 5,3
	Ca	1,70	2,00	1,92	1,78	2,1 — 2,6
VIZELET	ml/nap	anuria	anuria	anuria	150	
BILIRUBIN	μmol/l	185	139	154	234	≤ 17
HAEMOLYZIS	+	+	+	+	+	0
GOT	U/L	454	679	721	890	≤ 40
GPT	U/L	714	841	1042	1542	≤ 36
ALK. FOSZF.	U/L	246	206	387	631	≤ 220

12. napon javulást mutatott. Vizeletmennyisége a 6. naptól kezdve fokozatosan emelkedett, gyakorlatilag naponta duplázódott. Eleinte sötét, haemoglobinuriás, proteinuriás vizelete fokozatosan felisztult, üledékében leukocytura, mikroszkópos haematuria és szemcsés cylinderek voltak. A harmadik hét végére normalizálódott vese és májfunkciós értéke, oedemái lecsapolódtak, haemolysise, icterusa megszűnt.

2. A hétéves fiút súlyos acidotikus (Basis excess: -18 mmol/l), mély icterikus, uraemiás kómában vettük fel.

Itt is az agyoedema megelőzését szolgálta a 200 mg furosemid iv. adása, és a peritonealis dialízis vízelvonással, ultrafiltrálással valamint 2×1 amp. Decadron adása. A negyedik peritonealis dialízis (PD) után, a 14. napon csökkentek uraemiás értékei, mérséklődött icterusa, haemolysise megszűnt. A második hét végén az anaemia korrekciója és a szérum elektrolitok egyensúlyának beállítása volt a cél a bal oldali, alsó lebenyt érintő nagy kiterjedésű bronchopneumonia gyógyítása mellett. Felvételét követő 31. napon rendeződtek vese és májfunkciós értékei. Ebben az esetben csak a sternumpunkció által nyert csontvelő vizsgálat igazolta a Plasmodium falciparum fertőzést.

3. A 11 éves fiú súlyos acidosis (BE: -24 mmol/l), uraemiás kómában, icterikus állapotban lázasan került osztályunkra. Állapotát exsiccosis, anaemia (Hb: 4,5 g/dl), hyperkaliemia és hypocalcaemia jellemezte. Az anuriás betegnél hepatosplenomegáliát észleltünk. Transfusio és káliummentes infúziók mellett peritonealis dialízist indítottunk. A megfelelő rehidráció és detoxikálás után a 10. napon indult meg a vizeletelválasztás, mely két hét alatt normalizálódott. A súlyos hypotoniás, hypovolaemiás állapotban eleinte dopaminos ($1 \mu\text{g}/\text{tskg}/\text{min}$) infúziókra szorult, melyekkel sikerült praeshockos állapotát megszüntetni. Az optimális hidráltóság elérése után (CVP-centrális vénás nyomásmérés kontrollja mellett) 80 mg/napi furosemid kezelést indítottunk. A felvételét követő 38. napon normalizálódott vese és májfunkciós értékekkel tudtuk otthonába bocsátani.

4. 35 éves férfi beteg a sikeres vesetranszplantációt követő hetedik héten jelentkezett somnolens állapotban. (Korábban glomerulopathiát követő veseelégtelenség miatt 14 hónapig dialízis kezelésben, majd Indiában, Bombayban cadaver vesével átültetésben részesült!) Felvételkor lázas állapot ($39,0^\circ\text{C}$) és exsiccosis társult az egy héttel korábban még normál vesefunkciót mutató, de jelenleg akut veseelégtelenségre jellemző értékekkel. A véreket itt is Plasmodium falciparum fertőzést igazolt. A hasi ultrasonographiás kép akut rejkciót nem mutatott. A minimális vizeletmennyiség napi 150 ml volt, melyben haemoglobinuriát, proteinuriát észleltünk. Többliteres megfelelő ion összetételű napi infundálás, transfusio után a 6. napon már egy liter feletti, felisztult vizeletet tudott adni. Emellett megszűnt az icterus, a haemolysis és jól kooperáló tudat jellemezte. Két hét után vesefunkciója normalizálódott, de szérum bilirubin értékei $24-36 \mu\text{mol/l}$ érték

alá nem csökkentek, a mérsékelt emelkedett májenzim szintekkel. A későbbi kontroll vizsgálat idején is hasonlókat észleltünk a bilirubinszintben és a májenzim koncentrációkban.

Minden betegünknek antimaláriás kezelést kezdtünk Chloroquinnal és emellett steroidot és nagy dózisu vízhatót adtunk. A három gyerek terápiájában peritonealis dialízist is alkalmaztunk (2. táblázat).

Megbeszélés

A malária plasmodium okozta betegség lefolyását az egyén ellenálló képessége és immunválaszának állapota határozza meg. Eseteinkben első fertőzésként jelentkezett az endemiás helyen lakó beteg Plasmodium falciparum okozta változó. Preventív gyógyszerelésben nem részesültek és mindegyikük fehér bőrű arab fiú, illetve férfi volt. A kontroll vörvizsgálatok alkalmával egyik esetben sem észleltünk maláriafertőzést, és a vesefunkciók is normalizálódtak.

A maláriafertőzéssel társulható klinikai tüneteket és laboratóriumi eltéréseket a 3. táblázatban foglaltuk össze.

A két kisgyereken az oedemás állapot mellett hypoproteinaemiát ($53,1-50,2$ g/l), hypoalbuminaemiát ($22,5-20,5$ g/l), hypercholesterinaemiát ($7,40$ és $6,9$ mmol/l) és a vizelet elválasztás megindulása után proteinuriát észleltünk ($6,5$ és $7,2$ g/l), mely csak albuminuria volt! Ezekben a nephrosisos esetekben immunkomplex okozta patológiai kórfolyamat is feltételezhető. Vizsgáltuk e gyereken a G-6-P-DH enzim defektust. Betegeinkben nem észleltünk G-6-P-DH deficienciát (2, 12).

A cerebrális érintettség, mely a tudatállapot változásával járt, de neurológiai göctünet nem társult hozzá, a láz, az ezt követő haemolysis csökkenésével, valamint a hidráltási állapot javulásával párhuzamosan csökkent, illetve meg is szűnt. Néhány napos intenzív kezelés után az együttműködés megvalósult, az antimaláriás kezelés orálisan is folytatódhatott. Az azonnali parenteralis, majd orálisan adagolt antimaláriás kezelés a parazitáit csökkentette, majd meg is szüntette. Eseteink között Chloroquin rezisztens megbetegedés nem fordult elő. Az irodalomban

2. táblázat: **Terápia**

Betegek	életkora neme	5 é. fiú	7 é. fiú	11 é. fiú	35 é. ffi
iv. 300—600 mg po: 4 x 500 mg Stilet katéter 20 l/die teljes vér		CHLOROQUIN PERITONEALIS DIALYSIS TRANSFUSIO	CHLOROQUIN PERITONEALIS DIALYSIS TRANSFUSIO	CHLOROQUIN PERITONEALIS DIALYSIS TRANSFUSIO INFUSIO	CHLOROQUIN HAGYOMÁNYOS KONZERVATÍV TRANSFUSIO INFUSIO PLASMA
80—200 mg/die		FUROSEMID	FUROSEMID	FUROSEMID DOPAMIN 1 µg/tskg/min STERIOD	FUROSEMID
5 mg/tskg 2—4 x 1 mg		STERIOD DECADRON	STERIOD DECADRON		STERIOD CYCLOSPORIN A 0,5 ml 2x/die
2 x 10 ml/die		CALCIUM GLUCONICUM	CALCIUM GLUCONICUM	CALCIUM GLUCONICUM	CALCIUM GLUCONICUM

3. táblázat: **Plasmodium malarie okozta klinikai tünetek és laboratóriumi eltérések**

PARASITA AZ ERYTHROCYTÁKBAN PERIFÉRIÁS VÉRKENET CSONTVELŐ — STERNUM PUNKTÁTUM INTRAVASCULARIS KOAGULÁCIÓ ALVADÁSI FAKTOR ELTÉRÉSEK MEGNYÚLT PROTHROMBIN IDŐ THROMBOCYTOPENIA FIBRIN DEGRADÁCIÓS TERMÉKEK INTRAVASCULARIS HAEMOLYSIS G—6 —P— DEFICIENCIA GYÓGYSZER OKOZTA KATEKOLAMIN EFFEKTUS ENDOTOXAEMIA	LÁZ, HIDEGRÁZÁS HAEMOGLOBINURIA PROTEINURIA ICTERUS — HAEMOLYSIS CHOLESTASIS HYPERKATABOLIKUS — AKUT VESEELÉGTELENSÉG OLIGO — ANURIA HYPO — HYPERNATRAEMIA HYPO — HYPERKALIAEMIA HYPOCALCAEMIA HYPOPHOSPHATAEMIA HYPOVOLAEMIA — OEDEMA
--	--

frt vénás chinin adásával nem szereztünk tapasztalatokat (15, 16). A gyerekek eseteiben a Magraith sémának megfelelően, míg a felnőttek megbetegedéseiben az irodalomban elfogadott Chloroquin dózisokat adtuk (12, 14, 15). Az összdózisban alkalmazott 9000 mg Chloroquintól szövődményt nem észleltünk. Az ismételt vérkenetek vizsgálatakor már nem észleltünk parazitaemiát.

A hidrátsági állapot rendezése részben az ionogram és a sav-bázis egyensúly korrekciója alapján, valamint centrális vénás nyomás mérés után nagy véna katéter segítségével történt.

Steroidot minden esetben adtunk: részben az agyoedema megelőzése, illetve nem specifikus gyulladáscsökkentő, membrán stabilizáló hatása miatt, szövődménymentesen.

Az oedemás esetekben mindig, illetve az exsiccált beteg optimális hidrátságának elérése után 80—200 mg/die furosemid kezelést alkalmaztunk. A megfelelő kalória bevitel (cukor infúzió-insulin sc.), valamint a gondos intenzív obszerválás szerves részét képezte a komplex terápiának. A hagyományos, konzervatív gyógyszerelés — antiuraemiás terápia elégtelenségekor, valamint életveszélyes tünetek esetén pl. agy és tüdő oedema jelentkezésekor peritonealis dialízist kezdtünk el. Minimális heparinnal, Stilet katéter segítségével, napi 20 literes átmosással végeztük a detoxikálást, ion és savbázis rendezést, valamint vízelvonást is eredményező dialíziseket.

A peritonealis dialízis alkalmazására más lehetőség hiányában szükségszerűen került sor. Nem rendelkezünk gyermek részére kapilláris-művesével és hozzá való szerelékkel. Egyes szerzők a heparin adását hangsúlyozzák a megváltozott intravaszkuláris koagulációs zavarok miatt (12, 15). Eseteinkben külön heparin adására nem került sor, thrombotikus szövődményt nem észleltünk.

Az intraperitonealisan alkalmazható antibiotikumok adásával a kísérő gyulladáshoz folyamatokat (bronchopneumonia, húgyúti infekció stb.) jó hatásfokkal kezelhettük. A szemszintetikus penicillin, cephalosporin — 2, és 3. generációs — készítmények lényegesebb korlátozás nélkül adhatók a súlyos vese- és májelégtelességgel társult esetekben.

Az anaemiát, mely a haemolysis következménye volt, sajnos a lehetőségek korlátozott volta miatt teljes vértransfúziókkal tudtuk mérsékelni. A plasma adásakor allergiás reakciót nem észleltünk.

A többhetes komplex, intenzív terápiával kedvező tapasztalatokat szereztünk a Plasmodium falciparum fertőzést követő súlyos haemolississal, hyperkatabolikus akut veseelégtelenséggel szövődött anuriás, hyponatraemiás, hyperkalaemiás, hypocalcaemiás, icterussal társult betegek állapotának kezelésében.

IRODALOM: 1. Bánhegyi D., Várnay F.: Plasmodium falciparum chloroquin érzékenysége vizsgálata. Orv. Hetil., 1985, 126, 1769—1772. — 2. Friedman, M. J.: Oxidant damage mediates

variant red cell resistance to malaria. *Nature*, 1979, 280, 245—247. — 3. *Hertelendy, F., Tóth, M., Fitch, Coy D.*: Malaria enhances cyclic AMP production by immature erythrocytes in vitro. *Life Sci* 1979, 25, 451—456. — 4. *Indraprasit, S., Charoenpan, P., Suvachittanont, O. et al.*: Continuous peritoneal dialysis in acute renal failure (ARF) from severe falciparum malaria (abstr). *Proc. 3rd Asian-Pacific Congr. Nephrol.* Singapore, 1986, p-250. — 5. *Jankó M., Flóró L.*: Magyar állampolgárok által importált malária esetekkel kapcsolatos tapasztalatok. *Med. Univ.*, 1984, 17, 323—325. — 6. *Kapronczay K.*: Harc a malária ellen. *Egészségügyi Munka*, 1984, 31, 78—85. — 7. *Learnmouth, A. T. A., Hunt, J.*: Probabilities in the malaria cycle a graphic presentation. *Georg. med.*, 1980, 10, 12—19. — 8. *Lapos T.*: A malária elleni küzdelem múltja, jelene és jövője. *Parasitologia hung.*, 1981—82, 14, 13—16. — 9. *Lumlergtul, D., Keoplung, M., Stiprija, V. et al.*: Furosemid and Dopamine in malarial acute renal fai-

lure. *Nephron*, 1989, 52, 4044. — 10. *Magyar I., Petrányi Gy.*: A belgyógyászat alapjai. *Medicina*. Budapest, 1986, 254. — 11. *Ringelhann B.*: A malária betegség újraéledése. *Orv. Hetil.*, 1983, 124, 1171—1179. — 12. *Sitprija, V.*: Nephropathy in falciparum malaria. *Kidney Intern.*, 1988, 34, 867—877. — 13. *Szklendrik Gy., Takács M., Lukács Gy.*: A trópusi maláriáról. *Honvédtovos*, 1979, 31, 233—240. — 14. *Várnay, F.*: Malária — újabb adatok és feladatok. *Orv. Hetil.*, 1984, 125, 251—260. — 15. *Várnay F.*: Trópusi betegségek. *Medicina*, Budapest, 1987, 238—267. — 16. *White, N. J., Looareesuwan, S., Warrell, D. A. et al.*: Quinine pharmacokinetics and toxicity in cerebral and uncomplicated falciparum malaria. *Amer. J. med.*, 1982, 73, 564—572. — 17. *Zulik R., Nemeskéri M.*: Malaria tertiana — a prevenció problémája. *Orv. Hetil.*, 1981, 122, 99—100.

(Lőcsey Lajos dr., Debrecen, Pf. 19. 4012)

AUROBIN KENŐCS

OSSZETETTEL: 40 mg prednisolonum capronicum, 300 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

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

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

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

ALKALMAZÁS: Az érintett területet naponta 2—4 alkalommal kell vékonyan bekenni. Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbébe juttatni naponta 2—4 alkalommal. A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

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

FIGYELMEZTETÉS: Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges. Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő. Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezelésről.

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

CSOMAGOLÁS: 20 g-os tubusban.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

A rendezvények és kongresszusi híryanagok leadásának határideje a lap megjelenése előtt 40 nap, a 9 hetes nyomdai átfutás miatt.
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Medicina Könyvkiadó Vállalat

Az Orvosi Hetilap után leghosszabb életű szakfolyóirat, a Gyógyászat, 1861 és 1944 között jelent meg, megszakítás nélkül. Sajátságos, de egyáltalán nem szokatlan meggondolásból: ugyanis a *Markusovszky* mellett szerkesztő inaséveit töltő *Poór Imre* dermatovenerológus tanár egyszer csak rájött, hogy két éles toll nem fér egy redakcióba. 1859-ben még közösen írták: „mi egyedül állunk... valamely szakmának vagy iránynak lapunkat nem szentelhetjük, nekünk az egyetemes honi és külföldi orvosi tudományt egyaránt kellene képviselnünk!” (1) Továbbá ígéri, hogy főleg a *pesti és egyetemek kórodai előadásait, tapasztalatait* fogják publikálni, s a haza nem magyar ajkú orvosainak a cikkét is szívesen ismertetik. „Alólirottak ketten egyesültünk az Orvosi Hetilap szerkesztésére, dr. Markusovszky Lajos és dr. Poór Imre.” (1) Alig egy év múltán, vagyis 1860. dec. 10-én Poór kivált a szerkesztésből és *Gyógyászat* címmel új lapot indított,

sem kizárva. Mit ír ezek után Poór tanár a Gyógyászat szükségességének a megindoklására? „*Fő feladata lesz az orvosi tudománynak mind, de kivált a belgyógyászatot anyanyelvünkön művelni... honfias indulattal a haza oltárára hordogatni.*” (2) De nem ám „*kozmpoliticus közönnyel*”, miként a szerinte aulikus Markusovszkyék. Ilyen irritáló start után meg kell mondjuk, hogy a két lap lassan korrektül feleselő partnerré szelődött. A Gyógyászat igyekezett lépést tartani az Orvosi Hetilappal; id. *Bókai János*, *Fodor József*, *Hőgyes Endre*, *Scheuthauer Gusztáv*, *Thanhoffer Lajos* és *Than Károly* professzorok egyaránt szívesen írtak a „konkurens” lapba, a külföldi hírességek közül *Virchow*, *Charcot*, *Nothnagel*, *Traube* és *Wunderlich* nevét is megtaláljuk, hogy csak a leghíresebbeket említsük. Poór eredeti belterjes terve tehát alaposan megváltozott, a Gyógyászat sokkal több külföldi szerzőt szerepeltetett, mint a Hetilap, amely elsősorban idegen nyelvű könyvekről közölt recenziókat.

Poór szerkesztői munkatársa 1865-ig *Nékám Sándor* volt, 1872-ig egyedül végezte a nem könnyű munkát. Majd 1873–1878 között *Kövér Gábor* a munkatársa, 1874-től *Dulácska Géza* a szerkesztő-kiadó, Poór a szerkesztőtulajdonos. Az 1886. átmeneti év, a laptulajdonos: Poór Imre, szerkesztő-kiadók: *Dulácska Géza* és a főmunkatárs: *Szénásy Sándor*, 1887-től viszont *Kovács József* sebész professzor a laptulajdonos, a szerkesztő-kiadó: *Schächter Miksa*, a főmunkatárs: *Szénásy Sándor*. Ezt a tisztséget látta el három évtizeden át, s amikor 1917-ben elhunyt a feddhetetlen jellemű és csillogóan okos *Schächter Miksa*, *Szénásy Sándor* lett a felelős szerkesztő, laptulajdonos: az elbúcsúztatott barát örökösei, főmunkatársak: *Lévy Lajos* (Krúdy Gyula orvosa) és *Mohr Mihály* magántanárok. Nem sokáig tartott a felelős szerkesztői státusz, mert a proletárdiktatúra évében barátai tanácsosabbnak látták levenni nevét a lap éléről (3), egyrészt szerény földbirtoka, másrészt végzetessé váló betegsége miatt. A következő évben már gyászkeretes neve került a veszteséglistára, a „boldog békeidők” egyik utolsó lovagjaként.

„*Szénásy Sándor* Nagy-Abonyban született 1850-ben. Orvosi tanulmányait a budapesti egyetemen végezte, ahol 1874-ben orvosdoktorrá, majd sebészdoktorrá és szülésmesterré avatott.” (4) Olvashatjuk a *Hőgyes-féle Milléniumi Emlékkönyv* 800. oldalán. Évfolyamtársa volt *Tauf-fer Vilmos*, akihez haláláig szoros baráti szálak fűzték. Ugyanekkor végzett *Dollinger Gyula* is, ám *Szénásy* aktív sebész korában annyira *Kovács József* tanítványának vallotta magát, hogy ez önmagában kizárta a véle egyidős ifjú kirurgus titánnal történő minden közösséget. Karrierje szépen indult, 1878-ig a *Rókus Kórház* sebészeti osztályán előbb segéd-, majd alorvos, 1879-ben pedig átkerült az I.

GYÓGYÁSZAT

AZ ORVOSTUDOMÁNY

HAZAI ÉS KÜLFÖLDI FEJLŐDÉSENEK, KÜLÖNÖSEN AZ ORVOSI GYAKORLATNAK KOZLÓNYA.

MELLÉKLETEI

„HONVÉDORVOS” ÉS „MEDIKUS”.

SZERKESZTŐ-KIADÓ:

SCHÄCHTER MIKSA dr.
KÖVETKEZŐ MAGÁNTANÁR.

FŐMUNKATÁRS:

SZÉNÁSY SÁNDOR dr.
KÖVETKEZŐ MAGÁNTANÁR.

ÖTVENHARMADIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST

FRANKLIN-TÁRSULAT KÖNYVTÖRŐJE.
1912

noha a Hetilapnak nemcsak egyenjogú társszerkesztője, de a bőr- és bújakórtan fő referense is volt. Mindez még nem lenne önmagában furcsa, elvégre két lap több szerzőnek, eltérő irányzatoknak tud teret biztosítani egymás bírálatát

sz. Sebészeti Klinika kötelékébe. Igazgató a „magyar narkózisról” híres, még inkább hírhedt Kovács József professzor volt, aki briliáns operatőrnek számított. Szénásy tanársegéd összesen 8 évet töltött a tanszéken, ahol az álképletek szakértője lett. Az Orvosi Hetilap 1884. évfolyamában jelent meg egy sorozata az álképletek kóriszmészéséről, mint klinikai panoptikumba illő kazuisztikus gyűjtemény (5). Álképletek körébe sorolták a teljesen jóindulatú zsírdaganatoktól az abszolút malignus melanomáig terjedő elváltozásokat, mert külön onkológia akkor még nem létezett. Beleértve a fekélyeket is, melyek minél inkább egyenetlen szélűek és mentől jobban kapaszkodnak környezetükbe, a rosszindulat annál valószínűbb. Mint megfigyelték, a nyálkahártyabőr átmeneteknél (pl. ajak és végbél) gyakoribb a kancerózus elváltozás, férfiaknál az alsó, nőknél a felső ajak rákja, s nem találtak rá magyarázatot. Az idült gyulladások, mint szifilisz és bőrfarkas természetesen más lapra tartoznak, mert ha a kórokozókat nem is, de a klinikumot igen pontosan tudták elkülöníteni. Nemcsak a látható részekben, hanem az emésztőcsatornában, vagy légzőszervekben megjelenő rákos álképletet, vagy a regehártyából kiinduló gliomát is elég jól diagnosztizálták, csak a beavatkozásnak szabott határt a zárt test-üreg. Márpedig Kovács tanár *nem volt a radikális műtétek híve*. Így a Hetilapban megjelenő illusztrált sorozat afféle képes diagnosztikai panoptikum maradt. Az ígéretes jövőjű sebész az új folyóiratában is a daganatokról értekezett (6), az álképleteket természetesen górcső alatt is megvizsgálták, hisztopathologiai leírásuk is figyelemre méltó. Szénásy Sándort 1889/90-ben a *sebészeti eszköz- és köttan* magántanárává képesítették (7), és nem 1888-ban, ahogy az a Hőgyes-könyvben olvasható. E tárgykörből tartotta előadásait heti három órában, míg ki nem nevezték 1892-ben a fővárosi *szegényház* műtőorvosává. Szívesen vállalta, hiszen idejének jelentős részét lekötötte 1887-től a Gyógyászat, majd 1888-tól a mellékletként megjelenő „*Honvédorvos*” (későbbi főmunkatársa Ferenczi Sándor), 1898-tól pedig a „*Medikus*” periodikus kolligátuma.

A kinevezett munkakörben nem sokáig maradt, a kilencvenes évektől a fővárosban már csak szerkesztőként tevékenykedett. Unokaöccse szerint volt ebben sértődés is (8), ám anyagi háttere birtokában vállalhatta a rezignációt: édesapjától a járszági *Tiszaszűly* falu határában tetemes birtokot örökölt, s afféle Jókai-figuraként élte az „új földesúr” életét. Az egyik majorban rendelőt rendezett be, hogy a szegény betegeket ingyen kezelhesse, hogy együtt lélegezzen a föld népével. A birtokos mentalitás nem volt akkor idegen a kar legnevesebb orvosprofesszoraitól sem. Kovács József tanár pl. a Pest megyei *Erdőtelek* határában vett birtokot, oda járt ki gazdálkodni, *Tauffer* Vilmos pedig a közeli *Sűlyás*p mellett ízelgette szabad óráiban a mezőgazdász életformát (8).

Történt egyszer, hogy Kovács tanár a sebész garnitúrájával csikót herélni vonult ki a tanyára, lege artis teljesen aszeptikus körülmények között, ismervén, hogy a lovak hashártyája mennyi-

re érzékeny a fertőzésekre. A „fővárosi műsorra” összegyűlt a tanya apraja-nagyja, akik között csak a helybeli öreg herélő-meskároló mester csóváltatta hitetlenül a fejét. „Nem lesz az így jól, nagyságos uram, mert *cserpecsik* nélkül nem lehet csikót herélni”, jelentette ki világosan. „Hát az mi az isten csudája” — kérdezte a tudós professzor. Kiderült, hogy egy kettéhasított és egymásba szorítható fadarab, mely a Bar-féle köldökkapocshoz hasonlóan leszorítja a csframirigyeket ellátó hárttyákat, vezetéket és ereket. A történet szerint (8) a steril kasztrálás sikerült, a csikók azonban nem éltek túl. A professzor többé nem operált méncsikót, ráhagyta a herélőmesterre, aki *cserpecsik* segítségével azt veszély nélkül végezte.

Ha Kovács és *Tauffer* tanárok ilyen szenvedélyes gazdák voltak, nem csodálható, ha a szerkesztő főmunkatárs Szénásy Sándor még otthonosabban érezte magát az alföldi tanyavilágban, ahol bőven akadtak *kissebészeti* teendői, a környékbeli kollégák szívesen vették igénybe tanácsait és segítségét. Szaklapokba többé nem írt, de főmunkatársi minőségében megmaradt. A *Honvédorvos*t, a „hazai katonai orvosi intézmény tudományos és társadalmi érdekeinek közlönyét” viszont mindvégig ő szerkesztette, amelyik az 1905-ös *japán—orosz* háborútól a *francia—marokkói* háborúig mindenről beszámolt. E lap közölte első között az orosz katonai orvos Weressajev beszámolóját, amely harctéri naplóként később könyv formájában is megjelent (9, 10). Pár év múlva sajnos sem Távol-Keletre, sem Afrika-közelbe nem kellett menni, a világháború több „*Honvédorvos*” kitöltött volna. Ezek a derék „békebeli” emberek sejtették, hogy *valami végérvényesen elmúlt*. *Tauffer* Vilmos is eladta belterjesnek szánt, ám veszteségesnek bizonyult süllyási birtokát, Kovács professzor pedig, aki valamikor még *Erzsébet* királynét is megoperálta egy kisebb tállyoggal Gödöllőn (8), és aki bécsi könyvekbe írt felkérésre fejezetet a kómorzsolásról, halála után a maradi sebészet jelképe lett. Pedig nem volt az, tanítványai: Báron Jónás, Schächter Miksa, Prochnov József, Makara Lajos és Szénásy Sándor bizonyították. Tőle tanult operálni Dollinger Gyula is.

Szénásy Sándor több mint 30 évig volt a Gyógyászat főmunkatára, ugyanaddig a *Honvédorvos* főszerkesztője. Száznegyven esztendővel ezelőtt született és hét évtizede nincs az élők sorában. Az orvosdinasztia terebélyesedett Szénásy család első ismert tagja ő, szakfolyóiratok fejlecében szereplő egyéniség, aki hamar lemondott szerzői jogáról, hogy másokat részesítsen annak örömeiben. A szegények orvosa, a szentülés szándéka nélkül. Szívesen idézzük fel színes személyiségét.

IRODALOM: 1. Orvosi Hetilap, 1859-es évfolyam. — 2. Gyógyászat, 1861-es évfolyam. — 3. Gyógyászat, 1920-as évfolyam. — 4. *Hőgyes Endre*: Millénium Emlékkönyv, Bp., 1896. — 5. Orvosi Hetilap, 1884-es évfolyam. — 6. *Gyógyászat*, 1887-es évfolyam. — 7. *Győry Tibor*: Az orvostudományi kar története 1770—1935. Bp., 1936. — 8. id. Szénásy József visszaemlékezései, kézirat. A kéziratért Dr. Szénásy József tanár úrnak tartozom köszönettel. — 9. Az orosz hadsereg züllése az orosz—japán háborúban. Bp. Lampel? — 10. *Weressajew, W. W.*: Bekentnisse eines Arztes (Th. Brugsch előszavával) Berlin, 1960.

Szállási Árpád dr.

A pszichiátriai betegek művészetével foglalkozó munkák közül még ma is kevés jelenik meg olyan a világon, amely ne hivatkozna a volt pécsi Ideg-Elmeklinika adjunktusának, Jakab Irénnek, 1956-ban az *Akadémiai Kiadónál* francia és német nyelven megjelent monográfiájára, illetve a kreativitással és annak pszichopathológiai vonatkozásaival foglalkozó későbbi tanulmányaira. Áttekintésünk célja egyrészt feleleveníteni a magyar orvostörténet egy kiemelkedő, ma is kreatív alakjának munkásságát, másrészt a történeti horizontok összeolvasztásával egy olyan hermeneutikai tradíció-felfogás kialakítása, amely lehetővé teszi az életműhöz való eleven kapcsolatot, annak integrálásával gazdagabb kutatói identitás kidolgozását.

Jakab Irén 1919. július 15-én született Nagyváradon. Középiskoláit a nagyváradi *Notre Dame de Sion* intézetben végezte, majd 1937 szeptemberében tett érettségi vizsgát. 1938-ban iratkozott be a kolozsvári I. Ferdinánd Egyetem orvostudományi karára, majd tanulmányait 1940 és 1943 között a kolozsvári *Ferencz József* Tudományegyetemen folytatta. 1942-ben ideg-elmegyógyászatból egyetemi pályadíjat nyert el „*A serdüléssel elmezavar coma és görcskezeltetésének eredményei*” című pályamunkával. 1944. szeptember 1-től 1947. szeptember 1-ig a kolozsvári *Ferencz József* Tudományegyetemen, illetve a kolozsvári Magyar Tudományegyetemen, illetve a Bolyai Tudományegyetemen, ezek ideg-elmegyógyászati klinikáján díjas gyakornoki állást töltött be. 1947-ben *Környey* Istvánnal kerül a Pécsi Tudományegyetem Ideg-Elmeklikájára, először tanársegédi, majd adjunktusi munkakörbe. *Környey Miskolc*z idegklinikájáról és egy, azt követő rövid marosvásárhelyi tartózkodás után kerül a Pécsi Ideg-Elmeklikára és 1972-ig vezeti azt.

1947-ben lélektan—filozófia és nevelés szakból „cum laude”, 1948-ban lélektan, pedagógia és általános irodalomból „summa cum laude” doktorrá avatták. 1950-ben elmeszakorvosi, 1951-ben ideggyógyászati vizsgát tesz a Pécsi Orvostudományi Egyetemen.

Jakab Irén pécsi munkásságát áttekintve komplex tudományos tevékenység tárul elénk. A Pécsi Ideg-Elmeklikára kerülése és 1959-es külföldre távozása közti időszak alatt, a később részletesen tárgyalandó monográfiája mellett, a neuropszichiátria, a gyermekpszichiátria és a neuropathologia területéről közöl tanulmányokat. Foglalkozott a *Wilson—Westphal—Strümpell*-szindróma patológiájával, a *Heller*-féle dementiában jelentkező aphasiával, gyerekkori intracranialis daganatok klinikumával, valamint gyerekek intelligencia vizsgálatával. Dolgozatot közöl *prefrontális* lobotómián átesett *schizophren* betegek intelligencia és *Rorschach* vizsgálatáról. A környezeti hatásoknak a gyerekkori neurózisokban játszott szerepéről született dolgozata, valamint a *schizophren* betegek *hallucinációinak* képi kifejeződéséről írt tanulmánya átvezet —

témánkat érintő — monográfiájának részletes ismertetéséhez.

A franciául „*Dessins et peintures des alienes*”, németül „*Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken*” címmel, 1956-ban kiadott monográfiájában *schizophren*, *mániás-depressziós* és *alkoholos hallucinózisban* szenvedő betegek rajzait, festményeit elemzi. A kötet szervesen illeszkedik a pszichopathológiai indíttatású művészet kutatásának európai, leginkább *Prinzhorn*, *Pfeiffer*, *Bader*, *Volmat*, *Navratil* nevével fémjelzett, leíró, fenomenológiai irányába. Feldolgozásában a manifest és latens tartalom összefüggéseinek elemzése, a kompozíció, a stílus, valamint a formális vonatkozások (színek, tér, arányok) analízise szerepelt. A képek formai elemzésében *Martyn Ferenc* pécsi festőművész volt segítségére.

Felfogása szerint az elmebetegek alkotásai abszolút értelemben vett *identikus* művek, mivel keletkezésük mögött a betegek azon vágya húzódik meg, hogy a rajzon és festményen keresztül megtalálják az *elvesztett realitással való kapcsolatot*. Ezek a művek, felfogása szerint, az orvos számára vallanak, bennük a betegség számos mozzanata pontosan követhető. Az Én integritásával kapcsolatban a *vonalvezetés* sajátosságait emeli ki. Számos példával bizonyítja, hogy a *dezintegráció* a vonalak eltűnése alapján felismerhető, míg az *éles, határozott vonalak a restitúció* szakaszát jelölik. Vizsgálatai szerint az arányokkal és a mozgással kapcsolatos jegyek az elmebetegek művészetét a *népművészeti* ábrázolásokkal rokonítják. Úgy találja, hogy ezek a művek nem tekinthetők műalkotásoknak, hanem természetes műtárgyaknak kell őket tartanunk, hasonlóan a gyermekrajzokhoz és a primitív ábrázolásokhoz.

Értékes része monográfiájának az *alkoholos hallucinózisokat*, illetve a betegségben szenvedő páciensek képzőművészetét tárgyaló rész. Az ismertetett rajzok vizuális érzékszálódások élményét tükrözik, amely különleges pszichopathológiai jelentőségű tény, mivel klinikai tapasztalatok szerint a kórkép tünettanát akusztikus érzékszálódások dominálják. Az élménykört áttekintve Jakab örökök, természetfeletti lények ábrázolását emeli ki. Monográfiájának áttekintése során, nem lehet célunk valamennyi lényeges eredményének ismertetése, csupán a legkarakterisztikusabb szempontok ismertetésére törekedünk.

A kötet megjelenése igen nagy feltűnést keltett, többek között ennek eredménye volt 1957-es franciaországi, németországi és ausztriai útja. Az ezen út során tartott előadások sikerét bizonyítja, hogy 1957 októberében a párizsi *Société Medico-Psychologique* tagjai közé választotta. Az I. világháború óta ő volt az első, akit ez a kitüntetés ért. Mint *Környey* Istvánnak — a klinika akkori igazgatójának — *Huth* Tivadar rektorhoz írott leveléből tudjuk, útjának eredményeként felkérték, hogy az említett társaság folyó

iratában referálja a magyar elmekórtani irodalmat, amelyről addig francia szaklapokban egyáltalán nem jelentek meg ismertetések.

Újabb utazása 1959-ben a már említett párizsi társaság meghívására történik. A párizsi egyetem bölcsészjeinek elismerése mellett, levelében elismerően nyilatkozott a pszichopathológiai művészet kutatásának két nagy európai személyisége, Bader és Volmat is. 1959-es útja során Svájcban maradt, majd később Franciaországban és az Egyesült Államokban dolgozott, jelenleg Pittsburghben él. Érdeklődése egyre inkább a kreativitás pszichoanalitikus megközelítése és az art-terápia felé fordult, izgalmas közléseket tett közzé mentálisan retardált gyermekek művészetterápiás megközelíthetőségéről s pszichotikusok önki-fejező építkezéséről.

Megjegyzés: Terjedelmi és arányossági szempontok miatt, közleményünknek nem lehetett célja sem az életmű, sem a vizsgált korszak teljes közlésanyagának bibliografikus feldolgozása, csupán témánk leglényegesebb pontjaira vonatkozó írásait idéztük. Jakab Irénnek — az irodalomjegyzékben nem idézett — egyéb munkáival kapcsolatban, a szerző, az érdeklődő rendelkezésre áll.

IRODALOM: 1. Bader A.: Levél Jakab Irénhez. 1959. II. 1. — 2. Hárdi I.: A dinamikus rajzvizsgálat. Medicina. 1983. Bp. — 3. Jakab I.—Környey I.: Contribution à la pathologie de la maladie de Wilson-Westphal-Strümpell. Mschr. Psychiat. Neur.

1948, 116, 4, 193—223. — 4. Jakab, I.: L'aphasie dans la démence infantile de Heller. Encéphale. 1950, 39, 220—235. — 5. Jakab, I.: Les résultats des examens à l'aide de tests d'intelligence et du test de Rorschach chez les malades lobotomisés. Encéphale. 1950, 39, 482—499. — 6. Haberland K.—Jakab I.: Gyermekkori intracranialis daganatok. Ideggyógy. Szle. 1954, 7. Mell. 121—125. — 7. Jakab I.: A pécsi gyermekpszichiátriai és neurológiai rendelés két éves működésének beteganyaga. Orv. Hetil. 1955, 96, 1206—1210. — 8. Jakab, I.: Dessins et peintures des aliénés. Analyse au point de vue psychiatrique et artistique. Conseils artistiques: François Martyn. Akadémiai Kiadó. 1956, Bp. — 9. Jakab I.: Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken. Akadémiai Kiadó. 1956, Bp. — 10. Jakab I.: A rajzolás gyermekpszichiátriai jelentősége. Ideggyógy. Szle. 1956, 9, 79—84. — 11. Jakab I.: A környezethatás és az időleges kapcsolatok szerepe a gyermekkori neurosisok kialakulásában. Orv. Hetil. 1957, 98, 678—681. — 12. Jakab, I.: Expression graphique des hallucinations schizophréniques. Ann. méd.-psychol. 1959, 117, 1—24. — 13. Jakab, I.: Creativity and Mental Illness. Bull. of the Menninger Clinic. 1979, 43, 365—378. — 14. Jakab, I.: The healing power of the image. Japanese Bulletin of Art Therapy. 1985, 16, 65—72. — 15. Jakab, I.: Imaginary Dwellings. Confin. Psychiat. 1978, 21, 73—91. — 16. Környey, I.: Levél Huth Tivadar Rektor Úrhoz. 1958. XII. 20. Klin. iktatási szám: 235/1958. — 17. Magyar Ideg és Elmeorvoslati Bibliográfia (1945—1960). Össz. Dr. Hárdi I. és dr. Háriné dr. Saághy Margit. Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ. 1960. Bp. — 18. Pickford, R. W.: Studies in psychiatric art. Thomas, Springfield, 1967. — 19. Volmat, R.: Levél Jakab Irénhez. 1958. VI. 10.

Tényi Tamás dr.

NIZORAL

krém

(Ketoconazolum)

2%

HATÓANYAG: 0,4 g ketoconazolum 20 g 0,2%

natrium sulfurosum anhydricum tartalmú, vízzel lemosható kenőcsben. HATÁS: A ketokonazol szintetikus imidazolszármazék. Széles

hatásspektrumú gombaellenes szer, amely a gombák sejtmembrán anyagcseréjét (ergoszterol szintézis) támadja meg, ezáltal megváltozik a membrán permeabilitása, a sejt nem tud tovább osztódni. JAVALLAT: Minden bőrmikózis, melynek kórokozója: — dermatofitonok (pl. Trichophyton- és Microsporum-fajok, Epidermophyton floccosum) — sarjadzógombák (Pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajok) — Malassezia furfur (Pityrosporum orbiculare) A kezelésre reagáló kórképek: Mycosis superficialis, erosio interdigitalis, intertrigo mycotica, intertrigo psoriatica, ekzema mycoticum, pityriasis versicolor. ELLENJAVALLAT: Ketokonazol túlérzékenység. A szem kezelésére nem alkalmazható. Bár a bőrön át felszívódása jelentéktelen, terhességben és szoptatás esetén a várható előny és a lehetséges kockázat mérlegelésével adható csak. ALKALMAZÁS: A fertőzött bőrfelületet és környékét általában naponta egyszer, súlyosabb esetben kétszer bekenni. A kezelést tünetmentességig, illetve azután még néhány napig folytatni kell. A sikeres kezelés várható időtartama: — dermatofitonok okozta bőrmikózis esetén 3—4 hét; — bőrkandidiázis, pityriasis versicolor esetén 2—3 hét; — Tinea pedis esetén általában hosszabb, 4—6 hét. Ha 4—6

hetes kezelés után sem számottevő a klinikai javulás, akkor újból diagnosztizálásra van szükség. MELLEKHATÁS: Bőrvörösség, égő, csípő érzés; átmeneti erythema előfordulhat. Erős bőrkütes, dermatitis, illetve egyéb allergiás reakció fellépése esetén a kezelést abba kell hagyni. FGYELMEZTETÉS: Nátrium hiposzulfit tartalma miatt szulfita érzékeny — elsősorban asztmás — betegek-nél esetleg allergiás típusos reakciót válthat ki. A beteg figyelmét a higiénés előírások betartására fel kell hívni. CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

A Janssen Pharmaceutica, Belgium
licence alapján gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár — Budapest

CORDAFLEX[®]

filmtabletta
koszorúér-tágító, antihypertensivum



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 ér-ellenállást. 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 sinusszindróma. 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, acrpír, boka-duzzadás, melegségérzés, szédülés, émelygés, fáradtság, palpáció, ritkán hasmenés.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK

- Antihipertenzív szerek, béta-receptor-blokkolók és H_2 blokkolók hatását erősítheti, illetve kiégyesítheti.
- 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 koronária betegségekben szükséges más antianginális szerek adása is. Rohamok esetén nitroglicerin mellett béta-receptor-blokkolók alkalmazása ajánlatos. Szívglükózidok a Cordaflex-kezelés alatt is szedhetők.

Állatkísérletekben — bár a humán dózis sokszorosában — teratogén és fótotoxikus. 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



FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Neurológia

Az epilepsia gyakorisága, fölöstása, spontán lefolyása és öröklődése. Shorvon, S. D. (Institute of Neurology, Queen Square, London, UK): Lancet, 1990, 336, 93.

A szerzők az epilepsia (e.) gyakoriságát 1,5 és 30 ezrelék között adják meg, de a WHO adatai szerint a populáció 2–5 %-ának van életében legalább 1 epileptiformis roham. Ebbe nem számítják bele a mintegy 5 %-nyi lázas convulsiót. A rohamok leggyakoribbak újszülötkorban, legkritikábbak fiatal felnőttekben, idősekben számuk ismét növekszik.

A kórképet igen sokféle szempont szerint sorolták be, ma legelfogadottabb a rohamtípus alapján történő és a syndromatológiai beosztás. Spontán lefolyását nem ismerjük, hisz jóval a modern vizsgálati eljárások bevezetése előtt 1857 óta ismert a bróm-therápia.

Az epilepsia nem egységes kórkép, ezért prognózisa csoportonként igen változó. Globálisan kb. 50 %-ra tehető a gyógyszer nélkül tartósan rohammentesek száma. További 20 % válik gyógyszerrel mentessé és 30 % marad resistens. Elfogadott, hogy a betegség korai szakában megkezdett kezelés kilátásai jobbakk. Ennek ellentmond bizonyos mértékig, hogy az e. jó vagy rosszindulatú volta kezdettől meghatározott és utóbbiak szükségképpen tartós kezelésre szorulnak.

Öröklődése változó. A primer generalizált csoportban az arány magas (valószínűleg autosomalis domináns kórképfüggő penetrációval, bár polygen öröklődés sem zárható ki). Itt is van további megoszlás. Így pl. a juvenilis myoclonus e. gén locusa a 6-os chromosomán van, míg a többi generalizált forma locusát még nem határozták meg.

Lényeges, hogy e. közel másfél száz öröklődő betegség lényeges tünete, de ezek együttesen sem érik el az összes e.-s eset 1 %-át. Leggyakoribb sclerosis tuberosában. Az e.-k kb. 60 %-ának eredete rejtett, ez a cryptogen e.-k sokarcú csoportja, amelyben lehetséges, de nem bizonyított a polygen hatás.

Kiszely Katalin dr.

Epileptikus rohamok és syndromák. Gram, L. (Dianalund Epilepsy Hospital, Dianalund, Denmark): Lancet, 1990, 336, 161.

Az epileptikus beosztása rohamok vagy syndromák szerint történik. Előbbi csak a terapia megválasztásában segít, több akkor sem mindig. Utóbbi lényegesen több segítséget ad, így az aetiológiára, rohamtípusra, kiváltó okokra, prognózisra, ugyanakkor a kezelésre vonatkozólag is. Példának említi 2

syndromát, a rolandikus e.-t, mely 3–4-szer gyakoribb, mint a pyknolepsia, partialis, mégis genetikusan meghatározott, jóindulatú és csaknem mindig éjszakai rohamokkal jár.

Másik példa a juvenilis myoclonus e., kb. 5 %-a az összes e.-nak. Háromféle roham fordul elő, myoclonosus, generalizált grand mal (GM) és absence. Alkohol és álmatlanság igen nagymértékben provokáló hatású, egyedül az életmód megváltoztatása lényeges javulást hozhat. Kezelésében phenytoin és carbamazepin hatástalan, sőt rohamkiváltó lehet, kedvező a valproat. Tartós rohammentesség után is előfordulhat recidíva, ezért hosszú ideig kell kezelni a tünetmentes beteget is.

Kiszely Katalin dr.

Pseudorohamok: rohamok, melyek nem epileptikusak. Betts, T. (Department of Psychiatry, University of Birmingham and Neuropsychiatry Clinic, Aston University, Birmingham, UK): Lancet, 1990, 336, 163.

Rosszul választott a pseudo-roham vagy pseudo-epilepsia név. Helyesebb lenne a nem epileptikus roham (NER) megjelölés. Egyes adatok szerint az epileptikusnak tartott rohamok 20 %-a ilyen. Felosztják organikusra: neurológiai eredetű a TIA, a (basilaris) migraine, a cataplexiás roham. Cardiovascularis az „ájulás”, az Adams–Stokes-rohamok, a különböző szívfejlődési rendellenességeket kísérő akut tünetek. Az „egyéb” csoportba sorolja szerző a hypoglykaemiás eredetű és a phaeochromocytoma következtében jelentkező eszméletvesztést.

Psychiatriai eredetűek a hyperventilációs rohamok, a pánikreakciók, súlyos szorongásos állapotok és az „epizodikus dyskontroll syndroma”.

Psychogenek az emocionális, a hysteriás rohamok, és a szerző ide sorolja a szándékos szimulációt is.

A kórisme gyakran igen nehéz. Lényeges az alapos kórelőzmény, a beteg gondos megfigyelése, ha kell, műszeres vizsgálatok, beleértve a telemetriás EEG-t is. A tünetek megszüntetésében lényeges az exploratio, a tartós psychotherápia. Meg kell nyugtatni az illetőt, hogy betegsége nem epileptikus jellegű, de semmiképp sem célszerű kereken megmondani, hogy panaszai funkcionálisak. (Gyógyszeres kezelésről a szerző nem ír. Ref.)

Kiszely Katalin dr.

Az epilepsia anatómiája, fiziológiája és pathológiája. Meldrum, B. S. (Department of Neurology, Institute of Psychiatry, London, UK): Lancet, 1990, 336, 231.

A sok elméleti vonatkozás miatt csak néhány újabb, általános érdeklődésre számot tartó adatot ismertet elsősorban. A rohamokat partialis és generalizált csoportokba soroljuk. Sok betegben azonban a partialis roham mind klinikailag, mind elektromosan rövid idő alatt generalizálódik. A szerző ezért fölteszi a kérdést, vajon nincs-e minden rohamnak focalis eredete és csupán az igen gyors terjedés az oka az ún. generalizált rohamnak.

Azokban az esetekben, amelyekben a rohamok tartósan partialisak maradnak, föltehető, hogy a gócot GABA-erg neuronok gátló gyűrűje veszi körül, megakadályozva az aktivitás helyi corticalis vagy elenoldali homotopisztikus terjedését.

A komplex partialis rohamok leg többje a temporo-medialis strukturából ered, de gyakran kiterjednek a limbikus rendszerre. Ezt akadályozza meg az amygdala és a hippocampus műtéti eltávolítása. A 3 c/s tüske-hullám mintával járó generalizált absence-ok „centrencephalicus” eredete helyett ma kísérleti és klinikai vizsgálatok alapján inkább a kéreg kiváltó szerepét fogadják el. Ez az aktivitás szinkron módon a thalamusra terjed.

Az epileptogenesis cellularis mechanizmusát ma is csak találgatni lehet. Fölvetik a primer membran defectus, esetleg a GABA-erg gátló rendszer elégtelenségének a szerepét. Ez ingerületbe jutott idegsejtek tartós károsodás nyomán az kezdetben erős környező gátlás kimerül és az ingerület tovaterjed. A roham részben az aktivitás kimerülése, részben a gátló folyamatok következtében alszik ki.

Rohamok forrása lehet a legkülönbözőbb anatómiai elváltozás a fejlődési rendellenességtől a traumás cerebrális károsodásig. Eltávolításuk kedvező hatású lehet. Maga az epileptikus roham, így pl. a hosszan tartó lázgörcs másodlagos idegsejtpusztulást, ezáltal ún. heg-e.-t okozhat.

Elektronmikroszkópos, immunhistochemiai és pozitron emissziós tomographiás (PET) módszerrel vizsgálták kísérletesen és emberben a finom cellularis és kémiai változásokat epileptikusban. Így pl. majom kérgi gócaiban a gátló idegvégződés selectiv pusztulását találták. Genetikusan epileptikus rácsállók agytörzsében a benzodiazepin receptorok száma megfogyott. Partialis e.-s betegek focusában PET-tel ugyancsak ezen receptorok számának csökkenését írták le. Temporalis e.-s gyermekek és felnőttek resécát temporalis lebenyében a gyrus dentatus szemcsés sejtjeiből eredő moharostok kóros összeköttetéseket hoztak létre.

Kiszely Katalin dr.

Az epilepsia kórisméje. Chadwick, D. (Associated Unit of Medical and Surgical Neurology, Walton Hospital, Liverpool, UK): Lancet, 1990, 336, 291.

A különböző műszeres eljárások közül értékes az EEG, de csak mintegy 50 %-ban ad az interictalis felvétel lényeges felvilágo-

sítást. A szerző óv a felvételek téves 'pozitív' értékelésétől. Az összlakosság 10–15%-ának EEG-je enyhén kóros, kifejezett convulsiv jeleket tartalmaz a felvételek kb. 1%-a. Fordítva, a nem convulsiv interictalis felvétel nem szól epilepsia ellen.

A képző eljárások alapja a CT, mely kóros a krónikus e.-k 60–80%-ában. Zömmük atrophia, térfoglaló folyamat mintegy 10%. Nem szabad válogatás nélkül végezni, viszont nem nélkülözhető partialis e.-ban, terapia-resistens esetekben és 25 évesnél idősebb korban.

Az egyszerű rtg.-felvétel gyakorlatilag nem ad értékelhető felvilágosítást, ha az nem célzottan történik. Ugyanez a helyzet a „rutin” laboratóriumi vizsgálatokkal.

A kezelést egyetlen biztos e.-s roham után sem szokták megkezdeni, ismétlődő rohamban is csak akkor, ha számuk évi egynél több. Súlyos koponyasérülés után a posttraumás e. megelőzésére egyesek 1–2 évig adnak gyógyszert. A szerző ennek hasznos voltáról nincs meggyőződve.

Kiszely Katalin dr.

Az idős kor epilepsiája. Tallis, R. (Department of Geriatric Medicine, Clinical Sciences building, Hope Hospital, Manchester, UK): 1990, 336, 295.

Idős korban az epilepsziások száma növekszik. Egy dán felmérés szerint a 40–50 év közötti 7 ezrelékről 60 éves kor után 10 ezrelékre. Legnagyobb részüket partialis. Aetiológiájában döntő a cerebralsclerosis, kb. 70%, mintegy 15% daganatos (metastasis).

A súlyos következmények miatt a kezelést célszerű már az első roham után megkezdeni. A szerző gyógyszerként a valproatot, a carbamazepint és a phenytoint ajánlja elsősorban. Figyelembe kell venni a mellékhatások fokozottabb veszélyét és a lassabb metabolizációt. A különösen magas revidívvészély miatt a már megkezdett kezelést nem hagyja abba.

Kiszely Katalin dr.

A ma használatos anticonvulsivumok és a refracter epilepsia kezelése. Brodie, M. J. (Epilepsy Research Unit, Department of Medicine and Therapeutics, Western Infirmary, Glasgow, UK): Lancet, 1990, 336, 350.

A közlemény igen sok apró, egyben fontos részletet tartalmaz. Valamennyi ismeretét néncs mód. A mondanivalót 3 részletes táblázat teszi szemléletessé. Az általános elvek közül lényeges, hogy a monotherapy kb. 90%-ban egyenértékű a kombinált kezeléssel, vagy jobb annál a mellék-, ill. kölcsönhatások miatt. Nem szabad visszaélni a gyógyszer-szint-meghatározásokkal. Túlértékelésük miatt az or-

vos a klinikai állapot megfigyelését elhanyagolhatja (rohamszám, mellékhatás). A mellékhatások dózisfüggők és idiosyncrasiák lehetnek.

A készítményeket sorra véve a carbamazepin erőteljes enzim-indukáló, tartós szedésekor saját lebontását is meggyorsíthatja, ezért szükség lehet 3-nál többszöri adására is. Fokozza nem antiepileptikus szerek, pl. hormonok (fogamzásgátlók), egyes antibiotikumok lebontását is. A valproat viszont gátolja a carbamazepin-lebontást, de egész sor egyéb szer is, pl. cimetidin, erythromycin, verapamil.

A valproat az egyetlen fő-anticonvulsiv szer, mely nem enzim-induktor, sőt enyhén gátolja az oxidatív metabolizmust és emeli a többi hasonló hatású készítmény szintjét.

A phenytoint sok mellékhatása miatt — amiből a szerző elsősorban a néha súlyos bőrelváltozásokat és pszichés tüneteket emeli ki — ne válasszuk első készítménynek. Vércsintje sem dózisfüggő, ha a lebontó májenzim telítődött, kis adag emelésre ugrásszerűen megnő a serumszint és megfordítva. Sok gyógyszerrel lép kölcsönhatásba.

Az ethosuximid absence-okban kedvező hatású. Gyermekekben elsőként ezt válasszuk, mert a valproattal ellentétben nem toxikus a májra. Mellékhatásai főleg az adagtól függők, az emésztőrendszert (nausea, hányás) és az idegrendszert (aluszékonyság, szédülés, ataxia) érintik.

A phenobarbital GM-ekben éppoly hatásos, mint a carbamazepin vagy a phenytoin, korábban gyakran adták lázgörcsök megelőzésére. Hátránya, hogy felnőttben gyakran okoz aluszékonyságot, gyermekekben és időskorúban pedig paradox hatású. Elvonása könnyen okoz rohamot, viszont adagja klinikai hatása alapján is irányítható.

A primidon a szerző szerint a phenobarbitalhoz hasonló, de több a mellékhatása.

Clonazepam: myoclonusos rohamban és GM-ben válik be, de altató hatása és a megszokás miatt gyakran elhagyják.

Clobazam: (1,5 benzodiazepin szemben az 1,4 benzodiazepin clonazepammal), az utóbbinál kevésbé altató hatású. Kezelésre nem reagáló absence és GM e.-ban hatásos. Jó „második vonalbeli” készítmény. Megszokás és pszichés mellékhatások előfordulhatnak.

A terapia-resistens e.-k kb. 20%-a a szerző szerint téves dg. következménye. Csak kb. 10% az igazi resistens beteg, vagy ezek egy része nem szedi a gyógyszert. Néha elég az életmódváltoztatás, pl. kellő alvásmennyiség, és javul a beteg. A beállítás mindig lassan történjék, a váltás a toxikus határon. Ha a második egyetlen szer is kimerült, akkor adjuk hozzá a következőt, főként a clobazamot. Kettőnél több szer csak kivételesen válik be. Mindig mérlegelni kell a rohamszám-mellékhatás viszonyt is. Elfordul, hogy daganatra derül fény. Segíthet végül az epileptogen terület műtéti kimetszése.

Kiszely Katalin dr.

Új antiepileptikus szerek kidolgozása. Porter, R. J. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Bethesda, Maryland, USA): Lancet, 1990, 336, 423.

A bróm és a Sevalen (1857, ill. 1912) antiepileptikus hatását még klinikai megfigyelések alapján fedezték föl. Később a kísérleti módszerek, így az elektroshock váltak döntővé. A ciklikus urea alapszerkezetének megváltoztatásával egy sor igen hatásos és változó „átadáspontú” készítményt ismertünk meg.

Az utóbbi 2 évtizedben más módon közelítik meg a kérdést. Ismert a GABA ingerületátvitelt gátló hatása. Így jutottak el a vigabatrin-hoz (gamma-vinyl-GABA), amely gátolja a GABA-lebontó aminoszferasénak és ezáltal elvonja utóbbit a GABA elől. Az ismételt állatkísérletes — elsősorban amygdala ingerléssel kiváltott — elektromos ingerlés, a gerjesztés (kindling) alapján az antiepileptikus szerek 2 csoportba sorolhatók. Az egyik csoport megátolja, hogy az idegrendszer gerjesztett állapotba jusson, tehát az epileptogenezist, a másik megátolja a már hyperexcitabilis, azaz epileptikus idegrendszerben a görcsrohamot.

A készítmények értékelésében igen lényeges a várható kedvező és toxikus hatások viszonya. Vajon súlyos, gyógyszerre resistens betegnek adhat-e az orvos toxikusabb, de egyben hatásosabb szert, mint az e. jobbindulatú formájában?

Kiszely Katalin dr.

Új és potenciális anticonvulsivumok. Brodie, M. J., Porter, R. J. (Epilepsy Research Unit, Department of Medicine and Therapeutics, Western Infirmary, Glasgow, UK and National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Bethesda, Maryland, USA): Lancet, 1990, 336, 425.

Vigabatrin. Specifikus, irreversibilis gátlója a GABA-aminotransferasénak. A kezelésre nem reagáló partialis esetekben kb. 50%-kal csökkenti a rohamok számát. Napi adagja 3 × 0,50 g, egyelőre csak súlyos esetekben adják, de mentálisan károsodottnak nem. Gondos megfigyelés és a serumszint állandó ellenőrzése szükséges.

Oxcarbazepin. A carbamazepin (CBZ) 10-keto derivátuma. Hatása a CBZ-hez hasonló, de kevesebb az allergiás és az idegrendszeri mellékhatás. Nem enzim-induktor, mint a CBZ, így adagja jobban kiszámítható.

Lamotrigin. Vegyi összetétele eltér a többi e. ellen használt szerétől. Gátolja az excitatoros amino-neuro-transmitterek felszabadulását. Hatása hasonló a CBZ és a phenytoin hatásához.

Gabapentin. GABA-val rokon, generalizált GM-ben hatásos készítmény. 1991-re várható fogalomba kerülése.

Zonisamid. 1–2 benzisoxazol származék. Főleg myoclonus e.-ban találják hasznosnak. Több USA-szerző szerint vesekőképződést okoz.

Felbamat. A meprobamattal rokon dicarbat. A phenytoinnal és CBZ-vel rokon hatású lenne. Az eddigi eredmények ellentmondók.

Stiripentol. Etilén-alkohol származék. A kezdeti vizsgálatok alapján komplex partialis rohamokban válik be.

Eterobarb. Hatása a phenobarbitaléhoz hasonló, de kevésbé sedatív. Különböző gyermekkori epilepsiás rohamokban válik be, hyperaktivitást kisebb mértékben okoz.

Kiszely Katalin dr.

Az epilepsia kezelése terhességben és szoptatás alatt. Brodie, M. J. (Epilepsy Research Unit, Department of Medicine and Therapeutics, Western Infirmary, Glasgow, UK): Lancet, 1990, 336, 426.

Ha a terhes asszony föltétlenül antiepilepsiás kezelésre szorul, lehetőleg egyféle gyógyszert kapjon. Megfelelő irányítás mellett az e.-sok graviditásának több mint 90%-a kedvező kimenetű. Terhességben a növekvő folyadékter és a gyorsabb metabolizáció miatt csökken a gyógyszer serum-szint, főként a phenytoin. Az adag emelését elsősorban a klinikai állapot szabja meg, ami phenytoinnal az adag 25%-át is elérheti.

Egyetlen gyógyszer mellett e.-s anyák utódaiban a fejlődési rendellenességek aránya kb. 6%, az átlag háromszorosa, hárommal 11%, néggyel 23%. A phenytoint szedő anyák utódainak 10%-ában alakul ki a magzati „hydantoin-syndroma”. Többnyire enyhe cranio-facialis és ujj anomalia, de ritkábban előfordul ajak- és szájpadhasadék, valamint szívfejlődési rendellenesség is. Ultrahangvizsgálattal és az anya szérumanak alpha-fetoprotein-vizsgálatával a második trimeszterben diagnosztizálható. A phenobarbital és a primidon a phenytoinéhoz hasonló eltéréseket okoz a magzatban, de ritkábban, ill. kombinációban emeli gyakoriságukat.

Az enziminduktor készítmények újszülöttnél K-vitamin-hiányt és vérzékenységet okoznak. Ezért a terhesség végén az anya, majd az újszülött kapjon K-vitamint. Phenobarbitalt és primidont szedők csecsemőiben átmeneti elvonási nyugtalanság, álmatlanság fordulhat elő.

A szoptatást minden epilepsiás anyának javasolni kell. A gyógyszer átjut a tejbe, de a szint kisebb, mint a plasmában.

Kiszely Katalin dr.

A gyermekkori epilepsia és a lázas convulsio kezelése. Rylance, G. W. (Children's Hospital, Ladywood Middleway, Birmingham, UK): Lancet, 1990, 336, 488.

Az első roham megismétlődési valószínűsége kb. 50%, ezért csak a második után célszerű megkezdeni a kezelést akkor, ha az intervallum 1 évnél rövidebb. Jóindulatú

partialis típusban esetleg akkor sem. Az induló gyógyszer a CBZ vagy a valproat, absence epilepsiában az ethosuximid. Az adagot a rohammentesség, ill. a túrésztárig kell emelni, majd a másik egyetlen készítményre váltani. Ha a beteg még mindig nem javult, akkor van szükség második készítményre. 3 hónapos—4 éves korban a gyors lebomlás miatt nagyobb dózisokra, ill. gyakoribb adásra van szükség. Sűrű rohamokban „telítő” adagokkal, a testsúlykg-ra számított mennyiség 2—3-szorosával kell kezdeni, majd csökkenteni a szert. Különböző emelés fokozatos. Csaknem mindig elegendő az orális tabletta kezelés; csecsemők, kisdedek, értelmi fogyatékosok folyadékkra szorulnak. Injektiorra elvéve kerül sor. Az adagolás intervalluma a szer felezési ideje, ami napi 2—3 alkalmat jelent. Gyors felezési idejű készítményeknél, pl. CBZ, lehetőleg retard kiszáradást kell adni.

2—4 évi rohammentesség után következhet a fokozatos elhagyás, általában hónapok alatt. Kb. a gyermekek fele tartósan mentes marad.

Az epilepsiás gyermekek kb. 20, a lázas convulsiók kb. 5%-ában várható status epilepticus legalább 1 alkalommal. Gyermekekben gyakoribb szövődése a maradó idegrendszeri károsodás, ez alól a lázgörcs sem kivétel, 5 percnél hosszabb rohamban ezért föltétlenül be kell avatkozni. Intézetben intravénás diazepam, esetleg clonazepam adandó, szükség esetén ismételt. Otthon rectalis diazepam (Stesolid). A vénás lorazepam előnye, hogy míg előbbi kettő után 15—60 perc múlva megismétlődhetnek a rohamok, lorazepammal az intervallum akár 16 órát is elérhet. GM-statusban, esetleg még diazepam hatásban, vénás phenytoin is adható. Ha a status félórán belül nem szűnik meg, altatásra van szükség.

Lázgörcsben a szerző megelőzésül a gyógyszeres lázcscillapítás mellett a lázas szakban adott orális diazepamra vagy valproatra, rohamban rectalis diazepamra helyezi a fókuszot (0,6—0,8 mg/kg/nap). Phenobarbital akután nem, csak tartósan javasolt megelőzésre a veszélyeztetett gyermekeknek. Lényeges a légutak szabadon tartása, elhúzódo status epilepticusban intenzív kezelés.

(Ref.: nem említi a szerző — helytelenül — lázgörcsben a borogatás, ill. hűtőfürdő fontosságát és a phenobarbital intermittenst adását.)

Kiszely Katalin dr.

A gyermekkori epilepsiás szindrómák. Wallace, Sh. J. (Department of Paediatric Neurology, University Hospital of Wales, Heath Park, Cardiff, UK): Lancet, 1990, 336, 551.

A besorolás némileg eltér a nemzetközi ligától, és a rohamtípus mellett főleg a kezdő életkort veszi a szerző figyelembe. A mondanivalót táblázat teszi szemléletessé. Újszülöttkori jóindulatú convulsiók. Do-

minans öröklődésű, a 2—7. napon kezdődő, fokozatosan ritkuló clonusos görcsök. A nem familiaris forma a 4—6. napon partialis, status epilepticusba átmenő clonusok formájában mutatkozik meg.

Rosszindulatú a korai myoclonusos encephalopathia változatos rohamokkal, az EEG-ben convulsív jelekkel, leépüléssel jár, halálos.

Csecsemőkorban a közismert West-syndroma mellett leírták a jóindulatú csecsemőkori myoclonusos epilepsit az ép gyermekekben myoclonusokkal és az EEG-ben generalizált tüskehullámmal, valproatra jól reagálnak. A rosszindulatú típusra változatos rohamok, automatizmusok, igen aktív EEG és a fejlődés elakadása jellemzők. Therapia-resistens.

Gyermekekben az iskoláskor előtt fordul elő főként kisdedekben a változó kimenetelű astatikus myoclonusos típus és az általánosan ismert, csaknem mindig malignus Lennax—Gastaut-syndroma.

A jóindulatú partialis epilepsidáknak roham- és EEG-képük alapján több formáját leírták. A serdülőkorban rendszerint spontán „kihunynak”.

Landau—Kleffner-syndroma. Szerzett aphasia, az EEG-ben multifocalis tüske-, tüske-hullámtevékenység, a gyermekek kétharmadának van rohamja és mentális zavara.

Serdülőkori kezdetű a juvenilis absence epilepsia. A ritka absence-okhoz kb. $\frac{3}{4}$ részben ébredési GM-ek járnak. Az EEG szabályos 3—4 c/s tüske-hullám.

Ébredési GM-ek és myoclonusok jellemzők a juvenilis myoclonus e.-ra. Alvásmegvonás, alkohol rohamkiváltók, fényérzékenység általános. Az EEG-ben 4—6 c/s többestüske-hullám látható. Valproat érzékeny.

Az ébredési GM-epilepsia generalizált, idiopathiás, nagy a genetikai hajlama, photosensitiv.

Serdülőkori jóindulatú partialis rohamok. Tudatvesztés, secunder generalisatio csatlakozhat hozzájuk. Különböző épek, beleértve rendszerint az EEG-t is.

Az egész gyermekkorban előfordul a Kojewnikow-syndroma. Az egyik forma statikus, rolandikus laesióval, partialis és localis myoclonusos rohamokkal. A másik az addig ép gyermekben indul meg partialis és myoclonusos rohamokkal, az EEG-ben diffúz tüske-, tüske-hullámmal. A neurológiai és a mentális leépülés fokozatos.

A szerző szerint az itt leírtak alapján jól elkülöníthetők egymástól a különböző szindrómák, megválasztható a kezelés, segítséget kapunk a prognózis megállapításában és a genetikai tanácsadásban.

Kiszely Katalin dr.

Status epilepticus felnőttkorban. Brodie, M. J. (Epilepsy Research Unit, Department of Medicine and Therapeutics, Western Infirmary, Glasgow, UK): Lancet, 1990, 336, 551.

A GM status epilepticusban legtöbbször intravénás diazepamot adnak kezdetben, amit szükség esetén vénás phenytoinnal egészítenek ki. Lehet már bevezetett phenytoint adni. A lorazepam előnye a hatás tartós volta. Egyéb, nem GM statusban előbbi gyógyszerek orálisan is be szoktak válni. A benzodiazepinek légzésszavart, a phenytoin szívritmuszavart és hypotensiót okozhat.

A status epilepticus leggyakoribb oka *krónikus e.*-ban elégtelen gyógyszeresedés, hirtelen elvonás, alkohol megvonás. *Akut szövődményként* kiváltója cerebrovasculáris betegség, fejtrauma, meningo-encephalitis, térfoglaló folyamat, metabolias zavar, bizonyos gyógyszerek túladagolása, pl. triciklikus antidepresszánsok, phenothiazinok, ionicid stb. (táblázat).

A részletes gyógyszerelést és egyéb teendőket táblázat mutatja, szükség esetén az intenzív ellátás és EEG-monitorozás is a kezeléshez tartozik. Az orális készítményekre való áttérés fokozatosan, ha kell, sűrűsített ellenőrzés mellett történjék.

Kiszely Katalin dr.

Az epilepsia sebészi kezelése. Polkey, C. E. (Neurosurgical Unit, Maudsley Hospital, London, UK): *Lancet*, 1990, 336, 553.

Az epilepsziások sebészi kezelését *Horsley* már több mint 100 éve megkísérelte. Ma kétféle módszert alkalmaznak. Az egyikben a rohamok forrásául szolgáló gócot távolítják el, a másikban a kóros aktivitás elterjedését igyekeznek megátalni.

A *resectio*ra alkalmas betegeket a klinikai tünetek, a neuropsychologiai és az EEG vizsgálatok, továbbá a modern képalkotó eljárások segítségével válogatják ki. Leggyakoribb eljárás a temporális lebeny resectioja. 3000-nél több esetükben 53% lett rohammentes, további 30%-ban értek el valamilyen javulást, de relapsus még 8 év múlva is előfordult. Kevés szövődményt észleltek. A hemisphaerectomia eredményei még jobbabbak voltak, de több volt a komplikáció.

A convulsiv aktivitás kiterjedését célzó *stereotaxiás góckirás* esetek harmadában volt eredményes. A *callosotomia* kb. 50%-ban hozott javulást, mentességet ritkán. A *multiplex subpialis transectio*val elsősorban a mozgatókéreg horizontális rostjait szakítják meg, míg a vertikálisak és vele a működés megmaradnak.

Az intézetben alkalmazott vizsgálati módszereket, a különböző műtéti eljárásokat, számuk feltüntetésével, táblázat mutatja.

Kiszely Katalin dr.

Költség és haszon

Kifizetődő a *Streptococcus B* kolonizáció intrapartum szűrése és kezelése. Strickland, D. M. és mtsai (Department of

Obstetrics and Gynecology, Wilford Hall, USAF Medical Center): *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1990, 163, 4.

Az újszülöttek korai *Streptococcus B* infekciója a neonatális mortalitás és morbiditás egyik jelentős oka. Az Egyesült Államokban a megbetegedés incidenciája 2–3 ezrelék, a mortalitási ráta pedig 20–30 százalékos, azaz évente több mint 2000 újszülöttet veszítenek el emiatt. A Tudományos Akadémia becslése szerint a szülészeti *Streptococcus B* infekciók kezelése több mint 500 millió dollárt költenek évente.

A megelőzésnek több lehetőségét próbálták ki. A B csoportú *Streptococcus*szal kolonizált terhesek kezelése a harmadik trimeszterben nem hozza meg a várt eredményt, mivel a kezelés befejeztével a baktériumok újra megjelennek. Az összes exponált újszülött profilaktikus penicillin kezelése ugyancsak nem látszik járható útnak. Újabbban a kolonizált anyák intrapartum kezelésével próbálkoznak, amellyel szignifikánsan csökkenthető az infekciós morbiditás és mortalitás. Ehhez azonban olyan szenzitív és gyors ágy melletti tesztekre van szükség, amellyel a szülőszobában megindult szülés, illetve idő előtti burokpedés esetén percek alatt kimutatható a *Streptococcus B* kolonizáció. Az utóbbi években több ilyen részint latex-agglutináció, részint Gram-festésen alapuló gyors tesztet dolgoztak ki.

A szerzők költség-haszon analíziseket végeztek a különböző módszerekkel. Az évi három és fél millió szülés 10 százalékában várható B csoportú *Streptococcus*ok jelenléte. A szűrőprogrammal számításuk szerint 1230 újszülött halála előzhető meg, így figyelembe véve a szűrések (20–30 dollár/fő), továbbá a felhasznált gyógyszerek árát, egy újszülött élet megmentésének költsége 1100 dollár. A szűrés, illetve kezelés tehát feltétlenül kifizetődő, különösképpen vonatkozik ez a magas kockázatú esetekre (koraszülés, idő előtti burokpedés, láz).

Gardó Sándor dr.

Az asthma bronchiale kezelésének változása és a költségek alakulása. Az utolsó 10 évre vonatkozó vizsgálat a zürichi egyetemi kórház belgyógyászati poliklinikáján. Bregenzer, T., Mässinger, C., Medici, T. C. (Department für Innere Medizin, Medizinische Poliklinik, Universitätsspital Zürich): *Pneumologie*, 1990, 44, 960.

Az egészségügyben jelentkező költség-robbanás okának keresése az utóbbi években mindig előtérbe kerül. A szerzők az asthma bronchiale vonatkozásában a következő kérdésekre szeretnék volna választ kapni: hogyan változott a farmakoterápia; milyen volt az antiasthmaticumok felhasználása; az egy betegre jutó éves kezelési költségek miként módosultak. Ezért az 1977-es, 1982-es és 1987-es évekből származó dokumentumokban megvizsgálták a bázisterapeutikumok öt csoportjának alkalmazását.

Béta-mimetikumokkal, melyeknek több mint 1/4-ét mindhárom évjáratban a salbutamol tette ki — 1977-ben a betegek 80, 1987-ben 96%-át kezelték. Terbutalint, isoprenalint és orciprenalint ritkán rendelték. Parasympathicoliticumként csak ipratropiumbromidot írtak fel, 1977-ben az esetek 2, 1982-ben 16 és 1987-ben 27%-ában. Methylxanthinokat, legtöbbször theophyllin monopreparátumokat 1977-ben a betegek 41, 1982-ben 86 és 1987-ben 53%-a kapott. Az 1982-es emelkedést a retard készítmények okozták. 1977-ben a kombinációkat tartalmazó (különböző methylxanthinok és barbiturátok) gyógyszeralkokat még 19%-ban, 1987-ben azonban már nem alkalmazták. A tartós corticoid terápia (>4 hét) 1977-től 1987-ig egyre gyakoribbá vált: 28-ról 73%-ra növekedett. Szinte kizárólag prednisonolt és beclometasont, 1987 óta budesonidot is rendelték. Prophylaktikus kezelést 1977-ben a betegek 1/4-ében, 1987-ben 26%-ában végeztek. 1982-től a cromoglicinsav mellett ketotifen is adtak. Kiegészítésként expectoransokat, psychopharmacumokat valamint antitussivumokat is felírtak, de csak egyes betegeknek és ritkán. Antibioticumot 1977-ben a betegek 15%-ában, 1987-ben egy esetben javasoltak.

Az alkalmazási módot illetően (béta-mimetikumok, parasympathicoliticumok, corticoidok) felismerhető a tendencia a dosis-aerosolok javára, miközben a methylxanthinok rectalis bevitelére visszaszorult. A per os terápia forma 1977-től 1982-ig 10-ről 31%-ra emelkedett; azóta megközelítőleg változatlan.

1977 és 1982 között a 3 vagy 4 gyógyszer-féleséggel való kombinációk száma megszorodott. Az egyetlen bázisterapeutikummal történő kezelések az 1977-beni 40-ről 1987-ben 11%-ra estek vissza. Leggyakrabban béta-mimetikumot rendelték. A kettős gyógyszerelés 1977 és 1982 között 38%-ot tett ki, majd később 26%-on megállapodott. Hármass kombináció 1977-ben 17, 1982-ben 41, 1987-ben 33%-ban fordult elő, amelyet legtöbbször béta-mimetikum, methylxantin és inhalálható corticoid alkotott. 4 antiasthmaticumból álló terápiát 1977-ben a betegek 5, 1987-ben már 1%-ánál végeztek. Öt komponenset tartalmazó kezelésre 1982-ben 4, 1987-ben 6%-ban került sor.

A béta-mimetikumok költsége 1 betegre és évre kivetítve, a 3 próbaévet tekintetbe véve 296 és a 326 Fr. között mozgott. A felhasznált parasympathicoliticumok pénzértéke 1982-ben 211, 1987-ben 199 Fr.-nak felelt meg. A methylxanthinokra fordított összeg 1977-től 1982-ig 1032-ről 293 Fr.-ra csökkent; utána már csak kevéssé változott. A corticoidokra vonatkoztatott költségek 1977-től 1982-ig 475-ről 712 Fr.-ra emelkedtek, a következő 5 évben még további 136 Fr.-os növekedés következett be. A prophylacticumokban mutatózó költségszökkenés az olcsóbb ketotifen széle-

sebb körű bevezetésének tulajdonítható. Az egész farmakoterápiát érintő, egy betegre jutó éves költségek 1977-től 1982-ig 1531-ről 1108 Fr.-ra estek vissza, 1987-ben 1338 Fr.-nak feleltek meg.

Az a tény, hogy a monoterápiáról az eltelt 10 év alatt a több gyógyszer alkalmazására álltak át, vagy a betegsúlyosságával vagy a megkezdett kezelés elégtelenségével magyarázható. A bronchialis gyulladás ismét az asthma pathophysiologiai és pathogenetici hypothesiseinek központjába került, ami a corticoidok előretörését magyarázza. A methylxanthinok és prophylacticumok alkalmazásának csökkenése a corticoidok magasabb árát kompenzálja, ezért az utolsó 10 évben az összköltségek gyakorlatilag változatlanok maradtak. Az, hogy az újabb elméletek alapján előállított antiasthmaticumok (leukotrien és PAF antagonisták) költségkihatásai milyenek lesznek, a következő évek fogják mutatni.

Barzó Pál dr.

Orvostudomány

Az agy évtizede. Goldstein, M. Neurology, 1990, 40, 321.

A Neurology folyóirat e számának kiemelt fontosságú dolgozata igen rövid, jelentősége azonban rendkívül nagy.

A dolgozat beszámol arról, hogy 1989. július 25-én Bush amerikai elnök a Kongresszus mindkét háza előtt törvényi jelentést tesz, amelyben az 1990-től 2000-ig terjedő évtizedet az „agy évtized”-ének, az „agy dekád”-jának deklarálja. Az idegtudományok fejlődése olyan szintet ért el, hogy az amerikai nemzet számára a legnagyobb problémát jelentő betegségek, az idegbetegségek kutatásának és gyógyításának fokozását írja elő.

A báziskutatások nagymértékű fejlődése a betegségek pathogeneizisében és pathológiájában jelentős előrelépést hozott és a klinikailag releváns információk a betegségek megfelelő kiértékelését és a gyógyítás lehetőségét teremti meg. Külön hangsúlyozásra kerül, hogy nem szabad különbséget tenni a bázis idegtudományok és a klinikai idegtudományok között, mind a kettő azonos hangsúlyozottságot igényel. A dolgozat alapján úgy tűnik, hogy az USA ezen a területen ebben az évtizedben áttörésre készül.

A rövid dolgozat végén e nemes munka elvégzésére buzdít és Edisont idézi, aki szerint a zseni tevékenységéből csupán 1% az inspiráció és 99% az izzadság, a perspiratio.

Lipsey Attila dr.

Az 1990-es évek — az agy évtizede. Igény a nemzeti prioritásra. Rosenberg, R. N., Rowland, L. P., Neurology, 1990, 40, 322.

(A két szerző közül az egyik Amerikai Ideggyógyász Társaság elnöke, a másik pedig a megválasztott elnök.)

A szerzők dolgozatukban utalnak Bush elnök kongresszusi bejelentésére, amelyben az évtizedet az „agy dekád”-jának nyilvánítja. Hangsúlyozzák, hogy mindenki, aki a klinikai idegtudományokkal foglalkozik, tisztában van ennek jelentőségével, hiszen egyebek mellett az Alzheimer-betegség, a Parkinson-kór, az agyi érendszeri betegségek, az izombetegségek, a sclerosis multiplex, az epilepsia és az elmebetegségek megbetegedések rendkívül nagy jelentőségűek. Ennek kapcsán kiemelik, hogy az Amerikai Egyesült Államokban több ember áll kórházi gyógykezelés alatt ideg- és elmebetegségekkel, mint más, úgynevezett „nagy megbetegedési csoportok”, beleértve a cardiovascularis betegségeket, vagy a rákbetegséget. Az agyfunkcióról való ismereteink végső soron az elmúlt 30 év eredményei csupán. A bázistudományok művelői bőségesen ellátták már tudományos eredményekkel a klinikai idegtudományok művelőit, és ebben az évtizedben ezektől várnak fontos eredményeket.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a két kiemelt nemzeti tudományos prioritással rendelkező kutatás a lineáris gyorsítókkal végzett subatomikus részek vizsgálata, a másik pedig a genome project, az emberi DNA vizsgálata. Ezek mellé harmadik, kiemelt prioritásként kell felsorakoztatni az agyi betegségek tudományos és klinikai kutatásának programját. A Bush elnök által bejelentett deklaráció ennek adja meg a bázisát.

(Ref.: Gyorsan változó világunkban intő figyelmeztetés a két rövid dolgozat. Figyelmeztetés egyfelől abból a szempontból, hogy eredményt koncentrált erőfeszítéssel lehet elérni. Figyelmeztetés más szempontból pedig, hogy a klinikai idegtudományok fejlesztése hazánkban is halaszthatatlanul szükséges. Ezeknek a kutatásoknak és fejlesztéseknek hazánkban is prioritást kell adni!

Az amerikai adatok hazánkra is érvényesek, a betegségcsoport az egész társadalom számára kiemelten fontos jelentőségű.

Magyarország medicinájának elsősorban a különféle szervekre specializálódva fejlődött, és ebből — valljuk be őszintén — az agy és annak működésének kutatása valamiképpen az utóbbi évtizedekben háttérbe szorult. Hazánk egészségügyi helyzetének javítása és korszerűsítése elengedhetetlenül szükségessé teszi a klinikai idegtudományok támogatását és fejlesztését.)

Lipsey Attila dr.

Sebészet

Az akut has célszerű kezelése. Jones, P. F. (Department of Surgery, University Medical Buildings Foresterhill, Aberdeen, UK): Br. J. Surg., 1990, 77, 365.

A szerző előbb ismerteti az appendicitis acuta diagnosztikájának és kezelésének múlt századi eredményeit, majd 1912-es és

1987-es adatokra támaszkodva bizonyítja, hogy a diagnosztikus bizonytalanság esetén végzett korai műtétek a mortalitást csökkentik. (Jelenleg 400–500 betegből egy hal meg.) Ugyanakkor megállapítja, hogy a negatív appendectomiák aránya 15–30%. Ez az arány indokolatlanul magas.

A továbbiakban a negatív appendectomiák csökkentésének lehetőségeit foglalja össze az utóbbi évek szakirodalmára és saját tapasztalataira támaszkodva.

Prospektív tanulmányok alapján számol be arról, hogy appendicitis acuta gyanújával kórházba felvett gyerekek kb. 40%-a 48 óra alatt műtét nélkül panaszmentessé vált. Ezt, mint „gyermekkori akut nem-specifikus hasi fájdalom” szindrómát említi. Ezek a tünetek a heveny hasi fájdalommal kórházba felvett felnőttek között is több mint 40%-ban fordulnak elő. Ezért nagyon fontosnak tartja a szerző ezeknek a betegnek a folyamatos megfigyelését. (Lehetőleg 2–3 óránként ugyanaz a sebész vizsgáljon.) Ilyen módon a negatív appendectomiák aránya 10% alá szorítható.

A helyes diagnózis felállítását esetenként segítheti a laparoscopia és a nagy feloldóképességű ultrahangvizsgálat.

Végül a szerző megállapítja, hogy computeres adatfeldolgozás is elősegítheti a megfelelő diagnózis felállítását, de lényegesebbnek a tapasztalt sebész két-három óránként végzett vizsgálatát tartja.

Antal András dr.

Sonographia az appendicitis gyanúja esetén: fordulat a kórismezésben és a kezelésben? Beyer, D. és mtsai (Radiol. Abt. und Chirurgische Abt. des Krankenhauses Porz am Rhein, Köln): Fortschr. Röntgenstr., 1990, 152, 510.

A sebészetben újra fellángolt a vita az appendicitis acuta (aa.) nagyvonalú vagy restriktív műtéti javallat körül. Az appendectomiák száma az NSZK-ban az utóbbi években már felére csökkent. Az alsó jobb oldali alhasi negyedi fájdalmak praeeoperatív diagnózisa új értelmezést nyert, ha az aa. diagnózisa tisztázatlan.

A szerzők saját kétévi prospektív aa.-tapasztalataikról számolnak be, amelyeket magas oldóképességű sonographiás rutin-vizsgálatokkal nyertek. A 669 vizsgált aa.-ra gyanús betegből csupán 101 (15,1%) szenvedett akut appendicitisben. Ez 84,2% sensitivitást, 96,8% specificitást és 94,8% összefüggési biztosságot jelentett.

A sonographia a gyakori funkcionális alhasi fájdalmak elkülönítő kórismezésében hasznos diagnosztikus eljárásnak bizonyult.

iff. Pastinszky István dr.

A nyelőcső motilitás zavarai gyomorműtétek után. Broll, K., Kreisel, V. (Chirurgische Klinik der Universität Würzburg): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 851.

Az utóbbi húsz évben a nyelőcső intraluminalis manometriás vizsgálatának jelentősége megnövekedett a sebészeti beavatkozások ellenőrzésére, főleg a gyomorresektio utáni refluxpanaszok elemzésére.

A szerzők 20 (13 férfi, 7 nő; átlag 60 éves) gastrectomia és 4 (2 férfi és 2 nő; átlag 70 éves) subtotalis gyomorresektio utáni betegnél végeztek oesophagus-manometriás motilitási vizsgálatokat. A betegek anamnesztikus panaszait részletesen elemezték. 13 (65%) gastrectomizált betegnél refluxpanaszokat és a gyomor perisztaltikus zavarait állapították meg (dysphagia, odynophagia). 19 (95%) betegnél a gastrectomia után manometriásan kóros (repetitív, szimultán, deformált, többszörös) contractiókat észleltek, főleg a nyelőcső distalis részében. Az összehúzóerő átlagban 9 Hgmm-re csökkent és a felső nyelőcső záróizmok nyugalmi nyomása hasonlóan 9 Hgmm-re kisebbedett. Mindezen elváltozások nem vezethetők vissza egyedül a fokozott refluxjelenségekre, hanem a nyelőcsőnek a műtét folyamán kialakult *biomechanikai elváltozásai* is magyarázhatják (csökkent hosszanti izomfeszülés, az alsó záróizom hiánya, postoperatív összenövés).

A megtartott alsó nyelőcső záróizmokkal rendelkező betegeknél a subtotalis distalis gyomorresektio után sem a nyelőcsőtest összehúzóerőjében, sem a két sphincter nyugalmi nyomásában feltűnőbb elváltozás nem volt tapasztalható.

iff. Pastinszky István dr.

Az insulinoma sebészeti terápiája. Junger, Th. és mtsai (Klin. u. Poliklin. f. Allg.- u. Abdominalchirurgie der Johannes-Gutenberg-Univ. D—6500 Mainz): Chirur., 1990, 61, 643.

A szigetsejt-adenoma sebészeti megoldásának lehetőségei az utolsó évtizedekben a diagnosztikus módszerek tökéletesedése révén jelentősen javultak. Így pl. 1975-ben a gyógyulási arány még csak 63%-os volt, napjainkban már megközelíti a 100%-ot. A lényegesen javuló eredményekben a praoperatív diagnosztika újabb vívmányai (képalkotó módszerek) játszanak igen nagy szerepet és bátorítják a sebészt a radikális műtét elvégzésére. Bár az eredmények meggyőzőek, még ma is vannak olyan insulinomák, melyek csak a műtét során derülnek ki, másrészt többszörös adenomák is előfordulhatnak, melyek mindegyikét nem minden esetben találja meg az operáló sebész, s adott esetben újabb műtetre kerülhet sor.

A mainzi sebészeti klinikán az utolsó három évben 12 olyan beteg került operációnak, akiken a kivizsgálás organikus hyperinsulinismus alapos gyanúját vetette fel. Az előző évekhez viszonyítva a betegek száma növekszik. Az ismertetett 12 beteg átlagos életkora 51,2 év volt, közülük 8-nak 1 adenomája volt, 1 betegnek 3, egy másik betegnek diffúz szigetsejt-hyperplasiája, amely szövettanilag nesidioblastomának bizonyult. 2 beteg tumorát a műtét tapintá-

si lelet és az intraoperatív sonographia fedte fel. 1 olyan beteg is szerepelt a 12 között, akinek a műtete során tumort nem találtak, s utólagosan derült ki, hogy a beteg hyperinsulinismusa manipulált, akaratlagos volt. A daganatok többsége (8) a pancreas testében volt, átlagos nagyságuk 1,5 cm-es.

Figyelembe véve, hogy multiplex adenomák is lehetnek, a szerzők az intraoperatív tapintási lelet mellett igénybe veszik műtétük során a sonographiát is. Végső megoldásként a tumorok enucleációjára törekedve lehet teljes gyógyulást elérni, de számolni kell a postoperatív szövődémmel is. Ilyenek (fistula, utóvérzés, tályog, sepsis) a szerzők betegei között 3 esetben fordultak elő, haláleset szerencsére nem volt. Az intraoperatív szövettani vizsgálat fontosságát kiemelik, többszörös adenoma esetén a pancreas bal oldali resectóját javasolják (pancreas test és farok elhelyezkedésénél).

Iványi János dr.

A nyelőcsőrák műtéteinek kockázata és eredményei. v. Flüe, M. és mtsai (Chirurgische Abt., St. Claraspital Basel): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 515.

Nyelőcsőrák potenciális kuratív terápiája az esetek több mint háromnegyed részében már nem lehetséges. Ezekben az esetekben a terapia célja az élet minőségének a javítása, a dysphagia megszüntetése lehetőleg csekély morbiditással. A műtét javallatban a perioperatív morbiditás döntő jelentőségű. A szerzők ezért retrospektíve vizsgálták a perioperatív morbiditást és a postoperatív lefolyást. A nyelőcsőráknál a műtét az esetek többségében *palliatív*. A műtét javallatban ezért a *palliatív hatásossága* és a műtét kockázat egymással szemben mérlegelendő. A szerzők retrospektív elemzésükben (1984—1988 között) 25 kezelt nyelőcsőrák perioperatív morbiditását és kórlefordulását vizsgálták. Kombinált anaesthesiával, korai extubációval és intenzív légzésterápiával nem észleltek perioperatív respiratorikus elégtelenséget. A perioperatív mortalitás 0% volt. Két betegnek, akiknél cervicalis anastomosis volt, postoperatív anastomosis-insufficiencia lépett fel, amely konzervatív terápiára gyógyult. Valamennyi betegük a kórházból való távozásukkor teljesen per os táplálkoztak. 13 beteg átlag egy éven belül (3 hónaptól 4 évig) elhalálozott. 12 beteg él postoperatív (3 hónaptól 4 évig), ezekből 10 panaszmentes.

Eredményeik azt igazolják, hogy az optimális perioperatív gondozás esetén a nyelőcsőrákban minimális morbiditás lehetséges és rendszerint a dysphagiát illetőleg jó palliatio érhető el.

iff. Pastinszky István dr.

Helyreállító proctocolectomia ilealis reservoirral: javallatok és eredmények.

Nichols, J. R. St. Mark's Hospital, London): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 485.

A proctocolectomia ileum-tasakkal („pouch”; „reservoir”) olyan bélbetegségek esetében alkalmazható, amelyek csak a mucosát érintik és a colonra korlátozódnak. Az analis sphincter, valamint az analis mucosa megtartása szükséges a continencia biztosítására. A rectum nyálkahártyája eltávolítható. Az ilealis tasak három típusa ismeretes, különböző (S, J, W) alakzatokban. A distalis ileumkacs nem lehet 1—2 cm-nél hosszabb, hogy a jó székletürítést lehetővé tegye.

A szerzők 1977 és 1988 között 205 beteget operáltak főleg colitis ulcerosa és familiaris polyposis miatt. A terápiás célt illetően a betegek 6%-ában a műtét eredménytelen volt (fel nem ismert Crohn-betegség, pelvis septica vagy incontinentia); a tasak kialakításában 27%-ban lépett fel szövődés vagy az ileostomia elzáródása (occlusio, sepsis). A mortalitás 1%-ot tett ki. 174 beteg közül 2 volt incontinens; a többi betegnél a széklet napi gyakorisága 3—5 ürítésre korlátozódott. A continencia elérése függött a tasak formájától; így a „J-pouch” esetén a betegek 93%-ban continensek voltak. Az eredmények polyposis familiaris esetén kedvezőbbek voltak mint a colitis ulcerosa eseteiben. A colitis ulcerosa eseteinek 20%-ában „pouchitis” fejlődött ki.

iff. Pastinszky István dr.

Reoperatio fundusplacatio utáni hiatus-hernia miatt. Ackermann, D., Harder, F. (Chirurgische Klinik, St. Claraspital, Basel): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 512.

A szerzők 86 fundoplicatio után (Nissen—Rosetti) fellépő radiológiailag vizsgált betegüknek 15 esetben *paraesophagealis hiatus* észleltek. 7 betegüknek 4 hónaptól 12 évig terjedő időszakban *postoperatív reoperációt* végeztek. A herniarést négy betegnél direkt varrattal, egy esetben a bal májlebbennel és egy további esetben a „gore-text-patch”-eljárással (műanyag foltplasztikával) zárták. Emellett négy betegnek járulékosan csatlakozóan fundoplicatiót és ventralis corporexiát végeztek. A reoperatio után 2—29 évvel 5 betegnél tudtak ismét ellenőrzést végezni. Négy betegnél a panaszok javultak, de egy beteg sem volt teljesen tünetmentes. A paraesophagealis hernia két betegnél recidivált, egynél „teleszkóptünetet” észleltek.

Véleményük szerint a technikailag nehéz reoperatio *csak súlyos panaszok esetén* kerülhet javallatba.

iff. Pastinszky István dr.

A pancreatitis chronica sebészete. Röthlin, M. és mtsai (Klinik f. Viszeralchirurgie, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 505.

A pancreatitis chr. (pc.) műtéti kezelésére legalább egy tucat különböző műtéti technika ismeretes, amelyeknek előnyeit vitatják az irodalomban a különböző összehasonlító tanulmányokban.

A szerzők 1982–1988 között 47 pc. beteget operáltak. 41 esetben a pc. alkoholos eredetű volt; ezen betegek átlagban 15 évvel fiatalabbak voltak, mint az egyéb kórereditű pc.-esetek. 27 betegnél a műtét idején *elmeszesedéseket* találtak. Az elmeszesedés és az exokrin elégtelenség a tíz éven túli anamnesis esetén 40%-ról 80%-ra növekedett. A leggyakoribb műtéti javallat a tartós fájdalommal járó *pseudocysta* volt (22), továbbá a *cholestatikus icterus* (23); csupán hat beteget operáltak *pseudocysta* nélküli fájdalmak miatt. A műtéti mortalitás 2%-ot tett ki. Recidiváló pancreatitis-hullámok operatív kezelés után a tíz éven aluli anamnesis esetén háromszor gyakrabban voltak. Az anamnesztikus időtartam ezek szerint nagy jelentőségű a műtéti javallatra, módosztaira és a műtét utáni kórjósra. A különböző műtéti eljárások összehasonlítása csak akkor helytálló, ha a természetes kórlefolyást tekintve vesszük.

iff. Pastinszky István dr.

A súlyos idiopathiás obstipatio sebészeti terápiája. Wehrli, H., Akobian, A. (Chirurgische Klinik, Stadtspital Waid, Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 496.

Az idült obstipatióban a sebészeti eljárás rendkívül ritkán és csak az összes terápiás lehetőségek kimerítése után kerülhet egyáltalán javallatba. Az indicatio szigorú előfeltétele mindig a részletes és alapos kivizsgálás (proctologiai módszerek, colonoscopia biopsiával, colon-transit-studium, esetleg defaecographia és rectalis sphincter-manometria). Ezen vizsgálatokkal a nehéz székletürítéssel járó fájdalmas obstipatio elkülöníthető a colon hypomotilitásától.

A *hypomobil formában* a műtéti kezelés a subtotalis colectomia ileosigmoidectomiával mintegy 20 cm hosszú rectosigmoidalis csomó megfigyásával történik. Az esetek 70–100%-ában így jó eredmények érhetők el.

A *funkcionális végbélkijárat* szűkület esetén a terápiás spektrum sokkal szélesebb; ennél a fő cél az anorectalis myectomia 54–92%-os eredményességi aránnyal, vagy pedig belső prolapsus esetén abdominalis retropexia.

A szerzők 1987–1989 között operáltak kisműtétű (4) esetüket vetik össze az irodalmi adatokkal. Ezek arra utalnak, hogy megfelelő (legtöbbször nő) betegek gondos és részletes kiválogatásával a panaszok enyhíthetők és a műtét az életminőséget javíthatja.

iff. Pastinszky István dr.

Colorectalis tumorok lézerkezelése. Schultheis, K. H. és mtsai (Zentr. Chir., Zentr. Inn. Med., Abt. Gastroenterol. d. Städt. Klin. Nürnberg): Zentr. bl. Chir., 1990, 115, 419.

Vitathatatlan, hogy megfelelő feltételek birtokában a malignus colorectalis dagatok választandó kezelése a nyirokcsomó-dissectióval összekötött radikális műtét; benignus elváltozások endoscopos kezelést igényelnek. A lézerterápia bevezetésével a vérzéscsillapítás, tumorszövet-vaporisatio lehetővé válik, s így a lumen felszabadítható.

A szerzők 128 beteg (36 benignus, 92 malignus folyamat, átlagéletkor 74,01 év) Nd-Yag lézer kezeléssel számolnak be. A beavatkozás indikációja stenosis, vérzés, fokozott nyáktérlet és tenesmusok voltak. A kezelés (malignus esetekben átlag 3,15, benignusban 1,9 ülés, alkalmanként 4000 J energia leadásával) hatására a tünetek 105 betegnél (82%) elmúltak, de a malignus tumorok felében, a benignus folyamatok 47%-ában visszatértek. Szövődményként 4 perforációt, 4 vérzést, 2 abscessust, 1 fertőzést, 1 sipolyt és 1 gyulladásszerű stenosiszt tapasztaltak, 6 betegnél emiatt műtetre is sor került.

Sikeres lézerkezelés után 34 beteget operáltak meg: 18 anus prae, 12 kontinencia-megtartó műtét, 3 rectum-exstirpatio, 1 Hartmann-műtét történt. A lézerrel kezelt betegek medián túlélése malignus tumor esetében 5,1 hónap volt, benignus tumor esetén a medián követési idő 16 hónap.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a lézerkezelés palliatív beavatkozás, mely alkalmas a vérzés, a stenosisok megoldására. Rossz általános állapotú, távoli áttétekben szenvedő betegek a stomát elkerülhetik általa, s ez életminőségük javulásával jár. A nagy recidívá-arány miatt malignus folyamatok definitív megoldására nem megfelelő, értéke benignus elváltozásokban még vizsgálatokat igényel.

Pikó Béla dr.

Virushepatitis

A hepatitis E vírus. Zuckerman, A. J. (Royal Free Hospital School of Medicine, London): Brit. med. J., 1990, 300, 1475.

A közlemény beszámol egy új májgyulladás okozó vírus, a hepatitis E vírus felfedezéséről, röviden ismerteti az E hepatitis járványtanát és összehasonlítja a már felfedezett hepatitis vírusokat.

Bár az 1980-as évek elejétől több kutatócsoport foglalkozott az enterálisan terjedő non-A, non-B hepatitis fertőzésekkel, csak a legutóbbi időben sikerült a kórokozó genetikai állományának egy részét biotechnológiai eljárással izolálni (Reyes és mtsai, 1990). A vírus számos tulajdonságát már korábban biokémiai, ill. elektronmikroszkopos vizsgálatokkal megállapították, pl.: igen érzékeny fagyasztásra-felolvasztásra, caesium-chloridra és ultracentrifugálásra; gömb alakú felszínén nyúlványok és bemé-

lyedések láthatók, burokkal nem rendelkez, átmérője 32–34 nm. Szövettenyésztésen eddig nem tudták szaporítani. Tulajdonságai alapján a kórokozó leginkább a Calcivirus családba (RNS vírus) volt sorolható, amelynek tagjai közmert enteropathogenek (Norwalk vírus).

Reyes és mtsai a vírus genetikai állományának izolálását mesterségesen fertőzött állatok epitéliájából kísérelték meg. Feltételezték, hogy a vírus az epében — a széklettel ellentétben — még ép állapotban fordul elő. A fertőzött epében talált ribonukleinsavakról komplementer DNS-t készítették, majd a DNS-eket lambda fágba vitték és megpróbálták hibridizálni fertőzött és egészséges epéből kivont RNS-ek alapján szintetizált komplementer DNS-ekkel. Ezzel a módszerrel kimutattak néhány klónt, amelyek csak „fertőzött komplementer DNS”-sel hibridizáltak. Az egyik klónnak megfelelő aminosav szekvenciája egy része egy bizonyos RNS vírusokra jellemző, RNS polymerase enzim aminosav szekvenciájával volt azonos. A klónnal sikerült hasonló szekvenciákat kimutatni számos, a világ különböző tájain előforduló, enterális non-A non-B hepatitis járványból származó székletmintában, és ezzel igazolni a járványok közös etiológiáját. A felfedezett kórokozót ideiglenesen hepatitis E vírusnak nevezték el.

Reyes és mtsainak felfedezése igen jelentős, mert egyrészt lehetővé teszi megbízható serológiai tesztek kifejlesztését az E hepatitis diagnosztizálására, másrészt alapul szolgálhat a betegség elleni hatásos vakcina kifejlesztéséhez.

A betegség megelőzése elsősorban a harmadik világ országaiban fontos, ahol a hepatitis E vírus nagy járványokat okozott (India, Nepál, Délkelet-Ázsia, Szovjet Közép-Ázsia). A kontakt úton terjedő fertőzés különösen a terhes nőkre veszélyes, akik között a mortalitás igen magas (20%–39%). A gyógyulást követően chronikus májbetegség nem alakul ki.

A többi májgyulladás közül az E hepatitis leginkább az A hepatitisre hasonlít. Mindkét betegség enterális-kontakt úton terjed és nem követi „másodlagos” kórkép. A B-, C és D hepatitis fertőzések ugyanakkor parenterálisan vihetők át (a D hepatitis a B-vel együtt) és az akut infekció lezajlását követően gyakran marad vissza chronikus betegség. A C hepatitiset egyes területeken a primer májcarcinomával is kapcsolatba hozzák.

iff. Füzi Miklós dr.

Hepatitis C vírus antitestek chronikus aktív hepatitisben: patogén tényező vagy álopozitív eredmény? McFarlane, I. G. és mtsai (Liver Unit, King's College Hospital and School of Medicine and Dentistry, Denmark Hill, London SE5 9RS, UK): Lancet, 1990, 335, 754.

Számos vizsgálat igazolta, hogy az autoimmun chronikus aktív hepatitisben (AI-CAH) szenvedő betegek szérumban igen

gyakran találhatók hepatitis C vírus (HCV)-ellenes antitestek. A szerzők célul tűzték ki annak tisztázását, hogy az anti-HCV ellenanyag jelenléte AI-CAH-ban a HCV pathogenetikai szerepére utal, vagy csupán ál-pozitív reakcióról van szó. A kérdés eldöntése terápiás szempontból is igen jelentős lenne, hiszen a HCV okozta hepatitis gyógyításában széles körben alkalmazott interferon kezelés az autoimmun betegségekben adverbz hatású lehet.

A szerzők 53 sokoldalúan igazolt AI-CAH beteget vizsgáltak, akikben nagy valószínűséggel kizárható volt a korábbi HCV fertőzés. (Anamnézisében HCV fertőzést elősegítő semmilyen kockázati tényező nem volt.) Az anti-HCV ellenanyag kimutatását Ortho-HCV ELISA-tesztel végezték. A betegség aktív szakában vizsgált 31 beteg közül 20 (65%) volt anti-HCV szeropozitív, míg a 22 inaktív fázisban vizsgált beteg közül csak 1 (5%).

A betegek tartós nyomom követése során szoros korrelációt találtak az Ortho-HCV ELISA-tesztben mért optikai densitás értéke és a szérumban globulin, valamint a szérumban IgG koncentrációja között, függetlenül attól, hogy a beteg kapott-e immunosuppresszív kezelést vagy nem. A CAH betegekben megfigyelt gyakori anti-HCV szeropozitivitást ugyanakkor a magas IgG szintek önmagában nem magyarázzák, az utóbbi inkább a betegség aktivitásának jele. Magas szérumban IgG koncentrációval járó más betegségekben (31 biliáris cirrhosis, 11 myeloma, 4 SLE, 4 rheumatoid arthritis és 5 egyéb nem májbeteg) ugyanis csupán 2/55 esetben találtak anti-HCV szeropozitivitást.

Vizsgálataik alapján úgy vélik, hogy annak ellenére, hogy a HCV fertőzés szerepe a CAH etiológiájában biztosan nem zárható ki, az Ortho-HCV ELISA-tesztben mért szeropozitivitás önmagában nem elegendő annak eldöntésére, hogy interferon vagy corticosteroid kezelést alkalmazzanak. Valószínűnek tartják, hogy az AI-CAH aktív szakában a szérumban olyan komponensek jelennek meg, amelyek álpozitivitást okoznak az Ortho-HCV ELISA-tesztben.

Timár László dr.

Hepatitis C antitest és krónikus májbetegség haemophiliásokban. Makris, M. és mtsai (Royal Hallamshire Hospital, Sheffield): *Lancet*, 1990, 335, 1117.

Az alvadási faktorok hőkezelése előtti időszakban majdnem mindegyik VIII. faktorral kezelt beteg már az első alkalommal megfertőződött non-A, non-B (NANB) hepatitiszrel. Közülük 70%-ban krónikus enzimeltérések voltak kimutathatók, és legalább 20%-uknál májcirrhosis fejlődött ki. Haemophiliásokban jelenleg a végtáadiumú májelégtelenség a vezető halál.

Bár széles körben elfogadott, hogy ezen májbetegséget vírus vagy vírusok okozzák, serológiai marker hiányában lehetetlen volt a felelős ágenszt vagy ágenseket azonosítani.

A szerzők a hepatitis C új markerét vizs-

gálták haemophiliásokban. A Sheffield Haemophilia Centrum 154 alvadási zavarban szenvedő felnőtt betegét vizsgálták, hogy van-e hepatitis C vírus elleni antitestjük (anti-HCV). A betegek 84%-a kapott már VIII. vagy IX. faktor koncentrátumot. Krónikus májbetegség jelenik a több mint 6 hónapja fennálló 45 U/l fölötti serum alanin aminotransferase (ALT = GPT) értéket tartották. Májbiopsiát 35 perzisztáló enzimemelkedést mutató betegben végeztek. A mintákat olyan histopathologus értékelték, akinek nem volt tudomása a HCV assay-k eredményéről. HBsAg pozitív beteg nem volt a biopsziátottak között. A betegek szérumból az anti-HCV kimutatás a Chiron cég radioimmun assay-jával történt. A nem fertőzött kontroll személyek 3-szoros standard deviációja feletti értékeket tekintették pozitívnak.

Azon 129 beteg közül, akik kaptak alvadási faktor koncentrátumot, 76 (59%) rendelkezett anti-HCV-vel. Nem volt szignifikáns különbség az A és B haemophiliások között (61% vs. 58%). Az anti-HCV pozitivitás egyenes arányban volt a kapott nagyobb faktor koncentrátumokkal: akik évente több mint 10 000 egység fölött kaptak, 76%-os, akik 1–10 000 egységig kaptak, 46%-os pozitivitást mutattak ($p < 0,001$). Azon betegek, akik még sosem kaptak koncentrátumot, anti-HCV negatívak voltak. Akik csak hőkezelt koncentrátumot kaptak, 22%-ban voltak anti-HCV pozitívak, szemben a nem hőkezeltet kapók 67%-ával ($p < 0,001$). Más vírusmarkerekkel is végeztek összehasonlítást. Anti-HCV pozitivitás szignifikánsan gyakoribb volt az anti-HIV vagy az anti-HBc szeropozitívnál: anti-HCV-pozitív és anti-HIV pozitív 88%, szemben az anti-HCV pozitív és anti-HIV negatív 39%-ával, ill. anti-HCV pozitív és anti-HBc pozitív 75%, szemben az anti-HCV pozitív és anti-HBc negatív 46%-ával.

A 35 májbiopsiás minta közül 17 krónikus perzisztáló hepatitis, 8 krónikus aktív hepatitis, 6 cirrhosis és 4 egyéb elváltozás volt. A NANB hepatitis szövettani jellegzetességeit mutató mind a 24 beteg anti-HCV pozitív volt, 11 betegben nem voltak poszttranszfúziós hepatitiszes jelek, közülük 5 volt anti-HCV pozitív.

A szerzők vizsgálatai azt mutatták, hogy haemophiliásokban a hepatitis C a leggyakoribb oka a krónikus NANB hepatitisznek. A koncentrátumok hőkezelése csökkenti, de nem szünteti meg a NANB hepatitisz rizikóját. Mivel mindegyik NANB hepatitiszes betegük anti-HCV pozitív volt, lehetségesnek tartják, hogy a nem B vírus eredetű esetekben főleg a HCV okozza a májartalmat.

Felhívják a figyelmet, hogy sürgősen eliminálni kell (szűréssel vagy más módon) a HCV-t az alvadási faktor koncentrátumokból.

Szalóki Tibor dr.

Modern hepatitisz vakcinák. Eddleston, A. (Liver Unit, King's College School of Medicine and Dentistry of King's College London): *Lancet*, 1990, 335, 1145.

A hepatitis elleni vakcináció jelentőségét nemcsak az adja, hogy az A, B, C, D és E vírusok okozta megbetegedés talán a leggyakoribb vírusbetegség a világon, de a B és C vírusok karcinogenitása miatt is foglalkozni kell velük. A hepatitis B vírus a dohányzás mögött a második legjelentősebb rákkeltő; becslések szerint a világban összesen kb. 300 millió vírushordozó 25–30%-a hal meg cirrhosisban vagy hepatocellularis carcinomában.

A hepatitis A fertőzés nem vezet krónikus májbetegséghez, és az első néhány életévben elszenvedett betegség csaknem mindig tünetmentes formában zajlik. A legszegényebb országokban, ahol a rossz higiénés viszonyok és a nagy népsűrűség miatt a lakosság túlnyomó része kora gyermekkorban átesik a fertőzésen, az A vírus kisebb problémát jelent mint a fejlett országokban, ahol eltűnőben lévő betegségnek számít, a felnőtt lakosság jelentékeny része fogékony rá és nő a fulmináns formát öltő betegségforma aránya. A fejlődő országokba utazókat így szokásos humán IgG védelemben részesíteni. Az első hepatitis A vírus vakcinát humán fibroblasztokban továbbított sejtenyésztésből nyerték, béta-propiolaktonnal történő inaktiválás után. Három oltás után a szerokonverziós arány majdnem 100%-os volt, és magas antitest titert észleltek. Hasonló, fibroblaszt tenyésztésből nyert, formalinnal inaktivált készítmény humán vizsgálata folyamatban van. Élő, legyengített vakcinák és a vírus felületi antigéntermészeti részleteinek segítségével nyerhető vakcinák kifejlesztése intenzív kutatás tárgya.

A hepatitis B vakcina kifejlesztésében a fő akadályt az jelentette, hogy az A vírushoz hasonló sejt kultúrákban való tenyésztést eddig nem sikerült megvalósítani. A hatékony hepatitis B vakcinák első fajtáját vírushordozók plazmájából állították elő. A B vírus felületi coat proteinje, a HBsAg a szérumban főlegesen van; üres, 22 nm nagyságú partikulumokat képez, mely tisztított állapotban nukleinsavat nem tartalmaz, így nem fertőz. Mivel a kiindulási anyag humán szérumban, a tisztítás során a kísérő szennyeződések eltávolítása igen fontos volt. E tisztított partikulumokat tartalmazó vakcina formalinkezelés után csimpánzban, majd emberben is hatékonyan bizonyult. A vírus szerkezetének megismerése, ill. a génsebészeti technikák fejlődése lehetővé tette a HBsAg nagy mennyiségű előállítását gombákban. Az így készült oltóanyag a hatékonyságot, biztonságosságot és immunogenitást tekintve egyenrangú a plazmából előállítottal. Egyes vizsgálatok szerint immunodeficiens betegekben a plazmából készült vakcina bizonyos előnyökkel rendelkezik.

A hepatitis B vakcinák 2 fő piaci területre eltérő követelményeket támaszt a gyártókkal szemben: a fejlett országokban igen magas immunogenitást és hatékonyságot, a fejlődő országokban elsősorban olcsó vakcinára van szükség. Ez utóbbiakban a plazma és rekombináns vakcinák hatékonysága közel 100%-os, és a gyártók versengése miatt az ár adagoként 1 dollár körül van. Így lehet-

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.

NIL-ACID[®]

tabletta

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 savválasztás.

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.

ANTACIDA, ADSORBENTIA

Mellékhatások:

A nagyobb adagok gyakori bevétel 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 bevétel között legalább 2 órának kell eltelnie.) Az antacidumok számos gyógyszer felszívódását akadályozhatják az adszorpció gátlásával vagy a gyomornedv pH-jának módosításával (pl: vas-sók, szívglükozidok, barbiturátok), ezért célszerű a Nilacid és egyéb gyógyszerek bevételét közt legalább egy óra szünetet tartani.

Figyelmeztetés:

Veseelégtelenségben nagy adagok tartós alkalmazása hypermagnesiaemiához 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 tabletta

térítés: 10,- Ft.



CHINOIN BUDAPEST 

ség van egy átfogó vakcinációs programra. Tekintettel arra, hogy Távol-Keleten a perinatális átvitel, Afrikában és a mediterrán országokban a gyermekkorú expozíció a fő fertőzési forrás, ellenben Észak-Európában és Észak-Amerikában az egészségügyi személyzet fertőződik leginkább, a vakcinációs program is eltér egymástól.

A Tajvanban 1984-ben megkezdett nagyszabású program keretében 544 797 terhes nő 76%-ánál végeztek HB_sAG (és pozitív esetekben HB_eAG) szűrést és 18%-os pozitívítást találtak HB_sAG-re.

Ezek felénél a magas HB_sAG titer vagy HB_eAG pozitívítás miatt az újszülött immunoglobulin oltását (születés után 24 órával), ill. négy részből álló vakcinációját (1, 5, 9 hetes korban és 1 éves korban megerősítő oltás) ajánlották az anyáknak. A szóban forgó újszülöttek 80%-a kapta meg a fenti kezelést, 18 hónapos korukban csak 11%-uk volt HB_sAG hordozó. Ezek egy része méhen belüli fertőzést szenvedett, mely vakcinával nem kivédhető. 1986-ban a programot minden újszülöttre kiterjesztették.

Afrikában a gyermekkorban elvégzendő vakcináció megszervezése, ill. az egészségügyi felvilágosítás jelent feladatot. (Etiópia egyes területein bizonyos törzsi szertartások során végzett skarifikáció és körülméletés is fertőzésforrást jelent.) Európában és Észak-Amerikában a vakcinációs programba HB_sAG hordozó anyák újszülöttjei is beletartoznak: minden HB_sAG pozitív anya gyermekénél javasolják az oltást, nemcsak HB_eAG pozitívknál (ez az aktív vírusreplikáció jelzője és nagyobb átviteli valószínűséggel jár: ekkor a vakcináció mellett immunoglobulint is adnak). Vita folyik arról, hogy a veszélyeztetett csoportok közül (homoszexuálisok, kábítószeresek, bevándorlók, intézetben ápolt Down-kórosok, bizonyos egészségügyi területek dolgozói) kiket oltanak. A leginkább veszélyeztetettek (pl. fogorvosai területen dolgozók) beoltása indokolt, más területen ez csak esetleges balesetkor javasolt. Véletlen tűszúrás esetén hepatitis B immunoglobulin és szimultán vakcina adandó, 48 órán belül. A rendőrség egyes tagjait is helyes védeni. A teljes vakcináció befejeztével 5 év múlva javasolják megerősítő oltás adását, akiknél azonban a kúra vége után 3 hónappal 100 U/l-nél kisebb anti-HBs-titert találnak, ennek kontrollja, ill. korábbi megerősítő oltás adása indokolt. 10 U/l-nél alacsonyabb titer esetén fennáll a hepatitis B infekció veszélye.

A non-A, non-B hepatitis vírusok egyikének a Chiron Corporation által 1989-ben leírt genomrészlete jelenleg hepatitis C vírusként ismert. Felmerülhet ezzel kapcsolatban a hepatitis C vakcina lehetősége. A leírt antigénről azonban valószínűnek tartják, hogy nem strukturális vírusalkotórész, így immunizálásra sem alkalmas. Másrészt a vírust egy olyan csimpánz vérből nyerték, melyet előzőleg több másik csimpánzon passzált vírussal fertőztek meg, így fennáll a vírus modifikációjának lehetősége is.

Mátrai Zoltán dr.
Szállóki Tibor dr.

Hepatitis-B-vírus—DNA kimutatása polymerase-láncreakcióval. Seelig, R. és mtsai (Inst. f. Immunologie und Molekulargenetik, GmbH, Karlsruhe): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 1307.

A vérsavóban a hepatitis-B-vírus—DNA (HBV—DNA) kimutathatósága vírus-replicációra utal és ezzel a beteg fertőzőképességét jelenti. Az eddigi konvencionális „dot-blot” molekuláris hybridizációs technika nem elégséges a minimális vírus-replicatio kimutatására és a fertőző és nem fertőző egyének elkülönítésére. Az újabb vizsgálatok rámutattak a *polymerase-láncreakció* („polymerase chain reaction”: PCR) nagyobb érzékenységére (Saiki, R. és mtsai: 1985).

A szerzők vizsgálatának célja 439 vérsavóban a HBV—DNA-nak a fenti két eljárással való összehasonlítása volt („dot-blot” versus „PCR”). 261 HBs-antigén (Ag)-pozitív betegnél HBV—DNA-t mutattak ki a polymerase-láncreakcióval: valamennyi HB_e—Ag pozitív savóban (dot-blot: 56%), valamint 131 anti-HBe-pozitív 81-nél (62%, a dot-blot: 5%), a 61 HB_e-marker-negatív közül 29-nél (48%) (dot-blot: 3%) és 21 delta-pozitív savó közül 6-nál (29%). A HBV—DNA-t 6 esetben (22%) mutattak ki a 27 anti-HBe-pozitív savóban (n = 50), amelyekben az anti-HBe és anti-HBs pozitív volt, továbbá a májbeteg HBV-marker-negatív betegeknél és az egészséges kontrollknál.

Következtetések szerint a HBV—DNA-meghatározásra a *polymerase-láncreakció* a legérzékenyebb módszer. A HB_e-pozitív egyének fertőzőnek tekintendők; ezeknél a HBV—DNA vizsgálat általában mellőzhető.

iff. Pastinszky István dr.

Enterális non-A non-B hepatitis járvány Mexikóban 1986—1987-ben. Velázquez, O. és mtsai (Dirección General de Epidemiología Ancieto Ortega No 1321 03100 Mexico): JAMA, 1990, 263, 3281.

Mexikó várostól 70 mérföldre délen két vidéki kis városban 1986-ban non-A non-B enterális hepatitis járványt észleltek. Huitzililla-ban a járvány 1 hónappal az esős évszak kezdete után indult, 1757 lakos közül 914 lett icterusos. 2 nem terhes asszony halt meg. A betegség gyakorisága 1—14 év között, 1,4%, 15—24 év között 10,8%, 25 év felett pedig 8,6%. Az icteruson kívül gyengeség 97%-ban, ízületi fájdalom 78%-ban, láz 53%-ban fordult elő. Valószínű, hogy a járványt a víz fertőzése okozta. Telixtácban 2194 lakos közül 129 betegedett meg. 1 nő halt meg. Itt sem fordult elő 1 év alatt megbetegedés, és a kormegoszlás hasonló mint a másik városban. Itt gyengeség, étvágytalanság 90%-ban, ízületi fájdalom 81%-ban, láz 62%-ban fordult elő. Telixtácban a járványt nem víz okozta, hanem kontakt fertőzés.

A és B hepatitis kizárható volt. 16 széketvizsgálat közül 3-ban sikerült immun elektronmikroszkópiával a heveny stádium-

ban 32—34 nm vírusszerű partikulumot kimutatni. Ez a partikulum akut non-A non-B hepatitises betegek serumával aggregálódott. 1 év után követéssel chr. hepatitisbe való átmenetet nem észleltek.

A szerzők szerint ez az első enterális non-A non-B hepatitis járvány leírása Amerikában. A mexikói immunoglobulin nem tűnt hatásosnak a járvány megelőzésében. Legfontosabb a higiéniai viszonyok javítása.

Ibrányi Endre dr.

A hepatitis C vírus szexuális úton történő átvitele: európai homoszexuális férfiak körében végzett összehasonlító vizsgálatok: Melbye, M. és mtsai (Kopenhagen): Br. med. J., 1990, 301, 210.

A fejlett országokban a megfelelő szűrővizsgálatok bevezetése mellett a hepatitis B és C fertőzéseknek már csak 5—10%-a hozható összefüggésbe transzfúzióval. Ezért a fertőződés lehetséges egyéb útjainak vizsgálata igen fontosá vált. A szerzők megvizsgálták a hepatitis C vírus-ellenes antitestek (anti-HCV) prevalenciáját és incidenciáját, és eme paraméterek változását figyelemmel kísérve vizsgálták a vírus homoszexuális kontaktus útján történő terjedését. Vizsgálataikat az 1981—89. években végezték. Összehasonlították ezen időszakban az anti-HCV, anti-HBC és HIV vonatkozásában kialakult kumulatív incidenciát és szerokonverziós rátát. Eredmény: 1981-ben 4 egyén (1,6%) volt anti-HCV pozitív. 1984-ben az anti-HCV pozitívitas incidenciája 4,1%-ra emelkedett (a konverziós ráta ezen időszakban 2,5%). 1989-ben az anti-HCV pozitívitas incidenciája továbbra is 4,1% (a szerokonverziós ráta nulla). Ezzel szemben az anti-HBC pozitívitas az 1981-es 44%-ról 1984-re 52,7%-ra nőtt (szerokonverziós ráta 15,5%), 1989-re pedig 58,8%-ra emelkedett (szerokonverziós ráta 12,9%). Az anti-HIV pozitívitas incidenciája 8,8%-ról 24%-ra (szerokonverziós ráta 16,7%), illetve 30,1%-ra (szerokonverziós ráta 8%) emelkedett ezen időszakokban. A vizsgált időszakban transzfúziót senki nem kapott, és csupán egy beteg esetében derült fény intravénás kábítószer adagolásra.

A szerzők ezért megállapítják, hogy a hepatitis C vírus szexuális úton történő átvitelével számolni kell ugyan (nem homoszexuális férfiak kontroll csoportjában az anti-HCV pozitívitas incidenciája 0,3%), ez azonban ritkán előforduló jelenség. Ezzel szemben a hepatitis B és a HIV-fertőzés homoszexuális kontaktus útján igen jelentős gyakorisággal terjednek.

Pollák Richárd dr.

Idült hepatitis-B: hepatitis-B-vírus — DNA kimutatásának értékhelyzete a vér-

savóban és a májszövetben. Meyer, P. és mtsai (Stadtspital Waid, Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 310.

A hepatopathia chr. diagnosztikájához hozzátartozik az aetiológiai tisztázás. Az ismert vírusfertőzések közül elsősorban a hepatitis-B-vírus (HBV) és az ezzel társultan előforduló hepatitis-delta-vírus (HDV), valamint a hepatitis-C-vírus (HCV) okozhatnak idült fertőzést. A HBV esetében a struktúra, a genom és a replicatio az utóbbi időben nagymértékben tisztázódott. A molekuláris hybridizáció-elemzéssel a betegek vérsavójában valamint a májszövetében a virális DNA strukturális elemzése lehetségessé vált. A molekuláris hybridizáció-elemzés elve alapján különbözik a szerológiai elemzéstől.

A szerzők 79 idült májbeteg vérsavójában és májszövetében vizsgálták a molekuláris hybridizáció diagnosztikus értékét a HBV-DNA kimutatására. Idült hepatitis-B-betegeknél az aktív vírusreplicatio felfedhető volt a HBeAg és/vagy HDV-DNA kimutatásával a vérsavóban, illetve a májszövetben. Azonban negatív HBeAg-serostatus esetén is gyakran HBV-DNA található a savóban, tehát a vírusreplicatio kimutatható. Nem találtak semmi korrelációt a HVB-DNA jelenléte és a májgyulladás laboratóriumi és histológiai aktivitása között. A HBsAg-negatív betegeknek egyetlen esetben sem volt a savóban vagy a májszövetben HBV-DNA kimutatható. Ebből következik a klinikai diagnózis számára, hogy a szerológiai markerek a HBV-fertőzés kimutatására elegendők. Azonban a HBV-DNA-nak a szérumban vagy az aktív virális replikációnak a májszövetben való kimutatása lényeges a beteg antivirális kezelésére (pl. interferon) való kiválogatá-

sában és a terápiás eredmények dokumentálásában.

iff. Pastinszky István dr.

A toulouse-i kórházak személyzetének hepatitis B elleni vaccinatiója. Malavaud, S., Dumay, F., Malavaud, B.: Presse Med., 1990, 19, 905.

Franciaországban az egészségügyi dolgozók között előforduló foglalkozási ártalmak sorát az akut hepatitis B vezeti; — évente 1000 dolgozóra két eset jut.

A hepatitis B felszíni antigen kimutatása a francia populációban 0,5% — délen ez 0,6%. 1982-ben az Egészségügyi Igazgatóság adatai szerint a kórházi dolgozók 30%-a volt a vírussal fertőzött, ma viszont a vaccinatio alkalmazása óta ez 15–20% közötti előfordulású. Ezek az adatok a vaccinatio szükségességét támasztják alá. Természetesen a védekezés és a higiéniés előírások betartása is elengedhetetlen, azért is, mert az egyúttal prevenciót jelent az AIDS-fertőzéssel szemben. Ajánlják elsősorban a műtéti szakmákban dolgozóknak, bárkinek (akik óhatatlanul érintkeznek a betegek vérével vagy más testnedvével, s kicsi, esetleg észrevétlen sérülés a vírus behatolási kapuja lehet).

[Ref.: ugyanez a gond az említett szakmákban másutt is elő, pl. San Franciscóban a General Hospitalban egy tanulmány szerint a műtőben dolgozóknak az AIDS és hepatitis B fertőzés prevenciójaként a kétszeres kesztyű használatát javasolják. (Gerberdino, J. L. és mtsai: New Engl. J. Med. 1990, 322, 1788.)

Malavaud és mtsai kérdőíveket szerkesztettek, amelyeken adatokat gyűjtöttek a toulouse-i kórházak dolgozóitól, ezek alapján kiderült, hogy a védekezési módok is

merete és alkalmazása a kórházi személyzet körében elégtelen.

A szerzők úgy vélik, hogy a hepatitis B infectio előfordulásáról, veszélyeiről, kimeneteléről stb. részletesen fel kellene világosítani azokat, akik elsősorban ki vannak téve a fertőzésnek, munkájuk kezdetekor, de a további működés során is állandóan emlékeztetni kell a veszélyre. Emellett propagálni kell a védőoltások alkalmazását.]

Tényi Mária dr.

Hepatitis-C-vírus és a carcinoma hepatocellulare. Habscheid, W. (Abt. Innere Medizin, Medizinische Universitätsklinik, Würzburg): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 758.

A hepatitis-B chronica és a carcinoma hepatocellulare közti összefüggést számos tanulmány igazolja. Újabb (Bruix, J. és mtsai, 1989; Colombo, M. és mtsai 1989) májsejtrák-betegeknél végzett vizsgálatokban először hepatitis-C-vírus-elleni antitesteket tudtak nagyobb számban (77,5%, illetve 75%) kimutatni. Mindkét tanulmány arra utal, hogy a hepatitis-C-vírus Nyugat-Európában valószínűleg fontos szerepet játszik a carcinoma hepatocellulare pathogenesisében. A hepatitis-C-vírus-elleni antitestek feltűnő halmazódása alkoholtoxicus májrákbetegeknél (76,5% versus 38,7%) utalhat ebben a betegcsoportban a fertőzés kulcsszerepére.

Kétségtől a hepatitis-C-vírus most lehetséges meghatározása nagy lépést jelent a májsejtrák pathogenesisének további tisztázásában.

iff. Pastinszky István dr.



Anisics Ernő

bőrdíszműves kisiparos

1067 Budapest VI., Teréz krt. 21.

Megrendelés esetén utánvétellel szállítok, bármilyen színű valódi bőrből készült:

44×23×20 cm méretű és	
40×23×20 cm méretű	
orvosi táskát	5600,— Ft.
többrekeszes recepttartót	1500,— Ft.
kétfelé nyíló ampullatartót	1800,— Ft.
vényomásmérőtokot	700,— Ft.

Közületeket is kiszolgálók!

Telefon: 1531-875

Ismételten a latinnyelv-oktatás vi-
tájához

T. Szerkesztőség! Fehér János és Keller
László dr. szerkesztőségi kommentárjával
kapcsolatban (Orvosi Hetil., 1990. 131,
1672.) szeretnék észrevételt tenni.

Immáron másodízben szövegek a latin nyelv-
oktatás témában hozzá. A „nyelvtani ele-
mek használata, a névszórakozás és ideért-
ve a jelzős, birtokosjelzős és előljárósavas
szerkezetet” szép elgondolás lenne a gy-
akorló orvos számára, csak arra nem gon-
dolnak az ötlet fölvetői, hogy a gyakorlat-
ban a kivitelezés jóval nehezebb. A latin öt
névszórakozásban számos kivétel van, a
névszók neme többségében igen, de nem
mindig következik a végződésből, többes-
számban változhat a nem, vagy nem vesz
fel egyáltalán névszói ragot, van amelyik
egyes számban használatos csak, vagy az
egész szótó változik többes számban. A jel-
zős szerkezet még nehezíti az egyeztetés ál-
tal a helyzetet. A nagyszámú ógörög vagy
ógörögből átvett latin szó szintén más és
más ragozást követ. Ami azonban legjob-
ban bonyolítja a kérdést, hogy nincs olyan
részletes orvosi szótár Magyarországon —
tudomásom szerint — ami a szakszavak ne-
mét, declinációhoz való tartozásukat és a
rendhagyó ragozást feltünteti. (A szaksza-
vak egy része képzett műszó, normál szó-
tárban nem található meg.) Így későbbiek-
ben a gyakorló orvostól, aki egyszerűen az
idő múlása folytán kiesett a latin nyelv gy-
akorlatából, nem várható el, hogy a szó ne-
mét tudja minden esetben és pontos előljár-
ós és birtokos szerkezetet alkalmazzon.
(Éppen a Szerkesztőség által hiányolt, he-
lyesen ragozott birtokos esetben fordul elő
számos kivétel.) Körülbelül ragozni pedig
nem lehet! Pontos, részletes és bő hosszú
éveket követelő nyelvtudás kell a hibátlan
ragozáshoz. Befejezésül visszatérve az első
levelemre, hiába emelnék a latinórak szá-
mát az orvostanhallgatóknak, a rendelkez-
ésre álló idő alatt az eszményi, pontos
„birtokosjelzős, előljárós ragozást” „leg-
alább alapszintű nyelvtudással” egy nem
beszél, tehát folyamatosan nem gyakorolt
nyelvvel nem lehet elérni.

Lohinai György dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: Valóban nem
könnyű az orvosnak, ha nem tanult részle-
tes latin nyelvtant. Véleményünk szerint,

addig is, amíg megvalósul az előző kom-
mentárunkban áhított széles körű közép-
iskolai latin nyelvoktatás, van némi lehetőség
viszonylag kevesebb hibával megszerkesz-
teni az orvosi dokumentumok latin nyelvű
szövegét. Mód van arra, hogy szótár segít-
ségét igénybe vegyünk, latin nyelvben jártas
kollégákat megkérdezzünk. Végső soron
pedig az egy-egy disciplina által használt
latin nyelvű kifejezések száma nem olyan
nagy, hogy azokat csekély igyekezettel ne
lehete elsajátítani.

Legalább mi becsüljük meg a múlt
nagy magyar orvosait!

T. Szerkesztőség! Örömmel olvastam el
Bánfalvi Gáspár dr. és Antoni Ferenc dr.
„DNS diagnosztika” című áttekintését
(Orvosi Hetilap, 1990. 131. 953—964),
amellyel a korszerű genetikai módszerek
szélesebb körű bevezetését sürgették. A jö-
vőt azonban nem lehet a múlt tisztelete nél-
kül megalapozni. Újra szomorúan kellett
tapasztalnom, hogy sokan még itthon sem
tudják: Schaffer Károly (1864—1939) volt
az, aki a „Tay-Sachs betegség” elmélyült
kutatása kapcsán megfigyezte a betegség lé-
nyegét és ennek kapcsán a zsírsavcsere
veleszületett rendellenességét elsőként írta
le (1). Éppen ezért a német nyelvű szakiro-
dalomban a betegséget Tay-Sachs-Schaffer
kórnak nevezték és néhány évvel ezelőtt
még a Lancet-ban is ilyen néven említették
ezt a betegséget. A világ meghatározó tudó-
mányos nagyhatalma: az USA, illetve kuta-
tói közismerten nem ismerik a kontinensü-
kön kívül köztudott dolgokat, különösen, ha
az régen történt. Ezt azonban nekünk sem-
miképpen sem kellene követni.

Warren Tay angol szemész 1881-ben kö-
zölte, hogy izomgyengeségben szenvedő
testvérpár szemfenéki képen fehéres udvar-
ral övezett sárgás foltot (később ezt inkább
cseresznyepirosnak vagy barnászörösnak
találták) észlelt. Bernard Sachs egyesült ál-
lamokbeli neurológus 1887-ben körvona-
lalta az e betegséggel sújtott csecsemők
idegrendszeri tünetekért felelős agyi elvál-
tásokat, majd 1896-ban ezt a családi
(pontosabban testvér) halmozódást mutató,
autoszom recesszív kórképet amaurotikus
familiaris idiotia néven írta le. W. Hirsch
1898-ban tárta fel a kórkép neurohistológiai

jellegettségét, a jellemző idegsejt-duzzan-
tatot. Schaffer Károly azután, 1901—től
kezdve, rendszeres hisztokémiai vizsgálá-
taival tárta fel a pathogenesist. Erről 23 né-
met, egy angol és számos magyar közle-
ményben számolt be (2). Munkáját akkor,
a történeti Magyarországon élő csaknem 1
millió zsidó lakosság tette lehetővé, mivel
e betegség döntően az askenáziakban for-
dul elő. Schaffer feltárta az idegsejt-
duzzanás okát, kiderítve, „hogy e helyi
puffadásokban a Weigert-féle haematoxy-
linnal élénken színeződő gömbölyded sze-
mecskék foglalnak helyet.” E sejt-
elváltozást 1920-ban Bielschowsky nyomán
Schaffer-féle sejteltváltozásnak nevezték el.
Később Schaffer azt is megállapította, „a
szemecskék kezdetleges jelentkezése idejé-
ben azok eleinte fuchsinnal, később hae-
motoxylinnal festhetők és végül osmium-
mal feketíthetők... és ezzel tulajdonké-
ppen a szemecskéknek előrehaladó elzsíro-
sodása jut kifejezésre. A haematoxylinnal
való festés annyit jelent, hogy miután ezzel
a festékkel az idegrostok velősburkának
összetevőiből a lecithin színeződik egye-
dül, ezek a sejten belüli szemecskék lecithi-
noid természetűek.” Később ezek sphyn-
golipoidnak bizonyultak. E leletek értelme-
zését konzultáltam itthon néhai Környey
István akadémikussal, az USA-ban V. A.
McKusickkal és egyetértettek azzal, hogy
ezek alapján Schaffer tekinthető a lipoido-
sisok első felfedezőjének. Ezen túl Schaffer
érdeme a kórképnek az elkülönítése a juve-
nilis Vogt-Spielmayer és a felnőtt Kufs for-
máktól. Ezeket ugyanis akkor azonos kór-
kép eltérő életkorú megnyilvánulásának
tartották. A korszerű biokémiai és moleku-
lális genetikai kutatások később igazolták
Schaffer igazát, e kórképekben biokémiai-
lag eltérő lipidek és genetikailag eltérő lo-
kusok génjei játszanak szerepet.

Mindezekkel talán sikerül igazolni, hogy
Schaffer szerepe e betegség lényegének
megértésében alapvető, és hogy a korábbi
szakirodalmi gyakorlatot, miszerint ezt a
betegséget Tay—Sachs—Schaffer-kór-
nak nevezték, legalább nekünk, magyaroknak
és általában a tudománytörténet ismerőinek
követni kell.

IRODALOM: 1. Czeizel E.: A heredodege-
neratio tan történeti értékelése. II. Schaffer
Károly. Orv. Hetil., 1979, 120, 840—843. —
2. Czeizel A.: A historical evaluation of the
doctrine of heredodegeneration. Orvostörté-
neti Közlemények (Communicationes de
Historia Artis Medicinae) Budapest, 1979,
87—88, 157—179.

Czeizel Endre dr.

A Népjóléti Minisztérium

tájékoztatója

az 1990. november havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

A téli időszaknak megfelelően valamennyi enterális úton terjedő betegség járványügyi helyzete kedvezően alakult, az esetek számának csökkenése folytatódott. Az e csoportba tartozó betegségekből az előző év azonos hónapjában regisztrálnál is kevesebb fordult elő.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek szezonális megszorodása elsősorban a mumpsz és a scarlatina esetében volt jelentős: 51%-kal több mumpsz és 42%-kal több scarlatina megbetegedést diagnosztizáltak, mint októberben. Az 1989 évben megkezdett rubeola védőoltások

(melyben ez ideig mintegy 7 és fél gyermekkorosztály részesült) hatására a rubeola járványügyi helyzete kiváló: szezonális emelkedés alig észlelhető, az esetek száma csupán negyedét tette ki az 1984–88 közötti időszak novemberi medián értékének. Valamennyi cseppfertőzéssel terjedő betegség járványügyi helyzete összességében igen kedvezően alakult az előző évek hasonló időszakához viszonyítva is.

Bejelentett fertőző megbetegedések
Magyarországon (+)
1990. június–1990. november hó

Betegség	Június	Július	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.
Typhus abdominalis	—	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	1480	1413	1412	1189	1055	887
Shigellosis	70	34	177	430	234	128
Amoebiasis	7	10	12	7	3	12
Dysenteria	77	44	189	437	237	140
(Shig. + amoeb.)						
Dyspepsia coli	25	39	48	44	34	28
Hepatitis inf.	171	241	265	331	385	365
AIDS	1	5	—	—	6	—
Poliomyelitis	—	—	—	—	6	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	3	7	1	6	1	1
Scarlatina	281	118	93	116	340	485
Morbilli	9	5	3	2	5	—
Rubeola	440	180	75	53	90	103
Parotitis epid.	1903	1287	421	373	1089	1648
Mononucleosis inf.	70	64	52	63	81	78
Keratoconj. epid.	22	67	114	128	57	56
Meningitis epid.	1	2	4	4	3	3
Meningitis serosa	15	22	14	16	21	12
Kullancsenceph.	41	61	25	6	8	20
Egyéb enc. inf.	10	26	9	13	12	7
Encephalitis inf.	51	87	34	19	20	27
(KE + egyéb enc. i.)						
Staphylococcosis	4	5	4	6	4	8
Malaria*	—	3	1	3	2	1
Tetanus	3	4	2	3	1	3
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	—	1	—	—	1
Leptospirosis	3	3	8	4	4	2
Ornithosis	—	—	—	—	—	—
Q-láz	2	1	1	—	—	1
Tularemia	9	1	2	3	7	10
Taeniasis	1	—	—	—	1	1
Toxoplasmosis	12	14	8	8	8	15
Trichinellosis	—	—	—	—	—	—

Bejelentett fertőző megbetegedések
Magyarországon (+)
1990. november hó

Betegség	November		Jan. 1.—Nov. 30.			
	1990.	1989.	Me- dian 1984 — 1988	1990	1989	Me- dian 1984 — 1988
Typhus abdominalis	—	—	—	—	3	3
Paratyphus	—	1	—	—	2	—
Salmonellosis	887	1 334	717	10 940	13 295	12 496
Shigellosis	128	394	—	1 384	2 602	—
Amoebiasis	12	7	—	77	70	—
Dysenteria	140	401	243	1 461	2 672	3 090
(Shig. + amoeb.)						
Dyspepsia coli	28	37	28	346	431	362
Hepatitis inf.	365	405	309	3 136	3 041	3 305
AIDS	—	1	—	16	14	—
Poliomyelitis	—	—	—	1	—	—
Diphtheria	—	—	—	1	—	—
Pertussis	1	—	1	23	6	25
Scarlatina	485	430	719	3 870	8 106	7 593
Morbilli	—	21	3	96	17 541	66
Rubeola	103	213	419	4 848	19 815	25 184
Parotitis epid.	1 648	1 910	2 410	19 823	20 475	39 737
Mononucleosis inf.	78	97	69	881	799	714
Keratoconj. epid.	56	159	3	612	245	121
Meningitis epid.	3	2	3	34	47	48
Meningitis serosa	12	22	27	197	374	330
Kullancsenceph.	20	27	—	210	275	—
Egyéb enc. inf.	7	16113	—	126	126	168
Encephalitis inf.	27	40	25	336	443	402
(KE + egyéb enc. i.)						
Staphylococcosis	7	13	63	84	152	—
Malaria*	1	—	2	17	6	13
Tetanus	3	2	2	29	15	32
Anthrax	—	1	—	—	1	—
Brucellosis	1	1	1	4	4	8
Leptospirosis	2	9	4	32	42	46
Ornithosis	—	—	17	2	6	—
Q-láz	1	—	—	8	2	6
Tularemia	10	18	4	53	95	38
Taeniasis	1	—	3	13	15	31
Toxoplasmosis	15	16	21	157	152	209
Trichinellosis	—	—	—	—	21	25

MEGJELENT

SZEMÉSZET 1990. 4. sz.

Süveges Ildikó, Pelle Zsuzsanna, Végh Mihály: Vitrektomia jelentősége toxocara-úvegtisekben
Pámer Zsuzsanna, Kovács Bálint: Diabéteses retinopathia: A pathogenesis hemoreológiai vonatkozásai
Nyíri Sándor, László Aranka, Bozók Béla: A köthártya ultrastrukturális vizsgálata lysosomal enzimopathiákban és hereditáris generatív körkerekben
Pelle Zsuzsanna, Tóth M., Tóth F., Süveges Ildikó, Deák Andrea: Peters-anómia klinikai képe és kísérletes modellje
Németh György, Schlegel Wolfgang: A szem-, orbita-, retroorbitalis tumorok 15—MV—X-sugárterápiája különös tekintettel a szemlencse sugárvédelmére
Németh Emília, Vastag Oszkár: A könnyű penicillin alkalmazása az amblyopia recidívjának megelőzésére
Bausz Mária, Megyesi Mária, Kenyeres Ágnes: A 0,03%-os Fluribipropfen cseppel szerzett tapasztalataink
Follmann Pirokka, Varga Margit, Wix Katalin: Tapasztalataink tartós betárolással kezelt
Dobos Gyula, Amberger Magdolna: Kontrasztérzékenység-csökkenés sclerosis multiplex betegnél
Jaross, N., M. I. Mahmood: A keratomykosis diagnózi-
sa és lokális kezelése

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA 1990. 6. sz.

Szántó Ferenc dr., Bárfai György dr., Kovács László dr.: A kombinált emelő stimulációs teszt alkalmazhatósága az antenatális magzati diagnosztikában
Rigó János dr., jr., Paulin Ferenc dr., Adám Zsolt oh.: Folyamatos vérnyomás és pulzus monitorizálás hipertónia diagnózissal beutalt terheseknél
Csákány M., György dr., Egyed Jenő dr., Dobos Anna dr., Simon Judit dr., Hajdú Krisztina dr., Oláh János dr., Gáti István dr.: Makroszómia előrelépése cukorbeteg terhessegekben
Mészáros Gyula dr., Turay András dr., Donhoff Ágnes dr., Brütt Ferenc dr.: Az I. trimeszterben észlelt cervicitis összefüggése a pete mellékcsőcsinek tünetmentes gyulladásával
Szeverényi Péter, Hetey Andrástné, Forgács Attila, Kovácsné Török Zsuzsa, Csizsár Péter dr., Bodnár Béla dr.: Felkészítés az együttlésre
Malbaski Miklós dr.: Magzati fejlődési rendellenességek szűrése során észlelt tapasztalataink
Hetényi Ferenc dr., Nagy Péter dr., Szőcs Beáta dr.: Szülésvezetés előzetes császármetszés után
Zalányi Sámuel jr. dr., Szántó Ferenc dr.: Medencevégi fekvéses magzat fordítása külső műfogásokkal
Cseh Imre dr., Wulentin Szilvia, Nyakas Csaba dr., Gáti István dr.: Szteroid receptorok humán és patkány placéntában
Csizsár Péter dr., Bodnár Béla dr.: A női művi meddővé-tétel új módszere hazánkban: A Filshie klip
Szőke Béla dr., Fábán István dr., Várkonyi Péter dr.: 7,5 MHz-es transzvaginális vizsgálatok alkalmazása a nőgyógyászati diagnosztikában
Szarvas Zoltán dr., Zsolnai Béla dr., Balogh István dr., Guoth János dr.: Összehasonlító morfológiai vizsgálata az endometrium és endometriotikus szövetek között danazol kezelés során
Németh Gábor dr.: Peutz-Jeghers syndromás beteg si-
keresen kihordott terhessége

EGÉSZSÉGNEVELÉS 1990. 6. sz.

Környezet és Egészség Európai Kartája I. Európai Környezet és Egészség Konferencia Frankfurt, 1989. december 78.
Pákozdi Lajos dr.: Ismét a dohányzásról... Múlt-jelen-jövő
Rápoliné Keresztes Csilla, Zalányi Sámuel dr.: Testkultúra—sport—egészségvédelem
Csepél Erika dr., Csörgő Tibor dr., Péter Árpád dr.: Neurózis és társadalom
László Ruth: A személyiség architektóniája IV. Beszéd és nyelv

Mozsgay Géza dr.: „Családi tűzfészek”. Ártalmas szemé-
ly a családban III. Elvisekelhetetlen feszültségek és re-
ális megoldások a gyakorlatban
Szálasi Árpád dr.: Pápai Páriz Ferenc és a Pax Corporis
peldája
Subosits István, Göllesz Viktor dr.: A szegények és eset-
tek istápolásának eszméje Pápai Páriz Ferenc műveiben

GYÓGYSZERÉSZET 1990. 11. sz.

Takács Mihály dr.: Gyógyszerek fényérzékenysége és annak vizsgálata
Vereckei András dr., Fehér János dr.: Szabadgyök-
reakciók szerepe a májbetegségekben
Sákovits József dr., Benkő András dr., Jónás József dr.,
Elek Beldné dr., Regdon Géza dr., Pintyéné dr., Hódi Klá-
ra dr., Mézes Éva dr.: A rektális gyógyszeradagolás új
lehetősége a Suppo-Kap II.
Berta Mária, Kata Mihály dr.: A prednizolon oldódási
jellemzőinek növelése β ciklodextrinnel
Nagy Attila dr., Pávis László dr., Semjén Gábor dr.,
Magyar Károly dr.: BATECIN® pulvis and us vet. új,
anibakteriális és antibakteriális és antiszekretoros
gyógyszerszerek kombináció az E. coli okozta hasmenés ellen
Högyes Endre: A gyógyszerészképzés története hazánk-
ban a XIX. század végéig Az egyetemi gyógyszerész-
képzésről és a doktori fokozat elnyeréséről
30 éve történt
Schulek Elemér dr.: A gyógyszerész tudományok 10
éve
Végh Antal dr.: Gyógyszerészet és a kémia

FOGORVOSI SZEMLE 1990. 11. sz.

Blazsek J. dr., Offenmüller K., Zelles T. dr. és Michael
G. Hmpheys-Beher: Galactosyltransferase immunoló-
giai módszerekkel történő kimutatásához alkalmazható
antitestek előállítása
Hepp K. dr., Tarján I. dr. és Bokodi I. dr.: Össze-
hasonlító vizsgálatok Concise és Delton barázdázó
anyaggal
Somogyi E. dr., Fejérdi P. dr. és Fábán T. dr.: Az unila-
terális (Fábán és Fejérdi prototipa 2A., 2. B. osztályú)
foghiányok határesetekének pótlása
Habócskyné: Az óvónő szerepe a fluorid prevencióban

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1990. 11. sz.

Simon Lajos dr., Tölgyes Tamás dr.: A bulimia nervosa II.
Patai Zoltán dr., Tournade Alain dr., Braun, Jean-Paul
dr., Berkó Mihály dr., Pasteur, C. H.: Az artéria optal-
mica szerepe a meningeális vérellátásban és ennek neu-
roradiológiai vonatkozásai
Csiba László, Bereczky Dániel, Balikovics Attila, Kol-
lár József, Sikló Judit: A B-moede ultrahangos vizsgálat
szerepéről az a. carotis stenosis elváltozásainak diag-
nosztikájában
Szulz-Várszegi Mária, Hajók Gábor és Ruther Eckhart:
Az agyi vérátáramlás dinamikus változásai alvásban

GYÓGYSZEREINK 1990. 7. sz.

Ludwig Endre dr.: Antibiotikum-kezelés terhesség és
szoptatás alatt
Kékes Ede dr.: Mexiletin (Ritalmex) + kinidin (Chini-
din retard) kombinált antiaritmia kezelés hatása ischaem-
ias szívbetegségekhez társult malignus kamrai rit-
muszavarokban
Rajna Péter dr., Veres Judit dr. és Vitrai József dr.: A
fenitoin (Diphedan) helye a terápia-rezisztens epilep-
sia kezelésében
Nagy Félix dr., Toldi Attila dr., Hamvas Antal dr., Cson-
ka Zoltán dr., Frang Dezső dr. és Scultéry Sándor dr.:
Az alfa₁-adrenoreceptor blokkoló prazosin (Minipress)
helye a benignus prostata hyperplasia konzervatív keze-
lésében
Temesvári Erzsébet dr., Soós Gyöngyvér dr. és Horváth
Péter dr.: Apulein (budeszonid) kenőcs és krém vizsgá-
lata atopiás és kontakt dermatitisben
Új készítmények
Peflacin 400 mg filmbevonatú tabletta
Telebrix N 300, N 350, és MN 380 injekció
Ureget injekció

GYÓGYSZEREINK 1990. 8. sz.

Embey-István Dezső dr.: Malignus betegségek terhes nő
és egyéb eredetű súlyos, tartós fájdalmak csillapítása
Török Ibolya dr., Stehlich Gábor dr.: 1%-os ketekona-
zol krém és 2%-os klotrimazol kenőcs kettős-vak össze-
hasonlító vizsgálata felületi dermatomycosisban
Szabadka Hajnalka dr.: A Paxirasol orrspray-vel szer-
zett klinikai tapasztalataink
Varga József dr., Baranyai Miklós dr.: Corontin forte
okozta torsades de pointes és kamrafrilláció
Hetényi Gábor dr.: Anteovint tartósan szedő nők köve-
teses vizsgálata
Fontos tudnivalók gyógyszerekről
A Haloperidol készítmények új alkalmazási előírása; az
injekció iv. adagolása
Új készítmények
ASS—100 mg és ASS—500 mg pezsgőtabletta
Nizoral 2% krém
Tri-Regol tabletta
Xanas 0,25 mg és 0,5 mg tabletta
Fórum
A Diaphyllin mint antiaritmia szer

GYÓGYSZERÉSZET 1990. 10. sz.

Megbeszélés az új parlament gyógyszerész képvisé-
lőivel
A gyógyszerész tevékenység fejlesztése Magyaror-
szágon
Az európai kórházi gyógyszerészek szövetsége állás-
pontja a gyógyszerek egyszeri adagjának csomagolásá-
val kapcsolatos kérdések
Sátory Éva dr.: A gyógyszerkutatás néhány új irányzata
Gesztes Adrienn dr., Kollár György dr.: Liposzómák és
alkalmazásuk
Kökös József dr., Örfi László dr.: Biolumineszcencia I.
Sákovits József dr., Regdon Géza dr., Pintyéné dr., Hódi
Klára dr., Elek Beldné dr., Benkő András dr., Kraszkó
Pál dr., Cseke Béla dr.: A rektális gyógyszeradagolás új
lehetőségei a Suppo-Kap I. A gyógyszerforma előállítás
és a vizsgálati módszerek
Csiba András dr., Vas Mária dr., Ludwig Endre dr.: Ro-
xitromycin makrolid antibiotikum kötődése humán
alfa-1-savas glükoproteinhez in vitro
Zalai Károly dr.: Paracelsus (1534—1541) Tokajban
Gondolatok a 160 éves gyógyszerészbárhöz

EGÉSZSÉGÜGYI MUNKA 1990. 10. sz.

Járdánky Tamás dr., Heiner Lajos dr., Szilárd János
dr.: A cerebrovaszkuláris megbetegedések jelentősége
Tóth Marianne dr.: Ismerkedjünk a gyógynövényekkel
Szilvási Sándorné, Félégházi dr., Tanay dr., Weinach
Károlyné: Az anesztézia költségei
Budai József dr.: A rubeola elleni védőoltásról
Varga Éva Mária: Az öngyilkosságok megküzdéséről ke-
zezése
Csóka Mária: Egészségkárosító attitűdök 14—18 éves
inadaptált fiataloknál
Katona Jánosné: A tudatzavar betegei intenzív ápolása
Horváth Lászlóné, Jankó Bálintné: A szakasszisztens
szerepe a krónikus légzési elégtelenségben szenvedő
betegek kezelésében
Szabó Rezső dr.: Ápolási-gondozási feladataink arterio-
sclerosis obliteransban
Soproni László dr.: Muraközy Károlyra emlékezve
Vágvolgyi Mária: Tauszk Ferenc
Frank Kálmán dr.: Gondolatok egy könyvecské olvasá-
sa kapcsán

NÉPEGÉSZSÉGÜGY 1990. 3. sz.

Kazár György dr., Lakner László dr., Salamon Antal
dr., Szepesi András dr.: Balesetek epidemiológiája a
Vas megyei felmérés tükrében
Székely Péter dr., Kovács Judit dr., Borsos Antal dr., H.
G. Neumann: Terhességmegszakításra jelentkező 18 év-
nél fiatalabb lányok szexualitásának vizsgálata
Tompai Anna dr., Ungvári György dr.: A munkahelyi
vegyszeri expozíció genotoxikus hatásai és prevenciójának
lehetőségei
Aszódi Imre dr.: A sterilizálással kapcsolatos gondok és
gondolatok
Belicza Éva: Táppénzes eljárás kidolgozása és működ-
tetése az egészségügyi alapellátásban I.

Belicza Éva, Csobán György: Táppénzes adatkezelő eljárás kidolgozása és működtetése az egészségügyi alapellátásban II.
Járványügyi jelentés 1989. november-december, 1990. január-február

A MAGYAR TRAUMATOLÓGIA ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET 1990. 4. sz.

Prof. Hans Willenegger 80 éves

Hans Willenegger: Az AO-International fejlődésútja
Szepesti János dr., Szabó Edit dr.: A sonographiás csőpóvizsgálat értékelhetősége, reprodukálhatósága, hibaforrásai

Szepesti Kálmán dr., Vízkelety Tibor dr.: Reoperációk a dongaláb kezelésében

Nydrádi József dr., Kubatov Miklós dr., Péley Iván dr., Gazsó Imre dr.: Ujjreplantációk

Móricz Ottó dr., Bíró Vilmos dr., Várhidy László dr.: Eredményeink a Bennett-törések műtéti kezelése után

Péley Iván dr., Várhidy László dr., Bíró Vilmos dr., Schmidt Béla dr.: A mini külső rögzítő szerepe a kéz fertőzött sérüléseinek kezelésében

Simonka János Aurél dr., Varga Endre dr., Kiss Gyula dr., Vörös Erika dr.: Adatok a kéz lamina fibrocartilaginea („palmar plate”) sérüléseinek kórisméjéhez és gyógykezeléséhez

Sántha Ernő dr., Répássy György dr., Varga Miklós dr.: A kéz ujjhajlító inaira ható húzóerő direkt mérése

Cziffer Endre dr., Farkas József dr., Turchányi Béla dr.: A kéz csontdefektussal járó, nyílt potenciálisan fertőzött töréseinek kezelése halasztott korai csontpótlással
Csorba Éva dr., Ménesi László dr., Kalas László dr.: Felső végtag megtartása fixateur externe segítségével mély égés után
Fekete Károly dr., Detre Zoltán dr., Szepesti András dr.: Kétoldali proximális radiusvég törések
Tócsik István dr., Páli Sándor dr.: Bamberger—Marie-syndroma esete

MEDICUS UNIVERSALIS 1990. 5. sz.

Szalka András dr.: Enterocolitis infectiosa

Nagy György dr., Orosz Péter dr.: A fekélybetegség gyógykezelésének aktuális kérdései

Rényi Vámos Ferenc dr., Makó János dr., Frang Dezső dr.: Idős idült vesebeteg dialízise

Sterba Gizella dr.: Diabéteszes amyotrophia

Péter Árpád dr.: A gyermekkori öngyilkos magatartás halmozott előfordulása bácskai községben

Lomb Dénes dr., Arnold Csaba dr., Balogh Sándor dr., Galgóczi Ernő dr., Péntes János dr.: A körzeti orvosi munka összehasonlító vizsgálata több körzetben, — háttér információk

Simay Átila dr.: Egészség, megelőzés, gondozás

Török Éva dr.: Hevizos kenőcs gyermekek herpesz-fertőzésének kezelésében

Nagy Ferenc dr.: A Rabenid alkalmazása különféle indikációkban

Csarkó Péter dr., Lampé István dr.: A Naprosyn szuszpenzió fájdalomcsillapító hatásának értékelése tonsillectomiás betegekben

Péntes János dr., Bander Ferencné: Terhességi anémia megelőzése rutinszerűen alkalmazott vaspótlással

Andor Miklós dr.: Az általános orvostani kutatás teoretikus kérdései

Arnold Csaba dr.: A körzeti orvos sajátos kutatási területei és kutatási módszerei

Pogány István dr.: Hogyan írjunk tudományos közleményeket?

Nagy Gábor dr.: Az osteoporosis

Rab Erzsébet dr., Kurták Józsefné dr., Endrényi Ferenc dr.: Minor analitikumok és lázcsökkentők hazai felhasználásának gyógyszerutilizációs vizsgálata (1986—1988)

H. Kesteloot prof.: A táplálkozás és a kardiovaszkuláris, valamint a rosszindulatú daganatos halálozás

Dobrai Lajos dr.: Halászat Magyarországon

Farkas Tibor dr., Csengeri István dr.: A magyarországi halak zsírsavak összetétele, különös tekintettel az omega—3 szkezetit polyen zsírsavakra

Szollár Lajos dr.: Az n—3 zsírsavak hatásainak biokémiai és körélettani elemzése

Rigó János prof. dr.: Halolaj-készítmények hatása a zsírsavcserére

Romics László prof. dr.: Omega—3 zsírsavak jelentősége a megelőzésben és gyógyításban

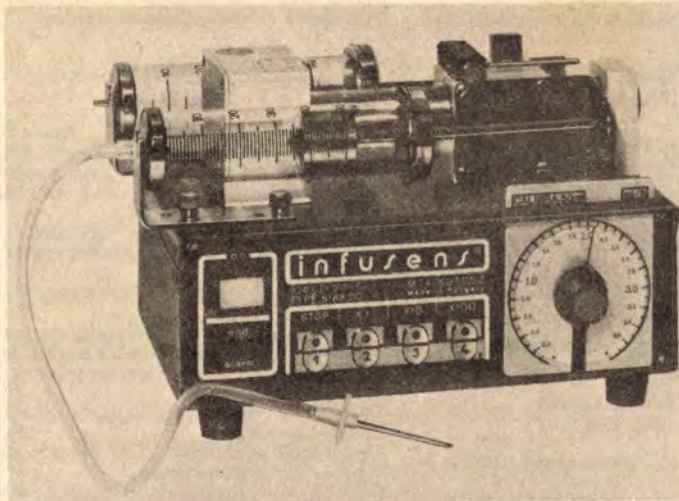
Pados Gyula dr.: Tapasztalatok és gondolatok a halfogyasztásról a diétában

Horváth Sándor dr., Szabó Erzsébet: A busa-diéta, a busa-olaj és a tengeri halolaj-készítmények helye a prevencióban és a rehabilitációban

Joó Imre dr.: A busa-fogyasztás újabb klinikai tapasztalatai

INFUSENS kompakt kivitelű infúziós készülék

Alkalmas tápoldatok, nagyhatású
gyógyszerek és kis mennyiségű vér
tartós, folyamatos adagolására



- gyárilag négyféle, külön igényre bármilyen fecskendőre kalibrálva;
- adagolási sebesség 0,01—368 ml/h (10- vagy 100-szorosára növelhető);
- adagolási pontosság $\pm 1\%$;
- akusztikus és vizuális véghelyzet-jelzés;
- kis helyigény;
- egyszerű kezelhetőség;
- hosszú élettartam;
- minimális karbantartási igény.



Gyártja és értékesíti:
Magyar Tudományos Akadémia
Kutatási Eszközök Kivitelező Vállalata

1141 Budapest, Komócsy u. 29—31. Telefon: 163-2450. Telex: 22-6700

HÍREK

MEGHÍVÓ

A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA

és a

KORÁNYI SÁNDOR TÁRSASÁG

közös

NAGGYÜLÉSÉRE

Téma: „Az elkerülhető halál és az elkerülhető súlyos szövődmények”

Az ülés időpontja: 1991. február 15. 9 óra
Az ülés helye: MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA DÍSZTEREM
(Budapest, V., Roosevelt tér 9.)

Részvételi díj: 200,- Ft
nyugdíjasoknak, és 35 év alatti fiataloknak a részvétel díjtalan

1991. február 15. délelőtt

Üléselnök: Dr. Petrányi Gyula
9.00–9.05 Megnyitó

Dr. Holló István egyetemi tanár
a Korányi Sándor Társaság elnöke
9.05–9.25 Bevezetőt mond

Dr. Petrányi Gyula akadémikus
9.25–9.50 OSTEOPOROSIS — COMBNYAKTÓ-
RÉS, MINT ELKERÜLHETŐ HALÁLOK

Korányi Sándor Emlék előadás
Dr. Holló István egyetemi tanár
I. sz. Belklinika, Budapest
9.50–10.05 Szünet

Üléselnök: Dr. Rák Kálmán
10.05–10.20 SILENT ISCHEMIA, ELKERÜLHE-
TŐ SZÍVHALÁL?

Dr. Antalóczy Zoltán egyetemi tanár
Orvostovábbképző Egyetem
II. sz. Belklinika, Budapest

10.20–10.35 A DAGANATOS BETEGEK TERMINÁ-
LIS GONDOZÁSA

Dr. Eckhardt Sándor egyetemi tanár
Országos Onkológiai Intézet, Budapest
10.35–10.50 Szünet

Üléselnök: Dr. Szabó György
10.50–11.00 A FEJ- NYAK DAGANATOK CITO-
STATIKUS KEZELÉSE SORÁN ELKERÜLHETŐ
SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYEK

Dr. Szabó György egyetemi tanár
Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest
11.00–11.15 AZ ELKERÜLHETŐ HALÁL DILEM-
MÁJA A SZÜLÉSZETBEN

Dr. Kovács László egyetemi tanár
Szülészeti- és Nőgyógyászati Klinika, Szeged
11.15–11.30 A CSECSEMŐKORI HALÁL
SZINDRÓMA

Dr. Schuler Dező egyetemi tanár
II. sz. Gyermekklinika, Budapest
Dr. Klinger András

Központi Statisztikai Hivatal
Dr. Barkó Éva főorvos
Orsz. Csecsemő és Gyermekkegészségügyi Intézet

1991. február 15. délután
Üléselnök: Dr. Holló István

13.00–13.15 A GASTRO-DUODENÁLIS FEKÉLY
PERFORÁCIÓJÁNAK SEBÉSZI KEZELÉSE

Dr. Karácsonyi Sándor egyetemi tanár
Sebészeti Klinika, Szeged
13.15–13.30 A FÜL-ORR-GÉGÉSZETI MŰTÉTEK
SZÖVŐDMÉNYEINEK MEGELŐZÉSE

Dr. Ribári Ottó egyetemi tanár
Fül-Orr-Gége Klinika, Budapest
13.30–13.45 AZ ELKERÜLHETŐ HALÁL JE-
LENTŐSÉGE A REUMATOLÓGIAI BETEGSÉ-
GEKBEN

Dr. Gömör Béla egyetemi tanár
Orvostovábbképző Egyetem Reumatológiai és Fizio-
terápiás Tanszéke

13.45–14.00 SZISZTÉMÁS AUTOIMMUN BE-
TEGSGÉK SZÖVŐDMÉNYEI ÉS ELHÁRÍTÁSUK

Dr. Gergely Péter egyetemi tanár
II. sz. Belklinika, Budapest
14.00–14.15 ELKERÜLHETŐ HALÁL A FERTŐZŐ
ÉS TRÓPUSI BETEGSGÉKBEN

Dr. Várnai Ferenc egyetemi tanár
Orvostovábbképző Egyetem Fertőző és Trópusi betegsége-
gek tanszéke, Budapest

14.15–14.30 AZ AKUT ÉS KORAI-KRÓNIKUS

(SZÖVŐDMÉNYEK OKOZTA) HALÁLOZÁS PRE-
VENCIOJA DIABETES MELLITUSBAN
Dr. Tamás Gyula egyetemi docens
I. sz. Belklinika, Budapest
14.30 KÖZGYÜLÉS
VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1991. február
19-én (kedd) du. 13.30 órakor a Fodor József előadótér-
ben (Bp., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.

Program:

Nyerges Gáborné (OKI), Bodza Zsuzsa és Nyerges Gá-
bor (OTE I. Gyermekgyógyászati Tanszék):

A pertussis oltás idegrendszeri szövődményei. Vége
egy mítosznak?

A Magyar Gyermekorvosok Társasága dél-
magyarországi Területi Szervezete 1991. június
7–8-án Szegeden tudományos ülést rendez.

Szabadon választott témájú előadások 1991. február
28-ig jelenhetnek be.

Cím: Virág István dr.
6701 Szeged, Gyermekklinika, Pf. 1: 471.

Rózsadomb elején kétlakásos villában, az egyik 50
m²-es, összkomfortos, cirkófűtéses, KIEI telefonos lak-
kás orvosi rendelő részére kiadó.

Lehet team is.

T.: 135-6312

Réggel 8–10 óráig

Du. 18–21 óra közötti időben.

Alig használt, magyar gyártmányú, érintésbiztos
rontgenkészülék eladó.

T.: 175-5053

FELHÍVÁS

A Magyar Rehabilitációs Társaság ismételt meg-
rendezi a már hagyományos

FIATALOK FÓRUMÁT

1991. május 23-án, esztendőnkben az Országos Orvosi Re-
habilitációs Intézet kultúrtermében (Budapest, XII.,
Szantórium u. 2.).

Várjuk 35 éven aluli orvosi, pedagógiai, foglalkozási,
szociális rehabilitációval foglalkozó fiatal szakemberek
jelentkezését. Az előadások időtartama 5 perc.

Amennyiben az előadó több időt igényel (max.: 8
perc), az előadás teljes szövegét kérjük előzetesen el-
küldeni a jelentkezéssel együtt.

A legjobb előadásokat a zsűri jutalmazza.

Vetítési lehetőségek: 5 × 5 mm-es dia (párhuzamos
vetítés is), írásvetítő keskenyfilm, super 8-as néma, ill.
hangosfilm, VIDEO (VHS).

Jelentkezési határidő: 1991. márc. 30.

Cím: Dr. Vén István ifjúságpótlókat tiszár, Országos Orvosi
Rehabilitációs Intézet Budapest, Szantórium u. 2. 1528.

JELENTKEZÉSI LAP

A Magyar Rehabilitációs Társaság Fiatalok Fórumára
1991. máj. 23.

NÉV:szül. év:

Az előadás címe:

Társaszerző:

Az előadáshozvetítést kérek.

Az értesítést a következő címre kérem:

Dátum:

aláírás

MOTESZ-hírek

A MOTESZ Elnöksége köszönetet fejez ki az Orvosi
Hetilap Szerkesztőségének azért a lehetőséget, hogy a

jövőben alkalmat ad a Szövetség legfontosabb hírnagyai
közlésére, elősegítve ezzel a legszélesebb körű tájékoz-
tatást!

MEGÚJULÓ MOTESZ

1990. december 15-én került sor a MOTESZ tiszt-
újító Közgyűlésére, amely egy 5 éves periódus lezá-
rást, egyben az új Alapszabályt megalkotó, előre muta-
tó megújulási törekvések érvényre jutását jelentette. A
Közgyűlést levélben köszöntötte Göncz Árpád köztársá-
sági elnök, Antall József miniszterelnök. Dr. Jávör And-
rás, a Népjóléti Minisztérium államtitkára tájékoztatást
adott a minisztériumban folyó munkáról, az egészség-
ügyben várható változásokról, a közép- és hosszútávú
tervekről. Felvételt nyert a Szövetségbe a közelmúltban
alakult Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti,
Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság. Átadásra ke-
rült az 1989. évi MOTESZ-díj, amelyet ezúttal dr. Zalai
Károly és dr. Hársing László egyetemi tanárok kaptak,
valamint az ifjúsági tudományos pályázat díjai, amelye-
ket dr. Jakabovits Ákos, dr. Csonka Gábor, dr. Faragó
Katalin, dr. Gyenes Gábor, dr. Szerényi László vehet át.
Ezt követően a Közgyűlés két alapvető kérdéssel fog-
lalkozott:

1. Beszámoló a Szövetség elmúlt 5 éves tevékenységéről
2. Az Alapszabály módosítása, a Szövetségi Tanács
megalakítása és az új tisztviselők megválasztása.

1. A Szövetség 5 éves tevékenységéről számolt add 68
oldalas Beszámolót a küldöttek már jóval a Közgyűlés
előtt tanulmányozhattak, így azzal kapcsolatban vita
nem is alakult ki. A beszámoló számolt arról a ren-
dkívül jelentős szervezeti, önállósági, pénzügyi-
gazdasági fejlődésről, amelyet az 1966 óta fennálló Szövetség
az elmúlt 5 évben felmutatott. Ennek lényegesebb elemei:

- a minisztériumtól való teljes függetlenség, az
önállóság megvalósítása mind a gazdálkodás terén; ez-
zel egyidejűleg az egyes tag-társaságok teljes önállósá-
ga és laza „konföderatív” Szövetséggé való átalakulás
- az egyre jelentősebb szerep az egészségügyet érintő
jogszabályok alakításában, előzetes véleményezési jog,
aktív szerepvállalás a parlament, az MTA megfelelő bi-
zottságaiban (18 jogszabály megalkotásában kérték és vár-
ták a Szövetség állásfoglalását).

- a Szövetség kimagasló eredményeket ért el a nem-
zetközi orvostudományi életben: Kelet-Európában első-
ként nyert felvételt a World Medical Associationba
(1988) és alapító tanácsadó tagja a WHO közreműködé-
sével alakuló Orvosszövetségek Európai Fórumának.
- a MOTESZ kezdeményező és meghatározó szere-
pet játszott a Magyar Orvoskamara megalakulásában: a
Szövetség törekvése továbbra is a konstruktív együttmű-
ködés, hiszen az érdekelteknek nem szűkszerűnek és az
öncéli rivalizálás nem érdeke a magyar orvostársá-
dalomnak.

- 1990-ben a MOTESZ közel 6 millió devizaforint-
tal támogatta tagjai külföldi kongresszusi részvételét és
3 millió devizaforintot (+ 2,7 E Ft), biztosított a nem-
zetközi társasági tagdíjakra, és közel 7 millió Ft támo-
gatást nyújtott a szaklap-kiadáshoz.

A Beszámoló egyben megfogalmazta azokat a törekvé-
seket, amelyek a Szövetség jövőjében meghatározó szere-
pet játszanak, mindenekelőtt a szakmai, tudományos ér-
dekvédelem erősítését — amely természetesen nem lehet
azonos az orvoskamara egyéni érdekvédelmi feladataival.
A Közgyűlés a beszámolót egyhangúlag elfogadta és kö-
szönetet mondott dr. Szécsényi Andor elnöknek, dr. Für-
sang Csaba főtitkárnak és a leköszönt Elnökségnek az
elmúlt 5 éves munkájáért.

2. Közel 1 éves, valamennyi Társaság állásfoglalását fig-
yelembe vevő előkészítő munka előzte meg a MOTESZ
új Alapszabálya kialakítását. A Közgyűlés elfogadta az új
konceptiókat, amelynek lényege:

- A Küldöttközgyűlés szerepét a jövőben a Társasá-
gok elnökeiből és a Szövetség vezető tisztviselőiből álló
Szövetségi tanács veszi át.
- megválasztásra került az 5 tagú új Elnökség:
- dr. Fehér János e. tanár — a MOTESZ Elnöke
- dr. Ribári Ottó e. tanár — a MOTESZ Alelnöke
- dr. Berentey György e. tanár — a MOTESZ jövő-
dő Elnöke
- dr. Szécsényi Andor e. tanár — a MOTESZ volt
Elnöke
- dr. Várnai Ferenc e. tanár — a MOTESZ Ügyveze-
tő Elnöke

A 66 tagú Szövetségi Tanács (az évente 1 alkalommal
ülésező, 500 tagú Küldöttközgyűlés helyett) várhatóan
operatívabban, rugalmasabban és gyorsabban lesz ké-
pes megfelelni a Társaságok jogos igényeinek és hatéko-
nyabb tevékenységet fejthet ki a Szövetség érdekében. A
Szövetség számára kedvező gazdálkodást tesz lehetővé a
Szövetségi Hivatal megújuló konstrukciója, amelynek
előn az ügyvezető igazgató áll. Továbbra is jelentős szerep
jut a MOTESZ Kongresszusi Irodájának, amely bevétele
jelentős részét „visszaforgatja” a Társaságok javára.



— A MOTESZ devizakeretére 1991. II. félévre (V–XII. hó) benyújtott pályázatok beküldési határideje 1991. január 1. További információ az 1990 szeptemberi körlevél értelmében a Társaságok Főútkirányánál.

— 1991 márciusában Szövetségi Tanács ülése. Témái (többek között) az új Szervezeti-Működési Szabályzat, a nemzetközi társasági tagdíjak Ft- és devizafedeztetési biztosítása, a lapkiadások támogatása, az új egészségügyi törvény véleményezése, alapelvek kidolgozása (stb.).

— A Társaságok számára jogsegélyszolgálat és gazdasági tanácsadás (pénzügyek, adóügyek, alapítványok, gazdálkodás, könyvelés, anyagszolgáltatás stb.) a Szövetségi Hivatalban! Bp. V., Kossuth tér 4. V. em. T.: 153-220/512 mellék.

— Szakmai célú, hivatalos utakhoz repülő- és vonatjegyenvelés forintért.
Szövetségi hivatal 153-220/520 mellék.

A Fővárosi Szent László Kórház Tudományos Bizottsága 1991. február 13-án 14.00 órakor tudományos ülést

rendez a kórház előadótermében (Budapest IX., Gyáli út 5.).

PROGRAM

1. Nagy Ervin dr., Reé József dr.: Az interferon jelentősége a hepatológiai gyakorlatban.
2. Ibrányi Endre dr., Várhegyi Krisztina dr.: Interferon terápia B-hepatitisben.
3. Albert Katalin dr., Keszei Nóra dr.: Interferon terápia C-hepatitisben.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(239/b)
Monor Város Polgármesteri Hivatala (2200 Monor, Kossuth Lajos u. 78–80.) pályázatot hirdet az Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény orvos-igazgatói munkakör betöltésére 1991. január 1-jétől.

A pályázatban bármely, legalább tízéves szakorvosi gyakorlattal rendelkező orvos részt vehet.
A pályázathoz mellékelni kell részletes önéletrajzot, diplomamásolatot és érvényes erkölcsi bizonyítványt. Lakásmegoldás lehetséges.

A pályázatot 1990. december 31-ig Monor Városi Polgármesteri Hivatalnál lehet benyújtani.

Rados Mária dr.
polgármester

(241/b)
Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (1475 Budapest, X., Kozma u. 13. Pf. 22.) főigazgató-főorvosa megüresedett álláshelyekre felvesz 3 fő klinikai pszichológust.

A felvételre kerülő pszichológus részt kell vegyen az intézet szakértői jellegű diagnosztikai és elmeosztályi terápiás feladatainak ellátásában.

Fizetés: havi 18–24 ezer Ft között, évente egyszeri juttatásként 13. havi fizetés, korpótlék, ingyenes BKV bérlet. Szükség esetén alberti hozzájárulást biztosítunk.

Szociális juttatások: üdülés, egészségügyi ellátás, gyermeküdültetés.

A munkakör betöltésének feltétele megfelelő pszichodiagnosztikai, illetve terápiás gyakorlat, képzettség, valamint 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány. Jelentkezni, illetve tájékozódni az 127–6849/244 telefonon a vezető pszichológusnál.

Csicsay Iván dr.
főigazgató-főorvos

(250/a)
A Csepeli Kórház-Rendelőintézet (1751 Budapest, Déli u. 11.) orvos-igazgatója pályázatot hirdet a nyugdíjazás folytán 1991. június 15-én megüresedett kerületi vezető gyermekgyógyász főorvosi állásra.

Szakirányú szakképesítés, több éves szakmai gyakorlat. A pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek a vezető gyakorlatl, tudományos tevékenységgel és klinikai háttérrel rendelkezők.

A pályázat benyújtásának módját, valamint a csatolandó iratok jegyzékét a 7/1987. (VI. 30.) EüM rendelet 1. sz. melléklete tartalmazza.

Molnár Lajos dr.
orvos-igazgató

(251)
A Debreceni Orvostudományi Egyetem Társadalom- és Egészségügyi Intézet igazgatója pályázatot hirdet egyetemi oktatói állásra.

A beosztás és a bér megállapítása a pályázó eddigi szakmai munkásságát és az egyetemi követelményrendszer alapján történik.

Az állás azonnal betölthető.
Érdeklődni a DOTE Társadalombiztosítási Intézet igazgatójánál lehet.

A pályázat benyújtásának határideje a megjelenéstől számított 30 nap.

(252)
A Keszthelyi VT Kórház-Rendelőintézet (Keszthely, Ady E. u. 2.) orvos-igazgatója pályázatot hirdet:
Belgyógyászati osztályon:

— 1 fő szakorvosi képzéssel rendelkező belgyógyász,
továbbá

— 1 fő segédorvos részére
Fül-orr-gégészeti Osztályon:
— 1 fő segédorvosi állás betöltésére.
Szakvizsga előtt álló orvos is pályázhat.
Az állások azonnali hatállyal elfoglalhatók.
Bérezés: Megegyezés szerint.
Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

(253)
Nagyfai Börtön és Fogház — 6750 Szeged-Nagyfa — pályázatot hirdet intézeti orvosi feladatok ellátásához

1 fő általános orvosi szakvizsgával rendelkező orvos és 1 fő szakvizsga nélküli általános orvos részére.
Alkalmazási feltétel, büntetlen előélet. A munkaviszony határozatlan időre szól.

Bérezés megegyezés szerint az IM kulcsszámait szerint.

Jogosultság esetén szolgálati lakásra van lehetőség. A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül kell benyújtani.

A pályázattal kapcsolatos felvilágosítás 62-es körzet 67-241, 67-290-es telefonon.

(254)
A Főv. Polgármesteri Hivatal Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója (1204 Budapest, Köves u. 2–4.) pályázatot hirdet:

1 fő pszichológusi állásra a Pszichiátriai Betegfelvételi Osztályra.
(Klinikai gyakorlattal rendelkezők előnyben.)

(255)
Az Ajka Városi Tanács Magyar Imre Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az újonnan szervezett érsebészeti osztály osztályvezető-főorvosi állásának betöltésére.

Pályázati feltétel: szakirányú képesítés, legalább 10 éves szakmai gyakorlat.

Bérezés kulcsszám szerint.
Lakást biztosítani nem áll módunkban.
Pályázathoz csatolni kell a 7/1987. (VI. 30.) EüM számú rendeletben meghatározott okmányokat.

Pályázatot a Magyar Imre Kórház-Rendelőintézet kórházigazgató-főorvosához kell benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

(1)
Oltóanyagtermeléssel foglalkozó vegyesvállalat keresetkönyvezési irodájába szakembereket.

Feltétel: felsőfokú szakirányú végzettség, angol nyelvismeret.

Kiemelt feladat — kiemelt fizetés!
Jelentkezni a következő telefonszámon lehet: 127-7202.

(2)
A Főv. Főpolgármesteri Hivatal Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója (1204 Bp., Köves u. 2–4.) pályázatot hirdet:

A Mozgásszervi-Belgyógyászati Rehabilitációs Osztályra, 1 fő belgyógyász szakorvosi állásra.
Megfelelő jártasság esetén osztályvezető-helyettesi feladatokkal.

Előnyben részesülnek a mozgásszervi megbetegedések iránt érdeklődők.

Főnyad László dr.
orvos-igazgató

(3)
A Főv. Főpolgármesteri Hivatal Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója (1204 Bp., Köves u. 2–4.) pályázatot hirdet:

A II. Idegbeteg gondozóba
1 fő pszichiáter szakorvos és
(A pszichiátriai járóbeteg-ellátásban gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek)

az I. és II. Pszichiátriai Osztályra
2 fő pszichiáter szakorvos részére
(Szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk.)

Főnyad László dr.
orvos-igazgató

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Zoltán u. 8. Megjelenik 10 850 példányban

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó igazgatója

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., Náador u. 32. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/135

Előfizetési díj egy évre 1680,— Ft, félévre 840,— Ft, negyedévre 420,— Ft, 1 hónapra 140,— Ft, egyes szám ára 31,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 91.14898 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

DENTOCAR[®]

tabletta, forte tabletta

N 400 Aqua et sales minerales
X 500 Odontologica
A 01 AA 01

Hatóanyag: 0,5 mg nátrium fluoratum (0,23 mg F⁻) Dentocar tablettánként, 2,21 mg natrium fluoratum (1,0 mg F⁻) Dentocar forte tablettánként.

Hatás: a nátrium-fluorid a fogáttörés (eruptio dentis) előtt szisztémásan, majd lokális kezeléssel kiegészítve helyileg hatva gátolja a cariogen mikroorganizmusok tevékenységét, csökkenti a fogzománc savoldékonyágát, elősegíti a remineralizációt.

Javallat: a fogszuvasodás megelőzése olyan földrajzi területeken, ahol az ivóvíz és táplálék fluoridban szegény.

Ellenjavallat: csökkent vesefunkció; májkárosodás; ha az ivóvíz fluoridtartalma 0,75 mg/l felett van.

Adagolás: Az adagolás az alábbi táblázat alapján javasolt: az ivóvíz fluoridtartalmának ismeretében:

Életkor	0—0,25 mg/l fluoridtartalmú ivóvíz esetén	0,25—0,5 mg/l esetén	0,50—0,75 mg/l esetén
	1, vagy 2 részre osztva		
0—2 éves	1 tbl. Dentocar (F=0,23 mg)	—	—
3—4 éves	2 tbl. Dentocar	1 tbl. Dentocar (F=0,23 mg)	—
5—6 éves	3 tbl. Dentocar	2 tbl. Dentocar (F=0,46 mg)	1 tbl. Dentocar (F=0,23 mg)
7 éves vagy idősebb	4 tbl. Dentocar (F=0,92 mg)	3 tbl. Dentocar (F=0,69 mg)	2 tbl. Dentocar (F=0,46 mg)
	vagy 1 tbl. Dentocar (F=1 mg)		

A nátrium-fluoridot tartalmazó tabletták alkalmazását már születéstől el kell kezdeni és megszakítás nélkül rendszeresen folytatni a 12. életévig.

Az adagolásnál a napi 0,03 mg/ttkg fluorid mennyiséget lehetőleg nem szabad túllépni.

A tablettákat el kell rágni, illetve célszerű hagyni, hogy azok a nyálban feloldódjanak. Csecsemőknek egy szénnyomott tablettát kell bármelyik étkezés közben adni.

Mellékhatás: a hosszantartó túladagolás (napi 2—3 mg F⁻ ingestio; — 8 Dentocar, illetve 2 Dentocar forte tabletta) dentális fluorosishoz, a fogzománc foltos elszíneződéséhez vezethet, az egyszerre nagyobb mennyiségben történő fluorid bevitel akut mérgezési tüneteket idézhet elő. A letális adag 30—50 mg F⁻/testtömegkilogramm, 5 mg F⁻/testtömegkilogramm akut mérgezési tüneteket okozhat.

Gyógyszerkölcsonhatás: Ca-, Mg-tartalmú gyógyszerek (pl. antacidok) egyidejű alkalmazásakor rosszul felszívódó Ca F₂ képződhet.

Figyelemztetés: A Dentocar, vagy Dentocar forte tablettákat naponta kell adagolni. Az esetleg kimaradt adagot nem szabad összegyűjtve egy alkalommal pótlólag beadni.

Megjegyzés: ⚠ Csak vényre adható ki.



CHINOIN BUDAPEST



NEO-PANPUR[®] filmbevonatú tabletta

Enzimes digestivae

A készítmény hatóanyaga a sertéspankreaszból előállított standardizált pankreatin. A tabletta filmbevonata gyomorsav rezisztens, így védelmet nyújt a gyomornedv inaktíváló hatásával szemben. A hatóanyag granulálása és a tabletta filmbevonata együttesen garantálja az enzimek stabilitását. A duodenumban az enzimek (kb. 30 perc alatt a terápiás hatáshoz szükséges mennyiségben) kioldódnak és aktiválódnak.

HATÓANYAG:

minimum 125 mg pancreatinum (10 000 lipáz, 9000 amiláz, 500 proteáz FIP-E) filmbevonatú tablettánként.

JAVALLATOK:

Exokrin pankreasz elégtelenség következtében kialakult diszpepszia, krónikus pankreatitisz, gyomor- és hasnyálmirigy-műtétek utáni enzimpótlás. Mucoviscidózisban az elégtelen hasnyálmirigy-működés pótlására.

ELLENJAVALLATOK:

hatóanyag iránti túlérzékenység, akut pankreatitisz, krónikus pankreatitisz akut szakasza.

ADAGOLÁS:

A pankreasz betegség súlyosságától függően naponta 3-szor 1—3 filmbevonatú tablettát étkezés közben vagy közvetlenül evés után kevés vízzel, szétrágás nélkül kell bevenni.

MELLÉKHATÁS:

igen ritkán émelygés előfordulhat.

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS:

30 filmbevonatú tabletta.

ELŐÁLLÍTÓ:

Knoll AG—BASF licence alapján előállítja és forgalomba hozza az EGIS GYÓGYSZERGYÁR — Budapest.

OGYI eng. szám: 4264/40/90.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

132. ÉVFOLYAM 7. SZÁM 337—392. OLDAL

BUDAPEST, 1991. FEBRUÁR 17.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

VERAPAMIL

40 mg és 80 mg draszté

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK ANTIHYPERTENSIVA

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatornáin” keresztül, ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvezetést; tágtítja a coronariákat és gátolja a coronaria-spaszmust; a perifériás artériák tágítása és a perifériás ellenállás csökkentése révén mérsékli az artériás vérnyomást, a szívizom energiafogyasztását és oxigénigényét.

HATÓANYAG: 40 mg ill. 80 mg verapamilium chloratum drasztéként.

JAVALLATOK: Angina pectoris kezelése és megelőzése, supra-ventricularis tachycardiák kezelése és megelőzése, hypertonia, szívinfarctus utókezelése, béta-blokkolókra nem reagáló hypertrophiás cardiomyopathia (az obstruktív forma kivételével), tocolysisben használt béta-sympathomymeticumok cardiovascularis mellékhatásainak enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos balkamra-elégtelenség, hypotensio (systoles vérnyomás < 90 Hgmm), cardiogen shock, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), másod- vagy harmadfokú AV-blokk, friss myocardialis infarctus, súlyos bradycardia, digitalis intoxikáció.

ADAGOLÁS: Az egyéni érzékenységre megfelelően történik, az adag fokozatos emelésével. A **kezdő** adag általában 3x40 mg. **Átlagos** napi adagja **felöltötteknek** 3x80-160 mg. A 480 mg-os maximális napi adag csak kivételes esetben léphető föl.

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 betegeknek 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:

- antihypertensív szerekkel (ezek hatását növeli);
- digitalis-készítményekkel (50-70%-kal) megemeli ezek vérszintjét, ezért a digitalis adagját csökkenteni kell);
- béta-blokkolókkal (súlyos bradycardia, AV-blokk, asystole veszélye miatt);
- inzulinval (a Verapamil csökkenti a diabeteses betegek inzulin okozta hypoglykaemiáját).

FIGYELMEZTETÉS: Különös gondossággal adandó vese- és májkárosodás esetén, mivel a Verapamil kezelés alatt emelkedhet a 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 Vegyszeri Termékek Gyára Rt.
Budapest

CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

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., Romics László dr. és Várnai Ferenc dr.

*

Tanácsadó testület:

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

*

Szerkesztő munkatársak:

Btáge Zsuzsanna dr., Gergely Péter dr., Giacinto Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fmts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

132. ÉVFOLYAM

*

7. SZÁM

*

1990. FEBRUÁR 17.

TARTALOMJEGYZÉK

Tomcsányi István dr.:

Az arrhythmia sebészeti kezelése

Surgical treatment of arrhythmias 339

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kupcsulik Péter dr., Balázs Ákos dr., Vigváry Zoltán dr. és Miklós Imre dr.:

Endocopos tubusvezetés és intracavitális irradiatio inoperabilis nyelőcsődaganatok palliatív kezelésére

Endoscopic intubation and intracavitary irradiation for palliative treatment of esophageal tumors 347

DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK

Kónya András dr., Dévai Tünde dr. és Kovács András dr.:

Arteriográfiával kóriszmézett retineált heréből kiinduló daganat

Arteriographically diagnosed tumor developed in an undescribed testis 357

TOXICOLOGIA

Gönczi Csabáné dr., Holló Attila dr., Komáromi Sándorné dr. és Molnár Jenő dr.:

Fokozott pentaklór-fenol-tartalom a vizeletben Fungifen®-kezelés után

Enhanced pentachlorophenol level in the urine after the use of Fungifen® 361

RITKA KÓRKÉPEK

Szalka András dr., Prinz Gyula dr., Csomor Judit dr., Lengyel Mária dr. és Kovács Margit dr.:

Az ismeretlen eredetű hypercosinophiliás szindróma

Idiopathic hyper eosinophilic syndrome 365

Kriván Gergely dr., Gács Gábor dr. és Wálc Erzsébet dr.:

Hyperimmunglobulinaemia E (Jób) szindróma

Hyperimmunglobulin E (Job's) syndrome 369

KÖSZÖNTŐ

Fehér János dr.: Vivat Lege Artis Medicinae! ... 375

Vélelmetlen Rendellenességek Országos Nyilvántartásának jelentése 376

Folyóiratreferátumok 377

Levelek a Szerkesztőhöz 390

Megjelent 390

Hírek 390

Pályázati hirdetések 391

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 hatáserőssége a halogénezett származékokéval azonos.

Javallat:

Kortikoszteroidra reagáló gyulladásos bőrbetegségek, elsősorban atópiás dermatitisz, pszoriázis, ekcéma.

Kenőcsből a felszívódás lassúbb, mint a krém gyógyszerformából, hatása tovább tart, ezért krónikus folyamatok kezelésére előnyben részesítendő.

Ellenjavallat:

Vírusos, bakteriális, gombás fertőzés a bőrön;

bőrtuberkulózis;

szifiliszes bőrelváltozás; herpes simplex; rosacea; perioralis dermatitis; túlérzékenység valamelyik komponenssel szemben.

Terhesség, laktáció relatív ellenjavallatot képez, mérlegelni kell a várható terápiás előnyt és kockázatot, mert átjuthat a placentán és kiválasztódik az anyatejben.

Alkalmazás:

Az érintett területet naponta 1—2 alkalommal vékonyan bekenni.

Fenntartó kezelés esetén elegendő a napi egyszeri alkalmazás.

Mellékhatás:

Zárt fedőkötés gyorsítja a hatóanyag felszívódását, ezért ilyen kötéssel, valamint nagy felületen alkalmazva felszívódhat és szisztémás kortikoszteroid hatást fejthet ki.

Ritkán a zárt kötés alatt bevérzések is jelentkeznek.

Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken, bőratrofia alakulhat ki.

- Másodlagos szuperinfekció, acneiform eruptio, irritatív dermatitis, égő érzés, viszketés, a bőr kiszáradása, folliculitis, hypopigmentáció, striae, hypertrichosis, arcbőrön papulózus dermatitisz esetleg előfordulhat.

Figyelmeztetés:

A kezelés időtartama a klinikai eredménytől függ. Négy héten túli kezelés csak a beteg állapotának alapos mérlegelésével végezhető. Fertőzések esetén megfelelő antibakteriális, illetve antifungális kezelést kell folytatni. Bőrirritáció vagy szenzibilizáció esetén a kezelést abba kell hagyni.

Gyermekek kezelése megfontolást és fokozott körültekintést igényel.

Szem és szemkörnyéki területek, valamint nyálkahártya kezelésére nem alkalmazható!

Csomagolás:

1 tubus (15 g)

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR — Budapest

Nem direkt módon ugyan, de a ritmuszavarok sebészeti kezeléséhez sorolható a beültethető automata cardioverter-defibrillátorok (AICD) alkalmazása is.

Az első készülék implantációjáról Mirowski számolt be 1980-ban (27/a), és azóta egyre nagyobb számban ültetik be világszerte azokat.

Általános megállapítások

A szívbetegségek leggyakoribb kísérőjelensége a különféle ritmuszavarok fellépése, amely a betegek legalább 60%-ánál észlelhető. Ezek jórésze ártalmatlan, az alapbetegség kezelésével megszűnnek. Vannak azonban olyan esetek, amikor maga az arrhythmia a betegség, és nem ritkán életveszélyes állapotot jelent és/vagy hirtelen halált okoz. Sebészeti szempontból a ritmuszavarokat legcélszerűbb supraventricularis (SVT) és kamrai tachycardiákra (VT) osztani. Az előbbiekhöz tartozik a WPW-syndroma, a pitvari és az AV nodalis reentry tachycardia, az utóbbiakhoz a congenitalis (jobb kamra hypoplasia) és a szerzett: cardiomyopathia, illetve ischaemiás szívbetegség talaján kialakult tachycardia.

A különféle arrhythmiaák sebészeti kezelése akkor indokolt, ha 1. gyógyszeres kezelésre refrakter, 2. a beteg nem tolerálja a gyógyszeres kezelést, 3. káros mellékhatásai jelentkeznek az antiarrhythmiaszereknek, 4. fiatal, egyébként egészséges egyénnél az évtizedekig tartó gyógyszeres kezelés kiváltására, 5. műtétet indokló egyéb szívbetegség fennállása esetén.

Alapvető stratégiai kérdés a ritmuszavar mechanizmusának feltárása, az arrhythmiaát elindító góc pontos lokalizációja, és ennek eliminációja. A sebészeti beavatkozás lehetőségének elemi feltétele a ritmuszavar anatómiai substratumának pontos ismerete.

Ezért nélkülözhetetlen a részletes preoperatív elektrofiziológiai kivizsgálás, beleértve a testfelszíni mapping-technikát és az intracardiális EKG-vizsgálatokat is. Az így nyerhető információtömeg feldolgozása gyorsan és megbízhatóan ma már csak computer alkalmazásával oldható meg. Az ezen módszerekkel műtétre kiválasztott betegeknél még az intraoperatív epi- és endocardiális mapping is indokolt. Ezek következetes és pontos végrehajtása szakértő kezekben garantálhatja a műtét sikerét, ugyanis az arrhythmiaért felelős gócok a legtöbb esetben szabad szemmel nem láthatók és nem tapinthatók.

Elméletileg a beavatkozások direkt és indirekt csoportra oszthatók. Az előbbiekhöz azok tartoznak, amelyek során a kóros vezetőkötetet átvágjuk, eltávolítjuk, megszakítjuk vagy roncsoljuk a reentry mechanizmusért felelős területet, illetve ectopiás gócot. Indirekt műtét a sympathectomia, a pitvar vagy kamra izolációja, a revascularizatio, az aneurysma resectio vagy az AV-block létrehozása. Az ideális ablatiós technikától elvárható, hogy megőrizze a szövetek integritását, minimálisan befolyásolja a normális struktúrát és funkciót, homogen (nem arrhythmia-keltő) léziót hagyjon maga után, folyamatosan ellenőrizhető és gyors legyen. Napjainkban ezeknek a feltételeknek a következő módszerek felelnek meg: excisio, incisio, hőha-

tások: extrem hideg — kryo-caustica, vagy meleg — coagulatio, vaporisatio, úgy mint laser, radiofrequentia, mikrohullám, DC-shock.

Supraventricularis tachycardiák (SVT)

A Wolf—Parkinson—White- (WPW-) syndroma jól ismert klinikai entitás, amely főleg a fiatal felnőtteket érinti, de bármely életkorban jelentkezhet. Gyakoriságát a lakosság 0,1—3,0%-ára teszik, közülük 10—15%-nak van arrhythmiaja (5). Az alapvető ritmuszavar egy reentry tachycardia, amely gyakran rohamokban jelentkezik, és kamrafibrillációhoz vezető pitvarfibrillatio is felléphet. A tachycardiás rohamok közötti nyugalmi EKG-n a preexcitáció jelei látszanak: rövid P—R intervallum, deltahullám és kiszélesedett QRS-complexus. A ritmuszavar anatómiai alapja egy vagy több kóros vezetőkötet, amely a munkajomzathoz hasonló és az anulus fibrosus hézagain halad át a pitvarból a kamrához. Vastagsága 0,1 mm-től 7,0 mm-ig terjedhet, és az esetek 3—20%-ában többszörös (9, 16, 26, 35). Miután a kóros köteg nem látható vagy tapintható, ezért lokalizációjához nélkülözhetetlen a prae- és intraoperatív mapping, a pitvari és kamrai stimulálás, valamint a pontos, nagy feloldóképességű regisztrálás (6, 7, 10, 16, 23, 27).

A kóros köteg elhelyezkedés szerint lehet a pitvar-kamrai összeköttetés bármely pontján, a szabad falak és a septum területén is, kivéve ott, ahol az aorta csatlakozik a mitrális billentyűhöz. Eszerint beszélhetünk jobb pitvari, bal pitvari szabad fali, anteroseptalis és posteroseptalis elhelyezkedésről. A sebészi feltárás természetesen lokalizációtól függően változik.

A WPW-syndroma műtéti megoldása a legerőteljesebb módszer szerint extracorporalis keringés segítségével történik. Median sternotómiából tájékoznak fel a szívet, kanulálják az aorta ascendenst és izoláltan a két v. cavát. Referencia elektródákat varrnak fel a jobb és bal fülcsére és a jobb kamra elülső falára. Ezek négyfókusú elektródák, amelyek segítségével regisztrálni, ill. ingerelni is lehet. Ezután epicardiális, majd a vonatkozó pitvar megnyitásával endocardiális mapping következik kézi uni- és bipolaris elektródával, ami gyakorlott vizsgáló esetében is 20—40 percet igényel. Biztató törekvések vannak ennek az időnek a lerövidítésére computerizált mapping technika alkalmazásával (6, 7, 23). A sebész a lelet birtokában kívülről és belülről aprólékos preparálással minden rostot megvizsgálja a pitvar és a kamra között. A dissectio maradéktalan végrehajtása és a coronariasérülés elkerülése érdekében ezt a műveletet aortalefogás utáni cardioplegiában és nagyító szemüveg segítségével végzik. Értelemszerűen a jobb szabadfali köteget a jobb pitvar, a bal szabadfalat a bal pitvar (mitralis billentyű beültetéséhez hasonló) megnyitásából, az anteroseptalist a jobb pitvar felől végzik. Sebésztechnikai szempontból a posteroseptalis regio a legnehezebben feltárható.

A fenti technika az ún. endocardiális (open-heart), Sealy által kidolgozott eredeti módszer. Guiraudon 1984-ben beszámolt a zárt módszerről: epicardiális meg-

közelítésből éri el az anulust és a kóros köteget, aminek a környezetét kryo-sebészeti eszközzel (-60°C 2 percig) roncsolja dobogó szíven, normothermiás perfusio védelmében vagy anélkül. Ezzel a technikával csak az antero-septalis lokalizáció nem megközelíthető, ehhez természetesen meg kell nyitni a jobb pitvart. *Bredikis és mtsai* 1985-ben extracorporalis perfusio nélkül kryo-ablatiót végeztek sikerrel a sinus coronarius felől (2, 3).

Bármelyik módszert is alkalmazzák, az eredmények kiválóak, manapság megközelíti a 100%-ot a sikerarány. Az alapbetegséggel összefüggő műtéti letalitás 1% alatt van, reoperáció (fel nem ismert többszörös köteg miatt) 0–5%, végleges AV-block 0–6% között van, beleértve a kezdeti eredményeket is (10, 16, 22, 25, 35).

A *pitvari tachycardia* jóval ritkább mint a WPW-syndroma. Oka lehet egy pitvari vagy junctionális ectopiás fókusz, amelyet mappinggel lokalizálni és ezután direkt módon (excisio, kryo- vagy lézer ablatio) roncsolni lehet. Ha a gócot kimutatni nem sikerül, széles atriótómia útján mintegy „disarticulálják” az egész pitvart vagy művi AV-blockot hoznak létre (41). Ez utóbbi végezhető transzkatéteres technikával is (16, 28).

Az *AV nodalis tachycardia* sokban hasonlít a WPW-syndromához, és tulajdonképpen oka egy AV-csomón belüli kóros vezetőköteg jelenléte. Sebészeti megoldása műtéti vagy katéteres AV-modifikáció lehet (2, 3, 4), de újabban leírták (Johnson, Ross) az AV-csomó „sceletizálását”, a normális struktúrák megtartása mellett csak a kóros köteg átmetszése történik (cit. Gallagher, 1988.).

Kamrai tachycardiák (VT)

Kamrai tachycardia ritka oka lehet congenitalis jobb kamrai dysplasia, de organikus szívhiba nélkül is előfordulhat idiopathiás ventricularis tachyarrhythmia. Sebészeti megoldása a kamra teljes izolálása, körkörös átmetszés és kryoablatióval (Cox, 1985), (11).

A fenti kivételektől eltekintve a kamrai tachycardiák döntő többsége ischaemiás eredetű. Kézenfekvőnek látszott ezen felismerés után az a feltevés, hogy az ischaemia műtéti megoldásával a ritmuszavar is megszűnik. Az idő azonban nem igazolta ezt, csak véletlenszerűen „gyógyultak” az arrhythmiai a myocardium revascularizációja, az aneurysma resectiója, ill. thoracalis sympathectomia, vagy ezek kombinációja után.

A széles körben alkalmazott pre- és intraoperatív mapping technika bevezetése után az eredmények lényegesen javultak.

Az intraoperatív mapping azt bizonyította, hogy pl. aneurysma esetén nem a heges terület, hanem az ún. széli zóna az arrhythmogen, vagyis az ép és a kóros terület határáról indulnak ki a tachycardiát kiváltó impulzusok. Ezért kell kézi elektródával endocardialis térképezést végezni és szükség esetén endocardialis resectiót is végezni. *Hamon és mtsai* 1987-ben (19) ezzel a technikával 38 beteget operáltak 13%-os halálozással, és a túlélő 33 betegből 30 gyógyult, ill. javult. *Gallagher* (16) 1988-ig 160 direkt műtét

eredményeit gyűjtötte össze: a gyógyszerresistens ischaemiás VT körkörös endocardialis ventriculotómiával és endocardialis resectióval 9–17% halálozás árán a túlélők között 83–89%-ban gyógyult. *Cox* több mint 800 beteg adatait összegyűjtve elemezte az 1989-ig felhalmozódott tapasztalatokat (12). *Ostermeyer* 1989-ben közölt adatai szerint (29) az utóbbi tíz évben több mint 1000 betegnél végeztek elektrofiziológiai vizsgálattal vezérelt direkt műtétet ischaemiás szívbetegség talaján kialakult malignus kamrai tachycardia miatt. Több centrum gyűjtött adatai szerint az egyéves túlélés 75%-os és a túlélők 79%-ánál egy éven belül, 65%-ánál öt éven belül nem ismétlődött a tachycardia és nem fordult elő hirtelen halál. Véleményük szerint az arrhythmia eliminálására és a kamrafunkció megőrzésére a legjobb eredményt a partialis endocardialis myotomia adja. A túlélést leginkább az ischaemiás szívbetegség súlyossága és a maradék kamra funkciója befolyásolja.

Elefrieriades (14) 127 betegről számolt be 1990-ben. Közülük 34-nél endocardialis resectiót, 89-nél automata cardioverter-defibrillátor (AICD) beültetést végeztek. A resectio 11,8%-os, az AICD implantáció 5,6%-os halálozással járt. A hosszú távú eredményeket figyelembe véve mégis a resectio mellett foglalnak állást, mert a jelenlegi készülékek nagyok, kényelmetlenek, kozmetikailag is kifogásolhatók, különösen sovány betegeknél. A defibrillálás kellemetlen és váratlan, a betegnek gyakran kell ellenőrzésre járnia, és viszonylag sűrűn (átlag kétévenként) kell telepcserét végezni. A késői ellenőrzések során felmerült az a probléma is, hogy az egyidejűleg beültetett graftokat az AICD széles lapielektrodái károsíthatják, azok korai elzáródását okozva. Úgy vélik, hogy a nem ischaemiás VT esetén az AICD-implantáció, ischaemiás eredetű VT fennállásakor a resectio + revascularisatio a követendő eljárás. A jelenleg használatos AICD-készülékek kb. 300 g súlyúak, négy elektródával működnek, és napjainkig több mint 1500-at ültettek be világszerte.

A kamrai tachycardia miatt végzett műtétek természetesen extracorporalis perfusio alkalmazásával történnek. A perfusio megindítása előtt végzik az intraoperatív mappinget, majd a szívmotor elindítása után a megnyitott aneurysma vagy ischaemiás terület felől endocardialis mapping következik. A lokalizált gócot lehet dobogó szíven is kimetszeni, de legtöbbször aortalefogás után hideg cardioplegiában roncsolják azt kryo- vagy lézersebészeti eszköz segítségével (21, 31, 32, 36, 38). Még arrestben elkészítik a szükséges perifériás anastomosisokat, majd az aorta felengetése után zárják a ventriculotómiát. A keringésvisszaállás után megismétlik az elektrofiziológiai vizsgálatokat, így ellenőrizve a műtét eredményességét. Lényegében tehát a műtéti és korai halálozás 15%-ra tehető, és a betegek legalább fele arrhythmia mentessé tehető véglegesen.

A betegek további 30%-ánál a megmaradó ritmuszavar antiarrhythmiaszerek adásával jól kontrollálhatóvá válik, még azoknál is, akik műtét előtt gyógyszerreszistensek voltak.

Saksena (33) az eltelt két évtized eredményeit elemző és a következő harmadik évtized várható fejleményeit elemző tanulmányában kifejti, hogy az arrhythmiaséb-

szetnek komoly személyi és tárgyi feltételei vannak. Nélkülözhetetlen a pontos pre-, intra- és postoperatív elektrofiziológiai vizsgálat nagy tapasztalatú arrhythmia-szakértő kardiológussal, a congenitalis és szerzett szívbetegségek műtéti megoldásában jártas szívsebész közreműködése és a jól felkészült postoperatív intenzív ápolási egység megléte. Szükség van kryo- és/vagy lézersebészeti technikára, computerizált EKG-analysissre, beültethető antitachycardia pacemakerre vagy cardioverter-defibrillátorra. Fontos a rendszeres és gondos postoperatív ellenőrzés és az esetlegesen szükséges antiarrhythmiaszerek adása kiegészítő terapiaként.

Mindezek alapján összefoglalásként elmondhatjuk, hogy az utóbbi 20 évben a világ szívsebészete olyan meggyőző eredményeket tud felmutatni az arrhythmia műtéti kezelésében, hogy ennek a területnek a művelése alól a magyar szívsebészek sem térhetnek ki a jövőben. Ha a technikai felszereltségben mutatkozó hiányok pótolhatók, úgy gondolom, hogy a személyi feltételek több centrumban adóttak, s akkor a magyar betegek is részesülhetnek a szívsebészet legfiatalabb ágának áldásos eredményeiből.

IRODALOM: 1. Borboly, J., Richter T., Nagy L. és mtsai: Postinfarctusos kamrai tachycardia sikeres műtéti kezelése pre- és intraoperatív elektromos térképezéssel vezetett rezekcióval és cryo-ablációval. Magy. Kard. Társ. Tud. Ülése, 106. Balatonfüred, 1990. 2. Bredikis J., Bredikis A.: Cryosurgical ablation of left parietal wall accessory atrioventricular connections through the coronary sinus without use of extracorporeal circulation. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1985, 90, 199. — 3. Bredikis J., Bukanskas, F., Zebranstas R. et al.: Cryosurgical ablation of right parietal and septal accessory atrioventricular connections without the use of extracorporeal circulation. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1985, 90, 206. — 4. Bredikis, J. J. Surgery of supraventricular tachyarrhythmias: the present and the future. Eur. J. Cardiothorac. Surg., 1987, 2, 8. — 5. Braunwald, E.: Heart disease 3 ed. Saunders, Philadelphia, 1988. — 6. Canavan T. E., Schuessler, R. B., Boineau J. P., et al.: Computerized global electrophysiological mapping of the atrium in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. Ann. Thorac. Surg., 1988, 46, 223. — 7. Canavan, T. E., Schnessler, R. B., Cain M. E. et al.: Computerized global electrophysiological mapping of the atrium in a patient with multiple supraventricular tachyarrhythmias. Ann. Thorac. Surg. 1988, 46, 232. — 8. Cobb, F. R., Blumenschein S. D., Sealy, W. C. et al.: Successful surgical interruption of the Bundle of Kent in a patient with Wolff-Parkinson-White syndrome. Circulation, 1968, 38, 1018. — 9. Cox, J. L., Gallagher, J. J., Cain, M. E.: Experience with 118 consecutive patients undergoing operation for the Wolff-Parkinson-White syndrome. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1985, 90, 490. — 10. Cox, J. L.: The status of surgery for cardiac arrhythmias. Circulation, 1985, 71, 413. — 11. Cox, J. L., Bardy, G. H., Damiano, R. J. et al.: Right ventricular isolation procedures for nonischemic ventricular tachycardia. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1985, 90, 212. — 12. Cox, J. L.: Patient selection criteria and results of surgery for refractory ischemic tachycardia. Circulation, 1989, 79, (Suppl. 1.) 163. — 13. Durrer, D., Ross, J. P.: Epicardial excitation of the ventricles in a patient with Wolff-Parkinson-White syndrome (type B). Circulation, 1967, 35, 15. — 14. Eleftriades, J. A., Biblo, L. A., Batsford, W. P. et al.: Evolving patterns in the surgical treatment of malignant ventricular tachyarrhythmias. Ann. Thorac. Surg. 1990, 49, 94. — 15. Gallagher, J. J., Anderson, W. W., Kasell, J. et al.: Cryoablation of drug-resistant ventricular tachycardia in a patient with a variant of scleroderma. Circula-

tion, 1978, 57, 190. — 16. Gallagher, J. J., Svenson, R. H., et al.: Surgical treatment of arrhythmias. Am. J. Cardiol., 1988, 27, 61. — 17. Guiraudon G., Fontaine G., Frenk R. et al.: Encircling endocardial ventriculotomy: a new surgical treatment for life-threatening ventricular tachycardias resistant to medical treatment following myocardial infarction. Ann. Thorac. Surg., 1978, 26, 438. — 18. Guiraudon, G. M., Klein, G. J., Gulamhusein S. et al.: Surgical repair of Wolff-Parkinson-White syndrome: a new closed-heart technique. Ann. Thorac. Surg., 1984, 67, 37. — 19. Hammon, J. W. Jr.: Excisional surgery for patients with ventricular tachyarrhythmias. J. Cardiac. Surg. 1987, 2, 361. — 20. Harken, A. H., Josephson, M. E., Horowitz, L. N.: Surgical endocardial resection for the treatment of malignant ventricular tachycardia. Ann. Surg., 1979, 190, 456. — 21. Inzer, J. M., Michlewitz, H., Clarke, R. H. et al.: Laser photoablation of pathological endocardium: in vitro findings suggesting a new approach to the surgical treatment of refractory arrhythmias and restrictive cardiomyopathy. Ann. Thorac. Surg., 1985, 39, 201. — 22. Iwa, T., Mitsui, T., Misaki, T. et al.: Radical surgical cure of Wolf-Parkinson-White syndrome: the Kanazawa experience. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1986, 91, 225. — 23. Kramer, J.-B., Corr P. B., Cox J. L. et al.: Simultaneous computer mapping to facilitate intraoperative localization of accessory pathways in patients with Wolf-Parkinson-White syndrome. Am. J. Cardiol., 1985, 56, 571. — 24. Littmann, L., Svenson, R. H., Tomcsányi, I. et al.: Nd-YAG laser modification of anterograde AV nodal transmission. Properties in dogs. Circulation, 1989, 80 II, 40. — 25. Mahomed, J., King, R. D., Zipes, D. P. et al.: Surgical division of Wolff-Parkinson-White pathways utilizing the closed heart technique; a 2-year experience in 47 patients. Ann. Thorac. Surg., 1988, 45, 495. — 26. Meldrum-Hanna, W. G., Johnson, P. C., Nunn, G. R.: Surgery for supraventricular tachycardia (SVT). Eur. J. Cardiothorac. Surg., 1989, 3, 392. — 27. Mansche, Ph., Leclercq, J. F., Cauchemez, B. et al.: Surgery for the Wolf-Parkinson-White syndrome in 73 consecutive patients: what have we learnt from intraoperative mapping? Eur. J. Cardiothorac. Surg., 1989, 3, 387. — 27a. Mirowski M., Reid, P. R., Mower, M. M. et al.: Termination of malignant ventricular arrhythmias with an implanted automatic defibrillator is human beings. N. Eng. J. Med., 1980, 303, 322. — 28. Nathan, A. W., Bennett, D. H., Ward, D. E. et al.: Catheter ablation of atrioventricular conduction. Lancet, 1984, I, 1280. — 29. Ostermeyer, J., Kirklin, J. K., Borggreffe, M. et al.: Ten years electrophysiologically guided direct operations for malignant ischemic ventricular tachycardia-Results. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1989, 37, 20. — 30. Pritchett, E. L., Anderson, R. W., Benditt, D. G. et al.: Reentry within the atrioventricular node: surgical cure with preservation of atrioventricular conduction. Circulation, 1979, 60, 440. — 30a. Ross, D. L., Johnson, D. C., Denniss, A. R. et al.: Curative surgery for atrioventricular junctional („AV nodal”) reentrant tachycardia. J. Am. Coll. Cardiol., 1985, 6, 1383. — 31. Saksena, S., Gadhoke, A.: Laser therapy for tachyarrhythmias: a new frontier. PACE, 1986, 9, 531. — 32. Saksena, S., Hussain, S. M., Gielchinsky, I. et al.: Intraoperative mapping-guided Argon laser ablation of malignant ventricular tachycardia. Am. J. Card., 1987, 59, 78. — 33. Saksena, S., Hussain, S. M., Gielchinsky, I.: Surgical ablation of tachyarrhythmias: reflections for the third decade. PACE, 1988, II, 103. — 34. Sealy, W. C., Battler, B. G., Blumenschein S. D. et al.: Surgical treatment of Wolff-Parkinson-White syndrome Ann. Thorac. Surg. 1969, 8, 1. — 35. Selle J. G., Sealy W. C., Gallagher, J. J. et al.: Technical considerations in the surgical approach to multiple accessory pathways in the Wolff-Parkinson-White syndrome. Ann. Thorac. Surg., 1987, 43, 579. — 36. Selle, J. G., Svenson, R. H., Sealy, W. C. et al.: Successful clinical laser ablation of ventricular tachycardia: a promising new therapeutic method. Am. Thorac. Surg., 1986, 42, 380. — 37. Solti F., Szabó Z., Szekeres L.: Aritmiák, 135. o. Medicina, Budapest, 1987. — 38. Svenson, R. H., Selle, J. G., Gallagher, J. J. et al.: Neodymium YAG laser photocoagulation: a new potentially useful method for intraoperative ablation of arrhythmogenic foci. In: Fontaine, G., Scheinman, M. eds. Ablation in Cardiac Arrhythmias 379—403. Mt. Kisco:

Futura Publishing, New York, 1987. — 39. Tomcsányi I.: Sebészeti lehetőségek az arrhythmia kezelésében. Magy. Kard. Társ. 28. Tud. ülése, Balatonfüred, 1989. — 40. Tomcsányi I.: Beszámoló egyesült államokbeli szívsebészeti tanulmányutatról. Orv. Hetil., 1989, 130, 1887. — 41. Williams, J. M., Ungerleider, R. M., Lotland, G. K. et al.: Left atrial isolation: a new technique for the treatment of supraventricular arrhythmias. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1980, 80, 373. — 42. Wolff, L., Parkinson, J.,

White, P. D.: Bundle-branch block with short P—R intervals in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia. Am. Heart J., 1930, 5, 685. — 43. Wood, F. C., Wolferth, C. C., Geckeler, G. D., Histological demonstration of accessory muscular connections between auricle and ventricle in a case of short P—R interval and prolonged QRS complexes Am. Heart J. 1943, 25, 454.

(Tomcsányi István dr., Budapest, Pf. 112. 1389)

AUROBIN KENŐCS

OSSZETétel: 40 mg prednisolonum capronicum, 300 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

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

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

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

ALKALMAZAS: Az érintett területet naponta 2—4 alkalommal kell vékonyan bekenni. Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbébe juttatni naponta 2—4 alkalommal. A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

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

FIGYELMEZTETES: Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges. Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő. Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezeléssel.

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

CSOMAGOLAS: 20 g-os tubusban.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

A rendezvények és kongresszusi híryanagok leadásának határideje a lap megjelenése előtt 40 nap, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Medicina Könyvkiadó Vállalat

CRUPODEX®

sebhintőpor



A Crupodex sebhintőpor dextranomert (térhálósított dextrán polimer) tartalmaz 0,1—0,3 mm átmérőjű gyöngyök formájában. Nedvező sebekre szórva magába szívja az exsudatumot, az átitatott réteg rendszeres cserélése biztosítja a seb feltisztulását.

HATÓANYAG

60 mg dextranomerum dobozonként.

JAVALLAT

Nedvező, gennyes sebek, pl. ulcus cruris, decubitus, fertőzött traumás sebek, égési sebek tisztítása, különösen ke-
nőcsérzékeny betegek számára.

ELLENJAVALLAT

Nem nedvező, száraz sebek kezelésére nem alkalmazható.

ALKALMAZÁS

Fertőtlenítő oldattal, (Hyperol-, Neomagnol-, hipermangán oldat) vagy fiziológiás sóoldattal átitatott gézzel a sebet mechanikusan kitisztítjuk. A seb szé-
lén kb. 1 cm szélességben indifferens rázókeverékkel vagy pasztával körültekintően elvégezzük a sebkörnyék védelmét (pl. Suspendio zinci oleosa, vaselinum album, Pasta zinci oxydati stb.)

A még nedves sebalapra kell a Crupodex sebhintőport kb. 3 mm vastagságban szórni, steril kötéssel lazán fedni, a kötést rögzíteni. A Crupodex-réteg teljes átitatódása előtt (szürkés-sárgás elszíneződés)

szükséges a kötésváltás. Általában naponta 1—2 alkalommal — erőteljesen váladékozó sebek, fekélyek esetén még gyakrabban — kötésváltás szükséges. Az elhasználódott, telítődött kocsonyás réteget fiziológiás sóoldattal kell eltávolítani (kimosni).

MELLÉKHATÁS

A szívó hatás következtében enyhe fájdalomérzés fordulhat elő. Előfordulhat a fekélyek környékén irritatív kontakt dermatitis.

FIGYELMEZTETÉS

A szem közelében fokozott óvatossággal kell alkalmazni. A kötést idejében kell cserélni, mert a nem kellő időben (nem elég gyakran) végzett kötéscsere esetén a Crupodex-réteg telítődik, kéregszerű

réteget képez és nehezen távolítható el. A száraz, kéregszerű réteg az eltávolításkor az egyébként is érzékeny sebet felsértheti és így lassíthatja a sebgyógyulás ütemét. A sebkörnyék védelmét minden esetben körültekintően el kell végezni. Gondoskodni kell arról, hogy a Crupodex sebhintőpor az ép bőrfelszínről ne kerüljön. A nyálkahártyára, a testhajlatokba és az ép bőrre került sebhintőpor szemcséinek mechanikai tulajdonsága által hámihiányt okozhat. Ha a seb már feltisztult és a váladékozás erősen csökkent, más kezelésre lehet áttérni. Ha a Crupodex sebhintőporral a beteg otthonában történik a sebkezelés, a kezelő orvos feltétlenül hívja fel a beteg figyelmét a fertőtlenítő oldatos sebtisztításra és a körültekintő sebkörnyékvédelemre. A Crupodex sebhintőpor a sima felületet síkossá teszi, ezért ha az a padlóra szóródik, gondosan fel kell takarítani.

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. A bőrtakaró időlt folytonossági hiányában szenvedő betegnek (ulcus cruris, decubitus, égési sebek) a kezelőorvos (szakrendelés orvosa, körzeti, üzemi orvos) térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS

60 g



Előállítja: 

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen



®Trental 400





[®]Trental 400

**Korszerű lehetőség
az érbetegségek kezelésére**

**drasé
Vasodilator periphericus**

Hatóanyag: 400 mg pentoxifyllinum drasénként.

Javallatok: Perifériás keringési zavarok (pl.: láb-szárfekély, gangréna). Agyi keringési zavarokból adódó állapotok (emlékezettől és koncentrációs készséggel kapcsolatos zavarok, szédülés, fülzúgás, stb.)

Szem és fül keringési zavarok, melyek csökkentik a látási és hallási képességet.

Ellenjavallatok: Pentoxifyllin túlérzékenység, erős vérzés, gyomorvérzés, akut szívinfarktus, nagy kiterjedésű retinavérzés, terhesség.

Adagolás: Naponta 800—1200 mg (2—3-szor 1 drasé) adható. Szétrágás nélkül, bő folyadékkal, étkezés után kell bevenni.

Mellékhatások: Alkalmazásakor előfordulhatnak gyomor-, bélpanaszok (pl. gyomornyomás, teltségérzés, émelygés, hányás, hasmenés), fejfájás vagy szédülés, melyek egyes esetekben a kezelés megszakítását tehetik szükségessé.

Arckipirulás vagy forróságérzés, paroxysmalis tachycardia, angina pectoris vagy vérnyomásesés nagyon ritkán jelentkezik, főleg magasabb dózisoknál. Ilyen esetekben a készítmény szedését szüneteltetni kell, vagy a dózis csökkentését fontolóra kell venni. Túlérzékenységi reakciók — viszketés, bőrvörösség, csalánkiütés, a bőr lokális duzzanata (angioneuroti-

kus ödéma) — előfordulása ritka és rendszerint a terápia abbahagyásával gyorsan elmúlnak.

Antikoagulánsokkal vagy thrombocyta aggregációt gátlókkal, illetőleg nélkülük végzett Trental kezelés alatt ritkán bőr- és nyálkahártya vérzések léphetnek fel. Egyes esetekben thrombocytaszám csökkenés léphet fel.

Gyógyszerkölcsonhatások: Óvatosan adható: — vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás)

— inzulinnal, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás)

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

Megjegyzés: *Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Súlyos vagy progrediáló perifériás és agyi keringési zavarokban, melyek csökkentik a látási és hallási képességet, a területileg és szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) javaslata alapján a kezelőorvos a készítményt térítésmentesen rendelheti.

Csomagolás: 100 drg

Előállítja: CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

1045 Budapest, Tó u. 1/5

Hoechst AG. Frankfurt am Main (NSzK) licence alapján

® = Hoechst A. G. — NSzK bejegyzett védjegye



CHINOIN



Kupcsulik Péter dr.,
Balázs Ákos dr.,
Vigváry Zoltán dr.*
és Miklós Imre dr.

Endoscopos tubuslevezetés és intracavitalis irradiatio inoperabilis nyelőcsődaganatok palliatív kezelésére

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest
I. sz. Sebészeti Klinika (igazgató: Szécsény Andor dr.)
Radiológiai Klinika*
(igazgató: Horváth Ferenc dr.)

A szerzők Magyarországon először alkalmazták az intracavitalis after loading sugárkezelést nyelőcsőrákban szenvedő betegeken. Új módszert dolgoztak ki az endoscopos tubuslevezetés és az intracavitalis irradiatio kombinált alkalmazására. A Semmelweis OTE I. sz. Sebészeti Klinikáján 1983. jan. 01. és 1988. dec. 31. között kezelt 155 inoperabilis nyelőcsődaganatos beteg palliatív kezelésével nyert eredményeket ismertetik. Prospektív vizsgálat keretében 63 betegnél endoscopos tubuslevezetés, 44 betegnél tubuslevezetés és irradiatio, 48 betegnél csak intracavitalis irradiatio történt. A sugárkezelést a Semmelweis OTE Radiológiai Klinikáján végezték. Az átlagos sugárdosis 26,9, illetve 32,2 Gray volt. A betegek túlélése: tubuslevezetés: 4,0 hónap, tubuslevezetés + irradiatio: 6,3 hónap, irradiatio: 7,0 hónap. A várható túlélés arányos a besugárzási dózissal. Nem találtak összefüggést a daganat elhelyezkedése és a túlélés között. A szövődmények közül az oesophago-respiratorikus fistula volt a leggyakoribb (3,4%; 6,2%; 9,0%), mely azonban tubuslevezetéssel, illetve a tubus helyzetének módosításával áthidalható. Az intracavitalis after loading sugárkezelést, illetve ennek kombinálását endoscopos tubuslevezetéssel a szerzők alkalmasnak tartják nyelőcsőrák palliatív kezelésére.

Endoscopic intubation and intracavitary irradiation for palliative treatment of esophageal tumors. The authors have applied at first in Hungary the intracavitary after loading radiotherapy in patients suffering from esophageal tumor. A new method was elaborated for the combined use of endoscopic tube insertion and intracavitary irradiation. Out of the 155 patients admitted on the 1st Surgical Department of Semmelweis University, Budapest, 63 had been treated only by tube insertion, 44 were intubated and irradiated, whereas 48 patients had intracavitary radiotherapy without intubation. Radiotherapy was performed at the Radiological Unit of Semmelweis University. The irradiation dose ranged from 26,9 to 32,2 Gray in average. The mean survival of group I. was 4,0 months, that of group II. 6,3 months, and in group III. 7,0 months respectively. The expected survival is proportional to the radiation dose. No correlation exists between tumor localisation and survival. Respiratory fistula, the most common complication, occurred in different groups as follows: 3,4%, 6,2%, and 9,0%; but could have been treated by tube insertion, or adequate positioning of the tube. The combined use of intubation and intracavitary after loading radiotherapy has been proven to be suitable for palliative treatment of inoperable esophageal tumors.

Magyarországon a nyelőcsődaganat miatt meghaltak száma az elmúlt 15 évben több mint kétszeresére emelkedett. Ez az adat különösen azért megdöbbentő, mert ugyanezen idő alatt jelentősen javultak a kórismézés lehetőségei: általánosan elterjedt az endoscopia, hozzáférhetővé vált a computertomográfia; számottevően fejlődött a sebészet: csökkent a műtéti halálozás, javult a műtéti technika, az intenzív betegellátás (10, 13, 21). A magas halálozás egyik fő oka az, hogy a betegek túlnyomó többsége jelenleg is csak a betegség előrehaladott stádiumában jut orvoshoz.

Kulcsszavak: nyelőcsődaganat, palliatív kezelés, endoscopos tubuslevezetés, intracavitalis irradiatio

A fentiekből következik, hogy mindennapos orvosi feladat a műtéti úton nem eltávolítható nyelőcsődaganat, illetve a következményes nyelészavar palliatív kezelése. A hazánkban még elterjedten alkalmazott műtéti tubusbehúzással szemben (12, 22.) intézetünkben endoscopos tubuslevezetést végzünk (26, 27.). Ezt az eljárást egészítettük ki 1983 óta intracavitalis after loading sugárkezeléssel (4). Közleményünkben e komplex palliatív kezelési rendszer prospektív vizsgálatával nyert eredményeket ismertetjük; összehasonlítjuk a csak tubuslevezetéssel, csak sugárkezeléssel, valamint a két fenti módszer kombinációjával szerzett tapasztalatainkat.

1. táblázat: Inoperabilis nyelődcsőrák miatt kezelt betegek nem és életkor szerinti megoszlása. A felvételek észlelt fogyás, és nyelésképtelenség adatai.

Betegek:	Radiother.	Tubus + radioth.	Tubus
fi	41	40	53
nő	7	4	10
életkor	56,8 év (37—83 év)	57,9 év (48—76 év)	59,2 év (41—83 év)
fogyás			
átlag (kg)	7,5	14,3	14,6
testsúly (%)	11,3	21,3	21,7
nyelésminőség			
jó	6	0	0
csak pépes	32	34	26
csak folyadék	10	5	26
nyelésképtelen	0	5	11

Beteganyag és módszer

A Semmelweis OTE I. sz. Sebészeti Klinikáján 1983. jan. 1. és 1988. dec. 31. között 155 olyan beteget kezeltünk, akiknek inoperabilis nyelődcsődagánata volt. Kor és nem szerinti megoszlásuk az 1. táblázatban látható.

Valamennyi betegnél gastroscopia, biopsia, histológiai vizsgálat, nyelés-gyomor-rtg., mellkas-rtg. történt, a felső és középső harmadi nyelődcsőtumorok esetében bronchoscopiát, 1986 óta rutinszerűen hasi ultrahangvizsgálatot, esetenként mellkasi CT-vizsgálatot végeztünk. Az inoperabilitás okai a 2. táblázatban láthatók. A betegek randomizáltan vagy intracavita-

2. táblázat: Az inoperabilitás okai az egyes palliatív kezelési csoportokban

	Radiother.	Tubus + Radiother.	Tubus
kiterjedt tumor	12	15	12
bronch. infiltratio	11	14	17
táv. metastasis	8	3	17
rossz áll. állapot	14	10	4
recidív tumor	—	—	4
oeso-resp. sipoly	—	—	8
egyéb	3	2	1

lis sugárkezelésben (I. csoport), vagy endoscopos tubuslevezetésben és sugárkezelésben (II. csoport), vagy csak tubuslevezetésben részesültek (III. csoport). A randomizálás nem volt teljeskörű, mert — mint az a 2. sz. táblázatban is látható — a nyelésképtelenségben szenvedők nem kerültek az I. csoportba, miután a sugárforrás levezetése eleve kivihetetlennek látszott. Azok a betegek, akiknél oesophago-respiratoricus sipoly állt fenn, nem kerültek az I., vagy II. csoportba (3. táblázat). Az I. csoportban lévő betegek várható életkilátása tehát jobb volt, mint a másik két csoporté. A fogyás, illetve a százalékos testsúlyvesztés is ezeknél a betegeknél volt a legalacsonyabb (2. táblázat). Életkor és nem szerinti megoszlás tekintetében a csoport-

3. táblázat: A nyelődcsődagánat szövettani lelete (endoscopos biopsia alapján)

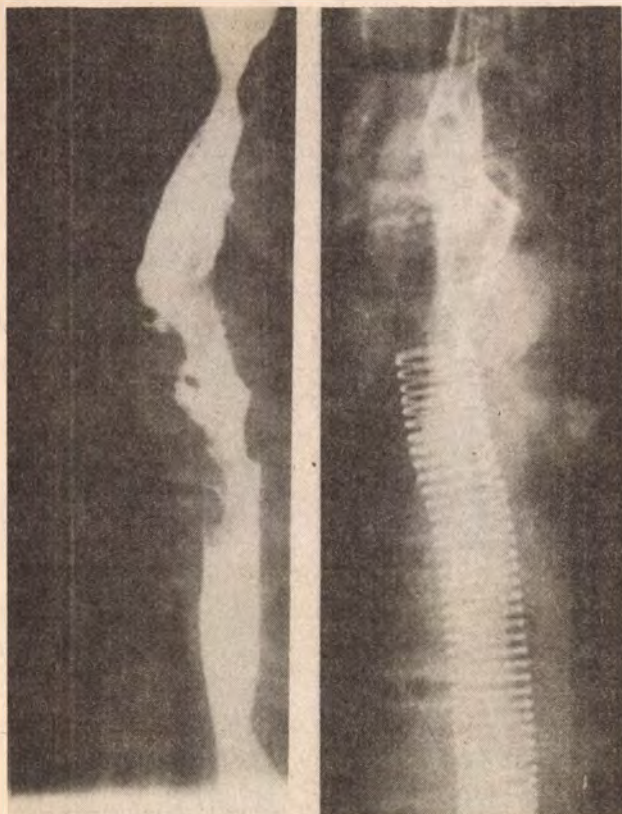
Histológia	Radiother. (n)	Tubus + Radiother. (n)	Tubus (n)
cc. planocellulare*	23	24	29
cc. planoc. kera-toides	3	5	8
cc. planoc. partim keratoides	7	8	8
cc. planoc. non kera-toides	4	4	8
cc. anaplasticum	6	2	8
cc. muciparum	2	—	1
adenocarcinoma	3	1	1
	48	44	63

*részletes megjelölés nélkül

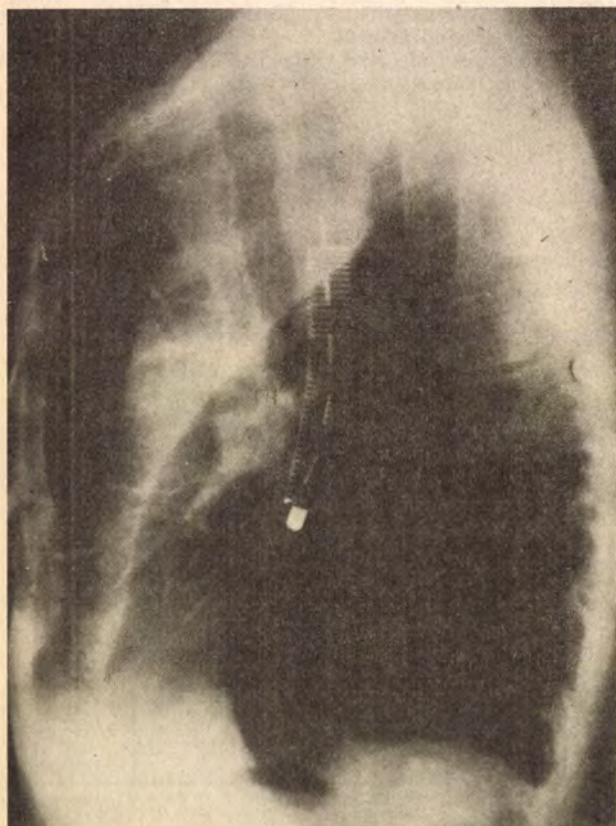
tok között nem volt különbség. A tubuslevezetést intratrachealis narcosisban végeztük, merev oesophagoscop (STORZ—Germany) segítségével. Az endoscopot a tumoros szűkületig vezettük, majd műanyagsonda-sorozattal (duodenumszonda—Boas-sondák) feltágítottuk a szűkületet 15 mm-ig. A megfelelő hosszúságúra vágott Häring-féle spiráltubust (Rüsch—Germany) a levezetett műanyag szondára toltuk rá oesophagoscoppal, és átvezettük a tumoros szűkületen. Az ébredést követően 24 órán belül nyelés-rtg.-vizsgálatot végeztünk felszívódó kontrasztanyaggal az esetleges nyelődcsőszűrés kizárására, illetve a tubus helyzetének megítélésére. Kilenc esetben nem sikerült a Boas-sonda, vagy a tubus levezetése. E betegeknél duodenumszondát toltunk át a tumoros szűkületen, majd 4—5 nap múlva az oesophagoscopiát megismételtük. A tubusbehelyezés ekkor már valamennyi esetben sikerült. Öt alkalommal a tubust levezettük ugyan, de az vagy nem hidalta át teljesen a tumoros szűkületet, vagy nem volt megfelelő helyzetben és így a beteg nyelésképtelen maradt. A tubus endoscoppal történt eltávolítása után 3 betegnél a tubuslevezetés sikeres volt, 2 esetben műtéti tubusbehúzásra kényszerültünk.

Az intracavitális irradiációt Curietron MEV(CGL)-készülékkel végeztük, after loading technikával. A sugárszigetelt szobában fekvő beteg ápolása, látogatása, vagy egyéb tevékenység közben, a készülék a sugárforrást automatikusan eltávolítja, majd a ténykedés befejezésekor a megfelelő lokalizációba visszahelyezi. A sugárforrás befogadására szolgáló applikátort (4 mm belső átmérőjű, distalis végén zárt műanyag cső) nyelés-rtg.-során a tumoros szűkületbe vezetjük. Ezután inaktív fantomot (méretjelöléssel ellátott ólomdrót) vezetünk az applikátorba és rtg.-felvételen rögzítjük a sugárforrás várható helyzetét (2., 3. ábra).

A Cs¹³⁷ sugárforrás alumíniumszilikát burkolatú huzalban helyezkedik el. Az egyes sugárforrások aktivitása 0,56—0,71 GBq között volt, a sugárforrástartó összaktivitása egy-egy kezelés alkalmával 1,3—6,1 GBq között változott. A mucosa-felszíntől mért 10 mm-es mélységben számítva egy ülésben 20—24 óra alatt 15 Gray összdózisú besugárzásra került sor. A dosistervezés izocentrikus módszerrel, Varyter-XT számítógépen történt. A kezelések között 3 hét telt el. A kezelés a Semmelweis OTE Radiológiai Klinikáján történt.



1. ábra: a) Középső harmadi nyelőcsődaganat nyelés rtg. felvételen
b) A daganaton átvezetett tubus nyelés rtg. felvételen



2. ábra: Középső harmadi nyelőcsődaganatot áthidaló tubusba vezetett localisációs szonda, oldalirányú mellkas felvételen

4. táblázat: Szövődmények az inoperabilis nyelőcsőrák palliatív kezelése során

	Radiother. (48)	Tubus + Radioth. (44)	Tubus (63)
Tubus dislocatio	—	3	2
Tubus elzáródás (tu)	—	Ø	3
Tubus elzáródás (étel)	—	1	2
Vérzés	1	3	2
Oeso-resp. fistula	3	4	2
Dysphagia	6	1	2
Egyéb	1	Ø	2
Összes	11 (22,9%)	12 (27,2%)	14 (23,8%)

Eredmények

Palliatív célú irradiációt, illetve tubusbehelyezést csak szövettani lelet birtokában végeztünk. Ennek eredményei a 3. táblázatban láthatók. Az esetek 84,5%-ában planocellularis carcinomát találtunk. A kezeléseket követően fellépett szövődményeket a 4. táblázat tartalmazza. Az irradiált betegek közül 6-nál a fokozódó nyelési panaszok



3. ábra: Középső harmadi nyelőcsődaganaton átvezetett localisációs szonda, oldalirányú mellkas felvételen

miatt tubusbevezetésre került sor. Három betegnél oesophago-respiratorikus sipoly alakult ki, mindegyikük-nél tubust vezettünk le, mely panaszait szüntette. A II.

csoportban 4 hasonló sipoly jött létre: két betegnél a tubus felső tölcseré mellett, a betegek terminalis állapotában; két esetben a tumor túlnötte a tubust, s a sipoly itt is a tölcseré szélénél keletkezett. E két utóbbi betegnél a tubus helyzetét oesophagoscopia segítségével korrigálni sikerült. A III. csoportban észlelt két fistula is hasonló mechanizmussal alakult ki, egyiknél a tubust jó helyzetbe húztuk fel, a másik eset kórbonctani lelet volt.

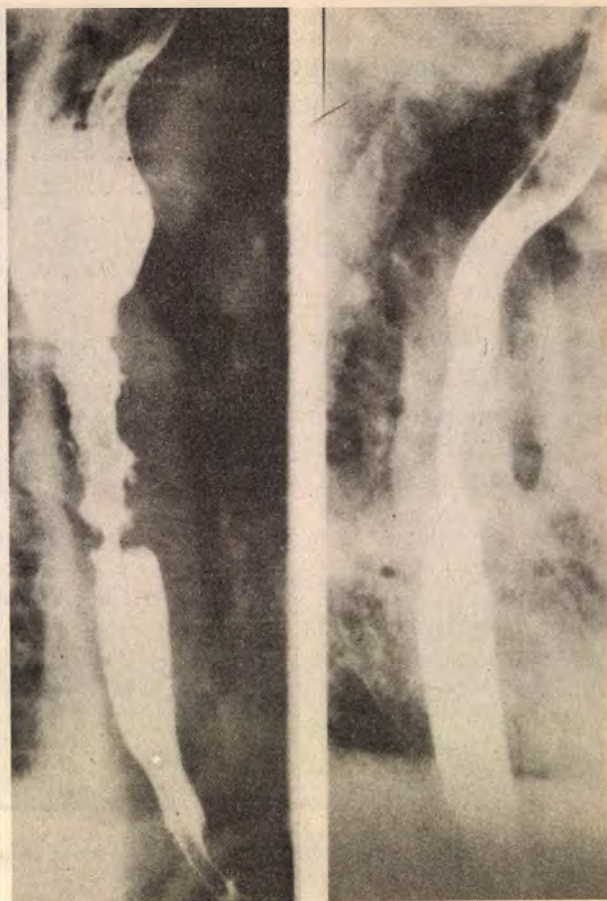
Vérzést összesen 6 betegnél észleltünk: két tubuslevezetés után levő betegünkönél ez halálos szövődmenynck bizonyult, a további 4 esetben spontán megszűnt. A II. és III. csoportban, együttesen 5 betegnél dislocalódott a tubus, ez minden esetben a protézis gyomorba csúszását jelentette. A tubust endoscoppal távolítottuk el, szövődmeny nélkül. E jelenség a II. csoportban gyakoribb, mint a sugárkezelést nem kapott III. csoportban (6,8%—3,1%) — a különbség azonban nem szignifikáns.

Az I. csoportban 13 alkalommal nem sikerült az applikátor levezetése. 2 betegnél laserkezelést*, 6 betegnél szondatágítást követően az irradiatio sikerült. Az intracavitális sugárkezelés tervezett összdosisa 45 Gray volt. Azon betegeinknél azonban, akiknél a radikális műtét rossz általános állapotuk (27%), vagy távoli metastasis (12,5%) miatt nem volt végezhető, a tervezett dosis leadását a terminalis állapot, illetve az exitus megakadályozta. 12 további betegünk felvilágosítás ellenére sem jelent meg az ismételt kezelésre. Így az I. csoport átlagosan 32,2 Gray, a II. csoport 26,9 Gray kezelésben részesült. A tumorregressio, illetve remissio értelemszerűen csak az I. csoportban volt megítélhető, annál a 29 betegnél, akik minimum 30 Gray sugárdosiszt kaptak. Teljes remissiót (CR) egy esetben sem észleltünk. Részleges remissiót (PR) értünk el 27 betegnél (4. a—b. ábra), míg két esetben a tumor mérete nem változott. Az I. csoportban 87,5%-kal javult betegek nyelése; ez az arány 5—6 hét múlva 55%-ra csökkent, de további 25%-ban a nyelésminőség elfogadható volt. A II. és III. csoportban — a szövődmenyeketől eltekintve — a nyelésképesség javult.

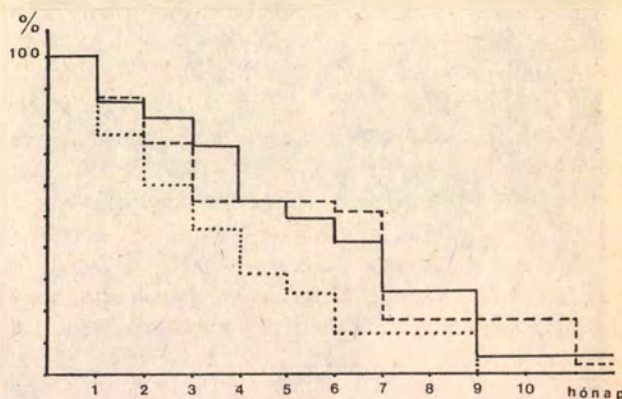
Annál a 19 betegünkönél, akik minimum 45 Gray besugárzásban részesültek, nyelési akadályt okozó localis tumorpropagatio nem jött létre, a betegek metastasis, illetve tumoros kachexia tünetei között haltak meg. A leghosszabb túlélési idő 36 hónap (e beteg jelenleg is él).

A betegek túlélése mind az I., mind a II. csoportban arányos a besugárzási dosissal. A korábbiakból következően azonban a sugárkezelés nem minden esetben érheti el a kívánatos dózismennyiséget (5. táblázat).

A daganat elhelyezkedése önmagában a várható túlélésre nincs értékelhető hatással (6. táblázat), bár az I. csoportban a középső harmadi, a II. csoportban a felső harmadi nyelőcsőtumorban szenvedők kilátásai tűnnek kedvezőbbnek. A talált különbségek azonban nem szignifikánsak.



4. ábra: a) Tumoros szűkület a nyelőcső középső harmadában (nyelés rtg. felvétel)
b) 30 Gray dosisu intracavitális sugárkezelés után a szűkület csaknem teljesen megszűnt (nyelés rtg. felvétel)



5. ábra: Intracavitális sugárkezeléssel (—), sugárkezeléssel és tubuslevezetéssel (---), és csak tubuslevezetéssel (....) kezelt inoperabilis nyelőcső-tumoros betegek túlélése

5. táblázat: Intracavitális sugárkezelésben részesült betegek kezelés megkezdésétől számított átlagos túlélése a sugárdózis szerinti csoportosításban

Sugárdózis	Radiother.		Tubus + Radioth.	
	n	Túlélés (átlag)	n	Túlélés (átlag)
15—30 Gray	18	3,2 hó	19	3,1 hó
30—45 Gray	10	3,8 hó	15	3,5 hó
45—60 Gray	19	7,8 hó	10	6,1 hó

6. táblázat: Palliatív kezelésben részesült nyelöcsődagantos betegek átlagos túlélése a tumor localisatioja szerinti csoportosításban.

Tumor localisatio	Radiother.	Tubus + Radioth.	Tubus
FELSŐ harmad (n =)	(10)	(2)	(5)
túlélés (panasz kezd.)	8,9 (hó)	13 (hó)	7,0 (hó)
túlélés (kezelés kezd.)	6,1 (hó)	8,5 (hó)	3,2 (hó)
KÖZÉPSŐ harmad (n =)	(25)	(31)	(44)
túlélés (panasz kezd.)	13,2 (hó)	9,8 (hó)	6,4 (hó)
túlélés (kezelés kezd.)	8,2 (hó)	6,3 (hó)	4,0 (hó)
ALSÓ harmad (n =)	(13)	(11)	(14)
túlélés (panasz kezd.)	9,8 (hó)	10,2 (hó)	7,7 (hó)
túlélés (kezelés kezd.)	6,0 (hó)	6,1 (hó)	4,3 (hó)
Összes:	11,3 (hó) 7,0 (hó)	10,0 (hó) 6,3 (hó)	6,8 (hó) 4,0(hó)

Az I—II—III. csoport összesített túlélési adatai az 5. ábrán láthatók. Az intracavitális irradiatio növeli a betegek várható élet-tartamát. Nincs azonban értékelhető különbség a csak irradiációval (I. csoport) és a tubuslevezetéssel és irradiációval (III. csoport) kezelték túlélése között.

Megbeszélés

A nyelöcsőrák kezelésében alkalmazott irradiatio lehet kiegészítője a sebészi megoldásnak: ebben az esetben alkalmazható preoperatív, postoperatív, vagy mindkét módon. (Úgynevezett „szendvics” módszer). Végezhető sugárkezelés önmagában: terapiás vagy palliatív céllal, kiegészülhet egyéb, nem sebészi módszerekkel. Mindegyik említett esetben cytostaticum is alkalmazható.

A nyelöcsőrák sugárkezelésének alapja az a tény, hogy a planocellularis carcinoma az esetek mintegy 60—65%-ában sugárérzékeny (37), így várható, hogy műtét előtti irradiatio is tumorregressiót eredményez. Clifton szerint (38%-ról 55%-ra emelkedik az operálható esetek aránya, 8). Bár Akakura, Goodner és Nakayama véleménye is hasonló, valamennyien utalnak arra, hogy a sugárkezelés növeli a műteti szövődmények arányát (3, 33). Elgondolkodtató ugyanakkor, hogy egyes szerzők szerint a műtét előtt irradiált betegek 30%-ában a műteti preparatumban tumorszövet nem volt kimutatható, (39). Újabb adatok is egyre inkább a műtét megelőző sugárkezelés mellett szólnak, illetve a kombinált chemo-radiotherapiát tartják hatásosnak (18, 25, 30.)

A műtét utáni sugárkezelés csak akkor jöhet szóba, ha a nyelöcsőpótlásra használt szerv károsítása nélkül végezhető. Ilyen valamennyi retrosternalis pótlási eljárás. A javallat a nyelöcsőrák valamennyi típusánál felállítható, különösen, ha a tumoreltávolítás csak részleges volt (27). Mannel inoperabilis esetekben végzett bypassműtét után alkalmazza (29). Elterjedőben van a már említett „szendvics” módszer, mely növelni látszik a várható késői túlélést (7, 18, 39).

Általában elfogadott, hogy a „curativ” sugárdózis 45—60 Gray (9, 34, 35). Mégis, inoperabilis betegek palliatív sugárkezelése során nem volt különbség a 15—20 Gray-t, illetve az 50—60 Gray-t kapott csoportok túlélése között (29, 36).

A sugárkezelés célja az élettartam növelése mellett a nyelésképesség javítása. A külső sugárforrásból végzett megavolttherapia elsősorban a nyelöcső felső harmadi tumorainál lehet eredményes (21, 33). Egyes adatok szerint azonban a nem sugárérzékenynek tartott cardia-adenocarcinomák irradiatioja tumorregressiót eredményez, s a várható túlélés 60—80%-kal hosszabb, mint a nyelöcső középső harmadi planocellularis carcinomáinál (36). A külső teletherapia csak a betegek mintegy 30%-ában szünteti meg a nyelési panaszokat (5, 28), néhány hónap múltán a nyelési panaszok a betegek 2/3-ánál újra jelentkeznek (10, 38). E hátrány kiküszöbölésére kiegészítő endoscopos laserkezeléssel próbálkoztak. A módszer azonban költséges, lassú, sok a szövődmény, s a tumoros nyelöcsőszakasz 2—3 hét alatt újra beszűkül (2).

Az intracavitális after loading sugártherapia az utóbbi években került be a nyelöcsődagantosok kezelési módszerei közé, jöhet már a sugártherapia „hőskorában” rádiumdrót formájában sor került endoesophagealis irradiációra (15, 19, 32). Az 50-es években hazánkban is végeztek ilyen kezelést (Gyenes, szóbeli közlés). Az after loading módszert nyelöcsőrák kezelésére Abe, Bottril és Moorthy adaptálta (1, 6, 31), sugárforrásként Co⁶⁰, Ir¹⁹², és Cs¹³⁷ izotópot használtak. Már a 15—20 Gray tumordózis a betegek 65%-ában a nyelési panaszokat csökkentette, tehát a külső sugárforrással végzett kezeléssel szemben a nyelésképességet javító hatás kifejezettebb. Saját tapasztalataink ezt megerősítik. Az intracavitális kezelés után fellépő szövődmények: oesophago-respiratorikus fistula, vérzés, stenosis — nem gyakoribbak, mint teletherapia esetén (21, 24). Magunk heges szűkület kialakulását nem észleltük. Az intracavitális kezelés kombinálható külső sugárforrással végzett irradiációval, a szövődmények veszélye azonban ekkor fokozódik (17, 20). Kétségtelen, hogy az endoesophagealis sugárforrás hatására a nyelöcső ürterétől távolodóan csökkenő intenzitású dózis-eloszlás jön létre, de a sugárforrás megfelelő összeállításával alkalmazkodni lehet a tumor térbeli helyzetéhez, így a szerzők nagy része önmagában is alkalmasnak tartja palliatív célú kezelésre (6, 38), sőt jó eredménnyel alkalmazták teletherapiára nem reagáló esetekben is (21).

A nyelöcsődagantosok palliatív kezelésének elfogadottan legcélszerűbb módja a (részleges) sebészi eltávolítás (10, 27). Ha ez nem végezhető, akkor a nyelési pana-

szokat azonnal csökkentő *tubusbehelyezés* jöhet szóba. A műtéti tubusbehúzás magas halálozása és szövődményei miatt világszerte inkább az endoscopos tubusvezetést részesítik előnyben (27, 42, 43). E módszer ugyan azonnal helyreállítja a nyelésképességet, nem javítja azonban a várható élettartamot (43); a tumor növekedése következtében a tubus idővel elzáródhat (26). A tubusvezetés és az intracavitalis irradiatio együttes alkalmazása tehát a nyelésképesség megőrzését és az élettartam növekedését eredményezheti. Ez indokolja jelen vizsgálatainkat. Nincs tudomásunk arról, hogy hasonló prospektív tanulmányra sor került volna, bár *Desa* 4 betegénél — lényegében hasonló megfontolás alapján — tubus behelyezése után kiegészítő teletherapiát végzett (10).

Szemben azokkal a szerzőkkel, akik felvett betegek 50–60%-át incurabilisnak minősítve kezelésben nem részesítik (1, 24), magunk ilyen jellegű válogatást nem végeztünk. Valamennyi felvett betegünk kezelésre került, és feltehetőleg ezzel magyarázható az általunk elért, szerényebb (7,0, illetve 6,3 hónapos) átlagos túlélés.

Miután a kiegészítő *cytostaticus kezelés* hatásossága nyelőcsőrák esetén általában is kétséges (25, 29), fokozott kockázatú betegeknek pedig nem ajánlott (28, 30, 39), ennek alkalmazásától eltekintettünk. Olyan esetekben, ahol a beteg általános állapota nem ellenjavallja, s radikális műtétet nem lehet végezni, felmerülhet cytostaticumok alkalmazása.

Tapasztalataink szerint az intracavitalis irradiatio után mintegy 10–15 nappal várható a nyelés javulása. Teljes panaszmentességet, a nyelésképesség zavartalan helyreállítását az I. csoport 48 betege közül csak 5-nél tapasztaltuk. A tubusvezetés a betegek többségénél azonnal szubjektív javulást eredményez. Néhány felsőharmadi, fibrosus, szűkítő tumornál tubusvezetés után mellkasi dyscomfort érzés jelentkezett. Két betegnél a tubus eltávolítására kényszerültünk. (1. 4. táblázat dysphagia = 2 beteg.) Ilyenkor inkább az intracavitalis irradiatio választandó.

Az I. és II. csoportban kialakult oesophago-respiratorikus sipolyok vagy a tumorpropagatio természetes folyamánként, vagy az irradiatio, illetve ehhez társulva a tubus decubitaló hatása következtében jöttek létre. Nem dönthető el, hogy a kombinált módszer fokozza-e a sipolyképződés esélyét.

Az intracavitalis irradiatio nem eredményez minden esetben azonnali nyelésjavulást, és idővel ismét szűkület alakul ki. Gátolja ugyanakkor a tumor növekedését. A tubusvezetés azonnal javít a nyelési panaszokon; ha irradiációval egészítjük ki, növekszik a várható élettartam. E kombinált módszer előnyei elsősorban alsó harmadi nyelőcsőtumorok esetében érvényesülnek.

A magyarországi radiotherapiát átfogóan tárgyaló közlemény (16) nem említi a nyelőcsőrák sugárkezelésének lehetőségét. Előrelépést jelez azonban a korszerű sugártervezési módszerek ismertetése (34).

Eredményeink szerint az after loading irradiatio alkalmas a nyelőcsődaganatok palliatív kezelésére. Tubusvezetéssel kombinálva tartós nyelésképességet biztosít.

Tohoku J. Exp. Med., 1981, 134, 159. — 2. Ahlquist, D.A., Gostout, C. J., Viggiano, T. R. és mtsai: Endoscopic laser palliation of malignant dysphagia: a prospective study. Mayo Clin. Proc., 1987, 62, 867. — 3. Akakura, I., Nakamura, Y., Kakegawa és mtsai: Surgery of the esophagus with preoperative radiation. Chest., 1970, 57, 47. — Balázs A., Vigváry Z., Kupcsulik P.: Inoperabilis nyelőcsőtumoros betegek endoesophagealis palliatív radiotherapiája. Magy. Seb. Kongr. (Pécs), 1984, 240. — 5. Beatty, J. D., DeBoer, G., Rider, W. D.: Carcinoma of the esophagus: Pretreatment assessment, correlation of radiation treatment parameters with survival, and identification and management of radiation treatment failure. Cancer, 1979, 43, 2254. — 6. Bottrill, D.-O., Plane, J. H., Newaishy, G.-A.: A proposed afterloading technique for irradiation of the esophagus. Brit. J. Radiol., 1979, 52, 573. — 7. Carey, R. W. és mtsai: Preoperative chemotherapy in squamous cell carcinoma of the esophagus. Evaluation of the chemotherapy component. J. Clin. Oncol., 1986, 4, 697. — 8. Clifton, E. E., Goodner, J. T., Bronstein, E.: Preoperative irradiation for cancer of the esophagus. Cancer, 196, 13, 37. — 9. Dallüge, K. H., Grunau, H.: Bestrahlung des Ösophaguskarzinoms mit kleinen Einzeldosen. Radiobiol. Radiother., 1984, 25, 817. — 10. Desa, L., Raghunath, A. A., Chawla, S. L. és mtsai: Treatment policy for the management of carcinoma of the oesophagus. Brit. J. Surg., 1988, 75, 275. — 11. Earlam, R., Cunha-Melo, J. R.: Oesophagus squamous cell carcinoma: II. A critical review of radiotherapy. Brit. J. Surg., 1980, 67, 457. — 12. E. Szabó, L., Csikós, F., Papp, R. és mtsai: Palliative surgical treatment of inoperable oesophageal and cardia tumours with prothesis. Acta Chir. Acad. sci. Hung., 1986, 27, 233. — 13. Faller J., Ondrejka P., Ráth Z. és mtsai: Kezelési elveink nyelőcső sebészeti betegségeiben. Magy. Seb., 1986, 39, 258. — 14. George, F. W.: Radiation management in esophageal cancer, with a review of intracavitalis radioactive iridium treatment in 24 patients. Am. J. Surg., 1980, 139, 785. — 15. Guisez, J.: Malignant tumors of the oesophagus. Laryngol. Otol., 1925, 40, 213. — 16. Gyenes Gy.: A sugárterápia helyzete Magyarországon. Magyar Onkológia, 1986, 31, 236. — 17. Hagenmüller, F., Sander, C., Sander, R. és mtsai: Palliation of obstructive oesophageal and cardiac carcinomas with laser and endoluminal iridium radiation. Baillieres Clin. Gastroenterol., 1987, 1, 917. — 18. Hambraeus, G. M., és mtsai: Prognostic factors influencing survival in combined radiotherapy and surgery of squamous cell carcinoma of the esophagus with special reference to a histopathologic grading system. Cancer, 1988, 62, 895. — 19. Harriman, F. R.: Malignancy of the larynx and esophagus treated by radium emanation. Laryngoscope, 1927, 37, 664. — 20. Hishikawa, Y., Tanaka, S., Miura, I.: Esophageal fistula associated with intracavitary irradiation for esophageal carcinoma. Radiology, 1986, 159, 549. — 21. Hyden, E. C., Langholz, B., Tilden, T. és mtsai: External beam and intraluminal radiotherapy in the treatment of carcinoma of the esophagus. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1988, 96, 237. — 22. Imre J.: Endo-oesophagealis műanyag prothesissal szerzett tapasztalataink az inoperabilis nyelőcső daganatos betegek palliatív kezelésében. Magy. Seb., 1965, 18, 81. — 23. John, M. J. és mtsai: Radiotherapy alone and chemoradiation for nonmetastatic esophageal carcinoma. Cancer, 1989, 63, 2397. — 24. Krumhaer, D., Liebig, S., Macha, H. N. és mtsai: The therapeutic possibilities of the combined use of laser irradiation and after loading technique. Tumor Diagnostik und Therapie., 1986, 7, 42. — 25. Kolaric, K.: Combination of cytostatics and irradiation. A new trend in the treatment of inoperable esophageal cancer. in: Primary Chemotherapy in Cancer Medicine (Alan R. Liss Inc.) 1985, 259. — 26. Kupcsulik P., Miklós I., Balázs Á. és mtsai: A nyelőcső rosszindulatú daganatainak sebészeti kezelésével szerzett tapasztalataink. Magy. Seb. Társ. 80. Kongr., 1986. Abst. 36 p. — 27. Kupcsulik, P.: Changes in the strategy of surgery of esophageal malignancies. Experiences with 674 cases. Acta Internat. Coll. Surg. of XXVI. World Congr. (Milano) 1988, 286. — 28. Mannell, A., Becker, P. J., Nissenbaum, M.: Bypass surgery for unresectable oesophageal cancer: early and late results in 124 cases. Br. J. Surg., 1988, 75, 283. — 29. Matsufuji, H., Kumano, H., Kai, H.: Preoperative hyperthermia combined with radiotherapy and

chemotherapy for patients with incompletely resected carcinoma of the esophagus. *Cancer*, 1988, 62, 889. — 30. *Moorthy, C. R. és mtsai*: Intraluminal radiation for esophageal cancer: a Howard University technique. *J. Natl. Med. Ass.*, 1982, 74, 261. — 31. *Muir, J.*: Radium implantation in esophageal cancer: description of operating esophagoscope technique of application. *Laryngoscopie*, 1927, 37, 660. — 32. *Nakayama, K., Orihaia, H., Yamaguchi, K.*: Surgical treatment combined with preoperative irradiation for esophageal cancer. *Cancer*, 1967, 20, 778. — 33. *Németh Gy., Kuttig H., Schlegel W.*: Háromdimenziális besugárzástervezés nyelőcsőtumoroknál. *Magyar Radiológia*, 1986, 60, 65. — 34. *Pearson, J. G.*: Radiotherapy for esophageal carcinoma. *World J. Surg.*, 1981, 5, 489. — 35. *Ries, G. és mtsai*: Palliativbehandlung maligner Stenosen des Ösophagus und der Kardia: Lasertherapie versus Laser + High-dose-rate Iridium 192 Afterloading Therapie. *Strahlenther. Onkol.*, 1989, 165, 584. — 36. *Rohloff, R. és mtsai*: Indikation und Ergebnisse der Strahlentherapie des Ösophaguskarzinoms. *Chir. Gastroent.*, 1985, 2, 37. —

37. *Schalldach, U., Keinert, Köst, S.*: Ergebnisse der Telekobalt-Strahlentherapie des Ösophaguskarzinoms. *Radiobiol. Radiother.*, 1984, 81, 50. — 38. *Steiger, Z., Franklin, R., Wilson, A. F. et al.*: Eradication and palliation of squamous cell carcinoma of the esophagus with chemotherapy and surgical therapy. *J. Thor. Cardiovasc. Surg.*, 1981, 82, 713. — 39. *Stoller, J. L., Flores, A. D.*: Intracavitary irradiation for oesophageal cancer. *Lancet*, 1985, 2, 1365. — 40. *Suzuki, H., Miho, C., Watanabe, Y., Kohayama, Nagao, F.*: Endoscopic laser therapy in the curative and palliative treatment of upper gastrointestinal cancer. *World J. Surg.*, 1989, 13, 158. — 41. *Tyrgat, G. N., Bartelsman, J. F.*: Endoscopic prosthesis for advanced esophageal cancer. *Endoscopy*, 1985, 18, Suppl. 3, 32. — 42. *Welvaart, K., de Jong, P. L.*: Palliation of patients with carcinoma of the lower esophagus and cardia: the question of quality of life. *J. Surg. Oncol.*, 1986, 32, 197.

(Kupcsulik Péter dr., Budapest, Üllői út 78. 1082)



*Budapest, 1054 Akadémia u. 21.
Tel: 1313-770*

A MEDICINA KÖNYVESBOLT AJÁNЛАТА:

Rácz István—Török Ibolya—Horváth Attila: <i>Gyakorlati bőrgyógyászat</i>	1991	1200,— Ft
FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT Szerkesztette: Dr. Ribári Ottó	1991	1200,— Ft
Közeljövőben megjelenik: FEKETE FARKAS PÁL: <i>Koraszülött, Érett újszülött, Csecsemő EEG Diagnosztika</i>		kb. 300,— Ft

A könyvek megrendelhetők, illetve megvásárolhatók a

MEDICINA KÖNYVESBOLT-ban,
V., Akadémia u. 21.
1054 Budapest

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* speciesek, továbbá *Staphylococcus*ok.

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

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

Szérum mg%	Kreatinin μmol/l	Kreatinin clearance ml/min	Adagolási időköz óra
<1,3	<110	>80	8
1,4–1,9	110–168	40–80	12
2,0–2,8	176–247	25–40	18
2,9–3,7	256–327	15–25	24
3,8–5,3	335–488	10–15	36
5,4–7,2	477–636	5–10	48
>7,2	>636	<5	72

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

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

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

MELLÉKHATÁSOK:

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

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

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

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

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadása

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

— Furosemiddel és Uregyttel (ototoxicitás fokozódás). Neuromuszkuláris blokkolókkal pl. tubokuránnal, szukcinilkolinallal történő együttadáskor fennáll az izomrelaxáns hatás fokozódásának lehetősége (légzésbénulás veszélye). Az aminoglikozidok a béta-laktám antibiotikumokkal komplexet alkotva hatáscsökkentő interakcióba léphetnek (tobramicin első sorban a karbenicillinnel, tikarcillinnel), ezért a gyógyszereket azonos fecskendőbe vagy azonos infúziós oldatba összekeverni 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.

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

A kezelés alatt nem érzékeny mikroorganizmusok előretörése előfordulhat.

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

MEGJEGYZÉS:

✱✱ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS:

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



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Tisacid®

TABLETTA



Tisacid®

tabletta

J 200

Antacida, adsorbentia

HATÓANYAG: 500 mg Alumínium,-magnesium-carbonicum-hydroxydatum.

HATÁS: A tablettá hatóanyaga új szervesen molekula-vegyület, amely gyors, tartós és előnyösen nagy savmegkötő-képességgel rendelkezik. Endoszkópos vizsgálatok igazolták, hogy a tablettá a gyomorba jutva 1 percen belül szétesik, és részei rátapadnak a nyálkahártyaredőkre. A gyomornedv pH-ját nem emeli 5 fölé. Szokásos adagolásánál nem okoz foszfát depléciós szindrómát és nem emeli a szérumban alumínium szintet sem. Vizsgálatok igazolták, hogy a hatóanyag nem szívódik fel.

Megvonáskor rebound jelenség nem lép fel.

JAVALLATOK: Hyperaciditás, akut és krónikus gastritis, ulcus duodeni és ulcus ventriculi, gyomorfégés.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek: egyszeri adagja gyomorfégés, vagy gyomorfájdalom esetén 1–2 tablettá 1 órával étkezés után. Erős hypersecciónál az adag 3–4 tablettára is emelhető. Tartós kezelésre átlagos adagja 3 × 1–2 tablettá a főétkezés után 1 órával, szükség

esetén a főétkezések közötti időszakban, ill. az esti lefekvés előtt további 1–2 tablettá adható.

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

MELLÉKHATÁS: Ritkán obstipatio, eructatio.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁS:

Együttadás kerülendő:

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

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

FIGYELMEZTETÉS: Vesefunkció-zavaroknál nagy adagban hosszú ideig tartó alkalmazása kerülendő.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kapható.

CSOMAGOLÁS: 30 tablettá.

ELŐÁLLÍTJA: Alkaloida Vegyészeti Gyár
Tiszavasvári



Kónya András dr.,
Dévai Tünde dr.,
és Kovács András dr.

Arteriográfiával kórismézett retineált heréből kiinduló daganat

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Radiológiai Klinika
(igazgató: Horváth Ferenc dr.)
Budapest Fővárosi Tanács János Kórház-Rendelőintézet, Urológiai Osztály
(főorvos: Wabrosch Géza dr.)

A szerzők retineált testisben kialakult és szelektív testicularis arteriográfiával kórismézett daganat esetét mutatják be. Esetükön keresztül tárgyalják a rejtett heréjűség radiológiai diagnosztikájának vizsgálómódszereit. Megállapítják, hogy a szelektív testicularis arteriográfia még a modern, nagy teljesítményű képalkotó eljárások érájában is jelentős szerepet játszik az intraabdominálisan elhelyezkedő retineált herében kialakult tumor szervi lokalizációjának preoperatív megállapításában.

Arteriographically diagnosed tumor developed in an undescended testis. A case with a tumor developed in an undescended testis diagnosed by arteriography is shown. Radiological diagnostic procedures in the diagnosis of cryptorchism are discussed. It is established that selective testicular arteriography is of great value in the preoperative diagnosis of an intraabdominally located tumor developed in an undescended testis even in the area of modern high resolution non invasiv imaging modalities.

A cryptorchismus gyakori anomália; az egyoldali rejtett heréjűség időre született csecsemők 0,7–0,8%-ában fordul elő, kétoldali formája pedig az összes eset mindössze 10–25%-át teszi ki (3, 5, 8). A klinikai jelentősége nagy, mert egyrészt a következményes degeneráció miatt a spermatogenezis zavara alakul ki, másrészt a későbbiekben a malignus átalakulásra is nagyobb az esély. Az irodalom adatai szerint retineált testisből 35–48-szor gyakrabban fejlődik ki daganat a scrotalis elhelyezkedésű herékhez viszonyítva (1, 4, 16).

A retineált heréből kiinduló daganat egyértelmű preoperatív kórismézésére az esetek nagy részében nincs lehetőség, még a nagy teljesítményű nem invazív képalkotó eljárások (UH, CT) alkalmazása mellett sem. A le nem szállt here ténye, illetve a kimutatható térszűkítő elváltozás a hasban, illetve a descensus vonalában is csak valószínűsíthetik a daganat testicularis eredetét. Az éranatómiai helyzet korrekt ábrázolása (venográfia, illetve arteriográfia felhasználásával) módot nyújt a tumor szervi kiindulásának preoperatív igazolására is.

Esetünk ismertetésével szeretnénk felhívni a figyelmet a szuperszelektív arteriográfia jelentőségére retineált here, illetve a belőle kiinduló daganatok diagnózisában.

Esetismertetés

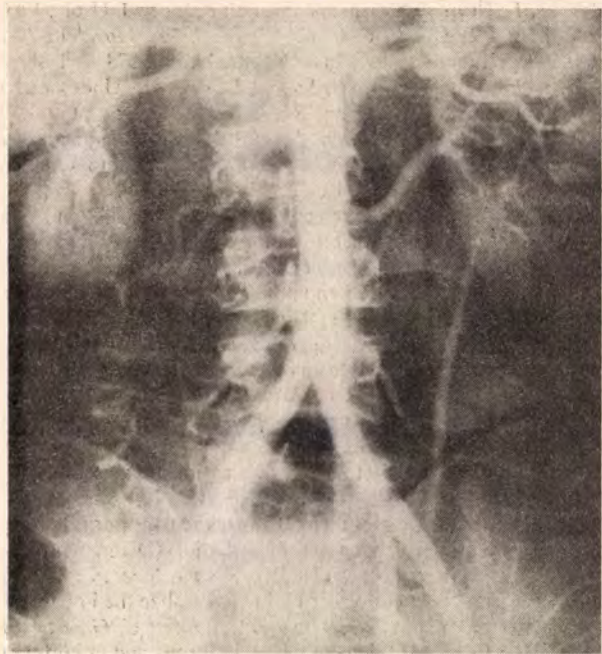
Gy. I. 33 éves férfi beteg, alkata normális, másodlagos nemi jelek nemének megfelelőek, a penis normális alakú, a scrotumban here egyik oldalon sem tapintható. Anamnesiséből kiemelendő, hogy 9 éves korában kétoldali cryptorchismus miatt eredménytelen műtétet végeztek. Felvételét megelőzően három hónappal kezdődtek jobb oldali tompa alhasi fájdalmak, amelyek átmenetileg megszűntek, majd ismét kiújultak, ekkor kezdődött makacs lázas állapota. Felvételkor gyorsult We-értéket észleltünk. Fizikális vizsgálattal a jobb alhasban ökölnyi, tömött tapintatú, nem fájdalmas elváltozást találtunk.

UH-vizsgálattal a has alsó harmadában egy kb. 7,5 cm átmérőjű szolid képletet láttunk, heréket kimutatni nem tudtunk.

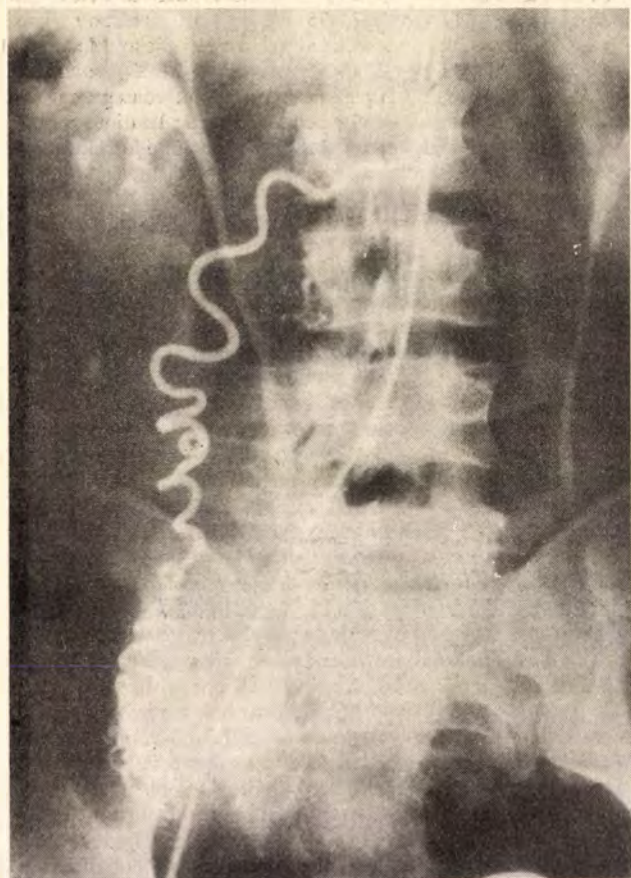
CT-vizsgálat során retineált herére utaló egyértelmű elváltozást sem az inguinalis csatornában, sem a hasüregben kimutatni nem lehetett. A symphysis felett kb. 10 cm-rel a középvonaltól jobbra egy kb. 8 cm átmérőjű, csaknem homogén, sima kontúrú, környezetétől elkülönülő lágyrészárnyék ábrázolódt, ami felvette a retineált heréből kiinduló tumor lehetőségét.

Abdominális aortográfiát (1. ábra) követően az a. testicularis dextra szuperszelektív arteriográfiáját végeztük el, amely szerint a here ellátó artériája igen kanyargós lefutású, hipertrofizált. Ellátási területének megfelelően a has alsó részének jobb oldalán egy kb. 8 cm átmérőjű, igen kifejezetten hipervaszkuláris elváltozás ábrázolódt (2. ábra). A tumor felől intenzív és korai vénás telődés is megfigyelhető volt. Figyelembe véve az éranatómiai szituációt, a daganat egyértelműen a jobb oldali retineált herébe volt lokalizálható. A beteg ezután került műtetre. A feltárás során az arteriográfia által leírt szituációt találtuk, a jobb oldali ökölnyi tumoros herét a nyirokcsomó láncolatával együtt, illetve a bal oldali sorvadott retineált herét eltávolítottuk. A hisztológiai vizsgálat malignus, kevert típusú csírasejtes tumort írt le a jobb oldali, atrofizált a bal oldali herében. A nyirokcsomókban metastasisra utaló jel nem volt igazolható.

Kulcsszavak: retineált testis, tumor, diagnózis, szelektív angiográfia



1. ábra: Abdominalis aortographia: a gerinc jobb oldalán egy rendkívül kanyargós, hypertrophizált arteria ábrázolódott



2. ábra: A j. a. testicularis szelektív vizsgálata során a has jobb oldalán a linea terminalis magasságában egy kb. 8 cm legnagyobb átmérőjű, kifejezetten erezett daganat figyelhető meg

Megbeszélés

A herék a magzati élet 8 hónapja során általában leszállnak a scrotumba. A koraszülöttek 33%-ának, az időse született csecsemők 3%-ának van egyoldali retineált heréje. Ezek többsége 1 éves korig spontán leszáll, és mindössze 0,7–0,8% marad a le nem szállt herék gyakorisága (14).

A retineált here megrekedhet a hasüregben, vagy leszállás közben a canalis inguinalis bármely részén. A heretumorok 12%-a retineált herében alakul ki (1), ugyanakkor a rejtett heréjűség során előforduló malignus elváltozás gyakoribb a hasi, mint az intracanalicularis herében (7).

A retroperitoneális sebészi feltárás technikailag is meglehetősen nehéz, emellett a műtét során a nem tapintatható herék mindössze 75%-át lehet megtalálni (7, 14).

A rejtett here preoperatív kimutatása a cryptorchismus műtéti megoldásában elengedhetetlen, ugyanakkor a különböző diagnosztikus eljárásokkal az egyidejűleg fennálló térszűkítő folyamat testicularis eredete is igazolható.

Az UH-vizsgálat során az echostruktúra elemzése ketős célú: egyrészt meg lehet állapítani a degeneráció fokát, másrészt kimutathatók tumorra gyanús, illetve precancerosus állapotra utaló jelek. Az UH-vizsgálat azonban csak az inguinális csatornában rekedt herék kimutatásában eredményes, a hasi vagy kismedencei elhelyezkedésű retineált herék egyértelmű detektálására nem alkalmas (8, 15).

A nem tapintható here keresése számítógépes rétegvizsgálattal (CT) azon alapszik, hogy olyan 1 cm átmérőjű vagy annál kisebb lágyrész-intenzitású képletet keresnek, amely az inguinális régió, illetve a kismedence aszimmetriáját okozza. Gyermekeken igen zavaró lehet az erős zsírszövet, diagnosztikus nehézséget okozhatnak a bélgázárnyékok, a különböző erek és nyirokcsomók (6, 12, 17).

A fent említett vizsgálmódszerek korlátozott lehetőséggel bírnak a le nem szállt herék diagnosztizálásában, és egyáltalán nem alkalmasak a testicularis agenesia és atrofia kimutatására (2, 6, 8).

Az irodalomban található legutóbbi közlések a mágneses magrezonancia-vizsgálat (MRI) jelentőségét hangsúlyozzák e betegséges csoport diagnosztikájában (3). Diagnosztikus pontossága elsősorban a descensusukban megakadt herék detektálásában használható fel, a már kialakult daganatok szervi lokalizációjának megállapításában — a szöveti karakterisztikára levonható információk ellenére is — ma még csak valószínűsítő diagnózist adhat.

A szelektív gonadalis venográfia, illetve arteriográfia segítségével egészen pontosan lokalizálható a retineált here, biztonsággal megállapítható jelenléte vagy hiánya, és az esetleges tumoros elváltozásra utaló eltérések is kimutathatók (5, 9).

Esetünk is bizonyítja, hogy sokszor az UH- és CT-vizsgálatok együttesen sem elegendőek a retineált here kimutatására. A bal oldali atrofias here — amely szintén abdominálisan helyezkedett el — egyik módszerrel sem volt kimutatható és a jobb oldali daganat, valamint retineált here viszonyát sem sikerült tisztázni.

Az abdominális aortográfia még nagyobb mennyiségű kontrasztanyag gyors bejuttatása mellett sem alkalmas a

herék vizsgálatára, mivel az a. testicularis az esetek több mint 20%-ában nem ábrázolódik és sokszor olyan esetekben, amikor az a. testicularisba még jut is kontrasztanyag, a perifériás kiserek nem telődnek, így az ectopiás here érstruktúrája nem értékelhető (5, 7).

Az általunk végzett aortográfián is csak a daganat nagyfokú vaszkularizáltsága miatt a kaliberében jelentősen megnövekedett és extrém kanyargós a. testicularis ábrázolódott, a daganat azonban, dacára a kifejezett hipervaszkularitásnak, még halványan sem „festődött”.

A szuperszelektív vizsgálat során relatíve nagy mennyiségű (20 ml) kontrasztanyag bejuttatására volt szükség ahhoz, hogy a daganat egészében ábrázolódjék.

Vénográfia során a kontrasztanyagot a vénába véráramlással szemben kell befecskendezni, aminek következtében a kontrasztanyag esetleg nem éri el a célszervet, illetve subintimalis vérzést is okozhat a forszírozott injekálás miatt (5).

Kicsi, atrófiás vagy agenéziás here esetében a kontrasztanyagot sokszor „elviszi” a nagy collateralis hálózat, mielőtt a kis distalis testicularis vénákba eljutna.

Kivételes esetektől eltekintve (pl. üres herezacskó mellett akut hasi tünetek fellépése a retineált herében kialakult esetleges epididymitis miatt sürgős feltárást igényel) a retineált herével kapcsolatos kórállapotok preoperatív diagnosztizálása ma már nem nélkülözhető.

A jelen diagnosztikus éraban úgy tűnik, hogy az MRI és egyes esetekben a szelektív a. testicularis arteriográfia a legalkalmasabb vizsgálóeljárás a retineált testisek lokalizációjában. Amennyiben a le nem szállt here/herék mellett a descensus vonalának megfelelően térszűkítő elváltozás van jelen, a retineált heréből kiinduló daganat kórismézéséhez — azaz az intraabdominalis tumor szervi lokalizációjának egzakt megállapításához — invazivitása ellenére is az arteriográfia elvégzése feltétlenül szükséges.

IRODALOM: 1. Batata, M. A., Whitmore jr., W. F., Chu, F. C. H. et al.: Cryptorchidism and testicular cancer. J. Urol., 1980, 124, 382. — 2. Engel, R. M. E., Weiss, R. M., Lipschutz L. I. et al.: Cryptorchid testes. Dial. Pediatr. Urol., 1978, 1, 1—8. — 3. Fritzsche, P. J., Hicak, H., Kogan, B. A. et al.: Undescended testis: value of MR imaging. Radiology, 1987, 164, 169—173. — 4. Gilbert, J. B., Hamilton, J. B.: Studies in malignant testis tumors III. — Incidence and nature of tumors in ectopic testes. Surg. Gynecol. Obstet., 1940, 71, 731—743. — 5. Khademi, M., Seebode, J. J., Falla, A.: Selective spermatic arteriography for localization of an impalpable undescended testis. Radiology, 1980, 136, 627—637. — 6. Lee, J. K. T., McClellan, B. L., Stanley, R. J. et al.: Utility of computed tomography in the localization of the undescended testis. Radiology, 1980, 135, 121—125. — 7. Levitt, S. B., Kogan, S. J., Engel, R. M. et al.: The impalpable testis: a rational approach to management. J. Urol., 1978, 120, 515—520. — 8. Madrazo, B. L., Klugo, R. C., Parks, J. A. et al.: Ultrasonographic demonstration of undescended testes. Radiology, 1979, 133, 181—183. — 9. Nordmark, L.: Angiography of the testicular artery I. Method of examination. Acta Radiol. (Diagn.) 1977, 18, 25—32. — 10. Nordmark, L., Bjersing, L., Domellof, L. et al.: Angiography of the testicular artery II. Cryptorchism and testicular agenesis. Acta Radiol. (Diagn.) 1977, 18, 167—176. — 11. Rajfer, J., Tauber, A., Zinner, N. et al.: The use of computerized tomography scanning to localize the impalpable testis. J. Urol., 1983, 129/5, 972. — 12. Scrorer, C. G., Farrington, G. H.: Congenital deformities of the testis and epididymis. New York: Appleton Century Crofts 1971, p. 19. — 13. Scrorer, C. G., Farrington, G. H.: Congenital anomalies of the testes: cryptorchidism, testicular torsion, and inguinal hernia and hydrocele. In: Harrison, W. J., Gittes, R. J., Perlmutter, A. D.: Campbell's Urology 4th ed. Vol. 2. Philadelphia: Saunders, 1978, 1549—1565. — 14. Vydra, G., Magasi, P., Rózsahegyi, J.: Ultrastructural investigations of undescended testicles. Acta Chir. Hung., 1984, 25/2, 75—86. — 15. Whitaker, R-H.: Management of the undescended testis. Br. J. Hosp. Med., 1970, 4, 25—26, 29—32, 35—37. — 16. Wolverson, M. K., Houttin, E., Heiberg, E. et al.: Comparison of computed tomography with high-resolution real-time ultrasound in the localization of the impalpable, undescended testis. Radiology, 1983, 146, 133—136.

(Kónya András dr., Budapest, Üllői út 78/a. 1082)

NIZORAL

krém

(Ketoconazolum)

2%

HATÓANYAG: 0,4 g ketoconazolum 20 g 0,2% natrium sulfurosum anhydricum tartalmú, vízzel lemosható kenőcsben. HATÁS: A ketoconazol szintetikus imidazol-származék. Széles hatásspektrumú gombaellenes szer, amely a gombák sejtmembrán anyagcseréjét (ergoszterol szintézis) támadja meg, azáltal meggyalulzik a membrán permeabilitása, a sejt nem tud tovább osztódni. JAVALLAT: Minden bőrmikózis, melynek kórokozói: — dermatofitonok (pl. Trichophyton- és Microsporum-fajok, Epidermophyton floccosum) — szajdázógombák (Pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajok) — Malassezia furfur (Pityrosporum orbiculare). A kezelésre reagáló kórképek: Mycosis superficialis, erosio interdigitalis, Intertrigo mycotica, Intertrigo psoriatica, ekzema mycoticum, pityriasis versicolor. ELLENJAVALLAT: Ketoconazol túlérzékenység. A szem kezelésére nem alkalmazható. Bár a bőrön át felszívódása jelentéktelen, terhességben és szoptatás esetén a várható előny és a lehetséges kockázat mérlegelésével adható csak. ALKALMAZÁS: A fertőzött bőrfelületet és környékét általában naponta egyszer, súlyosabb esetben kétszer bekenni. A kezelést tünetmentességig, illetve azután még néhány napig folytatni kell. A sikeres kezelés várható időtartama: — dermatofitonok okozta bőrmikózis esetén 3—4 hét; — bőrkandidiázis, pityriasis versicolor esetén 2—3 hét; — Tinea pedis esetén általában hosszabb, 4—6 hét. Ha 4—6 hetes kezelés után sem számottevő a klinikai javulás, akkor újabb diagnosztizálásra van szükség. MELLÉKHATÁS: Bőrvörösség, égő, csípő érzés; átmeneti erythema előfordulhat. Erős bőrkárosítás, dermatitis, illetve egyéb allergiás reakció fellépése esetén a kezelést abba kell hagyni. FIGYELMEZTETÉS: Natrium hiposzulfitt tartalmazza miatt szulfita érzékeny — elsősorban asztmás — betegek-nél esetleg allergiás típusos reakciót válthat ki. A beteg figyelmét a higiénés előírások betartására fel kell hívni. CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

A Janssen Pharmaceutica Belgium
licence alapján gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár—Budapest

új energia

**12 VITAMIN
8 ÁSVÁNYI
ÉS NYOMELEM
TARTALMÚ
KÉSZÍTMÉNY**

Supradyn^{Roche®} N

Indikáció:

**AKUT ÉS KRÓNIKUS
BETEGSÉGEK**

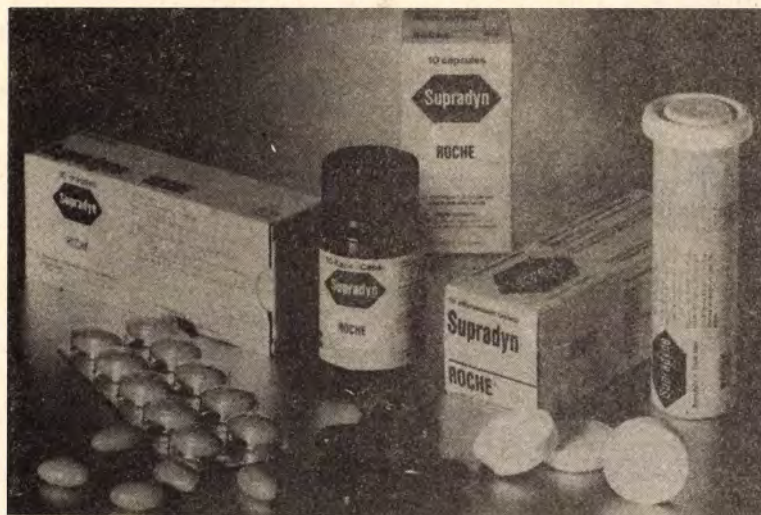
REKONVALESCENCIA

**IDŐSKORI -
TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK**

**TARTÓS ANTIBIOTIKUS,
CITOSTATIKUS KEZELÉS**

**ERŐNLÉTI ÁLLAPOT JAVÍTÁSA
SPORTOLÓKNAK**

**FOGYÓKÚRA ALATTI
VITAMIN PÓTLÁS**



**Beszerezhető:
Gyógyszertárakban
recept nélkül**



**További felvilágosítás:
Roche Magyarországi Képviselet
Budapest V, Váci utca 19-21. (1052)**

Gönczi Csabáné dr.,
Holló Attila
Komáromi Sándorné dr.
és Molnár Jenő dr.

Fokozott pentaklór-fenol-tartalom a vizeletben Fungifen®-kezelés után*

„Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest,
Környezethigiénés Toxikológiai Osztály
(főigazgató-főorvos: Biró György dr.)

Szerzők önként jelentkező férfiakon ellenőrizték a vizelet pentaklór-fenol- (PCP-) tartalmát az interdigitális mikózisok helyi kezelésére ajánlott és hatóanyagként 1% PCP-t tartalmazó, szabadon kapható gyógyszerkészítmény, a Fungifen®-oldat használata alatt és után. A PCP a bőrön keresztül jól felszívódik és lassan ürül ki. A Fungifen® helyi alkalmazása után a legnagyobb PCP-koncentrációk a vizeletben 109 és 1290 µg/liter között voltak. Egy esetben a csúcskoncentráció 3200 µg/liter volt. A PCP-t ugyanakkor a nyálból is ki lehetett mutatni (koncentrációk 10 µg/liter alatt). A vizelet PCP-koncentrációk csak a kezelés után 75, illetve 90 nappal érték el a kiindulási szintet (átlagban 10 µg/liter). A legnagyobb vizeletkoncentrációk olyan expozícióra utalnak, ami irodalmi adatok szerint a foglalkozási expozíciónak felel meg. Szerzők tárgyalják azt az egészségügyi kockázatot, amit a Fungifen® használata a lakosság széles rétegei (beleértve a terhes nőket és a gyermekeket) számára jelent.

Enhanced pentachlorophenol level in the urine after the use of Fungifen®. Urinary pentachlorophenol (PCP) was monitored in male volunteers exposed to Fungifen® solution which is a readily accessible pharmaceutical product containing 1% of PCP as active ingredient, and is recommended for the local treatment of interdigital mycoses. PCP absorbed readily through the skin and its elimination was slow. After the topical application of Fungifen®, maximum levels of urine-PCP ranged from 109 to 1290 µg/liter. In a single case a peak value of 3200 µg/liter was measured. At the same time, PCP could be detected in the saliva too. Urinary preexposure levels (ranged around 10 µg/liter) were reached within 75 and 90 days, respectively. Maximum urinary levels represent exposures corresponding to occupational ones, known from other studies. The toxicity of PCP as well as the health risk of the Fungifen® use to the great masses of the people (including pregnant women and children) are discussed.

A bőrgombásodások helyi kezelésére használt egyik legrégebbi hazai készítmény a hatóanyagként 1% pentaklór-fenolt (PCP) tartalmazó és vény nélkül kapható Fungifen®-oldat (EGIS).

A PCP-t széles hatásspektruma (algicid, baktericid, fungicid, herbicid, inszekticid, molluszkicid) miatt évtizedeken át kiterjedten használták az iparban, a mezőgazdaságban és az élet egyéb területein. Magyarországon a legnagyobb mennyiségben mint faanyagvédő szert, a Xylamon, illetve Xyladecor elnevezésű készítmények gombaölő komponenseként alkalmazták, illetve alkalmazzák.

A PCP mérgező és veszélyes anyag (összefoglaló irodalom: 1, 5, 6). Akut orális LD₅₀ értéke patkányokon 27–205 mg/kg (a vivőszertől és technikai hatóanyag tisztaságától függően). A gyomor-bélcsatornából, a tüdőből és a bőrön keresztül egyaránt jól felszívódik és legnagyobb részt változatlanul, szabad formában, illetve mint glukuronid ürül ki a vizelettel. A heveny mérgezési tünetekért (az oxidatív foszforiláció zavara miatt fellépő anyagsere-

fokozódás, magas láz, hányinger, fáradtság, izzadákonyság, szomjúság, szorongás) valószínűleg maga a PCP, a klóraknéért és az állatkísérletekben megfigyelhető fototoxikus, immuntoxikus és hepatotoxikus hatásokért pedig feltehetően a szennyezőanyagok (hexaklór-benzol, tetraklór-fenol, poliklórozott dibenzo-dioxinok és dibenzo-furánok stb.) a felelősek. A PCP gyártását és alkalmazását a szer potenciális egészség- és környezetkárosító hatása miatt világszerte — nálunk is — erősen korlátozták, vagy éppen megtiltották. 1987 óta a belső téri felhasználásra gyártott faanyagvédő szerek már hazánkban sem tartalmazhatnak PCP-t.

Annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy az elsősorban interdigitális mikózisok kezelésére használt Fungifen®-oldatból a bőrre került PCP számottevő mennyiségben szívódik-e fel, önként jelentkezőkön vizsgálatokat végeztünk. A PCP-felszívódás mértékére a vizelet PCP-koncentrációjának meghatározása alapján következtettünk. A eredményeket előadások formájában már ismertettük (4, 7).

Módszer

A Fungifen®-oldatból egy-egy alkalommal egyszerre egy kupaknyit (kb. 2,5 cm³—25 mg PCP) használtunk a — feltételezett, vagy éppen meglévő — lábujjak közötti gombás folyamatok kezelésére.

Kulcsszavak: pentaklór-fenol — interdigitális mikózis — bőrfelszívódás — veszélyesség

* A kézirat közlésre történt elfogadása után 2 hónappal a Fungifen® forgalmazását megszüntették

1. táblázat: A vizsgálati személyekre és a Fungifen®-kezelésre vonatkozó adatok

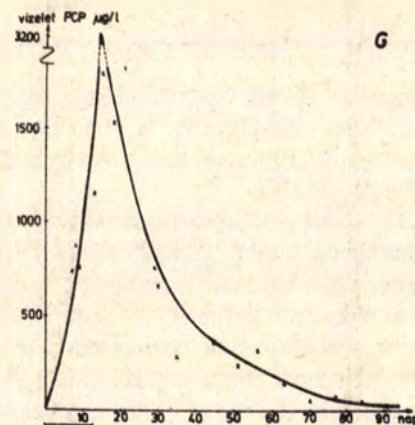
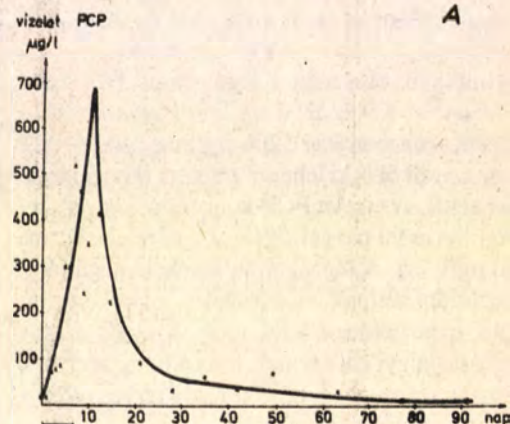
Vizsgálati személyek	Kor	Tesgsúlykg	Volt-e interdigitális miközisa a kezelés megkezdésekor?	A kezelés módja	Kezelési adatok
A	45	67	nem	kézzel	2,5 cm ³ naponta, reggel, 7 napig
B	46	86	nem	kézzel	2,5 cm ³ naponta, reggel, 7 napig
C	45	75	nem	kézzel	2,5 cm ³ naponta, reggel, 7 napig
D	35	75	nem	vattával	2,5 cm ³ naponta, reggel, 7 napig
E	29	95	nem	kézzel	2,5 cm ³ naponta, reggel, 7 napig
F	51	62	nem	kézzel	2,5 cm ³ naponta, reggel, 7 napig
G	55	75	igen (hámsérüléssel)	kézzel	2 × 2,5 cm ³ naponta, reggel és este, 13 napig

A vizsgálatban hét önként jelentkező egészséges férfi vett részt. A megadott mennyiségen, a kezelés időpontján és gyakoriságán kívül egyéb feltételt nem szabtuk. A vizsgálatban résztvevő személyekre és a kezelésre vonatkozó adatokat az 1. táblázat tartalmazza.

A vizelet PCP-tartalmát származékképzés után határoztuk meg reggeli vizeletmintákból. 10 cm³ vizeletet 0,3 cm³ 48 %-os kénsav-oldattal vízfürdőben egy órán keresztül 85–90 °C-on melegítettünk. Lehűlés után 10 cm³ tisztított hexánt adtunk hozzá és rázógéppel 10 percig ráztuk, majd a felső, hexános fázist átpipettáztuk egy 40 cm³ 0,1 M kálium-karbonát oldatot tartalmazó lombikba. 5 perces ráztatás után 0,3 cm³ ecetsav-anhidridet adtunk hozzá és ismét 10 percig ráztuk. Ezután a lombikot feltöltöttük desztillált vízzel, és a fázisok szétválása után a PCP-t a felső hexános fázisból gázkromatográfiásan meghatároztuk. A gázkromatográfiás meghatározás részleteit már korábban ismertettük (3). A kezelés megkezdése előtt két, ill. három egymást követő napon ellenőriztük a kísérleti személyek vizeletének PCP-koncentrációját (kiindulási értékek, 2. táblázat). A kezelés alatt és után 14 napig naponta, majd hetente, illetve kéthetente végeztünk PCP-meghatározást a vizeletben.

Eredmények

A kezelés hatására — egyénenként különböző mértékben — egy, ill. két nagyságrenddel megnőtt a vizelet PCP-koncentrációja a kiinduló szinthez képest (2. táblázat). A koncentrációk csak 2–5 nappal a kezelés megszakítása után kezdték el fokozatosan, időben elhúzódva csökkenni. A kiindulási szintek eléréséhez 75–90 napra volt szükség (ábra). A vizeletkoncentrációk időbeli alaku-



ábra: A vizelet PCP koncentrációjának alakulása Fungifen®-kezelés alatt és után. A — napi egyszeri kezelés, 7 napig; G — napi kétszeri kezelés, 13 napig.

2. táblázat

Vizsgálati személyek	PCP-koncentráció a vizeletben (µg/liter)	
	Fungifen®-kezelés előtt (2, ill. 3 nap átlaga)	a Fungifen®-kezelés megkezdése után mért legnagyobb érték
A	16	681
B	5	505
C	11	845
D	12	109
E	8	247
F	5	1290
G	9	3200

lását az A (napi egyszeri kezelés) és G (napi kétszeri kezelés) vizsgálati személyeken külön is bemutatjuk. A kezelés nem okozott panaszokat, kivéve a G vizsgálati személyt, aki a kezelés 2. hete után enyhén sós, ill. „fémess” ízférzésről számolt be. A kezelés befejezése után az A, B, C, D és G személyektől származó nyálmintákban 10 µg/liter (G), illetve 1,8–4,5 µg/liter PCP-t mutattunk ki.

A Fungifen®-kezelés előtt, alatt és után mért vizelet PCP-koncentrációk nagysága és azok időbeli alakulása arra utal, hogy a kezelés alkalmával nagy mennyiségű PCP kerülhet a szervezetbe, ahonnan csak lassan ürül ki. Kérdés, hogy ez az expozíció milyen mértékű és jellegű, és ez milyen egészségkockázatot jelent?

A vizeletkoncentrációkból levonható következtetésekhez az irodalmi adatok nyújtanak támpontot (1).

Eszerint, bizonyos mennyiségű PCP a lakosság azon rétegeiben is kimutatható a vizeletben (medián: 10 µg/liter körül), melyekben az expozíciós forrás ismeretlen. Ezt egyébként jelenlegi vizsgálataink is bizonyítják (2. táblázat). Ennek oka a PCP még mindig kiterjedt használata (penészgátló és konzerválószer festékekben, tapétaragasztókban, textíliákban, egyes mosószerekben stb.) és perzisztenciája, továbbá az a tény, hogy a PCP endogén metabolizálja egy sereg közvetlen környezetünkben is előforduló klórozott vegyületnek (9). Átlagban kb. 40 µg/liter PCP található azoknak a vizeletében, akiknél az expozíció nem foglalkozási eredetű (pl. huzamosabb ideig olyan helyiségekben tartózkodnak vagy éppen laknak, melyek belső faburkolatát PCP-tartalmú faanyagvédő szerrel kezelték). Saját vizsgálataink szerint ennek a csoportnak a vizeletértékei akár a 100 µg/liter is meghaladhatják (4, 7).

Végül, a PCP-vel dolgozó munkások vizeletében átlagban kb. 1 mg/liter PCP mutatható ki. Vizsgálataink szerint tehát a Fungifen®-kezelés hatására a vizelet PCP-koncentrációja elérheti, sőt meg is haladhatja a foglalkozási expozícióból eredő értéket (2. táblázat). Az egyéni különbségekre pontos magyarázatot adni aligha lehet. Az expozíciót valószínűleg a kezelés módja (kézzel vagy vattával történt, lásd a D kísérleti személy adatait), a bekent bőrfelület nagysága és állapota (hámsérülések, lásd a G kísérleti személy adatait), illetve a naponta felhasznált anyag-mennyiség (lásd a G kísérleti személy adatait) is befolyásolhatta.

A PCP jelenléte a nyálban nem meglepő és jól kiegészíti a szervezeten belüli körforgásról (enterohepatikus keringés) kialakított képet (1). Bár koncentrációja nagyságrenddel kisebb volt, mint a vizeletben, a nyállal lenyelt PCP újra felszívódva minden bizonnyal hozzájárult az anyag elhúzódozó kiürüléséhez.

A PCP lassú kiürülésére emberen Uhl és misai (10) hívták fel a figyelmet. Még az egyszeri adagban szájon át beadott PCP kiürülése is hetekig tartott. Számításai szerint az anyag felezési ideje (vér és vizelet) 16–18 nap volt. Bőrexpozíciós vizsgálataink ezeket az adatokat megerősítik, azaz, a PCP emberen kifejezett kumulatív tulajdonságokkal bír.

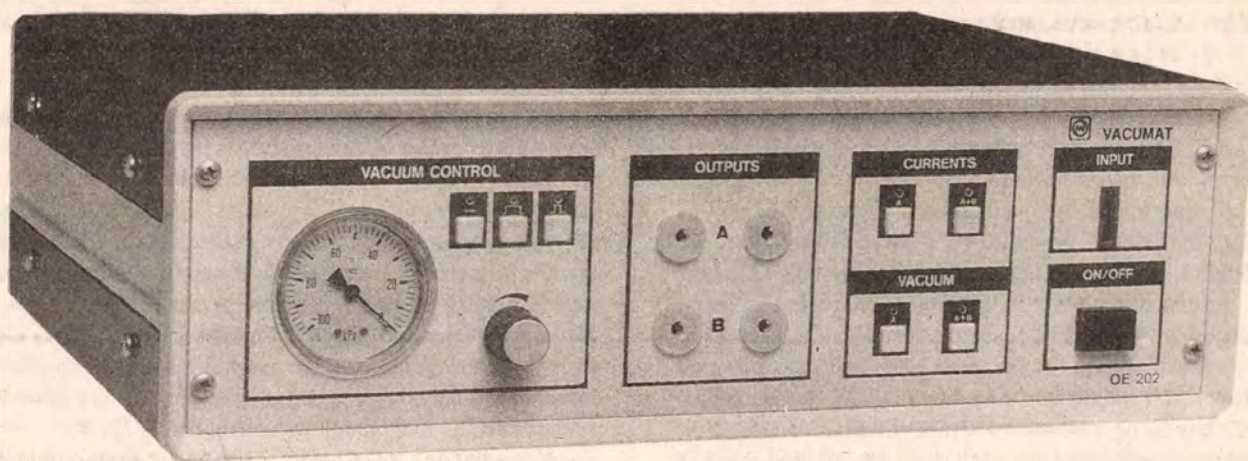
Bár a jelenlegi vizsgálatokban részt vevő személyeknek (egészséges férfiak) nem voltak kifejezetten egészségügyi panaszaik, nem zárható ki annak a valószínűsége, hogy a szabadon hozzáférhető készítmény — mely további sorát tekintve ellenőrizhetetlen (hogyan, milyen népcsoportok, milyen gyakorisággal, milyen hosszú ideig alkalmazzák?) — olyan tüneteket okoz, mint amilyeneket a foglalkozási expozíciónál regisztráltak. Ez még akkor is fennáll, ha az esetleges szennyezőanyagok mennyisége csak minimális és gyakorlatilag csak tiszta pentaklór-fenol hatással kell számolni. Ezek a tünetek túl általánosak (gyengeségérzet, émelygés, gyakori fejfájás, ingerlékenység, fáradtság stb.) ahhoz, hogy észlelőükkor a mérgezés gyanúja felmerülne, s a legtöbbször nem is gondolnak arra, hogy a tünetek és az antimikotikus kezelés között esetleg összefüggés lehet. A külön-külön vagy csoportosan is előforduló tüneteken túl azonban megkülönböztetett figyelmet érdemel az a tény, hogy az anyag áthatol a vér-agy gáton és a placentán, és megjelenik az anyatejben is (2, 8).

Vizsgálataink eredménye a gyakorlat szempontjából azt jelenti, hogy egy antimikotikus Fungifen®-kezelés a foglalkozási expozíció nagyságrendjének megfelelő — és az anyag lassú ürülése miatt hetekig tartó folyamatos — PCP expozíciót jelent. A Fungifen® széles körű felhasználása miatt ez a lakosság legkülönbözőbb rétegeit (terhes nők, gyermekek, idősek stb.) is érinti és a hatóanyag ismert toxikus tulajdonságai miatt olyan egészségkockázattal járhat, amelynek vállalása nem ésszerű.

IRODALOM: 1. *Environmental Health Criteria 71: Pentachlorophenol*. WHO, Geneva, 1987. — 2. Gebefügi, I., Korte, F.: Pentachlorophenol contamination of human milk samples. *Chemosphere*, 1983, 12, 1055. — 3. Gönczi Cs., Holló A., Komáromi S., Molnár J.: A pentaklór-fenol koncentrációja faanyagvédő szerrel kezelt helyiségek légtérében. *Egészségtudomány*, 1987, 31, 74. — 4. Gönczi Cs., Holló A., Komáromi S., Molnár J.: A vizelet pentaklór-fenol tartalmának jelentősége az expozíció becslésében. XXIV. Higiénikus Vándorgyűlés, Eger, 1988. júl. 14–16. — 5. *Health and Safety Guide No. 19: Pentachlorophenol health and safety guide*. WHO, Geneva, 1989. — 6. Koch, R., Axmann, C.: Pentachlorophenol. Eigenschaften, — Toxizität — Umweltverhalten — Gefährlichkeit. *Sch. reihe Gesundh. Umw.* — Bad Elster, 1987, 3/5, 2. — 7. Molnár, J., Gönczi, L., Holló A., Komáromi S.: Respiratory and dermal exposure to pentachlorophenol. *Int. Symp. on Exposure Limits for Occupational and Environmental Chemical Pollutants*, Prague, 18–21 April, 1989. — 8. Norén, K.: Changes in the levels of organochlorine pesticides, polychlorinated biphenyls, dibenzo-p-dioxins and dibenzofurans in human milk from Stockholm, 1972–1985. *Chemosphere*, 1988, 17, 39. — 9. Renner, G.: Transformations of pentachlorophenol. Part I.: Metabolism in animals and man. *Toxicol. Environm. Chem.*, 1986, 11, 9. — 10. Uhl, S., Schmid, P., Schlatter, Chr.: Pharmacokinetics of pentachlorophenol in man. *Arch. Toxicol.*, 1986, 58, 182.

(Gönczi Csabáné dr., Budapest, Pf. 64., 1966)

VACUMAT OE—202



Az OMSZÖV OE—202 típusú VACUMAT készüléke lehetővé teszi vákuumelektrodák alkalmazását a gyógyászatban. Négy vákuumharang helyezhető el — a páciens kezelésének megfelelően — a bőrfelületre.

A szívóteljesítmény a vákuumelektrodákon fokozatmentesen szabályozható a maximumig. Gombnyomással választható ki, hogy egy, illetve két elektrodapáron jelenjen meg a vákuum vagy a kezelőáram.

A vákuumnak köszönhetően jobb elektrodakontaktus érhető el a bőrfelületen, nagyobb hatású lesz a kezelés, és kevésbé veszi igénybe a páciens bőrét. A készülék részére a szükséges kezelőáramok a mellékelt csatlakozókábel alkalmazásával az OMSZÖV OE—201 típusú INTERFERATOR, az OE—203 DIADINAMÍC és az OE—206 SELECTIV THERAPY készülékből biztosítható.

A megfelelő elektromos kontaktust a páciens bőrével jól megnedvesített viszkóza szivacsbetétek biztosítják. A szivacsokból a gép által felszívott nedvesség a készülék lecsapató kamrájában gyűlik össze, amely időszakonként automatikusan üríti ki a vizet a hátlapon elhelyezkedő csatlakozón keresztül.

Az elektrodapólusok fehér és piros színekkel jól megkülönböztethetően jelölve vannak.

A készülék alkalmas hullámozó vákuummasszázs végzésére is. A vákuumváltozás frekvenciája kétféle lehetőséggel választható. Ezzel a kezeléssel helyi vérbőség idézhető elő a bőrfelületen. A szívóharangok, csövek, csatlakozók jól tisztíthatók, egészségügyi használatra alkalmas anyagokból készülnek.

Műszaki adatok:

Két közös vákuumkészülék, két vagy négy polaritású csatlakozással.

Max. vákuum	—60 kPa
Hálózati feszültség	220 V/50 Hz
Érintésvédelmi osztály	I BF IEC 601
Méret	446 × 150 × 332 mm
Tömeg	70 N

Tartozékok

- 1 db elektromos csatlakozókábel az OE—201 Interferatorhoz,
- 2 db vákuumcsatlakozó cső (piros),
- 2 db vákuumcsatlakozó cső (kék),
- 4 db szívóharang (Ø60),
- 4 db viszkózaszivacs (Ø60).

A VÁLTOZTATÁS JOGA FENNTARTVA!

Gyártja:
ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET
1081 Budapest, Rákóczi út 71.
Kereskedelmi Osztály
Telefon: 1144-776
Telex: 22-7843 OMSZ

Exportálja:
MEDICOR



Forgalomba hozza:
OMKER



ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET

Szalka András dr.,
Prinz Gyula dr.,
Csomor Judit dr.,
Lengyel Mária dr.
és Kovács Margit dr.

Az ismeretlen eredetű hypereosinophiliás syndroma

Fővárosi László Kórház, Budapest, VI. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Szalka András dr.)
Pathológiai Osztály
(főorvos: Kovács Margit dr.)
Országos Kardiológiai Intézet Budapest
(igazgató: Árvay Attila dr.)

A szerzők 19 éves hypereosinophil syndromás betegük kórtörténetét ismertetik. Kezdetben a betegnek elsősorban hasi panaszai és tünetei voltak. Később a folyamat dissze-minálódtott, s ez néhány hónap alatt a beteg halálához vezetett. Az eset kapcsán a szerzők tárgyalják a betegség pathológiáját, a diagnosztika nehézségeit és a ma rendelkezésünkre álló terápiát.

Idiopathic hypereosinophilic syndrome. The authors describe the case of a 19-year-old man with hypereosinophilic syndrome. At first the clinical picture suggested a localized eosinophilic gastrointestinal disease which rapidly progressed to the fatal disseminated form. The spectrum of hypereosinophilic syndrome is discussed and current thoughts on diagnosis, pathology and treatment presented.

Az ismeretlen eredetű hypereosinophiliás syndroma (HES) diagnózisának kritériumait Chusid és mtsai (2) határozták meg. Véleményük szerint HES-ben szenved mindazon beteg: 1. akinek a vérében legalább 1,5 G/l abszolút eosinophil sejtszám 6 hónapnál tovább perzisztál, vagy a halál a HES tünetei között 6 hónapon belül bekövetkezik, 2. az eosinophilia egyéb okai kizárhatók, 3. a szervek érintettsége és károsodása bizonyított.

Az eosinophil granulocyták degranulációja a HES kialakulásában döntő szerepet játszik. Az eosinophilek szekunder granulomai egyrészt fehérjéket (major basic protein-MBP, eosinophil cationic protein-ECP, eosinophil derived neurotoxin-EDN), másrészt peroxidaset (EPO) tartalmaznak (4). Ezekről a fehérjékről bebizonyították, hogy az erekben thrombosit idézhetnek elő, neurotoxikus hatással rendelkeznek, megváltoztathatják a szívizomsejtek permeabilitását és a sejtekbe kerülve károsítják a mitochondriumokat (23, 24). Az interleukin-5 (IL-5) in vitro és in vivo szelektíve eosinophiliát okoz (12, 14). HES-ben a perifériás vérben levő eosinophilek több vonatkozásban különböznek az egészségesek véréből szeparált hasonló sejtektől (hypodenzebbek, hosszabb élettartamúak). IL-5 ellenes antitestek adásával bizonyították, hogy az említett tulajdonságok az IL-5 hatására vezethetők vissza (14).

A HES főleg fiatal és középkorú férfiak megbetegedése. A betegség kezdetén jellegzetes klinikai tünetek nincsenek. Indokolatlan testsúlycsökkenés, étvágytalanság, láz

éjszakai izzadással, visszatérő hasfájás, improduktív köhögés, viszkető bőrkiütések utalnak arra, hogy több szervet érintő megbetegedésről van szó. A betegek 95%-ában ante vagy post mortem vizsgálatokkal bizonyítani lehet a cardiovascularis rendszer megbetegedését. Gyakori a hepato-, splenomegalia, s nem ritkán a nyirokcsomók is megnagyobbodnak. Más szervek (tüdő, idegrendszer, bőr, vese) funkció zavara ritkábban fordul elő (4, 6, 7, 13).

Hazai irodalmi közlések elsősorban a Löffler-féle endocarditis parietalis fibroplasticával (újabb nevén endomyocardialis eosinophiliás szívbetegség) foglalkoznak (8, 11, 17, 18). Csupán Kalmár és mtsai (7) ismertetik részletesen a HES-t. Egyik közölt esetükben e ritka kórkép diagnózisát csak post mortem sikerült tisztázni, míg a másokban klinikai diagnózis kétségtelennek látszott, de a beteg halálát követően boncolás nem történt.

Az élőben diagnosztizált és haláláig követett betegünk bemutatásával a HES diagnosztikájának nehézségeire és a terápia kudarcainak okaira kívánjuk a figyelmet felhívni.

Esetismertetés

A 19 éves férfi kórelőzményében említésre méltó betegség nem szerepelt. 1987. június 6-án 8 napja tartó hasmenés miatt appendicitis acuta diagnózissal került sebészeti osztályra. Három napi megfigyelés után (fehérvérsejtszám 16,7 G/l, minőségi vérkép nem készült) observáció kórismével, panaszmentes állapotban elbocsátották. Két hét múlva testsúlycsökkenés, láz, izom- és ízületi fájdalmak, valamint hasmenés miatt belgyógyászati osztályra utalták. Itt észlelték az eosinophiliát (eosinophil sejtszám 9,374 G/l) és rektoszkópiás vizsgálattal gyulladásra utaló jeleket figyeltek meg. Parazitózis gyanúja miatt helyezték át osztályunkra.

Kulcsszavak: hypereosinophil syndroma, pathologia, diagnózis, terápia

1987. június 30-án történt felvételekor az erősen lesoványodott férfi súlyos beteg benyomását keltette. Mindkét lábfejen, tenyérmí területen, apró elemű foltos, helyenként összefolyó, nem jellegzetes kiütéseket láttunk. A nyakon mindkét oldalon számos apró nyirokcsomót tapintottunk. A szívhangok tiszták és a szívhatárok normálisak voltak. Pulzusa ritmusos és 112/min. volt. A tüdő felett eltérés nem volt. Mély belégzésben a máját és a lépét elértük. Rectalis digitalis vizsgálattal véres székletet találtunk. Testhőmérséklete 38,2 °C volt.

Július hónap folyamán puffadtságra, étvágytalanságra és hasi fájdalomra panaszkodott, s időnként 3–4 napig tartó hasmenése volt. Többször 1–2 napig lázas volt. Fokozatosan hepatomegalia alakult ki, s testszerte borsónyi-babnyi nyirokcsomók jelentek meg. Augusztus elején észleltük a bal nervus ulnaris és medianus károsodását. A jobb felső végtagon paraesthesia, a bal nervus peroneus területén tapintási és hő hypaesthesia jelentkezett. A betegség kezdetétől számított 3. hónap végén panaszokodott először nehézlégzésre, majd másnap heveny balkamra-elégtelenség alakult ki. Szeptember végétől fokozatosan szellemi hanyatlás, majd teljes elbutulás következett be. Terminálisan mindkét kamra elégtelenségre utaló tünetek alakultak ki. 1987. december 21-én légzési és keringési elégtelenség tünetei között halt meg.

Felvételekor az EKG-n sinustachycardiát és minimális ST-és T-eltéréseket találtunk. A röntgen-felvétel a mellkasi szerveken kóros eltérést nem mutatott. A leukocytosis (18 G/l) és az eosinophilia (7,92 G/l) változatlanul fennállt.

Júliusban az eosinophilek száma 5,882 és 2,096 G/l között volt.

A diagnózis tisztázása, ill. az eosinophilia okának megállapítása céljából a következő vizsgálatokat végeztük: Széklet (bakteriológiai, parazitológiai, helmintológiai vizsgálatok), vér (Echinococcus KKR és IHA, Entamoeba histolytica IHA, Toxocara ELISA IgM, Trichinella mikroprecipitáció), hasi ultrahang-, mellkas-felvétel, felső panendoscopia, felső passage, irrigoscopia, colonoscopia, rectoscopia, sternum punkció, cervicalis nyirokcsomó és májbiopszia.

A továbbiakban a HES diagnózisának megállapítása szempontjából fontos vizsgálatok eredményeit ismertetjük. *Colonoscopia* alkalmával a colon descendensen és a sigmában több helyen duzzadt, pseudopolypoid területeket láttunk. 30 cm magasságban több fibrinnel fedett fekély volt. A *sternumpunkció* normoblasztos erythropoesist mutatott. Az eosinophilek száma feltűnően sok volt (40%). A GAPa aktív index emelkedett. A *felső passage* során Crohn-betegségre utaló elváltozás nem volt látható. A betegség kezdete után 6 héttel a *mellkasfelvételen* a jobb sinus felett és baloldalt a szívcsúcs mellett homogén, göcsös-köteges rajzolat jelent meg. Négy szervből, időbeli sorrendben a gyomorból, a vastagbélből, a nyirokcsomóból és a májból történt biopszia. A szövettani vizsgálat e szervekben, a gyomor kivételével, szokatlan számban mutatta ki az eosinophilek jelenlétét. Más kóros eltérés nem volt.

Augusztus közepén a vér IgE-szintje >600 kU/l volt (norm. 100 kU/l alatt).

Az első *echocardiographia* a nehézlégzés felléptekor készült. 2 D és M-mód vizsgálattal balkamra-dysfunkciót találtunk (végdiasztolés átmérő 48, végszisztolés átmérő 42 mm). A falak egyenletesen kissé megvastagodtak (12 mm), a falmozgás diffúzan jelentősen hypokinetikus volt. A globális balkamra-funkció kifejezetten csökkent (ejekciós frakció 27%, E-szeptum távolság 18 mm). Az endocardium vékony volt, de a szeptum mentén a csúcsban sok kis fali thrombust láttunk. A bal pitvar kissé tágult volt (38 × 50 mm), a többi szívfüreg normális, a billentyűk vékonyak voltak. Csekély pericardialis folyadék helyezkedett el a jobb pitvar mögött és pleuralis folyadék mindkét rekesz felett. Doppler-echo vizsgálattal jelentős funkcionális mitralis insufficienciát és balkamrai végdiasztolés nyomásemelkedés jeleit észleltük. A kontrollvizsgálatok lényeges változást nem mutatnak. Szeptember végén készített *echocardiographia* a folyamat további romlását mutatta. A balkamrai thrombusok laposabbakká váltak. A pericardialis folyadék megszűnt, de a jobb szívfél tágabb lett, s enyhe tricuspidalis insufficiencia is megje-

lent. Az ebből számított pulmonalis szisztolés nyomás 75 Hgmm volt.

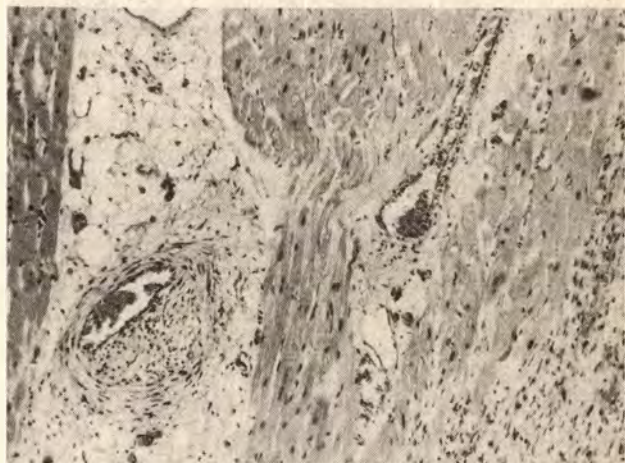
A biopsziával nyert szívizom (október 7.) fénymikroszkópos-, elektronmikroszkópos és immunfluorescens vizsgálata mérsékelt fokú izomkárosodással és kiterjedt interstitialis fibrosissal kísért krónikus myocarditist igazolt (Hubay dr.).

1987. július 30-tól, a szekunder eosinophilia kizárása után, a beteg haláláig szteroidkezelésben részesült. 1 héttel ezen terápia elkezdése után az eosinophilia, valamint a hasmenés és a láz végleg megszűnt. Az első asthma cardiale után, augusztus 24-től a szteroidkezelést Litaril (hydroxyurea) terápiával egészítettük ki.

Kórbonctani lelet: A csont-bőrre lesoványodott férfi szíve 350 g. volt. Az endocardium mindkét kamrában szürkésfehér, megvastagodott volt, s a fésűsizmok között mandulányi thrombusokat találtunk. A myocardium metszleten szürkésvörhenyes és agyagszínű területek váltakoztak. A *tüdőben* az artériák szekunder és terciér ágaiban embólusok voltak, s ezekhez vérzéses és vértelen infarctusok társultak. Az *agy* jobb temporalis és frontális lebenyében mandulányi-diónyi, főleg a kéregre lokalizálódó lágyulásokat figyeltünk meg. Mind a *lép*, mind a *vesék* állományában több ékalakú anaemiás-infarctus látszott. A petyhüdt *máj* metszlapja szerencsédíó rajzolatú volt. A periprostati-
kus vénás rendszerben és a jobb vena femoralisban a falhoz szívósan tapadó vérrögöket észleltünk.

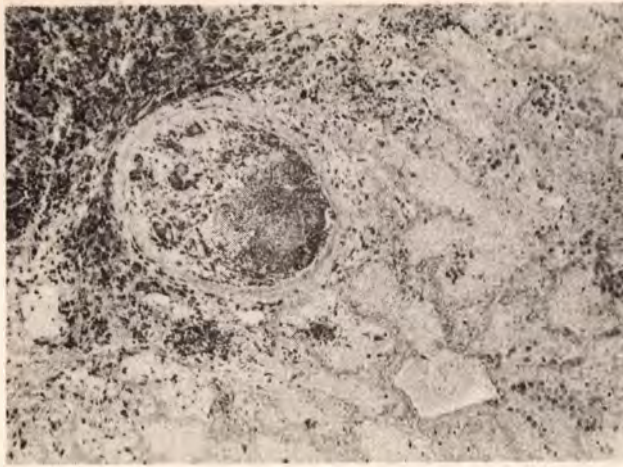
A boncolási lelet alapján a halálhoz vezető betegség az eosinophiliás endomyocardialis szívbetegség volt, amelyhez thromboemboliás szövödmény csatlakozott az agyban, a *tüdőben*, a lépben és a vesékben változatos korú és terjedelmű vérzéses és vértelen infarctusokkal.

Kórszövettani vizsgálat az endocardium változó mértékű megvastagodását, subendothelialis sejtsegregény, kevés elasztikus rostot tartalmazó kötőszövet felszaporodást láttunk. A *myocardiumot* különböző korú, sejtsegregény, hyalinos hegek és sejtdús sarjszövet szőtte át. A kis intramuralis erek lumenét az intima proliferáció nemritkán résszerűvé szűkítette. A lamina elastica interna mindenütt megtartott volt (1. ábra). A *tüdők* középnagy és kis ereiben mind a pulmonalis és bronchialis, mindpedig a vé-



1. ábra: Szívizom. Az intramuralis kisér lumenét intimaprolieráció szűkíti. A bal felső sarokban sejtdús, fiatal heg. H—E 160 ×

nás rendszer ágaiban friss és szervülő, nemritkán rekanalizálódott rögöket, az artériákban intima proliferációt láttunk. Néhány már rekanalizálódott érben is találtunk friss thrombust (2. ábra). Igen elvétve egy-egy kisérfalban vasculitist is megfigyeltünk. Az érlezárádásokhoz infarctus társult. Hasonló változatos érelváltozások mind a lépben, mind a vesékben, mind a pancreas kötőszöveti sővényeiben is mutatkoztak. A *májban* centrilobularis koagulációs nekrozist láttunk, amely cardialis elégtelenség szövödményeként jött létre.



2. ábra: Tüdő. Az ér lumen egy részében rekanalizáció, másik felében friss rög. Jobbra anaemiás elhalás. H—E 200x

Eosinophil granulocytákat a vizsgált szervekben csak igen elvétve találtunk. A szövettani képet az endomyocardialis fibrosis, a nem specifikus érelváltozások — intima proliferáció, media hypertrophia, thrombosis és embolizáció, rekanalizáció — és az anaemiás infarctusok jellemezték.

Megbeszélés

A kórlefolyás, a boncolásnál talált makroszkópos elváltozások és a szövettani vizsgálatok alapján betegünk egyértelműen HES-ben halt meg. Halálának oka az eosinophiliás endomyocardialis szívbetegség és a thromboemboliás szövődmények voltak.

Bár HES esetén a betegek $1/3$ -ében alakul ki hasmenés, mégis aránylag ritkán fordul elő az, hogy heteken át, mint betegünkben is, a klinikai tünetek közül a diarrhoea a vezető szimptóma (19, 21). A gyomor-bél rendszer eosinophil sejtes infiltrációja előfordulhat még eosinophiliás gastroenteritisben, colitis ulcerosában, Churg-Strauss szindrómában, parazitózisban, lymphomában és gyomortumorban. Valószínű nem véletlen, hogy a különböző szerzők (9, 19, 21) a döntően hasi tünetekkel járó HES-ben az eosinophilia szekunder okainak kizárása folyamán — hozzánk hasonlóan — invazív parazitózist, eosinophiliás gastroenteritist, idült gyulladásos nem specifikus bélbetegséget és lymphomát kerestek.

Miből lehetett volna már korábban is HES-re gondolni? A László kórházi felvételnél észlelhető bőrelváltozásokat nem értékeltük a HES részjelenségeként. Azt sem vettük figyelembe, hogy a nyugalomban is tartósan fennálló tachycardia már korán jelezheti a szív érintettségét az eosinophiliás kórképekben (23).

Az eosinophiliás endomyocardialis betegségnek időbelileg 3 stádiuma van: korai nekrotikus, későbbi thrombotikus és végső fibrotikus (6, 7, 13, 23). A nekrotikus szak kialakulásához átlagban 5 hétre van szükség, a thrombotikus szakhoz átlagban 10 hónapra. Feltételezhető, hogy július közepén betegünkben már a korai nekrotikus szak kialakult. Ennek bizonyítása csak szívizombiopsziával lett volna lehetséges (13, 23). Betegünkben a szívszövődmény

nem jutott el a műtethető stádiumba, meghalt a nekrotikus-thrombotikus szak határán.

Az, hogy a különböző szervekben kiterjedt thrombotikus elváltozásokat találtunk, nem meglepő, hiszen ez a leggyakoribb extracardialis szövődmény, akár a betegek 80%-ában is kialakulhat (3, 13, 23). A gyakori thrombosis ellenére embolizáció csak az esetek 4—6%-ában következik be (16). Az eosinophil granulocytákban található ECP-ről nemcsak azt mutatták ki, hogy HES-ben a vérben mérhető szintje emelkedik, hanem azt is, hogy a hemosztázis szempontjából fontos „intrinsic” mechanizmust beindítja a XII. faktor aktiválása révén (25). HES-ben kialakuló szívélváltozások esetén sokan ajánlják a tartós antikoagulálást, de az eredmények nem egyértelműek. (2, 16, 23). Mi antikoaguláns kezelést nem alkalmaztunk.

Az idegrendszer károsodása (encephalopathia, perifériás polyneuropathia, thromboemboliás események) aránylag gyakran fordul elő HES-ben (10). Mind a három elváltozás betegünkben kialakult. A perifériás polyneuropathia és az encephalopathia már a betegség korai szakában kialakulhat. A thromboemboliás szövődmények bármikor keletkezhetnek. A polyneuropathia kialakulásáért az EDN (esetleg az ECP) direkt neurotoxikus tulajdonsága, az encephalopathiáért az ECP fokozott rögzíphetőség, az előidéző hatása és talán az embolizáció a felelős. Bár göc-tüneteket klinikailag nem észleltünk, a post mortem leletben a morfológiailag jól értékelhető eltávozás az agyban említett folyamatokhoz társuló ischemiás károsodás volt.

Kezdetben a betegség diagnózisának sine qua non-ja az eosinophilia. Későbbiekben azonban a folyamat akkor is progrediál, ha a vérképben eosinophiliát már nem találunk (granulomok szöveti hatása). Nem ritkán a periférián degranulált eosinophilek mutathatók ki, amelyek jelenléte korai és bizonytalan szívpanaszok esetén eosinophiliás szívbetegségre kell, hogy felhívja a figyelmet (24). Magunk a vérben ilyeneket nem mutattunk ki.

Felmerül a kérdés, hogy a korábban elkezdett szteroid, vagy szteroid + hydroxyurea kezeléssel meg lehetett-e volna menteni a beteg életét. Ezen betegség kezelésében (alig több, mint 100 között eset 1983-ig) komoly tapasztalata kevés orvosnak van (3). Nehéz megítélni kezdetben a várható prognózist. Egyesek a hematológiai elváltozások, mások a klinikai tünetek alapján dolgoztak ki pontozásos módszert a prognosztizálásra (5, 20). Parillo és mtsai (15) ezekre alapozva betegeiket 3 csoportba sorolták: terápiát nem igénylők, kortikoszteroid kezelésben részesítendő, szteroid és cytostaticum terápiát igénylők. Megítélésük szerint ez a beosztás prognosztizálást is jelent. Mi úgy ítéltük meg, hogy csak a differenciáldiagnosztika elvégzése után kezddhetjük el a szteroid adását. Ezen terápia hatására a közben kialakult idegrendszeri tünetek is javultak, a beteg állapotában romlás alig következett be, s éppen ezért a hydroxyureát már csak az asthma cardiale jelentkezése után adtuk. Kritikusan elemezve esetünket ma már úgy gondoljuk, hogy korábban kellett volna elkezdni a szteroid-kezelést, és a disszeminált folyamat miatt már kezdetben is hydroxyureával kombinálva. Az utóbbi időben több szerző azon a véleményen van, hogy a HES egyes eseteiben bármikor kezdik is el a kombinált kezelést, az

hatástalan marad (4). Mások a reménytelennek látszó esetekben csontvelő transzplantációt ajánlanak (1).

Milyen következtetések vonhatók le a bemutatott esetből?

1. 1,5 G/l eosinophilia esetén a szív állapotára kell a legtöbb figyelmet fordítani, még akkor is, ha egyéb tünetek állnak az előtérben.

2. A szekunder eosinophiliát minél gyorsabban ki kell zárni.

3. Disszeminált folyamat esetén korán mérlegelni kell a szteroid+hydroxyurea kezelést, esetleg a csontvelőátültetést is.

4. Thromboembóliás szövődmények befolyásolására megkísérélhető az antikoagulálás és a vérlémezkek funkcióját gátló szerek adása.

IRODALOM: 1. Archimbaud, F. és mtsai: Hypereosinophilic syndrome with multiple organ dysfunction treated by allogeneic bone marrow transplantation. Amer. J. Haematol., 1988, 27, 302. — 2. Chusid, M. J. és mtsai: The hypereosinophilic syndrome. Medicine, 1975, 54, 1. — 3. Davies, J. és mtsai: Cardiovascular features of 11 patients with eosinophilic endomyocardial disease. Q. J. Med., 1983, 52, 23. — 4. Gleich, G. J.: Current understanding of eosinophil function. Hosp. Pract., 1988, 23, 137. — 5. Flaum, M. A. és mtsai: A clinicopathological correlation of the idiopathic hypereosinophilic syndrome. I. Hematologic manifestations. Blood, 1981, 58, 1012. — 6. Jameson, M. D., Se-graves, S. D.: Idiopathic hypereosinophilic syndrome. Postgrad. Med., 1988, 84, 93. — 7. Kalmár Zs. és mtsai: Ritka kórkép — hypereosinophiliás syndroma. Orv. Hetil., 1986, 127, 251. — 8. Lengyel, M. és mtsai: Endomyocardialis szívbetegség és hypereosinophilia. Cardiol. Hung., 1983, 12, 139. — 9. Manko, M. A., Cooper, J. H., Myers, R. N.: Disseminated hypereosinophilic disease. Amer. J. Gastroent., 1972, 57, 318. — 10. Moore, P. M., Harley, J. B., Fauci, A. S.: Neurologic dysfunction

in the idiopathic hypereosinophilic syndrome. Arch. Intern. Med., 1985, 102, 109. — 11. Nagy Z. és mtsai: Adatok az endocarditis fibroplastica (Löffler) klinikai patológiájához élőben diagnosztizált eset kapcsán. Magyar. Archív., 1968, 31, 315. — 12. O'Garra, A.: Interleukins and the immun system. Lancet, 1989, 1, 1003. — 13. Olsen, E. G. J., Spry, C. J. F.: Relation between eosinophilia and endomyocardial disease. Progress in cardiovasc. disease., 1985, 27, 241. — 14. Owen, W. F. és mtsai: Interleukin-5 and phenotypically altered eosinophils in the blood of patients with the idiopathic hypereosinophilic syndrome. J. Exp. Med., 1989, 170, 343. — 15. Parrillo, J.-E., Fauci, A. S., Wolff, S. M.: Therapy of the hypereosinophilic syndrome. Ann. Intern. Med., 1978, 89, 167. — 16. Parrillo, J. E. és mtsai: The cardiovascular manifestation of the hypereosinophilic syndrome. Amer. J. Med., 1979, 67, 572. — 17. Petrőczy I., Szabó G.: Löffler-féle parietalis endocarditis fibroplastica. Orv. Hetil., 1969, 110, 2463. — 18. Rényi K., Liskai I.: A parietalis endocardium megvastagodásával járó kórképek. Orv. Hetil., 1961, 102, 289. — 19. Robert, F., Omura, E., Durant, J. R.: Mucosal eosinophilic gastroenteritis with systemic involvement. Amer. J. Med., 1977, 62, 139. — 20. Schooley, R. T. és mtsai: A clinicopathologic correlation of the hypereosinophilic syndrome. II. Clinical manifestations. Blood, 1981, 58, 1021. — 21. Shah, A. M., Joglehar, M.: Eosinophilic colitis as a complication of the hypereosinophilic syndrome. Postgrad. Med. J., 1987, 63, 485. — 22. Spry, C. J. F. és mtsai: Clinical features of fifteen patients with hypereosinophilic syndrome. Q. J. Med., 1983, 52, 1. — 23. Spry, C. J. F.: Eosinophilia and the heart. Bailliere's clinical immunology and allergy., 1987, 1, 591. — 24. Tai, P. Ch. és mtsai: Deposits of eosinophil granule proteins in cardiac tissues of patients with eosinophilic endomyocardial disease. Lancet, 1987, 1, 643. — 25. Venge, P., Dahl, R., Hallgre, R.: Enhancement of factor XII. dependent reactions by eosinophil cationic protein. Thromb. Res., 1979, 14, 641.

(Szalka András dr., Budapest, Pf. 29. 1450)

TRI-REGOL

tabletta — Trifázisos orális kontraceptívum

Összetétel:

Sárga színű tabletta: 0,05 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum
Barack színű tabletta: 0,075 mg levonorgestrelum és 0,04 mg aethinyloestradiolum
Fehér színű tabletta: 0,125 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

- Három fázisú orális fogamzásgátló
- Megbízható kontraceptív hatás
- Előnyös ciklusszabályozó hatás
- Fiziológiás endokrin funkciónak megfelelő adagolás
- Alacsony hormontartalom = Jó tűrhetőség
- Széles korhatárok között alkalmazható

Részletes felvilágosítással
készséggel áll rendelkezésére:



Kőbányai Gyógyszerárugyár
Orvostudományi Főosztály



Kriván Gergely dr.,
Gács Gábor dr.,
és Walcz Erzsébet dr.*

Hyperimmunglobulinaemia E (Jób) szindróma

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, II. sz. Gyermekklinika
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

A szerzők egy általuk diagnosztizált és gondozott eset kapcsán a hyperimmunglobulinaemia E (Jób) szindrómáról számolnak be. Összefoglaló ismertetést adnak e ritka kórkép klinikai és immunológiai jellemzőiről és a szakirodalomban e betegség patogenezisére vonatkozó elképzelésekről.

Hyperimmunglobulin E (Job's) syndrome. A patient with hyperimmunglobulin E (Job's) syndrome is presented. The authors review the clinical and immunological characteristics of the disease and sum up the different explanations for the pathogenesis of the syndrome.

A hyper IgE szindróma — vagy ahogy a testén tetőtől talpig súlyos kelésekkel sújtott bibliai Jóbról nevezik: Jób-szindróma — az irodalomban mintegy 20 éve leírt és azóta több száz betegen igazolt kórkép.

Először 1966-ban Davis és mtsai számoltak be 2 leánybetegükről, akiknél a születésük óta meglévő ekcematoid bőrelváltozások mellett időnként nagy subcutan hidegtályogok — tehát helyi gyulladásos tüneteket nem mutató abscessusok — alakultak ki (8). A tályogokból *Staphylococcus aureus* tenyésztett. A betegek egyéb krónikus, visszatérő fertőzésekben is szenvedtek: furunculosis, cellulitis, otitisek, sinusitisek és pneumóniák — a háttérben ugyancsak a *Staphylococcus* állt. Ugyanakkor a gyermekek granulocytái e kórokozóval szemben jó phagocytosist és intracellularis killinget mutattak, ellentétben a krónikus granulomatosis klasszikus képével.

1972-ben Buckley és mtsai 2 fiúgyermekben a fenti elváltozások mellett extrém magas szérum IgE szintet és eosinophiliát találtak, a légúti allergia, ill. a parazitás fertőzés tünetei nélkül (3). A kórkép irodalma ezt követően megélénkült, újabb esetközlések jelentek meg, kibővítve a betegség klinikai és elsősorban immunológiai jellemzőiről alkotott képünket (4, 5, 17, 23). Utóbbiak közül kiemelendő a neutrophil granulocyták kemotaktikus aktivitásának zavara, amelyet először 1973-ban írtak le (7, 15, 16).

Magyarországi esetközléssel eddig még nem találkoztunk, cikkünk célja egy klinikánkon diagnosztizált és gondozott beteg kapcsán a kórkép rövid összefoglalása és ismertetése.

Kulcsszavak: hideg tályog, hyperimmunglobulinaemia E, kemotaxis

Rövidítések: Con-A: concanavalin A
HIE: hyperimmunglobulinaemia E; PHG: phytohaemagglutinin;
PWM: pokeweed mitogén

*Jelenlegi munkahelye: Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Immunológiai Laboratórium

Esetismertetés

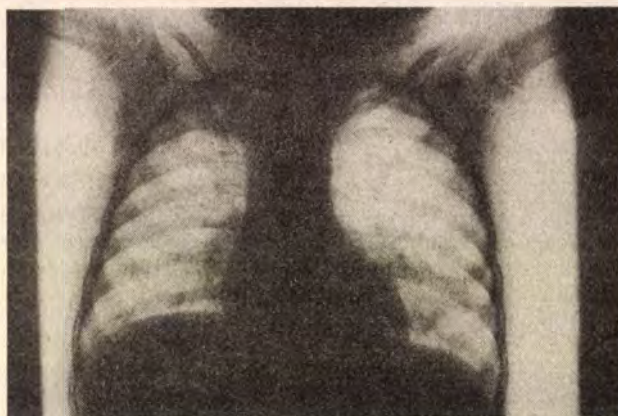
M. K. 8 éves leánygyermek először 1983 novemberében, 2 éves korában került klinikánkra bal oldali bronchopneumonia után kialakult pneumatocele, PTX miatt. Már első felvétele alkalmával feltűnő volt kissé dysmorphicus arca, arcbőrén kiterjedt ekcémás bőrelváltozásokkal, dobverőujjai és óraüvegkörmei. (1., 2. ábra). Anamnesisében születése óta ismétlődő felső légúti hu-



1. ábra: Az arcbőr kiterjedt ekcémás bőrelváltozásai



2. ábra: Dobverőujjak és óraüvegkőrmök



3. ábra: Pneumatocele I. s.

rutok, pneumoniák, gennyes bőrfertőzések szerepeltek. A bal oldali pneumatocele (3. ábra) kezelése kapcsán ismételt bronchoscopiákat végeztünk, a bronchusváladékból leggyakrabban *Haemophilus influenzae*, ritkábban *Staphylococcus aureus* tenyésztett ki. Az antibiotikus érzékenységeknek megfelelően folyamatos antibiotikus kezelésben részesült. A bronchoscopos leszívások és a folyamatos célzott antibiotikus kezelés hatására 1985 elejére a bal oldali tüdőcysták gyakorlatilag eltűntek. Az 1984 májusában elvégzett légzésfunkciós vizsgálatok azonban már beszűkült paramétereket találtak. Az immunológiai vizsgálatok során feltűnően magas szérums IgE szintet és enyhén csökkent kemotaktikus aktivitást találtunk, a többi paraméter lényeges eltérést nem mutatott (táblázat).

táblázat: Az immunológiai vizsgálatok eredményei

Smlg ⁺ („B”) lymphocytá:	15% (norm.: 7—15%)
Total E-rozetta:	65% (norm.: 55—80%)
VIT—4 ⁺ (helper) lymphocytá:	52% (norm.: 35—55%)
VIT—8 ⁺ (szuppresszor) lymphocytá:	29% (norm.: 20—36%)
T4/T8 (helper / szuppresszor arány):	1,8 (norm.: 1,8—2,0)
Immunoflo: IgG, IgM: ismételtelen megemelkedett	
IgA: ismételtelen normális	
IgE: 10 000 E/ml (1986. március) (norm.: <100 E/ml)	
13 000 E/ml (1988. augusztus)	
Komplement vizsgálatok norm.	
intracellularis killing: E. coli-val szemben norm.	
S. aureussal szemben min. csökkent	
peroxidase aktivitás; glutation reductase szint: norm.	
kemotaxis: enyhén csökkent	
Szérums baktericid, opsonizáló hatása: norm.	
In vitro lymphoblastos transzformáció aspecifikus mitogénnel: norm.	
Keringő ellenanyagszint: a normális érték 57%-a	
antistaphylolysin: 0,125 E/ml (norm.: 0,5—2,0 E/ml)	

1985—87 között ismételt kétoldali bronchopneumonia, otitis media és sinusitis miatt kezeltük klinikánkon. 1985 óta változó gyakorisággal testszerte — de elsősorban a hajas fejbőrön, a nyakon, gluteálisan és a karokon — borsónyi, lencsényi abscessusok jelentkeztek. E tályogokból ismételtelen *Staphylococcus aureus* tenyésztett, ezért folyamatosan Oxacillint szedett, a gyógyszer átmeneti elhagyásakor bőrelváltozásai rosszabbodtak. 1988-ban a jobb felső fogak bal oldalán diónyi abscessus alakult ki, kiterjedt periodontitissel, majd az apicális abscessusokból kifejlődő mandibula és maxilla osteomyelitis miatt 1989 tavaszán 18 fog extrakciójára került sor.

A gyermeknek krónikus bronchitise van, pneumoniákkal, pneumatocelekkel, légzésfunkciós értékei az első vizsgálat óta tovább romlottak, statikus és áramlási paraméterei folyamatosan szűkülnek be, keringése csak diuretikumok állandó szedése mellett tartható egyensúlyban. A rendszeres kontrollvizsgálatok alkalmával végzett köpet bakteriológia alapján folyamatos célzott antibiotikus kezelést kap. Bár az utóbbi másfél évben bőrelváltozásai javultak, a tüdő állapota rossz prognózist sejtet.

Megbeszélés

A betegség incidenciája amerikai adatok szerint 1: 500 000 körülire tehető (20). A számos közölt esetben a kórkép klinikai és különösen immunológiai paramétereiben különbségek is mutatkoztak (10), de néhány alapvetően fontos és egyező jellegzetességet a szerzők általánosan elfogadnak, ezek a szindróma diagnosztikai kritériumainak tekinthetők (2, 10):

- csecsemő vagy kora kisdedkortól visszatérő bőr és légúti fertőzések

- a gyermekek szérumában az IgE szint legalább tízszerese a normális értéknek (>2000 IU/l)

- a betegséggel változó gyakorisággal egyéb immunológiai eltérések is együtt járnak, elsősorban a neutrophil granulocyták kemotaktikus aktivitásának a zavara és a T sejtek számbeli, ill. funkciózavara.

A különböző fertőzések már kora csecsemőkorban (3 hónapos kor előtt) megjelennek. Elsősorban a bőr és a légutak infekcióival kell számolnunk. *Belohradsky és mtsai* összefoglaló tanulmányukban 138 beteg adatainak elemzésekor bőrfertőzést (abscessust, furunculust, pyodermát) 131 esetben, a légúti fertőzések közül pneumoniát 105, pneumatocelet 51 esetben találtak. Egyéb szervek infekciói közül az otitis mediát (61 esetben), gingivostomatitist (49 eset), lymphadenitist (24), sinusitist (20) kell kiemelni (2). Ugyanakkor a bakteriémia és a sepszis igen ritka, osteomyelitissel, arthritissel, visceralis abscessusokkal ugyancsak ritkán, de találkozni lehet.

Kórokozóként kiemelkedő helyet foglal el a *Staphylococcus aureus*, e patogént csaknem minden betegből sikerült kitenyészteni.

Az irodalmi adatok szerint mintegy 50%-ban lehet számítani gombás bőrfertőzésre (csaknem mindig *Candida albicans*ra) (2, 10), csökkenő gyakorisággal találkozunk *Haemophilus influenzae*-val, *Streptococcus*okkal (A és D csoport), *Pseudomonas aeruginosa*-val, *Proteus mirabilis*-sel, *Klebsiella pneumoniae*-vel és egyéb Gram negatív kórokozókkal. Betegeinkben patogénként elsősorban a *Haemophilus* szerepelt, *Staphylococcus*, *Klebsiella*, *E. coli* pozitívítást ritkábban láttunk.

Jellegzetes, hogy a fertőzések 20%-át képező subcutan abscessusok javarészt ún. „hideg” tályogok, tehát a gyulladásos reakció jelei hiányzanak, a betegek láztalanok, vagy csak hőemelkedésük van. A tályogokból néha excesszív mennyiségű genny bocsátható le és *Staphylococcus* tenyészik.

Továbbá gyakoriak az első élethónapoktól jelentkező váladékozó ekcematoid bőrelváltozások, amelyek évszaktól függetlenül, elsősorban a test hajlító felszínein, a fül mögött, a hajás fejbőr határán találhatók. Egyéb allergiás betegségek (szénanátha, asztma, urticaria) ritkák. A családi anamnesis a nagyobb atópiás hajlamot kivéve negatív, bár a kórkép öröklődését is leírták (10). A gyermekek rendszerint alacsonyabb termetűek, kérdéses azonban, hogy ebben a sorozatos fertőzéseknek milyen szerepe van. A növekedési elmaradás hátterében hormonális okot nem találtak (17). Az arcvonások sokszor durvák, az állkapocs és az arc aránya nem harmonikus, az orrgyök széles. Mindezek részben a hegesedések torzító következményei lehetnek (1. ábra).

Ismeretes egy közlemény, amely szerint a cranialis synostosis e betegekben gyakrabban fordul elő (21).

A laboratóriumi, immunológiai jellemzők közül a legjellegzetesebb és egyben diagnosztikus értékű elváltozás a szérum IgE szint emelkedése. Esetünkben ez a normális érték százharmincszorosát érte el és az ismételt vizsgálatok alkalmával is magas maradt. A többi immunglobulin szérum koncentrációja rendszerint a normális határok között mozog, ritkán enyhén emelkedett lehet. Igen kifejezett emelkedés figyelhető meg a *staphylococcus* és candida-ellenes IgE koncentrációban (10, 20).

Az ABO rendszer isoagglutininjeinek titere normális, ugyanakkor az anamnesztikus antitestválasz ismert, védőoltások által is bejuttatott antigénnel (pl. tetanusz, diftéria) szemben az esetek felében csökkent volt, s a betegek ellenanyagtermelése új, a szervezet számára addig ismeretlen antigének ellen nem megfelelő (3). A keringő ellenanyagszint alacsonyabb.

A betegek celluláris immunrendszere is érintett: 1976-ban Church és mtsai a keringő T sejtek számát alacsonyabbnak találták (6), s a részletesebb vizsgálatok a T szuppresszor populáció csökkenését mutatták ki (14).

Az in vitro lymphoblastos transzformáció különböző aspecifikus mitogénekre (Con-A, PWM, PHG) normális, Candidával szemben vizsgálva csökkent (3, 10).

A kórképben a komplementrendszer nem érintett, a fagocitózis és a fagocitált baktériumok sejten belüli elpusztítása, az intracelluláris killing normális.

Lényeges, és a betegség irodalmában kiemelten szereplő probléma a neutrophil granulocyták kemotaxisának megváltozása.

Először 1973-ban írták le a kemotaktikus aktivitás csökkenését (7), amelyet később számos közlemény megerősített (4, 11, 13, 15, 16). Később kimutatták, hogy nemcsak a granulocyták, hanem a monocyták kemotaxisa is gátolt (22). Arra vonatkozóan, hogy a kemotaxis defektusának hátterében a sejtek intrinsic hibája áll-e, vagy inhibitor gátolja a megfelelő mozgást, ellentétes vélemények jelentek meg. Az első álláspontot támasztják alá azok a vizsgálatok, amelyekben a betegekből származó granulocyták

kemotaxisa nem javult mosás és egészséges személyek savójával történt inkubálás után (7, 16). Ugyanakkor kimutatták azt is, hogy a HIE betegek monocytái termelnek egy 61 000 dalton molekulá-súlyú inhibitor (9), mások szerint a kemotaxis gátlásában a hisztaminnak lenne döntő szerepe (15, 16, 20).

A kemotaktikus defektus gyakran hiányozhat is, ill. mértéke változó lehet — akár ugyanazon beteg esetében is —, ezért a Jóhiszindróma diagnózisának megállapításához nem szükséges a beteg granulocyta kemotaxisának ismerete. Betegünkben enyhén csökkent kemotaktikus aktivitást láttunk.

Számos esetben találtak eosinophiliát a hypernimmunglobulinaemia betegek különböző szekrétaumaiban (3), de korreláció nem volt kimutatható e sejtek százalékos aránya, a szérum IgE szint, ill. a kemotaktikus defektus között (10).

A betegség kezelése nem megoldott. A terápia gyakorlatilag a fertőzések leküzdésére és megelőzésére korlátozódik. Tekintettel a polirezisztens (rendszerint *Staphylococcus aureus* és Gram negatív baktériumok) kórokozók jelenlétére, az antibiotikus kezelés megtervezésénél nagy szerep jut az antibiogrammal alátámasztott, célzott adagolásnak.

A konzervatív gyógymód mellett fontos az időben elvégzett sebészi beavatkozás, a subcutan abscessusok drenázsának biztosítása, a pulmonális abscessusok és a bronchopleurális fistulák megszüntetése.

A folyamatos antibiotikus profilaxis kérdése ellentmondásos, a hónapokon, éveken át szedett Sumetrolim vagy Oxacillin prevencióról megoszlanak a vélemények, kétségtelen azonban, hogy az esetek egy részében — így a miénkben is — hatásosnak bizonyult (10). Nem vonható kétségbe ugyanakkor a krónikus — emphysemához, bronchiectasiához vezető — tüdőbetegség progressziójának lassításában a fizioterápia, a reggeli posturalis drenázs szerepe. Ennek, valamint a megfelelő szájhygiénének a megtanítása és rendszeres végeztetése nem hangsúlyozható eléggé. A tüneti kezelés mellett — a betegség okának tisztázatlansága ellenére — számos egyéb terápiás próbálkozás történt, kevés eredménnyel.

A különböző immunmodulator szerek közül a levamisol károsnak bizonyult, ugyanis a súlyos fertőzések gyakoriságát növelte (10).

Az aszkorbinsav, amely feltehetőleg az intracelluláris cGMP szint növelésén keresztül egészségesekben fokozza a kemotaxist, nagy adagban adva javította az in vitro granulocyta kemotaxist, az adatok azonban további megerősítést igényelnek (12). Hasonlóan megerősítésre szorulnak a transzfer faktorról és a thymopoetinnel végzett próbálkozások (1, 12).

Abból kiindulva, hogy a magas szérum IgE szint a hisztamin felszabadulását fokozza, számos kísérlet történt a betegség kezelésére antihisztaminokkal (H_1 és H_2 receptor bénítók), ill. a mastocyta degranulációt megakadályozó dinatrium-chromoglykattal (18).

Jóllehet magas hisztamin szintet nem minden HIE betegben lehet mérni — és magas hisztamin szinttel járó betegségekben (pl. szisztémás mastocytosis) nem gyakoribbak a fertőzések —, az eredmények biztatónak tűnnek. A burimamid és a cimetidin kezelés kedvezően befolyásolta mind a kemotaxist, mind a klinikai képet (18).

A betegség prognózisa quo ad vitam aránylag kedvező és elsősorban a tüdőfertőzések számától, súlyosságától függ. Esetünkben a tüdő progresszív megbetegedése, a légzésfunkciós paraméterek fokozódó beszűkülése a jövőt illetően nem biztató.

A kórkép etiológiája és patogenezise kérdéses, noha számos lehetséges magyarázatot közöltek eddig. Egyesek a kemotaxis defektusát tekintik az alapvető elváltozásnak. Hill és Quie már 1974-ben felvetette azt a gondolatot, hogy a magas szérum IgE szint által közvetített *hisztamin* felszabadulás lenne a kemotaxis csökkenésének hátterében (15). A hisztamin ugyanis emeli a leukocyták cAMP koncentrációját, az pedig gátolja a kemotaktikus mozgást. A hisztamin e hatása mellett a lisosomális enzimfelszabadulás ellen is hat.

A hisztamintéoriát fejlesztette tovább Schopfer, aki szerint a betegekben magasabb titerben jelen lévő antistaphylococcalis IgE és a Staphylococcus antigén találkozása a mastocyták degranulációját okozná, amely hisztaminfelszabadulás útján a fenti mechanizmussal vezet a kemotaxis defektusához. A mastocyták elsősorban a bőrben és a tüdőben találhatók, ez magyarázza azt, hogy a fertőzések túlnyomórészt e szerveket érintik (20).

Más feltételezések szerint a *celluláris és humorális immunitás zavara* szerepel a pathogenesisben. Így megfigyelték, hogy a betegek T lymphocytái bizonyos antigénekre (pl. Candida) rosszul stimulálódnak (3, 7). Geha és mtsai a fokozott IgE szintézis hátterében a szuppresszor T sejtek számbeli és funkciózavarát tételezték fel (14), s ezt mások is megerősítették (18). A következményes helper/szuppresszor arány emelkedés a betegség aktivitását jelezné — normalizálódása (pl. kanyaró fertőzés kapcsán) a klinikai kép javulásával is járt (5).

Köszönetnyilvánítás: A keringő ellenanyag szint meghatározásáért dr. Ottó Szabolcsnak (Országos Onkológiai Intézet Központi Klinikai Laboratóriumi Osztály), a komplement vizsgálatok elvégzéséért dr. Füst Györgynek (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet Komplement Labor), a glutation redukáz szint és a peroxidáz aktivitás méréseért dr. Maródi Lászlónak (Debreceni Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika) monduk köszönetet.

IRODALOM: 1. Aiuti, F. F., Businco, L., Fiorilli, M. és mtsai: Thymopoietin pentapeptide treatment of primary immunodeficiencies. *Lancet*, 1983, 1, 551. — 2. Belohradsky, B. H., Däumling, S., Kiess, W. és mtsai: Das Hyper-IgE-Syndrom (Buckley-oder-HIOB-Syndrom). In: *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1987, Bd. 55. — 3. Buckley, R. H., Wray, B. B., Belmaker, E. Z.: Extreme hyperimmunoglobulinaemia E and undue susceptibility to infection. *Pediatrics*, 1972, 49, 59. — 4. Buscino, L., Laurenti, F., Rossi, P. és mtsai: A child with atopic features, raised serum IgE and recurrent infection treated with levamisole. *Arch. Dis. Child.*, 1981, 56, 60. — 5. Ching-Yuang Lin: Transient remission after intercurrent measles infection in a patient with hyperim-

munoglobulin E syndrome. *Pediatr. Research*, 1986, 20, 7. — 6. Church, J. A., Frenkel, L. D., Wright, D. G. és mtsai: T lymphocyte dysfunction, hyperimmunoglobulinaemia E, recurrent bacterial infections and defective neutrophil chemotaxis in a negro child. *J. Pediatr.* 1976, 88, 982. — 7. Clark, R. A., Root, R. K., Kimball, H. R. és mtsai: Defective neutrophil chemotaxis and cellular immunity in a child with recurrent infections. *Ann. Intern. Med.*, 1973, 78, 515. — 8. Davis, S. D., Schaller, J., Wedgwood, R. J.: Job's syndrome. Recurrent „cold” staphylococcal abscesses. *Lancet*, 1966, 1, 1013. — 9. Donabedian, H., Gallin, J. I.: Mononuclear cells from patients with hyperimmunoglobulin E — recurrent infection syndrome — produce an inhibitor of leucocyte chemotaxis. *J. Clin. Invest.*, 1982, 69, 1155. — 10. Donabedian, H., Gallin, J. I.: The Hyperimmunoglobulin E recurrent infection (Job's) syndrome. A review of the NIH experience and the literature. *Medicine (Baltimore)* 1983, 62, 195. — 11. Fontan, G., Lorente, F., Garcia Rodriguez, M. C. és mtsai: Defective neutrophil chemotaxis and hyperimmunoglobulinaemia E — A reversible defect? *Acta Paediatr. Scand.*, 1976, 65, 509. — 12. Friedenberg, W. R., Marx, J. J. Jr., Hansen, R. L. és mtsai: Hyperimmunoglobulin E syndrome: Response to transfer factor and ascorbic acid therapy. *Clin. Immunol. Immunopathol.*, 1979, 12, 132. — 13. Gahr, M., Ranti, J., Schrote, W.: A new defect of neutrophil chemotaxis and random motility in a child with recurrent bacterial infections and hyperimmunoglobulinaemia E. *Eur. J. Pediatr.*, 1978, 127, 173. — 14. Geha, R. S., Reinherz, E., Leung, D. és mtsai: Deficiency of suppressor T cells in the hyperimmunoglobulin E syndrome. *J. Clin. Invest.*, 1981, 68, 783. — 15. Hill, H. R., Quie, P. G.: Raised serum IgE levels and defective neutrophil chemotaxis in three children with eczema and recurrent bacterial infections. *Lancet*, 1974, 1, 183. — 16. Hill, H. R., Och, H. D., Quie, P. G. és mtsai: Defect in neutrophil granulocyte chemotaxis in Job's syndrome of recurrent „cold” staphylococcal abscesses. *Lancet*, 1974, 1, 617. — 17. Massa, G., De Swert, L., Vanderschueren-Lodeweyckx, M.: Short stature in the „hyperimmunoglobulin E syndrome”. *Helv. Paediatr. Acta.*, 1986, 41, 531. — 18. Mawhinney, H., Killen, M., Felming, W. A. és mtsai: The hyperimmunoglobulin E syndrome — A neutrophil chemotactic defect reversible by histamine H₂ receptor blockade? *Clin. Immunol. Immunopathol.*, 1980, 17, 483. — 19. Quie, P. G.: Infections in patients with abnormal granulocyte chemotaxis. In: Gigli, I. N., Miescher, P. A., Müller-Eberhard, H. J. (eds) *Immunodermatology*. Springer, Berlin, Heidelberg New York Tokyo, 1983, 117. — 20. Schopfer, K., Baerlocher, K., Price, P. és mtsai: Staphylococcal IgE antibodies, hyperimmunoglobulinaemia E and Staphylococcus aureus infections. *N. Engl. J. Med.*, 1979, 300, 835. — 21. Smithwick, E. M., Finelt, M., Pahwa, S. és mtsai: Cranial synostosis in Job's syndrome. *Lancet*, 1978, 1, 826. — 22. Synderman, R., Buckley, R. H.: Defects of monocyte chemotaxis in patients with hyperimmunoglobulinaemia E and undue susceptibility to infections. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1975, 55, 102. — 23. Van Scoy, R. E., Hill, M. R., Riits, R. E.: Familial neutrophil chemotaxis defect, recurrent bacterial infections, mucocutaneous candidiasis and hyperimmunoglobulinaemia E. *Ann. Intern. Med.*, 1975, 82, 766.

(Kriván Gergely dr., Budapest, Tűzoltó u. 7—9. 1094)

Tisztelt Megrendelőink!

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

Köszönettel

Medicina Könyvkiadó Vállalat

Alkcema®

KENŐCS

T 200; S 010; S 200

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

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

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

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

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

Allergiát, szenzibilizációt ritkán okoz.

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

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

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

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

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

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

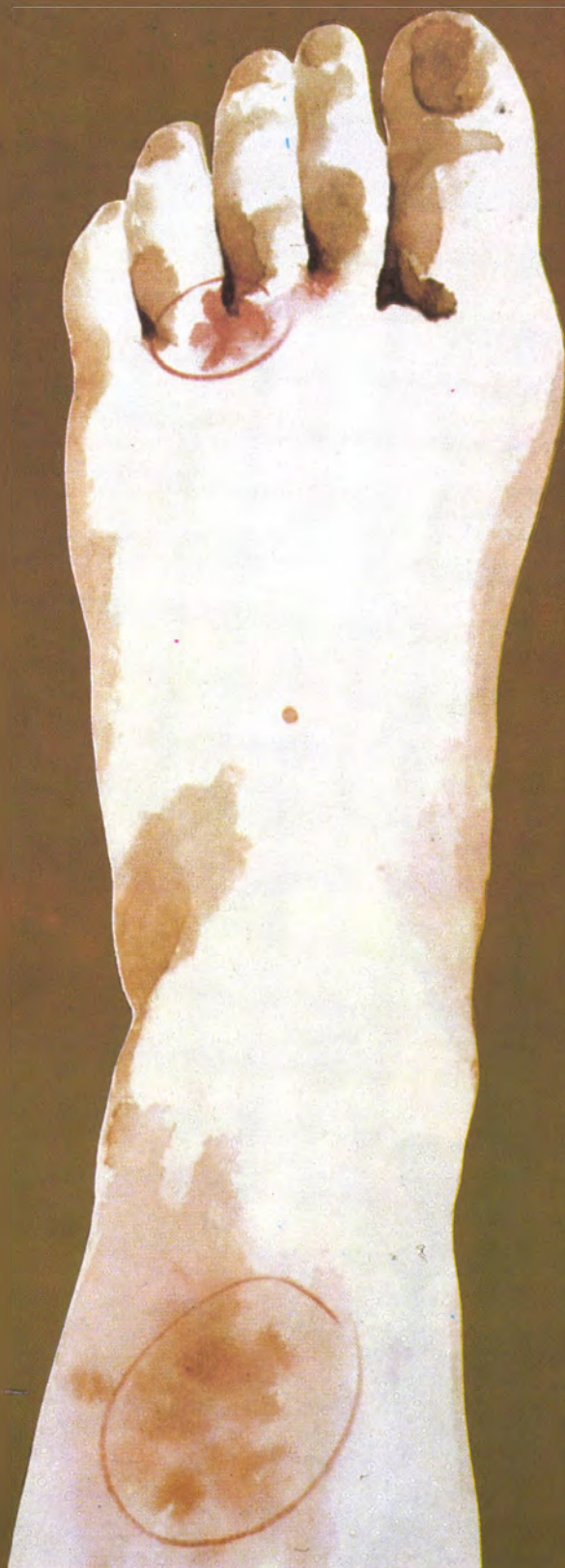
Az arcbrőn való krónikus alkalmazása kerülendő.

Nagy felületen — különösen kötés alatt tartósan — nem alkalmazható.

Gyermekeknek csak kivételes esetben rendelhető.

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

RENDELHETŐSÉG: Csak vényre adható ki.



FORGALOMBA HOZZA:
Alkaloida Vegyészeti Gyár

Tiszavasvári



Alksebor®

KENŐCS

T 110; T 130

HATÓANYAG: Chlorhexidinum hydrochloricum 200 mg, axerophtholum solutum 100 mg, tocopherolum aceticum 100 mg, dextranthenolum 800 mg, vízzel lemosható (20 g) kenőcsben.

HATÁS: A klórhexidin intenzív antibakteriális és antifungális hatása jól érvényesül olyan bőrbetegségekben, melyeknek keletkezésében számos körülmény mellett a bakteriális és mikotikus komponenseknek is szerep tulajdonítható. A klórhexidint a baktériumsejtek jól adszorbeálják és ezt követi a sejtek permeabilitásának változása. A klórhexidin lipofil csoportjai a sejt lipoprotein hátyájának dezorientációját okozzák, a sejtmembrán ozmotikus képessége károsul. Akadályozza a baktériumsejt anyagcseréjét a membránokon keresztül, olyan módon, hogy vagy teljes réteget alkot a sejt egész felületén, vagy úgy, hogy a citoplazma membrán destrukcióját idézi elő. Antimikrobiális hatása bakteriosztatikus, ill. baktericid. Akne betegségben az antibakteriális hatáson kívül nem elhanyagolható a szer lipidkiválasztást csökkentő hatása sem. A készítményben levő vitaminok antiseborrheás hatása régóta jól ismert, kiterjedten alkalmazzák különböző seborrheás kórképekben belsőleg és külsőleg egyaránt.

JAVALLATOK:

- Seborrheás kórképek enyhe és közép súlyos alakjaiban monoterápiaként, súlyosabb alakjaiban az orális terápia kiegészítőjeként: acne vulgaris, acne conglobata, rosacea, seborrheoa oleosa, seborrheás dermatitis, perioális dermatitis.
- Egyéb bőrgyógyászati kórképek: mikrobás ekcéma, impetiginosus kontakt ekcéma.

ALKALMAZÁSA: A beteg bőrfelület előzetes és gondos megtisztítása (bőrtípustól és érzékenységtől függően meleg víz vagy arcszesz használata) után a készítményt naponta 2-szer (reggel és este) a gondosan leszárított bőrfelületre vékony rétegben kell felvinni.

MELLÉKHATÁSOK: Bőrirritáló, ill. szenzibilizáló hatása elhanyagolható, azonban érzékeny bőrű egyéneken dermatitis előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS: Ha érzékeny bőrű egyéneknél a kezelés kezdetén fellépő égető-csípős érzet, bőrpír a készítményhez való fokozatos hozzászoktatás után is fennmarad, a kezelést abba kell hagyni. A klórhexidin szappannal inkompatibilis, ezért a kenőcs alkalmazása előtt szappannal tisztított bőrfelületet bő vízzel alaposan le kell mosni.

RENDELHETŐSÉG: Csak vényre adható ki.

FORGALOMBA HOZZA:

Alkaloida Vegyészeti Gyár
Tiszavasvári



Vivat Lege Artis Medicinae!

Az Orvosi Hetilap — a legöregebb magyar orvosi folyóirat — szeretettel üdvözli újszülött laptársát a Lege Artis Medicinae-t, az „Új Magyar Orvosi Hírmondó”-t, amely 1990 decemberében jelentette meg első számát. A nemes célkitűzésekkel útjára bocsátott orgánus kettős címével is figyelemkeltő. Ha nem magyarízzuk félre, az első cím az orvosi mesterségre és a benne megtestesülő étoszra utal, a második pedig az első magyar nyelvű újság, Rát Mátyás Hírmondójára emlékeztet. A Hetilap, amely 13 évtizedet meghaladó pályáján, a maga szerkesztésváltásait, megújulásait megélve, mindig igazodott a hagyományok érvényes és aktuálisan használható értékeihez, rokonszenven fogadja a címadást és várakozással üdvözli a nemes szándékot, a magyar orvoslás világszínvonalára emeléséhez való hozzájárulást.

A szívből jövő üdvözléssel jól megfér egy kis kitekintés az orvosi zsurnalisztikára. A British Medical Journal szakértője tavaly 20–25 ezerre becsülte az orvosi és határterületi lapok számát. Ő ezekből 15 ezret tekint komolynak. E kategóriába sorolja azokat a lapokat, amelyek a szakközlemények mellett, dokumentált cikkeket, tájékoztató írásokat, referátumokat, polémiákat stb. is tartalmaznak. Más források némiképp eltérő adatokat közölnek, de eléggé egyértelmű a vélekedés, hogy az orvosi irodalomnak a lapok, közlemények explozív szaporodása és az áttekinthetlenség növekedése miatt mind kisebb hányada ismerhető meg. Ismerte e helyzetet, az orvosi lapok mindent megtesznek annak érdekében, hogy előnyös paramétereik révén, mind több adatbázisba kerüljenek be, egyszerre növelve ezzel saját presztízsüket és a cikkek áradatának jobb áttekintését. Az új lapok számára még inkább parancsoló szükségesség, hogy elfogadtassák magukat, kivívják a kellő idézettséget és eleget tegyenek a nemzetközi orvosi zsurnalisztika egyéb követelményeinek. Ez a lehetőség a mutatók külsejű, gazdag rovatválasztékkal jelentkező Lege Artis Medicinae előtt is nyitott és startlehetőségei kedvezőek.

Az Orvosi Hetilap maga, jelentős küzdelmek árán maradt talpon hosszú pályáján és talán nem tanulságok nélkül való elmondani, hogy röviddel indulása után a társszerkesztő Poór Imre kivált a lap kötelékéből és megalapította a Gyógyászatot. Bár Markusovszky és az új lapszerkesztő között a személyes viszony nem volt jó, némiképpen eltérő arculattal mindkét orgánus haladt a maga útján, elfogadta magát az orvostársadalommal. Az Orvosi Hetilap a „Honi és külföldi gyógyászat és kórbuvarlat közlönye” volt és maradt. A Gyógyászat inkább a gyakorlati iránnyal jegyezte el magát, mely — Győri Tibor szavaival — dicséretes párhuzamban, egymást kiegészítőleg haladhatott volna az Orvosi Hetilappal, ha Poór is úgy látja jónak. Végül is a későbbiekben a személyeskedés elcsitultával, a Gyógyászat is sikerrel töltötte be funkcióját és csak sajnálni le-

het, hogy a második világháború végleg pontot tett létére. Mindezt azért idéztük fel, mert két központi orgánus párhuzamos léte — különösen miután nincs köztük semmiféle kontroverzia — üdvös és hatékony lehet. A magyar orvostudomány számára csak előnyös a két lap némiképpen eltérő arculata.

Ha már a küzdelmekről beszéltünk, melyek felemlítése új laptársunk számára is hasznos lehet, nem mulaszthatjuk el megemlíteni, hogy a Gyógyászat megjelenése mellett — ami olyan kihívás volt, amelyre a Hetilap a talponmaradásával válaszolt, — akadtak más fordulópontok is. Ilyen volt az alapító nyugdíjba vonulása. Markusovszky azonban az utódnevelésnek is mestere volt, úgy hogy a lap léte töretlen maradt. A huszas évek elején a gazdasági bajok miatt a megszűnés veszélye fenyegette lapunkat, az orvosok, a fakultások példa nélkül álló összefogása, valamint az akkori kultuskormányzat megértése és generózus gesztusa azonban túlszárnyalta az Orvosi Hetilapot az anyagi bajokon. A második világháború egy időre pontot tett a lap életére és mint ezt számos alkalommal szóvá tettük, három esztendő kiesett, de 1848 centenáriuma újra életre segítette. Az újraindulást Trencsényi Tibor irányításával lendületes és folyamatos fejlődés követte, kialakítva egy tartalmában és formájában is megújult, gazdag profilú központi lapot, amelynek szerkesztősége és széles munkatársi tábora, szinte beépült a magyar egészségügy organizációjába. A lap a hazai és külföldi elméleti és klinikai orvostannak szinte teljes keresztmetszetéről nyújtott évtizedeken át és nyújt a továbbiakban is tájékoztatást.

Időközben a Hetilap független tudományos orgánus lett és új rovatokkal, kezdeményezésekkel, személyi változásokat is végrehajtva lépett a megújulás útjára, amelyről az új főszerkesztő több publicisztikai írása tájékoztatott. Ebből csupán egy mozzanatot emelnénk ki, a jó tájékozódást és a vele korrelatív jobb tájékoztatást, mely utóbbiban jelentős szerepe van a Hetilapban meghonosított szakosított külföldi folyóiratreferátumok rovatának, mely jól szolgálja a cikkek sokaságának áttekintését.

Még nem tudunk új laptársunk létrejöttének előzményeiről, amikor az 1990 évi Markusovszky-ünnepségeken hangoztattuk: „... fontos volna, hogy a mi kis országunk medicinájának eredményei — és itt most nemcsak az Orvosi Hetilapra gondolunk — a világban nagyobb nyilvánosságot kapnának és emelkedne a közlemények publikációs idézettsége”.

Az Orvosi Hetilap, amelynek anyagát a világ hét nagy adatbázisa regisztrálja a cikkek címeinek, szerzőinek feltüntetésével, a maga lehetőségeivel kész orvosi laptársait segíteni, velük együttműködni. Külön öröm számomra, ha együttműködését az új magyar orvosi orgánussal a Lege Artis Medicinae-vel is kialakíthatja.

Kívánunk laptársunknak „a magyar orvoslás tudományos és művészi színvonala emelése” terén, a „nemzet egészségi állapotának jobbítás”-ában sikeres munkálkodást és kívánjuk a meghirdetett gazdag program eredményes teljesítését.

Fehér János dr
főszerkesztő

**Veleszületett Rendellenességek
Országos Nyilvántartása (VRONY)
1988. évi végleges
és az 1989. évi előzetes adatai**

Hazánkban 1989. december 31-ig 4319, 1988-ban született és 1990. március 31-ig 3084 1989-ben született, rendellenességgel sújtott újszülöttet és csecsemőt jelentettek. Ez — 1000 születésre számolva — 1988-ban 34,54%-os, 1989-ben pedig 24,66%-os veleszületett rendellenességgel sújtott

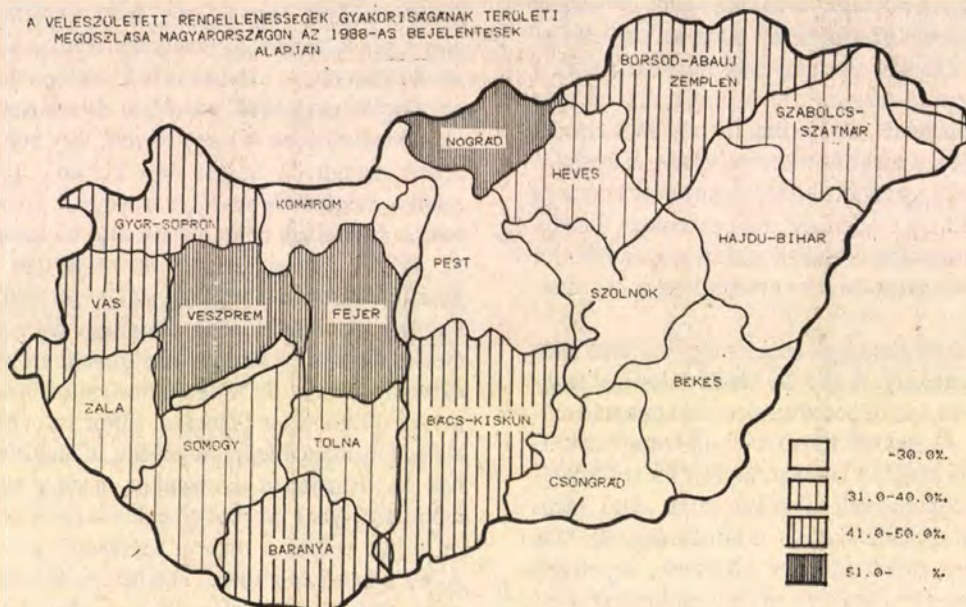
újszülött-csecsemő gyakoriságot jelent. Ha figyelembe vesszük az előfordulási gyakoriságra vonatkozó elméleti számítások értékét, miszerint egy éves korig az újszülött-csecsemők mintegy 60%-énél várható veleszületett rendellenesség(ek) kórimézése (ebben a minor anomáliák nem szerepelnek), akkor a fenti értékek továbbra is alacsonynak tekinthetők. Ez 1988-ra vonatkozóan 58%-os bejelentési teljességet jelent. Ennek ellenére úgy tűnik megállt az elmúlt években tapasztalt erőteljes csökkenés, ami

némi bizakodásra adhat okot. Az elmúlt 5 év megyei adatait figyelembe véve szembe-tűnő a javulás Nógrád, Fejér, Tolna, Borsod és Zala megyében.

Térképünk tanúsága szerint, sajnálatos módon még mindig hét megyében 30%-nál alacsonyabb a gyakorisági érték.

Táblázatunkban közöljük a veleszületett rendellenesség-csoportokba tartozó esetek számát és születéskori gyakoriságát az 1988. évi végleges és az 1989. évi előzetes adatok alapján.

A VELESZÜLETETT RENDELLENESSEGEK GYAKORISÁGÁNAK TERÜLETI
MEGOSZLÁSA MAGYARORSZÁGON AZ 1988-AS BEJELENTESEK
ALAPJÁN



VR megnevezése	1988. évi végl. szám	%	1989. évi előz. szám	%
AN-koponyahiány	22	0,18	10	0,08
EN-agysér	17	0,14	1	0,01
SB-nyitott gerinc	75	0,60	38	0,30
CL-ajakhasadék	108	0,86	96	0,77
CP-szájpadhasadék	39	0,31	54	0,43
PY-sokujúság	88	0,70	74	0,59
SY-összenőtt ujjak	61	0,49	51	0,41
LR-végtaghiány	55	0,44	36	0,29
EX-nyitott hasfal	23	0,18	10	0,08
OA-nyelöcsőelzáródás	19	0,15	28	0,22
AA-végbél-elzáródás	16	0,13	10	0,08
MC-kisfejség	9	0,07	9	0,07
HY-vízfejűség	45	0,36	38	0,30
ON-egyéb idegrends. rendellenességek	7	0,06	6	0,05
CT-veleszületett szürkehályog	4	0,03	4	0,03
AM-szemhiány és kisszeműség	0	0,00	2	0,02
EY-egyéb szemrendellenességek	11	0,09	7	0,06
EA-fülrendellenességek	40	0,32	26	0,21
FS-arc- és koponyarendellenességek	22	0,18	10	0,08
BR-koponyatüvelő származékok rendellen.	17	0,14	1	0,01
TC-ferdenyakúság	4	0,03	2	0,02
HD-szív- és nagyérrendellenességek	646	5,17	526	4,21
RS-légzőszervi rendellenességek	13	0,10	10	0,08
DI-rekeszhiány	25	0,20	23	0,18
RA-vese hiány	11	0,09	9	0,07
CK-tömlős vese	14	0,11	12	0,10

VR megnevezése	1988. évi végl. szám	%	1989. évi előz. szám	%
US-húgyrendszer elzáródásos rendell.	11	0,09	22	0,18
OU-egyéb húgyivarszervi rendellen.	15	0,12	11	0,09
SH-húgycsőrendellenesség	285	2,28	259	2,07
UT-rejtett heréjűség	236	1,89	173	1,38
EG-nemi szervi rendellenességek	229	1,83	137	1,10
PS-gyomorkimenet szűkület	25	0,20	29	0,23
OD-egyéb zsigeri rendellenességek	25	0,20	16	0,13
AI-vékonybél veleszül. elzár. szűkület	15	0,12	12	0,10
SK-csontvázrendszer rendellenességei	40	0,32	20	0,16
SA-léphiány	0	0,00	0	0,00
SI-fordított elhelyezkedésű szervek	3	0,02	1	0,01
OL-egyéb végtag rendellenességek	9	0,07	5	0,04
CD-csípőficam hajlam	591	4,73	256	2,05
CF-dongaláb	220	1,76	206	1,65
MS-izomrendszer rendellenességei	3	0,02	1	0,01
IM-kültakaró rendell.	103	0,82	77	0,62
EO-hormontermelő szervek rendell.	6	0,05	1	0,01
TE-veleszületett daganatok	171	1,37	125	1,00
IH-lágysér	434	3,47	197	1,58
UH-köldöksér	113	0,09	51	0,41
DS-Down szindróma	93	0,74	99	0,79
EK-egyéb kromoszóma-rendellen.	9	0,07	10	0,08
ES-egyéb azonosított szindrómák	87	0,70	71	0,57
NM-nem azonosított többszörös veleszül. rend.	205	1,64	212	1,70
Összesen	4319	34,54	3084	24,66

Az előfordulási gyakoriságok változásait rendellenesség típusonként is vizsgáltuk. Ennek matematikai statisztikai elemzésére a CUSUM-módszert alkalmaztuk. Tesztelve az 1988-as és 1989-es éveket két VR-nél, a kültakaró VR és a csontvázrendszer VR-nél nőtt meg szignifikánsan az előforduló esetek száma. Mindkét esetben a számottevően megemelkedett előfordulási gyakoriságok mögött egy-egy megyéből származó

magas esetszámok állnak. A csontvázrendszer VR esetén a bejelentések 68%-a Veszprém megyében fordult elő, míg a kültakaró VR vonatkozásában Nógrád megye mutatott kiugró értéket.

A rendellenesség gyakoriságokban szexuális nem tapasztalható.

A VRONY 1988. évi végleges, ill. az 1989. évi előzetes adatairól részletes jelentést készítettünk, melyet az illetékes szer-

veknek, ill. az érdeklődőknek megküldünk.

**VELESZÜLETETT RENDELLENES-
SÉG FELÜGYELET**

OKI, Humángenetikai és Teratológiai Osztály
WHO „Örökletes Ártalmak Társadalmi Megelőzése”
Együttműködési Központ

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, 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, 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, vérzés-veszély),
- szulfanilkarbamid típusú orális antidiabetikumokkal (azok hatásának fokozódása, hipoglikémia veszélye),
- köszvényellenes szerekkel (húgysavürítő hatást fokozza).

Figyelmeztetés: A kezelés első 3 hónapjában a lipidszintek havonkénti ellenőrzése ajánlott, és amennyiben ezen idő alatt nem csökkenti a szérum lipidszintjét, más terápiára kell áttérni!

Gyermekek öröklött hyperlipidaemiája esetén csak akkor adagolható, ha a hyperlipidaemia nem I. típusú, és 6 hónapos diéta nem hoz megfelelő eredményt.

Orális antikoaguláns adagját ismét be kell állítani!

Csomagolás: 50 db kapszula.



Gyártja
a FOURNIER-DIJON cég
licence alapján a



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

CAVINTON®

H 500

injekció

tabletta



HATÓANYAG: 5 mg vinpocetinum tabl.-ként; 10 mg vinpocetinum (2 ml) amp.-ként.

JAVALLATOK: **Orálisan:** különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás, vagy sclerotikus) agyi keringészavarok pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavar, szédülés, fejfájás csökkentése, a klimaktérium-szindróma vazovegetatív tüneteinek kezelése. Hipertenzív encephalopathia, intermittáló vaszkuláris cerebrális insufficiencia, angiospasztikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítása.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vaszkuláris, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneráció, parciális trombózis, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vaszkuláris, vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labirintus eredetű szédülés.

PARENTERÁLISAN: Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovaszkuláris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható, kizárólag lassú cseppinfúzióban.

ELLENJAVALLAT: **Terhesség.** Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok esetén a parenterális alkalmazás.

ADAGOLÁS: Naponta 15–30 mg (3-szor 1–2 tabl.), a fenntartó adag napi 15 mg (3-szor 1 tabl.), hosszabb időn keresztül.

Cseppinfúzióban a kezdő napi adag 20 mg (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) lassan infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban).

Ha a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott összmennyiség elérheti az 1 mg/ttkg-ot. **IV. ÉS IM. NEM ALKALMAZHATÓ!**

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Az injekció heparinnal inkompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparinkezelésben részesül.

FIGYELMEZTETÉS: Az ampulla szorbitol-tartalma miatt diabéteszesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✱ A **tabletta** csak vényre adható ki. Az **injekció** csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



Gastroenterologia

A *Campylobacter pylori* új neve: *Helicobacter pylori*. Szerk. közlemény: Lancet, 1989, II, 1019.

Az emberi gyomorban előforduló spirális vagy helikális Gram-negatív baktériumok sikeres kitenyésztéséről 1983-ban számoltak be a Lancet hasábjain. A baktérium fénymikroszkópos képe, DNS guanin + cytosin tartalma, valamint mikroaerophil sajátossága alapján eredetileg a *Campylobacter pyloridis* elnevezést kapta. Ezt a nyelvtanilag hibás nevezéket később *C. pylori*-ra változtatták. További részletes vizsgálatokkal (sejt ultrastruktúra, zsírsav összetétel, rRNS sequentia-analízis) megállapították, hogy a *C. pylori* nem sorolható be a *Campylobacter* genusba, rendszerint közelebb áll a szarvasmarhák bendőjében található vibrioid *Wolinella succinogenes*-hez. Később kiderült, hogy a taxonómiai kritériumok alapján a *C. pylori* és *W. succinogenes* mégis különálló fajnak tekintendők. Ezért Goodwin és mtsai ez év őszétől a *C. pylori* besorolására *Helicobacter* néven új genust alkottak. A genus egyelőre a *Helicobacter pylori* mellett a vadászmenyétből izolált spirális baktériumot *Helicobacter mustelae*-t foglalja magában, de valószínű, hogy további specíesekkel fog bővülni. Talán ide sorolható lesz a „Gastrospirillum hominis” elnevezésű dugóhúzó alakú baktérium is, melyet újabban csak szövettanilag észleltek a gastritis betegek 0,3%-ánál. A közlemény elismeri, hogy a baktérium névváltozása nem talál kedvező fogadtatásra az orvosok körében. Ez esetben mégis indokolt, mert a *Campylobacter* infekció alatt a *Campylobacter jejuni/coli* stb. által okozott hasmenéses megbetegedések értendők, ezzel szemben a *Helicobacter pylori* B típusú gastritist és gyomor symptomákat hoz létre.

Csiszár Károly dr.

Gastrospirillum hominis. Szerkesztősigi cikk. Lancet, 1989, II, 252.

A *Campylobacter pylori*-t (*C. pylori*) 1983-ban fedezte fel Warren, J. R. és Marshall, B. J. 1989-ben Mc Nulty és mtsai (Gloucestershire Royal Hospital és Manchester Public Health Laboratory) egy másik spirális baktériumot ismertek fel a gyomorban, amelyik különbözik a *C. pylori*-tól. Ezt *Gastrospirillum hominis*-nek (*G. hominis*) nevezték el.

A *G. hominis* előfordulása sokkal ritkább mint a *C. pylori*-é. Anyagukban csak 0,4%-os előfordulást észleltek. *G. hominis* infekciónál ugyanolyan krónikus aktív gastritist találtak mint *C. pylori* infekció esetében, anélkül, hogy a *C. pylori* jelenlétét is

igazolni tudták volna. A *G. hominis* is Gram-negatív baktérium mint a *C. pylori*, de a *G. hominis* hosszabb (3,5–7,5 µm), több csavarulata van (6–8) és pólusán maximálisan 8 behüvelyezett flagellummal rendelkezik. Szövettani metszetekben a *G. hominis* baktérium barázdált, hullámos szivarhoz hasonlít. A *G. hominis* baktériumok rendszerint a gyomor nyálkahártya foveoláiban és mélyen a mirigyek nyakánál helyezkednek el. A parietalis sejtek canaliculusaiban is kimutathatók voltak. In vitro eddig nem sikerült a *G. hominis* táptalajon tenyészteni, csak in vivo eregekben. A *G. hominis* is termel ureázét.

A szerkesztősigi közlemény szerint a *G. hominis* pathogenetikai szerepével kapcsolatban még további vizsgálatok szükségesek.

Kisfalvi István dr.

Boerhave-syndroma. Plein, K. és mtsai (Gastroenterol. Abt. des Allgemeinen Krankenhauses Celle): Dtsch. med. Wschr., 1989, II, 1153.

A Boerhave-syndromán (B. s.; 1724) legtöbbször hányással összefüggésben fellépő oesophagus-ruptura értendő (syn.: „spontán oesophagus-ruptura”); a legtöbb esetben longitudinalis, ritkán circularis berepedésről van szó, ellentétben a Mallory-Weiss-syndromával, ahol a lamina muscularis is sérült. A B. s. tünetei rendszerint bőséges étel- és ital- (bor, sör) fogyasztása által kiváltott teltségérzés miatti heves öklendezéskor lépnek fel, ami végül is a nyelőcső felső harmadában rupturára vezet.

A szerzők a B. s.-t 52 éves alkoholista betegük esetével példázzák, akit heves hányás és súlyos retrosternalis fájdalom miatt utaltak kórházba. Felvételtkor endoszkóposan a nyelőcső középső harmadában intakt mély izomrétegek mellett 10 cm hosszanti berepedést észleltek. A betegnél leukocytosis (16,700/µl) és láz (38,8 °C-ig) mutatkozott. Az inkomplett spontán oesophagus-rupturát betegét parenteralisan táplálták és gyomorszondát helyeztek be. Emellett a beteg naponta három ízben 2 g ampicillin, kétszer 80 mg gentamycin és 1,2 g cimetidin kezelésben részesült. Ezen terápiára a láz 24 óra, a leukocytosis 4 nap után visszafejlődött. A kontroll endoszkópia 16 nap után a berepedés teljes gyógyulását igazolta.

Végkövetkeztetések szerint az egyedüli konzervatív kezelés felöleli a parenteralis kezelést, a reflux elkerülését, a jejunoeenteralis szondatáplálást. A B. s. antibiotikus kezelése szükséges. A gyomornedv és a nyál tartós elvezetése szondákkal biztosítandó. A terápia ezen formája csak kevés esetben valószínűsíthető meg, ha a nyelőcső-repedés okozta üreg jól letokolt a gáton belül fekszik; a fellépő tályog drenázisa

lehetséges; minimális klinikai symptomatika esetén igen csekély tünet utal a fertőzésre.

iff. Pastinszky István dr.

A functionalis dysphagia diagnosztikája. Bielefeldt, K., Berges, W. (Abt. für Gastroenterologie der Medizinischen Universitätsklinik Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr., 1989, II, 1450.

Az organikus betegségek (malignoma, autonom neuropathia, centrális idegbetegség, collagenosis, gyulladás, postoperatív elváltozás) is nyelési panaszokhoz, dysphagiához vezetnek, melyeket a functionalis dysphagia diagnózisának felállításához minden esetben ki kell zárni. Primer motilitás zavart okoz: achalasia, diffúz oesophagus spasmus, hypercontractilis oesophagus, nem specifikus motilitási zavar.

Az anamnézis alapján 80%-ban neuromuscularis megbetegedés az ok, ha a panasz oro-pharyngealis jellegű, azaz a betegnek többször kell nyelnie, a panasz közvetlenül a nyelés pillanatában a garatban jelentkezik, izgató köhögéssel jár, és a táplálék visszajön a szájba, vagy az orrba. A típusos oesophagealis dysphagiánál (és a praxisban ez adja a legtöbb gondot) a panasz retrosternalisan jelentkezik, és befolyásolható folyadékívással, valamint egyénileg kifejlesztett nyelési technikával. A leggyakrabban a retrosternalis fájdalmat epigastriális fájdalom (amely kisugárzik a felhasba, hátra, nyakba, karba), gyomorégés, regurgitáció, köhögés (bronchitis, pneumonia) is kíséri, testsúlycsökkenés is bekövetkezik. Mindezen panaszok függetlenek az étkezéstől. Okai: hypercontractilis oesophagus, diffúz oesophagus spasmus, achalasia. A szerzők achalasiában 58,6%-ban mellkasi fájdalmat, 33,8%-ban fogást és 14,4%-ban bronchopulmonalis tüneteket találtak.

A radiológiai vizsgálatnál fontos, hogy fekvő történjen. Az achalasiának és a diffúz oesophagus spasmusnak is jó radiológiai jelei vannak, bár az achalasia hypermotilitási formájánál manometriás vizsgálatra is szükség van. Nem ennyire kifejezettek a radiológiai jelek hypercontractilitásban és nem specifikus motilitászavarban. Ez utóbbi gyanú esetén bariumos kenyer nyelése javasolt.

A manometria alkalmas az achalasia, a diffúz oesophagusspasmus és a hypercontractilis oesophagus, továbbá még bizonyos nem specifikus motilitászavar kimutatására. Ez utóbbi klinikai jelentősége még tisztázatlan. A szerzők 40 functionalis dysphagiában a barium-kenyer nyeléssel 20, a manometriával 14 és a konvencionális barium-nyeléssel 5 esetben tudtak motilitászavart kimutatni.

Az endoszkopos vizsgálat a motilitást illetően nem ad felvilágosítást, de ki tudja zárni a carcinomát és egyéb organikus eredetű nyálkahártya-elváltozásokat. Achalasiában oesophagus dilatatio, gyenge szimultán

contractio és retentiós oesophagitis látható. Különösen fontos az oesophago-cardialis átmenet rigiditásának, stenosisának, organikus betegségeinek megfigyelése.

A *nuclearmedicina* egyszerű és megbízható eljárás a motilitászavar kimutatására, és nagyon jó a terápia leírására is. A hasi ultrahang vizsgálat az oesophago-gastrikus átmenetre ad felvilágosítást, de sensitivitása és specificitása alacsony. A *computer tomographiának* nincs jelentősége a nyelőcső functionális megbetegedésének diagnosztikájában, csupán intramuralis neoplasma esetében. Úgyisint ez esetben van jelentősége az *endosonographiának*.

Csermely Lajos dr.

Gastroduodenalis peptikus fekélyből eredő súlyos vérzések adrenalin oldat endoszkópos befecskendezésével történő kezelése: Bour, B. és mtsai (Service d'Endoscopie digestive, Centre hospitalier, F-72017 Le Mans Cedex): Presse Méd., 1989, 18, 1505.

A gyomor és nyombél fekélyek gyakori szövődménye a vérzés, amelynek halálozása a 10%-os nagyságrendben van, ami részben a vérzés kiújulásából, részben a műtéti halálozásból adódik. A szerzők lokális adrenalin injekciós kezelést alkalmaztak a súlyos vérzés leküzdésére.

A vérzéscsillapító oldatot endoszkópos úton szklerotizáló tűvel fecskendezték be a vérzés centrumának megfelelő helyen; a szív működés és a vérnyomás regisztrálását egyidejűleg folyamatosan végezték.

Az eredetileg 1 mg/ml koncentrációjú adrenalin oldatot a befecskendezés előtt 20-szorosára hígították hipertóniás (3,6%-os) konyhasó oldattal, és ebből 1–3 ml-t injektáltak egy-egy alkalommal. Összesen legfeljebb 5 injekcióra került sor, átlagosan 2,1 injekció alkalmazása után megállt a vérzés.

Eredményeik szerint módszerükkel átlagosan 83%-ban sikerült elérni a vérzés megszűnését. Artériás lüktető vérzésnél az arány kisebb (13-ból 8 eset), szivárgó vérzésnél nagyobb (33-ból 30 eset) volt. A kezelés hatékonysága ventricularis fekélyvérzésnél valamivel jobb volt, mint duodenalisnál. Egyszerű és nem költséges eljárásukat elsősorban olyan betegeknek ajánlják a szerzők a gyomor- és nyombél fekélyből eredő vérzések kezelésére, akiknél a műtéti kockázat nagy.

Szarvas Ferenc dr.

Cirrhotikus nyelőcső varix vérzés recidívájának megelőzése. Parello, G. és mtsai (Clinique des Maladies de l'appareil digestif, Hôpital Saint-Éloi, F-34000 Montpellier): Presse Méd., 1989, 18, 1743.

A májcirrhosis egyik legsúlyosabb szövődménye a varix vérzés, aminek következtében a betegek 45%-a már az első héten meghal. A túlélők 30%-ánál 6 héten belül

fellépő újabb vérzés 40%-os halálozással jár.

A szerzők a vérzés recidíva megelőzésére ajánlott 2 eljárás: a béta-blokkoló propranolol adagolás és nyelőcső varratból álló sebészeti kezelés („ligature de l'oesophage sur clip”) eredményességének összehasonlítására végeztek vizsgálatokat 80 évesnél nem idősebb betegekben, akiknél a kórszindróma a vérzés első 6 órájában endoszkópos úton igazolták. 1982–85 között 141 cirrhotikus varix vérzéssel beteget vettek fel osztályukra, nagyobb részüket azonban különböző okokból kizárták a vizsgálatból. A csoportba sorolás randomizálással történt: 26 beteg kapott propranololt, 24 pedig sebészeti kezelésben részesült.

A propranololos csoportban 26 beteg közül 19-nél lépett fel újabb vérzés (16 esetben 1 éven belül). Közülük 9 meghalt (a második vérzést túlélő 10 beteg közül heten műtéti kezelésben, hárman endoszkópos szklerotizáló kezelésben részesültek). Az újabb vérzésig átlagosan 20±5 hónap telt el.

A sebészetiileg kezelt csoportban 24 beteg közül 4 beteg a postoperatív szakban meghalt, további 4 betegnél 1 hónapon belül újabb vérzés lépett fel, közülük 2 meghalt (a második vérzést túlélő 2 beteg endoszkópos szklerotizáló kezelésben részesült). Az újabb vérzésig átlagosan eltelt idő ebben a csoportban 52±7 hónap volt. A közlemény megírásakor a propranololos csoportból 5, a sebészetiileg kezelt csoportból 4 beteg volt életben. Adataik alapján a szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a vérzés recidíva szempontjából a sebészeti kezelés jobb eredménnyel jár, mint a propranolol adagolás.

Szarvas Ferenc dr.

A naponta egyszer adott nizatidin, illetve cimetidin összehasonlító vizsgálata nyombélfekélyeseken. Cherner, J. A. és mtsai (Gastroenterology Division, V. A. Medical Center, Long Beach, and University of California, Irvine, Calif., USA): Am. J. Gastroenterol., 1989, 84, 769.

Az újabb megfigyelések szerint a naponta egyszer, esténként bevett, kellő mennyiségű H₂-receptor antagonisták készítmény az éjszakai savsecretio gátlásával hatásosnak bizonyult a nyombélfekély kezelésében. A szerzők ezért ezen adagolási módszerrel kívánták kipróbálni egy ilyen új készítményt, a nizatidin terápiás értékét, belőle esténként 300 mg-ot adva, szembeállítva ezt a hasonlóan adott napi 800 mg cimetidin hatásával.

Betegeiket az USA és Kanada 54 intézetében kezelték; mindannyiuknak endoszkóposan igazolt nyombélfekélye volt, 0,3–2,5 cm-nyi átmérőjű. Az eredetileg 397 beteg közül néhányan különböző okok miatt kiestek (graviditas, Zollinger–Ellison-szindróma, előzetes nyelőcső- vagy gyomorműtét; steroid-, aspirin- vagy előzetes H₂-receptor antagonisták kezelése stb.), így összesen 375 beteggel tudták indítani

vizsgálataikat, akiket randomizálva osztottak a nizatidin-, illetve a cimetidin-csoportba, s az eredményeket a kettős vak kísérlet szabályai szerint értékelték. A kezelés elkezdése előtti endoscopiát a 2., 4. és 8. héten megismételték; ugyanakkor a klinikai tünetek (fájdalom, égés, dyspepsia panaszok) változását is értékelték, s ennek alapján beszállták a cimetidinrel kezelteteket pedig: 33%, 67%, illetve 75%. (Az endoscopos és klinikai javulás eléggé egyöntetű volt). Megjegyzendő, hogy a 2. hét végén észlelt 375 beteg közül a 8. hétre már csak 347-nek az eredményét tudták értékelni. Ugyancsak figyelmet érdemel a 8. hét végére észlelt ulcus recidíva-arány is, mely a nizatidinrel kezelteteken 10%-os, míg a cimetidin csoportban 19%-os volt! Kiemelendő még, hogy a 2. heti értékelésben majdnem, a 4. és 8. heti eredményekben pedig szignifikánsan kisebb volt a javulás mindkét gyógyszerrel kezelt csoportban azon betegeken, akik dohányoztak. Ami a kezelés mellékhatásait illeti, itt nem volt különbség a 2 csoport között, kivéve, hogy mind a diarrhoea, mind az ideges panaszok gyakoribbak voltak a cimetidint kapókon. A laboratóriumi leletek szempontjából egyedül az esetek 21,5%-ában előforduló kisfokú serum kreatinin szint emelkedés méltó az említésre (szintén a cimetidin csoportban).

A szerzők véleménye a fentiek alapján az, hogy mindkét készítmény — kellő adagban — naponta egyszer alkalmazva is igen hatásos a nyombélfekély kezelésében. Ugyanakkor a nem elhanyagolható recidíva-arány arra utal, hogy sok betegnek nem elegendő a 4–8 hetes kezelés.

Major László dr.

Peptikus fekély incidenciája Göteborgban 1985-ben. Schöön, I. M. és mtsai (Central Clinic, Gothenburg, Sweden): Br. med. J., 1989, 299, 1131.

Göteborgban (15 év felett 360 042 lakos) 1985-ben 1137 betegben 1402 aktív fekélykrátert diagnosztizáltak, gastroscoppal 1121-et (a fekélyek 80%-át), sürgős műtét kapasan 64-et, gyomor röntgenel 217 fekélyt. A fekélyek közül 563 duodenalis, 413 prepylorikus, 403 gyomorfekély volt és 11 esetben duodenalis és gyomorfekélyek együtt fordultak elő.

Mindkét nemben az életkor növekedésével a peptikus fekélyek előfordulása növekedett. Míg a 35–39 éves korcsoportban férfiakban a fekély incidenciája kb. kétszer nagyobb volt mint nőkben, addig a 40–50 éves korban az új fekélyek előfordulási aránya férfiakban és nőkben már 1 : 1 volt. 60 éves kor felett férfiakban 403, nőkben 393 fekélyt észleltek, ez az összes diagnosztizált fekélyek 54, illetve 60%-ának felett

meg. Az összes fekély 20%-a vérzett, 2,4%-a perforált.

Nők között a dohányzók aránya Göteborgban állandóan emelkedik. Egy felmérés szerint az 1945-ben született göteborgi dohányzó férfiak és nők aránya 1 : 1. Svédországban a 20–64 éves nők foglalkoztatási aránya 83%. A szerzők megállapítják, hogy anyagukban a fekélyes idősebbek aránya nagyobb volt mint más előző tanulmányokban, de a göteborgi populációban is nagyobb az idősebbek számaránya.

Konklúzió: Göteborgban a szerzők magas peptikus fekély incidenciát találtak nőkben és idős betegekben, így városukban a fekély incidencia nem csökkent, szemben a fekély miatti mortalitással, műtéti beavatkozásokkal és kórházi felvételekkel, sőt a fekély incidencia tovább emelkedett a korral.

A 40–50 év közötti nőkben a fekélyek incidenciája elérte a férfiak esetében észlelt értékeket.

Kisfalvi István dr.

A Crohn-betegség patogenezise: multifokális gasztrointesztinális infarktusz. Wakefield, A. J. és mtsai (Academic Dep. of Med., Histopathol. and Surg., Royal Free Hospit. School of Medicine, University College and Middlesex Hospital Schools of Medicine, London): *Lancet*, 1989, II, 1057.

A Crohn betegség tisztázatlan patogenezisű krónikus gyulladásos folyamat, amelyben bőr-, szem-, mesenterialis és szisztémás vaszkulitisz fennállását írták le. Fiatal betegeknek, exacerbatio felléptekor szokatlan lokalizációjú spontán trombózisokat figyeltek meg. Ez arra utal, hogy regionális vaszkulitisz állhat a betegség hátterében. Az eddigi vizsgálatok csak a betegek kis részénél jeleztek mesenterialis vaszkulitist.

Saját vizsgálataik alapján azonban a szerzők úgy tartják, hogy a Crohn-betegség kórelőzményi lényege a krónikus mesenterialis vaszkulitisz, amely multifokális gasztrointesztinális infarktuszok kialakulását okozza. 15 Crohn-betegségben szenvedő olyan egyént vizsgáltak, akiknél bélredukció történt. A jellemző klinikai tünetek és röntgen vizsgálati adatok alapján állították fel a diagnózist, amelyet utólag a bélrezekátum szövettani vizsgálata is megerősített. A betegség lokalizációját tekintve ileocecalis, colon-, korábban készült ileocecalis anasztomózisnak megfelelően recidiváló, illetve egy esetben az ileumra és diffúzan a colonra terjedő volt.

A műtétet úgy végezték, hogy megfelelő technikával megakadályozták a rezekátumban véralvadék képződését. Kontroll csoportot coecum karcinoma miatt hemikolektomizált betegekből képeztek. Részletes, scanning és transzmissziós elektronmikroszkopos vizsgálatot is magában foglaló szövettani vizsgálat történt.

Azt találták, hogy a makroszkóposan is

aktív Crohn-betegség jeleit mutató rezekátumban súlyos sztenotizáló vaszkulitisz volt észlelhető. A fokális arteritisz a muscularis propria szintjén látszott a legkifejezettebbnek. Fibrin depositio, néhol a lumen teljes okklúziója és neovaskularizáció látszott. A vaszkulitisz diagnózisát az artériák falának nekrozisa és kifejezett mononuclearis sejt infiltrációja is megerősítette. A széli, makroszkóposan épen látszó bélszakaszon is voltak észlelhetőek csak szövettani vizsgálattal detektálható enyhébb elváltozások, elsősorban subserozális neovaskularizáció. A centrumtól távolabb, az „épben”, illetve a kontroll csoport rezekátumaiban hasonló szövettani elváltozás nem volt észlelhető.

Szerzők a Crohn-betegségre jellemző jól ismert egyéb szövettani elváltozásokat — a granuloma képződést, mucosa exulceratiót, óriássejtes beszűrődést stb. — következő, szekunder elváltozásoknak tartják. (Hivatkoznak irodalmi adatokra, amikor is vaszkulitisz kísérleti úton történő előidézésére hasonló szövettani elváltozásokat hoztak létre.) A trombotizáló vaszkulitisz patomechanizmusában a T helper sejtek által stimulált lymphokinin közvetített monocytá prokoaguláns aktiváció látszik fontosnak, amely interleukin-1 és tumor nekrosis faktor felszabadulásához vezet, és végeredményben az immun sejtek és a vaszkuláris endothelium interakcióját, intravaszkuláris haemostasist okoz. Másrészt az interleukin-1 és a tumornekrosis faktor indukálják ELAM (endothelium sejt által képzett adhéziós molekula) létrejöttét, stimulálják új erek képződését.

A szerzők a Crohn-betegség korai szövettani jelének a leukocyták artéria endotheliához történő adherenciáját és az intenzív neovaskularizációt tartják. A Crohn-betegség patomechanizmusának teljes megismerését az általuk leírt vaszkulitiszes folyamatok további vizsgálata, részletesebb tanulmányozása útján remélik elérni.

Pollák Richárd dr.

A tünetek osztályozása irritabilis bél szindrómában. Maxton, D. G. és mtsai (Department of Medicine, University Hospital of South Manchester, Manchester, Anglia): *Brit. med. J.*, 1989, 299, 1138.

A hasi fájdalom és distensio, valamint az abnormis bél-állapot közismerten a legjellemzőbb az irritabilis bél-(colon-) szindrómában szenvedőkre. Ugyanakkor a szerzőknek feltűnt az is, hogy egyéb panaszok is gyakoriak a betegeiken (lethargia, fejfájás, hányinger stb.), ezért ezt kívánták megvizsgálni.

Ennek érdekében 100 ilyen beteg panaszait állították össze (89 nő volt közöttük; életkoruk 18–74 év közé esett). Minden beteg kapott 13 plasztikkártyát, melyen 1–1 tünet volt feltüntetve. Az egyik kártyán egy kontroll-tünet szerepelt (száraz bőr, amely nem jellemző az irritabilis bél szindrómában szenvedőkre), míg egy másik

kártya az esetleges egyéb tünetek feltüntetésére szolgált. Ugyanakkor arra is felhívták a vizsgálatban részt vevők figyelmét, hogy a kártyákat az általuk észlelt panaszok súlyossági sorrendjének feltüntetésével adják vissza, kiemelve az első 6 legkínzóbb tünetet. Az eredményeket azután χ^2 -teszt segítségével vizsgálták.

Eredményeket áttekintve jellemző, hogy a hasi fájdalom, a hasi distensio és az abnormis bél-állapot minden betegükben feltehető volt. A következő 3 legfontosabb tényező — ezek már nem hasi problémák voltak — a tartós lethargia, a hátfájás — a korai teltségérzés is feltűnően sok betegen kimutatható volt (96, 75, illetve 73%-osan). További adatok: szeleség 66, hánnyer 62, fejfájás 61, vizelet-probléma 56 és dyspepsia 51%-ban fordult elő. Jellemző, hogy száraz bőrről a betegeknek mindössze 28, míg egyéb panaszról 20%-a számolt be. Végül az is kiderült, hogy 53 beteg nagy valószínűséggel szorongással és/vagy depressióval küszködött.

Vizsgálataik tehát megerősítik azt a feltételezést, hogy az irritabilis bél-szindrómában szenvedők többségének nemcsak hasi panaszai vannak; külön ki kell emelni a pszichológiai problémák jelentőségét. E megállapításnak mind az elkülönítő kórimzésben, mind a betegek kezelésében komoly jelentősége van.

Major László dr.

Vastagbél daganatok diagnózisa UH vizsgálattal. Limberg, B. (Internal Medicine, Klinikum Darmstadt, University Hospital, Darmstadt, West Germany): *Lancet*, 1990, 335, 144.

A colorectalis carcinomák a második helyet foglalják el a malignus daganatok között a nyugati országokban. Az American Cancer Society ajánlja a tünetmentes 40–50 éves populáció szűrését colon tumorok felderítésére. A colon carcinomák 55%-át, a polypusok 72%-át lehet diagnosztizálni a székletben kimutatható occult vér segítségével.

A konvencionális hasi UH vizsgálattal csak az előrehaladott vastagbél daganatok detektálhatók, ezért a vastagbél 1500 ml vízzel töltik fel és végzik el folyamatosan a transabdominális UH vizsgálatot (Picker CS 9500, LSC 7000, Siemens Sonoline SL 1), amelyet azonnal colonoscopia követett.

220 beteget vizsgált meg gyakorlati szakember; sem az UH vizsgálatot, sem a colonoscopyt végző nem tudott az előzőleg feltételezett diagnózisról. Indicatio: hasi fájdalom, hasmenés, súlyvesztés, pozitív occult vér teszt.

A 15 perces vizsgálat során a betegek 96%-át lehetett nehézség nélkül, 4%-át értékelhetetlenül átvizsgálni, főleg a bélgázok jelenléte miatt. A sensitivitás 94%-os, a specificitás 100%-os volt. A 7 mm-nél nagyobb polypokat minden esetben látni lehetett, a carcinoma méretek 1,5 cm-től 5,8 cm-ig terjedtek. Állapították meg, hogy a

volt. UH vizsgálattal 18, colonoscopiával 19 carcinomára derült fény. A 27 colonoscopiával diagnosztizált polypusból húszat az UH vizsgálat is megtalált.

A vastagbél sonographia kiválóan alkalmas ambulanter vizsgálatra érzékenysége, olcsósága, megbízhatósága miatt, az idősebb betegek is jól tolerálják az 1500 ml víz instillációját.

Novák László dr.

A bőrfibromák és colonpolypusok összefüggése. Leopolder-Ochsendorf, A. és mtsai (I. Med. Klin. St.-Markus-Krankenhaus, Frankfurt): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 208.

A világon évente 500 000 ember betegszik meg coloncarcinomában, melynek többsége adenomatosus polypusból fejlődik ki. Az elmúlt években a korai tumor-diagnosztika szempontjából fontos megfigyelést tettek: a bőr fibromái gyakran társulnak bélpolypusokkal. A szerzők az eddig csak Amerikában észlelt összefüggést elsőként vizsgálták Európában.

Manifeszt, vagy okkult gastrointestinalis vérzés, gyulladási bélbetegség, tumor, vagy tumor eltávolítás után recidiváló daganat gyanúja miatt vizsgált 157 beteget (átlagéletkor 61 év) figyeltek meg a szerzők. A colonoscopy előtt bőrgyógyászati vizsgálatot végeztek. A legalább 2 cm átmérőjű fibromákat makroszkóposan értékelték.

61 betegen (53%) észleltek átlagosan 7 bőrfibromát és 38%-ban bélpolypot. Azon 33 beteg közül, akiknek több mint 5 fibromája volt, 13-ban bélpolypust találtak. Hat polypus malignusan átalakult. A fibromák többségben a nyakon és hónaljban fordultak elő. A polypusok átlagos száma 1,5 volt, átmérőjük 6 mm.

A bélpolypusok szövettani szerkezete tubularis, tubulovillosus adenoma, vagy hyperplasiás polypus volt. Két carcinomás esetben nem találtak polypust, az egyik daganat kettős volt. A malignusan átalakult polypusok nagyobbak voltak, átlagos méretük 15 mm.

A Fischer egzakt teszt alapján a bőrfibromás betegeken a bélpolypus valószínűsége 3-szoros a nem fibromás esetekkel szemben. 50 év feletti korban a két betegség társulását 24,5, 50 év alatt 11,4%-ban találták.

Más vizsgálatok is pozitív asszociációt állapítottak meg a bőrfibromák és colonpolypusok között, sőt e két betegségnek akromegáliával történő együttes előfordulását szintén megfigyelték. A szerzők vizsgálatai az általános orvos—bőrgyógyász szakorvos és a bőrgyógyász együttműködésének szükségességére hívják föl a figyelmet. A fibromában szenvedő, polypectomián átesett betegek ellenőrzése — a recidíva fokozott veszélye miatt — ugyancsak indokolt.

A bőrfibromák és bélpolypusok együttes előfordulásának szignifikanciája ellenére a pathogenesis ismeretlen. Lehetséges, hogy időskori betegségnek véletlen társulásáról van szó, mivel mindkét elváltozás öreg kor-

ban gyakori. Az eddigi észlelések szerint a fibromában és polypusban szenvedők életkora magasabb, mint azoké a betegeké, akiknek csak polyposisa van.

Holländer Erzsébet dr.

A kávé- és alkoholfogyasztás kockázati szerepe colitis ulcerosában. Boyke, E. J. és mtsai (Department of Medicine, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado, USA): Am. J. Gastroenterol., 1989, 84, 530.

Eddig — érdekes módon — aránylag kevesen vizsgálták az ételek és italok hatását a colitis ulcerosára. A szerzők szerint a kávénak és a koffeinnek, mint kockázati tényezőnek vizsgálatáról nincs is közlemény az irodalomban, jóllehet, pl. az USA-ban is tömegesen élnek ezen élvezeti szerekkel. Ugyanakkor állatkísérleti adatok utalnak a helyileg bejuttatott alkohol vastagbélkárosító hatására. A szerzők saját vizsgálataikkal kívánták a kérdéseket tisztázni.

Ezért Washington államban 304 000 lakos között végeztek felmérést, s e népességben 247 colitis ulcerosás beteget találtak, kik közül 209 felelt meg minden szempontból az általuk támasztott követelményeknek. E csoporttal szemben képeztek randomizációval hasonló számú kontroll populációt a terület egészségeséből. Mindkét csoport tagjainak telefonon azonos kérdéseket tettek fel (alkohol-, kávéfogyasztás, dohányzás, iskolázottság, foglalkozás, jövedelem), illetve a colitis esetek betegségükkel kapcsolatban is részletesen kikérdezték.

Eredményeik az alábbiakban összegezhették: a) a kávéfogyasztás nem szerepelt kockázati tényezőként colitis ulcerosában, b) ugyanakkor az az érdekes összefüggés derült ki, hogy — főleg sörözők között — a nemdohányzó népességben az alkoholfogyasztás kifejezetten csökkentette a colitis ulcerosa előfordulási gyakoriságát. Ez a hatás gyakorlatilag egyenesen arányosnak bizonyult a napi alkoholfogyasztás mennyiségével s átlagosan 40%-os kockázatsökkenést jelentett. A szerzők tudják, hogy még újabb vizsgálatokra lesz szükség, mégis — bizonyos körülmények között — biztosak az alkohol ilyen irányú protectív hatásában.

Major László dr.

Irritabilis colont utánzó lactose malabsorptio. Berges, W. és mtsai (Abt. Gastroenterol., Med. Klin. u. Poliklin. Univ. Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 197.

A több mint 30 éve ismert, genetikusan meghatározott lactase enzim hiányon alapuló lactose malabsorptio (LM) előfordulási gyakorisága populációnként eltérő. Az NSZK-ban a népesség 15%-ában fordul elő a LM örökletes, vagy szerzett formája. A

gyakorlat szempontjából az utóbbi jelentősebb. A lactose tökéletlen felszívódását kísérő tünetek nagyon hasonlóak az irritabilis colon funkcionális tünete csoportjához. A két betegség megkülönböztetését a vékonybél biotatum lactase enzim aktivitásának mérése teszi biztonságossá.

Nem invazív, egyszerű módszerrel, a kilégzett levegő H₂ tartalmának lactose fogyasztását követő mérésével is megállapítható a LM. Utóbbi vizsgálat eljárás háttérbe szorította az orális lactose tolerancia tesztet.

A szerző sajnálatosnak tartja, hogy a teszt kevésbé elterjedt, a készülékek kihasználatlanok, jóllehet a LM praevaletanciája alapján Németországban 6 millióra tehető a betegek száma. A LM csak az esetek egy részében okoz tüneteket, melyeket leginkább az irritabilis colon syndromával tévesztenek össze. Indokolt, hogy minden funkcionális bélbetegségben szenvedő egyénnel elvégezzék a H₂ kilégzési tesztet. A rendszerint izolált LM-ból eredő panaszok diétás rendszabályokkal kiküszöbölhetők.

Holländer Erzsébet dr.

Terápiás kérdések

Thiazidok a 90-es években. Orme, M. (Clin. Pharmacol. Univ. Liverpool): Brit. med. J., 1990, 300, 1668.

A thiazid diuretikumokat több mint 30 éve alkalmazzák, s a szerek körüli viták ellenére úgy tűnik, használatuk az idő múltával sem csökken. A thiazidok főként a hipertensio, de a pangásos szívelégtelenség kezelésében is gyakran alkalmazott gyógyszerek. Tartós hatásuk inkább a perifériás ellenállás csökkentésén, mint diuretikus tulajdonságukon alapul. A vérnyomás csökkentésére használatos adag többnyire feleslegesen sok. A nemkívánatos hatások előfordulása a széles alkalmazási körhöz viszonyítva csekély. Krónikus kezelés során, több rizikó tényező együttes jelenlétekor nő a cardiovascularis halálozások száma. Más hypertoniás betegeken végzett retrospektív vizsgálatok viszont ezt nem erősítették meg.

76 000 beteg tartós thiazid kezelése során csak néhány esetben észleltek 3 mmól/l alatti se. K szintet. A szívritmushíra hajlamosító hypokalaemia a hirtelen halál magyarázata lehet. Ismeretes, hogy a se. és intracellularis K egymástól függetlenül változhat, ezért a thiazidok által okozott hypokalaemia és a szívritmushívar összefüggése nem tekinthető bizonyítottnak.

A tartós thiazid kezelés legnagyobb veszélye a se. cholesterolin és LDL-lipoprotein koncentráció növekedése. Vannak adatok arról is, hogy az LDL-lipoproteinszint emelkedése rövid tartamú, tartós adagolás során a cholesterolin érték a kiindulási, vagy alacsonyabb szintre süllyed.

További adverbz hatások között tartják számon a thiazidokkal kezelt férfiak impotenciáját, bár ez a mellékhatás gyakoribb a

propranolol alkalmazása mellett. Navessztes ritkán, leginkább idős betegeken fordul elő.

A thiazidok diabetogen hatására már kezdetben felfigyeltek. Szénhidrát tolerancia romlással tartós hatású készítmények adagolásakor kell számolni (clopamid). Valamennyi diuretikum, így a thiazidok is köszvényt válthatnak ki. Bőrpírt is előidézhettek. Az utóbbi mellékhatásokat fokozták egyidejűleg alkalmazott nem szteroid gyulladásgátló gyógyszerek, melyek a thiazidok hypotensív hatását is növelik.

Mindezen kellemetlenségek ellenére a thiazidok használatát a hipertensio kezelésében felülmúlja a hátrányok. Az adverz hatások elkerülésére a lehetséges legkisebb adagokat kell alkalmazni.

Holländer Erzsébet dr.

Az erythromycin használatáról. Latare, P. A., Setness, P. A. (Family medical Center, Minneapolis, MN 55408, USA): Postgrad. Med., 1989, 86, 55.

Az erythromycint (E) már régóta használjuk felnőttek és gyermekkorú Gram-pozitív bakteriális fertőzések esetén. Használatának sok esetben a gyakori gastrointestinalis intolerancia szab határt. A szerzők ismertetik az USA-ban használatos E tartalmú antibiotikumokat, felsorolva azok használati utasításait is. Majd, hogy a megzavart bélmotilitás miatt gyakorta kialakuló és nemritkán a terápia megszakítását okozó gastrointestinalis panaszokat a továbbiakban csökkentjük, gyakorlatuk alapján az alábbiakat javasolják: 1. a napi maximális dózis limitálását 4,0 mg-ban, 2. a napi összdózis kisebb adagokra való felosztását, ill. ezek alkalmazását 2, 3, 4 óránként, 3. jöllehet a gyári ajánlás szerint az E akkor a leghatásosabb, ha étkezés előtt kerül bevitelre, a szerzők azt ajánlják: tejjel vagy szilárd étellel történjék a bevétel, mert ezzel a beteg compliance-t csökkentő mellékhatás szintén redukálható, 4. minden gyógyszer-bevétel után 15 perces időközönként 2–3 alkalommal kevés ivóvíz fogyasztását.

Közleményük szerint a fentiek figyelembe vételével betegeiknél jelentősen csökkenteni tudták az E terápiát veszélyeztető gastrointestinalis panaszokat.

Dr. Kopácsiné Gyenes Mónika dr.

Randomizált, kettős vak terápiás tanulmány az enalapril, illetve a retard felszívódású nifedipin hatásáról enyhe és közepes fokú essentialis hypertoniában. Artigou, J. Y. és mtsai: Presse Médicale, 1990, 19, 13.

Az artériás hipertensio kezelésében az angiotensin enzim conversio gátlók (ACG), valamint a Ca-antagonisták két új irányvonalat képviselnek. Az ACG-k gátolják a renin-angiotensin-aldosteron rendszert,

míg a Ca-antagonisták a Ca^{++} csatornákat blokkolják az izom ereinek szintjén. Ezek az antihypertensív szerek hatásosak és jól tolerálhatók.

A szerzők ebben a tanulmányban az ACG enalapril és egy elhúzódozó felszívódású nifedipin készítmény hatásosságát és tűrhetőségét hasonlítják össze enyhe és közepes fokú essentialis hypertoniában. A vizsgálatot multicentrikusan, kettős vak módszerrel, ambuláns betegeken végezték, akiknek diastolés vérnyomása 95–115 Hgmm között volt. Két hét placebo periódus után 136 beteget randomizáltak 2 csoportba osztottak. Az I. csoport (68 beteg) 20 mg/die enalapril kapott este egy adagban, a II. csoport (68 beteg) 40 mg/die, napi kétszeri elosztásban elhúzódozó felszívódású nifedipint kapott. A kezelést 12 hétre tervezték. Mindkét csoport betegeinek 25 mg hydrochlorothiazidot adtak a 4. héttől, ha a diastolés vérnyomás 90 Hgmm fölött maradt. A diureticum adagját 50 mg-ra emelték a 8. héten, ha a vérnyomás nem rendeződött. A vérnyomást és a szívfrekvenciát fekvő helyzetben mérték a kezelés előtt, majd a kezelés 4. és 8. hetében, délután 17–20 óra között. A mellékhatásokat a betegek kikérdezése alapján gyűjtötték össze. A placebo periódus végén, majd a kezelés 4. és 12. hetében serum kreatinin és ionogram vizsgálatot végeztek.

Eredményeiket statisztikailag elemezték. A szignifikancia határát $P = 0,05$ alatt állapították meg.

Az I. csoport 67 betegének eredményeit hasonlították össze a II. csoport 64 betegével. Négyhetes monoterápia után az I. csoportban 40 betegnek (59,2%), a II. csoportban 36 betegnek (56,2%) volt 90 Hgmm alatti diastolés vérnyomása. A systolés vérnyomás mindkét csoportban szignifikánsan csökkent, de nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. Az enalapril csoportban 38%-ban, a nifedipint szedőknél 44%-ban kellett diureticummal kiegészíteni a terápiát. A diastolés vérnyomás 4. illetve 12 hét után $12,1 \pm 9,9$, illetve $16,3 \pm 8,0$ Hgmm-rel, a nifedipint szedőknél $10,3 \pm 9,0$ és $13,9 \pm 7,1$ Hgmm-rel csökkent. A különbség nem szignifikáns, de közel van hozzá ($P = 0,06$). Mindkét csoportban enyhe szívfrekvencia csökkenést észleltek.

Az I. csoportban 18 betegnél (26%), a II. csoportban 33 betegnél (48%) jelentkezett valamilyen mellékhatás. Az enalapril szedőknél 3 betegnél (4%), a nifedipint szedőknél 10 betegnél (15%) kellett emiatt megszakítani a kezelést — ez szignifikáns különbség. Biológiai tűrhetősége mindkét szernek jó volt.

A szerzők végkövetkeztetése, hogy a két szer összehasonlítható, mindkettő az ajánlott terápiás adagban hatásos, jól tolerálható. Az enalapril a diastolés nyomást kissé erőteljesebben csökkentette a vizsgálati periódus végére. A nifedipin több mellékhatást okozott, többször kellett miatta a kezelést megszakítani.

Tóth Levente dr.

Inhalatív bronchodilatatio mint észszerű adjuváns terápia. Rasche, K. és mtsai (Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil Bochum): Therapiewoche, 1990, 40, 2702.

A balkamrai funkciózavarok következtében keletkező kisvérkőri congestio a ventilatio romlásához vezet: a légzési ellenállás a pulmonalis oedemán kívül a vagus közvejtette reflexes bronchoconstrictio miatt is megemelkedhet, emellett ventilatiós-perfusiós aránytalanság alakulhat ki. Ez az állapot kifejezett dyspnoeal jár, ami az asthma cardiale elnevezés eredetét megmagyarázhatja.

A szerzők vizsgálataikkal arra szerettek volna választ kapni, hogy myocardium infarctus következtében fellépő kisvérkőri congestióban a légúti ellenállás mindig megnövekszik-e, az inhalációs bronchodilatatorok csökkentik-e ilyenkor a légúti ellenállást, hogyan változik az utóbbi a recompensatio után, valamint van-e a hörgőtágító inhalatumoknak cardialis mellékhatása. A felmérésbe 48 akut myocardium infarctusban vagy ischaemiában szenvedőt vontak bele, kizárva azokat, akiknek egyúttal bronchitise is volt.

Az oscillációs légzési ellenállást (R_{os}) akut myocardialis infarctus vagy ischaemia következtében fellépő kisvérkőri congestióban a kontroll személyekhez képest kétszeresen emelkedettnek találták. Ipratropium bromid és/vagy fenoterol inhalatioja után az R_{os} normalizálódott, és a légzési munka lecsökkent. A fenoterol hatásereősége kiemelkedőnek tűnt, de azt néhány esetben az ipratropium bromid meghaladta. A bronchodilatator inhalálása után pár perccel az R_{os} már elérte az élettani értéket, míg a diuretikus kezelés csak átlag 15%-os mérséklődést hozott létre 24 óra belül. A vérgázértékekben, a szív frekvenciában, az arhythmias eseményekben, az arteriális vérnyomásban érdemleges változás nem következett be, napi hatszori 100 µg fenoterol + 40 µg ipratropiumbromid légzése után sem.

A szóban forgó gyógyszerek alkalmazásával a pangásos pneumoniák számának mérséklése is elérhető, mivel a béta-2-sympathomimeticumok secretolytikus (ref.: és a ciliáris aktivitást serkentő) effektussal szintén rendelkeznek. Emellett — ha csekélyebb fokban — pozitív inotropiájuk ugyancsak kihasználható.

A leírtakból következik, hogy az inhalációs bronchodilatatio az akut myocardium infarctusban fellépő kisvérkőri congestio leküzdésére adjuváns kezelésként javasolt.

Barzó Pál dr.

Asthma: gyógyszeres kezelése terheségben. Nolte, D. (II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bad Reichenhaller): Therapiewoche, 1989, 39, 2120.



Legalább minden 50. gravida kezelésre szoruló asthma bronchiale-ban szenved. Szakirodalmi adatok alapján, több mint 1000 terhességet figyelembe véve, az asthma tünetegyüttes a graviditás alatt nem változott lényegesen az esetek 50%-ában. Ugyanakkor minden 5. asszony állapota kisebb-nagyobb mértékben kedvezőtlenül alakult. Az elégtelen antiasthmaticus terápia a magzatot O_2 szegénységgel fenyegeti annál is inkább, mivel a köldökzsinór vérben alacsony, mintegy 30 Torr az O_2 tenzió. Ezt részben a fetalis haemoglobinhoz való nagyobb oxigén affinitás és a szövetekben végbemenő könnyebb leadás kompenzálja. A leírásokból következik, hogy az embriót az anya elégtelen kezelése nagyobb mértékben fenyegeti, mint az esetleges túlkezelésből adódó, elméletileg potenciálisan fennálló csírákárosodás.

Alapjában véve egy asthmás nő jól beállított terápiaján a graviditás alatt változtatni nem szükséges. A DNCG (Intal) exogen allergiás asthmában prophylactikusan bevált. Állatkísérletben magas dózisokban sem találták teratogén hatásának. Jelenleg nem ismeretes olyan adat, amely szerint a cromoglicinsav a placenta gáton áthatolna. Az aerosolban inhalálható béta-2 sympathicomimeticumok bázis therapeuticumnak számítanak. Teratogenitásuk egyelőre nem bizonyított. Az adrenalin és ephedrin alfa hatással szintén rendelkeznek, az uteroplacentalis erekben kontrakciót hoznak létre, ezért alkalmazásukat kerülni kell; lehetőleg nem terheseken is. A béta-2 sympathicomimeticumok szisztémásan sem károsítók a magzatra. A fenoterol széles körben elterjedt mint tokolitikus gyógyszer.

Az anticholinergicumok (ipratropium, oxitropium) aerosolban nagyobb adagban sem teratogének; béta-2 sympathicomimeticumokkal (Berodual) kombinálhatók.

A theophyllin inhalálva csaknem hatástalan, ezért szisztémásan alkalmazzák. Újabban a retard készítmények egyre nagyobb számban kerülnek forgalomba. Állatkísérletben a magas theophyllin dózisok egerekben és tyúkokban teratogénnek bizonyultak, és lymphocyták kultúrákban chromosoma töréseket idéztek elő. Mindemellett az első trimesonban terápiás adagú, folyamatos theophyllin kezelésben részesülő 117 gravida gyermekén nem fordult elő nagyobb számban fejlődési rendellenesség vagy egyéb szövödmény. Arra azonban számítani kell, hogy a theophyllin könnyen átjut a placentán. Emellett szól, hogy közvetlenül a születésük előtt theophyllinnel kezelt 12 nő újszülöttének vérében a gyógyszerkoncentráció az anyáéval gyakorlatilag megegyezett. Az anyatejben a theophyllin töménysége a plazmában mértnek 70%-át elérheti. Ez a mennyiség azonban még alig veszélyeztető a csecsemőt, mivel az anyatejjel együtt az anya theophyllin adagjának legfeljebb 10%-át veszi fel a szőben forgó körülmények között. Kétséges esetben a theophyllin koncentrációjának a gyermek nyálában történő meghatározása indokolt.

Az asthma terápia leghatékonyabb gyógyszerei a corticoidok. A szakirodalom

viszont már régóta foglalkozik lehetséges teratogén hatásukkal, ebből kifolyólag a szedésük miatt veszélyeztetett nagyobb abortus kockázattal, a magasabb perinatalis halálozással, az intrauterin növekedési zavarral, koraszülésekkel és halvaszüléssel. Kétségtelen, hogy állatkísérletben a glycocorticoidokkal összefüggésben a fejlődési rendellenességek sorát tapasztalták: szájpadhasadék, cardialis fejlődési elváltozások, központi idegrendszeri anomáliák, urogenitalis eltérések, syndactilia, thymus atrophia, hypo- és asplenia, mellékvesekéreg atrophia, intrauterin növekedési zavarok. Ezek az anomáliák mindenesetre dóziszfüggők, ill. a terápiásnál nagyobb adagok alkalmazása után mutatkoztak. Klinikai kísérletek alapján a glycocorticoid kezelés veszélyei terhességben csekélyek. Erre utal az a vizsgálat, amely szerint 55 asthmás gravidából álló csoportban átlag napi 8,2 mg prednisolon szedése után, sem az anyai, sem a gyermekek mortalitása nem volt magasabb, mint a kontrollok között. Hasonló eredményeket tapasztaltak 51 terhes asthmás nő inhalálható corticoiddal való kezelése kapcsán, amelyet intermittálva napi 30–60 mg prednisolonnal egészítettek ki. Az említettek alapján nagyon valószínű, hogy ésszerű corticoid adagok (tartós terápiában nem több mint napi 10 mg prednisolon/die) sem az anyára, sem a születendő gyermekre nagyobb veszélyt nem jelentenek. Mivel az eddigi kísérleteket leginkább prednisolonnal végezték, terheség alatt ezt ajánlatos adni. Emellett, noha áthalad a placentán, a gyors metabolismus miatt a fetalis vérben kimutatható koncentrációja az anyáénak kevesebb mint 10%-át éri csak el. Mindenesetre, annak érdekében, hogy a szisztémás bevitelt a minimumra csökkentsük, először inhalálható corticoiddal tanácsos próbálkozni.

Veszélyeztető status asthmaticusban terheség esetén rövid hatású, parenteralis glycocorticoidokat kell alkalmazni theophyllin infúziókkal, inhalálható béta sympathicomimeticumokkal együtt. A vérgáz ellenőrzés és a theophyllin vérszintjének ilyen helyzetben való meghatározása különösen fontos.

Barzó Pál dr.

Hordozható folyékony O_2 -források. Mitlehner, W., Würtemberger, G. (Innere Abt. des Urban-Krankenhauses Berlin und Abt. Pneumologie): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 545.

A hordozható folyékony O_2 -forrásokat 22 évvel ezelőtt írták le (Levine, B. E. és mtsai, 1967). Az ismert O_2 -források mellett (koncentrator, acélpalack) főleg az USA-ban számos újabb készüléket vezettek be, ahol jelenleg több mint 400 000 betegnél alkalmazzák. Nyugat-Európában, így az NSZK-ban csupán kisebb mértékben vették be.

A folyékony O_2 -ellátási egység reservoir-tankból, hordozható készülék-

ből, valamint az O_2 folyamatos biztosítására csatlakozó rendszerből áll. A reservoir-tank szerelése oldja meg a túl hideg folyadék hőizolálását, párologtatását, szelepes adagolását és az elpárolgott O_2 nedvesítését. Az O_2 bevezetésére különböző orrszondákat alkalmaznak, amelyek a belégzésnél elektronikusan vezérelhetők (ún. „demand-rendszerek”). Hosszas alkalmazásuk szigorú javallatok, folyamatos ellenőrzés mellett történhet az előírt és kioktatott szabályok betartására. A maximális gyógyszerelés mellett a járási távolság, lépcsőn járási képesség, compliance meghatározandó a pulmonalis respiratorikus elégtelenség kapcsán. Eddig főleg amerikai tapasztalatok állnak rendelkezésünkre.

A hordozható folyékony O_2 -rendszerek bevezetése idült respiratorikus elégtelenségben kórélettanilag jól megalapozott, azonban csupán hosszú távú és nagyobb számú ellenőrző vizsgálat fogja eldönteni, hogy milyen befolyást gyakorol a beteg életminőségére.

iff. Pastinszky István dr.

A primer osteoporosis calcium és calcitonin kezelése. Ringe, J. D. (Medizinische Klinik des Städtischen Krankenhauses Leverkusen): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 1176.

Az osteoporosis (op.) „népbetegségnek” számító szocioökonómikus jelentőségét az öregkori fracturák incidenciájának emelkedése jelzi. Az utóbbi időben az op. kezelésében a calcitonin korán mutatkozó analgetikus hatását, az osteoklastok gyors és kifejezett inhibitorját, csont-anabolikus tulajdonságát emelik ki, amelyek a csont ásványi anyag tartalmának szignifikáns emelkedését igazolják. A szerzők tanulmányukban a calcitoninnak csont-anabolikus hatását vizsgálták felül nem válogatott primer (főleg I. típusú postmenopausalis, II. típusú senilis és praemenopausalis, illetve praesenilis op. esetekben). Az op. betegek harmada férfi volt.

58 egymást követő (19 férfi, 40 nő; 60,8 év átlagkorú) primer op.-betegnél vizsgálták, vajon az egyéves calcitonin kezelés a csontállomány szignifikáns szaporulatát idézi-e elő. Valamennyi beteg reggelenként 1 g orális calciumot kapott. Az I. csoport (n = 20) semmilyen specifikus kezelésben nem részesült; a 2. csoport (n = 19) minden második napon esténként és a 3. csoport (n = 20) minden este 100 IE calcitonint kapott subcutan. A betegek által jelzett fájdalmakat négy súlyossági fokozatra osztották be, továbbá a bevett analgetikumok mennyiségét pontosan regisztrálták. Az I. csoportban a panaszok szignifikáns csökkenését nem észlelték, viszont a 2. és 3. csoportban a fájdalmak jelentősen enyhültek és csökkent az analgetikumok fogyasztása is. A csontdensitás meghatározása photonabsorptiós módszerrel a radius két helyén történt és 12 hónap után a distalis orsócsontvégen 5,5%-os gyarapodást ész-

(Ca-bikarbonát, Ca-glukonát, Ca-citrát 3–10 g naponként) kell csökkenteni. Ha a beteg gyomra e szereket nem bírja, alumíniumtartalmú foszfátkötőt adunk.

Ellenőrizendő a beteg calcium-szintje is. A sok calcium-bevitel hypercalcaemiát (émelygés, hányás, hypertonia, delirans állapotok, tachycardia, stenocardia, aluszékonyság), a tartós alumíniumtartalmú foszfátkötő szer pedig anaemiát, osteopathiát és encephalopathiát (személyiségleépülés) okozhat.

Felléphet még shunt-thrombosis, a shunt körül infekció. A hepatitis B ellen aktív immunizálással védjük a beteget.

[Ref.: A béta-2-mikroglobulin minden sejt felszínén előforduló információs glikoprotein molekula, az MHC (HLA) histocompatibilitási antigén könnyű lánc, amelyet — a kreatininhez hasonlóan — a vese ürít ki. Diagnosztikai jelentőségük is hasonló.]

Idült veseelégtelenségben a szérum béta-2-mikroglobulin szintje 10–20-szorosára emelkedik (norm. 1–2,6 mg/l), és amyloid fibrillummal alakul át. Az amyloid különböző szervekben rakódik le, így a kéz-flexorok ínhüvelyében is, és beszűkítve az alagutat a nervus medianus nyomás alá kerül. E carpal-tunnel-syndroma fájdalmait a lig. transversum sebészti átmetszésével szüntethetjük meg. 20 év múlva már majdnem minden dializált betegben carpal-tunnel-syndroma fejlődik ki.

Az amyloidosis megnyilvánulhat még arthralgiákban, subchondralis csontcystákban (spontán törések) és a nyaki szakaszon destruktív spondylo-arthropathiákban, amelyek haránt-laesiót okozhatnak.

A dialízis folyamán használt nem biokompatibilis műanyagok hatására a komplement rendszer aktiválódik, C3a, C3b és C5a szabadul ki, aktiválódnak a neutrophil granulocyták és monocyták, amelyek a tüdőkapillárisokban sequestrálódnak és kimutathatók a membránokon; ezáltal a dialízis megkezdése után 15 perccel a keringő fehérvérsejtek száma csökken. Klinikailag légszomjat találhatunk, a beteg émelyeg, fáj a feje, láza és izomgörcsei lehetnek.

A dializáló készülék működtetéséhez felhasználunk különböző anyagok anaphylaxiás reakciót is kiválthatnak.

Kollár Lajos dr.

Károsodott macrophag Fc_γ receptor funkció végstádiumú vesebetegségben. Ruiz, P. és mtsai: New Engl. J. Med., 1990, 322, 717.

A macrophagok Fc_γ receptorai fontos szerepet játszanak az IgG-vel fedett, nem solubilis antigének (pl. baktériumok) és immuncomplexek eltávolításában. A rendszer integritása izotóppal jelölt, IgG-vel fedett autolog vörösvérsejtek clearance-ével mérhető.

A szerzők 56 végstádiumú, haemodialysisen (HD) levő vesebetegben és 20 egész-

seges önként vállalkozóban mérték a macrophag Fc_γ receptor funkciót. 53 vesebetegben az IgG-vel fedett autolog vörösvérsejtek csökkent clearance-ét észlelték. A nem érzékenyített vagy hővel kezelt saját vörösvérsejtek clearance-e normális volt. A károsodás mértéke nem korrelált a nemmel, korral, HLA haplotypussal vagy keringő immuncomplexek jelenlétével.

A kétéves követési idő alatt 9 betegnek voltak súlyos infekciói. Ezekben a betegekben az IgG-vel fedett autolog vörösvérsejtek clearance-e szignifikánsan csökkent az a 47 beteggel összehasonlítva, akiknek nem voltak súlyos infekciói. Vizsgálati eredményeik alapján a szerzők felvetik, hogy a károsodott macrophag Fc_γ receptor funkció is hozzájárulhat a HD-n levő végstádiumú vesebeteggekben előforduló gyakori infekciókhoz.

Nagy Judit dr.

Uraemia és védekezőképesség. Tolkoff-Rubin, N. E., Rubin, R. H.: New Engl. J. Med., 1990, 322, 770.

A szerkesztőségi közlemény Ruiz előzőekben ismertetett közleményét kommentálja. Kronikus veseelégtelenségben a morbiditás és mortalitás fő okai a különböző infekciók, melyek az uraemiás állapot okozta vagy a terápiás beavatkozások előidézte védekezőképesség csökkenésével egyaránt magyarázhatók. Az uraemiás toxinok pl. cutan anergiát, késleltetett allograft rejekciót, a gyulladás helyén csökkent leukocytá beáramlást és károsodott interferon termelést okozhatnak. A dialysisek hatására pedig táplálkozási elégtelenség, pl. fehérje malnutritio, vagy Zn és pyridoxin hiány alakulhat ki, mely ugyancsak elősegítheti az infekciókat. Az eddigi közlemények szerzői azonban nem találtak szoros kapcsolatot a betegek védekezőképességét mérő, elsősorban *in vitro*, tesztek és az infekciók előfordulásának gyakorisága között. Másrészt az uraemiás állapot és a dialysis kezelés okozta rendellenességek sokszor alig voltak elkülöníthetők.

Ruiz és mtsai cikkének az a legfőbb érdeme, hogy a macrophag működési rendellenesség és az infekciók előfordulási gyakorisága között egyértelmű kapcsolatot észleltek. Ezek a tények indokolhatják újabb terápiás lehetőségek (rekombináns DNA technikával előállított citokinek, colonia stimuláló és növekedési faktorok) bevezetésének mérlegelését, melyekkel talán korrigálható lesz az uraemia okozta védekezőképesség csökkenés és az infekciók előfordulása.

Nagy Judit dr.

A vesemedence átmenetisertes rákjának radiológiai és cytológiai kimutatása. Päivänsalo, M. és mtsai (University of Oulu, Finland): Fortschr. Röntgenstr., 1990, 153, 266.

A rosszindulatú vesedaganatok — többnyire átmenetisertes rákok — mintegy 7%-ban a pyelocalycealis nyálkahártyából indulnak ki. A szerzők a különböző radiológiai képalkotó eljárások és a vizeletüledék cytológiai vizsgálatának teljesítőképeségét elemezték 23 igazolt vesemedencerák esetében. 17 esetben történt vizeletcytológiai vizsgálat, mely 15 esetben adott Papanicolaou III–V stádiumú eredményt, két betegben azonban a lelet Papanicolaou I volt. 14 esetben történt ultrahangvizsgálat, mely ötben mutatta ki a tumort, hétben ugyan rendellenes eredményt adott, de nem utalt tumorra, két esetben pedig negatív leletet vezetett. Kiválasztásos urographia 18 esetben történt, 11-ben tumorra utalt, 6-ban kóros, de nem tumoros leletet adott, és csak egy esetben mutatott normális viszonyokat. Nyolc beteg került CT vizsgálatra, ez hétben daganatot mutatott, egyben negatív eredménnyel zárult. Arteriographiát 15 esetben végeztek, ebből 10 igazolt tumort, 2 rendellenes, de nem tumoros leletet eredményezett, 3 végződött negatív lelettel. Kilenec retrograd pyelographia közül nyolc tumorra utalt, egy kóros, de nem tumoros leletet vezetett, negatív eredmény nem volt.

Általánosságban ezen tumorfeleségek kimutatásában azok az eljárások eredményesebbek, melyek a veseüreghrendszer részleteiben képesek ábrázolni. Más kérdés, hogy a stádium meghatározásban a környezet és a nyirokcsomók állapotának tisztázása is szükséges. Mindezek alapján vesemedence tumor diagnosztikájában szükségesnek tartják a vizelet ismételt cytológiai vizsgálatát. A képalkotó eljárások közül elsőként kiválasztásos urographia végzendő, amit kövessen a daganatterjedés felmérésére a CT vizsgálat. Arteriographia és retrograd pyelographia esetenként lehet indokolt kiegészítő eljárás. Az ultrahangvizsgálat önmagában e vonatkozásban nem sokat ér.

Laczay András dr.

Veseelégtelenség végstádiuma gyermekekben. 16 éves retrospektív tanulmány. Hudson, Elisabeth, H. és mtsai (The Royal Alexandra Hospital for Children, Pyrmont, Camperdown, NSW 2050): Med. J. Australia, 1990, 152, 245.

A vesetranszplantáció és a dialysis a ma elfogadott kezelési módszere a veseelégtelenség végstádiumának. 1973–1988 között 65 1 és 15 év közötti gyermeket kezeltek a szerzők a program keretén belül. A program célja az volt, hogy a veseelégtelenség végstádiumában lévő gyermekeket minél előbb transzplantációban részesítsék, s biztosítsák a megfelelő növekedést és fejlődést.

A veseelégtelenség okai között congenitalis, familiaris rendellenességek (renalis dysplasia, juvenilis nephronophthisis, obstruktív uropathia, familiaris nephritis, cystinosis, reflux nephropathia, primer hyperoxaluria, polycystás vese, congenitalis

nephrosis) és szerzett betegségek (1. és 2. típusú mesangiocapillaris glomerulonephritis, Henoch-Schönlein nephritis, focalis segmentalis glomerulosclerosis, haemolytikus uraemiás szindróma, interstitialis nephritis, akut corticalis necrosis és más nephritisek) szerepeltek.

Az összes dialysist igénylő esetben haemodialysist, intermittáló peritonealis dialysist (IPD) és folyamatos ambuláns peritonealis dialysist (APD) alkalmaztak.

Gyerekeknek inkább a CAPD a választott módszer, mert könnyebben kivihető otthon, nem ütközik annyira az iskolával, és kevesebb a folyadék és elektrolit háztartással kapcsolatos komplikáció. A fő problémát a peritonitis és a katéterrel kapcsolatos szövődmények jelentik.

A program ideje alatt 53 gyermekben 61 transzplantációt végeztek. Immunszuppresszív terapiaként három különböző kombinációt alkalmaztak (prednison + azathioprin + antithymocyt globulin; cyclosporin A + prednison; cyclosporin A önmagában). A rejectiót nagy dózisú szteroiddal, ill. 1987 óta a szteroid rezisztens eseteket monoklonális antitesttel (OKT3) kezelték.

Cadaver vesénél lényegesen hosszabb a várakozási idő (átlag 16 hó, élő donornál átl. 3 hó), és a graft túlélése is sokkal rosszabb, mint élő donortól származó transzplantátum esetén (élő donor graft 5 éves túlélése 85%, cadaver vese 3 éves túlélése 26% volt).

A graft túlélés jobb volt azon esetekben, amikor immunszuppresszióra cyclosporin A + prednison alkalmaztak, mint az azathioprin + prednison kombináció esetén.

A rejectio leggyakoribb oka az alapbetegség kiújulása (2. tip. mesangiocapillaris GN és primer hyperoxaluria esetén közel 100%, focalis segmentalis glomerulosclerosisnál 10–50%), ezért azoknál a gyermekeknek, ahol nagy a rizikója a betegség kiújulásának, megelőzni kellene az élő donortól származó graft transzplantációját, és a cadaver vesét kellene előnyben részesíteni.

A dialysis magasabb morbiditással, növekedésben való elmaradással, sikertelemből rehabilitációval jár, mint a sikeres transzplantáció. Sok gyermek már a programba való belépéskor kisebb termetű volt az átlagnál. A dialysis alatt a növekedés sebessége csak tovább csökkent, így ezen gyerekek súlya és magassága progresszíve elmaradt az azonos korúakéhoz képest. A transzplantáció után átlagos normál növekedési rátát észleltek, de az ún. kiegyenlítő növekedés jelenségét csak azoknál észlelték, akiknél a prednison kimaradt az immunszuppresszív terápiából.

A növekedési retardáció krónikus veseelégtelenségben szenvedő csecsemőknél és kisdedeknél részben megelőzhető megfelelő táplálással, és a folyadék és elektrolit status szoros követésével. Más beszámolók szerint növekedési hormon adásával is javítani lehet az elmaradást.

Mindezek alapján tehát mind az élet lehetőség, mind a rehabilitáció és a növeke-

dés jobb a sikeres transzplantációt követően, mint a dializáltnál, ezért a vese-transzplantáció — lehetőleg élő donortól — a cél minden, veseelégtelenség végstadiumában lévő gyermeknél.

Németh Csilla dr.

Spontán veseruptura. Probst, W. és mtsai (Nephrologische Station, Medizinische Klinik, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 956.

A spontán veseruptura (sv.) ritka, de már régóta ismert kórkép. A szerzők klinikájukon az utóbbi időben három esetet észleltek és ezek lehetséges pathomechanizmusait elemezték. Az észlelt sv. kimutatható okai: periarteritis nodosa, egy esetben urothelcarcinoma, egy esetben pedig anticoagulans és folyamatos ambuláns peritonealis dialysis alatt álló degeneratív vesecystás betegség volt. Az előzőleg nem gyanított diagnózisra mindhárom betegnél a vérzéses szövődmény irányította a figyelmet. Valamennyi betegük túlélte az elvégzett szükséges nephrectomiát.

Noha a spontán veseruptura ritka kórkép, mégis a tisztázatlan klinikai képben az elkülönítő kóriszmében erre a ritka szövődményre is gondolni kell, amelynek a leggyakoribb kiváló okai a következők lehetnek: vesetumorok, vasculitis, embolia, arteriosclerosis, haemodialysis, anticoagulatio, valamint az újabb időben a szerzett vesecysta.

iff. Pastinszky István dr.

Calciumcarbonat a hyperphosphataemia kezelésére tartósan haemodializált betegeknek. Kiss D. és mtsai (Dialysestation der Medizinischen Klinik, Kantonsspital Liestal): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 295.

A foszfatok különböző mennyiségben gyakorlatilag minden ételismiszerben előfordulnak; felszívódásuk a vékonybélben, a hormonálisan szabályozott kiürítésük a veséken át történik; így a veseműködés fokozódó beszűkülésekor fellépő foszfatpanaszok székunder hyperparathyreoidismusra és bizonyos esetekben metastatikus szövetelmeszesedésre vezethet (calcium-foszfat lerakódás). A terminális veseelégtelenségben keletkező metabolikus acidosis a székunder hyperparathyreoidismust fokozza; ezen kívül az aktív D-metabolitok hiánya a bélből a calciumfelszívódást csökkenti és a hypocalcaemia növekedésére vezet.

A hyperphosphataemia kezelése tartósan haemodializált betegeknek alumiiniumtartalmú foszfatatókkel történik. Az utóbbi időben ismételt olyan szövődményekről számoltak be, amelyeket az alumiinium accumulatív eredményezett. Ezért a szerzők sósav-reszistens kapszulában bevitt új calciumcarbonat készítmény hatását vizsgálták, amelyek a gyomor-bél mellékhatásokat ga-

tolhatják. Így 17 tartósan haemodializált betegnél a calciumcarbonat foszfatatók képességét vizsgálták alumiinium-hydroxyddal való összehasonlításban.

Vizsgálataik eredménye szerint a tartósan haemodializált betegek hyperphosphataemiaja calcium-carbonattal jól kezelhető. Az alkalmazott dózisok esetén a hypercalcaemia veszélye kizárható. A D-vitamin-metabolitokkal való egyidejű kezelés eddig még vitatott kérdés.

iff. Pastinszky István dr.

Haemodialysis-betegek anaemiájának recombinans human erythropoietin kezelése: iv. és sc. adagolás összehasonlítása. Zehnder, C., Blumberg, A. (Abt. Nephrologie, Dep. Innere Medizin, Kantonsspital Aarau): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 217.

A recombinans human erythropoietin (r-hu-EPO) kifejlesztése lehetővé tette a veseelégtelen betegek anaemiájának hatásos kezelését. Azonban bizonytalanság áll fent a r-hu-EPO fenntartó dózist, adagolási formáját és a dózis-intervallumokat illetően. A szerzők 12 haemodializált betegen hasonlították össze az r-hu-EPO adagolási formáinak hatásosságát. Az első periódusban a hetente három ízben iv. adott r-hu-EPO hatását három hónap alatt vizsgálták a beteg haemoglobin szintjére; a második periódusban a hetente két ízben sc. befecskendezett r-hu-EPO-val hasonlították össze.

Vizsgálataik azt mutatják, hogy a relatíve rövid megfigyelési idő alatt a hetente két ízben sc. adott r-hu-EPO alacsonyabb adagolásban éppen olyan hatásos, mint a hetente három ízben adott iv. készítmény. A dózis csökkentését illetően további vizsgálatok szükségesek.

iff. Pastinszky István dr.

Az analgeticum abusus epidemiológiai vizsgálata. Mohr, T. és mtsai (Sektion Nephrol., Med. Klin. u. Poliklin., Univ. Heidelberg): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 129.

Az NSZK-ban a dialysisre szoruló betegek 10%-a analgeticum nephropathiában (AN) szenved. Svájcban és Belgiumban a dializáltak 1/3 része szintén az analgetica abusus következtében válik veseelégtelenné. Az Európai Dialysis és Transzplantációs Társaság adatai szerint az AN gyakorisága 10–30%.

A paracetamol a vizeletből kromatográfiás módszerrel kimutatható. Paracetamol, ill. phenacetin abususra utal a vesemedence kapillárisainak sclerosisa.

A szerzők 1986 óta vizsgálják az AN gyakoriságát. A megfigyelések két beteg, ill. egy kontroll csoportban történtek. Az 1. csoportba 169 üzemi munkás, a 2.-ba 198 rendelőintézetű járóbeteg, a 3. csoportba 200 nephrológiai ambulancián gondozott

beteg tartozott. Minden esetben vizelet paracetamol meghatározást végeztek, az analgeticum abususról részletes kórrajzot készítették, továbbá sonographiás és CT vizsgálat történt. Ezen kívül 250 elhalálozott felnőtt ureteropelvikus nyálkahártyájában capillarsclerosis jeleit keresték.

Az 1. csoportban az analgeticum abusus gyakorisága 4,1% volt (kevert fájdalomcsillapítók, vagy paracetamol), a 2. csoportban 3,5%, a vesebetegek között 2% szedett rendszeresen fájdalomcsillapítót. Felvilágosítás ellenére csak egy beteg hagyott fel a gyógyszereszedéssel, a többi esetben a vizeletvizsgálat az abusus folytatására utalt. Nem válogatott, órboncolásra került 258 beteg között 1 esetben figyelték meg az analgetica abusus szövettani ismérveit.

A nephrologiai ambulancia betegeinek kórelőzményében 3,0–3,7%-ban szerepelt rendszeres fájdalomcsillapító szedése, de csak 2 beteg se. kreatinin szintje volt kóros, 78%-ban hypertoniát észleltek. A betegek 1/6-a számolt be időszakos analgeticum bevitelről (a szedett gyógyszer mennyiség meghaladta az 500 g-ot). E csoport betegei között nem fordult elő AN, de gyakori volt a hypertonia. A dialyzált betegek között a veseelégtelenség oka 15 esetben AN volt.

Az NSZK-ban 1986 óta tilos a phenacetin tartalmú gyógyszerek forgalmazása. Ennek ellenére a phenacetin abusus nem szűnt meg. A közelmúltban történt wuppertali boncolási vizsgálatok szerint az elhaltak 2,6%-ában észlelhető a pyelon nyálkahártya capillarsclerosis, melyet leggyakrabban phenacetin, ritkábban paracetamol okoz. Mivel a nephropathia a gyógyszer szedését többéves latencia idő után követi, a betegség előfordulásának csökkenésével csak évek múltán lehet számolni.

Holländer Erzsébet dr.

Hypertonia és vesearteria aneurysma: spontán gyógyulás. Lauzurica, R. és mtsai (Nephrology Department, Hospital de Badalona „Germans Trias i Pujol”, Barcelona, Spain): J. Urology, 1989, 142, 1556.

A vesearteria aneurysmák valódi gyakorisága az általános populációban nem ismert. Ilyen aneurysmák a leggyakrabban hypertoniásokon fordulnak elő. Különböző okok miatt vese arteriográfia vizsgálatnak alávetett betegek között 0,3–1%-ban kimutatható az aneurysma. Egy prospektív boncolási tanulmány 9,7% gyakoriságot írt le. Az etiológia általában atherosclerosis, veseszületet eredetű aneurysmák a vesearteria fejlődési zavarával, műtét, trauma, tumorok. Vesearteria aneurysmákat leírtak fiatal, nem atherosclerotikus páciensekben fibrosus fejlődési zavarral. A vesearteria aneurysma terápia méretétől függően műtéti beavatkozás vagy katéter-embolizáció.

Az arteriális hypertensióval együtt járó aneurysma pathogenesise nem tisztázott: összefügghet a vesearteria szűkülésével, secunder vese-ischaemiával a vesearteria

áramlási zavara miatt, segmentális artériás ágban distalis thrombosisal, az aneurysmában thrombus-embólia eredetű secunder veseinfarctussal.

A szerzők egy 18 éves férfi bal-vesearteria aneurysmáját fedezték fel hypertoniája gondozása során. Magas vérnyomását 1985 novemberében szűrővizsgálat derítette ki, mely akkor 190/110. Egy hónap múlva a jobb karon 170/115, a bal karon 170/120. A férfi teljesen tünetmentes, testsúlya 65 kg, magassága 170 cm. Szív, tüdő tiszta, EKG szemfény normális, komplett vér-, vizeletvizsgálat normális. Vizelet katecholamin normális, plazma renin aktivitás viszont 15 ng/ml (normál érték: 0,51–2,64). A tüdő-röntgen, nephrotomogram, vesezonográfia normális. Digitális intravénás veseangiográfia a bal vesekapunál a vesearteria ágában 1,6 cm átmérőjű, rendellenes mozgásterű aneurysmát és a vesemedence tájban feltekereselt ereket mutatott ki. Principális, laterális ágak szűkülete, és arteriovenosus fistulák nem voltak megfigyelhetők. A jobb vese szelektív arteriográfiája negatív.

Az operációt a páciens elutasította, kezelésére naponta kétszer 50 mg captopril kapott és diétázott. Másfél év múlva a captopril leállították egy-két napos enyhe gastroenteritis miatt, de a gyógyszer elhagyása után is a vérnyomása normális (140/80) maradt. Ekkor digitális intravénás veseangiográfia a bal vesearteria aneurysma hiányát jelzi! Az aneurysma majdnem teljes eliminációja valószínűleg thrombosis következtében történt. A vesemedence tájban az érgomoly megtartott, a bal vese felső pólusa nem csökkent. A plazma renin aktivitása 2 ng/ml lett. Normál étrenden, gyógyszer nélkül ezt követő egy év múlva is normális a páciens vérnyomása.

A Renovascularis Hypertensio Munkacsoport 1987-es véleménye szerint a plazma renin aktivitás értékének kicsi a diagnosztikus jelentősége a veseér eredetű hypertensióban. A bemutatott férfi mentes volt minden más pathológiás állapottól, kivéve a kezdeti magas renin aktivitást, mely az aneurysma eltűnése, a vérnyomás normalizálódása után normális értékre tért vissza. Az aneurysma észrevétlenül eltűnhet, de keletkezhet ruptura, thrombosis és distalis embolisatio. A páciens esetében feltehető a hypertensio renovascularis eredete.

Egri Piroska dr.

Ortopédia

A fluor kezelés hatása a törések gyakoriságára postmenopausás osteoporosisos nőbetegeknél. Riggs, B. L. és mtsai (Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, MN 55905, USA): N. Engl. J. Med., 1990, 322, 802.

A fluor terápia általánosan elterjedt a postmenopausás osteoporosis és a következményes csigolyafracturák kezelésében. Mivel a fluor hatása és effektusa pontosan nem ismert és az irodalmi adatok is ellent-

mondóak, ezért a szerzők fluor kezelés effektusa és a törésgyakoriság felmérésére 4 éves prospektív klinikai kísérletet végeztek 202 postmenopausás osteoporosisos nőbetegeknél, akiknek randomszerűen adtak Na-fluoridot (75 mg/die) és placebo. Valamennyien kiegészítő Ca-ot kaptak (1500 mg/die), de egyéb gyógyszert (D-vit., anabolikus steroid, calcitonin) nem. 4 év elteltével a fluorral kezelt csoportban 66, a kontroll csoportban 69 beteg adatait tudták értékelni. A kiterjedt laboratóriumi, valamint pontosan kidolgozott és reprodukálható radiológiai mérések eredményeit statisztikai módszerekkel elemezték.

A placebo csoporttal összehasonlítva a kezelt csoportban az ásványi anyag denzitás 35%-kal emelkedett a lumbalis csigolyákban (dominálon spongiosus csont), 12%-kal a combnyakban és 10%-kal a trochanter maiorban (keverten spongiosus és corticalis tartalmú csontterület), míg a radius diaphysisben az ásványi anyag denzitás 4%-kal csökkent (dominálon corticalis csont). Az új csigolyatörések száma hasonló volt a kezelt és a placebo csoportban, míg az egyéb csontokon bekövetkezett fracturák száma magasabb volt a fluor terápiában részesült csoportban (72 a kezelt és 24 a kontroll csoportban). Kétszer gyakrabban jelentkezett mellékhatás a fluor kezelésben részesülteknek, mint a kontroll csoportban, mely az alkalmazott dosis csökkentését tetten szükségessé. A főbb mellékhatások a gastrointestinalis tünetek és az alsó végtag fájdalom voltak. A szerzők a tanulmány alapján arra a következtetésre jutnak, hogy a fluor kezelés növeli a spongiosus csontállományt, de csökken a corticalis csont ásványi anyag denzitás és fokozódik a csontrendszer fragilitása. Így a jelen tanulmány alapján a fluor-calcium adás nem effektív a postmenopausás osteoporosis kezelésében.

Mike György dr.

A combfej avascularis necrosis miatti decompressio késői eredményeinek és a műtét előtti MR vizsgálaton alapuló stádiumbeosztásnak az összefüggése. Beltran, J. és mtsai (Ohio State University Hospitals, Columbus): Radiology, 1990, 175, 533.

A combfej korai avascularis necrosisának kezelésére a közelmúltban terjedt el a felfúrással végzett decompressio. A beavatkozás eredményességét és jogosultságát azonban kérdésessé tették azon adatok, melyek szerint a kórkép előrehaladottságától függő mértékben 20–80% között kell számolni a combfej összeroppanásával a felfúrás követően. A decompressio feltételének eddig azt tekintették, hogy még ne legyen röntgenképen kimutatható subchondralis törés. A fent említett vitatható eredmények azonban arra ösztökélnek, hogy hatékonyabb módszert alkalmazzanak a műtétre alkalmas betegek kiválasztására.

A szerzők 24 beteg 34 csípőízületének mágnesrezonanciás vizsgálatáról és de-

compressio utáni követéséről számolnak be. A combfej necrosist a MR képek alapján négy stádiumba sorolják. Az A stádiumban a MR kép normális. A B stádiumban az elváltozás a femurfej teherhordó felületének kevesebb mint 25%-ára terjed ki, a C csoportban 25 és 50% között van, a D csoportban pedig meghaladja az

50%-ot. A felfúrás követően a 34 csípő közül 16-ban alakult ki a combfej összeroppanása. Ha a fenti csoportosításban elemzik ezeket az eseteket, akkor kiderül, hogy a műtét előtti MR vizsgálat eredménye és a szövődmény között egyértelmű összefüggés van. Az A csoport 4 és a B csoport 8 esetében nem következett be a combfej össze-

roppanása, ugyanakkor a C csoport 7 esetéből háromban, a D csoport 15 esetéből 13-ban alakult ki a szövődmény. Ilyen értelemben a MR vizsgálat alkalmas a műtéti javallat elbírálására, a prognózis megítélésére.

Lacza András dr.

LEVELÉK A SZERKESZTŐHÖZ

Myocardialis infarctus prognosztizálása számítógépes programmal.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap Mezey Béla dr. és mtsai közleményét „Friss myocardialis infarctusban szenvedő betegek többlépcsős prognosztizálása PRIMA módszerrel” az eredeti közlemények rovatban (OH 1990, 131, 683–689) közölte. A közleményt azért is nagyon érdekessé találtam, mert korábban magam is foglalkoztam a kérdéssel és a tanuló algoritmusok felhasználásával a klinikai gyakorlatban alkalmazható számítógépes prognosztikai modellt szerkesztettem a szívinfarctusos betegek kórházi prognózisának megítélésére (1, 2). Mezey dr. közleményének értékét bizonyára emelte volna, ha a témában publikált hazai közleményeket és azok eredményeit saját megfigyeléseivel összeveti. A téma kutatásához további sok sikert és pontos irodalomkutatást kívánok.

IRODALOM: 1. Jánosi A., Bajkay G., Bak M.: Intenzív coronaria ápolási egységben kezelt szívinfarctusos betegek prognózisa. *Cardiol. Hung.* 1978, 7, 91–97. — 2. Jánosi A.: A myocardialis infarctus prognózisa. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1979.

Jánosi András dr.

T. Szerkesztőség! Előttünk is ismertek Jánosi dr. a tanuló algoritmusok prognosztikus célú felhasználásával kapcsolatos munkái, amelyeket disszertációjában foglalt össze. Rövid közleményünkben nem volt mód a prognosztizálási eljárások szélesebb körű diszkutálására. Mivel kifejlesztett prognosztizáló eljárásunk az általa

alkalmazottól eltérő, célszerűbbnek láttuk másikat, szintén igen kiváló összefoglaló munkájára hivatkozni. (Jánosi A.: A myocardialis infarctus prognózisa. Az orvostudomány aktuális problémái. 1977, 28, 39.), nem vonva kétségbe a gyakorlati alkalmazás terén prioritását. A közlemény átszerkesztése során az irodalomjegyzékben 10. sorszám alatt citált munkájára történő hivatkozás a végleges szövegből sajnálatos módon kimaradt, eredeti helye a bevezetőben lett volna. Mulasztásunkért megkövetjük. Módszerünkhöz Albert, A. és mtsai eljárását éreztük legközelebbinek, így összehasonlító céllal csak az ő eredményeire tértünk ki a megbeszélésben. Figyelemfelhívó hozzászólását és tanácsait ezúton is köszönjük.

Mezey Béla dr.

A dicephalusok élettartamáról

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam Hernádi L., Megyaszi L. és Farkas M. „Dicephalus praenatalis ultrahang diagnózisa a terhesség 18. hetében” c. közleményét (Orv. Hetil. 1990, 131, 1921). Gratulálok a Szerzőknek a szép diagnózishoz. Hozzászólásom csupán egy apró részletet érint, a torzszülöttek lehetséges élettartamát. Ők is írják, hogy a prognózist a kísérő egyéb rendellenességek súlyossága szabja meg. Ha az egyéb rendellenességek nem súlyosak, hosszabb élettartam is lehetséges, mint az általuk idézett 1 év 22 nap. 14 éve észlelt diprosopus esetünk kapcsán — ifjonti hevületében — nagyon alaposan áttanulmányoztam a kérdés irodalmát, és Gruber könyvében említést találtam az ún. „skót ikrekről”, akik 1490-ben születtek, és 28 évig éltek. Ugyanitt hivatkozik Gruber Hollaenderre, aki ábrát is közöl egy dicephalusról, aki 1697-ben Morosini doge hadseregében harcolt. (Zavarban vagyok, hogy egyes vagy többes számot hasz-

náljak, ha dicephalusról van szó.) Ha hadseregben harcolt, felnőtt és viszonylag „egészséges” lehetett. Ámbár lehetséges, hogy az ellenség ijesztgetésére tartották a seregben. Egy további, nem diprosopus esetet is ismert Gruber: a Tocci testvéreknek két lába, négy karja és két feje volt, 1877–1911-ig éltek.

Természetesen nem lehet a szerzők hibájául felróni, hogy egy 1931-es irodalmat nem ismernek, csak az érdekesség és pontosság kedvéért egészítettem ki adataikat.

IRODALOM: Gruber, G. B.: Über Zweiköpfigkeit bei Menschen (Dicephalus, Diprosopus und Ileothoracopagus) Abhandlungen des Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen Mathematische-Physikalische Klasse III. Folge. Heft 4. Berlin. Weidmannsche Buchhandlung, 1931.

Jórárt György dr.

T. Szerkesztőség! Köszönjük Jórárt dr. hozzászólását, melyben a dicephalusok várható élettartamának kérdésében egészen a középkorig tekint vissza. Nem ismertük az idézett irodalmat. A világon eddig közzét kb. 70 dicephalus közül Apuzzio és mtsai közleményére hivatkozva említettük meg az 1937-ben élt „perza ikrek” — Galya és Ira — esetét a kedvezőtlen életkilátás hangsúlyozásának szándékával.

Úgy gondoljuk egyetértünk abban, hogy „kétfejű” ikertorz praenatalis diagnózisa után a XX. századi gondolkodású szülők döntését a terhesség sorsáról nem a „világhír” fogja motiválni.

IRODALOM: Apuzzio, J. J. és mtsai: Prenatal diagnosis of conjoined twins in a triplet pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1988, 159, 1214.

Hernádi László dr.

„A lelkiismeretes, gondos orvosnak, mielőtt betegének gyógyszert rendelne, nem csupán a gyógytandó betegséget, hanem a beteg egész életmódját és összes testi tulajdonságainak természetét meg kell fontolnia.”

Cicero

MEGJELENT

TRANSZFÚZIÓ 1990. 3. sz.

Meghalt dr. Mészáros Erzsébet főorvos
Váradi Katalin: Hemofília-A hordozók diagnosztizálása DNS-analízissel
Jóó-Szabados Teréz dr., Czinyéri Judit dr., Filonyenko Alla dr., Juhász Jánosné, Borbély Ágnes: A Colton-b vörösvérsejt-antigén magyarországi gyakoriságának első vizsgálata
A tértünetes véradó mozgalom alakulásáról a VI. (1984. Balatonfüred) országos véradó konferencia óta
Pintér Józsefné dr., Kerekes Endre dr.: Vérttranszfúziós állomások egészségügyi szakdolgozóinak tudományos konferenciája

MAGYAR REUMATOLÓGIA 1990. 4. sz.

Kádár János dr., Monte V. Hobbs, Edward L. Morgan, William O. Weigle: Az emberi IgG1 Fc régiójának (Eu

335–357) szerepe a prosztaglandin E₂ elválasztásában
Poór Gyula dr., Mituszova Mila dr.: A köszvényes betegek tubuláris húgysavtranszport-zavarának vizsgálata
Zehner Margit dr., Bodolay Edit dr., Czirájk László dr., Dankó Katalin dr., Sonkoly Ildikó dr., Surányi Péter dr., Szekanez Zoltán dr., Szegedi Gyula dr.: A poliszisztémás autoimmun betegségekhez társuló Sjögren-szindrómáról
Halász Katalin dr.: Multiplex lokalizációjú, familiárisan halmozott Dupuytren kontraktura
Bély Miklós dr.: Bronchiolitis obliterans rheumatoid arthritisben
Kovács Hajnalka dr.: Compliance vizsgálata reumatológiai betegeken

MAGYAR SEBÉSZET 1990. 5. sz.

Bende Sándor, Berkessy Sándor, Kolláth Zoltán: Extracorporális aktív szexuális haemoperfusio alkalmazása szepitko-toxikus shockban
Márkus Béla, Kántor Elemér, Mazur Sándor: Tapasztalataink az emlőrák kezelésében
Kántor Elemér dr., Márkus Béla dr., Omentum majus plastica szerepe az előrehaladott, kifejeződött emlőrák kezelésében
Kostic Szilárd, Kulka Frigyes, Agócs László: Mellkasi metastázisok sebészeti kezelésének aktuális kérdései

Sápy Péter, Bakó Gyula, Baffy György, Olvasz Sándor, Balázs György: A krónikus pancreatitis miatt végzett Whipple-típusú és pylorus-megtartásos pancreatoduodenectomiák késői összehasonlító vizsgálata
Letohe Gyula, Pap Ákos, Domján Lajos: Epeút-műtétek kockázatának csökkentése előzetesen végzett endoszkópos sphincterotomiával
Kónya András: A perkután epeúti intervenció egyes technikai vonatkozásairól
Kupcsulik Péter: Új (ambuláns) módszer inoperabilis nyelőcsődaganatok endoszkopos intubációjára

MEDICINA THORACALIS 1990. 10. sz.

Suba Ilona, Károlyi Alice, Szántó Judit, Zibár Mária, Tóth Magdolna: Röntgenárnyékot adó Koch-negatív tüdőbetegségek differenciáldiagnosztikai problémái
Baranyai Lajos, Kas József, Kiss Dorottya: A hörgő-tamponád alkalmazása
Szalai-Horváth Zsuzsanna, Juhász Gábor, Kovács Tibor: Immuntherápiával szerzett tapasztalataink az asthma bronchiale, rhinokonjunctivitis allergica és rovarcsípés allergia kezelésében
Pál L., Bölcsefi, Stephan Höing, Manfred Wagner: Az alvási apnoe
Balogh Gábor, Csorba Lajos, Vincze Károly: Az empyema thoracis nyitott kezeléséről

HÍREK

A Rákellenes Laser Alapítvány VII. Laser-sebészeti Szimpóziuma

1991. február 20-án szerdán 14 órakor

kerül megrendezésre.

Helyszín: Semmelweis Orvostudományi Egyetem (Bp., VII., Üllői út 26.) Bőrgyógyászati Klinika tanterme

Előadások:

1. Jakab É. dr., Hámori A. (SOTE-KFKI): Argonlaser alkalmazása a bőrgyógyászatban.
2. Lukács Gy. dr., Papp I. dr., Bánfai K. dr. (MH. I.sz. Katonai kh.): Ulcus cruris gyógyítása Nd YAG laserrel.
3. Rédey T. dr. (Pécs): Laserakupunkturális módszerek a klinikai gyakorlatban.
4. Lúpkovics G. dr. (MOM): Beszámoló az SPIE Los Angeles-i kongresszusáról.

5. Élő J. dr. (Weil E. Kh.): Gégetumorkok laserkezelése.

6. Bíró Zs. dr. (POTE): Laser alkalmazása glaukoma kezelésében.

Az előadásokat kerekasztal-megbeszélés, konferátumok, készülékbeutató, videoprogram követi.

A Rákellenes Laser Alapítványhoz csatlakozni kívánó orvosok, fizikusok, mérnökök, technikus szakemberek, biológusok, kémikusok, valamint egyetemi hallgatók jelentkezési lapot a helyszínen kaphatnak.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk.

A Fővárosi Uzsoki utcai Kórház Tudományos Bizottsága 1991. március 6-án du. 14 órakor a kórház kultúrtermében tudományos ülést tart a Kh. IV. Bel. közreműködésével.

A Tudományos ülés programja:

1. Reményi Péter dr., Balkányi Iván dr., Jancsó Ágnes dr.:

Osztályunkon észlelt Lyme-kóros betegekről.

2. Sebestyén Júlia dr., Bende Ilona dr., Balkányi Iván dr.:

Az acetilálási folyamat vizsgálata I és II típusú diabetesben

3. Simon Livia dr., Szántó Péter dr., Tóth Bea dr.:

Új vizsgálati lehetőségek a MEDACARD Doppler készülékkel.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1991. március 4-én du. 15.00 órakor tudományos ülést tart a Lukács Klubban (Bp., Frankel L. u. 25–27.)

Program:

1. Vigh József dr.:
- Prostatectomia ma
2. Klinikopathológia

A Belvárosi Egészségvédelmi Szolgálat és a Magyar Kalobiotikai Társaság „Egészség és esztétikum” címmel 1991. március 20-án 13.30 órai kezdettel Budapest, VI. kerület, Teréz krt. 12., I. em. alatt programot rendez.

Megnyitó: Beke Aranka dr., osztályvezető

Üdvözlések: Kovács Dezsőné, Kossuth-díjas alelnök

Orient Enikő textilművész és Kampfl József szobrász- és éremművész kiállítását Vértés László dr. nyitja meg.

Üléselnökök: Kisbán Gabriella dr., orvosigazgató, Vértés László dr. főtitkár

Előadások: Maria Schulze Roberg (Hamburg): A chinésiológiáról.

Csabay Ildikó dr.: Szemészet és művészet
Bérczi Éva dr.: Kozmetológus az esztétikumról
Vértés László dr.: Zenetherapia — zene-gariatéria

Körzeti orvosok II. Kutatóképző Szemináriuma FELHÍVÁS

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete 1991. októberében 10 napos kutatóképző szemináriumot rendez

A szeminárium bentlakásos, egésznapos elfoglaltságot jelent.

A részvétel költségeit a szervezők fedezik.

A résztvevők száma maximum 25 fő, akiket pályázat alapján választunk ki.

Pályázhat minden olyan 45 évnél fiatalabb, jelenleg aktívan dolgozó körzeti orvos (vagy az a pályakezdő, aki várhatóan körzeti orvos munkakörbe kerül), aki a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének tagja és a körzeti orvosi alapellátásban kutató munkát kíván végezni.

Előzetes jelentkezést, illetve részvételi számdéket

1991. március 31-ig

kell a MÁOTE Titkárságán jelezni (1133 Budapest, Bessenyei u. 27.)

Ezután a jelentkezők részletes tájékoztatót kapnak a pályázati feltételekről.

A pályázat benyújtásának határideje: 1991. május 31.

Az érdeklődők szíves figyelmébe ajánljuk az I. Szemináriumról megjelent részletes beszámolót (Medicus Universalis 1990. márciusi számában).

Az 1991. évi szeminárium tematikája és lebonyolítása azzal közel azonos lesz.

Felhívás

A MÁOTE 1991. október 11–12–13-án Gyulán rendezi meg II. Országos Vándorgyűlést „Holisztikus medicina” címmel.

A rendezőbizottság az előadásokat egy szekcióban, kerekasztal formájában, moderátorok vezetésével szervezi a következő témakörökben:

1. Diagnosztikus tapasztalatok az általános orvoslás gyakorlása során (nem műszeres megfigyelések, hagyományos propedeutika)
2. Terápiás lehetőségeink változásai az utóbbi években (alternatív medicina próbálkozásai,

munkacsoportok eredményei, PHC, gyógyszer-
utánvizsgálatok, kazuisztika)

3. A minőség biztosításának új módszerei az
általános orvosi gyakorlatban (reformpróba-
zások, finanszírozási lehetőségek stb.)

Az előadásokat teljes terjedelemben két-
három kötetben előre kinyomtatjuk, hogy a
részvevők a vándorgyűlés előtt megismerhessék
és a vitára felkészülhessenek. Ezért kérjük, hogy
az előadások teljes anyagát legkésőbb 1991. április
30-ig a MÁOTE Titkársága címére (Bp., Bes-
senyei u. 27. 1133) szíveskedjenek eljuttatni.

A Keresztény Orvosok Magyarországi Társa-
sága első kongresszusát tartja nemzetközi rész-
vétellel 1991. május 2–5-ig Balatonaligán.

Téma: A keresztény orvos szerepe a mai társa-
dalomban.

Jelentkezni lehet dr. Böszörményi Katalinnál,
Budapest, XI., Ábel u. 5. 1113.

EGYETEMI TUDOMÁNYOS NAPOK 1991. ÉVI PROGRAMJA A SEMMEIWEIS ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEN

Az ülés időpontja:	Rendező tanszék:	Ülés helye:
1991. február 14. 14 óra	I. Belklinika	NET Dohányzó
1991. március 7. 14 óra	III. Bel- klinika	NET Dohányzó
1991. március 21. 14 óra	Szűzsebészeti és Fogászati Klinika	Saját tanterem
1991. április 11. 14 óra	I. Sebészeti Klin.	Saját tanterem
1991. április 16. 14 óra	I. Szemészeti Klin.	Saját tanterem
1991. április 26. 14 óra	Társadalom- tud. Int.	NET Dohányzó
1991. április 27. 9 óra	Társadalom- tud. Int.	NET Dohányzó
1991. május 16. 14 óra	Társadalom- orvostani és Orvostörténe- ti Int.	NET Dohányzó

A Fővárosi Péterffy Sándor utcai Kórház-
Rendelőintézet
tudományos üléseinek 1991. évi programter-
vezete

Február 20. Üléseinek: Dr. Fővényi József

1. Papp L. T., Ács I.:
Visus eredményeink toxicus lencse syndroma
után

2. Thaisz E., Rappai Á.:

I. típusú diabetikák és inzulin igénylő gestatiós
diabetesek anyagcsere-vezetése a terhesség
alatt. Szülészeti következtetések

3. Balogh Á., Lazarus M., Kardai J.:

A kombinált vagy szimultán műtétek jogi, etikai
problémái

4. Hegedűs T.:

Functio megtartására szolgáló sebészti törekvé-
sek radikális méheltávolítás kapcsán

Március 20.

Kerekasztal a humán klinikai vizsgálatok elméle-
ti, etikai és szervezési kérdéseiről

Felelős és moderátor: Dr. Balogh Ádám

Április 3.

Klinikopathológiai konferencia

Április 17.

Kerekasztal a nosocomialis fertőzések

Felelős és moderátor: Dr. Ludwig Endre

Dr. Korányi György

Május 15.

Nem fertőző krónikus betegségekben szenvedők
oktatása mint a sikeres gondozás és kezelés
alapja

Moderátor: Dr. Fővényi József

Május 29. Üléseinek: Dr. Ludwig Endre

1. Sándor J.:

Biotest microplatek alkalmazása a szerológiai
diagnosztikában

2. M. Bey:

Therapiás Biotest-készítmények ismertetése

3. Knall Gy.:

Plasmafractionálás és ebből készült terapiás ké-
szítmények

4. Kiállítás a Biotest termékeiből

Június 19. Üléseinek: Dr. Kondás József

1. Méhes M., Lamboy B., Szöllősy Gy., Mo-
hai L.:

EPREX (r-Hum. Erythropoetin) iv. és sc.
adásával nyert tapasztalataink krónikus vese-
elégtelenségben

2. Lamboy B., Méhes M., Szöllősy Gy., Mo-
hai L., valamint SOTE Urológiai Klinika műve-
se, Margit Kh. Nephrológia, Semmelweis Kh.
Nephrológiai osztályok I–I munkatársai:

Bal kamra hypertrophia és kardiális terhelhetősé-
g változása krónikus vesebetegség anaemiájá-
nak korrekciója (EPREX) után

3. Mohai L., Lamboy B., Lukács M., Méhes
M., Szöllősy Gy. (Péterfy Nephrológia – B-
Belgyógyászat):

Glomeruláris haematuria diabetesben

4. Szöllősy Gy., Jármay V., Méhes M., Mohai
L., Ligner E.:

Szociális juttatások: üdülés, egészségügyi ellátás,
gyermeküdülés.

A munkakör betöltésének feltétele megfelelő psi-
chodiagnosztikai, illetve terápiás gyakorlat, képzettség,
valamint 3 hónapnál nem régebbi érkölsői bizonyítvány.

Jelentkezni, illetve tájékozódni az 1-276-849/244 tele-
fonon a vezető pszichológusnál."

Csivay Iván dr.
főigazgató főorvos

(253/a)
Nagyfai Börtön és Fogház – 6750 Szeged—Nagyfa
— pályázatot hirdet intézeti orvosi feladatok ellátásához
— 1 fő belgyógyász szakorvos.
— 1 fő általános orvostani szakvizsgálóval rendelkező
orvos és
— 1 fő szakvizsga nélküli általános orvos részére.

Diéta vagy dialízis? krónikus veseelégtelensé-
gben

5. Törnyei A., Mohai L., Méhes M., Éles Cs.,
Szöllősy Gy. (Péterfy Nephrológia – A-
Sebészet):

Tenckhoff katéter sebészeti szövödményei —
gondolatok egy eset kapcsán

Szeptember 18. Üléseinek: Dr. Krasznai Péter

1. Majláth G., Papp L. T., Kálmán K.:

Az uveitis posterior diagnosztikus és terapiás
nehézségei

2. Nemes J.:

Veseelégtelenség szívbetegségek gyakorisága és gon-
dozása kora- és újszülöttjeinkben

3. Szentgyörgyi E., Kondás J.:

Az ureteroscopya szerepe az ureterkövek keze-
lésében

4. Zacher P.:

WISAP-cég által gyártott laparoscoppal szerzett
tapasztalataink, különös tekintettel a sterilizá-
ciós eszközre

Október 16.

Kerekasztal az endoscopos biopsziáról

Felelős és moderátor: Dr. Skaliczki József

November 13.

Kerekasztal a daganattherápia interdisciplina-
ris kérdéseiről

Felelős: Dr. Balogh Ádám, Dr. Kondás József,
Dr. Krasznai Péter

November 27.

Klinikopathológiai konferencia

December 11. Üléseinek: Dr. Gulyás Gusztáv

1. Papp L. T., Vagyóczky Á., Sándor N.:

Műtéti szemléletünk változása az utóbbi két évben

2. Takács L., Gulyás G.:

A lyposuctio (zsír szívás) plastikai sebészeti in-
dikációja, technikája, eredmények, szövödmé-
nyek

3. Kollár S., Haskó L., Rácz E.:

A stressz ulcusról és kezeléséről

4. Kiss A., Vácz L., Szecskó L., Kondás J.:

Incidentálisan felfedezett tünetmentes veseda-
ganatok

5. Boross G.:

A vércserék alakulása az utolsó 10 évben osztá-
lyunkon

1992. január 5.

Kerekasztal az akut veseelégtelenségről

Felelős és moderátor: Dr. Szöllősy Gyula

Rózsadomb elején kétklakásos villában, az
egyik 50 m²-es, összkomfortos, cirkófütéses,
KIEL telefonos lakás orvosi rendelőnek kiadó.

Lehet team is.

T.: 135-6312 (reggel: 8–10 óráig, délután:
18.00–21.00 óra közötti időben)

PÁLYÁZATI HIRDETMEYNEK

(241/c)

„Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Inté-
zet (1475 Budapest X., Kozma u. 13. Pf. 22.) főigazgató
főorvosa megüresedett álláshelyekre felvesz 3 fő klini-
kai pszichológust.

A felvételre kerülő pszichológus részt kell vegyen az
intézet szakértői jellegű diagnosztikai és elmeosztályi
terápiás feladatainak ellátásában.

Fizetés: havi 18–24 ezer Ft között, évente egyszeri
juttatásként 13. havi fizetés, korpótlék, ingyenes BKV-
bérlet.

Szükség esetén albérteti hozzájárulást biztosítunk.

Alkalmazási feltétel büntetlen előélet. A munkavi-
szony határozatlan időre szól.

Bérezés megegyezés szerint az IM. kulcsszámai
szerint.

Jogosultság esetén szolgálati lakásra van lehetőség.

A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül
kell benyújtani.

A pályázattal kapcsolatos felvilágosítás 62-es körzet
67-241, 67-290-es telefonon.

(4)
Fiatal belgyógyász szakorvos, viszonylag széles ta-
pasztalatokkal, pszichoszomatikus, holisztikus szemlé-
lettel rész- vagy teljesidejű munkalehetőséget keres a
vállalkozási szférában vagy más új szemléletmódú
helyen.

Kapcsolatfelvétel „Partneri viszony” jeligen a ki-
advány.

(5)
„A MÁV Tüdőgyógyintézet és Tüdőgondozó orvos-igazgatója (Budapest, XII. ker., Szanatórium u. 2/A 1528) pályázatot hirdet az intenzív osztály anaesthesiológus-, intenzív terápiás beosztott orvosi állásra szakorvos vagy szakvizsgálóhoz közelálló részére.

A pályázat elnyerőjét és igényjogosult családtagjait bel-, (egy év eltelte után) külföldi utazási kedvezmény is megilleti.

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

Tallós Imre dr.
orvos-igazgató

(6)
Monor Város Polgármesteri Hivatal Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény mb. igazgató főorvosa (2200 Monor, Balassa u. 1.) pályázatot hirdet:

- 1 sebész szakorvosi,
- 1 szemész szakorvosi,
- 1 ideg-, ill. elmegyógyász szakorvosi

állásra.

A kiírt állásokra közvetlen szakvizsga előtt állók is benyújthatják pályázatukat.

Besorolás és bérezés az érvényes előírások szerint.

A szolgálati lakás megbeszélés tárgyát képezheti.

Tóth Ilona dr.
mb. igazgató főorvos

(7)
„Mezőkövesd Város Önkormányzati Képviselő Testülete pályázatot hirdet Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatói állás betöltésére.

Pályázati feltételek:

- 10 éves szakorvosi,
- több éves vezetői gyakorlat.

A pályázatnak tartalmaznia kell a pályázó személyi és foglalkozási adatait, szakmai önéletrajzot, a munkaköri követelmények, feladatok teljesítésére vonatkozó elképzeléseit, a munkakör betöltésének feltételeként jogszabályban meghatározott okiratokat vagy azok másolatait. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatot a felhívás megjelenésétől számított 30 napon belül kell benyújtani a város polgármesterének.

3400 Mezőkövesd, Tanácsköztársaság út 112. sz.
További felvilágosítás a polgármestertől a 40/12-634-es telefonon.”

(8)
„A BM Somogy megyei Rendőr-főkapitányság pályázatot hirdet a Rendőr-főkapitányság Orvosi Hivatalánál megüresedett *bűnügyi orvosi munkakör* betöltésére, igazságügyi orvosi, kórbontani gyakorlattal rendelkező férfiak részére.

Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Jelentkezés feltételei: — 35 év alatti életkor,

- büntetlen előélet,
- letöltött sorkatonai szolgálat,
- egészségügyi alkalmasság.

Fizetés a vonatkozó jogszabályok szerint.

Lakást megbeszélés alapján tudunk biztosítani.

Cím: Somogy megyei Rendőr-főkapitányság Személyzeti Osztálya

7400 Kaposvár, Forradalmárok tere 3.

Telefon: 14-422”

Gadányi István r. őrgy.
mb. osztályvezető

(9)
„A Debreceni Orvostudományi Egyetem Ortopédiai Klinika igazgatója pályázatot hirdet 3224 kulcsszámú orvosi állásra, anaesthesiológus munkakörbe, pályakezdő vagy fiatal orvos számára.

A pályázónak orvosi diplomával kell rendelkeznie, (szakképesítés előnyt jelent) és meg kell felelnie mindazon követelményeknek, amelyeket az egyetem oktatóival szemben támaszt.

Részt vesz a klinika gyógyító, oktató és tudományos munkájában, feladatait a klinika igazgatója határozza meg.

Az állás azonnal elfoglalható, bérezés megegyezés szerint.

A pályázati kérelemhez mellékelni kell:

- orvosi diploma-másolatot,
- működési bizonyítványt,
- erkölcsi bizonyítványt,
- részletes önéletrajzot,
- orvosi nyilvántartás igazolását,
- esetleges tudományos közlemények és előadások jegyzékét.

A pályázatokat a megjelenést követően 30 napon belül a DOTE Személyzeti Osztályára (4012 Debrecen, Pf. 33.) kérem benyújtani.”

Kapusz Nándor dr.
személyzeti osztályvezető

(10)
„A Fővárosi László Kórház orvos-igazgatója (1097 Budapest, Gyáli út 5-7.) pályázatot hirdet a Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztályán *osztályvezető főorvos* állásra.

Pályázati feltétel: mikrobiológiai szakorvosi képesítés és 10 éves szakorvosi gyakorlat.

A pályázatokat a 7/1987. (VI. 30.) Eü. M. sz. rendelet 1. sz. melléklete alapján a megjelenést követő 30 napon belül az intézet orvos-igazgatójához kell benyújtani.”

Mikola István dr.
orvos-igazgató

(11)
„A Battonya Városi Polgármesteri Hivatal pályázatot hirdet *gyermekorvosi állásra*, amely azonnal elfoglalható.

Fizetés megegyezés szerint.

Szolgálati lakást biztosítunk.

Jelentkezni lehet: Takács Dezső polgármesternél, 5830 Battonya, Néphadsereg u. 91. sz. alatt, telefon: Battonya: 122”

Bogár Pálné
hivatalvezető

(12)
„A Nagykanizsai Városi Tanács Kórház-Rendelőintézete orvos-igazgatója (Nagykanizsa, Fabik K. u. 2-8.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett IX. sz. *feladati körzeti orvosi állásra*.

A pályázati anyagot a 7/1987. (VI. 30.) Eü. M. számú rendelet 1. sz. melléklete szerint kérjük összeállítani.”

Szabó Csaba dr.
orvos-igazgató

„Ha... tudósok azzal töltik kedvüket, hogy tudást csupán a tudásért halmoznak — megnyomorítják a tudományt és kárpád lesz minden új gép. Idővel mindent felfedezhettek, amit felfedezni egyáltalán lehetséges, de ez a haladás egyszerűen elidővolthat az emberiségtől.”

Bertold Brecht
„Galilei élete” c. drámájából

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Zoltán u. 8. Megjelenik 8910 példányban

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó igazgatója

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: Budapest V., Kossuth L. tér 13-15. Levélcím: Budapest, Pf. 9. 1361. Telefon: 131-57-76

Előfizetési díj egy évre 1680,— Ft, fél évre 840,— Ft, negyed évre 420,— Ft, 1 hónapra 140,— Ft egyes szám ára 31,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 91.14899 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

EBRIMYCIN®

gél

EREDETI MAGYAR SZÉLES SPEKTRUMÚ LOKÁLIS ANTIBIOTIKUM

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

JAVALLATOK: Traumás eredetű friss, felszínes
sérülések, égések, roncsolások bakteriális fer-
tőződésének megelőzésére, primycinérzékeny mik-
roorganizmusok által fertőzött sérülések, roncsolá-
sok, műtési sebek, trophikus fekélyek (pl. ulcus cruris,
decubitus), nekrotikus alapú nyílt gennyesedések (pl.
gangraena fistula, krónikus osteomyelitis, absces-
sus), felszínes és mély gennyesedések (pl. folliculitis,
acne vulgaris, impetigo contagiosa, ecthyma, turun-
culus, carbunculus, panaritium) helyi kezelése.

ELLENJAVALLAT: Lidocain iránti túlérzékenység.

ALKALMAZÁS: Helyi: a gél a sérült, égett, ron-
csolt, fekélyes felszínre közvetlenül, vékony rétegben
— nyílt kezelés — vagy steril gézlapra téve, zárt kötés
formájában, napi 1—3 alkalommal kell felvinni. A
felületről a gél steril vizes oldattal lemosható.

MELLÉKHATÁSOK: Az alkalmazást követően
múló, helyi égő, csípő jellegű fájdalomérzés fordulhat
elő, elsősorban nagy kiterjedésű égés, roncsolt sebek
kezelésekor. Primycinallergiát, ekzemat, gyulladást
nem észleltek.

FIGYELMEZTETÉS: Nagyobb felületen történő,
különösen gyakori alkalmazás esetén gondolni kell a
lidocainfelszívódás lehetőségére. Zárt kezelés esetén
javasolt az Ebrimycin® géllal kezelt felület bekötése
előtt az alkohol elpárolgását megvárni.

MEGJEGYZÉS: ✚ Csak vényre adható ki egyszeri
alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 10 g-os tubusonként

CHINOIN BUDAPEST 

TALEUM[®] inhalációs aeroszol

Antiasthmaticum inhalatorium

A dinátrium kromoglikát a hízósejtek különböző immunológiai és nem immunológiai mechanizmusok által kiváltott degranulációját gátolja, továbbá neurofiziológiai mechanizmuson keresztül képes blokkolni a nem immunológiai ingeret. Legfontosabb terápiás hatása valószínűleg a bronchialis hyperreaktivitás indirekt módon történő tartós csökkentésében érvényesül.

A készítmény az asztmás tünetek kialakulásának megelőzésére alkalmas. Hörgtágító hatása nincs, a nehézlégzést nem enyhíti, így a hörgtágító aeroszoloikat nem helyettesíti.

HATÓANYAG:

300 mg dinatrium cromoglicicum palackonként.

JAVALLATOK:

külső tényezők által kiváltott allergiás asthma bronchiale, krónikus bronchitis, melyben allergiás mechanizmus is szerepet játszik. Pozitív allergén lelet hiánya nem zárja ki a terápia hatékonyságát.

ELLENJAVALLATOK:

terhesség első három hónapja. Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Akut asztmás roham.

ADAGOLÁS:

A szelep egyszeri nyitásával 1 mg hatóanyagtartalmú permet távozik a palackból. Egy palackból minimum 200 adag permetezhető ki. Gyermeknek 5 éves kortól adható, a felnőttekével azonos adag szükséges. Kezdő adag: 4-szer naponta 2 belégzés (4 × 2 mg). Súlyos esetekben a napi adag 6–8-szor 2 belégzésig emelhető.

A kezelés terápiás eredménye általában a negyedik hét után jelentkezik, idősebb súlyos krónikus asztmás betegekben csak a hatodik–nyolcadik hét után.

A kezelést felfüggeszteni fokozatosan (kb. 1 hét alatt) kell, hogy elkerüljük az asztma exacerbációját. A kezelés sok esetben lehetővé teszi az egyéb antiasthmaticumok adagjának csökkentését, esetleges fokozatos elhagyását.

Szteroidok esetében különös óvatosság szükséges. Az ajánlott heti szteroidcsökkentés, a napi adag 10%-a. Ha a kezelés eredménye a szteroidadagolás csökkentését vagy elhagyását lehetővé tette, a Taleum[®] leállítása előtt az eredeti szteroidszintet helyre kell állítani.

A palackot használat előtt jól fel kell rázni!

Az előírt adagot a palack függőleges helyzetben (fűvókával lefelé fordítva) lehet kipróbálni.

MELLÉKAJTÁSOK:

Irritáció, (pl. szárazságerzés a torokban), rossz ízérzet, köhögés, sipoló légzés, hányinger előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS:

A készítmény hatástalan az akut asztmás roham, status asthmaticus kezelésében.

A Taleum[®] inhalációs aeroszolt akkor kell a terápiás programba bevezetni, amikor az akut epizód lezajlott, a légutak felszabadultak és a beteg képes arra, hogy megfelelően belélegezze a levegőt és a gyógyszert. A dinátrium kromoglikát az epén és a vesén keresztül választódik ki, emiatt csökkent máj- és vesefunkciójú betegek adagját egyénileg kell megállapítani, esetenként csökkenteni szükséges.

MEGJEGYZÉS:

✚ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS:

1 adagolószelepes palack (17,3 g)

ELŐÁLLÍTÓ:

EGIS GYÓGYSZERGYÁR — Budapest

OGYI eng. sz.: 3762/40/90.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

132. ÉVFOLYAM 8. SZÁM 393—448. OLDAL

BUDAPEST, 1991. FEBRUÁR 24.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

®

TRENTAL

injekció

A pentoxifylin növeli a szövetek vérátáramlását a mikrocirkuláció javításával úgy, hogy a vér kóros folyadékáramlási tulajdonságait előnyösen befolyásolja. Javítja a vörösvérsejt-deformabilitásban beállott kóros változást, gátolja a trombocitaaggregációt és csökkenti a megnövekedett vérszkoizitást. Ezáltal a vérellátási zavar területén javul a perfúzió, a kapillárisok és a szövetek közötti tápanyagcsere.

HATÓANYAG: 100 mg pentoxifylinum (5 ml) ampullánként.

JAVALLATOK: Arterioszklerózis, diabéteszes és gyulladásos eredetű perifériás artériás és arteriovenosus vérkeringési zavarok (claudicatio intermittens és nyugalmi fájdalom); trófikus zavarok (ulcus cruris és gangréna); a szem vérkeringési zavarai (a retina és chorioidea akut és krónikus elégtelen vérellátása); a belső fül funkció zavarai (hirtelen hallásvesztés); cerebrális vérkeringési zavarok (az agyerek arterioszklerózisa következtében), ischaemiás és postapoplexiás állapotok.

ELLENJAVALLATOK: Hatóanyag iránti túlérzékenység. Cerebrális vérzések, masszív retinavérzés, szívinfarktus akut stádiuma. Hipertóniával járó súlyos koronária- vagy agyi arterioszklerózis és klinikailag jelentős aritmiák. Terhesség.

ADAGOLÁS: A Trental intravénás injekció vagy infúzió formájában adható. Intravénás infúziós kezelés a vérkeringési zavar súlyossága, a testsúly és az egyéni töröképesség figyelembevételével az alábbi adagolás mellett ajánlott. 200–300 mg (2–3 ampulla) 250–500 ml kompatibilis infúziós oldatban naponta kétszer (élelőlt és délután) lassú, csepp-infúzióban, 120–180 percen keresztül. A délutáni infúzió kiegészítésére 2×1, illetve a két infúzió közötti hosszabb intervallum esetén 1 Trental 400 draszé adható.

Súlyos esetekben, különösen gangréna fekélyesedés, súlyos nyugalmi végtagfájdalom (Fontaine III. és IV. stádium) napi 24 órán át tartó folyamatos intravénás infúzió javasolt, legfeljebb napi **1200 mg (12 ampulla)** eléréséig. Az adagok kiszámításánál az óránként 0,6 mg/ttkg/óra a tájékoztató adag.

A napi infúzió térfogata általában 1000–1500 ml legyen, amelynek megállapításakor a kísérő betegségek figyelembevétele szükséges.

Az infúziós oldat készítéséhez izotóniás nátrium-klorid, sós nátrium-laktát infúzió, illetve — dextrán tartalmú infúziók kivételével — bármilyen általában használt plazmapótszer alkalmazható. Új, korábban nem alkalmazott infúzióhoz való keveréskor a Trental-lal kompatibilitási vizsgálat végzendő. Intravénás injekció formájában a szokásos napi adag 100 mg (1 ampulla), melyet **fekvő** testhelyzetben, igen **lassan** — legalább 5 perc alatt — kell beadni. Újabb injekció közvetlen beadás tilos!

Az injekciós kezelést célszerű napi 2–3 Trental 400 draszé adagolásával kiegészíteni. Az injekciós terápia folytatásként orális alkalmazásra lehet áttérni.

MELLÉKHATÁSOK: Gyomor- bél panaszok (pl.: nyomás- és teltségérzet, émelygés, hányás, hasmenés), fejfájás vagy szédülés, amelyek egyes esetekben a kezelés megszakítását tehetik szükségessé. Általában ezek a panaszok az injekció lassú beadásával vagy az infúzió sebességének lassításával csökkenthetők.

Nagyon ritkán — mindenekelőtt nagyobb adagokat követően — arckipirosodás, forróságérzet, paroxysmalis tachycardia, angina pectoris előfordulását jelezték. Ezekben az esetekben az alkalmazott dózis csökkentését vagy a kezelés megszakítását mérlegelni kell.

Túlérzékenységi bőreakciók: viszketés, bőrvörösödés, csalánkiütés vagy hely bőrduzzanat (angioneurotikus ödéma) ritkák és a terápia megszüntetését követően megszűnhetnek.

Antikoagulánsokkal vagy trombocitaaggregációt gátló szerekkel együtt, vagy anélkül folytatott Trental kezelés során nagyon ritkán vérzések (pl. bőr, nyálkahártya, gyomor, bél) léphetnek fel. Az ilyen vérzések és a Trental beadása közötti ok-okozati összefüggést nem bizonyították, de az teljes bizonyossággal ki sem zárható. Egyes esetekben a vérlemezkék száma csökkenhet (thrombocytopénia).

A pentoxifylin túladagolásakor bőrpiir, eszméletvesztés, kávéaljszerű hányás, reflexkiesés, tónusos-clonusos görcsök léphetnek fel. A szokásos terápiás beavatkozásokon túl, a vérnyomás folyamatos ellenőrzése szükséges. Jelentős vérnyomáseséskor plazma pótszerek i.v. adása szükséges. (Ödémavesztély!) A légutak átjárhatóságát biztosítani kell, a görcsök kezelésére diazepam alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCÖSNHATÁS: Óvatosan adható:

- vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás);
- inzulinval, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás, az adagjaik csökkentése szükségessé válhat).

FIGYELMEZTETÉS: Az általános vérkeringés labilis szabályozása, hypotensív hajlam esetén, a parenterális Trental kezelést különösen óvatosan kell kezelni. Az ilyen betegeken átmeneti vérnyomásesést, ájulást, ritkán anginás fájdalmat okozhat. Szívglükozidokkal és egyidejűleg Trental-lal parenterálisan kezelt, dekomponzált betegeknél a nagy térfogatú infúziók használata kerülendő.

Súlyos vesekárosodás esetén, az adag csökkentése szükséges.

ELŐÁLLÍTJA: CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. Budapest

Hoechst AG. Frankfurt am Main/NSZK licenc alapján

MEGJEGYZÉS: ⚠ Csak vénre adható ki. A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

® = a HOECHST AG. Frankfurt am Main, NSZK védjegye.



CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

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., Romics László dr. és Várnai Ferenc dr.

*

Tanácsadó testület:

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

*

Szerkesztő munkatársak:

Btáge Zsuzsanna dr., Gergely Péter dr., Giacinto Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fnts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

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

132. ÉVFOLYAM

*

8. SZÁM

*

1991. FEBRUÁR 24.

TARTALOMJEGYZÉK

Szabó Gábor dr., Bálint Szabolcs dr., Nyeste Erika dr., Medgyesi Ildikó dr., Tamáskovics Antal dr. és Podmaniczky Gábor dr.:

Egészséges emberek hiányos nyomelem ellátottsága a szérum és plazma multielemes analízise alapján

Trace element deficiency states of health individuals by virtue of their sera and plasma multielemental analyses 395

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Csikó Miklós dr., Gál Sándor dr., Fekete Gyula dr. és Noskó Károly dr.:

Sphincter megtartásos eljárás vagy abdominoperinealis amputatio? (A végbél alsó kétharmad rákos megbetegedésének sebészi kezelése) 403

Sphincter saving resection versus abdominoperineal excision for carcinoma localized in the low two thirds of the rectum.

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Czink Edit dr., Gyódi Éva dr., Német Katalin és Hollán Zsuzsa dr.:

Adatok a HLA antigének és az idiopathiás haemochromatosis hazai kapcsolatához

On the correlation of the HLA antigens and the idiopathic haemochromatosis in Hungary 409

DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK

Szántó Ferenc dr. és Kovács László dr.:

Az egyoldali, intermittáló emlőstimulálás jelentősége az antenatális magzati diagnosztikában

The role of the intermittent, unilateral breast stimulation test in the fetal antepartum monitoring 417

RITKA KÓRKÉPEK

Baksa József dr.:

Sikerrel operált, vérző és perforált „Curling-fekélyes” égésbetegeink

„Curling's ulcers” bleeding and perforation treated by surgery in burn injuries 421

HORUS

Kemenes Pál dr.:

A XVI. századi itáliai arisztotelianizmus hatása a medicinára

The effect of aristotelianism on the medicine in the 16th century 425

Bonczos László dr.:

József Attila és Carl Gustav Jung

Attila József and Carl Gustav Jung 427

Folyóiratreferátumok 433

Könyvismertetések 447

Hírek 447

Pályázati hirdetések 448

TRI-REGOL

tabletta

Trifázisos orális kontraceptívum

Összetétel:

Sárga színű tabletta:

0,05 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

Barack színű tabletta:

0,075 mg levonorgestrelum és 0,04 mg aethinyloestradiolum

Fehér színű tabletta:

0,125 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

- Három fázisú orális fogamzásgátló
- Megbízható kontraceptív hatás
- Előnyös ciklusszabályozó hatás
- Fiziológiás endokrin funkciónak megfelelő adagolás
- Alacsony hormontartalom = Jó tűrhetőség
- Széles korhatárok között alkalmazható

**Részletes felvilágosítással
készséggel áll
rendelkezésére:**



**Kőbányai
Gyógyszerárugár**

**Orvostudományi
Főosztály**



Szabó Gábor dr.¹,
Bálint Szabolcs dr.²,
Nyeste Erika dr.²,
Medgyesi Ildikó dr.³,
Tamáskovics Antal dr.⁴
és Podmaniczky Gábor dr.²

Egészséges emberek hiányos nyomelem ellátottsága a szérum és plazma multielemes analízise alapján

¹Debreceni Orvostudományi Egyetem, III. sz. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Szegedi Gyula dr.)

²Növény- és Talajvédelmi Szolgálat Debreceni Intézete

(igazgató: Podmaniczky Gábor dr.)

³Hajdú-Bihar Megyei Tanács Dr. Kenézy Gyula Kórház, Debrecen Vérellátó Osztálya
(vezető: Medgyesi Ildikó dr.)

⁴MH Hajdú-Bihar Megyei Hadkiegészítési Parancsnokság, Debrecen
orvosi részleg
(vezető: Tamáskovics Antal dr.)

Egészséges emberek szérum ($n = 56$) vagy plazma ($n = 15$) szelén koncentrációját mérték egyéb elemek (mangán, molibdén, kadmium, higany, ólom, nikkel) mellett ICP spektrometriás módszerrel. Megállapítható, hogy 40 egészséges, egyaránt 19 éves (egy megyében, de 28 különböző településen élő) férfi szérum ($n = 25$) vagy plazma ($n = 25$) mintáinak multielemes analízisekor 15 esetben a mintákban a szelén kevesebb volt a kimutathatósági határnál ($< 24 \mu\text{g/l}$). Éppen ezért a továbbiakban az egészséges véradók szérum szelén tartalmának mérése ICP spektrométerrel, hidridképzéssel történt. A szérum szelén koncentráció 16 férfi (átlag életkor 43,3 év; 24–60 év) mintáiban $24,06 \mu\text{g/l}$ ($13\text{--}42 \mu\text{g/l}$), míg a 15 nő (átlag életkor 39,3 év; 19–64 év) mintáiban $20,86 \mu\text{g/l}$ ($11\text{--}31 \mu\text{g/l}$) volt. 40 mintából (25 szérum és 15 plazma) 28 esetben volt kisebb a molibdén koncentráció, mint a kimutathatósági határ ($< 0,0011 \text{ mg/l}$). Ezek az eredmények elsőként igazolják, hogy Magyarországon egészséges emberek között szelén és molibdén hiány van. Szerzők feltételezik, hogy ezen hiányállapotok, mint lehetséges rizikó faktorok és a Magyarországon gyakori betegségek (rosszindulatú daganatos betegségek, szív- és érrendszeri megbetegedések, stb.) között kapcsolat van.

Trace element deficiency states of healthy individuals by virtue of their sera and plasma multielemental analyses. Among other elements (manganese, molybdenum, cadmium, mercury, lead, nickel), the levels of selenium in healthy human sera ($n = 56$) and plasma ($n = 15$) were measured by ICP spectrometry. It was ascertained by the multielement analysis that of 40 nineteen year-old males (from 28 different villages in one county 15 showed lower than detectable levels of selenium in their sera ($n = 25$) and plasma ($n = 15$) samples. For this reason, the selenium contents of the sera of 31 blood donors were determined by the ICP spectrometry, with hydride generation. By this same technique the selenium in sera of 16 men aged between 24–60 years (mean = 43,3 years) was measured as $24,06 \mu\text{g/l}$ ($13\text{--}42 \mu\text{g/l}$), while in 15 women between the ages of 19–64 years (mean 39,3 years) it amounted to $20,86 \mu\text{g/l}$ ($11\text{--}31 \mu\text{g/l}$). In 28 cases from 40 samples (25 sera and 15 plasma) the concentration of molybdenum was smaller than the detectable limit ($< 0,0011 \text{ mg/l}$). Firstly, these results prove that amongst healthy individuals, in Hungary, molybdenum and selenium deficiency states exist. The authors conclude that there is a relationship between these deficiency states, as risk factors, and the frequently occurring diseases (malignant tumours, cardiovascular diseases, etc.) in Hungary.

Az embernek naponta szüksége van különböző mennyiségű mikrotápanyag felvételére, amit döntően növényi és állati eredetű táplálékaival juttat a szervezetébe.

A napi igény életkortól, tápláltsági szinttől és különböző állapottól (pl. terhesség) függően változhat (5, 10, 14, 39). A termőtalajban lévő, az ember számára esszenciális elemi összetevők szintje, biológiai felhasználhatósága általában hatással van a növényi kultúrák fejlődésére is, van azonban kivétel, mert például a szelén hiánya nem befolyásolja a takarmánynövények fejlődését.

Kulcsszavak: mangán, molibdén, szelén, kadmium, higany, ólom, nikkel, ICP spektrometria, hidrid képzés

A magyarországi termőtalajok mikroelem utánpótlása hiányos, a becslések alapján évente egyre kifejezettebb a cink, mangán, molibdén és réz hiánya (21, 26), szelén vonatkozásában ilyen adat nem áll rendelkezésre. Irodalmi adatok szerint számítani kell arra, hogy a szelénhiányos területek kiterjedése világméretben egyre fokozódik a termőterületek műtrágyázása, a kén-savas esők mennyiségének növekedése folytán. A talaj savanyú vegyhatása nemcsak szelén, de egyéb elemek biológiai hozzáférhetőségét is rontja, míg a $\text{pH} > 6,5$ vegyhatású termőtalajokból pl. az esszenciális mangán felvétel akadályozott (6, 12, 21, 24).

Magyarországon emberi vonatkozásban is az eddig ismerteken kívül (13, 17, 18, 19, 35, 36) több, ez ideig még számításba nem vett nyomelemre kiterjedő alutápláltsággal és annak következményeivel kell számolni.

A magyarországi környezetszennyezés adatai az egyre fokozódó veszélyeztetettségére hívják fel a figyelmet (8, 10, 11, 31, 34, 35, 37, 38). A két probléma szorosan összefügg lehet a magyarországi nagymértékű, jobbára ismeretlen eredetű egészségromlással.

Dolgozatunkban, az előbbi szempontok figyelembevételével egészséges felnőtt emberi szérum és plazma minták multieleemes analízisével kapott adatok közül a mangán, a molibdén, a szelén eredményeket emeljük ki esetenként együtt tárgyalva a minták kadmium, króm, higany, nikkel értékeivel. A vizsgálat célja az egészséges emberek esszenciális nyomelem státusának megállapítása, különös figyelemmel a lehetséges mangán, molibdén és szelén alultápláltságra.

Vizsgált minták

a) 40 egészséges, katonai szolgálatra alkalmas (fizikai képesség, pszichikai alkalmasság), valamennyien Borsod-Abaúj-Zemplén megyei, de ott különböző településeken élő és dolgozó (28 település) egyaránt 19 éves férfi szérum, ill. plazma mintája. Az 5–5 ml-es mintákat 12 órás koplalás után megfelelően kezelt műanyag és üvegedényekben tároltuk -20°C -on (25 szérum mintából 16-ot előzetes liofilizálással koncentráltunk, 9 mintát direkt fagyasztottunk).

b) Hajdú-Bihar megye két településéről (Hajdúböszörmény és Nyíradony) 31 donorvérből szeparált 5–5 ml szérumot -20°C -on tároltuk az analízis idejéig. A donorok adatai: 16 férfi, átlag életkor 40,6 év (24–60 év) és 15 nő, átlag életkor 39,3 év (19–64 év).

A vérvételhez és a minta tárolásához használt valamennyi eszközt passziválással, ötszörös deionizált vízzel történt öblítéssel lezárt állapotban készítettünk elő.

A vérmintákat a Helsinki megállapodás feltételeinek megfelelően gyűjtöttük.

A minta analízis módszerei

A vérszérum roncsolása

A szérum, ill. plazma roncsolását zárt térben, teflon bombában végeztük 105°C -on, mérsékelt nyomás alatt.

5,0 cm³ szérumhoz, ill. plazmához (liofilizált plazma esetén 1,0 g mintához) 3,0 cm³ nagy tisztaságú salétromsavat és 1,0 cm³ a. lt. hidrogénperoxidot adtunk. Kb. 10 perc elteltével a bombát lezártuk, 105°C -ra fűtöttük és három órán át reagáltattuk.

Szobahőmérsékletre történő lehűlés után a bombát felnyitottuk és a roncsolatot bidesztillált vízzel 10 cm³-re hígítottuk.

A szérum elemtartalmának ICP spektrometriás vizsgálata.

A szérum, ill. plazma elemi összetételét szimultán módon 18 elemre vizsgáltuk: Ca, Mg, P, K, Fe, Al, Mn, Zn, Cu, B, Mo, Cd, Co, Cr, Ni, Pb, Se és Hg.

ICP sugárforrásként argon plazmát alkalmaztunk, amit 1,2 kW teljesítménnyel működtettünk. A plazma sugárzásának az indukciós tekercs felett 14 mm-rel leképezett részét 1 m fókuszáltságú, Paschen–Runge elrendezésű vákuum polikromátorral bontottuk monokromatikus összetevőire.

A fényintenzitásokat a méréssel egyidejűleg számítógéppel kémiai koncentrációvá konvertáltuk és a koncentráció adatokat mágneses adathordozón (floppy disk) rögzítettük. Ezen túlmenően számítógép végezte az automatikus mérési folyamat vezérlését (mosási és mérési szakasz időzítés, háttér korrektor és mintaváltó működtetés).

Az ICP spektrométer kalibrálását ismert összetételű standard oldatokkal végeztük, amiket spektroszkópai tisztaságú vegyszerekből készítettünk.

A vonalintenzitásokat háttérkorrekció és vonal-koincidenca korrekció alkalmazásával nyertük. Mind a vonal, mind a hárter hullámhosszánál 10 másodperces integrálást végeztünk.

A mérések LABTEST/LABTAM gyártmányú, UV–25 típusú ICP spektrométerrel történtek.

Az oldatbeporlasztásos módszerrel elérhető szelén kimutató határ a minták szelén tartalmához képest túl nagy, bizonyult. A minták jelentős hányadánál be kellett érni azzal az információval, hogy a minta szelén koncentrációja kisebb, mint a kimutató határ (0,024 mg/liter).

Ezért a szelén és a higany ICP spektrometriás mérését gáz-kifejlesztéses módszerrel nátriumtetrahydroboráttal történő redukció után, szelénhidrid, ill. atomos higany gőz formájában végeztük.

Végző soron ugyanazt a mintát kétszer kellett betáplálni a plazmába; egyik lépésben oldat beporlasztással, szimultán 16 elemet, másik lépésben pedig gázkifejlesztéssel 2 elemet mértünk.

Eredmények

A 40 egészséges fiatal férfi adatait attól függően, hogy plazma vagy szérum minta vétel történt, külön táblázatban ismertetjük.

Az 1. táblázatban 25 szérum minta multieleemes analitikai adatai közül a mangán (Mn), molibdén (Mo), szelén (Se), kadmium (Cd), króm (Cr), higany (Hg), nikkel (Ni) tartalmát, a mintaadók foglalkozását, a kapott eredmények egyéb, egészséges normál értékekhez (9) viszonyított arányát, a normális (N), a hiányt (–) vagy többletet (+) jelző egyedi eltéréseket tüntettük fel. A táblázatban összevonva szerepelnek az előzetesen liofilizált 16 és a „koncentráls” nélkül fagyasztva tárolt 9 minta adatai. Megállapítható, hogy mindkét minta egyformán jól használható hasonló analitikai vizsgálat céljára. A liofilizálás bonyolultabbá teszi a minta tárolási előkészítést és magában hordja a kontamináció lehetőségét, így a továbbiakban a szérum direkt fagyasztva tárolását (rövidebb időszakra -20°C -on, tartósabb tárolást feltételezve -70°C -on) jobbnak tartjuk.

Összesen 175 vizsgálati adat alapján az 1978-ban közölt egészségesek értékeihez viszonyítva 91 normál értéket (54,3%), 41 hiányt (23,4%) és 43 többletet (24,6%) kaptunk. 5 esetben a minta Mn-tartalma a módszerrel való kimutathatósági határnál kisebb volt ($<0,0009$ mg/l), ez a részleges Mn-hiányt még nem bizonyítja, csak valószínűsíti, mivel az irodalmi adatok 4%-ában a normális alsó értékeként 0,00054 mg/l szérum mangán tartalmat is mértek (9). 25 mintából 22-ben (88%) részleges Mo-hiányt igazoltunk, mert a molibdénre vonatkozó kimutathatósági határ ebben a mérési sorozatban 0,011 mg/l volt, és a 22 mintában ennél kisebb molibdén tartalmat kaptunk ($<0,0011$ mg/l). A közölt nemzetközi adatok alapján ez ideig a legkisebb normál szérum molibdén értékeket 0,006 mg/l-nek adták meg (9). A szelénre vonatkozóan a detektálási szintnél kisebb Se-tartalmat ($<0,024$ mg/l) 8 mintában kaptunk, ezek az értékek biztosan szelénhiányt jeleznek. További 6 minta szeléntartalma 0,050–0,057 mg/l közötti, ezekre a részleges szelén hiány jelző illik.

1. táblázat: 25 egészséges, egyaránt 19 éves férfi szérum mintáinak elemi összetevői (mg/l), egyéb normál értékekhez viszonyított arányai

Sorszám	Mn	Mo	Se	Cd	Cr	Hg	Ni	n	—	+
1.	.018	<.0011	.050	.0043	.42	<.0024	.015	4	2	1
2.	.0075	<.0011	<.024	.0008	.56	<.0024	.014	4	2	1
3.	<.0009	<.0011	.151	.028	.46	<.0024	.014	4	2	1
4.	.0037	<.0011	.151	.0053	.042	<.0024	.014	5	1	1
5.	.0075	<.0011	.050	.0072	.050	<.0024	.014	4	2	1
6.	.0075	<.0011	.100	.016	.044	<.0024	<.0079	5	1	1
7.	.0037	<.0011	.100	.0002	.056	<.0024	.030	5	1	1
8.	.0075	<.0011	.151	.0002	.049	<.0024	<.0079	5	1	1
9.	.011	<.0011	.100	.0002	.045	<.0024	.046	5	1	1
10.	<.0009	<.0011	.055	.0002	.027	.56	<.0079	3	3	1
11.	.034	<.0011	.223	.0002	.0059	.015	<.0079	5	1	1
12.	<.0009	<.0011	<.024	.010	.0059	.024	<.0079	3	3	1
13.	<.0009	<.0011	<.024	.0002	.0059	.016	<.0079	3	3	1
14.	<.0009	<.0011	<.024	.003	.011	.016	.036	3	3	1
15.	.019	<.0011	.055	.0002	.047	.047	<.0079	3	2	2
16.	.034	<.0011	<.024	.0002	.263	.047	.054	3	2	2
17.	.044	<.0011	.055	.0002	.060	.031	<.0079	3	2	2
18.	.034	<.0011	<.024	.006	.087	.015	.017	3	2	2
19.	.134	<.0011	<.024	.0012	.689	.031	.334	1	2	4
20.	.109	.094	.173	.0002	<.449	.025	.252	2	—	5
21.	.052	<.0011	<.024	.0029	.085	.051	.57	3	2	2
22.	.002	<.0011	.057	<.0042	.087	<.0024	.018	4	2	1
23.	.088	<.0011	.173	.0018	.205	.068	.018	4	1	2
24.	.098	.014	.289	.0002	.248	<.0024	.057	6	—	1
25.	.171	.058	.115	.016	.429	.050	.135	1	—	6
Össz.	(—)5/25	22/25	14/25					91	41	43
Normál.	00054—	.006—	.122	.0023—	.002—	.012	.0297		175	
értékek	.061	.027	.098—	.012	.02		.0078—			
(mg/l) (9)		.327				.058				

n: normál értékek; (n—): hiányértékek; (+): többlet értékek mintánként és az összes analitikai adat arányában

2. táblázat: 15 egészséges, egyaránt 19 éves férfi plazma mintáinak elemi összetevői (mg/l), egyéb normál értékekhez viszonyított arányai

Sorszám	Mn	Mo	Se	Cd	Cr	Hg	Ni	n	—	+
1.	.156	.050	<.024	.006	.480	.068	.096	1	1	5
2.	.156	.0072	.057	.0051	.228	.016	.018	2	1	4
3.	.114	.0072	.115	.0030	.085	<.002	.018	5	—	2
4.	.156	.050	.173	.0030	.107	.0076	.057	4	—	3
5.	.098	.021	.057	<.012	.119	.008	.038	3	1	3
6.	.114	<.0011	<.024	<.0002	.123	<.002	.057	4	2	1
7.	.119	<.0011	.057	.015	.153	.0078	.057	3	2	2
8.	.093	<.0011	<.024	<.0002	.139	<.002	.038	4	2	1
9.	.098	<.0011	.173	.002	.148	.008	.057	5	1	1
10.	.104	<.0011	.057	.0018	.223	.025	.057	2	2	3
11.	.088	<.0011	<.024	<.0002	.235	.016	.096	2	2	3
12.	.088	.0072	<.024	<.0002	.216	.034	.057	3	1	3
13.	.119	.021	<.024	.023	.311	.0078	.135	1	1	5
14.	.293	.090	<.024	.024	.900	.070	.449	—	1	6
15.	.229	.045	.060	.0054	.225	.034	.077	1	—	6
Normál.	00059—	—013	.030—	—0026	.026—	.002—	.01—	40	17	48
plazma	.068		.59		.164	.011	.06		105	
értékek (mg/l) (9)										

n: normál értékek; (—): hiányértékek; (+): többlet értékek mintánként és az összes analitikai adat arányában

A Mn, Mo, Se értékek alapján a 25 egészséges fiatal férfi közül 22 esetben (88%) egy vagy több elemre vonatkozó részleges vagy jelentősnek mondható hiányállapotot észleltünk. A táblázatból leolvasható, hogy a valószínűsíthető mangán-, molibdén- és szelén-hiányok mellett minden mintában egy vagy több elemre vonatkozó többlet is előfordul (100%). A 25 szérum mintából 5 Mn, 2 Mo, 3 Cd, 21 Cr, 14 Hg és 4 Ni többletet mértünk.

A normális nyomelem ellátottságról akkor beszélhetünk, ha minden nyomelemre vonatkozóan ún. normál-értékeket kapunk, ez a 25 szérum minta fenti elemekre történő analízisekor egy esetben sem valósult meg, a jelentős nyomelem aránytalanság önmagában figyelemre méltó. A 2. táblázat 15 plazma minta elemzés adatait tartalmazza.

A szérum mintákkal szemben minden mintában mangán többletet mértünk, átlag: 0,135 (0,088—0,293). Mo-

libdénből 6 mintában hiányt és 5-ben többletet regisztráltunk, de a normál plazma molibdén szintre kevés adat van. Szelénből 11 esetben volt kisebb a kapott érték akár az 1978-as összesített adatokhoz (9), akár az európai felmérés adataihoz (39) hasonlítjuk. A szelén hiány 7 mintában biztosan jelentős: <0,024 mg/l.

A kadmium 9, a króm 8, a higany 6, a nikkel 5 mintában volt nagyobb mennyiségben a normál értékekhez viszonyítva (9).

Mindezek alapján a 15 mintából elvégzett 105 elemi koncentráció meghatározás 40 normál értéket (38%), 17 hiányt (16,2%) és 48 többletet (45,7%) mutatott ki. Egyetlen plazma mintában sem volt mind a hét elem normál tartományban. Molibdén és szelén együttes hiányát 5 esetben észleltük.

A 3. táblázatban két Hajdú-Bihar megyei településről 31 különböző életkorú és nemű donortól gyűjtött szérumból minták mangán, molibdén és szelén tartalmát tüntettük fel.

3. táblázat: Egészséges donorok szérumból mangán, molibdén és szelén tartalma (mg/l)

Életkor (év)	Férfi (n = 16)			Életkor (év)	Nő (n = 15)		
	Mn	Mo	Se		Mn	Mo	Se
	(μg/l)				(μg/l)		
24	42	9,9	16	19	<1,9	<7,1	13
25	39	12	36	19	3,8	<7,1	15
29	30	9,9	33	20	27	<7,1	31
34	15	<7,1	17	28	<1,9	<7,1	15
34	19	17	20	29	30	29	28
35	21	<7,1	28	33	<1,9	<7,1	20
36	30	9,9	22	35	<1,9	<7,1	11
36	27	<7,1	42	36	9,2	<7,1	26
42	14	<7,1	13	42	<1,9	<7,1	12
42	15	<7,1	13	45	<1,9	<7,1	26
45	<1,9	<7,1	16	50	18	7,4	31
46	<1,9	<7,1	13	54	3,8	<7,1	12
49	38	37	30	55	7,6	<7,1	18
53	15	<7,1	34	61	30	12	24
60	30	12	30	64	101	37	31
60	7,6	11	16				
x 43,3				24,06 39,3			
				(13—42)			
				20,86			
				(11—31)			

Normál értékek (9):

Mn: 0,54—61 μg/l; Mo: 6—27 μg/l; Se: 98—327 μg/l.

16 férfi [átlagéletkor 43,3 év (24—60 év)] és 15 nő [átlagéletkor 39,3 év (19—64 év)]. Ebben a sorozatban a mérhetőség határa mangánra vonatkoztatva 0,0019 mg/l (1,9 μg/l) molibdénre 0,0071 mg/l (7,1 μg/l) volt. Ennél kisebb volt 8 szérumban a mangán tartalom (2 férfi és 6 nő szérumból), míg a molibdén tartalom 19 esetben volt a mérhetőségi határnál kisebb. Az összes minta szelén tartalma átlag 22,51 μg/l (11—42 μg/l). A mindenképpen alacsony szérumból szelén szinteken belül a 16 férfi minta átlaga 24,06 μg/l, a 15 női minta átlaga 20,86 μg/l. Az alacsony szinten lévő mangán és molibdén státusz a minden esetben észlelt szelénhiánnyal együtt értékelve az alábbi kombinációkat adja (4. táblázat).

A 4. táblázatban feltüntetett adatok azt jelzik, hogy a

4. táblázat: Alacsony szintű szérumból mangán és molibdén tartalom gyakorisága szelén hiánnyal (a 3. táblázat elemzése alapján)

	csak szelénhiány	szelénhiány és egy elem	szelénhiány és két elem
férfi n = 16	8	6	2
nő n = 15	4	5	6

szelén hiány mellett az alacsony mangán és molibdén szint együttes előfordulása nőknél gyakoribb. Figyelemre méltónak tartjuk, hogy az a 6 minta, amelyben együtt észleltük a szelén hiány mellett az alacsony mangán és molibdén szinteket, egy településen élő, különböző, adott esetben fertilis korú nők szérumból mintája. Ezen a településen élő további három donor mintában a szelén hiány alacsony molibdén szinttel társult.

Megbeszélés

Munkánkban a hazai viszonylatban feltételezett mangán, molibdén és szelén alultápláltságra kerestünk adatokat két megyéből (Hajdú-Bihar és Borsod-Abaúj-Zemplén) származó egészséges emberek szérumból vagy plazmából mintáinak ICP spektrometriás multielemes analízisével. Ebben a dolgozatban elemeztük az ember számára is nélkülözhetetlen nikkel, króm és két kifejezetten toxikus nehézfém (kadmium és higany) szérumból, illetve plazma szintjét. A fenti két megyéből származó mintákban a szelén és molibdén hiányt igazolni tudtuk, a mangán alultápláltság feltételezhető. Újabb vizsgálatok eredményei alapján Magyarországon a kérődzők és a ló takarmányozásában általános és nagymértékű a mangánhiány (26). Emberi vonatkozásban ez ideig egy mangánhiányra visszavezethető esetközlés ismert, ahol csökkent vérértékei fehérje szintek csak mangán adása után váltak normálissá (1). Molibdén nélkül az élet elképzelhetetlen, mivel a talajban élő, nitrogénfixáló baktériumokban a molibdén esszenciális katalizátor, csak a segítségével indulhat szerves anyagokból szerves vegyület (fehérje) képződése. A molibdén hiányos talaj terméketlen, kopár (25). A savanyú talajok (pH < 6,0) a molibdén-aniont erősen kötik. Magyarországon az istállótrágyázás csökkenése többek között a talajok molibdén-szegénységéhez is vezetett (21). 1987-ben írták le a tartós parenterális táplálás mellett kialakuló emberi molibdén hiány tüneteit (16). A molibdén erősen kötődik a fehérjékhez. Az állati (emberi) szövetekben ez ideig három molibdént tartalmazó enzim ismert: xanthin dehidrogenáz/oxidáz; szulfid oxidáz; aldehid dehidrogenáz. *Iyengar és misai* (9) az irodalomból összegyűjtött adatok alapján a szérumból normális molibdén tartalmát 0,006—0,027 mg/l (6—27 μg/l) közötti értékben adták meg. Ehhez viszonyítva saját adatainkat az 56 szérumból mintából 22 esetben biztosan, 19 esetben valószínűleg molibdén hiányt lehetett megállapítani. Egészségesekre vonatkozóan ilyen alacsony szérumból molibdén értékeket világviszonylatban elsőként adunk közre.

Az 1978-ban közölt összefoglaló adatok alapján (9) a különböző módszerekkel mért 504 egészséges emberi szérumban a szelén tartalma $0,098-0,327 \text{ mg/l}$ ($98-327 \text{ } \mu\text{g/l}$) között volt. 1986-ban Európa 10 országából összegyűjtött 502 szérumból egy helyen fluorometriás módszerrel vizsgálva, a legkisebb szelén koncentrációt a görögországi mintákban ($64 \pm 14 \text{ } \mu\text{g/l}$), a legnagyobb értékeket a londoni mintákban ($109 \pm 14 \text{ } \mu\text{g/l}$) kapták. Kína Keshan tartományában, ahol a dilatatív cardiomyopathia endemiás volt, rendszerint $<25 \text{ } \mu\text{g/l}$ volt a szérumban a szelén tartalma (2). Salonen és mtsai adatai (28) szerint azokban az emberekben, akiknek a szérumban a szelén szintje évekkel megelőzően $<45 \text{ } \mu\text{g/l}$ volt, a rákos betegség relatív gyakorisága $5,8 \times$ nagyobb, mint a nem szelénhiányos esetekben. Szelén hiány és az E-vitamin-hiány együttesen $11,4 \times$ -re növeli a carcinoma relatív rizikóját. A cardiovascularis betegségek és a szelénhiányos állapot kapcsolatát prospektív epidemiológiai vizsgálatok is megerősítették (15, 27, 29, 30, 32, 33, 41). Amennyiben a szérumban a szelén tartalma $<45 \text{ } \mu\text{g/l}$ -nél, akkor jelentős rizikófaktornak számít a cardiovascularis betegségek vonatkozásában (27). A környezetből származó toxikus vegyületek (pl. gyógyszer, alkohol, növényvédő szerek stb.), nehézfémek (cadmium, higany stb.) mérgező hatásának kivédésében is jelentős szerepet tulajdonítanak a szelénnek, illetve a szeléntől függő enzimeknek (1, 3, 4, 7, 20, 22, 23). Az általunk vizsgált egészséges felnőttek mintáiban (56 szérumból és 15 plazmából) $64,8\%$ -ban bizonyítottuk a jelentős szelénhiányt, ha ehhez hozzávesszük azt a további 10 mintát, amelyek ICP-spektrometriás analízise alapján a szelén alultápláltság valószínű (szelén érték $50-57 \text{ } \mu\text{g/l}$ közötti), akkor a Borsod-Abaúj-Zemplén megye 28 különböző településén és két Hajdú-Bihar megyei településen élő egészséges felnőttek szelén hiánya $78,8\%$ -osnak mondható. A szelénhiány egy állapot, önmagában nem betegség, de több vonatkozásban is rizikó tényezőnek számíthat (rosszindulatú daganatos megbetegedések, cardiovascularis betegségek, immunpatológiai kórképek, reproduktív biológiai rendellenességek, különböző toxikus ártalmak stb.) és ilyen módon hozzájárulhat a hazánkban észlelt nagymértékű egészségromláshoz. A hiányzó mikronutriensek napi szükségletnek megfelelő pótlásáról gondoskodnunk kell, ezáltal valószínűen csökkenthető lesz a hazánkban gyakori cardiovascularis és malignus tumoros betegségek gyakorisága is.

IRODALOM: 1. Aaseth, J., Smith-Kielland, A., Thomassen, Y.: Selenium, alcohol and liver diseases. *Annals of Clinical Res.*, 1986, 18, 43-47. — 2. Chen, X. S., Yang, G. Q., Chen, A. J. S. et al.: Studies on the relations of selenium and Keshan disease. *Biol. Trace Element Res.*, 1980, 2, 91-107. — 3. Cohen, G. M., D'Arcy Doherty, M.: Free radical mediated cell toxicity by redox cycling chemicals. *Br. J. Cancer*, 1987, 55S, 46-52. — 4. Diplock, A. T., Watkins, W. J., Hewison, M.: Selenium and heavy metals. *Annals of Clin. Research.*, 1986, 18, 55-60. — 5. Falchuk, K. H.: Disturbances in trace element metabolism. In: Harrison's Principles of Internal Medicine 1. Eleventh Edition. Eds.: Braunwald, E. et al.: McGraw-Hill Book Co, 1987, pp. 418-421. — 6. Frost, D. V.: Selenium in biology. *Annual Rev. of Pharmacology*, 1975, 15, 259-284. — 7. Ganther, H. E., Hafeman, D. G., Lawrence R. A. et al.: Selenium and glutathione peroxidase in health and disease — a review. In:

Prasad A. S. (ed.): Trace Elements in health and disease, 1976, pp. 165-234. — 8. Horváth A., Köves L., Bartha E. és mtsai: Levegő és talajvizsgálatok kadmiumot emittáló üzemek területén. *Egészségtudomány*, 1985, 29, 166-176. — 9. Iyengar, G. V., Kollmer, W. F., Bowen, H. J. M.: The elemental composition of human tissues and body fluids. A compilation of values for adults. Verlag Chemie, Weinheim, New York, 1978. — 10. Kertai P.: Közegészségtan. Medicina, Bp., 1982. — 11. Kövér L., Schág J., Tóth J. és mtsai: Debrecen területéről gyűjtött légszennyező anyagok vizsgálata mikro- és felületanalitikai módszerekkel. *Egészségtudomány*, 1986, 30, 319-329. — 12. Levander, O. A.: Selected aspects of the comparative metabolism and biochemistry of selenium and sulfur. In: Trace elements in human health and disease Vol. II. Essential and toxic elements. Eds.: Prasad, A. S., Oberleas, D. Academic Press, N. Y., 1976, 135-163. — 13. Lindner-Szotyori K., Gergely A.: Über die Versorgung der ungarischen Bevölkerung mit einigen wichtigen Spurenelementen. *Nahrung*, 1981, 24, 829-837. — 14. Magyar I., Petrányi Gy.: A belgyógyászat alapvonalai. Medicina, Budapest, 1986. — 15. Miettinen, T. A., Alfthan, G., Huttunen, J. U. et al.: Serum selenium concentration related to myocardial infarction and fatty acid content of serum lipids. *Br. Med. J.*, 1982, 287, 517-519. — 16. Molybdenum deficiency. In: TPN. Nutrition Reviews, 1987, 45, 337-341. — 17. Murányi-Szelezky A.: Hazai élelmiszerek mangán-, réz-, cink- és molibdén-tartalmának meghatározása atomabszorpciós spektrofotométerrel. *Élelmiszerv. Közl.*, 1977, 23, 202-223. — 18. Murányi-Szelezky A.: The average intake of Cu, Mn and Zn micronutrients of the population of Hungary in 1978. *Acta Alimentaria*, 1983, 12, 223-237. — 19. Nagy L.: Vas-, réz-, cinkbevitel felmérése serdülők étrendjében. *Egészségtudomány*, 1985, 29, 398-402. — 20. Omaye, S. T., Reddy, K. A., Cross, C. E.: Enhanced lung toxicity of paraquat in selenium-deficient rats. *Toxicol. Appl. Pharmacol.*, 1978, 43, 237. — 21. Pais I.: A mikrotápanyagok szerepe a mezőgazdaságban. Mezőgazdasági Kiadó Bp., 1980. — 22. Parizek, J., Ostadolova, I.: The protective effect of small amounts of selenite in sublimate intoxication. *Experientia*, 1967, 23, 142. — 23. Parizek, J., Kalonskova, J., Benes, J. et al.: Interactions of selenium-mercury and selenium-selenium compounds. *Ann. NY. Acad. Sci.*, 1980, 355, 347. — 24. Podmaniczky G.: Hajdú-Bihar megye talajainak kémhatás- és mészhányai, a mérszárazság helyzete. Másfél évtized Hajdú-Bihar megye környezetvédelméért 1973-1988. Kiadó: Angyal L., PIREMON, Debrecen, 1988. 98-100. oldal. — 25. Rajagopalan K. V.: Molybdenum — an essential trace element. *Nutr. Reviews*, 1987, 45, 321-328. — 26. Régiusné dr. Mócsényi Á.: A szarvasmarha, a juh és a ló cink-, mangán-, réz-, molibdén-, nikkel- és kadmium-ellátottsága. Kandidátusi értekezés, 1988. — 27. Ringstad, J., Thelle, D. S.: Risk of myocardial infarction in relation to serum concentration of selenium. *Acta Pharmacol. Toxicol.*, 1986, 59, (Suppl. 7) 336-339. — 28. Salonen, J. T.: Selenium and human cancer. *Annals of Clin. Research*, 1986, 18, 21-29. — 29. Salonen, J. T., Alfthan, G., Huttunen, J. K. et al.: Association between cardiovascular death and myocardial infarction and serum selenium in a matched-pair longitudinal study. *Lancet*, 1982, 2, 175-179. — 30. Salonen, J. T., Huttunen, J. K.: Selenium in cardiovascular diseases. *Annals of Clin. Research.*, 1986, 18, 30-35. — 31. Sawinsky A., Shmehl E., Sawinsky A-né: Detergens expositio vizsgálata kiserelő üzemben. *Egészségtudomány*, 1984, 28, 105-108. — 32. Schamberger, R. J., Gunsch, M. S., Willis, C. E. et al.: Selenium and heart disease II. Selenium and other trace metal intakes and heart disease in 25 countries. In: Hemphill, D. D. (ed.): Trace substances in environmental health — XII. Columbia University of Missouri Press, 1978, pp. 48-52. — 33. Schamberger, R. J., Willis, C. E., McCormack, L. J.: Selenium and heart disease III. Blood selenium and heart mortality in 19 states. In: Hemphill, D. D. ed. Trace substances in environmental health — XIII. Columbia University of Missouri Press, 1979, pp. 59-63. — 34. Soós K., Gergely A., Lindner K. és mtsai: Alumíniumkohók és hőerőművek környezetében termelt zöld-ségfélék élelmiszer-egészségügyi megítélése. *Egészségtudomány*, 1986, 30, 13-24. — 35. Szajki I.: Komárom megye területéről

származó alapvető élelmiszereink réz-, cink-, kadmium-, ólom- és higanytartalma. *Egészségtudomány*, 1983, 27, 155–166. — 36. Szalay, A., Murányi A.: Micronutrient content of some cereals and cereal products. *Acta Alimentaria*, 1982, 11, 351–362. — 37. Takács S.: Mikroelemek a keringési rendszer betegségeiben elhalálozottak szerveiben. *Egészségtudomány*, 1984, 28, 121–128. — 38. Takács S.: Mikroelemek szerepe az ember egészségében. *Orvostudomány aktuális problémái*. 1987, 57, 31–47. — 39. Thorling, E. B., Overvad, K., Gebrers, J.: Selenium status in Europe

— human data. A multicenter study. *Annals of Clin. Research*, 1986, 18, 3–7. — 40. Underwood, E. J.: Trace elements in human and animal nutrition. Academic Press, 1971. — 41. Virtamo, J., Valkeila, E., Afthan, G., Punsav, S., Huttunen, J. K., Karvonen, M.: Serum selenium and the risk of coronary heart disease and stroke in elderly Finnish men. *Am. J. Epidemiol.*, 1985, 122, 276–282.

(Szabó Gábor dr., Debrecen, Móricz Zs. u. 22. 4004)

AUROBIN KENŐCS

OSSZETÉTEL: 40 mg prednisolonum capronicum, 300 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

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

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

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

ALKALMAZÁS: Az érintett területet naponta 2–4 alkalommal kell vékonyan bekenni. Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbélbe juttatni naponta 2–4 alkalommal. A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

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

FIGYELMEZTETES: Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges. Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő. Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezeléssel.

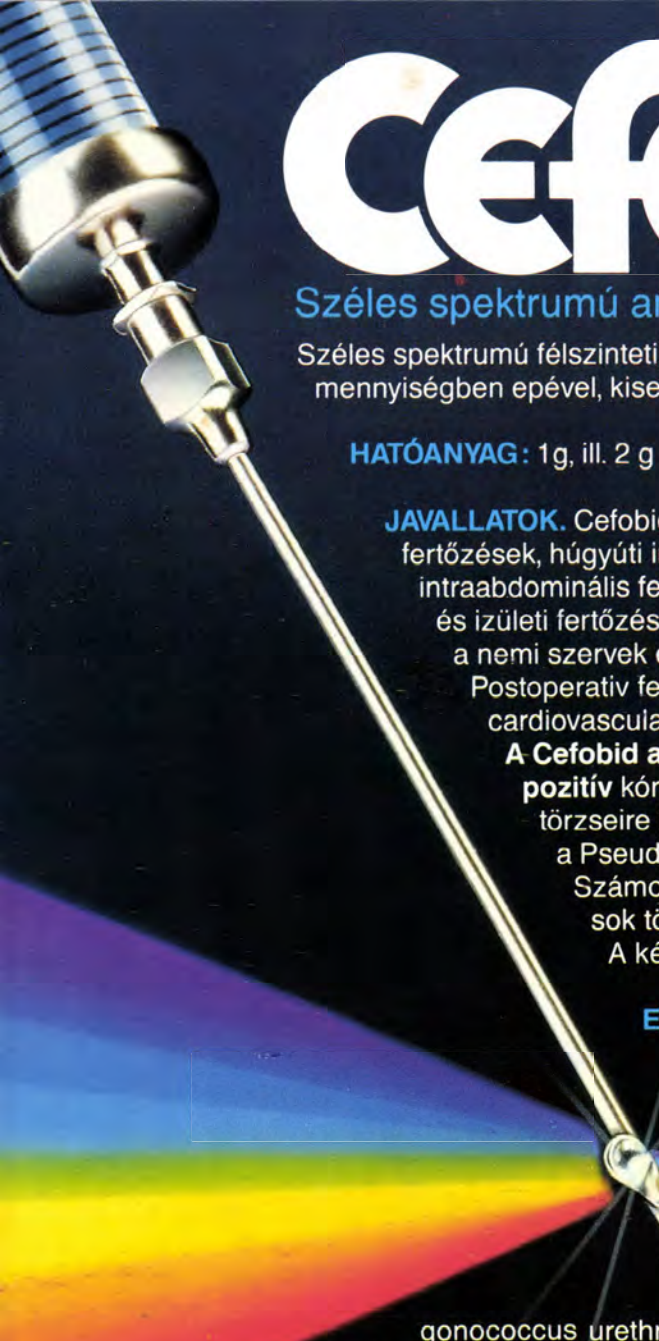
MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb egyszer vagy kétszer ismételhető).

CSOMAGOLÁS: 20 g-os tubusban.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

„... akiknek tapasztalatuk van, sokkal inkább sikert aratnak, mint akiknek jó elméleti tudásuk van, de nincsen tapasztalatuk.”

Arisztotelész



Cefobid*

1 g és 2 g
injekció

Széles spektrumú antibiotikum im./iv. 12 óránként

Széles spektrumú félszintetikus cefalosporin antibiotikum. Baktericid hatású. Nagyobb mennyiségben epével, kisebb koncentrációban a vizelettel választódik ki.

HATÓANYAG: 1g, ill. 2 g cefoperazonum (nátriumsó formájában) porampullánként.

JAVALLATOK. Cefobidra érzékeny mikroorganizmusok okozta alsó és felső légúti fertőzések, húgyúti infekciók, peritonitis, cholecystitis, cholangitis és más intraabdominális fertőzések, septikaemia, meningitis, bőr-, lágyrész-, csont és ízületi fertőzések, 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 nagyrészére, 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.

Direkt intravénás injekcióban egyszeri legnagyobb adagja **felnőtteknek 2 g, gyermekeknek 50 mg/ttkg**. Ezt a mennyiséget annyi megfelelő oldószerben kell oldani, hogy az oldat koncentrációja 100 mg/ml legyen és lassan, legalább 3-5 percig kell beadni.

Intramuszkuláris alkalmazás

Az ampulla tartalmát annyi Aqua dest. pro inj.-ban kell oldani, hogy a nyert oldat koncentrációja 250 mg/ml legyen. Ha az oldat koncentrációja 250 mg/ml-nél nagyobb, készítéséhez Lidocain inj. használandó. Az opálósodás elkerülése céljából az oldat elkészítése 2 lépésben történjen: a porampulla tartalmát először desztillált vízzel kell oldani, majd megfelelő mennyiségű 2%-os Lidocain oldattal hígítani.

MELLÉKHATÁSOK: maculopapulás kiütés, urticaria, eosinophilia, láz. Előfordulásuk allergiás, ill. penicillinérzékeny betegeken gyakoribb. Neutrofil leukociták számának csökkenése, tartós kezelés esetén reverzibilis neutropenia, a direkt Coombs-teszt pozitívvá válhat, haemoglobin és haematokrit érték csökkenése, átmeneti eosinophilia ill. hypoprothrombinaemia előfordulhat. A SGOT, SGPT és az alkáli foszfatáz értékek átmeneti emelkedése. 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 szereléssel 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/

FORGALMAZTA: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együttműködés alapján.



Csiky Miklós dr.,
Gál Sándor dr.,
Fekete Gyula dr.
és Noskó Károly dr.

Sphincter megtartásos eljárás vagy abdominoperinealis amputatio? A végbél alsó kétharmad rákos megbetegedésének sebészi kezelése

Nógrád Megyei Madzsar József Kórház-Rendelőintézet, Salgótarján, Általános Sebészeti
(osztályvezető főorvos: Csiky Miklós dr.)

A szerzők 1980–1988 között a rectum alsó 11 cm-es szakasz rákos megbetegedésének sebészi kezeléséről számolnak be. A betegek száma 150. Resecabilitás: $119/150 = 79,33\%$. Össz. letalitás (L): $4/119 = 3,3\%$. A betegek közül 73-ban (61,3%) sphincter megtartásos, 46-ban (38,7%) abdominoperinealis amputatiót végeztek. A 64 mély resectio recti anteriorból 2 beteget (L: $2/64 = 3,1\%$), a 46 abdominoperinealis amputatióból szintén 2 beteget (L: $2/46 = 4,5\%$) elveszítettek. A resectió csoportból a biztonsági zónát 29 betegen 3 cm alá csökkentették anélkül, hogy localis recidíva kialakult volna. Véleményük szerint a középső harmad tumorainak jó részében (betegekben 82%-ban) a sphincter megtartható anélkül, hogy a localis recidíva gyakoribb lenne.

Sphincter saving resection versus abdominoperineal excision for carcinoma localized in the low two thirds of the rectum.
The authors report their results in surgical treatments of carcinoma localized in the low two thirds of the rectum done between 1980 and 1988. The number of patients was 150. Resecability: $119/150 = 79,33$ per cent. Lethality: $4/119 = 3,3$ per cent. Seventy three of the patients (61 per cent) had sphincter saving procedures and 46 of them (38,7 per cent) had abdominoperineal excision. Out of the 64 low anterior resection 2 patients (L: $2/64 = 3,1$ per cent) and out of the 46 abdominoperineal excision also 2 patients (L: $2/46 = 4,5$ per cent) were lost. In the sphincter saving group the distal clearance margin was decreased to below 3 cms at 29 patients without having local recurrence. Conclusion: in many cases of the carcinoma localized in the middle third of the rectum (at 82 per cent of our own patients) the sphincter can be saved without having more local recurrences. Decreasing the distal clearance margin to 2,5 cms does not increase the possibility of local recurrence if we do it cranially the same way as at Miles operation and remove the mesorectum caudally and laterally.

A végbélrák sebészi kezelésében sokan úgy vélik, a technika elérte a csúcspontot. Williams (30) véleménye szerint ez a megállapítás nem állja meg a helyét. Ötven éve az öt-éves korrigált túlélés 50% körül mozog annak ellenére, hogy az operabilitás rátája közel 100%-kal növekedett.

Mi újat hozhat a sebész e téren? Elviselhetőbbé teheti az életet és megfelelő időben, adequat műtétet végezhet.

Ezen közleményünkben 9 éves betegkövetés mellett a következőkre szeretnénk feleletet adni:

1. a végbél alsó kétharmadának rákjában végezhetünk-e sphincter megtartásos műtétet anélkül, hogy a beteg quo ad vitam veszélyeztetnénk.

2. Az 5 cm-es biztonsági zónának 2 cm-re való csökkentése esetén gyakoribbá válik-e a helyi kiújulás?

Kulcsszavak: rectum, carcinoma, sphincter megtartás, mesorectum excisio

Rövidítések: SM = sphincter megtartásos műtét, APA = abdominoperinealis amputatio

Orvosi Hetilap 132. évfolyam 8. szám

Anyag és módszer

1980 és 1988 között osztályunkon 119 olyan végbélrákos beteget operáltunk, akikben a daganat a rectum alsó kétharmadára lokalizálódott. Ötvenkilenc férfi, hatvan nő volt. A Dukes szerinti stadium beosztást és az elvégzett műtét féleségét az 1. táblázat szemlélteti. A betegek életkora 37–83 év között változott. Átlag 64,3 év. A betegek lokális előkészítését 1980–1987 között Condon (3) szerint végeztük. (Első nap salakmentes étrend és 18

1. táblázat: Dukes-féle stadium beosztás és az APA és SM megoszlása

DUKES	A	B	C ₁	C ₂	ÖSSZESEN
N	10	61	38	10	119
SM	10	42	17	4	73 (61,3%)
APA	—	19	21	6	46 (38,7%)

órákor 1 tabl. Videx. Második nap salakmentes étrend mellett 30 ml 50%-os magnézium-szulfát per os 10, 14 és 18 órákor. A harmadik nap csak folyadékot kap a beteg és 1 g Mycerint és 1 g

Erythromycint per os 13, 14 és 23 órákor. 10 és 14 órákor 30 ml 50%-os magnézium szulfátot per os. Beöntést nem kap a beteg. A folyadékokat és elektrolytokat i.v. pótoljuk. Negyedik nap reggel műtét.) 1988-tól egynapos előkészítést alkalmaztunk. A beteg a műtét előtti délután 1 liter 10%-os mannitolt kap per os. Itt is 13, 14 és 23 órákor 1 g Mycerint és 1 g Erythromycint adtunk szájon keresztül.

Parenteralisan 1987-ig négy napig a műtét után Gentamycint és Ampicillint adtunk. 1988-tól műtét előtt 1 órával i.v. 1,5 g Zinacef és 500 mg Metronidazolt. Mindkettőt a műtét napján 750 mg, illetve 500 mg-os adagban még kétszer megismételtük. Az antibiotikumok kezelését csak akkor folytattuk, ha a műtét alatt vagy közvetlenül utána valamilyen szövődmény ezt indokolta.

A resectiós csoportban, ahol az anatómiai viszonyok lehetővé tették, egy rétegben, kézzel varrtuk az anastomosist. (Alkalmazott fonal 3/0 Vicryl, vagy 4/0 Mersilén.) Negyvenöt betegben az anastomosist MaSa—2 anastomizáló készülékkel végeztük (5). Ebben a csoportban a hasüreg zárása előtt elvégeztük az indigokarmin, illetve levegő próbát. A készülék behelyezése előtt a bélvégeket 10%-os Betadine-nel és Ftorafurral kiöblítettük. Valamennyi anastomosis subperitonealis helyre került el. A subperitonealis teret dréneztek. Kézi varratok esetében a műtét végén kíméletesen Récamier-tárgítást végeztünk. (A gépi anastomosisnál erre nem volt szükség.) A sphincter megtartásos műtétek esetén igyekeztünk a daganattól legalább 2 cm-rel distalisan resecálni. A méréseket hideg készítményen végeztük, formalinban való rögzítés előtt. Az abdomino-perinealis amputációt Lloyd—Davies szerint végeztük, az anus praet a bőrhez kiszegtük, a gáti sebet zártuk és a residuális üregbe szívódrént helyeztünk. A betegeket 3 hónaponként ellenőriztük, CEA, sonographia, rectoscopy, irrigographia és colonoscopy vizsgálatokkal. Az eredmények egy részéről korábban már beszámoltunk (4).

Eredmények

A 150 beteg közül 119-ből a daganatot eltávolítottuk (resecabilitás 79,33%). Harmincegy betegnek csak colostomiát helyeztünk fel. Letalitás (L): $4/119 = 3,3\%$. A 64 resectio recti anterior csoportból 2 beteget elvesztettünk. Letalitás $2/64 = 3,1\%$. A 46 abdominoperinealis amputációs csoportból szintén 2 beteget veszítettünk el. Letalitás $2/46 = 4,5\%$. A daganat végbélnyílástól való távolságát és az alkalmazott sebészeti eljárást a 2. táblázatban szemléltettük.

A korai szövődményt a 3. táblázat szemlélteti. A 46 APA után az évek folyamán 10 localis recidívát észleltünk.

2. táblázat: A daganat alsó szélének távolsága a végbél-nyílástól és az alkalmazott sebészeti kezelés

A TÁVOLSÁG CM-BEN	A MŰTÉTI TÍPUS		BETEGEK SZÁMA
	SM	APA	
3—6	9	32	41
7—11	64	14	78
ÖSSZESEN	73	46	119

Ezek közül 6 beteget újra operáltunk. (A gáti recidív tumort excidáltuk.) A 64 resectio recti anterior után 7 recidívát észleltünk. (A distalis resectiós távolság, és a localis recidíva számát a 4. táblázatban szemléltetjük.) Közülük 3 beteget újra operáltunk (APA 1, colostomia 2). A sphincter megtartásos műtétek után fellépő helyi recidíva általában (26) az első két évben kialakul (1. ábra).

Kilenc betegben a daganatot az alábbiak szerint távolítottuk el: 1 rectotomia anterior, 2 Mason szerint, és 6 endoluminális excisio. Ezekben a betegeknél nem alakult ki

recidíva. A metastasist és a késői szövődményt az 5. táblázatban mutatjuk be.

3. táblázat: Korai szövődmény

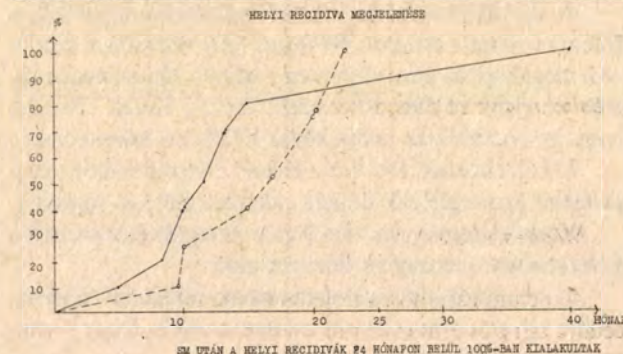
SZÖVŐDMÉNY/EXITUS	APA	SM	ÖSSZESEN
CARDIALIS	1	1/1	2/1
PULMONALIS	1/1	1	2/1
VESE	1/1	—	1/1
SEBGENNYEDÉS	1	3	4
FIST. PERINEALIS	2	—	2
DISRUPTIO VULN.	1	—	1
URIN SIPOLY	1	—	1
VÉRZÉS	2	1	3
FELSŐ G. I. VÉRZÉS	1	1	2
ANAST. INSUFF.	—	6/1	6/1
VÉKOŰYBÉL FISTULA	—	1	1
POST. INJ. ABSC.	1	—	1
THROMBOSIS	—	1	1

APA = ABDÖMINOPERINEALIS AMPUTATIO

SM = SPHINCTERMEGTARTÁSOS MŰTÉT

4. táblázat: A distalis resectiós vonal távolsága és a localis recidíva aránya resectio recti anteriorban

RES. TÁV.	—2 CM	2—3 CM	4—5 CM	5—CM	ÖSSZESEN
KÉZI VARRAT	1	5	13/3	—	19
ANASTOMOZÁ- LÓ KÉSZÜLÉK	7	16	19/3	3/1	45
ÖSSZ./LOC. R.	8/0	21/0	32/6	3/1	64/7

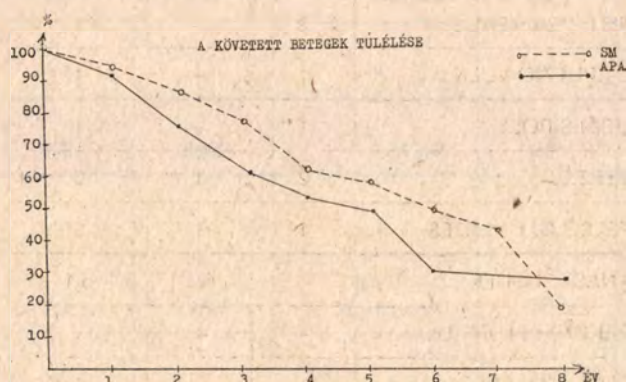


1. ábra: Helyi recidíva megjelenése

Hétéves periódusban a 73 SM és 46 APA után a túlélést illetően lényeges különbség nincs. Öt év után az APA csoportban a betegek 50%-a, a SM csoportban 60%-a él. Az élő betegek számát és a túlélést a 2. és 3. ábrán tüntettük fel. Harmincöt beteg telecobalt besugárzásban részesült. Adag 30—50 Gy. Közülük 30 postoperatív besugárzást, 4 prae és postoperatív, 1 csak praeoperatív sugárkezelést kapott.

5. táblázat: Késői szövődmény

	APA	SM	ÖSSZESEN
METASTASIS	7	5	12
MÁSODIK TUMOR	—	1	1
POSTOP. HERNIA	1	2	3
ANASTOMOSIS/ STOMA SZÜKÜLET	1	3	4



2. ábra: A követett betegek túlélése



3. ábra: A követett betegek száma

Megbeszélés

A rectum carcinoma terjedhet intramuralisan, a perirectalis zsírszövet nyirokútjaiban és áttétet képezhet a nyirokcsomókban. Az intramuralis distalis terjedést műtéti készítményeken több szerző vizsgálta. Goligher (11) 1500 Miles-műtét készítményét nézte át. Distalis nyirokér és nyirokcsomó terjedést 6,5%-ban észlelt. Két cm-nél distalisabban csupán 2%-ban talált terjedést. Hasonló eredményhez jutott Penfold (20) aki 546 beteg közül 2 cm alatt 3%-ban talált distalis terjedést. Williams és Johnston (29) 50 potenciálisan kuratív Miles-műtétből származó készítményt vizsgálva 76%-ban intramuralisan distal felé terje-

dést nem észlelt. A készítmények 90%-ában a distalis irányú terjedés 1 cm-en belül maradt, 10%-ában meghaladta az 1 cm-t. Két cm-en túl az intramuralis terjedés distalis irányban csak 6%-ban volt kimutatható. Arra következtettek, hogy a 2,5 cm-es distalis resectió távolsággal a betegek 94%-ában a mikroszkópikus intramuralis terjedést is eltávolíthatjuk. A fenti nyirok kutatások eredményei, valamint Dixon (8) azon megfigyelése, hogy Hartmann-műtét után ritkán észleltek recidívát a distalis csomokban, az érdeklődést újból a sphincter megtartásos műtét felé irányította. Így vált ma a rectum carcinoma legelterjedtebb gyógyító beavatkozásává a Dixon (7) által kidolgozott resectio recti anterior. Wolmark és Fisher (31) az ötéves túlélés szempontjából nem talált különbséget a 2 cm-nél kisebb, a 2–2,9 cm és a 3 cm-nél nagyobb biztonsági zóna után. Localis recidíva szempontjából a 2 cm-nél kisebb biztonsági zóna és a 3 cm fölötti biztonsági zóna között különbség van. Ezért írja Yeatman, T. és Bland, K. (28), hogy a Handley és Cole által a kilencszázas évek elején felállított 5 cm-es szabály sebészi dogmának bizonyult. Az újabb irodalom adatai szerint az APA és a SM műtét között, helyi recidíva és az 5 éves túlélés szempontjából nincs különbség (6. és 7. táblázat).

A nyirokerekben való terjedést illetően Lynch és Hamilton (18) vizsgálatai szerint a középső szakasz daganatsejtes nyirka csak akkor áramlik a m. levator ani mentén laterális irányba, ha a felfelé vezető nyirokutakat a daganatos terjedés lezárta. Következésképpen, ha a cranialis irányú áramlás nem akadályozott, a rectum középső harmadának daganata és az általa érintett nyirokcsomók a sphincter feláldozása nélkül is eltávolíthatók.

Hazánkban a végbél középső és alsóharmadi rosszindulatú daganatainak kezelésében a sphincter megtartásos műtétek arányát még hozzávetőlegesen sem tudjuk felmérni. Az Országos Statisztikai Intézet 1988-as adatai alapján, Magyarországon végbélrák miatt 307 SM műtétet (39,6%) és 468 (60,3%) APA-t végeztek. Nem tudni, hogy milyen ez a megoszlás az alsó kétharmad daganatainak esetében. Néhány újabb adat alapján azonban erre következtetni lehet: Herczeg és mtsai (14) 286 electiv radicalis rectum műtétből 53 esetben választották a SM műtétet. Valamennyi betegben a daganat 11 cm-rel helyezkedett el az anus felett. Szederkényi (25) valamint Rónay (22) 235, illetve 120 rectum carcinoma miatt végzett Dixon-műtétről számolt be, de itt sem tudni, hogy a daganat hány százaléka lokalizálódott az alsó kétharmadra. Baradnay (1) 96 gépi anastomosisról tesz említést, amiből 54 rectum resectio volt és 23-ban az anastomosis a linea dentatától számítva 10 cm-en belül helyezkedett el. A közelmúltban Köves (17) az EEA varrógéppel szerzett tapasztalatairól írt közleményt. Adataiból azonban, az idő rövidsége miatt sem quo ad vitam, sem a localis recidívát illetően tanulság még nem vonható le. A sphincter megtartás egyik következetes magyar úttörője Drobni volt (9). 1982-ben megjelent könyvében 835 végbélrák műtétről számolt be, 42,6%-os sphincter megtartással. Azt hangsúlyozza, hogy az általa alkalmazott abdominoperinealis rectum resectio áthúzással és sphincter megtartással „a gondosan válogatott, különösen kicsi tumorok esetén végezhető, ha azok alsó határa leg-

6. táblázat: APA és SM műtétek utáni localis recidíva

SZERZŐ	MEGJELENÉSI HELYE, IDEJE	BETEGEK SZÁMA		DAGANAT HELYE CM—BEN	LOCALIS RECIDÍVA %-BAN	
		APA	SM		APA	SM
HEALD R-J. LEICESTER R-J.	BR. J. SURG. 1981, 68:333—337	—	50	3—11	—	0
PARKS A-G. PERCY J-P.	BR. J. SURG. 1982, 69:301—304	—	76		—	7,8
HUSBAND E-M. RYALL RDH	BR. J. SURG. 1982, 69:613—616	—	50	4—15	—	0
LOCALIO S-A. ÉS MT.	ANN. SURG. 1983, 198:320—324	—	175	5,5—11	—	14,6
WILLIAMS	BR. J. SURG. 1985, 72:595—598	33	100	6—11	18,8	13,6
MARKS ÉS MT.	DIS. COL. RECT. 1985, 28:565—572	—	24	3—7	—	0
GILLEN, PEEL	BR. J. SURG. 1986, 73:339—341	45	55	0—10=80 10—15=20	25	14,7
KEIICHI HOJO	DIS. COL. RECT. 1986, 29:11—14	—	273	4—14	—	11
WOLMARK, N., FISCHER B.	ANN. SURG. 1986, 204:480—489	232	181		5	13
DRAKE ÉS MT.	ANN. SURG. 1987, 206:600—605	—	18	5—10	—	5
NEVIL ÉS MT.	DIS. COL. RECT. 1987, 30:12—17	194	179	6—15	19	20,5
MOHIUDDIN J., MARKS G-J.	INT. J. RAD. ONCOL. BIOL. 1987	—	28	3—6	—	21,42
CALRSSON U. ÉS MT.	DIS. COL. RECT. 1987, 30—431—434	48	53		43,8	29
HAUTEFEUILLE ÉS MT.	ANN. SURG. 1988, 207:61—64	—	35	5—9=25 9—12=10	—	20
KARANJIA N-D. ÉS MT.	BR. J. SURG. 1990, 77:510—512	21	152			2,6
SAJÁT ADATAINK	1990.	46	73	3—11	21,7	9,5

alább 7 cm-re van a végbélnyílástól”. Osztályunkon az SM műtét az évek folyamán fokozatosan tért hódított. 1988-ban a betegek 76,4%-ában SM műtétet végeztünk (4. ábra).

A localis recidíva csökkentése érdekében több vizsgálatot végeztek. Először is bizonyították, hogy az exfoliált sejtek megtapadás esetén szaporodásra képesek (27). Nagy szerepet tulajdonítanak a localis recidíva kialakulásában a vastagbél nyálkahártya sialomucin tartalmának.

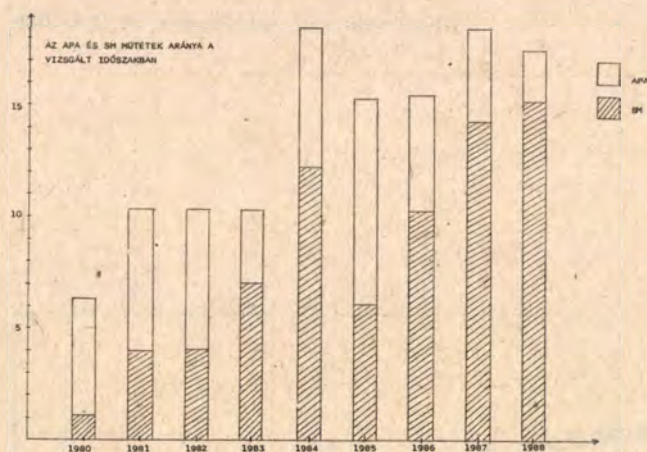
Az egészséges ember vastagbél nyálkahártyája sulfomucint termel. Dawson és mtsai (6) 358 betegen végzett vizsgálattal ki-

mutatták, hogy a rákos vastagbél nyálkahártyája a daganat közelében sialomucint választ ki. Előrehaladott betegségben, valamint bal colon carcinomában a sialomucin secretio gyakoribb. Habib (12) szerint a tumor recidíva a sialomucin tartalmú nyálkahártyában gyakoribb. Éppen ezért Dawson (6) azt ajánlja, hogy a resectio határát a sulfat mucin tartalmú nyálkahártyáig kell kiterjeszteni. Az implantációs localis recidíva kivédése céljából, mi a rectum csontot 10%-os Betadine oldattal, illetve Ftorafurral kitöröltük. Scammell és mtsai (23) szerint a Povidine-iodine és a chlorhexidine cetrimide az élő ráksejteket gyorsan elpusztítja. Ugyancsak a rectum csont tumoroid oldattal való kiöblítését ajánlják Skipper és mtsai (24) is.

A localis recidívaival kapcsolatosan még egy megjegyzés: a

7. táblázat: A rectum középső harmad tumorainak túlélése radicalis APA és SM műtét után

SZERZŐ	MEGJELENÉS HELYE, ÉVE	BETEGEK SZÁMA		KÖVETÉSI IDŐ HÓNAPBAN	ÖT ÉVES TÚLÉLÉS %-BAN	
		APA	SM		APA	SM
WILLIAMS ÉS JONHSTON	BR. J. SURG. 1984, 71:278—282	83	71	60	62	74
MAYO ÉS MT.	SURG. GYNECOL. OBST. 1958, 106:595	—	—	60	69	72
WOLMARK N. FISCHER B.	ANN SURG. 1986, 204:480—489	232	181	48	NINCS KÜLÖNBSEG	
ENKER W. E. ÉS MT.	ANN. SURG. 1986, 203:426—433	156	256	60	52,4	62,8
LOCALIO S. A. ÉS MT.	ANN. SURG. 1983, 198:320—324	151	495	60	43,4	66,2
SAJÁT ADATAINK	1990.	46	73	60	50	60



4. ábra: Az APA és SM műtétek aránya a vizsgált időszakban

gyakorlatban összetévesztik az elégtelen resectio következtében — perirectalis szövet! — visszamaradt residualis tumor inváziójával. Mély resectio recti anterior esetén lateralisán a m. obturatorius internusig, caudalisán a m. levator ani cranialis felszínéig és dorsalisán a Waldeyer fasciáig a rectummal együtt a nyirokcsomókat és nyirokcsomókat tartalmazó perirectalis zsírszövetet is el kell távolítani (13). A resectio után a levator felett férfiban csak a rectum csontot és a két uretert, valamint a húgyhólyagot találjuk. Ha a resectio nem radicalis, a visszamaradt tumor betörhet a lumenbe. Utóbbinak tehát nem a biztonsági zónának 5 cm-ről 2 cm-re való lerövidítése az oka, hanem az incomplett/nem radicalis műtét.

Az elmondottak figyelembevételével a rectum alsó kétharmadának tumorainál az esetek többségében a sphincter megtartható anélkül, hogy quo ad vitam az életet veszélyeztetné. Mi az esetek 61,3%-ában végeztünk sphincter megtartásos műtétet. Mégis van olyan beteg, akin a sphincter megtartását nem ajánljuk alsó kétharmadi tumorban. Ilyen: — a Dukes B2 vagy C1 stádiumú fiatal beteg, akinek nincs távoli metastasisa. — Sialomucin tartalmú nyálkahártya. — Incontinentia alvi esetén — A daganat a linea dentatától orálisán 3 cm-rel haladó vonalat distalisán meghaladta.

A sugárkezelés a localis recidíva lehetőségét csökkenti (2, 15, 19, 21). A preoperatív besugárzás az inoperabilis daganatokat resecabilissá teheti (10).

A helyi recidíva és távoli metastasis sebészi kezelését a betegek rendszeres követése teszi lehetővé, azonban az ellene való küzdelemben igen fontos tényező az alapbetegség korai felismerése és curatív, complex kezelése.

Befejezésül Kulka Frigyes idézzük (16): „A ma sebésze számára nemcsak az a fontos, hogy a beteg túlélje a beavatkozást, messzebbre kell néznünk, a helyreállítás funkcionális szempontjait és a rehabilitálhatóságot is figyelembe kell venni.”

Ezt a célt igyekeztünk szolgálni, amikor a rectum alsó kétharmadának daganataiban 80%-os resecabilitás mellett 61,3%-ban, a középső harmad rákos megbetegedésében 82%-ban SM műtétet végeztünk anélkül, hogy ez az öt éves túlélés és a helyi recidíva mentesség rovására ment volna.

IRODALOM: 1. Baradnay Gy., Nagy A., Zöllei I.: Gépi varratok a vastagbél sebészetben. Orv. Hetil., 1985, 126, 909. — 2. Berdov B. A., Alekszanyan A. Z., Karlinger T. és mtsai: A lokálisan nagy kiterjedésű végbélrák komplex terápiája. Magy. Seb., 1982, 35, 7. — 3. Condon, R. R., Nyhus, L. M.: Manual of surgical Therapeutics. Third Edition. Little, Brown and Company Boston, 1975. Prophylactic use of antibiotics. pp: 277. — 4. Csiky M., Noskó K., Fekete Gy. és mtsai: Vastagbél—végbélrák miatt operált betegek rendszeres ellenőrzésével szerzett kétéves tapasztalataink. Magyar Onkológia, 1988, 32, 99. — 5. Csiky M., Gál S., Fekete Gy. és mtsai: Experiences with MaSa—2 anastomotic device in rectal surgery. Colo-Proctology, 1989, 11, 111. — 6. Dawson, P. M., Habib, N. A., Rees, H. C. és mtsai: Influence of sialomucin at the resection margin on local tumour recurrence and survival at patients with colorectal cancer: a multivariate analysis. Br. J. Surg., 1987, 74, 366. — 7. Dixon, C. F.: Surgical removal of lesions occurring in the sigmoid and rectosigmoid. Am. J. Surg., 1939, 46, 12. — 8. Dixon, C. F.: Anterior resection for malignant lesions of the upper part of the rectum and lower part of the sigmoid. Ann. Surg., 1948, 128. — 9. Drobni S.: Belsősebészet. Abdominoperinealis rectum resectio áthúzással és sphincter megtartással. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1982, 378 oldal. — 10. Gergely M.: A technikailag eltávolíthatatlan (lokálisan inoperabilis) rectum carcinoma gyógyíthatóságáról. Orv. Hetil., 1987, 128, 1493. — 11. Goligher, J. C., Dukes, C. E., Bussey, J. R.: Local recurrence after sphincter-saving excisions for

carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Br. J. Surg., 1951, 39, 199. — 12. *Habib, N., Salem, R., Luck, R. J. és mtsai*: A histochemical method that predicts local recurrence after curative resection in carcinoma of the colon and rectum. Surg. Gynecol. Obst., 1984, 159, 436. — 13. *Heald, R. J., Husband, E. M., Ryall, R. D. H.*: The mesorectum in rectal cancer surgery — the clue to pelvic recurrence? Br. J. Surg., 1982, 69, 613. — 14. *Herczeg L.*: A colorectalis carcinoma sebészetiének néhány kérdése. Borsodi Szemle, 1985, 1, 9. — 15. *Higgins G. Jr.*: Adjuvant radiation therapy in colon cancer. Int. Adv. Surg. Oncol., 1979, 2, 1. — 16. *Kulka, Fr.*: Gondolatok a patológus-sebész együttműködéséről. Részletek az 1987. évi patológus kongresszuson elhangzott referátumból. Magy. Seb., 1989, 42, 65. — 17. *Köves I., Besznyák I., Súlyos Z. és mtsai*: Dixon anastomosis egyszerű és biztonságos készítése EEA varrógéppel. Magy. Seb., 1987, 40, 278. — 18. *Lynch, J. H., Hamilton, G. J.*: The rationale of the surgical technique in carcinoma of the rectum and sigmoid. Am. J. Surg., 1938, 40, 432. — 19. *Mohiuddin, M., Marks, G. J.*: High dose preoperative radiation and sphincter preservation in the treatment of rectal cancer. — 20. *Penfold, J. C. B.*: A comparison of restorative resection of carcinomas of the middle third of the rectum with abdominal perineal resection. Aust. N. Z. J. Surg., 1974, 44, 354. — 21. *Quan, S. H. Q.*: A surgeon looks at radiotherapy and cancer of the colon and rectum. Cancer, 1973, 31, 1. — 22. *Rónay, P., Daubner, K.*: A Dixon műtétrel szerzett tapasztala-

ink. Orv. Hetil., 1982, 123, 2293. — 23. *Scammel, B. E., Phillips, R. P., Brown, R. és mtsai*: Influence of rectal washout on bacterial counts in the rectal stump. Br. J. Surg., 1985, 72, 548. — 24. *Skipper, D., Cooper, A. J., Marston, J. E. és mtsai*: Exfoliated cells and in vitro growth in colorectal cancer. Br. J. Surg., 1987, 74, 1049. — 25. *Szederkényi I., Szilágyi Sz., Szentirmai I. és mtsai*: Cirkuláris varrógépekkel készített colorectostomiákkal szerzett tapasztalataink. Magy. Seb., 1988, 41, 149. — 26. *Tóth A. Görög D., Weltner J. és mtsai*: Colorectalis daganatok recidívái-ról. Orv. Hetil., 1988, 129, 1147. — 27. *Umpleby, H. C., Fermor, B., Symes, M. O. és mtsai*: The proliferative and metastatic potential of exfoliated colorectal cancer cells. Surgical Res. Soc. Abstracts. Br. J. Surg., 1984, 71, 896. — 28. *Yeatman, T. J., Bland, K. I.*: Sphincter saving procedures for distal carcinoma of the rectum. Ann. Surg., 1989, 209, 1. — 29. *Williams, N. S., Johnston, D.*: The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. Br. J. Surg., 1983, 70, 460. — 30. *Williams, N. S.*: Changing patterns in the treatment of rectal cancer. Br. J. Surg., 1989, 76, 5. — 31. *Wolmark, N., Fisher, E.*: An analysis of survival and treatment failure following abdominoperineal and sphincter-saving resection in Dukes' B and C rectal carcinoma. A report of the NSABP clinical trials. Ann. Surg., 1986, 204, 480.

(Csiky Miklós dr., Salgótarján, Pf. 138. 3101)

NIZORAL

krém

(Ketoconazolum)

2%

HATÓANYAG: 0,4 g ketoconazolum 20 g 0,2% natrium sulfurosum anhydricum tartalmú, vízzel lemosható kenőcsben. **HATÁS:** A ketoconazol szintetikus imidazolszármazék. Széles hatásspektrumú gombaeellenes szer, amely a gombák sejtmembrán anyagcseréjét (ergoszterol szintézis) támadja meg, ezáltal megváltozik a membrán permeabilitása, a sejt nem tud tovább osztódni. **JAVALLAT:** Minden bőrmikózis, melynek kórokozója: — dermatofitonok (pl. Trichophyton- és Microsporum-fajok, Epidermophyton floccosum) — sarjadzógombák (Pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajok) — Malassezia furfur (Pityrosporum orbiculare) A kezelésre reagáló kórképek: Mycosis superficialis, erosio interdigitalis, intertrigo mycotica, intertrigo psoriatica, ekzema mycoticum, pityriasis versicolor. **ELLENJAVALLAT:** Ketoconazol túlérzékenység. A szem kezelésére nem alkalmazható. Bár a bőrön át felszívódása jelentéktelen, terhességben és szoptatás esetén a várható előny és a lehetséges kockázat mérlegelésével adható csak. **ALKALMAZÁS:** A fertőzött bőrfelületet és környékét általában naponta egyszer, súlyosabb esetben kétszer bekenni. A kezelést tünetmentesség, illetve azután még néhány napig folytatni kell. A sikeres kezelés várható időtartama: — dermatofitonok okozta bőrmikózis esetén 3–4 hét; — bőrkandidiázis, pityriasis versicolor esetén 2–3 hét; — Tinea pedis esetén általában hosszabb, 4–6 hét. Ha 4–6 hetes kezelés után sem számottevő a klinikai javulás, akkor újbóli diagnosztizálásra van szükség. **MELLÉKHATÁS:** Bőrvörösödés, égő, csípő érzés; átmeneti erythema előfordulhat. Erős bőrkülés, dermatitis, illetve egyéb allergiás reakció fellépése esetén a kezelést abba kell hagyni. **GYELMEZTETÉS:** Natrium hiposzulfit tartalma miatt szulfitra érzékeny — elsősorban asztmás — betegek-nél esetleg allergiás típusos reakciót válthat ki. A beteg figyelmét a higiénés előírások betartására fel kell hívni. **CSOMAGOLÁS:** 1 tubus (20 g)

A Janssen Pharmaceutica, Belgium
licence alapján gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár — Budapest

Cziklik Edit dr.,
Gyódi Éva dr.,
Német Katalin
és Hollán Zsuzsa dr.

Adatok a HLA antigének és az idiopathiás haemochromatosis hazai kapcsolatához

Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, Budapest
(főigazgató: Hollán Zsuzsa dr.)

Munkánk célja az idiopathiás haemochromatosis és HLA antigének kapcsolatára vonatkozó adatok gyűjtése volt. Tíz, családi kapcsolatban nem álló (6 férfi és 4 nő) idiopathiás haemochromatosisos beteget (proband) vizsgáltunk. Az idiopathiás haemochromatosis diagnózist klinikai, laboratóriumi és szövettani adatok támasztották alá. A 10 probandban és minden elérhető, elsőfokú rokonban (24 személy) 7 családvizsgálat során HLA tipizálás történt. A HLA A3 antigént 6/10 probandban mutattuk ki (szemben az egészséges véradók között [No 53] és a magyar populációban [No 1910] talált 18,8%-os, ill. 22,4%-os HLA A3 antigén gyakorisággal). A3B7 antigén asszociációt 4/10 probandban észleltünk. Mind az A3B7, mind az A2B38 haplotípus kétszer fordult elő a 7 genotipizált probandban. A családvizsgálatok során a haemochromatosis allélre nézve 1 homozygota, 17 heterozygota és 6 non carrier egyént identifikáltunk. További, kiterjedt család- és populációs vizsgálatok szükségesek a magyarországi idiopathiás haemochromatosis génfrekvencia felbecsüléséhez és annak megállapításához, hogy más, mint az A3B7 haplotípusok is markerei-e az idiopathiás haemochromatosisnak.

Az idiopathiás haemochromatosis (IHC) recessíven öröklődő betegség, melyben a generalizált vaslerakódás okozta szövetkárosodás miatt cirrhosis hepatitis, diabetes mellitus, cardiomyopathia, endocrin hypofunkciók, bőrpigmentatio és arthropathia fejlődnek ki [7, 10, 14]. Az IHC előfordulási gyakorisága az europoid populációban 2–8/1000 lakos [23]. Az IHC kialakulásáért felelős gén a 6-os számú kromoszóma rövid karján, a HLA-A locushoz közel helyezkedik el [6, 7, 15, 21]. A HLA A3, B7 és B14 antigének mutatják a legszorosabb kapcsolatot az IHC-val [22], bár bizonyos földrajzi különbségek megfigyelhetők [1, 17, 22]. Az IHC alél HLA markerje tulajdonképpen haplotípusos, ahogy ezt Simon és mtsai [22] 609, IHC gént hordozó haplotípust analízálva megállapították. Négy haplotípus, az A3B7, A3B14

On the correlation of the HLA antigens and the idiopathic haemochromatosis in Hungary. The aim of our present work was to collect data on HLA distribution in patients with idiopathic haemochromatosis in Hungary. Ten unrelated patients with idiopathic haemochromatosis (6 men, 4 women) were studied. Idiopathic haemochromatosis was diagnosed on clinical, biochemical and histological grounds. HLA typing was performed in 10 probands and in all of their first degree relatives available (24) through 7 pedigree studies. HLA A3 was present in 6 of 10 probands [6/10 vs. 18,8% in the group of healthy blood donors (No 53) and 22,4% in Hungarian population (No 1910)]. HLA B7 was present in 4 of 10 probands (40% vs. 11,3% and 14,6%). A3B7 antigen association has been found in 4 of 10 patients. A3B7 and A2B38 haplotypes were present twice in 4 of 7 genotyped probands. Pedigree studies revealed one nonaffected homozygote, 17 heterozygotes and 6 non carriers. Extended family and population studies are necessary to establish the gene frequency in Hungary and the probability of the involved haplotypes other than A3B7.

és kisebb mértékben az A11B35 és A11B5 szignifikánsan gyakoribb és szignifikánsan erősebb kapcsoltsági egyenlőtlenségben (linkage disequilibrium) mutathatók ki az IHC-s betegekben a kontroll csoporthoz viszonyítva.

Haemochromatosisos beteg HLA identikus testvérénél (sibling) gyakorlatilag kötelezően kialakul a kóros vasfelhalmozódás [2, 5, 15]. A családvizsgálatok során végzett HLA tipizálás lehetővé teszi a korai diagnózist, s az idejében megkezdett kezelés megakadályozza a szervi manifesztációk és irreverzibilis szövődmények kifejlődését [11]. Magyarországon idiopathiás haemochromatosisos betegekről eddig csak esetismertetések kapcsán számoltak be [24, 25].

Munkánk célja az idiopathiás haemochromatosis és HLA antigének kapcsolatára vonatkozó magyarországi adatok gyűjtése és a veszélyeztetett családtagok felkutatása volt.

Kulcsszavak: carrier állapot, HLA antigén, idiopathiás haemochromatosis, proband

Rövidítések: IHC — idiopathiás haemochromatosis; hh — homozygota; nh — heterozygota; nn — non carrier; transzf. szat. — transzferrin szaturáció

Anyag és módszer

Tíz, családi kapcsolatban nem álló, 35 és 65 év közötti IHC-s beteget (6 férfi és 4 nő) vizsgáltunk. Az IHC diagnózist klinikai, laboratóriumi és szövettani adatok támasztották alá. A 10

1. táblázat: Tíz magyar (egymással rokonságban nem álló) idiopathiás haemochromatosisos beteg klinikai, laboratóriumi és szövettani adatai

Proband (No)	Nem	Kor (év) ⁺	Klinikai tünetek ⁺⁺	Transzf. szat. N: 0,2–0,55	Szérum ferritin N: 20–200 ng/ml	Májbiopszia	
						berlini kék	szövettan
1. [¶]	ffi	52	H, P, D, A	0,90	3000	4 +	cirrrosis
2. [¶]	nő	42	H	0,73	660	4 +	cirrrosis
3.	ffi	39	H, P, D, C, G	0,93	1260	4 +	cirrrosis
4. [*]	ffi	49	H, P, A, G	0,82	2000	4 +	cirrrosis
5. [*]	ffi	39	H	0,60	79	4 +	normális
6.	nő	60	H, D, A	0,78	3000	3 +	fibrosis
7.	nő	61	H	0,65	640	3 +	cirrrosis
8. [¶]	ffi	60	H, D	0,76	500	4 +	cirrrosis
9.	nő	59	H, P	0,88	660	3 +	cirrrosis
10. [*]	ffi	59	H, D, klinikailag cirrrosis	0,86	225	biopszia nem volt	

Magyarázat:

⁺ a diagnózis időpontjában

⁺⁺ H: hepatomegalia P: pigmentáció D: diabetes mellitus C: cardiomyopathia A: arthropathia G: hypogonadismus

^{*} korábban venasectioval kezelt beteg

[¶] A vizsgálat időszaka alatt elhunyt beteg. A részletes kórbonctani vizsgálat idiopathiás haemochromatosisot igazolt.

IHC-s betegnél (proband) és minden elérhető elsőfokú rokonnál (24 személy), 7 családvizsgálat során HLA tipizálást végeztünk. Feltételeztük, hogy minden manifest haemochromatosisos egyén az IHC allélre nézve homozygota (hh); azok a rokonok, akik csak egy, a probanddal azonos HLA haplotípust hordoznak vagy egyik haplotípusuk sem egyezik meg a betegével, heterozygoták (nh) az IHC allélre nézve, ill. non-carrierek (egészségesek) (nn) [2, 5].

Szérum vas, vaskötő kapacitás és szérum ferritin meghatározások történtek minden családtagnál és 53 HLA tipizált véradónál. A HLA tipizált véradónál a transzferrin szaturációs értékek és a szérum ferritin koncentrációk a normális tartományba estek (transzferrin szaturáció N: 0,2–0,55, ill. szérum ferritin conc. N: 20–200 ng/ml). Az IHC-s betegeknek talált HLA antigén gyakoriságot az 53 egészséges véradónál és a magyar populációban talált HLA antigén gyakorisággal hasonlítottuk össze (Gyódiné, szóbeli közlés). A szérum vas koncentráció és a teljes vaskötő kapacitás meghatározása standard módszerrel, a szérum ferritin meghatározás radioimmunoassay technikával történt [9]. Haematoxylin-eosin és berlini kék festést követően elvégeztük a májbiopsziás minta szövettani értékelését. A májparenchyma sejtek vastartalmát a berlini kék reakció erőssége alapján 0–4 + pozitivitással jelöltük [19]. A HLA tipizálás a standard NIH lymphocytá cytotoxicitási vizsgálattal történt [12].

Eredmények

Az IHC-s betegek klinikai, laboratóriumi adatait az 1. táblázat mutatja be. Minden betegen az IHC legalább egy klinikai manifestációját, magas transzferrin szaturációt és/v. szérum ferritin koncentrációt észleltünk. Hét betegen cirrhosis hepatist, 1 betegen fibrosist mutatott a szövettani vizsgálat, 1 betegen nem volt szövettani eltérés. A cirrhosis kialakulásában az 1., 2. és 8. számú betegeknek a korábbi, tartós alkoholfogyasztás, a 9. betegen permetezőszer okozta ártalom is patogenetikai tényezőként szerepelt. A 7. beteg elzárkózott a venasectió kezelése miatt nem venasectió, hanem i.m. desferrioxamin kezelést alkalmaztunk. Az 1., 2., 6. betegeken hetenkénti rendszeres venasectióval (500 ml) 3,6 g, 3,6 g és 5 g vasat

távolítottunk el. Tíz probandnál végeztünk HLA tipizálást. A 2. táblázat adatai szerint a HLA A3 és B7 antigének gyakorisága lényegesen nagyobb az IHC-s betegek között,

2. táblázat: Az A3, B7 és B14 HLA antigének gyakorisága idiopathiás haemochromatosisos betegekben, egészséges véradókban és a magyar populációban

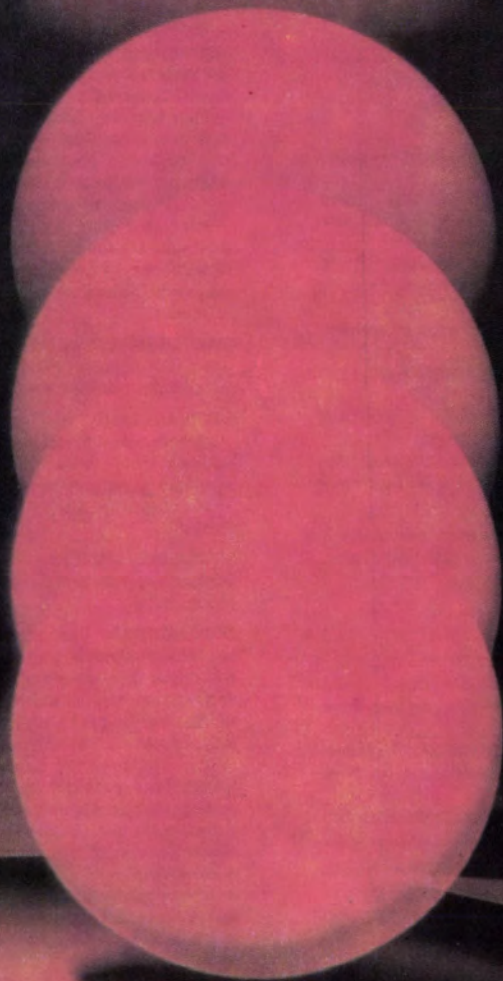
	A3	B7	B14
IHC-s betegek (No 1–10)	6/10	4/10	1
Egészséges véradók (No 53)	10 (18,8%)	6 (11,3%)	2 (3,8%)
Magyar populáció (No 1910)	428 (22,4%)	279 (14,6%)	111 (5,8%)

mint az egészséges véradókban és a magyar populációban (6/10 vs. 18,8% és 22,4%, ill. 4/10 vs. 11,3% és 14,6%). A HLA B14 antigént egy betegen mutattuk ki. Négy betegen találtunk A3–B7 antigén asszociációt.

Hét proband genotípusát és 24 elsőfokú rokon fenotípusát határoztuk meg 7 családvizsgálat során. 12 különböző haplotípust regisztráltunk. Az A3B7 és A2B38 haplotípus volt jelen 2–2 genotipizált probandban és az ő 3/6, ill. 2/2 gyermekükben. A többi haplotípus egyszer fordult elő. Crossing overt észleltünk a 3. probandban (3. táblázat). Családvizsgálatok során egy homozygota testvért találtunk (No 2c), akinek mindkét haplotípusa meg egyezett a probanddal. E testvér ún. „non affected” (egészséges) homozygota, a nála mért transzferrin szaturációs érték 0,34, a szérum ferritin koncentráció 55 ng/ml volt. Hat családtag ún. „non carrier” volt, mások (17 személy), a probanddal egy azonos haplotípust hordozók, heterozygoták voltak. Normális transzferrin szaturációt mértünk minden non carrierben és két egyén kivételével minden heterozygotában (2/17). Az 1/d és 4/b heterozy-

TENSIOMIN[®]

antihypertensivum



TENSIOMIN® antihypertensivum

12,5 25, 50 és 100 mg tableta

HATÓANYAG: 12,5 mg, 25 mg, 50 mg és 100 mg captoprilum tablettánként.

HATÁS: A renin-angiotenzin rendszer fontos a vérnyomás szabályozásában. Működési zavarainak kóros szerepe van a különböző etiológiájú magasvérnyomás kialakulásában és fenntartásában. E presszor rendszer aktivitását jelentősen csökkentik az angiotenzin-konvertáló enzim gátlói, köztük a Tensiomin hatóanyaga, a captopril is, mely megakadályozza az angiotenzin I. → angiotenzin II. átalakulást, a szervezet egyik legerősebb vazokonstriktor anyagának képződését. Fő farmakológiai hatása az érellenállás csökkentése mind az arteriolákon, mind a venulákon.

Jól kombinálható egyéb antihypertenzívumokkal. Más vazodilatátoroktól eltérően nem okoz folyadékretenciót. Bizonyos hipertóniákban (magas renin szintű — renovaszkuláris —, ill. más vese eredetű hipertóniák) az első választandó szer.

JAVALLATOK:

- esszenciális hipertónia (más vérnyomáscsökkentőkre rezisztens formái is), malignus hipertónia
- renovaszkuláris hipertónia (inoperábilis eseteiben önálló kezelésként vagy kombinációban elsősorban kalcium antagonistákkal, béta-blokkolókkal, ill. diuretikumokkal)
- hipertóniás sürgősségi állapotokban, ha nifedipin nem elérhető, vagy nem elegendő hatásos, akkor szublingválisan (szétrágva) Tensiomin adása is megkísérülhet.
- autoimmun nephropathiák, (scleroderma, SLE gyors progressziójú eseteiben)
- asthma bronchialeban szenvedő vagy idős hipertóniásokban első vagy második választandó szer
- szívelégtelenségben az elő- és utóterhelés csökkentésére (különösen digitális + diuretikumra refrakter esetekben)
- cardiomyopathiák bizonyos formáiban (congestiv cardiomyopathia)
- diagnosztikumként renovaszkuláris hipertenzióban és Conn-szindrómában.

ELLENJAVALLATOK: Terhesség. Szoportatás (ha adása ilyenkor elkerülhetetlen, akkor a szoptatást fel kell függeszteni). Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Leukó-, illetve thrombopenia.

ADAGOLÁS: Egyéni elbírálat igényel.

Szokásos adag felírtaknak:

HIPERTÓNIA: Kezdő adag naponta 3-szor 12,5 mg. Ha a vérnyomáscsökkentés 2 napos kezelés után nem kielégítő, az adag fokozatosan naponta 3-szor 50 mg-ig emelhető.

További vérnyomáscsökkentés elérésére tiázid diuretikum, béta-blokkoló és/vagy egyéb vazodilatátor (kalcium-antagonista, prazosin, dihidralazin) adható.

300 mg napi adag felett a mellékhatások gyakorisága jelentősen megnő, ezért ennél magasabb napi adag nem javasolt!

RENOVASZKULÁRIS ÉS RENOPARENCHYMÁS HIPERTÓNIA: Naponta 3-szor 6,25—12,5 mg, fenntartó adag naponta 3—4-szer 25 mg-ig fokozatosan növelhető, ennél nagyobb dózisra ritkán van szükség.

Beszűkült veseműködés esetén a maximális napi adag:

ml/min/m ²	Creatinin clearance: ml/sec/m ²	ml/sec/fő*	dózis mg
80—41	1,33—0,68	2,31—1,18	300
40—21	0,66—0,35	1,15—0,61	150
20—11	0,33—0,18	0,57—0,31	75
10	0,17	0,29	37,5

*Felírt átlagos testfelszínre (1,73 m²) számított érték.

SZÍVELÉGTELENSÉG: A kezelést 2—3-szor 6,25 mg-mal célszerű kezdeni, és az adagot fokozatosan növelni.

GYERMEKGYÓGYÁSZATBAN: Alkalmazása nagy óvatosságot igényel, csak igen indokolt esetben (elsősorban renovaszkuláris vagy renoparenchymás hipertóniában) adható.

Javasolt napi adag: 1—2 mg/testtömeg kg.

A tablettát étkezés előtt 1 órával kell bevenni!

A gyógyszeres kezelés beállítását belgyógyász szakorvos végezze, lehetőleg fekvőbeteg gyógyintézetben.

Ambuláns történő alkalmazásakor szükséges az első adag (6,25 vagy 12 mg) hatásának lemérése: a vérnyomást legalább 3 órán át 30 percenként kell megmérni. Ezt követően a betegek gyakori ellenőrzése szükséges a megfelelő adagolás megállapításáig.

A kombinációkban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK: A szokásos adagolásnál (50—150 mg/nap) mellékhatások nagyon ritkák. Nagyobb adag hatást nem fokozza, a mellékhatások azonban gyakoribbá válnak.

Előfordulhat:

- Proteinuria, amely együtt járhat membranózus glomerulopátiával, nephrosis-szindrómával.
 - Myeloid hypoplázia következtében fellépő neutropénia vagy agranulocytosis következményes infekciókkal.
 - Bőrkiütés, ritkán Quincke-ödéma, arckipírulás.
 - Átmeneti súlyosabb hipotenzió, főleg diuretikumokkal kezelt szívelégtelenségben szenvedő betegeken.
 - Igen ritkán tachycardia, mellkasi fájdalom, palpitáció (főleg folyadék-depletált betegeken).
 - Étvágytalanság, szájszárazság, fémcs, sós íz érzése (általában a kezelés 2—3. hónapjában magától megszűnik), aphtózus ulcerációk a szájnyálkahártyán, émelygés, hányás, peptikus fekély, cholestasis, hasi fájdalom, hasmenés, székrekedés.
 - Fejfájás, szédülés, alvászavar, paraesthesia.
 - Máj-enzimértékek, karbamid nitrogén-, kreatinin-, káliumszint emelkedése a szérumban, álpozitív acetone reakció a vizeletben.
- Gyakoribbak a mellékhatások autoimmun betegségben szenvedőkön, ezért e betegcsoportban a vérkép és vesefunkció rendszeres ellenőrzése indokolt.

GYÓGYSZERKÖLCSONNATÁS: Együttadása kerülendő

- a szérum K⁺-szintjét emelő (pl. kálium megtakarító — spironolacton, amilorid, triamteren —) szerekekkel (hiperkalémia lehetősége).

ÓVATOSAN ADHATÓ:

- diuretikumokkal folyadékdepletált állapotban, ill. kalciumantagonisták jelenlétében hatása fokozódik.
- értágító hatású szerekekkel (hipotónia lehetősége)
- nem szteroid gyulladáscsökkentőkkel (vérnyomás-csökkentő hatás gyengül)

TÜLADAGOLÁS KEZELÉSE: A hipotónia fiziológias sóoldat infúziójával általában megszüntethető. A captopril hemodialízissel a keringésből eltávolítható.

FIGYELMEZTETÉS: Súlyosabb vesekárosodás esetén a kezelést gondosan mérlegelve kisebb adagokkal kell kezdeni (naponta 2—3-szor 6,25 mg) a dózis emelését óvatosan kell végezni. A terápia megkezdése előtt, majd havonta a proteinúriát figyelemmel kell kísérni. Ha a proteinúria meghaladja az 1 g/nap értéket, vagy fokozódik, a terápia folytatását alaposan meg kell fontolni. (Fokozott proteinúria a terápia első nyolc hónapjában várható, ezért a 9. hónaptól csak háromhavonta-félévente szükséges az ellenőrzés. (A só- és/vagy folyadékdepletált betegekben, renovaszkuláris hipertóniában adagolása nagy óvatosságot igényel, mert a fokozott renin felszabadulás következtében a captopril vérnyomáscsökkentő hatása nagyobb mértékű, igen ritkán tachycardia is előfordulhat.

Szívelégtelenségben szenvedő betegek beállításakor az első adagokat követően gyakrabban lép fel hipotónia, ezért a gyógyszer beállítása feltétlenül fekvőbeteg gyógyintézetben történjen. Az előzetes diuretikummal kezelt betegek javasolt kezdő adagja naponta 2—3-szor 6,25—12,5 mg.

A fehérvérsejtszámot a kezelés első három hónapjában havonta, majd háromhavonta kell ellenőrizni.

Autoimmun betegségben szenvedők fehérvérsejtszámát az első 3 hónapban kéthetente, majd kéthavonta kell ellenőrizni. $4 \times 10^9/l$ alatti fehérvérsejtszám esetén a kvalitatív vérkép ellenőrzése is szükséges.

Ha a neutrofil granulociták száma $1 \times 10^9/l$ alá csökken, a kezelést be kell szüntetni. Infekció első tüneteire azonnal vérkép ellenőrzés szükséges. Műtétek alatt esetleg jelentkező hipotóniát volumenexpánzióval kell megszüntetni.

A beteg figyelmét fel kell hívni:

- infekció első tüneteire vagy ödéma felléptekor azonnal forduljon orvoshoz
- a terápiát önkényesen ne szakítsa meg
- fokozott folyadékvesztés, izzadás, hányás, hasmenés esetén forduljon orvoshoz (ezeknek az állapotoknak a következménye súlyos hipotenzió lehet)
- óvakodjék a fizikai megterhelés hirtelen fokozásától.

MEGJEGYZÉS: *Csak vénre adható ki és csak egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg és szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:	30 db tableta	(12,5 mg)
	30 db tableta	(25 mg)
	20 db tableta	(50 mg)
	20 db tableta	(100 mg)

3. táblázat: Tíz, egymással rokonságban nem álló idiopathiás haemochromatosisos beteg és 24 elérhető rokonuk HLA fenotípusa és genotípusa

Proband rokon	kora (év)	carrier állapot	HLA fenotípus	HLA genotípus	transzferrin szaturáció N: 0,2—0,55	szérum ferritin N: 20—200 ng/ml
1.	52	hh	A1,3—B7,8	A3B7,A1B8	0,90	3000
a. anya	78	nh	A1,2—B8	A1B8, A2B8	0,33	240
b. fivér	55	nh	A1,2—Cw7—B8	A2Cw7B8,A1B8	0,20	220
c. fivér	46	nn	A2—Cw7—B8	A2Cw7B8,A2B8	0,47	196
d. fia	26	nh	A3,24—B7,18	A3B7,A24B18	0,75	146
e. lánya	15	nh	A3,24—B7,18	A3B7,A24B18	0,33	32
f. lánya	29	nh	A1,2—B8,12	A1B8,A2B12	0,38	115
2.	42	hh	A3,24—Cw6-B7,13	A3Cw6B13,A24B7	0,73	660
a. apa	70	nh	A3,26—Cw6—B13,18	A3Cw6B13,A26B18	0,32	360
b. anya	68	nh	A2,24—Cw4—B7,15	A2Cw4B15,A24B7	0,30	200
c. huga	40	hh	A3,24—Cw6—B7,13	A3Cw6B13,A24B7	0,34	55
d. fia	14	nh	A3,24—Cw4—B7,35	A3Cw4B35,A24B7	0,30	28
e. fia	18	nh	A3,24—Cw4—B7,35	A3Cw4B35,A24B7	0,12	4
3.	39	hh	A1,2—Cw3—B15,38	A2Cw3B15,A1B38	0,93	1260
a. anya	65	nh	A1,25—B37,38	A1B37,A25B38	0,40	65
b. fivér	37	nn	A1,30—B37,51	A30B51,A1B37	0,55	29
c. fivér	35	nn	A25,30—B38,51	A30B51,A25B38	0,27	50
4.	49	hh	A1,32—Cw5—B12,13	A1B13,A32Cw5B12	0,82	2000
a. fivér	46	nn	A2,3—Cw4—B35,50	A2B50,A3Cw4B35	0,46	205
b. fia	18	nh	A1,11—B7,13	A1B13,A11B7	0,73	73
c. u. öccs	13	nn	A2—Cw5—B12,50	A2B50,A2Cw5B12	0,28	13
d. u. öccs	18	nn	A2—Cw5—B12,50	A2B50,A2Cw5B12	0,37	18
5.	39	hh	A1,3—Cw2—B7,40	A3B7,A1Cw2B40	0,60	79
a. anya	61	nh	A1,11—Cw2—B18,40	A11B18,A1Cw2B40	0,33	22
b. lánya	6	nh	A2,3—Cw2—B7,40	A3B7,A2Cw2B40	0,26	17
c. fia	8	nh	A1,2—Cw2—B15,40	A1Cw2B40,A2B15	0,22	12
d. fia	12	nh	A1,2—Cw2—B15,40	A1Cw2B40,A2B15	0,21	24
6.	60	hh	A2,3—B38,51	A3B51,A2B38	0,78	3000
a. fia	35	nh	A2—Cw2—B27,38	A2Cw2B27,A2B38	0,45	38
7.	61	hh	A2—B12,38	A2B38,A2B12	0,65	640
a. fia	38	nh	A2,3—B27,38	A2B38,A3B27	0,25	45
8.	60	hh	A3,24—B15,35		0,76	660
9.	59	hh	A11,24—Cw4—B14,35		0,88	660
10.	59	hh	A2,3—B7		0,86	225

nn: non carrier
nh: heterozygota
hh: homozygota

gotákban a transzferrin szaturáció 0,70 feletti érték volt normális szérum ferritin concentratio mellett. A családtagok közül senkinél sem találtunk bármilyen IHC-ra utaló klinikai tünetet.

Megbeszélés

Az IHC és a HLA A3, B7 és B14 antigének közötti kapcsolatáról 1975-ben jelentek meg az első közlemények [20, 26]. Számos munkacsoport erősítette meg a fenti eredményeket [1, 4, 8, 17]. A különböző vizsgálatssorozatok azt mutatták, hogy a HLA A3 antigén gyakorisága az IHC-s betegcsoportban lényegesen magasabb, mint a kontroll populációban (55%—100% vs. 19%—32%) [23]. A B7 antigén gyakorisága IHC-ban ugyancsak magasabb a kontroll csoportokban észleltéhez képest (28%—86% vs. 9%—34%) [23]. Ami a B14 antigént illeti, a közlemények felében számolnak be az IHC-ban észlelt nagyobb gyakoriságról.

Az IHC és a HLA A3 antigén közötti szoros kapcsolat magyarországi betegcsoporton is bizonyítható. 6/10 IHC-s esetben igazoltuk A3 antigén jelenlétét, szemben a kontroll csoportban észlelt 18,8%, ill. 22,4%-os előfordulással. A B7 antigén gyakoriság szintén magasabb volt az IHC-s betegek, mint a kontrollok között (4/10 vs. 11,3%, ill. 14,6%).

Az IHC és a HLA A3—B7 antigén asszociáció (aktuálisan A3B7 haplotypus) az egész világon kimutatható. Gyakorlatilag egyedüli, kizárólagos az asszociáció ezzel a haplotípussal az NSZK-ban, Franciaországban (Párizs), az USA-ban, Ausztráliában stb. [4, 7, 8; 22]. Az A3—B14 asszociációt Svédországban, Angliában, Franciaország egyes területein (Bretagne) stb. észlelték [1, 17, 22]. A11—B35 és A11—B5 asszociáció figyelhető meg Franciaország különböző részein [22]. Az A1—B8 Svédországban [17], az A3—B35 Olaszország északkeleti részén [16] a leggyakoribb haemochromatosis marker.

A mi betegcsoportunkban 4 betegen figyeltünk meg A3—B7 asszociációt. Két probandban az A3 antigén más

B (nem B7) antigénhez kapcsolódott. Három A3—B7 fenotípusú proband közül kettőben igazolt A3B7 genotípust a családvizsgálat (a HLA fenotípus nem kötelezően identikus a genotípussal [18]). Az A3, B7 antigének gyakoriságára vonatkozó eredményeink összhangban vannak az irodalmi adatokkal; IHC-ban az A3 antigén a B7 és/vagy a B14 antigénnel együtt vagy anélkül szignifikánsan gyakrabban mutatható ki a haemochromatosis gént hordozó kromoszómán [4] és az A3 (kisebb mértékben az A11) független IHC allél marker [22].

Általánosan elfogadott tény, hogy a probanddal HLA identikus testvér(ek)-nek lényeges esélye van arra, hogy klinikailag manifest haemochromatosis alakuljon ki [2, 5, 15]. Ezzel szemben a nem HLA identikus testvéreken valószínűtlen a progresszív vasraktározási betegség kifejlődése.

A családvizsgálatok során a haemochromatosis allélre nézve 1 homozygota, 17 heterozygota és 6 non carrier egyént identifikáltunk. Az irodalmi adatokhoz viszonyítva a heterozygoták száma megfelelő, de a homozygoták száma kevés. Annak valószínűségét azonban, hogy családvizsgálat során hány HLA identikus családtagot találunk, számos tényező befolyásolja: az IHC génfrekvenciája egy adott populációban, a recesszív öröklődési mód, a családban fellelhető testvérek száma stb. Az egyetlen HLA identikus, de az IHC-ra jellemző laboratóriumi eltéréseket és klinikai tüneteket nem mutató testvér egy premenopausában levő 40 éves nő volt normális transferrin szaturációval és normális szérumszintű ferritin koncentrációval.

Haemochromatosisos proband HLA identikus testvéreinek lehetnek normális vasraktárai [5, 18, 21]; ezek az egyének reprezentálhatják az inkomplett gén expresszivitást, ill. a recombinatio példáit. Nagyfokú variabilitás észlelhető a tekintetben, hogy az IHC génre homozygotákon milyen fokban manifestálódik a betegség [5, 13]. A nem, táplálkozási tényezők (beleértve az alkoholfogyasztást is), stb. nagyfokban befolyásolják a kóros vasfelhalmozódás mértékét [10]. A közelmúltban olyan, a probanddal HLA identikus testvérről számoltak be, ahol súlyos, gyulladással járó, krónikus bélbetegség (M. Crohn) miatt manifestálódott a várhatóan később az IHC [15]. Más szerzők [3] 3. — szerológiai teszt szerint — HLA identikus testvért vizsgálva megállapították, hogy az IHC-s proband 6-os kromoszómáján két alteratio történt: deletio a DR régióban, ill. egy kiegyensúlyozatlan crossing over, ill. genetikai conversio az MHC osztály I. régióban. Mindezek alapján megállapítjuk, hogy részletes DNS polymorphismus vizsgálat lenne szükséges azon megállapításunk magyarázatára, hogy egy genotípus szerint identikus, „nem érintett” testvérnek nincs manifest IHC-ja; (e vizsgálatra a proband hirtelen halála miatt nem kerülhet sor). A testvér a továbbiakban szoros ellenőrzést, követést igényel.

A 3. számú IHC-s betegünkön crossing overt észleltünk. A beteg genotípusa A1B38 (anyai eredetű, crossing overrel) és A2Cw3B15 (apai eredetű). A 3c számú testvér non carrier, genotípusában sem a probanddal azonos haplotípust, sem azonos HLA antigént nem találtunk. Bár a 3b számú testvér a probandban is található A1 antigént hordozza, a 3b testvért non carriernek jelöltük a 3. táblázat-

ban. Ezen testvér heterozygota állapota azonban nem zárható ki, minthogy az IHC gén a 6-os kromoszómán telomeresen helyezkedik el [22], kevesebb, mint 1 centimorgan távolságra a HLA régiótól [21], közelebb a HLA—A locusához, mint a B locusához [22]. További, kiterjedt család- és populációs vizsgálatok szükségesek a magyarországi IHC génfrekvencia felbecsüléséhez és annak megállapításához, hogy más, mint az A3B7 haplotípusok is markerei-e az IHC-nak.

IRODALOM: 1. Bomford, A., Eddleston, ALWF, Kennedy, L. A. és mtsai: Histocompatibility antigens as markers of abnormal iron metabolism in patients with idiopathic haemochromatosis and their relatives. *Lancet*, 1977, 1, 327. — 2. Dadone, M. M., Kushner, J. P., Edward, C. Q. és mtsai: Hereditary hemochromatosis. *Amer. J. Clin. Pathol.*, 1982, 78, 196. — 3. David, V., Paul, P., Simon, M. és mtsai: DNA polymorphism related to the idiopathic hemochromatosis gene: evidence in a recombinant family. *Hum. Genet.*, 1986, 74, 113. — 4. Doran, T. J., Bashir, H. C., Trejaut, J. és mtsai: Idiopathic haemochromatosis in the Australian population: HLA linkage and recessivity. *Hum. Immunol.*, 1981, 2, 191. — 5. Edwards, C. Q., Cartwright, G. E., Skolnick, M. H. és mtsai: Homozygosity for hemochromatosis: clinical manifestations. *Ann Intern Med.*, 1980, 93, 519. — 6. Edwards, C. Q., Skolnick, M. H., Kushner, J. P.: Hereditary hemochromatosis: contributions of genetic analyses. *Prog. Hematol.*, 1981, 12, 43. — 7. Edwards, C. Q., Dadone, M. M., Skolnick, M. H. és mtsai: Hereditary haemochromatosis. *Clin. Haematol.*, 1982, 11, 411. — 8. Kühnl, P., Kaltwasser, Y. P., Seidl, S.: HLA antigens in patients with idiopathic hemochromatosis. *Tissue Antigens*, 1978, 12, 398. — 9. Mann V., Németh K., Hollán Zs. és mtsai: Szérumszintű ferritin meghatározása immunoradiometrias módszerrel. *Transzfúzió*, 1979, 12, 104. — 10. Mc Laren, G., Murr, R. W., Kellermeyer, R. W. és mtsai: Iron overload disorders: natural history, pathogenesis, diagnosis, and therapy. *CRC Crit. Rev. Clin. Lab. Sci.*, 1983, 19, 205. — 11. Niederau, C., Fischer, R., Sonnenberg, A. és mtsai: Survival and causes of death in cirrhotic and in noncirrhotic patients with primary hemochromatosis. *N. Engl. J. Med.*, 1985, 313, 1256. — 12. NIH & Staff I (1976) NIAID Manual of tissue typing techniques. 1976–1977. Washington DC DHEW Publ. (NIH) 75–545, 22–24. — 13. Olsson, K. S., Ritter, B., Rosin, U. és mtsai: Prevalence of iron overload in Central Sweden. *Acta Med. Scand.*, 1983, 213, 145. — 14. Powel, L. W., Bassett, M. L., Halliday, J. W.: Hemochromatosis: 1980 update. *Gastroenterology*, 1980, 78, 374. — 15. Powel, L. W., Ferluga, J., Halliday, J. W.: Genetic hemochromatosis and HLA linkage. *Hum. Genet.*, 1987, 77, 55. — 16. Piperno, A., Fargion, S., Panajotopoulos, N. és mtsai: Idiopathic haemochromatosis and HLA antigens in Italy: is A3Bw35 HLA haplotype a marker for idiopathic haemochromatosis gene in north east regions? *J. Clin. Pathol.*, 1986, 39, 125. — 17. Ritter, B., Safwenberg, J., Olsson, K. S.: HLA as a marker of the hemochromatosis gene in Sweden. *Hum. Genet* 1984, 68, 62. — 18. Ritter, B., Olsson, K. S., Safwenberg, J.: HLA typing in idiopathic hemochromatosis: clinical significance of genotype misclassification in family studies. In: Hereditary hemochromatosis in central Sweden (Thesis) Acta Universitatis Upsaliensis, 1985, 518, 97. — 19. Sheuer, P. J., Williams, R., Muir, A. R.: Hepatic pathology in relatives of patient with hemochromatosis. *Pathol. and Bacteriol.*, 1962, 84, 53. — 20. Simon, M., Pawlotsky, Y., Bourel, M. és mtsai: Hémochromatose idiopathique. Maladie associée à l'antigène tissulaire HL—A3? *Nouv Presse Med.*, 1975, 4, 1432. — 21. Simon, M., Bourel, M., Genetet, B. és mtsai: Idiopathic hemochromatosis. Demonstration of recessive inheritance and early detection by family HLA typing. *N. Engl. J. Med.*, 1977, 297, 1017. — 22. Simon, M., Le Mignon, L., Fauchet, R. és mtsai: A study of 609 HLA haplotypes marking for hemochromatosis gene: (1) Mapping of the gene near the HLA—A locus and characters required to define a heterozygous

population and (2) Hypothesis concerning the underlying cause of hemochromatosis—HLA association. Amer. J. Hum. Genet., 1987, 41, 89. — 23. Simon, M., Fauchet, R., Le Gall, J. Y. és mtsai: Immunogenetics of idiopathic hemochromatosis and secondary iron overload. In Immunogenetics of Endocrine Disorders Ed. Nadir R. Farid New York, 1988, 345. — 24. Tóth M., Varga L.: Haemochromatosis familiaris előfordulása. Orv. He-

til., 1987, 128, 785. — 25. Vaddasz J., Czako J.: A haemochromatosisról eseteink kapcsán. Szolnok M. T. Hetényi Géza Kórház R. I. 1. évkönyv Szolnok, 1979, 81. — 26. Walters, I. M., Watt, P. W., Stevens, F. M. és mtsai: HLA antigens in haemochromatosis. Brit. Med. J., 1975, 4. oldalán.

(Czink Edit dr., Budapest, Pf. 44. 1502)

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

Egészségügyi software

Mic PROF

Osztályos keretrendszer

- definiálható kórlapok
- szerkeszthető statisztikák
- betegkövetés
- lázlapvezetés

Mic BNO

A teljes BNO könyv magyar nyelvű változata!

kérjen részletes tájékoztatót!



MICROSISTEM

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

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, alkalmasszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2-4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknél a kombinált fogamzásgátló tabletta 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 tabletta bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát (Halmozott közöszülés esetén tehát összesen 2 tabletta vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK: Hányinger, áttöréses, ill. megvonásos vérzés jelentkezhet a tabletta utáni 2-3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 tabletta szedhető!

CSOMAGOLÁS: 10 db tabletta

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



Baypress® 20

TABLETTA

Hatóanyag: 20 mg nitrendipinum tablettánként.

Hatás: A nitrendipin vérnyomáscsökkentő gyógyszer. Gátolja a lassan aktiválódó kalcium csatornákat, az intracelluláris kalcium-felszabadulást, csökkenti a CAMP-foszfodiesteráz működését, aktiválja a kalcium-ATP-áz. A kalmodullinnal történő interakció következtében vazodilatációt és ezáltal vérnyomáscsökkenést eredményez.

Vérnyomáscsökkentő hatása általában 24 órán át észlelhető, ezért a legtöbb esetben a napi egyszeri adása elegendő. Enyhe Na ürítő diuretikus hatása (főleg a kezelés kezdetén) elősegíti a vérnyomáscsökkentő hatását. A kalcium antagonisták kardio-protectív tulajdonságával is rendelkezik.

A szívre gyakorolt hatása komplex: csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szívizom kontraktilitását, kismértékben emelheti a szívfrekvenciát, de nem befolyásolja a szív ingervezető rendszerének működését. Növeli az agy, szív és a vesék vérrellátását. A kezelés alatt toleranciával, rebound-jelenséggel és ortosztatissal nem kell számolni.

Javallatok: Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia. A hipertónia enyhe és közép súlyos esetében önmagában monoterápiaként alkalmazható, súlyosabb esetekben diuretikummal, esetleg bétareceptor-blokkolóval és egyéb antihipertenzívummal kombinálható.

Ellenjavallat: Terhesség, szoptatás.

Adagolás: Individuális. Átlagos napi adagja 20 mg (= 1 tbl.), a reggeli étkezés után. Terápiás dózistartománya 5–40 mg/die. Tartós kezelés során gyakran lehetőségessé válik a nitrendipin adagjának csökkentése. Krónikus májbetegség és krónikus veseelégtelenség esetén a kezdő adag negyed- vagy fél tablettára (5 vagy 10 mg).

Mellékhatások: Főleg a kezelés kezdetén fejfájás, az arc kipirulása, melegségérzés előfordulhat. A kezelés folytatása során ezek a mellékhatások általában elmúlnak. Fáradékonyság, szédülés, tachikardia is előfordulhat. A vizelet mennyisége a kezelés alatt fokozódhat. Ritkán átmeneti bokaödéma jelentkezhet, ennek oka az alsó végtag ereinek kitágulása, amely spontán vagy diuretikum adására kiürül.

Mint más vazóaktív anyagoknál rendkívül ritkán, kb. 15–30 perccel a bevétel után a mellkasi területen fájdalomérzés, bizonyos körülmények között angina pectoris-szerű fájdalmak léphetnek fel. Ilyen esetben a Baypress szedését meg kell szüntetni amennyiben oki összefüggés gyanítható. Alkalikus foszfatáz emelkedése a szérumban előfordulhat.

Gyógyszerkölcsonhatások: Bétareceptor-blokkolóval, egyéb vérnyomáscsökkentő készítménnyel, H₂-receptor blokkolóval és digoxinnal való együttadása körültekintést igényel.

- Bétareceptor-blokkoló együttadása emelheti a nitrendipin plazmakoncentrációját, jelentősen potenciálhatja a vérnyomáscsökkentő hatását, mérsékelheti a nitrendipin által kiváltott tachikardiát.
- Egyéb antihipertenzívumok és H₂-receptor blokkolók fokozhatják a nitrendipin vérnyomáscsökkentő hatását.
- Digoxinnal együttadva a Digoxin plazmaszintje emelkedhet, Digoxin túladagolási tünetek jelentkezhetnek, ezért a Digoxin adagját nitrendipin kezelés alatt gyakran csökkenteni kell.

Figyelmeztetés: A nitrendipin kezelés első szakaszában – egyénenként meghatározó ideig – járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Túladagolás: Akut túladagolásnál flush, fejfájás, vérnyomáscsökkenés, szívfrekvencia-növekedés erősebben léphetnek fel. Korai felismerésnél gyomormosás szénnel, extrém vérnyomáscsökkenés esetén Noradrenalin-t kell a szokásos koncentrációba infundálni, szívelégtelenség esetén Strophantin i.v.

Nincs specifikus antidotuma, az előterben álló szimp-tómákra kell a terápiának irányulnia. I.v. kalcium adása ajánlható.

Megjegyzés: ✚

Vényre és csak egyszeri alkalommal adható ki. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Csomagolás: 20 db tablettára. **Térítési díj:** 30.– Ft



Forgalomba hozza:
ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári BAYER A. G. licencia alapján

Szántó Ferenc dr.
és Kovács László dr.

Az egyoldali, intermittáló emlőstimulálás jelentősége az antenatalis magzati diagnosztikában

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (mb. intézetvezető: Kovács László dr.)

A szerzők 50, olyan fokozott kockázatú terhességet vizsgáltak meg, amelyekben a szülés előtt 7 nappal vagy ennél korábban az egyik emlő *intermittáló*, mechanikus ingerlésével emlőstimulációs tesztet végeztek. Arra a kérdésre keresték a választ, hogy ezen módszer mennyire informatív a magzat állapotára, mennyi a vizsgálat időtartama, milyen gyakran kell mellékhatásokkal számolni, illetve alkalmasabb-e ez az eljárás, mint a szerzők által már korábban közölt egyoldali *folymatos* emlőstimulálással kiváltott teszt. Az elvégzett vizsgálatok alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az *intermittáló* emlőstimulálással végzett teszt is megbízhatóan jelzi a magzat állapotát, jól korrelál az újszülöttek 1 perces Apgar értékeivel. Bár időigénye kissé több, mint a *folymatos* emlőstimulálással végzett teszté, de *intermittáló* stimulálás esetén a szerzők hiperstimulációt nem észleltek. Ezt a tesztet megbízhatóságára, egyszerűségére és gazdaságosságára való tekintettel az egyéb provokációs tesztek előtt választandó módszernek javasolják, csak sikertelenség esetén tartják indokoltnak exogen *oxitocin* adását.

The role of the intermittent, unilateral breast stimulation test in the fetal antepartum monitoring. 50 intermittent, unilateral breast stimulation test were studied, which were registered not more than 7 days before labour. The authors wanted to know how informative this method is to the fetal state, how much time it takes and which are the most common side effects. This method was compared with a previously by the authors published unilateral, continuous breast stimulation test. It is concluded that the intermittent, unilateral breast stimulation test well indicates the fetal state, though it takes more time, but no hyperstimulation was found in this study. The authors suggest to choose this unilateral, breast stimulation test as a first step because of its simplicity and shortness and cheapness. Only in case of unsucces the next choice should be the intravenous oxytocin challenge test.

Fokozott kockázatú terhességben különösen fontos, hogy jól nyomon lehessen követni az uteroplacentáris keringés alakulását, illetve a magzat állapotát főleg a harmadik trimeszterben, amikor is — kedvezőtlen jelek birtokában — van lehetőségünk a szülés megindítására. Az uteroplacentáris keringés és végső soron a magzati oxigén ellátottság vizsgálatára napjainkban az egyik legelterjedtebb módszer a magzati szív-működés és a méhtevékenység együttes vizsgálata, a kardiotokegráfia (6, 7). Az irodalomban még vitatott (6), de Magyarországon elfogadott eljárás, hogy előbb stressz nélküli vizsgálatot, non-stressz tesztet végzünk és csak második lépésként jön szóba valamilyen terheléses teszt elvégzése. Leggyakrabban infúziós pumpával, intravénásan *oxitocin* adagolunk emelkedő dózisban és vizsgáljuk a provokált méhösszehúzódások és a magzati szív-működés alakulását. Amióta *Mc-Millan* 1984-ben leírta az emlőstimulációs teszt módszerét

(EST), mind több helyen megpróbálkoznak exogén *oxitocin* adása helyett az emlő mechanikus ingerlésével endogén *oxitocin* mobilizálni és méhösszehúzódásokat kiváltani (3, 4, 15).

1989. január óta vezettük be ezt az eljárást klinikánkon az antenatalis magzati diagnosztikába. Beszámoltunk arról (19), hogy az általunk alkalmazott *folymatos*, egyoldali emlőstimulálás tapasztalataink szerint milyen mértékben hasznosítható a mindennapi szülészeti gyakorlatban, milyen a prediktív értéke, milyen mellékhatásokkal számolhatunk. Jelen munkánkban azt kívántuk megvizsgálni, hogy az *intermittáló* emlőstimulálás esetén mennyi a méhösszehúzódások jelentkezéséhez szükséges idő, mennyire informatív az eljárás a magzat állapotáról, milyen mellékhatásokkal kell számolnunk és milyen esetleges változtatások szükségesek a módszer további tökéletesítéséhez.

Anyag és módszer

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján elvégzett emlőstimulációs tesztek közül azokat választottuk ki és elemeztük, melyeket köve-

Kulcsszavak: emlő stimulálás, kardiotokegram, megbízhatóság

tőn a szülésig legfeljebb 7 nap telt el és az emlő nem folyamatos, hanem *intermittáló*, egyoldali ingerlésével készült a teszt. Eddig 50 ilyen vizsgálatot végeztünk. Az EST indikációit az 1. táblázatban foglaltuk össze. A vizsgálatokat a terhesség 36. hete után, a

1. táblázat: Az intermittáló emlőstimulációs teszt indikációi

		Esetszám
Indikáció	Diab.-mell.	1
	Toxaemia	21
	Dysmaturitás	5
	Terminustúllépés	19
	Oligohydramnion	4
	Összesen	50

szülőszobán végeztük. Pulzus- és vérnyomásmérés után félig oldalt fekvő helyzetben 15 perces, terhelés nélküli kardiotokogramot készítettünk a magzati szív működés és a méhösszehúzódások aktuális állapotának regisztrálására. Erre a célra RFT Biomonitor BMT 9141 típusú kardiotokográfot használtunk. A magzati szív működést ultrahanggal, a méhtevékenységet külső nyomásmérővel mértük. Amennyiben a kardiotokogramon eltérést nem észleltünk, áttértünk az EST vizsgálatra. A terhest, előzetes felvilágosítása és beleegyezése után, felkértük, hogy 2 percig folyamatosan, a ruhán keresztül, a kéz tenyéri felszínével ingerelje az egyik emlőbimbót és környékét, majd a kardiotokogram folyamatos készítése mellett 1 perces szünetek közbeiktatásával ezt az eljárást addig folytassa, míg a regisztrátumon — a felügyeletet ellátó szülésznő jelzése alapján — rendszeres méhösszehúzódások jelentkeznek. Az irodalomban elfogadott 10 perc alatt 3 méhösszehúzódást tekintettük rendszeres méhtevékenységnek (5, 8, 9). Ennek elérésekor az intermittáló emlőstimulálást abbahagyattuk és még 15 percig folytattuk a regisztrálást. Amennyiben az előbb említett módon nem sikerült rendszeres méhtevékenységet kiváltani, infúziós, intravénás oxitocin terheléses vizsgálatra tértünk át. Negatívnak tekintettük az EST-t, ha nem észleltünk decelerációt és az oszcilláció is megfelelő volt. Szuszpekt volt az EST minősítése, ha elvélve decelerációkat észleltünk. Pozitív lett az EST értékelése, ha késői vagy variábilis decelerációk halmozottan jelentkeztek, vagy az oszcilláció beszűkült volt. Hiperstimulációról akkor beszéltünk, ha a méhösszehúzódások 2 percnél gyakrabban jelentkeztek vagy a tartamuk a másfél percet meghaladta. Az összes regisztrátumot ugyanaz a vizsgáló értékelte, hogy ezzel is csökkentsük a tévedés lehetőségét (1, 2).

Eredmények

Ötven olyan, fokozott kockázatú terhes kardiotokogramját elemeztük, akikben egyoldali, intermittáló emlőstimulálással váltottuk ki a méhösszehúzódásokat. A 2. táblázatban azt az időtartamot tüntettük fel, ami az emlőstimulálás megkezdése és a méhösszehúzódások jelentkezése között telt el. Vizsgálatainkban az esetek 80%-ában ez az időtartam 10 és 30 perc között volt. 5 esetben 30 perc alatt sem sikerült rendszeres méhösszehúzódásokat kiváltani, ezen esetekben exogén oxitocin terheléssel folytattuk a regisztrálást. A 3. táblázatban az EST értékelését részleteztük. Az 50 regisztrátumból 5 értékelhetetlen volt az emlőstimuláció szempontjából, mivel ily módon nem sikerült rendszeres méhösszehúzódásokat kiváltani.

2. táblázat: Az intermittáló emlőstimulációs teszt megkezdése és a méhösszehúzódások jelentkezése közti időtartam

		Esetszám
Idő (perc)	≤10	5
	11–20	22
	21–30	18
	>30	5
	Összesen	50

3. táblázat: Az intermittáló emlőstimulációs teszt értékelése

		Esetszám
Regisztrátum	negatív	37
	szuszpekt	4
	hiperstimuláció	0
	pozitív	4
	értékelhetetlen	5
	összesen	50

Hiperstimulációt egy esetben sem észleltünk. A szuszpekt esetek száma 4 volt. Az esetek legnagyobb részében (74%) a regisztrátum minősítése negatív lett. A 4 pozitív minősítésű regisztrátum után egyéb, antepartum magzati diagnosztikus eljárásokat végeztünk, és amennyiben ezek is intrauterin distresszre utaltak — ez 3 esetben fordult elő —, a szülést megindítottuk. A 4. táblázatban a szülés lefolyásának a módját tüntettük fel. Ebben a csoportban csak

4. táblázat: Az intermittáló emlőstimulációs teszt után a szülés lefolyásának módja

		Emlőstimulációs teszt értékelése	
	hüvelyi	negatív 31	pozitív 1
	vákuum extrakció	2	1
	császármetszés	4	2
	Összesen	37	4

azon eseteket vettük be, melyek negatív vagy pozitív minősítést kaptak, mivel szuszpekt minősítés esetén újabb kardiotokográfiás vizsgálatot végeztünk 24 óra múlva. A táblázat adatai alapján negatív minősítésű EST után a szülések 85%-a per vias naturales zajlott le, míg pozitív minősítésű EST után 50%-ban császármetszéssel fejeztük be a szülést. Mindhárom műtétes szülésbefejezésre intrauterin distressz miatt került sor. Az 5. táblázat az újszülöttek 1 perces Apgar értékeit mutatja. Negatív minősítésű EST

5. táblázat: Az intermittáló emlőstimulációs teszt után az újszülöttek 1 perces Apgar értékei

emlőstimulációs teszt értékelése		
<8	negatív 3	pozitív 2
≥8	34	2
Összesen	37	4

után az újszülöttek 90%-a 8, vagy ennél magasabb 1 perces Apgar értékkel született.

Megbeszélés

Az utóbbi években a „hagyományos” oxitocin terheléses tesztet sok helyen felváltotta az emlő stimulációs teszt, melynek során nincs szükség külső, „testidegen” oxitocin bevitelre, nem léphet fel technikai hiba miatt oxitocin túladagolás, kisebb megterhelést jelent mind a terhes, mind a személyzet számára és kisebb az időigénye is, mint az oxitocin terheléses tesztnek (10, 11, 14). Számos szerző kiemeli ezen eljárás gazdaságosságát és egyszerűségét (12, 13). Az eddig elvégzett vizsgálatok alapján az EST prediktív értéke nem marad el az oxitocin terheléses tesztétől (13, 16). Mindezen előnyöket figyelembe véve kezdtük el alkalmazni klinikánkon ezt a diagnosztikus eljárást. Első lépésként az egyik emlő folyamatos, mechanikai ingerlésével váltottunk ki méhösszehúzóásokat (19), melynek eredményességéről már beszámoltunk. Tekintettel arra, hogy folyamatos emlőstimulálás mellett előfordultak hiperstimulált esetek — bár mindössze 4%-ban, ami az irodalmi adatok szerint nem sok (13, 16) —, megkíséreltük az egyik emlő nem folyamatos, hanem szakaszos stimulálását bevezetni. Mint a jelen munkánkból látható, most hiperstimulációt nem észleltünk, bár ennek elméleti lehetőségét nem szabad kizárni. Az intermittáló módszerrel mindenesetre úgy tűnik, csökkenteni lehet az eljárás egyik legveszélyesebb mellékhatásának előfordulását. Ugyanakkor a korábbi vizsgálatainkkal összevetve (19), az EST elvégzéséhez szükséges időtartam is megnövekedett a folyamatos emlőstimulálással összevetve, bár még így is rövidebb, mint a hagyományos oxitocin terheléses teszt 60–90 perces átlagos időtartama (7). Vizsgálataink során azt találtuk, hogy eseteink 10%-ában nem sikerült méhösszehúzóásokat az intermittáló emlőstimulálással kiváltani. Megjegyzendő, hogy ezen esetekben az intravénás oxitocin infúciónak is viszonylag magas dózisa (14–16 mU/min) kellett a méhösszehúzóások kiváltásához. Ez azt jelzi, hogy az EST sikertelenségének hátterében a méhizom szülésre való felkészületlensége, oxitocin iránti kisfokú érzékenysége állhatott. Mivel az EST jól jelezte a magzat állapotát, jól korrelált az újszülöttek 1 perces Apgar értékeivel, ezért megbízható módszernek tartjuk az antenatalis magzati diagnosztikában. Eseteink között hiperstimuláció nem fordult elő, de elméletileg nem zárható ki (18), ezért az EST elvégzését csak intenzív magzatészlelés

mellett tartjuk ajánlatosnak, még ha az irodalomban erre ellenkező példa is van (17).

Nem javasoljuk az EST elvégzését intézetén kívüli körülmények között sem. Figyelembe véve az EST megbízhatóságát, gazdaságosságát, egyszerűségét és viszonylag rövid időtartamát, úgy gondoljuk, hogy ezen módszer — megfelelő kautélák betartása mellett — alkalmas lehet a fokozott kockázatú terhességek antenatalis monitorizálására. Különösen meggondolandó előzetes császármetszések utáni terhességekben, amelyekben — egyes egyedi eseteket leszámítva — sohasem kísérelünk meg exogén oxitocin adásával méhösszehúzóásokat kiváltani. Ezt figyelembe véve, további vizsgálataink célja az EST elvégzésének kiterjesztése olyan, fokozott kockázatú terhességekre, amelyekben megelőzően császármetszést végeztek.

IRODALOM: 1. Bárfai Gy., Kovács L.: Hibalehetőségek a CTG vizuális értékelésében. Kísérletes Orvostud., 1984, 36, 118. — 2. Bárfai Gy., Kovács L.: NST, új vizsgálati módszer az antenatalis diagnosztikában. Orv. Hetil., 1981, 122, 2470. — 3. Chaven, B., Scott, E.: Contraction stress test by breast stimulation as a part of antenatal monitoring. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1985, 64, 3. — 4. Capel, J. A., Stewart, E.: Contraction stress testing with nipple stimulation. J. Reprod. Med., 1985, 30, 465. — 5. Elliot, P., Flaterthy, J. F.: The use of breast stimulation to ripen the cervix in term pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., 1983, 145, 533. — 6. Freeman, R. K., Anderson, G.: A prospective, multi-institutional study of antepartum FHR monitoring: CST versus NST for primary surveillance. Am. J. Obstet. Gynecol., 1982, 143, 778. — 7. Freeman, R. K.: The use of OCT for antepartum clinical evaluation of uteroplacental respiratory function. Am. J. Obstet. Gynecol., 1975, 131, 481. — 8. Gibbon, L., Smith, L.: Breast stimulation test. Obstet. Gynecol., 1988, 90, 445. — 9. Hill, W. C.: Characteristics of uterine activity during the breast stimulation. J. Reprod. Med., 1985, 30, 465. — 10. Huddleston, J. F.: Assessment of fetal well being by antepartum fetal heart rate testing. In: Perinatal Medicine: Management of high risk fetus and neonate pp. 129, (Ed: Bolonese, R. J.) Baltimore, 1982. — 11. Huddleston, J. F., Sutliff, G.: CST by intermittent nipple stimulation. Obstet. Gynecol., 1984, 63, 669. — 12. Kirk, A., Keegan, J.: A prospective evaluation of nipple stimulation techniques for CST. Am. J. Obstet. Gynecol., 1987, 157, 121. — 13. Lenke, R. R., Nemes, J.: Use of nipple stimulation to obtain CST. Obstet. Gynecol., 1984, 63, 346. — 14. Leake, R. D., Delbert, D. A.: Oxytocin response to breast stimulation in pregnant women. Am. J. Obstet. Gynecol., 1984, 148, 259. — 15. Mac-Millan, J. B., Hale, R. V.: Contraction test testing with mammary self stimulation. J. Reprod. Med., 1984, 29, 219. — 16. Ray, M., Freeman, R. K.: Clinical experience with the oxytocin challenge test. Am. J. Obstet. Gynecol., 1972, 114, 1. — 17. Salmon, Y. M., Kee, W. H.: Cervical ripening by breast stimulation. Obstet. Gynecol., 1986, 67, 21. — 18. Shellpfeffer, M. A., Hoyle, D. A.: Antepartum uterine hypercontractility secondary to nipple stimulation. Obstet. Gynecol., 1985, 65, 588. — 19. Szántó F., Kovács L.: A folyamatos emlő stimulálás helye az antenatalis magzati diagnosztikában (megjelenés alatt) (Orv. Hetil.) — 20. Marton, I. S., Barakonyi, E.: CST for primary surveillance by stimulated endogenous oxytocin release. Acta Chirurg. Hung., 1987, 28, 9. — 21. Marton, I. S., Barakonyi, E.: Endogen oxytocin stimulation test for uteroplacental insufficiency. In: Recent Progress in Perinatal Medicine. Ed: Gáti, PMS Press Budapest, 1983, pp 99–103. — 22. Csapó Zs., Szócska A.: Az NST kiegészítése az anyai emlőbimbó autostimulálásával. Magy. Nőorv. L., 1985, 48, 107.

(Szántó Ferenc dr., Szeged, Pf. 438. 6701)

Péflacine®

400 mg filmbevonatú tabletta
400 mg injekció infúzió készítéséhez

S 710 Antibiotica contra Gram + microbia
S 720 Antibiotica contra Gram - microbia



HATÓANYAG: 400 mg pefloxacinum filmbevonatú tablettaként (mezitát-dihidrátsó formájában)
400 mg pefloxacinum ampullaként (5 ml), (meztát-dihidrátsó formájában).

JAVALLATOK: Fejlesztették: a készítmény iránt érzékeny kórokozók (elsősorban Gram negatív pálcák és Staphylococcus), okozta súlyos fertőzések kezelésére (pl.: szepszis, szívvelhártya, agyhártyagyulladás. Légúti-, orr-lül-gége-, vese-, húgyúti-, nőgyógyászati-, hasüregi-, máj-, epe-, csont-, izületi-, bőrgyógyászati-, stb. infekciók.)

Javallatát a gyógyszer antibakteriális hatékonysága és farmakokinetikai tulajdonságai határozzák meg. Figyelembe kell venni a készítmény helyét a rendelkezésre álló egyéb antibiotikumok között.

ELLENJAVALLATOK: 15 év alatti életkor. Terhesség. Szoptatás. Epilepszia. Glukóz-6-foszfát-dehidrogenáz hiány. Kinolon csoportba tartozó gyógyszerekkel szembeni allergia.

ADAGOLÁS: Kizárólag felnőtteknek. A kezelés időtartama a 30 napot nem haladhatja meg.

Filmbevonatú tabletta

Szokásos fenntartó adagja naponta 2x1 tabletta (2x400 mg), reggel és este, étkezés közben (a gyomor-, bélrendszeri zavarok megelőzésére).

Injekció

Kiárólag lassú intravénás infúzióban (1 óra) kell beadni. 1 ampullát (400 mg pefloxacin 5 ml oldatban), 250 ml 5%-os glükóz-infúzióval kell hígítani.

Szokásos fenntartó adag: naponta 2x1 ampulla (2x400 mg) reggel és este, a fent leírt módon hígítva, lassú i.v. infúzióban. Az ampulla hígításához egyéb infúziós oldatot (0,9%-os nátrium-klorid-infúziót, ill. -klorid iont tartalmazó infúziót) nem szabad használni a kicsapódás veszélye miatt!

Normál májfunkciójú betegeknek a hatóanyag szérumszint gyorsabb elérése céljából első adagként 800 mg (2 tabletta, vagy 2 ampulla — lassú i.v. infúzióban) tehető adagot lehet alkalmazni. **Károsodott májfunkciójú betegeknek** (súlyos májelégtelenség vagy csökkentett máj véráramlás esetén) a napi adagokat az adagolás ritkításával kell csökkenteni.

Az intravénás infúzió alkalmazásakor a következő adagolási séma ajánlott:

- 8 mg/tkg 1 órás lassú i.v. infúzióban
- naponta kétszer, ha nem áll fenn sárgaság és ascites
- naponta egyszer, sárgaság esetén
- minden 36. órában, ascites esetén
- minden második napon, sárgaság és ascites együttes előfordulása esetén.

MELLÉKHATÁSOK: Fotoszenzibilizáció, bőrkülés. Izom- és/vagy izületi fájdalom. Thrombocitopenia, neutropenia. Központi idegrendszeri izgalmi tünetek (nyugtalanosság, alvászavarok, fejfájás, izomtremor, görcsök, tudatzavar — különösen az intenzív osztályokon kezelt betegeknek). Gasztrointesztinális panaszok (gyo-

morfájdalom, hányinger, hányás, hasmenés). A mellékhatások reverzibilisek és a kezelés befejezését követően megszűnnek.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Óvatosan adandó:

— teofilint tartalmazó gyógyszerekkel (a pefloxacin gátolja a teofilin metabolizmusát, a teofilin plazmaszint jelentősen emelkedhet)

Együttadásra kerülendő:

— alumínium és/vagy magnézium tartalmú antacidokkal (hatáscsökkentés).

FIGYELMEZTETÉS: A nem nosocomiális légúti fertőzésekben — mivel a Streptococcus és Pneumococcus csak változó mértékben érzékenyek a pefloxacinra —, pontos bakteriológiai vizsgálat hiányában a pefloxacin nem az elsőként választandó gyógyszer.

Fotoszenzibilizáció veszélye miatt, a kezelés időtartama alatt, valamint a kezelés befejezését követő 4 napig a napozás és UV sugárzás kerülendő.

Súlyos májelégtelenség esetén az adagolást egyénileg kell megállapítani (l. adagolás fejezetnél).

A pefloxacin kezeléssel egyidejűleg adott teofilin tartalmú gyógyszerek esetén, a teofilin plazmaszintje jelentősen emelkedhet (l. gyógyszerkölcsonhatás fejezetnél), ezért a teofilin plazmaszintjét ellenőrizni kell!

Az egyidejűleg adott teofilin, fokozhatja a pefloxacin által kiváltott központi idegrendszeri és gasztrointesztinális zavarokat (l. mellékhatások fejezetnél), ill. tachycardia léphet fel. Ezzel az interakcióval különösen nagy adagú teofilin adásakor kell számolni.

Hosszú ideig tartó kezelés alatt a vérkép ellenőrzése szükséges. Klorid iont tartalmazó infúzió az ampullához nem keverhető! Alkalmazásának és pszichomotoros teljesítményt befolyásoló hatásának időtartama alatt járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos!

A Péflacine injekció szobahőmérsékleten (15–25 °C között) fénytől védve tartandó!

MEGJEGYZÉS ♦♦ A tabletta csak vénre adható ki. A gyógyszert annak a fekvőbeteg-ellátó osztálynak, szakrendelésnek (gondozónak) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatát szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

Járóbeteg-ellátás keretében, ha az orvos gyógyszer javallatainak megfelelően urológus, bőrgyógyász, nőgyógyász, sebész, pulmonológus szakképesítéssel rendelkezik és az egyéb antibiotikus kezelés eredménytelen volt, a gyógyszer rendelése tekintetében — lehetőség szerint érzékenységi vizsgálattal alátámasztva — dönthet az esetben is, ha nem rendelkezik fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) javaslatával.

Az injekció kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézet (gondozóintézet) felhasználására.

CSOMAGOLÁS 20 filmbevonatú tabletta
10 ampulla/5 ml

A RHÔNE-POULENC SANTÉ licence alapján forgalomba hozza:



Baksa József dr.

Sikerrel operált, vérző és perforált „Curling-fekélyes” égésbetegeink

Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Budapest, Gyermeksebészeti Osztály
(főorvos: Baksa József dr.)⁺

A Curling-fekély a stress-fekélyek egyik speciális formája, amely a gyomorban és duodenumban keletkezik, 2,0–25,0%-ban. Pathogenesise ismeretlen, a fekély gyakrabban keletkezik nagy kiterjedésű égésben és égésbetegségben, ha a korai kezelés elégtelen, valamint a septicus komplikációk idején. A H₂ antagonisták és antacidok rutinszerű alkalmazása óta a Curling-fekély előfordulásának és szövődményeinek, mint a vérzés és perforatio, gyakorisága csökkent. A szerző nagyszámú beteganyagában* a Curling-fekély előfordulása 0,82%, az égésbetegségben ** ugyanez 2,0–2,7%. A szerző 3 sikeresen operált Curling-fekélyes betegéről számol be. Az esetismertetés után röviden összefoglalja a Curling-fekély irodalmát.

Curling's ulcers bleeding and perforation treated by surgery in burn injuries. The Curling's ulcer is a special form of the stress ulcers which occurs in the stomach and duodenum in 2,0–25%. Its pathogenesis is unknown even though it is clearly related to larger burns poor early treatment and septic complications. Since the institution of routine prophylaxis of H₂ receptor antagonists and antacids have decreased the incidence of Curling's ulcers and have reduced the occurrence of clinical complications of ulcers too: the perforation and bleeding. In the large patient-number of the author (2300 pro 22 yrs.) the occurrence of the Curling's ulcer is 0.82%! In the burn-disease (30–40% of the all burn injuries) that is 2.0–2.7%. The author discusses 3 successfully operated Curling's ulcer bled and perforated.

Swan (13) 1823-ban számolt be elsőként acut gastro-duodenalis ulceratióról „Súlyos égés esete” című közleményében. 1842-ben Curling (3) ismertette három esetét, akikben égési sérülést követően, acut duodenalis fekély keletkezett.

A „Curling-fekély” a stress fekélyek egyik jellegzetes formája (10). Pontos patomechanizmusa nem ismert. Valószínű, hogy a stress indít meg egy láncreakciót, amelynek következtében alakul ki az akut fekély. A shockban létrejött keringési zavar, a hypoxia, a fokozott nyálkahártya secretio is szerepet játszik a fekély létrejöttében, de bizonyára fokozza a fekélyképződés lehetőségét a nagy adagban beadott steroid is. Köztudott, hogy nagy kiterjedésű égésben, súlyos égésbetegségben és sepsisben gyakoribb az előfordulása. Rendszerint a gyomor antrumán vagy a duodenumban keletkezik. A duodenalis ulcusok kétszer gyakoribbak gyermekkorban (11). Gyakran nagy kiterjedésűek

és mélyek. Ennek következtében lépnek fel a fekély szövődményei is: a vérzés és a perforatio.

Az anyagunkban szereplő, hasonló esetről Pelényi és Halmos (7) számoltak be.

Beteganyag

22 év alatt, a Madarász u.-i Kórház Gyermeksebészeti Osztályán, ill. Égés-plasztikai Részlegén és a Jahn Ferenc Kórház Gyermeksebészeti Osztályán, ill. Égési Részlegén égési sérülés miatt kezelt 2300 beteg közül 19 esetben észleltünk „Curling-fekély” vérzést, ami 0,82%-nak felel meg. A betegek 30–40%-a szenvedett égésbetegségben. Ezt figyelembe véve 2,75–2,06%-ot tesz ki a fenti szövődmények gyakorisága. A szövődménymentes eróziók és fekélyek száma nyilván nagyobb lehetett, hiszen endoscopos vizsgálatot rutinszerűen nem végeztünk.

Legfiatalabb betegünk 12 hónapos, a legidősebb 3 éves. Mind a 19 betegnek súlyos égésbetegsége volt. A vérzés legtöbbször lappangva alakult ki. 11 esetben az első, 8 esetben a második postcombustionalis (továbbiakban: pc.) héten jelentkeztek a tünetek. 3 esetet kivéve, mindenkor melaena formájában mutatkozott a vérzés. Egyik haematemesises, 30%-ban megégett betegben praepylorikusan, a kisgyömböleten, az arteria gastrica sinistra falát arrodálta a fekély. A vérzés olyan masszív volt, hogy a folyamatos vérpótlás ellenére, elvesztettük ezt a kislány betegünket.

15 betegnél a konzervatív kezelés elegendőnek bizonyult. Az előzőekben említett beteget vérzés miatt elvesztettük, 3 esetben azonban sikeres műtétet végeztünk, a konzervatív már nem befolyásolható, elvérzés veszélye miatt.

Kulcsszavak: Curling fekély, perforáció, operáció, égés betegség

⁺Jelenlegi munkahely: János kórház, Gyermeksebészeti osztály, Budapest

* 2.300 égési sérült és égésbeteg 22 év alatt

** az égési sérültek 30–40 %-a

A Magyar Gyermeksebész Társaság Kongresszusán elhangzott előadás alapján. Pécs, 1989, aug. 24–26.

1. eset

Gy. H. 15 hónapos kislány 1979. 01. 29-én délután forró vízbe esett. Egy órán belül már kórházba került. Égési sérülése kb. 30%, vegyes mélységű volt. Csak p. os. folyadékpótlás történt! Ennek következtében (éjszaka gyakran hányt), másnap reggelre súlyos shockba került. Ekkor vénás folyadékpótlást kezdtek, nagy adagban steroidot (Di-Adreson F-aquosum) adtak. A 2. pc. napon vettük át osztályunkra a gyermeket. Shockja nehezen oldódott. Az 5. pc. napon hypertoniát észleltünk, majd még aznap délután melaena mutatkozott. Transzfúsióval egyensúlyba került. A 7. pc. napon éjszaka, a transzfúsiókkal már egyensúlyban nem tartható beteget megoperáltuk (op. Baksa dr.). A duodenum felső részén, a kisgyömböleten, vérző, a pancreasba penetrált fekélyt találtunk. A vérző eret aláöltöttük. A továbbiakban a még szükséges bőrpótló műtétet elvégeztük. A beteg gyógyult. Hypertoniája, a gyógyszeres kezelés ellenére csak hónapok múltán rendeződött. Pancreas enzim vizsgálatok normális értéket mutattak.

2. eset

R. A. 2 és fél éves fiú 1988. nov. 17-én forró vízbe esett. Testfelületének 35–40%-ára kiterjedő, felületes és mély dermalis égési sérülést szenvedett. Sérülését követően, egy órán belül megkezdtek a só- és folyadékpótlást, 5 óra múlva már osztályunkra szállították. A homeostasis rendezésén túl, antacidot, H_2 receptor antagonistát (Histodil), vitaminokat és penicillint adtunk. A 2. pc. napon kielégítő volt általános állapota. Az 5. pc. napon friss vért ürített, shockos lett. A vérpótlás eredményesnek bizonyult. Antibiotikumot váltottunk, Mandoket adtunk. Másnap hypertoniát észleltünk. Széklete sötétvörös, kenőcsös volt. A 9. napon is 150/100 volt a tensiója Nepresol és diureticum adás ellenére. A 10. pc. napon, este, nagy mennyiségben ürített ismét friss vért. A folyamatos vérpótlás ellenére, éjszaka kétszer került shockos állapotba. A 11. pc. napon, korán reggel műtetre került, a konzervatív már nem befolyásolható vérzés miatt (op. Baksa dr.). A duodenum felső harmadában a kis- és nagygyömböleten kiterjedt nyálkahártyahiányt, ill. a pancreasba penetrált, vérző fekélyt találtunk. A vérző eret aláöltöttük. Égési sebei 4 hét alatt gyógyultak. Több héten át Ulcerant kapott és diétán tartottuk. Hypertoniája az égési seb gyógyulását követően megszűnt. Nyombélfekélye gyógyult. 2 hónapon át emelkedett amylase értékeket észleltünk. Több hónappal később, ellenőrzése során panasz-, tünetmentes, normálisan fejlődik.

3. eset

P. J. 12 hónapos kisfiút anyja, aki forró vizes edénnyel megboltott, leforrázta 1989. 06. 28-án, 18 órakor. Az első ellátó kórházban vénát praeparáltak és megkezdtek a só- és folyadékpótlást. Másnap délelőtti mentők szállították osztályunkra. Égési sérülése kb. 40% kiterjedésű és vegyes mélységű (ábra).

Felvételének napján (az 1. pc. napon) a shocktalanító kezelést folytattuk, penicillint, Histodilt ($2 \times 1/2$ amp.) és vitaminokat adtunk. A 2. pc. napon, jó általános állapotban volt. Diuresise normális volt. A 4. pc. napon a Hb csökkenését (5,1 mmol/l) észleltük, vvt-suspensiót kapott. Ezt követő napokon jól evett, mérsékelt láza volt csak. A 8. pc. napon $39^\circ C$ láza lett. A 10. pc. napon reggel, 6 ó. 30-kor friss, nagy mennyiségű vért ürített (Hb: 5,7 mmol/l). Vérpótlás közben 8 ó. 30-kor Hb: 2,6 mmol/l! Lassan rendeződött a keringése, állapota javult. Hb. érték tartósan 6 körül lett. Acidosisát korrigáltuk. A következő reggel (11. pc. napon) melaenája megismétlődött, friss vért ürített, folyamatosan. Keringésének rendezése közben műtetre került (op. Baksa dr.). A pylorus alatt, a duodenum hátsó falán $1,5 \times 2,0$ cm-es profuze vérző nyálkahártya hiányt találtunk. A vérző eret, a fekélyt elvarrtuk. P. op. antibiotikumot váltottunk (Mandoket). Néhányszor még ürített, nem friss vért. A 3. p. op. napon Zantacot (ranitidin)— $4 \times 0,5$ ml, $4 \times 12,5$ mg adtunk iv. A 20. pc. napon hátán, felkarján necrectomiát és autotransplantatiót végeztünk. A 27. pc. napon a j. combra és lábszárra telepítettünk félvas-tag bőrt. A 36. égést követő napon, gyógyultan hazaadtuk.



ábra: A 3. égésbeteg. A háton kiterjedt, mély, dermalis égés

1990 novemberében végzett ellenőrző vizsgálatokor panasz-, tünetmentes, fejlődése normális.

Megbeszélés

A „Curling-fekély” pathomechanizmusa, mint már említettük, pontosan nem ismert. Saját eseteinkben összefüggést találtunk a nem megfelelő só-folyadékpótlás és az elhúzódó shockos állapot, valamint a gyomor-bélvérzés gyakorisága között.

A profilaktikusan adott antacid terápia előtt, irodalmi adatok szerint (2, 6) az ulcusok csaknem 50%-ában, életveszélyes vérzés lépett fel, 1977 előtti években. S. Teich-Alasia (12) 1967–72 közötti beteganyagában 11,5% volt a vérzésben meghaltak számaránya. Pruitt és munkatársai (9) közlése szerint 77% volt a mortalitas, vérzés és perforatio miatt, és 15,5%-ban kellett operative beavatkozni. Az antacid terápia bevezetése óta az életveszélyes vérzések száma nagyban lecsökkent (15). Az antacid és H_2 -receptor antagonistá ulcus profilaxis óta a „Curling-fekély” és komplikációinak száma is lényegesen lecsökkent, Pruitt (9) szerint 1984-ben 0,69%-ra és ezen terápia jóformán eliminálta a sebészeti intervenció szükségességét is! S. Teich-Alasia (12) szerint a vérzések száma 11%-ra csökkent, a mortalitas 0,7%-ra. Varró (14) az utolsó két évtized egyik leglátványosabb farmakológiai felfedezésének tartja a

H₂-receptort blokkoló gyógyszerek megjelenését. Irodalmi adatok szerint, mint írja, a H₂-receptor blokkoló megfelelő adagolása esetén a gastroduodenalis fekélyek 70–80%-a 4 héten belül gyógyul és további egy hónapos kezelés ezt a gyógyulási arányt egész 95%-ig növelheti.

Moran és munkatársai (6) 1985–86 között kezelt 60, gyermek és felnőtt beteg — átlagban 36% kiterjedésű égéssel — közül mindössze 3%-ban észleltek nyilvánvaló vagy occult ulcus tüneteket. Perforatio nem fordult elő, de műtéti beavatkozásra sem került sor. „Curling-fekély” miatt halálozásuk nem volt. Véleményük szerint ezt az alábbi, kombinált profilaxissal: antacidával (Maalox), H₂-receptor antagonistával (ranitidin) és enterális táplálással, a gyomornedv pH 5 feletti tartásával érték el.

Égésbetegségben (20–25% égésfelszín felett), *ulcus profilaxisként*, az 1980-as évektől rutinszerűen alkalmazunk antacidot (pl. Nilacid), 1982-től H₂-receptor antagonistát (Tagamet, Histodil), az utóbbi években Ulcerant is, és ha lehet, már a 2–3. naptól kezdve hideg tejet itatunk, nagy figyelmet fordítva a per os táplálás mielőbbi megkezdésére.

Az *ulcus* ritkábban keletkezik, ha a sérüléstől kezdve megfelelő a shocktalanítás. Osztályunkon, ill. Égési Részlegünkön 2 éves kor alatt Evans-, 2 éves kor felett a Brooke Army Hospital sémáját alkalmazzuk. E sémák közismertek.

A hypertonia a fekély-vérzés fokozódásában játszott szerepet. Nem lényegtelen ennek az elég gyakran fellépő szövődménynek is az időbeni felismerése és megfelelő kezelése. Égésbetegségben a hypertoniát 25–30%-ban adják meg (5).

Ismertetett betegek körlefolysa alátámasztani látszik azt a tényt, hogy a „Curling-fekély” stress hatására lép fel, és a már kialakult, progrediáló ulcust nem mindig sikerül felszámolni, meggyógyítani.

Igen fontos, hogy az égésbetegség körlefolysa alatt

mindig gondoljunk az esetleges szövődmények lehetőségére, ne feledjük soha: az égésbetegség nemcsak bőrhiány syndroma, de a szövődmények betegsége is! Kötéltánc! S a kötélről bármikor le lehet esni!

Köszönetnyilvánítás: Köszönöm Háznagy András főgyógyszerész-helyettesnek (Jahn Ferenc Kh-Ri.) és dr. Udvarhelyi Agnes gyógyszerész, tudományos munkatársnak (Glaxomed LTD budapesti képviselő) gyors segítségüket, amikor rendelkezésünkre bocsátották a Zantac injekciós készítményt.

IRODALOM: 1. Bertolini, D., Barisoni, D.: Curling's Ulcer: Is it a Must? The Bulletin and Clinical Review of Burn. Injuries, 1984, 1, 45. — 2. Bruck, H. M., Pruitt, B. A., Jr.: Curling's Ulcer in Children: A 12-year review of 63 cases. J. Trauma, 1972, 12, 490. — 3. Curling, T. B.: On acute ulceration of the duodenum in cases of burns. Med. Chir. Trans. 1842, 25, 260. — 4. Czaja, A. J. és mtsai: Acute gastric disease after cutaneous thermal injury. Arch. Surg., 1975, 110, 600. — 5. Lowrey, G. H.: Hypertension in Children with Burns. J. Trauma, 1967, 7, 140. — 6. Moran, K. T., O'Reilly, T., Munster, A. M.: A combined regimen for the prophylaxis of Curling's ulcer. Amer. Surg., 1987, 53, 575. — 7. Pelényi, A., Halmos, L.: Kiterjedt égés utáni duodenum perforatio két éves gyermeknél. Égéssebészeti Nemzetközi Konferencia. Keszthely, 1977, 09, 22–24. — 8. Pruitt, B. A., Jr., Foley, F. D., Moncrief, J. A.: Curling's ulcer: a clinical pathology study of 323 cases. Ann. Surg., 1970, 172, 523. — 9. Pruitt, B. A. Jr. és mtsai: Effective prophylaxis of Curling's ulcers. The Bulletin and Clinical Review of Burn Injuries., 1984, 1, 43. — 10. Raithel, D., Mühe, E., Decker, D.: Zur Therapie des Stressulcus. Chirurg., 1972, 43, 328. — 11. Sevit, S.: Duodenal and Gastric ulceration after burning. Br. J. Surg., 1967, 54, 32. — 12. Teich-Alasia, S.: A korai sebészeti kezelés értéke súlyos égések esetében. Égéssebészeti Nemzetközi Konferencia. Keszthely, 1977, 09, 22–24. — 13. Swan, J.: Case of severe burn. Edinburgh Med. J., 1823, 19, 344. — 14. Varró V.: A fekélybetegség: ahogyan ma látjuk. Orv. Hetil., 1988, 129, 919. — 15. Watson, L. G., Abston, S.: Prevention of upper gastrointestinal hemorrhage in 582 burned children. Am. J. Surg., 1976, 132, 790.

(Baksa József dr., Budapest, Diósárok u. 1. 1125)

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

OSSZETÉTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Feinöttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophias zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epe-út-elzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Feinöttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–130 mg im.

Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im. 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémiában 0,3–0,5 ml im., 2–3 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitúcióban részesíteni.

MEGJEGYZÉS: Injekció: egyszer vagy kétszer, csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint. Kapszula vény nélkül is kapható.

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 x 1ml ampulla

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest



A HOLNAP TECHNIKÁJA A MA SEBÉSZETÉBEN!

Orvosi CO₂ lézerek
a **Tungsram Lézertechnika Kft-től!**



A lézeres műtéti technika csökkenti a műtéti komplikációk esélyét, gyorsabb a sebgyógyulás, kisebb a műtét utáni fájdalom és rövidül a kórházi ellátás ideje.

A **TLS 62 orvosi CO₂ lézer** kiválóan alkalmas szabadkézi és mikrosebészeti célokra egyaránt. Kimenő teljesítménye folyamatosan szabályozható 2—60 W között. Szuperpulzáló üzemmódban az impulzus paraméterek 8 csatornán előre kiválaszthatók. Egyszerűen kezelhető, könnyen mozgatható, ideálisan megfelel a kórházak, klinikák igényeinek. Sokoldalúsága révén valamennyi CO₂ lézeres sebészeti területen jól alkalmazható. Fő alkalmazási területei az általános sebészet, plasztikai sebészet, nőgyógyászat, fül-orr-gégészet. A **TLS 25 orvosi CO₂ lézer** 18 W teljesítményével, kompakt kivitelével optimálisan kielégíti a kórházak, klinikák, járóbeteg-rendelések és magánrendelők igényeit.

Fő alkalmazási területei a bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat, szájsebészet.

Mindkét berendezés csatlakoztatható sebészeti sztereomikroszkóphoz, kolposzkóphoz és endoszkóphoz (laparoszkóp, bronhoszkóp, rektoszkóp).

Szívesen állunk rendelkezésre szaktanácsadással, biztosítjuk műtéti technikák tanulmányozásának lehetőségét referencia helyeinken.



Cím: **1044 Budapest, Megyeri út 6.**

Telefon: 1696-619 (Fetter István, Vass István)

Telex: 223611

Fax: 1601-684

A XVI. századi Itáliai arisztotelianizmus hatása a medicinára

A XVI. századi Itália egyetemei jogi és művészeti fakultásra oszlottak. Az utóbbin a legmagasabb rendű disziplína, a medicina számára a természetfilozófia szolgált közvetlen előtanulmányként. A filozófia ezen ágát Arisztotelész és kommentátorainak művei alapján tanították, de amíg az Alpokon túl a teológiával, addig Itáliában az orvostudománnyal kapcsolták össze oktatását (1). Az arisztotelianus természetfilozófia ismeretelméleti alapjaira támaszkodva vált kora legkiválóbbjává a XVI. századi itáliai medicina.

Artisztotelész szerinti tudásmeghatározás a teológia és a metafizikai spekulációk számára tág teret nyitott, de hogyan tehetett eleget ennek az orvostudománynak? Oly módon, hogy a tudás, illetve a tudósság e kritériumát szigorúan betartva a betegségek keletkezéséről, terjedéséről és egyáltalán mibenlétükről alkotott elképzeléseket valamilyen metafizikai rendből vezették le, ami már magában foglalta az első és tovább már nem vezethető okot, vagy általános princípiumot.

Arisztotelész, az általános princípiumok mellett, *speciális*, egy-egy tudományterületre érvényes *alapelvek* létjogosultságát is elismerte.

A XVI. században az első okból történő teljes levezetéseket a tekintélyekre, jórészt ókori szerzőkre, az általuk meghatározott kiindulási pontokra való hivatkozások helyettesítették. Ezáltal indirekt módon elégtették ki az arisztotelianus tudományosményt.

Lássunk egy konkrét példát.

Kolozsvári Jordán Tamás az 1577. évi brünni extragenitális syphilis endémia felderítéséről írt traktátusában (2) megállapította, hogy csak azok kapták meg a betegséget, akik a város egyik fürdőjében köpülőket rakattak magukra. A klasszikus *contagium* definíció csak emberről emberre történő terjedést enged meg, és pedig vagy közvetlen érintkezés útján, vagy a levegő közvetítésével. Kézenfekvő megoldás lett volna a fogalmat kiterjeszteni, hogy a tárgyak közvetítette fertőződést is magába foglalja. Azonban a *contagium* definíció eredeti formájában alapelv volt, és megváltoztatásához a járványtani elképzelések egész rendszerét kellett volna átalakítani. Jordán, annak érdekében, hogy se a tudományosság, se a tapasztalati eredmények ne szenvedjenek csorbát, egy rövid fejtegetést iktatott tanulmányába. Ennek lényege a következő: a köpülőzés csökkentette a csirokkal szembeni ellenálló képességet, ezért csak azok kapták meg a kórt, akik ilyen beavatkozást végeztek. Az extragenitális syphilis endémia terjedését Jordán tehát a *contagium* definícióból, az arisztotelianusok által magasabb rendűnek tartott — egy princípumból következő — módon vezette le.

Ha a saját tapasztalataira elfogulatlanul támaszkodva

a köpülőket gyanúsítja a kór terjesztésével, úgy az alábbi nehézségekkel kellett volna szembenéznie. Először is, a syphilis definíció szerint *contagiosus* megbetegedés, tehát a klasszikus meghatározás fönntartása mellett, ha a köpülőök propagálták a kórt, akkor az nem lehetett syphilis. Ezt az álláspontot képviselte *Crato von Krafftheim*, Jordán barátja, a császár orvosa (Leibarzt). A tapasztalat útján nyert tények elfogadását Jordán számára éppen az arisztotelianus tudományosmény merev értelmezése nehezítette meg.

A ténybeli tudás, aminek forrása a tapasztalat és módszere az indukció, alatta marad az „okbeli” tudásnak, mert olyan eljárásból ered, amikor a gondolkodó nem képes visszavezetni a fogalmakat a legfőbb, tovább már nem vezethető princípiumokra.

Felvállalhatta-e ennek ódiáját *Morvaország* főorvosa, számos nemzetközi hírv humanista és orvos barátja? Természetesen nem. Jordán is és Crato is koruk tudományos követelményeihez ragaszkodva *érintetlenül hagyták* a klasszikus *contagium* definíciót.

Térjünk vissza eredeti kérdésünkhöz, az első okból következő tudás és a medicina kapcsolatához. Nevezetesen ahhoz a sarkalatos kérdéshez, hogy mi tölthette be az első és tovább nem vezethető ok vagy princípium szerepét, ami valamilyen, az orvostudomány tárgykörébe eső új szemlélet, vagy új elmélet kialakulásához hozzásegíthetett.

A humanizmus tudatosan vállalt célja volt, hogy a szkolasztikus tudomány helyébe újat, a gyakorlatban használhatóbbat állítson. Ezen az úton az első és a leggyorsabban eredményhez vezető lépés az ismeretek filológiai módszerekkel, szövegfeltárás és szövegrekonstrukció útján történő bővítése volt. Azonban az ily módon birtokba vett tudás különböző természetfelfogásokon alapult. Az újonnan feltárt ismeretek és a meglévők logikai kapcsolata hiányzott. Próbáljuk megoldani ezt a problémát a XVI. századi itáliai arisztotelianizmus szellemében.

A különböző természetfilozófiai és metafizikai rendszerek a világ különböző jelenségeire adtak magyarázatot. E sokféleség közepette azért, hogy az egységet, a biztos tudást megteremtse, számos, eleve kudarcra ítélt eklekticista próbálkozás történt. A *szinkretizmus*, kiindulópontjukban szöges ellentétet képező filozófiai rendszerek elemeiből kívánta megalkotni a maga egységes világát. Nem lebecsülendő azonban a kísérletek hatása, hiszen alapjuk az a megfontolás volt, hogy más-más első okok, más-más jelenségek értelmezéséhez nyújtanak segítséget. Ha a fent említett első okok segítségével nem egy metafizikai rendet próbáltunk felépíteni, hanem megteesszük azokat az általunk legjobban magyarázott jelenségekkel foglalkozó tudomány kiindulási pontjainak, akkor a tudományok

specializációjának kezdeti lépéséhez jutunk. Nos, lássunk egy újabb példát. *Lucretius* XVI. századi népszerűségét mi sem mutatja jobban, mint kiadásainak nagy száma (2). A *természetről* (*De rerum natura*) című tankölteményében az alábbiakat írta:

„... van az őselemek közt sok, melyik életadó, s kell, hogy legyenek bőven kórságra, halálra vivők is” (3). Tehát a betegségek okozói anyagi részecskék, minőségileg sokfélék, és egyéb tulajdonságaik mellett rendelkeznek a mozgásukból következő „penetráló” képességgel. Ez nem egyéb, mint az őselemek alkotta szövédékek (testek) lyukaiba (*vacuumba*) való be-, illetve keresztülhatolás.

Az őselemek szövédékek, kisebb-nagyobb csoportosulások alkotásában vesznek részt, és a komplexumok tulajdonságait az alkotóelemek minősége és aránya, valamint a közöttük lévő kapcsolatok határozzák meg. Így igen változatos tulajdonságú őselemcsoportok jöhetnek létre, a kórt és az egészséget hozó elemek aránya szerint.

Ez az elképzelés a járványos csirok virulenciaváltozásának modelljéül szolgálhatott. Az őselemek bizonyos kapcsolódásai jellemzően ugyanazt a hatást váltják ki, ahogyan a kórokozók is specifikusak. A betegséget hozó őselemek közvetlenül, vagy közvetve hatolhatnak az emberbe. Számuk, a testben való szétáramlásuk és kapcsolatuk a szervezetet felépítő őselemekkel, szabja meg, hogy keletkezik-e betegség vagy sem. A *lucretiusi* metafizika általános elveit könnyűszerrel lehetett egy új járványtan speciális princípiumaivá konvertálni, és ily módon az arisztotelianus tudományoszmény sem szenvedett csorbát. Feltételezésünk szerint a *lucretiusi* rendszer Girolamo *Fracastoró*ra, a fertőző betegségek első tudományos értékű elméletének megalkotójára is nagy hatást gyakorolt. A *Pomponazzi**-tanítvány *Francastoro* mind az arisztotelianus, mind a demokritoszi tudományoszménynek és ismeretelméletnek igen jó ismerője volt. Joggal vélhetjük, hogy olyan princípiumokat kerestett, amelyekből a legegyszerűbb módon a legtöbb tapasztalati tény volt levezethető. Erre az epidemiológiai elképzelések esetében az őselemtan igen alkalmasnak látszott.

Az első ok szerepét tehát bármi betölthette, aminek segítségével a világ valamely részének jó modelljét lehetett megalkotni, és ez a *specializációs* tendencia erősödését jelzi a *metafizikai egységre* való törekvéssel szemben. A szakmai alapelvekké átalakított formában a metafizikai princípiumok közvetlenebb kapcsolatba kerülhettek a tapasztalati adatokkal, mint eredeti, általános értelmezésük fenntartása mellett. Milyen viszonyban vannak a szaktudományos alapfogalmak és az arisztotelianus ténybeli tudás?

Először is vizsgáljuk meg a szaktudományos alapfogalmakkal kapcsolatos kérdéseket.

Jordán Tamás és Crato von Krafftheim példáján bemutattuk, hogy a definíciókhoz való túlzott ragaszkodás tévutakra vezethet. Az ellenkezője pedig a tudomány halálát jelenti. Amíg az egyik véglet konzerválja a tudást, addig a másik lehetetlenné teszi az ismeretek átadását, újabbak szerzését. Az egyre adekvátabb definíciókra való

törekvés pedig olyan terjengősségbe torkollik, hogy az már a meghatározások használhatóságát veszélyezteti. Pl. *Galenos pulzustana* hiába különített el számtalan pulzuskvalitást, ha ezek gyakorlati értéke kétes és inkább az öncélú megfigyelés és rendszerezés szülöttei, mintsem a dolgok lényegét megragadni kívánó szintetizáló gondolkodásé. Más oldalról vizsgálva a *galenoszi* pulzustant, vagy akár a XVI. századra is jellemző *capite ad calcem* tünetleírásokat, feltűnő a megfigyelési eredmények sokasága, azonban e tények vagy közvetlenül, vagy közvetve *ad hoc* magyarázatok közbeiktatásával metafizikai alapozottságú alapfogalmak által nyertek értelmezést. E definíciók a dolgok osztályait határozzák meg, és az arisztotelianus felfogás szerint a klasszifikációban a természet egysége, lényege nyilvánul meg. A megismerés tárgya tehát az általános, a kivétel nélküli és az egyes vagy ritka jelenségek, mint véletlenek, nem tartoznak a tudományos vizsgálódás körébe. Pl. Hieronymus *Mercurialis* paduai orvos- és filozófus, csak a *járványos méreteket* öltő megbetegedést azonosította a pestissel, a *sporadikus* eseteket a tünetek azonossága ellenére, más kórnak tartotta (4).

A tapasztalás útján szerzett ismereteknek különböző princípiumokra való visszavezetése és ezek tükrében történő értelmezése egy viszonylag zárt tudásrendszert alkotott, amelyből az arisztotelianus ismeretelmélet keretei között maradványok csak a ténybeli tudásnak az okbeli tudással közel azonos értékűvé válása jelenthette a megújulás felé vezető kiutat. Az indukció módszerével megszerezhető ténybeli tudás felértékelődésére azonban csak bizonyos kezdő fogalmak és eszmék együttesének, az *egyezményes ismeret* alapjának a meghatározásával párhuzamosan kerülhetett sor. A XVI. században a medicina területén a tudás bázisát, részben az ókori szerzők definíciói, részben a metafizikai princípiumokból — általános tartalmuktól való megfosztás útján — képzett szakmai alapelvek alkották. Az előbbieket értelmezése és átértelmezése, valamint az utóbbiak rohamosan bővülő köre, a ténybeli tudás jelentőségének felismeréséhez vezető folyamatá vált. A dolgok mind szűkebb körét magukba foglaló osztályok lehetővé tették bizonyos, korábban egyedinek számító és ezért Arisztotelész által a tudományos vizsgálódás köréből kizárt dolgok definícióját. A ténybeli tudás maga is definícióképzővé lett. Szükségesé vált az osztályokba sorolt tények és az osztályok elemeit körülhatároló definíciók lehetőleg pontos megfeleltetése. A fogalmi reflexió szellemi műveletének egyre kiterjedtebb alkalmazása teremtette meg az ismeret alap megiszlárdításának lehetőségét, az alapfogalmak és a tapasztalati tények közötti diszcrepancia, illetve ellentmondás folyamatos feloldását. A XVI. század második felének tudományos gondolkodására jellemző a *definícióknak a tapasztalat tényeihez igazított átalakítása*. E kritikai szemlélet egyúttal a reneszánsz feltétlen ókortiszteltetének ellenhatása is.

A görögségtől a reneszánszig élő metafizikus tudományelképzelés (miszerint a tudomány nem dolgokról tud, hanem egy rendet ismer és a rend révén dolgokat, amelyek abba beleillenek) mellett, azzal egyenértékű, sőt, mindinkább előtérbe kerülő tudományoszmény született: a dolgok megismerése révén ismerjük meg a *rendet, amit a dolgok összefüggései alkotnak*.

Az arisztotelianus ismeretelméletben a XVI. század közepére, végére bekövetkezett súlyponteltolódás folyamatát igyekeztünk bemutatni, ami elsősorban Itáliában hatott termékenyítően a medicinára. A ténybeli tudás vált az orvosi elképzelések kontrolljává és szelektáló elvévé, egy-

úttal megnyitotta az orvostudomány kapuit az anatómia, a sebészet és az empiria igazolta mindenfajta beavatkozás és kutatás előtt.

Vesalius, a korábbi tudományfelfogás káros hatásai feletti sajnálkozásában vetette papírra az alábbi sorokat:

„a gyakorló anatomus és a szellemi tanító, a sebész és az orvos a múltban különváltak” (5).

IRODALOM: 1. Paul Oskar Kristeller: Szellemi áramlatok a reneszánszban. Magvető, Bp., 1979, p. 58. — 2. Jordán Tamás:

Luis novae in Moravia exortae descriptio. Frankfurt, 1580. c. munkáról van szó. Jordánra 1. Molnár Béla: Kolozsvári Jordán Tamás a 400 éves balneológus. Gyógyászat, 1939, 79–81. évf. — 3. Lucretius: A természetről (De rerum natura) VI. könyv 1085–1086. sor. Tóth Béla fordítása, Debrecen, 1957. — 4. Dudith András: Rövid kommentár az üstökösök jelentőségéről. In.: Mátrai László: Régi magyar filozófusok, Bp. 1961. p. 40. — 5. Idézi: Eugenio Garin: Reneszánsz és műveltség, Helikon. Bp., 1986, p. 84.

Kemenes Pál dr.

József Attila és Carl Gustav Jung

Közismert József Attila és a pszichoanalízis kapcsolata. Igen nagy hatást gyakoroltak rá Freud tanai és ez nyilvánult költszetében is. Tanulmányaiban kísérletet tett a pszichoanalízis és a marxizmus szintézisére. Saját betegségére is a pszichoanalitikus terápiától remélt gyógyírt. Freudot költeménnyel köszöntötte nyolcvanadik születésnapján, 1936 májusában („Amit szívedbe rejtess”).

A költő figyelme 1931-ben fordult erőteljesebben a pszichoanalízis felé, mikor Rapaport Samu megbízta az „Ideges gyomor- és bélbajok keletkezése és gyógyítása” című munkájának stilizálásával és analizálta is őt. Rapaport Stekel követője volt. Másik analitikusa, Gyömrői Edit Bécsben kapott kiképzést, míg utolsó kezelőorvosát, Bak Róbertet, aki Benedek László professzor klinikáján volt tanársegéd, Hermann Imre vezette be a pszichoanalízis területére. Kapcsolatban volt még az individuálpсихológus Kulcsár Istvánnal, Adler követőjével és az etnopszichológus Róheim Gézával, Ferenczi barátjával is. Jung csekély számú magyar követője közül senkit sem ismert (6, 21).

Tudjuk, hogy a költő ismerte Jung tanait és azok kapcsolatát a keleti bölcsesettel. Hatvány Bertalan (8) írja: „... Sokszor próbáltam rávenni: üljön neki, ismerje meg végre léte, belseje igazi gyökereit, foglalkozzon Ázsia ősi bölcsességével. Ő mindig húzódott ettől. Talán attól félt, szembe kell fordulnia egyik mesterének, Freudnak rendszerével — azzal a rendszerrel, amelyről lelki gyógyulást, feloldást, rendet várt. Hiszen tudta, hogy Jung, az »eretnek« azóta halad Freudtól távolodó utakon, amióta megismerte Kelet tanait. Pedig a tökéletes forma költője értette és élvezte Kelet tökéletes művészetének szavát...”

Kérdés, hogy mikor ismerkedett meg először Jung tanaival. Nem zárható ki, hogy már Szegeden, egyetemi hallgatóként hallott azokról. Az 1924/25-ös tanévre történt beiratkozása után így ír nővérének: „Az egyetlen elsőéves vagyok, akit Bartók György* professzor felvett filozófiai szemináriumába!” (11, 18). A 87 éves professzor erre így

emlékszik vissza 1969-ben: „Filozófiai szemináriumaimon két-három egyetemi hallgatóval foglalkoztam csupán, Természetes, hogy az eredményes oktatás érdekében csak a legjobbakkal... József Attila azzal állított be hozzám, hogy szeretne beiratkozni Filozófiai gyakorlatok című szemináriumomra. Szegedre is ezért jött. Hosszasan elbeszélgettünk, eleinte úgy találtam, korai volna még a felvétele, mert csak az érettebb harmad-negyedéves hallgatók rendelkeztek kellő filozófiai ismeretekkel. József Attilának is nagyobb tárgyi tudásra lett volna szüksége, ám látszott, hogy komolyan érdekli a filozófia, hát felvettem...” (18, 20). Az első félévi filozófiai stúdiumok után a II. félévben már Bartók lélektani előadásai is szerepelnek József Attila indexében (18).

Bartók Györgyöt általában konzervatív filozófusnak tartották. Annál meglepőbb, hogy — a korabeli hivatalos elutasító álláspont ellenére — tárgyilagos és világos képet ad Freud, Adler és Jung elméletéről, sőt a pszichoanalízist, mint a kor egyik jelentős filozófiai irányát értékeli, mely az ember jobb megismerését szolgálja (2, 3). Különösen Jung tanainak és ezen belül a kollektív tudattalannak szentel nagy figyelmet Bartók, amikor így ír:

„Vannak... olyan tudattalan lelki tartalmak is, melyek nem személyes jellegűek, hanem merőben kollektívek, mert nem csupán bizonyos személyiségeknél lehetők fel, hanem minden lélekben feltalálhatók. Ezek a kollektív tartalmak őseredeti és természeti lelki funkciók által jöttek létre... Ezeket az ősi, szunnyadó tartalmakat és képeket nevezi Jung archetypusoknak, melyeket az álom primitív, analogikus gondolkodásmódja ismét életre hívni képes. Itt tehát tulajdonképpen nem öröklött képekről vagy tartalmakról van szó, hanem öröklött pályákról vagy öröklött kategóriákról. Azt mondhatnánk, ezek alapján, hogy a mi személyes lelkünk öröklött és egyetemes diszpozíciók széles, mély fundamentumán nyugszik, amely diszpozíció, mint ilyen, tudattalan. Jung tana szerint ez a kollektív tudattalan tulajdonképpen minden idők világtapasztalatának lecsapódása, tehát egy olyan tudattalan képe a világnak, amely aeonok hosszú során keresztül képződik és alakul.

*Bartók György filozófus, Böhm-tanítvány, az önérték kategóriájának megfogalmazója

Ebben a tudattalanban ezek szerint olyan végtelen lehetőségek szunnyadoznak, amilyenekről a tudatnak még csak sejtelve sem lehet. Megszámlálhatatlan évezredek és tudatra nem jutott egyéni megfigyelések lappanganak itt, hogy alkalomadtán, a tudat felszínére törve, azt gazdagabbá és életteljesebbé tegyék. Ekként fonódik egybe az egyéni tudattalan tapasztalás a történelem folyamán felraktározódott világtapasztalattal, hogy kiépítsék azt az egyéni személyiséget, amely azután a szellem nagyszerű alkotását hozza létre, a tudat világosságára emelvén azt, ami ott nyugszik a tudattalan mélységeiben évezredek hosszú sora óta... — írja — többek között — *Bartók György* professzor (2, 3). Valószínű, hogy kis létszámú, kiemelt hallgatósága előtt vázolta a kor modern lélektani irányait is.

A következő állomás Bécs, ahol orvostanhallgató barátja, *Kovács György** (16) szerint a költőt „a lélekelemzés sokat foglalkoztatta; Bécs a pszichoanalitikus irányzat szülővárosa és központja volt, több irányzat is haladt egymás mellett, és Freud tanai szerves alkatrészei voltak a város szellemiségének.” *Tverdota György* (21) szerint József Attilának ekkor már módja lehetett arra, hogy a pszichoanalízis egész spektrumát szemmel tartsa. 1926 októberében Párizsból írja *Gáspár Endrének*, egy népdal kapcsán: „... Hát itt a népköltő egy bötűt sem mond arról, hogy fáj a szíve (amilyen elemekből ma már Freud és a pszichoanalitikusok tanainak ismerete után könnyű verset írni s az ilyen versek egymástól csak nyelviileg különböznek)...” (11). *Fehér Erzsébet* (11) szerint József Attilának ez a célzása a *szürrealizmus* költészettanára vonatkozik.

Bécsben *Bühler*, Párizsban *Wallon* előadásait is felvette. *Mérei* (18) írja a *Bühler*-előadásokkal kapcsolatban: „... 1925 körül, biztos, hogy legalább kétszer elment az előadásra, s még ha keveset is értett belőle, valami megragadhatta a pszichológiának, mint megfigyelésnek a varázsból és ez is erősíthette később nagyon intim viszonyát mindenhez, ami pszichológia, pszichoanalízis.”

Mindamellet, József Attila viszonya a pszichoanalízishez, nem volt egyenes vonalú (21). Budapesten, a huszas évek végén a pszichoanalízis élénk beszédtema volt. Minden értelmiségi állást foglalt ebben a kérdésben. A költő 1930 januárjában Kosztolányiékánál ebédelt, s itt úgy nyilatkozott, hogy ellene van a pszichoanalízisnek, mégpedig *Bergson* alapján (21).

A harmincas években, a költő könyvtárában található lélektani művek közül *Wundt*, *Freud*, *Stekel* műveiről és *Rapaport* két könyvéről tudunk (19). Természetesen ez nem tükrözi széles érdeklődési körét, mint ahogy a néhány filozófiai műből (*Nietzsche*, *Schopenhauer*, *Marx*, *Pauler Á.*, *Russell*) sem sejthető *Bergson* és *Croce* erőteljes hatása. *Jung*-írás magyar nyelven először 1928-ban jelent meg *Keyserling*: Könyv a házasságról című összeállításában („A házasság mint lélektani vonatkozás”). *Jung* főbb művei 1946-ig nem jelentek meg hazánkban. A költő ezeket más forrásokból ismerhette. Jól ismerte a *Korunk* című kolozsvári folyóirat számait, melyekben néhány versét, ver-

seköteteinek és tanulmányainak méltatását is közölte. *Harmat* (6) szerint „... a baloldali értelmiség a Korunkból ismerhette meg a pszichoanalízis, a freudomarxizmus új fejleményeit; valószínűleg ez volt József Attila egyik forrása is.” A Korunk első tíz évfolyamának lélektani cikkeiben túlnyomórészt *Freud* és *Adler* hívei publikáltak. *Jung* neve csak ritkán bukkan fel, akkor is ellentétesen. Így például 1930-ban *Kahána Ernő* orvos, *Adler* követője, *Jung* tanításainak önállóságát is vitathatja, míg 1929-ben *Emil Utitz* hallei pszichológus igen nagyra értékeli munkásságát (15).

Hatvany Bertalan (7) Kína és India művelődéstörténetével foglalkozó orientalista, József Attila mecénása „*Ázsia lelke*” címmel írt könyvet. Szerinte az ősi kultúrák, mint a görög, kínai, indiai, mexikói stb. és a bennük feltalálható jelképek hasonlósága közös eredetre utal.

József Attila (10) a könyv bfrálatában ezt írja: „... az emberi kultúra egységes voltának magyarázatára talán még több joggal szolgálhat a föltevéses fizikai, földrajzi *Atlantisz* fogalma helyett a pszichoanalitikus gyakorlatban állandóan tapasztalt lelki *Atlantisznak*, a freudi tudattalannak fogalma. Az ember ösztönös énje és az elfojtásoktól terhes tudattalan révén minden motívumvándorlás és kultúrérintkezés nélkül létrejön például az egerektől, kígyóktól való iszonyódás, hogy azután a tudattal (kultikus) alkuiban kiegyezve szellemi formaként lépjen elő.” Nem nehéz felfedezni a hasonlóságot a „*lelki Atlantisz*” gondolata és *Jung* felfogása között. *Jung* szerint a kollektív tudattalan mélyén rejlő archetipusok, ősjelképek lehetővé teszik bizonyos mondatmáknak és motívumoknak az egész Földön azonos formákban való ismétlődését s így hasonló kultúrák kialakulását, egymástól függetlenül, földrajzi kapcsolat nélkül.

József Attila kései, remekművű ódája, *A Dunánál* — mint arra *Gyökössy* (5) is felhívja a figyelmet — a kollektív tudattalan legszebb költői kifejezése a világirodalomban. „Az egész verset is domináló archetipus... a víz archetipusa, ősjelképe...” — írja *Németh G. Béla* (17) — „A görög, a hindu, a kínai és minden ismert nagy kozmogóniának és kozmológiának központi tényezője. S korán, nagyon korán, már az emlékezet első határán, jóval a *panta rhei* előtt az idő örök változásai és állandó jelen voltának, a történelem folytonos változásának és valamely egylényegűségének a jelképe.” A víz archetipusa, a Duna, „az idő árja”, mely felölel mindent a legősibb kortól a magyar történelem folyamataig, a tér- és időhatárok, valamint az énhatárok mérhetetlen kitágulása, az ősszel való teljes azonosulás: mindez a kollektív tudattalan legmélyebb rétegeinek átérzése.

Én úgy vagyok, hogy már százezer éve
nézem, amit meglátok hirtelen.
Egy pillanat s kész az idő egésze,
mit százezer ősz szemléltet velem...

Tudunk egymásról, mint öröm és bánat.
Enyém a múlt és övék a jelen.
Verset írunk — űk fogják ceruzámat
s én érzem őket és emlékezem...

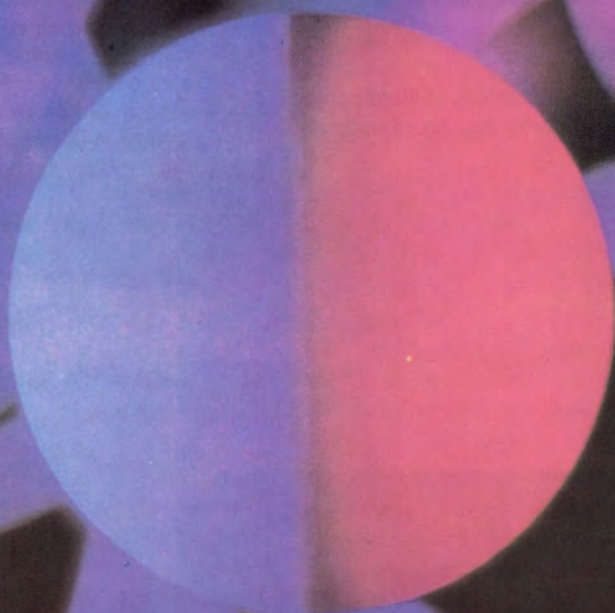
Megszólítanak, mert űk én vagyok már;
gyenge létemre így vagyok erős,
ki emlékszem, hogy több vagyok a soknál,
mert az őssejtig vagyok minden ősz...

Mint *Németh G. Béla* tanulmányában olvashatjuk, „Az epódosz második szakaszában, a közép-keleti, kivált a hindu filozófiát s *Spinoza* nagy világ- és létvízióját látjuk. A ősi vágyat, hogy minden létezőknek, szerveknek

*Kovács György (1900—1965) orvos író, műfordító, 1945—1948 között az Orvosok Lapja szerkesztője, egyike József Attila kevés számú igaz barátainak.

CORDAFLEX[®]

filmtabletta
koszorúér-tágító, antihypertensivum



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 ér-ellenállást. 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 sinusszindróma. 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, acrpír, bokaduzzadás, melegségérzés, szédülés, émelygés, fáradtság, palpitáció, ritkán hasmenés.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

- Antihipertenzív szerek, béta-receptor-blokkolók és H_2 blokkolók hatását erősítheti, illetve kiégészítheti.
- 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 koronária betegségekben szükséges más antianginás szerek adása is. Rohamok esetén nitroglicerin mellett béta-receptor-blokkolók alkalmazása ajánlatos. Szívglükózidok a Cordaflex-kezelés alatt is szedhetők.

Állatkísérletekben — bár a humán dózis sokszorosában — teratogén és fototoxikus. Már alacsonyabb dózisban is tokolitikus hatású, azaz gátolhatja a tolófájások erősségét, ezért a Cordaflex filmtabletta alkalmazására terhes nőkön 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



és szervetleneknek, »élőknek« és »életteleneknek«, e bolygóbelieknek és ezen kívülieknek azonos rendező-, cél-, értelem- és értékelvét találjuk meg. A *Minden Egy-et s az Egy Minden-t* (17). Szerinte itt szerepet játszhatott az a keleti világ felé forduló, megújuló érdeklődéshullám is, melynek Hatvany Bertalan is erős vonzásában állott. A következő szakasz első sora *Bak Róbert* (1) patográfiájában is szerepel: „...Az Én-határok elmosódtak, az Én tágul és beolvadása a kollektívbe előrehalad realizálva érzését, hogy »a világ vagyok — minden, ami volt s van.«”

A művészi alkotásnak ebben a formájában — Jung szerint — a kollektív tudattalانبól kirobbanó történeőről van szó (14).

Költői ihlet és tudósi intuíció: két nagy szellem közelítése a kollektív tudattalan világhoz. Ha Jung ismeri József Attila életét és költészetét s nyelvi bezártságunkat oldja egy művészi fordítás, alighanem egy Jung-esszével lennének gazdagabbak.

IRODALOM: 1. *Bak R.*: József Attila betegsége. Szép Szó 1938, VI, 1, 21, József A. Emlékszáma, 105—116. — 2. *Bartók Gy.*: A tudattalan problémája. Bp. Szemle, 1930, 632, 58—93. — 3. *Bartók Gy.*: Napjaink filozófiája. Bp. Szemle, 1936, 698, 58—77.,

699. 185—210. — 4. *Erős F.*: A Korunk c. folyóirat és a pszichoanalízis. Pszichológia. 1986, 6, 293—307. — 5. *Gyökössy E.*: Magunkról magunknak. Ref. Zsinati Iroda. Bp., 1984. — 6. *Harmat P.*: Freud, Ferenczi és a magyarországi pszichoanalízis. A budapesti mélylélektani iskola története 1908—1983. Európai Protestáns Magyar Szabadegyetem. Bern, 1984. — 7. *Hatvany B.*: Ázsia lelke. Franklin. Bp. é. n. — 8. *Hatvany B.*: Attila. Szép Szó, 1938, VI, 1, 21. József A. Emlékszáma, 46—50. — 9. *József A.* művei: I—II. Szépirodalmi, Bp., 1977. — 10. *József A.*: Ázsia lelke. Szép Szó, 1936, I, 1, 68—71. — 11. *József A.* válogatott levelezése. Akadémiai, Bp., 1976. — 12. *Jung C. G.*: Bevezetés a tudattalan pszichológiájába. Bibliotheca. Bp. 1948. — 13. *Jung, C. G.*: Emlékek, álmok, gondolatok. Európa. Bp., 1987. — 14. *Jung, C. G.*: Az analitikus pszichológia és a költői műalkotás közti összefüggésről. (In: Művészetpszichológia. Gondolat. Bp., 1983, 201—217.). — 15. *Korunk* (Kolozsvár) 1—10 évf. (1926—1936). — 16. *Kovács Gy.*: Bécsi emlékek József Attiláról. József Attila Emlékkönyv. Szépirodalmi. Bp., 1957, 149—156. — 17. *Németh G. B.*: A klasszikus óda megújításának mesterpéldája. József A.: A Dunánál. (In: Hosszmetszetek és keresztmetszetek. Szépirodalmi. Bp., 1987, 315—325). — 18. *Szabolcsi M.*: Érik a fény. Akadémiai. Bp., 1977. — 19. *Tasi J.*: József Attila könyvtára. ItK 1976, 80, 3, 378—401. — 20. *Tasi J.*: Az egyetemnek nemcsak fura-ura volt. Ország-Világ. 1969, 22. sz., május 28, 12—13. — 21. *Tverdota Gy.*: József Attila és a pszichoanalízis. Előadás a TIT József Attila Szabadegyetem „A magyar irodalom és a mélylélektan” c. sorozatában. 1986/87.

Bonczos László dr.

Ezernyolcszáz

NEGYVENNYOLCZ

Az 1848/49-iki magyar szabadságharcz története képekben

Egykori képek, okiratok, eredeti kézírások, ereklyék,
nevezetes nyomtatványok, kiáltványok, művészi emlékek
Ezer képpel

Jókai Mór

Szerkesztették

Bródy Sándor

Rákosi Viktor

Budapest

1898

A KOSSUTH KÖNYVKIADÓ a KÜLKERESKEDELMI BANK támogatásával fakszimile kiadásban jelenteti meg 1991 márciusában az 1848—1849-es magyar forradalom és szabadságharc ötvenedik évfordulóján elkészített, közel félezer oldalas díszes albumot. Szabadságharcunk korát életszerűen bemutató, teljességre törekvő alkotást vehet kezébe az Olvasó, olyan művet, mely méltóképpen tiszteleg a magyar történelem legjelentősebb eseménye, a nemzet legszentebb korszakának emléke előtt.

A kötet ára: 2 500,— Ft

Megrendelhető a Kossuth Könyvkiadónál: 1054 Budapest V., Steindl Imre u. 6.



CLAFORAN

1 g injekció

A harmadik generációs cefalosparinok közé tartozó széles spektrumú béta-laktám antibiotikum, iv. vagy im. alkalmazásra.

ÖSSZETÉTEL:

Cefotaximum 1 g (nátrium-só formájában).

JAVALLATOK:

A cefotaxim iránt érzékeny kórokozók okozta súlyos fertőzések, így alsó légúti fertőzések, húgyivarszervi fertőzések, nőgyógyászati fertőzések, bakterémia, szepszis, bőr- és lágyrészfertőzések, hasüregi fertőzések, csontízületi fertőzések, központi idegrendszeri fertőzések.

ELLENJAVALLAT:

Cefalosporinok iránti túlérzékenység. Az 1% lidokain kloridban oldott im. injekció lidocain-allergia esetén, továbbá 30 hónapnál fiatalabb gyermekeknek nem adható!

A részletes alkalmazási előíratot l. az „Útmutató a gyógyszerkészítmények rendeléséhez” c. kézikönyvben.

CSOMAGOLÁS:

Iv. vagy im. injekció készítésére egyaránt alkalmas 1 g cefotaxim tartalmú por-ampulla.

ELŐÁLLÍTÓ:

HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Gödöllő
(Laboratoires Roussel licence alapján)

Psychiatria

Alzheimer betegség a közösségben. Larson, E. B. (University of Washington Medical Center Seattle): JAMA, 1989, 262, 2591.

Alzheimer a betegséget (AD) 1907-ben írta le egy 51 éves nő esetén, aki teljes magatartás zavarban szenvedett, 4 és fél év alatt súlyosbodott az általánossá vált demenciája, végül önellátásra teljesen képtelen állapotban, ágybanfekvésre kényszerült. A patológiai tanulmány jellemző senilis plakkokat és neurofibrilláris elváltozásokat mutatott ki.

Klinikai diagnózis (antemortem) alapján az AD epidemiológiai tanulmányozása először az 1960-as években Angliában és Svédországban történt. Drámai gyakoriságot írtak le 80 éves kor fölött. 60 év alatt ritka. Evans és mtsai megerősítették, hogy idősebb korcsoportban általános az AD. Tanulmányukban megadott gyakoriság magasabb, mint korábbi évek adatai. A tesztelek objektíve becsülték fel az emlékezet-képességet. A funkcionális romlás a mindennapi életben nem volt faktor, bár az korrelál az emlékezetromlással. Szükséges tudni a gyakorlatban a betegség természetét. Fontos az idősebb páciensek emlékezet funkcióját ismerni.

A pácienseknek (családjaiknak) a betegséggel együtt járó problémák hosszú távú megoldását kell biztosítani, míg az AD-nek hatáson gyógyszerkezelése nem lesz.

Egri Piroška dr.

Az Alzheimer betegség gyakorisága idősebb személyeknél a lakosság körében. Evans, D. A. és mtsai (Channing Laboratory, 180 Longwood Ave, Boston, MA 02115): JAMA, 1989, 262, 2551.

A klinikailag diagnosztizált Alzheimer betegséget (AD) és más demenciákat vizsgáltak a szerzők munkaszentályaiba tartozó, 32 000 lakosú városban, East Bostonban.

Minden nem intézeti, 64 évnél idősebb lakost megkértek a tanulmányban való részvételre. 4485 alkalmas korú idős ember volt, ebből 3623 (80,8%) elvégezte otthonában a memória tesztet. Közülük 467 neurológiai, neuropszichológiai és laboratóriumi vizsgálat alá került. Ebből 134 valószínű AD-nek, 166 lehetséges AD-nek bizonyult, a többinél nem volt kimutatható AD jel.

Az AD gyakorisága erősen asszociál az életkorral. 65 év felett, 10,3%, 65 és 74 év között 3%, 75 és 84 év között 18,7%, és 85 év felett 47,2%. Az AD-hez hasonló más demenciás állapotok, ami mérsékelt vagy súlyos emlékezetromlással jár (multiplex cerebrális infarktus, alkoholos, parkinson

demencia, depresszió, pszichózis, mentális retardáció, szubakut kombinált degenerálódás), a szerzők anyagában nem volt általános. Csúpn 10 eset volt nem AD eredetű demencia, és 8 esetben az AD és egyéb más ok (cerebrális infarktus, embólia) együttesen fordul elő. Kevés egyén demenciája reverzibilis.

Jelen tanulmány valószínű AD-je 26%-ban súlyos, 51%-ban mérsékelt, 23%-ban közepes emlékezetromlással járt. A módszertani különbségek a gyakoriságban kis-mértékű %-os eltérést eredményeznek.

Egri Piroška dr.

Antibiotikus kezelés hatása intézetben gondozott Alzheimer betegek lázas állapotára. Fabiszewsky, K. J. és mtsai (Geriatrics Research, Education Clinical Center, E. N. Rogers Memorial Veterans Hospital, Bedford, MA): JAMA, 1990, 263, 3168.

Az Alzheimer típusú demencia (DAT) hosszú ideig tartó ápolást igénylő, értelmi romlással járó ideg-elváltozás. Az intézetbe helyezett DAT beteg jellemzője lázas állapotban megnyilvánult visszatérő infekciók. A közlésre képtelen betegeknek gyakran egyedüli tünet a láz.

A szerzők vizsgálták az antibiotikus kezelés hatásosságát lázas állapotokban. Intézetben gondozott 104 DAT beteget 34 hónapig figyeltek. Végélben mérték a lázat, mely 38,9 °C-ra emelkedett, vagy 24 óránál tovább 37,7 °C felett állandósult. 29 páciensüknek nem volt láza. A 75 súlyosabb DAT betegüknek 172 lázas epizód zajlott le. Ebből a 75 betegből 37-et kezeltek antibiotikummal: antibiotikus csoport (AG), és 38-at csúpn tüneti kezelésben részesítettek (fájdalom-, lázcsillapító, oxigén, orális folyadékpótlás, tüdőotlet, intenzív ellátás): palliatív csoport (PG).

A lázas infekciót előidéző mikroorganizmust köpetből, vizeletből, vérből mutatták ki, amelyek főleg baktériumok (E. coli, Proteus, Klebs.), Pseudomonas, gennykelő coccusok (Strepto., Staphylo.), H. influenzae és candida voltak.

A 172 lázas epizódból 144 tünetmentessé vált, 28 epizód halállal végződött. A láz kiújulási gyakorisága hasonló volt az AG és PG-ben. Az elhalálozás a PG-ben kétszer annyi volt, mint az AG-ben. Láztalan periódusban (tumor, embólia stb. miatt) 13 beteget vesztek el.

A kezelési mód (AG és PG) megválasztásában döntő szempontok: 1. A DAT progressziója (súlyosabb mozgáskorlátozottság, nehézlégzés, széklet-, vizelet visszatartási képtelenség) alapja a légúti és húgyúti infekciók kifejlődésének. 2. A beteg kommunikációs készségének fokozott elvesztése korlátozza a helyes és gyors terápiás beavatkozást. 3. Súlyosabb DAT-ban a

hosszabb lefolyású lázas állapottal asszociál az elhalálozás, és a túlélésre nem volt számottevő hatással az antibiotikum a palliatív kezeléshez hasonlítva. Kevésbé súlyos DAT-ban viszont a túlélés magasabb az AG-ban, mint a PG-ben. 4. Nem minden lázas állapot előidézője bakteriális infekció. A láz mikrobiális okát a szerzők 30%-ban nem tudták kimutatni. Hasonlóan írtak nosocomialis lázas betegségekről más tanulmányok. A szerzők keresték a láz más okát is (székrekedés, átmeneti kiszáradás), de nem kommunikáló páciensnél az antibiotikum adása a lázra szokás, még mielőtt a láz magától elmúlna. Az antibiotikus kezelés ellenére is meghalt 2 betegük 24 órán belül.

Megállapítható a fenti beteganyag kapcsán, hogy a diagnosztikus munka és az antibiotikus kezelés súlyos DAT-ban kevés előnyt nyújt. Viszont kevésbé súlyos DAT betegeknek az antibiotikum alkalmazását illetően mérlegelni kell az előny és az antibiotikum mellékhatása rizikóját tekintve (veseelégtelenség, halláskárosodás, allergiás reakciók, kiütés, hasmenés, vérvérzés: agranulocytosis). Továbbá visszatérő infekciók gyakran rezisztens mikroorganizmussal újulnak ki.

DAT betegségben a súlyosságra való tekintet nélkül a kezelési tervet egyénileg kell előírni. A különböző kezelési stratégiák rizikóit és előnyeit egyénileg kell mérlegelni.

[Ref.: A terápids és tudományos tovább-lépés korszerű és gyakorlatias háttere a „DAT” osztállyal széleskörűen együttműködő bakteriológiai (mikrobiológiai) laboratórium.]

Egri Piroška dr.

A plazma melatonin koncentrációja pánikbetegségben. McIntyre, I. M. és mtsai Am. J. Psychiat., 1990, 147, 462.

A corpus pineale hormona, a melatonin emberben (is) igen markáns diurnális ingadozást mutat: nappali vérszintje gyakorlatilag mérhetetlenül alacsony, éjszaka erőteljesen emelkedik. Ez a ritmus az éjszakai szint egyes pszichiátriai betegségekben megváltozik, így pl. depressziókban szignifikánsan alacsonyabb éjjeli emelkedés található. Mivel a pánikbetegség több szempontból biokémiai rokonságot mutat egyes depresszióformákkal (pl. szorongásoldókra kevésbé, antidepresszánsokra viszont jól reagál), a szerzők hét pánikbeteg éjjeli melatonin-szintjét mérték óránként (este 10-től reggel 8-ig) vénás kanül segítségével; az eredményeket 8 egészséges kontrollal hasonlították össze.

A hét pánikbetegből kettő csúpn 7 napja volt gyógyszermentes, addig alprazolamot (benzodiazepin-származék) kaptak: mindkettőben igen alacsony, a kontrollhoz képest szignifikánsan kisebb éjszakai melatonin-szekréció mutatkozott. Ezzel szemben az öt pánikbetegben, akik soha sem álltak még gyógyszeres kezelés alatt, erősen szignifikáns emelkedés volt tapasztalható: az éjszaka második felében (éjjel 2

óra után) minden órában a kontrollhoz képest szignifikánsan magasabb melatonin-koncentrációkat mutattak. Ugyanakkor az éjszaka első felében mért melatonin-plazmaszintjeik kevéssel a kontrollok átlagszintje alatt maradtak, bár ez a különbség nem volt szignifikáns.

A megfigyelés két jelenséget igazol: egyfelől kezeletlen pánikbetegekben az éjszakai melatonin-szekréció erősen fokozott, másfelől annak maximuma későbbre tolódott: az egészségesekben általában található éjjel 2 órai maximum helyett a csúcs 4 órakor lépett fel. Ez a fáziskésés az úgynevezett „szezonális depresszióhoz” hasonlóan a cirkadián szabályozórendszerek zavarára utal, és felveti az ott már bevált fényterápia alkalmazásának lehetőségét pánikbetegekben.

A fokozott éjszakai melatonin-szekréció lehet a pániksindróma elsődleges velejárója, de lehet a szorongásos állapottal járó fokozott aktivitás következménye is: a melatonin ismert módon szedatív, alvásfacilitáló, aktivitáscsökkentő hatásokkal rendelkezik és kompenzatoros céllal is megszorodhat; hasonlóan magyarázzák a mániás betegek fokozott melatonin-szekrécióját is (különösen a depressziós fázisokhoz képest).

A tanulmány még egy fontos megfigyelést hangsúlyoz: az alprazolam (amely egyébként a szezonális depressziókban is jó hatású) még 7 nap után is markáns melatonin-szuppresszív hatással rendelkezik.

(Ref.: *egyfelől több bizonyíték arra, hogy pszichotrop szerek hatását nem lehet egy-két hét alatt „kimosni” és ezek rengeteg zavart okoznak a biológiai pszichiai kutatásban!*)

Bánki M. Csaba dr.

Emelkedett α^1 -glykoprotein depresszióban: az imipramin-kötőhely endogén inhibitora? Nemeroff, C. B. és mtsai: Arch. Gen. Psychiat., 1990, 47, 337.

A szerotonerg neuronok és a trombocyták membránján található imipramin, ill. paroxetin-kötőhelyek mai ismereteink szerint e sejtek szerotonin-felvételét képesek alloszterikusan szabályozni. Depressziós betegekben e kötőhelyek sűrűsége jelentősen csökken, a javulással ismét emelkedik. Ennek magyarázatát egy lehetséges endogén ligand létezését feltételezik egy ideje. Legutóbb leírták, hogy a plazma α^1 -savas glykoprotein összetevője, amely a májban termelődik és általában emelkedik gyulladások, sérülés, fertőzés vagy tumorok hatására, modulálni képes az imipramin-kötőhelyek funkcióját, és napszaki ingadozása korrelál a trombocyták szerotonin-tartalmának változásaival. Ennek alapján mérték meg a szóban forgó anyag plazmakoncentrációját 36 egészséges kontrollszemélyben és 51 depressziós betegben igen alapos és aprólékos klinikai, laboratóriumi és pszichometriai apparátussal (több irányban standardizált mérőská-

lák, diagnosztikus interjúk használatával, amelyeknek megbízhatósági, validitási stb. adatait is közreadják). A gyógyszermentesítést azonban csak 7 napig tudták biztosítani a vérvételt megelőzően. Az α^1 -savas glykoprotein koncentrációját radiális immunodiffúziós eljárással mérték, ennek technikáját is röviden ismertetik.

A depressziós betegek α^1 -savas glykoprotein (AAGP) koncentrációja a plazmában szignifikánsan magasabbnak (80 mg/dl vs. 62 mg/dl) adódott a kontroll csoporttal szemben. A kor és a nem független volt az értékektől, és ugyancsak nem találtak szignifikáns korrelációt az AAGP-szint és a trombocyták imipramin-kötőhely sűrűsége között sem(!). Ennek persze lehetséges magyarázata az, hogy a különböző életkorú trombocyták különböző ideig voltak kitéve az AAGP gátló hatásának, a szokásos mérés pedig csak az átlagértéket tükrözi (ma a trombocyták életkorának meghatározására nincs általánosan hozzáférhető módszer). Ugyanakkor szignifikáns korreláció mutatkozott az AAGP-szint és a depresszió tüneti súlyossága, valamint a dexamethason utáni maximális kortizolszint között (ez utóbbi egymással is korreláltnak szokott). Az eredmény természetesen előzetesnek tekinthető és elsősorban további vizsgálatokra ösztönöz.

(Ref.: *Az izgalmas tanulmányunk több problematikus pontja van — pl. a túl rövid gyógyszermentesítési időszak —, de alapvetően abba az irányba mutat, amerre a biológiai pszichiai kutatások ma fejlődnek: a szelektív receptortípusok endogén ligandjainak, agonistáinak vagy antagonistáinak azonosítása felé. Ez a kutatási irány valószínűleg messze túlmutat majd a pszichiai betegségeken.*)

Bánki M. Csaba dr.

Depresszió és magnézium-hiány. Rasmussen, H. H., Mortensen, P. B., Jensen, I. W. (Department of Geriatric Medicine, Havsevangen, Denmark): Intl. J. Psychiatry in Med., 1989, 19, 57.

A szerzők betegismertetés kapcsán tárgyalják a magnézium (Mg) metabolizmusát, a Mg-hiány lehetséges okait, tüneteit és a terápiás módszereket.

A Mg a negyedik legfontosabb extracelluláris ion az emberi szervezetben. A szérumban Mg egyharmada proteinhez kötött, a többi szabad ion. Felszívódási helye a jejunum és az ileum.

Hypomagnesaemia okai:

A) Csökkent bevitel

— hosszú parenterális táplálás, Mg-bevitel nélkül

— protein malnutrició

B) Csökkent felszívódás

— bélmozgások (pl. ileotomia)

— idiopathiás steatorrhoea

— tropicalis és nontropicalis sprue

C) Nagymértékű Mg-vesztés

— hosszú diarrhoea (colitis ulcerosa, Crohn-féle betegség, mértéktelen hashajtózás)

— polyuria (hosszú diuretikus kezelés, akut renális betegség diuretikus fázisa, chr. alkoholizmus, primer és szekunder aldosteronizmus, hypercalcaemia státus, renális tubularis acidosis, diabetes mellitus, hyperthyreoidizmus).

A Mg-hiány korai tünetei: anorexia, nausea, vomitus, diarrhoea, mentális változások (apátiától a pszichózisig), izomfibrilláció tremor, gyengeség stb.

Hosszabb fennállás esetén a tünetek progrediálnak és újabb tünetek is jelentkeznek. Ezek a következők:

1. Neuropszichiai tünetek

— tremor

— látens tetania (Chvostek, Trousseau)

— carpo-pedal spasmus

— ataxia

— irritabilitás

— confusionalis állapot

— agresszió

— depresszió

— apátia.

2. Gastrointestinalis tünetek

— anorexia

— nausea, vomitus

— abdominalis fájdalom

— diarrhoea

— obstipáció.

3. Cardiovascularis tünetek

— arrhythmia (prolongált PQ és QT intervallum)

— hirtelen halál

— ischaemiás szívbetegség

— hypertensio.

4. Ionanyagcsere zavar

— K és Ca paralel csökkenése.

Diagnózisában részben a szérumban Mg-szint meghatározása segít. Mivel ez egy ideig független a Mg-vesztéstől, érdemes nézni a 24 órás Mg-kiválasztást, a vizeletben (normál értéke: 3–5 mmol/nap). Therapiájában napi 15 mmol Mg bevitel hatásos, melyet orálisan — oxid, szulfát, chlorid formájában — intramuscularisan és intravénásan vihetünk be a szervezetbe.

Kopácsi László dr.

Újabb depresszió elleni gyógyszerek a gyújtópontban. Documenta CIBA-GEIGY, 1989, 1, 6.

Kétségtelen, hogy a közepes, vagy súlyos depressziós beteg gyógyszeres kezelésre szorul. Az enyhe depresszió spontán, vagy placebo hatására is meggyógyulhat. Az utóbbi években a kutatás arra irányult, hogy körülírt és fajlagos hatású gyógyszereket állítsanak elő, mint pl. a szelektív neurotransmitter serotonin (5-hydroxytriptamin) újra felvételt gátló és a visszafordítható monoaminoxidáz (MAO-gátló) gyógyszer. Ennek a keretében végzett biokémiai és gyógyszer-tani kutatások megjavították a központi idegrendszer működésének a szerepét a szellemi képességekben, ami nagyobb biztonságú és kevesebb mellékhatású gyógyszerek kifejlesztését tették lehetővé.

A MAO-gátló gyógyszerek már régóta

depresszió elleni hatásúakként voltak ismeretese, azonban azok tyramin tartalmú élelmiszerek felvétele után olykor halálos kimenetelű magas vérnyomással járó krízist okoztak és alkalmasuk erősen korlátozott lett. Az a feltevés, hogy ennek két: MAO-A és MAO-B variánsa van, az érdeklődést újabb szelektív gátló hatású gyógyszerek kifejlesztésére irányította, feltételezve azt, hogy a MAO-A gátló a terhes tyramin-képző hatás nélkül is depresszióellenes lesz.

Ennek a kutatásnak az eredménye a brofaromin (4-bromo-5-methoxy-2-benzofuranil-diperidin HCl) szelektív MAO-gátló visszafordítható és rövid ideig hatásos gyógyszer, amint azt a gyógyszer-tani vizsgálatok állatokban és emberekben igazolták. Gyorsan felszívódik és anyagszere útján hamar lebomlik főleg desmethyl formában. A plazmából az adagtól függő mértékben kiürül, felezési ideje 12 óra. Gyógyszer-tani hatása ugyanolyan fiatal egészséges emberekben is.

A brofaromint imipraminnal együtt adva 6 központban próbálták ki. A kórházakban fekvő 124 betegnek komoly (DSM-III kritériumú) depressziója volt. Közülük a legtöbb mindkét gyógyszerből naponta 150 mg-ot szedett. Nem írtak elő számukra szigorú étrendet. Az eredmény valamennyiben depresszióellenes hatásúnak bizonyult. A brofaromin hatása a 9. napon korábban jelentkezett és kevesebb volt a káros mellékhatása is. A szerzők arra a megállapításra jutottak, hogy azokban a betegekben, akik a háromciklusú depressziós szerekre ellenállóak voltak, a brofaromin hasznos volt. Egy nyílt vizsgálatból az is kiderült, hogy 3000 járóbetegként brofarominnal naponta 75–150 mg-os adagban depresszió elleni kezelés után étrendi előírás nélkül is hatásos volt, amit a vérnyomás, az érelégyakoriság, a májenzim, a vérkép és a vizeletvizsgálat eredménye is megerősített. A Hamilton-depressziós skála is kimutatta, hogy a depresszióellenes hatás az esetek 75%-ában nagyon jó, vagy jó volt. Csúpan néhány beteg panaszkodott alvási zavarról és émelygésről.

Érdekes volt a brofaromin hatását és melléküneteit egy régebbi, kevésbé szelektív és lassú hatású MAO-gátló tranilcyprominnal összehasonlítani. Kettős-vak kísérletben korábban végzett gyógyszerelés után rezisztensnek bizonyult betegeknek naponta 50–100–150 mg brofaromint, vagy 20 mg tranilcypromint adagoltak. Valamennyi beteg tyramin-szegény étrenden volt. A depressziós hatás mindhárom csoportban összehasonlítható volt. A brofaromint a betegek jobban tűrték, csúpan alvászavart, fejfájást és émelygést említettek mellékhatásként.

Tehát megállapítható volt, hogy a brofaromin ugyanolyan depresszióellenes hatású volt, mint az imipramin, vagy a tranilcypromin mind az örökletes, mind a neurotikus depresszió ellen. 150 mg-os adagban a betegek jól tűrték és nem okozott jelentős mellékhatást.

A savoxepin (GCG 19486) új, négy cik-

lusos neuroleptikus gyógyszer. Az előzetes klinikai vizsgálatok kimutatták, hogy erős és szelektív dopaminerg hatású és kifejezetten blokkolja a dopamin–D₂-érző idegeket az agy Ammon-szarvában. Hosszú hatástartamú, még tartós adagolás után sem okoz dopamin-túlerzékenységet. Ezen tulajdonságai alapján az volna várható, hogy a savoxepin erős nyúltagy elleni és mellékhatás nélküli szer.

Egy nyílt klinikai vizsgálatban 28 napon át 27 heveny szkizofrénias beteget alacsony adagú savoxepinnel kezeltek. Adagját fokozatosan 0,1 mg-ról naponta maximum 1 mg-ra emelték. Erősen pszichéellenes hatásúnak bizonyult, különösen gondolkodási zavarokkal, érzécsalódásokkal, rögeszmékkel és kellemetlen piramison kívüli mellékünetekkel kapcsolatosan. A savoxepin a betegek jól tűrték, és a további kísérletek folyamatban vannak.

A depresszió elleni gyógyszereknek a bonyolult voltát jól tükrözi a levoprotin, ami maprotin (ludomil) származék, aminek a balra fordító formája a levoprotin, ami gátolja a noradrenalin újra felvételét. Nem okozza a béta-receptorok down szabályozását és ennek ellenére hatásos depresszió elleni gyógyszer. A levoprotin több központi kettős-vak kísérletben naponta 150 mg adagban amitriptilin hasonló adagjával együtt 90 depressziós betegben hatásos volt. Ez a gyógyszer gyorsabb hatású volt kevesebb mellékünettel. Az ismeretes mellékhatások: a száraz száj, a székrekedés sokkal ritkább volt, mint amitriptilin esetén.

A megbízható depresszióellenes és gyors kezdetű hatása mellett a levoprotin kifejezetten aggályoldó hatású is. Az általános aggályoskodó beteg több hasznot kapott ettől a gyógyszerrel, mint a pánikzavaros betegek. Egyszóval: sokat ígérő depresszióellenes, szokatlan tulajdonságú gyógyszerrel van szó.

Pongor Ferenc dr.

Intenzív öngyilkossági gondolatok fluoxetin-kezelés alatt. Teicher, M. H., Glod, C., Cole, J. O. Am. J. Psychiat., 1990, 147, 207.

Mintegy másfél évtizede számos biokémiai adat utal a szerotonerg pályák központi idegrendszeri érintettségének kapcsolatára a szuicid magatartással. A megfigyelések alapján az agyi szerotonerg rendszerek hiányos működése volt feltételezhető az öngyilkossági kísérletek, öngyilkosságok és társult magatartási zavarok mögött: alacsonyabb szerotonin-metabolizmust a liquorban, alacsonyabb monoaminoxidáz aktivitást, csökkent imipraminreceptor- és emelkedett poszt-sinaptikus szerotonin-2 receptorsűrűség stb. Ennek alapján a szelektív szerotonin-visszavétel gátló antidepresszánsok (fluoxetin, fluvoxamin, indalpin, citalopram, alaproclat stb.) különösen kedvező hatása lenne várható az öngyilkossághajlammal járó depressziókban.

A szerzők ezzel szemben hat esetet közölnek, amelyekben 12–50 nappal (átlagban 26 nappal) a fluoxetin-kezelés megkezdése után intenzív öngyilkossági gondolatok támadtak olyan depressziós betegekben (öt járóbeteg), akikben ez korábban nem volt észlelhető. Legtöbbször az élményt úgy jellemezték, mint ami „intenzívebb, kényszerítőbb és erőszakosabb volt, mint bármi amit valaha éreztek”; e gondolatok állandóak, visszatértek, követelődtek és agresszívek voltak, és szinte mindig fizikai erőszakot (violenciát) tartalmaztak. Két beteg löfegyverrel tervezte el öngyilkosságát, egy harmadik meg is töltötte a pisztolyát(!), a többiek szándékos autóbalesetet vagy gázrobbanást képzeltek el módszerként. E betegek között három régebben már megkísérelt öngyilkosságot, a többi sohasem; a szuicid gondolatok a fluoxetin leállítása után sem szűntek meg azonnal, általában közel egy hónapig folytatódottak, de némelyik betegben csak 3 hónap(!) múlva tűntek el egészen.

A betegek többsége (4) egyidejűleg más szerit is kapott (carbamazepin, lithium, neuroleptikumok, diazepam stb.) és mind-egyik kapott megelőzően MAO-gátló kezelést is; ugyanakkor 6 hét elteltével a visszaállított MAO-gátló kezelés gyorsan megszüntette a még mindig fennálló öngyilkossági gondolatokat 3 esetben. A szerzők azt hangsúlyozzák, hogy egyetlen esetben sem meglevő öngyilkossági készletés súlyosbodásáról, hanem de novo szuicid gondolatokról, szándékokról volt szó.

Kiemelendő, hogy a fluoxetin mint antidepresszáns mind a hat esetben hatástalan volt(!), továbbá négy esetben a szokásosnál magasabb adagban (60–80 mg) adták. Tünetileg valamennyit hiperszomnia, energia és retardáció jellemezte akathisiászerű tünetek kíséretében.

(Ref.: a fontos és izgalmas megfigyelés valójában nem cáfolja, hanem megerősíti a centrális szerotonerg rendszerek és az öngyilkossági készletés kapcsolatát. Ez az első megfigyelés szelektív szerotonerg gyógyszer közvetlen hatására a szuicidális tünetcsoportra — gondosan megfigyelt intézeti körülmények között).

Bánki M. Csaba dr.

Hyperamylasaemia anorexia nervosában és bulimia nervosában. Hempen, I. és mtsai (Medizinische Klinik, Innenstadt der Universität München): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1913.

Anorexia nervosa (an.)-ban és bulimia nervosában (bn.)-ban szenvedő nőknél gyakran (20–37%) található hyperamylasaemia; ennek okául gyakran pancreatogen tényezőt gyanítottak, noha lipase meghatározás nem történt. A szerzők célja az an., bn.-ban a hyperamylasaemia incidentiájának és járulékosan még lipase meghatározása volt.

34 (28,5 éves átlagkorú) biztosan diagnosztizált an. (n = 9) és bn. (n = 15) nöbe-

tegnél meghatározták a vérsavó amylase, lipase, human pancreas lipase és a phospholipase szintjét. 34 nőbetegnek 13 esetben (38%) találtak hyperamylasaemiát; csupán két esetben észlelték ezekben a lipase és human lipase egyidejű emelkedését. A phospholipase-A egyetlen esetben sem volt magasabb. Egy izolált hyperamylasaemiás betegük epeköves volt, de a vizsgálat idején aszimptomás. Emelkedettebb enzimszintű betegeknek nem volt semmi bizonyíték pancreas vagy epeút-megbetegedésre, hyperproteinaemiára, a veseműködés zavarára vagy alkohol-, illetve gyógyszerabúszra.

Az an-, illetve a bn.-ben gyakran megfigyelhető hyperamylasaemia az esetek többségében nem a pancreasra vezethető vissza. Azon két hyperamylasaemiás betegüknek, akiknél a lipase- és a human lipaseszint emelkedettebb volt, sem klinikailag, sem sonographián a pancreas megbetegedése nem volt kimutatható.

iff. Pastinszky István dr.

Onkológia

Tumormarkerek értelmezése és felhasználhatósága a gyakorlatban. Joss, R., Czerny, Th. (Onkologische Abt., Medizinische Klinik, Kantonsspital Luzern): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 693.

Tumormarker (tm.; „daganatjelző”) terminológiával jelöljük meg mindazon anyagokat, amelyeket maga a tumor termel, keringésbe, illetve a testfolyadékokba kerül, ahol egyszerűen és biztosan kimutatható. Tágabb értelemben tm.-nek nevezzük még azon anyagokat is, amelyeket a normális szövet a tumor-invaszióra reaktív nagyobb mértékben termel és a keringésbe kerül (pl. ferritin, β_2 -mikroglobulin).

Elvileg a tm.-ek a daganatok korai kiszűrésére („screening”), qualitativ (daganatfésélés?) és quantitativ (daganattömeg?) diagnózisára, a terápia tervezésére és ellenőrzésére, a prognózis értékelésére, a recidívák korai felismerésére, továbbá az orvos és beteg pszichológiai támaszául szolgálnak. Sajnos máig még egyetlen tm. sem képes megfelelni a felsorolt valamennyi követelménynek.

A tm.-ek ideális követelményei lennének: 1. csak a daganatsejtek termelik és gyorsan és kis mennyiségben a testfolyadékokban (vérsavó, vizelet) kimutatható; 2. az egészséges egyéneknél, nem neoplasma vagy jóindulatú tumoroknál nemleges legyen; 3. egy meghatározott daganatfésélés lehetősége minden tumornál kimutatható legyen; 4. lehetőleg korán, azaz még a klinikailag nem diagnosztizálható tumornál előrejelzést nyújtson (sorozatszűrés, tumorrecidíva, kuratív terápia); 5. a tm. tömege, illetve koncentrációja arányosuljon a szóban forgó daganattal; 6. az ideális tm. tömege és koncentrációja a terápia eredményeit tükrözze, azaz felezési idővel rendelkezék; 7. az ideális tm. már a kezelés kezdetén prognózist nyújtson.

A tm. sensitivitását és specificitását a küszöbérték befolyásolja, ezért nagy jelentőségű a normális és a kóros értéktartók meghatározása és a pontos ismerete a gyakorlatban. A ma legfontosabb tm.-k a következőkben osztályozhatók: 1. *onkofetális antigének*: carcino-embryonalis antigén (CEA); alpha-fetoprotein (AFP); 2. *tumor-asszociált antigének* (CA-125, CA 19-9, CA 15-3); 3. *proliferációs antigének* (PSA); 4. *enzimek*: prostataphosphatase (PAP); lactatdehidrogenase (LDH); neurospecifikus enolase; 5. *serumproteinek*: immunoglobulinok; 6. *egyebek*: catecholamin-metabolitok; hydroxyindolecetsav; hydroxyprolin; ferritin.

A CEA onkofetális antigén; nem alkalmas sorozatszűrésre és a malignus tumorok korai kimutatására; nem használható egy meghatározott tumor kimutatására. A mamma-, bronchus-, a colorectalis rák és a CEA-titer között korreláció áll fenn, egyrészt a tumorstádium, másrészt a prognózist illetően. A CEA a colorectalis rák recidívájának korai kimutatására is alkalmas, noha a kuratív resectióra már kevés kilátás van.

Az alpha-fetoprotein (AFP) kémiaiilag α_1 -globulin; az egészségesek serumában nem fordul elő. Klinikailag fontos tm. a primer májrák és a csírasejtes tumorok esetén. Az AFP-titer májrák és a seminoma esetén a tumorstádiummal korrelál. Az AFP a hepatocellularis és csírasejtes tumorok háromnegyed részében emelkedett; így használatos a primer májrák korai felismerésében, valamint a recidívák korai diagnosztikájában.

A human choriogonadotropin (β -HCG) a normális placentában szintetizált hormon; klinikailag releváns tm. a trophoblast- és csírasejtes tumoroknál: sorozatszűrésre alkalmas és korai diagnosztika nem vált be. A β -HCG értékes járulékos adatokat szolgáltat a gyanított tisztá seminoma, valamint metastatizáló rák esetében; használható paraméter a terápiás eredmények objektíválására.

A lactatdehidrogenase (LDH) ubiquiter enzim, amely a lactatnak pyruvatba való conversióját katalizálja. Az LDH értékeit a haemolysis meghamisíthatja. A LDH minden előrehaladt tumornál kimutatható. A klinikumban non-Hodgkin-lymphomában, seminomában és Ewing-sarcomában használatos tm. Az LDH mint tm. az egyéb leletekkel értékelendő.

Emelkedett CA-125 érték (>35 U/ml) az ovarium-carcinomában kerek 80%-ban mutatható ki. A szűrővizsgálati értéke nem tisztázott. Az adnexumok tapintási leletei esetén járulékos értékes adatokat szolgáltat, hasonlóan a terápia eredményességének, a maradékdaganat és a recidívák felismerésében.

A CA 19-9 szénhidrát-antigéndeterminans, amelynek emelkedett értékeit találták gyomor-, pancreas- és epeútrákban: jelenleg rutinszerű alkalmazásra nincs javallat.

A savanyú prostataphosphatase (PAP) és a *prostata-specifikus antigén* (PSA) glycoproteinek. Járulékos PAP emelkedést találtak prostata-carcinoma, prostatitis esetében. A PAP szűrővizsgálatra alkalmatlan. Az emelkedett PAP korrelál a tumor stádiumaival és a prognózissal. A PAP meghatározása a terápia objektíválására általánosan elismert.

A *prostata-specifikus antigén* (PSA) a prostata mirigysejtjei választják ki; prostata-carcinoma esetén emelkedett PSA-titer található; a terápia ellenőrzésére, valamint a recidívák felfedezésére alkalmazzák.

A *mamma-carcinoma-asszociált antigén* (CA 15-3) nagymolekulájú glycoprotein, amelynek emelkedett titere figyelhető meg emlőmirigy betegségek és chr. agresszív hepatitis, továbbá gyomor-, hörgő- és petefészekrák esetén; emlőrák esetén további vizsgálatok szükségesek.

A tm. felsorolt restriktív szempontjai nem vezethetnek arra, hogy a magasan pozitív tm.-t elhanyagoljuk; így pl. a paraproteinek myeloma multiplexben, a catecholamin neuroblastomában és pheochromocytomában, a calcitonint medullaris pajzsmirigyrákban.

Ha a tm. meghatározás nem ad új információt, sem diagnosztikus és terápiás indikációt, vagy túl gyakran végzik, úgy a betegnek többet árt, mint használ és jelentős költséggel is jár.

iff. Pastinszky István dr.

Terápiás stratégia és prognózis malignus strumában. Röher, H.-D., Goretzki, P. E., Frilling, A. (Heinrich-Heine- Univ., Düsseldorf): Zentr. bl. Chir., 1990, 115, 389.

A pajzsmirigyrákok patológiai osztályozáson alapuló biológiai viselkedésének, prognózisának jobb megismerése, a diagnosztika és kiegészítő onkológiai kezelés fejlődése a korábbi abszolút sebészeti radikalitással szemben árnyaltabb terápiás stratégiát tesz lehetővé.

Papillaris cc. esetében alapul a radikális thyreoidectomia, ezt követő radiojód-diagnosztikával és -terápiával. A nyaki nyirokcsomó-dissectió inkább a centralis (parathyreoidealis, paratrachealis), mintsem a lateralis régiókra kell vonatkozni, a prophylactikus nyaki dissectio elkerülendő. 1,5 cm-es tumorátmérő alatt, főleg tokkal bíró daganatnál, fiatal korban a hemithyreoidectomia és a pajzsmirigyhormon-suppressio elegendő. A struma-resectatumban észlelt occult papillaris cc. nem igényel reoperációt, csak gondos betétkövetést.

Follicularis cc.-ban a gyakori metastatisatio miatt radikális sebészeti megoldás szükséges a későbbi radiojód-kezelés érdekében. Nyaki nyirokcsomó-dissectio csak manifest regionalis metastasisok mellett indokolt, a kis tumorok korlátozott radikalitású megoldását jelenleg szigorú tanulmányosorozatban vizsgálják.

Medullaris (C-sejtes) cc.-ban a prognó-

zist a korai nyirokérntettség határozza meg, teljes szervi és regionalis sebészeti radikális szükséges. A szupervoltos besugárzás, radiojód-kezelés és chemotherapia a prognózist érdemben nem képes javítani. A betegkövetésben markerként jól használható a calcitonin és a CEA és a TGRP (calcitonin-gen-related-peptide), de ezek emelkedése morfológiai korreláció nélkül nem igényel reoperációt.

Egyéb tumorformák (anaplasia rák, sarcoma, metastasisok) prognózisa rossz, csak non-Hodgkin-lymphomákban ad kedvező eredményeket a kombinált radiochemotherapia.

Recidíva esetén a sebészeti beavatkozás nélkül, a szövödmények (recurrens paresis, hypoparathyreoidismus) elkerülése érdekében a műtétet célszerű interdiszciplináris együttműködésre is alkalmas centrumokban végezni.

Távoli áttétek esetében a radiojód-kezelés és percutan besugárzás az általános, de — főleg szoliter — ossealis metastasisban sebészeti megoldás jó, egyes esetekben kuratív eredményt adhat.

Pikó Béla dr.

Az évenkénti orvosi vizsgálat haszna az emlőrák korai felismerésében. Kłosowski, S., Ebeling, K. [Klin. f. Onkol., Bereich Medizin (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin]: Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 453.

Az emlőrák — incidenciája és mortalitása miatt — a női lakosság egyik leg súlyosabb problémája, az NDK-ban évi 2700 nő (31/100 000) hal meg miatt. A mammographia és a fizikális vizsgálattal kombinált mammographia előnyét az emlőrák korai felismerésében korábban már igazolták, jelenleg a szerzők az orvosi (fizikális) vizsgálat szerepét elemzik 195 emlőrákos és 390 kontroll nő eset-kontroll vizsgálat alapján.

Megállapítják, hogy az évenkénti orvosi vizsgálaton való részvétel gyakoribb fiatalabb életkor, férjzettség, magasabb iskolázottság, jobb szociális viszonyok, kevesebb gyermek, korábbi emlőbiopsia, orális contraceptio, IUD-viselés, nőgyógyászati (cervix-) szűrésen való részvétel esetén, nem áll viszont kapcsolatban az emlőrák szempontjából pozitív családi anamnézissel.

Az évenkénti fizikális vizsgálat hasznosságát bizonyítja, hogy a vizsgálaton 2 cm-nél kisebb tumorok 54%-ban fordultak elő, a kontroll 45,2%-ával szemben, s negatív axillaris lelet 56,3%-os volt (kontroll: 45,2%), a négyenél több áttétes hónalj nyirokcsomók aránya 17,5 vs 32,3% volt. A vizsgálaton részt vevő nők letalitása 19 hónapos követés alatt 3% volt, szemben a kontrollok 12%-ával. Ezen kedvező eredmények ellenére a korrekt szűréshez a mammographia — korszerű röntgengépek és nagyérzékenységű filmek (film-fólia kombinációk, Ref.) birtokában — elengedhetetlen.

Pikó Béla dr.

Az előrehaladott emlőrák prognózisa és kezelése sebészeti szempontból. Mayer, M., Biermann, C. (Chir. Univ. Klin. Ruhr-Universität Bochum): Zentr. bl. Chir., 1990, 115, 441.

Az előrehaladott, főleg az exulcerált emlőrák prognózisa rossz, általában az öt éves túlélés 10%, a tízéves túlélés 1% alatt van.

A szerzők 24 beteget (44–85 év) kezeltek T4 stádiumú emlőrák miatt. 17 betegnél az axillaris nyirokcsomómetastasisokat, 6 betegnél távoli áttéteket észleltek. 18 módosított Patey-műtét, 4 ablato simplex, 1 tumor-exstirpatio, s 1 esetben exstirpatio és latissimus-lebennyel történő fedés történt, 7 betegnél postoperatív sugárkezelést, hatnál hormonkezelést, kettőnél monochemotherapiát, hatnál kombinált radiochemo-hormonkezelést végeztek. A sebgyógyulás és a funkcionális eredmény a műtét után jó volt, 4 betegnél alakult ki, átlag 1,5 év múlva lokális recidíva.

Kezelési eredményeiket elemelve megállapítják: a távoli áttétes betegek közül senki sem élte két évnél tovább; a praemenopausában levő betegek 3 éven belül meghaltak, postmenopausalis receptor-negatív betegek négy éves túlélése 40%, a receptor-pozitívaké is csak 67%. Véleményük szerint a rossz eredmények miatt a felvilágosításra és a korai diagnosztikára kell a hangsúlyt helyezni.

Pikó Béla dr.

Emlőcarcinoma és malignus lymphoma együttes előfordulása. Stierer, M. és mtsai (Dept. Surgery és más intézetek, Hanusch Hospital, Vienna, Austria): JAMA, 1990, 263, 21.

Emlőcarcinoma kialakulása a malignus lymphoma chemo- és radiotherapiája után már ismert kórkép az irodalomban. Groz és mtsai (1984) prostata carcinoma és non-Hodgkin malignus lymphoma együttes lefolyását közölték két betegben. E közleményben osztrák szerzők két idős nőbeteg kórtörténetét ismertetik, akikben az emlőcarcinoma mellett az axillaris nyirokcsomókban egyidejűleg non-Hodgkin malignus lymphomát is találtak.

Az első betegnek (66 éves) a jobb emlője külső-felső quadránsában volt egy cseresznye nagyságú tumor (infiltráló, részben tubularis, részben szolid carcinoma — grade II). Axillárisan 12 nyirokcsomót távolítottak el, közülük 9-ben (ezek között egy nyirokcsomóban carcinoma metastasisal) diagnosztizáltak magas malignitású non-Hodgkin lymphomát (B-sejtes típus, centroblastos polymorph-sejtes altípus — Kiel) vagy malignus lymphoma (kevert kis és nagysejtes, sclerosis vagy epitheloid sejtek nélkül — IWF).

A másik betegnek (77 éves) a bal emlő belső-felső quadránsában egy hasonló nagyságú tumor helyezkedett el, szövettanilag invasív ductalis carcinoma-grade I. A nyirokcsomókban alacsony malignitású

non-Hodgkin lymphoma (lymphocytás, pseudofollicularis B-sejtes típus — Kiel) vagy alacsony malignitású lymphoma (kis sejtes típus — IWF) volt.

A szerzők írják le először az irodalomban a magas malignitású B-sejtes non-Hodgkin lymphoma olyan esetét, amikor az emlőcarcinoma metastasisát adott lymphomás nyirokcsomóba.

Bugovics Elemér dr.

A légszere-működés és az idült fokozott nyálka-kiürítés, mint a tüdőrák halálhoz vezető jelei. Langa, P. és mtsai (Copenhagen City Heart Study, Medical B Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark): Amer. Rev. Resp. Dis., 1990, 141, 613.

A nyugati államokban a dohányzás a legfőbb jósló jele az idült fokozott nyálka-kiürítésnek, a légszere-működés gyengülésének és a tüdőrák halálhoz vezető jele. Így tehát nem meglepő, hogy ez a három betegség gyakran együtt fordul elő, amivel számos tanulmányban foglalkoztak. A közölt adatok azonban nem mindig voltak egyértelműek. Bár a légszere-működés csökkenése a dohányzás mennyiségének a szabványosításával jelentősen társult a legtöbb tanulmányban a tüdőrák emelkedésével, ennek a kapcsolatnak a minősége a nagyon gyengétől az egészen erősig változó volt. Ellentmondásos volt az idült fokozott nyálka-kiürítés, valamint a tüdőrák közötti kapcsolat is néhány tanulmányban, de nem mindegyikben. Az észlelt ellentéteket azzal magyarázták, hogy azokat nagyon kevés számú tüdőrákban meghalt egyének elemzése alapján vonták le.

A szerzők ennek a három betegségnek a kapcsolatát Kopenhágában levő intézetükben 13 946 egyénen az 1987. évet megelőzően átlag 10 éven át tanulmányozták. A meghalt betegek adatait a dán halált megállapító regiszter útján kapták meg. A betegeken a Tiffeneau-értéket és a fokozott vitálkapacitást elektromos spirométer készülékkel naponta kétszer végezték el, ha a mérési különbség 5%-nál nagyobb volt.

A sohasem dohányzókon akkor végeztek spirometriás vizsgálatot, ha nem voltak cukorbetegség, szív-, tüdőbajok tünetei és nem ittak naponta 5 kortyál több szeszes italt. Tiffeneau-értéküket pedig akkor fogadták el normálisnak, ha az a nőben nem volt kevesebb 410, a férfiban pedig 469 ml-nél.

A fokozott nyálka kiürítést csak akkor minősítették idültnek, ha az egy évnél több éven át tartott köhögéssel és a köpetben nyálkás váladékkal. Valamennyi egyének ki kellett jelentenie, hogy állandóan dohányzik; a volt dohányzóknak legalább egy éve abba kellett hagyniuk a dohányzást; vagy sohasem dohányoztak. A dohányzóknak be kellett számolniuk arról is, hogy mennyi dohányfüstöt fogyasztottak el és annak a füstjét leszívták-e tüdejükbe, vagy nem. Egy cigarettát, vagy egy pipa dohányt 1–1 grammnak, egy szivart pedig 3

grammnak minősítettek. Az idült dohányzónak arról is nyilatkozni kellett, hogy addigi életkorában naponta hány gramm dohányt szívott el.

Figyelemmel voltak arra is, hogy a tüdőrákos beteg a kórimézéstől hány évig volt rákos beteg. Megállapították azt is, hogy tüdőrákban, vagy egyéb betegségben halt-e meg.

A Tiffeneau-próba értékét regressziós modellel fejezték ki, és pedig a 80%-os értéket normálisnak, a 79–60%-ost enyhén, az 59–40%-ost közepesen, a 40%-nál kevesebbet súlyosan csökkentenek minősítették. Az életkort 20–49, 60–69 és 70 éves, vagy ennél idősebb kategóriába sorolták.

A dohányzás kategóriái: Sohasem dohányzó. A volt dohányzó-1: olyan dohányzó egyén, aki a besorolás előtt 35 évnél kevesebb ideig dohányzott. A volt dohányzó-2: a besorolás előtt 35 évnél több évig dohányzott. A dohányzó 1+: folyamatosan dohányzott 30 csomag-évig, de a füstöt nem szívta le. Dohányzó 1+: folyamatosan dohányzott 30 csomag-évig, de a füstöt leszívta. Dohányzó 2+: folyamatosan dohányzott 30–39 csomag-évig, de a füstöt nem szívta le. Dohányzó 2+: folyamatosan dohányzott 30–39 csomag-évig, de a füstöt leszívta. Dohányzó 3+: folyamatosan dohányzott 40 vagy több csomag-évig, de a füstöt nem szívta le. Dohányzó 3+: folyamatosan dohányzott 40 vagy több csomag-évig, de a füstöt leszívta.

Végül, hasonló regressziós modellt készítették a Tiffeneau-értékre, valamint a Tiffeneau-értékre és ennek a fokozott vitálkapacitással való hányadosára is 3 szinttel: a 0,7%-nál nagyobb, a 0,6 és 0,7 között és 0,6-nál kisebb értékkel.

A megfigyelési idő folyamán közel 10 éven belül 2331 ember halt meg. A halál oka 170 férfiban és 55 asszonyban tüdőrák volt. A halálok elsődlegesen tüdőráknak bizonyult 220 esetben, amit a boncolás 73%-ban erősített meg. A tüdőrák, mint halálok a megfigyelési időn belül egyre emelkedett: az első 2 évben 31, a második 2 évben 35, a harmadik 2 évben 55, a negyedik 2 évben 43 és az ötödik 2 évben 55 beteg halt meg tüdőrákban.

A tüdőrák gyakoriságát növelte a tüdőműködés csökkenése és az idült fokozott nyálka kiürítése. Mégis 16 betegben, 72%-ban tüdőrák keletkezett idült fokozott nyálka kiürítése nélkül és 107 betegben, 48%-ban 87%-os Tiffeneau-érték mellett. Csak 7 nem dohányzó beteg halt meg tüdőrákban.

Vizsgálataik alapján megállapították azt is, hogy az idült fokozott nyálka kiürítésű férfiak és nők között a tüdőrák kockázata másfélszer nagyobb volt, mint a köpetet nem ürítők között. Azokban a betegekben, akiknek a Tiffeneau-próbája és a vitálkapacitás hányadosa 0,6-nál kisebb volt, ill. 40–79 évesek voltak, 3,9-szer, ill. 2,1-szer nagyobb volt a tüdőrák halál kockázata. Azok közül a betegek közül, akiknek a Tiffeneau-próba és a vitálkapacitás hányadosa 0,6 és 0,7 között volt, a tüdőrák halál kockázata 2,8-szor nagyobb volt mint azok-

ban, akiknek ez az értéke 0,7-nél nagyobb volt.

Véleményük szerint tehát a csökkent tüdőműködés és az idült fokozott nyálka kiürítés is fokozta az öregedésen és a dohányzáson kívül a tüdőrák halálozás kockázatát.

Pongor Ferenc dr.

Kissejtes tüdőrák. (Szerkesztőségi közlemény.) Crompton, G. (Northern Gen. Hospital, Edinburgh, EH5 2DQ): Br. med. J., 1990, 300, 210.

A szerkesztőségi közlemény alcíme meghatározza a cikk mondanivalóját: „A sebész beavatkozás jó túlélési arányt eredményezhet, de a betegek többsége már inoperabilis stádiumban van.” A legtöbb orvos nézete szerint jelenleg a kissejtes (small cell) vagy zabzsemszejtes (oat cell) tüdő carcinoma nem sebész megműködés, így nem is javasolják a műtét megoldást. Irodalmi adatok szerint a korai stádiumban levő betegek között a kemoterápia után a 2 éves túlélés 15–20%-os, a kiterjedtebb tumoros folyamat esetén az arány még rosszabb. Kedvezőbb kemoterápiás hatás csak fiatal és korai stádiumban levő betegeknek várható.

Az Edinburgh-csoport 10 éves adatai alapján a stage I-ben levő betegeknek 35%-os volt az 5 éves túlélés, a stage II-ben levő betegeknek ez az arány 23%-os volt. Tapasztalataik alapján a stage I és II-ben levő betegeknek a sebész resectio alkalmazását a betegek túlélési kilátásai javíthatók. A fő probléma az, hogy a betegek nagyobb része inoperabilis stádiumban kerül észlelésre. A betegek életkilátásai javíthatók lennének elsődleges sebész beavatkozás és postoperatív kemoterápia, vagy kemoterápia és azt követő sebész beavatkozás radiotherápia alkalmazásával, vagy anélkül.

Bugovics Elemér dr.

A CT értéke a nyelőcsőrák stádiumbeosztásában. Lanfermann, H. és mtsai (Inst. f. Rad. Diagn. und Chir. Univ. Klin. zu Köln): Röntgen-Bl., 1990, 43, 241.

A szerzők öt év alatt 38 betegnél (13 abdomino-thoracalis műtét és 25 tompa nyelőcsőkiéjtés) végeztek praeeoperatív CT-vizsgálatot a következő kérdések tisztázására: a folyamat hosszirányú kiterjedése, a mediastinum infiltráltsága (T3), illetve a nyirokcsomók állapota (N). A leleteket a műtét preparátum szövettani vizsgálati eredményeivel vetették össze.

A daganat kiterjedését a CT a valószínűleg átlag 15%-kal rövidebbnek jelezte, s hét, 2 cm-nél kisebb tumorból hármat nem mutatott ki. A mediastinalis infiltrációt a 22 T3-tumorból 16 esetben helyesen mutatta ki, 3 lelet álpozitív volt. A nyirokcsomók állapotát abdomino-oesophagealis dissectio után 7/13 arányban adta meg pontosan, 6 álnegatív lelet mellett. Tompa nyelőcsőki-

fejtés mellett 80%-os volt ugyan a leletek egyezése, de ilyenkor műtétechnikai okokból nem is várható az összes nyirokcsomó eltávolítása, így a sebész kontroll értéke is korlátozott. A CT a lymphadenomegalia leírására vállalkozhat, s már 7 mm-es (normális) nyirokcsomókban is lehet áttét.

Összességében a CT-vel meghatározott TNM-status csak ez esetek felében felelt meg a valóságnak, így a módszer a praeeoperatív staging-re csak fenntartásokkal alkalmas.

Pikó Béla dr.

Tumorbetegség incidentiája és spektruma a gyomorrák-betegek 1. fokú rokonainál. Möller, R. és mtsai (Abt. f. Genetik, Universitätskinderklinik; Dep. Forschung der Basler Universitätsklinik): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 936.

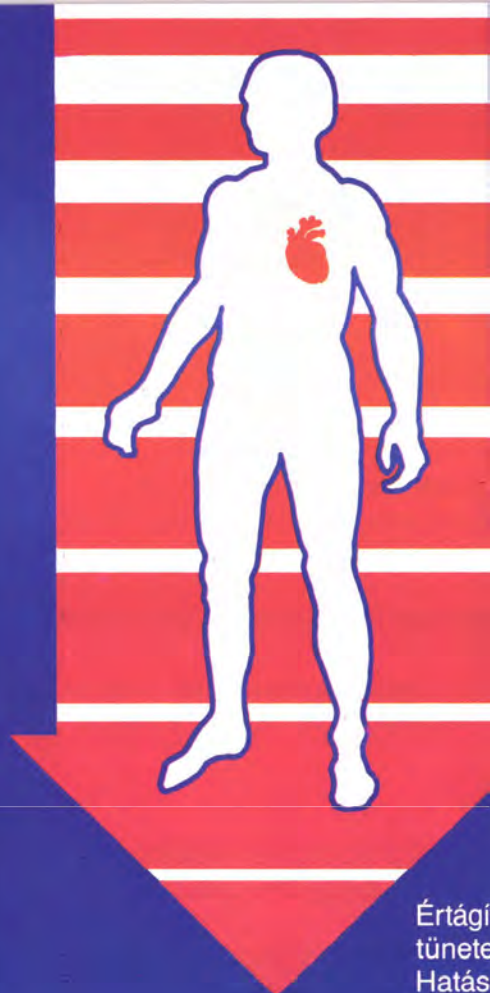
A gyomorrák messzemenően tisztázatlan kóroktanában mind a környezeti, mind a genetikai tényezők is részt vehetnek, azonban ezek azonosítása és ellentétes elhatárolása rendkívül nehéz; ugyanez áll az interakciók megítélésében is. A környezeti tényezők közül számos faktor említhető (túlzott konyhasó-, kemény gabonamag fogyasztás, a természetesen előforduló N-nitrosóvegyületek, a hagyományos tartósító eljárások: sózás, pácolás, füstölés; ezeknek a korszerű fagyasztó módszerekkel való pótlása a gyomorrák bizonyos csökkenésére vezetett. A megfigyelések hosszú sora genetikai tényezőkre utal (táplálkozási szokások, A-vércsoporttal való társulás, a debrisoquin-hydroxylezés és acetylezés bizonyos genetikusan determinált fenotípusai, monogén öröklött betegségek, mint pl. az ataxia cerebellaris).

A szerzők vizsgálatainak célja volt a rendszeres családi kutatásokban a gyomorrák keletkezését kutatni Svájc északi területein. 56 gyomorrákos beteg 435 I. fokú rokonainál kutatták a malignomák incidentiáját és spektrumát. Ezeknél 11 gyomortumort találtak 2,96-dal szemben a baseli kor és nem szerinti incidentiával való összehasonlításban. Egyéb daganatos betegségek lényegesen nem tértek el a populáció viszonylatában.

A gyomorrák praecancerosus viszonyai és praecancerosus laesiói közül a következők emelendők ki: A) praecancerosus feltételek: 1. pozitív családi anamnesis; 2. gyomorresectio után 15 vagy több évi állapot; 3. anaemia perniciosa; 4. gastritis atrophica (határozatlan felhási symptomatica) intestinalis metaplasia; 5. ventriculus polyposus; 6. morbus Ménétier. B) praecancerosus laesiók: 1. valódi gyomornyálkahártya adenoma; 2. súlyos fokú nyálkahártya-dysplasia.

A családi anamnesis a gyakorlatban és a klinikumban több figyelmet érdemel. Az egyéb kritériumok tekintetbevételével a kockázatos személyek kiszűrése a gyomorrák korai felismeréséhez jelentősen hozzájárul.

iff. Pastinszky István dr.



Minipress*

Vérnyomáscsökkentő

tabletta 1 mg és 2 mg

Összetétel: Tablettánként 1, ill. 2 mg prazosinum
/prazosinium chloratum alakjában/

ANTIHIPERTENZIV HATÁSA A PERIFÉRIÁS ELLENÁLLÁS CSÖKKENTÉSÉNEK A KÖVETKEZMÉNYE.

A vérnyomás csökkentése nem jár együtt a szív-perctérfogat, a szívfrekvencia, a vese vérellátása és a glomerulus filtráció mértékének klinikailag jelentős változásával.

Klinikai vizsgálatok igazolják, hogy a Minipress csökkenti az LDL szintet / aterogén koleszterin frakció / és nem befolyásolja vagy növeli a HDL szintet / protektív koleszterin frakció/.

Terápiás hatása szívelégtelenségben is érvényesül.

Keringési elégtelenségben a terápiás hatás a bal kamrai töltőnyomás a szív előterhelése/ és a teljes perifériás ellenállás / a szív utóterhelése/ csökkentésének, valamint a szív-perctérfogat növelésének az eredménye:

Ezek a hatások mind az arteriolákon, mind a vénákon kiegyensúlyozottan érvényesülő értágító hatással hozhatók összefüggésbe.

Értágító hatása következtében mérsékli a Raynaud-szindróma és betegség tüneteit.

Hatását jóindulatú prosztata hiperpláziában a mirigy- és izomszövet alfa₁-receptorainak gátlása révén fejti ki.

JAVALLATOK

Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia.

Adható önmagában vagy diuretikumokkal és/vagy egyéb antihipertenzív gyógyszerekkel együtt.

Mérsékelt és súlyos szívelégtelenség.

Kiegészítheti az addig alkalmazott kezelést /szívglikozidok és diuretikumok/, ha arra a beteg nem reagál megfelelően vagy refrakterré válik.

Raynaud-szindróma, Raynaud betegség.

Jóindulatú prosztata hiperplázia által okozott húgyúti obstrukciók adjuváns tüneti kezelésére.

ELLENJAVALLATOK

A gyógyszer iránti túlérzékenység.

Nem ajánlott szívelégtelenség kezelésére, ha annak oka mechanikus obstrukció.

Terhes és szoptatós anyáknak csak a gyógyszer adásának előnyeit és a lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható.

Adása 12 éven aluli gyermekeknek nem ajánlott.

ADAGOLÁS

Gyakorlati útmutató az adagolás beállításához hipertóniában:

	Reggel	Este
Első nap		0,5 mg
A következő 3 napon	0,5 mg	0,5 mg
Az ezt követő 3 napon	1,0 mg	1,0 mg
Ellenőrzés		
A következő napokon ha szükséges	2 mg	2 mg



Minipress

Ezt követően a Minipress adagja a megfelelő vérnyomásválasz eléréséig a betegek egyéni érzékenységének megfelelően növelhető max. napi 20 mg-ig.

A Minipresst célszerű naponta kétszer /reggel és este/ bevenni, de naponta háromszor is adható.

Szívelégtelenség kezelésére fekvő betegeknek az ajánlott kezdő adag naponta 2-4-szer 0,5 mg. Ez az adag 2-3 naponként növelhető a beteg klinikai javulásának eléréséig. Szokásos fenntartó adag 4-20 mg 3-4 részletben.

Raynaud-szindróma, illetve betegség kezelésére a javasolt kezdő adag naponta 2-szer 0,5 mg, a szokásos fenntartó adag naponta 2-szer 1-2 mg.

Jóindulatú prosztata hiperplázia esetén az obstrukciós tünetek csökkentésére ajánlott kezdő adag este 0,5 mg majd 2-szer 0,5 mg 3-7 napig, ez fokozatosan hetente emelhető legfeljebb napi 2-szer 2 mg-ig.

Ezen adag túllépése nem javasolt.

MELLÉKHATÁSOK

Szédülés, fejfájás, kábultság, gyengeség, hányinger és palpáció, ortosztatisz hipotónia. A kezelés során ezek a mellékhatások rendszerint megszűnnek vagy oly kismértékűek, hogy a gyógyszer adagjának csökkentését nem teszik szükségessé.

Ritkán előfordult hányás, hasmenés vagy székrekedés, alhasi diszkomfort érzés és/vagy fájdalom, ödéma, májfunkciós rendellenességek, pancreatitis, dyspnoe, eszméletvesztés, tachycardia, idegesség, hallucináció, depresszió, gyakori vizelési inger és inkontinencia, paraesthesia, kiütés, viszketés, alopecia, lichen planus, impotencia, homályos látás, a sclera pirossága, orrvérzés, fülcsengés, szájszárazság, orrdugulás és izzadás, láz, pozitív antinukleáris antitest titer, arthralgia. Összefüggésük a Minipress szedésével nem minden esetben volt megállapítható.

FIGYELMEZTETÉS

Ritkán előfordulhat a kezelés elején, vagy a dózis növelésekor, hogy a Minipress bevétele után fél-másfél órával átmeneti szédülés, gyengeség, izzadás lép fel. Ilyen esetben, amíg a tünetek tartanak, célszerű fekvődni.

A gyógyszer rendelésekor a jóváhagyott alkalmazási előírás /Útmutatóhoz készült pótlap/ részletes információit kell figyelembe venni.

MEGJEGYZÉS: + Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS: 100 db 1 mg-os tabl.
100 db 2 mg-os tabl.

ELŐÁLLÍTÓ: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
PFIZER Inc., New York, USA együttműködés alapján.



* PFIZER Inc., New York védjegyzett neve.



A pancreas carcinoma diagnosztikája. Röscher, Th., Classen, M. (II. Med. Klinik u. Poliklinik der Techn. Univ. München): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 304.

A pancreas carcinoma száma növekszik. A tünetek előrehaladott stádiumban jelentkeznek. A javuló diagnosztikus és terápiás lehetőségek ellenére a túlélés jelentős mértékben nem változott.

Már 2 cm-nél kisebb daganat panaszt okozhat. A leggyakoribb tünetek és leletek: fájdalom, súlycsökkenés, gyengeség, étvágytalanság, hányinger, hányás, icterus (fej-tumor), ritkábban tapintható térszűkítő folyamat, hepatomegalia, ascites. A betegek 1–3 hónap múlva keresik fel orvosukat panaszaikkal.

A kóros laborleletek, magasabb süllyedés, vérszegénység (az esetek $2/3$ -ában), magasabb se.-bi., alkali. foszfátáz, LDH, GOT, pancreas enzimek kevésbé jellemzőek és alárendelt szerepet játszanak; előrehaladott tumornál mutatnak eltéréseket. 85%-ban emelkedettnek találták a carcinoembryonalis antigént (CEA), de kis tumorknál ez sem használható. Az újabb markereknek [pancreas-onkofetális-antigén (POA), carbohidrat-antigén (CA)] az érzékenysége talán nagyobb. A tumormarkerek jelentősége a radikális pancreas-műtét utáni lefolyás kontrolljainál van. A secretin-pancreozymintestnek semmilyen szerepe nincs a pancreas neoplasia diagnosztikájában, bár 80–90%-ban pozitív a kórisme felállításakor.

A képalkotó vizsgálati módszerek találati biztonságában nagyok az eltérések. Sonographiánál 23–90%-os a találati biztonság. Kis tumorok nehezen láthatók. 3 cm alatti átmérőjű daganatot hat esetben vettek észre, 14 betegből álló anyagban. Az esetek jelentős százalékában (86%) az epeút és pancreasvezeték tágulata utalt közvetve a daganatra.

Ultrahanggal célzott tűbiopsia szövettani leletének pozitivitása kb. 93%-os. Így lehetővé válik egyéb térszűkítő folyamatoktól való elkülönítés, mivel a pancreas területén észlelhető tumorok $1/4$ -e ampullaris, duodenalis, biliaris, metastitikus, lymphogen neoplasia. — A CT érzékenysége 62–100%-os. Az ultrahangvizsgálathoz viszonyítva 10–30%-kal többet mond.

Az ERCP-vel 88–96%-os a találati biztonság. 3 cm fölött 98%-os, 3 cm alatti tumornál 75%-os. Összehasonlító vizsgálatlalt úgy találták: ERCP-vel 80%, CT-vel 64%, UH-val 54%-os a dg. biztonság. ERCP-nél lehetővé válik a cytologiai vizsgálat és a tumormarkerek meghatározása a leszívott pancreasnedvből, ill. endoscopy papillotomia végezhető obstrukciós icterus esetében.

A percutan transhepatikus epeútfeltöltés sok komplikációval járhat. Endoscopy ultrahangvizsgálattal kis tumorok is észrevehetőek, de még újabb, összehasonlító vizsgálatok végzése szükséges. Angiographia szuperszelektív formában 80–90%-os eredményt adhat. A laparoscopiának inkább praoperative van jelentősége: máj és

peritoneum metastasisok felderítése. A hypotoniás duodenographia a duodenum falának tumor által okozott elváltozásait mutatja. A szokásos báriumépés gyomor-béltraktus vizsgálat jelentősége kicsi. Ugyanilyen csekély a pancreas scintigraphia jelentősége.

12 000 beteg vizsgálata kapcsán megállapítható, hogy a képalkotó eljárások vonatkozásában közel egyenlő a találati biztonság az UH-nak, CT-nek, ERCP-nek és PTC-nek: 84–97%. Korai felismerésre módszer nincs, a beteg panaszai határozzák meg a diagnosztikus eljárások alkalmazását.

Csoka József dr.

Terápia előrehaladott pancreascarcinománál. Lersch, C., Classen, M. (II. Med. Klinik u. Poliklinik der Techn. Univ. München): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 340.

Elsősorban a tumor ressecálhatóságát kell eldönteni, ami sokszor csak a laparotomia segítségével lehetséges. A nem-sebészeti kezelési módok kevésbé hatásosak.

Adjuváns kemo- és sugárterápia: kombinált postoperatív sugár- és kemoterápiáról számolt be egy amerikai csoport (500 mg/m² 5-fluorouracil). A progressziómentes intervallum és túlélési idő meghosszabbodott: a két éves túlélési idő 43%-os volt, szemben a kontroll csoport 18%-ával.

Additív kemo- és sugárterápia: intraoperatív és extern sugárterápiát kombináltak 5-fluorouracillal, ill. ¹²⁵Iód implantációjával: a túlélési idő nem nyúlt meg.

Sugárterápia: a pancreas carcinoma kevésbé sugárérzékeny. Fájdalomcsillapításban van szerepe.

Monokemoterápia: 5-fluorouracil, 4-epidoxorubicin és ifosfamid voltak hatásosak. Kevés a tapasztalt 5-fluorouracil és folinsav kombinációival.

Cytostatikum kombinációk: nem volt nagyobb a kettős és hármas kombinációk hatásfoka.

Hormonterápia: mivel pancreas carcinomában oestrogen, androgen és progesteron receptorokat mutattak ki, kísérletek történtek antioestrogen tamoxifennel és újabb LHRH-analógokkal. Egyik tanulmány beszámolt 14 beteg esetén 3-nál több mint 22 hónapos túlélésről; valamint 10 betegből 4-nél több mint 14 hónapos túlélésről tamoxifen kezelés után.

Immunterápia: a monoklonális antitestek citotoxicitásán alapul. 18 betegből 12-nél eredménytelen volt, 1 nő 16 hónapja jól van, 5 beteg állapota 3–11 hónapja állandósult.

Elzáródásos sárgaság: inoperabilis tumor vezető tünete. Bilirodigestív anastomosissal, percutan vagy endoscopy módszerrel alkalmazott epeút-drenázissal oldották meg.

Fájdalomcsillapítás: periduralis analgesia, intercostalis blokád, CT-vezérelte plexus coeliacus blokád.

Csoka József dr.

Hepatocellularis carcinoma spontán remissziója masszív gastrointestinalis vérzés után. Tocci, G. és mtsai (Lazzaro Spallanzani Hospital for Infectious Diseases, 00149 Roma): Br. med. J., 1990, 300, 641.

Sato és mtsai (1985) hívták fel a figyelmet a hepatocellularis carcinoma nagyon ritka, spontán remissziójára. A szerzők egy 79 éves férfi betegben észlelt trabecularis hepatocellularis carcinoma esetét ismertetik, akiben egy kisalmányi, necrotizált centrummal bíró daganatot észleltek a hiliushoz közel CT, ultrahang és szövettani vizsgálattal. Az alfa-fetoprotein szint extrém emelkedést mutatott, a beteg besárgult. A tumoros folyamat észlelése előtt 4 évig non-A, non-B hepatitis mellett kialakult cirrhosis miatt kezelték. Egy másik kórházban iv. hydrocortison (2 g naponta) terápiát kezdtek. Néhány nappal később masszív haematemesis, shock alakult ki, ami mögött vérző gyomorfekélyt találtak. Transfúziót kapott. Állapota gyorsan javult, sárgasága csökkent, és 5 hónap után az alfa-fetoprotein szinttel együtt a tumor mérete lényegesen csökkent. Egy év után a tumor nagysága tovább csökkent, az alfa-fetoprotein normál értéket mutatott. 3 évvel később a daganat teljesen eltűnt, ezt CT-vel igazolták. A tumor helyén microcalcificatio alakult ki.

A tumorszövet fokozott anyagcseréje miatt érzékeny a vér és oxigén csökkenésére. Nem ressecálható májtumorokban az art. hepaticában transluminalis arterialis chemoembolisációt és ligatúrát alkalmazhatnak a sebészeti beavatkozás során. A hirtelen vérzés a tumorszövet oxigénellátásában okozhat döntő zavart a normál szöveti struktúra károsítása nélkül.

Bugovics Elemér dr.

Szfv- és érsebészet

Koszorúér helyreállítási eljárások előbbiségének megtétele. Revascularisation panel and consensus methods group. Naylor, C. D. és mtsai (Clinical Epidemiology Unit, A443, Sunnybrook Health Science Centre, North York, Ontario, Canada M4N 3M5): Lancet, 1990, 335, 1070.

A korlátozott lehetőségek miatt a koszorúérbetegségben szenvedő egyéneknek gyakran várnuk kell a revascularisációnak. A betegek műtéti besorolását az orvosok a tünetek súlyossága és a várható ischaemiás történésekre utaló vizsgálati eredmények alapján állapítják meg. Kanadában, a 9,5 millió lakosú Ontario államban, egyes vidéki kórházakban, a koszorúér „bypass” műtétek több hónapos várakozási ideje és a besorolási szempontok eltérő értékelése miatt, tizenegy kardiológusból és öt szívsebészből álló bizottságot alakítottak ki a besorolási szempontok egységesebb figyelembevétele céljából. A bizottság 438, inkább koszorúér „bypass” műtétre, mint „percutan transluminalis coronary angio-

plasty"-ra szoruló esettanulmányt vitatott meg. A bizottság tagjai hét sürgősségi fokozatot (műtét esedékes azonnal — 24 órán belül — 24–72 órán belül — 72 óra és 14 nap között — 2 és 6 hét között — 6 hét és 3 hónap között — 3 és 6 hónap között) állítottak fel. Külön vették azokat az eseteket, amelyeket műtetre alkalmatlannak vagy kétségesnek ítélték. A sürgősségi besorolást az anginás fájdalomnak és az angiographia eredményének alábbi figyelembevétele szerint végezték:

I. A fájdalom I. enyhe vagy mérsékelt hatású gyógyszerekre szűnt meg, 2. erős hatású gyógyszerekre szűnt meg, 3. csak intenzív, „per os” gyógyszerelésre szűnt meg, 4. „per os” gyógyszerelésre csökkent, de kisméretű provokációra ismét fellépett, 5. gyógyszerelésre nem szűnt meg, intenzív koszorúér őrző megfigyelést igényelt.

II. Az angiographia igazolta I. a főtörzs legalább 50 százalékos szűkületét, 2. a két- vagy háromér- és a bal elülső leszálló koszorúág (LAD) proximális területének betegségét, 3. a bal elülső leszálló koszorúág proximális területének jelentős eltérése nélkül a háromér-betegséget, 4. az egyér- és a bal elülső leszálló koszorúág proximális területének betegségét, 5. a bal elülső leszálló koszorúág proximális területének jelentős eltérése nélkül az egy- vagy kétér-betegséget. A bizottsági tagok külön-külön alkottak véleményt és azt névtelenül valamennyi bizottsági tag rendelkezésére bocsátották. A véleményekben mutatkozó jelentős eltéréseket második ülésben megvitatották és közmegegyezést alakítottak ki.

Az első ülésben a bizottság tagjai közül legalább 12/16 orvos az eseteknek csak egy százalékában alakított ki azonos véleményt. Amennyiben a hét sürgősségi fokozat helyett csak három szempont alapján döntöttek, — úgy mint I. műtét gyorsan szükséges (a hetes felosztás 1–4 csoportjai), 2. várólistára helyezhető (a hetes felosztás 5–7 csoportjai), 3. műtét nem szükséges (az eset műtétre alkalmatlan, vagy a műtét eredménye kétséges) — az egyetértés 60 százalékra emelkedett.

Az érbetegség fennállását — a főtörzsszűkület kivételével — nem kizárólag a szűkület fokának angiographiai meghatározása alapján állapították meg, hanem figyelembe vették az ergometria és az izotóp eljárások eredményét is. Utóbbi eljárások nem annyira a koszorúér-elváltozás fennállásának, hanem az ischaemiás folyamat, illetve a késedelem kockázatának megítélésére alkalmasak. Az ergometria vagy izotóp eljárás nem került szóba, ha „per os” gyógyszerelésre a fájdalom csökkent, de kisméretű provokációra újra fellépett, vagy a fájdalom nem szűnt meg, és a beteg intenzív koszorúér őrző megfigyelést igényelt. A nem-invaszív eljárások eredménye alapján „magas kockázatú” és „nem magas kockázatú” csoportbeosztást alakítottak ki. „Magas kockázatú”-nak minősítették az ergometria során 2 mm-nél nagyobb ST depressió, illetve hypotonia alakult ki, vagy a fizikai terhelésre, illetve dipiridamol adására

többszörös, illetve kiterjedt eltérés volt észlelhető a thallium scintigraphia során. Minősítették még a bal kamra működését (1–4 fokozat) és a műtét során esetleg bekövetkező elváltozások (pl. veseelégtelenség, idült légzésszavar) kialakulásának valószínűségét. Ezek a minősítések kevésbé befolyásolták a sürgősségi besorolást, de jelentős szerepet játszottak a műtét eredményességének („risk-benefit ratio”) megítélésében.

Amennyiben „per os” gyógyszerelésre az anginás fájdalom csökkent, de kisméretű provokációra újra fellépett, vagy ha az angina nem szűnt meg és a beteg intenzív koszorúér őrző megfigyelést igényelt, úgy az eset megítélésében kitértek még annak megállapítására is, hogy történt-e korábban koszorúér műtét, vagy volt-e korábban szívizominfarctus. Előbbi ugyanis a technikai nehézségek növelése miatt a műtét időt jelentősen megnyújtja. Utóbbit illetően a bizottság megegyezett, hogy a nemrég lezajlott szívizominfarctus minden esetben befolyásolja a sürgősség megítélését (pl. „postthrombolysis” szükségessége révén).

A bizottság tagjai között egyetértés mutatkozott a következőkben: Ha a fájdalom gyógyszerelésre nem szűnik, és a beteg intenzív koszorúér őrző megfigyelést igényel, azonnali koszorúérműtét szükséges. Ha a fájdalom „per os” gyógyszerelésre csökken ugyan, de kisméretű provokációra fellép, a műtét 24 órán belül szükséges. Egyébként elönyt élvez a sürgősség megítélésében a nagyobb szívizomterületeket fenyegető ischaemia (pl. a nem-invaszív vizsgálatok alapján). A műtét körüli esetleges szövődmények valószínűsége a sürgősség megítélését nem befolyásolja. Figyelembe kell venni azonban, hogy a műtét körüli szövődmények miatt szükségessé váló hosszabb megfigyelés késleltetheti más betegek műtét elvégzését, ha a postoperatív intenzív őrzők kapacitása szűk. „Stabil angina” esetén nem ajánlott három hónapnál későbbre kitolni a műtét időpontját, ha az életvitel minőségének várható javulása felülmúlja a műtét rizikóját. Amennyiben azonban a fájdalom enyhe vagy mérsékelt hatású gyógyszerekre megszűnik, a várakozási idő, szükség esetén a hat hónapot is meghaladhatja.

Hiányossága a besorolási rendszernek, hogy nem vesz figyelembe semmilyen szubjektív tényezőt. Így azonos elváltozások esetén azonosnak ítélik a 65 éves nyugdíjas helyzetűt a 40 éves fizikai dolgozóval. Az Ontario államtól lényegesen eltérő egészségügyi adottságok esetén a „stabil angina” esetek ajánlott műtét időpontja természetesen nagymértékben eltérhet.

Pogácsa Gábor dr.

Az aorta billentyű ballontágítása felnőttkorban: a sebész álláspontja. Treasure, T.: Brit. Heart J. 1990, 63, 205.

Az aorta stenosis oldása enyhíti a tüneteket, meghosszabbítja a várható életkort, és

még a panaszmentes betegeknek is, akiknél a progressio lappangó, a billentyű csere javítja a közérzetet és a terhelési toleranciát. Kérdéses, hogy ezek az előnyös hatások a billentyű ballontágítására (BBT) is érvényesek-e? A sebész számára legalábbis ez valószínűtlen. A commissurotómia az obstructio oldását eredményezheti akkor, ha a billentyű egyébként flexibilis (hasonlóan a mitralis billentyűhöz). Az idős korban a sebész által eltávolított billentyű azonban rendszerint kemény, merev és szerkezete teljesen reménytelennek látszik. A BBT hívei hasznosságáról közölnek cikkeket, és nincsenek tekintettel a mortalitásnak arra a nagyságára, amitől félni kell. A legfrissebb közlemények adatai szerint ez megegyezik a billentyűműtétek 1980 és 1985 közötti sebészeti mortalitásával. Az agyembólia ritka, de a behatolás helyén gyakori az érsérülések. A mortalitás legjobb indexe az egy év után életben levők aránya, több közlemény szerint ez kevesebb 50%-nál.

Gondosan vizsgálnunk kell a siker arányát is. Az átlagértékek, a szignifikancia számítások nem tükrözik a valós helyzetet, ezért az az állítás, hogy a gradiens, vagy a szájadék felszín nagysága szignifikánsan változott, nagyon keveset jelent, ilyen változás után súlyos fokú maradhat a stenosis. Nem beszélhetünk a szűkület oldásáról, hanem legjobb esetben csak olyan mértékű javulásról, ami más speciális célra elegendő. Pl. sürgős műtét szükségére esetén a BBT az anaesthesiához szükséges javulást eredményezheti, és így a nagyon alacsony perctérfogató betegnél biztonságosabban lehet a billentyű cserét elvégezni. A BBT rizikója magas életkorban nagyobb, az életkor viszont önmagában nem akadályozza a műtétet akkor, ha a stenosis megszüntetése egyéb okból indokolt.

El kell ismerni, hogy az idézett szerzők nagyon óvatosak a BBT-sal kapcsolatos megjegyzéseiket illetően, és a stenosis kisméretű enyhüléséről és rövid idejű eredményről beszélnek. Úgy tűnik, hogy az indikációk már beszűkültek, és a lelkesedés csökken.

Kálló Kamill dr.

Haemodynamika és differenciált CO-transzfer fulmináns tüdőembólia és pulmonalis embolectomia, valamint recidiváló tüdőembóliák után. Kux, A. és mtsai (Klinik III. für Innere Medizin der Universität zu Köln): Med. Klin., 1990, 85, 366.

A gyakran cardiogen shockkal járó masszív pulmonalis embóliában az esetek egy részében megelőző részletes diagnosztikus eljárások nélkül is azonnali embolectomiát vagy lysis-therapiát kell végezni. Annak megállapítása érdekében, hogy az embolus teljes eltávolítása, illetve a restitutio ad integrum a gázcsereben miként tükröződik, a szerzők retrospektív vizsgálatokat folytattak 21, súlyos tüdőembólia miatt embolectomián átesett betegen. Közülük 10

setben initialis cardiogen shock tünetei is elismerhetők voltak, 12 egyénen a recidiváló embolisatio cava blokádot tett szükségessé. A műtét utáni késői (1–5 év) ellenőrzések alkalmával a nyugalmi és terheléses pulmonalis arteriális nyomás mérése, a diffúziós kapacitás (DLCO) membran (DM) és vascularis (VC) componensének Roughton és Forster szerinti meghatározására került sor.

Recidiváló tüdőembóliákban a DLCO 41%-kal, tehát nagyobb mértékben csökkent, mint egyidejű masszív esemény (15%) vagy akár cardiogen shock után (10%). Ismétlődő tüdőembóliákban a diffúziós kapacitás mindenekelőtt a VC 21%-os romlásában nyilvánult meg. Az akut történések folyamán fellépő cardiogen shockban főként a DM szűkült be. Nagymértékű tüdőembóliát és embolectomiát követően a pulmonalis arteriális középnyomás teljesen normális értékeket mutatott, legfeljebb a cardiogen shockkal szövődött esetekben figyelt meg minimálisan magasabb tensiókat. Ezzel szemben ismétlődő tüdőembóliák után, csakúgy mint cava blokádon átesetteken, a pulmonalis arteriális középnyomást nyugalomban 26 Hgmm-nek találják, ami maximális terhelés alatt mindig patológiaszintre, átlag 33 Hgmm-re emelkedett.

Ezekből az eredményekből az tűnik ki, hogy a pulmonalis embolectomia a diffúziós kapacitás és a pulmonalis arteriális nyomásviszonyok kórossá válását jórészt kivédi. Az akut embóliához társuló cardiogen shock sem hagy maga után a szóban forgó beavatkozáson átesettekben maradandó nyomot. Recidiváló microembolisatiókat követően viszont a diffúziós kapacitás, elsősorban annak vascularis componense beszűkült. Tehát az embolusok teljes műtéti eltávolításától várható optimális eredmény.

Barzó Pál dr.

Autolog vénával végzett sebészi revascularisatio hosszú távú eredményei a csontkolásvesztéyletett lábszáron. Steck, P., Stirnemann, P. (Universitätsklinik f. Herz- und Gefäßchirurgie, Inselspital Bern): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 894.

Idült verőeres elzáródással fenyegető lábszárbetegségekben az autolog hídtransplantatumoknak jelentős szerep jutott a fájdalmas, a működésében erősen korlátozott alsó végtag gyógyításában. Helyes kritikai javallatokkal és kifogástalan sebészi technikával végzett testsaját véna-bypass-műtéttel az esetek nagy többségében sikerül a csontkolással fenyegetett végtag megmentése.

A szerzők 1982 óta 88 amputációval fenyegető (III. és IV. Fontaine szerinti klinikai stádiumú) lábszárbetegnél femoropoplitealis vagy femoro-distalis venasaphena-bypass beültetést végeztek. Az egy — és maximálisan 60 hónapos megfigyelési időben 36 betegük elhalálozott. Öt

transplantatum elzáródott. Öt esetben a nagy amputatio elkerülhetetlenné vált (3 transplantatum elzáródás, 2 pedig nyílt bypass ellenére). A kumulatív átjárhatósági ráta 5 év után 93,5%-ot ért el („life-table-analysis”).

Véleményük szerint az autolog vena-bypass-műtét ma az esetek többségében a fenyegető csontkolás veszélye hosszantartóan visszafordítható.

iff. Pastinszky István dr.

Átmeneti hyperglycaemia hasi aortán végzett műtét során. Ellison, D. A., Forman, D. T. (Dept. of Pathol. and Div. of Clin. Chem. Univ. of North Carol., Chapel Hill, NC 27599, USA): Clin. Chem. 1990, 36, 815.

5 nem diabeteses betegen végzett aneurysma műtét során a műtét előtti normális vércukor értékek maximálisan és átlagosan 17,7 mmol/l értékre emelkedtek a műtét során, utána normalizálódtak. A szerzők 64 éves férfi betegének kórelőzményében semmiféle anyagcsere rendellenesség nem szerepelt, kivéve talán a koleszterin-szint emelkedését. A beteg jelentős fokú (8 cm-es maximális átmérőjű) hasi aorta aneurysma miatt került műtetre. Vércukor szintje a beavatkozás előtt 5,2 mmol/l volt és 4 órával a műtét kezdete után, amikor az aorta leszorításán már túl voltak, 43,2 mmol/l-re emelkedett, ketontestek nem voltak kimutathatók, az arteriális vérgáz meghatározás mérsékelt, hypoxia nélküli metabolikus acidosisra utalt. 1 órán belül összesen 30 E rövid hatású inzulin kapott és a műtét 6 óra múltán történő befejeztével ismét normális vércukor értéket kaptak, a metabolikus acidosis is csaknem teljesen megszűnt.

Az extrém fokú vércukor emelkedés magyarázatára a szerzők több okot tételeznek fel. Ismert a műtéti stressz vércukrot emelő hatása, emellett a beteg számos gyógyszert is kapott, továbbá fentanylt (analgesia nar-coticum), valamint pancuronium bromidot (vázizom relaxans). Az aorta leszorítási ideje 82 perc volt. A műtét előtt a plazma lactat-koncentrációját ugyan nem vizsgálták, de a pH csökkenése a műtét során tej-sav acidosisra utalt, ebben szerepe lehetett az anaesthesiának.

A számos közreműködő tényező mellett a szerzők nem tudják kizárni, nem lehetett-e eredetileg a betegnek inzulin hiánya, melyet a műtéti stressz még jobban fokozott és ez a pressor hormonok, az isofluran anaesthesia és az egyéb gyógyszerek hatására extrém fokú hyperglycaemiában nyilvánult meg.

Iványi János dr.

Metastatikus tödömeszesedés gyermekekben szív-műtét után. Mani, T. M. és mtsai (Hôpital des Enfants Malades, Paris): Radiology, 1990, 174, 463.

A tüdőben dystrophiás vagy metastatikus úton alakulhat ki meszesedés. A dystrophi-

ás meszesedés károsodott szövetekben lép fel, a metastatikus előzőleg ép tüdőszövetben. Utóbbi hátterében a calcium-foszfor anyagcsere zavara áll.

A szerző nyitott szív-műtét után hat gyermekben észlelte tüdőbeli meszesedés kialakulását. A műtét utáni hetekben tünetmentes alveolaris árnyékoltság jelentkezett a mellkas röntgenképén, amit először pneumoniának vagy vízenyőnek vélték és ennek megfelelően kezeltek. Nemsokára azonban az elváltozásban intenzív meszesedés mutatkozott. Öt esetben ez a meszesedés a további észlelés során intenzitásában csökkent, vagy eltűnt, és a beteg sorsát nem befolyásolta. Egy gyermekben azonban a mindkét tüdőben lévő kiterjedt elváltozások azonnal bevezetett chelátképző kezelés ellenére nem változtak, a beteg a szív-műtét után 3 hónappal meghalt, boncolásakor a szívben is kiterjedt meszesedést találtak.

A pulmonalis meszlerakódást a szerző metastatikus jellegűnek tekinti. Kialakulásában szerepet játszhat a műtét után fellépő heveny veseelégtelenség, valamint a nagy adagú calcium-kezelés. Ilyen értelemben a tödömeszesedés iatrogen eredetűnek is tekinthető. Makacs alveolaris árnyékok észlelése esetén, ha felmerül a metastatikus tödömeszesedés gondolata, CT vizsgálat és csontscintigraphia korábban és érzékenyebben igazolhatja a kórsímet.

Gyulladásos folyamatból való elkülönítés nem könnyű, hiszen pl. a steroid adag csökkentése súlyosan befolyásolhatja szív-átültetési beteg állapotát. Érdekes, hogy a viszonylag nagy számú szív-műtét mellett ritkán észlelik a tödőt fent ismertetett metastatikus meszesedését. Ennek magyarázata lehet, hogy enyhe formái röntgenfelvételen nem ismerhetők fel.

Laczay András dr.

Meddig kell folytatni aorto-coronaria bypass-műtét után az antithrombotikus kezelést? Pfisterer, M. és mtsai (Kardiolog. Abt., Dep. Innere Medizin der Universitätsklinik Basel): Schweiz. med. Wschr., 1989, 119, 1516.

Számos vizsgálat erősítette meg a különböző anticoagulans szerekl vagy aggregatio-gátlókkal végzett antithrombotikus kezelés előnyeit az aorto-coronaria bypass-műtét után a bypassgraft elzáródás szám-arányának csökkentésére. Nem vizsgálták eddig azonban, hogy a műtét után ezt a kezelést meddig kell folytatni.

A szerzők közleményének a célja annak a vizsgálat volt, vajon az antithrombotikus kezelés az első három hónap után elhagyható-e vagy legalább egy éven túl is folytatandó. A szerzők ezért prospektív randomizált tanulmányban vizsgálták, vajon az aorto-coronaria bypass-műtét után a későbbi bypass graft-elzáródások anticoagulansokkal vagy aggregatio-gátlókkal (naponta 50 mg aspirin + 340 mg dipiridamol) folytatódáson végzett kezeléssel csökkenthető-e. 227 beteg fele részében az ak-

tív kezelést placebóval helyettesítették. 2 heti és 12 hónapi postoperatív angiographiás kontroll után 28/330 (8%) új occlusio lépett fel a folyamatos kezelés kapcsán, szemben 44/319 (14%) placebóval. Ezen különbségek egyszeres graftok esetén legkifejezettebbek voltak (6% versus 12%).

A folyamatos antithrombotikus (anticoagulans szerekkel vagy aggregatio-gátlókkal) történt kezelés alatt az aorto-coronaria bypass-műtét utáni késői fázisban szignifikánsan kevesebb graft-occlusio lépett fel: ezen megfigyelés alapján a postoperatív antithrombotikus kezelés egy éven túl és valószínűleg tovább is folytatandó.

iff. Pastinszky István dr.

Tüdőgyógyászat

A hörgőizomzat elváltozásai idült obstruktív légúti megbetegedésekben. Morgenroth, K. és mtsai (Inst. f. Pathologie der Ruhr-Universität): Prax. Klin. Pneumol. 1989, 43, 163.

A sima hörgőizomzat hypertrophiája a hosszan tartó légúti obstruktio típusos morfológiai kritériuma. Klinikai és histomorphologiai vizsgálatok bizonyítják, hogy a sima izomzat hypertrophiájának a foka és a klinikai tünetek súlyossága között szoros korreláció áll fent. Biopsiás anyagokon végzett rendszeres vizsgálataik szerint a szerzők azt észlelték, hogy kifejezett interstitialis fibrosis lép fel a simaizomsejtek degeneratív elváltozásaival. A hörgőfal izomzatának elváltozásai összehasonlíthatók az arteriosclerotikus erek morfológiai tüneteivel. A protrahált fibrosis, valamint a sima izomsejtek leépülése hozzájárulnak a hörgőfal elasticitásának elvesztéséhez az idült obstruktív tüdőbetegségben.

iff. Pastinszky István dr.

Tbc fertőzés egy járóbeteg-rendelésén. R. M. Van der Heide: Ned. tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 1711

Egy floridai eü. központ 72 dolgozója közül 30-nál 1989 első felében a Mantoux-reakció pozitív volt, ezeknek a felénél a conversio frissnek bizonyult, miután náluk a megelőző 18 hónapon belül végzett reakció még negatív volt. A munkahelyükön tbc-sekkel érintkező Mantoux-pozitív vá váltak munkahelyét, tevékenységüket összehasonlítták a hat hónapnál hosszabb idő óta hasonlóan dolgozók körülményeivel, akik tuberculin negatívak maradtak. A fertőzést elősegítő tényezők közül a köhögési rohamokat kiváltó bronchologiai és a szintén köhögést kiváltó pentamidin aerosollal dolgozók veszélyeztetettsége nyert bizonyítást, utóbbit a Pneumocystis carinii-vel fertőzötteknél alkalmazták. A klímaberendezés hibáira is fény derült: a vizsgálóhelyiségekbe több levegőt nyomtak be, mint amennyi használt levegő elvezetődött:

a túlnyomás az esetlegesen fertőzött levegőt átnyomta a folyosókra és a szomszédos helyiségekbe. Emberről emberre terjedő fertőzést sem megerősíteni, sem kizárni nem lehetett. Fertőzési forrásként 1 éve a munkából kilépett, kevésbé fertőzőképes, nem üreges tüdő tbc-s dolgozó jöhetett számba, de kezelték ambulanter néhány AIDS-es beteget, akiknél tbc is gyanítható volt. A vizsgálat eredményeinek ismeretében átállították a légkondicionálást, a vizsgálóhelyiségekben csökkentették a légnyomást, a köhögős betegek számára külön városzobát rendszeresítettek, a diagnosztikus bronchoscopiára, az aerosol kezelésre csak előzetes rtg- és laborvizsgálattal tüdő-tbc-mentesnek bizonyultak kerülhettek. A bevezetett szabályok hatására fél éven belül nem találtak új conversiót a dolgozóknál. Hollandiában a bejelentett tbc-sek száma az utolsó hónapokban 25%-kal nagyobb, mint volt 1988 elején, ez a zavart védekező rendszerű fokozott tbc fertőzési hajlamára mutat. A tbc az AIDS-esek között 400-szor gyakoribb, mint az átlagnépességben.

Ribiczey Sándor dr.

Tumor necrosis faktor a felnőttkori légzési distressz szindrómában szenvedő betegek bronchopulmonalis váladékában. Millar, A. B. és mtsai (Department of Medicine, Middlesex Hospital, London): Lancet, 1989, II, 712.

A tumor necrosis faktor (TNF) mint mediátor, számos megbetegedésben játszik fontos szerepet. A felnőttkori légzési distressz szindróma (ARDS) pathogenesisében elfoglalt helye azonban egyelőre tisztázatlan.

A szerzők 5 ARDS-ben szenvedő, átlag 56 éves egyén bronchopulmonalis secretumában vizsgálták a TNF koncentrációját.

Kontrollként 24 bronchoscoppal kóros eltérést nem mutató beteg szolgált, akik kórfolyamatuk szerint a következőképpen osztottak meg: 8 tbc, 6 sarcoidosis, 10 haemoptoe. Az ARDS hátterében súlyos égés és füstbelégzés, ureter szakadás, focalis peritonitis, pancreatitis, valamint masszív vértranszfúzió állt. Mindkét tüdőfelben kiterjedt infiltrációk mutatkoztak, az arterialis és a belégtett levegő O_2 tenziójának (kPa) hányadosa 20 alatt volt, a pulmonalis éknyomás nem érte el a 15 Hgmm-t.

A bronchofiberscopot endotrachealis tubuson át vezették le, helyi érzéstelenítést alkalmaztak 2%-os lidocainnal.

A bronchopulmonalis secretumot a hörgőkől nyerték; 20 ml, 37 °C hőmérsékletű élettani konyhasó oldattal instillatiót, majd aspirációt folytattak.

A hörgőváladékban és az öblítő folyadékban jelen lévő TNF töménységének meghatározása ELISA módszerrel történt. Az átlagos TNF koncentrációt az ARDS betegek bronchopulmonalis secretumában átlag 523 U/ml (13,1 ng/ml)-nek találták, míg a kontrollokéban TNF-t kimutatni nem tud-

tak. A szóban forgó módszerrel detektálható legalacsonyabb töménység 10 U/ml.

Az endotoxin, amely a Gram negatív baktériumok sejtfalának lipopolysacchari komponense, fokozza a macrophagok cyto kinjeinek és más biológiailag aktív molekuláinak termelődését. Egyik ezek közül TNF, ami felelőssé tehető a vasoaktív peptidek, a thrombocyták aktiváló tényező (PAF), az interleukin, a prostaglandinok és más gyulladás előidéző cytokinok kiválasztódásáért. Sepsisben a TNF produkcióját hypotensiót hoz létre, növeli a vasculáris endothelialis permeabilitást, és a szervekárosodása, endotoxin shock fejlődik ki. Állatkísérleti megfigyelések szerint indukált sepsisben az előzetesen adott anti-TNF monoclonális antitestek védő hatás fejtenek ki.

A macrophagok, amelyek bősége megtalálható az alveolusokban, a TNF leghatékonyabb előállítói. Noha a megnekedett capillaris permeabilitás az ARDS keletkezésében jelentős tényező lehet, még is valószínű, hogy az említett folyamatban szenvedő betegek bronchopulmonalis váladékában mérhető igen magas TNF koncentráció, egyedül az intrapulmonalis erekből választódik ki. A septikus kórállapotokban a plazmában kimutatható TNF töménységének foka ugyanis a kifejlődő ARDS súlyosságával nem korrelál. Négysaját betegük a 13 ng/ml feletti intrapulmonalis TNF koncentráció ellenére életben maradt, tehát a szisztémás eredet valószínűtlennek látszik.

A szerzők eredményeik alapján úgy vélik, hogy a TNF lokális keletkezése az ARDS pathomechanizmusában fontos szerepet tölt be. TNF antitestek intravén vagy aerosolos alkalmazása ezért hasznos lehet súlyos ARDS fennállásakor.

Barzó Pál dr.

A tüdő aspergillus fertőzései. Nicolas W. és mtsai (Abt. f. Röntgendiagnostik Universitätskrankenhaus, Hamburg Eppendorf): Röntgen-Bl., 1989, 42, 489.

Az opportunisztikus fertőzések száma az utóbbi években jelentősen növekedett; ebben az antibiotikumok, az immun-suppressív szerek, cytostaticumok, a corticosteroidok gyakori alkalmazása folytán az immunhárítás csökkenése jelentős szerepe játszik. A mykosisok között az első helyen a candida albicans és aspergillus fertőzések állnak. Az aspergillus-félék ubiquiter gombák és a belégtett levegővel jutnak a tüdőbe; a leggyakoribbak az aspergillus fumigatus, ritkább az aspergillus niger és az aspergillus flavus. A pathogenitásukat illetően döntő maga a szervezet és nem a csíra. Noha aspergillus az egész szervezet fertőződhet, leggyakrabban mégis a tüdő betegedik meg. Az aspergillus-fertőzésre pathognomikusak a szövetekben, köpetben, exsudatumokban kimutatható dichotom módon elágazódó micélium-fragmentumok és a filamentosus septált hyphák.

Az aspergillus-fertőzések radiológiai jelei legtöbbször nem specifikusak. A pulmonalis aspergillózisnak három morfológiai manifesztációja ismeretes.

1. A *bronchopulmonalis aspergillosis* legtöbbször allergiás bronchitis képében áll (le az asthma, eosinophilia, emelkedett E-tűk, aspergillus elleni praecipitáló antitestek, továbbá obstruáló nyákcsapok épződése). Radiológiaiilag mintegy 5–60%-ban a hilusból kiinduló „V” vagy „Y” formájú kötegszerű tömörülések jelentkeznek, amit tévesen hilaris nyirokcsomó nagybodásként értelmezhetnek („pseudohilar adenopathy”). A tartós endobronchialis reakció, mucos expectoratio hörgők pusztulására, saccularis bronchiectasiára, az allergiás infiltratumok következményes fibrosisára, zsugorodásra vezetnek. Klinikailag gyakori a barnásyálkás expectoratio, köhögés, láz, haemoptysis.

2. *Aspergilloma* (vagy *mycetoma*) a tüdőaspergillózis leggyakoribb formája. A kezleti radiológiai jelei a pleura megvastagolása, ritkán a fertőzött cavitas falátméréseinek növekedése, intracavitaris folyadékűrkör. A típusos radiológiai kép üregben lévő tömör képletet mutat, circularisan leütő légsarlóval („air crescent sign”). Az aspergilloma CT-val jól kimutatható, ami egykorábban a felső tüdőmezőkben van. A legjobb terápia a mycetoma resectiója.

3. Az *invasiv pulmonalis aspergillosis* comoly, gyakran halálos fertőzés, amely egykorábban immunosupprimált haematológiai kórképben, szervtranszplantált betegeknél jelentkezik. A betegek 25%-ában a radiológiai jelek nem feltűnőek, és aspecifikusak. Később a nem éles határu góccok összefolynak, centrális necrosis és tályogképződés jelentkezik. A hörgővel csatlakozó necrosis-caverna esetén gyakori az említett „air crescent”, „halo” vagy „peninsula”-jel. Ezek főleg a pulmonalis aspergillosis késői jelei közé tartoznak. A necrotikus masszák expectoratioja halálos előfutár haemoptysisre vezet.

A hosszan tartó *amphotericin-B* terápia a góccok heges gyógyulását eredményezi; ezért szükséges a subtilis klinikai és radiológiai diagnózis felállítása az antifungalis kezelés korai bevezetésére.

iff. Pastinszky István dr.

Perifériás bronchuselváltozások kimutatása vékonyrétegű CT-vel recidiváló polychondritisben. Davis, S. D. és mtsai (The New York Hospital-Cornell Medical Center, New York): Amer. J. Roentgenol., 1989, 153, 953.

A recidiváló polychondritis ritka kórkép, a porcok képletek kiújuló gyulladása következményes degenerációval és fibrosissal. A kórfolyamat eredménye a fülkagyló, az orr, a perifériás ízületek, bordaporcok, gége és a tracheo-bronchialis rendszer deformációja. Az esetek több mint felében érintett a légzőrendszer. Ez klinikailag rekedtség, aphonía, stridor, dyspnoe, köhögés, a gégeporcok érzékenysége, ismétlődő bronchopneumonia képében jelentkezhet. A légcső és a nagy hörgők diffúz szűkületét a hagyományos röntgenfelvételeken is fel lehet ismerni, néha körülírt szűkület is kialakul.

A szerzők 50 éves nőbetegéről számolnak be, akinek a kéz és láb polyarthritiséhez társult a gége, a légutak, a bordaporcok és az orr elváltozása. Az utolsó 5 évben ismételt volt pneumóniája. Vékonyrétegű CT felvételeken a légcső és a nagyhörgők szűkületén kívül segmentális bronchuságak elváltozásait is kimutatták. A kórjóslat kedvezőtlen, a légúti érintettség az esetek legalább felében halálhoz vezet. Tracheotomia ugyan átmenetileg életmentő lehet, de a végkifejletet nem befolyásolja.

Laczay András dr.

Idős emberek tuberkulin próbája. Radenbach, D. (Zentrum für Pneumologie

und Thoraxchirurgie, Krankenhaus Grosshansdorf): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1680.

Tbc fertőzés után elhúzódó típusú allergia fejlődik ki, ami a tuberkulin bőrtesztrel kimutatható. A kezelést igénylő betegek a próbára nagy érzékenységgel reagálnak. Így egyes közlemények szerint 200 esetből csak 5 (2,5%), 771 közül 12 (1,5%) nem bizonyult pozitívnak, ill. 1544 betegen tuberkulin negativitás nem fordult elő, ha 100-as erősségű tisztított vagy alt-tuberkulint alkalmaztak. Ugyanakkor a ragasztásos teszt 29%-os hamis negativitást adott. Itt a felhasznált anyagok minőségi különbsége is figyelmet érdemel.

A pozitív tuberkulin próba lezajlott fertőzésre utal; az inficiáltaknak kevesebb mint 5%-a betegszik meg. A nyugatnémet népességben a tuberkulin pozitív aránya az életkor emelkedésével csökken. Ez az idősebbekben a gyengülő cellularis immunválasszal vagy a fertőzési forrásoktól való izolálódással függhet össze. Időskorban Tine-tesztrel szerzett tapasztalatok még nem állnak rendelkezésre.

A szerző 60–70 év közötti 60 bizonyított tbc-s betegek közül, egy kivételével mindegyik tuberkulin pozitívnak bizonyult. Az az 5 egyén, aki csak 100 TE-re reagált, 80 év feletti volt.

Összefoglalva: tuberkulin negatív tbc-s beteg ritkaság, amennyiben 100 E tisztított készítménnyel történik a tesztelés. Ez nem érvényes az AIDS-es betegekre, akik között a pozitívok száma alacsonyabb. Idősebb korban sokan csak nagyobb dózisokra reagálnak. A negativitás azonban közöttük is alig fordul elő, ami ugyan aktív folyamat fennállását nem zárja ki, de valószínűtlené teszi. A ragasztásos próba minden életkorban gyakran negatív, kezelést igénylő tbc esetén is.

Barzó Pál dr.

JÓNEVŰ BUDAI PLASZTIKAI MAGÁNKLINIKA

második rendelőjét nyitja április elején.

Egy hiányzó orvosi állásra keresünk tehetséges, jókézü férfi *plasztikai sebész* szakorvost.

Feltételek:

- 32–50 év korhatár
- plasztikai sebészti gyakorlat
- német vagy angol alapfokú nyelvtudás

RENDELÉSI IDŐ: hétfőtől—csütörtökig 16 órától 21 óráig tart.

Kórházi főállás nem jelent akadályt. Heti két alkalommal szükséges az orvosi munkavégzés klinikánkon, mivel a másik orvost már szerződtettük.

Fizetés: személyes megállapodás szerinti magas havi jövedelem.

Klinikánk felszereltsége nyugat-európai színvonalú!

Érdeklődni, tájékozódni lehet a: 2-515-435-ös telefonszámon.

SUPRADYN®N

PEZSGÓTABLETTA, DRAZSÉ, KAPSZULA

Hatóanyagok

Retinolum (vit. A)
Ergocalciferolum (vit. D₂)
Cyanocobalaminum (vit. B₁₂)
Biotinum (vit. H)
Adicum folicum
Riboflavinum (vit. B₂)
Tocopherolum aceticum (vit. E)
Pyridoxinium chloratum (vit. B₆)
Calcium pantothenicum
Thiaminum (vit. B₁)
Nicotinamidum
Acidum ascorbicum (vit. C)
Dexpanthenolum
Molybdaenium
Cuprum
Zincum
Manganum
Ferrum
Magnesium
Calcium
Phosphoricum

pezsgótabletta

3333 NE
500 NE
0,005 mg
0,25 mg
1,00 mg
5,00 mg
10,00 mg
10,00 mg
11,60 mg
20,00 mg
50,00 mg
150,00 mg
—
0,10 mg
0,10 mg
0,50 mg
0,50 mg
1,25 mg
5,00 mg
50,00 mg
45,00 mg

VITAMINKOMBINÁCIÓ

drazsé

3333 NE
500 NE
0,005 mg
0,25 mg
1,00 mg
5,00 mg
10,00 mg
10,00 mg
11,60 mg
20,00 mg
50,00 mg
150,00 mg
—
0,10 mg
1,00 mg
0,50 mg
0,50 mg
10,00 mg
21,20 mg
51,30 mg
23,80 mg

kapszula

3333 NE
1000 NE
0,005 mg
0,25 mg
1,00 mg
5,00 mg
10,00 mg
10,00 mg
—
20,00 mg
50,00 mg
150,00 mg
10,10 mg
0,10 mg
1,00 mg
0,50 mg
0,50 mg
10,00 mg
5,00 mg
100,00 mg
84,00 mg

HATÁS:

Javítja és megelőzi a különböző eredetű vitamin-, ásványianyag-, illetve nyomelemhiány okozta anyagcserezavarokat.

JAVALLATOK:

Csökkent vitaminfelvétel, pl. idős kori elégtelen táplálkozás, fogyókúra, speciális diéta, étvágytalanság, krónikus alkoholizmus.

Akut vagy krónikus betegségek kiegészítő terápiája, lábadozás, műtét után, antibiotikus vagy kemoterápiás kezelés alatti és utáni időszak.

ELLENJAVALLATOK:

A vagy D hipervitaminózis, hiperkalcémia, veseműködési zavarok, retinoid, pld. TIGASON- vagy ROAC-CUTAN-kezelés.

ADAGOLÁS:

12 éven felüli gyermekeknek és felnőtteknek 1 pezsgótabletta, 1 drazsé vagy 1 kapszula naponta étkezés közben.

MELLÉKHATÁSOK:

A Riboflavin- (B₂-) tartalom következtében a vizelet erősen sárga színűvé válhat.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Tilos együtt adni: A-vitamint vagy származékait tartalmazó külsődleges vagy belsőleges készítménnyel.

FIGYELMEZTETÉS:

Terhesség alatt a napi 5000 NE-t meghaladó A-vitamin-mennyiség szedése nem ajánlott, mivel nagy adagok állatkísérletben malformációt okoztak.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül kapható.

CSOMAGOLÁS:

10 db pezsgótabletta/doboz

30 db vagy 100 db drazsé/doboz

30 db vagy 100 db kapszula/drazsé



F. Hoffmann-La Roche AG, Basel, Schweiz

További felvilágosítás:

ROCHE Magyarországi Képviselet

Budapest, V., Váci utca 19—21., 1052. Tel.: 138-2180

KÖNYVISMERTETÉSEK

Detlev Ritter: Diabetes mellitus. Leit-faden für medizinische Assistenzberufe. Hippokrates Verlag Stuttgart, 1990. 75 oldal, 6 ábra, 25 táblázat.

A könyvecske műfaja hazánkban ismeretlen, hiszen cukorbeteggekkel foglalkozó nővérek, asszisztensek, segédszemélyzet részére íródott. Nálunk, országos méretekben, diabetesre specializálódott szakszemélyzet sajnos még nem létezik.

A munka tulajdonképpen felöleli a cukorbetegség legfontosabb fejezeteit. Az általános részben röviden ismerteti a diabetes syndromának legmodernebb, de egyszerűsített felosztását. A rövid életeti ismertetés után ebből levezetve tárgyalja igen tömören a klinikai és legfontosabb laboratóriumi tüneteket, leleteket.

A 2. fejezetben a cukorbetegség laboratóriumi diagnózisának lehetőségeit tárgyalja (vércukor, vizeletcukor, HbA_{1c}, fructosamin, C-peptid, immunológiai markerek, genetikai markerek).

A 3. fejezetben először a *diéta* kérdéseivel foglalkozik, érthetően, terjedelemben ez a rész kissé bővebb. Itt már tükröződik az a korszerű szemlélet, amely a szénhidrátok arányát emelve a zsír és fehérjék arányát csökkenti a betegek napi étrendjében, bár az említett arányokban a zsíroké (35%) még mindig kissé magasnak látszik, a szénhidrátoké pedig kissé alacsonynak (50%) tűnik. A magyar olvasótól kissé idegen a BE (Broteinheit = kenyéregység = 12 szénhidrát) fogalma, hiszen nálunk sokáig a „zsemle” fogalom dívott, mint számolási egység (Berechnungseinheit).

A szénhidrátokat — felszívódásuk gyors-

asága alapján — 4 csoportba osztja (A—D-ig), s külön tekintettel van a manapság olyannyira ajánlott rostokra is, kiter az édesítőkre, ill. az alkohol fogyasztás engedélyezésére is. A gyógyszeres kezeléssel foglalkozó alfejezetekben először az orális készítményekkel, majd az inzulin kezelés, — elsősorban gyakorlati aspectusaival foglalkozik. A hazai olvasó számára talán érdekes, hogy az egyetlen biguanid készítményt (metformin, Glucophage) kizárólag kombinációban (inzulinnal, vagy sulfanylureával együtt) szabad csak adni, 70 éves kor alatt!

Az inzulin kezelés különböző formáit taglalva, a hagyományos kezelési formáktól a legkorszerűbb intenzifikált terapiás eljárásokig sorra veszi a különböző kombinációkat.

Az inzulin kezelés elvei általában megegyeznek a hazánkban is általánosan alkalmazott terapiás elvekkel. Röviden ismerteti a „PEN” kezelés elveit, és az inzulin-pumpa alkalmazását. (Utóbbi nálunk a gyakorlatban egyelőre nem került alkalmazásra.) A terapiás fejezet végén röviden érint olyan modern próbálkozásokat, mint a Guar, vagy a „Németországban előállított alfa-glucosidase gátló Acarbose (utóbbi hazai kipróbálása már megtörtént, várhatóan rövidesen megindul a hazai törzskönyvezési eljárás). A 4. fejezetben a cukorbetegre fenyegető különféle „veszélyek”ről ír. Így röviden tárgyalja a hypo-, ill. hyperglykaemiát, táblázatban mutatja be a két akut anyagcserezavar differenciál-diagnózisát. A késői specifikus diabeteses szövődmények kapcsán, a jól ismert micro- és macroangiopathiák mellett megemlíti a cukorbetegség bőrelváltozásairól, a cukorbeteg különféle fertőzések iránti fogékonyaságáról és kissé bővebben szól a nálunk még mindig mostohán kezelt „diabeteses láb” kórképéről.

Röviden érinti a diabetes és magasvérnyomás, ill. diabetes és sport (fizikai megterhelés) kérdését is.

Az 5. fejezetben néhány oldalon át a cukorbeteg terhes, ill. a gestációs diabetes problémáival foglalkozik. Ebből megtudhatjuk, hogy Németországban sincs kötelező cukorterhelés a terhesség során. Mindössze a vizeletcukor meghatározás kötelező, az viszont sok hamis pozitív, ill. hamis negatív eredménnyel jár. A glucosuriás ill. ún. rizikóegységben először egyszeri 50 g cukorral történő orális terhelést végeznek, s ha a 60 perc múlva vett vércukor a 140 mg/100 ml értéket meghaladja, akkor teljes orális cukor-terhelést végeznek.

A könyvecske 6. fejezetében szociális problémákkal foglalkozik. Röviden tárgyalja a pályaválasztást, bizonyos kedvezményeket a „hátrányos helyzetű”-nek minősített cukorbeteg részére stb. Érdekes, hogy inzulinnal kezelt cukorbeteg szemelegépkocsit vezethetnek (taxit, kamiont, közhasznú járművet nem!). Ha anyagszerük stabil, jelentős szövődmények nincsenek, úgy az insulin adagjának minden megköveteltje nélkül (nálunk 40 E/die inzulin dosis felett a jogosítvány megszerzése problematikus!).

Ref.: E könyvecske mintegy „zsebkönyv” a diabetes mellitus komplett témakörének. Ugyanakkor mégis igen jó összefoglalást jelent nővéreknek, asszisztenseknek, mindazoknak, akik cukorbeteg kezelésére, gondozására specializáltak magukat. Túl e könyv recenzióján, azon is el kellene gondolkodni, mikor indítunk már — országos méretekben — ilyen irányú szakképzést? Annál is inkább, hiszen a cukorbetegség valódi népbetegség, jelenleg kb. a lakosság közel 5%-a szenved diabetesben!

Ennek megindításához deviza nem szükséges, csak némi szervezés, lelkesedés. A résztvevőknek ez a könyv is jó vezérfonalul szolgálhat.

Halmos Tamás dr.

HÍREK

A Magyar Ortopéd Társaság 1991. február 25-én

delután 15.00 órakor az Ortopédiai Klinika nagytermében (Bp., XI., Karolina út 27.) tudományos ülést tart.

1. Sommer Kl.: Az autotransfusio lehetőségei
2. Kullman L.: Károsodás, fogyatékos és rokkantság az ortopédiában
3. Szilvási I.: Rádióizotóp vizsgálatok az ortopédiában és a traumatológiában
4. Esetbemutató

A Főv. Tan. Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága ülést tart

1991. február 28-án 14 órakor

a kórház tanácstermében.

Üléselnök: Sági Tamás dr.

Program:

1. Rósa Gábor dr.: Egyéni ragasztásos módszerrel végzett AV-fistulákról
2. Vass György dr., Réfi Miklós dr., Juhász Miklós dr.: Nagy mennyiségű idegentestet nyelt és aspirált operált esetünk
3. Balázs Péter dr., Keszler Pál dr.: Fibrin-ragasztók alkalmazása a mellkasbevezetben (nyelőcső-tüdő)

Az Orvostovábbképző Egyetem Tudományos Bizottsága 1991. február 28-án (csütörtökön) 14.30 órakor rendezi meg következő tudományos ülést.

Helye: Orvostovábbképző Egyetem, XIII., Budapest, Szabolcs u. 33-35.

Oktatási épület, II. sz. előadóterem

Program

Bevezető: Gáti István dr. egyetemi tanár, az OTE tudományos rektorhelyettese

Előadók: Tóth Károly dr. — Nádai Iván dr.

„Az alsó végtagi perifériás érrendszeri betegség társulása a coronariák és a carotis rendszer betegségeivel”;
Rajczy Klára — Hajdú Krisztina dr. — Tóth András dr.:
„Kromoszóma mozaikosság a humán gesztáció alatt”;
Illei Péter dr. — Tóth Andor dr.:

„Az alkoholos májzsugorodás gyakorisága boncolási anyagban”

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre 1991. február 28-án (csütörtök) du. 14.00 órakor az Orvosi Könyvtárban (Bp., Gyáli út 17-19.) tudományos ülést tart.

Téma

1. Uzonyi György dr.: Diabeteses betegek szemészeti gondozása
2. Leiszter Ferenc dr.: Korszerű diagnosztikus és terapiás eljárások alkalmazása osztályunkon
3. Vereb Katalin dr.: Sugárterápia a szemészetben

„Segítség és bánásmód a haldoklókkal” című szeminárium Szombathelyen.

Az 1991. április 2-3-án tervezett szemináriumunk címe:

„Erfahrungen und Hilfen im Umgang mit Sterbenden”. Előadó Prof. Dr. Paul Becker, az „Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand” társaság elnöke.

A szeminárium iatama: 1991. ápr. 2. 9⁰⁰-tól 1991. ápr. 3. 18⁰⁰-ig.

A szeminárium nyelve: német. Fordítási lehetőséget nem tudunk biztosítani.

A szeminárium helye: előreláthatólag a szombathelyi „Szent Kereszt Lelkészség”.

Szállás: A Szent Kereszt Lelkészség (Kálvária) keretén belül alakuló kultúrközpont szobáiban.

Rendelkezésre áll: 12 db egyágyas, 4 db kétágyas és 3 db turista (9-10 férőhelyes) szoba, ill. szükség esetén néhány pótágy.

Az egyágyas szoba ára 500 Ft/éjszaka, a kétágyasé 300 Ft/éjszaka, a turistaszobáé 130 Ft/éjszaka.

Miután a férőhelyek száma korlátozott, több jelentkező esetén a jelentkezési sorrendet kell figyelembe venni. A szállás mellett teljes étkeztést tudunk biztosítani: reggeli 70, ebéd 120, vacsora 80 Ft. (Az árak változása miatt kisebb módosításra is lehet számítani.) Németül tudó orvosok és nővérek jelentkezését várjuk.

Kellő számú érdeklődő esetén szándékunkban áll a fent említett társaság magyarországi tagozatának megalakítását kezdeményezni.

Jelenkezési határidő: 1990. február 28.

Jelenkezés a következő címen:

Széll Kálmán dr.

Markusovszky Kórház

Anaest. és Intenzív osztály

Hámán K. u. 28.

Szombathely, 9700

Tel.: 94/11-542 (kórház)

94/16-835 (direkt)

A DOTE Tudományos Bizottsága, a DAB Orvosi és Biológiai Szakbizottsága az I. sz. Sebészeti Klinika közreműködésével a DAB Székházában (Debrecen, Thomas Mann u. 49.) 1991. március 4-én (hétfőn) 18 órakor tudományos ülést rendez.

1. Balázs Gy.: Bevezetés
2. Uray É., Makár V., Tarr Á., Orosz L., Simon É., Szikszay, E.: Az intenzív terápia a modern sebészet szolgálatában.

3. Antalffy J., Kismarton J., Bordás E., Szabó É., Uray É.: A postoperatív peritonitisek korai funkcionális diagnosztikája.

4. Sáy P., Olvasz S., Garami Z., Pálffy A., Balázs Gy.: Irányzatok és eredmények az elektív pancreas-sebészetben.

5. Bartha I., Furka I., Duda Gy., Papp L.: A postoperatív dehidrációs hatása a colon-anastomosisok gyógyulására (klinikai eredmények, kísérleti tapasztalatok).

6. Lukács G., Juhász F., Bokor L., Pálffy A., Balázs Gy.: Differenciált pajzsmirigyek: a radikális szempontja a regionális és távoli áttétek kezelésében.

7. Juhász F., Balázs Gy., Lukács G., Stenszky V., Oláh É., Nadir R. Farid: Immunogenetikai és cytogenetikai vizsgálatok pajzsmirigy-tumorokban.

8. Halász L., Fülöp B., Papp L.: Emlőszűrés és az emlőrák stádiummegoszlása.

9. Olvasz S., Kozlovski B., Bartha I., Kaposi T.: Mennyiségi és minőségi változások érsebészeti tevékenységünkben.

10. Kozlovski B., Fülöp T., Mohácsi A., Bajnok L., Csiba L., Csapó K., Mész M., Antalffy J.: Claudicatio intermittensben szenvedő értegek gondozása.

MEGHÍVÓ

A János Kórház és Rendelőintézet Tudományos Bizottsága a Légzésphysiologiai Osztállyal közösen

1991. március 7-én (csütörtökön) 14 órakor

a kórház tantermében tudományos ülést rendez.

Előadások:

1. Kelemen Sándor prof. dr.: A normális, a kóros és a hiányzó orrlégzés hatása a tüdő tevékenységeire.

2. Lukács Judit dr., Nagy Alfréd dr.: A szérumban angiotensinconvertáló enzim értékelhetősége a daganatok diagnosztikájában és prognosztikájában.

3. Mohácsi Edit dr.: Az asthma bronchialehoz csatlakozó társbetegségek gyakorisága és megoszlása az életkor függvényében és a terápiás következmények.

4. Marozsán Ibolya dr.: A bronchospasmus differenciáldiagnosztikájának néhány kérdése.
Minden érdeklődőt szeretettel várunk.

A Magyar Nőorvos Társaság és a Magyar Gyermekegyorvosok Társasága Perinatológiai Szekciójának tudományos ülését 1991. május 29–31-én rendezi Győrben.

A tudományos ülés fő témái:

1. Prenatális diagnosztika és terápia.

2. Újszülöttkori szűrővizsgálatok.

3. Szabadon választott témák.

Részletes információ, jelenkezés: Gardó Sándor dr., Győr Megyei Kórház, Pf. 92, 9002.

Az International Gastro-Surgical Club II. Kongresszusát 1990. novemberben Athénben tartotta. A kongresszus során az IGSC vezetőségi ülésén egyhangú határozat született az IGSC Nemzeti Tagozatainak létrehozásáról. A Társaság vezetősége úgy döntött, hogy a Magyar Tagozat megszervezésével Faller József dr.-t és Fehér János dr.-t mint elnököket és Jakab Ferenc dr.-t mint főtárgyat bízza meg.

A Magyar Tagozat célja a jelenleg több mint kétezer tagot számláló anyaszerzet munkájának megkönnyítése, regionális feladatok vállalása és koordinálása, adminisztratív feladatok megkönnyítése és a nemzetközi tudományos tevékenység előmozdítása.

A Magyar Tagozat és egyúttal az IGSC tagsági feltétele kiemelkedő gastroenterológiai tevékenység, folyamatos publikációs tevékenység az IGSC nemzetközi és regionális rendezvényein, valamint a Társaság lapjában.

A Magyar Tagozattal kapcsolatos felvilágosítás beszerezhető: Jakab Ferenc dr., Semmelweis OTE Sebészeti Tanszék, Diósárok u. 1. 1125

Telefon: 156-1444

Rózsadomb elején kétlakásos villában, az egyik 50 m²-es, összkomfortos, cirkófürdő, KIEL telefonos lakás orvosi rendelőknek kiadó. Lehet team is.

T: 135-6312 (reggel: 8–10 óráig, délután: 18.00–21.00 óra közötti időben)

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(24/1)

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (1475 Budapest, X., Kozma u. 13. Pf. 22.) főigazgató-főorvosa megüresedett álláshelyekre felvesz 3 fő klinikai pszichológust.

A felvételre kerülő pszichológus részt kell vegyen az intézet szakértői jellegű diagnosztikai és elmeosztályi terápiai feladatainak ellátásában.

Fizetés: havi 18–24 ezer Ft között, évente egyszeri juttatásként 13. havi fizetés, korpótlék, ingyenes BKV-bérlet. Szükség esetén albérti hozzájárulást biztosítunk. Szociális juttatások: üdülés, egészségügyi ellátás, gyermeküdítetés.

A munkakör betöltésének feltétele megfelelő pszichodiagnosztikai, illetve terápiai gyakorlat, képzettség, valamint 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány.

Jelentkezni, illetve tájékozódni az 1–276–849/244 telefonon a vezető pszichológusnál.

Csicsay Iván dr., főigazgató-főorvos

(4/a)

Fiatalkorú belgyógyász szakorvos, viszonylag széles tapasztalatokkal, pszichoszomatikus, holisztikus szemlélettel rész- vagy teljesidejű munkalehetőséget keres a vállalkozási szférában vagy más új szemléletű helyen.

Kapcsolatfelvétel „Partneri viszony” jellegű a kiadókban.

(12/a)

A Magyarországi Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet orvosi-igazgatója (Nagykanizsa, Fabik K. u. 2–8.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett IX. sz. felnőtt körzeti orvosi állásra.

A pályázati anyagot a 7/1987. (VI. 30.) Eü.M. számú rendelet 1. sz. melléklete szerint kérjük összeállítani.

Szabó Csaba dr., orvosi-igazgató

(13)

A MH Egészségügyi Szolgálat Főnöke pályázatot hirdet a MH 6. Katonai Kórház (Győr) organikus neurológiai osztályára:

— 1. osztályvezető-főorvosi kinevezett polgári alkalmazott állományú állás betöltésére.

Pályázati feltételek:

— szakorvosi képesítés, 10 éves szakmai gyakorlat,

— büntetlen és feddhetetlen előélet,

— magyar állampolgárság.

Az állás azonnal betölthető.

Bérezés a MH bértáblázati szabályai szerint. A lakás személyes megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatot a megjelenésétől számított 15 napon belül — szolgálati úton — a MH Egészségügyi Szolgálat Főnökhöz kell benyújtani a Győri Katonai Kórház Igazgatóságán keresztül (Győr, Pf. 428. 9002)

Informálódás: (96) 15-170 számon.

(14)

Az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet mb. főigazgató-főorvosa (Bp., IX., Nagyvárad tér 2.) pályázatot hirdet az OMÜ Szakmunkásvédelmi Országos Egészségvédelmi Intézetében (Bp., VII., Kertész u. 36.)

1 fő orvostudományi állásra.

Az orvos feladata a 14–18 éves korosztály szakmai egészségügyi alkalmassági vizsgálata, valamint egészségvédelmi kapcsolatos tudományos és módszertani munka végzése.

Üzemi orvosi, gyermekgyógyász vagy belgyógyász szakképesítéssel, valamint nyelvtudással rendelkezők előnyben részesülnek.

Bérezés az érvényben lévő jogszabályok alapján, megbeszélés szerint.

A pályázathoz csatolni kell a 7/1987. (VI. 30.) Eü.M. sz. rendeletben meghatározott okmányokat.

A pályázatot dr. Brunner Péter főigazgató helyettes főorvoshoz kell benyújtani, a megjelenéstől számított 30 napon belül (Bp., VII., Kertész u. 36.)

Ungváry György prof. dr., mb. főigazgató-főorvos

(15)

A Martfű Városi Polgármesteri Hivatal pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett körzeti orvosi állásra, amely 1991. április 1-jén foglalkozhat el.

Összkomfortos gázfűtéses lakást biztosít a hivatal, illetmény szakképesítéssel és szolgálati időtől függően + ügyeleti díj.

Pályázati feltétel: legalább két éves kórházi előgyakorlat. Általános orvostanból vagy gyermekgyógyászból vagy belgyógyászból szakképesítéssel bírók előnyben.

Határidő: 1991. március 15.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket Városi Polgármesteri Hivatal, Martfű, Kossuth út 2. címre kell küldeni.

Bozó József dr., városi főorvos

(16)

Kalocsa Városi Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra. Belgyógyászati osztályra, belgyógyász szakorvosi, vagy szakvizsga előtt álló pályázók részére.

Psychiatriai osztályra, 2 fő pszichiáter szakorvosi, vagy szakvizsga előtt állók részére.

1 fő orvosi-gyógyszerész állásra pályakezdőknek.

A pályázatot a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül kell az orvos-igazgatóhoz benyújtani.

Kalocsa, Kossuth Lajos u. 34/36. 6300

Réfy Miklós dr., orvos-igazgató

(17)

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet (Nyíregyháza, Vörös Hadseg. út 68.) pályázatot hirdet CT- és UH-járással rendelkező 2 fő röntgen szakorvos részére.

Kiemelt bért biztosítunk, szolgálati lakás megoldható.

Séra Gyula dr., orvos-igazgató

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Zoltán u. 8. Megjelenik 10 850 példányban

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó igazgatója

Telefon: 1310-781

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkiadó postahivatalnál, a Posta hírlapüzletében és a Hírlapfelvételi és Lapellátási Irodánál (HELIR) (Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900), közvetlenül vagy postautóval, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzetszáma. Szerkesztőség: Budapest V., Kossuth L. tér 13–15. Levélcím: Budapest, Pf. 9. 1361. Telefon: 131-5776. Előfizetési díj egy évre 1680.— Ft, félévre 840.— Ft, negyedévre 420.— Ft, 1 hónapra 140.— Ft, egy szám ára 31.— Ft. Széchenyi Nyomda, Győr 91/4900.— 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 bevonata 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 bevonatú 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. 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 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



NEO-PANPUR[®] filmbevonatú tabletta

Enzimes digestivae

A készítmény hatóanyaga a sertéspankreaszból előállított standardizált pankreatin. A tabletta filmbevonata gyomorsav rezisztens, így védelmet nyújt a gyomornedv inaktíváló hatásával szemben. A hatóanyag granulálása és a tabletta filmbevonata együttesen garantálja az enzimek stabilitását. A duodenumban az enzimek (kb. 30 perc alatt a terápiás hatáshoz szükséges mennyiségben) kioldódnak és aktiválódnak.

HATÓANYAG:

minimum 125 mg pancreatinum (10 000 lipáz, 9000 amiláz, 500 proteáz FIP-E) filmbevonatú tablettánként.

JAVALLATOK:

Exokrin pankreasz elégtelenség következtében kialakult diszpepszia, krónikus pankreatitisz, gyomor- és hasnyálmirigy-műtétek utáni enzimpótlás. Mucoviscidózisban az elégtelen hasnyálmirigy-működés pótlására.

ELLENJAVALLATOK:

hatóanyag iránti túlérzékenység, akut pankreatitisz, krónikus pankreatitisz akut szakasza.

ADAGOLÁS:

A pankreasz betegség súlyosságától függően naponta 3-szor 1–3 filmbevonatú tablettát étkezés közben vagy közvetlenül evés után kevés vízzel, szétrágás nélkül kell bevenni.

MELLÉKHATÁS:

igen ritkán émelygés előfordulhat.

MEGJEGYZÉS:

✚ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS:

30 filmbevonatú tabletta.

ELŐÁLLÍTÓ:

Knoll AG—BASF licence alapján előállítja és forgalomba hozza az EGIS GYÓGYSZERGYÁR — Budapest.

OGYI eng. szám: 4264/40/90.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST