

Orvosi Hetilap

48 Ft

1991. augusztus 4.

132. évfolyam — 31. szám

Regurgitációk súlyossági fokának megítélése szinkódolt Doppler echocardiographiával, szerzett vitiumokban

Forster Tamás dr., Varga Albert dr., Kardos Attila dr., Borthaiser Angela oh., Tran van Riep dr., Móczó István dr., Gaál Tibor dr., Csanády Miklós dr. 1683

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

A gyomorrák cytostatikus kezelésével szerzett tapasztalataink

Kuklis Balázs dr., Iliás Lajos dr., Simig Mária dr., Sebesi Judit dr., Pattantyus János dr., Fiala Ervin dr. 1691

DIAGNOSZTIKAI KÉRDÉSEK

Lelet és gondolkodás a diagnózis felállításában

Böszörményi Miklós dr. 1695

KLINIKOPATOLÓGIAI TANULMÁNYOK

A szövettani prognosztikai indexek és a klinikai kórlefolyás összefüggése prostata carcinomában

Hübler János dr., Csanaky György dr., Baranyai Ferenc dr. 1701

ORVOSI TECHNIKA

A végtag lymphoedema konzervatív kezelése

Bihari Imre dr., Meleg Mária 1705

RITKA KÓRKÉPEK

Anus praeternaturalisban kialakult primer adenocarcinoma

Csonka Csaba dr., Ludmány Éva dr. 1709

ORVOS ÉS JOG

Az intézeti halálozásról az igazságügyi orvosszakértő szemszögéből

Csatai Tamás dr., Orosz Gyula dr. 1713

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

1719

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

1731

HÍREK

1735

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

1735



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány



VERAPAMIL

injekció

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK

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

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

JAVALLATOK: supraventricularis tachycardiák kezelésére:

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

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

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

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

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Tilos az együttadás:

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

Óvatosan adható együtt:

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

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

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

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (2 ml)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
Budapest



CHINOIN BUDAPEST 

Hungarian Medical Journal

August 4, 1991. Volume 132. No. 31.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Colour flow mapping investigation of valvular regurgitation
Forster T., Varga A., Kardos A., Borthaiser A.,
Tran van Riep., Móczó I., Gaál T., Csanády M. 1683

THERAPEUTIC STUDIES

Experiences in the cytostatic treatment of gastric cancer
Kuklis B., Iliás L., Simig M., Sebesi J., Pattantyus J.,
Fiala E. 1691

THE QUESTIONS OF DIAGNOSIS

Data collecting and thinking in the process of setting up diagnosis
Böszörményi M. 1695

CLINICOPATHOLOGICAL STUDIES

The relationship between histological prognosis indices and clinical prognosis in prostate cancer
Hübler J., Csanaky Gy., Baranyai F. 1701

MEDICAL TECHNIQUE

Conservative treatment of lymphoedema of the limbs
Bihari I., Meleg M. 1705

RARITIES

Primary adenocarcinoma developed at a colostomy opening
Csonka Cs., Ludmány É. 1709

THE MEDICINE AND THE LAW

About the lethal cases in hospital from the viewpoint of criminology
Csatai T., Orosz Gy. 1713

FROM THE LITERATURE

LETTER TO THE EDITOR 1731

NEWS 1735

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,
tel.: 1128-860) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámmal.
Előfizetési díj egy évre 2460,— Ft, félévre 1230,— Ft, negyedévre 615,— Ft,
1 hónapra 205,— Ft, egyes szám ára 48,— Ft

Orvosi Hetilap

132. évfolyam 31. szám — 1991. augusztus 4.

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította — Established by

MARKUSOVSKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

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.

Szerkesztők — Editors

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

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

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).

Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII.,
Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410.
Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973

A kiadásért felel: Prof. Dr. Árky István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7.,
Pf. 142. 1410. Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973

Készült: Széchenyi Nyomda, Győr 91.16357.

Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

APULEIN

krém és kenőcs

Antiinflammatorica topica

HATÓANYAGA:

BUDESONID

Nem halogénezett helyi gyulladáscsökkentő hatású glukokortikoid

HATÁSOS

- Helyi hatása krónikus betegekben a halogénezett származékokéval azonos
- Alkalmazásával rövid idő alatt klinikai javulás érhető el

BIZTONSÁGOS

- A hatékony lokális dózis szisztémás hatása egy nagyságrenddel kisebb, mint a halogénezett származékoké
- Gyógyszeralkalmazási előiratban megadott feltételek mellett nem gátolja a mellékvese működését
- Minimális a szervezet szteroid terhelése
- Gyorsan metabolizálódik

KÉNYELMES

- Alkalmazása kozmetikai igényeket is kielégítő
- Gyorsan penetrál a bőrbe
- Nem szennyezi a ruhaneműt
- Occlusiv kötés csak kifejezett orvosi javaslat esetén alkalmazandó.



Hatóanyag: 3,75 mg budesonidum (15 g) vazelin alapanyagú kenőcsben, 3,75 mg budesonidum (15 g) vízzel lemosható kremben.

Hatás: A budesonid hatóanyag prednisonon-sorba tartozó, nem halogénezett glukokortikoid. Lokális hataserősége a halogénezett származékokéval azonos.

Javallat: Kortikoszteroidra reagáló gyulladással járó bőrbetegségek, elsősorban atópiás dermatitisz, pszoriasis, ekcéma.

Kenőcsből a felszívódás lassabb, mint a krém gyógyszerformából, hatása tovább tart, ezért krónikus folyamatok kezelésére előnyben részesítendő.

Ellenjavallat: Virusos, bakteriális, gombás fertőzés a bőrön.

bőr tuberkulózis.

Szifiliszos bőrelváltozás, herpes simplex, rosacea, perioralis dermatitisz, túlerzékenység valamelyik komponenssel szemben

Terhesség, laktáció relatív ellenjavallatot képez, merlegelni kell a várható terápiás előnyt és kockázatot, mert átjuthat a placentán és kiválasztódik az anyatejben

Alkalmazása: 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 beverzések jelentkezhetnek. Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken, bőr atrofia alakulhat ki.

Másodlagos szuperinfekció, acneiform eruptio, irritatív dermatitisz, égő érzés, viszketés, a bőr kiszáradása, folliculitis, hypopigmentáció, striae, hypertrichosis, arcbőron papulozus dermatitisz esetleg előfordulhat.

Figyelmeztetés: A kezelés időtartama a klinikai eredménytől függ. Negy-heten túli kezelés csak a beteg állapotának alapos mérlegelésevel 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 szemkörnyeki területek, valamint nyálkahártya kezelésére nem alkalmazható!

Előállító:

RICHTER GEDEON Vegyészeti



Gyár Részvénytársaság

Regurgitációk súlyossági fokának megítélése színekódolt Doppler echocardiographiával, szerzett vitiumokban

Forster Tamás dr., Varga Albert dr., Kardos Attila dr., Borthaiser Angela oh., Tran van Riep dr., Móczó István dr., Gaál Tibor dr. *, Csanády Miklós dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, II. számú Belgyógyászati Klinika (igazgató: Csanády Miklós dr.)
Önálló Szívsebészeti Osztály* (igazgató: Kovács Gábor dr.)

A szerzők 120 beteg 139 billentyű insufficienciája (55 mitralis és 84 aorta regurgitatio) esetében összehasonlították a színekódolt Doppler echocardiographia és a szívkatéterezés által nyert súlyossági fokozatokat. Az echocardiographiás vizsgálat során szubjektíve meghatározott súlyossági fokozat mellett minden esetben megmérték a regurgitációs jet hosszát, szélességét és planimetrizálták a területét. A fenti paramétereket korreláltatták az angiocardiographia során megállapított súlyossági fokozatokkal. Jó egyezést találtak a két módszer között. A regurgitációs jet-ek különböző paramétereit tekintve mitralis insufficienciában a legsúlyosabb (IV.) fokozat egyértelműen elválasztható a többitől, míg aorta regurgitatio esetén mind a négy súlyossági fokozat jól differenciálható. Fentiek alapján a színekódolt Doppler echocardiographia alkalmas módszer a regurgitációk súlyossági fokának noninvazív semi-quantitatív meghatározására.

Kulcsszavak: színekódolt Doppler echocardiographia — regurgitatio — szervezett vitiumok

Szerzett vitiumok esetében azok súlyosságának megítélésére a szívkatéterezés az eddig alkalmazott „klasszikus” módszer. Stenosisok vizsgálatok a Doppler echocardiographia, ezen belül is elsősorban a folyamatos-hullámú Doppler-módszer segítségével a nyomásgrádiens noninvazív úton, nagy pontossággal megállapítható, és ezek az eredmények jól korrelálnak a szívkatéterezés eredményeivel is (4, 8, 9). Számos kísérlet történt, hogy vértelen úton, noninvazív módszerrel is meg tudják határozni a billentyű-elégtelenség súlyossági fokát az angiocardiographiához hasonlóan. Itt ismételt a Doppler echocardiographia került a figyelem középpontjába, de a hagyományos Doppler-módszerekkel (pulzatilis és folyamatos-hullámú) nem sikerült a fokozatok megítélését megnyugtatóan megoldani (15, 17). A legújabb technikai fejlesztés eredménye, a színekódolt Doppler echocardiographia jelentős előrelépést jelentett a kardiológiai diagnosztikában. A normális és kóros intracardialis áramlásokat vizuálisan is, angiographiaszerűen megjeleníti, és így egy új lehetőség nyílik az insufficienciák súlyossági fokának noninvazív megítélésére (16, 22).

Colour flow mapping investigation of valvular regurgitation. In the study, 139 valvular regurgitations of 120 patients (55 mitral and 84 aortic regurgitations) were investigated and compared by means of colour flow mapping and heart catheterization. During the echocardiographic examination, the length and width of the regurgitant jets were measured and the jet area was planimetered besides the subjective grades. The above parameters were correlated with the angiographic grades. Good agreement was found between the results of the two methods. As concerns the different parameters of the regurgitant jets in mitral regurgitation, the most severe (grade IV) category was easily distinguished from the others, while in aortic regurgitation all four categories were differentiated by colour flow mapping. These measurements indicated that colour-coded Doppler echocardiography is a suitable tool for detection of the severity of valvular regurgitations in a noninvasive way.

Key words: colour flow mapping, valvular regurgitation, acquired valvular heart disease

Jelen vizsgálataink során arra kerestünk választ, hogy a színekódolt Doppler echocardiographia segítségével milyen pontossággal tudjuk a billentyűelégtelenség súlyossági fokát noninvazív úton megállapítani. A vizsgálat során különböző paramétereket határoztunk meg, és kapott eredményeinket minden esetben összevetettük a szívkatéterezés eredményével is.

Betegcsoport és módszer

Az 1987 novemberétől 1989 májusáig terjedő időszakban 120 beteg 139 billentyű elégtelenségének vizsgálatát végeztük el mind echocardiographiával, mind szívkatéterezéssel. Csak az aorta és mitralis insufficienciára vonatkozó adatokat dolgoztuk fel részletesen. Tricuspidalis insufficiencia csak igen kis számban fordult elő anyagunkban, így statisztikailag értékelhető csoportot nem tudunk képezni. A pulmonalis insufficiencia pedig egészséges emberek között is nagyszámban fordul elő [kb. 85%-ban (24); természetesen tünetmentesen], ezért ennek tárgyalásával jelen munkánkban nem foglalkozunk. Két utóbbi billentyű regurgitációjának pontos megítélése szívkatéterezéssel egyébként is ko-

moly technikai nehézségekbe ütközne. A vizsgált regurgitációk nemek, illetve billentyűhibák szerinti megoszlását az 1. táblázat tartalmazza. A megvizsgált 120 betegből 68 férfi és 52 nő volt,

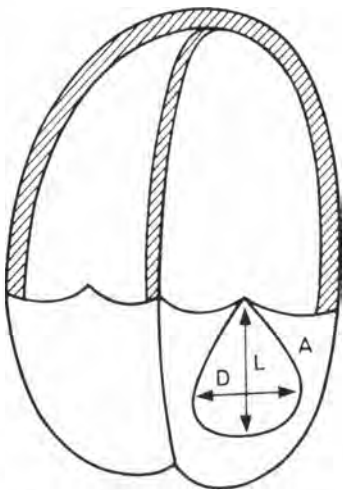
1. táblázat: A betegek megoszlása billentyűhibák és nemek szerint

	AoI	kettős	MI	kettős
Nő	8	17	13	23
Férfi	25	34	12	7
Összesen		84		55
Társvitium		21		19

AoI — aorta insufficiencia, MI — mitralis insufficiencia, kettős — kettős vitium

akiknél 84 esetben aorta insufficienciát és 55 alkalommal mitralis insufficienciát találtunk. Társvitiumnak azokat az eseteket tekintettük, amikor a két billentyű betegsége együttesen fordult elő. A számbeli eltérés abból adódik, hogy két esetben az aorta insufficienciához csupán izolált mitralis stenosis társult.

Vizsgálatainkat TOSHIBA SSH-65A típusú színekódolt Doppler echocardiographiával végeztük. A módszer elvének leírása már előzőekben ismertetésre került (7). A lamináris áramlás típusú piros (ha a transducer felé halad), illetve kék (ha a transducertől elfelé halad) színek reprezentálják, a turbulens áramlásokat mozaikszerű, színpompás jet-ek formájában láthatjuk a képernyőn. Így a normális és kóros áramlásokat gyorsan és könnyen megkülönböztethetjük. Az echocardiographiás felvételeket minden esetben a szívkatéterezés előtt készítettük, általában a beavatkozást megelőzően 1–7 napon belül. Csúcsi hosszstengelyi és négyüregi megközelítést használtunk a regurgitációk jet-jeinek optimális megjelenítésére. A vizsgálatot videoszalagon rögzítettük, és visszajátszás után végeztük el a méréseket. Az angiocardio-graphia során a megszokott ötfokozatú kiértékelési rendszert alkalmazzák, így a pontosabb összehasonlítás érdekében mi is ezt a skálát használtuk vizsgálataink során. Mivel az angiographia kiértékelése egy tapasztalaton alapuló szubjektív rendszeren nyugszik, így összehasonlítottuk a fenti eredményeket egy tapasztalt echocardiographus vizsgáló szubjektív véleményével, melyet a vizuálisan megjelenített jet képe alapján alkotott. Fenti eredményeket a rutin echocardiographiás és szívkatéterezési leletekből változtatás nélkül vettük át. Méréseink során EKG-kapuzás segítségével megkerestük a regurgitatio által okozott legnagyobb jet-et, majd ennek lemértük a hosszát, a szélességét és planimetrizáltuk a területét (1. ábra).

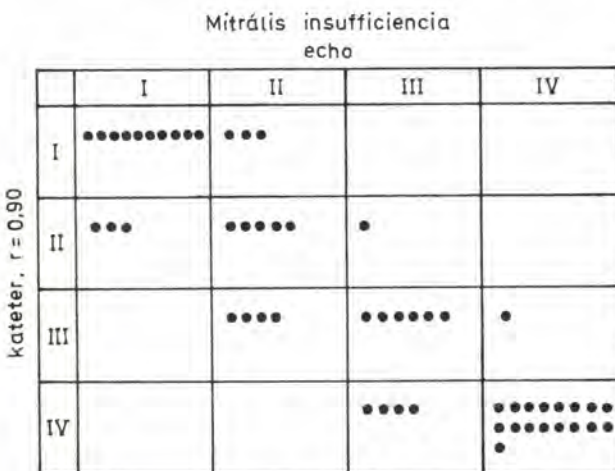


1. ábra: A mitralis jet területének, hosszának és szélességének mérését demonstrálja az ábra csúcsi négyüregi felvételen (L — hossz, D — szélesség, A — terület)

A két módszer szubjektív megítélésen alapuló kategóriáit rangkorrelációval hasonlítottuk össze, mely kifejezi, hogy a módszereinkkel megállapított fokozatok milyen gyakorisággal kerülnek azonos kategóriába. A mért adatokat az angiocardio-graphia eredménye alapján rendeztük csoportokba, meghatároztuk az átlagértéket és a szórást, majd variancia-analízis segítségével megnéztük, hogy csoportjaink elkülöníthetők-e.

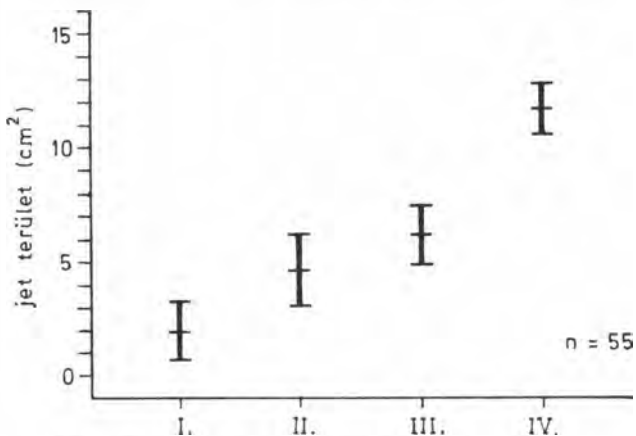
Eredmények

Az echovizsgálat minden esetben sikeres volt és méréseinkhez alkalmas jet-et tudtunk regisztrálni. Az értékelést külön végeztük a mitralis és aorta billentyű insufficienciáinak esetében. Az echocardiographia és az angiographia eredményének összehasonlítását 55 mitralis insufficiencia esetében a 2. ábrán tüntettük fel. Pozitív és negatív irány-

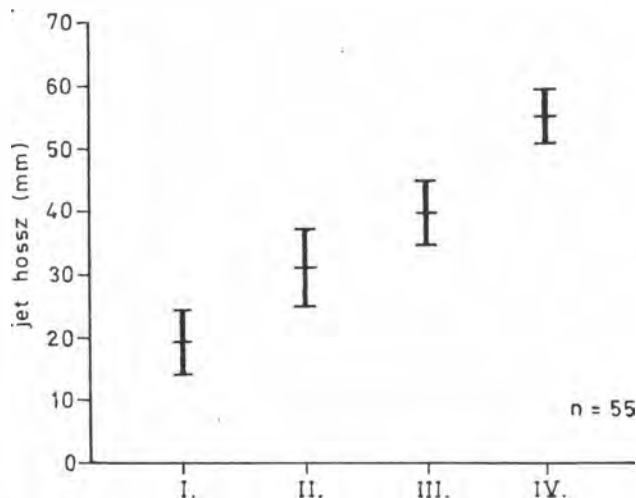


2. ábra: A színekódolt Doppler echocardiographia és a szívkatéterezés által szubjektíven meghatározott súlyossági fokozatok közti összefüggések mitralis insufficienciában

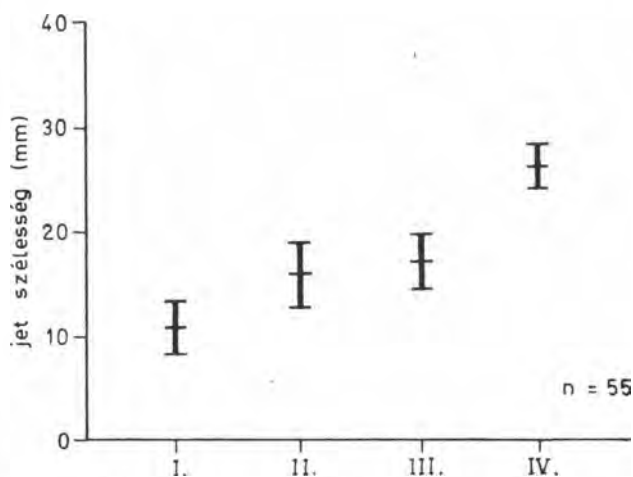
ban is egy-egy fokozatnyi eltérést észleltünk relative nem nagy számban. Egy kisfokú tendencia figyelhető meg, mely szerint az echo alulértékeli a mitralis regurgitatio súlyossági fokát, ennek ellenére a két módszer között igen szoros korreláció mutatható ki, a korrelációs koefficiens: 0,90. A 3., 4. és 5. ábrán a mitralis billentyűn keresztül



3. ábra: A mitralis jet területének összefüggése az angiographiás fokozatokkal



4. ábra: A mitralis jet hosszúságának összefüggése az angiographiás fokozatokkal



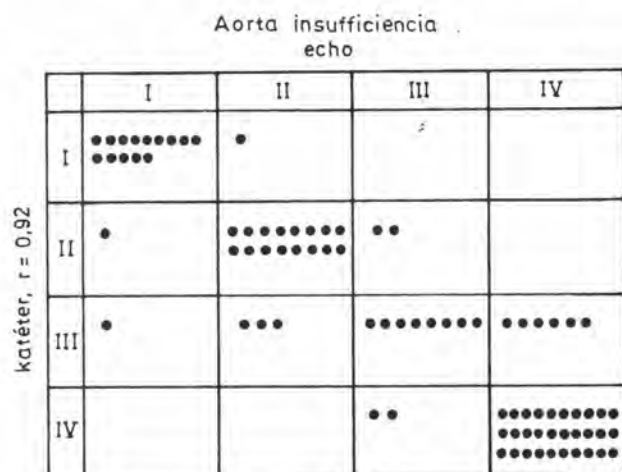
5. ábra: A mitralis jet szélességének összefüggése az angiographiás fokozatokkal

regurgitáló jet adatait (terület, hossz, szélesség) hasonlítottuk a szívkatéterezés által meghatározott súlyossági fokozatokhoz. A grafikus ábrákon minden esetben az azonos csoportba tartozó mérési eredmények átlagértékét, valamint a variancia-analízis által meghatározott ún. konfidencia intervallumot (Scheffé szerint) tüntettük fel, mely azonnal mutatja, hogy az eredmények között szignifikáns különbség mutatkozik-e. Mindhárom paraméter esetében a IV. (legsúlyosabb) fokozat jól elkülöníthető a többtől, míg az I.—III. fokozatok között különböző mértékű átfedés mutatkozik. A 2. táblázat a mitralis regurgitációs jet különböző paramétereinek számszerű értékeit mutatja be. A táblázatban az angiographia alapján egy csoportba sorolt mérési eredmények átlagértékét, illetve a standard deviációt tüntettük fel.

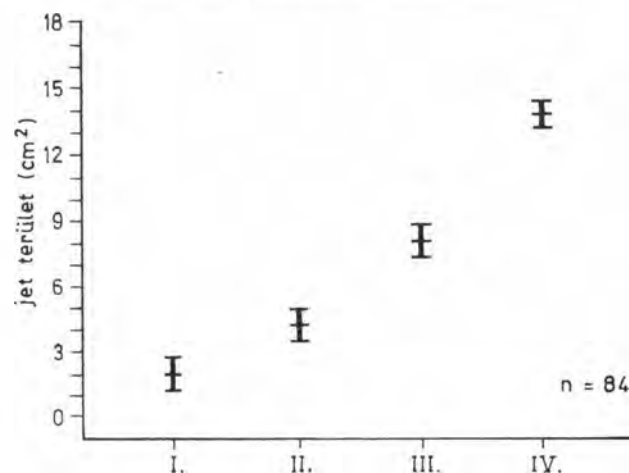
A 6. ábrán 84 aorta insufficiencia esetében ábrázoltuk a két módszerrel meghatározott szubjektív súlyossági fokozatok egyezését. A korrelációs koefficiens ebben az esetben 0,92 lett. Kis számban észleltünk egy, illetve egyszer két fokozatnyi eltérést. A 7., 8. és 9. ábrán az aorta insufficiencia jet-jének különböző paramétereit vetettük

2. táblázat: A mitralis jet különböző paramétereinek értéke az angiographiás fokozatok szerint mitralis insufficienciában (átlag ± SD)

Fokozat	I.	II.	III.	IV.
n	13	9	12	21
Terület (cm ²)	1,9 ± 1,5	4,4 ± 3,0	6,0 ± 2,5	11,7 ± 3,9
Hossz (mm)	19,1 ± 10,5	31,1 ± 13,8	39,9 ± 12,3	55,1 ± 12,5
Szélesség (mm)	10,6 ± 3,5	15,8 ± 6,0	17,0 ± 4,0	26,1 ± 9,0



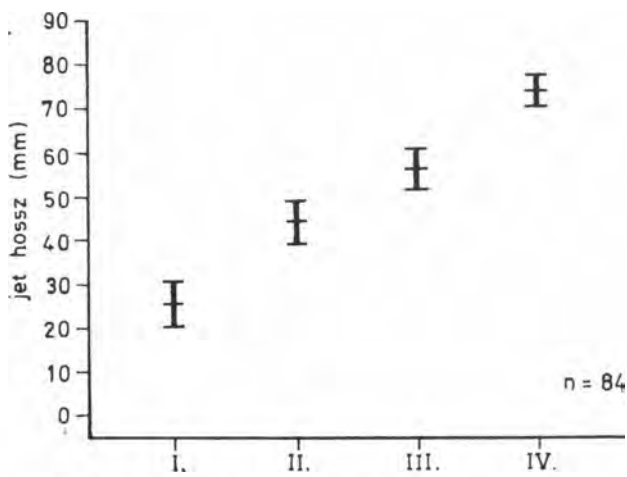
6. ábra: A színekódolt Doppler echocardiographia és a szívkatéterezés által szubjektíven meghatározott súlyossági fokozatok közti összefüggés aorta insufficienciában



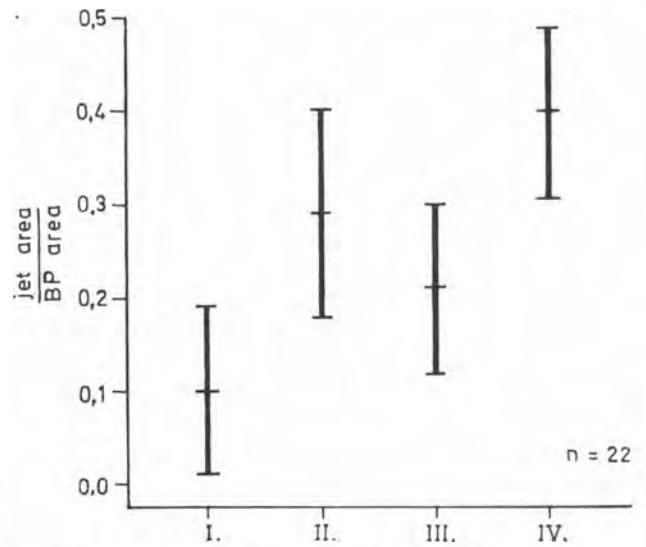
7. ábra: A jet terület összefüggése az angiographiás fokozatokkal aorta insufficienciában

össze az angiographiás súlyossági fokozatokkal. Minden paraméter alkalmasnak bizonyult az egyes fokozatok szétválasztására. A 3. táblázat a jet különböző paramétereinek átlagértékét és a standard deviációt szemlélteti az angiographiás csoportok alapján aorta insufficienciában.

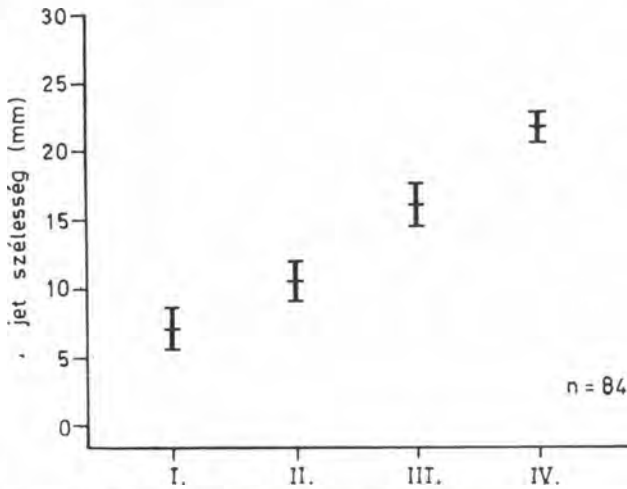
Vizsgált eseteink egy részében megnéztük, hogyan befolyásolja mérési eredményeinket, ha a jet paramétereit hasonlítjuk az adott szívüreg azonos paraméteréhez, és az



8. ábra: A jet hosszúság összefüggése az angiographiás fokozatokkal aorta insufficienciában



10. ábra: A mitralis jet területe és a bal pitvar területe hányadosának viszonya az angiographiás fokozatokhoz

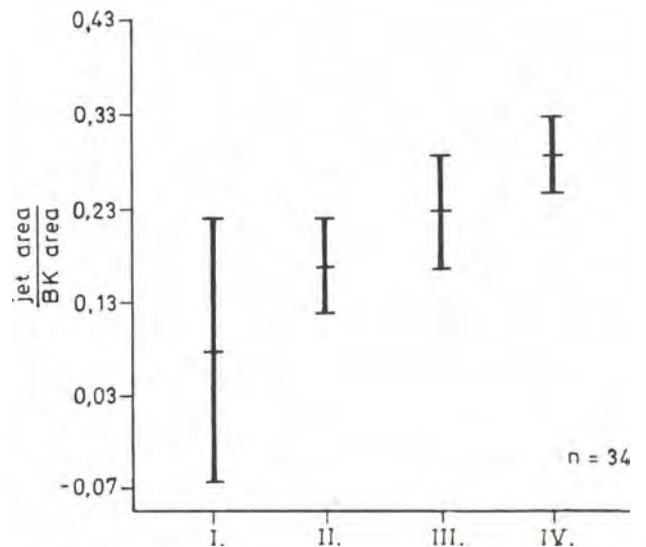


9. ábra: A jet szélesség összefüggése az angiographiás fokozatokkal aorta insufficienciában

3. táblázat: A regurgitációs jet különböző paramétereinek értéke az angiographiás fokozatok szerint aorta insufficienciában (átlag \pm SD)

Fokozat	I.	II.	III.	IV.
n	15	19	18	32
Terület (cm ²)	1,9 \pm 0,7	4,2 \pm 1,5	8,1 \pm 3,5	13,8 \pm 2,8
Hossz (mm)	25,4 \pm 5,6	44,3 \pm 9,5	56,9 \pm 16,5	73,7 \pm 15,7
Szélesség (mm)	7,0 \pm 1,5	10,6 \pm 3,0	15,9 \pm 5,2	21,5 \pm 5,5

így kapott arányszámot hasonlítjuk az angiographia eredményeihez. Mitralis insufficiencia esetén 22 alkalommal, míg aorta insufficienciában 34 esetben végeztük el az összehasonlítást ilyen módon. A 10. ábra a mitralis jet területének és bal pitvar területének arányszáma és a súlyosági fokozatok összefüggését mutatja. Az előző ábrákhoz viszonyítva a korreláció jelentős romlását találtuk. Aorta insufficienciában a jet területét a bal kamra területéhez viszonyítottuk, de itt is, bár nem olyan nagy mértékben, a korreláció csökkenését észleltük (11. ábra).



11. ábra: Az aorta insufficiencia jet-jének területe és a bal kamra területe hányadosának viszonya az angiographiás fokozatokhoz

Megbeszélés

Szerzett szívbillentyűhibák esetében a „klasszikus” módszer azok súlyosági fokának meghatározására a szívkatéterezés volt. Mivel ez egy invazív vizsgálómódszer, ezért a kardiológusok számos kísérletet tettek, hogy noninvazív úton is hozzájussanak azokhoz az adatokhoz, melyek alapján a betegeiket szívműtetre előjegyezhetik. A kétdimenziós echocardiographiával csak gyaníthatuk egy vitium súlyosságát, de biztosak sohasem lehettünk a kapott eredményben. Az ún. indirekt jelek bizonyos fokig útbaigazítottak bennünket (mint pl. a bal kamra tágassága aorta insufficienciában), de ezen adatokból műtéti indikációt nem lehetett egyértelműen felállítani. A Doppler echocardi-

graphia, azon belül is a folyamatos-hullámú Doppler-módszer, nagy előrelépést jelentett a stenosisok kvantitatív megítélésében, mert a grádienseket nagy pontossággal meghatározhattuk (6, 8, 9).

Az insufficientiák esetében más volt azonban a helyzet. A folyamatos-hullámú Doppler-technika, bár lokalizálni nem tudta a regurgitációkat, de kvalitatív nagy biztonsággal regisztrálni lehetett azokat. Egyértelmű megállapítást nyert, hogy a maximális sebesség nincs összefüggésben a regurgitatio súlyosságával, de más paraméterek, pl. aorta insufficientiában a nyomásesés (deceleráció) mértéke korrelál a súlyosság angiographiával meghatározott fokával (15, 18). Itt sem számíthatunk azonban biztos sikerre, mert ezt a paramétert is számos egyéb tényező befolyásolja a regurgitatio súlyossága mellett (pl. a befogadó üreg nagysága, compliance-e, diastolés nyomása, a regurgitációs szájadék nagysága, a regurgitáló volumen).

A pulzatilis Doppler-módszer már lehetővé teszi az insufficientiák áramlásainak lokalizációját is, sőt a „mapping”-elés, feltérképezés technikáját alkalmazva a regurgitációs jet kiterjedése is megbecsülhető (25, 26). Itt már jó egyezést észleltek a jet nagysága és az angiographiás fokozatok között. Azonban számos buktatóval találkozhatunk itt is, hiszen rendellenesen lefutó jet-ek esetében a jet nagyságának feltérképezése nagyon hosszú ideig tartott, sokszor egyáltalán nem lehetett megbízható eredményt elérni (pl. mitralis prolapsusban, congenitalis aorta vitiumban). Számos kísérlet történt, hogy a pulzatilis Dopplert alkalmazva kiszámítsák az ún. regurgitációs fractiót (3, 13, 27), mely az előrefelé mért ütés-volumen és „ideális” ütés-volumen különbsége, de ez a kétdimenziós módszer mérési pontatlansága miatt nem bizonyult megbízhatónak (12). Kísérlet történt arra is, hogy a hasi aorta áramlási profilja alapján különítsék el a súlyos, ill. az enyhe aorta insufficientiát. A módszer alapjául az szolgált, hogy jelentős aorta regurgitatio esetén a hasi aortában kifejezett visszafelé irányuló áramlás detektálható (23). Ez azonban inkább csak érdekességnek tekinthető, gyakorlati értéke csekély.

A színes Doppler-technika nagy előrelépést jelentett, hiszen az áramlásokat már vizuálisan is megjeleníti a szívben és így azok angiographiaszerű értékelését teszi lehetővé. Jelentősen megkönnyítette és meggyorsította a normális és kóros áramlások szétválasztását, mert az áramlási jeleket az anatómiai képletek közé térben és időben helyesen, mozgásában — „real-time” helyezi el (10, 20, 21). Ez a módszer már alkalmasnak látszott arra, hogy segítségével az intracardialis áramlásokat ne csak kvalitatív, hanem semi-quantitatív is értékelhessük. Különböző szerzőcsoportok tettek kísérletet mind mitralis (2, 10, 20), mind aorta insufficientia (1, 21) esetében, hogy a színekódolt Doppler-módszer segítségével noninvazíve állapítsák meg az egyes regurgitációk súlyossági fokát. Különböző paramétereket határoztak meg, mint pl. a jet hosszúságát, a szélességét, míg mások a jet kiterjedését, a területét. Voltak akik a módszert teljesen alkalmatlannak találták a fenti feladatra (2), mások jó eredményeket kaptak (1, 10, 21).

Saját vizsgálataink is alátámasztották, hogy a regurgitációs jet paraméterei jól korrelálnak a regurgitatio súlyosságai

fokával. Ennek megítélésére legalkalmasabb talán a jet kiterjedése, területe, de a többi paraméter esetében is egyértelműen bizonyítható az összefüggés. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy a két módszer, melyet összehasonlítottunk, nem azonos módon regisztrálja a rendellenes áramlásokat, a regurgitációs jet-eket. A szívkatéterezés esetében a kontrasztanyaggal dúsított regurgitáló vért figyeljük meg optikai denzitás változás formájában, míg a színes Doppler-módszer a visszaáramló vér által keltett turbulentiát regisztrálja, ez pedig nem azonos a regurgitáló volumennel. Egyenlőségjelet tehát nem tehetünk a két módszer közé, mégis mint láttuk, jó korrelációt kaptunk, mely a két módszer közötti szoros összefüggésre utal. Egy jól értékelhető jet előállítása is sok technikai jellegű problémát vet fel. Ezen regurgitációs jet-ek minden esetben térben futnak le, így egyetlen síkmetszetet véve alapul nem lehet azokat megbízhatóan körvonalazni, megbecsülni. Mindig a többirányú megközelítés ajánlható, hogy minél jobban magunk előtt lássuk az áramlás térbeli elhelyezkedését. A legbiztosabb módszer az lenne, ha térbeli forgástestként tudnánk a jet-et leképezni és elemezni. Feltehetően egy térbeli jet térfogata még sokkal jobban korrelálna a regurgitatio valódi súlyosságával, a regurgitáló volumennel. Ez pedig elvezethetne minket az insufficientiák kvantitatív-noninvazív megítéléséhez. Sajnos, jelenlegi technikai feltevéleink nem teszik ezt még lehetővé. Másrészt, a vizsgálatok végzése során az azonos körülményekre nagy hangsúlyt kell fektetnünk pl. azonos transducerfrekvencia, azonos szűrőbeállítás, erősítés — „gain” beállítás fontossága, a vizsgáló személye (16). Abban az egy esetünkben, ahol a két módszer között kétfokozatnyi eltérést észleltünk, retrospektív analízis alapján a problémát az okozhatta, hogy a felvétel viszonylag gyengébb minőségű volt, és így a regurgitációs jet nem jelent meg a maga teljességében, és félrevezető eredményt adott. Más szerzők előző, kevésbé sikeres vizsgálatainak fő hibája az volt, hogy egyetlen kiválasztott paraméter mérésére akarták a kérdést leegyszerűsíteni és nem vették figyelembe az előbbieken már említett térbeli elhelyezkedést.

Vizsgálatainkban szemmel látható különbség mutatható ki a mitralis és az aorta insufficientia esetében észlelt korreláció között. Az aorta vitiumokban szinte lineáris összefüggést észleltünk a két módszer között, míg a mitralis jet megítélésekor ugyan a legsúlyosabb és legenyhébb fokozatok elválaszthatók a többitől, de a középső zónában jól látható átfedés mutatható ki. Két magyarázat is adódhat a felvetett kérdésre. Az egyik az, hogy az aorta insufficientia jet-je a transducer ún. közeli-mezőjébe (near-field) esik és itt a regurgitatio által okozott sebességvektor változások (turbulentia) jobban detektálhatók, míg mitralis insufficientia esetén a jet a transducertől kb. 5–7 cm-rel távolabb jelenik meg (far-field), ahol a sugárnyalábok szétterése miatt már nem olyan jó a felvevőképesség. Emellett egyidejű mitralis stenosis fennállásakor a mész árnyékoló hatása is rontja a turbulencia iránti szenzitivitást. Közvetett bizonyítékul elfogadhatjuk azt a tényt is a felvetett probléma magyarázatára, hogy transoesophagealis, ill. epicardialis megközelítést használva ugyanazon beteg esetében ezen módszerekkel jóval nagyobb jet terület mérhető, mint

a transthoracikus irányból készített felvételeken (14). Helmcke és mtsai (10) a legszorosabb összefüggést akkor észlelték, ha a jet területét a bal pitvar területéhez hasonlították mitralis insufficienciában. Mi is megvizsgáltuk ezen feltevést, nemcsak mitralis, hanem aorta insufficiencia esetén is, de a korreláció egyértelmű csökkenését figyeltük meg. Sok esetben az in vitro kísérletek nem erősítették meg az in vivo vizsgálatok pozitív és biztató eredményeit (22), és számos probléma merült fel a regurgitációk semi-quantitatív megítélése tekintetében is. Mindent összevetve mégis úgy tűnik, hogy a klinikai gyakorlat számára a színkódolt Doppler echocardiographia megbízható értékelést ad a regurgitációk súlyosságának noninvazív elbírálásában.

Másrészt felmerül az a kérdés is, hogy vajon az eddigiekben szinte „szentírásként” elfogadott szívkatéterezés valóban az igazi „gold standard” módszer-e az insufficienciák megítélésében (11, 19). Croft és mtsai (5) munkájukban megállapították, hogy az angiographiák szokásos tapasztalaton alapuló, semi-quantitatív kiértékelése nem megbízható, mert kiszámítva a regurgitációs volument, jelentős átfedés mutatkozik az egyes súlyossági fokozatok között. Ez pedig azt jelenti, hogy ezen szubjektív fokozati kategóriák nem tükrözik hűen a valóságos regurgitációs viszonyokat.

Eredményeink szoros korrelációt mutatnak a szívkatéterezés és a színes Doppler echocardiographia által talált súlyossági fokozatok között, és így a módszert alkalmaznak ítéljük a regurgitációk súlyossági fokának noninvazív meghatározására.

IRODALOM: 1. Baumgartner, H., Kratzer, H., Helmreich, G. et al.: Quantitation of aortic regurgitation by colour coded cross-sectional Doppler echocardiography. Eur. Heart J., 1988, 9, 380–387. — 2. Becher, H., Mintert, C., Grube, E. et al.: Beurteilung des Schweregrades einer Mitralinsuffizienz mittels Farbdoppler-Echokardiographie. Z. Kardiol., 1989, 78, 764–770. — 3. Blumlein, S., Bouchard, A., Schiller, N. B. et al.: Quantitation of mitral regurgitation by Doppler echocardiography. Circulation, 1986, 74, 306–314. — 4. Come, P. C., Riley, M. F., Ferguson, J. F. et al.: Prediction of severity of aortic stenosis: accuracy of multiple noninvasive parameters. Am. J. Med., 1988, 85, 29–37. — 5. Croft, C. H., Lipscomb, K., Mathis, K., et al.: Limitations of qualitative angiographic grading in aortic or mitral regurgitation. Am. J. Cardiol., 1984, 53, 1953–1958. — 6. Currie, P. J., Seward, J. B., Reeder, G. S. et al.: Continuous-wave Doppler echocardiographic assessment of severity of calcific aortic stenosis: A simultaneous Doppler-catheter correlative study in 100 adult patients. Circulation, 1985, 71, 1162–1169. — 7. Forster T., Csanády M.: A színkódolt Doppler echocardiographia atlasza. Szeged, 1990. — 8. Hatle, L., Brubakk, A., Tromsdal, A. et al.: Noninvasive assessment of pressure drop in mitral stenosis by Doppler echocardiography.

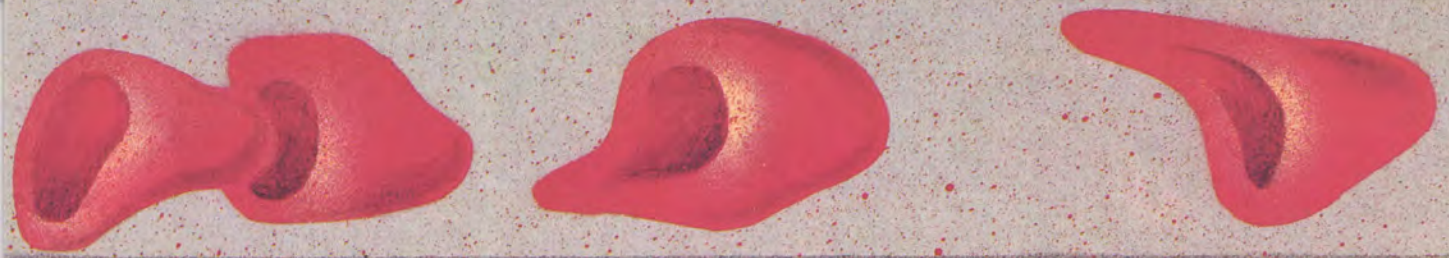
Br. Heart J., 1978, 40, 131–140. — 9. Hatle, L., Angelsen, B. A., Tromsdal, A.: Non-invasive assessment of aortic stenosis by Doppler ultrasound. Br. Heart J., 1980, 43, 284–292. — 10. Helmcke, F., Nanda, N. C., Hsiung, M. C. et al.: Color Doppler assessment of mitral regurgitation with orthogonal planes. Circulation, 1987, 75, 175–183. — 11. Hunt, D., Baxley, W. A., Kennedy, J. W. et al.: Quantitative evaluation of cineangiography in the assessment of aortic regurgitation. Am. J. Cardiol., 1973, 31, 696–700. — 12. Iliceto, S., D'Ambrosio, G., Amico, A. et al.: Errors in measurements of stroke volume for invasive and echo-Doppler evaluations of valvular regurgitant fractions. Eur. Heart J., 1990, 11, 355–360. — 13. Kitabatake, A., Ito, H., Inoue, M. et al.: A new approach to noninvasive evaluation of aortic regurgitant fraction by two-dimensional Doppler echocardiography. Circulation, 1985, 72, 523–529. — 14. Kleinman, J. P., Czer, L. S. C., DeRobertis, M. et al.: A quantitative comparison of transesophageal and epicardial color Doppler echocardiography in the intraoperative assessment of mitral regurgitation. Am. J. Cardiol., 1989, 64, 1168–1172. — 15. Labovitz, A. J., Ferrara, R. P., Kern, M. J. et al.: Quantitative evaluation of aortic insufficiency by continuous wave Doppler echocardiography. J. Am. Coll. Cardiol., 1986, 8, 1341–1345. — 16. Lobodzinsky, S. M., Nanda, N. C.: Computer quantification of Doppler color flow mapped images with clinical applications. Echocardiography, 1988, 5, 427–437. — 17. Márai A., Áldám Zs., Lengyel M.: A pulzatis Doppler echocardiographia jelentősége szívbillentyű elégtelenség kimutatásában. Cardiologia Hung., 1987, 16, 141–148. — 18. Masuyama, T., Kodama, K., Kitabatake, A. et al.: Noninvasive evaluation of aortic regurgitation by continuous wave Doppler echocardiography. Circulation, 1986, 73, 460–466. — 19. Menzel, R. G., Joyner, C. R., Thompson, P. D. et al.: The preoperative and operative assessment of aortic regurgitation. Am. J. Cardiol., 1972, 29, 360–366. — 20. Otsuji, Y., Tei, C., Kisanuki, A. et al.: Color Doppler echocardiographic assessment of the change in the mitral regurgitant volume. Am. Heart J., 1987, 114, 349–354. — 21. Perry, G. J., Helmcke, F., Nanda, N. C. et al.: Evaluation of aortic insufficiency by Doppler color flow mapping. J. Am. Coll. Cardiol., 1987, 9, 952–959. — 22. Switzer, D. F., Yoganathan, A. P., Nanda, N. C. et al.: Calibration of color Doppler flow mapping during extreme hemodynamic conditions in vitro: a foundation for a reliable quantitative grading system for aortic incompetence. Circulation, 1987, 75, 837–846. — 23. Takenaka, K., Dabestani, A., Gardin, J. M. et al.: A simple Doppler echocardiographic method for estimating severity of aortic regurgitation. Am. J. Cardiol., 1986, 57, 1340–1343. — 24. Takao, S., Miyatake, K., Izumi, S. et al.: Clinical implication of pulmonary regurgitation in healthy individuals: detection by cross sectional pulsed Doppler echocardiography. Br. Heart J., 1988, 59, 542–550. — 25. Veyrat, C., Aneur, A., Bas, S. et al.: Pulsed Doppler echocardiographic indices for assessing mitral regurgitation. Br. Heart J., 1984, 51, 130–138. — 26. Veyrat, C., Aneur, A., Gourchigliouian, C. et al.: Calculation of pulsed Doppler left ventricular outflow tract regurgitant index for grading the severity of aortic regurgitation. Am. Heart J., 1984, 108, 507–517. — 27. Zhang, Z., Nitter-Hauge, S., Ihlen, H. et al.: Measurement of aortic regurgitation by Doppler echocardiography. Br. Heart J., 1986, 55, 32–38.

(Forster Tamás dr., Szeged, Korányi fasor 6. 6720.)

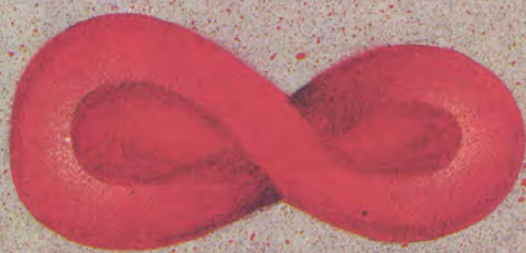
A SPRINGER SZALONBAN (Budapest VII., Wesselényi u. 28.) kapható a bőrgyógyászat alapkönyve, a

BRAUN — FALCO, Otto PLEWIG, Gerd WOLFF, Helmut H. WINKELMANN, Richard K. DERMATOLOGY

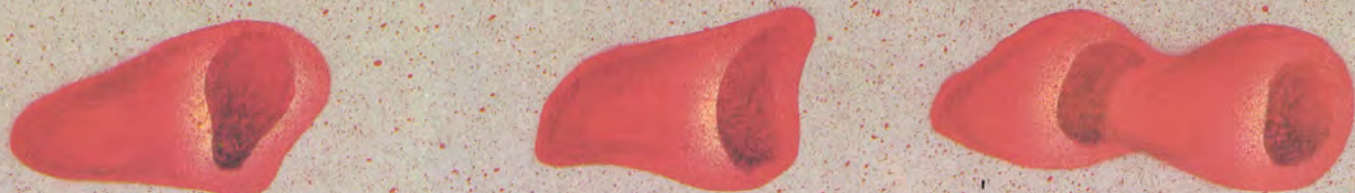
Az 1991-ben megjelent legújabb kiadás 1235 oldalon, 850 színes képpel, angol nyelven (340.— DM), 15 300.— Ft. (A német nyelvű kiadás év végére várható, előjegyzést felveszünk.)



® Trental 400




CHINOÏN





[®]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 (emlékezetrel 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-

**draszé
Vasodilatator 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.

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

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

Megjegyzés: * Csakvényre 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



A gyomorrák cytostatikus kezelésével szerzett tapasztalataink

Kuklis Balázs dr., Iliás Lajos dr., Simig Mária dr., Sebesi Judit dr., Pattantyus János dr., Fiala Ervin dr.

Fővárosi Uzsoki utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest, II. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Iliás Lajos dr.)

A szerzők 1982 óta foglalkoznak a gyomor carcinoma cytostatikus kezelésével. A betegeket két csoportba osztották. *1. csoport:* a gyomor carcinoma miatt radicalisan operált betegek. *2. csoport:* az előrehaladott gyomorrákban szenvedők. Az alkalmazott cytostaticumok a következők voltak: Cyclophosphamid, Vincristin, Ftorafur. Az általuk kidolgozott séma alapján a radicalisan operált betegeket a műtétet követően három hónapos, adjuváns cytostatikus kezelésben részesítették. Az előrehaladott gyomorrákban szenvedők pedig „life long” systemás cytostatikus terápiát kaptak. 1982–1989 között 36 histológiailag is igazolt gyomor carcinomás beteget kezeltek. A terapia eredményességét a cytostaticumok adásának kezdetétől számított túlélésben mérték. A kontroll csoportot (67 eset) a sebészeti osztály radicalisan, illetve palliative operált, chemoterapiában nem részesült betegek alkotják. A szerzők azt tapasztalták, hogy a palliative operált, ill. inoperabilis betegek csoportjában a cytostatikus kezelés a túlélési időt jelentősen meghosszabbította.

Kulcsszavak: gyomor carcinoma, cytostatikus kezelés, túlélési idő

Az újonnan diagnosztizált malignus tumorok — a bőrdaganatoktól eltekintve — leggyakrabban az emésztőtractusból indulnak ki (4, 24). A gyomorrák földrajzi megoszlás szerint gyakori Japánban, Ázsia más területein, valamint Dél-Amerikában, ritkább Észak-Amerikában, Európában és Dél-Afrikában (2, 17). A mortalitás világviszonylatban, így 1970 óta Magyarországon is csökken (1, 2, 24). Hazánkban az összes daganatos halálozás 13,3%-át a gyomor carcinoma okozza (1, 2). A gastroscopia elterjedését követően, a korai diagnosis lehetősége javította a sebészi kezelés eredményeit, de nem kielégítően. Az USA-ban az összes gyomorrákos beteg 5 éves túlélése 16%, resectiót követően sem több, mint 26% (4, 5). A műtét után legjobb túlélési eredményeket felmutató Japánban is csak 50% körül van (5). Magyarországon az irodalmi adatok szerint az előrehaladott gyomorrákos betegeknek kevesebb mint 20%-a él öt év múlva (3, 7).

Ezen adatok ismeretében határoztuk el egyéb terápiás lehetőségek keresését. Osztályunkon 1982 óta foglalkozunk

Experiences in the cytostatic treatment of gastric cancer. The authors have been working on the cytostatic treatment of gastric cancer since 1982. The patients were divided into two groups. *Group 1.:* Patients who had been operated radically on gastric cancer. *Group 2.:* Patients who had advanced gastric cancer. The following cytostatic drugs were administered: Cyclophosphamid, Vincristin, Ftorafur. The patients who had been operated on radically were given adjuvant cytostatic treatment for 3 months according to their own protocol. The patients advanced gastric cancer got life long systemic cytostatic treatment. Between 1982 and 1989, 36 histologically proven gastric carcinoma patients were treated. The effectiveness of the therapy was measured by the survival time from the beginning of the cytostatic treatment. The control group 67 patients consisted of radically or palliative operated patients of the surgical department of those who had not got chemotherapeutic treatment. According to the experiences of the authors, the survival time was prolonged considerably by cytostatic treatment in the group of palliative operated or inoperable patients.

Key words: gastric cancer, cytostatic treatment, survival time

zunk a gyomorrákos betegek systemás cytostatikus kezelésével.

Azt vizsgáltuk, hogy inoperabilis gyomor carcinómában szenvedők élete meghosszabbítható-e (megfelelő életminőség mellett) egy — a szervezetet viszonylag nem megterhelő — cytostatikus gyógyszerkombináció adásával, illetve indokolt-e az adjuváns kezelés alkalmazása.

Beteganyag és módszer

A vizsgált időszakban, 1982. január és 1989. október között 36 histológiailag is igazolt gyomorrákos beteget kezeltünk. A betegeket két csoportba osztottuk.

1. csoport: Radicalisan operáltak.

2. csoport: Előrehaladott gyomorrákban szenvedők (inoperabilis, vagy palliative operált esetek).

A TNM klasszifikációt, ill. a stadium meghatározást az UICC beosztásának megfelelően végeztük (11, 21, 26). A két betegcsoport adatait az *1.* és *2. táblázat* tartalmazza.

Mivel — irodalmi adatok alapján — az eddig kipróbált, széles

1. táblázat: A radicalisan operált betegek tumorának localisatiója és anatómiai kiterjedése

<i>Kezelt csoport</i> (2 beteg adatai nem értékelhetők)		<i>Kontroll csoport</i>	
Prognosztikus faktor	Esetszám	Prognosztikus faktor	Esetszám
<i>Tu. localisatio:</i>		<i>Tu. localisatio:</i>	
cardia	0	cardia	0
fornix	0	fornix	1
corpus	5	corpus	7
antrum	14	antrum	20
teljes gyomor	2	teljes gyomor	2
<i>Tu. stadium:</i>		<i>Tu. stadium:</i>	
Stage I:	4	Stage I:	5
Stage II:	5	Stage II:	11
Stage III:	11	Stage III:	14
Stage IV:	0	Stage IV:	0
nincs adat	1		
<i>Primaer tu.:</i>		<i>Primaer tu.:</i>	
T1	4	T1	6
T2	15	T2	21
T3	1	T3	3
T4	0	T4	0
nincs adat	1		
<i>Nyirokcsomó:</i>		<i>Nyirokcsomó:</i>	
NO	10	NO	16
N1	8	N1	10
N2	2	N2	4
nincs adat	1		

2. táblázat: Az előrehaladott gyomorrákos betegek tumorának localisatiója és anatómiai kiterjedése

<i>Kezelt csoport</i> (2 beteg adatai nem értékelhetők)		<i>Kontroll csoport</i>	
Prognosztikus faktor	Esetszám	Prognosztikus faktor	Esetszám
<i>Tu. localisatio:</i>		<i>Tu. localisatio:</i>	
cardia	1	cardia	1
fornix	1	fornix	1
corpus	5	corpus	12
antrum	2	antrum	18
teljes gyomor	2	teljes gyomor	5
<i>Tu. stadium:</i>		<i>Tu. stadium:</i>	
Stage I:	0	Stage I:	0
Stage II:	2	Stage II:	1
Stage III:	7	Stage III:	25
Stage IV:	2	Stage IV:	11
<i>Primaer tu.:</i>		<i>Primaer tu.:</i>	
T1	0	T1	0
T2	5	T2	15
T3	4	T3	13
T4	2	T4	9
<i>Nyirokcsomó:</i>		<i>Nyirokcsomó:</i>	
NO	0	NO	0
N1	3	N1	10
N2	8	N2	27

körben alkalmazott terapiás sémák is csak szerény eredményeket hoztak, a következő — általunk kidolgozott — módszert alkalmaztuk. A kezelés 1. és 8. napján 0,6 mg/m² Vincristint, 600 mg/m² Cyclophosphamidot, valamint 600 mg/m² Ftorafurt adtuk, infúzióban. A fenti terapiát a 28. napon megismételtük. A köztes időszakban másnaponta 1 caps. (400 mg) Ftorafurt szedett a beteg. A 70 év feletiek a fenti dosis felét kapták. A radicalisan operált betegek a műtétet 3 héttel követően 3 hónapos, adjuváns cytostatikus kezelésben részesültek. Az előrehaladott gyomorrákban szenvedők pedig „life long” systemás cytostatikus terapiát kaptak.

A kontroll csoportot (67 eset) sebészeti osztályunkon radicalisan, illetve palliatív operált, vagy exploratív laparotomián átesett, chemoterapiában nem részesült betegek alkotják. Kezeltük tekintettük azokat, akik legalább 3 teljes, vagy 6 féldózisú terapiát kaptak. A terapia eredményességét a kezelés kezdetétől számított túlélésben mértük.

Eredmények

A kezelt csoportból 4 beteg adatai nem értékelhetők, két betegnél a kooperáció hiánya, egynél a terapiától független májlaecio, illetve a negyediknél a cytostatikus kezelést kontraindikáló második betegség miatt.

A 36 esetből 4 a korai gyomorrák, amely az összbeteganyag 11%-a. Ez megfelel a magyar irodalmi adatoknak (3, 7, 8). Mind a 4 páciens él.

1. csoport: radicalisan operáltak.

Ebbe a csoportba 21 beteg (10 férfi, 11 nő) tartozik.

Az átlagos életkoruk 63,6 (43—85) év.

A 21 betegből 8 (38%) él. Az átlagos túlélés 30,9 (9—76) hónap.

Az átlagos követési idő 31,5 hónap.

A kontroll csoportba tartozó 30 beteg közül 17 (56%) él.

A meghaltak átlagos túlélése 8,6 (1—40) hónap. Az átlagos követési idő 22,4 hónap.

2. csoport (palliatív műtéten átesett, vagy inoperabilis betegek): Ebben a csoportban 11 beteget kezeltünk (6 férfi, 5 nő). Átlagéletkoruk 56,4 (48—84) év volt. A vizsgálat lezárása idején a 11 betegből 1 él. Az átlagos túlélés 12,3 (4—35) hónap volt. Az átlagos követési idő 16,6 hónap.

A kontroll csoport 37 betege közül 2 él. A meghaltak átlagos túlélése 4,2 (1—24) hónap. Az átlagos követési idő 6 hónap. A kezelt és a kontroll csoport túlélésében tapasztalt különbség, a Kaplan—Meier-féle túlélési statisztikát alkalmazva, a LOG—RANK teszt szerint — az általánosan elfogadott 5%-os szinten — szignifikáns. Ebben a betegcsoportban teljes remissziót nem, szubjektív remissziót 2 esetben (18%) észleltünk.

A kezelés következtében fellépő mellékhatást, a néhány esetben tapasztalt émelygéstől, ritkán hányástól, illetve mérsékelt hajhullástól eltekintve, nem tapasztaltunk.

Megbeszélés

A gyomor carcinoma kezelésében az egyik leghatékonyabb, több mint 20 éve használt cytostaticum az 5-fluorouracil, amelynek monoterapiás alkalmazásával a

remissziós ráta az irodalmi adatok szerint kb. 20% (28). Egyéb, a gyomorrák esetében terapiás effectussal rendelkező cytostaticumok, az Adriamycin(A), a Mitomycin-C (M), valamint két nitrosourea származék, a BCNU(B) és a methyl-CCNU(Me) (15, 28).

Ezen szerek kombinációit alkalmazva a remisszió egyes szerzők esetében eltérő, 8—65% között mozog, átlagban 40% körül van (15, 23, 28). A legismertebb séma, amelynek alkalmazásával a legtöbb tapasztalat gyűlt össze, a FAM (5-fluorouracil, Adriamycin, Mitomycin-C). Ezen protokollal szerzett tapasztalatokról először 1977-ben számoltak be (16). A FAM adásával a Southwest Oncology Group (SWOG) a remissziós rátát 22%, illetve 30%-nak, az Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) pedig 39%-nak találta (6, 10, 19, 28).

Újabb három cytostaticum, a Methotrexat (MTX), a Cysplatin(P) és az Etoposide(E) különböző kombinációival értek el jó eredményeket (14, 15, 18, 22, 27, 29).

Az általunk alkalmazott sémában a Ftorafur mellé a Cyclophosphamidot és a Vincristint választottuk. A remissziós ráta objektív meghatározására megfelelő képalakító eljárások (UH, CT) híján, legfeljebb sebészi úton (second-look műtét) lett volna lehetőség. Terapiánk hatékonyságának megítélésére a kezelt és a kontroll csoport túlélésében mutatkozó különbséget tartjuk mértékadó adatnak. Azt tapasztaltuk, hogy a betegek sorsát alapvetően a korai diagnosis és a minél hamarabb végzett radicalis műtét határozza meg, ez megfelel az irodalmi adatoknak is (3, 8, 9).

A négy korai gyomorrák miatt operált betegünk él. A radicalisan operált és adjuváns cytostatikus kezelésben részesített betegek túlélése jelentősen nem haladja meg a radicalisan operált, és cytostatikus kezelésben nem részesült betegeket. Ezzel szemben a palliatív operált, illetve inoperabilis betegek csoportjában a cytostatikus kezelés az átlagos túlélési időt jelentősen meghosszabbította. A kezeltlen kontroll csoporthoz viszonyítva a túlélési idő 4,2 hónapról 12,3 hónapra emelkedett. Ez a különbség szignifikáns.

A miénkhez hasonló chemoterapiás protokoll alkalmazásával Kozaczka 33,3%-ban tapasztalt remissziót és a túlélési időt 7 hónapnak találta. Az általuk javasolt új kombináció (MTX, 5-Fu, Cyclophosphamid és Lederfolin (calcium folinate) adásával a remissziós ráta 49,2%-ra, az átlagos túlélés 12,1 hónapra emelkedett (13). Mások a FAMTX protokoll esetén 63,3%-os remissziót tapasztaltak (12, 29).

Irodalmi adatok szerint jelenleg a legjobb eredményeket az EAP (Etoposide, Adriamycin, Cysplatin) adásával érték el, ahol a remisszió 52—72% és néhány esetben histológiailag igazolt teljes remisszió is kimutatható volt (20, 27, 28). Az általunk konstataált túlélési idő megnyúlás az inoperabilis esetekben a kombinált cytostatikus terapia alkalmazása mellett szól. Az előrehaladott gyomorrák esetében az élet chemoterapia alkalmazásával meghosszabbítható, az életminőség károsodása nélkül.

Az adjuváns chemoterapia nem hozta meg a várt eredményeket. A gyomor carcinoma esetében alkalmazása nem indokolt.

IRODALOM: 1. *Bajtai A.*: A gyomorrák és rákelőző állapotai. (kandidátusi értekezés) Budapest, 1984. — 2. *Bajtai A., Juhász J.*: Változások a gyomorrák epidemiológiájában: csökken-e a gyomorrák mortalitása. Orvosképzés. 1984, 59, 172. — 3. *Balog I., Simon L., Domján L.*: A korai gyomorrák-eredmények és kétélyek 15 év után. Orv. Hetil., 1987, 128, 2559. — 4. *Cancer Facts and Figures*. American Cancer Society Inc. New York, 1986. — 5. *Douglass, H. O. Jr.*: Potentially Curable Cancer of the Stomach. Cancer, 1982, 50, 2582. — 6. *Douglass, H. O., Lavin, P. T., Goudsmit, A.*: An Eastern Cooperative Oncology Group evaluation of combinations of methyl-CCNU, Mitomycin-C, Adriamycin and 5-fluorouracil in advanced measurable gastric cancer. J. Clin. Oncol. 1984, 2, 1372. — 7. *Figus I. A. és Simon L.*: A korai gyomorrák és rákelőző állapotai. (kandidátusi értekezés) Budapest, 1981. — 8. *Gergely M., Csipő L., Benkő G.*: Korai gyomorrák eseteinkről két európai felmérés tükrében. Orv. Hetil., 1981, 122, 265. — 9. *Gyórfy Á., Szabó A., Szabó P. és mtsai*: Tízéves gyomor carcinomás beteganyagunk elemzése, különös tekintettel a korábbi és jelenlegi diagnosztikus eljárásaink hatékonyságára. Orv. Hetil., 1976, 117, 328. — 10. *Haas, C., Oistri, N., McDonald, B. és mtsai*: Southwest Oncology Group phase II—III. gastric cancer study: 5-fluorouracil, Adriamycin and Mitomycin-C, +Vincristine (FAM vs. V—FAM) compared to chlorzotocin (CZT) m-AMSA and dihydroxyanthracenedine (DHAD) with unipressive differences. Proc. Am. Soc. Clin. Oncol. 1983, 2, 122. — 11. *Hermanek, P., Scheibe, O., Spiessl, B. és mtsai*: TNM Klassifikation maligner Tumoren (vierte aufgabe). Berlin. Springer-Verlag, 1987, 46. — 12. *Klein, H. O., Dias Wickramanayake, P., Dieterle, F. és mtsai*: Chemotherapie protokoll zur Behandlung des Metastasierenden Magen Karzinoms. Methotrexat, Adriamycin und 5-fluorouracil. Deutsch. Med. Wschr., 1982, 107, 1708. — 13. *Kozaczka, A., Machalski, M.*: A new chemotherapeutic regimen in the treatment of advanced gastric cancer. Neoplasma. 1990, 1, 37. — 14. *Lacave, A. J., Buesa, J. M., Gracia, J. M. és mtsai*: Cisplatin and 5-fluorouracil in the treatment of advanced gastric cancer. EORTC. Symposium on Advances in Gastrointestinal Tract Cancer Research and Treatment. Strasbourg, 1989. (abstr.) — 15. *Lacave, A. J., Wils, J., Bleiberg, H. és mtsai*: An EORTC Gastrointestinal Group Phase III Evaluation of Combinations of methyl-CCNU, 5-fluorouracil and Adriamycin in Advanced Gastric Cancer. J. Clin. Oncol. 1987, 5, 1387. — 16. *Macdonald, J., Schein, P. S., Woolley, P. és mtsai*: Improved survival in patients responding to 5-fluorouracil, Mitomycin-C and Adriamycin. A new combinati-

on chemotherapy program for advanced gastric carcinoma. Digestion. 1977, 16, 256. — 17. *Miller, A. B.*: Risk Factors from Geographic Epidemiology for Gastrointestinal Cancer. Cancer, 1983, 50, 2533. — 18. *Moertel, C. G., Rubin, J., O'Connell, M. J. és mtsai*: A phase II. study of combined 5-fluorouracil, doxorubicin and cisplatin in the treatment of advanced upper gastrointestinal adenocarcinomas. J. Clin. Oncol., 1986, 4, 1053. — 19. *Panettiere, F. J., Haas, C., McDonald, B. és mtsai*: Drug Combinations in the treatment of gastric adenocarcinoma: a randomized Southwest Oncology Group Study. J. Clin. Oncol., 1984, 2, 420. — 20. *Preusser, P., Wilke, H., Achterrath, W. és mtsai*: Neo-adjuvant chemotherapy with the combination EAP (Etoposide, Adriamycin, Cisplatin) in locally advanced, non-resectable gastric cancer. EORTC Symposium on Advances in Gastrointestinal Tract Cancer Research and Treatment. Strasbourg, 1989. (abstr.) — 21. *Rohde, H., Gebbensleben, B., Bauer, P. és mtsai*: Has there been any improvement in the staging of gastric cancer? Findings from German Gastric Cancer TNM study Group. Cancer, 1989, 64, 2565. — 22. *Rougier, Ph., Mahjoubi, M., Oliveire J. és mtsai*: Treatment of advanced gastric adenocarcinoma with 5-Fu.-Platinum combination. EORTC Symposium on Gastrointestinal Tract Cancer Research and Treatment. Strasbourg, 1989. (abstr.) — 23. *Schein, P. S., Smith, F. P., Woolley, P. V. és mtsai*: Current management of advanced and locally unresectable gastric carcinoma. Cancer, 1982, 50, 2590. — 24. *Scherlock, P.*: National Conference on Gastrointestinal Cancer. Introduction. Cancer, 1982, 50, 2531. — 25. *Takátsy Z., Rumi J., Kiss T. és mtsai*: Gyomorrákos eseteinkről a műtét után több mint öt évvel. Magyar Sebészet. 1981, 34, 101. — 26. *UICC*. TNM Classification of Malignant Tumors. ed. 3. Berlin. Springer-Verlag, 1978, 60. — 27. *Wilke, H., Preusser, P., Fink, U. és mtsai*: Clinical outcome and prognostic factors in 145 patients with advanced gastric cancer, treated with EAP. EORTC Symposium on Advances in Gastrointestinal Tract Cancer Research and Treatment. Strasbourg, 1989. (abstr.) — 28. *Wils, J. A.*: Current status of chemotherapy for advanced gastric cancer. Anticancer Research, 1987, 7, 755. — 29. *Wils, J., Bleiberg, H., Dalesio, O. és mtsai*: An EORTC Gastrointestinal Group Evaluation of the combination of sequential Methotrexate and 5-fluorouracil, combined with Adriamycin in advanced measurable gastric cancer. J. Clin. Oncol., 1986, 4, 1799.

(Kuklis Balázs dr. Budapest, Pf. 6. 1426)



Anisics Ernő

bördíszműves 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,
vérnyomásmérőtokot	700,— Ft.

Közületeket is kiszolgálók!

Telefon: 1531-875

Lelet és gondolkozás a diagnózis felállításában

Böszörményi Miklós dr.

Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, Tüdőgyógyászati Tanszék (igazgató: Schweiger Ottó dr.)

A diagnózis felállításánál a számos vizsgálatból álló, szétágazó adatgyűjtés helyett célzott és gondolkozás által meghatározott vizsgálatokra kell szorítkozni. A leletek értékeléséhez jól kell ismerni az egyes vizsgálatok érzékenységét és specificitását. Fenti elveket a gyakorlatban nem veszik figyelembe. Ennek következtében gyakori a diagnosztikus polypragmasia, sőt, a hibás diagnózis is. A szerző különböző tüdőgyógyászati kórképek (lokalizált infiltrátumok, disszeminált tüdőmegbetegedések, krónikus köhögés, emboliás szindróma) kivizsgálásából vett példákkal illusztrálja az általa helyesnek tartott diagnosztikus metodika előnyeit.

Kulcsszavak: diagnózis taktikája, vizsgálatok érzékenysége és specificitása, scintigraphia emboliában, diagnosztikus thoracotomia, krónikus köhögés

A belgyógyászati diagnosztikával foglalkozó tankönyvek megkülönböztetik az adatgyűjtést (vizsgálatok elvégzése és a leletek regisztrálása) a diagnózis felállításának műveletétől (6). Az első inkább mechanikus, az utóbbi gondolkodási folyamat, melynek lényege az, hogy az orvos az adatgyűjtés alapján különböző diagnosztikus alternatívákat határoz meg és ezek közül valamelyiket bizonyítani próbálja (4).

Nagyon lényeges, hogy már az adatgyűjtés is az anamnézis, a fizikális vizsgálat és néhány egyszerű laboratóriumi vizsgálat eredményének átgondolása után történjék, tehát a gondolkodási folyamat már az adatgyűjtés megkezdése előtt meginduljon. A gyakorlatban ez nagyon sokszor nem így történik. A panaszok meghallgatása és néhány, differenciáldiagnosztikailag még nem használható adat gyűjtése után a beteg a legkülönbözőbb vizsgálatokból álló mechanizmus futószalagjára kerül, és az orvos a gondolkodást csak akkor kezdi meg, ha már legalább 30–40 adat birtokában van. Pl. a tüdő lokalizált beszűrődése esetén a klinikai és mikrobiológiai vizsgálatok mellett rutinszerűen sor kerül bronchoscopiára, bronchoalveolaris mosásra, esetleg még agresszívebb eljárásokra, holott 10–14 napos várakozás után kiderült volna, hogy a betegnek banális pneumóniája volt, így csaknem a teljes adatgyűjtés feleslegesen történt.

Data collecting and thinking in the process of setting up diagnosis. Instead of collecting data by far-reaching and unlimited investigations it is recommended to restrict our activity to rationalized and by thought selected examinations. To well appreciate the value of data we must well know the sensitivity and specificity of different examinations. These principles are in practice often not realized and that causes easily diagnostical polypragmasy, even false diagnosis. The author illustrates the mentioned method by examples taken from the process of raising diagnosis in different respiratory diseases (localized infiltrations of the lung, nodular pulmonary disseminations, pulmonary embolism, chronic persistent cough).

Key words: tactics of diagnosis, sensitivity and specificity of examinations, scintigraphy in pulmonary embolism, chronic persistent cough.

Ebben a szemléletben szerepet játszik a leletek túlzott tisztelete (4, 9), az orvosok gondolkodási restsége, valamint a félelem esetleges felelősségre vonástól egy vizsgálat elmulasztása miatt.

A „problémaorientált” vizsgálati terv (6) felállítása nemcsak olcsóbb és a beteget kevésbé megterhelő, de megbízhatóbb is, mint a szerteágazó, tervszerűtlen adatgyűjtés.

A leletek oly gyakori túlértékelésétől megóvhat benünket, ha az egyes vizsgálatok érzékenységét és specificitását ismerjük.

Érzékeny a vizsgálat abban az esetben, ha a *beteg* túlnyomó részén kóros leletet ad, vagyis a fals-negatív lelet ritka (5). Specificusnak viszont akkor nevezünk egy adott vizsgálatot, ha a fals-pozitív lelet ritka, tehát egészséges emberen negatív eredménnyel jár (5).

A vizsgálatok érzékenysége és specificitása távolról sem párhuzamos. Tüdőrák esetén pl. a köpet cytologiai vizsgálata viszonylag ritkán (20–25%-ban) mutat ki ráksejteket, a köpetcytologia tehát nem érzékeny. Ugyanakkor, ha a betegnek nincs sem tüdőrákja, sem gége-garat, nyelvdaganata, a köpetcytologia úgyszólván biztosan negatív, tehát ez a vizsgálat nagyon specifikus.

Ezért — mivel a köpetcytologia még hozzá olcsó is — tüdőrák gyanúja esetén mindig elvégezzük, ahhoz azonban

túlságosan drága, hogy akkor is elrendeljük, amikor megfelelő szaktudás esetén a rák gyanúja fel sem merülhet.

Más a helyzet a bronchoscopiával. Centrális tumorok esetén ez a vizsgálat nagyon érzékeny és specifikus is. Kelemetlensége miatt azonban ez is csak akkor indikált, ha centrális tumorra van gyanú, tehát nem minden mellkasi rgt-árnyék esetén.

A vizsgálatok érzékenysége és specificitásának rossz értelmezésére jó példa a perfúziós és ventilációs scintigraphia rutinszerű alkalmazása és eredményének abszolútizálása tüdőembolia gyanújában.

Robin (8) szerint a rgt-árnyéket adó betegeken az izotóp vizsgálat érzékenysége és specificitása kb. 70%. Így — Robint idézve — az az orvos, aki a tüdőembolia diagnózisát a scintigraphiára alapítja, az emboliás betegek 30%-án nem alkalmaz anticoagulans kezelést, és a nem emboliások 30%-ának feleslegesen ad heparint. Mindkét eljárás veszélyei nyilvánvalók (2).

Hasonlóan veszéllyel jár, ha az ún. disseminált tüdőbetegségekben kellő megfontolás nélkül az egyébként nagyon érzékeny és specifikus thoracotomiás biopsziát alkalmazzuk. Igaz, hogy ilyenkor nagy valószínűséggel helyes diagnózishoz jutunk. Ha azonban meggondoljuk, hogy a disseminált tüdőbetegség képében megjelenő tbc, sarcoidosis, pneumokoniózis a légzőfelület károsítása nélkül is diagnosztizálható, és e három betegség a disseminált tüdőfolyamatok legalább 50%-át adja, nyilvánvaló, hogy a meggondolás nélküli thoracotomiás biopsziának nagyobb a kockázata, mint a haszna. Az indokolatlanul sok laboratóriumi vizsgálat elvégzése nemcsak drága, de a diagnózis felállítását sokszor megnehezíti. A kóros érték kritériumai ugyanis gyakran lazák. Ezért állapíthatja meg Wynngaarden (9), hogy számos laboratóriumi vizsgálat elrendelése esetén egészségesek 40%-án legalább egy kóros lelethez jutunk.

Az eddigi példákkal is azt akartam bizonyítani, hogy a diagnózis helyes útja nem az adatgyűjtés maximális alkalmazása, hanem a folyamatos gondolkodás, adatgyűjtés előtt, közben és a leletek értékelése után.

Jellegzetes gondolkodási folyamat a diagnózis felállításának megkönnyítésére az ún. valószínűségi elv alkalmazása (1, 4, 6). Ez röviden úgy fogalmazható meg, hogy a különböző alternatívák közül a helyes diagnózis nagyobb valószínűséggel a gyakran előforduló betegség, mint a kazuisztikai ritkaság.

A tüdő beszűrődései pl. leggyakrabban pneumoniás eredetűek. Lényegesen ritkábban okozhat infiltratumot a tüdőrák, a tüdőinfarctus vagy a tüdő-tbc. A tüdőmycosis azonban kazuisztikai ritkaság. Teljesen illogikus tehát, ha ilyen esetben még szokatlan radiomorphologiai kép vagy súlyos tünetek esetén is elsősorban mycosisra gondolunk. Ha ezek után a beteg köpetéből candida vagy aspergillus tenyészik ki (ez egészséges emberen sem ritkaság) és ezt a mycosis gyanúját megerősítő leletnek tekintjük, a specifikus antimycotikus kezelés alkalmazásával betegünknek súlyos ártalmat okozhatunk.

A valószínűségi elv alapján jutunk el legkönnyebben és a legkevesebb iatrogen ártalommal a krónikus köhögés diagnózisának felállításához. A tüdőgyógyászati gyakorlat-

ban nagyon gyakori panasz az évek, hónapok óta fennálló köhögés, melynek okát ismételt rgt-vizsgálat alapján nem lehet a tüdőben megtalálni. Számos szerző (3, 7) szerint az ilyen köhögést leggyakrabban a következő kórképek okozzák:

1. krónikus bronchitis,
2. asthma bronchiale,
3. garathurut,
4. gastrooesophagealis reflux.

Mind a 4 diagnózis aránylag könnyen tisztázható. A beteg vizsgálatát tehát azzal kell kezdenünk, hogy az említett kórképek meglétét vagy hiányát igazoljuk. Negatív rgt-kép esetén a tüdőrák előfordul, de ritka. Nem logikus tehát, ha mintegy automatikus reflexként az orvos agyában a köhögés = bronchoscopia asszociáció váltódik ki és ha a bronchoscopia csak gyulladást mutat, a vizsgálatot lezárt-nak tekintik.

Mint már másutt is jeleztem, a valószínűségi elv alkalmazásától el kell tekintenünk, ha a valószínű betegség gyógyíthatatlan, a kevésbé valószínű gyógyítható (1). Leggyakoribb formája ennek az eshetőségnek, amikor az idős betegen a tüdőben tumormetastasisra emlékeztető többszörös árnyékképződés mutatható ki fogyás, láz vagy egyéb tünetek kíséretében. Nem vitás, hogy legvalószínűbb, hogy valóban tumor-metastasisra állunk szemben. Nemegyszer tapasztaljuk azonban, hogy antituberkulotikumokra, steroidra vagy cardialis kezelésre a rgt-kép és a beteg állapota is javul, sőt normalizálódik.

A diagnózist ilyenkor „ex iuvantibus” állítottuk fel. Ez azonban csak azt bizonyítja, hogy megfelelő indikáció esetén az „ex iuvantibus” diagnózis még mindig jobb megoldás, mint a kockázatos szövettani diagnózisra való törekvés, vagy éppen az, hogy a beteget sorsára hagyjuk. Joggal jegyzi meg Petrányi (6), hogy az „ex iuvantibus” diagnózis teljes elvetése az indokolatlan orvosi gőg megnyilatkozása. Különösen akkor világos ez, ha meggondoljuk, hogy számos betegségben nem is lehetséges másképp diagnózis, mint „ex iuvantibus” (pl. pneumonia, Koch-negatív tbc). Befejezésül vagy összefoglalásul azt szeretném megjegyezni, hogy bár mint tüdőgyógyász, természetesen példáimat is a tüdőbetegségek köréből választottam, maga az alapelv, a gondolkodás fölénye az adatgyűjtéssel szemben a diagnózis felállításában nyilván a belgyógyászat, sőt a medicina egész területére érvényes.

IRODALOM: 1. Böszörményi M.: A diagnózis felépítésének taktikája tüdőbetegségekben. *Pneum. Hung.* 1979, 32, 547—559. — 2. Hull, R. D. et al.: Diagnostic value of ventilation-perfusion scanning in patients with suspected pulmonary embolism. *Chest*, 1985, 88, 810—827. — 3. Irwin, R. S., Conrad, W. M., Pratter, M. R.: Chronic persistent cough: the spectrum and frequency of causes and successful outcome of specific therapy. *Am. Rev. Resp. Dis.* 1981, 123, 413—417. — 4. Morgan, W. L.: Clinical approach to the patient. In: Wynngaarden, J. B., Smith, Jr. L. H.: *Cecil Textbook of Medicine*, 18. kiadás. Saunders Philadelphia—London—Toronto—Montreal—Sydney—Tokyo. 1988, 70—74. — 5. Pauker, S. G.: Clinical decision making. In: Wynngaarden, J. B., Smith, Jr. L. H.: *Cecil Textbook of Medicine*

ne, Saunders Philadelphia—London—Toronto—Montreal—Sydney—Tokyo. 1988, 18. kiadás, 74—78. — 6. *Petrányi Gy.*: Belgyógyászati diagnosztika. Budapest, Medicina, 1988. — 7. *Poe, R. et al.*: Chronic persistent cough. Chest, 1988, 95, 723—728. — 8. *Robin, E. D.*: Iatroepidemics: A probe to examine systemic errors in (chest) medicine. Am. Rev. Resp. Dis. 1987, 135,

1152—1156. — 9. *Wyngaarden, J. B.*: The use and interpretation of laboratory derived data. In: Wyngaarden, J. B., Smith, Jr. L. H.: Cecil Textbook of Medicine. 18. kiadás. Saunders Philadelphia—London—Toronto—Montreal—Sydney—Tokyo. 1988, 79—82.

(Böszörményi Miklós dr. *Budapest*, Pihenő út 1. 1529)



LITHOTERÁPIÁS I n t é z e t M i s k o l c

Tisztelt Kolléganő / Kolléga!

Tájékoztatjuk, hogy az első magyarországi Lithoterápiás Intézet megkezdte működését.

A DORNIER MPL 9000 típusú készülékkel végzett epe- és vesekő-eltávolítás új dimenziókat nyit meg e betegségek kezelésében.

A vese- és epekövek műtét nélküli, lökéshullámok segítségével történő eltávolítása fájdalommentes, humánus, megkíméli a beteget a műtét kellemetlenségeitől, lerövidíti az ápolási időt.

A miskolci Lithoterápiás Intézet az ország minden részéből fogad betegeket, a felvételt csak a betegség típusa, valamint a beavatkozás kritériumai döntenek el.

Részletes információt a Lithoterápiás Intézetben, telefonon: 06/46 26-022 vagy 06/46 26-868 számokon kérhet.

Üdvözlettel:

LITHOTERÁPIÁS INTÉZET
3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72—76.

KÓRHÁZAK, KÖRZETI és MAGÁNORVOSI RENDELŐK MŰSZEREZÉSÉHEZ

közvetlen japán gyártóktól kapott ajánlatok alapján, rendkívül előnyös feltételek mellett vállaljuk különféle orvosi műszerek beszerzését.

Jelenlegi ajánlatunk:

- **Ultragang Doppler véráramlásmérők**
- **Szemfenéktükrök**
- **Spiroanalizátorok**
- **Asztali sterilizátorok**
- **Fogászati kezelőegységek**

INTERCOOPERATION RT.

(Member of Getz Corporation USA)

Műszer és Orvostechnikai Osztály

Budapest VIII. Gyulai Pál u. 13.

Tel. + Fax.: 138-3371/Nyirjesy Gyula mérnök-üzletkötő

A **HADECO ES—100X Mini Doppler** típusú ultrahangos

véráramlásmérő készülék magyarországi kizárólagos forgalmazója:

INTERCOOPERATION RT.

Magyarországi szervezete:

SAMORDIN KFT. Budapest VI., Teréz krt. 40. ☎ 111-9467

CEFEBID *

antibioticum
cum spectro lato

injekció



Széles spektrumú félszintetikus cefalosporin antibiotikum. Baktericid hatású. Nagyobb mennyiségben epével, kisebb koncentrációban a vizelettel választódik ki.

Hatóanyag

1 g, ill. 2 g cefoperazon (nátriumsó formájában) porampullánként.

Javallatok

Cefobidra érzékeny mikroorganizmusok okozta alsó és felső légúti fertőzések húgyúti infekciók, peritonitis, cholecystis, cholangitis és más intraabdominális fertőzések, septikaemia, meningitis, bőr-, lágyrész-, csont- és ízületi fertőzések, medenceüri gyulladások, endometritis, gonorrhoea és a nemi szervek egyéb fertőzései.

Postoperatív fertőzések megelőzésére elsősorban hasi, nőgyógyászati, cardiovascularis és ortopédiai műtétek előtt.

A Cefobid antibakteriális spektruma kiterjed a legfontosabb Gram-pozitív kórokozókra, a Staphylococcus aureus penicillinázt termelő törzseire is, valamint a Gram-negatív kórokozók nagy részére, a Pseudomonas aeruginosát is beleértve.

Számos anaerob kórokozó — többek között a Racteroides fragilis sok törzse érzékeny a Cefobidra.

A készítmény több béta-laktamázzal szemben ellenálló.

Ellenjavallat

Cefalosporinokkal szembeni túlérzékenység.

Agadolás 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, akiknek 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
 - 10 % glükóz infúzió
 - 0,9% NaCl infúzió
 - 5 % 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 opázódás 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 bete-

geken gyakoribb. Neutrofil leukociták számának csökkenése, tartós kezelés esetén reverzibilis neutropenia, a direkt Coombs-teszt pozitívvá válhat, haemoglobin- és haematokrit-érték csökkenése, átmeneti eosinophilia, illetve hypoprothrombinaemia előfordulhat. A SGOT, SGPT és az alkáli foszfatáz értékek átmeneti emelkedése.

Lágy széklet vagy mérsékelt hasmenés. Intravénás alkalmazáskor ritkán phlebitis.

Figyelmeztetés

Penicillinérzékenység és más gyógyszer-allergia 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 szérumfelezési idő hosszabb és a vizelettel történő kiválasztódás fokozódik.

Még súlyos májkárosodás esetén is terápiás koncentráció alakul ki az epében, emellett a 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 felesleges időt kissé csökkenti, amit a dialízis ideje alatt figyelembe kell venni. Más antibiotikumokhoz hasonlóan K-vitaminhiányt okozhat, ilyenkor prothrombinidő-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-oldattal alkalmazása esetén — álpozitív reakciót adhat.

A Cefobid és az aminoglikozidok oldatai egymással nem keverhetők, mivel közöttük incompatibilitás áll fenn. Együttadásuk esetén a készítményeket egymás után és külön infúziós szerelekkel, ill. külön helyre kell beadni. Ajánlatos elsőnek a Cefobidot adni. Vesefunkció-ellenőrzés is szükséges együttes terápiánál. Terhes asszonyokon és éretlen újszülötteken még nincsenek megfelelően ellenőrzött vizsgálatok, a 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 gyógyintézet (gondozóintézet) felhasználásra alkalmazható.

Csomagolás:

- 1 amp. (1 g)
- 1 amp. (2 g)

* PFIZER Inc., New York védjegyzett neve.

Forgalomba hozza:

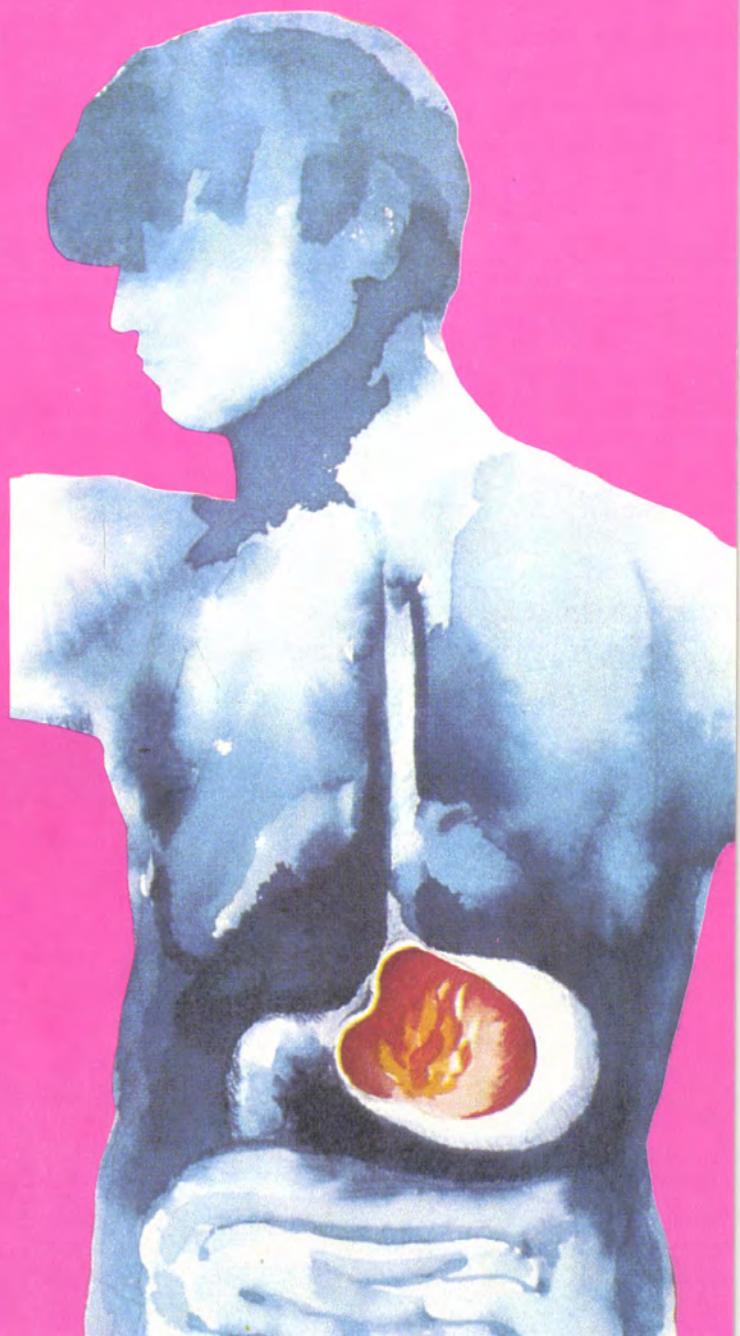


BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együttműködés alapján

Tisacid[®]

TABLETTA



Tisacid®

tabletta

J 200

Antacida, adsorbentia

HATÓANYAG: 500 mg Alumínium,-magnesium-carbonicum-hydroxydatum.

HATÁS: A tablettá hatóanyaga új szeretlen 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 nyálkahártyaredeőkre. A gyomornedv pH-ját nem emeli 5 fölé. Szokásos adagolásánál nem okoz foszfát depléciós szindrómát és nem emeli a szérum alumínium szintet sem. Vizsgálatok igazolták, hogy a hatóanyag nem szívódik fel.

Megvonáskor rebound jelenség nem lép fel.

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

ADAGOLÁS: Felnőtteknek: egyszeri adagja gyomorégés, vagy gyomorfájdalom esetén 1–2 tablettá 1 órával étkezés után. Erős hypersectionnál 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 szájból való szétrágás után, vagy egészben kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁS: Ritkán obstipatio, eructatio.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS:

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 eltelnie.

FIGYELMEZTETÉS: Vesefunkció-zavaroknál nagy adagban hosszú ideig tartó alkalmazása kerülendő.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kapható.

CSOMAGOLÁS: 30 tablettá.

ELŐÁLLÍTJA: Alkaloida Vegyészeti Gyár
Tiszavasvári



A szövettani prognosztikai indexek és a klinikai kórlefolyás összefüggése prostata carcinomában

Hübler János dr., Csanaky György dr., Baranyai Ferenc dr.

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika (igazgató: Götz Frigyes dr.)
Kórbonctani Intézet (igazgató: Kelényi Gábor dr.)

A szerzők a szövettani differenciáltságot kifejező indexek és a túlélés, illetve a hormon érzékenységi idő és a hormon rezisztencia idejének kapcsolatával foglalkoznak 10 éves anyagukban. *Dhom* és *Gleason* beosztását használják fel. 130 beteg kórlefolyását elemzik az észleléstől a beteg haláláig. 95 esetben találtak tumoros halálokat. Megállapítják, hogy a túlélés és az indexek csak észleléskor lokalizált betegségben vannak statisztikailag igazolható kapcsolatban. A hormon érzékenységi idő és a hormon rezisztencia ideje a szövettani differenciáltságot kifejező indexekkel nem összefüggők.

Kulcsszavak: prosztatarák, prognosztikai indexek, szövettani prognózis, grading, klinikai használhatóság

Régóta ismert, hogy egyes prosztatarákok alig malignusak, mások néhány hónapon belül a beteg életét veszélyeztetik. Vannak kezelésre jól reagálók, vannak alig befolyásolhatók. Egyes prosztatarákok eltérő biológiai viselkedése régóta foglalkoztatja az onkológusokat. Ezt a problémát elsőként *Evans* és mtsai (4) vetették fel. *Mostofi* (12), *Gaeta* és mtsai (5), *Böcking* (1), valamint *Helpap* és mtsai (8) a daganat biológiai viselkedését, illetve a prosztatarák prognózisát a sejtek atypijával, míg *Evans* (1), *Mellinger* és mtsai (11), *Gleason* és *Mellinger* (6), *Dhom* és *Hohbach* (3) a daganatszövet differenciáltságával hozzák összefüggésbe. Mások szerint a histológia (grading) egyedül kevés a prosztatarák biológiai természetének megítélésére és a prognózist klinikai tényezők (staging) is befolyásolják (7).

Munkánkban 10 éves megfigyeléseinket elemeztük. 130 elhunyt beteg anyagát dolgoztuk fel retrospektíven. Arra a kérdésre kerestünk választ, hogy a daganatszövet differenciáltságát kifejező indexek — *Gleason* és *Dhom* beosztás — hogyan függenek össze a betegek túlélésével és a kezelésre való válasszal. A kezelésre való válasszként a hormon érzékenységi időt és a hormon rezisztens időt tekintettük.

The relationship between histological prognosis indices and clinical prognosis in prostate cancer. The authors have summarized the relationship between histological differentiation indices and survival rate, hormonal sensitivity time, hormonal resistency time for the past 10 years. The classifications have been made according to *Dhom* and *Gleason*. 130 patients have been followed from the time of diagnosis to the time of their death. 95 patients died because of tumour. They found that there is a relationship between the survival rate and indices in those cases who were early diagnosed and they had no metastasis. There was no relationship between hormonal sensitivity time, hormonal resistency time and histological prognostic differentiation indices.

Key words: prostate cancer, prognostical indexes, histological prognosis, grading, clinical value

Anyag és módszer

1980. március 1. és 1990. március 1. között 130 prostata carcinomás beteg halt meg onkológiai gondozásunkban. Így daganatos betegségük kórlefolyását kiértékelhettük. A gondozói vizsgálatokat háromhavonta végeztük el. A fizikális és rutin laboratóriumi vizsgálatok mellett prostata specifikus savanyú fosphatase, tesztosteron prolactin meghatározásokat, valamint 6 havonta csontszcintigráfiát, mellkasfelvételt, ultrahang vizsgálatot abdominálisan és rectálisan, illetve válogatott esetekben intravénás urográfiát végeztünk.

130 betegből 35 beteget kizártunk a klinikai elemzésből, mert haláluk a prosztatarákkal nem függött össze. 31 esetben boncolási adatok is álltak rendelkezésünkre. Másoknál a kórlefolyás, illetve a hozzátartozók által rendelkezésre bocsátott adatok alapján állapítottuk meg a halálokat. Azokat a kórlefolyásokat és haláleseteket, ahol a prosztatarák progressziója a gondozás során nyilvánvalóvá vált és a beteg halálához vezetett, akkor is tumorosnak tekintettük, ha más halálos betegség is szerepeltethető volt az exitusban.

Az összehasonlító szövettani vizsgálatok számára 113 beteg anyaga állt rendelkezésre. A vizsgálatot két pathologus végezte *Dhom* és *Hohbach* (3) és *Gleason* és *Mellinger* (6) leírása szerint. Az összehasonlíthatóság miatt mindkét beosztásnál a legdifferenciálatlanabb képet vették alapul.

A hormon érzékenység ideje (HÉ) alatt azt az időt értjük, amely alatt a betegség a hormonkezelés mellett regrediál, illetve

stagnál. A hormon érzékenység ideje akkor zárul le, amikor kielégítő hormonkezelés ellenére a betegség progrediál. Hormon rezisztens idő (HR) alatt azt az időt értjük, ami a hormon érzékenységi idő végétől a beteg haláláig tart.

Meghatároztuk lokális prosztatákban szenvedők túlélését, hormon érzékenységi idejét és hormon rezisztenciájuk tartamát. Statisztikailag kiszámítottuk (13) az időtartamok átlagát és ez alapján az átlagosnál jobb, átlagos és átlagosnál rosszabb csoportokat képeztünk. A túlélést így S₁, S₂, S₃, a hormon érzékenységi időt HÉ₁, HÉ₂, HÉ₃, a hormon rezisztens időt HR₁, HR₂, HR₃ csoportokba osztottuk. A beosztást és a beosztásokhoz tartozó intervallumokat az 1. táblázat szemlélteti.

1. táblázat: A klinikai beosztás a túlélést, hormon érzékenységi időt és hormon rezisztens időt illetően

S ₁ >55 hó	HÉ ₁ >30 hó	HR ₁ >15 hó
S ₂ 42–55 hó	HÉ ₂ 20–30 hó	HR ₂ 10–15 hó
S ₃ <42 hó	HÉ ₃ <20 hó	HR ₃ <10 hó

A szövettani differenciáltságot kifejező indexeket és a körlefolytást elemző jelöléseket kontingencia táblázat szerint foglaltuk össze és X² próbával elemeztük (13). A túlélési átlagokat a hormon érzékenységi idő átlagát és a hormon rezisztencia átlagát, szórását, középértékét, konfidencia határokat a hagyományos biometriai módszerekkel számítottuk (13). Az átlagok összehasonlítását T-próbával végeztük.

Eredmények

Az észleléskor lokális prosztatákban szenvedők átlagos túlélése 48,8 hónap volt, szórás 23,8 és a középérték szórása 3-nak adódott. 5%-os hibát megengedve a konfidencia határok 42–55 hónap között voltak. Ez az érték a generalizált csoportban 22–30 hónap. T-próbát végezve p < 5%-os szinten a lokális és generalizált betegségben szenvedők túlélési átlagai egymástól szignifikánsan különböztek. A HÉ idő lokális és generalizált betegségben 25, ill. 26 hónap, szórás 11, ill. 16, az átlag szórása 2, ill. 8. T-próbát elvégezve a HÉ idő átlaga lokális és generalizált betegségekben nem különbözik. A HÉ idő konfidencia határa 20–30 hónap. HR idő sem különbözött lokális és generalizált betegségben. A konfidencia határok 10–15 hónapra terjednek.

A 2. táblázat Dhom és Gleason beosztását hasonlítja össze, kontingencia koefficiense 0,72 és p < 0,1% mellett is szignifikáns a kapcsolat. A két pathologus p < 0,1% mellett azonosan ítélte meg a metszeteket.

2. táblázat: Dhom és Gleason beosztás kapcsolata

	G ₁	G ₂	G ₃	G ₄	G ₅	
D ₁	19	0	0	0	0	19
D ₂	6	29	0	2	0	37
D ₃	0	11	26	2	0	39
D ₄	0	0	3	1	14	18
	25	40	29	5	14	113

A Dhom és Gleason prognosztikai indexek a teljes beteganyag túlélésével nem függnek össze. 5% tévedési lehetőséget hagyva a kontingencia koefficiens 0,29, ill. 0,27. Ha külön nézzük az észleléskor generalizált és lokális betegségben szenvedők adatait, akkor a statisztikai próbák csak lokális betegségben mutatnak összefüggést. Ezt a 3. és 4. táblázat mutatja. Dhom esetében 0,43, Gleasonnál 0,41 kontingencia koefficiensét találtunk.

3. táblázat: A túlélés és Dhom összefüggése észleléskor lokális betegségben

	D ₁	D ₂	D ₃	D ₄	
S ₁	6	8	4	1	19
S ₂	0	3	3	1	7
S ₃	0	4	12	6	22
	6	15	19	8	48

$$X^2 = 17,88 \quad FG = 6 \quad \text{Tábl. } X^2 \text{ p } 5\% = 12,6$$

4. táblázat: A túlélés és Gleason összefüggése észleléskor lokális betegségben

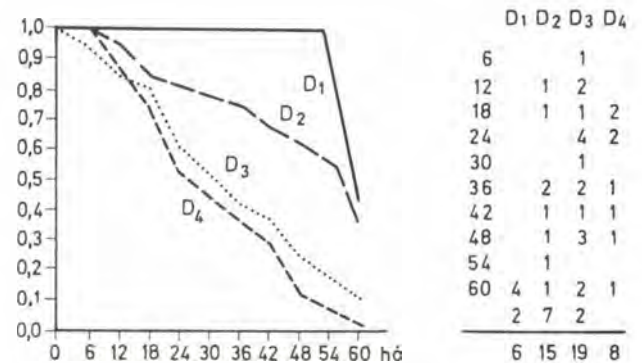
	G ₁	G ₂	G ₃	G ₄	G ₅	
S ₁	9	7	2	0	1	19
S ₂	1	3	3	0	0	7
S ₃	3	5	6	3	5	22
	13	15	11	3	6	48

$$X^2 = 16,15 \quad FG = 8 \quad \text{Tábl. } X^2 \text{ p } 5\% = 15,5$$

A HÉ idő sem a Dhom, sem a Gleason beosztással nem függ össze, a kapcsolat esetleges. Az észleléskor lokális és generalizált képre szétosztva a beteganyagot 32 lokális és 25 generalizált betegnél találtunk kiértékelhető HÉ időt, de így sem észleltünk kapcsolatot.

HR időt 30 lokális és 38 generalizált betegségben szenvedőnél elemeztünk. A szövettani beosztások, ill. a HR idő között kapcsolatot nem találtunk.

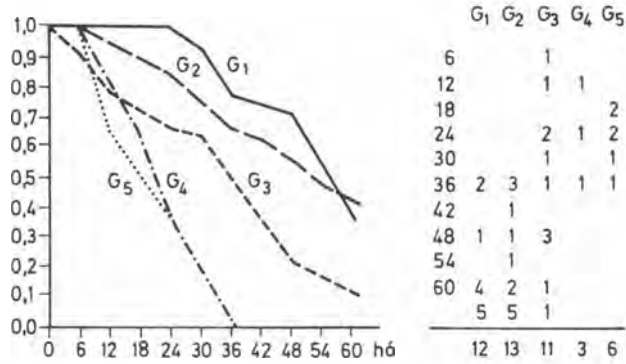
Az 1. ábra a túlélési görbét mutatja Dhom szerinti felbontásban. A 48 észleléskor lokalizált betegségben szenvedőnél a túlélési görbék a szövettanilag észlelt differenciáltsági fok szerint különböznek. 2. ábra Gleason szerint készült. Feltűnő, hogy G₄ és G₅ görbe nem különbözik egymástól.



1. ábra: Túlélési görbe Dhom szerint felbontva

Megbeszélés

A Dhom és Hohbach (3) és Gleason és Mellinger (6) szerinti szövettani beosztás a prostata carcinomás szövet differenciáltságát minősíti. Irodalmi ismereteink szerint általában érvényes, hogy a differenciált tumorok prognózisa



2. ábra: Túlélési görbe Gleason szerint localis betegség folyamán

jobb, a differenciálatlan tumorok prognózisa rosszabb. Eredményeink szerint azonban ez csak az észleléskor lokalizált betegségre érvényes. Feltételezzük, hogy a daganat generalizációja és annak klinikai lefolyása nem csak a daganatszövet differenciáltságától, hanem más tényezőtől is függ.

A két pathológus által végzett vizsgálat statisztikailag azonos eredményeket mutatott. Ebből arra következtünk, hogy a histológiai módszer objektíven és reprodukálhatóan meghatározza a daganatszövet differenciáltságát. A klinikai gyakorlatban észlelhető eltérések nem a szövettani kiértékelés hibájából származnak. Feltételezzük, hogy a betegség prognózisát más faktorok befolyásolják.

Mostofi (12), Gaeta és mtsai (5), Helpap és mtsai (8) a sejtek cytológiai atypiját tartják fontosnak a biológiai viselkedés előrejelzésében. Ezek a módszerek azonban nehézkesek, és a gyakorlatban nehezen tudnak elterjedni. Saját tapasztalatunk az, hogy a sejtek atypijának megítélése szövettani metszetekben problematikus, a kiértékelés hosszadalmas, az eredményeket nehéz reprodukálni.

A hormon érzékenység és a differenciáltsági indexek kapcsolata külön vizsgálatot igényel. Keller és mtsai (10) egyértelmű kapcsolatról írnak. Tanulmányunkban a hormon érzékenységi idő hosszát hasonlítottuk a Dohm és a Gleason beosztással. Kapcsolatot nem találtunk. Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy beteganyagunkban az észleléskor lokalizált betegségben szenvedők a generalizáció előtt is kis dózisu hormonkezelésben részesültek. Feltéte-

lezzük, hogy ez lehetőséget adott arra, hogy a prosztatarák hormonra nem érzékeny sejtjei tovább szaporodtak, és így egy hormonra nem érzékeny prosztatarák alakult ki. Jacobi és Altwein (9) megfigyelései szerint a kezeltlen generalizált prosztatarák jobban reagál a hormon kezelésre, mint a már kezelt.

Mivel a prognosztikai faktorokat nem ismerjük jól, nem tartjuk helyesnek, még a legdifferenciáltabb tumornál sem a kezelés nélküli várakozást. Emellett szól, hogy a prosztatarák metastasisának kimutatása is nehéz.

A nyirokcsomó metastasisok igazolása csak műtéttel lehetséges. Sem a biopsia, sem a transurethralis technika nem biztosít arról, hogy egy differenciált tumor mellett nem marad-e felderítetlenül a tumor egy differenciálatlan részlete.

IRODALOM: 1. Böcking, A.: Reproducible grading of prostatic carcinoma based on cytological criteria of malignancy. Akt. Urol., 1981, 12, 240. — 2. Byar, D. P., Mostofi, F. K.: Carcinoma of the prostate: Prognostic evaluation of certain pathologic features in 208 radical prostatectomies. Examined by the step-section technique. Cancer, 1972, 30, 5. — 3. Dhom, G., Hohbach, Ch.: Pathology and classification of prostate malignancies: Experience of the German Prostate Cancer Registry. In: Prostate cancer. Ed.: Jacobi, G. H., Hohenfellner, R., Williams et Wilkins, Baltimore/London, 1982. — 4. Evans, N., Barnes, R. W., Brown, A. F.: Carcinoma of the prostate: Correlation between the histologic observations and the clinical course. Arch. Path., 1942, 34, 473. — 5. Gaeta, J. F., Asirwatham, J. E., Miller, G. és mtsai: Histologic grading of primary prostatic cancer: a new approach to an old problem. J. Urol., 1980, 123, 689. — 6. Gleason, D. F., Mellinger, G. T.: Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. J. Urol., 1974, 111, 58. — 7. Gorski, J., Schubert, J.: Untersuchungen zum biologischen Verhalten des Prostatakarzinoms. Med. Dis. Dresden, 1979. — 8. Helpap, B., Böcking, A., Dohm, G. és mtsai: Klassifikation, histologisches und zytologisches Grading sowie Regressionsgrading des Prostatakarzinoms. Urologe A., 1985, 24, 156. — 9. Jacobi, G. H., Altwein, J. E.: Androgenstoffwechsel in Prostatakarzinom: 3-Hydroxysteroid-Dehydrogenase-Aktivität in Abhängigkeit vom Tumor-Differenzierungsgrad. Urol. int. 1980, 35, 194. — 10. Keller, A. J., Völter, D., Bartsch, H.: Die Wertigkeit zytomorphologischer Parameter unter der Hormontherapie des Prostata-Karzinoms. Verh. Dtsch. Ges. Pathol., 1973, 57, 315. — 11. Mellinger, G. T., Gleason, D., Bailar, J.: The histology and prognosis of prostatic cancer. J. Urol., 1967, 97, 331. — 12. Mostofi, F. K.: Grading of prostatic carcinoma. Cancer Chemother. Rep., 1975, 59, 111. — 13. Sváb J.: Biometria módszerek a kutatásban. Mezőgazd. Könyvkiadó Budapest, 1981.

(Hübler János dr. Pécs, Munkácsy Mihály u. 2. 7621)

Német—Magyar Alakuló Kft. keres tapasztalt plasztikai szépségsebészt magyarországi magánklinika szakmai irányítására.

Pályázatokat részletes önéletrajzzal, fényképpel a következő címre kérjük:

Dr. Robert Kühn, 8609 Bischberg, Linden Str. 6., BRD



NAKSOL

aeroszol

ÖSSZETÉTEL: Rosa centifolia extractumának 30—60 mg/100 ml növényi kivonatot (szárazanyagot) tartalmazó 96%-os alkohollal készült steril oldata.

HATÁS: A készítmény szárító, pörkösítő és exsudatiót csökkentő hatású. A kezelt felületen mikroporozus, összefüggő filmréteget képez, ami lehetővé teszi az enyhe égési sérülések aseptikus kötözésmentes kezelését.

JAVALLAT: Enyhe, kis kiterjedésű (a testfelület legfeljebb 10%-át érintő) első- és felületes másodfokú (II/1) égési sérülések külsőleges kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Súlyosabb másod- (II/2) és harmadfokú égési sérülések, nagy kiterjedésű, illetve hámphiannyal járó sérülések, a kéz ujjainak és a végtagok körkörös égési sérülése, testhajlatok, nemi szervek, valamint a szemhéj égési sérülése.
1 éves kor alatti gyermek kezelése.

ALKALMAZÁS: A kezelést a sérülést követően a lehető legrövidebb időn belül meg kell kezdeni, ezt megelőzően a bőrfelületet meg kell tisztítani (dezinfekció), a felszínen keletkezett esetleges savós hólyagokat maradéktalanul el kell távolítani a fertőzés megelőzése érdekében (bullektómia). A kezelendő felületet kb. 20 cm távolságról kell bőszégesen bepermetezni. A permetezést az alkohol elpárolgása után 2—3-szor, szükség esetén a fájdalom megszűnéséig többször (6—8-szor) is meg lehet ismételni. Ezután a kezelés naponta 3—4-szer végezhető, egészen a pörk leválásáig, illetve utókezelésként a frissen hámosodott területen a normál bőrszín visszatéréséig naponta egyszer.

Gyermekeknél történő alkalmazáskor a kezelés kezdetén minden esetben kiegészítő fájdalomcsillapítás szükséges.

A pörk kialakulása előtt folyamatos orvosi ellenőrzés szükséges, az égés elmélyülése esetén más kezelési módra kell áttérni. A

Naksol által képzett filmréteg vízben oldódik, ezért a kezelt felületet vízzel mosni nem szabad, és ha a filmréteg víz vagy bármi más hatására leoldódott, újabb permetezéssel kell helyreállítani. Olyan testfelületen, ahol a filmréteg sértetlenségét nehezebb biztosítani (pl. ruhával fedett testfelület stb.), ajánlatos a kezelést gyakrabban végezni.

MELLÉKHATÁS: A kezelés — különösen az első alkalmazáskor — a készítmény alkoholtartalma miatt éles fájdalommal jár, ami az alkohol elpárolgásakor megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: A mellékhatásként fellépő fájdalomról a beteget előzetesen tájékoztatni kell, szükség esetén fájdalomcsillapítást kell alkalmazni.

Szükségessé válhat a kialakult pörk bementése vagy eltávolítása, ha

- a pörk strangulálja a disztális végtagrészt (amennyiben a beteg a készítményt az orvos tudta nélkül ilyen sérülésnél már alkalmazta),
- a pörk alatt gennyes váladék gyülemlik fel (a sebfertőzés természetét figyelembe véve kell a kiegészítő kezelést megválasztani).

Ügyelni kell arra, hogy a készítmény szembe vagy nyálkahártyába ne kerüljön.

Tűz- és robbanásveszélyes!

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

TÁROLÁS: Fénytől védve, szobahőmérsékleten tartandó.

LEJÁRATI IDŐ: 2 év.

C SOMAGOLÁS: Mechanikus adagolópumpával ellátott szintelen üveg (175 ml).

ELŐÁLLÍTÓ:

HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Gödöllő

HUMAN

A végtaglymphoedema konzervatív kezelése

Bihari Imre dr., Meleg Mária

Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, I. Sebészeti Klinika (igazgató: †Kulka Frigyes dr.)

A közlemény saját beteganyag alapján mutatja be a végtag lymphoedema etiológiáját, súlyossági stádiumait és a nyirokmasszázs kezelés módszerét. Ezen kezelés része a rugalmas pólya gondos fölhelyezése és rendszeres viselése. Módszerüket sikeresen kombinálták a Lymphamat nevű gép alkalmazásával. Összesen 63 betegen szerzett kedvező tapasztalataik alapján a módszer szélesebb körű elterjesztését javasolják. Az eljárást olyan esetekben alkalmazták, amikor a hazánkban eddig elterjedt kezelések — vízajtó, Lymph-compress készülék, valamint Venoruton és Doxium — nem hoztak eredményt.

Kulcsszavak: lymphoedema, elephantiasis, nyirokmasszázs

Régóta ismert betegség a végtag lymphoedema — ennek ellenére keveset tudunk tenni ezen betegek állapotának javításáért. A nyirokduzzanat közvetlen oka ismert: a nyirokutak transzportáló képességének csökkenése.

A betegség kezdetén a végtagban megrekedő nyirok enyhe duzzanatot hoz létre, amely az ujjbenyomatot megtartja, éjszaka csökken vagy eltűnik (I. stadium), majd a folyadék kötőszövet felszaporodást vált ki és ez már irreversibilis teszi az elváltozást, ami most már az ujjbenyomatot nem tartja meg (II. stadium). Ha az oedema tovább növekszik, a végtag deformálódik és azt a beteg már csak korlátozottan tudja mozgatni — kialakul az elephantiasis (III. stadium), sőt esetenként évek múlva lymphosarcoma léphet fel (Stewart—Treves syndroma, IV. stadium) (5, 14, 17).

A nyirokelvezetés elégtelensége egyszerű mechanikai-hydrodinamikai elégtelenség, amelynek megoldására számos oki-terápiás próbálkozás ismeretes. Volt szerző, aki fonalakat vezetett a végtagba, hogy ennek hajszálcsövessége révén jusson tovább a nyirok (4), mások a nyirokutakat a közelben futó vénákba vezették (11, 12, 16), ezen kívül többféle szerv transzplantatio is történt az ép területről a kórosra, annak elvezető csatornáit megőrizve, hogy a transzport lehetőségét létrehozza (2, 3, 13, 15). Ezen beavatkozások között vannak olyanok, amelyek — igaz ugyan, hogy csak az operált esetek töredékében — de valóban sikeresek voltak és a betegek számára végleges gyógyulást hoztak. Az esetek többsége különböző okokból sajnos alkalmatlan ezekre a műtétekre. Palliatív megoldásként a felszaporodott subcutan kötőszövetet lehet eltávolítani (Thompson- és Charles-

Conservative treatment of lymphoedema of the limbs. Etiology and stadium of 63 lymphoedema patients are shown. The method of lymphdrainage therapy is discussed. Important part of this treatment is bandageing. Lymphamat pump (Bösl) was successfully used as a part of the therapy. According to the good experiences it seems to be adviceable to use this method for treatment of limb lymphoedema. This method was successful in diuretics, Venoruton, Doxium and Lymph-compress resistant cases.

Key words: lymphoedema, elephantiasis, lymphdrainage therapy

műtét), de ennek eredményei sem egyértelműek, hiszen ezzel a még megmaradt nyirokutak is áldozatul esnek (18, 19).

A probléma tehát ilyen úton a betegek többsége számára megoldatlan. Hogy hazánkban összesen hány embert érint ez a kórkép, nem tudjuk, de annak alapján, hogy milyen okok váltják ki, következtethetünk az érintettek számára. Leggyakoribb ok a rosszindulatú daganat vagy az emiatt végzett csonkoló műtét vagy sugárkezelés (pl. emlőeltávolítás). A betegek egy második nagy csoportja a vénabetegségben szenvedők, akiken a vénás elfolyási zavar miatt a nyirokutak relative túlterheltek és előbb vagy utóbb ún. phlebo-lymphaticus oedema (1, 10) jelenik meg. Gépesített világunkban egyre gyakoribb ok a trauma is. Más földrészen a filariasis a legismertebb kiváltó tényező, nálunk a fertőzések közül az erysipelas fordul elő viszonylag gyakran. A betegek egy további részében a betegség okát nem ismerjük (primaer). A lymphoedema tehát olyan súlyos, nehezen megoldható teher, amelynek megoldása kívánatos.

A továbbiakban olyan konzervatív kezelési móddal szerzett kedvező tapasztalatainkat kívánjuk bemutatni, amely minden rászoruló részére, bármely stádiumban alkalmazható.

Beteganyag

Az Orvostovábbképző Egyetem I. Sebészeti Klinikáján 1988. január 1. és 1989. december 31. közötti időszakban 63 lymphoedemas beteget kezeltünk, közülük 54 nő és 9 férfi volt. Legfiatalabb betegünk 3, legidősebb 81 éves, az átlag életkor 43,1 év volt.

összesen 11 felső és 58 alsó végtagot kezeltünk. A betegség 16 esetben primaer, míg 47 betegen secundaer elváltozás volt. A primaer esetek között volt csecsemőkorban, gyermekkorban, felnőtt és idős korban felfedezett. A secundaer lymphoedemák oka malignus tumor (emlő-, húgyhólyag-, rectumtumor, Hodgkin-kór), ill. műtét (emlőabláció, melanoma malignum excisio és block dissectio, verőérprothesis beültetés, endarteriectomia, vénabillentyű pótlás, kiterjesztett varix műtét, nyirokcsomó excisio), erysipelas és trauma volt. Azokat a betegeket, akiknél az oedema mélyvénás thrombosisal szövődött, ebből a beteganyagból kihagytuk, mert ilyen esetekben a kezelés nem teljesen egyezik az alábbiakkal (1).

A legrégebben fennálló oedema 22 éves, a legfrissebb egy hónapos (átlagban 4,48 éves) volt. A lymphoedema mértékét a végtag körfogatának mérésével regisztráltuk. A végtagok különböző részein a duzzanat különböző, esetenként inkább proximalis, máskor inkább distalis elhelyezkedésű volt. A felső végtagon a legnagyobb körfogateltérés 45% volt, az ellenoldali ép végtaggal összevetve. Felső végtagon a legnagyobb különbségek %-ának átlaga 24,7 volt. Az alsó végtagon egyik betegünk bokájánál 52%-os maximális különbséget mértünk. Átlag 22,2%-kal volt nagyobb a kóros alsó végtag legnagyobb duzzanata az ellenoldali egészséges végtaggal összehasonlítva. Volt ennél kifejezettebb alsó végtagi primaer lymphoedemás betegünk is, azonban itt mindkét végtag érintett volt, ezért a differencia nem fejezte ki a betegség súlyosságát.

A kiváltott panasz minden esetben esztétikai, ezen kívül az esetek $\frac{2}{3}$ -ában a végtag feszülése, felében a fájdalom, $\frac{1}{3}$ részében a végtag elnehezülése, 20%-ban a viszketés, néhány esetben érzéketlen területek kialakulása, máskor húzó vagy égő érzés, zibbadás, szúrás, bizsergés volt.

Két beteg soroltunk a lymphoedema I. stádiumába, kettőt a III. stádiumba, a többiek pedig a II. stádiumba. A lymphoedema szövödményeként 4 betegünknek volt recidiváló orbánca, kettőnek psychés depressziója.

Kezelésüket megelőzően 63 betegünk közül 59-en vízajtó terápiában részesültek — eredménytelenül. Kompressziós kezelést 9 betegünk alkalmazott már. Az általunk végzett nyirokmasszázs kezelést két betegünk már ismerte és kereste a hazai lehetőséget.

Módszer

Az alkalmazott kezelési mód lényege a végtagban megrekedt nyirok kinyomása speciális masszázstechnikával. Előre kell bocsátani, hogy a masszázs szó nem fedti tökéletesen a kezelésre alkalmazott mozdulatokat, hiszen ez inkább simítás, az ujjak gördítése a bőrfelületen, mint gyúrás. A mozdulatokat a végtagokon distal felől a szív felé végeztük, ezáltal a viszkózus nyiroknedv proximal felé eltolódott. Ahhoz, hogy ennek proximálisan a helye legyen, mindig a szív felőli részen kezdjük a masszázst és visszafelé lépkedve haladunk a végtag perifériás részei felé. Az első mozdulatokkal tehát a fő nyirok beömlési helyeket kezeltük — az angulus venosusokat —, majd alsó végtagonál — a cisterna chyli-t és ezután a lágyék régiót, ezt követően a kezelés haladt tovább a periféria felé.

A manuális kezelés kiegészítőjeként gépi masszázst is alkalmaztunk (*Lympha-mat, Bösl*). Ennek során olyan fel-fújható mandzsettát helyeztünk a végtagra, amelyben segmentalisan több rekesz van, és ezek a rekeszek egymás után felfújódva a periféria felől a szív felé masszírozták a végtagot. Ez a kezelés felső végtag esetén a váll régióba, alsó végtagon a lágyéki területre préselte a szövetnedvet.

A kezeléseket befejező fázisa, a nyirok visszatelődés megakadályozására, a végtag rugalmas pólyával történő

befászlizása volt. Felső végtagon, indokolt esetben az ujjakat is bepólyáztuk. Az alsó végtagot mindig álló helyzetben fászliztuk, így elkerültük az izomzat feszülése által megemelkedő szorító erő vérkeringést nehezítő hatását. Fontos napot töltöttek a betegek ezekben a pólyákban, ez indokolta — a gipszeléshez hasonlóan — a pólya alá tett csőkötszer alkalmazását.

Eredmények

A betegek az alkalmazott kezeléssel minden esetben elégedettek voltak. Felső végtag esetén az elért legnagyobb körfogatcsökkenés a kóros %-ában kifejezve 43% (1.—2. ábra), átlagban 19,8% volt. A maximális érték az alsó végtagon 39%, átlag 17,6%. Betegeink a fent említett szubjektív panaszok enyhülését, ill. elmúlását legalább annyira értékesnek tartották, mint a mérhető körfogatváltozásokat. Megfigyeltük, hogy ezek a túlfeszülésből származó kellemtelen jelenségek esetenként előbb szűntek meg, mint ahogy a mérhető javulás jelentkezett. Az a véleményünk tehát, hogy olyan esetben is érdemes a kezelést elvégezni, amikor a méreteken számottevő javulás nem várható, vagy nem is igényli a beteg, ugyanakkor panaszai indokolják a kezelést.

Néhány lényeges további tapasztalatra is szert tettünk, ezek közül kiemelendő, hogy minél korábbi stádiumban kezdjük a kezelést, annál könnyebb eredményt elérni, hiszen a kötőszövet-szaporulatot nem lehet a masszázzsal eltüntetni, míg a folyadékot igen. Ugyanakkor a korai fázisban elkezdett kezelés meg is előzheti a kötőszövet-szaporulat kifejlődését.

A pólyát állandóan érdemes viselni, így az eredmények egyre tovább javulnak. A rugalmas harisnya kevésbé bizonyult előnyösnek, megfigyelésünk szerint ez alatt stagnál a végtag állapota vagy enyhén romlik, de ez is sokkal jobb, mint ha nem visel semmit a beteg. A hazai gyártmányú „Ideal” pólya vénabetegség kezelésében elfogadható volt, de ezen betegcsoportban már nem volt megfelelő.

Kezelt betegeink psychés statusa rendeződött a kezelési eredmények javulásával és egy esetben sem újult ki az erysipelas.

Megbeszélés

Az általunk kezelt kevés beteg difinitív következtetések levonására nem jogosít. Feltehetően a kiváltó okok szerinti megoszlás is magán viseli egy sebészeti klinika beteganyagának megoszlási jellemzőit. Ami azonban megfelel a nemzetközi statisztikának, az a betegek nemek szerinti megoszlása, ami jelentős női túlsúlyt mutat. Ez a hormonális különbségek jelentőségére utal, csakúgy mint a nőbetegek által jelzett, ciklusváltással párhuzamos duzzanatváltozás.

Feltűnő lehet, hogy korunk számos diagnosztikus módszeres lehetősége közül egyet sem alkalmaztunk a betegség kórismézéséhez, mert a diagnózis felállításához valóban



1.—2. ábra: K. A.-né 71 éves nőbeteg emlőműtét utáni felső végtag lymphoedemája kezelés előtt és után

elegendő a fizikális vizsgálat. A szakirodalomban kiemelt helyen elemzik a kontrasztanyaghasználatos lymphographia fölösleges és állapotrosszabbító szerepét.

A végtag lymphoedema súlyosságának mérésére többféle módszer ismeretes, ezek közül a számunkra legegyszerűbbnek tűnő végtag körfogatmérést választottuk. Nyilván a kezelés eredményessége jobban ellenőrizhető, ha a végtag teljes volumenét regisztráljuk, de ez vagy bonyolult matematikai műveleteket, vagy speciális volumen mérőeszközt igényelt volna. A %-értékben kifejezett eltérések a következőképpen értelmezendők: 10%-os duzzanat az ellenoldali éphez viszonyítva már észrevehető különbséget jelent, 20% feltűnő, 40% jelentős deformitást jelent.

Az alkalmazott kezelési mód nem új, hiszen már a múlt század végén *Winiwarter* kidolgozta, amelyet az évek során többen finomítottak (1). A *Lymphamat*-tal végzett gépi masszázst az utóbbi idők találmánya, ezzel jelentős kezelői energia takarítható meg, de sajnos nem pótolja teljesen a szakember kézi munkáját (6, 7). A kezeléseket megkíséreltük a hazai forgalomban lévő *Lymph-compress* készülékkel is, azonban ezzel nem értünk el eredményt. Ennek feltehetően az az oka, hogy ez a készülék csak egy kamrát fűj föl, ezáltal nincs meg a kívánt továbbító hatás.

Itt kell felhívni a figyelmet egy gyakran alkalmazott kezelési mód hatástalanságára, nevezetesen a vízajtó kezelésre, mert ez nem ürítette ki egyetlen betegünk oedemáját sem. Ez a gyógyszer a fehérjéhez kötött folyadékot nem tudta eltávolítani, ezért adása felesleges. Ugyancsak hatástalan volt a *Venoruton* és a *Doxium* adása is.

Minden betegünket *ambulanter* kezeltük heteken, hónapokon át. A betegek közeli hozzátartozóit is megtanítottuk a kezelésre, de ez egy esetben sem tette lehetővé a szakember által végzett kezeléseket teljes elhagyását.

Kedvező tapasztalataink alapján úgy véljük, hogy indokolt ezen kezelési módnak szélesebb teret adni.

Köszönettel tartozunk:

dr. Déri Györgynek, a Bad Säckingen-i (NSZK) Nyirok Klinika igazgatójának, hogy lehetővé tette klinikáján a lymphoedema kezelés elméleti és gyakorlati ismereteinek megszerzését a szerzők és a munkacsoport további tagjai részére (Barotai Krisztina, Erdős Anikó, Góczán Zsuzsa).

IRODALOM: 1. *Asdonk, J.*: Physikalische Lymphdrainage- und ödemtherapie bei chronisch-venöser Insuffizienz. Zeitschr. f. Lymphologie, 1981, 5, 107. — 2. *Baumeister, R. G. H.*: Clinical Results of Autogenous Lymphatic Grafts in the Treatment of Lymphoedemas. Progress in Lymphology XI. 413. Excerpta Medica. Amsterdam, New York, Oxford, 1988. — 3. *Baumeister, R.*

G. H., Seifert, J. és mtsai: Experimental Basis and First Application of Clinical Lymph Vessel. Transplantation of Secondary Lymphedema. W. J. Surg. 1981, 5, 401. — 4. Degni, M.: New Technique of Drainage of the Subcutaneous Tissue of the Limbs with Nylon Net for the Treatment of Lymphoedema. VASA, 1974, 3, 3. — 5. Déri Gy.: Lymphoedemák és rehabilitációs lehetőségeik. Balneologia, 1987, 4, 273. — 6. Déri, Gy., Dinkel, R., Spielmann.: Kosten und Nutzen der apparativen Lymphdrainage in der Therapie von Lymphödemen. Der Kassenarzt, 1987, 27, 32. — 7. Déri, Gy.: Das Druckwellen-Therapiegerät. Physiotherapie, 1986, 77, 354. — 8. Földi, M.: Der Stellenwert der Lymphographie in der Diagnostik von chronischen Gliedmassenödemen. Folia Angiol., 1982, 30, 292. — 9. Földi, M., Földi, E.: Die komplexe physikalische Entstauungstherapie des Lymphödems. Phlebol. u. Proktol, 1984, 13, 79. — 10. Földi, M.: Lymphologie des Beines, Diagnostik und Therapie. in: Varizen, Ulcus cruris und Thrombose. szerk. Wuppermann, T. 371. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo. 1986. — 11. Gloviczky, P., Fischer, J. et al.: Microsurgical Lymphovenous Anastomosis for Treatment of Lymphedema: A Critical Review.

J. Vasc. Surg., 1988, 7, 647. — 12. Gloviczky, P., Hollier, L. H. és mtsai: The Natural History of Microsurgical Lymphovenous Anastomoses: An Experimental Study. J. Vasc. Surg., 1986, 4, 148. — 13. Goldsmith, H. S.: Long Term Evaluation of Omental Transposition for Chronic Lymphoedema. Ann. Surg., 1974, 180, 847. — 14. Hultbeg, B.: Angiosarcomas in Chronically Lymphedematous Extremities. Two Cases of Stewart-Treves syndrome. Am. J. Dermatopathol., 1987, 9, 406. — 15. Hurst, P. A. E., Stewart, G., Kinmonth, J. B., Browse, N. L.: Long Term Results of the Enteromesenteric Bridge Operation in the Treatment of Primary Lymphoedema. Br. J. Surg., 1985, 72, 272. — 16. Molnár L.: Műtéttel megoldott alsó végtag elephantiasis. Orv. Hetil., 1969, 110, 2943. — 17. Rüzli, M., Hübner, K.: Das Lymphödem, eine vergessene Erkrankung. Therapie Woche, 1985, 35, 4226. — 18. Servelle, M.: Surgical Treatment of Lymphedema: A Report on 652 Cases. Surgery, 1987, 101, 485. — 19. Zoltán J.: A nyirokerekek sebészete. in: Sebészeti műtéttan, szerk.: Littmann I. 747—9. Medicina. Budapest, 1977.

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



ELŐSZÖR MAGYARORSZÁGON

orvosok számára 110 órás intenzív,
oklevelet adó

NEMZETKÖZI HOMEOPÁTIA-TANFOLYAM

1991. szeptember 6—27-ig mindennap (szombat és vasárnap is) 15—20 óráig.

Előadók: a homeopátia nemzetközileg elismert francia, német és orosz szaktekintélyei (szinkrontolmácsolás biztosított).

Részvételi díj: 88 000,— Ft, amely összeg magában foglalja a tanfolyam, a tankönyv és a bécsi és baden-badeni kirándulás költségeit is.

Jelentkezni lehet: az EUROSANA Kft. ügyvezető igazgatójánál, VARGA SÁNDOR-nál, az 155-0122 és a 175-1885-ös telefonon, vagy személyesen Bp., I. kerület, Szentháromság tér 6. sz. alatt (KULTURINNOV épülete) munkanapokon 9—16 óráig a tanfolyam helyén.

*Kérjük, mielőbb jelezze részvételi szándékát,
mert a tanfolyam létszáma korlátozott.*



A SPRINGER HUNGARICA KIADÓ első újdonsága
Harkányi Zoltán—Peter Burns—Laurence Needleman— Ji-Bin-Liu:

DUPLEX ULTRAHANG című műve

208 oldal, 321 ábrával, ebből 69 színes, ára: 2500,— Ft

Megrendelhető: Springer Hungarica

1410 Budapest, 7., Pf. 142. 1075 Wesselényi u. 28.

Anus praeternaturalisban kialakult primer adenocarcinoma

Csonka Csaba dr., Ludmány Éva dr.

Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok, I. Sebészeti Osztály (főorvos: Gergely Mihály dr.)
Patológiai Osztály (főorvos: Krasznai Géza dr.)

Az anus praeternaturalisban igen ritkán alakul ki primer carcinoma. A világirodalomban egy ilyen eset ismeretes, magyar közlemény nincs. A szerzők 51 éves férfi esetét ismertetik, akin a 24 éve készített colostomában adenocarcinoma alakult ki. Az anus prae inoperabilisnak véleményezett, de szövettanilag nem igazolt rectum tumor miatt készült. A beteg később telekobalt besugárzást is kapott és a rectum-elváltozás eltűnt. Az anus prae tumorát műtéttel eltávolították, a beteg 4 évvel a műtét után tumor- és panaszmentes. Ritkasága és tanulságai miatt tartották az esetet közlésre érdemesnek, kiemelve a postoperatív gondozás jelentőségét a gastrointestinalis tumor miatt operált betegeken.

Kulcsszavak: anus praeternaturalis, primer adenocarcinoma

A colostomában és az ileostomában egyaránt ritkán fordul elő primer adenocarcinoma. Eddig mindössze hét ilyen esetet közöltek a világirodalomban. Ezek közül egy esetben alakult ki metachron rák colostomában, a többi esetben colitis ulcerosa miatt készített ileostomában, illetve coecostomában keletkezett primer carcinoma (1, 2). Mivel hasonló hazai megfigyelés nem ismeretes, esetünket ritkasága és tanulságai miatt tartottuk érdemesnek ismertetésre.

Esetismertetés

51 éves férfi jelentkezett 1986 őszén Sebészeti Szakrendelésünkön — „Tu. recti inop. Tumor recidiva?” kóriszámmal. A beteg vizsgálatokor (1. ábra) egy 5 cm átmérőjű anus prae tumort találtunk, ceruzányira beszűkülött nyílással, alatta kétökölnyi hasfali sérvvel. Az anus prae 1962-ben készült, inoperabilisnak véleményezett rectum tumor miatt! Az nyilvánvaló volt, hogy tumor recidíváról nem lehet szó, hiszen az eredeti tumort nem távolították el. Mivel metastasis kialakulása ennyi idő elteltével nem valószínű, az anus prae primer tumora jöhetett csak szóba (mely lehet metachron daganat, ha az eredeti elváltozás rectum tumor volt). A beteg elmondása szerint 6–8 hónap alatt nőtt meg ekkorára, s az utóbbi időszakban már székürítési zavarokat is okozott.

Rövidítések: anus prae = anus praeternaturalis; OOI = Országos Onkológiai Intézet

Primary adenocarcinoma developed at a colostomy opening. The colostomy opening is a very rare site of the large bowel cancer. There is only one case report in the world literature and none in the Hungarian one. The authors report a case of a 51 year old man, who presented a typical malignant growth in his colostomy opening, created 24 years before due to a rectal lesion considered as an inoperable cancer, though not proved histologically. Later the patient was treated by telecobalt irradiation, and the growth perfectly disappeared. Now the second, metachron malignancy arising from the colostomy has been removed and the patient is symptom free four years after the operation. Emphasizing the importance of postoperative follow-up in cases of gastrointestinal malignancies the authors considered this case as an unique but instructive one.

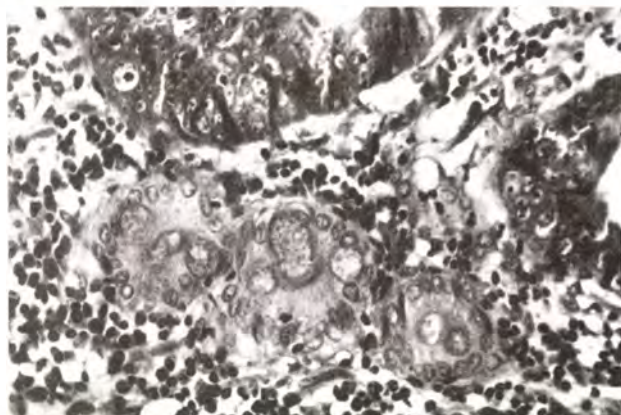
Key words: colostomy opening, primary adenocarcinoma



1. ábra: Az anus prae tumora, alatta ökölnyi hasfali sérv

Tekintettel a nyílás jelentős szűkületére, a beteget sürgősséggel felvettük osztályunkra és rövid előkészítés után megoperáltuk (ekkor nem volt idő és lehetőség részletesebb kivizsgálásra: a kissé szűkebb rectumban ujjal elérhető magasságban kóros eltérést nem észleltünk). A műtét (1986. okt. 26., op.: Csonka dr.) során az anus prae-t ép bőrrel övezve, babérlevél alakban resecáltuk, a hasfalat rekonstruáltuk. Az új anus prae-t a seb felső zugában varrtuk ki. A hasüregben (máj, cseplesz, vastagbél többi szakasza) áttétet nem észleltünk. A szövettani vizsgálat (6940/86)

során a 6 × 3 × 5 cm-es daganat exophytikus növekedést mutatott, a muscularis réteg felső harmadát infiltráló, cylindrocellularis adenomatosus típusú carcinomának felelt meg (2. ábra). Az eltávolított cseplésrészletben áttét nem volt. A seb szövődímentesen gyógyult, az új anus prae jól működött. A műtétet követő időszakban erosiv gastritisből származó gyomorvérzés okozott gondot, mely konzervatív kezelésre megszűnt, s beteget otthonába bocsátottuk. Az 1987 januárjában végzett kontroll vizsgálatnál az anus prae szűkületét észleltük, ez azonban ujjal tágható volt.



2. ábra: Az infiltrációt mutató daganatszövet. (250×-es nagyítás)

A rectoscopiás kontroll vizsgálat ép, kissé szűkebb rectum csontot talált, a biopsia malignitást nem jelzett.

Az eredeti kórlapokat átnézve, valamint konzultálva az Országos Onkológiai Intézzel (OOI) — a következőket sikerült megállapítani:

1962 júniusában kórházunk Bel-Fertőző osztályára került a beteg, mintegy 9 hónapja fennálló, napi 6–8-szori székürítéssel járó hasmenés miatt. A széklettenyésztés, gyomor-rtg vizsgálat negatív volt. Az irrigoscopiás vizsgálat a colon egész hosszában egyenletes telődést jelzett, normális lumentágassággal, kissé fokozott hausratióval. Sedatívumokat kapott, majd „colon irritabile” diagnózissal otthonába távozott.

1962. szeptember–októberben kórházunk II. Bel. osztályán feküdt változatlanul fennálló hasmenés (4 × naponta!) miatt. A hasmenés mellett Weber pozitív székleteket észleltek, mérsékelt anaemiát és fokozott sülydedést (40 mm/6) mutattak ki.

Részletek a dekurzusból:

X. 04.: Irrigoscopiás kísérlet — nem sikerült, a beöntés után erős hasi görcs lépett fel.

X. 05.: Rectoscopiás vizsgálat: a székletszennyezettség miatt nem látható semmi. 900 ml vvt masszát kapott (az anaemia miatt).

X. 10. Rect. dig. vizsg.: (az első!) ujjal elérhetően az elülső falon elhelyezkedő, jó gyermekököllyi exulcerált tumor, eléggé immobilis.

Cystoscopia: a hólyag hátsó fala erősen benyomott, a trigonumon kis vérbőség.

X. 17.: Onkológiai cons. — inoperabilisnak találta a rectum tumort, az inguinalis nyirokcsomókban metastasisal (?). Vélemény: „beszűkítés esetén anus prae, egyébként palliatív kezelés javasolt”.

Az OOI X. 16-án kelt levele a helybiztosítási kérelemre: „Palliatív anus prae készítése javasolt. Sugárkezelés a sugárresztens tumor és a beteg nagyfokú anaemiája miatt még palliatív célból sem jöhet szóba.”

A beteg a kórházból október 18-án saját felelősségére távozott, majd felkereste az OOI-et. Kíró diagnózis: „Cc. recti in stad. inop. cum metast.”. (Ekkor a beteg 27 éves volt s eddig szövettani vizsgálat még nem történt!)

1962. nov. 1.—dec. 20-ig a beteg az OOI-ben volt. Először a

Radiológiai Osztályra került, ahol ököllyi, eléggé sima falú tumort találtak a rectalis digitális vizsgálatnál. Ezt követően (nov. 08.) a Sebészeti Osztályon egynyílású anus prae-t készítettek (Hartmann szerint), a rectumot vakon zárva, s a tumort bent hagyva. Ezután a Radiológiai Osztályon telekobalt besugárzást kapott a beteg.

1963. február — Az OOI Radiológiai Osztályán a tumor regresszióját észlelték.

1964. január — A Radiológiai Osztályon daganatos progressió miatt telekobalt besugárzás történt.

1964. szeptemberében a Sebészeti Osztályon anus prae prolapsus miatt korrekciót végeztek. Ekkor kontroll rectoscopiás vizsgálatra is sor került (IX. 22.): 6 cm-ig jutottak fel, véres massa ürült a rectumból. A histológiai vizsgálatnál malignitást nem láttak (ez volt az első szövettani vizsgálat!). Tehát malignitást igazoló histológiai vizsgálati eredmény nem áll rendelkezésünkre.

Ekkor a beteg 29 éves volt. További onkológiai gondozásra nem járt (bizalmát elvesztve), majd 22 év múlva 1986 őszén jelentkezett az anus prae-ben kialakult carcinomával.

A műtétet követően a beteget rendszeresen ellenőrizzük Gastroenterológiai Gondozásunk keretében, melynek szervezését pont ez a szomorú eset gyorsította fel. Az anus prae stenosisa miatt — eredménytelen tágitás után — kisebb korrekciót végeztünk (1987. jún. 11.): a fibrotikus gyűrűt kimetszettük. A szövettani vizsgálat (4152/87) benignus elváltozást, intramuralis fibrosist igazolt. A műtét utáni állapotot a 3. ábrán mutatjuk be.



3. ábra: Az új anus prae a korrekció után

A betegnek megemlítettük a visszahelyezés lehetőségét, azonban hallani sem akart róla, annyira megszokta jelenlegi állapotát. Az elvégzett kontroll vizsgálatok (rectoscopia, colonoscopia, UH) négy évvel az anus prae carcinoma eltávolítása után tumormentességet igazoltak, sem recidívát, sem áttétet nem mutattak ki.

Megbeszélés

Az anus praeternaturalisban kialakuló primer carcinoma igen ritka. A Takami által közölt esetben a rectum carcinoma Miles-műtétét 19 évvel követően alakult ki a colostomában metachron rák (2). Esetünkben a rectum tumort szövettani vizsgálatnál nem igazolták és nem is távolították el, csak irradiatio történt. A rendelkezésünkre álló adatok és a kórlefolyás alapján az alábbi lehetőségek jöhetnek szóba:

1. 1962-ben rectum carcinomája volt a betegnek, mely feltehetően a besugárzás hatására visszafejlődött. Ezt követően alakult ki a ritka lokalizációjú metachron vastagbél-

tumor az anus praeben. (Ez a primer tumor szövettani bizonyítása hiányában csak feltételezés!)

Az inoperabilis rectum carcinoma besugárzást követő „eltűnése” ismert, 1–5%-ban fordul elő, s a daganatok kb. 50%-a operabilissá válik a besugárzás után. Mivel a beteg masszív telekobalt besugárzásban részesült („37 ×, összesen 8500 E”), ez a lehetőség is elképzelhető.

2. Az eredetileg tapintott resistentia nem malignus elváltozás volt, az emiatt készített colostomában később alakult ki egy primer carcinoma. Ezt a feltevést támasztja alá az első kivizsgálás irrigoscopiája (ép viszonyok), valamint az, hogy „tumor” csak a második bentfekvés során végzett irrigoscopiás kísérlet után észlelték (s ekkor a beöntés során a beteg „erős görcsös hasi fájdalmat” érzett). Iatrogén perforáció történt talán, mely a szabad hasüreget nem érintette, így csak helyi panaszokat okozott, s a későbbi tumor csak egy gyulladáson konglomerátum lett volna? Az ezt követően készített anus prae a gyógyulást elősegítette, s ezért tűnhetett el a tumor teljesen.

A kettő közül — mi az utóbbi lehetőséget tartjuk valószínűbbnek. Két évtized alatt lehetőség volt az anus prae carcinoma kialakulására. S mennyi viszontagsággal járhatott mindez a betegnek, akinek még Heine—Medin-kórja is volt, valamint emiatt végzett orthopediai korrekciós műtétek, s aki csak manókkal tud közlekedni, és a bal lábára gyakorlatilag béna!

És az egész azzal a tudattal elviselni, hogy „gyógyíthatatlan beteg”... (hiszen pont ezen — téves — információ miatt távozott el kórházunkból annak idején!).

Gyakorlati következtetések

Tanulságos esetünkből néhány igen fontos gyakorlati következtetés adódik.

1. Megfelelő átvizsgálás szükséges a műtét előtt, mely a szövettani vizsgálatot is magába foglalja, akkor is, ha az elváltozás makroszkóposan biztosan malignusnak tűnik.

2. Inoperabilitást csak műtéti exploratio után szabad véleményezni, igen gondos, részletes mérlegelés után (lehet, hogy ami az egyik sebésznek inoperabilis, a másiknak nem az!).

3. Nagyon fontos az operált betegek nyomon követése, gondozása, ezzel a korai recidíva, illetve metachron tumor időben kiszűrhető. Betegünk esetében ez a gondozás elmaradt, így a 27 éves korban készített anus prae-vel leélt további 24 évet, mikor is valódi carcinoma alakult ki a colostomiában (számára cseppet sem vigasztaló az, hogy ez igen ritka kórképek számítt!). A fentiek miatt fontosnak tartjuk az inoperabilisnak minősített betegek gondozását is. A betegek panaszainak enyhítésén túlmenően lehetőség van azon esetek kiszűrésére, ahol nem rosszindulatú folyamatról van szó, vagyis tévedtünk.

Az ismertetett eset meggyorsította postoperatív Gastroenterológiai Gondozásunk szervezését, melynek keretében az osztályunkon operált betegeket gondozzuk (a tápcsatorna benignus és malignus betegségeit egyaránt). Ezáltal lehetőség nyílik a betegek folyamatos nyomon követésére, korszerű szemlélet szerinti ellenőrző vizsgálatok végzésére — annak reményében, hogy ezzel lehetővé válik a recidívák korai felismerése és szükség szerint egy további beavatkozás idejében való elvégzése.

Köszönetnyilvánítás: — Ezúton mondunk köszönetet Borsy Tamás dr.-nak, az Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár osztályvezetőjének, az irodalomkutatásban nyújtott segítségéért és Rónay Pál v. főorvosnak, a beteg által az Országos Onkológiai Intézetben töltött időszak adatainak kiegészítéséért.

IRODALOM: 1. *Vasilevsky Carol-Ann and Cordon, P. H.:* Adenocarcinoma arising at the ileocolic junction occurring after proctocolectomy for ulcerative colitis. *Br. J. Surg.*, 1986, 73, 378. — 2. *Takami, M., Hanada, M., Kimura, M. és mtsai:* Adenocarcinoma arising at a colostomy site. Report of a case. *Dis. Colon & Rectum*, 1983, 26, 50.

(Csonka Csaba dr. Ajka, Pf. 139. 8401)

Az adjuváns biológiai daganatkezelés lehetőségei és határai címmel a Csongrád Megyei Természetgyógyász Szakmai Kollégium hétfélig tanfolyamot szervez. A tanfolyam anyagát a daganatkezelés elmélete, prevenció, rehabilitáció, táplálkozás, méregtelenítés, fitoterápiás lehetőségek, nyomelemek, immunstimulálás, pszichés támogatás, tumor típusok, a felvilágosítás lehetőségei és veszélyei, Simonton, Köbler, Ross-módszerek képezik. Esetmegbeszélés, gyakorlati terápiai tanácsadás is lesz hozott betegekkel kapcsolatban. A tanultak alkalmazhatóságáról és gyakorlati eredményeiről hallhatnak a résztvevők.

Előadó: Dr. Sarkadi Ádám

A tanfolyam ideje: 1991. október 4. 16 órától okt. 6. 13 óráig.

Helye: Petőfi Sándor Művelődési Otthon Szeged, Rákóczi u. 1.

Részvételi díj: 4000,— Ft.

Szálláslehetőséget kívánságra 2–3 ágyas szobákban kedvező áron biztosítunk.

Jelentkezés és felvilágosítás: Dr. Szilágyi Károly 6720 Szeged, Kelemen u. 2. T: 62/18-196 13 óra után.

A korlátozott létszám miatt a jelentkezések sorrendjében tudjuk a részvételi lehetőséget biztosítani.

A Csongrád Megyei Természetgyógyász Szakmai Kollégium vezetősége

MADOPAR® HBS

levodopa és benserazid
controlled release formában



EGYENLETES
ANTI-PARKINSON HATÁST
BIZTOSÍT

Összetétel: 100 mg levodopa + 25 mg benserazid egyenletesen kioldódó formában.

Javallatok: a Parkinson-szindróma azon formái, ahol a beteg mozgásteljesítménye ingadozó (*on-off* jelenség). Különösen alkalmas olyan betegek kezelésére, akiknél a mozgásteljesítmény ingadozása összefüggést mutat a levodopa plazmaszintjével (csúcsdózis dyskínia, *wearing off* jelenség). Indokolt továbbá az éjszakai dystoniák és egyéb zavarok csökkentésére.

Ellenjavallatok: súlyos, dekompenzált endokrin zavarok, vese-, máj- és szív működési rendellenesség, psychosis és súlyos psychoneurosis, 25 éven aluli életkor. Terhességben a Madopar HBS kezelést meg kell szakítani.

A javallatokra, ellenjavallatokra, adagolásra és elővigyázatossági intézkedésekre vonatkozó részletes tájékoztatást az alkalmazási előírat tartalmazza.



F. Hoffmann-La Roche AG, Basel, Schweiz

Az intézeti halálozásról az igazságügyi orvosszakértő szemszögéből

Csatai Tamás dr., Orosz Gyula dr.

Heves Megyei Rendőr-főkapitányság, Eger

Évről évre csökken a fekvőbeteg-gyógyintézetben bekövetkezett halálesetek száma. Ezzel ellentétben, növekszik a kórboncolások mellőzésének az aránya. Ezáltal a boncolás „ellenőrző” szerepe csökken. Olyan esetek is mellőzésre kerülnek, melyekről az eljárás kezdetén a „rendkívüli”-ség gyanúja is felmerült és ez kriminalisztikai szempontból veszélyeket rejt magában. A szerzők úgy tapasztalják, hogy — végrehajtási utasítás hiányában — még mindig vannak bizonytalanságok (szabálytalanságok?) a gyógyintézetben meghaltak boncolása körüli teendők kapcsán. Közleményükben — tapasztalataik alapján — értelmezik a vonatkozó jogszabályokat és megfogalmazzák az — általuk helyesnek tartott — eljárási gyakorlat lényegét is.

Kulcsszavak: halálozás, boncolás, hatósági eljárás

Magyarországon a halálesetek mintegy 75%-a (kb. 100 000 eset) — éveken keresztül — fekvőbeteg-gyógyintézetben következett be. A halál bekövetkeztének megállapításán túl — gyógyintézetben is — a halottvizsgálatot végző (klinikus) orvosnak a halálesetet — további teendők szempontjából — „minősítenie” is kell. Véleményezni kell, hogy az elhalt boncolásra kerüljön vagy sem, és amennyiben boncolásra kerül sor, úgy kórboncolás vagy hatósági boncolás történjék (4). Ennek eldöntése nemcsak a klinikus, hanem esetenként még a pathologus, illetve az igazgató számára is nehézséget jelent a mindennapos gyakorlatban. Miután a „minősítés” terén nagyok a bizonytalanságok és gyakoriak a fogyatékoságok, így indokolt a kérdéskomplexum szélesebb nyilvánosság előtti kifejtése.

Mivel a halálok megállapításának egyetlen objektív módszere a boncolás, így az alapelvnek annak kell lennie, hogy lehetőleg minden ún. intézeti halottat fel kell boncolni.

A 11/1983. (IX. 22.) EüM—BM—IM sz. együttes rendelet és az 5/1984. (V. 27). EüM sz. rendelet hatálybalépése előtt a fekvőbeteg-gyógyintézetben — a nem rendkívüli okból, illetve módon — meghalt személy holttestét kórboncolás alá kellett vonni. Minden ún. rendkívüli haláleset hatósági boncolásra került. (Meg kell azonban jegyezni, hogy bizonyos — kivételes — esetekben a kórboncoltani vizsgálatot már akkor is mellőzni lehetett.) A hivatkozott rendeletek hatálybalépése után a kórboncolások

About the lethal cases in hospital from the viewpoint of criminology. The number of lethal cases in hospitals keeps decreasing from year to year, whereas the rate of omitted post-mortem examinations increases. The “control” role of autopsy decreases consequently. Autopsy is omitted even in cases that have been considered as possibly “extraordinary” at the beginning of the procedure and this may mean danger also from the viewpoint of criminology. According to the observations of the authors there are still uncertainties (irregularities?) concerning the tasks connected with the autopsy of those who died in hospitals, as legal injunctions are lacking. On the basis of their experiences the authors interpret the related legal measures and describe the essentials of the procedural practice considered by them correct.

Key words: lethality, autopsy, public proceedings

kötelező jellegének tartalma csökkent és a kórboncolások mellőzésének lehetősége — elviekben is — tág teret kapott. (A két új jogszabály pozitív vonásaként értékelhető viszont az, hogy megteremtették az ún. területi kórboncolás lehetőségét, mely ezt megelőzően jogszabályilag nem volt rendezett.)

A rendkívüli halál esetei

A rendkívüli halál eseteit a 11/1983. (IX. 22.) EüM—BM—IM számú együttes rendelet 1. § (2) bek. taxatív és 6 csoportban összefoglaltan sorolja fel (1).

Ennek értelmében rendkívüli a halál, ha:

- a) a bekövetkezésének körülményei bűncselekmény gyanújára utalnak,
- b) közlekedési vagy üzemi baleset okozta, vagy ezek gyanúja merül fel,
- c) egyéb (pl. közterületi, háztartási) baleset okozta halál bekövetkezésével összefüggésben a felelősség vizsgálata szükséges,
- d) öngyilkosság okozta, vagy a körülmények arra utalnak,
- e) orvosi gyógykezelés során következett be, és az orvos vagy egészségügyi szakdolgozó foglalkozási szabályszegésének gyanúja merült fel (pl. vértömlesztés, altatás, érzéstelenítés, műtét, gyógykezelés hiánya),
- f) bekövetkezésének előzményei, körülményei ismeret-

lenek és nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyekből megalapozottan lehetne következtetni a halál okára, illetve arra, hogy a halál természetes módon következett be. (Tisztázatlan haláleset.)

E csoportok tartalmát és határait a jogszabály — teljes pontossággal — nem jelöli meg. Ez okozza, hogy — az egészen nyilvánvaló esetektől eltekintve — gyakran problematikus egy adott haláleset hovatartozásának meghatározása. Miután ennek első eldöntése (minősítés) — fekvőbeteg-gyógyintézetben is — orvosi (klinikus—pathologus—igazgató) mérlegeléstől függ, így az elvek tisztázása érdekében néhány kérdés részletesebb elemzésre szorul.

Az együttes rendelet 1. § (2) bek. a)—e) pontjai közül az a)—b)—c)—d) pontok az *erőszakos behatással* kapcsolatban bekövetkezett halálesetek kategóriájába tartoznak.

Az erőszakos (az emberi szervezetet érő külső, illetve kívülről jövő rendellenes) behatással kapcsolatban bekövetkezett halálesetekben az alábbi általános követelmény támasztandó:

A halálesetet rendkívüli halálesetként kell kezelni, ha az erőszakos behatás (pl. sérülés, mérgezés stb.) és a halál közötti összefüggés gyanúja fennáll, történt legyen megelőzően bármikor (bármilyen régen keletkezett) és bármilyen kis erőszakos behatás (5).

Az a), b) és d) pontokra hivatkozott esetek köre különösebb problémát általában nem okoz, így ezen esetkörök részletesebb elemzésétől eltekintünk.

Az „egyéb baleset” okozta halálesetek

A c) pontban leírt ún. egyéb baleset esetén az általános követelményen túl egy további ismérv is szükséges ahhoz, hogy a haláleset rendkívülinek minősüljön. Ez a követelmény pedig az, hogy a haláleset bekövetkezésével összefüggésben az elhalton kívül más személyt (személyeket) is a felelősség gyanúja terheljen.

Ha tehát a halált egyéb (pl. közterületi, háztartási) baleset okozta, akkor az esetet a kórház a rendőrségnek köteles bejelenteni. A rendőrség a baleset körülményeivel kapcsolatban vizsgálatot (adatgyűjtést, ténymegállapítást) végez. Ha ezen eljárás alapján a felelősség további vizsgálata nem szükséges (a halál bekövetkezéssel összefüggésben az elhalton kívül más személyt felelősség gyanúja nem terhel), akkor a haláleset nem minősül rendkívülinek és a hatósági boncolást nem kell elrendelni.

A gyógykezeléssel, illetve annak hiányával összefüggésbe hozható halálesetek

Az e) pont teljesen új megvilágításba helyezi a gyógykezelési tevékenység megítélését. A rendelkezés teljesen a kórház-igazgató kezébe teszi le a döntési jogot. Neki kell felvetni a foglalkozási szabályszegés gyanúját és ezen gyanú felvetése esetén a hatósági boncolást el kell rendelni. Itt lényegében az egészségügyi dokumentáció alapján kell felvetni

- a gyógykezelés szövődményének,
- a gyógykezelés technikai hibájának,
- a gyógykezelés hiányának,
- a gyógykezelési tévedésnek-hiányosságának

gyanúját (4, 5).

Az e) ponthoz tartozó halálesetek körében a következő két esetcsoportot kell elkülöníteni:

1. Bármilyen orvosi ténykedéssel kapcsolatban bekövetkezett halálesetet.

2. Orvosi gyógykezelés hiányával kapcsolatban bekövetkezett halálesetet.

ad 1.

A bármilyen orvosi ténykedéssel összefüggésben bekövetkezett haláleseteknél a beavatkozás és a halál közötti okozati kapcsolat gyanúja alapozza meg a rendkívüli halálesetté való minősítést. Nem az a döntő, hogy a halál a beavatkozás közben, vagy annak elvégzése után mennyi idővel következett be. Az okozati összefüggés gyanújának felvetése (a klinikus—pathologus—igazgató részéről) akkor indokolt, ha az adott halál bekövetkezése nem magyarázható a betegség sajátos természetével vagy súlyosságával, illetve a beteg szervezeti (alkati) adottságaival. A szövődmény csak akkor alapozza meg a gyanút, ha az nem betegség, hanem a beavatkozás szövődménye! (2)

ad 2.

Az orvosi gyógykezelés hiányának gyanúja akkor vethető fel, ha a beteg — egyébként gyógyítható betegséggel — már menthetetlen állapotában kerül kórházba és minden beavatkozás ellenére meghal. A gyanú részben a — kórházon kívüli vagy kórházi — gyógykezelést elmulasztó, vagy helytelenül végző orvossal, részben a beteg részére gyógykezelést nem biztosító személyekkel szemben áll fenn.

Tisztázatlan halálesetek

Az f) pontban foglalt ún. tisztázatlan halálesetek száma — kórházi vonatkozásban — általában nem jelentős. A diagnózis (feltételezett halálok) bizonytalansága, tisztázatlansága önmagában — az időfaktoroktól függetlenül — nem elegendő a rendkívüliség megállapításához. Ha az előzmények, körülmények természetes halálokat valószínűsítenek, illetve ezek nem utalnak erőszakos halál módra, akkor az eset nem rendkívüli haláleset. A problémás eseteket a rendőrségnek be kell jelenteni. A hatósági eljárás az előzményeket, körülményeket tisztázza és ha ezek — kriminális szempontból — nem kétségesek, akkor hatósági boncolás helyett kórboncolást kell végezni (3).

A gyógyintézeti halálesetekkel kapcsolatos eljárás

Az utóbbi években folyamatosan csökken a kórházban meghaltak aránya. Az elmúlt években ez a szám már nem érte el a 100 000-et. A kórházi halálesetek mintegy 5%-a minősül rendkívüli halálesetnek. Ezek mind hatósági boncolásra kerülnek. A többi esetben elvileg kórboncolást kell végezni. Gyakorlatilag azonban a kórboncolás az esetek mintegy 30%-ában mellőzésre kerül. Nem tudjuk, hogy

mennyi azoknak a mellőzéseknek a száma, amelyekben hatósági boncolásra lett volna szükség. Kriminálisztikai szempontból ennek ismerete igen fontos lenne!

A halálesetekkel kapcsolatos rendelkezések kiadása után több mint 5 évvel még mindig sok a bizonytalanság és a szakszerűtlenség a gyógyintézeti halálesetek eljárási gyakorlatában. Ebben a folyamatban első és alapvető a halál beálltának megállapítása. Ezt követi a „minősítés”, amely lényegében adminisztrációs feladatokat jelent. A halottvizsgálatot végző orvos kiállítja az 5 példányos „Halottvizsgálati bizonyítvány” 1–18. rovatait. Ezen belül a 16. pontban „elvégez” a minősítést és ezt a 17. pont alatt meg is indokolja. Az így kitöltött bizonyítvány és a lezárt kórtörténet — véleményezés céljából — a pathologushoz kerül. A pathologus — minősítési — véleménye a kórtörténetre kerül bejegyzésre. Ezt követően a kórház vezetője — a klinikus és pathologus véleményének figyelembevételével — dönt. (Élesen ki kell hangsúlyozni, hogy a pathologusnak csak javaslati joga van!)

A kórházvezetői döntés 3-féle lehet:

1. A kórbonctani vizsgálat mellőzhető.
2. Kórboncolás szükséges.
3. Hatósági eljárás indokolt.

ad 1.

A kórboncolás — egyértelműen — akkor mellőzhető, ha azt a klinikus és pathologus egyaránt javasolta. Ilyenkor a halál oka a rendelkezésre álló orvosi dokumentáció alapján megállapítható és a boncolás elvégzésétől további lényeges megállapítás nem várható.

Abban az esetben, amikor a klinikus és pathologus véleménye a kórboncolás mellőzésének kérdésében nem egyezik meg, akkor azt az igazgatói döntést tartjuk helyesnek, amely a kórboncolás szükségessége mellett van. Ezen elv gyakorlását azonban — több helyütt — az objektív nehézségek akadályozzák. Néha ennek szemléletbeli akadályai is vannak. Ezek megszüntetése — kriminálisztikai szempontból — feltétlenül indokolt!

ad 2.

A kórboncolás nem mellőzhető, ha azt a klinikus és pathologus egyaránt szükségesnek tartja. A kórboncolás eredményeként össze kell hasonlítani a megállapított diagnózisokat.

Különböző statisztikák szerint a klinikai és kórbonctani diagnózisok kb. 25%-ban eltérést mutatnak. Ezekben az esetekben vizsgálni kell(ene) az eltérés lehetséges okait. Ez a vizsgálat nem egy helyen — szintén objektív és szubjektív okok miatt — csorbát szenved. Korrekten ez úgy történhet(ne) meg, ha a klinikus—pathologus—igazgató együttesen végzi. Amennyiben a vizsgálódás eredménye-

ként olyan közös vélemény születik, hogy az eltérés okai a betegség sajátos természetéből vagy súlyosságából, illetve a beteg szervezeti (alkati) adottságaiból erednek, úgy a következtetések és a tanulságok levonása egészségügyön belül kell maradjon. (Klinikopathológiai konferencia.)

Ha akár a legkisebb gyanúja is felmerül annak, hogy az eltérés okai között szervezési, szakmai, emberi hiányosságok is szerepet játszanak, akkor az eset megítélése egészségügyön kívüli vizsgálatot is indokol(na)! Nagyon nehéz ennek a határvonalnak a meghúzése, de a — következő! — beteg érdekében mindenképpen szükséges.

ad 3.

A gyógyintézet részéről kezdeményezett hatósági eljárás nem minden esetben jelenti azt, hogy az adott halálesetnél hatósági boncolás is történik. Vannak olyan esetek, amelyeknél a kriminálisztikai szempontok nem indokolják a hatósági boncolás elvégzését. Ezek az esetek — további teendők szempontjából — „visszakerülnek” a gyógyintézet hatáskörébe. Előfordul, hogy még a kórboncolást is mellőzik ezekben az esetekben. Megmagyarázhatatlan, hogy a kórház vezetője engedélyezi annak az esetnek a mellőzését, amelyről előzőleg még azt véleményezte, hogy az rendkívüli haláleset!

Néhány gondolatban szólni kell még a kórboncolás ún. visszajelentéséről. (A „visszajelentés” kifejezés nem a valódi cselekvési folyamatot fejezi ki, de mivel a gyakorlatban általánosan elterjedt, így használata egyértelmű kategóriát jelent.) A „visszajelentés” alatt azt a cselekvési folyamatot értjük, amikor a megkezdett kórboncolást — rendkívüli haláleset alapos gyanúja miatt — félbeszakítják és a hatóságnak ezt bejelentik. Indokolt, hogy ez a jogintézmény működjék és jól működjön. Van olyan gyógyintézet, ahol 20–25 éve nem fordult elő ún. visszajelentés, a gyógykezelés hiányosságának alapos gyanúja miatt. Ilyen „tökéletes” gyógyintézet a valóságban nincs, itt a szemlélettel van baj!

A beteg ember és a társadalom érdeke azt kívánja, hogy az egészségügy belső — minőségi — ellenőrzési rendszere a jelenleginél hatékonyabban működjék. Ebben a rendszerben a boncolások — mint a halálesetek objektív „értékelési” módszerei — döntő láncszemet jelenthetnek, így jelentőségüket ennek figyelembevételével kell értékelni.

IRODALOM: 1. Egészségügyi jogi kézikönyv. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1990. — 2. Hunya S., Kiss G., Iványi J.: Megfigyelések öt év alatt elhunyt beteganyagban. Med. Univ. 1983/6. — 3. Kósa F.: Hozzáértők kérésére történő hatósági boncolások. Rendőrorvosi Tudományos Ülések. 1979. — 4. Somogyi E., Szuchovszky Gy.: Fekvőbeteg-gyógyintézetben elhaltak hatósági boncolásáról. Orv. Hetil., 1967, 108, 8. — 5. Szuchovszky Gy., Kenyeres I.: A kórboncolás ún. visszajelentéséről. Orv. Hetil., 1970, III, 52.

(Csatai Tamás dr. Eger, Pf. 112. 3301)



Felhívjuk felhasználóink figyelmét, hogy a jövőben az ABO vércsoport-meghatározó készítményeink a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő névvel, kiszerelésben és külső színjelzéssel kerülnek forgalomba.

Átmeneti ideig a reagensek régi nevét is feltüntetjük az üvegcímkén és a dobozon.

Az új kiszerelésű poliklonális készítményekkel párhuzamosan **monoklonális reagenseket is forgalomba hozunk.**

Új kiszerelés:

1 ml Poliklonális folyékony reagens benyúlópipettás cseppentős üvegben;
1 ml Monoklonális folyékony reagens benyúlópipettás cseppentős üvegben;
5 ml Monoklonális folyékony reagens benyúlópipettás cseppentős üvegben;
5x2 ml Liofilizált poliklonális reagens ampullában.

A kapilláris kiszerelés megszűnik!

Új név és színjelzés:

Régi név és színjelzés:

Anti-A	kék címke, kék pipettagumi	SEROTYP B	barna
Monoklonális Anti-A	kék címke, kék pipettagumi		
Liofilizált Anti-A	kék címke		
Anti-B	sárga címke, sárga pipettagumi	SEROTYP A	fekete, ill.
Monoklonális Anti-B	sárga címke, sárga pipettagumi		színtelen
Liofilizált Anti-B	sárga címke		
Anti-A, B	fehér címke, fekete pipettagumi	SEROTYP 0	kék
Monoklonális Anti-A+B	fehér címke, fekete pipettagumi		
Liofilizált Anti-A, B	fehér címke		

HUMAN

Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet

BUDAPEST

Szállás u. 5.

Tel.: 1782-666, 1575-311

HUMAN

Aikcema®

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 előli 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; dyhidrosis, 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.

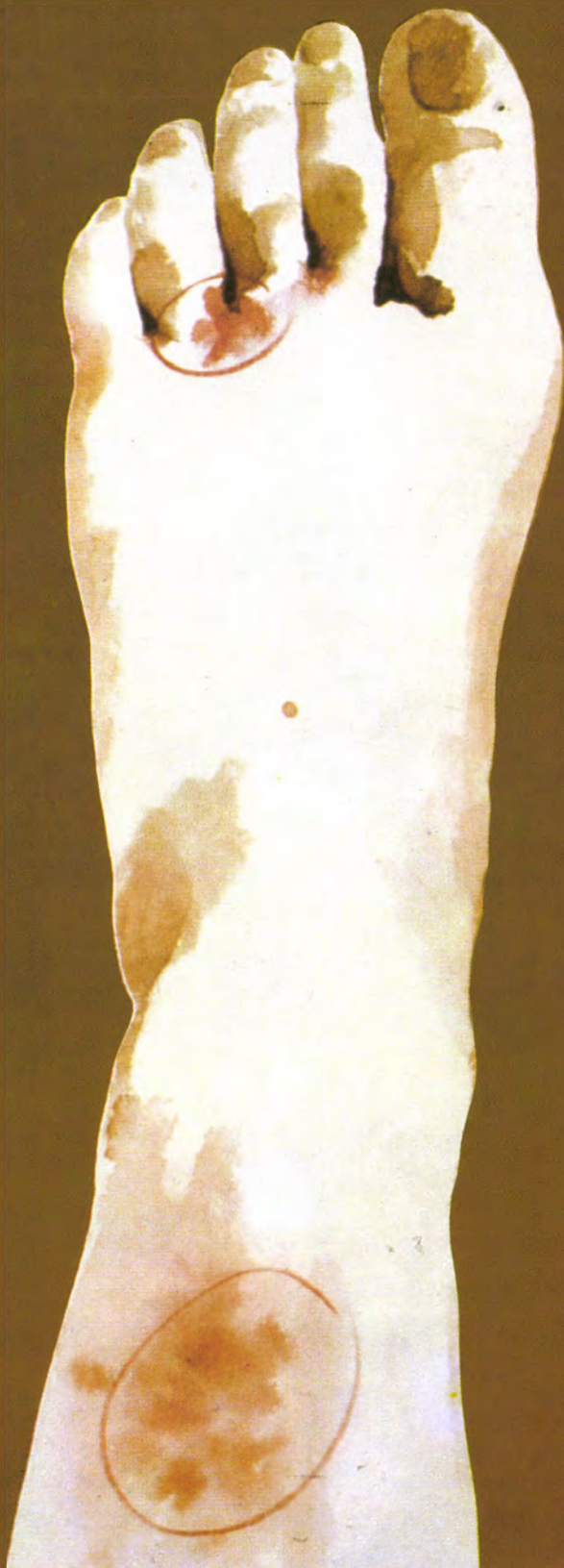
Az arc bőrön való krónikus alkalmazása kerülendő.

Nagy felületen — különösen kötés alatt tartósan — nem alkalmazható.

Gyermekeknek csak kivételes esetben rendelhető.

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

RENDELHETŐSÉG: Csak vényre adható ki.



FORGALOMBA HOZZA:
Alkaloida Vegyészeti Gyár
Tiszavasvári



Alksebör®

KENŐCS

T 110; T 130

HATÓANYAG: Chlorhexidinum hydrochloricum 200 mg, axerophtholum solutum 100 mg, tocopherolum aceticum 100 mg, dexpanthenolum 800 mg, vízzel lemosható (20 g) kenőcsben.

HATÁS: A klórhexidin intenzív antibakteriális és antifungális hatása jól érvényesül olyan bőrbetegségekben, melyeknek keletkezésében számos kóroki tényező mellett a bakteriális és mikotikus komponenseknek is szerep tulajdonítható. A klórhexidint a baktériumsejtek jól adszorbeálják és ezt követi a sejtek permeabilitásának változása. A klórhexidin lipofil csoportjai a sejt lipoprotein hátyájának dezorientációját 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. Antimikrobális hatása bakteriosztatikus, ill. baktericid.

Akne betegségben az antibakteriális hatáson kívül nem elhanyagolható a szer lipidkiválasztást csökkentő hatása sem. A készítményben levő vitaminok antiseborrheoás hatása régóta jól ismert, kiterjedten alkalmazzák különböző seborrheoás kórképekben belsőleg és külsőleg egyaránt.

JAVALLATOK:

- Seborrheoás kórképek enyhe és középsúlyos alakjaiban monoterápiaként, súlyosabb alakjaiban az orális terápia kiegészítőjeként: acne vulgaris, acne conglobata, rosacea, seborrheo oleosa, seborrheoás 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



FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

SZERZETT IMMUNDEFEKTUS (AIDS)

HIV-infekciók. Siegenthaler, W., Lüthy, R., Jost, J. (Departement für Innere Medizin, Universitätsspital, Zürich): Internist, 1990, 31, 551.

Az AIDS-szel kapcsolatban számos kérdés merül fel, s ezek alól nem vonhatjuk ki magunkat. Jelenleg 600 000 AIDS-beteg él világszerte a WHO becslései szerint. Ők a 80-as évek elején inficiálódtak. Ha a nyugati államokban az új fertőzések számát nullára lehetne lecsökkenteni, akkor is az évezred végére ötmillióra növekedne az AIDS-csek száma. Sajnos, az még nagyobb baj, hogy az AIDS-betegek mellett a tünetmentes HIV-fertőzöttek száma igen nagy. A HIV-serologia és diagnosztika javítása mellett az egész lakosság intenzív felvilágosítása és az infékcio megelőző eljárások fejlesztése a cél, más szóval adekvát magatartás-változtatást kell elérnünk.

Az AIDS manapság is halálos kimenetelű betegség. Mégis az elmúlt évek eredményei közé tartozik az is, hogy pl. a korábban rettegett szövődmény, a pneumocystis carinii pneumonia, egyike az ún. opportunista infékcioknak, letalitási aránya 25-ről 0%-ra csökkent. A betegek nagyobb részét már ambulánsan lehet kezelni. Az elért életqualitasok javultak. Az antiretroviralis terápia javulásával megkezdődhetett a tünetmentes betegek kis dózisu azidothymidin kezelése is. Az újabb és újabb szerek esetleges mellékhatásai miatt jobb specializált centrumokban végezni a terápia ellenőrzését (ilyen pl. a dideoxynosin [DDI] alkalmazása mellett fellépő neuropathia, pancreatitis vagy elektrolit-zavar).

Mindent összevéve a túlélési idő javult. Az AIDS a jövőben várhatóan egy chronikus, de kezelhető betegség lesz, amely nem szükségszerű, hogy néhány év alatt halálhoz vezessen. Ez a feladat azonban az egész egészségügy mozgósítását igényli.

[Ref.: *Nehéz lenne találobb szavakkal bevezetni a következő néhány AIDS-szel kapcsolatos közleményt, mint a fenti neves szerzők bevezetőjével, mely az Internist e teljesen külön számának elején áll. A jól sikerült összeállítás ismertetése információ-tartama miatt hasznosnak tűnik.*]

Kiss Attila dr.

HIV-vel kapcsolatos opportunista megbetegedések: diagnosztikus és terápiás lehetőségek a klinikai gyakorlatban. Weber, R. és mtsai (Departement für Innere Medizin, Abt. für Infektionskrankheiten, Universitätsspital Zürich): Internist, 1990, 31, 553.

A HIV-fertőzöttek 50%-a 8–11 év alatt opportunista komplikációkban betegszik meg. A Center for Disease Control (CDC) beosztása alapján négy csoportba sorolhatók a HIV-vel kapcsolatos körkék. I. Akut HIV-infekció; II. Asymptomatikus HIV-infekció; III. Perzisztáló generalizált lymphadenopathia; IV. Symptomatikus HIV-infekció; IVA. Konstitucionális symptomák (legalább egy fordul): >10%-os testsúlycsökkenés; >1 hónapos lázas állapot; >1 hónapja tartó diarrhoea; IVB. Neurológiai megbetegedések: HIV encephalopathia, myelopathia, peripheriás neuropathia; IVC. Opportunista infékcio; IVCI: AIDS-következményes infékcio: pneumocystis carinii pneumonia, candidiasis, cerebriális toxoplasmosis, extrapulmonalis cryptococcosis, cytomegalia vírus-chorioretinitis és más szervintétséggel járó formák. Herpes simplex vírus-infekció, extrapulmonalis atipusos mycobacteriosis stb. IVC. 2. Más fertőzések: orális candidiasis, több dermatomára kiterjedő herpes zoster, nocardiosis, tüdő tuberculosis; IVD. AIDS-következményes malignomák: Kaposi-sarcoma, non-Hodgkin lymphoma, primer agy-lymphoma; IVE. Más opportunista megbetegedések: lymphoid interstitialis pneumonia, ill. más, valószínűleg HIV-vel kapcsolatos megbetegedések.

Nagyon fontos a korai diagnózisra törekedni. Ez legyen definitív, hogy a terápia gyorsan következhesse, mert az opportunista infékcio fudroyansak is lehetnek. Gyakran koinfekciók vagy éppenséggel többszörös fertőzések is fennállhatnak. Az opportunista infékcio gyakran recidíválhatnak. E fertőzések felléptének a valószínűsége annál nagyobb, minél kisebb a T4 lymphocytaszám (pl. <200/μl).

Részletesen tárgyalják a különböző terápia-formákat. Az esetek többségében nem alkalmazhatók megszokott terápia-sémák. Pl. kilakuló NHL esetében a kemoterápiás indikációnál nagyon individuálisnak kell lennünk. A dozírozás nagyon visszafogott lehet az olyan beteg esetében, akinek T4 lymphocytaszáma alacsony (<100/μl), mert ezeknek a betegeknek nagyon rossz a prognózisa, és a sokféle leselkedő opportunista infékcio lehetősége igen nagy, s a várható kemoterápia-indukált nyereség kicsiny.

Kiss Attila dr.

A központi idegrendszer HIV-infekciója és annak klinikai jelentősége. Pohle, H. D., Ruf, B. [II. Medizinische Klinik, Klinikum Rudolf Virchow (Wedding), Freie Universität Berlin]: Internist, 1990, 31, 567.

Az AIDS a központi idegrendszert leggyakrabban (mintegy 90%-ban) érintheti. A pathológiás eltérések részben direkt, részben indirekt módon nyilvánulhatnak meg. *Direkt manifestatio*: az akut (serosus) me-

ningoencephalitis, a chronikus meningitis, a subacut encephalopathia (encephalitis) és a myelopathia. *Indirekt manifestatio*: az opportunista fertőzések (pl. toxoplasmosis, cryptococcosis), a neoplasiák (pl. lymphoma), a vascularis jelenségek (pl. vasculitis, infarctus, vérzések), a metabolikus károsodások (pl. drogok és hypoxia), illetve a gyógyszer-effektusok.

A HIV-genomot ritkán lehet kimutatni a kiterjedt laesiók ellenére. Ha ez mégis sikerül, akkor a multinuclearis óriássejtekben és macrophagokban, ritkábban a kapillaris endothel- és glia-sejtekben található meg. Makroszkóposan az agysúly csökken, a sulcusok kiszélesednek és a kamrarendszer is kitágul. A gyulladós reakciók általában mérsékeltek, úgyhogy „encephalitisről” a szó szoros értelmében nem lehet beszélni. Mikroglia-csomócskák jelennek meg a fehéralományban. A gerincvelőben vacuolaris degeneratio mutatható ki. Ugyanitt a hátsó és oldalsó kötegekben a legkifejezettebbek a degenerációs jelek. A központi idegrendszer érintettsége jelenlegi ismereteink szerint az abba bevándorolt HIV-fertőzött macrophagok útján jön létre. Vannak adatok azzal kapcsolatban, hogy a propagatio a nagyon korai időszakban, valószínűleg az infékcio történések első generalizációja során zajlik le. Nem valószínű, hogy a fertőzés a vér-agy gátat átlépne. A macrophagok viszont ez esetben a „trójai ló” szerepét játszik. Rendelkeznek CD4⁺-receptorokkal. A vírus-felszín gp 120-as része kapcsolódik ehhez. A neuronok részvétele csak kivételes. Ennek az az oka, hogy nem rendelkeznek CD4⁺-receptorokkal. Az idegsejtkárosodás és a leukoencephalopathia valószínűleg indirekt, HIV által közvetített folyamat része. A HIV-fertőzött mononuclearis sejtek környékén gyulladós mediátorok vagy monokinek (pl. interleukin 1 vagy tumor necrosis faktor) szabadulnak fel és cytotoxicus reakciókat hoznak létre. Közben cytomegalia-vírus és egyéb (JC-vírus) koinfekciók is zajlanak. A HIV encephalopathia gyorsan progrediál. Az átlagos túlélési idő a diagnózis felállításától 1,8 hónap (1–6 hónap szórással). A zidovudin viszonylag jól bevált a kezelésben, s hatására partialis javulás mutatkozik. A manifest myelopathiának azonban sajnos nincs hatékony oki terápiaja.

Kiss Attila dr.

A HIV-pozitív személyek integrált orvosi ellátása — orvosi, pszichikai és pszichoszociális szempontok. Jäger, H. (Kuratorium für Immunschwäche, D-8000 München 2): Internist, 1990, 31, 575.

Ma már elmondható, hogy a HIV-betegséggel összefüggő problémáknak több mint 80%-át ambulánsan meg lehet oldani. Ebben azonban szoros együttműködés szükséges a kezelésben és gondozásban résztvevők között: orvosoknak a területen

és klinikákon, segélyszövetségekben, öngyógyító csoportokban stb. Pl. az ún. „San Francisco-csoport” nagyon jelentős segítséget tudott nyújtani, s modelljük más helyekre is átvihető.

Az anamnesis felvételekor döntő információkhoz juthatunk, de a kérdések megfelelő feltevése kulcsfontosságú. A világos kérdésfeltevéssel különösen a „rizikó-csoportokban” érhetünk el jó eredményt. A nyirokcsomók, az idegrendszer, a bőr- és nyálkahártyák fizikális vizsgálata a leglyegetesebb a betegség szempontjából. A laborvizsgálatok közül a CD4-sejtek abszolút és relatív aránya a legfontosabb sok egyéb vizsgálat mellett. Terápiás téren a zidovudin és pentamidin kombinációs profilaxis esetében jobbák voltak az eredmények. A Montrealban megtartott V. Nemzetközi AIDS-kongresszuson arról számoltak be, hogy a zidovudin-időszak előtt a recidiváló pneumocystis carinii pneumonia (PCP) 20–34%-ban fordult elő. Ez a zidovudin-kezelés hatására 6%-ra, majd a zidovudin/pentamidin kombináció hatására 14%-ra csökkent. Hamarosan rájöttek arra is, hogy a zidovudint érdemes hamarabb adni. Ez azonban félelmet is kiválthat a betegekben („megkezdődött betegségem utolsó fázisa?”).

A pszichoterápia rendkívüli fontosságú, mert amíg malignus betegségben szenvedőkben az öngyilkosság 1–4-szer gyakoribb, mint az általános népességben, addig az AIDS-esek között ez az arány 36-szoros. A klasszikus pszichoterápia mellett a művészeti és sportterápia is fontos lehet. Az előbbiekben pl. egzisztenciális problémáikat, mint a fájdalmat, bánatot, önvédérzést, szexualitást, a halált képek segítségével intenzíven lehet megjeleníteni és megbeszélni. Hasonlóképpen lényeges javulást hozhatnak a sporttevékenységek és sportteljesítmények a betegek lelki életében. Törvényszerű jelenség az is, hogy a betegek a gyógyszerek mellett alternatív módszereket is választanak. Akkor okoznak ezek kárt, ha a tényleges kezelést helyettesítik vagy kiszorítják. A nemzetközivált „homophóbiát” és „AIDS-phóbiát” csak intenzív magatartás- vagy „mély pszichológiailag orientált” pszichoterápiával lehet ellensúlyozni.

Kiss Attila dr.

Új szempontok a HIV-diagnosztikában. Gürtler, L. és mtsai (Max von Pettenkofer Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Ludwig-Maximilians-Univ. München): Internist, 1990, 31, 587.

A HIV-antitest-diagnosztikában használt módszerek egyik csoportját a kimutatási, másikat a megerősítő tesztek jelentik. A kimutatási teszt ELISA-módszerében használt antigén-anyagok lehetnek tisztított HIV (fertőzött sejtek kultúrájának felül-úszójából), rekombinálat, tisztított vírus

proteinek, 30–35 aminosav hosszúságú szintetizált peptidok, melyek immunológiaiailag releváns vírusrészeket tartalmaznak. Az indirekt ELISA-teszt egységcsomagjai a HIV-check, Testpack néven ismeretesek, s szükséghelyzetben (áramkimaradás, éjszakai ügyelet) használhatók. A kompetitív ELISA-módszer specifikusabb, mint az indirekt. A megerősítő-teszt klasszikus módszerei a radioimmun-precipitatio és az immunfluorescentia-teszt. Az immunoblot (Western blot)-eljárás a legmodernebb, melyet polyacrylamid gélelektrophoresissel (PAGE) kombinálva, a virális komponensek molekulásúlyuknak megfelelően jellemző módon elválaszthatók. Így mind a HIV-1, mind a HIV-2 mag- és burok-, ill. azoknak előd-proteinjei megismerhetővé váltak. Az immunoblot eljárás eredménye pozitív, ha legalább két víruskomponens immunológiaiailag megkülönböztethető. További lehetőség az, ha géntechnológiailag állítanak elő baktériumokból, gombából vagy emlős-sejtekből vírusanyagot. Ezt további tisztítás (SDS-PAGE) követi. E technikának az az előnye, hogy jobban reprodukálható és olcsóbb, mint a megfertőzött sejt-kultúrából tisztított vírusanyag felhasználása. Ezen eljárások segítségével a HIV-1 és HIV-2 fertőzéseket meg lehet különböztetni, ill. a Közép-Európában kis számban előforduló kevert infekciók felismerése is lehetővé vált.

Az egyre szaporodó megfigyelések szerint a HIV-antitestek egy-hat hónappal a lezajlott fertőzést követően jelennek meg, és az élet végéig kimutathatók. A HIV-ellenes antitest termelés általában a burok-proteinek elleni antitestek szintjének emelkedésével kezdődik, melyeket a mag-proteinek elleni antitest-termelés követ. Ezen időbeliség igazságügyi orvosi szempontból lehet jelentős. A módszerek speciális labor igényelnek. A p24 mag-antigén szendvics-ELISA technikával kimutatható. A gyakorlatban ez azért fontos, mert a HIV-fertőzöttek kb. 20%-ában a p24 antigén kb. egy héttel az antitest-termelés előtt jelenik meg. A HIV eredetű nukleinsavak közül a HIV-DNS in situ hibridizációval mutatható ki. Különösen jelentős lehet ez az igazolás agy-, belsejtekben és macrophagokban. A módszer érzékenységét a polymerase-láncreakció (PCR) nagyon jelentősen képes fokozni. Southern blot-technikával a módszer sensitivitása enomisra nő. Nagy segítséget nyújthat a HIV-fertőzött anyák újszülöttei infekciós-tusának tisztázásában s a HIV-fertőzések latencia-kérdéseiben, ill. veradók vagy transzfúziót kapók olykor igen nehezen megválaszolható serológiai teszteredményeinek tisztázásában, valamint a HIV-1 és HIV-2 kettős fertőzések igazolásában. Az érzékenység jellemzésére szolgáló adat: kb. 12–15 HIV-DNS másolat/100 000 sejt már kimutatható. Jelenleg tehát a PCR a legérzékenyebb HIV-kimutatási módszer.

Kiss Attila dr.

A HIV-infekció terápiája és immun-prophylaxisa. Vogt, M. és mtsai (Departement für Innere Medizin, Abt. für Infektionskrankheiten, Universitätsspital, Zürich): Internist, 1990, 31, 593.

Az egyre inkább világszerte elterjedt szerzett immunhiány szindróma (AIDS) hatékony terápia kifejlesztésére ösztönöz. A kórokozónak és replikációs módjának megismerése szelektív blokkoló hatású szerek kifejlesztését tette lehetővé.

A HIV adsorptója a célsejtekre. A burok glycoprotein (gp 120) a T-ly-k és a macrophagok CD4+ receptorához kötődik. Ha ezt a receptort antivirális szerrel lekötjük, akkor megakadályozhatjuk a vírusfertőzést. E célból solubilis rekombinálat CD4-molekulákat (sCD4) állítottak elő. Eredményes klinikai kipróbálása során felezési ideje csak mintegy 30 perccel adódott. Továbbfejlesztett változata az ún. CD4 immunoglobulin hibrid molekula. Ennek a felezési ideje már 50-szer nagyobb. Mások a CD4 molekulát pseudomonas exotoxin-nal kapcsolták. A reakció lezajlása után a felszabadult exotoxin pusztító hatását a kiáramló vírusokon fejti ki.

Monoklonális antitestek. A gp 120 ellen termeltek a sejtek új infekcióját akadályozzák meg. Jelenleg fázis I vizsgálat folyik ezzel az anyaggal.

A zidovudin (AZT) vagy Retrovir különböző állati retrovirusok replikációját gátolja különböző utakon. Elsősorban revers transcriptase és DNS-szintézis gátlása emelhető ki. Számos központban vizsgálva, megnövelte az AIDS-es betegek élettartamát, csökkentette az opportunista infekciók számát. Bizonyos mérvű csontvelő suppressiót (anaemia, neutropenia, thrombocytopenia) okozhat azonban. Jelenleg egyetlen engedélyezett gyógyszer a HIV-infekciók kezelésében. Hatásos dozírozása még nem teljesen alakult ki, s sajnos resistencia is kialakulhat vele szemben.

Számos nukleosid-derivatum vizsgálatára 1985 óta került sor: dideoxynosin (DDI). Revers transcriptase gátló. Fázis II tanulmány folyik vele. Sajnos pancreatitist és peripheriás neuropathiát megfigyeltek használatakor. Néhány egyéb analóg (D4T, FddThy) klinikai kipróbálás alatt áll.

Foszfofonoformát (Foscarnet) fázis I–II tanulmányban közepes klinikai hatású volt. Revers transcriptase gátló.

Transcriptiót és translatiót gátló szerek.
1. **Ribavirin.** A pyrazomycin antibiotikum derivatuma. In vitro hatásos, de toxikus és antagonizmust mutat AZT-vel szemben.
2. **Szintetikus oligodeoxynucleotidok.** Kémiailag modifikált DNS-segmentumok, amelyek a virális RNS-ra kötődnek. Speciális példája a Ribozyme, mely speciális RNS-molekula, s a virális RNS-re telepszik.
3. **Protease-gátlók.** A HIV-proteaset (polgen) gátolja. A nagy virális polyproteineket kisebb, a vírusba beépülő egységekké bontja.
4. **Castanospermin,** amely az alfa-glycosidase I enzim gátlása útján a HIV burok-proteineket úgy változtatja meg,

hogy az újonnan képződött vírusok már nem infekcióképesek. Állatkísérletben azonban toxikus.

A vírus szabadabb válását az *interferon alfa* és *béta* gátolja. Ezek egyébként friss HIV-fertőzésben nagyon aktívak és a replikációt blokkolhatják. Még nem definiált hatású szerek a *TIBO-derivátumok*, melyek komplex imidazol-benzodiazepin-származékok, melyek a HIV-1-et igen, a HIV-2-t azonban nem gátolják. In vitro nagy a terápiás szélességük, s toxicitásuk a zidovudinál összevethető. Az Európai Közösség évente 5000 új gyógyszer kipróbálását, ill. klinikai továbbfejlesztését végzi egyébként.

Oltóanyag kifejlesztését nehezíti a HIV-genom nagy variabilitása. Nem rendelkezünk igazán alkalmas állatmodellel sem. A csimpánz az egyedüli állatfaj, amelyben a HIV-fertőzést követően kialakul viraemia, de mérhető betegségi tünetek nélkül. Jonas Salk, a poliovakcina felfedezője három HIV-1-gyel fertőzött csimpánzt inaktivált HIV-1 vírus preparátummal kezelt. Kétfőben az előzőleg fennállott viraemia megszűnt. Egészséges önként vállalkozókat HIV-alkotórészekkel szemben mellékhatásmentesen immunizáltak. Kérdéses azonban, hogy elérhető-e így protektív koncentráció. Gén-technológiai módszerekkel egyébként „subunit vakcinák” (gp 160, gp 120 ellen pl.) nagy mennyiségben és vesélytelenül lennének előállíthatók.

Kiss Attila dr.

Multiplex — antigén-mediált — autoimmunitás (MAMA) AIDS-ben: lehetséges modell fertőzést követő autoimmun szövődésre. Root-Bernstein, R. S. (Department of Physiology, Michigan State University, USA): Res. Immunol., 1990, 141, 321.

Az autoimmunitás a szerzett immunhiányos tünetegyüttes (AIDS) egyik paradoxonja. A betegekben különböző autoantitestek mutathatók ki, és feltételezhető, hogy az idiopathiás heregyulladás, valamint a myelin lebomlásával és gliosisal járó idegszövetkárosodás is autoimmun folyamat következménye. Az utóbbi megjelenésében és a pathomechanizmus tekintetében is hasonlít az *experimentális allergiás encephalitishez*.

A cikk írója által propagált elmélet szerint az autoimmunitás kialakulásához antigén és adjuváns keverékre adott *szimultán immunválaszra* van szükség. Az antigén a gazdaszervezet fehérjéje, vagy ezzel meg egyező, esetleg hozzá nagymértékben hasonló mikrobiális komponens. Az adjuváns leggyakrabban bakteriális eredetű peptid (a kísérletekben *Mycobacterium tuberculosis* tartalmazó komplett Freund adjuváns), ami az antigénnel összekapcsolódni képes. Az immunválasz során egy időben keletkeznek egymással szintén összekapcsolódni képes antitestek vagy T lymphocyták, és így az immunrendszer önmagát „támadja”.

Ez a reakció váltaná ki a szövetspecifikus károsodást, mivel az antigén természetes előfordulásának környezetében zajlik. Az antigénre vagy adjuvánsra időben eltolódva bekövetkező immunválasz nem patogén, sőt az esetleg már folyamatban lévő autoimmun reakciót képes meggátolni.

A cikk 72 olyan AIDS esetet elemez, amelyekben a fertőzések és az idegrendszeri károsodások jól dokumentáltak. Demyelinizálódással járó neuropathiákban (28 eset) az ezen szövődéssel nem terheltekhez képest szignifikánsan gyakoribb volt az *egyidejű virális és bakteriális fertőzés*.

Egyes virális fehérjék és a myelin között hasonló aminosav szekvenciák mutathatók ki. Legszorosabb a homológia *Cytomegalia* és *Epstein-Barr* vírus fehérjék, valamint a *bázikus myelin protein* között. Ilyen virális fehérjérészletek képeznék a fenti elmélet szerint az *antigént*.

AIDS-ben elsősorban a *Mycobacterium avium intracellulare*-nak lehet adjuváns hatást tulajdonítani. A dementia kialakulása szignifikánsan korrelál az azt megelőző ilyen típusú fertőzéssel.

Az AIDS specifikus vírusa (HIV) a szerző szerint a neuropathia létrejöttében nem játszhat elsőrendű szerepet. Csak azért mutatható ki az agy károsodott területein, mert az autoimmun reakció kezdetén az agy-vér gát károsodik, és a vírus átjutása lehetővé válik. Egyébként ritka posztvakcinális vagy posztinfekciós szövődésménnyként is előfordulhat a fentihez hasonló idegrendszeri károsodás.

Dementia okának kivizsgálásakor elsőrendű a különböző fertőzések kiderítése és elemzése az idegszövet szövettani vizsgálata mellett. Ugyanakkor a bemutatott elmélet alapján megfelelő adjuváns terápia, vagy vírus vakcina hatásos gyógymód lehet.

Illyés György dr.

Az anonim HIV-szűrés eredményei az USA-ban. Coutinho, R. A. (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 2173.

A HIV-fertőzés és az AIDS diagnózisa közötti hosszú lappangási idő miatt — melyet 7–10 évre is becsülnék — nem lehet következtetni az AIDS prevalenciájából a lakosság HIV szeroprevalenciájára, ami nélkül nem lehet racionális a járvány elleni küzdelem. A HIV pozitív korai megállapítása lehetővé teszi az inkubációs idő prolongálását a vírusgátló terápiával. Az egyéb vizsgálatokra levett vérekből a HIV ellenanyag kimutatása is elvégezhető az anonimitást megőrizve, csak a kor és a nem megjelölésére volna szükség. Hasonló vizsgálatok az USA-ban már 1987-ben megindultak, főleg kockázati és önkéntes csoportoknál, de egy nagy, széles körű vizsgálat eredményei csak 1990-ben kerültek közzésre.

1988. jan.—1989. jún. között 21 város 26 kórházában 89 547 szérumot vizsgáltak meg. A résztvevők kor- és nemi megoszlása

megfelelt az átlag lakosságénak. A HIV pozitívok száma 1201 volt (1,34%), a szórás kórházanként 0,1–7,8%. A legtöbb pozitívítást produkáló (>5%) két kórház a New York Cityvel határos területet látja el, ezekben van közismerten a legtöbb iv. drogos. Míután mindenütt a 25–44 évesek csoportjában találták a legtöbb pozitívítást, ezen korosztályú férfiak fertőzöttsége 22%-nak, a férfi-nő arány 7,0%-nak, a 15–19 éves fiúk 1,1–3,8%-a HIV pozitív-nak bizonyult. Ez a fertőzöttség hasonló a dél-szaharai állapotokhoz. 8 kórházban a szeropozitivitás aránya 0,3%, ezeknél a 25–44 évesek között csak férfiakat találtak, itt valószínűleg homoszexuális a transmissio útja. 5 kórházban a 2% körüli pozitívítást mellett a férfi-nő arány 2,9 volt, ami heteroszexuális transmissio mellett szól. Általában a fekete betegeknek nagyobb a szeroprevalencia.

Az Egyesült Királyságban is megindult az anonim felmérés, de a vizsgálat elvégzéséhez a résztvevők beleegyezése szükséges. Sajnos Hollandiában a bizottság feleslegesnek ítélte a vizsgálatot 1989-ben, egy évre rá az új bizottság és új államtitkár a jogászok-etikusok ellenkezése ellenére a rizikós csoportok, a nemi gondozók felkérésük és az iv. drogosok anonim szűrését megengedhetőnek tartotta. A félmegoldás már kellemetlen meglepetéshez vezetett: Rotterdamban egy zöld-foki-szigeteki tengerésznel és két nőnél HIV-2 által okozott AIDS került ismertetésre, a városban 12 000 zöld-foki-szigeteki lakik. Évek óta ismeretes az ottani endémia, a rotterdami-aknál már elkéstek a szűréssel.

Ribiczey Sándor dr.

Orvosi szexuális tanácsadás HIV pozitívok számára. Haeberle, E. J. (AIDS-Zentrum W-10000 Berlin 30, Reichpietschauer 74–76): Psyhomed., 1990, 2, 240.

A szexuális úton fertőzöttek — és természetesen a többi fertőzött is — kénytelenek szexuális magatartásukon változtatni, sőt törekednek is erre. Sajnálatos tény azonban az, hogy nem kapják meg mindig az ehhez szükséges segítséget, tanácsadást. Az átlagos gyakorló orvos rövid úton „elintézi”, vagy valamilyen nem-orvosi tanácsadóba küldi őket. Pedig szívesen vennék ezek az emberek, ha őket az általuk ismert orvos támogatná. A felvilágosításra azért is szükség van, mert csak attól, hogy tudja mi a helyzet, még nem változik meg spontán a magatartás.

Mindezekért — és ettől függetlenül is — jó lenne, ha minél több orvos megtanulná a szexuális anamnézis felvételét és legalább az „egyszerű” tanácsadást egyéneknek és pároknak egyaránt (*természetesen mind hetero-, mind homoszexuális vonatkozásban — Ref.*).

A szexuális problémákat korábban „betegség”-nek tekintették, majd a pszichoszomatikus tüneteket hordozó „beteg” ke-

rült az érdeklődés középpontjába. Manapság pedig egyre nagyobb szerepet tulajdonítanak a szexuális kapcsolatoknak, ezért kell a partnert is bevonni a kezelésbe, mert az így eredményesebb.

Minden magatartás — a szexuális is — csak lépésenként valósítható meg:

Az I. és II. lépés a probléma tudatosítása és az alapvető tudnivalók ismertetése. A pozitívok már többnyire túl vannak ezen, és spontán kérnek tanácsot.

A III. lépés a motiválás. Ennek során legtöbbször arról beszélnek, hogy ne fertőzőn meg másokat. Eredményesebbnek tűnik azonban annak a hangoztatása — s ez igaz is —, hogy a biztonságosabb szex az ő számára is fontos, hogy a pozitív egyén se fertőződjön meg a számára veszélyt jelző kórokozókval.

A IV. lépés a magatartás megváltoztatására való képesség fejlesztése. A részletes szexuális anamnéziséből kiindulva kell a megváltoztatandó részleteket kiemelni és helyettük megfelelő alternatívákat keresni.

Az V. lépés a gyakorlati megvalósítás, az „új” formák erotizálása.

A VI. lépés a biztonságosabb szex folyamatos tétele.

A szerző ismételen is hangsúlyozza, hogy meg kell tanulni a szexuális anamnézis felvételét. Kérdőívek segítséget nyújtanak abban, hogy ne maradjon ki lényeges kérdés, de jobb az élő beszéd, mert így megtudható, hogy az egyes részletek milyen kapcsolatban állnak egymással és milyen jelentősek ezek a beteg számára. Fontos, hogy az orvos ne a saját normáiból induljon ki és „szembesítés nélkül” fogadja a számára „furcsa” részleteket is. Ne legyen az orvosnak előítélete, ne nevezzen semmit sem perverznek, vagy nem-normálisnak. „Játssza meg”, hogy ő mindent tud.

Hasznos a háromszoros anamnézis: külön az egyik és külön a másik féllel, valamint együtt a párral. Eltérések esetén is kötelező a titoktartás a másik fél felé, legfeljebb — ha szükséges — meg lehet kísérelni azt, hogy legyenek őszintébbek egymáshoz.

Egyedülállóknak esetén a praktikákon kívül a körülményekre (hol, kivel stb.) is ki kell térni, és olyan milliót ajánlani, ahol az „új” feltűnés nélkül is kivitelezhető.

[Ref.: Hazánkban sajnos még elhanyagolt terület a szexualitás a betegellátás terén, pedig várható, hogy az AIDS terjedni fog, és ezért a referált cikkben jelzett tudnivalók idővel szükségessé válnak. Az orvosképzés és -továbbképzés feladata lehetne a hiányok pótlása. A szaklapok speciális és alapvető ismereteket terjeszthetnének, hiszen hozzá kell szokni ahhoz, hogy minden orvosnak lesz fertőző beteg. Most is sok azonban a pszichoszomatikus beteg, és ennek a háttérben feleltet gyakran áll szexuális gond.]

Aszódi Imre dr.

Transzfúzióval való HIV-fertőzések Svájcban. Scheuring, M., Frey-Wettstein, M. (Zürcher Blutspendedienst SRK): Schweiz. med. Wschr., 1991, 121, 51.

A transzfúzióval asszociált HIV-fertőzés (TA-HIV) először 1982-ben az USA-ban vált ismeretessé és 1985 óta kötelezően bevezették a véradóknál az *anti-HIV-tesztelést*. A HIV-antitest-pozitív egyéneket mindenütt a véradásból kizárták. Hangsúlyozandó azonban, hogy a seroconversio a HIV-fertőzés után *több hetet* vesz igénybe (*immunológiai ablak*). Ezen immunológiai diagnosztikus hézag eddig nagy erőfeszítések ellenére sem zárult be; a HIV-antigén-teszt kevésbé érzékenynek bizonyult, a víruskultúra vagy a „polymerase chain reaction” (PCR) a véradó szolgálatok rutinszűrésében pedig igen költséges.

A szerzők 8 évvel az első HIV-fertőzések és 4 évvel az anti-HIV-szűrés bevezetése óta igyekeztek felmérni a TA-HIV svájci betegeket. 1987. év tavaszáig 19 betegnél HIV-transzfúziós fertőzést állapították meg. Azóta 1989. év végéig további 15 vérátömlesztéssel kapcsolatos HIV-fertőzés vált ismeretessé. Ezekből 34 eset volt a vizsgálat időpontjában aszimptomatikus, 4 ARC-ben (AIDS-related complex), 5 AIDS-ben szenvedett és 11 AIDS-ben elhalálozott. 11 beteg más betegségben halt meg, 6 továbbinál a körlefolysis ismeretlen maradt. Matematikai számításai szerint az 1985 második felében a HIV-antitest-szűrés bevezetése óta max. 170 TA-HIV-fertőzés történt. Ezek közül ma 31, tehát 20%-nál kevesebb ismeretes. Betegeiknél az AIDS diagnózisának felállításáig az *átlagos incubációs idő 54 hónap*. Az AIDS-ben elhalálozott vérreceptorok közepes túlélési ideje 57 hónap volt. 6 esetben a TA-HIV-fertőzött beteg a partnert is fertőzte. Az anti-HIV-szűrés bevezetése óta vizsgálatiuk szerint Svájcban csak három TA-HIV-fertőzés történt: egy esetben a HIV-fertőzés korai, seroconversio előtti szakában („immunológiai ablak”), egy esetben pedig HIV-teszt nélkül elvégzett transzfúzió esetén.

Amíg nincs biztos eljárás, amely a labilis vérvkészítményekben a vírusokat elpusztítaná, továbbra is fennáll a transzfúzióval átvitt bizonyos fertőzési kockázat. A transzfúzióval átvitt fertőző betegségek legjobb megelőzése a heterológ transzfúzió visszafogott javallatfelállítása, az autotranszfúziók összes variánsai (praeeoperatív saját véradás, haemodilutio, intraoperatív retranszfúzió) és lehetőleg vértelen operatív eljárás.

iff. Pastinszky István dr.

HIV-fertőzés és lues. Steiner, A. és mtsai (Dep. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1991, 121, 67.

Az utóbbi időben megjelent egyes közlemények beszámolnak arról, hogy az *egyidejűleg* fennálló HIV-fertőzés a lues klinikai képét, annak lefolyását és terapiáját megváltoztathatja. A szerzők egy 32 éves betegük esetét ismertetik, és a világirodalom tükrében az egyes beszámolók észleléseit: a HIV és lues *coinfectio* vonatkozásait vitatják meg.

Az *epidemiológiai* megfigyelések arra

utalnak, hogy a nemi betegségeken már átesetteknek nagyobb a kockázata HIV-fertőzésre a promiscuitas folytán. A lues és a herpesz progeneralis a HIV-fertőzés promotorjának tekinthető. A svájci vizsgálatok szerint a HIV-pozitív homoszexuális férfiak reaktív lues serológiát mutatnak; ezzel szemben a HIV-negatív homoszexuális férfiaknál ez az arányszám 32%. Külföldi (dán, USA) ilyen irányú vizsgálatok közel hasonló eredményekre jutottak. Ezen epidemiológiai adatok arra utalnak, hogy az *összes pozitív lues serológiai eset HIV-ra, és fordítva, az összes HIV-pozitív beteg luesre is vizsgálendő*.

A *pathogenesis* illetőleg érthető, hogy a HIV-fertőzés a cellularis és humoralis védekezőképesség csökkenésével a szervezetnek a Treponema pallidummal szembeni elhárítási reakcióit csökkenti, ami a következőkben nyilvánulhat: a) az incubációs idő rövidebb lehet; b) a syphilidek számosabbak és nem jellegzetes eloszlásúak; c) a gyógyulási idő is hosszabb; d) a HIV-indukált meningitis a treponemáknak a központi idegrendszerbe való jutását már *korán* elősegítheti és *symptomás neurolues* kifejlődését idézi elő.

A *klinikai képet* és lefolyást illetőleg a HIV-lues *coinfectio* esetén a syphilis ritka formája: a *lues maligna* nyilvánulhat meg; a szekunder syphilis papulosa, papulovesiculosa, fájdalommentes *ulcerosus* bőrtünetek jelentkezhetnek, de a lues kezdeti *általános* tünetei (végtagfájdalmak, láz, arthralgia, fejfájás stb.) is fokozottabban jelentkeznek. A neurolues latens ideje *sokkal rövidebb*, ezért már *korán* liquoridiagnosztika végzendő.

A HIV-fertőzött *lues diagnosztikájában* hamisan negatív eredményeket figyeltek meg, főleg atípusos klinikai lefolyás esetén, ami a diagnózist megnehezítheti. Immunkompromittált egyéneknél a lappangási idő hosszabb lehet, vonatott a seroconversio ideje is. A diagnózis biztosítására egyéb módszerek bevetése is javallatba kerülhet [sötét látóterés vizsgálat, direkt immunfluorescentia (DFA-PT), biopsia, speciális festési eljárások].

Coinfectio esetén, a *kezelést* illetőleg, főleg ha klinikailag vagy laboratóriálisan a neurolues gyanúja áll fenn, *nagy adagú penicillinkezelés* szükséges a megkívánt treponemoid liquoritűkör elérésére [penicillin G 12–24 mio E/die iv. legalább 10 napon át].

iff. Pastinszky István dr.

HIV-kapcsolatos betegségek klinikuma és T-subpopulációk közti összefüggések. Fuchs, M. és mtsai (Inst. f. klinische Immunologie, Inselspital Bern): Schweiz. med. Wschr., 1991, 121, 57.

A HIV (*human immunodeficiency virus*) a CD4 lymphocytákat támadja meg, ezek hosszú és lassú kiküszöbölésével immunhiányos állapotot idéz elő, ami pedig fertőző

betegségek keletkezésére hajlamosít. A HIV nagy affinitással rendelkezik a CD4 struktúrára, és szelektíven eliminálja ezen T-populációkat. Ma egyre inkább már a HIV-fertőzés még *asymptomatikus* formái is gondozásba kerülnek, amikor a terápiás javallatokat a CD4 sejtszám mutatja; ezért a szerzők ennek a klinikai képhez való korrelációját kutatták, noha ennek vizsgálatára számos humorális paraméter áll még rendelkezésünkre (szelektív IgA-emelkedés, β_2 -mikroglobulin vagy a neopterin mérése, anti-HIV-teszt-helyzet, antigenaemia).

A szerzők 365 HIV-fertőzött betegnél 667 T-lymphocytá-subpopulatio elemzést végeztek, hogy a keringő CD4 és CD8-sejtek abszolút százalékos értéke hogyan viszonylik a HIV-fertőzés stádium (CDC) beosztásához. A HIV-fertőzés progressziójával a CD4-lymphocyták száma *csökken*, viszont párhuzamosan a CD8-sejtek száma *emelkedik*, így a CD4/CD8 hányados világosan visszatükrözi mindkettő változásait.

A CD4 számának kisebbedése kockázatot jelent a fertőzésekre, és fontos klinikai előfutárként szolgál. A CD4-lymphocytaszám csökkenése jól arányosul a HIV-fertőzés kifejlődésével és a szervezet elhárítóképeségével az opportunista fertőzésekkel szemben. A még *asymptomatikus* HIV-fertőzés biztos paramétere az immunállapot megítélésére és annak változásaira.

ifj. Pastinszky István dr.

SZÍV- ÉS KERINGÉSI BETEGSÉGEK

A serum sialsav szintje és a cardiovascularis mortalitás. Lindberg, G. és mtsai (Centre for Public Health Research, Karlstad, Department of Cancer Epidemiology, Karolinska Hospital, Stockholm, and Department of Community Health Sciences, University of Lund, Malmö, Svédország): Brit. med. J., 1991, 302, 143.

A sialsav a neuraminsav acetylált derivátumainak képviselője, igen elterjedt az emlősökben. Általában úgy jelenik meg, mint a glykoprotein és glykolipid szénhidrát-láncok nem redukálódó végterméke. Az emberi plasmában sok sialsav található az orosomucoidokban (globulinfésülés), az α_1 -antitrypsinben, haptoglobinban, coeruloplazminban, fibrinogénben, complementekben és transferrinben. Néhány ilyen sialsavas glykoproteint a „heveny fázis reagenseinek” is neveznek és ezek koncentrációja hirtelen megnő gyulladáshoz való reakciókban és sérülésben. Többem emelkedett sialsav szintet találtak szívinfarctus heveny szakában, cukorbetegségben, különösen ha angiopathiás szövődmény is fennállt. A szerzők a cardiovascularis mortalitás és a sialsav szint összefüggését kívánták vizsgálni.

Ezért 1962–1965 között Svédország Värmland megyéjének felnőtt népességét tanulmányozták: összesen 27 065 férfi és

28 037 nő adatait összesítve, kiknek magas-ságát, súlyát, vérnyomását, vizelet- és vér-vizsgálatainak eredményét rendszereztek (utóbbi egyik meghatározása a serum sialsav koncentrációja volt). A 20 éves követé-ses vizsgálat során 372 férfit és 345 nőt ki-zártak az értékelésből, így összesen 26 693 férfi és 27 692 nő adatait dolgozták fel. Külön súlyt fektettek még a serum choleste-rinszintre, a diastolés vérnyomásértékre, valamint a testtömeg-index kiszámítására. Ugyanakkor ezeket az adatokat összevetet-ték a vizsgált 2 évtizedes időszakon belüli 3 periódus (0–6 év, 7–13 és 14–20 év) alatt észlelt cardiovascularis és nem cardio-vascularis halálozásával, viszonyítva ezeket a hasonló korú svéd népesség halálozási re-giszterének adataival. Azt találták, hogy az átlagos serum sialsav koncentráció férfiak-on 68,8 mg/100 ml, míg nőknél 69,2 volt; ezen értékek a korrallal mindkét nemből emelkedtek. Ugyanakkor a vizsgált 20 év-ben 5639 férfi és 3307 nő halt meg, azaz, a vizsgálatban részt vevők 21, illetve 12%-a. Kiemelendő, hogy az elhalt férfiak 54%-ában, míg a nők 41%-ában a halál oka cardiovascularis megbetegedés volt. Mind-három megfigyelt 6 éves periódusban a car-diovascularis okra visszavezethető halálo-zás viszonylagos kockázata szorosan összefüggött a serum sialsav koncentráció nagyságával s ez férfiakon 2,38-szorosnak, nőknél pedig 2,62-szeresnek bizonyult. Ha-sonló, bár nem ilyen mértékű összefüggést lehetett kimutatni a nem cardiovascularis halálo-zás vonatkozásában is: itt a relatív kockázatonövekedés férfiakon 1,5, nőknél 1,89 volt a magasabb sialsav koncentrációt mutatókon. Ezek az észlelések a többi vizs-gált paramétertől függetlenül is fellelhető-k voltak.

Ezért vizsgálataik alapján a szerzők bizo-nyítottan vélik, hogy az emelkedett serum sialsav szint szorosan összefügg a cardio-vascularis halálozás nagyságával, s valószí-nűleg elősegíti az atherosclerotikus folya-mat fennállását és aktivitását.

Major László dr.

Az idült praecapillaris pulmonalis hy-pertonía gyógyszeres kezelése. Worth, H. (Abteilung für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie MNR-Klinik, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf): Atemw.-Lungenkrkh., 1990, 16, 585.

A chronikus praecapillaris pulmonalis hy-pertonía terápiája magában foglalja a min-denkorai tüdőbetegség kezelését is. A cor pulmonale (c. p.) leginkább alveolaris hypoxiával járó chr. obstructív légzőszervi folyamat talaján fejlődik ki. Eddig az egyet-len bizonyított, az életet meghosszabbító te-rápia a napi 12 órát meghaladó, tartós O_2 -belégzés. Ennek hatására általában az évek során a pulmonalis arteriális nyomás enyhe csökkenése következik be. Az O_2 előállítására az oxigénkoncentrátorok váltak be legjobban, a gazdaságosságát tekintve is.

A perifériás chemoreceptorok stimulála-sára az almitrint ajánlják, ami a ventilációs-perfúziós viszony javításával a paO_2 tenzió-t emeli. Alkalmazását a mellékhatásként jelentkező, többnyire reverzibilis, periféri-ás polyneuropathia és a kisvérkörben kifej-lődő nyomásfokozódás szűkíti be. A szer-zők úgy tapasztalták, hogy napi 75 mg adása után csak akut esetben lép fel enyhe a. pulmonalis nyomásfokozódás, mely 3–6 hónap után már nem észlelhető, míg a paO_2 -t növelő hatás tartós marad. Az említettek alapján az almitrin alkalmazása akkor mérlegelendő, ha a tartós O_2 -terápia mellett a paO_2 tenzió nem emelkedik 60 Hgmm fölé, ill. jelentős hypercapnia lép fel. A gyógyszernek a betegek élettartamát megnyújtó hatása nem bizonyított.

A catecholaminok, dopamin, dobutamin akut c. p.-ban eredményesen adhatók, idült c. p.-ban ellenőrzött vizsgálati tapasztala-tok nem állnak rendelkezésre.

A digitális készítmények ugyan fokozzák a jobb szívfél kontraktilitását, azonban pul-monális vasoconstrictiót is okoznak. A hypoxia a digitális toleranciát csökkenti, és ennek következtében arrhythmiát válthat ki. A digitális kezelés — előnyeit és hátrá-nyait figyelembe véve — csak a c. p.-val együttjáró bal szívfél elégtelenségben és supraventricularis tachyarrhythmiában in-dokolt.

A béta 2 sympathicomimeticumok csök-kentik a vascularis ellenállást és a nyomást a kisvérkörben, növelik a jobb kamra systo-lés volumenét, pozitív inotrop hatásuk van, valamint a pulmonalis ereken vasodilatációt hoznak létre. A rekeszizomzatra in vitro gyakorolt inotropiájuk élőben nem bizo-nyítható. Hátrányuk, hogy szív rhythmus-zavarokat idézhetnek elő és a c. p.-ban amúgy is meglévő, hypoxia miatti tachycar-diát fokozzák. Ezért obstructív légzészava-rokban fő javallatukat a bronchodilatációs hatásuk képezi.

A theophyllin bronchodilatator effektus-sal rendelkezik, aktivizálja a légzési tevé-kenységet, és eddig még in vitro nem bizo-nyíthatóan, fokozza a légzőizomzat inotropiáját. Ugyancsak növeli mind a jobb, mind a bal kamra systolés térfogatát, a myocardium contractilitását, csökkenti viszont a szisztémás és pulmonalis vascula-ris resistenciát.

A diureticumok veszélye c. p.-ban a j. kamra előterhelésének és következmény-ként a szív perctérfogatának lecsökkentésé-ben, az elektrolit háztartás felborításában rejlik. Ezért a diureticumok c. p.-ban akut jobb szívfél elégtelenségben, valamint a pulmonalis hypertoniát kísérő bal szívfél insufficienciában ajánlottak. Ilyenkor az arteriális pulmonalis nyomás csökkenése mellett a paO_2 emelkedése várható. A spi-rinolacton pozitív inotrop hatású, K-ot ta-karít meg. Hosszabb alkalmazásakor a fér-fiakat zavaró gynaecostasia alakulhat ki.

A c. p.-ban többféle értágítót próbáltak ki: α -blockolókat, nitrátokat, molsido-mint, nitroprussid Na-ot, hydralazint, cal-cium antagonistákat, ACE gátlókat és pro-taglandinokat. Az eddigi eredmények sze-

rint tartós kedvező hatásuk nem meggyőző. Sajnos, nem szelektívek, szisztémás vérnyomás csökkenését válthatnak ki, és arteriális hipoxiát hozhatnak létre a ventilációs-perfúziós viszony megváltoztatásával. Mindemellett a betegek arteriális pulmonalis ellenállására kifejtett effektusban variációk mutatkoznak. A prostacyclin alkalmazásával ez a készség lemerhető, mivel a legkifejezettebb vasodilatációs és kisvérkői nyomáscsökkentő hatással rendelkezik, és igen rövid a felezési ideje. Tartós kezelésre a per os adható prostaglandin I₂ analógok kipróbálása folyik. A microvasodilatátorok az intracelluláris ciklikus guanosis monophosphat koncentrációjának emelésével a simaizomzat elernyedését, a prostaglandin I₂ származékot pedig a simaizomok adenylcyclase enzimének aktivizálását előidézőve fejtenék ki kedvező hatásukat.

A c. p.-ban fennálló sekunder polyglobulia kezelésében a terápiás vérlebcsoportok létjogosultságát a két évtizede tartó vita sem tudta egyértelműen eldönteni. Mindenesetre 60%-os haematocrit érték felett érdemes a beavatkozást elvégezni, ami isovolaemiás haemodilúcióhoz, a kisvérkői keringés javulásához, a vér viszcositásának mérsékléséhez vezet. 50% körüli haematocrit elérése a követendő cél.

Az anticoagulánsok kedvező hatása c. p.-ban nem bizonyított. Vannak vizsgálatok, melyek szerint a cumarinnal kezelték életkilátásai jobbabbak az ilyen terápiában nem részesültekénél. A potenciális kockázat és a syncope veszély, főként az embólia nélküli és a primer c. p.-ban való alkalmazását meggondolandóvá teszi.

Fiatal egyénekben, különösen a primer c. p.-val együtt járó nagymértékű kisvérkői nyomásemelkedésekor szív-tüdő átültetés indikációja áll fenn, ha egyéb irreversibilis szervi károsodások nem bizonyíthatók, a kevert vénás O₂ telítettség szint 63%, és a cardialis index a testfelületre megadott 1,5 l/min/m² alatt van.

Barzó Pál dr.

Katecholaminok szívizom ischaemiában. (Szisztémásan és a szívben történő felszabadulás.) Schömig, A. (Department of Cardiology, University of Heidelberg, FRG): *Circulation*, 1990, 82, (suppl. I), 11.

A szerző az ischaemiás szívizom katecholamin (elsősorban noradrenalin) tartalmát tanulmányozta, és erre vonatkozóan nagy irodalmat dolgozott fel. Megállapította, hogy a katecholaminok szintje az ischaemiás myocardium interstitialis térben fázisok szerint változik, és lényegesen felül is múlhatja a vérben mért értéket.

A szimpatikus idegrendszer fokozott aktivitása fokozott katecholamin felszabadulással jár az egész szervezetben. A vérplazma katecholamin koncentrációja ezt az általános aktivitást tükrözi. Maga a szív ehhez arányosan, 2–3%-kal járul hozzá. Szívinfarktus esetén a növekedés általában

közepes fizikai munkának megfelelő (öt-szörös). Tüdőoedemában vagy cardialis shock esetén a noradrenalin és adrenalin szint ennek sokszorososa lehet.

Normális vérellátás mellett a szívizomban felszabaduló és a keringéssel oda eljutó noradrenalin a szívizmot megfelelően stimulálja, illetve direkt módon károsíthatja.

Ischaemiás szívizomba keringés útján alig juthat be katecholamin. Az ischaemia kezdeti fázisában (első tíz perc) a szívizom védeltségét élvez a benne felszabaduló katecholaminok hatása ellen is. Ugyanis 1. az ischaemia miatt adenosin keletkezik, ami preszinaptikus receptorokhoz kapcsolódva jelentősen gátolni képes az idegvégződésekből exocytosisal történő (szokványos) noradrenalin felszabadulást, 2. fokozódik a noradrenalin (carrier molekula által facilitált, Na-pumpa függő) visszafelvételének és 3. az axoplasmába visszajutott noradrenalin enzimatikusan inaktíválódhat a még rendelkezésre álló oxigén jelenlétében.

Az ischaemia következő fázisában (10–40 perc) a fenti védeltség megszűnik, és habár az energiahány miatt szimpatikus aktiváció nincs, az idegnyúlványokban lévő noradrenalin több mint egyharmada kiürül az interstitialis térbe, ahol koncentrációja a normál plasma koncentráció ezer-szeresét is elérheti. Ez a mennyiség egyrészt még a nem ischaemiás szívizomban is *necrosist* okozhat, másrészt pedig a hatás hatványozódik, mert az ischaemia ezen fázisában megnövekedett adrenerg receptor aktivítás áll fenn. A katecholamin akkumulációjához vezető jelenségeket az oxigén és ATP hiány határozza meg: a) a noradrenalin kiszabadul a tároló vesiculáriumokból és felgyülemlik az axoplasmában, b) a Na-pumpa elégtelen, így a noradrenalin visszafelvételének megszűnik, illetve a folyamat átvált ugyanazon carrier molekula által facilitált felszabadulására (revers uptake).

Az utolsó fázisban (40 perc után) teljes noradrenalin depléció jön létre a sejtmembránok szakadása miatt.

A szív megbetegedéseiben az ischaemia jellegének megfelelően inhomogén az adrenerg aktiváció, ezért fatális ritmuszavarok jöhetnek létre.

Illyés György dr.

Echocardiographia transoesophagealis úton. Depeursinge, E. és mtsai (Div. de cardiologie, Service de pédiatrie, CHUV, Lausanne): *Schweiz. med. Wschr.*, 1991, 121, 182.

A transthoracalis echographiában (TEE) bizonyos anatómiai (obesitas, chr. obstructív syndroma) és fizikai tényezők (prothesisananyag) nehezíthetik meg a képképzést értékelését. A szerzők ezért 52 (33 férfi, 19 nő; 53,5 év átlagkorú) beteg előzetes TEE-leletét transoesophagealis echographia (TOE) képével hasonlították össze. A TOE-

val 12 esetben nyertek a TTE-val nem gyanított kórismét; 15 esetben a TOE még egyéb hasznos kiegészítő adatokat szolgáltatott. A betegek a TOE-vizsgálatokat kiválóan tűrték és szövődmény nem fordult elő.

A transoesophagealis echocardiographia jelentős kiegészítést nyújt a transthoracalis képképzéshez; így az esetek több mint felében (52%) különösen emboligen cardiopathia keresésében, endocarditis gyanúja, valvularis dysfunctio vagy aorta dissectio eseteiben.

iff. Pastinszky István dr.

A kávé hatása a serum koleszterinre. Van Dusseldorp, M. és mtsai (Nijmegen): *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1990, 134, 2325.

A hollandok fejenként 4,5 csésze kávé fogyasztanak, ezzel a finnek, svédok és olaszok után a ranglista negyedik helyén állnak. A kávéfogyasztással összefüggő coronariás megbetegedések megelőzését a kevésbé ártalmas koffeinmentesített kávéfogyasztással gondolták megelőzhetőnek, az USA-ban ennek forgalma már 20%-os. Míután bizonyítást nyert, hogy a kávézás vérnyomásemelkedésre való tartós hatása csekély, a figyelem a kávéfogyasztóknál észlelt serum koleszterin (Se-ch) szint emelkedésére irányult.

A szerző nijmegeni munkacsoportja összehasonlítva a szokásos (filteres) kávézókat és a decaffeinált kávézókat Se-ch szintjét, nem talált különbséget a két csoport koleszterin szintjében, a koffein tehát nem hoz létre koleszterin szaporulatot. A skandinávok által közölt magas koleszterin értékek és a nyugat-európaiak adatai közötti nagy discrepantia okát a kávékészítés módjában találták meg. A skandinávok megfőzik a darált kávé és azt szűrés nélkül fogyasztják, nyugat-európaiak viszont a leforrázott darált kávé papírfilteren átszűrve isszák. Norvég és finn vizsgálatok szerint napi 8 csésze főtt kávé 10%-kal magasabb Se-ch szintet eredményezett, az emelkedést főleg az LDL/atherogen/koleszterin és triglyceridek megszaporodása okozta.

Egy rotterdami munkacsoport termoszkávé (termoszba tett őrlőkávéra öntött forró víz, 10 percnyi állás után fogyasztva) hasonlították össze a filteres kávé hatásával. 33 önkéntes jelentkező 9 héten át napi 4–6 csészenyi fogyasztva a kávékból a termoszos kávé ivóknál 10%-kal magasabb volt a Se-ch szint. A termoszkávé filterpapíron át megszűrve elvesztette ezt a hatást. Egy liter termoszkávéban 1,0 g lipid az átszűrés után 0,02 g-ra csökkent.

Nagy mennyiségű főzött kávé centrifugálással izolált zsírnemű anyagát 10 önkéntes jelentkezőnek hat héten át adva átlag 23% Se-ch emelkedést hozott létre, az LDL koleszterin 29%-kal, a triglyceridek 55%-nyit emelkedtek, a HDL koleszterin szint nem emelkedett. A zsírnemű anyag 1,3 g kávélipidet tartalmazott, ebből 1 g volt a triglycerid és a szappanosítható zsír, ami nem

okozhatta a Se-ch emelkedését. A valódi hatóanyagot még nem ismerjük. A használt víz hőmérsékletének, a darált kávé és víz kontaktus idejének hatása még vizsgálatra vár. A papírfilter használata a megelőzésben bizonyított, a hypercholesterinaemiás betegeknek a főzött „paraszt”-kávé fogyasztás kerülendő. A presszókávé hatása sem ismert, de a hagyományosan presszókávé ivó olaszoknál sem észleltek Se-ch emelkedést, az oldható kávéknál sem észleltek eddig káros hatást.

Ribiczey Sándor dr.

TERÁPIÁS KÉRDÉSEK

A hypertonia kezelésének első lépcsője. Szerkesztőségi közlemény: Brit. med. J., 1990, 301, 1172.

Angliában jelenleg általános a diureticumok és a β -blockolók első lépcsőben való használata szövődménymentes hipertóniában. Ennek több oka van. A legtöbb orvos ugyanis meg van győződve, hogy e készítmények csökkentik a hipertóniások strokekockázatát és a coronaria megbetegedéseket. Igaz, hogy vannak ezt alá nem támasztó összeállítások is. A másik tényező a diureticumok olcsósága. Angliában pl. a bendrofluazid-kezelés költsége mindössze évi 2–4 font, szemben a calcium-antagonisták vagy angiotensin-convertáló enzimgátlók 100–200 fontos ráfordításával. Ez különösen azért jelentős, mert ott a felnőtt népesség 20–30%-a jelölt arra, hogy élete végéig vérnyomáscsökkentő szereket szedjen.

Másfelől nehézséget okoz, hogy a modern antitensivumok (angiotensin-convertáló enzimgátlók, calcium-antagonisták és α -blockolók) terén sem rendelkezünk egyértelmű bizonyítékokkal arra, hogy e készítményekkel valóban csökkenthető az agyi és coronaria erek megbetegedési kockázata, sőt vannak olyan adatok, melyek szerint a calcium-antagonisták szívinfartus után adva rontják a körjólátot. Ugyanakkor a gyógyszeripar hangoztatja azt a hipotézist, hogy e szerek jótékonyan hatnak a simaizomzatra, az angiotensin-convertáló enzimgátlók hasznos befolyásolják az angiotensin II. receptorok, működését s a cardiovascularis structura átalakulását és legújabb adatok szerint csökkentik az insulin-resistentiát.

Természetesen, erre klinikai bizonyítékok is kellenek, mert ezek hiányában csak annyi történe, hogy az egyik hipotézis helyébe egy másik lépne. Ehhez azonban legalább 1 évtized kellene. Az is kézenfekvő, hogy a komplex klinikai képpel bíró ischaemiás szívbetegségben nem lehet a problémát leegyszerűsíteni. Hiszen az atherosclerosis nem egyenlő csak az anyagcsere-zavarral, mivel legalább annyira fontosak a helyi mechanikai tényezők is, tehát ezek elensúlyozhatják a készítmény vélt metabolikus hatásait (s nem hanyagolható el a fent

említett 2 gyógyszercsoport ára közti több, mint ötvenes különbség sem).

Mégis a jövő a költségségesség ellenére a β -blockolók felé mutat, annál inkább, mert a Medical Research Council vizsgálatai szerint e szerek csökkentik az infarctusgyakoriságot a diureticum és a placebo adásához képest. Így, mivel jelenleg az angiotensin-convertáló enzimgátlók, a legújabb calcium-antagonisták és az α -blockolók hatása nem teljesen ismert, ezek első lépcsőben csak a β -blockolók és diureticumok kudarca vagy rossz tűrhetősége esetén adandók. Természetesen, ma még nem lehet megmondani, hogy a következő évtizedben mennyire változik meg ez a helyzet.

[Ref.: a közlemény megemlítette a modern tensiocskentők közül a calcium-antagonistákat, az angiotensin-convertáló enzimgátlókat (Tensiomín) és az α -blockolókat (Minipress), de nem emelte ki az angiotensin-convertáló enzimgátlók előnyös hatását szívelégtelenségben vagy az α -blockolók hasznát a szíryanycserében. Emellett egyáltalán nem tárgyalta a szénhidrát-anyagcserére igen kedvező hatású guanfacint (Estulic) sem. Véleményem szerint — ha a hypertonia e fenti megbetegedésekkel szövődik — jelenleg is célszerű már az első lépcsőben adni ezeket a modern készítményeket, különösen, ha mérlegeljük a diureticumok egyes előnytelen hatásait.]

Major László dr.

Életminőség antihypertensiv terápia során: captopril és metoprolol összehasonlítása. Siegrist, J., Junge, A., Fünfstück, G. (Instit. f. Med. Soziol., Fachbereich Humanmed. der Philipps-Univ. W-3550 Marburg, Németország): Med. Welt, 1991, 42, 133.

A szerzők nemcsak azzal a céllal hasonlították össze fél éves terápiai kísérletben a captopril és metoprololt, hogy meggyőződjenek essentialis hipertóniában hatásokról, hanem azért is, vannak-e ilyen időtartamú terápia során már olyan értékelhető jelek az életminőséget illetően, melyek figyelembevételével a továbbiakban dönteni lehet hypertóniás beteg gyógyszeres kezelésének optimalizálásáról.

A „relatív egészség” fogalmát használják, ennek 3 dimenzióját (testi, pszichés és szociális-interperszonális) nézték olyan kérdőíves módszerrel, amelyik 47 kérdéscsoportot tartalmazott és az értékelést Likert-skála segítségével végezték el. Az eredetileg kiválasztott 218 betegből 48-at ki kellett hagyni, mert a kérdőívet nem jól töltötték ki. Így 170 beteg maradt, randomizáltan fele 50 mg captopril, a másik fele 100 mg metoprololt kapott naponta. A terápiai kísérletet 4 hetes „kimosásos” periódus előzte meg. Amennyiben az alkalmazott terápia megfelelő vérnyomáscsökkentés nem következett, 4 hét után a betegek

hydrochlorothiazidot is kaptak. A két csoportba osztott betegek adatai csaknem mindenben megegyeztek, a captopril kapók között valamivel több volt a diabeteses, a metoprolol-csoportban a dohányzók aránya volt nagyobb.

Mindkét gyógyszerre a betegek systolés és diastolés vérnyomása szignifikánsan csökkent már a második héttől.

Az életminőségre vonatkozó kérdések elemzése azt bizonyította, hogy a captopril-csoportban 6 hét múlva és 6 hónap múlva szignifikáns javulás következett a betegek teljesítőképességében és a regenerálódó képességében a metoprololt kapókhoz viszonyítva, s ugyanilyen jelentős javulást találtak a hangulat dimenziójában már 6 hét múlva, az alvás minőségében és a kezdeti tünetek javulásában 6 hónap múlva. Az ACE-inhibitorok életminőségre gyakorolt kedvező hatását más szerekkel szemben ezek a vizsgálatok is megerősítették.

Iványi János dr.

EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZÉSTUDOMÁNY

Kelet és Nyugat: Egyik eü. rendszer sem tökéletes. Spanjer, J. M. (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk. 1991, 134, 2448.

Az eü. delegációk 1990. októberi Máltán tartott konferenciáján elhangzottak ismeretét azzal kezdi, hogy a „keletiek” nem lehet egy kalap alá vonni. A román dr. Luculescu hangsúlyozta, hogy a keletiek akaratukon kívül terelődtek egy csoportba, a különbözőségeik mellett vannak közös elemeik az eü.-ben. Keleten minden rendszernek az állam a főnöke, a nép ebből kiábrándult. Nem ismerik a költségvetést, nem tudják, mire költik az adókat, mit és miért preferáltak. A becsúszó eü. tervvel — tökéletes és ingyen ellátás mindenki számára — szemben ez csak az elit számára elérhető. Az integrált és területi elv alapján való működés nem tette lehetővé a szabad orvosválasztást. Romániában a hatvanas évek óta csökkentett eü. beruházások miatt romlott a minőségi munka; bár a személyzeti létszám elegendő, az eszközök hiánya miatt rosszak a szolgáltatások. A korrupció és elburjánzott feketepiac miatt csak a „pult alatti” fizetéssel lehetett az orvosokat jobb munkára serkenteni.

A szerző szerint a belülről származó kritika tanulságos a nyugatiak számára. A nyugati delegációk is felsorolták hiányosságait, az USA-ban százmilliónyi a nem biztosítottak száma, a halálos konkurencia miatt sok az értéktelen és hatástalan kezelés, a beavatkozásokhoz esetenként a biztosító beleegyezését kell kérni, a várakozási listák egyre hosszabbak, az egészségügyet nyomó, de általa meg nem oldható tényezők: a környezet, lakás, biztonság, munkaviszonyok romlanak.

A magyar dr. Jávor államtitkár szerint honfitársai elvesztették hitüket az államban, a nagyvonalú magyar tervek ismerte-

tésénél egy jelenlevő pajkos megjegyzést engedett meg magának. Ismertette a drasztikus határozatukat, miszerint leváltják a (párt) kórházigazgatókat, helyettük olyanok kellene, akik, bár nem értenek a managementhez, de élvezik a törzs bizalmát. A magyarok hajlékony költségvetéssel szeretnék az orvosokat, ápolókat, beteget motiválni.

A bolgár dr. Bukarev a biztosító privátizációjától vár kedvező hatást, minden segítséget elfogadnak, csak az állam maradjon ki belőle. Nem tartaná bölcs dolognak, ha átvinnék a nyugati rendszert, még ha ezt az áldozatok panácaának is hiszik.

A lengyelek a szűkös lehetőségek jobb kiaknázására gondolnak: a saját rizikós viselkedés miatt bajba kerültek maguk viselőik a kezelési költségeket, az indokolatlan mentőhívást maguk fizessék meg, az eü. dolgozók legyenek érdekeltek a gazdaságosságban, a biztosítás legyen háromlépcsős: alap — alternatív (paralel szolgáltatások) — és kiegészítő (luxusszolgáltatás).

Közös keleti probléma: távoltartani a möh nyugati tőkeket, kereskedelmi vállalatokat, bürokratákat; segítyt csak sürgős szükség esetén fogadjanak el. A WHO-tól elsősorban információcsúsgük kielégítését várják. A magyar Jávör dr. szerint nem 500 napra van szükség az átállításához, hanem inkább 10 évre. A nagy nyomás miatt lehet, hogy gyorsításra kényszerülnek, ez pénzügényes lenne, de nagy a nyomás és nagy a nyomor is.

Ribiczey Sándor dr.

Hollandia egy lengyel sebész szemével. Spanjer, J. M. (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 2256.

Az egészségügyi (eü.) manager-ismeretek elsajátításához a holland kormány 20 lengyel (L) és 20 magyar orvos számára 9 hónapos kiképzést vállalt. A szerző az egyik, már 7 hónapja ott lévő tapasztalt varsói vezető állású sebész hollandiai benyomásait ismerteti.

Már kezdetben kellemetlenül érintette, hogy folyamatosan szánakozásokról biztosították őket. Kiderült, hogy nagyon keveset tudnak országukról, kultúrájukról. A lengyel „imágót” valószínűleg az „illegális” honfitársakról alakították ki, az első napokban ismertették pl. a közlekedési lámpák és a metró mibenlétét.

Mély benyomást tett rájuk a holland kollégák elképesztő jövedelme. Az L.-nél az eü. egy szolgáltatás, a tapasztalt sebész fizetése alig 20%-kal nagyobb, mint egy körorvosé, akinek a fizetése csaknem egyenlő egy ápolóval. Egy fiatal holland szakorvos fizetését sohasem fogja egy lengyel elérni. Mégis a holland kollégák a szakorvosi szervezetükön keresztül állandóan feljebb srófolják a tarifáikat, amivel együtt járnak az adóemelések is. Így senkinek nincsen haszna belőle, de mindenki panaszkodik mindenre, a szakorvosok harc-

ban állnak a biztosítókkal, a biztosítók az emelkedő prémium-nyomást nehezményezik.

Hollandiában a ténykedések standardizálva vannak, büszkéek az elért minőségi munkájukra, az alapkiképzés példamutató, a továbbképzés elsőrendű. A tarifákban elmentmondások az anyagi minősítés: a vakbélműtét tarifája 130 gulden, de komplikáció estén a díjazás emelkedik. A jó szakorvos megelőzi a várható komplikációkat, azok bekövetkezése esetén inkább csökkeneni kellene a juttatást. Egyébként egy kívülálló nem tudhatja, mit talált az elszámoló sebész a hasüregben...

A biztosítási alapok lazák az elszámolások elbírálásánál. Feltűnő, hogy a személyenkint-napra eső költségek náluk jóval nagyobbak, mint a magánbiztosítottak napi költségei, a realitás fokozza a hatékonyságot. A naponta használt tarifa miatt a hollandok ismerik a költségeket, szemben a L. kollégákkal, akiknek fogalmuk sincsen a költségekről. L-eknél a nemzeti jövedelem 5%-a jut az eü.-re, a hollandoknál az arány 9,5%, — és hol van a gulden a zlotyhoz hasonlítva. A L. beteg extra juttatás nélkül csak másodrendű ellátásban részesül. A Solidaritas óta ismerik a visszaságokat, a talajvíz stb. szennyeződések, munkahelyi veszélyek, carcinogén élelmiszerek ártalmait, mindezek megváltoztatása nem várható a közeljövőben.

Furcsának találják a stratégiát a kábítószerek terén, a holland megoldás nem segít sem a kábítószerezéseken, sem a társadalmon. A szerek beszerzése annyira meg van könnyítve, hogy ezáltal kiesik egy hatásos stimuláns a leszoktatáshoz. Hollandiában a cannabis használatát kb. annyit jelent, mint egy pohár Heineken sör lehajtása. Az utcákon bármilyen droghoz hozzá lehet jutni. A dohányzás és az alkoholizmus visszaszorítása terén sem találtak előrehaladást. Tanulságosnak találták a számos társadalmi szervezet beegítését az eü. munkába, de ezeknél hiányos a koordináció, a betegek kijátszhatják egymás ellen a segítőköt. A nagyfokú automatizálás azzal a veszéllyel jár, hogy jobban megismerik a betegséget, de nem látják meg mögötte az embert.

(Ref.: *Az a benyomásom, hogy a kiváló újságíró ügyesen a L. sebésszel mondatja el saját mondanivalóját.*)

Ribiczey Sándor dr.

USA: betegkidobás. Sibbisan, J. B. Lancet, 1991, 337, 38.

Mintegy 35 millió USA polgár, aki nem tud vagy nem akar privát betegbiztosítást kötni, növekvő egészségügyi veszélynek van kitéve, mivel magánkórházak — legyenek akár haszonérdekeltek, akár nem — sürgős, életveszélyes esetekben sem szívik fel a beteget, ha nincs biztosítása és nincs garancia (pl. előlegként befizetendő összeg), hogy ki tudja fizetni a számlát. Nem az utcára hajtják ki, hanem átszállítatják a nyilván-

nos, az adózók által fenntartott illetékes kórházba, bármi is történne (történik!) vele a szállítás ideje alatt. Becslés szerint csak Chicagóban évente 250 000 sürgős ellátást igénylő beteg átszállítása történik ilyen okból. A kongresszus vizsgálóbizottsága szerint a pénzügyi okból nem felvett (átszállítatott, kidobott) minden tizedik beteg meghal. Így járt pl. Kaliforniában egy megkéselt férfi, vagy egy közlekedési baleset áldozata, aki nem tudott letétbe helyezni 1000 dollárt, ezért a magánkórház nem vette fel. Elvázott.

Bush elnök rendelete megkönnyíti az ilyen esetekben a vétkeket (kórház vagy orvos) megbüntetését esetenként 50 000 dollár felső határig. A végrehajtásnak akadályai vannak. Például egy texasi szülész egy spanyol nevű szülőnt 210/130 Hgmm vérnyomással nem vett fel, hanem átszállított egy 170 mérőföldnyire lévő közkórházba. Útközben, a mentőautóban a gyerek megszületett, az anya is túlélte az utat. A szülész megfellebbezte a 20 000 dolláros pénzbüntetést azzal, hogy ő azért küldte el az asszonyt, mert jobb orvosi ellátást akart a számára.

Persze, a magánkórházaknak több mint a fele nem tesz ilyesmit (csak a többi, közel fele! — Ref.). Mindenesetre most az adóhatóság vizsgálja, vajon melyek azok a magánkórházak, melyek nem nyújtanak elegendő karitás-szolgáltatást, ami jogossá tenné adómentességüket.

Szabó Rezső dr.

Mit vár el a beteg a nőgyógyásztól? Knorre, P. (Gynäk. Abteilung, 0—1200 Frankfurt/Oder): Sexualmedizin, 1991, 20, 8.

A legtöbb nőgyógyász — és természetesen minden más orvos is — meggyőződéssel vallja, hogy minden megtett betege érdekében, ha elvégezte a szükséges vizsgálatokat, megfelelő gyógyszert adott és/vagy műtétet végzett. Ennek alapján el is várja a betegétől, hogy az vele megelégedett legyen, egyesek/sokan mégsem azok.

A szerző egy vizsgálatról számol be, melynek éppen az volt a célja, hogy „mitől” elégedettek a betegek. Ezért 3 nőgyógyász betegek közül önként 261 töltött ki egy kérdőívet, melyen 10 kérdés volt felsorolva, és ezeket kellett a betegeknek rangsorolni.

A válaszokból kiderült, hogy leglényegesebbnek (69%) a magas színvonalon álló orvosi ellátást és az egészséges életmódra vonatkozó tanácsadást (55%) vallják. Ezt követi a bizalmas-individuális kezelési iránti igény (49%) és az, hogy az orvos értse meg a betegek gondjait-problémáit (41%). Elég sokan (39%) igénylik, hogy az orvos az általa adott terminust tartsa be, legyen számára elég ideje (28%) és csak kevesen az egyéni kívánások teljesítését (9%).

A betegellátásban nagy szerepe van a nővérnek is, ezért külön kérdőívben történt

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, zsírfogyagszere-zavarokban ajánlott diéta nem csökkenti jelentősen a kóros szérumlipidszinteket. A diéta tartása azonban gyógyszereszedés alatt is szükséges.

Ellenjavallatok: Súlyos májfunkciózavarok. Fennálló vagy az anamnéziséből ismert cholelithiasis. Súlyos vesefunkció-zavarok, vesekövesség. Terhesség, szoptatás. Primer billaris cirrhosis.

Adagolás: Napi adag 3 kapszula (reggel 2 kapszula, este 1 kapszula) étkezés közben, amelyet tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni. A veseműködés károsodása esetén a napi adagot a funkció beszűkülésével arányosan kell csökkenteni.



Mellékhatások: Átmeneti gyomor- és bélpanaszok előfordulhatnak, melyek a dózis csökkentése után megszűnnek. Nem gyakori a szédülés, émelygés, hányás, urticaria, viszketés és fejfájás előfordulása. Ritkán fordul elő a szérum transzamináz átmeneti emelkedése, amely általában 8 napon belül normalizálódhat a kezelés megszüntetése nélkül.

Nagyon ritkán hajhullás és potenciazavar, izomgyengeség és izomfájdalom is előfordulhat.

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (azok hatásának fokozódása, vérzésveszély),
- szulfanilkarbamid típusú orális antidiabetikumokkal (azok hatásának fokozódása, hipoglikémia veszélye),
- köszvényellenes szerekkel (húgysavürítő hatást fokozza).

Figyelmeztetés: A kezelés első 3 hónapjában a lipidszintek havonkénti ellenőrzése ajánlott, és amennyiben ezen idő alatt nem csökkenti a szérum lipidszintjét, más terápiára kell áttérni! Gyermekek öröklött hyperlipidaemiája esetén csak akkor adagolható, ha a hyperlipidaemia nem I. típusú, és 6 hónapos diéta nem hoz megfelelő eredményt.

Orális antikoaguláns adagját ismét be kell állítani!

Csomagolás: 50 db kapszula.



Gyártja
a FOURNIER-DIJON cég
licence alapján a



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

CAVINTON®

H 500

injekció

tabletta



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

JAVALLATOK: Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás, vagy sclerotikus) agyi keringészavarok pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavar, szédülés, fejfájás csökkentése, a klimaktérium-szindróma vazovegetatív tüneteinek kezelése. Hipertenzív encephalopathia, intermittáló vaszkuláris cerebrális insufficiencia, angiospasztikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítása.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vaszkuláris, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneráció, parciális trombózis, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vaszkuláris, vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labirintus eredetű szédülés.

PARENTERÁLISAN: Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovaszkuláris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható, kizárólag lassú cseppinfúzióban.

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

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

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

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

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole.

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

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

MEGJEGYZÉS: ✘ A **tabletta** csak vényre adható ki. Az **injekció** csak fekvőbeteg-gyógyintézetben felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



munkájuk értékelése. Legtöbben azt szeretnék (80%), hogy barátságos és udvarias (55%) legyen és csak kevesen, hogy ne síessen (22%).

[Ref.: A cikkből nem derül ki, hogy miért igényelték egyesek valamit, azért-e, mert amit szeretnének, azt meg is kapják, vagy azért, mert azt szeretnék, de hiába. Arról sincs szó, hogy a felmérés a néhai NDK-ban a két Németország egyesítése előtt vagy után készült-e, de feltehető, hogy előtte, mert még rövid idő telt el az egyesülés óta, és ezért irreális lenne a mind az orvos, mind a beteg számára újszerű — biztosítási alapon nyugvó — körülmények között az átmenet idején felmérést végezni. A hazai és a régi NDK orvosi ellátása is nehezen hasonlítható össze (náluk nem szokás az előjegyzés stb.), de a közöltek számunkra is elgondolkodtatóak, különösen napjainkban, amikor nekünk is át kell majd állnunk.]

Aszódi Imre dr.

Rák-regiszter. Schrage, R. (Frauenklinik, 7400—Tübingen): Der Frauenarzt, 1991, 32, 57.

A két Németország egyesítése a betegellátás terén is sok problémát vetett fel. Korábban az NDK-ban — a hazai gyakorlatához hasonlóan — központilag regisztrálták a malignus eseteket és a betegségek lefolyását. Az NSZK-ban viszont ilyen központi nyilvántartást nem lehet végezni, mert elsődleges szempont az emberi jog, a személyi adatok titkossága. Tehát mindegyik — minden intézet — legfeljebb saját anyagát dolgozhatja fel és értékelheti, ami a szerző szerint lényegesen szegényesebb információt nyújt. (Ez önkéntes társulással lehet „kijátszani”, amikor több intézet összefog előre és azonos módszerrel regisztrálja a vizsgálandó témát, mégpedig úgy, hogy a „nagy kalapba” már csak az egyes intézetek „számadatai” kerülnek, ezek pedig már „személytelenek”. Korábban referáltam az NSZK lombikbébi programjára vonatkozó cikkeket, amik az ilyen jellegű „összefogásra” alapoztak. Őszintén be kell vallani, hogy nem tudtam, mi ennek a módszernek az „oka”, de ez a cikk adja a magyarázatot. — Ref.)

A szerző azt igyekszik igazolni, hogy több szempontból is milyen hasznos az országos statisztika, és pedig elsődlegesen a betegek — a lakosság — szempontjából, így a megelőzés érdekében, valamint azért is, hogy az egyes kezelési módok eredményeit nagy anyagon össze lehessen mérni és a költségekkel is összevetni.

A szerző végezetül felveti azt a kérdést, hogy nem tűnik feleslegesnek egyes előírások revidálása éppen a lakosság érdekében.

Aszódi Imre dr.

„Számilázás” a biztosító felé. Vogel, K. (Garmisch-Partenkirchen): Sexualmedizin, 1991, 20, 71.

Bár még nem dőlt el, hogy a közeljövőben miként fog alakulni az orvosi ellátás biztosításon alapuló rendszere, feltehető, hogy a biztosító a konkrét orvosi tevékenységet fogja megfizetni, mégpedig az orvos által kiállított „számla” alapján. Ez azt is jelenti, hogy meg lesz határozva, hogy ki, kinek és mit számlázhat le. E módszernek nyilvánvalóan számtalan előnye van, ugyanakkor nemritkán gondokat is felvet. Ezek megelőzése céljából talán nem felesleges e cikket referálni. — Ref.

A nőgyógyász szerző abból indul ki, hogy a praxisában igen gyakran kell fogamzásgátlási tanácsot adni, amit természetesen megtérít a biztosító. A nőket igen gyakran elkíséri a férj, a partner, és ez előnyös, mert végső soron kettejük problémája a számukra megfelelő védekezési mód kiválasztása, és adott esetben a férjnek is van ezzel kapcsolatos tennivalója. A biztosító azonban nem fizeti meg, hogy az orvos nem egy, hanem két személlyel foglalkozott, tehát a férfit „ingyen” látja el tanáccsal.

Más esetben is felmerül ez a gond, nevezetesen akkor, ha gyulladáson megbetegedés esetén mindkét felet el kell látni gyógyszerrel, a nőgyógyász azonban férfi számára nem írhat fel gyógyszert. Ha dupla gyógyszeradagot ír fel a nő számára, ezt a biztosító kifogásolja. Ezért az a gyakorlat, hogy a nőgyógyász a férfit urológushoz utasítja, de csak ajánlja ezt a vizsgálatot, mert nőgyógyász nem „utalhat” férfit. Az urológus pedig a panaszmentes férfi rutinvizsgálata során „nem talál semmit”. Így bezárul az ördögi kör. Ha az urológus vesz is vándékot, azt csak az urethrából teszi, pedig nem felesleges a szájúreget, a végbéltájékot és a kéz körmeit is megvizsgálni, hisz a szexualitással összefüggő problémáról van szó. Gyakorlatilag pedig még feleslegesnek is tekinthető a panaszmentes férfi tüzetes és költséges vizsgálata, hisz megoldódna ez a probléma, ha elegendő lenne a receptre ráírni, hogy pár-terápiáról van szó.

[Ref.: Szerencsére nálunk ez nem gond, mert a nőgyógyász nyugodtan felírhatja a szükséges dupla adagot. Csak remélni lehet, hogy ez a helyzet az átszervezés miatt a jövőben nem fog romlani.]

Aszódi Imre dr.

KATASZTRÓFA MEDICINA

A Nyos-tavi katasztrófa. Kamerun, 1986: nagyméretű széndioxid kitérés orvosi következményei? Baxter, P. J., Kapila, M., Mfonfou, D. (Addenbrooke's Hospital-Fulbourn Hospital, Cambridge; Ministère de la Santé Publique, Yaoundé): Br. med. J., 1989, 298, 1437.

1986. augusztus 21-én este 21—22 óra között, a nyugat-afrikai Kamerun távolosok északnyugati hegyes területén, a Nyos nevű vulkanikus krátertóból, óriási tömegű gázkitérés történt. A gáz a tó szintjénél leg-

alább 250 m-rel alacsonyabban fekvő völgyekben gyorsan terjedt, s részben az ottani három nagyobb településen (Nyos, Cha, Subum), részben pedig az elszórt farmokon és szarvasmarha-tenyésztő telepeken összesen mintegy 1700 halálos áldozatot követelt. További 845 személy kórházba szállítása vált szükségessé. Jelentős elhullást okozott a haszonállat-állományban (főleg szarvasmarha) is.

Az erupció mechanizmusa és a vulkanikus gáztömeg pontos összetétele tisztázatlan maradt. Ismert egyébként, hogy az ilyen eredetű gázok komponensei általában a vízgőz, széndioxid, kéndioxid, kénhidrogén, klórhidrogén, fluorhidrogén és szénmonoxid. Az a tény viszont, hogy a Nyos-tó vizéből vett mintában csak szénmonoxid volt kimutatható, azt a nézetet vetette fel, hogy ez a gáz a kitérésnél vagy döntő túlsúllyal, vagy esetleg akár egyedülként járszót ártó szerepet. Talán megerősítheti ezt a feltevést az a két évvel korábban — 1984 augusztusában — történt, feltűnően hasonló másik rendkívüli esemény, amikor (a Nyos-tótól kb. 100 km-re délre eső) Monoun-tóból kitért széndioxid-felhő 37 embert ölt meg. Az ilyen erupciókra vonatkozó általános és klinikai tapasztalatok sajnos, igen szerények. Ezért a nagyméretű Nyos-tavi katasztrófa (amennyire lehetséges volt) részletesebb feldolgozása a vulkanikus régiókban élő lakosság kockázati esélyeire igyekezett rámutatni.

A Nyos-tó közelébeni túlélők közül sokan (mielőtt eszméletüket hirtelen elvesztették) határozottan emlékeztek arra, hogy erős szélsőséves hallatszótt, állataik nyugtalanok lettek, lópor és romlott tojás bűze volt érezhető. A tragikus esemény híre lassan jutott az illetékesek tudomására, így a mentőcsoport 36 (!) óra múlva érkezett a helyszínre, ahol félelmetes összképet talált. Jelen közlemény szerzőinek egyike — M. D. — e csoport tagja volt.

Túlélők: A sújtott területen több mint 5000 túlélő tartózkodott; közülük 548 személyt kórházban helyeztek el, 297-en pedig még a következő hetekben is kezelésre jártak be a kórházba. Az összes gyógyintézeti ellátást kapott beteget (845 fő) két kórház fogadta; a kitérés területétől 27 km-re eső Wum, s a 46 km-re levő Nkambe városok kórházai.

A vezető tüneteket és panaszokat — az előbbi két csoportot összesítve — az alábbi megoszlási arányokkal ismertettük: köhögés: 31%; véres köpet: 3%; légszomj: 5%; szemészeti panaszok: 5%; a bőr (égéshez hasonló) sérülései: 19%; végtaggyengeség: 6%; végtagduzzadás: 10%; hányás: 5%; hasmenés: 5%; fejfájás: 26%; gyengeség, rossz közérzet: 11%; láz: 12%.

Az 548 főnyi, kórházba felvett beteg felületes és mély bőrsérüléseinek testtáj szerinti megoszlása a következő volt: arc: a) zygomaticus-tájék: 84%; b) egyéb terület: 36%; nyak: 2%; mellkas: 2%; has: 8%; hát: 1%; felső végtag: 7%; alsó végtag: 18%; teljes testfelület: 3%. Megállapítható volt, hogy a bőrsérülések többsége felületesnek minősíthető, melyek két héten belül gyógyultak.

Cadaverek: Vizsgálatuk, boncolásuk — egyszóval értékelésük — gyakorlatilag hiányzik; a hullákat a kitérés követő 4. napig bezárólag eltemették, értékelésre tehát mód nem volt. Viszont a kameruni kormány által végül is meghívott külföldi szakértők is legalább egy hét múlva a kitérés után érkeztek a helyszínre. Így tevékenységükből még súlyos külsérelmi nyomok fennforgása esetén sem vonhatók le következtetések, tekintve, hogy csak néhány — hangsúlyozzuk, hogy csak néhány — tetem boncolása történt meg, amit a helyi, azután az USA-ból és Japánból meghívott szakemberek végeztek.

A Nyos-tavi gázkitérés jövőbeni alapos tanulmányozása remélhetően tisztázza a gázkitérés mechanizmusát, s ami még fontosabb, előrejelezhetővé teszi az ilyen és hasonló gázkitéréseket. Döntő jelentőségű volna ez a megelőzés szempontjából. A Nyos- és Monoun-tavi kitérések (továbbá az 1979. évi indonéziai Simila vulkán kitérése) a részletes elemzés során, feltehetően, használható elemeket adnak a megelőzéshez.

Cselkó László dr.

Necrotizáló lágyrész laesiók vulkán katasztrófa után. Patino, J. F. és mtsai (Dept. of Surgery, Centro Medico de los Andes, Bogota, Colombia) *World J. Surg.*, 1991, 15, 240.

1985. november 13-án a kolumbiai Nevado del Ruiz vulkán kitérése után 22 942 ember halt meg Armero és Chinchina városokban.

A sérültek száma 4500, kórházi kezelésre szorult 1500, akiknél nagy számban necrotizáló fasciitis fejlődött ki. Az emberiség történetében összevesszeség szempontjából ez a negyedik legnagyobb természeti katasztrófa volt. A túlélők órákig, napokig a lávatömeg és megolvadt gleccser csapdájában rekedtek, amíg sikerült őket helikopterrel menteni és elszállítani. A felvételi diagnózisok főleg a következők voltak: 1. A

lágyrész necrotikus, gangraenás fertőzései: fasciitis necroticans, clostridium okozta gangraena, mucormycosis vagy zygomycosis. 2. Végtagok törései, *compartment* és *crush* szindrómái. 3. Akut hasi szindrómák. 4. Akut légzési elégtelenség. 5. Súlyos conjunctivitis, otitis. 6. Tetanus fertőzések. 7. Késői felső gastrointestinalis vérzések. Necrotizáló lágyrész sérülteik nagy száma egyedülálló a világirodalomban.

38 sérültnek (55% férfi, 45% nő, átlagéletkor 31 év) volt jól definiálható necrotizáló fasciitis, Bogota négy különböző kórházában kezelték őket. Nyolcnak volt zygomyceticus fertőzése (mucormycosis, zygomycosis), kettő élte csak túl a sérülést követő fertőzést (*ref.*: az igen súlyos, magas letalitású betegség halálozási aránya 30–50%). Statisztikájuk szerint a necrotizáló fasciitis ösztörtalitása 47,7%, a mucormycosisé 80%. A katasztrófa és a mentés között eltelt idő 12–72 óra között mozgott.

A sebekből tenyésztett polymicrobiális flóra megegyezett a megdermedt lábából, gleccserből tenyésztett flórával, igen gazdag gomba jelenléttel. A mucormycosis okozó *Rhizopus arrhizus*-t szövettani metszetekben mutatták ki.

Megállapítható, hogy a necrotizáló fasciitis továbbra is a legkomolyabb kihívás a sebész számára, a késői diagnózisnak letális konzekvenciái vannak. Habár synergista polymicrobiális fertőzésekről van szó, a mucormycosis infectio lehet a fő oka a legagresszívabb eseteknek. A korai tenyésztés, biopsia alapvető jelentőségű. A természeti katasztrófáknál masszívan contaminált sebekkel kell megküzdenni, radikális korai sebkimetszés, amputatio az egyetlen esély a túléléshez.

[*Ref.*: A szerzők 1986-ban egy bogotai orvoskongresszuson már beszámoltak az egyik fiatal nő sérültjék fatális kimeneteléről. *Vulkán kitérés után egy ritka kórokozó, a Saksenaea vasiformis tenyésztett ki a necrotizáló fasciitis területéről.*)]

Novák László dr.

Uganda: Háború, nők és a nemi erőszak. Giller, J. E., Bracken, P. J., Kabaganda, S. (Medical Foundation Uganda, P. O. Box 269, Kampala): *Lancet*, 1991, 337, 604.

Több mint 25 éve számos afrikai ország lakossága szenved az állandó háborúk és fegyveres politikai összetűzések miatt, legtöbbit valószínűleg Ugandában. A híres Luwero háromszögben, Kampalától északnyugatra, 1982–1985 között ezeket kínozták és öltek meg a gerillaháborúban, sőt egyes források szerint 500 ezer ember tűnt el nyomtalanul ezen idő alatt.

A Luwero háromszög egyik falujában élő nőknél derült ki, hogy az ugandai háború alatt a 11 és 45 éves életkorokban megerősített nők mindegyike gynecologiai és pszichologiai panaszokról számolt be. Kétharmadán legalább tíz katona követett el nemi erőszakot a tetthelyen. 77% gynecologiai problémája a többszörös kezelésnek ellenálló vaginális váladékozás. A 35 megkérdezett nőből egynek volt pozitív VDRL tesztje, 26%-nál mutattak ki HIV-fertőzést. Három meddségüket a nemi erőszak következményének tulajdonították, egy többszörös spontán abortusról számolt be, egynek született gyermeke az erőszak következtében. 77%-nak állandósult rémálmai voltak, 46% elvesztette érdeklődését a külső dolgok iránt, 25%-nak nincs egyáltalán kapcsolata férfiakkal, a többiek közül 66% nem találja a szexuális érintkezést örömtelnek.

55% még senkinek sem beszélt megerősítésként, mely tény nyilvánvaló akadály annak, hogy érzelmileg átkerüljenek a krízisen. Némáságuk oka az is, hogy a nemi erőszakkal egy időben súlyos bántalmazásokat szenvedtek, kényszerítették őket arra, hogy végignézzenek családtagjaik kínzásait, kivégzéseit.

Az afrikai közösségekben a legnagyobb szerepe a termékenységnek, az anyaságnak van. Ezért megdöbbentő tény, hogy egyegyedük képtelen volt férfiakkal szexuális kapcsolatot létesíteni a nemi erőszak után. Mind-egyikük szükségét érezte valamilyen formában történő kezelésnek.

Novák László dr.

Jövő évre vonatkozó Springer folyóirat megrendelését vállaljuk. Pótkelés nélkül, forintért, kedvező áron juthat Springer folyóirathoz. Rendelését szeptember 15-ig kérjük kiadónk címére eljuttatni. Budapest 7., Pf. 142. 1410 (Budapest VII., Wesselényi u. 28.) Kérjen árjegyzéket!

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Veszélyben a hazai orvosi lapkiadás

T. Szerkesztőség! Nem találván alkalmasabb fórumot, kérem tegyék lehetővé, hogy az Önök hasábjain vessek fel egy — egész orvostársadalmunkat érzékenyen érintő — kérést. A Magyar Pathológusok Társaságának utolsó közgyűlésén értesültünk, hogy igaz a régóta szünetelő hír: leküzdhetetlen anyagi nehézségek miatt a Morfológiai és Igazságügyi Orvosi Szemle (MIOSZ) „bizonytalan ideig szünetelteti megjelenését”. Kérdéseinkre válaszul a MOTESZ jelen levő képviselője a veszteséges MIOSZ-szal szemben jól jövedelmező más lapokra, Fogorvosi Szemle, Magyar Nőorvosok Lapja, hivatkozott. Azt hiszem, nem igényel különösebb közgazdasági előképzettséget annak belátása, miért versengenek akár külföldi cégek is a hivatkozott lapokban hirdetési helyekért, s miért látnak jóval kevesebb fantáziát pl. a MIOSZ-ban, ha milliós vagy százazres devizaforint értékű műszereikre, reagenseikre keresnek vevőt.

A dolog illetően, elsősorban ökonomiai megközelítése egyébként is, nemhogy nem helyénvaló, de egyenesen tudományellenes. Miközben nem feledkezhetünk meg a gazdasági körülmények alakulásáról, első helyen mégis az a kérdés áll: megengedheti-e magának a magyar orvostudomány, hogy képviselőinek amúgy is csekély hazai, anyanyelvi publikációs lehetőségei tovább szűküljenek?

Nem nehéz észrevenni, hogy a kulturális sajtóban lassan egy éve zajló, már-már kilátástalannak tűnő élethalálharc az, ami a tudományos sajtó területére is áttérjed. Vajon hány orvosi periodika van még veszélyben? Melyik lesz az az intézmény, szervezet, amelyik hivatásának tekinteti és felvállalja, hogy nem engedi elsorvasztani a meglévő értékeket, ha már abba kénytelenek vagyunk beletörődni, hogy az új értékek teremtésének feltételei egyre kevésbé elérhetők? A magyar orvosok igényes, „fró-olvasó” tagjainak és az utánuk következő orvosgenerációk nevében kérem hát az egészségügyi tárca illetékeseit, az Akadémia orvostudományi osztályát, az egészségügyi és tudományos dolgozók szakszervezetét, a MOTESZ-t és az orvosszakmai társaságokat, az izmosodó Orvosi Kamarát: karolják fel az ellehetetlenült vagy vergődő lapok ügyét! Ne hagyják magukra a szakmai színvonalat eddig is biztosító, de a piaci viszonyokban kevésbé jártas szerkesztőket! A szakmai-tudományos sajtó léte, megmaradása nem lehet piaci kérdés!

Meg kell találni a módját, hogy a most zajló viharos változások eredménye ne lehetőségeink elnyomorodása, felelőtlen elherdálása, hanem azok megőrzése és eddiginél ésszerűbb, gazdaságosabb kiaknázása legyen. Bár levelem, formailag, az OH

szerkesztőségének szól, a címzett (vagy címzettek) nyilvánvalóan máshol, valahol az iménti felsorolás szereplői között keresendők. Alig hiszem, hogy tévednék, ha azt gondolom, hogy válaszukat, egyúttal gyors intézkedésüket, velem együtt orvos kollégáim színe-java várja nyugtalanul.

Gábor Zsuzsa dr.

Szerkesztőségi kommentár: Gábor doktornő levele valós gondot tükröz. Orvosi lapjaink döntő része csak ráfizetéssel jelenhet meg. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy az előállítási költségeket (papír, nyomda), a terjesztést (postai költség) biztosítani kell. Szerkesztőségünk készséggel ad helyet olvasóink gondolatainak, remélve, hogy hozzájárulhatunk nehéz helyzetben levő szaklapjaink megjelenéséhez.

Katyn magyar vonatkozásai

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam az Orvosi Hetilap 1990/50. számában Kapronczay Károly dr. Katynról szóló tanulmányos cikkét. Nem ez az első cikk, amely erről a témáról kezembé került, mégis ez a tanulmány foglalja össze legjobban mindazt, amit egy igazságszerető értelmiséginek tudnia kell a Katynban történtekről. Az illetékes hatóságok őszinte bejelentése világossá tette a szomorú tényeket. Részemre új az ügy magyar vonatkozása.

Századunkat jellemezvén azt kell írnom, hogy a gyűlölet korszaka, mely sok tízmillió ember életét oltotta ki. E pusztítás oka: a német náciizmus és a kommunizmus. Az előbbi a faji gyűlöletet hirdette és igyekezett a „maga módján” megvalósítani, az utóbbi az osztálygyűlöletet szította és mindaz, amit az „új ember” teremtése érdekében tett, iszonyú: gulagok, tisztogatások, egyszerű gyilkolás, Katyn.

Ha mindez csupán elmélet maradt volna, másképpen ítélné a történelem. Ha Chamberlainnél, Marx és Engelsnél megállt volna a folyamat, mint érdekességet, ma is szívesen olvasnánk. Sajnos, nem így történt, mi pedig, akik a hóhér karmaiból egy „transzcendentális erő” segítségével szabadultunk — másképpen értékelünk.

Orsós Ferenc professzort Kapronczay dr. cikke nyomán úgy ítélem meg, mint egy szélsőjobboldali, militáns személyiségű embert. Idézem: „Vezető személyisége volt a korabeli orvostársadalom életének, akinek azonban negatív politikai nézeteit és állásfoglalásait szigorúan el kell különíteni szakmai tudásától, mivel mindkettőt más-más mércével kell megítélni.” Teljesen egyetérték Kapronczay dr.-ral: minden szakmai ténykedés mögött az embert kell

keresni. Az az érzésem, hogy Kapronczay dr. Orsós professzor politikai felfogását nem azért vázolja, mert az embert akarja ismertetni, hanem a helyzetet, amelyben mindnyájan éltünk '45 után.

Semmilyen kétség nincs az iránt, hogy Orsós professzor megérdemelte azt a fokozatot, mellyel a magyar orvostársadalom kitüntette és felemelte a szakma legmagasabb lépcsőjére (MTA). Ebben a vonatkozásban nem is tehetett mást, mint azt, amit a Katyn-ügyben tett, vagyis szolgálta az igazságot. Ambár az igazság, amit az emberiség oly nehezen tudott kivívni magának, az akkori kommunista... korszakban függvénye volt a politikának, s ennek nem mi vagyunk az okai. Egy beteges gyilkos kezében volt mindnyájunk sorsa, s a helyi lakójoknak még az sem volt megadva, hogy valami „eredeti” próbáljanak teremteni saját népük javára, átváltak egyszerű végrehajtottá. Ettől függetlenül félreérthetetlenül mindannyiukat terhelő felelősség. Ezek a történelemátrétegzők egyet nem tudtak, csupán azt, hogy diktatúrájuk nem örökkévaló, mert örökkévaló csak a történelem diktálta igazság.

A szélsőség nem értelmiségi attribútum, az értelmiség minden extrémét azért utasít vissza, mert az adott kérdésnek sokféle megvilágosítása lehetséges, és ő ismeri ezeket. A szélsőség süllyedést jelent az értelmiség számára, amitől óvakodnia kell. Orsós Ferenc, szakmájának kiváló művelője leereszkedik a szélsőséghez? Nem egy egyszerű értelmiségiről van szó, hanem egy olyan humánus szakmát művelő egyéniségről, aki az élet titkát ismeri, aki arra van hivatva, hogy embertársán segítsen minden tudása szerint. A szakma maga követeli a szélsőség távartását.

A munkáját becsületesen végző orvos-professzor és a szélsőséges fasiszta politikai koncepció között van határ Orsós professzor esetében, mert az akkori helyzet nem engedte meg, hogy a demarkáció elhalványodjon, majd eltűnjön, a megítéléshez szükséges idő hiánya miatt...

Michael Molnár dr.

T. Szerkesztőség! Napjaink divatos témája „a fehér foltok” feltárása, az olyan történeti fordulók vagy témák feldolgozása, amelyeket vagy a politika, vagy az elszabadult emberi indulatok határoztak meg. Úgy éreztem, hogy a rejtélyes Katyn is ezek sorába tartozik, ahol valóban „titokzatos erők” dolgoztak, később pedig a napi politika határozta meg az arról alkotott általános és szakmai véleményt. Magam mindig arra törekedtem, hogy a tényeket a maguk helyére kell tenni, megtisztítani a téves értékelésektől, de ezen belül is a szigorú igazsághoz ragaszkodni. Úgy érzem, hogy dr. med. Michael Molnár kolléga úr is ezt érezte ki írásomból, amiért csak köszönetet tudok neki mondani.

Kapronczay Károly dr.

Az orvosi munka hatékonyságáról

„Az orvostudomány problémája
nem annyira maga az orvoslás,
mint inkább annak hatékonysága”

Schreiber H. W.

T. Szerkesztőség! A költség és haszon vizsgálata egyre inkább aktuális a magyar egészségügyben is. Ugyancsak meg kell kísérelnünk mérni és növelni az orvosi tevékenység hatékonyságát, bár ez nem könnyű feladat (1). Szakmámban, a röntgen diagnosztikában, a traumás csontfelvételek vonatkozásában bevezettem a hatékonysági index (HI) fogalmát, mely nem más, mint a pozitív és negatív leletek aránya, százalékban kifejezve.

$$\text{hatékonysági index (HI) \%} = \frac{\text{pozitív leletek}}{\text{negatív leletek}} \times 100$$

Mivel nagyobb a HI, annál hatékonyabb, eredményesebb és gazdaságosabb a traumatológiával foglalkozó sebész és a röntgen diagnosztikával foglalkozó radiológus munkája.

1990. augusztus 21-től 1991. február 20-ig terjedő időszakban a Sátoraljaújhegy Városi Kórház-Rendelőintézet Egység Radiológia osztályán vizsgáltam a traumás csontfelvételek röntgen leleteinek megoszlását. A kórházi és rendelőintézeti részlegben egymagam értékeltem valamennyi traumás csontfelvételt, abból a kényszerű körülményből kifolyólag, hogy nincs beosztott orvosom. Válogatás nélkül regisztráltam az összes ún. „friss” traumás csontfelvétel leletét. A törés és/vagy ficam kimutatása utáni kontroll vizsgálatok ebben a felmérésben nem szerepelnek.

Testtájék	Pozitív leletek	Negatív leletek	Hatékonysági index (HI) %
Koponya (10 év felett)	8	498	1,6
Koponya (10 év alatt)	1	94	1,06
Arckoponya	6	92	6,5
Orrcsont	22	78	28,2
Nyaki gerinc	1	40	2,5
Háti gerinc	6	30	20
Lumbalis gerinc	4	60	6,66
Sacrum, farkcsigolyák	1	25	4
Medence	5	31	16,1
Sternum	3	18	16,6
Borda	47	256	18,4
Váll, clavícula	94	146	64,4
Humerus	4	10	40
Könyök	15	87	17,2
Alkar	19	43	44,2
Csukló	126	214	58,9
Kéz	146	471	31
Csípő, combnyak	16	38	42,1
Femur	—	16	—
Térd	14	327	4,3
Lábszár	29	63	46
Boka	82	315	26
Sarokcsont	14	22	63,6
Láb	51	230	22,2

A táblázatból szembeötlő a koponya felvételek magas száma és igen alacsony hatékonysági indexe. Fél év alatt 592 kétirányú koponya felvételt készítettünk, ebből 9 esetben mutattam ki repedést, illetve vonalas törést. Impressziós koponyatörés anyagunkban nem fordult elő. Az alacsony HI

(1,5%) annál inkább megkérdőjelezi a nagyszámú koponya felvétel készítésének értelmét, mert „a koponyatörések a csonttörések között kivételes helyet foglalnak el, mivel a csonttörésnek itt alig van jelentősége, és amit figyelembe kell venni, az az agy sérülése, illetve veszélyeztetettsége” (2).

A 10 éven aluli gyermekek traumás koponya felvételeit külön értékeltem, mint ahogy „a csecsemők és kisgyermek esetében a koponyaröntgen elvégezendő enyhe koponyatraumák esetében is” (3). A 10 éven aluli gyermekekénél a traumás koponya felvételek HI-e (1,06%) a felnőtteknél (1,6%) is alacsonyabbnak mutatkozott.

Felmerül a kérdés: miért készítjük, miért készíttetik a sebész kollégák a rengeteg koponya felvételt? Valószínűleg szerepet játszik ebben az, hogy még soha senkit nem vontak felelősségre azért, mert feleslegesen kért röntgen felvételt, míg a röntgen vizsgálat elmulasztását esetleg szankcionálják (személyes közlés alapján tudom, hogy még a börtönbüntetéstől való félelem is ott lappang egyes klinikus kollégák tudata mélyén). Másrészt érvényesül az a szemlélet, mely szerint „kerül amibe kerül”, minden lehetőséget igénybe kell venni a beteg kóriszmézése és kezelése során. Hivatásunk arra kötelez, hogy tegyünk meg minden tőlünk elvárható a betegért. A felesleges röntgen vizsgálatok azonban nem szolgálják a betegek érdekét. Éppen a felesleges betegmozgatás, sugárterhelés, röntgenfilm (ára ebben az évben várhatóan többszöröse nő!) felhasználás megtakarítása az, ami a konkrét beteg és általában a beteg érdekét szolgálja.

Az arckoponya, gerinc, medence, sternum felvételek kis számuk miatt messze nem következették levonására nem alkalmasak. A bordák és a végtagok egyes régióinak esetében a HI mutatók viszonylag magasabbak. Szélső HI értékek: térd 4,3%, váll 64,4%.

A HI növelhető a számláló növelésével (a balesetek száma sajnos, egyre növekszik), de sokkal jobb lenne a nevezőt csökkenteni. A negatív röntgen leletek számának jelentős csökkentése (a traumás koponya felvételek esetében akár tizedére) megítélésem szerint a gyakorlatban megvalósítható, reális célként tűzhető ki. Ehhez a szemlélet, a tudati tényezők kedvező befolyásolása, valamint a szakmai tapasztalatokkal megalapozott bátorság is szükségeltetik a klinikus kollégák részéről.

Szándékomban áll egy év elteltével megismételni az adatgyűjtést, annak objektív kimutatására, hogy visszaszorulóban van-e az átkos defenzív medicina, illetve történetek-e intézkedések visszaszorítása érdekében.

IRODALOM: 1. *Fehérvári Sz.*: „Hatékonyabban!” Orv. Hetil., 1990, 131, 1945. — 2. *Török P.*: „A neurotraumatológiai el-látás klinikai vonatkozásai” Borsodi Orvosi Szemle, 1987, 3, 2, 152. — 3. *Eü. Minisztérium* 31.958/1986 III. (Eü. K. 1. 1987) EüM

számú szakmai irányelve a felesleges röntgenvizsgálatok visszaszorítására. Gyógy-szereink 1987. október.

Fehérvári Szabolcs dr.

A vérkészítmények glükóztartalmáról

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastuk az O. H. 1990, 49. számában Rácz dr. közleményét a vérkészítmények glükóztartalmáról. — Ennek ugyanis nemcsak a cukorbeteg, hanem az újszülöttek kezelésekor is nagy jelentősége van. Az 1976-ban, majd 1982-ben történt vizsgálatok szerint az ACD vér magas, 700 mg %-os (38 mmol/l) glükóz koncentrációja következtében a vércserék után az újszülöttekben 250 mg % (14 mmol/l) vércukor szintek jöttek létre —, melyeket haemolytikus betegekben 100 μ U/ml, nem haemolytikus betegekben 40 μ U/ml szérumban szintek kísérték. A jelenséget az tette veszélyessé, hogy a magas vércukor értékek 1 órán belül a kiindulási értékre visszahozták és ha a beteg nem kapott akkor glükózt, további csökkenés, életveszélyes hypoglycaemiák következtek be.

A CPD vérkonzerv bevezetése, annak ismerten jelentősen alacsonyabb glükóz tartalma folytán 1987-ben általunk is ellenőrzött, ezeket a nehézségeket kiküszöbölte.

Éppen ezért meglepetéssel olvastuk Rácz dr. közleményében, hogy „hazánkban minden vérellátó emelt glükóztartalmú vértartósítót használt, CPI, 5D jelzéssel, melynek számítható glükóz koncentrációja 540 mg % (30 mmol/l)”. Ezt olvasva az I. sz. Női Klinka Intenzív Újszülött Osztályán néhány CPD jelzésű vérkonzerv glükóztartalmát meghatároztuk. Hat esetben 8–14 mmol/l között találtuk a glükóztartalmat, három esetben 16–21 mmol/l között.

A vérkonzervek vétel után 8 napon belül kerültek felbontásra. Kérdésünk az, hogy a közlemény szerint ennél magasabb glükózkoncentrációk is előfordulhatnak, főleg vércseréhez használt vérkészítményekben, melyek lehetőleg 2–3 napon belül levett vérek? Nem szükséges-e az újszülötteket ellátó osztályokat újból figyelmeztetni a hypoglycaemia és az azt követő hypoglycaemia lehetőségére?

IRODALOM: 1. *Hervei, S.*: Über die Hypoglykämie bei Neugeborenen. Msch. Kinderheilk., 124, 548, 1976. — 2. *Hervei S.*: Az újszülöttek hyperbilirubinaemiája, idegrendszeri szövödmények, a vércserét követő anyagcsere változások. Kand. ért. Bpest., 1981.

*Hervei Sarolta dr.,
Hovanyovszky Sarolta dr.,
Beke Anna dr.*

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1990. évi 49. számában a vérkészítmények glükóztartalmáról megjelent közleménnyel kapcsolatban eljuttatták hozzám dr. Hervei Sarolta, dr. Hovanyovszky Sarolta és dr.

Beke Anna (I. sz. Női Klinika Intenzív Újszülött Osztály) olvasói levelét, ill. az abban foglalt kérdést. A kérdésnek a vérkészítmények tulajdonságait illető felére tudok reagálni.

Sajnos a levélből nem derül ki, hogy a levéltörök által megvizsgált „vérkonzervek” milyen *termékcímkével* ellátott készítmények voltak. Amennyiben „teljes vér”-ről volt szó, akkor az is lényeges, hogy üvegpalackos vagy műanyagzsákos kiszerezésű volt-e.

A közleményben megjegyeztük, hogy az OHVI-ban előállított készítményeket vizsgáltuk (márpedig az OHVI műanyag zsákokba veszi a vért). Ez azért lényeges, mert — mint az a közlemény utolsó bekezdésében megemlítettük — az üvegpalackos és műanyagzsákos vérvételi és feldolgozási rendszer a vérkészítmények glukóztartalmát illetően is némileg eltérő termékeket eredményezhet (beleértve ebbe a „teljes vért” is). Ennek alapvető oka az, hogy az üvegpalackok kalibrációja nem megbízható, márpedig a vérvételkor (jobb híján) ez jelenti a levett vér volumene szempontjából

a támpontot. Ennek megfelelően az üvegpalackos vérvételek mennyiségi szórása igen jelentős és a donorvér mennyiségének növekedése a készítmény glukózkoncentrációját csökkenti. A műanyagzsákos vérvételkor sem lehet igen pontos értékeket betartani (a vérvételi rázómérlegek használatának is vannak bizonyos törvényszerű következményei).

A „számítható” glukózkoncentráció megjelölés alkalmazásával azt az úgymond „elméleti értéket” kívántuk jelezni, ami a táblázatban feltüntetett *mért* értékeknek egyébként tényleg az átlagértékével megegyezik. Saját méréseinkben 21–39 mmol/l glukózkoncentrációkat határoztunk meg a friss teljes vérben (a szórás tehát rendkívül nagy!).

Mindentől függetlenül azonban, mint azt a közleményben a 2696. oldal utolsó bekezdésében leírtuk, a tárolási idő alatt a glukóztartalom csökken. A csökkenés mértékét jelentősen befolyásolja a tárolási hőmérséklet. A levélből nem derül ki, hogy a vizsgált „vérkonzervek” a vizsgálat napjáig pontosan milyen hőmérsékleten

voltak tárolva. Szokványos háztartási hűtőszekrény ugyanis ilyen tárolásra semmiképpen nem alkalmas, mert bennük a $+4 \pm 2$ °C nem biztosítható, az ajtónyitogatás okozta időszakos felmelegedések következményei ellenőrizhetetlenek. 1 hét tárolás alatt 5–10 mmol/l glukózsztint csökkenés bekövetkezése valószínűsíthető.

A fentiek alapján tehát az összegezhető, hogy a vérvétel után 1 héttel a teljes vérben meghatározott 8–21 mmol/l glukózértékek igen reálisak, különösen, ha a „vérkonzerv” 400 ml-nél nagyobb térfogatú donorvérből származott és az 1 hét tárolás alatt a tárolási hőmérséklet is eltért a $+4 \pm 2$ °C-tól (ennél akár csak 1–2 °C-kal volt magasabb).

A klinikai felhasználáshoz tehát a vérkészítmény-előállító csak közelítő támpontot tud nyújtani. A felhasznált vérkészítmény aktuális glukóztartalmát azonban olyan sok tényező határozza meg és olyan nagy a szórás, hogy ha a pontos értékek ismerete ténylegesen fontos, akkor mindenképpen aktuálisan kell a glukóztartalom meghatározását elvégezni.

Rácz Zoltán dr.

KLION kenőcs

T 100 — Antiinfectiosa topica

TARTALOM:

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

HATÁS:

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

JAVALLAT:

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

ALKALMAZÁS:

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

KOMBINÁLT KEZELÉS:

A Klion kenőcs alkalmazásával egyidejűleg szisztémás keringésjavító készítmények adása javasolt.

ELLENJAVALLAT:

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

MELLÉKHATÁS:

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

FIGYELMEZTETÉS:

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

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST



RHINAAXIA®

orrspray

Antiallergicum

(ATC kód: R 01 AC 02 *)

HATÓANYAG

780 mg magnesium acetyl-aspartyl-glutamicum 13 ml benzalkónium-klorid konzerválószerrel tartalmazó vizes oldatban, hajtógáz nélkül.

HATÁS

A komplement-kaszád aktiválása a legtöbb allergiás reakció hatásmechanizmusának része. Az N-acetil-aszpartil-glutamát, amely kis mennyiségben a központi idegrendszerben is kimutatható, ezt a láncreakciót függeszti fel azáltal, hogy gátolja a C3 komplement komponens hasadását, ezen keresztül a C3a és C5a anaphylatoxinok képződését. (A két fragmens hatására a hízósejtek degranulatioja fokozódik, és így az allergiás reakció klinikai tünetei erősödnek.) A komplement rendszerre gyakorolt hatás mellett az N-acetil-aszpartil-glutamát közvetlenül is erősen gátolja az orrüregi nyálkahártyában található szenzibilizált mastocyták degranulatioját, a preformált és az újonnan szintetizált anaphylaxiás mediátorok felszabadulását.

A készítmény megszünteti vagy enyhíti az orr eldugulását, a tüsszögési rohamokat, orrfolyást és esetenként az orrtünetekhez gyakran csatlakozó szemtüneteket (viszketés, könnyezés).

FARMAKOKINETIKA

Állatkísérletes adatok szerint a hatóanyag az ornyálkahártyáról jól felszívódik. Az alkalmazás után 1-2 órával kialakul a maximális plazmakoncentráció, majd lassan, folyamatos abszorpciós-eliminációs folyamattal eliminálódik.

Bikompartmentális megoszlása miatt eliminációs félideje 2, illetve 5 óra.

Metabolizációja során több, mint 50%-a széndioxid formájában a tüdőn keresztül ürül ki.

JAVALLATOK

Perenniális és szezonális allergiás rhinitis (pollinosis).

ELLENJAVALLATOK

A terhesség első trimeszterében csak gondos orvosi mérlegelés alapján alkalmazható.

ADAGOLÁS

Naponta 4-szer 2-2 befúvás mindkét orrlyukba.

Magas allergén koncentráció esetén az adag napi 6-szori alkalmazásig emelhető.

Az orrspray mechanikus adagolópumpája egyszeri lenyomással 0,07 ml oldatot (4,2 mg hatóanyag) permetez az orrlyukba.

ALKALMAZÁS

Az orr alapos kitűrését követően a flakon csőrét az orrlyukba kell helyezni. Egyidejű orron keresztüli belégzés mellett a szórófej lenyomásával a készítmény az előírt, ill. megállapított mennyiségben adagolandó.

Minden flakon első használatba vételekor a szórófejet néhányszor le kell nyomni, míg az oldatból egységes permet nem keletkezik. A további alkalmazásoknál erre a műveletre nincs szükség.

Használat után a védősapkát a flakonra minden alkalommal vissza kell helyezni.

MELLÉKHATÁSOK

Pitkán enyhe, átmeneti viszketés és/vagy égő érzés az orrban, az alkalmazás helyén.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Jelenleg nem ismeretesek. (Ilyen irányú célzott vizsgálatok nem történtek.)

FIGYELMEZTETÉS

Mivel a gyógyszer hatása csak néhány napi használat után válik teljessé, célszerű alkalmazásának megkezdésével megelőzni a tüneteket kiváltó allergén (pl. virágpor) várható megjelenését.

A készítmény szobahőmérsékleten tartandó.

A megkezdett orrspray a felbontástól számított 30 napon belül használható csak fel.

A gyógyszert gyermekek elől gondosan el kell zárni.

LEJÁRATI IDŐ: 3 év

MEGJEGYZÉS: ✕

A készítmény felvételre került a

- 4/1991. (IV.17.) NM rendelettel módosított 19/1988. (XII.26.) SZEM rendelet 5. paragrafusához csatlakozó 1. számú mellékletbe, valamint az

- 5/1991. (IV.17.) NM rendelettel módosított 21/1988. (XII.26.) SZEM rendelet 3. számú mellékletének B/6. csoportjába.

Ezek alapján:

- "Csak vényre adható ki", valamint

- "Térítésmentesen rendel asthma bronchialeban és allergiás rhinitisben szenvedő betegnek a tüdőbeteg gondozó, a belgyógyászati, a fül-orr-gégészeti, az allergológiai, a gyermekgyógyászati szakrendelés (szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály) területileg illetékes szakorvosa vagy javaslata alapján a kezelőorvos (körzeti orvos, üzemi orvos, üzemi körzeti orvos, körzeti gyermekgyógyász) a gyógyszert."

CSOMAGOLÁS: 13 ml oldat.

Fogyasztói ár: 694,- Ft.

Társadalombiztosítási támogatás: 80%

ELŐÁLLÍTÓ: LECLERC & CO. Schaffhausen/Svájc

OGYI eng.sz.: 4323/40/90

FORGALOMBA HOZZA: PHARMAFONTANA BUDAPEST



LECLERC & CO. SCHAFFHAUSEN / SVÁJC

További információs anyag beszerezhető:

LECLERC & CO. Információs Iroda

1011 Budapest, Gyorskocsi u. 12. II. 3. Telefon/fax: 156-8897

HÍREK

A MAGYAR GASTROENTEROLOGIAI TÁRSASÁG

GYERMEK-GASTROENTEROLOGIAI SZEKCIÓJA

1991. október 25-én, délután 16 óra 30' és október 26-án 9 órától 17 óráig tartja VIII. Tudományos Ülését Budapesten, a PÉTERFY SÁNDOR UTCAI KÓRHÁZ nagy tanácstermében.

A szekcióülés témái:

1. Táplálkozás szerepe a gyermek-gastroenterológiában
2. Eszközös beavatkozások a gyermek-gastroenterológiában
3. Szabadon választott előadások.

Oktober 25-én, 20 órakor a Grand Hotel Hungária dísztermében fogadás.

A meghívókat a helyszínen adjuk át.

Oktober 25-én 4 fő részére jutányos áron szállást biztosítunk.

Dr. Korányi György Miklós
a Gyermekgastroenterológiai Szekció elnöke

Szülészek, Nőgyógyászok, Gyermekorvosok, Ortopéd szakorvosok, Pszichológusok és Szexológusok figyelmébe ajánljuk:

A KISMAMA MAGAZIN olvasói rendelkezésére kívánja bocsátani — a lapban — azon szakorvosok névjegyzékét, akik a mamák és babák egészségügyi problémáiban komoly segítséget adhatnak.

A KISMAMA MAGAZIN negyedévenként jelenik meg, 64 színes oldalon. Olvasottsága elérte a 120—140 ezret. A név, cím, telefon és szakirányú praxis közlési díja: 5000 Ft/megjelenés, amely az általunk küldött csekkel egyenlíthető ki.

Kérjük jelentkezését az alábbi címre eljuttatni:

KISMAMA MAGAZIN Szerkesztősége
1137 Budapest, Szent István park 2. I. em. 1.
(Érdeklődni lehet: 129-4128 telefonon
9—14 óráig.)

A KISMAMA MAGAZIN előfizethető:
HELIR Bp., 1900

Előfizetési díj egy évre: 472 Ft.

A klinikai farmakológiai egységek, illetve tanszéki csoportok fejlesztését célzó Nép-jóléti Minisztérium pályázati felhívásához csatlakozott a 9/1988. (VIII. 5.) számú SZEM rendelet alapján az Országos Gyógyszerészeti Intézet (Orvosi Hetilap 1991. július 7-i 27. száma).

Felajánlásában 17 mFt-tal megemelte a pályázatra rendelkezésre álló 35 mFt-ot. Az összeg forrását képezi az új gyógyszer, illetve vizsgálati készítménnyel folytatott klinikai vizsgálatokért fizetendő díj.

Felhívás a MOTESZ tagtársaságai/egyesületei részére!

Szövetségünk 1991. évben is MOTESZ-díjban kívánja részesíteni kiemelkedő munkát végző társadalmi aktivistáit, akik tevékenységükkel jelentősen hozzájárultak a Szövetség fejlődéséhez, illetve működéséhez. A díjat az a társadalmi munkát végző MOTESZ-tag kaphatja, aki a *tagegyesületek közötti együttműködés, a Szövetség egészének formálása és fejlődése érdekében* több éven keresztül kiemelkedő munkát végzett.

A MOTESZ-díj alapító okirata szerint az elismerésben az a büntetlen előéletű magyar állampolgár részesíthető, aki legalább 5 éve tagja a MOTESZ valamely egyesületének.

A MOTESZ-díj oklevélből, plakettből és 50 000,— Ft (bruttó) pénzjutalomból áll.

A díjazásban való részesítésre javaslatot tehetnek

— a MOTESZ tagtársaságok, illetve tag-egyesületek,

— a MOTESZ elnökségének tagjai, testületileg vagy személyükben.

A javaslatoknak tartalmazniuk kell:

— A díjazásra javasolt személy élet-rajzát.

— A MOTESZ érdekében kifejtett tevékenysége ismertetését.

— Egyéb szakmai, tudományos és közéleti tevékenységét.

A Szövetség Hivatalához címzett személyi javaslatok beküldésének (nyári szabadságok miatt meghosszabbított) határideje 1991. augusztus 20.

A díj átnyújtására ünnepélyes keretek között az 1991. december hónapra tervezett Szövetségi Tanács ülésén kerül sor.

Meghívó

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság Endoszkópos Szekcióülésére, melyet 1991. szeptember 20-án és 21-én rendezünk Szolnokon.

A tudományos ülés fő témái:

1. Egységesített kódrendszer alapján működő számítógépes gasztroenterológiai programok.

2. Az operatív endoszkópos beavatkozások kritikája (szklerotizáció, laparoszkópos műtéti technika stb.).

3. Varia. Gyógyszer- és műszerbemutató. Mindkét témában kerekasztal-megbeszélést és csatlakozó előadásokat szervezünk. Az előadások időtartama: 10 perc.

A szervezési feladatokat az Audiológiai Gmk. látja el.

A részvételi szándékot a rövid összefoglalóval 1991. augusztus 15-ig kérjük beküldeni: Dr. Sulyok László főorvos részére 5004 Szolnok, Postafiók 2.

Szállást és étkezést tudunk biztosítani, melynek együttes díja várhatóan 1500,— Ft, mely a helyszínen fizetendő.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

Az Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Főosztály vezetője (1361 Budapest V., Nagysándor József u. 4. Pf. 15.) pályázatot hirdet a Nagyfai Börtön és Fogházban 1 fő belgyógyász és 1 fő elmegyógyász beosztott orvosi álláshely betöltésére.

Elsősorban szakorvosok jelentkezését várjuk, de szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Egyéb feltétel: erkölcsi bizonyítvány.

Illetmény a szolgálati idő függvényében.

Szolgálati lakás Nagyfán rendelkezésre áll.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Főosztályára kell benyújtani a *közvetéltől*

számított 30 napon belül. Személyes informálódás a 13-14-514-es telefonon lehetséges.

Dr. Tóth Kovács János
főosztályvezető bv. o. ezds.

A Bv. Központi Kórház (2316 Tököl, Ráckevei út 6.) pályázatot hirdet a következő munkakörök betöltésére:

— 1 fő belgyógyász szakorvos

— 1 fő laboratóriumi szakorvos vagy orvostyakovnoki állás pályakezdőknek.

Bérezés megegyezés szerint, + 13. havi juttatás.

Albérleti hozzájárulást, valamint utazási kedvezményt biztosítunk. BM. szoc. intézmények igénybevételeknek lehetséges fennáll.

Városi Kórház-Rendelőintézet — 8060 Mór, Beregi N. u. 21. sz. — orvos-igazgatója pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett *Csecsemő- és Gyermeosztály — osztályvezető főorvosi állásra.*

Az állás 1991. szeptember 1-jével elfoglalható.

Pályázati feltételek: Szk. 10 éves szakmai gyakorlat. Szolgálati lakás biztosítva.

Dr. Pataki László
orvos-igazgató

Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézet Kalocsa orvos igazgatója pályázatot hirdet: a *Patológiai Osztályra szakorvosi állásra* (későbbiekben főorvosi kinevezés lehetséges).

Pályázati feltételek: a munkakör betöltéséhez szükséges szakorvosi képesítés és többéves szakmai gyakorlat. Pályázathoz csatolni kell a 7/1987. (VI. 30.) EüM számú rendeletben meghatározott okmányokat.

A pályázatokat a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül kell az orvos igazgatóhoz benyújtani (6300 Kalocsa, Kossuth L. u. 34–36.).

Dr. Réfy Miklós
orvos igazgató

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (Budapest, X., Kozma u. 13. Pf. 22. 1475) főigazgató főorvosa megüresedett álláshelyre felvesz *pszichológust*.

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

Fizetés: havi 22–32 ezer Ft között, évente egyszeri juttatásként 13. havi fizetés, korpótlék, ingyenes BKV-bérlés.

Szükség esetén albérleti 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 1-276-849/244 telefonon a vezető pszichológusnál.

Dr. Csiesay Iván
bv. o. alezredes
főigazgató főorvos

A Kórház-Rendelőintézet (2400 Dunaújváros, Korányi S. u. 4–6.) a *Kórbonctani osztályon 1 fő szakorvosi állást* hirdet, de szakvizsga előtt állók is jelentkezhetnek.

Továbbá a *Traumatólogián 1 fő szakorvosi állást*, sebészet, traumatológia vagy orthopédia szakvizsgával rendelkezők előnyben (közvetlen szakvizsga előtt állók is jelentkezhetnek).

Mindkét esetben az Egészségügyi Szállón garzonlakást biztosítunk. Az állások azonnal elfoglalhatók!

Dr. Dlustus Péter
orvos igazgató

A magyar gyógyszeripar legnagyobb és évek óta eredményesen működő cége,

a RICHTER GEDEON
VEGYÉSZETI GYÁR RT. keres
Orvostudományi főosztályára

klinikai farmakológia kutatásvezetőt, aki szakmai tudásával, meggyőző személyiséggel, jó tárgyalókészséggel, megbízható munkájával, kiváló kooperatív képességével a cég további sikeres munkáját magas színvonalon befolyásolja.

Konkrét feladata lesz:

Részvétel a cég stratégiai céljainak kialakításában, feltételrendszerének kidolgozásában, a célok megvalósításában.

A terápiás hatásterületek megválasztása, prognosztizálása.

A kutatásból származó ígéretes vegyületek originális gyógyszerként történő klinikai kifejlesztése.

A nemzetközi és hazai gyógyszerpiac követelményeinek adaptálása. Javaslattal külföldi licenckel alapján történő gyártások átvételére.

Valamennyi piaci bevezetésre kerülő gyógyszer orvosi tájékoztatás módszerének kidolgozása.

A ideális jelölt:

- legfeljebb 50 éves
- orvosi és szakorvosi képesítése van
- vezetői gyakorlattal és néhány éves klinikai tapasztalattal rendelkezik
- angol (és más) nyelven tárgyalóképes
- kitűnő kapcsolatteremtő
- a vállalati kultúra elfogadására nyitott.

Tevékenységét a cég a közösen megállapított alapteren és nyelvpótlékon felül az eredményességtől függő prémiummal is honorálja. Besorolása Vezető I, főosztályvezetői címmel. Munkáját kitűnő munkatársak segítik, de szükséges (az Ön szakvéleményére alapozottan) további munkatársak kiválasztása is.

A munkatársak feladata:

A gyógyszerkifejlesztés folyamatában, a nemzetközi és hazai követelményeknek megfelelően a gyógyszerkísérleti eljárás megtervezése, előkészítése, irányítása; a klinikai dokumentáció magas színvonalú összeállítása, orvosi propagandamunkában való részvétel; a felhasználók számára közérthető, igényes tájékoztatók összeállítása.

A sikerhez:

- orvosi végzettség, legalább egy szakorvosi képesítés;
- kitűnő nyelvtudás, elsősorban angol, német (francia és orosz)
- gyors gondolkodás, dinamizmus, pár éves gyakorlat, jó fellépés szükséges.

Új munkatársai kiválasztására az Ön felvételével egy időben (esetleg utána) sor kerülhet.

Ha szívesen lenne nemzetközileg is elismert, a hazai gyógyszergyártás reprezentánsaként számon tartott cég munkatársa, mi kitűnő karriert kínálunk Önnek.

Kérjük, hogy jelentkezését — melyet bizalmasan kezelünk — magyar és angol nyelvű önéletrajzzal a cég Személyzeti és Oktatási főosztályára (1103 Budapest, Gyömrői út 19–21.)

a megjelenést követő 15 napon belül megküldeni szíveskedjenek.

Érdeklődni lehet személyesen vagy telefonon előzetesen egyeztetett időpontban Sélley Károly személyzeti és oktatási főosztályvezetőnél (1-273-047).

Szisz Lajos
munkaügyi és szociális
főosztályvezető

Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézet (1121 Budapest, Mártonhegyi u. 6.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő gyermekgyógyász szakorvos részére

a Fejldésneurológiai és Neurohabilitációs Osztályra. A munkakör lehetőséget nyújt csecsemőneurológiai, neurohabilitációs, EEG, agyi ultrahangos, agytörzsi kiváltott potenciális, poligráfiai, pszichofiziológiai, elektroterapeutikai, epileptológiai módszerek elsajátítására, állandó intenzív csecsemő ellátási gyakorlat mellett.

A későbbiekben a gyermekneurológiai szakképzésre is van lehetőség. Kutatómunkában érdekeltek és legalább egy idegen nyelvet tudók előnyben részesülnek.

Dr. Simon György
főigazgató főorvos

Az Országos Sportegészségügyi Intézet (1123 Budapest, Alkotás u. 48.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet

Központi Anaesthesiológiai Szolgálat és Postoperatív Részlegén megüresedett

1 fő anaesthesiológiai és intenzív terápiás szakorvosi ellátásra

Az állásra pályázhatnak közvetlenül szakvizsga előtt állók is.

Az állás azonnal betölthető.

Dr. Jákó Péter
főigazgató főorvos

Vác Városi Önkormányzat Egészségügyi Alapellátása (Vác, Csányi krt. 47. 2600) ügyvezető-főorvosa pályázatot hirdet:

— 1 fő ifjúsági orvosi állásra.

Az állás 1991. szeptember 1-jétől tölthető be.

Bérezés megegyezés szerint, lakást biztosítani nem tudunk.

A pályázat benyújtásának határideje: 1991. augusztus 15.

Dr. Füredi Gyula
ügyvezető-főorvos

EBRIMYCIN®

gél

EREDETI MAGYAR SZÉLES SPEKTRUMÚ LOKÁLIS ANTIBIOTIKUM

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

JAVALLATOK: Traumás eredetű friss, felszínes sérülések, égések, roncsolások bakteriális fertőződésének megelőzésére, primycinérzékeny mikroorganizmusok által fertőzött sérülések, roncsolások, műtéti sebek, trophikus fekélyek (pl. ulcus cruris, decubitus), nekrotikus alapú nyílt gennyedések (pl. gangraena fistula, krónikus osteomyelitis, abscessus), felszínes és mély gennyedések (pl. folliculitis, acne vulgaris, impetigo contagiosa, ecthyma, turunculus, carbunculus, panaritium) helyi kezelése.

ELLENJAVALLAT: Lidocain iránti túlérzékenység.

ALKALMAZÁS: Helyi; a gél a sérült, égett, roncsolt, fekélyes felszínre közvetlenül, vékony rétegben — nyílt kezelés — vagy steril gézlapra téve, zárt kötés formájában, napi 1—3 alkalommal kell felvinni. A felületről a gél steril vizes oldattal lemosható.

MELLÉKHATÁSOK: Az alkalmazást követően múló, helyi égő, csipő 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 

NITROMINT®

2,6 mg retard tabletta

H—300 koszorúér-tágító

HATÓANYAG:

2,6 mg nitroglycerinum tablettánként.

JAVALLATOK:

Effort és vasospastikus anginában megelőzés és kezelés céljából, digitális- és diuretikusszívélgtelenségben a kezelés kiegészítésére. Akut angina pectoris roham kezelésére nem alkalmas.

ELLENJAVALLATOK:

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

ADAGOLÁS:

Egyéni beállítást igényel, a beteg nitroglicerinerzékenységtől, a betegség súlyosságától, a mellékhatások jelentkezésétől függően. A tablettákat egészben kell lenyelni. Adagja általában naponta 2-szer 1 tablettát étkezés előtt (reggel és délben). Az adag szükség esetén fokozatosan napi 2-szer 2 tablettára, ill. 2-szer 3 tablettára emelhető. Szívélgtelenségben 1—2 hetes szedés után néhány napos szünetet kell tartani.

MELLÉKHATÁSOK:

Fejfájás, szédülés, gyengeségérzés, enyhe gasztrointesztinális tünetek, ezek az adag csökkentésére elmúlnak, a kezelés megszakítását általában nem teszik szükségessé. Folyamatos (reggel-délben-este) szedése célszerűtlen a nitráttolerancia kialakulása miatt.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

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

— Diureticummal együtt tartósan szedve hypovolæmiát okozhat.

FIGYELMEZTETÉS:

Alkalmazásának ideje alatt alkohol nem fogyasztható!

MEGJEGYZÉS:

✚✚ Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS:

60 tablettá.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST

Orvosi Hetilap

48 Ft

1991. augusztus 11.

132. évfolyam — 32. szám

Az alkalikus foszfatáz izoenzimek diagnosztikai jelentősége Nemesánszky Elemér dr., Tasnádi Kriszta dr., Juhász Péter dr.	1739
EREDETI KÖZLEMÉNYEK	
Acetát és bikarbonát hemodialízis összehasonlító vizsgálata krónikus urémiás gyermekekben Dobos Éva dr., Túri Sándor dr., Sztriha László dr.	1749
KLINIKAI TANULMÁNYOK	
Transabdominális chorion-aspiráció a terhesség második trimeszterében Hajdú Krisztina dr., Intődy Zsolt dr., Tóth András dr., Rajczy Klára, László János dr.	1757
ÚJABB THERÁPIÁS ELJÁRÁSOK	
Az analis fissurák ambuláns kryotherápiája Krasznay Péter dr.	1761
KAZUISZTIKA	
A bőrcső carcinoma — az antethoracalis nyelőcső pótlás késői szövődménye Bajusz Huba dr., Borbély László dr., Horváth Örs Péter dr.	1763
HORUS	
Széchenyi és Kossuth a színes halálról — 150 éve jelent meg „A Kelet népe” Kiss László dr.	1767
Gruby Dávid életműve és helye a dermatológiában Rácz István dr.	1769
FOLYÓIRATREFERÁTUMOK	1771
BESZÁMOLÓK	1787
A NÉPJÓLÉTI MINISZTERIUM TÁJÉKOZTATÓJA	1787
HÍREK	1791
PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK	1791



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány



JUMEX[®]

tabletta

ANTIPARKINSONICUM

HATÓANYAG: 5 mg selegilinum hydrochloricum tabliként.

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

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

ADAGOLÁS: Szokásos kezdő adagja napi 1–2 tabl. (5–10 mg), reggel, esetleg reggeli-esti elosztásban. Néhány hét múlva a kezdő adag a felére csökkenthető. *Kombinált kezelés.* A korábbi levodopa adag esetenként csökkenthető, az egyéb antiparkinsonos szerek (paraszimpatolitikumok, amantadin stb.) alkalmazását rendszerint nem befolyásolja.

MELLÉKHATÁSOK: Nyugtalanság, álmatlanság, hallucinációk, téveseszmék, hyperkinesis, továbbá gyomorbél panaszok, melyek a levodopa mennyiség csökkentésével mérsékelhetők, ill. megszüntethetők.

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

MEGJEGYZÉS: **Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Parkinson-kór és szindrómában szenvedő betegnek a kezelőorvos – körzeti-, üzemi orvos, az ideg-elme szakrendelés (gondozó) szakorvosa – térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS.: 50 tabl.



CHINOIN BUDAPEST

Hungarian Medical Journal

August 11, 1991. Volume 132. No. 32.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Diagnostic value of alkaline-phosphatase isoenzymes
Nemesánszky, E., Tasnádi, K., Juhász, P. 1739

ORIGINAL ARTICLES

Comparative study of acetate and bicarbonate hemodialysis in chronic uremic children
Dobos, É., Túri, S., Sztrihá, L. 1749

CLINICAL STUDIES

Transabdominal chorionic villi sampling in the second trimester of pregnancy
Hajdu, K., Intódy, Zs., Tóth, A., Rajczy, K., László J. 1757

NEW THERAPEUTIC METHODS

Outpatient cryosurgery of anal fissures
Krasznay, P. 1761

CASE REPORTS

Cancer of the skin-tube as late complication of the antethoracal esophagus substitution
Bajusz, H., Borbély, L., Horváth, Ö. P. 1763

HORUS

S. Széchenyi and L. Kossuth about the apparent death
Kiss, L. 1767

David Gruby's life-work and his place in the dermatology
Rácz, I. 1768

FROM THE LITERATURE 1771

CONGRESS REPORTS 1787

NEWS OF THE MINISTRY OF WELFARE 1789

NEWS 1791

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,
tel.: 1128-860) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámmal.
Előfizetési díj egy évre 2640,— Ft, félévre 1230,— Ft, negyedévre 615,— Ft,
1 hónapra 205,— Ft, egyes szám ára 48,— Ft

Orvosi Hetilap

132. évfolyam 32. szám — 1991. augusztus 11.

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította — Established by

MARKUSOVSKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

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.

Szerkesztők — Editors

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.

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

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).

Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII.,
Wesselényi u. 28. 1075 Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410.
Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973
A kiadásért felel: Prof. Dr. Árky István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7.,
Pf. 142. 1410 Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973
Készült: Széchenyi Nyomda, Győr 91.16358.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

TRI-REGOL

tabletta

Trifázisos orális kontraceptivum

Összetétel:

Sárga színű tablettá:

0,05 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

Barack színű tablettá:

0,075 mg levonorgestrelum és 0,04 mg aethinyloestradiolum

Fehér színű tablettá:

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**



Az alkalikus foszfatáz izoenzimek diagnosztikai jelentősége

Nemesánszky Elemér dr., Tasnádi Kriszta dr. és Juhász Péter dr.

Országos Rheumatológiai és Fizioterápiás Intézet Budapest, II. Belgyógyászati Osztály (osztályvezető: Nemesánszky Elemér dr.)
és Központi Laboratórium (osztályvezető: Juhász Péter dr.)

A diagnosztikus célból vizsgált enzimek közül az alkalikus foszfatáz (AP) az egyik legrégebben ismert és leggyakrabban alkalmazott laboratóriumi vizsgálat. Aktivitásának fokozódása a szérumban a máj- és epebetegségeken kívül különböző csontfolyamatokban, endokrin kórképekben, vesebetegségeken és malignus tumorokban alakulhat ki. Differenciáldiagnosztikai szempontból gyakorlati fontosságú információk nyerhetők a szérumban AP-izoenzimeinek tanulmányozásából. Klinikai-kémiai laboratóriumok számára a különböző membránokon, illetve géleken elektroforézissel történő szeparálási módszerek felelnek meg. Az élettani konstellációtól jól elkülöníthetők az egyes betegségekre jellemző képek. Az AP-izoenzimek különösen a cholestasisok, a csontfolyamatok és a malignus tumorok felismeréséhez nyújtanak segítséget.

Kulcsszavak: alkalikus foszfatáz, izoenzimek, diagnosztikus jelentőség, klinikai értékelés

Az AP minden emlős élőlény szervezetében viszonylag nagy mennyiségben megtalálható enzim, melynek sejttel-tani szerepe azonban egyelőre tisztázatlan. Nem ismeretes az enzim természetes szubsztrátuma sem. Aktivitása számos szintetikus foszfátészter szubsztrátummal viszonylag egyszerű laboratóriumi eljárással mérhető, így módon az enzim természetét, illetve fiziko-kémiai sajátosságát részletesen meg lehetett ismerni, beleértve az elsődleges szerkezetet, az aktív centrum felépítését, az enzim izoenzimeit, illetve izomorfait is.

Az AP biokémiája

Az AP az emlős szervezet sejtjeinek plazmamembránján megtalálható glikoprotein (1, 17, 21, 22), mely a membránhoz homotetramer formában, foszfatidil-inozitol „horgonnyal” rögzül (31). Detergens hatására az enzim a membránból kioldódik és a keringésben enzimatikusan aktív dimer és tetramer keverékként mutatható ki (17, 22). Elsősorban az intenzív transzportfolyamatokat végző sejtek felszíni membránjainak van nagy AP aktivitása (21, 35). A különböző szövetekben, illetve a szérumban található AP megfelelő laboratóriumi módszerekkel több frakcióra bontható. Részben genetikailag determinált izoenzimekről

Diagnostic value of alkaline-phosphatase isoenzymes. Among the serum enzymes used for diagnostic purposes the alkaline phosphatase (AP) is one of the oldest and the most frequently applied laboratory tests. Increased activity found in the serum is a consequence of certain hepato-biliary disorders, different bone diseases, endocrine syndromes, kidney illnesses and malignant tumors as well. From the study of the pattern of the isoenzymes of the serum-AP information of practical importance may be gained by which many differential-diagnostic problems can be solved. For the clinical-chemical laboratories methods that use electrophoretic separation on different membranes or gels are recommended. Patterns characteristic for different diseases may well be differentiated from normal constellation. AP-isoenzymes help to reveal cholestases at early stages, some disorders of bone metabolism and malignant processes as well.

Key words: alkaline-phosphatase, isoenzymes, diagnostic value, clinical importance

van szó (a különböző AP gének termékei), részben azonos izoenzimek különböző izomorfáiról (eltérő poszttranszlációs érési formákról) (21). A klinikai gyakorlatban — az egyszerűség kedvéért — a különböző frakciókat „izoenzimeknek” nevezhetjük, mivel a gyakorlatban nem enzim szerkezeti vizsgálatokról, hanem enzimintázatok diagnosztikai felhasználásáról van szó.

Az emberi szervezetben általában a következő négy AP gén terméke fordulnak elő (21, 23, 24, 29, 33, 35, 37):

1. Szöveti *specifikus* AP gén produktumai a máj-, a csont- és a vese AP izoenzimek. Ezek minden emberi sejt felszínén megtalálhatók, az említett szervekben azonban nagyobb mennyiségben mutathatók ki. Az *specifikus* AP aktivitása különösen az alábbi struktúrákban dominál:

- a) a máj parenchyma sejtek sinusoidális és canaliculáris membránja,
- b) a vese proximális és distális tubulusainak kefésegye,
- c) a csont osteoblastjainak felszíne.

Ezen kívül jelentős mennyiségben található még szöveti *specifikus* AP a neutrofil granulocytákban, az ér endo-

thelben és a tejmirigyek ductusainak és acinusainak hámsajtjeiben (3).

2. Az *intestinális AP* génje felelős a bél eredetű AP izoenzim termeléséért, amely főleg a bél mucosában és a hámsajtek microvillusaiban található. Kimutatható még a vesében is a proximális tubulusok S-3 szegmentumának tubuloepitheliális sejtjeiben is (53).

3. A *placentális AP* főleg a placenta syncytiotrophoblastjainak felszínén található, és a vérben a terhesség 12. hetétől figyelhető meg egyre növekvő mennyiségben (21, 35, 41). Mivel ez a gén bizonyos malignus tumorokban aktiválódhat, a placentális izoenzim a graviditástól függetlenül is megjelenhet a vérsavóban (2, 9, 13, 20, 24, 46, 50).

4. Az ún. *placentál-like AP* aminosavsorrendjében alig különbözik a placentális izoenzimtől. Normálisan nagyon kis mennyiségben található a herében, thymusban, tüdőben és a cervixben (21, 23, 33). A placentális izoenzimhez hasonlóan különböző tumorok is termelhetik (főleg bronchus és ovarium daganatok) (55).

5. A *főtális intestinális* gén létezése egyelőre még kérdéses, számos adat szól azonban amellett, hogy ez az izoenzim nem csupán szialsav tartalmában különbözik a felnőtt intestinális enzimtől, hanem aminosav szekvenciájában is — tehát „valódi” izoenzim (21).

Az AP aktivitás laboratóriumi meghatározása

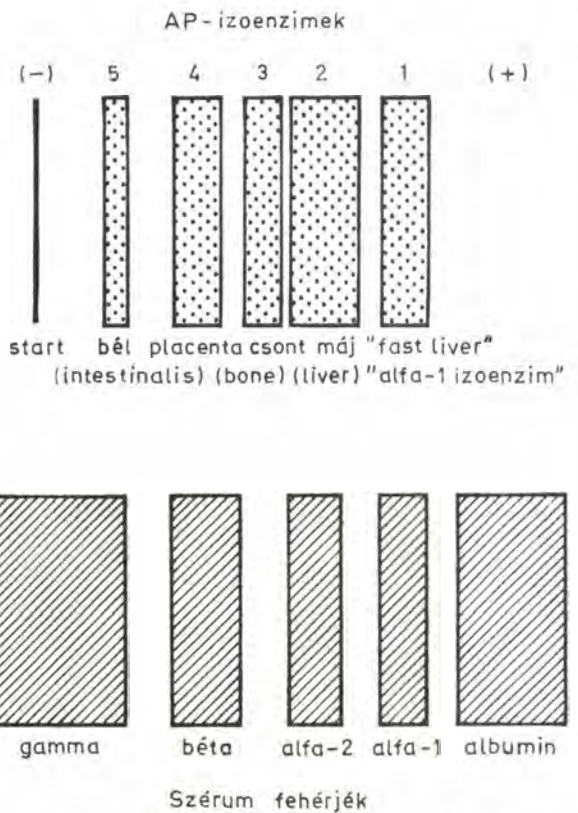
Az AP aktivitásának mérése hosszú múltra tekint vissza és számos vizsgálati módszer került közlésre. A jelenleg legelterjedtebb módszer a *Bowers és McComb*-féle eljárás (36), melynek során az AP foszfortranszferáz aktivitását mérjük erősen alkalikus közegben (pH 10 körül). Szubsztrátként aromás foszfátot (4-nitrofenilfoszfátot) használunk, melyről az enzim Mg-ion jelenlétében hidrolizálja a foszfátcsoportot és az így keletkező 4-nitrofenoxid alkalikus pH-n sárga kinoidális formába rendeződik át. Ez a folyamat fotometriás módszerekkel jól követhető. A reakció foszfoakceptor közegben, mint diatanolamin (DEA) vagy amino-metil-propanol (AMP) pufferben játszódik le nagy aktivitással. Az AP laboratóriumi meghatározása tehát tulajdonképpen afiziológias körülmények között, magas pH-n és szintetikus szubsztrátok felhasználásával történik.

Az AP izoenzimeinek elválasztása

Az izoenzimek, illetve izomorfok elkülönítésének diagnosztikai laboratóriumokban legelterjedtebben használt alpmódszere az elektroforézis. Hordozóként a cellulóz acetát membrán, vagy az agarózgél, finomabb elválasztáshoz inkább a poliakrilamidgél ajánlott. Az elektroforézist a szokásos pH 8,6-os pufferben végezve a frakciók sorrendje az anódtól a katód felé haladva a következő: máj, csont, placenta, bél eredetű izoenzim.

Egészséges, nem terhes felnőtt szérumának elektroforézise során a máj eredetű izoenzim dominál, mellette általában kisebb aktivitású csont és bél izoenzim szeparálódik (36, 38, 41).

Az AP különböző izoenzimeit, illetve azok elektroforetikus mobilitása (a szérum fehérjékhez viszonyítva) az *I. ábrán* látható.



1. ábra: Az AP izoenzimek elkülönülése, illetve a szérum fehérjékhez viszonyított elektroforetikus mobilitásuk cellulózacetát membránon

Az elektroforézissel történő szeparálás egyik nagy problémája, hogy a differenciáldiagnosztikailag jelentős máj és csont frakciók — különösen alacsony aktivitások esetén — nem határolódnak el egymástól egyértelműen. Az alábbi kiegészítő módszerekkel lehet az AP-izoenzim-vizsgálatok differenciáldiagnosztikai értékét fokozni (*I. táblázat*):

1. A legegyszerűbb eljárás az ún. *hőinaktiválás*, melynek alapja, hogy a csont izoenzim hőérzékenyebb a májfrakciónál. Ha a vizsgált mintát 65 °C-on 10 percig inkubáljuk, akkor a csontfrakció jelentősen inaktiválódik, a máj eredetű izoenzim viszont csaknem változatlan marad. A malignus tumorok által termelt AP nem hőstabil.

2. Az *urea inaktiválás* során is a csontfrakció érzékenyebben reagál a karbamid okozta denaturációra, mint a máj eredetű frakció. Ilyenkor általában 3 M/l urea oldatban 37 °C-on, 18 percig inkubálják a vizsgált mintát.

3. A *neuraminidáz kezeléssel* elsősorban a csont eredetű izoenzim terminális szialsav maradékokat hasíthatók le. Ezáltal elektroforetikus mobilitása erősebben csökken, mint a májfrakcióé, tehát a két különböző eredetű izoenzim egymástól távolabbra kerül és aktivitásuk így jobban megítélhető.

4. A *búzacsíra-lectin* jelenlétében történő elektroforézis alapja, hogy a csont AP-hez erősebben kötődik a lektin, mint a májfrakcióhoz, így a csont eredetű izoenzim elektroforetikus mobilitása csökken, szeparációja, illetve aktivitásának mérése lehetősége ezáltal javul. A lektin-affinitás elvén alapuló a Boehringer-cég által kifejlesztett készlet a csont-AP automatával történő mérését is lehetővé teszi.

5. Az izoenzimek különböző *aminosavakkal* (fenilalanin, homoarginin, leucin) történő *eltérő gátolhatósága* is felhasználható az egyes frakciók jobb vizsgálata érdekében.

1. táblázat: Az egyes AP izoenzimek eltérő fizikai-kémiai tulajdonsága, illetve aktivitásuk gátolhatósága

AP izoenzimek	Máj	Csont	Placenta	Intestinális	Placenta-like
Hőstabilitás	hőérzékeny	nagyon hőérzékeny	hőstabil	hőérzékeny	hőstabil
Aminosav-gátlás	L-fenilalanin	gyenge	erős	erős	erős
	L-homoarginin	erős	erős	gyenge	gyenge
	L-leucin	mérsékelt	mérsékelt	gyenge	nagyon gyenge
Urea inaktiváció	erős	nagyon erős	mérsékelt	mérsékelt	

5. A máj-vese, csont eredetű izoenzimek levamisollal is gátolhatók (1 mmol/l), szemben a placenta és bél eredetű izoenzimekkel.

A cholestasissal járó máj-epeúti betegek szérumának cellulóz acetát vagy agaróz elektroforézise során egy járulékos, gyors anodális mozgású, a normális máj eredetű izoenzimet megelőző frakció is szeparálható — ez az ún. *fast liver* vagy *alfa-1 izoenzim* (mivel az alpha-1 globulinnal mutat azonos elektroforetikus mobilitást). Ez egy nagy molekulású és erősen negatív töltésű frakció, mely tulajdonképpen egy lipid-AP-komplex, valószínűleg a máj eredetű izoenzimnek a lipoprotein-X-szel alkotott vegyülete. Molekulásúlya miatt a poliakrilamid és keményítő gélbe nem lép be, tehát ilyen laboratóriumi módszerek alkalmazása esetén ez az AP frakció a felveteli zónában jelenik meg (10, 14, 37, 45, 54).

Egyes szerzők a „fast liver”-nél is gyorsabb anodális mozgású, albuminnal együtt futó, ún. *ultrafast frakció*t is szeparáltak. Klinikai jelentősége vitatott, mivel jelenleg még nem egyértelműen eldöntött, hogy egy kóros izoenzimeről vagy csupán műtermékről van-e szó (30, 43).

Az egyéb elválasztási módszerek vagy rossz felbontásúak (pl. a gélszűrés), vagy csak egyetlen frakció azonosítására alkalmasak (immunprecipitáció). A legújabb HPLC elválasztási technikával kapcsolatosan még kevés tapasztalattal rendelkezünk.

Az AP és AP-izoenzimek élettani variációi

Az AP aktivitása az életkor és a nem függvényében is változik, illetve értéke bizonyos fiziológiai állapotokban megemelkedik (csontnövekedés, terhesség). Az AP, illetve AP izoenzimek fontosabb élettani variációit az alábbiakban foglaljuk össze:

1. A szérum AP aktivitása az élet folyamán két csúcspontot mutat: az egyik röviddel születés után (3 hónapos korban), a másik pubertás során alakul ki. A gyermekkor és serdülőkor folyamán a csont eredetű izoenzim dominanciája figyelhető meg a felnőttkori — elsősorban — hepatikus dominanciával szemben. Idős korban ismét a csontfrakció növekedési tendenciája figyelhető meg (35, 38, 41).

2. Fiatal felnőtt férfiak AP értékei általában magasabbak, mint a nőké, de az életkor előrehaladásával a helyzet megfordul, és a menopauzát követően a nők AP aktivitása általában már magasabb a férfiakénál (3, 41).

3. Terhesség folyamán az anya AP értéke a graviditás idejével arányosan nő. Ezért főleg a placentális izoenzim felelős, mely 5–6 héttel a fogamzás után jelenik meg a szérumban, és a placenta trophoblastjainak érettségével aktivitása arányosan fokozódik. Szülés után az enzim gyorsan eliminálódik a keringésből. Terhesség folyamán a placentális AP-n kívül a csont eredetű izoenzim is kissé felszaporodik az anya vérében (25, 38, 41, 52, 58).

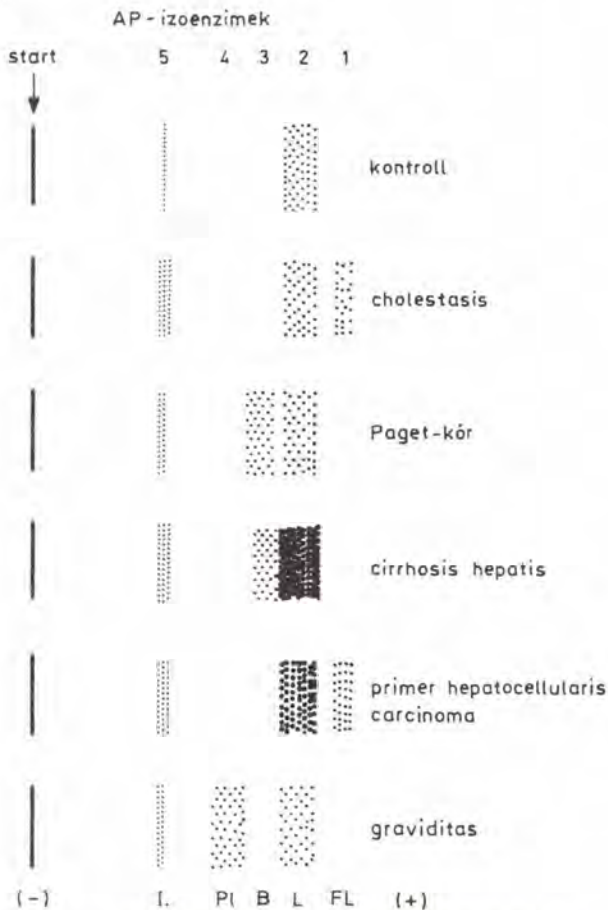
4. Az intestinális frakció az egészséges egyéneknél nem minden esetben mutatható ki. Jelenléte összefüggést mutat a vércsoporttal és a táplálkozással. Zsírdús étkezés, illetve finomított szénhidrátok nagy mennyiségben való fogyasztása után emelkedik a szérum intestinális izoenzim frakciója. Ugyanakkor gyakrabban figyelhető meg a „B”, illetve a „0” vércsoportú és a vércsoport antigéneket szekretáló egészségesekben. Az intestinális izoenzim molekula vércsoport antigén szekvenciát mutat és az „A” vércsoportú vörösvérsejtekhez erősebben kötődik, mint a „B”-hez és így kötött állapotban a májon keresztül gyorsabban eliminálódik. Emiatt az „A” vércsoportú egészségesekben gyakorlatilag sohasem mutatható ki intestinális frakció. Egészséges egyének szérumában a bél izoenzim sohasem haladja meg az összaktivitás 20%-át (3, 4, 26, 41).

Az AP és AP-izoenzimek patológiás körülmények között

A 2. táblázaton és 2. ábrán láthatók összefoglalva azok a kórállapotok, amelyek során leginkább találkozhatunk fokozott szérum AP aktivitással.

2. táblázat: Emelkedett AP aktivitással járó kórképek

MÁJ
Cholestasis
CSONT
Fokozott osteoblast aktivitás
TÜDŐ
Infarktus szervülése
Pulmonalis hypertensio
HASNYÁLMIRIGY
Acut pancreatitis
GYOMOR-BÉL RENDSZER
Nagy peptikus ulcus
Vékony- és vastagbél erosiók vagy ulcerációk
Bél infarctus, perforáció
ROSSZINDULATÚ DAGANATOK
HEREDITER vagy ISMERETLEN ETIOLÓGIA
Hereditær hyperphosphataemia
Transitorikus hyperphosphataemia
Macrophosphataemia



2. ábra: Jellemző AP izoenzim konstellációk különböző kórképekben

Különböző eredetű *infarktuszok* (szív, tüdő, bél) reparatív fázisában az emelkedett szöveti specifikus AP a vascularis endothelből származik, mely az angioblastos proliferáció során szabadul fel (55). *Cardialis dekompenzáció* és *pulmonalis hypertonia* során a következményes májpangás miatt szaporodhat meg a hepatikus AP a keringésben (55). *A krónikus bélbetegségekben* elsősorban az intestinális izoenzim vérszintje emelkedik meg. Ezek a hatások általában nem indukálnak jelentős aktivitásfokozódást. A továbbiakban azokat a kórképeket tárgyaljuk részletesen, amelyek által kialakuló AP emelkedések jelentősebbek és gyakrabban okoznak diagnosztikai, illetve differenciáldiagnosztikai problémákat.

Máj- és epeúti betegségek

A cholestasisal járó obstruktív májbetegségekben az AP összaktivitás jellemzően magas értékre emelkedik, míg a májparenchyma károsodására az enzim szérumszintje nem változik jelentősen. Máj- és epeúti betegségekben a következő AP-izoenzim szaporulata fordul elő: fast liver, hepatikus és intestinális izoenzim (14). Pusztán az AP értékből nem állapítható meg a cholestasis extra-, vagy intrahepatikus volta. Epepangás esetén az AP-n kívül az egyéb membránhoz kötött májenzimek (GGT, LAP, 5-nukleotidáz) is felszaporodnak (3, 8, 10, 14, 15, 21, 35, 38, 45, 55).

Régóta vitatott, hogy cholestasisban az akár több tízszeresére emelkedő hepatikus izoenzim honnan és milyen módon kerül a keringésbe. Tudjuk, hogy biliáris pangás hatására a májsejtekben enzimindukció útján fokozódik az AP szintézise. Enziminduktorok, esetleg maguk az epesavas sók, a cAMP rendszeren keresztül váltják ki a mRNS fokozott transzkripcióját és a fehérje megnövekedett szintézisét. Az enzim de novo újdonszintéziséhez mellett szerepet kap a membránhoz „horgonyzott” AP szolubilizálása is. Feltehetően a pangó epesavas sók detergens hatására az enzim „kioldódik” a plazmamembránból. Az ilyen módon felszaporodó és felszabaduló enzim, az epepangás hatására átterestővé váló „tight-junction”-okon keresztül átszivárog a canaliculusokból a sinusoidba, illetve a hepatociták sinusoidális felszínéről direkt is bejuthat a keringésbe. A vérben az enzimfehérje aktív dimer és tetramer forma keverékeként, membrán fragmentumokkal, lipoproteinnel, illetve immunglobulinokkal alkotott komplex formájában található.

Az előzőekben már említett elektroforetikusan szeparálódó „fast liver” frakció a hepatikus AP lipoprotein-X-szel képzett komplexe. Egészséges ember szérumszintjében nem fordul elő, viszont a cholestasis érzékeny markere (1, 17, 22, 37). Obstruktív májbetegségekben kívül nagy gyakorisággal figyelhető meg primer vagy metasztatizáló májkarcinóma esetén. A „fast liver” frakció megjelenése esetleg már olyan korai stádiumban a máj gócos megbetegedésére hívhatja fel a figyelmet, amikor a szérumszint bilirubin szintje még nem emelkedett és a képződiagnosztikus eljárások sem adnak egyértelműen pozitív adatot (8, 10, 45). Nagy jelentősége lehet ilyen esetekben a későbbi időpontban történő kontrolloknak, esetleg a beteg gondozásba vételének.

Az AP hepatikus eredetű frakciója általában a 3. táblázatban összefoglalt májbetegségekben mutat fokozott aktivitást (57). A primer biliáris cirrhosisban észlelt jelentős hepatikus AP fokozódás (a „fast liver” frakció mellett) a legkorábbi diagnosztikus jel és sok esetben még a bőrviszketés jelentkezését is megelőzi (38). Bármilyen intrahepatikus tényleg vagy infiltráló folyamat (primer vagy metasztatizáló malignóma, sarcoidosis, amyloidosis, tbc-abscessus) nagymérvű hepatikus AP emelkedéssel járhat (57).

A cholecystolithiasis általában nem okoz AP aktivitásnövekedést. Az akut cholecystitis már kissé fokozhatja az enzim aktivitását, különösen ha cholangitis is társul az

3. táblázat: A máj eredetű AP aktivitásának fokozódása különböző kórképek esetén

Jellemző aktivitás fokozódás [$<2 \times N$]
acut vírusos, toxikus, alkoholos hepatitis
alkoholos májcirrhosis
zsírmáj
Jellemző aktivitás fokozódás [$<5 \times N$]
mononucleosis infectiosa
postnecrotikus cirrhosis
Jellemző aktivitás fokozódás [$<10 \times N$]
Intra- és extrahepatikus cholestasis
drog-indukálta cholestasis
choledocholithiasis
pancreasfej tumor
Jellemző aktivitás fokozódás [$5-20 \times N$]
primer biliáris cirrhosis
primer sclerotizáló cholangitis
primer vagy szekunder malignus májtumörök

$N = a$ normál aktivitás felső határa [$\bar{X} + 2SD$].

ephéolyag gyulladásához (3). Súlyos bakteriális infekcióban, szeptikus állapotban a máj érintettsége miatt szaporodik fel gyakran a hepatikus AP (15). Általában előrehaladott stádiumú krónikus májbetegségben a hepatikus frakció mellett az intestinális izoenzim felszaporodása is megfigyelhető. A bél izoenzim keringésből történő eliminációja ugyanis a májsejtek specifikus galaktozil-glikoprotein receptorán keresztül történik. Az intestinális izoenzim terminális szialinsavat nem tartalmaz, így a galaktozil receptorhoz kötődik, és a májsejtbe jut. Ezzel szemben a hepatikus izoenzimet a terminális szialinsavai megvédik a galaktozil receptorhoz való kötődéstől és a májsejtbe történő felvételtől (37). A bél izoenzim szérumban való megszorodása tehát, vagy a bélből való fokozott felszabadulás (bél infarctus, bél perforatio, ulceratív bélbetegségek) vagy csökkent májon keresztüli elimináció (végállapotú krónikus májbetegségek) révén alakul ki (57).

Csont- és endokrin betegségek

A csont eredetű AP az osteoblastok membránján található nagy mennyiségben. Ez az enzim biztosítja a lokális szabad foszfát „ion pool”-t a csontosodáshoz (21). A keringésben felszaporodott csont AP fokozott osteoblast tevékenységet jelez (3, 21, 35). Gyermekek és serdülőkorban, csonttörések gyógyulásakor a vérben kifejezettebbé válik a csont AP aktivitása. Extrém magas értékek figyelhetők meg Paget-kór és primer, illetve szekunder csonttumorok esetén. Kevésbé kifejezett emelkedés jelentkezik primer vagy szekunder hyperparathyreosis, osteomalacia, rachitis, akromegalia, hyperthyreosis és diabetes mellitus esetében (3, 21, 35, 38, 41, 48, 57).

Osteoporosisban, illetve myeloma multiplexben általában normál vagy csak kissé fokozott szérum AP értékek figyelhetők meg (57). Különböző metabolikus csontbetegségekben a csont AP aktivitás mellett (mely az osteoblastok tevékenységét tükrözi), hasznos paraméter lehet a vizelet hidroxiprolin ürítés ismerete, amely a kollagén lebontás terméke és az osteoclast aktivitással arányos (49).

Akromegalia esetén a folyamat kiterjedtségének megítélésében jelenthet segítséget a csont AP meghatározása (19, 20). Az alkalikus csontfoszfát érték (egy máj-csont hányados formájában) ugyanolyan pontossággal tükrözi az akromegalia súlyosságát, mint a jóval költségesebb szomatomedin-C meghatározás (19).

Hyperthyreosis szindrómában szintén fokozott AP aktivitás alakulhat ki, mivel a thyroid hormonok direkt serkentő hatást fejtenek ki az osteoblastokra. Az enzim emelkedés részint a csontfrakcióból származik, részint a máj, sőt esetenként az intestinális izoenzim felszaporodását is leírták. A folyamat pontos pathomechanizmusa még ismeretlen. A beteg euthyreoiddá válása során az enzimértékek normalizálódnak (18, 51).

Az AP nőgyógyászati és prenatalis diagnosztikai vonatkozásai

Régóta ismert, hogy a szérum AP aktivitás a terhesség előrehaladásával szignifikánsan nő. Ez az emelkedés főleg a placentális izoenzim keringésbe jutásából, részint pedig a

csont izomorf megszorodásából adódik. Terhesség során a fokozott Ca mobilizáció mind a csontképzés, mind a csontrezorpció fokozódásához vezet, tehát az AP csontfrakciójának aktivitása is emelkedik a szérumban. A szérum placentális AP aktivitása a főtáplacentális egység funkcióját tükrözi, és különböző kóros állapotokban (pl. preeclampsia) aktivitása a vérben csökken (52, 58). A placentális AP szérum szintjének csökkenése jól korrelál a méhlepény elégtelenség mértékével, így a terhesség lefolyásának monitorozására is alkalmas (7, 25).

Irodalmi adatok arra utalnak, hogy a magzatvíz AP aktivitás és a magzat mucoviscidosis között összefüggés van. A 2. trimesztertől a magzatvíz elsősorban főtáplis intestinális izoenzimet és kisebb mennyiségben szöveti aspecifikus AP-t tartalmaz. Főtáplis defekáció eredményeként kerülnek a magzatvízbe a bélbolyhokról levált mucosa sejtek, felszínükön a főtáplis intestinális AP-val. Mucoviscidosisban csökken a magzatvíz főtáplis intestinális izoenzim tartalma. A 15. és 20. terhességi hét között végzett amniocentézis során megállapítható, hogy a magzatvíz főtáplis intestinális és szöveti aspecifikus AP aránya eltolódott-e a szöveti aspecifikus javára, ami mucoviscidosis lehetőségére utal (6, 12).

Vesebetegségek

Az emberi vese szöveti homogenizátumában a következő két AP izoenzim mutatható ki: a szöveti aspecifikus AP vese frakciója, mely a proximális és disztális vesetubulusok teljes hosszában megtalálható, illetve az intestinális izoenzim, mely kizárólag a proximális tubulus S3 szegmentjére lokalizálódik. Ez a tény diagnosztikus értékét is megnöveli, mivel az intestinális izoenzim vizeletbeli megszorodása specifikusan az S3 szegment károsodását jelezheti (21, 40, 53). E megfigyelésnek azonban jelenleg még kevés gyakorlati jelentősége van. Az egészséges ember vizeletében mérhető alacsony AP aktivitás kb. 80%-a a szöveti aspecifikus AP aktivitásából adódik. Különböző vesebetegségekben — glomerulonephritisben, pyelonephritisben, aminoglikozid kezelés után — a vizelet teljes AP aktivitása megemelkedik, az izoenzim megoszlásban pedig az intestinális frakció relatív felszaporodása a jellemző. A vizelet AP izoenzim vizsgálata a vese és hólyag malignómák esetében lehet diagnosztikus értékű (40).

Malignus daganatok

Régóta ismert, hogy rosszindulatú daganatokban különböző izoenzim-variánsok jelenhetnek meg a vérben, melyeket általában szerzői nevekkal jelölnek. Az ún. *Regan*-izoenzimet a 60-as évek végén fedezték fel és a leggyakrabban a tüdő, a gastrointestinalis traktus, az ovarium, az uterus és egyéb szervek malignus daganatai esetén sikerült identifikálni a szérumból. A *Nagao*-izoenzimet semimás betegek vérből mutatták ki. Alacsonyabb koncentrációban más tumoros esetekben is előfordulhat. A *Kasahara*-izoenzimet elsősorban primer hepatocelluláris carcinoma esetében lehet identifikálni (21).

Az utóbbi években DNS hibridizációs technikával és monoklonális antitestek felhasználásával sikerült az előbb említett izoenzimeket kódoló géneikkel azonosítani. A *Regan*-izoenzim a

placentális AP gén terméke. A génnek jelenleg 3 allélja ismert és igen változatos (szervspecifikus) posztranzlációs glikozidáció esik át az izoenzim, ami egyben nagyfokú polimorfizmusát is magyarázza (21). Széles körben vizsgálják az ún. placentális izoenzim tumormarker szerepének lehetőségét. Az eddigi publikált adatok alapján úgy tűnik, hogy csak gonádális és gynecológiai tumorokban lehet hasznos marker. Extragonádális tumorokban csupán 10–24%-ban tapasztalható placentális AP megjelenése (16, 20, 24, 37, 39, 50, 56).

A Nagao-izoenzim a „placental-like” AP gén terméke és elsősorban seminoma és ovarium tumorok (dysgerminoma, serous cystadenocarcinoma) esetében bizonyult specifikus laboratóriumi markernek (21, 33, 56).

A Kasahara-izoenzim valószínűleg heterodimer struktúrájú, azaz egy intestinális AP és egy placentális AP alegységből épül fel, de lehet az is, hogy a fetális intestinális gén derepressziójának terméke.

A fenti 3 izoenzim közül bármelyik is jelenik meg a keringésben, eredetük közös: mégpedig a malignus transzformáció során a sejtekben főtális proteineket kódoló gének aktiválódnak, egyelőre általunk még ismeretlen mechanizmussal (21).

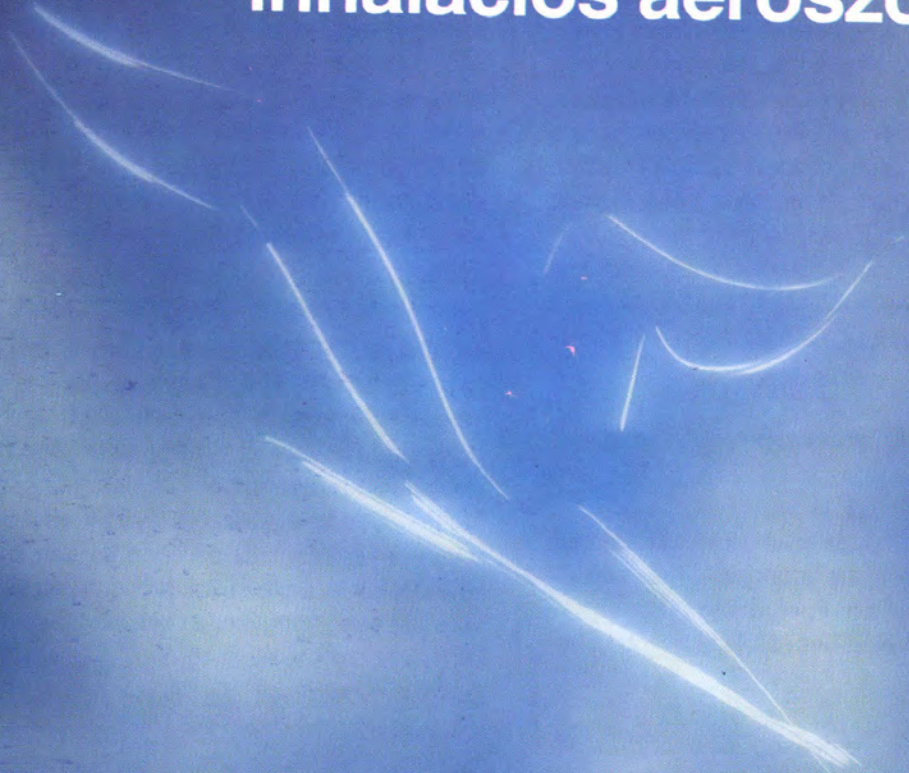
Malignus tumoros betegekben ezek a „számfeletti” — azaz patológiás izoenzimok akkor is megjelenhetnek, ha a vérsavó AP aktivitása még nem tekinthető kórosnak. Az AP izoenzimok tumor markerként történő felhasználásának klinikai értéke jelentős. E tapasztalatot az a tény sem csökkenti, hogy e specifikus laboratóriumi paraméterek szenzitivitása alacsony. Gyakorlatilag tehát akár előrehaladott stádiumú malignus folyamat esetén is előfordulhat a referencia értékhatáron belüli AP aktivitás és fiziológiás AP-izoenzim konstelláció. Diagnosztikus értékűnek tehát csak a pozitív lelet tekinthető.

IRODALOM: 1. *Alpers, D. H. és mtsai*: Secretion of hepatic and intestinal alkaline phosphatases: similarities and differences. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 186, 211–224. — 2. *Balinsky, D., Platz, C. E., Lewis, W.*: Isozyme patterns of normal, benign, and malignant human breast tissues. *Canc. Res.* 1983, 43, 5895–5901. — 3. *Batsakis, J. G.*: Serum alkaline phosphatase: Refining an old test for the future. *Diagnostic Medicine*, 1982, 5, 25–33. — 4. *Bayer, P. M. és mtsai*: Intestinal alkaline phosphatase and the ABO blood group-system — a new aspect. *Clin. Chim. Acta*, 1980, 108, 81–87. — 5. *Bondue, H., Machin, D., Stryckmans, P. A.*: The leucocyte alkaline phosphatase activity in mature neutrophils of different ages. *Scand J. Haematol.*, 1980, 24, 51–56. — 6. *Brock, D. J.*: Amniotic fluid alkaline phosphatase isoenzymes in early prenatal diagnosis of cystic fibrosis. *Lancet*, 1983, II, 941–943. — 7. *Brocklehurst, D., Wilde, C. E.*: Amniotic fluid alkaline phosphatase, gamma-glutamyltransferase, and 5'-nucleotidase activity from 13 to 40 weeks' gestation and alkaline phosphatase as an index of fetal lung maturity. *Clin. Chem.*, 1980, 26, 588–591. — 8. *Burlina, A., Plebani, M., Rizotti, P.*: Biliary alkaline phosphatase isoenzyme in diagnosis of cholestasis. *Clin. Chem.* 1984, 30, 312–318. — 9. *Cleeve, H. J. W., Tua, D. C.*: Studies of the Regan alkaline phosphatase isoenzyme in plasma from a lung-carcinoma patient. *Clin. Chem.*, 1983, 29, 715–717. — 10. *Crofton, P. M., Elton, R. A., Smith, A. F.*: High molecular weight alkaline phosphatase: A clinical study. *Clin. Chim. Acta*, 1979, 98, 263–275. — 11. *Crofton, P. M., Hume, R.*: Alkaline phosphatase isoenzymes in the plasma of preterm and term infants: Serial measurements and clinical correlations. *Clin. Chem.*, 1987, 33, 1783–1787. — 12. *Crofton, P. M.*: Properties of alkaline phosphatase isoenzymes in plasma of preterm and term neonates. *Clin. Chem.*, 1987, 33, 1778–1782. — 13. *Eedekens, M. W. és mtsai*: Placental alkaline phosphatase and cancer

antigen-125 in sera of patient with benign and malignant diseases. *Clin. Chem.*, 1985, 31, 687–690. — 14. *Epstein, E., Kiechle, F. L., Zak, B.*: Use of alkaline phosphatase isoenzyme analysis in the evaluation of cholestatic liver disease. *Ann. Clin. Lab. Sci.*, 1984, 14, — 15. *Fang, M. H., Giusberg, A. L., Dobbins, W. O.*: Marked elevation in serum alkaline phosphatase activity as a manifestation of systemic infection. *Gastroenterology*, 1980, 78, 592–597. — 16. *Haije, W. G. és mtsai*: The value of a sensitive assay of carcino-placental alkaline-phosphatase (CPAP) in the follow-up of gynecological cancers. *Int. J. Cancer*, 1979, 24, 288–293. — 17. *Hamilton, B. A. és mtsai*: Alkaline phosphatase releasing activity in human tissues. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 86, 249–254. — 18. *Hampels, R. és mtsai*: Isoenzyme der alkalischen Phosphatase und Hyperthyreose. *Z. ges. inn. Med.*, 1981, 36, 909–913. — 19. *Hampel, R. és mtsai*: Alkalische Knochenphosphatase als Aktivitätsparameter der Akromegalie. *Dtsch. med. Wschr.*, 1990, 115, 363–366. — 20. *Harmenberg, U. és mtsai*: Significance of alkaline phosphatase isoenzymes in the monitoring of patients with colorectal carcinoma. *Tumor Biol.*, 1989, 10, 225–231. — 21. *Harris, H.*: The human alkaline phosphatases: what we know and what we don't know. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 86, 133–150. — 22. *Hawrylak K. és mtsai*: Purified tetrameric alkaline phosphatase: the effect of treatment with phosphatidylinositol, phospholipase C and sodium dodecylsulfate. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 186, 197–202. — 23. *Hirano, K., Koyama, J., Stigbrand, T.*: Purification and partial characterization of the placental-like alkaline phosphatase in human lung tissue. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 186, 265–274. — 24. *Hofmann, M. C. és mtsai*: Alkaline phosphatase isoenzymes in human testicular germ cell tumors. *Canc. Res.*, 1989, 49, 4696–4700. — 25. *Holmgren, P. A. és mtsai*: Serum levels of placental alkaline phosphatase in high-risk pregnancies. *Amer. Coll. Obst. Gynecol.*, 1979, 54, 631–634. — 26. *Husen, N. és mtsai*: Zur Klinischen Bedeutung, der Dünndarmphosphatase im Serum. *Med. Welt*, 1975, 26, 1645–1647. — 27. *Imanishi, H. és mtsai*: An alkaline phosphatase reacting with both monoclonal antibodies to intestinal and placental isoenzymes. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 186, 309–314. — 28. *Kahan, L., Liang, W. G., Larson, F. C.*: Increased activity in serum of an alkaline phosphatase isoenzyme in cancer: Analytical method and preliminary clinical studies. *Clin. Chem.*, 1981, 27, 104. — 29. *Kinoll, J., Rothblum, K. N., Longley, T.*: Two gene duplication events in the evolution of the human heat-stable alkaline phosphatases. *Gene*, 1987, 60, 267–276. — 30. *Koett, J., Howell, J., Wolf, P. L.*: Clinical significance of an ultrafast alkaline phosphatase isoenzyme. *J. Clin. Pathol.*, 1979, 32, 1286–1292. — 31. *Koyama, J., Stendahl, U., Stigbrand, T.*: Placental-like alkaline phosphatase from ovary and ascites of a patient with a malignant ovarian tumor. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 186, 295–300. — 32. *Kuwana, T., Rosalki, S. P.*: Intestinal alkaline phosphatase in plasma in disease. *Clin. Chem.*, 1990, 36, 1918–1921. — 33. *Martin, D. és mtsai*: Comparison of the three PLAP-related genes on human chromosome. *Clin. Chim. Acta*, 1989, 186, 165–170. — 34. *Metaye, T. és mtsai*: Effects of cimetidine on human alkaline phosphatase isoenzyme activities. *Clin. Chem. Enzym. Comms.*, 1989, 1, 355–360. — 35. *Moss, D. W.*: Alkaline phosphatase isoenzymes. *Clin. Chem.*, 1982, 28, 2007–2016. — 36. *Moss, D. W., Henderson, A. R., Kachmann, J. F.*: Enzymes in “Textbook of clinical chemistry”. (Ed.: Tietz, N. W.) Saunders Co., 1986, 619–717. — 37. *Moss, D. W.*: The nature and origin of alkaline phosphatase in hepatobiliary disease. *Z. med. Lab. Diagn.*, 1989, 30, 355–362. — 38. *Nemesánszky, E.*: Alkaline phosphatase in “Clinical enzymology” (Eds.: Lott, J. A., Wolf, P. L.) Field Rich Inc., 1986, 47–73. — 39. *Nishimura H. és mtsai*: Relation of serum alkaline phosphatase to liver scintigram in patients with hepatocellular carcinoma. *Hepato-gastroenterology*, 1982, 29, 249–251. — 40. *Pfleiderer, G. és mtsai*: Change in alkaline phosphatase isoenzyme pattern in urine as possible marker for renal disease. *Kidney International*, 1980, 17, 242–249. — 41. *Posen, S., Doherty, E.*: The measurement of serum alkaline phosphatase in clinical medicine. *Adv. Clin. Chem.*, 1981, 3, 22–26. — 42. *Pragst, K., Markus, R.*: Isoenzymverteilungs-

TALEUM[®] 1 mg

inhalációs aeroszol



TALEUM® 1 mg

inhalációs aeroszol

A nátrium kromoglikát a hízósejtek különböző immunológiai és nem immunológiai mechanizmusok által kiváltott degranulációját gátolja, továbbá neurofiziológiai mechanizmuson keresztül képes blokkolni a nem immunológiai ingert. 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 natrium cromoglicicum palackként.

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 hatóanyag-tartalmú permet távozik a palackból. Egy palackból minimum 200 adag permetezhető ki.

Gyermekeknek 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 betegeken csak a hatodik – nyolcadik hét után.

A kezelést felfüggeszteni fokozatosan (kb. 1 hét alatt) kell, hogy elkerüljük az asztma exacerbatióját.

A kezelés sok esetben lehetővé teszi az egyéb anti-asztmatikumok adagjának csökkentését, esetleges fokozatos elhagyását.

Szteroidok esetében különös óvatosság tanácsos. Az ajánlott heti szteroidcsökkentés; a napi adag 10%-a. Ha a kezelés eredménye a szteroidadagolás csök-

Antiasthmaticum inhalatorium

kentését vagy elhagyását lehetővé tette, a Taleum® leállítását előtt az eredeti szteroidszintet helyre kell állítani.

A palackot használat előtt jól fel kell rázni! Az előírt adagot a palack függőleges helyzetében (fúvókával lefelé fordítva) lehet kipermetezni.

MELLÉKHATÁSOK: Irritáció (pl. szárazságerzés a torokban), rossz ízérzet, köhögés, sípoló 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 nátrium 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.

Asthma bronchialeban és allergiás rhinitisben szenvedő betegeknek a tüdőbeteggondozó, a belgyógyászati, fül-orr-gégészeti, allergológiai, illetőleg a gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosának javaslata alapján a kezelőorvos (körzeti orvos, üzemi orvos, körzeti gyermekgyógyász) a Taleum® inhalációs aeroszolt térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS: 1 adagolószelepes palack (17,3 g)



ELŐÁLLÍTÓ:



EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

muster der alkalischen Serumphosphatase. Dtsch. Gesundheitswesen, 1975, 30, 1427—1430. — 43. Rosalki, S. B., Hurst, N. P.: Transient presence in serum of an atypical alkaline phosphatase. Clin. Chim. Acta, 1976, 73, 149—155. — 44. Seligson, U., Söderlund, C.: ERCP and serum alkaline phosphatase in pancreatic carcinoma. Acta Chir. Scand, 1986, 152, 309—312. — 45. Siede, W. H., Seiffert, U. B.: Relative merits of the biliary alkaline phosphatase isoenzyme and lipoprotein-X in diagnosis of cholestasis. Clin. Chem., 1983, 29, 698—700. — 46. Skinner, J. M., Whitehead, R.: Carcinoplacental alkaline phosphatase in malignant and premalignant conditions of the human digestive tract. Virchows Arch., 1981, 394, 109—118. — 47. Stepan, J. és mtsai: Bone isoenzyme of serum alkaline phosphatase in acromegaly. Clin. Chim. Acta, 1979, 93, 355—363. — 48. Stepan, J. és mtsai: Bones isoenzyme of serum alkaline phosphatase in diabetes mellitus. Clin. Chim. Acta, 1980, 105, 75—81. — 49. Stepan, J. és mtsai: Bone alkaline phosphatase isoenzyme and urinary hydroxyproline in healthy subjects, patients with osteolytic metastases, and patient with primary hyperparathyroidism. Neoplasma,

1989, 36, 495—501. — 50. Tarter, P. I. és mtsai: Screening for liver metastases from colorectal cancer with carcinoembryonic antigen and alkaline phosphatase. Am. Surg., 1981, 193, 357—360. — 51. Tibi, L. és mtsai: Alkaline phosphatase isoenzymes in plasma in hyperthyroidism. Clin. Chem., 1989, 35, 1427—1430. — 52. Valenzuela, G. J. és mtsai: Time dependent changes in bone, placental, intestinal, and hepatic alkaline phosphatase activities in serum during human pregnancy. Clin. Chem., 1987, 33, 1801—1806. — 53. Verpooten, G. F. és mtsai: Segment-specific localization of intestinal-type alkaline phosphatase in human kidney. Kidney International, 1989, 36, 617—625. — 54. Viot, M. és mtsai: The value of serum alkaline phosphatase α_1 -isoenzyme in the diagnosis of liver metastases. Biomedicine, 1979, 31, 74—77. — 55. Wolf, P. L.: Clinical significance of an increased and decreased serum alkaline phosphatase level. Arch. Pathol. Lab. Med., 1978, 102, 497—501.

(Nemesánszky Elemér dr., Budapest, 114. Pf.: 54, 1525)

AUROBIN KENŐCS

OSSZETETEL: 40 mg prednisolonum capronicum, 200 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATAS: 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 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 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 végbélbe 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 kezelésről.

MEGJEGYZÉS: *Csak vényre adható kt. Az orvos rendelkezése szerint (legtöbb esetben egyszer vagy kétszer ismételtető).

CSOMAGOLAS: 20 g-os tubusban.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

CRUPODEX®

sebhintőpor



A Crupodex sebhintőpor dextranomert (térhálósított dextrán polimert) tartalmaz 0,1—0,3 mm átmérőjű gyöngyök formájában. Nedvező sebekre szórva magába szívja az exsudatumot, az átitatott réteg rendszeres cserélése biztosítja a seb tisztulását.

HATÓANYAG

60 mg dextranomerum dobozonként.

JAVALLAT

Nedvező, gennyesek, 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 széle kb. 1 cm szélességben indifferens rázókeverékkel vagy pasztával körültekintően elvégezzük a sebkörnyék védelmét (pl. Suspensio 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 kötést váltás. Általában naponta 1—2 alkalommal — erőteljesen váladékozó sebek, fekélyek esetén még gyakrabban — kötést váltás szükséges. Az elhasználatott, 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 kötést cseréje 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 bőrfelületre ne kerüljön. A nyálkahártyára, a testhajlatokra és az ép bőrre került sebhintőpor szemcséinek mechanikai tulajdonsága által hámszárazságot okozhat. Ha a 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 idült 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

Acetát és bikarbonát hemodialízis összehasonlító vizsgálata krónikus urémiás gyermekekben

Dobos Éva dr., Túri Sándor dr. és Sztrihá László dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)

A szerzők 5 krónikus urémiás gyermeken összehasonlító vizsgálatokat végeztek 10–10 acetát és 10–10 bikarbonát hemodialízis során a sav-bázis és vér-gáz viszonyok, a szérum ozmolalitás és a vérnyomás értékeinek alakulása, a klinikai tünetek gyakorisága, valamint az EEG vizsgálat eredménye szempontjából. Tapasztalataik alapján a bikarbonát hemodialízis során a betegek klinikailag jobb állapotban voltak, laboratóriumi és vérnyomás értékeik kedvezőbben alakultak, a dialízis utáni EEG vizsgálat enyhébb eltéréseket mutatott. Ezek alapján a bikarbonát hemodialízis bevezetését javasolják olyan betegek esetében, akiknél az urémiás állapotot cardiovascularis és/vagy neurológiai szövődmények súlyosbítják.

Kulcsszavak: acetát hemodialízis, bikarbonát hemodialízis

A hemodialízis során igen gyakran észlelünk a betegek számára kellemetlen szubjektív panaszokkal megnyilvánuló mellékhatásokat, melyek hosszú távon káros következményekkel járhatnak. Akut urémiában kimutatták a bikarbonát hemodialízis (BHD) előnyös hatását a dialízis okozta panaszok csökkentésében (14, 29, 37). Krónikus hemodialízisen lévő betegeken azonban ez a jó hatás vitatott. Míg egyesek szignifikáns javulást találtak (21, 25, 26, 28), addig mások nem észleltek lényeges különbséget (4, 27, 33). Az eltérő eredmények oka valószínűleg a vizsgált beteganyag különbözősége és a változó kezelési technika.

Az acetát hemodialízis (AHD) során észlelt főbb mellékhatások (hypoxia, hypotensio, dysequilibrium syndroma) kialakulásában számos mechanizmus szerepel.

A dializátor membránon keresztül a CO_2 a beteg plazmájából a dializátumba diffundál (20). A kialakult hypocapniát fokozza az acetát metabolizmus CO_2 consumptiójának hatása is (8). Ha az artériás parciális CO_2 tensio ($p_a\text{CO}_2$) csökkenés arra a pontra jut, amikor a légzést teljesen a perifériás chemoreceptorok medikálják, periodikus irreguláris légzés alakul ki, mely hypoxiához vezet (12).

Rövidítések: HD = hemodialízis; AHD = acetát hemodialízis; BHD = bikarbonát hemodialízis; $p_a\text{CO}_2$ = parciális artériás széndioxid tensio; $p_a\text{O}_2$ = parciális artériás oxigén tensio

Comparative study of acetate and bicarbonate hemodialysis in chronic uremic children. Comparative studies on 5 children suffering from chronic uremia were performed regarding the efficacy of acetate and bicarbonate hemodialysis. Clinical symptoms, acid-base and blood gas analysis, serum osmolality, blood pressure and EEG were examined. On authors experience the patients tolerated better the bicarbonate dialysis. Laboratory data and blood pressure were found to be closer to the normal values too. The abnormality of EEG made after bicarbonate dialysis were not so expressed than that of acetate dialysis. On the basis of this examinations the authors suggest the bicarbonate hemodialysis in uremic patients with severe cardiovascular and/or neurological complications.

Key words: acetate hemodialysis, bicarbonate hemodialysis

A hypotensio kialakulásában a legelfogadottabb faktor a vasodilatatio. Az acetát metabolizmusa csökkenti a szöveti ATP/AMP arányt az AMP emelkedésével. Az AMP-ből defoszforilációval adenzin képződik, mely az A_2 -receptorokra hatva vasodilatatót okoz (1, 10, 24, 27, 37). Hypoxiás körülmények között a szöveti adenzin termelésének növekedése (10) és az érrendszer fokozott adenzin érzékenysége (37) potencírozhatják a vasodilatációs hatást.

A dysequilibrium syndroma leggyakrabban a dialízis kezdetén fordul elő, s a jellemző tünetek a fejfájás, hányás, cerebrális convulsiók. Pathogenesisében a plazma ozmolalitás csökkenése, valamint „idiogen osmolok” képződése következtében kialakult agysejt duzzanat játszik elsődleges szerepet (3, 22). A neurológiai tünetek, kóros EEG leletek hátterében kimutatták a $p_a\text{CO}_2$ csökkenése által kiváltott cerebrális vasoconstrictio jelentőségét is (13, 21).

Az acetát metabolizmust meghatározó faktorok (37) közül a beteg acetát terhelését tudjuk befolyásolni, melyet a dializáló folyadék acetát tartalma, a dializátor felszíne és a véráramlás sebessége határoz meg (20, 35).

Vizsgálataink során összehasonlítottuk az AHD és BHD hatását a sav-bázis, vér-gáz és ozmolalitás értékek változása, a klinikai tünetek megjelenése, valamint a vérnyomás és az EEG eredmények szempontjából. Munkánk célja volt, hogy a dialízis okozta mellékhatások csökkentése érdekében meghatározzuk a BHD indikációját az urémiás gyermekek kezelésében.

Beteganyag, módszer

Klinikánkon 1988-ban vezettük be a BHD-t. Ebben az időben 7 betegünk volt krónikus HD programban. Közülük 2-nél a dializátorban és a szereléken ismételt jelentkező trombusképződés miatt a BHD kezeléseket nem rendszeresítettük. 5 beteg 10–10 AHD és 10–10 BHD kezelése során végeztünk vizsgálatokat. A betegek klinikai adatait az 1. táblázatban tüntettük fel. A kezelési idő egy beteg kivételével 3,5 óra volt. 2,5 óra időtartamot a legfiatalabb és egyben a legkisebb testfelszínű beteg esetében alkalmaztunk. Az utóbbi eset kivételével a dialízist 1,3 m² felszínű dializátorral végeztük. A véráramlási sebességet a betegek testméretéhez alkalmazkodva, a számukra tolerálható maximális értékre állítottuk be. Ezután a véráramlást betegenként standard szinten tartottuk. Az így elért UN-clearance-ek 3 ml/min/kg felettek voltak, mely kimerítette a nagy effektivitású dialízisfogalmát. Az AHD kezeléseket Gambro AK 10, a BHD kezeléseket a Rolitron gyártmányú DIACOMP HD készülékkel végeztük. Az utóbbi egy harmadik pumpával felszerelt „on-line proportioning” rendszerű dializáló készülék, vagyis a HDY-303 alapkonzentrátum és a bikarbonát törzsoldat külön edényből kerül felszívásra. A komputer segítségével mindkét oldat vezetőképességét külön be tudjuk állítani a betegek szérumbikarbonát és nátrium értékei alapján. A vizsgálatokat a 13,8 mS-s HDY-303 és az 1,4

mS-s bikarbonát oldat vezetőképesség mellett végeztük, mely a következő dializáló oldat összetételét adta: Na 143, K 2,0, Ca 1,8, HCO₃ 28 mM/l. Az AHD során használt dializáló oldat összetétele: Na 142,3, K 2,0, Ca 2,2, acetát 40,0, cukor 11,1 mM/l.

A kezeléseket során az artériás szárból nyert vérből induló és záró pH, standard bikarbonát p_aCO₂, p_aO₂, illetve ozmolalitás mérések történtek. Ugyanezen időpontokban vérnyomást is mérünk, s a kezeléseket alatt figyeltük a klinikai tünetek előfordulását (szédülés, hányinger, hányás, fejfájás, szív- és tüdőpanaszok, cerebriális convulsiók, nyugtalanság, izomgörcs, hypotensiós tünetek). Az EEG felvételeket EEG 8 S készülékkel végeztük a dialízisek előtt és azt követően 1 órán belül. Minden betegről 1–1 felvétel készült AHD, illetve BHD kapcsán. A statisztikai feldolgozás során az 5 beteg 10–10 kezelésekor kapott adatok változásából átlagot és szórást számítottunk.

Eredmények

Az AHD és BHD kezeléseket alatt észlelt pH, standard bikarbonát, p_aCO₂, p_aO₂ változását a 2. táblázatban tüntettük fel. Megfigyelhető, hogy a p_aCO₂ eredmény az 5-ből

1. táblázat: A betegek és kezeléseik adatai

	Eredeti diagnózis	Életkor (év)	Testfelszín (m ²) Testsúly (kg)	Dializátor	Áramlás (ml/min)	Kezelési idő (óra)	HD-ben eltöltött idő (hónap)
1.	Hypoplasia renis l.u.	18	1,44 — 44	TRAVENOL CF 23—08 1,3 m ²	200	3,5	39
2.	Agénia l.d Hypoplasia renis l.s.	18	1,1 — 321,3 m ²	TRAVENOL CF 23—08 1,3 ²	150	3,5	36
3.	Hydronephrosis l. u.	14	1,6 — 56	TRAVENOL CF 23—08 1,3 m ²	250	3,5	33
4.	Nephrocalcinosis. Nephrectomia ld.	16	1,23 — 33	TRAVENOL CF 23—08 1,3 m ²	200	3,5	16
5.	Interstitiális nephritis	8	0,9 — 23	TRAVENOL CF 15—11 1,0 m ²	200	2,5	13

2. táblázat: pH, standard bikarbonát p_aCO₂ és p_aO₂ értékek változása AHD és BHD alatt

Vizsgálatok	pH változás		Standard bikarbonát változás (mmol/l)		p _a CO ₂ változás (Hgmm)		p _a O ₂ változás (Hgmm)	
	AHD	BHD	AHD	BHD	AHD	BHD	AHD	BHD
1.	+0,10	+0,082	-1,16	+2,25	- 7,33	- 1,5	-18,0	+ 8,5
	+0,052	+0,052	+0,90	+2,06	+3,5	+ 4,43	+11,0	+ 5,06
2.	+0,145	+0,076	+1,5	+2,5	-16,25	- 2,16	- 1,05	+ 2,83
	+0,035	+0,025	+1,7	+0,54	+ 1,5	+ 4,7	+ 4,54	+ 9,5
3.	+0,08	+0,052	-0,64	+0,75	-13,63	- 0,25	- 6,3	- 1,2
	+0,0750	+0,025	+0,28	+0,95	+ 6,65	+ 3,3	+ 3,05	+ 3,52
4.	+0,032	-0,061	-2,25	- 3,5	-12,5	- 2,05	- 7,01	+10,8
	+0,003	+0,047	+0,95	+1,2	+ 6,35	+ 4,6	+ 5,71	+ 8,5
5.	+0,08	-0,04	-3,33	-5,5	-21,01	- 4,16	-10,25	+ 8,0
	+0,005	+0,005	+0,57	+2,42	+ 3,6	+ 3,6	+ 3,1	+ 4,4

4 betegben az AHD kezelés végére jelentősebb csökkenést mutatott, mint BHD alatt. Ugyanakkor a pH csak a 4. és 5. betegben csökkent a BHD kezelés hatására, míg a többinél pH emelkedést észleltünk. Az AHD után mind az 5 gyermek pH értéke a kezdetihez képest magasabb lett. A standard bikarbonát változásában nem volt lényeges különbség a két kezelési mód között, emellett a 4. és 5. beteg eredménye az AHD és BHD hatására egyaránt jelentős csökkenést mutatott. Amíg az AHD alatt a p_{O_2} minden alkalommal csökkent, addig a BHD során 3 esetben márkáns emelkedést észleltünk.

A dialízisek alatt mért ozmolalítás, a szisztolés és a di-

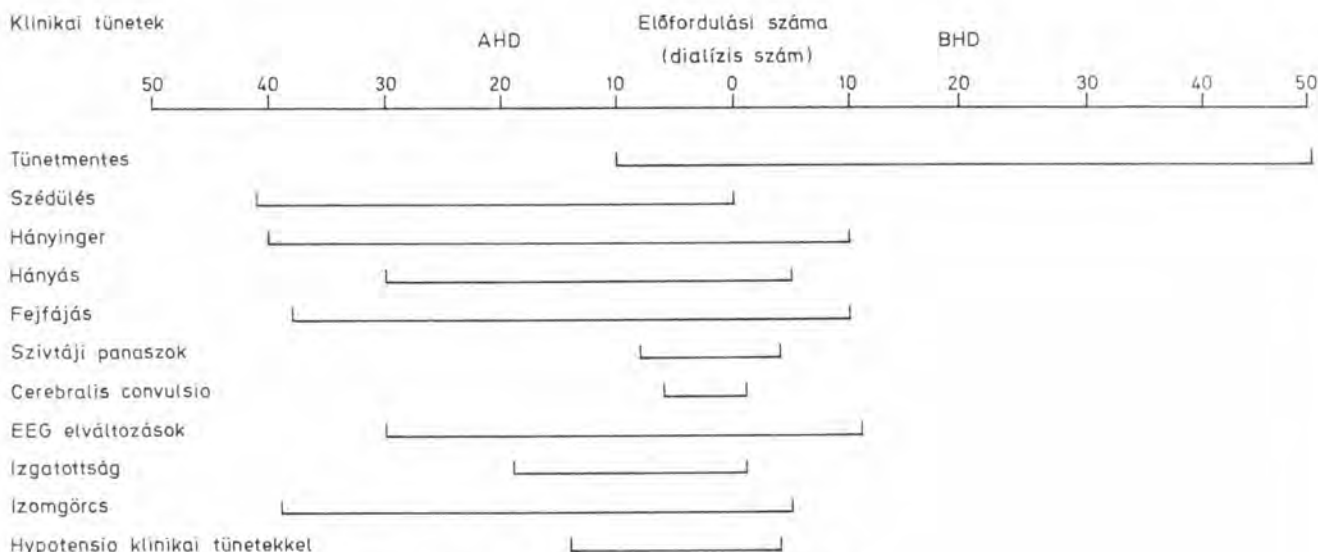
asztolés vérnyomás, valamint a testsúly változása a 3. táblázatban láthatók. Az ozmolalítás minden esetben csökkent, de jelentős különbség az AHD és a BHD között csak az 1. és a 2. betegben volt megfigyelhető. Mind a szisztolés, mind a diasztolés vérnyomás csökkent az AHD kezelése végére, egy esetben pedig nem változott. A BHD során kisebb amplitúdójú és változó előjelű eltéréseket észleltünk. A két kezelési mód között az 1., 2. és 5. betegben találtunk szám szerint is lényeges különbséget. Az ultrafiltráció mértéke az 1. betegben volt a legnagyobb. A súlycsökkenés egyébként mindkét kezelésnél betegenként gyakorlatilag egyforma volt.

3. táblázat: Ozmolalítás, szisztolés és diasztolés vérnyomás, valamint a testsúly változása AHD és BHD alatt

Vizsgálatok	Ozmolalítás változás (mOsm/kgH ₂ O)		Szisztolés vérnyomás változás (Hgmm)		Diasztolés vérnyomás változás (Hgmm)		Testsúly változás (kg)	
	AHD	BHD	AHD	BHD	AHD	BHD	AHD	BHD
1.	-21,3 + 2,08	- 1,25 + 4,2	-23,31 +15,2	- 7,68 +12,19	+ 0,00 + 0,00	- 7,1 + 7,55	- 2,16 + 0,30	- 2,62 + 0,103
2.	-14,5 + 2,88	- 5,19 + 4,49	-18,75 +10,3	+11,0 +11,4	- 7,5 + 9,5	+ 4,0 +15,1	- 1,2 + 0,33	- 1,45 + 0,28
3.	- 8,75 + 6,23	-10,25 + 3,09	- 5,66 + 5,35	+ 5,22 + 4,7	- 2,5 + 5,03	+ 3,35 + 5,22	- 0,40 + 0,21	- 0,36 + 1,52
4.	-10,75 + 5,73	- 7,8 + 5,21	-12,5 + 5,23	-7,14 +11,1	- 5,75 + 8,16	- 4,28 + 5,34	- 1,75 + 0,18	- 1,23 + 0,61
5.	-16,79 + 4,08	-16,39 + 7,86	-36,25 +16,0	+ 2,5 + 9,57	-20,0 +11,54	+ 0,00 + 0,00	- 1,25 + 0,5	- 1,26 + 0,409

A klinikai tünetek (1. ábra) megjelenésének gyakoriságában, súlyosságában lényeges különbség volt a két kezelési módszer alkalmazásakor. A dysequilibrium syndroma tüneteit (szédülés, fejfájás, hányinger, hányás) különböző súlyossággal az 50 AHD kezelés 80%-ában észleltük, míg a BHD kezelések 5–8%-ában fordultak elő. Egy bete-

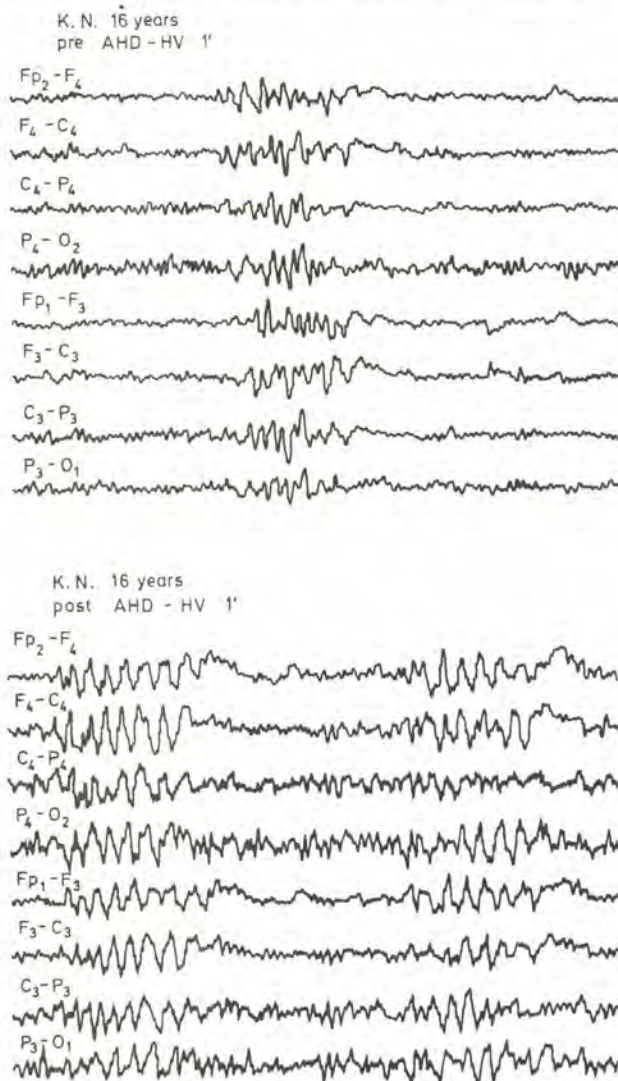
günknel (1. beteg) a krónikus urémia és a dialízis kezelés súlyos cardiovascularis problémákkal társult: hypertonia, myocardium hypertrophia, urémiás cardiomyopathia, részleges pericardiectomia utáni állapot. Ezen beteg 10 AHD kezelése közül 9 során anginás panaszok léptek fel, BHD alatt viszont a jobb általános közérzet mellett mind-



1. ábra: A klinikai tünetek előfordulási számának összehasonlítása AHD és BHD alatt

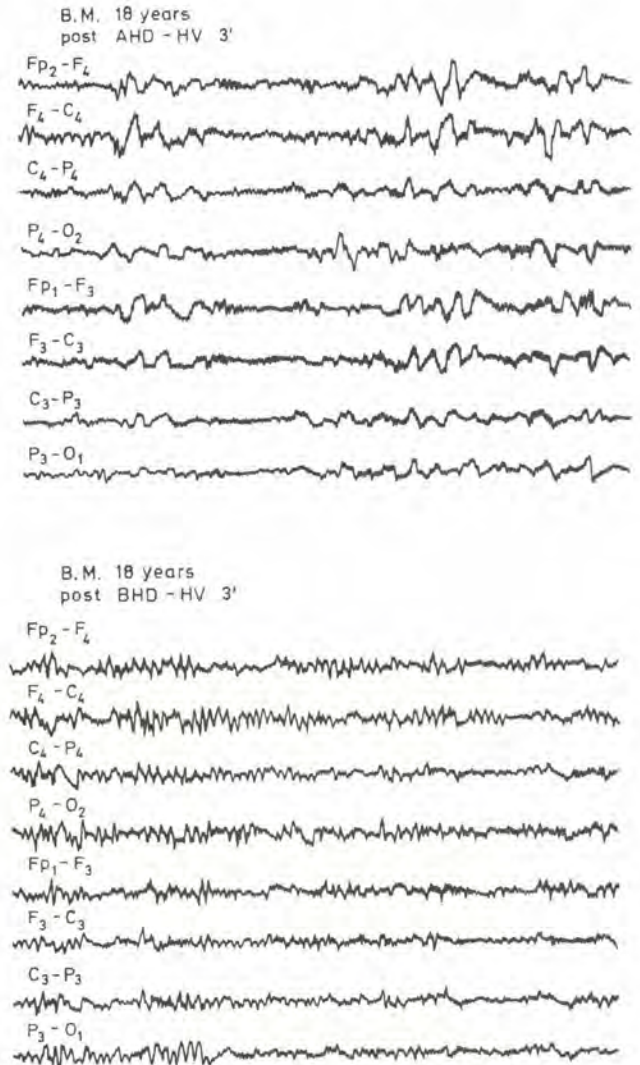
össze 2 alkalommal jelentkeztek szívtáji panaszok. Egyik 16 éves leány betegünknel (4. beteg) absence jellegű rohamokban megnyilvánuló epilepszia manifesztálódott az AHD kezelések során 3 alkalommal, ezzel szemben a BHD kezelések zavartalanul zajlottak. További 2 betegünkön (2., 5. betegek) az AHD kezelés 85%-ban kifejezett nyugtalanságot provokált, míg BHD során jó kedélyűek, kiegyensúlyozottak voltak. Különböző mértékű izomgörcsöt valamennyi betegünkön észleltünk az AHD-k során (az 50 kezelés 76%-ában), BHD során 6%-ban volt spontán szűnő görcsállapot. A kialakult hypertensio AHD esetén 2 betegünkben (2., 5. betegek) klinikai tünetekkel társult, esetenként a 10–10 kezelésből 5, illetve 7 esetében, míg BHD során csak 1 betegünknel (2.) kellett gyógyszeresen beavatkoznunk 10 kezelésből 3 alkalommal.

Az 5 betegből AHD kezelés során 3-nál (2., 4., 5. esetek) regisztráltunk kóros EEG-t. Epilepsziás esetünkön (4.) az AHD kezelés után manifeszt roham nélkül is a kezelés előttihez képest erősebben meglassult háttértevékenység és számos lassú paroxizmus jelentkezett. Hyperventilatio alatt számuk megsokszorozódott, a lassúk előtt abortív tuskéket észleltünk (2. ábra). Ugyanezen beteg



2. ábra: Epilepsziás beteg (4. sz.) AHD kezelés előtt és után készült EEG felvétele

BHD kezelése után csupán az alapbetegségnek megfelelő és a kezelés előtt is megjelenő EEG elváltozásokat észleltük. Másik két betegünknel az AHD kezelése során nyugtalanság jelentkezett és a kezelés után EEG felvételükön lassú paroxizmusok létek fel, helyenként abortív tuskékel, különösen a hyperventilatio alatt (2., 5. betegek). BHD után e két utóbbi betegben is az elváltozások lényegesen enyhébbek voltak (3. ábra).



3. ábra: 18 éves betegünk (2. sz.) AHD, illetve BHD után készült EEG felvétele

Megbeszélés

Felnőtt betegek esetében számos tanulmány foglalkozik a bikarbonát dialízis előnyös hatásaival, míg gyermekeken csak korlátozott számú vizsgálat történt (5, 13, 20).

Munkánk során összekapcsoltuk a klinikai tünetek regisztrálását a laboratóriumi és az EEG vizsgálatokkal, objektív alapot keresre arra a megfigyelésre, hogy betegeink többsége BHD alatt lényegesen jobb általános állapotban van. A bemutatott eseteink alacsony száma és a köztük lévő különbözőségek nem teszik lehetővé általános érvényű

következtetések levonását. Mindazonáltal betegeink mind-egyikének olyan szövödménye volt, amelyben a BHD előnyösebbnek bizonyult.

Az 1. esetben az AHD során jelentős p_aO_2 , közepes fokú p_aO_2 és standard bikarbonát szint csökkenést észleltünk, amely mellett a vér ozmolalitás és a szisztolés vérnyomás is kifejezett esést mutatott. BHD során az előbbi értékek kevésbé változtak, emellett az anginás panaszok száma is jelentősen csökkent. A 2. betegen az AHD kezelés alatt a p_aCO_2 , az ozmolalitás- és a szisztolés vérnyomásértékek csökkenését figyeltük meg, klinikailag nyugtalanságot, szédülést, gyakran hányást, zavart tudati állapotot észleltünk kóros EEG tünetek mellett, míg BHD kezelése során a beteg sokkal kiegyensúlyozottabb állapotban volt. A 3. esetünkben a P_aCO_2 -vesztés és a hypotensio volt a legjelentősebb mellékhatás az AHD kezelése alatt, amelyeket BHD-nél nem észleltünk. A 4. betegünk AHD terápiaja kifejezett p_aO_2 és p_aCO_2 veszteséssel járt, és az epilepsziája absence jellegű rohamokban manifestálódott. Ezzel szemben a BHD kezelések zavartalanul zajlottak le. A szisztolés és a diasztolés vérnyomás értékek esése, valamint a p_aCO_2 csökkenése az 5. beteg AHD kezelése során volt a legjelentősebb, számottevő p_aO_2 veszteség mellett. Hypotensiója klinikai tünetekkel is társult, és az EEG-n kóros elváltozásokat észleltünk. BHD kezelések alkalmával hypotensio nem fordult elő, a vér-gáz és az EEG eltérések sokkal enyhébbek voltak.

Tapasztalatainkat összefoglalva tehát az AHD kezelés a BHD-hez képest jelentős p_aCO_2 veszteséggel járt, amely megegyezik az irodalmi adatokkal (15, 21, 27, 28, 30, 31). Egyesek mindkét kezelés hatására azonos fokú pH emelkedést találtak (4), míg mások vagy a BHD során (18), vagy mint mi is, AHD alatt észleltek alkalotikusabb viszonyokat a kezelés végére (6, 20). Felnőtteken végzett mérések során három hónapos folyamatos BHD kezelés mellett a betegek „bikarbonát puffer raktára” is feltöltődik (15). Eredményeink azt mutatják, hogy a BHD kezelés fiziológiásabb sav-bázis és vér-gáz változásokat idéz elő a betegekben.

A metabolikus acidózis kompenzálása nem respiratorikus alkalózissal, hanem a standard bikarbonát emelkedésével történik. Az ide vonatkozó közlemények többsége csak az AHD során jelzett p_aO_2 csökkenést (9, 15, 18, 21, 27, 28), míg mások szerint mindkét kezelési mód esetében előfordulhat hypoxia (2, 4, 8, 19, 22), amelynek oka lehet a kapillármembrán és a vér interakciója. Betegeink p_aO_2 szintje az AHD kezelés végére a p_aCO_2 értékkel párhuzamosan csökkent. Ennek hátterében szerepet játszhat az alveoláris hypoventilatio (12).

Az ozmolalitás változásának nagy szerepet tulajdonítanak a dysequilibrium syndroma, hypotensio, illetve a kóros EEG kép megjelenésében. A magasabb nátrium koncentrációjú dializáló oldat használata a tünetek egy részét csökkentette (4, 5, 7, 13, 17, 18, 34, 36), de a tartós vérnyomásemelkedés és a folyadék retenció miatt a módszer nem bizonyult jónak. Mannitol, albumin adása (7) szintén hatásos, de az anyagcserét érintő hatásai miatt rendszeresen nem alkalmazhatók. Bár az intravasculáris térbe történő folyadék beáramlás BHD során tökéletesebb volt, mint az

AHD-nél, de ennek mechanizmusa tisztázatlan maradt, mivel a BHD kifejezettebb ozmolalitás csökkenéssel járt (18). Mivel a mi eseteink közül az 1. és a 2. betegen észleltünk nagyobb fokú ozmolalitás csökkenést, ugyanakkor kóros neurológiai tüneteket a 2., a 4. és az 5. betegen regisztráltunk, az ozmolalitás eltérés és a neurológiai jelek közötti feltételezett kapcsolat a mi vizsgálataink alapján nem bizonyítható.

Az AHD során észlelt keringési instabilitás nemcsak az acetát ion jelenlétének a következménye, hanem a vérvolumen, a sav-bázis egyensúly változása, a kóros ozmolalitás viszonyok és az autonóm idegrendszer-dysfunctio eredménye (26, 36). AHD alatt a következményes perifériás rezisztencia csökkenést a betegek a szívfrekvencia emelésével tudják kompenzálni, míg BHD alatt a stabil vérnyomás mellett legfeljebb mérsékelt tachycardia lép fel (11, 16, 28, 33). Ha azonban a keringés instabil, ischiemiás szívbetegség vagy vegetatív idegrendszeri működészavar jelentkezik, a betegek nem tudnak kompenzálni és hypotensio alakul ki klinikai tünetekkel (7, 15, 16, 33, 36).

Több irodalmi adat szerint a BHD kezelés kivédte a tünetek többségét (15, 21, 25), míg egy munkacsoport nem talált különbséget a két kezelési mód között (33). A mi beteganyagunkból kétféle előforduló hypotensió tüneteket a BHD kezeléssel sikerült kiküszöbölni, súlyos cardiomyopathiás esetünk ischiemiás szívpanaszait pedig lényegesen csökkenteni.

Az EEG vizsgálattal talált eltérések megegyeztek az irodalmi adatokkal (5, 13, 21). Három betegünkön az AHD kezelés után végzett EEG vizsgálat során alkalmazott hyperventilatio aktiválta a kóros jeleket. Ezekben az esetekben az AHD kezelés végére a p_aCO_2 érték kifejezetten csökkent, a hypocapnia a hyperventilatio alatt tovább mélyült és az így kialakult agyi vasoconstrictio feltehetően szerepet játszott a kóros EEG tünetek megjelenésében. BHD után az EEG elváltozásokat nem észleltük, vagy mérsékeltébbek voltak.

Az irodalom az AHD kezelést megfelelőnek tartja krónikus hemodialízisen lévő betegek számára, kivéve ha nagy hatékonyságú dialízist alkalmazunk (20), instabil keringés, ischiemiás szívbetegség esetén (4, 15, 21, 23, 26, 27, 33), vegetatív dysfunctio betegekénél (26, 36), valamint az AHD során neurológiai tüneteket és kóros EEG eltéréseket mutató betegekben (5, 13, 14). Saját megfigyelésünk alapján az urémiás gyermekek a BHD-t klinikailag jobban tolerálták, a sav-bázis, a vér-gáz, az ozmolalitás, a vérnyomás értékek, a klinikai tünetek megjelenése és az EEG kép kedvezőbben alakultak. Így valamennyi betegnek, akinél az említett társuló rendellenességek jelen vannak, javasoljuk a BHD kezelés alkalmazását.

IRODALOM: 1. Aizawa, Y., Ohmori, T., Imai, K. és mts.: Depressant action of acetate upon the human cardiovascular system. Clin. Nephrol. 1977, 8, 477. — 2. Ando, R., Saito, H., Takeuchi, J.: Factors that affect oxygen affinity of hemoglobin in chronic hemodialysis patients. Nephron, 1987, 46, 268. — 3. Arieff, A. I., Massry, S. G., Barrientos, A. és mts.: Brain water and electrolyte metabolism in uremia: effects of slow and rapid hemodialysis. Kidney Int., 1982, 4, 177. — 4. Bijphala, S., Bell, A. J., Bennett, C. A. és mts.: Comparison of high and low sodium bicarbo-

nate and acetate dialysis in stable chronic hemodialysis patients. *Clin. Nephrol.*, 1985, 23, 179. — 5. *Brocard, O., Andre, J. L., Pierson, M.*: Modifications electroencephalographiques chez l'enfant dialyse selon divers protocoles. *Nephrologie*, 1986, 7, 181. — 6. *Brubaker, L. H., Nolph, K. D.*: Mechanism of recovery from neutropenia produced by hemodialysis. *Blood*, 1971, 38, 623. — 7. *Campese, V. M.*: Cardiovascular instability during hemodialysis. *Kidney Int.* 1988, suppl. 24., S186. — 8. *Cardoso, M., Vinay, P., Vinet, B. és mts.*: Hypoxemia during hemodialysis: a critical review of facts. *Am. J. Kidney Dis.*, 1988, II, 281. — 9. *Chen, T. S., Friedman, H. S., Del Monte, M. és mts.*: Haemodynamic changes during dialysis. *Proc. Clin. Dial. Transplant. Forum*, 1979, 9, 66. — 10. *Daly, J. W.*: Adenosine receptors: Targets for future drugs (Perspective). *J. Med. Chem.*, 1982, 25, 197. — 11. *Danielsson, A., Freyschuss, U., Bergstrom, J.*: Cardiovascular function and alveolar gas exchange during isovolemic hemodialysis with acetate in healthy man. *Blood Purif.*, 1987, 5, 41. — 12. *De Backer, W. A., Heyrman, R. M., Wittesaele, W. M. és mts.*: Ventilation and breathing patterns during hemodialysis induced carbon dioxide unloading. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1987, 136, 406. — 13. *Ford, D. M., Portman, R. J., Hurst, D. L. és mts.*: Unexpected seizures during hemodialysis (Effect of dialysate prescription). *Ped. Nephrol.*, 1987, 1, 597. — 14. *Graefe, U., Milutinovich, J., Follette, W. C. és mts.*: Less dialysis induced morbidity and vascular instability with bicarbonate in dialysate. *Ann. Int. Med.*, 1978, 88, 332. — 15. *Hakim, R. M., Pontzer, M. A., Tilton, D. és mts.*: Effects of acetate and bicarbonate dialysate in stable chronic dialysis patients. *Kidney Int.*, 1985, 28, 535. — 16. *Hapl, H., Palprer, H., Unger, V. és mts.*: Hemodynamic changes during hemodialysis, sequential ultrafiltration and hemofiltration. *Kidney Int.*, 1980, 18, S83. — 17. *Henrich, W. L., Woodward, T. D., Blachey, J. D. és mts.*: Role of osmolality in blood pressure stability after dialysis and ultrafiltration. *Kidney Int.*, 1980, 18, 480. — 18. *Hsu, C. H., Swartz, R. D., Somermeyer, M. G. és mts.*: Bicarbonate hemodialysis: Influence on plasma refilling and hemodynamic stability. *Nephron*, 1984, 38, 202. — 19. *Hunt, J. M., Chappell, T. R., Henrich, W. L. és mts.*: Gas exchange during dialysis. (Contrasting mechanism contributing to comparable alterations with acetate and bicarbonate buffers.) *Am. J. Med.*, 1984, 77, 255. — 20. *Kaiser, B. A., Potter, D. E., Bryant, R. E. és mts.*: Acid-base changes and acetate metabolism during routine and high efficiency hemodialysis in children. *Kidney Int.*, 1981, 19, 70. — 21. *Kampl, H., Schafer, G. E., Kessel, M.*: Haemodynamic state in severe chronic renal failure (Pathoph-

ysiological aspects of cardiovascular function and importance of bicarbonate dialysis): *Nephron*, 1985, 39, 102. — 22. *Kjelest- rand, C. M.*: Osmolar changes during dialysis. *Int. J. Artif. Organs*, 1980, 3, 251. — 23. *Leunissen, K. M., Cheriex, E. C., Jassen, J. és mts.*: Influence of left ventricular function on changes in plasma volume during acetate and bicarbonate dialysis. *Nephrol. Dial. Transplant.*, 1987, 2, 99. — 24. *Liang, C. S., Lowenstein, J. M.*: Metabolic control of the circulation: Effects of acetate and pyruvate. *J. Clin. Invest.*, 1978, 62, 1029. — 25. *Malberti, F., Surian, M., Colussi, G. és mts.*: Acid-base status and dialysis symptoms in different forms of renal replacement therapy. *Kidney Int.*, 1988, suppl. 24, S117. — 26. *Mansell, M. A., Wing, A. J.*: Acetate or bicarbonate for hemodialysis. *Br. Med. J.*, 1983, 287, 308. — 27. *Mansell, M. A., Morgan, S. H., Kong, C. és mts.*: Effects of acetate or bicarbonate hemodialysis on cardiocirculatory function and acid-base balance. *Contrib. Nephrol.*, 1984, 41, 380. — 28. *Mansell, M. A., Morgan, S. H., Moore, R. és mts.*: Cardiovascular and acid-base effects of acetate and bicarbonate hemodialysis. *Nephrol. Dial. Transplant.*, 1987, 1, 229. — 29. *Novello, A., Kelsch, R. C., Easterling, R. E.*: Acetate intolerance during hemodialysis. *Clin. Nephrol.*, 1976, 5, 29. — 30. *Oh, M. S., Uribarri, J., Del Monte, M. L. és mts.*: Consumption of CO₂ in metabolism of acetate as an explanation for hypoventilation and hypoxaemia during dialysis. *Kidney Int.*, 1979, 16, 895. — 31. *Pagel, M. D., Ahmad, S., Vizzo, J. E. és mts.*: Acetate and bicarbonate fluctuations and acetate intolerance during dialysis. *Kidney Int.*, 1982, 21, 513. — 32. *Ramirez, G., Collice, G. L., James, S. és mts.*: Increase in P₅₀ with use of bicarbonate hemodialysis. *Int. J. Artif. Organs*, 1987, 10, 361. — 33. *Scheppach, W., Kortmann, B., Burghardt, W. és mts.*: Effects of acetate during regular hemodialysis. *Clin. Nephrol.*, 1988, 29, 19. — 34. *Schultze, G., Maiga, M., Neumayer, H. H. és mts.*: Prostaglandin E₂ promotes hypotension on low-sodium hemo-dialysis. *Nephron*, 1984, 37, 250. — 35. *Tolchin, N., Roberts, J. L., Hayashi, J. és mts.*: Metabolic consequence of high mass-transfer hemodialysis. *Kidney Int.*, 1977, II, 366. — 36. *Velez, R. L., Woodward, T. D., Henrich, W. L.*: Acetate and bicarbonate hemodialysis in patients with and without autonomic dysfunction. *Kidney Int.*, 1984, 26, 59. — 37. *Vinay, P., Prud Homme, M., Vinet, B. és mts.*: Acetate metabolism and bicarbonate generation during hemodialysis: 10 years of observation. *Kidney Int.*, 1987, 31, 1194.

(Dobos Éva dr., Szeged, Pf. 471. 6701)

KÓRHÁZAK, KÖRZETI és MAGÁNORVOSI RENDELŐK MŰSZEREZÉSÉHEZ

közvetlen japán gyártóktól kapott ajánlatok alapján, rendkívül előnyös feltételek mellett vállaljuk különféle orvosi műszerek beszerzését.

Jelenlegi ajánlatunk:

- Ultrahang Doppler véráramlásmérők
- Szemfenéktükrök
- Spiroanalizátorok
- Asztali sterilizátorok
- Fogászati kezelőegységek

INTERCOOPERATION RT.

(Member of Getz Corporation USA)

Műszer és Orvostechnikai Osztály

Budapest VIII. Gyulai Pál u. 13.

Tel. + Fax.: 138-3371/Nyirjesy Gyula mérnök-üzletkötő

A HADECO ES—100X Mini Doppler típusú ultrahangos

véráramlásmérő készülék magyarországi kizárólagos forgalmazója:

INTERCOOPERATION RT.

Magyarországi szervező:

SAMORDIN KFT. Budapest VI., Teréz krt. 40. ☎ 111-9467

Cefobid*

1 g és 2 g
injekció

Széles spektrumú antibiotikum im./iv. 12 óránként

Széles spektrumú félszintetikus cefalosporin antibiotikum. Baktericid hatású. Nagyobb mennyiségben epével, kisebb koncentrációban a vizelettel választódik ki.

HATÓANYAG: 1g, ill. 2 g cefoperazonum (nátriumsó formájában) porampullánként.

JAVALLATOK. Cefobidra érzékeny mikroorganizmusok okozta alsó és felső légúti fertőzések, húgyúti infekciók, peritonitis, cholecystitis, cholangitis és más intraabdominális fertőzések, septikaemia, meningitis, bőr-, lágyrész-, csont és ízületi fertőzések, medenceüri gyulladások, endometritis, gonorrhoea és a nemi szervek egyéb fertőzései.

Postoperatív fertőzések megelőzésére elsősorban hasi, nőgyógyászati, cardiovascularis és ortopédiai műtétek előtt.

A Cefobid antibakteriális spektruma kiterjed a legfontosabb **Gram-pozitív** kórokozókra, a Staphylococcus aureus penicillinázt termelő törzseire is, valamint a **Gram-negatív** kórokozók 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 infudálni. Ha Aqua destillata pro inj. az oldószer, az oldási térfogat maximálisan 20 ml.

Cefobid*

Direkt intravénás injekcióban egyszeri legnagyobb adagja **felnőtteknek 2 g, gyermekeknek 50 mg/ttkg.** Ezt a mennyiséget annyi megfelelő oldószerben kell oldani, hogy az oldat koncentrációja 100 mg/ml legyen és lassan, legalább 3-5 percig kell beadni.

Intramuskuláris alkalmazás

Az ampulla tartalmát annyi Aqua dest. pro inj.-ban kell oldani, hogy a nyert oldat koncentrációja 250 mg/ml legyen. Ha az oldat koncentrációja 250 mg/ml-nél nagyobb, készítéséhez Lidocain inj. használandó. Az opálósodás elkerülése céljából az oldat elkészítése 2 lépésben történjen: a porampulla tartalmát először desztillált vízzel kell oldani, majd megfelelő mennyiségű 2%-os Lidocain oldattal hígítani.

MELLÉKHATÁSOK: maculopapulás kiütés, urticaria, eosinophilia, láz. Előfordulásuk allergiás, ill. penicillinérzékeny betegeken gyakoribb. Neutrofil leukociták számának csökkenése, tartós kezelés esetén reverzibilis neutropenia, a direkt Coombs-teszt pozitívvá válhat, haemoglobin és haematokrit érték csökkenése, átmeneti eosinophilia ill. hypoprothrombinaemia előfordulhat. A SGOT, SGPT és az alkáli foszfatáz értékek átmeneti emelkedése.

Lágy széklet vagy mérsékelt hasmenés. Intravénás alkalmazáskor ritkán phlebitis.

FIGYELMEZTETÉS: Penicillinérzékenység és más gyógyszerallergia esetén óvatosság ajánlatos. A részleges penicillin- és cefalosporin keresztallergiára klinikai és laboratóriumi adatok vannak. Az epével nagy mennyiségben választódik ki. Májbetegségben és/vagy epeelzáródásban a szérum felezési idő hosszabb és a vizelettel történő kiválasztás fokozódik. Még súlyos májkárosodás esetén is terápiás koncentráció alakul ki az epében, emellett gyógyszer felezési ideje 2-4-szeresére nő. Epeelzáródás, súlyos májbetegség és egyidejűleg fennálló vesekárosodás esetén az adagot csökkenteni kell. Ilyenkor a napi adag a 2 g-ot nem haladhatja meg.

A haemodialízis a felezési időt kissé csökkenti, amit a dialízis ideje alatt figyelembe kell venni.

Más antibiotikumokhoz hasonlóan K-vitamin hiányt okozhat, ilyenkor prothrombin idő ellenőrzés, K-vitamin pótlás szükséges. A kezelés alatti és az alkalmazást követő 5 napon belüli alkoholfogyasztás kipirulást, izzadást, fejfájást, tachycardiát okozhat.

Tartós alkalmazása rezisztens mikroorganizmusok elszaporodását eredményezheti.

Glükóz kimutatása a vizeletből - Fehling vagy Benedict oldat alkalmazása esetén - álpozitív reakciót adhat.

A Cefobid és az aminoglikozidok oldatai egymással nem keverhetők, mivel közöttük inkompatibilitás áll fenn.

Együttadásuk esetén a készítményeket egymás után és külön infúziós szerelékkel ill. külön helyre kell beadni. Ajánlatos elsőnek Cefobidot adni. Vesefunkció ellenőrzés is szükséges együttes terápiánál.

Terhes asszonyokon és éretlen újszülötteken még nincsenek megfelelően ellenőrzött vizsgálatok, e betegeknek csak a gyógyszer adásának előnyeit és lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható.

Kis mennyiségben kiválasztódik az anyatejvel, ezért a szoptatás ideje alatt csak óvatosan alkalmazható.

MEGJEGYZÉS:

++ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti /gondozóintézeti/ felhasználásra.

CSOMAGOLÁS:

1 amp. /1 g/

1 amp. /2 g/

FORGALMAZZA: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együttműködés alapján.



Transabdominalis chorion-aspiráció a terhesség második trimeszterében

Hajdu Krisztina dr., Intódy Zsolt dr.*, Tóth András dr., Rajczy Klára és László János dr.

Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Gáti István dr.)

A szerzők 1987–1989-ben végzett 377 második trimeszterbeli transabdominalis chorion-aspiráció (TA CVS) során nyert tapasztalataikról számolnak be. A vizsgálatot dupla tűs módszerrel, folyamatos ultrahangvezérléssel végezték. Minden esetben sikerült a lepénybe történő egy behatolással kellő mennyiségű chorion-bolyhot nyerni, és a direkt kromoszómapreparálás is minden esetben eredményes volt. A beavatkozás szülészeti szövődeményeit az első 300 kiviselésre szánt egyes terhesség kimenetelének értékelésével elemzik: a vetélési kockázat eddigi tapasztalataik alapján nem magasabb a magzatvíz-vételénél.

Kulcsszavak: chorion-aspiráció, második trimeszter, transabdominalis behatolás

Az ultrahangdiagnosztika fejlődése egyrészt kiszorította a vizsgálóeljárások közül néhányat (például a fetoscopiát), másrészt új módszerek kifejlesztését tette lehetővé, illetve kívánta meg. A chorionbolyg-mintavétel (CVS) a hetvenes években próbálták fetális sejtek nyérésére felhasználni. Miután sikerült a trophoblastsejtekből magzati kromoszóma- és enzimvizsgálatokat elvégezni (1) bebizonyosodott, hogy a CVS során nyert minta alkalmas a magzati diagnosztikára. A chorionbolyg-mintavétel rutinszerű alkalmazása során először az első trimeszterbeli transcervikális aspiráció terjedt el legszélesebb körben (1, 3, 10), annak ellenére, hogy korán leírták a transabdominális behatolást is (8). Később bebizonyosodott az is, hogy nemcsak az első trimeszterben, hanem a terhesség későbbi szakaszában is alkalmazható (9) a *Simoni* által leírt direkt kromoszóma-preparálási módszer (7), mely lehetővé teszi a gyors karyotypizálást.

A hasfalon keresztül történő mintavétel és a fent említett kromoszómapreparálási módszer birtokában a terhesség bármely szakaszában, a lepény elhelyezkedésétől függetlenül elvégezhető a gyors karyotypizálás, melynek nagy

Transabdominal chorionic villi sampling in the second trimester of pregnancy. The authors report their experiences with 377 transabdominal chorionic villi samplings performed in the second trimester of pregnancy, between 1987–1989. They used the double needle technique with continuous ultrasound guidance. In every case they could get a sufficient amount of villi from one puncture, and there was no unsuccessful direct chromosome-preparation. The obstetrical complications of the procedure were measured by the analysis of the outcome of the first 300 pregnancies intended to continue: the abortion rate after the transabdominal chorionic villi sampling seems to be lower, than after amniocentesis.

Key words: chorionic villi aspiration, second trimester, transabdominal

jelentősége van a terhesség továbbviselésére, illetve az újszülött kezelésére vonatkozó javaslatunkban.

Az Orvostovábbképző Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Prenatális Diagnosztikai Centrumában 1987 őszén vezettük be a transabdominalis chorion-aspirációt (TA CVS). Mivel a módszer rendkívül jelentős a malformációk prenatális diagnosztikájában, tapasztalatainkat érdemesnek tartjuk közreadásra.

Beteganyag és módszer

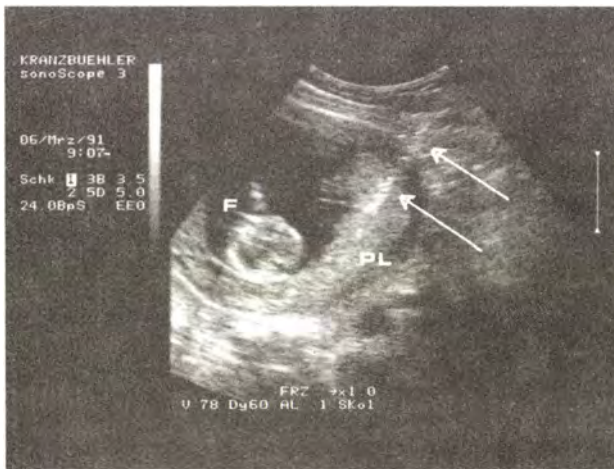
1987. szeptember 1. és 1989. december 31. között 413 TA CVS-t végeztünk, ebből 30-at a terhesség első, 377-et a második, 6-ot a harmadik trimeszterében. Jelen cikkünkben a 377 második trimeszterbeli chorion-aspirációt tárgyaljuk. A vizsgálatok indikációit az 1. táblázat tünteti fel. A TA CVS előtt éppúgy, mint a többi

1. táblázat: A második trimeszterbeli TA CVS indikációi (OTE, 1987–1989. december 31.)

Magas anyai életkor (35 év felett)	346 (5 iker)
Előzetes kromoszómarendellenesség	11
Ultrahanggal észlelt rendellenesség	9 (1 iker)
Szülei kromoszómarendellenesség	6
X-kromoszómához kötött betegség	3
Anyagcserebetegség (Hunter-kór)	1
Alacsony anyai se-AFP	1
Összesen	377 (383 magzat)

*Jelenlegi munkahelye: Fővárosi Uzsoki utcai Kórház-Rendelőintézet II. Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály (főorvos: Tallián Ferenc dr.)

prenatális genetikai vizsgálat előtt részletes ultrahangvizsgálatot végeztünk, és a terhest, valamint az esetek többségében a férjét is részletesen felvilágosítottuk a vizsgálat menetéről, lehetséges szövődményeiről, és azt csak írásbeli kérelmükre végeztük el. A TA CVS ambuláner történt, a *Hahmann* által leírt (8), általunk a magzati vérvételnél is alkalmazott (4) „dupla tű módszerrel”, „free hand” technikával. Ennek lényege, hogy helyi érzéstelenítésben egy 1,2 mm-es átmérőjű, 15 cm hosszú tű folyamatos ultrahang kontroll mellett átvezettünk az anya hasfalán és az uterusfalán úgy, hogy a hegye éppen a lepényszövetbe hatoljon. Ezután a mandrint eltávolítva helyére vékonyabb, 0,8 mm-es átmérőjű, 4 cm-rel hosszabb tűt vezetünk, melyre egy 20 ml-es, kevés tápfolyadékot tartalmazó fecskendőt illesztve, avval vákuumot létesítve, a vastag tű fixálása után a vékonyabbat a tengelyében mozgatva chorionbolyhot aspirálunk (1. ábra). A nyert mintát a műtőben sztereomikroszkóppal azonnal megvizsgáljuk, eldöntve, hogy mennyisége elegendő-e a cytogenetikai, vagy esetleg



1. ábra: A transabdominális CVS ultrahangképe. PL: placenta; F: fetus; →: tű

más diagnózishoz. Amennyiben nem, a vékonyabb tűt az addig a helyén hagyott vastagabb vezető tűn keresztül ismét bevezetjük és megszívjuk. Egy héttel a vizsgálat után a terhességeket ultrahanggal ellenőriztük a magzat élő voltának, a magzatvíz mennyiségének, és esetleges haematoma észlelésének céljából. Ezután a terhesek a területileg illetékes terhesgondozóban részesültek ellátásban. A terhességek kimeneteléről kérdőívek útján tájékoztottunk. Vetélések, esetleges perinatális elhalás után boncjegyzőkönyvek bekérése segítségével szereztünk információt. A megszakított terhességekben fibroblast-, vagy lymphocytate nyésztés, illetve a magzatok részletes embriopatológiai vizsgálata történt.

A cytogenetikai feldolgozást *Simoni* (7) direkt kromoszóma-preparálási módszerének kisméretű változtatásával végeztük (5). Néhány esetben külföldi kooperációban végzett DNS analízissel, vagy enzimmeghatározással született diagnózis.

A vizsgálat szülészeti szövődményeinek értékelése céljából eredményeinket az intézetünkben végzett utolsó 540 amniocentesis kapcsán nyert tapasztalatainkkal hasonlítottuk össze.

Eredmények

Minden esetben (377 vizsgálat) legkevesebb 20 mg chorionbolyhot nyertünk a vastagabb tűvel történő egyetlen behatolásból. A vékonyabb, hosszabb tűvel szükséges aspirációk számát a 2. táblázat ismerteti. Igyekeztünk elkerülni a transzamiális behatolást, erre a lepény mélyén, a hátsó

falon történő elhelyezkedése miatt mindössze 21 esetben (5,57%) kényszerültünk. Sikertelen vizsgálatunk — sem a mintavételt, sem a kromoszóma-analízist tekintve — nem volt.

2. táblázat: A szükséges chorion-aspirációk száma

1: 221	} $\bar{X} = 1,55$
2: 116	
3: 28	
4: 12	

$\Sigma = 377$, transzamiális behatolás: 21 (5,57%)

A terminusát elért egyes terhességek kimenetelét az első 300 kiviselésre szánt és már terminusát elért eset feldolgozása segítségével elemeztük. Kromoszómarendellenesség miatt 20, DNS analízissel igazolt magzati ártalom miatt 2 terhességet szakítottunk meg (3. táblázat). A DNS analízist a laboratóriumunkban végzett nemmeghatározás

3. táblázat: 377 TA CVS után kóros eredmény miatt megszakított terhességek megoszlása

Kromoszómarendellenesség:	n = 20
+ 21	13
+ 18	2
+ 13	1
tetraploidia	1
XYY	1
XO	1
kiegyensúlyozatlan translokáció	1
DNS analízissel igazolt beteg fiúmagzat	n = 2
Haemophilia „A”	1
Duchenne-kór (DMP)	1

után fiúmagzatok esetén a OHVI és a koppenhágai Rigshospitalet, a leideni Academisch Ziekenhuis (Hollandia) és az enzimvizsgálatot a rotterdami Erasmus Universiteit enzimlaboratóriuma végezte. A 23. terhességben, melyet polycystás vesék és oligohydramnion miatt szakítottunk meg, kromoszómaeltérést nem találtunk. 5 esetben észleltünk olyan kromoszómaaberrációt, mely miatt nem szakítottuk meg a terhességet (4. táblázat). A két kiegyensúlyozott transzlokációs eset mellett egy esetben a lepényi sejtekben kimutatott marker kromoszómát, két esetben pe-

4. táblázat: TA CVS során észlelt kóros cytogenetikai diagnózis — terhességmegszakítás nem történt

Eredmény	n	Magzatvíz	Kimenetel
Kiegyensúlyozott transzlokáció	2	— —	egészséges
47,XX+20/46,XX	1	46,XX	egészséges
47,XY+13/46,XY	1	46,XY	egészséges
47,XX (+mar)	1	46,XX	egészséges

dig mozaicizmust amniocentesisel nyert magzatvíz tenyésztésével zártuk ki. E három utóbbi esetben a 14., illetve a 15. terhességi héten végzett TA CVS-t követően a 16., illetve a 17. héten végeztünk magzatvízvételt. Így a 20. hétre mindhárom esetben megtörtént az amnion tenyésztésé-

nek kiértékelése. Az egyes terhességek közül a vizsgálatot követő három héten belül 6, három héten túl (a 28. terhességi hét betöltéséig) 2 terhesség szakadt meg. A 8 vetélés 2,66%-os veszteséget jelent (5. táblázat). A perinatális mortalitás 1,33%. Ez egy Coxackie-fertőzés miatt terminusban intrauterin elhalt, egy prenatálisan fel nem ismert

5. táblázat: 371 terhesség kimenetele TA CVS után

Megszakítás	23		
Vetélés <3 hét	6	} 2,66%	} 300
>3 hét	2		
Megszült	292		
Folyamatban van	48		
	371		

Ebstein-anomáliás és 2 kis súlyú koraszülött elvesztéséből adódik. A fejlődési rendellenesség és az 1000 g alatti újszülöttek kizárása után a tisztított perinatális mortalitás 0,66%. A fentiekén kívül a vizsgálat után megszületett csecsemőkön a következő rendellenességek fordultak elő: 1 szívfejlődési rendellenesség (4 hónapos, műtét után jól van), 1 vesecysta (műtét után jól van), 1 farkastorok.

Az 5. táblázatban nem szerepel az ikerterhességek kimenetele, de itt megemlítjük, hogy a 6. ikerterhességben végzett TA CVS után 1 vetélés zajlott le (nagyfokú hydramniont okozó iker-transzfúziós szindróma állt fenn), valamint egy omphalocelés újszülött a megszületés után, a gyermeksebészeti ellátás előtt meghalt (ez az ultrahanggal észlelt rendellenesség volt a vizsgálat indikációja, és miután kromoszómarendellenességet nem találtunk, a szelektív fetidid lehetősége fel sem merült). Minden ikerterhességben végzett TA CVS-nél mindkét magzat lepényéből szelektív mintavétel történt. Diszkordáns eredményt nem kaptunk.

A 6. táblázatban a TA CVS utáni terhességek kimenetelét utolsó 540 amniocentesisen átesett betegünk sorsával hasonlítottuk össze. TA CVS után 12 betegről nem érkezett visszajelentés. 245 újszülött született terminusban, és 28 a 37. terhességi hét betöltése előtt, így a koraszülés frekvenciája 9,33%. 72 császármetszést (24%) végeztek TA CVS után.

6. táblázat: Terhességek kimenetele amniocentesis és transzabdominalis chorion-aspiráció után

	AC (n = 540) (1986. I. 1-től)	TA CVS (n = 377) (1987–1989. XII. 31.)
Megszakítás	29 (5,3%)	23 (6,1%)
Vetélés	21 (3,88%)	8 (2,66%)
Megszült, érett kora	421	245
dysmaturus	52 (9,62%)	28 (9,33%)
perinatális mortalitás	17 (3,15%)	8 (2,66%)
tisztított PM	11 (2,03%)	4 (1,33%)
császármetszés	8 (1,48%)	2 (0,6%)
császármetszés	135 (25%)	72 (24%)
Folyamatban van	—	48
Visszajelentés nincs	8	12

Megbeszélés

Bár a TA CVS indikációs területe eredetileg a terhes késői (20. terhességi hét utáni) jelentkezése, illetve az ultrahanggal ebben a terhességi korban észlelt rendellenességek esetén szükséges gyors karyotipizálás volt, centrumunk gyakorlatában a magzatvíztenyésztés munka-, és vegyszerigényessége, valamint anyagi nehézségek miatt az amniocentesis alternatívájává vált. Mindazoknál a terheseknél, akik a betöltött II. gesztációs hét után jelentkeztek, és a magzati kromoszómavizsgálat indokolt volt, TA CVS-t végeztünk.

A második trimeszterben végzett 377 beavatkozásunk kóros eredménye miatt 22, és az ultrahanggal észlelt eltérés súlyossága miatt 1 esetben végeztünk terhességmegszakítást (23 eset, 6,10%). A vizsgálat utáni 8 vetélés (2,66%) értékelésekor utalnunk kell a háttérvesztésre, mely különösen ebben az anyai életkorban nem elhanyagolható (2). Nem tartjuk például egyértelműen a TA CVS szövődményének azt a vetélést, mely 42 éves gravida vizsgálata után 4 héttel zajlott le, és az amnionúrt bedomborító, 10 cm-t meghaladó nagyságú myoma mellett lépett fel. A szülészeti szövődmények nem emelkedtek a transzamiális behatolás, illetve a vékonyabb tüvel történt többszöri aspiráció után sem, azonban esetszámunkat kicsinek tartjuk még ennek a kérdésnek a végleges értékeléséhez. Eredményeinket a TA CVS értékelésekor az intézetünkben végzett 540 amniocentesis adataival hasonlítottuk össze. A magzatvíz-vétel kóros eredménye miatt a terhességek 5,3%-át szakítottuk meg, a vetélés gyakorisága 3,88% volt. A koraszülés (9,33, illetve 9,62%) és a császármetszés (24, illetve 25%) közel azonos frekvenciájú volt a TA CVS-en, illetve az amniocentesisen átesett terheseknél. A TA CVS kétségtelen előnye az amniocentesissel szemben, hogy a terhesség bármely időszakában elvégezhető, és lényegesen gyorsabban ad diagnózist. A hátrányát a cytogenetikai eredményben rejlő bizonytalanságok jelentik: egyrészt — miután a direkt módszer közismerten gyengébb minőségű preparátumot eredményez — bizonyos strukturális rendellenességek nehezen észlelhetők, másrészt gyakrabban fordul elő mozaicizmus (6). Ilyen esetekben szükség van további vizsgálatokra — magzatvíztenyésztésre, vagy magzati vérből lymphocytá-tenyésztésre —, hogy a magzat érintettségét kizárjuk. Ezt tettük saját két esetünkben is, ahol a TA CVS során nyert chorion feldolgozásakor mozaicizmust találtunk. Mindkét esetben magzatvíztenyésztéssel ép karyotípust igazoltunk, majd egészséges gyermekek születtek. 377 esetünkben nem volt példa ál-negatív, illetve ál-positív eredményre. Egyetlen megszületett gyermek esetében sem merült fel klinikailag kromoszómarendellenesség gyanúja, és a megszakított terhességek után sikeres fibroblast-tenyésztés, lymphocytatenyésztés, vagy a magzat embriopatológiai vizsgálata utalt a kromoszómaeltérésre.

A koraszülés (9,33%), a dysmaturitás (1,66%) és a császármetszés (24%) gyakoriságát nem tartjuk eltérőnek a hasonló életkorú, és ennél fogva a társuló patológiás jelenségeket (hypertonia, diabetes mellitus) nagyobb számban mutató terheseiktől. Maga a mintavétel technikailag — ultrahanggal vezérelt invazív vizsgálatokban gyakorlott team

kezében — aránylag egyszerű. Megfelelően megtervezett és kivitelezett behatolás után gyakorlatilag nem kell számolni anyai szövet (decidua) kontaminációjával. A gyors karyotipizálás másik elterjedt módszerével — az ultrahanggal vezérelt köldökzsinórponctióval — szemben a TA CVS lényegesen egyszerűbb, bár azt labortechnikai hiányosságai miatt például a strukturális kromoszóma-anomáliák felismerésében nem helyettesítheti.

Összefoglalásul megállapíthatjuk, hogy a TA CVS mintavételi módszere begyakorolt team, megfelelő cytogenetikai laboratóriumi háttér, valamint további fejlettebb technikai lehetőségek birtokában az amniocentesis alternatívájaként alkalmazható. Szülészeti szövődeményei eddigi tapasztalataink szerint nem haladják meg a transcervikális chorion-aspiráció és az amniocentesis kapcsán leírtakat.

Köszönetnyilvánítás: A diagnózis felállításában nyújtott segítségükért köszönet illeti elsősorban az Orvostovábbképző Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Cytogenetikai Laboratóriumának asszisztensnőit: Koltainé Ambrus Évát, Ullrich Olgát. A haemophiliás, DMP-s és Hunter-kóros esetek vizsgálatáért pedig a következő intézeteknek tartozunk köszönettel: Országos Haematológiai és Vértransfúziós Intézet Rigshospitalet University Hospital, Copenhagen, Dánia

Rijksuniversiteit Leiden, Hollandia
Erasmus Universiteit Rotterdam, Hollandia

IRODALOM: 1. Brambati, B., Simoni, G., Danesino, C. és mtsai: First trimester fetal diagnosis of genetic disorders: clinical evaluation of 250 cases. *J. Med. Gen.* 1985, 22, 92. — 2. Gustavii, B.: Chorionic biopsy and miscarriage in first trimester. *Lancet*, 1984, i, 562. — 3. Intödy Zs., Hajdu K., Tóth A. és mtsai: Prenatális diagnosztika a terhesség első trimeszterében — túl az első 100 eseten. *Orv. Hetil.* 1987, 128, 821. — 4. Intödy Zs., Hajdu K., László J.: A magzati vérvétel lehetőségei. *Magy. Nőorv. L.* 1987, 50, 329. — 5. Intödy Zs.: Invazív módszerek szerepe a praenatális genetikai diagnosztikában. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1987. — 6. Kalousek, D. K., Dill, F. J.: Chromosomal mosaicism confined to the placenta in human conceptions. *Science* 1983, 221, 665. — 7. Simoni, G., Brambati, B., Danesino, C. és mtsai: Efficient direct chromosome analysis and enzyme determinations from chorionic villi samples in the first trimester of pregnancy. *Hum. Genet.* 1983, 63, 349. — 8. Smidt-Jensen, S., Hahnemann, N.: Transabdominal fine needle biopsy from chorionic villi in the first trimester. *Prenat. Diagn.* 1984, 4, 163. — 9. Szabó, J., Herczeg, J., Thurzó, L. és mtsai: Karyotyping from uncultured human trophoblast in the first trimester of pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1984, 64, 807. — 10. Szabó J., Gellén J., Szemere Gy.: Transcervikális chorionbiopsziával szerzett klinikai tapasztalatok. *Orv. Hetil.* 1986, 127, 2731.

(Hajdu Krisztina dr. Budapest, Pf. 112. 1389)

MOTILIUM

filmbevonatú tablettá

HATÓANYAG

10 mg domperidonum tablettánként.

HATÁS

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

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

JAVALLATOK

A gastroduodenalis regio funkcionális zavara, hipotóniás és hipomotilitásos állapota, reflux oesophagitis, diabéteses enteropathia, ulcusban adjuvánsként a tünetek mérséklése, irritabilis colon syndroma. Dyspepsiás tünetekkel, csökkent gyomorürüléssel gastro-oesophagalis refluxszal, oesophagitissal járó kórképekben a kísérő tünetek (epigastriális teltségérzés, abdominális feszülés, fájdalom, felbőfőzés, flatulencia, hányinger, gyomorégés, esetleg a gyomortartalom regurgitációja) anyhíttása. Különböző eredetű nausea és hányás.

ELLENJAVALLATOK

Hyperprolactinaemia. Bár az állatokon végzett vizsgálatokban nem volt teratogén hatású, és a magzatba nem penetrált, terhes nőknek való adagolásra elegendő tapasztalat nincs, ezért terhesség és szoptatás idején az adása nem javallt. Újszülötteknek, csecsemőknek 1 éves életkorig nem adható. (Mivel ebben a korban a vér-agy-gát működése és a gyógyszerek metabolizmusa nem teljes.)

J 800

J 310

ADAGOLÁS

Felnőtteknek általában naponta 3–4 tabl., étkezés előtt kb. 15–30 perccel. Szükség esetén — kivételesen — napi 3 × 2-re emelhető az adag. **Gyermekeknek** általában 20–30 ttkg között: naponta 2 × tabl., 30 kg felett: naponta 2 × 1 tabl.

MELLÉKHATÁSOK

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Együttadása tilos!

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS *

Csak vénre adható ki! Az orvos rendelkezőse szerint — egy vagy két alkalommal — ismételtető.

CSOMAGOLÁS

50 db filmbevonatú tablettá

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Az analis fissurák ambuláns kryotherapiája

Krasznay Péter dr.

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

A szerző 55 analis fissurában szenvedő beteg ambuláns kryotherapiájával szerzett tapasztalatairól számol be. Az eljárás egyszerű, szövődmenyt nem, vagy alig okoz, járóbeteg-rendelésen alkalmazható. Az utánvizsgálaton megjelent 47 beteg (az összes kezelt 85,5%-a) mindegyike gyógyult, recidíva nem fordult elő. Az eddigi jó tapasztalatok alapján a módszer alkalmazása szélesebb körben ajánlott.

Kulcsszavak: analis fissura, kryotherapia

Az analis fissura a canalis analis nyálkahártyájának fekélye, melynek alapján a felületes sphincter izomzat jól látható. Mintegy 90%-ban a hátsó, 10%-ban a mellső commissurában található (7). A nemek aránya azonos. A fissura belső végén a gyulladáshoz vezető folyamat analis papilla fibrosist, ill. hypertrophiát, külső szélen túlsarjadzást okoz. Így alakul ki a jellegzetes kórbonctani trias: a hypertrophisált analis papilla, maga a fissura és az ún. előőrscsomó, a caruncula. A gyógyítás mindhárom részre kiterjedő gyökeres megoldást igényel (6). Az analis fissura vezető tünete a székelés alatti és utáni — esetleg órákig, nemegyszer napokig tartó — kínzó fájdalom. Amennyiben a konzervatív kezelés (10) eredménytelen, műtéti beavatkozás válik szükségessé. Ezek módja az utóbbi időben kikristályosodott (5, 8, 11, 13), azonban hazai körülményeink között ez kórházi felvételt jelent és műtétet tesz szükségessé. Nyilvánvaló az igény a gazdaságosabb, járóbeteg-rendelésen végezhető eljárások iránt. Az *Antebi és mtsai* (1) által leírt sclerotherapya indikációs köre korlátozott, ígéretesebb módszer az analis fissurák kryodestructiója (2, 6, 9, 12). A könnyen elsajátítható, ambuláns végezhető, egyszerű eljárással szerzett tapasztalatainkról számolunk be az alábbiakban.

Anyag és módszer

Az egri Markhot Ferenc Kórház Sebészeti és Érsebészeti Osztálya keretén belül működő proctologiai ambulancián 1985. július 1. és 1989. december 31. között 123 beteget kezeltünk fissura miatt (1. táblázat), (65 férfi, 58 nő, korátlag 48,7 év, szélső értékek 10 és 74 év).

54 beteg szokványos konzervatív kezelésre (10) (székletrendezés, magas rosttartalmú diéta, gyulladáscsökkentő, fájdalomcsillapító hatású kúpok) 7–10 nap alatt panaszmentessé vált. Hét beteg az első vizsgálat után fájdalmaira hivatkozva további ambu-

Outpatient cryosurgery of anal fissures. The author reports 55 patients suffering anal fissure treated by cryosurgery. The method is simple, causes almost no complication, and a real outpatient way of treatment. 47 patients were controlled (85.5 per cent of all). There was no recurrence or remaining complaint. Regarding his own experience the method is recommended.

Key words: anal fissure, cryosurgery

1. táblázat: A betegek megoszlása

Konzervatív kezelésre gyógyult	54
Primeren műtétre került	7
Kryodestructióval kezelt	62
Ebből gyógyult	55+
Eredménytelenség miatt műtétre került	6
Szövődmeny miatt műtétre került	1
Összesen:	123

+ 5 beteg ismételt kezelésre

lans kezeléstől elzárkózott, és altatásban történő beavatkozást kért. Őket osztályunkra felvéve általános anaesthesiában megoperáltuk. Hatban nem csak sphincterspasmust, hanem fibrosist is találtunk. Mindannyian gyógyultak. 62 esetben az eredménytelen konzervatív kezelést követően kryofissurectomiát végeztünk. Térd-könyök helyzetben 1%-os Lidocainnal infiltráltuk a fissura alapját, majd ablakos anoscopon keresztül kimetsztük a hypertrophisált papillát, valamint a carunculát. Ezután 3 × 1 perces fagyasztást végeztünk Erbe típusú nitrogénoxidul-gázos kryoszondaival egy-egy perc szünet közbeiktatásával *Ritter* (6) ajánlása alapján. Végül fájdalomcsillapító, nyugtató hatású kúpot (tartalma: bensocain, perubalzsam, belladonna) helyeztünk a végbélbe. A betegeket egy hét múlva visszarendeltük. Ha a beteg a beavatkozást követően jelentős javulásról számolt be, a kezelést befejeztük azzal, hogy kiújulás esetén feltétlenül jelentkezzen.

Nem kielégítő hatás miatt 5 esetben a kezelést megismételtük, hat beteget pedig osztályra felvéve megoperáltunk. Mindannyian gyógyultak.

Egy betegben alakult ki a kezelés rovására írható szövődmeny három nappal a kryodestructio után; perianalis abscessus. Sphinctero-onkotomia után tályogja gyógyult.

Eredmények

Az 55, csak ambuláns kryotherapiában részesített beteget 1990 tavaszán utánvizsgálatra visszarendeltük. Ez a kezelést követően 3–56 hónapra történt. 47-en jelentek meg

(85,5%). A kontrollvizsgálaton minden beteg panaszmentes volt. Recidíva nem fordult elő. Átlagosan 13 nappal a kezelést követően érezték magukat gyógyultnak. (Szélső értékek egy nap és három hét.) Csupán 6 beteg tett említést 1–2 hónapig tartó residuális tünetekről, mint enyhe, székelés után néhány percig tartó fájdalom, ill. csípő érzés, váladékozás, peccsételő vérzés, de ők is elégedettek voltak az elért eredménnyel, határozottan megkülönböztették ezeket az „alig” panaszokat az előzőektől. Mindenkin rectalis digitalis és anoscopos vizsgálatot végeztünk. Az eredményeket a 2. táblázatban foglaltuk össze. Látható, tapintható elváltozás nélkül gyógyult 21 beteg.

2. táblázat: Az utánvizsgálat eredménye (47 beteg)

	N
Nyom nélkül gyógyult	21
Mínimális hegesezés	11
Mínimális tónusfokozódás	5
Mindkettő	10
Összesen	47

Ha a frissúra hegét anoscoppal fel lehetett fedezni, mínimális hegesezését írtunk le. Manometer hiányában tapasztalatunkra hagyatkozva ítéltük meg az anális sphincter tónusát. Jelentősebb eltérést nem tapasztaltunk.

Megbeszélés

A kezdeti állapotban lévő anális fissura, mely csak a nyálkahártyákra lokalizálódik (1. stadium, vagy akut fissura) szokványos helyi kezelésre meggyógyulhat. Ha a fájdalom következtében egyre fokozódó sphincterparasmus alakul ki, sebészi beavatkozás válik szükségessé (2. stadium). Ez hazai körülmények között a beteg kórházi ápolását jelenti. A kryofissurectomia ezzel szemben ambuláns módszer, proctológiai rendelőben is elvégezhető, eddigi tapasztala-

taink szerint jó hatású. Ha már fibrosis alakult ki (3. stadium), Ritter (6) szerint csak a műtét segít.

A kryohatás mechanizmusával számos szerző foglalkozott (2, 3, 4). Ezek alapján az anális fissurák kryodestructionja a következők szerint fejtheti ki hatását:

1. A hideghatás bizonyos mélységben egyenletes szövethalást okoz. A lelködést követően a seb egyenletesen sarjad és meggyógyul.

2. A szövetnecrosis mélységében az érzőidegvégződések is elpusztulnak, ami fájdalomcsillapító hatást eredményez.

3. Az analgetikus hatás és a záróizomzat felületes destructionja átmeneti „fiziologias sphincterotomiát” hoz létre, megszakítva a kialakult circulus vitiosust.

IRODALOM: 1. Antebi, E., Schwartz, P., Gilon, E.: Sclerotherapy for the Treatment of Fissure in Ano. Surg. Gynec. Obstet. 1985, 160, 204. — 2. Cavina, E., Evangelista, G., Seccia, M.: Cryosurgery of Anal Fissures: The Cryosphincterotomy. 4. Congresso Mondiale Criochirurgica, Sanremo, 1980, 487. — 3. Changyul, Oh.: Treatment of Hemorrhoids and Application of Cryotechnique. M. Sinai J. Med. 1975, 42, 179. — 4. Gill, W., Fraser, J. Sr., Costa, J. D. et al.: Cryosurgical Lesion. Am. J. Surg. 1970, 36, 437. — 5. Hsu, T. C., MacKeigan, J. M.: Surgical Treatment of Chronic Anal Fissure. Dis. Colon Rectum 1984, 27, 475. — 6. Littman, I., Berentey, Gy.: Sebészeti műtét. Medicina, Budapest. 1988, 454. — 7. Nardi, G. L., Zuidema, G. D.: Surgery. Essentials of Clinical Practice. Fourth Edition. Boston, 1982, 576. — 8. Notora, M. J.: The Treatment of Anal Fissure by Lateral Subcutaneous Internal Sphincterotomy. A Technique and Results. Br. J. Surg. 1971, 58, 96. — 9. O'Connor, J.: Cryosurgical Treatment of Anal Fissure. Abdom. Surg. 1975, 6, 296. — 10. Shib, H. A., Salvati, E. P., Rubin, R. J.: Conservative Treatment of Anal Fissure: An Unselected, Retrospective and Continuous Study. Dis. Colon Rectum, 1978, 21, 582. — 11. Tehirkow, G.: Posterior Midline Sphincterotomy in the Treatment of Chronic Anal Fissures. Coloproct. 1983, 5, 31. — 12. Villani, R. D., Nava, A.: L'associazione Sfinterotomia-Criochirurgica nel Trattamento delle Rhagadi Anali. Min. Chir. 1985, 40, 149. — 13. Watts, J. Mc. K., Bennett, R. C., Goligher, J. C.: Stretching of Anal Sphincter in Treatment of Fissure in Ano. Br. Med. J. 1964, 2, 342.

(Krasznay Péter dr., Eger, Pf.: 15. 3301)

A Magyar Radiológusok Társaságának Osteológiai Szekciója 1991. október 25–26-án Lillafüreden rendezi meg a III. OSTEOLÓGIAI NAPOKAT.

Tudományos témák: 1. Vállízület betegségei
2. Osteológiai kazuistikák
3. Szabad előadások

Részvételi díj: 1200,— Ft, mely magában foglalja az étkezéseket, 35 éven aluliaknak 1000,— Ft. Szálláslehetőség a Palota Szállóban.

Információ: dr. Gyarmati János intézetvezető főorvos, B.-A.-Z. Megyei Kórház Röntgen Intézet, Miskolc, Szentpéteri kapu 72–76. 3501 Pf. 188.

Jelentkezési határidő: 1991. szeptember 1.

A Magyar Radiológusok Társaságának Osteológiai Szekciója tudományos pályázatot hirdet „Az év legjobb osteológiai tárgyú közleménye” cím elnyerésére. Pályázni lehet 1990. évben nyomtatásban megjelent magyar vagy idegen nyelvű közleménnyel. A szekció vezetősége a pályázat beküldésének határidejét meghosszabbítja 1991. szeptember 1-ig. A pályázatokat a következő címre kérjük: dr. Forgács Sándor, az MRT—OS elnöke, Uzsoki Kórház Röntgendiagnosztikai Osztály, 1145, Budapest, Uzsoki u. 49.

A bőrcső carcinoma — az antethoracalis nyelőcső pótlás késői szövődménye

Bajusz Huba dr., Borbély László dr. és Horváth Örs Péter dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Sebészeti Klinika (igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)
Fogászati és Szájsebészeti Klinika (igazgató: Mari Albert dr.)

A szerzők két beteg kórtörténetét ismertetik, akiken benignus nyelőcső szűkület miatt bőrcső pótlás történt. Mindkét esetben a mellkasi bőrre is ráterjedő bőrrák alakult ki a bőrcsőben. Egy ülésben végezték a bőrcső kiirtást és az antethoracalis ileocolon pótlást. A nagy mellkasi defektust mindkét esetben latissimus dorsi myocutan lebennyel fedték. Ez a megoldás mindkét esetben jó funkcionális és kozmetikai eredményt adott. Kiemelik az általuk adott cytotostaticum kombináció hatásosságát. Felhívják a figyelmet a myocutan lebennyel alkalmazhatóságára és a bőrcsővel való pótlás esetén a betegek ellenőrzésére.

Kulcsszavak: nyelőcső pótlás, bőrcső rák, szövődmények

Egy évszázaddal ezelőtt *Bircher* 1894-ben végezte az első két nyelőcső pótlást a mellkas bőrével (2). Ezek a műtétek voltak az alapjai az antethoracalis nyelőcső pótlásnak. Hazánkban *Bakay* végezte az első ilyen típusú műtétet 1924-ben (1). A bőrcső volt a 60-as évekig a leggyakrabban alkalmazott nyelőcső pótló megoldás benignus szűkületek esetén is. Kevés közlés jelent meg az irodalomban bőrcsőben kialakult carcinomáról benignus szűkületek után. A világirodalomban összesen leírt esetek száma tudomásunk szerint 20 alatt van (6, 16, 18). Két újabb esetet ismertünk.

Esetismertetések

1. beteg: K. V. 63 éves nőbeteg gyermekkorában lúgot ivott. Ezt követően kialakult nyelőcső szűkület miatt gastrostomán keresztül táplálkozott több mint 10 évig. 1941-ben több ülésben bőrcső pótlást készítettek, a bőrcsővet Roux-kaccsal kötötték össze. Ezen a beteg jól táplálkozott. 1976-ban a bőrcső alsó szakaszán kialakult tágíthatatlan szűkület miatt klinikánkon történt rezekció és új anasztomózis készült az alatta lévő jejunummal. A hisztológiai vizsgálat az eltávolított bőrcső szakaszon krónikus gyulladás jeleit mutatta fibrózissal, malignitás direkt jelei nélkül. 1987 januárjában került felvételre klinikánkra leromlott állapotban, amikor már folyadékot is alig tudott fogyasztani. A bőrcső orális harmadában a mellkas bőrére is ráterjedő tumor volt észlelhető. A nyelőcsőből vett biopsziás minta szövettani vizsgálata jól diffe-

Cancer of the skin-tube as late complication of the antethoracal esophagus substitution. The authors report on two patients suffering from benign oesophageal stricture reconstructed by a skin tube. In both skin tube there are developed a malignancy which infiltrated the skin of the chest wall. During one session they performed the removal of the skin tube and the antethoracic reconstruction with ileocolon. The large defect on the thorax was covered in both cases with a latissimus dorsi myocutaneous flap. This provided satisfactory functional and cosmetic result. They point out the effectiveness of the cytotostatic combination they administered. Attention should be drawn to the use of the myocutaneous flaps and the regular checking of patients with skin tubes.

Key words: oesophagus substitution, cancer of skin tube, complications

renciált carcinoma planocellularet mutatott. A daganatot az érintett mellkasi bőrral és a teljes bőrcsővel eltávolítottuk. Ugyanekkor ileocolonnal pótoltuk antethoracalis a nyelőcsövet. Oesophago-ileocolo-gastrostomiát készítettünk és ezzel a táplálék útjából kirekesztett gyomrot újra visszakapcsoltuk a passagiba. A nagy bőrhány és a gyulladáshoz közező szövetek biztonságos, feszülésmentes fedésére a bal arteria és vena thoracodorsalisra nyelezt latissimus dorsi myocutan interpolációs lebennyel forgattunk át subcutan alagúton. A műtétet követően a nyelésvizsgálat jó nyelési passagét mutatott.

1987 májusában tübiopsziával igazolt lokális recidíva alakult ki és több nyaki nyirokcsomó is tapinthatóvá vált. Enyhe nyelési panaszai is jelentkeztek ugyanakkor. Az ismételt Bleomycin—Vincristin—Methotrexat—Elbromol cytotostaticum kombináció adására nyelése javult és a nyirokcsomók is eltűntek. A cytotostaticum kezelés 14 hónapig remissiót eredményezett és biztosította a nyelésképességet. 1988 júniusában a recidíva teljes nyelésképtelenséget okozott és a praesternalis ileocolonon készítettünk tápláló stomát. Tumor recidíva okozta 1989. februárban a beteg halálát.

2. beteg: H. T. 75 éves leromlott állapotú nőbeteg 1934-ben lúgszerűsülvést szenvedett. 21 évig gastrostomán táplálkozott. 1955-ben több ülésben bőrcső pótlást végeztek, mely 34 évig jó nyelést biztosított. Fokozódó nyelési panaszokat követően a bőrcső középső harmadában a mellkasfal bőrére is nagy területen érintő daganatos perforáció alakult ki (1. ábra). A hisztológiai vizsgálat carcinoma planocellularet igazolt a bőrcsőben (2. ábra). 1989. februárban az érintett bőrterülettel és a teljes bőrcsővel eltávolítottuk a daganatot. Antethoracalis ileocolon segment közbeiktatásával pótoltuk a nyelőcsövet. A nagy bőrhány latissimus dorsi myocutan lebenny interpolációs forgatását tette szükségessé. A 8. postoperatív naptól per os tápláltuk a beteget. 1 éves megfigyelési időszak alatt jól táplálkozik, panasz- és recidívamentes (3. ábra).



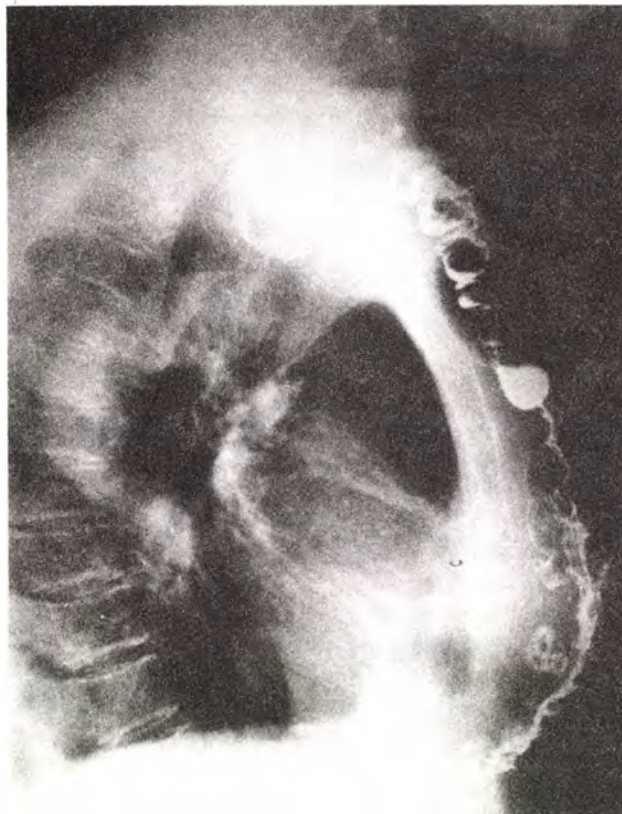
1. ábra: A mellkasfal bőrére is ráterjedő daganatos eredetű bőrcső perforatio



2. ábra: A bőrcsőben kialakult carcinoma planocellulare szövettani képe (H-E festéssel)

Megbeszélés

Hazánkban a két világháború között relatíve gyakori volt a véletlen és az öngyilkossági szándékú lúgvívás és ennek következtében létrejövő nyelősű strictura. *Bakay, Sebestyén* és *Lázár* az 50-es évekig világvizonylatban is jelentős számú antethoracalis bőrcső pótlásról számoltak be (1, 12, 13).



3. ábra: A báriumos nyelésvizsgálat jó funkcionális eredményt mutat egy évvel az ileocolonnal végzett nyelősű pótlás után

Mindkét esetünkben benignus strictura miatt történt a nyelősű pótlás. Az irodalomban közölt esetek mindegyikében évtizedekkel a bőrcső képzést követően jelentkezett a malignus hám proliferatio (14, 18). Leírt eseteink 44 és 46 éves expozíciós ideje is megegyezik ezzel. Kiemelnénk, hogy első betegünk 20 évvel korábban is vizsgálatra és műtetre került és a krónikus gyulladásos jeleket premalignusnak értékeltük, de a beteg csak a legkisebb beavatkozásba egyezett bele. (Ez klinikánk egy korábbi közleményében is szerepel) (18).

Egyes szerzők a savas refluxot tekintik döntő fontosságúnak a kóroki tényezők között (16, 17). Ezzel szemben álló tény, hogy a rosszindulatú elfajulás a bőrcső mindhárom harmadában egyenlő gyakorisággal fordult elő az irodalomban. Valószínűsíthető, hogy a legfőbb etiológiai tényező nem a savas reflux, hanem a pangó ételmaradék és a következményes, főleg bakteriális gyulladás. Pangás pedig elkerülhetetlenül jelen van minden bőrcső pótlás után valamilyen mértékben, mivel az aktív peristaltica hiányzik. Első ismertetett esetünkben a daganat a felső, a másikban a középső harmadban alakult ki.

Úgy látszik, hogy a bőrök kialakulása a bőrcsőben nagy valószínűséggel bekövetkezik több évtizedes expozíciós idő után. A leírt esetek viszonylag kis számát csak részben magyarázza az igen hosszú kialakulási időszak, melyet a betegek gyakran szövődmények sorozatán élnek át (stricturák, perforációk, persisztáló fistulák). Feltehetően az irodalomban közöltekéül lényegesen nagyobb számban fordulhatnak elő hasonló esetek.

A műtéti terv kialakításánál az egy ülésben történő teljes radikális rezekciót javasoljuk, lehetőleg antethoracalis pótlással. A pótlás történhet gyomorral, jejunummal, ileocolonnal, colonnal aszerint, hogy az előző műtétek után mely lehetőség adódik. A terv felállítását mindig nehezíti az előző műtéti beavatkozás és az a probléma, hogy nyelésképtelen betegen a gastrointestinalis tractus előzetes radiológiai vizsgálata nem lehetséges.

A nyelőcső pótlásra a műtéti szituáció és a lehető legkisebb megterhelés miatt mindkét esetben antethoracalis ileocolont használtunk és a tápcsatornába a gyomrot is bekapcsoltuk.

A radicalitás érdekében mindkét esetünkben a mellkasfali bőr igen jelentős területét el kellett távolítani. Bőrpótlásra a szomszédos területekről nem volt lehetőség. Az elülső mellkasi bőr már a bőrcső képzése során is felhasználásra került. A colon fedésére csak igen jó vérellátású lebeny jöhet szóba. A rectus lebenyek vérellátása bizonytalanok látszott az előző hasi műtétek miatt. A latissimus dorsii myocutan lebeny a thoracodorsalis erekre preparálva távolra mobilizálható, jó vérellátású és nagy bőrterületet ad. A lebeny kiválóan használható nyeles lebenyként a fej, a nyak és a mellkas bőrének pótlására még a sternum területe felett is. Egyébként a jó vérellátása miatt szabad, mikrosebészeti átültetésre is alkalmas. Mindkét esetben subcután tunelen át ún. nyeles, interpolációs lebenyt alkalmaztunk kiváló eredménnyel (4. ábra).



4. ábra: Megfelelő esztétikai eredmény egy évvel az ileocolon nyelőcső pótlás és a latissimus dorsii myocutan lebeny plasztika után

Első esetünkben észlelt recidíva kezelésére nagyon jó hatásúnak tartjuk az alkalmazott Bleomycin—Vincristin—Methotrexat—Elobromol kombinációt. Korai recidíva után 14 hónapos remissziós időszakot jelentett a betegnek a cytostaticum kezelés.

Hazánkban a még bőrcsővel élő betegek felderítése és rendszeres félévenkénti ellenőrzése feltétlen indokolt. Az ellenőrzés során észlelt krónikus gyulladási jeleket pre-malignus állapotoknak kell tekintenünk. Az esetleges kisebb mértékű nyelési panasz esetén is a teljes eltávolítás és újabb pótlás lehetőségét mérlegelnünk kell.

Bár az utóbbi években ritkán alkalmazott módszer a bőrcső képzés nyelőcső pótlásra, leszögezzük, hogy benignus esetekben csak minden más módszer megghiúsulása után, ultimum refugiumként szabad végezni (3, 9).

A plasztikai sebészeti eljárások terjedésével egyre szélesebb körben alkalmazzák világszerte a bőrt különféle nyálkahártyák pótlására a szájüreg, garat, orrüreg, vagina területén is. A malignus elfajlást ezekben az esetekben sem lehet bizonyossággal kizárni. Talán a nyálkahártya pótlás újabb lehetősége, a jejunum szabad, mikrosebészeti átültetése megoldást ad a problémára. A módszert már munkacsoportunk is alkalmazza és az első eredmények igen biztatóak (4, 9).

IRODALOM: 1. Bakay, L.: A nyelőcső pótlásáról. Orvosképzés. 1924, 14, 16. — 2. Bircher, E.: Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Oesophagus. Zbl. Chir. 1907, 34, 1479. — 3. Borbély, L., Horváth, Ö. P.: Nyelőcső pótlás musculocutan lebenyekkel. (A 'reverse' pectoralis major musculocutan lebeny). Magy. Seb. 1989, 39, 89. — 4. Borbély L., Horváth Ö. P., Kovács Á. és mtsai: Szájüregi és garat nyálkahártya pótlás microvascularis módszerrel átültetett vékonybéllel. Orv. Hetil. (közlés alatt). — 5. Bromberg, B., Song, I. C., Mishrick, A.: Carcinoma in a reconstructed esophagus. Ann. Surg. 1968, 269, 168. — 6. Csikós F., Nagy I., Helembai L.: Antethoracalis nyelőcsőpótlás után a bőrcsőben kialakult carcinoma. Magy. Seb. 1978, 31, 398. — 7. Dubez S., Dávid Gy., Juhász J.: Lúgmérgezés utáni heges nyelőcsőszűkületben képződött rákról. Magy. Seb. 1959, 13, 301. — 8. Fogh-Andersen, P.: Reconstruction after cancer in an antethoracic skin tube oesophagus. Acta Chir. Scand. 1961, 269, 283. — 9. Horváth Ö. P., Borbély L., Oláh T. és mtsai: Nyaki nyelőcsőszakasz pótlása mikrosebészeti módszerrel átültetett vékonybél segmentummal. Magy. Seb. (közlés alatt) — 10. Jayes, P.: Carcinoma in a reconstructed esophagus. Br. J. Plast. Surg. 1957, 10, 212. — 11. Kormanó, M., Yrjana, J.: Carcinoma of the antethoracic skin graft esophagus. RöFo. 1978, 129, 789. — 12. Lázár D.: Új módosítással végzett nyelőcső plasztikák. Orv. Hetil. 1950, 91, 1388. — 13. Lázár D.: Tapasztalatok az antethoracalis nyelőcsőplasztikákkal. Kandidátusi Ért. Bp. Tud. Min. Biz., 1957. — 14. Linder, F., Linder, M.: Krebsige Entartung im Hautschlauch einer Ösophagoplastik. Thoraxchirurgie, 1968, 16, 48. — 15. Linder, F.: Neoplasias in oesophagoplasties. Bull. Soc. Int. Chir. 1972, 1, 1. — 16. Nakayama, K., Yazawa, C., Sakakibara, N.: A report on three cases with carcinoma developing after antethoracic reconstructive surgery of the esophagus (by skin graft). Surgery, 1971, 69, 800. — 17. Petri A., Imre J.: Antethoracalis bőrcsőben kialakult carcinoma. Orv. Hetil. 1977, 118, 1533. — 18. Petri, A., Petri, I., Imre, J.: Prämaligne und maligne Veränderungen des Epithels im antethorakalen Hautschlauch nach Oesophagus-Ersatzplastik. Chirurg. 1981, 52, 501.

(Bajusz Huba dr. Szeged, Pf. 464. 6701)

Ezúton tájékoztatjuk tisztelt jelenlegi és jövőbeli ügyfeleinket,
hogy a

DATEX

- pulzus oximéterek,
- kapnográfok,
- gázmonitorok,
- műtéti és intenzív őrzőmonitorok,
- metabolikus monitor;

DIPU

- térfogatvezérelt respirátorok,
- újszülött-gyermek respirátorok;

ATOM

- hordozható és telepített kettős falú inkubátorok,
- nyitott inkubátorok,
- infúziós pumpák;

MIJNHARDT

- spirometriás diagnosztikai készülékek,
- ergométerek;

Penlon

- nagysebészeti lélegeztető-altató berendezések,
- jet ventilátor,
- laringoszkópok,
- műanyag és gumiáruk

kizárólagos képviseletét, vevőszolgálatát és szervizét
Magyarországon 1991-től

a

DUTCHMED Kft.

látja el

Cím: **1015 Budapest, Toldy Ferenc u. 55.**

Telefon, fax: 201-2538

Továbbra is várjuk szíves érdeklődésüket!

Széchenyi és Kossuth a színes halálról — 150 éve jelent meg „A Kelet népe”

Közismert, hogy Széchenyi István *A Kelet népe* c. könyve megírására Kossuth *Pesti Hírlapjának* „szívügyalási modora” ösztönözte. A nemes gróf, ki reformjait ekkor, 1841-ben, már a kormánnyal együttműködve, békés úton kívánja megvalósítani, a Hírlap „*francia modor szerinti*” vezércikkeit olvasva attól tart, hogy Kossuth a megfontolt, átgondolt reformok helyett a forradalom örvényébe sodorja az országot. Ezért tollat ragad, s felvetését bizonyítandó, elemzésnek veti alá az addig megjelent 22 hírlapi számot. A véletlen szeszélye folytán elsőként a 18. szám vezércikkének témája s hangneme váltja ki rosszállását. Az a téma, amely — 150 év elteltével is — megérdemel néhány orvostörténeti reflexiót.

1841 elején a sajtó jóvoltából az egész országot felkavarta a *Bay-eset*. Bay József táblabíró 1839-ben Surányban temették el a családi sírboltba. 1841-ben, mikor a sírboltot ismét fel kellett nyitni, Bay tetemét a koporsón kívül, a kripta bejárata közelében találták meg. „*Tetszholtan temették el! Magához jött koporsójában; a kétségbeesés óriási erőlködésével zúzta szét azt és felvándorgott az ajtóig, hogy ott a legirtózatosabbik halállal újra meghaljon*” — kommentálta a *Jelenkor* a nem mindennapi eseményt. Kossuth ezt az érezhetően pletykaízű hírt építi be a március 3-án megjelenő 18. számú *Pesti Hírlap* vezércikkébe. Éppen az ilyen aktuális, tömegek fantáziáját megmozgató apropók teszik vezércikkeit mozgósító erejűvé. Ez esetben Bay tetszhalála mondatja ki vele a sommás szentenciát: „...*az egészségi politia általában véve honunkban a legnyomorultabb lábon áll: a bölcsőtől egész sírigan!*”

Széchenyi, mint jeleztük, a Bay-esetet is tárgyaló vezércikk elemzésével indítja Hírlap-bírálatát *A Kelet népében*. Ő is egyike — írja — azon szerencsétleneknek „*kik fejükből nem verhetik ki néha az elevenen eltemtetés felette aggasztó prognosztikont*”. Ezért — ironizál tovább Széchenyi — temetése előtt majd kiveteti szívét, tudván, hogy „*a sírbani felébredés ellen nincs is jobb specifikum*”. Széchenyi persze jól tudja, hogy az élve eltemtetésről szóló hírek legtöbbje megalapozatlan — ez különben rövidesen kiderült a Bay-esetről is: maga a család cáfolta meg a hír valódságát. „*Egykor meglehetősen sokat foglalatostkodtam somnambulismussal, sőt még necromantiával is*” — folytatja a gróf, ám sosem találta legkisebb jelét sem az élve eltemtetésnek, pedig „*vajmi sok sírboltnak felnyitásánál valék jelen*”. Így nyilvánvaló — szögezi le Széchenyi —, hogy ritka, egyedül eseteiről lehet csak szó s ezért kár

a Hírlap vezércikkében „*illy aránylag csekély érdekű tárgyat felhozni*”.

Valóban csak „csekély érdekű tárgy” volt a tetszhalál s a vele szorosán összefonódó élve eltemtetés a 19. század derekán?

Korántsem!

Kossuth vezércikkeiben a forradalomra való izgatás „*veres fonalát*” vélte felfedezni Széchenyi. A halál és az ember viszonyában pedig az élve eltemtetéstől való félelem veres fonala húzódik — barlanglakó őszüktől egészen napjaink emberéig. Csupán utalunk a világ- s a magyar irodalom e témát (is) feldolgozó alkotásaira (*Shakespeare: Rómeó és Júlia, Arany János: Toldi szerelme, Mikszáth Kálmán: Szent Péter esernyője*). A téma iránti orvosi érdeklődés kezdetének egy 1681-ben Wittenbergben kiadott disszertáció tekinthető: *De hominibus apparenter mortuis*. A Ch. *Rottmager* által írt értekezés nem keltett különösebb figyelmet kortársai körében. Annál nagyobb visszhangja lett egy 1742-ben megjelent könyvecskének, amely a híres párizsi anatómus, J. B. *Winslow* (1669—1760) latin nyelvű előadásának francia fordítása: *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort*. *Winslow* a halál jeleiről adott elő. Fordítója, J. J. *Bruhier* az eredeti előadás szövegét kétszeresen meghaladó „*kommentárt*” fűz a tudós bonctanár téziseihez. Nos, éppen e kommentár miatt válik a könyv híressé-hírhedtté. *Bruhier* ugyanis a halál jeleinek megbízhatatlanságát bizonyítandó 181 esetet mutat be. Valamennyi esetben, állítja, tetszhalottakat nyilvánítottak halottnak. Az áldozatok — szerencsés esetben — még a ravatalon, egyébként azonban csak a sírboltban tértek magukhoz. Négy esetben — állítja *Bruhier* — a boncolókés vágásakor tért magához a tetszhalott. *Bruhier* könyve franciául, azaz a nép nyelvén jelent meg — így hatása óriási volt. 1754-ben már németül is olvasható *J. Jancke* fordításában. S bár *A. Louis* már 1752-ben tudománytalannak minősítette *Bruhier* kommentárját, a könyv „*sikerét*” ez alig csökkentette. Még az oly felvilágosult elme, mint a közegészségtan, akkori nevén *politia medica* úttörője, *J. P. Frank* is hivatkozik *Bruhier* történeteire a *System einer vollständigigen medizinischen Polizey* IV. kötetében.

Bruhier könyve s különösen annak német fordítása ismert volt a Habsburg Birodalom területén is. Ismerhette e munkát a „*magyar Bruhier*”: *Retteg Xavér Ferenc* is. Nem beszélő névről van szó! Valóban így hívták a 18./19. sz. fordulóján Pest-, Pilis és Solt vármegye fizikusát, tisztii főor-

vosát. 1809-ben, Budán kinyomtatott munkájának címe: *Az színes halál vagyis Az szörnyű Elevenen való Temettetés elkerülésére Példák által Oktató Könyvetske*. A mindössze 46 oldalnyi, szótár formátumú füzetecskében 40(!) oldal foglalkozik a *színes, azaz színlelt* vagyis tetszhalál állapotában eltemetettek hátborzongató történeteivel. A 13. elsősorban külhoni „eset” feldolgozó történet bármelyike megállná helyét a Bruhier-féle válogatásban is! Orvostörténeti szempontból fontosabb azonban a 40–46. oldal tartalma, ahol is Retteg doktor három, szó szerint életbevágóan fontos kérdésre keresi a választ.

Mennyi ideig tarthat a „*látzatos Halál*”? — hangzik az első kérdés. Retteg válasza: „*három, hat, még Tizenkét és több napokig is*”.

Részletesebben válaszol Retteg a második kérdésre: milyen esetekben merülhet fel a gyanú, hogy „*nem Valóságosan hóltanak még meg?*” A gyenge testalkatúknál, „rendkívül képzelődőknél”, az érzékenyeknél, nagy elméjűeknél, görcsös betegségekre hajlandóknál, ok nélkül való gyakrabban ájulóknál, az álmatlanul virrasztóknál, „felettébb Bús Gondossoknál” (melankólia? — K. L.) és a „magokat szeplőztetőknél” (onanizálók? — K. L.) külön csoportba gyűjti Retteg azon eseteket, melyeket ma a hirtelen vagy váratlan halál kategóriájába sorolnánk: „*telyes Virágzó Életekben: vagy Betegség nélkül, vagy leg alább nem nehéz Betegség által*” megholtak. S végül színes halál állapotába kerülhet az, kit baleset (villámcsapás, fojtogatás, vízbe fulladás) ér vagy „fojtó köhögésben” (asztma — K. L.) vagy „nehéz Nyavalyában” (epilepszia — K. L.) szenved. E fenti csoportok ismerete elsősorban az „Egyházi Urak: Plébános, Praedicator Urak” számára fontos. Ők azok ugyanis — magyarázza Retteg —, kik leghamarább felfigyelhetnek, a haláleset bejelentésekor, a „*Halandók környűállásai, Halálnak néműsege*” terén tapasztalható, s a tetszhalál lehetőségére mutató jelekre. (Nem célunk a tetszhalottak életre hozásának módszereit taglalni, ezért csak megjegyezzük, hogy Retteg e második kérdés megválaszolására röviden összefoglalja „*az Viszszont fel éledekre való Ezközlések*” módjait.)

Könyvének utolsó lapjain a „végső és leg fontosabb” kérdést — az élve eltemetetés *megelőzhetőségének* problémáját — tárgyalja. Megtudjuk, hogy a Helytartótanács

1796. április 5-én kiadott 7217. sz. „intézete” elrendelte: senkit se temessenek el „48 Órák el folyása előtt”. Pest megye azonban — mivel egy „halottja” a negyedik napon való temetés során éledt fel — olyan határozatot hozott, hogy a halott egészen a testnek kezdődő rothadásáig nem temethető el, hanem addig „Halott Házban” tartasson. Csak ez az egyetlen mód arra — ti. a rothadás biztos jeleinek látása —, hogy megakadályozzuk az élve eltemetést.

Retteg főorvos könyve bizonyára legalább annyira olvasott volt, mint francia kollégájáé. Sikerének s aktualitása megmaradásának bizonyítéka, hogy 1835-ben — tehát hat évvel a Bay-eset előtt — újra kiadják Pesten: *Az álhalottak, vagy is: az elevenen eltemetetésnek borzasztó példái* címmel. A Sz. (Szekrényessy) E. által újra közreadott, kissé le rövidített Retteg-szöveg kibővül a Helytartótanács 29 151. sz. rendeletével, mely a szabad királyi városokban rendelt halottkémek számára ad utasításokat.

1809-től csupán ennyi lenne a haladás: városban már nem „Egyházi Urak”, hanem halottkémek ügyelnek a színes halál jeleire?

Korántsem!

A haladás a magyar ugaron is tetten érhető. Hiszen éppen a Retteg-könyv újrakiadási évében, 1835-ben jelenik meg Flór Ferenc: *A tetszhalottak felélesztésekről szóló tanítás* c. könyve. Az a mű, mely reformot hirdet az életmentő eljárások, s így a „színes halál” állapotában leledzők megmentése terén is. Flór könyve ellenére is azonban, mint azt a Bay-eset bizonyítja, a köztudatban továbbra is ott él az „egyszer eltemetetni, de kétszer halni meg” víziója. Kossuth jól ismerte fel a téma „érdekességét”, melynek fokát „a legnagyobb magyar” reagálása sem csökkenthette.

IRODALOM: 1. Červeňanská, Ń.: Prvé obdobje vývoja resuscitácie (A resuscitáció fejlődésének első szakasza), Bratislava, 1973. — 2. Felkai T.: A szervezett mentés előtörténete Magyarországon. Orvostört. Közl. 64–65, 1972, 171–177. o. — 3. Ráth-Végh I.: Akiket élve eltemettek in.: A sétáló falevél, Madách Kiadó, Bratislava, 1985, 114–121. o. — 4. Szechenyi I.: A Kelet népe. Reprint kiadás, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1985. — 5. Trócsányi Z.: Tetszhalottak in.: Magyar régiségek és furcsaságok. Reprint kiadás, Budapest, 1987, 93–107. o.

Kiss László dr.

Gruby Dávid életműve és helye a dermatológiában

Kevés magyar származású orvos tudományos munkásságával, fordultatos, regényes élettörténetével, különös, nem mindennapi egyéniségével foglalkozott annyit a tudományos és laikus irodalom egyaránt, mint Gruby Dávidéval. *Sabouraud** a mykologia mindmáig legnagyobb tekintélye szűkebb szakmája megalapítójának tekintette és „Les Teignes” c. 1910-ben kiadott alapvető nagy munkájában a 8–52. oldalon nagyrészt csak Gruby munkásságával és felfedezéseivel foglalkozik (2,46). Ugyanakkor *Dumas* mint orvosáról ír róla, *Daudet* novellában örökítette meg alakját, haláláról *Szomorj Dezső* küldött Párizsból beszámó-

lót. *Markusovszky, Korányi Frigyes és Hirschler* 1859-ben az Orvosi Hetilapban X. Y. Z. szignó alatt tárcát jelentettek meg Grubynál Párizsban tett látogatásukról (8). A mai magyar közvélemény sajnos nagyon keveset tud Grubyról. Nem neveztek el róla utcát és az Új Magyar Lexikon is csak 8 rövid sorban emlékezik meg róla, helytelen születési dátummal (1809) és legendának bizonyult adattal részvételéről az 1848/49-es szabadságharcban (1, 7).

Gruby Dávid 1810. augusztus 20-án született a Bács megyei *Kiskér* községben. Markusovszkyék az Orvosi Hetilapban tévesen Baját adják meg születési helyként. Apja

Gruby Menachem Mendel szegény zsidó földműves, Dávid a nyolcadik vagy kilencedik gyermeke volt. Már az elemi iskolában kitűnt tehetségével és szorgalmával, tanítója feltétlen továbbtanulását javasolta. Ezért 13 éves korában gyalog Pestre jön, egy Váci úti kocsmában szállásért takarít és mosogat, majd egy piarista atya felismeri tehetségét és felveteti a piarista gimnáziumba. Ezt elvégezve egy évet a pesti orvoskaron tanul, majd a bécsi egyetemre iratkozik át. Tanulmányait nagyon sanyarú anyagi körülmények között végezte. Már medikusként nagyon vonzotta a mikroszkóp és külön foglalkozott ilyen tanulmányokkal, oktatta erre diáktársait is. Egyetemi éve alatt két ízben is hazalátogatott, 1831-ben és 1837-ben.

1839. március 18-án Bécsben orvostudományi és szemészorvosi diplomát kapott. Disszertációja is mikroszkópos vizsgálatokkal foglalkozik: „*Observationes microscopicae ad morphologiam pathologicam spectantes*. Viennae 1839”.

Wattmann sebészprofesszor ugyan zsidó származása ellenére nagy nehézségek mellett felvette műtőnövendéknek s még Bécsben jelentette meg „*Morphologia fluidorum, pathologicorum T. I. Acced. tabellae V.—VII.*, Viennae 1840” c. művét, de egyetemi oktató csak akkor lehetett volna, ha zsidó hitről keresztény hitre tér. Ezt a megalázó és illogikus feltételt önérzete nem fogadhatta el és 1840 végén külföldre távozott, rövid időre Londonba, majd Párizsban, a „szabadság, egyenlőség” hazájában telepedett le, ahol származása nem akadályozta tudományos fejlődését. Tudomásunk szerint többé nem látogatott haza Magyarországra. Az az adat, miszerint 1848/49-ben részt vett a szabadságharcban, sőt meg is sebesült, amit különben az Új Magyar Lexikon is átvett, valamint az a feltételezés, miszerint Petőfi orvosa lett volna, csak legenda, semmiféle dokumentum nem támasztja alá. Annyi viszont igaz, hogy személyes kapcsolatban állt Mandl Lajos (Lázár) magyar származású, Pesten végzett, párizsi nagy hírű anatómusprofesszorral, aki tényleg hazajött, a honvédorvosok névjegyzékében szerepel, és később a párizsi lapokat magyarbarát, a szabadságharcot ismertető cikkekkel látta el (1, 7).

Gruby eleinte a maisons-alfort-i Állatorvosi Főiskolán Delafond mellett dolgozott és állást vállalt a párizsi Lelencek Menhelyén. Valószínűleg az utóbbi hely beteganyaga inspirálta a gombás bőrfertőzések tanulmányozására, mely területen korszakalkotó felfedezéseit tette. 1841-ben Schönlein után, de attól függetlenül leírta a favus kórokozóját („*Sur une végétation qui constitue la vraie teigne*”). 1842-ben, a szakáll *trichophytiájának* kórokozóját találta meg („*Sur une espèce de mentagre contagieuse résultant du développement d'un nouveau cryptogame, dans la racine des poils de la barbe de l'homme*”). 1843-ban a *porriigo decalvans* (hajás fejbőr *trichophytia*) gombás eredetét bizonyította be („*Recherches sur la nature, les sièges et le développement du Porriigo decalvans ou Phytoalopécie*”). Gruby a felfedezője a *microsporia* kórokozójának is. Ezt a

nagy jelentőségű felfedezést 1844-ben teszi. Leírása tökéletesen megfelel a *Microsporum Audouininek*. („*Recherches sur les cryptomages, qui constituent la maladie contagieuse du cuir chevelu décrite sous le nom de teigne tondante*”) (Mahon). *Herpes tonsurans* (Cazenave) (3, 4, 5, 6).

Kiváló oktató is volt. Először Párizs szegénynegyedében, a *Git—le Coeur* utca 5. szám alatt bérelt lakást, ahol anatómiai, élettani és pathologiai magánórákat adott. Hallgatói közt sok külföldi is volt és számosan később világhírnévre tettek szert, így *F. Magendie*, *P. Flourens*, *H. Milne-Edwards* és *Claude Bernard*.

Gruby tudományos tevékenységének további eredményei: Leírta a szájszűrés (soor) kórokozóját, melyet ma *Candida albicansnak* nevezünk, elsőnek ismertette a streptotryx gombát, békavérben először írta le a *Trypanosomát* és ez az elnevezés is tőle származik. Foglalkozott sebészeti problémákkal is, elsőnek ajánlotta sebkötözésre a vattát és foglalkozott a mentőszolgálat és sebesültszállítás kérdéseivel is („*Appareils et instruments de l'art médical*) (1867), „*Sociétés et matériel de Secours pour les blessés militaire* (1884)” (4, 7).

Az ötvenes évektől kezdve Gruby elsősorban általános orvosi gyakorlattal kezdett foglalkozni és csakhamar Párizs „divatos” orvosává vált. Betegei között olyan ismert személyiségek voltak, mint *Heine*, *Chopin*, *George Sand*, *Gambetta*, *Mac-Mahon*, *Daudet*, *Gounod*, *Balzac*, a két *Dumas*, *Lamartine*, *Flammarion*, *Liszt* Ferenc és *Munkácsy* Mihály. Szolgálatait III. Napoleon császári udvara is igénybe vette. Orvosi gyakorlatában a természetes gyógy módokat (diéta, testmozgás, egészséges életmód) részesítette előnyben, számos anekdota keringett róla néha kissé szokatlan kezelési javaslatok miatt. Egyesek ezért sarlatánnak is tartották, Nordau M. egy cikkében szellemesen „*Heilderwisch*”-nek nevezi. Ehhez talán hozzájárult igazi polihisztor volta is: elsőként alkalmazta a mikrofotográfiát, foglalkozott csillagászáttal, meteorológiával, órák készítésével és javításával. 1856-ban a Montmartre-on a rue Lepic 100 alatt új házat építtetett és oda költözött. A ház szinte inkább torony volt, tetején csillagászati obszervatóriumot rendezett be. Az itt működő meteorológiai állomás havonta bulletint adott ki és elsőként foglalkozott orvosmeteorológiai kérdésekkel. Intenzív szociális tevékenységet folytatott. Hatalmas jövedelmét szegény sorsú diákok, művészek támogatására használta fel, vasárnaponként a szegény sorsú betegek részére ingyen rendelt tartott, 1871-ben, a német—francia háború, majd a kommün alatt kórházat rendezett be és maga foglalkozott a sebesültek ellátásával. Közben egyre inkább különccé vált: családot sohasem alapított, nagy vagyona ellenére divatjamúlt, kopott ruhákban járt, szobájába senkinek sem szabadott belépnie (1, 7).

Annak ellenére, hogy Magyarországra Párizsból már nem látogatott haza, magyar származását nem tagadta meg. Nemcsak családtagjait támogatta anyagilag, hanem Párizsban dolgozó művészeit is: *Paál* Lászlót, *Zichy* Mihályt, *Perlmutter* Izsákot. Utóbbi sokáig nála is lakott. Szoros kapcsolatot tartott fenn a Párizsba menekült Teleki családdal: az osztrák várfogságból betegen szabadult *Tele-*

* Sabouraud J. A. Raymond (1864—1938) világhírű francia bőrgyógyász

ki Blankát sokáig kezelte és halálos ágyánál is mellette volt. Baráti kapcsolatot tartott *De Gerando* Ágost magyar-
rá lett francia íróval, Teleki Blanka húgának, Emmának
férjével. Teleki Emma két névtelenül kiadott könyvecské-
ben is meleg sorokat szentel Gruby személyének (1).

Grubyt életében számos kitüntetés, megtiszteltetés érte.
Tudományos munkásságáért a bécsi *Tudományos Akadé-
mia* mellett 20 tudományos társaság választotta tagjává.
1858-ban a *Pesti Királyi Orvosegyesület* levelező tagjai so-
rába iktatta. 1889. november 14-én, magánosan halt meg
montmartre-i lakásában, csak 24 óra múlva találtak rá hol-
tan. Haláláról az akkor Párizsban dolgozó *Szomorj Dezső*
tudósította a magyar sajtót.

A magyar nagyközönség alig ismeri Gruby Dávid ne-
vét, a magyar orvostörténelmi irodalom elég sokat foglal-
kozott vele. Összefoglaló nagy biográfiája még várat ma-
gára. Leginkább a magyar bőrgyógyászok tisztelik,
1958-ban Miskolcon mykologiai laboratóriumot neveztek
el róla, és a miskolci megyei Bőr- és Nemibeteg gondozó
is a nevét viseli.

IRODALOM: 1. *Csillag István*: Gruby Dávid MIOK Évkönyv
(szerk.: Scheiber Sándor) 1974. Budapest, 328. — 2. *Delaunay,
A.*: L'Institut Pasteur des origines a aujourd'hui. Paris, 1962, 93,
131. — 3. *Gruby, Dávid*: Compt. rend. de l'Académie des sc. Pa-
ris, 1841, XIII, 72. Compt. rend. de l'Acad. des sc. Paris, 1842,
XV, 512. Compt. rend. de l'Acad. des sc. Paris, 1843, XVII, 501.
Compt. rend. de l'Acad. des sc. Paris, 1844, III, 583. — 4. *Leche-
valier H. A., Solotorovsky M.*: A mikrobiológia három évszáza-
da. Budapest, 1971, 436. — 5. *Poór Ferenc*: A dermatologia törté-
netének vázlatja. In: *Dermatologia Budapest*, 1922, 13, 20. — 6.
Sabouraud R.: Maladie du cuir chevelu, III. Les maladies cryp-
togamiques. — Les teignes. — Paris, Masson et Cie, 1910, 8–52.
— 7. *Rácz István*: A magyar bőr- és nemikórtan története
1790–1945 között. Kézirat. Semmelweis Orvostörténelmi Mú-
zeum Könyvtár és Kézirattár. Kézirat. Budapest, 1986. — 8. XYZ
(Markusovszky, Korányi F., Hirschler): Úti töredékek — Párizs.
Orv. Hetil. 1859, 3, 757.

Rácz István dr.

Helyreigazítás: Ez évi 26. számunkban az 1440. oldalon, a láb-
jegyzetben id. Hankiss János születési adata helyesen: 1893.

Jövő évre vonatkozó Springer folyóirat megrendelését vállaljuk. Pót-
terhelés nélkül, forintért, kedvező áron juthat Springer folyóirathoz.

Rendelését szeptember 15-ig kérjük kiadónk címére eljuttatni:
Budapest 7., Pf. 142. 1410 (Budapest, VII., Wesselényi u. 28.)

Kérjen árjegyzéket!

ENDOKRINOLÓGIA

Alacsony normális gyermekek növekedési hormonnal való kezelése — mennyi óvatosság ajánlatos? Walker, J. M. és mtsai: *Lancet*, 1990, 336, 1331.

Két angol egészségügyi körzetben, minden iskolába jelentkező gyermek magasságát percentilis értékben fejezték ki, az összes 3-as centilis alatti testmagassággal rendelkező gyermeket tanulmányozták. Közülük 21-et naponta kezeltek rekombináns technikával készülő emberi növekedési hormonnal, 30 NE/m²/hét adagban, 20-at kezeletlenül hagytak. A kezelés megkezdése előtt majd pedig hathavonta megmérték a testmagasságot, a bőrredők vastagságából következtettek a zsírmentes testtömegre (lean body mass, LBM), megmérték a nyugalmi energiatermelést. 18 kezelt és 19 kezeletlen gyermekben a féléves, 15 kezeletlen és 13 kezelt gyermekben pedig a 12 hónapos adatok álltak rendelkezésre a közlemény megírásakor.

A kezelés következtében a növekedés jelentősen gyorsult, a test zsírtartalma átlagosan 76%-kal csökkent, a zsírmentes testtömeg pedig 25%-kal gyarapodott. Az alapanyagcsere (resting energy expenditure, REE) is fokozódott, de a két csoport között eltűnt a különbség, ha az alapenergia-forgalmat a LBM-re vonatkoztatták. A zsírmentes testsúlyra számított alapanyagcsere értéke egyetlen nagyobb tényezővel mutatott szoros kapcsolatot: negatív korrelációt a testmagassággal, más szóval, minél alacsonyabb volt a gyermek, annál több energiát használt el zsírmentes testtömege energiaforgalmának fenntartására. A sok hat hónapos kezelés után már kifejezettek voltak, újabb hat hónap elteltével a kezelés hatása nagyságában és minőségében egyaránt változatlanul kimutatható volt.

A szerzők ezzel megerősítették azt a korábbi megfigyelést, hogy a normális variánsként alacsony termetre predestinált gyermek emberi növekedési hormonnal megnöveszthető annak ellenére, hogy nem szenved hormonhiányban. Sokkal fontosabbnak tartják azt a megfigyelésüket, hogy a növekedés meggyorsulása alapvető anyagcsere-változásokkal (lipolysis, az izomzat tömegének megnövekedése) jár; éppen ezért úgy vélik, hogy nem szabad a hormont ilyen célra használni mindaddig, amíg az anyagcserehatásokat nem tisztázzák és a kezelés ártalmatlanságát nem bizonyítják be meggyőzően. Ezen figyelmeztetésük szinte csak a címben és az összefoglalóban hangzik el.

Cholnoky Péter dr.

Kerékpár ergometria a növekedési hormon kibocsátás ingere. Seip, R. L. és mtsai (Curry School of Virginia, Charlottesville): *Am. J. Dis. Child.*, 1990, 144, 998.

A szokásos provokációs eljárások (arginin, clonidin, inzulin, levodopa) során a stimulus intenzitása kontrollálható, de mellékhatások lehetnek nem-életlen hatásúak lehetnek fel és emellett munkaigényesek. A 24 órás hormonprofil vagy a terheléses teszt élettanibb stimulust képvisel, bár ezek reprodukálhatóságát nem vizsgálták.

Az USA-ban 14 500-ra teszik a GH-hiányos alacsonynövések számát, akik az elvárt magasságtól legalább 2,5 SD-vel maradnak el és legalább két tesztben mutatnak hormonhiányt. A nem GH-hiányos alacsonynövésektől elkülönítésre a terheléses teszt kínálkozik a leginkább életlen, de nem nagy munkaigényű próbának.

Tíz normál gyereken 5 hét múlva megismételték a próbát: 15 perces kerékpározás során mérték a GH-t, azonos napszakban. A terhelés intenzitása 90 Watt körül volt, a pulzusszám 198 és 192 volt átlagban. A nyugalmi GH-koncentráció az első teszt előtt $22 \pm 2,8$ (0,5–9,6) ng/ml, a második előtt $6,5 \pm 7,8$ (0,5–25,3) volt — statisztikailag nem különböznek! — míg a terhelés után mért legmagasabb érték $27,1 \pm 6,9$ (15,9–41,4), illetve $19,9 \pm 12,3$ (5,4–42,0)-nek bizonyult. A diagnosztikusnak tekintett 7 ng/ml értéket az első tesztben valamennyi, a másodikban 9 gyerek értéke meghaladta.

További 11 gyerek egyszeri terhelése során is csupán egy esetben emelkedett 7-nél kevésbé a GH szint.

(Nichols Institute Immunoradiometric Assayt használtak, amely 2,1–3-szor magasabb értékeket ad mint a Hybritech módszer.)

A 80%-os intenzitású, 15 perces kerékpározás során mért GH-válasz megfelelő klinikai szűrővizsgálat a növekedési hormonhiányos gyermekek kiemelésére az alacsonynövések közül.

Apor Péter dr.

A Cushing-szindróma diagnosztikája. Caduff, F. és mtsai (Abt. Endokrinologie, Neurologische Klinik, Universitätsklinik, Kantonsspital Basel): *Schweiz. med. Wschr.*, 1991, 121, 10.

Cushing-szindróma (Cs.) terminológiával jelöljük meg azon klinikai kórképet, amelyet kórosan fokozott cortisol-termelés idéz elő (Cushing, H., 1932). A Cs. kórismézése és a kezelése függ az aetiológiájától: 1. **Hypophyzer eredetű, ACTH-közvetítésű Cs.:** a) mikroadenoma (kb. 60%); b) makroadenoma (kb. 3%); c) ACTH-termelő sejtek CRF („corticotropin releasing factor”)-függőségű hyperplasiája; az endogen

CRF ritka; d) ektopikus CRF-képzés (tumorok ritkán); 2. **Primer adrenalis függőségű:** a) mellékvese-adenoma (kb. 5–10%); c) nodularis adrenalis hyperplasia (kb. 5%); d) primer pigmentált nodularis mellékvesekéreg hyperplasia (ritka); 3. **Ektop hormontermelés:** a) ektop ACTH-termelés (kissejtes bronchuscarcinoma, bronchus carcinoid, thymoma, pancreascarcinoma, egyéb daganatok) (kb. 10–15%); b) ektop CRF-termelés (ritka); c) gyulladáscsökkentő eredetű ACTH-termelés (abscessus, ritka); 4. **Exogen eredetű forma:** a) iatrogen corticoid terapia (gyakori); b) alkoholin indukált forma (ritka).

A szerzők 20 saját esetük elemzése kapcsán vitatják meg a Cs. kórismézésének mai állását. Szűrő (screening) módszernek a klasszikus dexamethason-tesztet (1 mg) és a 24 órás vizeletben a szabad cortisol vizsgálatát, továbbá a diagnosis bizonyítására két napon át dexamethason-tesztet (2 mg) végeztek. A vizsgált beteganyagukban mindhárom funkció próba sensitivitása 100%-os volt. Az aetiológia tisztázására a basalis ACTH mérése és a CRF-tesztel végzett új stimulációs eljárások, valamint (centralis Cs. esetén) a sinus petrosus inferior szelektív katéterezése szolgált az ipsi- és contralateralis ACTH meghatározására és a cerebralis-perifériás gradiensek megítélésére. Terapiás szempontból igen jelentős a Cs. lehetséges legpontosabb tisztázása. 20 Cs.-betegük vizsgálatában a következő kiváló okokat derítették fel: centralis Cs. (11 mikroadenoma, 1 hypophysis carcinoma), mellékveserák (n = 1), nodularis mellékvese hyperplasiája (n = 1), ektopikus ACTH-képződés (n = 2) és alkoholin indukált Cs. (n = 1).

A Cs. szűrővizsgálata a felsorolt kóroktani tényezőknek az új korszerű eljárások lépésről lépésre való vizsgálatával történhet. A 24 órás vizeletben a szabad cortisol mérése, ACTH-meghatározás, CRF-teszt, valamint a sinus petrosus inferior szelektív katéterezése lényegesen megkönnyítették és javították a Cs. kórismézését, specificitását és sensitivitását. A vizsgálati eredmények klinikai értelmezése széles körű endokrinológiai tapasztalatokat igényel.

iff. Pastinszky István dr.

Magzati golyva és hypothyreosis eredményes méhenbelüli kezelése. Davidson, K. M. és mtsai (Dept. of Obstet. and Gynec., Univ. of Florida Coll. of Med., Gainesville, FL. 32610, USA): *N. Engl. J. Med.*, 1991, 324, 543.

Magzati golyva nemcsak szülési akadály lehet, hanem a magzatra is veszélyes lehet. Golyvák kifejlődése a magzatban kezelt hyperthyreotikus anyákban kétféle módon jöhet létre: transplacentárisan az anya által szedett propylthiouracil átjuthat a magzatba, a másik módzat a kezelt terhes emelkedett thyreoidea-stimuláló immunglobulinjával magyarázható. A floridai szerzők bravúros módon oldottak meg egy ilyen

situációt. Egy 30 éves hyperthyreosisos nő jelentkezett harmadik terhességének 17. hetében a klinikán a további teendők elbírálására. Kiderült, hogy aktívulódott hyperthyreosisa miatt már hónapokkal azelőtt propylthiouracil-kezelést indítottak nála és graviditást nem tanácsoltak. Ennek ellenére terhes lett, és csak a 17. héten jelentkezett intézetben. Először a grávida hyperthyreosisát állították be egyelőre 900–1200 mg propylthiouracillal. A fenntartó adagot napi 450 mg-ban állapították meg. A terhesség 28. hetében került sor a magzat ultrahangos vizsgálatára, ekkor észlelték a legnagyobb méretében 44 mm-es nagy strumát. Ekkor az anya gyógyszeradagját tovább csökkentették napi 150 mg-ra. Mivel a struma időközben jelentősen növekedett, az újszülött köldökvenájából percutan módon vérmintát vettek hormonmeghatározásra. Egyértelműen kiderült a 25 mU/l érték alapján a magzat hypothyreosisa, s mivel a thyreoidea-stimuláló immunglobulin bioaktivitása csak minimálisan volt emelkedett (az anyáé 164%, a magzaté 177%), egyértelművé vált a magzati hypothyreosisért felelős és az anya által szedett propylthiouracil szerepe. Ezután az amnionfolyadékba hetente adtak 250 µg thyroxint 3 héten át, minden injekció előtt az amnionfolyadék hormontartalmát ellenőrizték. Normális szülés után (2,96 kg-os leány) az újszülöttet 2 hónapon keresztül ellenőrizték, hormonális zavart nem észleltek. Hasonló esetekben a magzati hypothyreosis (és golyva) kezelését ezen a módon javasolják thyroxinnal.

Iványi János dr.

Autolog cryokonzervált parathyreoidea szövet replantációjának hosszú távlatú eredményei. Wagner, P. K., Rothmund, M. (Klinik f. Allgemeinchirurgie der Universität Marburg): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 1863.

A parathyroidectomia súlyos szövődménye a *permanens hypoparathyroidismus*, amelyet nem lehet a hiányzó parathormon exogén bevitelével pótolni, hanem általában a calcium- és D-vitamin-készítmények életfogytiglani adásával lehet kiküszöbölni a csontanyagcsere következményes zavarait (osteoporosis, ostalgia, fractura, hiányos törésgyógyulás stb.).

A gyógyszeres kezelésnek értékes alternatívája a *testsaját mellékpajzsmirigy replantációja*; a parathyroidectomia alkalmazásával a cryokonzervált szövet megőrizzük, hogy szükség esetén újra beültethessük. A replantált mellékpajzsmirigy parathormon termelésével helyreállítja a csontanyagcsere élettani viszonyait és a költséges tartós gyógyszerelést megszünteti.

A szerzők 25 (12 férfi, 12 nő, 45 éves átlagkorú és egy 18 hónapos) betegnél, akinél primer (n = 11), vagy szekunder hyperparathyroidismus miatt (n = 14) parathyroidectomiát végeztek, a permanens hypopa-

rathyroidismus miatt autolog cryokonzervált pajzsmirigyszövetet replantáltak. 12 betegnél a második műtét után persistens vagy recurrens hyperparathyroidismus fejlődött ki; 10 esetben totalis parathyroidectomia és friss szövet autotransplantációja után lépett fel, két esetben subtotalis parathyroidectomia és egyszer soliter parathyreoidea-adenoma kapcsán a megelőző strumaresectomia után. 22 betegnél a felolvaszt cryokonzervált szövet állapotát histologiai ellenőrizték és a mindenkori necrosis-rátát több mint 20 szövetrészecske replantációjával végezték. A betegeket postoperative átlag 40 (3–120) hónap múlva újra ellenőrizték. A praoperative szükséges nagy dózisu calcium és D-vitamin adagolását lépcsőzetesen csökkentették és 16 esetben teljesen befejezték. 9 beteg az utánvizsgálatkor még alacsony adagú calcium- és/vagy D-vitaminkezelésben részesült. Valamennyi betegüknél a hypocalcaemiászavarak megszűntek.

Az autolog cryokonzervált mellékpajzsmirigy szövet replantációja a permanens hyperparathyroidismus biztos kezelése.

iff. Pastinszky István dr.

„Lupus-anticoagulans”: immunhyperthyreosis kapcsán. Schuler, G. és mtsai (Abt. f. Klinische Endokrinologie, Medizinische Universitätsklinik, Freiburg): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 1511.

A Basedow-típusú thyreoidea hyperfunctio *autoimmun folyamat*; az immunszabályozás zavara folytán autoimmuntestek képződnek a pajzsmirigy szövete ellen. A kórfolyamat további lefolyása alatt azonban ezen folyamatba *más szervek* is bekapcsolódhatnak; így egyes autoimmun betegségekben autoantitestek okozta *alvadási zavarok* alakulhatnak ki. Ilyen antitesteket, amelyek a plasmaticus alvadást gátolják, először disseminált lupus erythematosus kapcsán figyeltek meg és „*lupus-anticoagulans*” névvel jelölték meg; később azonban más autoimmun betegségekben is kimutattak ilyen inhibitorokat.

A fentiek példázására a szerzők egy 56 éves Basedow-típusú autoimmun-hyperthyreosisos betegük esetét ismertetik, akinél az eddigi normális alvadási tényezők megváltoztak: a partialis thromboplastin idő (PTT) 48 s-ra, prothrombin idő esése (Quick-érték) 52%-ra változott. Egy időben a VIII. faktor teljes aktivitása 18%-ra, továbbá a IX. faktor 16%-ra csökkent. Mivel ezen értékek a normál plasma hozzáadásával nem normalizálódtak, a plasmaticus alvadás szerzett inhibitorára következtettek.

A szerzők *először* észlelték az ún. „*lupus anticoagulans*”-t Basedow-típusú immunhyperthyreosis kapcsán.

iff. Pastinszky István dr.

Csontdensitás iatrogen thyreotoxicosis után. Biofotonikus absorptiometria alapján. Chabert Orsini, V. és mtsai: Presse Méd., 1990, 19, 1709.

Betegeik thyreoidea cc. miatt végzett total thyreoidectomián estek át, majd L-thyroxin substitúciót kaptak, hogy a TSH secretiót visszaszorítsák. 2–22 évig kezelték így betegeiket. 100–400 µg LT₄-et kaptak naponta. T₃, T₄, TSH, Ca és P méréseket végeztek. Emellett a Ca és P üritést, hydroxyprolinuriát, plasma osteocalcin szintet követték. A csontdensitást kétféle, 44 és 100 KeV hullámhosszú emissio elnyelésével végezték a gerincen, a-p irányban. Ez állítólag jó módszer korai porosis detektálására.

37 betegből 33 mutatott normál értékeket, csontdensitás szempontjából. Így csak négy betegnél fejlődött ki enyhe porosis. Így azt a következtetést vonják le, hogy cc miatti thyreoidea exstirpatio után LT₄ kezeléssel kívül nem szükséges más terápiát adni.

Hankiss János dr.

ACTH-val végzett stimulációs teszt és plazma dehydroepiandrosteron-sulfat hirsutismusban. Siegel, S. F. és mtsai: N. Engl. J. Med., 1990, 323, 849.

A hirsutismus a női hyperandrogenismusnak egyik klinikai megnyilvánulása. Az emelkedett androgen szint forrása lehet exogén, lehet fokozott adrenalis vagy ovarialis secretio, valamint az ún. gyenge androgenek (dehydroepiandrosteron — DHEA — és androstendion) megnövekedett perifériás átalakítása hatásosabb androgen származékokká. A DHEA-sulfat elsősorban a mellékvesében termelt, lassan metabolizálódó és könnyen mérhető steroid, meghatározása segíthet az adrenalis és ovarialis androgen túlprodukciónak elkülönítésében. Hirsutismusra vezethetnek a congenitalis adrenalis hyperplasia nem klasszikus, későn manifesztálódó különböző formái, mint a 3β-hidroxy-Δ⁵-steroid dehydrogenase, a 21-hidroxylyase és a 11β-hidroxylyase defektus enyhe esetei. Mivel az adrenalis enzimdefektusokban ilyenkor az alap hormonszintek normálisak lehetnek, gyakran az ACTH-val végzett stimulációs teszt segít az enzimzavar felfedezésében.

A szerzők ACTH terhelést végeztek 22 egészséges (21–35 év közötti, szabályos menstruációs ciklusú, follicularis szakban lévő) és 31 hirsutismusban szenvedő nőben (15–29 évesek). A hirsutismus gyakran menses zavarral és acneval társult, a hyperprolactinaemiás eseteket kizárták a vizsgálatból. 100 E v. ACTH adása előtt és után 30 perccel a következő steroidokat mérték: progesteron, 17-hidroxyprogesteron, DHEA, DHEA-sulfat, androstendion, 11-deoxycortisol és cortisol. Emelkedett választ állapítottak meg, ha a hormonnövekedés (stimulált érték — alapérték) meghaladta a kont-

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 prosztatata 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 /szívglükózidok és diuretikumok/, ha arra a beteg nem reagál megfelelően vagy refrakterré válik.

Raynaud-szindróma, Raynaud betegség.

Jóindulatú prosztatata hiperplázia által okozott húgyúti obstrukciók adjuváns tüneti kezelésére.

ELLENJAVALLATOK

A gyógyszer iránti túlérzékenység.

Nem ajánlott szívelégtelenség kezelésére, ha annak oka mechanikus obstrukció.

Terhes és szoptató anyáknak csak a gyógyszer adásának előnyeit és a lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható.

Adása 12 éven aluli gyermekeknek nem ajánlott.

ADAGOLÁS

Gyakorlati útmutató az adagolás beállításához hipertóniában:

	Reggel	Este
Első nap		0,5 mg
A következő 3 napon	0,5 mg	0,5 mg
Az ezt követő 3 napon	1,0 mg	1,0 mg
Ellenőrzés		
A következő napokon ha szükséges	2 mg	2 mg



Minipress*

Ezt követően a Minipress adagja a megfelelő vérnyomásválasz eléréséig a betegek egyéni érzékenységének megfelelően növelhető max. napi 20 mg-ig.

A Minipresst célszerű naponta kétszer /reggel és este/ bevenni, de naponta háromszor is adható.

Szívelégtelenség kezelésére fekvő betegeknek az ajánlott kezdő adag naponta 2-4-szer 0,5 mg. Ez az adag 2-3 naponként növelhető a beteg klinikai javulásának eléréséig. Szokásos fenntartó adag 4-20 mg 3-4 részletben.

Raynaud-szindróma, illetve betegség kezelésére a javasolt kezdő adag naponta 2-szer 0,5 mg, a szokásos fenntartó adag naponta 2-szer 1-2 mg.

Jóindulatú prosztata hiperplázia esetén az obstrukciós tünetek csökkentésére ajánlott kezdő adag este 0,5 mg majd 2-szer 0,5 mg 3-7 napig, ez fokozatosan hetente emelhető legfeljebb napi 2-szer 2 mg-ig. Ezen adag túllépése nem javasolt.

MELLÉKHATÁSOK

Szédülés, fejfájás, kábultság, gyengeség, hányinger és palpitáció, 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.



roll csoportban észlelt átlagos válasz ± 2 SD értéket. A hormonválasz sajátossága alapján a betegek 4 csoportba voltak sorolhatók. 13 betegben 3β -hydroxy- Δ^5 -steroid dehydrogenase defektust diagnosztizáltak a fokozott 17-hydroxypregnenolon válasz alapján, közülük 8 esetben a DHEA emelkedés és 11 esetben a stimulált 17-hydroxypregnenolon/17-hydroxyprogesteron arány is nagyobb volt. 5 beteg adatai 21-hydroxylase defektusra utaltak: ACTH terhelés után fokozott volt a 17-hydroxyprogesteron válasz, a progesteron szint és a 17-hydroxyprogesteron/androstendion arány. 1 betegben 11β -hydroxylase defektust észleltek, amit a 11-deoxycortisol kóros válasza jelzett. Ezek szerint a betegek 61%-ában (1–3. csoport) tudták a fokozott androgen szekréció hátterében az adrenalis steroid szintézis enyhe enzimdefektusát kimutatni. A 4. csoport 12 betegében az ACTH terhelés utáni hormonválaszok mértéke nem különbözött a kontroll csoportban észleltől, azonban az androstendion, DHEA és DHEA-sulfat alap- és stimulált szintje átlagosan kissé magasabb, míg a 30. percben mért 17-hydroxyprogesteron/androstendion arány alacsonyabb volt. Ezen eltéréseket a C-17-20-lyase enzim működésének zavarára tartják jellemzőnek (mely lehet ovarialis eredetű is — Ref.).

A csoportok a legtöbb vizsgált steroid paraméter alapértékében nem különböznek egymástól. Ugyanakkor a DHEA-sulfat átlagos alapszintje a 4. csoportban volt a legmagasabb és az egészségesekben a legalacsonyabb, azonban a nagy egyéni szórás miatt az eltérés nem szignifikáns. 19 enzimdefektusos beteg közül 13-ban az alap DHEA-sulfat szint a normál tartományban maradt, míg a 4. csoportban a betegek felében emelkedett volt. Ebből következően azon esetekben, amikor a DHEA-sulfat szint kóros, az ACTH-terhelés nem mindig utal az adrenalis steroidogenesis enzimdefektusára.

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a hirsutismusos beteg kivizsgálásakor az alap DHEA-sulfat és 17-hydroxyprogesteron szint mérése önmagában nem elegendő az adrenalis eredetű kórformák megízható felismeréséhez és mutatják az ACTH terhelés jelentőségét az adrenalis enzimdefektusok nem klasszikus, későn manifesztálódó formáinak igazolásában és pontos tipizálásában.

Iványi Tibor dr.

Hirsutismus — és ami a steroid szintézis zavara mögött van. Ehrmann, D. A., Rosenfield, R. L. (Szerkesztőségi kommentár); N. Engl. J. Med., 1990, 323, 909.

A hirsutismus androgen-dependens fokozott szőrnövekedést jelent, amit meg kell különböztetni az androgen hatástól független hypertrichosistól. Mértékének objektív leírására alkalmas például a Ferriman—Gallwey pontrendszer, ami 9 androgen-érzékeny bőrterületen észlelt szőrösödés

0-tól 4-ig terjedő pontozásának összegéből adódik. E skála 8-at elérő/megaladó értéke utal hirsutismusra. Fokozott androgen szekréció a legtöbb hirsutismusban szenvedő nőbetegben kimutatható. A gyakorta alacsony szexuál-hormon-kötő globulin szint miatt a plazma szabad tesztosztion szintje sokkal érzékenyebb jelzője a hyperandrogenismusnak, mint az ösztroteron (T). Ha a kivizsgálás csak az androgen-termelő tumorok felismerését célozza, akkor megelőzhető az ösztroteron és dehydroepiandrosteron (DHEA)-sulfat szintjének meghatározásával. 7 nM/l (200 ng%) feletti össz T és 18,5 μ M/l (800 μ g%) -ot meghaladó DHEA-sulfat érték daganat jelenléte mellett szól és az ultrahang, CT vagy NMR vizsgálat rendszerint kimutatja az ovarialis vagy adrenalis tumort.

A hyperandrogenismus enyhébb formáinak igényes kivizsgálása azonban részletesebb vizsgálatokat tesz szükségessé. A szerzők az adrenalis és ovarialis eredet elkülönítésére 5 napos kis dózisu (2 mg/die) dexamethason (DEX) suppressiót alkalmaznak, és a plazma szabad T, DHEA-sulfat és cortisol szintjét mérik. Adrenalis, nem tumoros eredetű hyperandrogenismusban ezek a paraméterek a normális tartományba visszazoríthatók, míg a fokozott ovarialis tesztosztion szekréció nem suppressálható kis dózisu DEX-nal (általában ez észlelhető a polycystás ovarium syndroma gonadotropin-függő hyperandrogenismusában). Ha a plazma szabad T koncentrációja megfelelően csökkenthető DEX-nal, ACTH-terhelés javasolt a congenitalis adrenalis hyperplasia későn manifesztálódó („late-onset”) formáinak igazolására. A leggyakoribb 21-hydroxylase-, valamint a sokkal ritkább 11β -hydroxylase defektus esetén a steroid szintézis az androstendion irányába tolódik el, míg a 3β -hydroxy- Δ^5 -steroid-dehydrogenase csökkent működése a DHEA fokozott termeléséhez vezet. Az ACTH-val végzett stimulációs próba gyakran lehetővé teszi az adrenalis steroid szintézis enyhe zavarainak felismerését olyan esetekben is, amikor a bazális össz T, androstendion vagy DHEA-sulfat koncentráció normális értékű. Újabb közlések ennek alapján a hirsutismus, a menstruációs zavarok és az infertilitas hátterében a congenitalis adrenalis hyperplasia későn manifesztálódó alakjainak elég nagy gyakoriságáról számolnak be. A 21-hydroxylase defektus az ACTH terhelés utáni kóros 17-hydroxyprogesteron válasz, valamint a HLA tipizálás alapján biztonsággal igazolható, a 11β -hydroxylase és a 3β -hydroxy- Δ^5 -steroid dehydrogenase defektusának diagnosztikus kritériumai azonban nem teljesen egyértelműek. Másrészt a szerzők gyakran észleltek ACTH adására fokozott 17-hydroxypregnenolon választ kóros androstendion emelkedéssel együtt, s hasonlóan fokozott androstendion választ mutattak ki egy gonadotropin-releasing hormon agonista, a nafarelin alkalmazásakor. Ezen eltérést a steroid szintézis zavarának eddig fel nem ismert újabb formájának tartják, és előfordulását a hyperandrogenis-

mus eseteiben mintegy 50% körülinek találták: a cytochrom P450c17 α androgen képző enzim (17 α -hydroxylase és 17,20-lyase aktivitással) működési zavaráról van szó, ami egyaránt lehet adrenalis, ill. ovarialis.

Az optimális kezelési mód hirsutismusban az etiológia pontos ismeretén alapul. Polycystás ovarium syndromában oestrogen és gestagen kombináció hatásos lehet, a gonadotropin szint gátlásával és az SHBG koncentráció emelésével csökkentve a plazma szabad T szintjét. Az antiandrogének (spironolacton, flutamid és cyproteron-acetat) elsősorban az androgenek receptorhoz kötődését gátolva ugyancsak jó hatásúak. A congenitalis adrenalis hyperplasia későn manifesztálódó formáinak igazolt eseteiben a glucocorticoidok kis dózisa az elsősorban választandó kezelési mód: az adrenalis androgen túlprodukción visszazorításával mérséklődik a hirsutismus és helyreállhat a fertilitas.

Iványi Tibor dr.

Mellékvesedaganatok. Krautz, R.-M., Florek, H.-J., Herzog, K. H. (Leitklinik Herz-Kreislaufkrankh., Chirurg. Klin., Dresden); Z. Klin. Med., 1990, 45, 1635.

Az endokrin magasvérnyomás az összes hypertonia 0,5–3%-át adja csak, jelentősége mégis nagy, mivel — ha részletes kivizsgálás után megállapításra kerül — műtéttel gyógyítható. A szerzők a három ismert kórkép — Conn-syndroma, pheochromocytoma és Cushing-syndroma — közül az első kettővel foglalkoznak 25 betegük alapján.

A Conn-syndroma (primer hyperaldosteronismus) jellemzői a hypokalaemia, renin-suppressio, metabolikus alkalosis, néha izomgyengeség és a stabil hypertonia. A mellékvesekéreg adenomája vagy diffúz hyperplasiája okozza. Az oldal-lokalizálásban a mellékvese-phlebografiával összekötött szelektív aldosteron-meghatározás, 131 I- vagy 75 SE-cholesterin-szcintigráfia, a CT (90% feletti találati biztonsággal) és az ultrahang (70%-os biztonsággal) játszik szerepet.

A pheochromocytoma ectodermalis chromaffin tumor, mely catecholaminokat termel. Jellemzői az adrenalin és noradrenalin túltermelődése, ebből adódóan a vizeletben a magas vanillin-mandulasav-ürítés és a permanens vagy rohamokban jelentkező hypertonia. Az oldal-lokalizálásban az arteriographia során vett szelektív vérminták catecholamin-szintjének meghatározása, a CT és a 131 I-meta-jodo-benzilguanidin-szcintigráfia játszanak szerepet.

A sebészi beavatkozást transperitonealis behatolásból végezték, hogy a vena suprenalis mihamarabbi lekötésével az endokrin hatásokat csökkenthessék. A narkózis során legfontosabb volt a vérnyomás (direkt punctió) monitorozása, melynek során pheochromocytomában több krízist észleltek, míg a Conn-syndromásoknál a

hypertonia kiegyensúlyozott volt. Szükség esetén nitroprussid-natrium adásával befolyásolták a vérnyomást. A perioperatív mortalitás 15% volt (hypertoniás krízis, irreversibilis shock, masszív vérzés és consumptió coagulopathia), s 35%-ban észlelték — nem halálos — postoperatív szövődeményeket (hypertoniás krízis, pulmonalis congestio, gyomor-atonia, arteria femoralis thrombosis, subclavia-katéter fertőződése). A betegek postoperative intenzív ellátást igényeltek.

A szerzők véleménye szerint a pontos oldal-lokalizálás után végzett műtétben az intra- és postoperatív monitorozás, intenzív ellátás a meghatározó. A 15%-os mortalitást a kis betegszámmal magyarázzák, s hangsúlyozzák, hogy a vérnyomásértékek a műtét után normalizálódtak, csupán egy főnél volt szükség a későbbiekben antihypertensív szerek adására.

Pikó Béla dr.

A prolactinoma kezelése. Szerkesztőségi közlemény. *Lancet*, 1990, 336, 661.

A prolactinomák kezelése tapasztalati úton fejlődött ki. A kezeletlen makroadenomák növekedve nyomásos és endokrin tüneteket idéznek elő. A mikroadenomák a hyperprolactinaemia következtében csupán a hypothalamo-hypophyseogonad tengelyt nyomják el. A prolactinomák kezelése: gyógyszeres, sebészi, belső vagy külső besugárzás.

A prolactinomák standard kezelése az ergot származék bromocriptin marad, amely dopamin agonista, gátolja a prolactin kiválasztást, de a prolactin messenger RNS szintézist is gátolja. A protein szintézis aktivitás és a sejten belüli organellumok csökkenése sejt zsugorodást eredményez. A dopamin agonisták az emberi prolactinoma sejteket pusztítják is. A mellékhatás nagyon kevés, a leginkább előfordulók: a hányinger, orrdugulás, szédülés. Új dopamin agonisták a lisurid, pergolid és cabergolin. Vegyileg a bromocriptinnel rokonok és a mellékhatásaik is hasonlóak. A cabergolin megnyújtott felezési ideje folytán hetenként egyszer alkalmazandó. Új nem ergot származék dopamin agonista a CV-205, főleg a D2 receptorra hat, elnyomja a prolactin szintet és zsugorítja a makroadenomákat. Olyan betegek, akik nem tudták a bromocriptint szedni, képesek a CV-205-öt elviselni.

A hyperprolactinaemia jelentős szövődménye a keringő ösztrogének és tesztoszteron koncentrációjának csökkenése. Így nem meglepő a csonttrikulázis. Ezért a hyperprolactinaemiás hypogonadismus javallatot képezi a kezelésre akkor is, ha a mikroadenoma helyileg nem terjed és a nemi funkció vagy fertilitás javítására nincs igény.

Jakovovits Antal dr.

DERMATOLÓGIA—VENEROLÓGIA

A béta-karotin bőrrák-megelőző hatásának klinikai vizsgálata. Greenberg, E. R. és mtsai: *N. Engl. J. Med.*, 1990, 323, 789.

A szerzők négy klinikai központ nem melanomás, bőrrák miatt észlelt 1805 betegét randomizált, kettős vak vizsgálat során 50 mg béta-karotinnal vagy placebóval kezelték, s öt éves megfigyelési idő alatt évenként ellenőrizték az új, nem melanomás bőrrák jelentkezésének gyakoriságát. Vizsgálataikat azért végezték, mert számos korábbi közlemény, valamint állatkísérletek beszámoltak a béta-karotin rák elleni, preventív hatásáról. Nem találtak különbséget a két csoport között az új bőrrák keletkezésének gyakoriságában (362 béta karotinnal kezelt betegnél és 340 placebóval kezelt betegnél volt legalább I carcinoma). Ugyancsak nem volt szignifikáns különbség a két csoport között az újonnan keletkezett bőrrákok száma/év/évet illetően (0,29 új rák/év a béta-karotinnal kezelt, 0,25 új rák/év a placebóval kezelt betegknél). Adataikból kiderült, hogy nincs kedvezőbb hatás a legalacsonyabb vér béta-karotin szinttel rendelkező csoportban sem, sem pedig azokon a betegeken, akik dohányosok voltak. Jelenleg még nincs bizonyíték arra, hogy öt év alatt a béta-karotin kezelés hatásos preventívot jelentene a bőrrákot illetően.

Korom Irma dr.

Fej-nyaki lamphámcarcinomás betegek isotretinoin kezelésére. Hong, W. K. és mtsai: *N. Engl. J. Med.*, 1990, 323, 795.

Fej-nyaki carcinomák sebészi és/vagy radioterápiája hatásos, ám az így kezelt betegek 30–50%-a helyi vagy regionális recidívával, 20–30%-a távoli áttéttekkel, 10–40%-a második malignomával bír. Szükség van a kemoprevenzióra, mivel az ilyen betegek ismételt karcinogén inzultusnak kitéttek (pl. dohányzás). A retinoidok in vitro és in vivo a hámsejtek differenciálódását befolyásolják, a különböző hámkömben gátolják a karcinogenezist.

A szerzők 103 fej-nyaki laphámcarcinomában szenvedő, primer kezelés (sebészi és/vagy radioterápia) után tünetmentes beteget randomizáltak, 12 hónapon át isotretinoinnal (50–10 mg/m²/die) vagy placebóval kezelték, vizsgálták a lokális, regionális vagy távoli metasztatikus jelentkezését, illetve a második malignoma keletkezését. Előbbiben nem volt szignifikáns különbség a két csoport között, viszont utóbbiban, azaz a második malignoma előfordulásában szignifikánsan magasabb értéket találtak a placebo csoportban (a második malignoma előfordulása isotretinoinnal kezelt betegek 4%-ában, placebóval kezelt betegek 24%-ában fordult elő). A szerzők nagy dózisban alkalmazták a szert, a toxikus hatás, intolerancia magas volt. Szükség van a fej-nyaki laphámcarcinomások kemopre-

venciójára, ehhez alacsonyabb dózisu isotretinoin ajánlható. Egyéb szerek még az A-, E-vitamin, béta-karotin, dohányzás csökkentése.

Korom Irma dr.

Eljön az idő: — a rák chemopreventiója. Meyskens, F. L.: *N. Engl. J. Med.*, 1990, 323, 825.

2000 után az Egyesült Államokban a vezető halálok a carcinoma lesz. A jövőben nagy szükség lesz a chemopreventióra. Ennek eszközei a különböző étrendek összetevői, valamint farmakológiai ágensek. Utóbbiak csoportjába tartoznak a béta-karotinok, a szintetikus retinoidok.

Diétás epidemiológiai tanulmányok megerősítették azt a feltevést, hogy bizonyos vitaminok, nyomelemek gátolják emberen carcinoma kialakulását. A béta-karotinok kiemelkednek főleg a tüdőrák preventív ágenseként, jól használható szerek, alacsony a toxicitásuk még nagy dózisban is. Ugyanezen folyóiratszám két nagy klinikai randomizált tanulmányt közöl, az egyik a béta-karotinok, a másik az isotretinoin chemopreventív hatását vizsgálta. Az ellentmondó eredmények magyarázata, hogy a béta-karotinok gyenge antikarcinogének, míg az isotretinoin hatásos szer, főleg a második malignoma gyakoriságának csökkentésében. A potenciális chemopreventív ágensek száza fordulhatnak elő a különböző diétákban, ezen komponensek vizsgálata különböző centrumokban történik, több mint százezer ember érintett a tanulmányokban, az eredmények a chemopreventívot követően a következő évekre várhatók.

Korom Irma dr.

Melanoma malignum gyermek- és ifjúságban. Hohenleutner, U. és mtsai (*Dermatol. Klin., Univ. München*): *Munch. med. Wschr.*, 1990, 132, 749.

A melanoma malignum (MM) fiataloknál ritka, a szerzők 3600 beteg közül csak 25 (0,69%), 20 évnél fiatalabban találtak. A férfi : nő arány 17 : 8 volt, többségük (17 fő) 16 évnél idősebb. A MM (az értékelhető 23 beteg alapján) 44%-ban már a születéskor meglévő pigmentelváltozásból alakult ki, 28%-ban később keletkező foltból s csak 20%-ban ép bőrből. A kezelés széles biztonsági zónával végzett excisióból, ha más diagnózis miatt történt a kimetszés, reexcisióból, esetleg nyirokcsomóeltávolításból, néhány esetben immunchemoterápiából, hyperthermiás cytostatikus perfüzióból állt.

5 beteg a II. stádiumba (T1-4N1-2M0) tartozott, közülük négyen átlag 13 hónap múlva meghaltak, egy beteg 25 hónapja tumormentesen él. 20 fő volt az I. stádiumba (T1-4N0M0) sorolható, négyen haltak meg átlag 34 hónap múlva, a többiek átlag

88 hónap múlva tumormentesek, a hároméves betegségmentes túlélés 69%. A prognózist rontotta a MM nagyobb mélybeterjedése, illetve a congenitalis naevusok talaján kialakult tumor.

A fiatalkori MM a felnőttekéhez hasonlóan korán felismerve viszonylag jó prognózisú, míg a mélybeterjedéssel az életkilátások romlanak. Eltérés az, hogy a MM gyakran alakul ki kis congenitalis naevus-sejtes naevusokból, melyeknél a felismerés nehezebb, s így sokszor késői. A kezelés alapja a radikális műtét, bár fiatal korban az irodalmi adatok szerint az agresszív systemás és regionális chemotherapia esélyei jobbak lehetnek, mint felnőtteknél. A congenitalis pigmentfoltok prophylactikus excisiójáról a vélemények megoszlanak. A szerzők szerint a műtét indokolt szövettanilag igazolt mély típusokban, local anaesthesiaiban eltávolítható kis pigmentfoltok esetén. A felületes elváltozások dermatobrásióval kezelhetők (főleg csecsemőkörben), vagy szoros kontroll szükséges. Minden el nem távolított vagy el nem távolítható naevusról fotódokumentációt tartanak szükségesnek a későbbi kontrollok érdekében.

Pikó Béla dr.

Melanoma probléma Hollandiában. Nee-ring, H. és mtsa (Haarlem-Rotterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 134, 2027.

Bár az idejében diagnosztizált melanoma 80%-ban gyógyítható, a morbiditás és a mortalitás évről évre nagyobb, főleg a fiataloknál tapasztalható incidentia növekedés miatt. A kezdeti felszínes-radiális növekedést a tumor infiltratív növekedése követi és a metastatizálódás is korai jelenség. Az excisió mért tumor vastagságból lehet legjobban következtetni a prognózisra. A tumor keletkezésében több tényező szerepel, közülük fontos a genetikai predispozíció, a gyakori napozásos leégések, végül hormon és immunológiai tényezők. Terápiája az excisio, az egyéb kezelésektől csak adjuváns-palliatív hatás várható. A megalakult hollandiai melanoma munkacsoport a precursor laesiókra hívja fel a figyelmet.

Az 1988-as felmérések szerint 10 éven belül meg fog duplázódni az incidentia, és évente 3000 új betegre számítanak. Jelenleg a nő : férfi arány 1-nél nagyobb, szemben az USA adataival, ahol az arány 1 : 1. Évente nő a fiataloknál megbetegedése, a prognózis a nőknél tűnik kedvezőbbnek. A tumor nőknél inkább az alsó végtagokon, férfiaknál inkább a törzsön jelentkezik. A melanoma-kockázat a dysplastikus naevus szindrómáknál a legnagyobb, valamint azoknál, akiknek családjában egynél több melanoma fordult elő, de nagy a kockázat a nagy congenitalis naevus esetében is.

Egyes szerzők szerint a 2 mm-nél nagyobb, többszörös naevus esetén és a dysplastikus naevusnál, valamint a szeplősöknél, a napozáskor több ízben leégteknél a melanoma kockázata nagyobb, de az im-

munológiai kompromittáltaknál, pl. a HIV-fertőzötteknél is nagyobb a melanoma kockázata.

A veszélyeztetett csoportok kontrollja mellett jó kezdeményezés volt a kellő fölvilágosító munka utáni „szeplő-busz” kampány, mikor is vizsgálóhelyiséggé kialakított busszal tengerparti strandolókat vizsgáltak meg, és 3069 vizsgált közül kiemelték 65 személyt, ezek közül 46-nál szövettani vizsgálatot is végeztek. Az eredmény 6 melanoma, 2 laphámrák, 23 basal-sejtes cc. és 5 dysplastikus naevus. (Ref.: A szűrési számszerű adatait egy másik közleményből „adaptáltam”.)

Pigmentált kis naevus esetén is szükséges a rendszeres kontroll, excisio esetén pedig elvégzendő a szövettani vizsgálat. A felvilágosító, a korai diagnózis és az adekvát kezelés a melanoma probléma sarokkövei. A késői fázisban a perfusió, rtg-besugárzásos és cytostatikus kezelés enyhíti a beteg szenvedését.

Ribiczey Sándor dr.

Eltávolítandók-e a congenitalis melanocytás naevusok? de Blik, J. P. és mtsai (Haarlem-Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 134, 2029.

A premalignus congenitalis melanocytás naevus (CMN) nagysága arányos a malignitás kockázatával. Az újszülöttnél a naevus néha csak hetek múlva válik láthatóvá a pigmentatio késedelme miatt, ezek az ún. tardív naevusok, a tardívítás néha a növekedés látszatát is keltheti. A kicsinyek <1,5 cm átmérőjűek, kerekék vagy oválisak, éles határuak, maculások, vagy papulások, egyneműen barnák, később szőrözöttekké válhatnak. A közepes nagyságúak 1,5–20 cm átmérőjűek, maculások, felszínük néha papillomás-verrucaszerűek, színük világostól sötétbarnáig, néha nem homogének, gyakran erősen szőrösek. A nagyok átmérője nagyobb mint 20 cm, vastagabbak, felszínük durva-szabálytalan, színük nem homogén, erősen szőrösek. Az extrém nagyságúakat „fürdőruha naevus”-nak nevezik. Egyesek szerint a 16 mm-nél nagyobb naevusok gyermekeknél, a felnőtteknél a 30 mm-nél nagyobbak mindig congenitalisok. A nagy naevusok mellett gyakran vannak satelita kis és közepes naevusok.

A congenitalitásra histológiailag jellemző a pigment sejtek localisatiója: a dermis stratum reticulare legalsó 2/3-ában láthatók, néha az izomfasciánál is megtalálhatók. A CMN az újszülöttek 1%-ánál fordul elő, 90%-uk 4 cm-nél kisebb; a 10 cm-nél nagyobbak 20 000 újszülött közül 1-nél, az óriás naevus pedig 500 000 újszülött közül 1-nél fordul elő.

A kis és közepes naevus melanomává való elfajulásának kockázata 2,6–8,9%-os, az elfajulás a 10. életév után következhet be, ezért tanácsos a pubertás előtt, 10–12 éves korban az eltávolításuk, hacsak nem mutat már előbb aktivitását, vagy a localisatio ezt

nem követeli meg (nyomási-dörzsölési helyek, esetleg trauma-vakarás stb.).

A közepes nagyságúak, ha nem lettek eltávolítva, gondos kontrollálást igényelnek, eredeti nagyságú fényképen ajánlatos a rögzítés, a képen legyen a mérce is rajta. A szülők kioktatandók, és az első adandó alkalommal ajánlatos az excisio. Ha ez nem totális, akkor rész-excisio és utána szoros, élethossziglani kontroll szükséges.

A nagy CMN-nál a rizikó 17%-os, az elfajulás gyakran már a 3. életéven belül következik be, de rendszerint a 6. életév előtt várható. A melanoma 2/3-a nem az epidermisben van, nagysága nehezen ítéltető meg, az excisiót célszerű az első életévben elvégezni. Totális eltávolítás rendszerint nem lehetséges, évenkénti fényképes ellenőrzésre van szükség. Hat hónapos korban belül az anesthesia kockázatos. Az abrasio kozmetikailag ugyan kedvezőbb, de a mélyben visszamaradó pigmentsejtek okozta veszély miatt kerülendő.

Ribiczey Sándor dr.

Megújított bőrmelanoma consensus. Rampen, F. H. J. és mtsai (Oss, Nijmegen, Amsterdam, Utrecht): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 134, 2031.

Az 1984-ben közölt consensus 1990-ben korszerűsítésre került. Kis gyanú esetén végzett naevus excisiójánál 0,5 cm-es margó hagyandó, fokozott gyanúnál, ha a naevus vékonyak tűnik, jobb 1 cm-es margóval végezni az excisiót. Bár 100%-os egyetértés nem alakult ki, a többség a naevus 1 mm-es vastagságánál 1 cm-es, — 1,1 mm—2 mm vastagságánál 2 cm-es, — 2,1 mm — 3 mm vastagságnál legalább 3 cm-es margót javasol az excisiósnál. Vékony melanománál értelmetlen a túl nagy excisio, de zsugorodásban levő naevusnál a zsugorodás előtti vastagságnak megfelelő margó betartása javasolt.

Ha a naevus 0,8 cm-nél nagyobb, ajánlatos a szövettani vizsgálatra küldendő anyag centrumából egy 2 mm-es darabka fagyasztóba tétele egy esetleges későbbi immunhistológiai vizsgálat céljára. Intraoperatív fagyasztott metszet vizsgálata nem ad megbízható eredményt, bizonytalanság esetén a melanoma munkacsoporttal való konzultáció segíthet.

A klinikailag metastasismentes nyirokcsomók eltávolítása elektív-profilaktikus dissectiónak minősül, de 1,5 mm-nél vékonyabb naevusnál a malignitást nem jelző nyirokcsomók in situ hagyandók, viszont az 1,5–4 mm vastagságúaknál nem alakult ki konszenzus a nyirokcsomók dissectiójában, egyesek szerint az elektív nyirokcsomó dissectio nem befolyásolja a túlélést, mert ekkor már a távoli metastasisok határozzák meg a prognózist — szemben ezzel vannak, akik a nyirokcsomók eltávolítását javasolják.

A WHO randomizált vizsgálatainak eredményeit többen vitathatónak tartják. A környéki nyirokcsomók metastasis-gyanú-

jánál terápiás dissectio végzendő, a szoliter nyirokcsomó eltávolítása helytelen. Kétséges klinikai lelet esetén cytologiai punctio végzendő. A terápiás nyirokcsomó dissectio indicációjánál felesleges kiterjedt preoperatív vizsgálatokat végezni hematogén metastasisok felderítésére. Néha metastasisok esetén is szükséges lehet a nyirokcsomók palliatív eltávolítása helyi okok miatt (vérzés, ulceratio, ideg-alteratio).

Adjuváns és terápiás perfusiót az ország 3 egyetemén végeznek, a betegek $1/3$ -ánál komplett remissiót, $1/3$ -ánál részleges remissiót, $1/3$ -ánál időleges stabilizációt értek el.

A melanomás betegek 10 éven át kontrollálандók, de a rutinszerű mellkasrtg és laboratóriumi vizsgálatok már nem kötelezők. A precursor-laesiók között a dysplastikus naevusok hajlamosak az elfajulásra, a sporadikusoknál (nincs családi előfordulás ezeknél) a kontroll egyénileg meghatározandó — a familiáris formánál évente 1—2 kontroll ajánlatos, életfogytiglan. A dysplastikus naevus ismérvei architekturálisok és celluláris jellegűek. Architekturalisan a határsíkban a melanocyták szaporodása, a sejtléscskek szabálytalansága a jellemző, cellulárisan a sejt atypia, a nagy melanocyták, a nagy sejtmagok, nucleolusok, a sejtpolymorphismus, a finomszemcsés melanin jelenléte a jellemző, és a stromában a lymphocytás beszűrődés, a fibroblastok és a kollagén, valamint a melanofágok megjelenése feltűnő.

Ribiczey Sándor dr.

RADIOLÓGIA

A tüdő és a mellhártya ultrahangvizsgálata. Anzböck, W. és mtsai (Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien): Fortschr. Röntgenstr., 1990, 153, 278.

A szerzők 80 beteg mellkasi ultrahangvizsgálatát végezték el a mellkas röntgenfelvétellel kimutatott árnyék jellegének pontosabb tisztázása végett. Az ultrahangvizsgálat alapfeltétele ilyen esetekben is megfelelő akusztikus ablak jelenléte, amit vagy a mellűrben lévő folyadék, vagy a mellkasfalig terjedő kóros elváltozás biztosíthat. Az ultrahangvizsgálat a 80-ból 74 esetben nyújtott többlet felvilágosítást a röntgenfelvételhez képest, ezek közül egy téves kórismének bizonyult. Hat beteg adipositas, rossz általános állapot vagy akusztikus ablak hiánya miatt nem volt kielégítően vizsgálható. Az UH leletek helyességét az esetenként elvégzett mellkasi punctio, a cytologiai vizsgálat vagy a tübiopsia igazolta, gyulladássos esetekben pedig a kórokozó kimutatása. Az eredményes esetek némelyikében elvégzett hagyományos réteg vagy CT vizsgálat az ultrahanglelethez viszonyítva gyakorlatilag értékes többletet nem jelentett. 61 esetben folyadék biztosította az akusztikus ablakot. Az echomentes trans-

sudatum elkülöníthető az exsudatumtól, melyben fibrinszálsák mozognak a légzéssel vagy szívüktetéssel egyidejűleg. Transsudatum mellett észleltek 5 heges pleuramegvastagodást, egy letokolt gyülemet, 27 kompressziós atelectasiát és 2 tumort. Az atelectasia jellegzetes alakú, homogén echoszerkezetet mutat, a tumor homogén és inhomogén egyaránt lehet. Exsudatum mellett 5 tumort és 21 pneumoniát találtak. Folyadékgyülem nélkül a mellkasfalig terjedő elváltozások között volt 7 callus, 3 pleuralis és 3 pulmonalis tumor. A mellkas röntgenképén egynemű árnyékot adó elváltozások felbontásával tehát az esetek jelentős részében többletinformáció várható az ultrahangvizsgálattól. További feladat az ultrahangvizsgálat és a CT teljesítőképességének elemző összehasonlítása ezen vonatkozásban.

Laczay András dr.

Fibroadenomában kialakult carcinoma mammographiás képe. Baker, K. S. és mtsai (Mallinckrodt Institute of Radiology, St. Louis): Radiology, 1990, 176, 371.

A fibroadenomában kialakuló emlőrák nem gyakori. A szerzők az irodalomban 161 esetről találtak közlést. Saját pathologiai archívumuk 18 éves anyagában 105 ilyen esetet találtak. Ezek közül 25 esetben állott rendelkezésre retrospektív elemzés és összehasonlítás céljára a műtét előtt végzett mammographiás vizsgálat képanyaga. Egy beteg tumora a mammographiás képen nem látszott, műtetre tapintási lelet alapján került, így feldolgozásuk alapját 24 eset képezi. Szövettanilag a fibroadenomán belül észlelt tumor 7 esetben in situ lobularis carcinoma volt, 13-ban in situ ductalis carcinoma, 3-ban szinkron in situ lobularis és ductalis típus, egyben pedig szinkron in situ lobularis és invazív lobularis rák. Röntgenképen a terime 2 esetben volt kerek, ötben ovális, a többiben kerekes kontúrú. A képlet élesen határolt volt 11 esetben. 17 tumorban meszesedés nem ábrázolódott, négyben a fibroadenomára típusosnak tartott calcificatio látszott, háromban microcalcificatio. A tumor röntgenképi denzitása csak egy esetben volt alacsony, hétben erősen fokozott, a többiben közepesnek értékelték. A legkisebb daganatátmérő 1 cm volt, a többi ennél nagyobb, 14 esetben 1 és 2 cm közötti, a többiben 2 és 8 cm között. Malignitas gyanújeleket értékelik a tumor nagy méretét, elmosódott kontúrját és a microcalcificatiót. Mindezek azonban hiányozhatnak is, ezt példázza egyik esetük, melyben az 1,5 cm átmérőjű tumor kerek volt, éles kontúrral, meszesedés nélkül. Eszerint a mammographiás képen nem határolható el 100%-os biztonsággal a fibroadenoma és a carcinoma, bár ilyen együttes előfordulásuk ritka.

Laczay András dr.

Mediastinalis tumorok sonographiás kimutatásának érzékenysége a CT-vel és a röntgenfelvételekkel összehasonlítva. Wernecke, K. és mtsai (University of Münster Medical School, Münster): Radiology, 1990, 175, 137.

A szerzők korábban már beszámoltak arról, hogy suprasternalisan, paravertebralis és parasternalisan ultrahangvizsgálattal a mediastinum egyes területei áttekinthetőek. Jelen közleményükben prospektív vizsgálataikról számolnak be, melyek során 182 esetben hasonlították össze a hagyományos röntgenfelvételek, a CT és az ultrahangvizsgálat eredményeit a mediastinalis tumorok kimutatásában.

134 esetben mutatott a CT vizsgálat egy vagy több mediastinalis tumort. Ezek között a csökkenő gyakoriság sorrendjében szerepelnek Hodgkin és non-Hodgkin lymphoma, különböző primer mediastinalis tumorok, bronchogen rákok, gastrointestinalis tumorok, metastasisok és gyulladássos nyirokcsomók. Ultrahangvizsgálattal a mediastinum területén megközelíthető a supraaortikus, a jobb paratrachealis, a prevascularis, subcarinalis és pericardialis regio, valamint az aorta-pulmonalis ablak. A parasternalis mezőből való tájékozódást megkönnyíti, ha a beteget a vizsgálandó oldalra fektetik. A CT leletet vették összehasonlítási alapul, ehhez viszonyítva értékelték a hagyományos röntgenfelvételek és a sonographia teljesítményét.

A röntgenfelvétel meglepő módon csak a paravertebralis regio vonatkozásában múlta felül az ultrahangvizsgálatot. A hátsó mediastinum területén mindkettő gyenge teljesítményt nyújtott 6—6% érzékenységgel. A supraaortikus régióban 98 : 67, paratrachealis 89 : 69, az aorta-pulmonalis ablakban 81 : 62, prevascularisan 92 : 46, subcarinalisan 69 : 31 és pericardialis 100 : 67% volt az összehasonlítás eredménye a sonographia javára. 221 tumorra vonatkoztatva a sonographia 43, a röntgenkép 96 téves negatív eredményt adott. Az ultrahang ez irányú lehetőségének különösen ott lehet jelentősége, ahol a CT vizsgálat lehetősége korlátozott.

Laczay András dr.

Ultrahangvizsgálat és kiválasztásos urographia összehasonlítása a felnőttkori haematuria kivizsgálásában. Spencer, J. és mtsai (John Radcliffe Hospital, Oxford): Brit. med. J., 1990, 301, 1074.

Korábban a haematuria egyértelműen a kiválasztásos urographia javallata volt. A szerzők oktató kórház radiológiai osztályára haematuria okának tisztázása végett küldött 155 beteg ultrahangvizsgálatát és kiválasztásos urographiáját végezték el. Az egymástól függetlenül végzett és értékelt kétféle vizsgálat eredményeit utólag összehasonlítva elemezték választva keresve arra a kérdésre, hogyan változott az urographia javallata az ultrahangvizsgálat lehetőségének birtokában.

81 esetben mindkét vizsgálat negatív eredményt adott. Ezen betegeket klinikailag tartósan tovább ellenőrizték, de további radiológiai vizsgálatot nem tartottak szükségesnek. A két eljárással 74 betegen összesen 80 kóros elváltozást találtak a húgy-szervekben. Az urographia és az ultrahangvizsgálat lelete 11 esetben volt eltérő. Csak urographiával derült ki 2 ureterkő, 2 hólyagdiverticulum és egy telődési hiány az egyik felső kehelyben. Utóbbi a kontroll urographián már nem látszott, feltehetően véralvadék volt. A két ureterkővet a natív röntgenfelvétél is mutatta, egyik esetben ultrahang észlelte a proximális ureter mögöttes tágulatát. Csak ultrahangvizsgálattal derült ki 4 hólyagtumor. Ehhez járult még egy téves pozitív lelet, mikor az ultrahanggal vélt kis kiterjedésű tumort a cystoscopia nem találta. Vélhetően vaskos hólyagnyálkahártya okozta a tévedést. Egy röntgenfelvételen nem ábrázolódó vesekövet találtak ultrahanggal. Összességében 65 esetben a két eljárás ugyanazt a kóros elváltozást derítette fel. Két jelentéktelen többletinformációt adott az urographia, ezek kis hólyagdiverticulumok voltak prostata hypertrophia mellett. Kóros ultrahanglelet mellett 6 esetben volt negatív az urographia, három esetben fordítva.

Gyakorlati következtetés, hogy a natív röntgenfelvétél és az ultrahangvizsgálat a legtöbb esetben kielégítő.

Laczay András dr.

Kettős kontraszt irrigoscopia többszöri értékelésének hatása a percepció tévedésre. Markus, J. B. és mtsai (McMaster University Medical Centre, Hamilton): Radiology, 1990, 175, 155.

Eddigi adatok szerint a kettős kontraszt irrigoscopia téves negatív eredményeinek leggyakoribb oka a percepció tévedés. A szerzők arra voltak kíváncsiak, milyen mértékben küszöbölhető ez ki akkor, ha a felvételeket nem egy, hanem két vagy három radiológus elemzi. 60 kettős kontraszt irrigoscopia képanyagát három gastroenterológiában gyakorlott radiológussal külön-külön leleteztették. 31 beteg anyagában jelentős kóros elváltozás nem volt, vagy csak 5 mm-nél nem nagyobb polypus, diverticulosis. A további 29 beteg anyagában összesen 46 jelentős kóros elváltozás ábrázolódott, colitis, szűkítő folyamat, medencei tumor, nagyobb polypus. A tényleges helyzetet minden esetben colonoscopiával is ellenőrizték. Négy esetben a colonoscopiával látott polypusok nem ábrázolódtak a röntgenképen, 5 elváltozás pedig egyértelmű röntgenkép mellett a colonoscopiával nem derült ki. Az átlag radiológus a kettős kontraszt képeken ábrázolt 46 jelentős elváltozás közül azok 70%-át vette észre, 22 elváltozást legalább egyik vizsgáló elnézett. Ha a külön-külön adott leleteket kombináltan vették figyelembe, akkor kettős leletezésnél a találati arány 83, háromas leletezésnél 89%-ra emelkedett. A tanulság többszörös. Egyrészt nyilvánvaló, hogy a kettős kontraszt irrigos-

copia értékelésében jelentős percepció tévedéssel kell számolni, másrészt lehetőleg törekedni kell ezen felvételek legalább kettős értékelésére.

Laczay András dr.

A lépinfarktus ultrahangképe, kórisméje, követése és szövödményei. Goerg, Ch., Schwerk, W. B. (Philipps University, Marburg): Radiology, 1990, 174, 803.

A szerzők 23 betegen előforduló 40 lépinfarktus ultrahangvizsgálatáról és az esetek többségében folyamatos ellenőrzéséről számolnak be. Az alapbetegségek között szerepel idült myeloid leukaemia, idült myelomonocyt-leukaemia, non-Hodgkin lymphoma, polycythaemia, myelodysplasia, endocarditis, spherocytosis, sepsis, endocarditis, Whipple-kór. Klinikai tünetként 10 esetben jelentkezett erős léptáji fájdalom, négyben diffúz hasi fájdalom, de 9 betegen a lépinfarktus tünetmentesen alakult ki. Az első ultrahangvizsgálatkor a kép meglehetősen változatos volt. Ék alakú és kerek elváltozás egyaránt előfordult, kórtúrja többnyire szabálytalan, ritkábban élesen elhatárolt, echoszerkezete a környező lépállományhoz képest echoszegény, ritkábban echomentes. A 23-ból 20 beteg került második ellenőrző ultrahangvizsgálatra, 16 pedig három ízben. Az észlelési idő során 4 beteg meghalt a lépinfarktustól független okból. Az ultrahanglelet alakulása alapján 5 esetben került sor lépeltávolításra.

A szerzők szerint lépszakadás veszélyére és annak következményeire utalnak és így műtéti javallatot jelentenek az alábbi elváltozások az ultrahangképen: a lépállomány fokozódó elfolyósodása, növekvő tokalatti vérömleny, vérzés a szabad hasüregben akkor is, ha maga a lépfelszín épek látszik, végül Doppler-vizsgálattal kimutatható áramlási jelenség a lépinfarktus területén. Konzervatív kezelés mellett tehát az esetek többségében is gyógyulás várható, ezért különösen fontos a gondos ultrahangellenőrzés a műtétre szoruló esetek kiválasztásában. A műtét nélkül gyógyuló esetekben a lép ultrahangképe többnyire inhomogén szerkezetet mutat, de teljesen homogenizálódhat is.

Laczay András dr.

Pancreastumok endosonographiás diagnosztikája. Röscher, Th. és mtsai (II. Medizinische Klinik der Technischen Universität München): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 1339.

A szerzők vizsgálatának célja pancreastumor gyanú esetén nagyobb beteganyagban az endosonographia diagnosztikus érték helyzetének tanulmányozása volt. Ezért 140 (72 férfi, 68 nő; 57 éves átlagkorú) pancreastumorra gyanús betegnél összehasonlító vizsgálatokat végeztek endosonographiával,

konvencionális sonographiával, CT-val és endoscopos retrograd cholangiopancreatographiával (ERCP). A pancreastumor végleges diagnózisa vagy kizárása (malignus, n = 85), benignus (n = 4), gyulladós (n = 23), nem daganatos (n = 28) műtéti (n = 63), tübiopsiával (n = 35), autopsiával (n = 4) vagy klinikai utóellenőrzéssel történt, átlagban 10,5 hónapig. Az endosonographia sensitivitása és specificitása (94, illetve 100%), a konvencionális sonographiában (71, ill. 39%), a CT-ban (82, ill. 46%) és az ERCP-ben 89, ill. 64% felett voltak. A hasnyálmirigy gyulladós és malignus ténylegesen között endosonographián sem prospektív (találati biztonság 69%), sem az echoszerkeztúra összehasonlító elemzésével nem volt lehetséges. Az endosonographia főleg negatív vagy kérdéses ultrahang- és CT-lelet esetén kiegészítheti vagy az ERCP helyett erősítheti meg a diagnózist.

Összefoglalólag: 1. az endosonographia 98%-ban megerősítheti az ERCP, a konvencionális sonographia és a CT által felállított „pancreastumor” diagnózist; 2. a tumordiagnózis olyan betegknél is biztosítható, akiknél sem a hagyományos sonographiával, sem CT-vel nem mutatható ki; 3. az endosonographia kiegészítheti az ERCP-t; 4. a pancreasmirigy gyulladós vagy malignus ténylegesen esetén az endosonographia kevésbé alkalmas; a legmagasabb találati biztonságot az ERCP- és a CT-lelet nyújtja; 5. az endosonographia a pancreastumork kivételével biztos, más képalkotó módszereket felülmúló eljárás.

ifj. Pastinszky István dr.

Színesen jelzett duplex sonographia az alsó végtag arteriákon PTA előtt és után. Landwehr, P., Lackner, K. (Inst. Röntgendiagnostik der Universität Würzburg): Fortschr. Röntgenstr., 1990, 152, 35.

A szerzők prospektív tanulmányban vizsgálták a színesen kódolt duplex sonographia érték helyzetét a medence-, lábarteriák kórismézésében PTA (percutan transluminális angioplasztika) előtt és után intraarterialis DSA- (digitális subtractió angiographia)-val való összehasonlításban. A vizsgálataikat a színesen jelzett duplex sonographia nagyfokú diagnosztikus találati biztonságát igazolták (sensitivitás: 91,7%; specificitás: 98,9%) a kóros verőerek kimutatásában (stenosis, oclusio, a PTA lefolyásának kimenetele, a mindenkori haemodinamias viszonyok ellenőrzése). Az esetek 84,3%-ában sikerült egyedül vagy túlnyomóan a színesen kódolt véráramlási jelekkel a kórismét megállapítani.

A színesen kódolt duplex sonographiának principialis hátránya a DSA-val való összehasonlításban csupán a szakaszos érábrázolásban van, mert mint szelvénykép a vérpálya rozabb áttekinthetőségét nyújtja.

A színesen jelzett duplex sonographiával a PTA előtt és után nem-invazív módon

nyerünk felvilágosítást a perifériás artériás viszonyokról, ez a konvencionális duplex sonographiát felülmúlja.

ifj. Pastinszky István dr.

Melanoma malignum meningeale CT- és MR-diagnosztikája. Schuknecht, B. és mtsai (Abt. Neuroradiologie in der Kopf-klinik der Universität Würzburg): Fortschr. Röntgenstr., 1990, 151, 80.

Az agyhártyák primer malignus melanómája (mmm.) ritka neoplasia, amely a meninxek melanocytáiból indul ki; így a diagnózis előfeltétele a központi idegrendszeren (kir.) kívüli primer mm. kizárása. A mmm. diffúz és körülírt formája ismeretes (Virchow, R.; 1959). A mmm. a WHO klasszifikáció szerint a tumor szaklatan IV. fokozatú megnyilvánulása, amelyet rendszerint csak a műtéti vagy autopsiás anyagból sikerül histológiailag diagnosztizálni.

A CT és a MR (mágneses rezonancia) vizsgálatok utalhatnak a primer mmm. korai felismerésére. Négy betegünkél a primer mmm. diagnózisa a MR- és a CT-leleteken, valamint minden esetben a szövettani vizsgálaton alapult. Három esetben az operatív úton, egy esetben az autopsiában nyert histológiai anyag igazolta a körismét. A kir.-en kívüli mm. kizárását a 4,4 és a 18 hónapos túlélési idő utáni autopsiás leletek bizonyították, egy esetben pedig a közel 3 éves megfigyelési idő.

Véleményük szerint a mmm. morfológiai heterogén tumorsoport, és nincs korreláció a morfológiai kép és a klinikai lefolyás között. Az új (CT, MR) képalkotó eljárások korai egzakt diagnózist szolgáltathatnak. Az intracranialis atípusos vérzéseknel mindenképpen javult a MR vizsgálat elvégzése.

ifj. Pastinszky István dr.

A máj mediális szegmentumán áthaladó kollaterális vénák portális hipertóniában. Itai, Y. és mtsai (Depts. of Radiology and Internal Medicine, University of Tokyo Hospital, Tokyo, Japan): Fortschr. Röntgenstr., 1990, 152, 357.

A szerzők 2 esetük bemutatása kapcsán elemzik a portális hipertóniában kialakult kollaterálisok radiológiai jellemzőit.

Mindkét betegük cirrosis talaján kialakuló hepatocelluláris karcinóma miatt került vizsgálatra. Az első betegnél — 63 éves asszony — az UH vizsgálat során a jobb lebenyben levő tumor mellett a bal lebeny mediális részén egy kiszélesedett éret is felfedeztek. Az MR vizsgálat is igazolta, hogy ez az ér a paraumbilikális vénákkal van összeköttetésben. Portográfiát is végeztek, mely szintén a fenti diagnózist erősítette meg.

A második betegnél CT vizsgálat történt tumor kutatás céljából. A vizsgálat a feltételezett tumort nem igazolta, de a bal le-

beny mediális szegmentumában egy kanyargós, vonalszerű, csökkent denzitású képletet fedezett fel. A dinamikus vizsgálatnál az elváltozás a paraumbilikális vénákkal összeköttetésben lévő tágult kollaterálisnak bizonyult. Az UH vizsgálat is igazolta a diagnózist, valamint bizonyította, hogy az ér a v. portae bal főtörzsének umbilikális árkából ered.

Korábban portális hipertóniában a kollaterálisokat direkt portográfiával lehetett kimutatni. Jelenleg a non-invazív módszerek közül az UH, CT, MR vizsgálatok egyaránt alkalmasak — esetenként egymást kiegészítve — a kollaterálisok bizonyítására, valamint a környező szervekhez való viszonyuk ábrázolására. A szerzők egy korábbi CT vizsgálatuk során már felfedeztek tágult paraumbilikális vénát a máj előtt, de ez nem volt kapcsolatban a lig. teres hepatiszsal. Ennél a betegnél a boncolás igazolta a kollaterális jelenlétét. Hasonlóan már régebben (1987) beszámoltak arról a 4 esetükről, ahol a natív CT vizsgálatnál a kollaterális vénák májtumort utánoztak, és ebből 3 esetben a portográfia igazolta a kollaterálisokat.

Az intrahepatikus kialakuló portális söntök vagy egyszeres nagy, vagy többszörös kicsi formában jelentkeznek. A nagy söntök leggyakrabban a jobb portális törzs és a v. cava inf. között fordulnak elő.

A pontos UH vizsgálatok, a dinamikus CT és MR vizsgálatok a májon keresztül haladó portális kollaterálisok gyakoribb felismerésére és biztos diagnózisra nyújtanak lehetőséget.

Puskás Tamás dr.

Sugárkezelés által okozott sürgősségi esetek a röntgenképen. Wüstenberg, H. (Abt. Strahlenther., Klin. Radiol., Bereich Med. der Univ. Rostock): Radiobiol. Radiother. 1990, 31, 419.

A sugárkezelés során a késői következményeken túl akut esetekkel is számolni kell, elsősorban szupervoltos besugárzás során, s főleg a kemoterápiával kombinált esetekben. Ilyenkor az időben történő felismerés életmentő lehet.

A mellkas területén a trachea beszűkülésével (oedema a radiotherapia elején) számolhatunk. Akut radiogen pneumonitis (II. típusú pneumocyták károsodása, surfactant-hiány, transsudatio) nagyvolumenű besugárzások fordul elő, shocktüdőre emlékeztető képet okozva. Kisebb volumenek irradiálása után két hónappal lágy, foltos, összefolyó infiltratum látható, vonalas-reticularis komponensekkel, esetleg tejüvegyszerű homály. Pericardialis folyadékgyülem elsősorban tüdőrákosokon lép fel a mediastinum nagydózisú besugárzása után. A kis folyadék klinikai relevanciával nem bír, a két év múltán kialakuló jelentős folyadék pericarditis constrictivára is hajlamosít, az életmentő pericardialis punctión túl pericardiectomia is szükséges lehet. A röntgenképen a középarányék

minden irányú megnagyobbodása látszik, a tankönyvekben szereplő háromszögű alak ritka. Végleges diagnózist ultrahang vizsgálat adhat.

A hasüregben főleg kombinált radiochemoterápia után látszik eltérés, elsősorban a belek területén. A bél toleranciadózisa a besugárzott volumennel csökken, „abdominal bad” besugárzás után a kockázat nagy. 3 hónapon belül radiogen proctitis, sigmoiditis, enteritis várható, melyek oka a bélepithel és ér-endothel károsodása révén kialakult permeabilitási zavar, felülferdődés, ulceratio, melyek subileust, ileust is okozhatnak. Ezek a súlyos klinikai következmények a késői (2 éven túl) szövődmények közt még gyakoribbak, s elsősorban postirradiációs stenosis révén lépnek fel. A tumorprogresszió és irradiatio következtében kialakult ileus elkülönítése radiológiailag nehéz, gyakran van szükség egyéb képalkotó vizsgálatokra is.

Pikó Béla dr.

CT és MR mediastinalis és hilaris térfoglaló folyamatokban. Prayer, L. és mtsai (Univ.-Klin. Radiodiagn., Univ. Wien; Ludwig-Boltzmann-Inst. radio-physikal. Tumordiagn.; MR-Inst. Univ. Wien, Röntgenstat. II. Chir. Univ.-klin. Wien): Röntgen-Bl., 1990, 43, 445.

A mediastinalis és hilaris térfoglaló folyamatok kimutatásában a keménységtechnikával végzett natív röntgenvizsgálat (esetleg konvencionális tomographiával kiegészítve) ma sem vesztette el létjogosultságát, de az egzakt localisatiohoz általában nem elegendő, ilyenkor CT- és MR-kiegészítés indokolt.

A szerzők 38 beteg esetén végezték el a CT és MR vizsgálatokat, s elemezték retrospektíve az eredményeket. A térfoglalást mindegyik beteg esetében sikerült mindkét módszerrel kimutatni, a mediolateralis és ventrodorsalis átmérő meghatározásában sem volt különbség, de a craniocaudalis kiterjedés megállapítására az MR alkalmasabb. 4 betegnél a folyamat nyaki kiterjedését csak MR-rel lehetett pontosan megadni (nyaki erekkel való elkülönítés, foramen intervertebrale érintettsége). Az anatómiai régiók szerinti lokalizálás mindkét módszerrel sikeres volt, a szerkezet (elmeszesedés, cysta, aneurysma) néhány esetben jellegzetes volt, de szöveti szintű diagnózis felállítása általában nem sikerült.

Összességében megállapítják, hogy a diagnosztikus biztonság, hozzáférhetőség és költségek szempontjából egyaránt a (kontrasztanyag adásával kiegészített) CT vizsgálat javasolt a mediastinalis és hilaris térfoglaló folyamatok kimutatására. Az MR akkor jön szóba, ha a folyamat craniocaudalis kiterjedésének pontos ismerete elengedhetetlen, ha a környezettől való elhatárolás nehéz, illetve akkor, ha az érfal tumoros infiltrációjára kérdéses.

Pikó Béla dr.

Idős korban is szabad a szex. Franke, K. (W-7264, Bad Teinach 1, Weihreute 9.): Sexualmedizin, 1991, 20, 20.

Az előrehaladott kor nem óv meg a szerelemtől, de a szerelem a megöregedéstől igen. Igaz ez azért is, mert a szerelem, a szex pozitív tulajdonság és az öregkorban felette fontos az élet pozitív oldala. Éppen ezért kár, hogy az idősök ezt elhanyagolják, elítélik, diffamálják mindkét nemből.

Az idősök gyakran fordulnak orvoshoz, aki részletesen ki is kérdezi őket az étkezésre, italozásra, alváásra, emésztésre stb. vonatkozóan, de a szexualitásról nem beszélnek, noha a nemi zavarok számos panaszt okozhatnak e korban is. Talán főleg azért teszik ezt az orvosok, mert e vonatkozásban nem képezték ki őket (az NSZK-ban sem — Ref.).

A szexuális forradalom hatására a fiatalok életét kevésbé terhelik a régi tabuk, de ez még nem hat felszabadítóan az idősökre. Pedig az „életet az éveknél” törekvés támogatja a szexualitást: vitalizál, örömet okoz, fokozza az öntudatot stb.

A különböző betegségek-panaszok epidemiológiai jelentőségét felmérésekkel szokás megítélni, de a válaszok igazságtartalma, különösen szexre vonatkozóan kérdéses. Az időskori norma nem határozható meg, hisz szexuális jellegű örömhöz, megelégedettséghez nemcsak a közösülés, hanem a testi közelség, a gyöngédség, az erotikus játék is vezethet. Gátló körülmény, hogy egyesek pedig a szex ártalmas megterhelés, mások pedig mozgásukban kövérőségük, vagy mozgásszervi elváltozásuk miatt korlátozottak (oldaltfekvésben nem nyomja senki a másikat). A valóban „betegek” számára (infarktus stb. után) nem jelent fizikai megterhelést, ha fel tud menni a II. emeletre és különben is a beteg fél legyen alul.

A „szerelmi halál”-tól sem kell nagyon félni. Egy felmérés szerint 5600 időskori hirtelen halálból csak 36 következett be a közösülés alatt vagy után, de ezek is zömmel házasságon kívüliek voltak, lehet ugyan, hogy a feleség szegyei ezt bevallani, attól tart, hogy megvetik, amiért még „ebben a korban is” szeretkeztek.

A szerző részletezi az idősök szexuális panaszait és összefoglalóan úgy véli, hogy ilyenkor is „van” és „lehet” szex, de az nem „kötelező”.

Aszódi Imre dr.

Szexualitás a néhai NDK-ban. Selmann, M. (Inst. f. Jugendforschung, W-8000 München 81, Arabellastr. 33): Sexualmedizin, 1991, 20, 94.

A szerző reprezentatív felmérést végzett a néhai NDK területén. Arra volt kíváncsi, hogy a két Németország ifjúságának a szexuális magatartása különbözik-e egymástól.

Legtöbben 12–14 éves korukban már átesetek az első csókolódzásokon és e téren a lányok aktívabbak kb. 17 éves korukig, mint a fiúk.

A petting is igen elterjedt, bár nem annyira, mint a csókolódzás. E téren is aktívabbak a lányok.

A lányok 1%-a már 13. életéve elérése előtt már közösült és 17 éves korukig a lányok 17%-a, a fiúknak pedig 14%-a közösült. Természetes, hogy az idő haladtával mind többen volt coitalis tapasztalata, és 24 éves korukig csak a lányok 5%-a és a fiúk 9%-a maradt szűz. Általában csak minden ötödik fiatal alkalmazott valamilyen fogamzásgátló módszert az első közösülés idején, de ez érthető, mert sokszor nem „tervezett” az aktus, alkalmilag megy át a petting közösülésbe. Feltűnő, hogy csaknem minden második biztos módszerrel (tablettá, kondom) védekezett. A további aktivitás idején legtöbben (kb. 70%) tablettát szedtek (vagy szedett a nő) és 20% óvszert használt.

Homoszexuális élményről a megkérdezettek 3%-a tett említést, mégpedig minden korsztályban és 2% nem felelt. Egyesek a kérdőíven felhárborodásuknak adtak kifejezést a kérdés feltevése miatt is, feltehetően azért, mert a homoszexualitás az NDK-ban erősebben volt tabuzálva, mint az NSZK-ban. (Pedig az NDK-ban már hosszú évek óta létezik homoszexuális társaság és több homoszexualitással foglalkozó tudományos ülést is rendeztek, melyeken a szakembereken kívül maguk a homoszexuálisok is részt vettek. — Ref.)

A cikkhez kommentárt fűz Habermehl professzor (Hamburg). Ebben kiemeli, hogy napjainkban a háromfázisú szexuális fejlődés az általános. Először csókolódznak, mégpedig mind hevesebben. Ezt követi a petting. Ezen belül is a fokozatosság észlelhető. Nevezetesen először passzív a leány (hagyja, hogy a fiú „oda” nyúljon), csak később lesz aktív (fogja meg ő is). A harmadik fázis a közösülés.

A kommentátornak feltűnt viszont, hogy a statisztikai adatok szerint nem minden olyan lány, aki közösült, számolt be arról, hogy mellét is simogatta a fiú. E vonatkozásban fordított arányról számoltak be a nyugati felmérések.

(Ref.: Előfordulhat azonban az is, hogy az NDK lányok félreértették a kérdést, nem tulajdonítottak a mell-pettingnek külön jelentőséget, ha már nem voltak szűzek, tehát nem biztos, hogy genitál-centrikusabbak a keletiek, mint a nyugatiak.)

Aszódi Imre dr.

Transzszexuálisok műtét utáni utánvizsgálata. Pfäfflin, F., Junge, A. (Abteilung f. Sexualforschung, 2000 Hamburg 20, Martinistr. 52.): Zeitschr. Sexualforschung, 1990, 3, 331.

Az intézetben régóta foglalkoznak transzszexuálisokkal. Az első időkben a tudományos tevékenység súlypontja a differenciál-

diagnosztika volt, így az is, hogy mi az eltérés a transzszexuálisizmus és a transzveszticizmus között. Az évek során sok betegüket operáltatták meg, és a jelen közlemény célja annak a vizsgálata, hogy a műtét után mennyire elégedettek a betegek életükkel, mind szociális és pszichés helyzetükkel, mind pedig az, hogy miként tudnak dolgozni.

Az intézetben korábban 107 nő/férfi és 61 férfi/nő állt korábban kezelésük alatt, és a műtét óta már legalább 5 év eltelt. A felmérés érdekében megkeresték ezeket a betegeket, és ezek közül 42 férfi/nőt és 43 nő/férfit sikerült elérniük.

A tanulmány szerint igen részletes vizsgálatot végeztek, és a sok részletesen közölt adat közül ismertetőndőnek a következők tűnnek.

Sokszor volt szükség korrekció céljából ismét operációra is, ennek ellenére legtöbben jól „használhatónak” minősítették „új” nemi szervüket, sokan élnek fix párkapcsolatban, sőt 13 férfi/nő életvitelileg prostituálnak tekinthető. Nem mindegyik partner tudott az előzményekről.

A vizsgáltak fele öngyilkosságot is megkísérelt, kb. minden ötödik alkoholistává vagy gyógyszereszedésre, ill. kábítószerre szokott rá.

Munkahelyén csak ritkán tudtak arról, hogy mi történt vele, az esetleges munkanélküliségi periódusok általában nincsenek kapcsolatban a transzszexuálisizmussal, a vizsgált kérdések vonatkozásában állapotukat a legtöbben a korábbi helyzetükhöz képest kedvezőbbnek minősítették és alig akadt olyan, aki megbánta, hogy megooperáltatta magát.

Különösen sokat javított helyzetükön az, hogy 1981 óta rövid úton elérhető törvényes lehetőségük van arra, hogy anyakönyvi helyzetüket (főleg keresztnevüket) megváltoztassák.

[Ref.: Hazánkban e kórkép még kevésbé ismert, ezért nem referáltam részletesen az elvégzett vizsgálatokat. Szexualitással foglalkozó kollégák — magamat is beleértve — azonban már találkoztak ilyen esetekkel. Tehát Magyarországon is vannak transzszexuálisok, ha egyfelől nincsenek is regisztrálva, másfelől pedig esetleg önmagukról sem tudják, hogy azok. Mivel a jövőben arra lehet számítani, hogy egyre többen fognak nyugatra utazni, tanulnak idegen nyelveket, és ezért olvasnak majd angol-német újságokat, hetilapokat, várható, hogy szaporodni fog lassanként azok száma, akik felismerik önmagukban, hogy transzszexuálisok. Ezért talán nem lenne felesleges, ha mi, magyar orvosok is rendelkeznének általában e téren információkkal, hogy legalább gondolhassunk e lehetőségre adott esetben.]

Aszódi Imre dr.

Az agresszivitás és a szexualitás szerepe kisgyermekkorban „megrontás”-ában. Lempp, R. (D-7000 Stuttgart 1. Hauptmannsreute 65.): Zschr. Sexualforschung, 1990, 3, 242.

A kisgyermek sérelmére elkövetett szexuális bűncselekmények a közérdeklődés középpontjában állnak, talán azért is, mert egyre több média foglalkozik e kérdéssel. Ezek a közlemények szinte mind azt hangsúlyozzák, hogy e cselekmények a kisgyermek maradó lelki károsodását okozzák.

Cikkében ezt cáfolja a szerző (akinek a szakképzettsége a közleményből nem derül ki, csak az, hogy nyugdíjas professzor). E kérdéssel ő régóta foglalkozik, szerinte csak ritkán keletkezik maradó károsodás és ha igen, annak főleg a környezet az oka, a környezet reakciója tevődik át a gyermekre. *(Több szerző megfigyelése szerint több „kárt” okoz a rendőrségi kihallgatás, a bírósági tárgyalás, a sajnálat és a lelki károsodásra vonatkozó kérdések ismételése, mint maga a tett. — Ref.)*

Ellentmondás van ugyanis abban, hogy mást minősítenek „erőszaknak” a felnőttek és a törvény, mint a gyermek. Elvileg — felnőtt szempontból — erőszak az, ha valakit valaki akarata ellenére bármi módon is kényszerít.

A szerző tapasztalata azonban az, hogy a kisgyermek ezt egészen másképp éli meg akkor, ha a megrontó az általa szeretett személy (apa, rokon, jóbarát), akivel ő „játsszik”, és ez megy át szexuális játékba, amit a gyermek szívesen vesz, az neki nem szexuális élvezetet jelent, hanem élvezzi a játékot, s azt, hogy ezáltal a szeretett személy hozzá közel kerül, a felnőttnek láthatóan tetszik. Ilyenkor szó sincs valódi erőszakról, szexualitásról, hisz sok ilyen kicsi gyermek azt sem tudja, hogy ez a játék „szexuális”.

[Ref.: *Arról nem ír a szerző, hogy véleménye szerint mi ilyenkor a helyes teendő, történjen-e feljelentés vagy sem. Saját olvasatomban szubjektíve arra gondolok, hogy a cikkben foglalt gondolatok akkor hasznosíthatók, ha pl. az anya kér tanácsot, hogy mit tegyen, feljelentse-e a férjét, mit mondjon a gyermeknek, ill. a férjnek. Sokszor azonban más vonatkozásban sem harmonikus a család élete, és ezt az tovább zavarja, hogy az anya tudomást szerzett a megrontásról. Az sem kedvező, hogy a polgári és bünygi perrendtartás szerint nem kerülhető el a gyermek többszöri — egyáltalán nem pszichoterápiás jellegű — „kihallgatása”.]*

Aszódi Imre dr.

Biszexualitás és AIDS. Wille, R., Kröhn, W. (Sexualmed., Univ. Kiel, D-2300, Arnold-Heller-Str. 12.): Sexualmedizin, 1990, 19, 369.

A biszexualitás lényegileg szocioszexológiai fogalom, aminek a definíciója mégsem egyszerű, noha közismert, mert számos tényezőt kell figyelembe venni. Ezek többek között a bőr-beszédben és a fantáziában is megmutatkoznak, mégpedig lényegileg három szinten: a vágyban, a magatartásban és az identitásban.

A biszexualitással való foglalkozást az AIDS is aktuálissá teszi, de e tekintetben a magatartás a lényeges, miután sem a vágy, sem az identitás nem „fertőz”.

A biszexuális a homoszexuálissal szemben is hátrányos helyzetben van, mert mindkét monoszexuális csoporttól elkülönül, egyik sem „veszi be”, mások a normák.

Házasságon — és általában heteroszexuális kapcsolaton — belül legalább elvárás a hűség, és így a biszexuális magatartás esetén a hűség kivihetetlen, mindkét nemű partner féltékeny általában és különösen a vele ellentétes nemű „harmadikkal” szemben. A homoszexuálisok körében (főleg férfi) szokásos a promiszkuitás, de hűtlenségnek minősül a heteroszexuális kapcsolat.

Hátrányos az is, hogy nem egységes a szakemberek álláspontja a tekintetben, hogy mi a biszexualitás. Egyesek szerint a biszexuális életrvitel csak átmenetet képez a coming out idején, míg ma mind több megfigyelés azt látszik igazolni, hogy lényegileg egy „harmadik nem”-ről van szó. Hátrányos helyzetben vannak azért is, mert nincsenek példaképek és nehéz az identitás kialakulása. Külön is meg kell barátkoznia azzal, hogy ő nem homo- és nem heteroszexuális, hanem biszexuális. E tudati zavarból külön konfliktusok is erednek, ami neurosishoz is vezethet.

Az AIDS epidemiológia szempontjából is hasznos lenne, ha a biszexuális identitás a helyére kerülne, a társadalom előítélete csökkenne, hogy ne legyen kénytelen prostitúcióhoz fordulni, kétségbeesésében ne kábítószerben keresse a kiutat.

A tömegkommunikáció szakszerű felvilágosítással sokat tehetne a biszexuálisok érdekében.

[Ref.: *Bár nem valószínű, hogy odáig jussunk, hogy a biszexuális monogám(!) kapcsolatot tudjon úgy kialakítani, hogy mindkét partner tud egymásról és tolerálják egymást és a szituációt, és ezt a speciális „hármast” a társadalom is elfogadja.]*

Aszódi Imre dr.

Homoszexualitás és AIDS politika az USA-ban. De Cecco, J. P. (Center f. Research and Education in Sexuality, State University, San Francisco, CA 94132, USA): Zschr. Sexualforschung, 1990, 3, 40.

Az emberek többsége „természete szerint” a vele ellenkező neműekkel „szeret” szexuális kapcsolatba lépni. A kisebbség azonban résztart az azonos neműekkel, részint mindkettővel. Ennek ellenére a legtöbb társadalomban ösziódk óta „elítélik” a homoszexuálisokat, őket bűnösnek, bűncselekmények elkövetőinek, betegnek stb. tartják. Ez a politika azonban az idők folyamán csöddöt mondott, főleg abban az értelemben, hogy nem tette lehetővé a „más”-ság tolerálását. Napjainkban pedig az a helyzet, hogy a már megindult liberalizálási folyamatnak gátat vet az AIDS, aminek

az elterjedésének a megakadályozása valóban közérdek.

A homoszexuális csoportok és a velük szimpatizálók az egyenjogúság megvalósulásának az egyik akadályát abban a „címkezés”-ben látják, ami szerint léteznek AIDS-rizikócsoportok, s ide sorolják a homoszexuálisokat és a biszexuálisokat. Ugyanis az AIDS vonatkozásában veszély a magatartásban (promiszkuitás, rektális közösülés stb.) és nem a vonalzó „tárgyában” keresendő. Tehát nem az a fontos, hogy „kivel, hanem az, hogy „mit” csinál.

Az AIDS elleni küzdelemben a szerző szerint nagyon fontos lenne, ha a kutatók e felfogás értelmében fogalmaznának, ha a propaganda inkább arra terjedne ki, hogy ne promiszkuiálnak (akár azonos, akár ellenkező neművel), és ha mégis azt teszik, használjanak condomot ahelyett, hogy mindent a homoszexuálisok nyakába varrnának.

Hasznos lenne megtanulni a „más”-ságot valóban emberi jognak elismerni, őket nem kirekeszteni, számukra is biztosítani az emberi élethez való jogot, így azoknak is akik homoszexuálisok, HIV pozitívak vagy éppen AIDS-esek.

[Ref.: *Hazánkban is lényegileg hasonló a homoszexuálisok megítélése és az AIDS-ellenes propaganda. Feltétlenül eredménynek kell tartani, hogy már van homoszexuális társaság, de gyakorlatilag csak Budapesten, pedig vidéken is élnek homoszexuálisok. Az orvosi szak- és felvilágosító irodalomban is sokat foglalkozunk már a homoszexualitással, ha nem is eleget és nem is mindig ebben az értelemben. Ugyanis az orvosok körében sem ritka a velük szembeni előítélet, így azoknak, akik tanácsot szeretnének kérni, nincs mindig hová fordulniuk, legfeljebb vérvizsgálatot kaphatnak, de gyakorlatilag empátiás és valóban jó tanácsot ritkán.]*

Aszódi Imre dr.

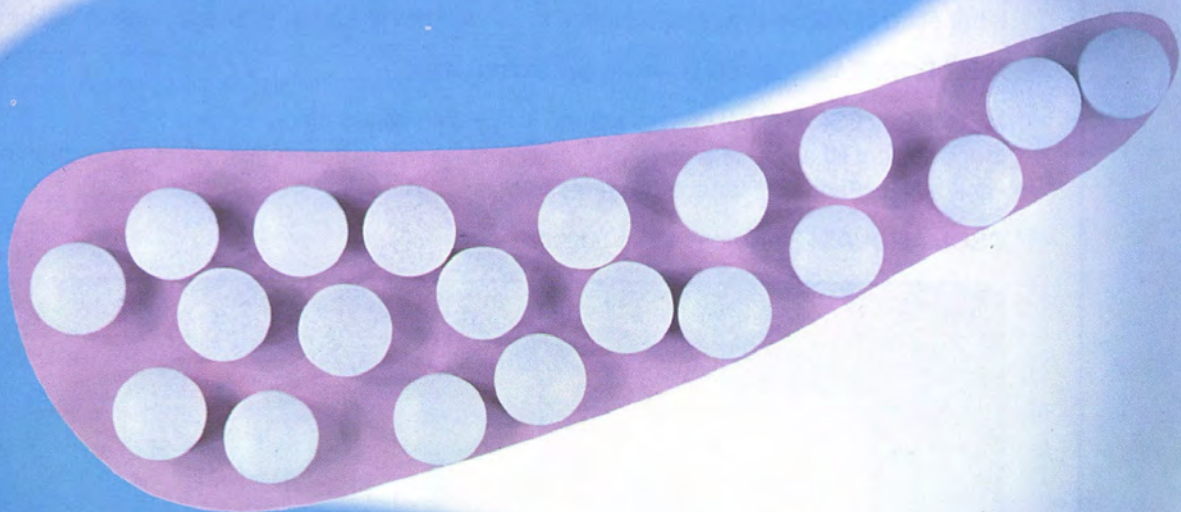
A szexológia posztmodern irányzata. Simon, W. (Department of Sociology, Univ. of Houston, Texas 77024—3474): Zschr. Sexualforschung, 1990, 3, 99.

A kultúra legkülönbözőbb terén a közelmúlt fejlettségi szintjét „modern”-nek nevezik, az ez után jelentkező irányzatokat pedig „postmodern”-nek. Így van ez a szexológiában is.

A „modern”-ség idején — amit a szexuális forradalom korának is neveznek — elértünk egy bizonyos „csúcst”-ig. Ennek során azt gondoltuk, hogy tudással és technikával gazdagítható általában az élet és így a szexualitás is. Ezzel szemben nyilvánvalóvá vált, hogy mind többen fordulnak szakemberhez szexuális gondjaik miatt. Ebben az időben elsődlegesen alapadatokat feldolgozásával foglalkoztak, azt vizsgálták, hogy mit „csinálnak” az emberek. Mintegy naturalizálták a szexualitást, mintha annak az elképzelésekhez, a fantáziához semmi köze sem lenne.

NEO-PANPUR[®]

filmbevonatú tableta



NEO-PANPUR®

filmbevonatú tabletta

Enzymes digestivae

A készítmény hatóanyaga a sertés pankreaszból 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, 9 000 amiláz, 500 proteáz FIP-E) filmbevonatú tablettánként.

JAVALLATOK: Exokrin pankreaselégtelenség következtében kialakult diszpepszia, krónikus pankreatitisz, gyomor- és hasnyálmirigyműtétek utáni enzimpótlás. Mucoviscidózisban az elégtelen hasnyálmirigyműködés 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.

Mucoviscidosisban a fekvőbeteg-gyógyintézetek (szakrendelések, gondozó központok) szakorvosa a Neo-Panpur® filmtablettát térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS: 30 filmbevonatú tabletta.



ELŐÁLLÍTÓ: Knoll AG—BASF licence alapján előállítja és forgalomba hozza az



A posztmodern irányzatok konszenzusának pedig az az egyik alapja, hogy látszólag hiányzik belőle minden konszenzus. Úgy tűnik, hogy túlhaladott mindaz, amiben a modern korban hittünk, amit sziklaszilárdnak, egyedül üdvözítőnek, vezérelvnek tartottunk, legyen az marxizmus, neodarwinizmus, egzisztencializmus, neofreudizmus stb. Akkor az ideák tömkelege kavargott a szürrealizmus elvek karneválján, míg végül kiderült, hogy nincs az egész emberiségre érvényes „normál-pszichológia”. Így a szexológia sem alapulhat szervekre, testi-nyelőkre stb. korlátozva.

A szexuális forradalom korában összehasonlítottak egy adott időpontban egyes emberi csoportokat, szexuális magatartásukat és nem gondoltak arra, hogy egy csoporton belül hiába azonos egyes magatartásforma, saját magatartásukat az egyének eltérő mó-

don ítélik meg, ahhoz eltérően viszonyulhatnak, és más-más következtetéseket vonnak le. Azóta megváltozott az emberek szexuális magatartása is, miként a gyáripar posztindusztriális lett, s a gyári munka sem elsődlegesen fizikai erőt igényel. Így megváltozott a lakóhelyi, a közösségi és a családi struktúra.

Az emberek nem arra kíváncsiak, hogy mi volt, hanem hogy mi lesz; a történelemben nem az a lényeges, hogy mi történt, hanem hogy mi volt a változás oka. Az egyes emberek vonatkozásában az egyéni felelősségtudat nőtt, a hatalom és a felelősség pszichés vonatkozása mind meghatározóbbá vált.

A szexualitás és az erotika kapcsolata is változott. Korábban az erotika kifejezés alatt inkább a szexuális vágyat értették, azaz helyesebb lett volna a vágyak

megjelenítésével, megvalósításával foglalkozni.

A posztmodernség, a denaturalizálás nem azt jelenti, hogy mindent, amit eddig megtudtunk, el kell felejteni, hanem azt, hogy tudomásul kell venni, miszerint a lényegét képtelenek vagyunk „általánosan” megfogalmazni, legfeljebb azt, hogy az egyén számára az adott korban semmi sem „kötelező”, sokan azonban nem tudnak megfelelően „eligazodni” (vágyaikat realizálni), s ezért van sok embernek gondja.

A jövőben a szexualitást az intellektuális izoláltságtól meg kell szabadítani, azaz a szexualitást az élet egyéb tényezőivel összefüggésben kell értékelni, hogy az élet mindig új „ötletekkel” minél kellemesebb legyen.

Aszódi Imre dr.



ELŐSZÖR MAGYARORSZÁGON

orvosok számára 110 órás intenzív,
oklevelet adó

NEMZETKÖZI HOMEOPÁTIA-TANFOLYAM

1991. szeptember 6—27-ig mindennap (szombat és vasárnap is) 15—20 óráig.

Előadók: a homeopátia nemzetközileg elismert francia, német és orosz szaktektentélyei (szinkrontolmácsolás biztosított).

Részvételi díj: 88 000,— Ft, amely összeg magában foglalja a tanfolyam, a tankönyv és a bécsi és baden-badeni kirándulás költségeit is.

Jelentkezni lehet: az EUROSANA Kft. ügyvezető igazgatójánál, VARGA SÁNDOR-nál, az 155-0122 és a 175-1885-ös telefonon, vagy személyesen Bp., I. kerület, Szentháromság tér 6. sz. alatt (KULTURINNOV épülete) munkanapokon 9—16 óráig a tanfolyam helyén.

*Kérjük, mielőbb jelezze részvételi szándékát,
mert a tanfolyam létszáma korlátozott.*



A carbocistein a légutak nyálkahártyájának szekernáló sejtjeiben lezajló szintézis folyamataira gyakorol reguláló hatást, miáltal mind a képződött nyák mennyisége, mind minősége normalizálódik, s a csillószőr-rendszer ismét akadálytalanul el tudja látni transzportfunkcióját.

Hatóanyag

375 mg carbocistein (S-carboxymethyl-L-cystein) kapszulánként 250 mg carbocistein 5 gramm szirupban (280 mg carbocistein-natrium formájában)

Javallatok

Kóros váladékképződéssel járó légúti megbetegedések:

- akut és krónikus bronchitis
- bronchiektázia
- pneumonia
- tüdő-tbc, pneumoconiosis
- légcső-és gégegyulladások

Ellenjavallatok

Carbocistein iránti túlérzékenység.

Adagolás

Kapszula: a kezdő dózis felnőtteknek 3x2 kapszula naponta, a panaszok javulása esetén napi 4x1 kapszula kevés folyadékkal szétrágás nélkül lenyelve.

Szirup: felnőtteknek a kezdő dózis 3x1 evőkanállal naponta, a panaszok mérséklődése esetén napi 3x2 teáskanállal.

Gyermekek adagja:

1—5 éveseknek 2x1 teáskanállal naponta

5—12 éveseknek 3x1 teáskanállal naponta (1 teáskanál = 5 ml)

Mellékhatások

Az előírt adagolás mellett ritkán jelentkeznek. Alkalmanként émelygés, fejfájás, bőrkiütés, hasmenés, gyomor-és bélpanaszok léphetnek fel, ezekben az esetekben csupán a dózis csökkentése szükséges.

Gyógyszerkölcsönhatások

Mindeddig nem ismeretesek.

Figyelmeztetés

Terhesség alatt adagolása csak kivételes indikáció alapján történjék. Óvatosan adandó, ha az anamnézisben gyomor-, ill. nyombélfekély szerepel.

Megjegyzés

— A Mucopront szirup cukorbetegeknek is adható.

Csomagolás

- 200 ml szirup
- 50 kapszula

MUCOPRONT

kapszula, szirup — mukoreguláns



Gyártja a Heinrich Mack Nachf. BRD Illertissen

Képviselet Magyarországon:

INTHERA AG

Magyar Kereskedelmi Képviselet

1124 Budapest, XII., Dobsinai utca 6/B.
Telefon / fax: 1558—840

Magyarországon forgalomba hozza

a **Hungaropharma.**

BESZÁMOLÓK

A drogfogyasztás csökkentése. A Helyi Önkormányzatok Európai Fóruma a Városok Biztonságáért. Lisszabon, 1991. március 10–13.

Az Európai Fórum a Városok Biztonságáért 1987-ben alakult több nagyváros (Barcelona, Párizs, Montreal, London, Lisszabon) részvételével, párizsi központtal. Elsődleges célja az európai országok nagyvárosaiban egyre komolyabbá váló problémák (elsősorban a bűnözés, a kábítószerfogyasztás és a prostitúció) megoldására kidolgozott és alkalmazott programok kölcsönös tanulmányozása, a helyi kriminális és drogpolitikák erősítése, egymás kölcsönös támogatása a közös gondok megoldásában. A Fórum első európai és észak-amerikai konferenciáját 1989-ben rendezte Montrealban „A városok biztonsága és bűnmegelőzése” címmel. Második nemzetközi konferenciáján, amelyet 1991. november 18–20. között kívánunk megrendezni Párizsban, már a kábítószer lesz a fő téma. Ezt a nemzetközi tanácskozást gondosan készítik elő. Három munkakonferencia, illetve szeminárium előzte és előzi meg a rendezvényt. Az első Párizsban volt tavaly novemberben. Ekkor született az elhatározás, hogy bővíteni kell a szakértők, országok és városok körét. Így került a figyelem Európa keleti felére.

Lisszabonban, 1991. március 10. és 13. között a kelet-európai országok szakértőivel kibővített európai fórum került megrendezésre, amelynek elsődleges célja az volt, hogy a novemberi világméretű konferencia előtt az európai országok nagyvárosainak szakértői és politikusi közös platformot alakítsanak ki elsősorban az USA-val szemben. A szempontok egyeztetése négy fő kérdéskörre terjedt ki.

1. A helyi önkormányzat szintjén hogyan lehet megbízható információkat szerezni a drogfogyasztásról.

2. A preventív és terápiás programok mennyire követhetők nyomon, hogyan támogathatók helyi szinten.

3. Hogyan lehet azonosítani a drogfogyasztásra veszélyeztetett fiatalok köreit és hogyan lehet meggyőződni arról, hogy valóban a leginkább veszélyeztetetteket értük el az intervencióval.

4. Milyen kapcsolat alakítható ki a nemzeti és helyi drogpolitikák között.

Az első kérdéskörben *Richard Hartnoll*, az Európa Tanács Pompidou Csoportjának szakértője volt a főelőadó. Referátumában hangsúlyozta, hogy nincsenek tökéletes adatgyűjtési technikák. Az a módszer, amelyik beválik az egyik városban, kudarcot vallhat a másikban. Az adatgyűjtésnek négy szintje van, a statisztikák szintje, a megelőzési és terápiás (individuális) szolgáltatások szintje, a populáció alapú survey-k és végül az első kézből, magától a drogfogyasztótól szerzett információk

szintje. A jó adatgyűjtési rendszerek mind a négy szintet integrálni képesek. Az a kérdés, hány drogos van egy nagyvárosban, még optimális esetben sem tehető fel.

A további előadásokban a szakértők hangsúlyozták, hogy az információgyűjtésnél arra kell tekintettel lenni, hogy az egyes intervenciók sérülék (szociálpolitika, rendőrség, pszichoterápia stb.) milyen típusú információt igényelnek, pontosítani kell a fogalmakat és lehetőleg szerte Európában hasonló értelmezéseket kell elfogadni egy új konszenzus alapján.

Nagy nehézségeket jelent az európai nagyvárosokban a megelőzés és terápia gyakorlatának számbavétele. Nagyfokú koordinációs munkát igényel és rendszerint a helyi önkormányzatok vállalják fel ezt az egyáltalán nem hálás feladatkört. A mai nagyvárosokban ugyanis nagyon sokféle szemléletű és sokféle szervezeti keretben folyó intervenciók munkával lehet találkozni. A különböző törekvések vagy nem tudnak egymásról, vagy nem akarnak tudni egymásról. Az egyes csoportok elszigeteltsége pedig a drogfogyasztás terjedésének kedvez.

A veszélyeztetettek megközelítése, kiválasztása és a beavatkozás hatékonyságának felbecsülése mindmáig nem kellően megoldott kérdés szerte Európában. Nagyon az eltérések például abban, hogy a fiataloknak mely csoportjai tekinthetők rizikócsoportoknak. A kutatások e tekintetben egyáltalán nem meggyőzők. Ez pedig teret ad a politikai manipulációknak. Vagyis a politikusok politikai céljaik érdekében emelnek ki bizonyos csoportokat függetlenül a valódi helyzetűtől.

A központi és helyi drogpolitikák közötti kapcsolat szerveségének mértéke nagymértékben függ az adott közösség demokratikus hagyományaitól. Nem véletlen, hogy ebben a kérdésben a kelet-európai országok szakértői voltak a legpesszimistábbak. Egyes országokban, különösen Hollandiában a központi és helyi drogpolitikák között példaértékű összhang uralkodik.

Budapest és Magyarország képviselőiben valamennyi kérdéskörben koreferátumot tartottam. Előadásaimban a hazai helyzetet elemeztem.

Hazánkban elsősorban a hajléktalanok, állami gondozottak, cigányok, menekültek, alkoholisták gyermekei és az ifjúsági szubkultúra tagjai tekinthetők veszélyeztetetteknek a kábítószerabúzus szempontjából. Nyitott kérdés, hogyan lehet e csoportokat szakmai eszközökkel megközelíteni abban az esetben, ha maguk nem fordulnak segítségért. Biztos, hogy a helyi önkormányzatoknak ebben is kulcsszerepe lesz.

Az európai együttműködés kialakításának tervéhez én négy javaslattal próbáltam hozzájárulni. Nemzetközi adatbázis rendszer kiépítését sürgettem azonos paraméterek, kritériumok és közös nyelv alapján. Összehasonlító kutatási témákat ajánlottam elsősorban epidemiológiai kérdésekben, drogpolitikában, valamint az intervenciók hatékonyságának vizsgálatában. Probléma-centrikus szemináriumok megrendezésére

tettem javaslatot egyes konkrét problémák sokoldalú feldolgozása céljából (pl. munkanélküliség, menekültkérdés stb.). És végül látogató programokat, csoportos tanulmányokat javasoltam az egyes európai nagyvárosok között egymás jobb megismerése céljából.

A rendezvény rendkívül intenzív volt. A portugál vendéglátók fizették a résztvevők valamennyi költségét (a repülőjegytől a szállodáig és az étkezésig). Alkalmom nyílt arra is, hogy Lisszabon legjelentősebb drogpontjában, a Taipasban is látogatást tegyek, sőt a mintegy ötven fős személynak előadást is tartottam a hazai droghelyzetről. Rendkívül érdekelték őket, hiszen Kelet-Európából eddig egy szovjet kolléga járt náluk, aki kifejtette, hogy az országban nincs drogprobléma...

A Taipas Lisszabon központjában lévő olyan drogcentrum, ahol a drogbeteg-ellátás szinte teljes spektruma megtalálható a detoxikálás kivételével. Ambulancia, nappali szanatórium, 24 órás elsősegélyszolgálat, speciális fekvőbeteg-osztály egy épületben, az épület különböző szintjein, egymástól jól elkülönítve található meg. A gyógykezelésben analitikusan orientált pszichoterápiát, Clonidint és Naltrexont alkalmaznak. Nem szívesen használnak metadont és élesen elküintik az alkoholisták kezelésétől a drogbeteg kezelését (ez egyébként Franciaországban is általános gyakorlat).

A Taipas a párizsi FIRST szervezettel 1992 áprilisában nemzetközi kongresszust szervez Portugáliában. A kongresszus szervezőbizottságában Kelet-Európa képviselőre engem kértek fel.

Gerevich József dr.

Beszámoló a Pszichoonkológiai Szekció megalakulásáról

1991. március 1-jén Budapesten megalakult a Magyar Onkológusok Társaságának Pszichoonkológiai Szekciója. Ebből az alkalomból a Társaság részéről Eckhardt Sándor professzor, a Magyar Pszichiátriai Társaság részéről pedig Füredi János professzor köszöntötte az érdeklődőket, valamint a pszichoonkológiai szekció ügyvezető titkárát, dr. Muszbek Katalint és a vezetőséget.

Dr. Muszbek Katalin kifejtette a szekció főbb céljait:

1. A daganatos betegek pszichológiai, pszichoszociális problémáival foglalkozó szakemberek (orvosok, egészségügyi szakdolgozók, gyógytornászok, pszichológusok, tudományos kutatók, szociológusok, lelkészek, egyetemi és főiskolai hallgatók stb.) munkájának összefogása és támogatása.

2. Megismertetni az érdekeltekkel a rákbetegség és kezelésének pszichológiai, szociális és etikai vonatkozásait.

3. Oktatási, továbbképzési lehetőséget biztosítani mindazok számára, akik a daganatos betegek gyógykezelésében részt vesz-

nek. Támogatni és összefogni a pszichológiai kutatómunkát az országban, közreműködni az eredmények ismertetésében.

4. Kapcsolatot kialakítani és együttműködni — a pszichológia interdisciplinárius jellege folytán — a hazai és külföldi szakkörökkel, társaságokkal.

A Magyar Onkológusok Társaságának megbízása alapján a Pszichológiai Szekciót az ügyvezető titkár, dr. Muszbek Katalin pszichiáter vezeti. Ajánlása alapján dr. Németh György főorvos, a pszichológiában nyújtott úttörő tevékenysége, több évtizedes munkássága alapján a szekció tiszteletbeli elnöke lett. A vezetőséget a négy munkacsoport-vezető, a négy területi vezető és a pénztáros alkotja.

A munkacsoportok, melyekhez csatlakozni lehet, a következők:

1. Pszichoterápiás munkacsoport, vezetője dr. Hermann István pszichiáter

2. Gyermekek pszichológiai munkacsoport, vezetője dr. Polcz Alaine pszichológus

3. „Életminőség és rákbetegség” munkacsoport, vezetője dr. Szántó János

4. „Pszichológiai alap kutatások” munkacsoport, vezetője dr. Riskó Ágnes pszichológus

Területi vezetők: Debrecen — dr. Forgács Attila pszichológus

Szeged — dr. Hideghéti Katalin onkológus

Pécs — dr. Kovács Miklós pszichiáter

Szombathely — dr. Ruzsa Ágnes onkológus

A Pszichológiai Szekció működési szabályzatából kiemeljük, hogy ez az új interdisciplinárius tudományág három nagy területet kíván felölelni tevékenységével: klinikai, oktatási és kutatási munka.

A klinikai munka fő jellemzője a rák következtében kialakult lelki folyamatok megismerése, kezelése, elsősorban a betegek én-erejének fokozásával és lelki elhárító működéseinek erősítésével. Számos esetben szükséges a beteg családjának, környezetének támogatása, aktivizálása is. Az alkalmazott módszerek közül kiemeljük a gyógyszeres, a verbális és a nonverbális pszichoterápiákat.

Az oktatási tevékenység fő céljai: új

szemlélet kialakítása, mely magába foglalja az orvos-nővér-beteg kapcsolat speciális problémáinak feltárását, kontrollálását és a betegségről való nyílt kommunikáció elősegítését. Különösen fontosnak tűnik az egészségügyi személyzet lelki terheléseinek csökkentése, az ún. „kiégési” tünet megelőzése.

A kutatómunka sokrétű. A rákbetegség megjelenése és az életeseemények, ill. a depresszió közötti kapcsolatok tanulmányozását, a személyiségstruktúra és a dagados betegségek összefüggéseinek vizsgálatát, és a betegség lefolyásában, prognózisában szerepet játszó lelki tényezők kutatását tekintjük legsürgősebb feladatainknak.

A klinikai tevékenység támogatása és a továbbképzési programok szervezése folyamatosan történik a pszichológiában jártas szakemberek segítségével. Terveink szerint a tudományos ülések negyedévente kerülnek megrendezésre.

Riskó Ágnes dr.

kliostom[®]
kenőcs



HATÓANYAGOK

1 g metronidazolom benzolcum és 20 mg triclosan tubusonként (20 g) lemosható kenőcsben.

HATÁS

A metronidazol bezoát gátolja az anaerob mikroorganizmusok fejlődését; a Trichomonas, Giardia lamblia és Entamoeba histolytica fertőzés specifikus gyógyszere. Helyi alkalmazásakor kevesebb hatóanyag jut a gyomor- és bélrendszerbe, a metronidazol kevesebb mellékhatásával kell számolni. A triklozan, mint antiszeptikum kiszélesíti a készítmény hatásspektrumát.

JAVALLATOK

Gingivitis et stomatitis ulcerosa, gingivitis acuta et chronica, parodontitis.

ELLENJAVALLATOK

Soor stomatitis, soor kifejlődésére hajlamosító gyógyszeres kezelés (citosztatikum, antibiotikum, glükokortikoidok adása), terhesség első 3 hónapja.

ALKALMAZÁS

A szájhigiéne helyreállítása (fogkő, lepedék eltávolítása) után kezdődhet el az alkalmazása.

Fogmosást követően gézre 1–2 cm hosszú kenőcscsíkot kenve, pakolás formájában alkalmazható és lehetőség szerint minél hosszabb ideig (legalább 15 percig) a szájbán kell tartani a pakolást.

Esetleg puha, csak erre a célra használt fogkefével a fogak közé, ill. az ínyre kenhető, dörzsölés nélkül.

A kezelések általában naponta 2–4 alkalommal végezhetőek (célszerűen étkezés után) kb. 1–2 hétig.

Az egyenletes hatást a négyóránkénti alkalmazás biztosítja.

Kombinált kezelés:

A parodontopathiák mély, tasakos formáiban a Kliostom-kezelés önmagában rendszerint már nem elég, célszerű Klilon tablettá adagolásával kombinálni és a gyógyulás után a recidívák megelőzésére periodikus Kliostom-kezelés ajánlott.

MELLÉKHATÁSOK

Hányinger, fokozott nyálérválasztás. Soor szaporodhat el a szájúregben, főként hajlamosító tényezők fennállása esetén.

FIGYELMEZTETÉS

Protézist viselőknél Kliostom-kúra idején tartózkodjanak a protézis állandó használatától, mert az soor reservoárként szerepelhet. A protézist fokozottan tisztán kell tartani!

Alkohol fogyasztása a metronidazol tartalom miatt tilos.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

A Népjóléti Minisztérium tájékoztatója az 1991. április havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek közül csak a salmonellosisok száma növekedett az előző hónapoz viszonyítva. A megbetegedések számának emelkedése ellenére azonban a salmonellosis járványügyi helyzete nem értékelhető kedvezőtlennek; az esetek száma kevesebb volt az 1985—89. évi medián értékénél. A dysenteria és a hepatitis infectiosa járványügyi helyzete a korábbi évek április hónapjához viszonyítva határozottan jónak mondható.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek számszerű alakulása összességében kedvező volt: a scarlatina megbetegedések száma csökkent az előző hónapoz viszonyítva; a rubeola igen alacsony szinten, a parotitis epidemica viszonylag magasabb szinten stagnált; a kanyaró csak szórványosan fordult elő. Valamennyi e csoportba tartozó betegségből lényegesen kevesebbet jelentettek, mint a korábbi évek hasonló időszakában. Kiemelésre érdemes a rubeola: 1991 első 4 hónapjában előfordult megbetegedések

száma csupán $1/20$ -át tette ki az 1985—89. évi szummációs medián értékének. E betegség igen kedvező járványügyi helyzete az 1989-ben megkezdett védőoltások jelentős kiszélesítésének következménye.

Az idegrendszeri fertőző betegségek száma a szezonnak megfelelően alakult.

Kiemelésre érdemes járványügyi esemény

AIDS

A Fővárosi Szent László Kórház 3 megbetegedést diagnosztizált és jelentett be áprilisban. 2 Borsod-Abaúj-Zemplén megyei haemophiliás, HIV-ellenanyag pozitív fiatalember megbetegedését opportunista fertőzés alapján diagnosztizálták. Egy 48 éves, Győr-Moson-Sopron megyei biszexuális férfinál lymphoma alapján állították fel a diagnózist. A Magyarországon nyilvántartott AIDS-esetek száma ezzel 58-ra emelkedett, közülük 28 már meghalt.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+) 1991. április hó

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+) 1990. nov.—1991. ápr. hó

Betegség	1990. nov.—1991. ápr. hó					
	Nov.	Dec.	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.
Typhus abdominalis	—	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	887	816	483	447	492	735
Shigellosis	128	87	77	75	40	40
Amoebiasis	12	6	5	13	5	8
Shigellosis + amoebiasis	140	93	82	88	45	48
Dyspepsia coli	28	18	36	17	15	18
Hepatitis infectiosa	365	313	296	211	229	193
AIDS	—	—	1	2	4	3
Poliomyelitis anterior acuta	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	1	1	2	1	2	1
Scarlatina	485	495	487	443	365	270
Morbilli	—	4	4	7	4	7
Rubeola	103	109	131	143	176	160
Parotitis epidemica	1648	1660	2238	1802	2260	2239
Mononucleosis infectiosa	78	58	84	100	85	92
Keratoconjunctivitis epidemica	56	6	16	3	7	29
Meningitis epidemica	3	3	2	7	3	6
Meningitis serosa	12	17	16	19	7	15
Kullancsencephalitis	20	2	7	2	—	11
Encephalitis infectiosa	7	8	7	7	6	8
Kullancs + enceph. inf.	27	10	14	9	6	19
Staphylococcus	8	8	4	4	7	10
Malaria*	1	1	1	2	—	—
Tetanus	3	1	—	1	—	1
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	1	—	1	—	1	—
Leptospirosis	2	2	5	4	2	2
Ornithosis	—	—	1	—	—	—
Q-láz	1	1	—	—	1	1
Tularemia	10	8	7	—	—	4
Taeniasis	1	—	2	2	3	1
Toxoplasmosis	15	14	15	23	20	14
Trichinellosis	—	—	—	2	2	—

(+) Előzetes, részben tisztított adatok (*) Importált esetek

Betegség	Április		Jan. 1.—Április 30.			
	1991.	1990.	Me- dian 1985 — 1989	1991	1990	Me- dian 1985 — 1989
Typhus abdominalis	—	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	735	632	804	2 157	2 415	2 520
Shigellosis	40	44	·	232	264	·
Amoebiasis	8	3	·	31	15	·
Shigellosis + amoebiasis	48	47	94	263	297	513
Dyspepsia coli	18	21	23	86	96	90
Hepatitis infectiosa	193	218	245	929	1 142	1 188
AIDS	3	2	·	10	4	·
Poliomyelitis anterior acuta	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	1	—
Pertussis	1	—	2	6	2	5
Scarlatina	270	340	855	1 565	2 106	3 600
Morbilli	7	9	9	22	60	32
Rubeola	160	869	4 465	610	3 226	12 102
Parotitis epidemica	2239	2222	4 338	8 539	10 608	18 349
Mononucleosis infectiosa	92	79	71	361	391	240
Keratoconjunctivitis epidemica	29	14	3	55	154	16
Meningitis epidemica	6	2	6	18	15	20
Meningitis serosa	15	19	24	57	80	86
Kullancsencephalitis	11	12	·	20	22	·
Encephalitis infectiosa	8	5	·	28	39	·
Kullancs + enceph. inf.	19	17	13	48	61	56
Staphylococcus	10	4	11	25	20	40
Malaria*	—	—	1	3	6	2
Tetanus	1	2	2	2	8	6
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	—	—	2	1	2
Leptospirosis	2	3	1	13	6	9
Ornithosis	—	—	—	1	—	1
Q-láz	1	—	—	2	—	2
Tularemia	4	1	2	11	17	9
Taeniasis	1	2	2	8	8	10
Toxoplasmosis	14	18	17	72	80	94
Trichinellosis	—	—	1	4	—	13

(+) Előzetes, részben tisztított adatok (*) Importált esetek



RHINAAXIA®

orrspray

Antiallergicum

(ATC kód: R 01 AC 02 *)

HATÓANYAG

780 mg magnesium acetyl-aspartyl-glutamicum 13 ml benzalkónium-klorid konzerválószeret tartalmazó vizes oldatban, hajtógáz nélkül.

HATÁS

A komplement-kaszád aktiválása a legtöbb allergiás reakció hatásmechanizmusának része. Az N-acetil-aszpartil-glutamát, amely kis mennyiségben a központi idegrendszerben is kimutatható, ezt a láncreakciót függeszti fel azért, hogy gátolja a C3a és C5a anaphylatoxinok képződését. (A két fragmens hatására a hízósejtek degranulatioja fokozódik, és így az allergiás reakció klinikai tünetei erősödnek.) A komplement rendszerre gyakorolt hatás mellett az N-acetil-aszpartil-glutamát közvetlenül is erősen gátolja az orrüregi nyálkahártyában található szenzibilizált mastocyták degranulatioját, a preformált és az újonnan szintetizált anaphylaxiás mediátorok felszabadulását.

A készítmény megszünteti vagy enyhíti az orr eldugulását, a tüsszögési rohamokat, orrfolyást és esetenként az orrtünetekhez gyakran csatlakozó szemtüneteket (viszketés, könnyezés).

FARMAKOKINETIKA

Állatkísérletes adatok szerint a hatóanyag az ornyálkahártyáról jól felszívódik. Az alkalmazás után 1-2 órával kialakul a maximális plazmakoncentráció, majd lassan, folyamatos abszorpciós-eliminációs folyamattal eliminálódik.

Bikompartmentális megoszlása miatt eliminációs félideje 2, illetve 5 óra.

Metabolizációja során több, mint 50%-a széndioxid formájában a tüdőn keresztül ürül ki.

JAVALLATOK

Perenniális és szezonális allergiás rhinitis (pollinosis).

ELLENJAVALLATOK

A terhesség első trimeszterében csak gondos orvosi mérlegelés alapján alkalmazható.

ADAGOLÁS

Naponta 4-szer 2-2 befúvás mindkét orrlyukba.

Magas allergén koncentráció esetén az adag napi 6-szor alkalmazásig emelhető.

Az orrspray mechanikus adagolópumpája egyszerű lenyomással 0,07 ml oldatot (4,2 mg hatóanyag) permetez az orrlyukba.

ALKALMAZÁS

Az orr alapos kifújását követően a flakon csőrét az orrlyukba kell helyezni. Egyidejű orron keresztüli belégzés mellett a szórófej lenyomásával a készítmény az előírt, ill. megállapított mennyiségben adagolandó.

Minden flakon első használatba vételekor a szórófejet néhányszor le kell nyomni, míg az oldatból egységes permet nem keletkezik. A további alkalmazásoknál erre a műveletre nincsen szükség.

Használat után a védősapkát a flakonra minden alkalommal vissza kell helyezni.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe, átmeneti viszketés és/vagy égő érzés az orrban, az alkalmazás helyén.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Jelenleg nem ismeretesek. (Ilyen irányú célzott vizsgálatok nem történtek.)

FIGYELMEZTETÉS

Mivel a gyógyszer hatása csak néhány napi használat után válik teljessé, célszerű alkalmazásának megkezdésével megelőzni a tüneteket kiváltó allergén (pl. virággpor) várható megjelenését.

A készítmény szobahőmérsékleten tartandó.

A megkezdett orrspray a felbontástól számított 30 napon belül használható csak fel.

A gyógyszert gyermekek elől gondosan el kell zárni.

LEJÁRATI IDŐ: 3 év

MEGJEGYZÉS : ✚

A készítmény felvétellel került a

- 4/1991. (IV.17.) NM rendelettel módosított 19/1988. (XII.26.) SZEM rendelet 5. paragrafusához csatlakozó 1. számú mellékletbe, valamint az
- 5/1991. (IV.17.) NM rendelettel módosított 21/1988. (XII.26.) SZEM rendelet 3. számú mellékletének B/6. csoportjába.

Ezek alapján:

- "Csak vényre adható ki", valamint
- "Térítésmentesen rendelhető asthma bronchialeban és allergiás rhinitisben szenvedő betegeknek a tüdőbeteggondozó, a belgyógyászati, a fül-orr-gégészeti, az allergológiai, a gyermekgyógyászati szakrendelés (szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály) területileg illetékes szakorvosa vagy javaslata alapján a kezelőorvos (körzeti orvos, üzemi orvos, üzemi körzeti orvos, körzeti gyermekgyógyász) a gyógyszert."

CSOMAGOLÁS: 13 ml oldat.

Fogyasztói ár: 694,- Ft.

Társadalombiztosítási támogatás: 80%

ELŐÁLLÍTÓ: LECLERC & CO. Schaffhausen/Svájc

OGYI eng.sz.: 4323/40/90

FORGALOMBA HOZZA: PHARMAFONTANA BUDAPEST



LECLERC & CO. SCHAFFHAUSEN / SVÁJC

További információs anyag beszerezhető:

LECLERC & CO. Információs Iroda

1011 Budapest, Gyorskocsi u. 12. II. 3. Telefon/fax: 156-8897

A MAGYAR VESE-ALAPÍTVÁNY pályázatot hirdet:

— klinikai és elméleti nephrologiai kutatási célokat szolgáló műszer, illetve egyéb segédanyag megvásárlásához

— nephrologiai témájú hazai és külföldi tanulmányutakhoz, illetve kongresszusi részvételhez

— nemzetközi hírű szakember meghívásához, amennyiben itt-tartózkodása alatt tevékenységével segíti a hazai nephrologia fejlődését.

A pályázatnak tartalmaznia kell:

— a pályázó rövid szakmai életrajzát, publikációs jegyzékét és idézettségét

— a kért támogatás felhasználásának részletes tervezetét.

A pályázatot 1991. augusztus 30-ig kell írásban benyújtani az Alapítvány Kuratóriumához: Dr. Rosivall László, Budapest Pf. 370. H—1445, telefon: 1 331-939

Ebben az évben az elnyerhető legmagasabb támogatási összeg: 250 000 Ft. Sikeres pályázat esetén a pályázó 1991. november 29-ig írásbeli értesítést kap.

A Magyar Kardiológusok Társasága és a Magyar Gyermekorvosok Társasága Gyermek-kardiológiai Sectiója 1991. nov. 30-án Budapesten a Szabadsághegyi Gyermekszanatóriumban tudományos ülést tart, melynek témája: „A pericardium betegségei gyermekkorban”
Az előadások címét kérjük szeptember 20-ig dr. Záborszky Béla főorvosnak (Országos Kardiológiai Intézet Gyermekosztálya, Budapest, Haller u. 29. Pf. 88. 1450) elküldeni.

*Dr. Záborszky Béla
a Gyermek-kardiológiai Sectio elnöke*

A Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) meghirdeti 1991. évi tudományos pályázatait a következő feltételekkel:

I. pályázat:

Pályázhatnak a MOTESZ társaságainak/egye-

sületeinek 35 évnél fiatalabb tagjai önálló, tudományos folyóiratban megjelent dolgozattal. (témakötöttség nélkül)

2. pályázat:

Pályázhatnak a MOTESZ társaságainak/egyesületeinek tagjai, életkorkötöttség nélkül.

A pályázat témája: az agy kutatással kapcsolatos elméleti vagy klinikai eredmények.

A pályázatot a MOTESZ elnökségéhez címezve kell benyújtani.

A pályázatok beküldési határideje:

1992. január 31.

A pályaműveket a MOTESZ elnöksége által felkért bírálóbizottság értékeli.

Mindkét pályázat nyertesei a következő (brutó) díjazásban részesülnek:

I. díj 25 000,— Ft

II. díj: 15 000,— Ft

III. díj: 10 000,— Ft

A pályázattal kapcsolatos kérdésekre a Szövetség Hivatala készséggel ad felvilágosítást.

Cím: 1145 Budapest, Columbus u. 11.

Telefon: 183-7918, 251-7999

*Prof. Dr. Fehér János
a MOTESZ elnöke*

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (Budapest, X., Kozma u. 13. Pf. 22. 1475) főigazgató főorvosa megüresedett állás-helyre felvesz *pszichológust*.

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

Fizetés: havi 22—32 ezer Ft között, évente egyszeri juttatásként 13. havi fizetés, korpótlék, ingyenes BKV bérlet.

Szükség esetén alberteli hozzájárulást biztosítunk. Szociális juttatások: üdülés, egészségügyi ellátás, gyermeküdülletés

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

Jelentkezni, illetve tájékozódni az 1-276-849/244 telefonon a vezető pszichológusnál.

*Dr. Csicsay Iván
bv. o. alezredes
főigazgató főorvos*

Debrecen Megyei Jogú Városi Önkormányzat Rendelőintézet igazgató főorvosa (Debrecen, Fűvészkert u. 4., Pf. 194.) pályázatot hirdet az *Idéggondozó Intézetben 2 fő elmegyógyász szakorvosi állásra*.

Lakást biztosítani nem tudnak.

Bérezés az érvényben lévő jogszabályok alapján történik.

Dr. Salga Mihály igazgató főorvos

A Szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézet orvos-igazgatója (5000 Szolnok, Verseghy u. 6—8.) pályázatot hirdet, nyugdíjazás folytán megüresedő:

baleseti sebészeti osztályra, osztályvezető főorvos munkakörbe, 1992. január 1-jétől határozott időre

Pályázati feltétel: traumatológiai szakképesítés, 10 éves szakmai gyakorlat
előnyt jelent: ortopédiai szakképesítés

laboratóriumi osztályra, osztályvezető főorvos munkakörbe, 1992. január 1-jétől határozott időre

pályázati feltétel: klinikai laboratóriumi szakképesítés, 10 éves szakmai gyakorlat

Felvétel esetén a MÁV dolgozókat megillető menetkedvezmény biztosított.

Lakásmegoldás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázatok beküldési határideje, a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

*Dr. Lőke Miklós
ov. sebész
főorvos orvos-igazgató*

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet (Budapest, IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet pályakezdő munkakörbe:

Anaesthesiológiai Osztály 2 segédorvos,

Kórbonctani Osztály segédorvos

*Dr. Podhorányi György
orvos-igazgató*

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

I. Pszichiátriai Osztályára 1 fő pszichiáter szakorvos részére

*Dr. Főnyad László
orvos-igazgató*

Jánossomorja Nagyközség Önkormányzati Képviselőtestülete pályázatot hirdet körzeti orvosi és gyermekszakorvosi állások betöltésére.

Az állások 1991. szeptember hónapban elfoglalhatók.

A gyermekszakorvosi állás feltétele a gyermekgyógyászati szakképzettség, illetve annak rövid időn belüli megszerzése. Előnyt jelent, ha házaspár rendelkezik a megfelelő szakképzettséggel.

A pályázat benyújtásának a határideje: a megjelenést követő 3 hét.

Cím: Jánossomorja Körjegyzőség, Szabadság u. 39. 9241.

Német—Magyar Alakuló Kft. keres tapasztalt plasztikai szépségsebész magyarországi magánklinika szakmai irányítására. Pályázatokat részletes önéletrajzzal, fényképpel a következő címre kérjük:

Dr. Robert Kühn, 8609 Bischberg, Linden Str. 6., BRD

ULTRACORTENOL®

szemcsepp, szemkenőcs

hatékony

klasszikus kortikoszteroid

jól penetrál a szemfelszínről a szembe

gyors, ismert gyulladáscsökkentő

DISPERSA

Hettlingen, Svájc



Információ:

CIBA – GEIGY Services AG
Műszaki – Tudományos Iroda
■ Zyma/Dispensa Divízió

Belgrád rkp. 25.
1364 Bp. Pf. 201
1056 Budapest

Telefon: 118-4433
Telex: 22-5096
Telefax: 118-1727

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 nátrium 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 savoldékonyságát, 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	0,25 mg/l	0,50 mg/l
	fluoridtartalmú ivóvíz esetén a napi adag 1 vagy 2 részre elosztva		

0—2 éves	1 tbl. Dentocar (F = 0,23 mg)	—	—
3—4 éves	2 tbl. Dentocar (F = 0,46 mg)	1 tbl. Dentocar (F = 0,23 mg)	—
5—6 éves	3 tbl. Dentocar (F = 0,69 mg)	2 tbl. Dentocar (F = 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 szétnyomott tablettát 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 fluoridbevitel 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.

Figyelmeztetés: 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 

sandonorm®

1 mg tabletta

H 400

Antihypertensiva

ADAGOLÁS:

Esszenciális hipertónia: Kezdő adag napi 1 mg (reggel 1 tabl.) Amennyiben a hatás három hetes kezelés után nem kielégítő, az adagot napi 1 1/2–2 mg-ra (reggel 1 1/2–2 tabl.) lehet növelni, vagy más farmakológiai csoportba tartozó vérnyomáscsökkentő gyógyszerrel lehet a kezelést kiegészíteni. A vérnyomás normalizálódása után — különösen enyhe vagy közepes súlyos hipertóniában — a napi adagot 0,5 mg-ig (reggel 1/2 tabl.) lehet lecsökkenteni.

Angina pectoris: Kezdő adag napi 1 mg (reggel 1 tabl.)

Amennyiben a hatás nem kielégítő, az adagot napi 1 1/2–2 mg-ra (reggel 1 1/2–2 tabl.) lehet növelni. Ha a válasz még mindig nem megfelelő, más farmakológiai csoportba tartozó gyógyszerrel lehet a kezelést kiegészíteni.

Mindkét indikációban a veseműködés súlyos károsodása esetén (kreatinin clearance kisebb mind 20 ml/perc) a kezdő adag napi 0,5 mg (reggel 1/2 tabl.) legyen.

MELLÉKHATÁSOK: Esetenként enyhe szédülés, fejfájás, fáradékonyság, nagyon ritkán bőrreakció léphet fel. Ilvenkor a dózist csökkenteni kell.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Együttadása tilos intravénás Ca antagonistával. Óvatosan adható:

— verapamil típusú kalcium antagonistával (késlelteti az AV-átvezetést, kardiodepresszív hatás erősítható)

FIGYELMEZTETÉS: Kezdő vagy manifeszt szívelégtelenségben szenvedő beteget béta-blokkolóval történő kezelés előtt megfelelő digitális kezeléssel kell részíteni.

Altatással történő érzéstelenítés esetén igen fontos a kardiovaszkuláris rendszer körütekintő monitorozása. Ha az altatáshoz a béta-blokkad felfüggesztése szükséges, a Sandonorm dózist fokozatosan kell megvonni. A gyógyszer kistökü intrinszik szimpatomimetikus aktivitásának, valamint elhuzódó hatásának következtében a Sandonorm hirtelen elhagyása esetén sem következik be rebound jelenség.

Phaeocromocytomában béta-blokkolót sosem szabad alfareceptor blokkoló nélkül alkalmazni.

Béta receptor blokkolóval történő kezelés során előfordulhat, hogy súlyosbodnak a korábban már fennálló perifériás érbetegségek tünetei, melynek paraesthesia és a végtagok lehűlése lehet a következménye.

Veseelégtelenség esetén az alkalmazott dózist körütekintően kell megállapítani. Más béta-blokkolóknál megfigyelték, hogy a súlyos veseelégtelenség tünetei esetenként tovább romolhatnak.

Egyidejű antidiabetikus terápia esetén óvatosság szükséges, mert a tartós ahezes jelentős hipoglikémiához vezethet és ennek fő tünete a tachikardia a bétablokkad miatt rejtve maradhat, csupán az izzadás marad meg tünetként.

Amennyiben túladagolás miatt túlzott bradikardia alakulna ki, 0,5–1,0 mg (vagy több) atropin szulfátot kell i.v.-an adni. Egy másik lehetőség, hogy a béta-receptorok serkentése céljából lassú i.v. infúzióban 5 µg/perc dózisban izoprenalin hidrokloridot adunk a kívánt hatás eléréséig. Refrakter esetekben, vagy kezdődő szívelégtelenség kialakulásakor 8–10 mg glucagon hidrokloridot kell adni, melyet szükség esetén 1 óran belül meg lehet ismételni, majd ezt követően, ha még szükséges, 1–3 mg/óra sebességgel i.v. infúzióban lehet folytatni, miközben a beteget folyamatosan monitorozni kell.

A járművezető képességet és a baleseti veszéllyel járó munka végzését befolyásolhatja, ezért egyénileg kell meghatározni, hogy a gyógyszer milyen mennyiségben és mely adagolási módon történő alkalmazása mellett lehet járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni.

MEGJEGYZÉS:

* Csak venyre adható ki egyszeri alkalmommal.

CSOMAGOLÁS: 2x14 tabletta

Gyártja: SANDOZ AG, licence alapján



Gyógyszergyár, Budapest



A Sandonorm fő metabolitja a béta-1 és béta-2 receptorokon fejt ki gátló hatást. Kis mértékben intrinszik szimpatomimetikus aktivitással is rendelkezik. Membrán stabilizáló hatása in vitro és állatkísérletekben is észlelhető.

Nyugalomban és terheléskor is hatásos. Nyugalomban sem a szívfrekvenciát sem a perctérfigyotat nem csökkenti lényegesen. Vérnyomást valamint szívfrekvenciát csökkentő hatását a cirkadián ritmus megváltoztatása nélkül fejt ki. Mivel mérsékli a szív választást a béta adrenerg stimulációra, növeli az angina pectorisban szenvedő betegek terhelhetőségét, ezáltal csökkenti az anginas tüneteket.

Mivel a Sandonorm hatása — az ajánlott dózishatárok között — legalább 24 órán keresztül fennáll, napi egyszeri adása mind hipertóniában mind angina pectorisban elegendő.

HATÓANYAG: 1 mg bopindololum (hidrogénmaleinát só formájában tablettánként)

JAVALLATOK: Essentialis hypertonia és effort angina pectoris.

ELLENJAVALLATOK: Digitális refrakter szívelégtelenség, cor pulmonale, jelentős bradikardia, másod- és harmadfokú AV-blokk, asthma bronchiale. Terhesseg, szoptatás.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST

Orvosi Hetilap

48 Ft

1991. augusztus 18.

132. évfolyam — 33. szám

Véradó populációban mért plazma apolipoprotein A I és B koncentráció értékek életkor és nem szerinti megoszlása, valamint kapcsolatuk a plazma koleszterin értékekkel Császár Albert dr., Romics László dr., Karádi István dr., Tresch Judit, Hans-Jürgen Menzel dr.	1795
EREDETI KÖZLEMÉNYEK	
Serum interleukin-2 receptor szint változása aktív és inaktív tüdő sarcoidosisban Strausz János dr., Joachim Müller-Quernheim dr., Rudolf Ferlinz dr.	1803
KLINIKAI TANULMÁNYOK	
A nyaki gerinc röntgen tüneteinek elemzése rheumatoid arthritisben Bartha Attila dr., Adorján Anna dr.	1807
ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK	
A magzati arteria cerebri media véráramlása vizsgálatának prognosztikai értéke Pál Attila dr., Ulrich Gembruch dr., Manfred Hansmann dr.	1815
KAZUISZTIKA	
Kétoldali carotis interna fibromuscularis dysplasia sikeres intraoperatív angioplasticája Horváth Tibor dr., Ádám Attila dr., Fazekas Péter dr.	1819
RITKA KÓRKÉPEK	
Ritka lokalizációjú gyulladós fibroid polypus esete Márton János dr., Farkas Gyula dr., Lonovics János dr., Lászik Zoltán dr.	1823
FOLYÓIRATREFERÁTUMOK	1827
LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ	1843
MEGJELENT	1845
HÍREK	1847
PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK	1847



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány



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 fertőzésének megelőzésére, primycinérzékeny mikroorganizmusok által fertőzött sérülések, roncsolások, műtéti sebek, trophikus fekélyek (pl. ulcus cruris, decubitus), nekrotikus alapú nyílt gennyedések (pl. gangraena fistula, krónikus osteomyelitis, abscessus), felszínes és mély gennyedések (pl. folliculitis, acne vulgaris, impetigo contagiosa, ecthyma, turunculus, carbunculus, panaritium) helyi kezelése.

ELLENJAVALLAT: Lidocain iránti túlérzékenység.

ALKALMAZÁS: Helyi; a gélt a sérült, égett, roncsolt, fekélyes felszínre közvetlenül, vékony rétegben — nyílt kezelés — vagy steril gézlapra téve, zárt kötés formájában, napi 1—3 alkalommal kell felvinni. A felületről a gél steril vizes oldattal lemosható.

MELLÉKHATÁSOK: Az alkalmazást követően múltó, 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 

Hungarian Medical Journal

August 18, 1991. Volume 132. No. 33.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Distribution of apoprotein A I and B values according to sex and age and their connection with plasma cholesterol level in Hungarian blood donors

Császár, A., Romics, L., Karádi, I., Tresch, J., Menzel, H. J. 1795

ORIGINAL ARTICLES

Serum level of soluble interleukin-2 receptor (sIL-2R) in sarcoidosis as a parameter of disease activity
Strausz, J., Müller-Quernheim, J., Ferlinz, R. 1803

CLINICAL STUDIES

An analysis of radiographic changes of the cervical spine in rheumatoid arthritis
Bartha, A., Adorján, A. 1807

NEW DIAGNOSTIC METHODS

The prognostic value of the examination of the medial cerebri artery's blood flow
Pál, A., Gembruch, U., Hansmann, M. 1815

CASE REPORTS

Successful intraoperative angioplasty of fibromuscular dysplasia of both internal carotid arteries
Horváth, T., Ádám, A., Fazekas P. 1819

RARITIES

Inflammatory fibroid polyp of infrequent localization
Márton, J., Farkas, Gy., Lonovics, J., Lászik, Z. 1823

FROM THE LITERATURE 1827

LETTERS TO THE EDITOR 1843

PUBLISHED PAPERS 1845

NEWS 1847

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.
tel.: 1128-860) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Előfizetési díj egy évre 2460,— Ft, félévre 1230,— Ft, negyedévre 615,— Ft,
1 hónapra 205,— Ft, egyes szám ára 48,— Ft

Orvosi Hetilap

132. évfolyam 33. szám — 1991. augusztus 18.

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította — Established by

MARKUSOVSKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

Álföldy Zoltán dr., Árkó 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.

Szerkesztők — Editors

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.

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

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).

Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII.,
Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410.
Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973

A kiadásért felel: Prof. Dr. Árkó István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7.,
Pf. 142. 1410. Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973
Készült: Széchenyi Nyomda, Győr 91.16359

Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

Dopamin agonista

JAVALLAT

Endokrinológia

- prolaktintól függő cikluszavarok
- női infertilitás (hiper- és normoprolaktinémiával)
- laktációgátlás
- prolaktinómák
- akromegália
- az emlő jóindulatú megbetegedései

Neurológia

- idiopátiás és
- posztencefalitiszes parkinsonizmus valamennyi fázisa.

FIGYELMEZTETÉS

Terhesség esetén a gyógyszer adását fel kell függeszteni.

Nagyobb dózisu alkalmazása bizonyos egyidejűleg fennálló megbetegedések esetén ellenjavallt.

PRL és GH szekréció gátló

ALKALMAZÁS, ADAGOLÁS

Önálló vagy kiegészítő kezelésben.
Szokásos terápiás dózis:
2,5–5 mg/die.

Monoterápiában vagy más antiparkinson-készítményekkel kombináltan.

Szokásos terápiás dózis:
10–40 mg/die.

MELLÉKHATÁS

Fáradtság, szédülés, hányinger, hányás, ortosztatis hipotónia, látászavar.

Gyártja:

RICHTER GEDEON Vegészeti
Gyár Részvénytársaság



BROMOCRIPTIN RICHTER

2,5 mg tableta; 5 mg kapszula;
10 mg kapszula
(bromocriptinium mesylicum formájában)



Véradó populációban mért plazma apolipoprotein A I és B koncentráció értékek életkor és nem szerinti megoszlása, valamint kapcsolatuk a plazma koleszterin értékekkel

Császár Albert dr., Romics László dr., Karádi István dr., Tresch Judit és Hans-Jürgen Menzel dr.*

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, III. sz. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Romics László dr.)

*Innsbrucki Egyetem, Orvosi Biológia és Humán genetika Intézet (igazgató: Gerd Utermann dr.)

A tanulmány célja a plazma koleszterin (CHOL), a HDL koleszterin (HDL-C), az apoprotein (apo) A I, az apoprotein B koncentrációk és a CHOL/HDL-C hányados, valamint az apoprotein A I polimorfizmus vizsgálata volt egy véradó populációban ($n = 202$, átlagéletkor 37,5 év). Az adatokat korosztályok és nemek szerint dolgoztuk fel. Eredményeink szerint a CHOL átlagos szintje $5,7 \pm 1,1$ mmol/l. A CHOL koncentráció nem különbözik a nemek között és az életkorral párhuzamos növekedést mutat. A HDL-C szintje nem változik a korrallal, és — szemben a nemzetközi adatokkal — a nemek között nem figyelhető meg szignifikáns különbség (nők $1,42 \pm 0,45$, férfiak $1,34 \pm 0,44$ mmol/l), amelynek oka a vizsgált férfiakban mért relatív magasabb szint. Az apo A I és apo B értéke a kor előrehaladtával emelkedik. A vizsgált lipid paraméterek között csak az apo A I esetében található különbség a két nem között (nők $156,3 \pm 23,6$, férfiak $143,8 \pm 26,8$ mg/dl). A nők magasabb apo A I szintje más populációkra is jellemző. A nemzetközi eredményekkel ellentétben viszont a férfiak apo B koncentrációja nem nagyobb a nőkéénél (nők $72,1 \pm 17,4$, férfiak $69 \pm 15,8$ mg/dl). Az életkor szerinti csoportok adatait tekintve figyelemre méltó, hogy az 5. évtizedben a nők CHOL, HDL-C és apo B értékei meghaladják a férfiakét. Felmérésünkben az ismert összefüggések (pozitív korreláció a CHOL és az apo B között, valamint a HDL-C és az apo A I között) mellett kiemelendő egyedi megfigyelés, hogy férfiakban az apo B negatív korrelációt mutat mind a HDL-C, mind az apo A I koncentrációkkal, amely összefüggésben lehet a férfiak hazai nagyobb ISZB morbiditási arányával. Az apolipoprotein A I polimorfizmusát izoelektromos fókuszálási módszerrel vizsgáltuk. Az apo A I két általános előforduló izoformja (A I-1 és A I-2) jellemző volt a vizsgált populáció minden tagjára, mutáns formát nem találtunk.

Kulcsszavak: apolipoprotein A I, apolipoprotein B, nemek, életkor, koleszterin

Distribution of apoprotein A I and B values according to sex and age and their connection with plasma cholesterol level in Hungarian blood donors. In this study we assessed the plasma CHOL, HDL cholesterol (HDL-C), apoprotein A I, apoprotein B levels and the polymorphic isoforms of apoprotein A I in Hungarian blood donors ($n = 202$, average age: 37.5 year). The mean values are presented for age and sex groups, and the data are compared to the international measurements. The mean CHOL concentration was 5.7 ± 1.1 mmol/l. The CHOL level correlated with age and no significant association was observed with sex. The level of HDL-C showed no correlation with the age and — in opposite to the international data — there were no significant sex differences (women: 1.42 ± 0.45 , men: 1.34 ± 0.44 mmol/l), which may be explained by the relative high HDL-C concentration of Hungarian men. Both apo A I and apo B showed an increase with advancing age. The only difference between the sexes was found in apoprotein A I levels, i. e. it was higher in women than in men (women: 156.3 ± 23.6 , men: 143.8 ± 26.8 mg/dl). In contrary with the results from other countries, the apoprotein B concentrations in men did not differ from that measured in women (women: 72.1 ± 17.4 , men: 69 ± 15.8 mg/dl). In relation to the age, in the fifth decade the CHOL, the HDL-C and the apo B levels were higher in women than in men. Beneath the well known positive correlation between CHOL and apo B, and between HDL-C and apo A I, we observed in men that the apo B negatively correlates with the plasma levels of HDL-C and apo A I, which can contribute to the higher CAD-morbidity observed in Hungarian men. We investigated the polymorphic forms of apoprotein A I with isoelectric focusing method. We detected the two common isoforms (A I-1 and A I-2) in all subjects and we have not found new mutant variants.

Key words: apoprotein A I, apoprotein B, sex, age, cholesterol

apo : apolipoprotein; CHOL = plazma koleszterin; HDL-C = plazma magas denzitású lipoprotein koleszterin; IEF = izoelektromos fókuszálás; ISZB = ischaemiás szívbetegség; LDL = plazma alacsony denzitású lipoprotein; LRC = Lipid Research Clinics.

Napjaink egyik legfontosabb népegészségügyi problémája az atherosclerosis és ezen belül az ischaemiás szívbetegség (ISZB). Egyértelműen bizonyított tény, hogy a plazma koleszterin (CHOL) koncentráció és az ISZB kialakulása

között oki és egyenes kapcsolat áll fenn (6, 11). Ezt az összefüggést mutatja, hogy a CHOL koncentráció 90 per centilis tartományában az ISZB mortalitási aránya négy-szeresére nő (25, 30). A HDL-cholesterin (HDL-C) szint jelentősége fordított, így ennek alacsony plazma szintje jelenthet kockázati tényezőt az ISZB szempontjából (30).

A plazma lipoproteinekben a lipidek mellett előforduló másik fő alkotórészek az apolipoproteinek. E fehérjék jelentőségére az elmúlt évek vizsgálatai mutattak rá. Az epidemiológiai és klinikai felmérések többsége szerint két apolipoprotein, az apo A I (a HDL legfontosabb apoproteinje) és az apo B (az LDL egyetlen apoproteinje) plazma koncentrációja szorosabb összefüggést mutat az ISZB kialakulásával és az angiográfiával igazolt coronariasclerosis súlyossági fokával, mint a plazma lipid és lipoprotein cholesterol értékek (4, 9).

Fontos tudni, hogy vannak olyan hyperlipoproteinaemia formák, ahol az apolipoprotein szintek ismerete elengedhetetlen. Így az apo A I koncentráció meghatározása hypertriglyceridaemia esetén lényeges, ugyanis magas plazma triglycerid szintnél a HDL partikulum cholesterol tartalma kevesebb, az alkotórészek megváltozott aránya miatt. Tehát a csökkent HDL-cholesterin koncentráció ebben az esetben nem tükrözi a transzport funkció szempontjából fontos A I apoprotein szintjét és jelentőségét az ISZB-kockázat szempontjából.

Az apo B koncentráció megmérése pedig normocholesterinaemiával járó ISZB előfordulásakor lehet lényeges (az ISZB-ben szenvedők több mint a felére ez jellemző), mivel az ilyen esetek közel 20%-ában hyperapobetalipoproteinaemia igazolható (normális CHOL és LDL-C szint mellett nagy az apo B koncentráció) (22). Az ismertettek miatt adott esetben fontos lehet egy beteg apo A I és/vagy apo B plazma szintjének ismerete. Az értékelésnél alapvető, hogy ismerjük egy egészségesnek tartott hazai véréadó populáció kockázati tényezőnek tartott lipid, lipoprotein és apoprotein plazma szintjét és azok szélső értékeit. Ennek szükségességét alátámasztja az a tény is, hogy az említett lipid paraméterek országoként bizonyos fokig eltérnek.

Munkánk egyik célja a plazma CHOL, a HDL-C, valamint az apoprotein A I és B szintjeinek egy hazai véréadó populációban történő meghatározása, statisztikai analízise és a nemzetközi adatokkal történő összehasonlítása volt.

Az apoproteineknel nemcsak a plazma koncentráció mutat egyéni eltéréseket, hanem strukturális polimorfizmus is megfigyelhető. Az eltérő szerkezet általában funkcionális különbségeket von maga után (15). Az apo A I a HDL egyik fő apoproteinje és a lecithin-cholesterin acyltransferase enzim kofaktora. Alapvető szerepet játszik a cholesterolnek a perifériás szövetekből a májba irányuló transzportjában, így az atherogenesis lehetőségét csökkenti. Az apo A I struktúrájának populációs vizsgálata során felfedezett genetikai variánsok az esetek többségében alacsony apo A I és/vagy alacsony HDL-C koncentráció értékkel jártak együtt (10, 27, 28). Így az ISZB szempontjából az apo A I variánsok predispozíciót jelenthetnek. Előfordulásuk ritka, eddig mindössze nyolc apo A I új variáns formát közöltek a világon több ezer személy vizsgálata alapján (15). Felmérésünk másik célkitűzése az apo A

I polimorfizmus gyakorisági megoszlásának vizsgálata volt, miután hazánkban erre vonatkozó megfigyelés még nem történt.

Vizsgált egyének és módszerek

A vérmintákat válogatás nélkül 202 nem éhgyomorral lévő véréadóktól gyűjtöttük. [Az étkezés nem befolyásolja a plazma cholesterolin, az apo A I és az apo B szintet, jöllehet az egyes lipidfrakciók apo B tartalma módosul (8).] A nők (n = 63) átlagéletkora $39,5 \pm 10,2$, a férfiaké (n = 139) $36,6 \pm 9,4$ év volt. Az EDTA-t tartalmazó mintákból plazmát szeparáltunk, amelyet -20°C -on tároltunk. A cholesterol koncentrációt a CHOD-PAP-módszer szerint, a HDL-cholesterinét a foszforwolfrámsavas-magnézium ionos precipitációs eljárás alapján kit segítségével mértük (mindkettő Boehringer Mannheim, NSZK).

Az apo A I és apo B meghatározására radiális immundiffúziót alkalmaztunk (21). Az antitestek és a standard minták Immuno AG (Ausztria) termékek voltak.

Az apoprotein A I polimorfizmus vizsgálatát izoelektrofókuszt (IEF) követő immunoblotting módszerrel röviden a következőképpen végeztük: 10 μl plazmát lipidmentesítettük (17), majd a csapadékot 200 μl 0,1 M Tris-HCl pH 10,0, 6 M urea 1%-os Na-dodecylsulfát (Kodak, USA) és 2 μl béta-merkaptoetanol oldatával inkubáltuk és ebből 20 μl mennyiséget használtunk fel az izofókuszálásra. A poliakrilamid IEF Pagnan és mtsai (19) szerint történt, bizonyos módosítással: 8%-os acrilamid (LKB, Svédország) gél és pH 4–6 ampholyte-ot (Serva, NSZK) alkalmaztunk. A proteinek átvitele nitrocellulóz papírra a Western blotting módszerrel (17) Towbin és mtsai eljárása alapján történt (24). Az átvitel után a kötőhelyek blokkolását borjú szérum albuminnal végeztük, majd első antitestként nyúlban termelt, általunk készített anti-apolipoprotein A I-t alkalmaztunk. A második antitest arannyal jelzett (14) nyúllelles kecske IgG volt (Dakkopatts, Dánia).

Statisztikai számításoknál a Student-féle kétmintás t-tesztet, a variancia analízist és a multiplikációs regressziós vizsgálatokat alkalmaztuk.

Eredmények

A 202 egyén vizsgálata során kapott plazma CHOL, HDL-C, apo A I és apo B koncentráció, valamint a CHOL/HDL-C hányados értékeit, ezek nem szerinti megoszlását az 1. táblázatban foglaltuk össze. Felmérésünkben nemek között lévő különbséget csak a plazma apo A I szintben találtunk.

A plazma CHOL és HDL-C értékeknek az eloszlását az 1. ábra mutatja. A HDL-cholesterin esetében (1. ábra B.) a görbe bimodális jellegű, amely a nemek közötti ismert különbséget tükrözi, ez azonban saját anyagunkban nem bizonyult szignifikánsnak (lásd még 1. táblázat).

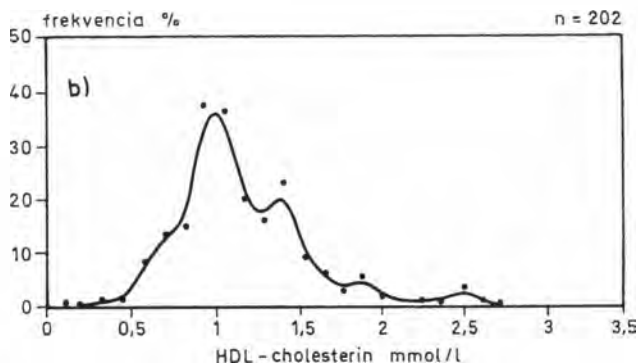
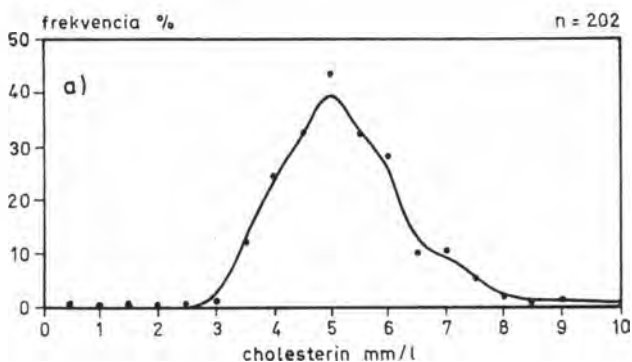
Az életkorral való összefüggések elemzésekor megállapítható, hogy ennek előrehaladtával a vizsgált populációban szinten emelkedik a plazma apo A I (2. ábra) és az apo B (3. ábra) szint. Hasonlóan pozitív korrelációt mutat az életkorral a plazma CHOL koncentráció is (6. táblázat).

A vizsgált paraméterek átlagos szintjét és szélső értékeit az egyes életkorcsoportokra lebontva nemek szerint is-

1. táblázat: Plazma koleszterin (CHOL), HDL-koleszterin (HDL-C), apo A I és apo B szintek a vizsgált populációban

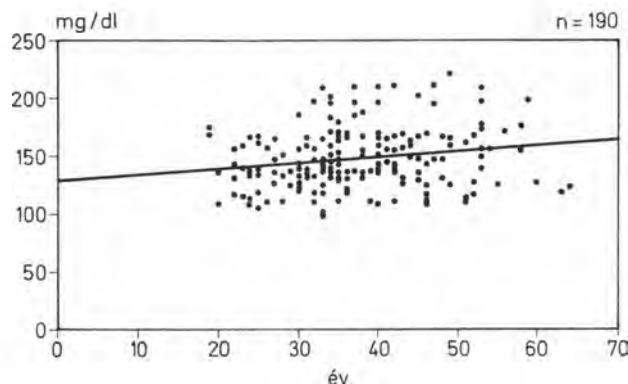
Életkor átlagév esetszám	CHOL mmol/l		HDL-C mmol/l		CHOL/HDL-C		APO A I mg/dl		APO B mg/dl	
	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil
37,5	5,70		1,36		4,59		147,5		70,0	
202	1,13	4,32—7,29	0,04	0,90—2,27	1,72	2,55—6,58	26,1	114,5—184,7 n = 190	16,3	46,8—96,1 n = 190
NŐK										
39,5	5,81		1,42		4,56		156,3		72,1	—
63	1,24		0,45	0,78	1,93		23,6	n = 57	17,4	n = 57
FÉRFIAK										
36,6	5,66		1,34		4,6		143,8*		69,0	
139	1,09		0,44	0,83	1,63		26,8	n = 133	15,8	n = 133

* $p < 0,001$, különbség a két nem között

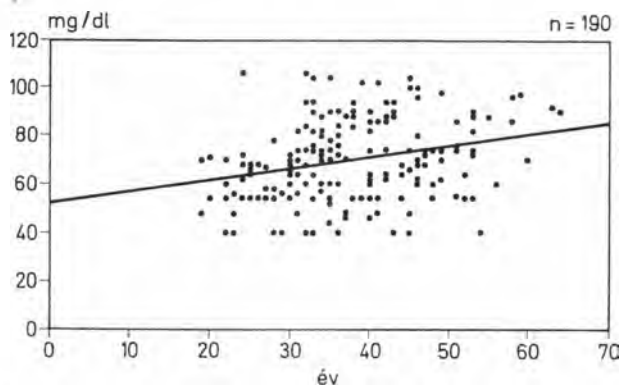


1. ábra: a) A koleszterin értékek megoszlása a véradó populációban
b) A HDL-Cholesterin értékek megoszlása a véradó populációban

mertetjük a 2., 3., 4. és 5. táblázatban. A férfiak esetében a CHOL, a HDL-C (3. táblázat), az apo A I (4. táblázat) és az apo B szint (5. táblázat) az 50. életévig emelkedik, majd csökken. A nők esetében ezzel szemben az életkor emelkedésével folyamatos növekedés észlelhető a tárgyalt lipid és lipoprotein szintekben (2., 4., 5. táblázat). Az életkorosztályokat alapul véve a CHOL, a HDL-C (2., 3. táblázat) és az apo B (6. táblázat) koncentrációk között



2. ábra: Apoprotein A I eloszlása az életkor függvényében a véradó populációban



3. ábra: Apoprotein eloszlása az életkor függvényében a véradó populációban

csak az 50 év feletti csoportban figyelhető meg számottevő különbség (szignifikancia szintet nem számoltunk a kis esetszámok miatt). Ismertettük, hogy a két nem között csak az apo A I szinteknél találtunk szignifikáns eltérést

2. táblázat: Nők plazma koleszterin (CHOL), HDL-koleszterin (HDL-C) és CHOL/HDL-C hányados értékei korcsoportok szerint

Életkor év esetszám	CHOL mmol/l		HDL-C mmol/l		CHOL/HDL-C	
	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil
20—29 9	4,94 0,59	4,02—5,49	1,31 0,48	0,81—1,70	3,89 0,82	2,60—4,91
30—39 22	5,92 1,57	4,17—9,02	1,32 0,23	0,80—1,74	4,70 1,53	2,69—6,39
40—49 21	5,98 1,05	3,85—7,65	1,46 0,56	0,74—1,94	4,77 2,12	2,26—6,69
50—60 11	6,00 0,78	5,07—6,37	1,60 0,46	0,80—2,27	4,14 1,47	2,41—4,99

3. táblázat: Férfiak plazma koleszterin (CHOL), HDL-koleszterin (HDL-C) és CHOL/HDL-C hányados értékei korcsoportok szerint

Életkor év esetszám	CHOL mmol/l		HDL-C mmol/l		CHOL/HDL-C	
	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil	\bar{x} s. d.	10.—90. percentil
20—29 29	4,96 0,84	3,94 —5,76	1,32 0,48	0,81 —1,70	4,19 1,61	1,78 —5,61
30—39 61	5,78 1,14	4,48 —6,93	1,32 0,35	0,89 —1,68	4,70 1,53	2,70 —6,37
40—49 36	5,59 1,03	4,55 —7,35	1,39 0,46	0,95 —2,05	4,57 1,77	2,46 —7,08
50—60 13	5,74 0,78	4,15 —6,58	1,35 0,39	0,69 —1,87	4,66 1,60	2,29 —6,38

4. táblázat: Az apolipoprotein A I plazma koncentrációk korcsoportok és nem szerinti megoszlása (n = 192)

Életkor	Nők		Férfiak	
	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil
20—29 év	146,7 107,5—174,5	23,5 n = 8	131,1 119,7—161,5	18,1 n = 27
30—39 év	155,1 135,8—195,8	23,1 n = 20	145,9 117,3—193,7	26,3 n = 58
40—49 év	158,3 127,7—199,3	22,5 n = 18	148,7 111,5—205,8	28,9 n = 35
50—60 év	162,1 121,9—107,4	27,1 n = 11	141,6 110,1—182,5	27,7 n = 13

(1. táblázat). A nők nagyobb koncentráció értékei jól követhetők az egyes korcsoportokon belül is (4. táblázat).

A meghatározott koleszterin és apoprotein értékek viszonyát a 6. táblázatban foglaltuk össze. A CHOL és az apo B koncentráció szoros kapcsolata ismert. A HDL-C szint korrelációs vizsgálatokor megfigyelhető volt a HDL-C és apo A I ugyancsak bizonyított kapcsolata. Figyelemre méltó, hogy felmérésünkben a HDL-C és az apo B kon-

5. táblázat: Az apolipoprotein B koncentrációk korcsoportok és nem szerinti megoszlása (n = 190)

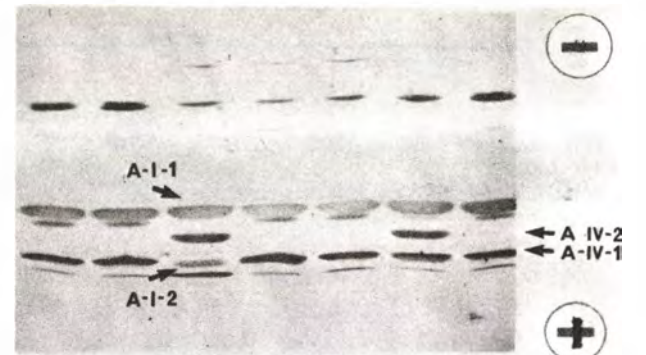
Életkor	Nők		Férfiak	
	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil	$\bar{x} \pm s. d.$ 10.—90. percentil
20—29 év	58,3 47,5—71,5	8,1 n = 8	59,1, 40,0—75,5	14,3 n = 27
30—39 év	73,0 47,5—104,5	18,9 n = 20	70,9 50,7—89,1	14,7 n = 58
40—49 év	74,4 45,9—100,1	18,2 n = 18	72,0 50,5—91,5	16,3 n = 35
50—60 év	76,4 53,6—93,6	14,3 n = 11	52,3 31,3—77,1	15,7 n = 13

6. táblázat: A plazma koleszterin (CHOL), a HDL-koleszterin (HDL-C), az apo A I, az apo B és az életkor korrelációs vizsgálata (n = 202)

	CHOL	APO A I	APO B	HDL-C
Életkor	r = 0,296 p < 0,001	0,178 0,02	0,276 0,001	0,118 0,1
CHOL		0,154 0,07	0,629 0,001	—0,021 0,75
APO A I			—0,079 0,25	0,665 0,001
APO B				—0,277 0,001

centráció között negatív korreláció volt kimutatható, amely a nemek szerinti értékelés alapján (részletes adatokat nem ismertetjük) csak a férfiaknál jelentkező összefüggésre (p < 0,001) volt visszavezethető. Ezzel hozható kapcsolatba, hogy a férfiaknál az apo A I és apo B között is negatív korreláció (p < 0,05) tárható fel, míg populációs szinten ez már nem jelentett korrelációt (p = 0,25).

Az apolipoprotein A I polimorfizmusának vizsgálata során az átlagos populációra jellemző major (A I-1) és a savasabb jellegű minor (A I-2) izoformokat (4. ábra) minden vizsgált egyénnél megfigyeltük. Ettől eltérő variánsokat, illetve egyéb izoformokat nem találtunk.



4 ábra: Human apolipoprotein A I izoformjainak (A I-1 és A I-2) kimutatása a plazma izoelektromos fókuszálást követő immunoblotting módszerrel. (A második lépésben történt apolipoprotein A IV tipizálás eredménye is látható ugyanazon a mintán. Az A I-1 és az A IV-2 azonos pozíciójű)

Megbeszélés

A CHOL és a HDL-C koncentrációra vonatkozó hasonló átlagéletkorú populációt érintő, publikált magyarországi vizsgálat általunk nem ismert.

Összehasonlítás céljából a nemzetközi adatok közül a Lipid Research Clinics (LRC) tanulmányát vettük alapul (12, 20, 26). E vizsgálat szerint mindkét nemben a CHOL koncentráció az életkorral fokozatosan növekszik. A nemek közötti különbséget tekintve az 50. életévig a férfiak értékei csekély mértékben meghaladják a nőkéit. E kor felett azonban a nők CHOL koncentrációi egyértelműen nagyobbak a férfiakénál. Saját vizsgálatunk eredményei szerint az életkorral emelkedő CHOL nem különbözik a nemek szerint az ötödik évtizedig, majd a nők CHOL szintje hasonlóan magasabb. Fontos annak hangsúlyozása, hogy a mért CHOL átlagkoncentrációk nagyobbak, mint az LRC, valamint egy NSZK-beli felmérés (5) adatai.

A HDL-C koncentráció az LRC adatai szerint az életkorral nem változik és 15 éves koron túl a nők értékei meghaladják a férfiakét. Megfigyelésünk szerint az adott populációban csak a 40 év feletti nők HDL-C koncentrációi voltak magasabbak a férfiakénál, ugyanakkor az életkorral mi sem találtunk összefüggést. Kiemelendő, hogy mindkét nemet tekintve HDL-C mért átlagos szintje magasabb az említett külföldi felmérések értékeihez képest.

A magas CHOL koncentráció fennállásakor a CHOL/HDL-C hányados további információt jelent az ISZB veszélyeztetettség szempontjából. A Framingham-tanulmány hívta fel először a figyelmet e hányados jelentőségére (29), amennyiben igazolta, hogy ISZB-ben szenvedőknél az index magasabb (6,36), mint az egészségeseknél (5,12). Az említett NSZK-beli felmérés (5) szerint a hányados a férfiaknál az életkorral növekszik a 40. évig, majd lényegében változatlan. A nőknél minden korosztályban értéke alacsonyabb, mint a férfiaké, amelyet a magasabb HDL-C koncentráció magyaráz. A jelen tanulmány adatai szerint a férfi és a női átlagértékek nem különböznek (1. táblázat), jóllehet a korosztályokat figyelembe véve a 20–29 és az 50–60 éves csoportokban a férfiak értékei magasabbak (2., 3. táblázat).

Jogosan merül fel a kérdés, mit tekinthetünk kóros értékeknek a hazai viszonylatban az említett lipidparamétereken belül. Összehasonlítás végett az említett LRC (20) korcsoportonkénti koleszterin adataiból a 90. percentilis értéket ismertetjük (7. táblázat), amely felett az ISZB rizikója már igen jelentős és amely értékeknél az antilipidacemiás kezelés már indokolt. Magyarországon az életkor és nem szerinti ISZB mortalitási adatokat a CHOL értékek-

nek megfelelően még nem publikáltak. Miután a jelenlegi felmérés eredményei szerint a CHOL koncentráció értékek a nemzetközi adatokhoz képest magasak, a kívánatos határt jóval az általunk megfigyelt korcsoportonkénti 90. percentilis érték alatt kell meghúznunk (lásd 2., 3. táblázat). Irányadónak kell tartanunk az Európai Atherosclerosis Társaság állásfoglalását (23), amely korosztályoktól függetlenül az 5,2 mmol/l koncentrációt tekinti határértéknek.

A HDL-C esetében nem történtek részletes ISZB morbiditási percentil-számítások korcsoportonként. Az LRC adatai szerint az a határérték, amely alatt a HDL-C koncentrációt már kórosnak kell tekintenünk, a férfiaknál 0,77, míg a nőknél 0,90 mmol/l. Az általunk eredményeket tekintve, hasonlóan az életkortól függetlenül, az alsó 10. percentilis értékeket vehetjük figyelembe, azaz a férfiaknál 0,83, míg a nők esetében 0,78 mmol/l koncentrációt.

Az apo A I és apo B lipoprotein szinteket vizsgáló populációs szintű felmérés még nem történt hazánkban, illetve nemzetközileg is viszonylag kevés a nemnek és az életkornak megfelelő adat áll rendelkezésre (4). Ennek egyik fő oka, hogy az apoproteinek mennyiségének immunológiai módszerekkel történő mérése nagyon érzékeny eljárás. Az alkalmazott antiszérumok között jelentős különbségek lehetnek, amelyről elsősorban az apo A I esetében számoltak be (13). A helyzetet nehezíti, hogy nem választottak ki közös nemzetközi standardokat és többféle eljárást is alkalmaznak. Így például ismert, hogy a radiális immundiffúzióval mért apo B értékek alacsonyabbak az egyéb eljárásokkal mértekhez viszonyítva (13). Mindezek alapján egy-egy felmérés az adott csoport életkori és nemi sajátosságainak jellemzésére alkalmas, azonban a nemzetközi adatok direkt összehasonlítása csak kellő óvatossággal lehetséges.

Három reprezentatív külföldi vizsgálat szerint a nőknél magasabb az apo A I koncentráció értéke (1, 3, 7). Mindkét nemnél a második évtizedben alacsonyabb az apo A I koncentráció, amely a későbbiekben már nem változik lényegesen a kórral a nőknél, míg a férfiaknál az 5. évtizedben emelkedik. Saját adataink szerint az apo A I koncentráció mindkét nemben hasonlóan a 20–29. év között a legalacsonyabb, majd a nőknél emelkedik az életkorral, míg a férfiaknál változatlan, illetve az 50. év után csökken. A nők apo A I szintje minden korosztályban hasonlóan magasabb. Az azonos eljárással (radiális immundiffúzió) kapott nemzetközi adatokhoz viszonyítva az általunk kapott értékek magasabbak voltak. Az említett antiszérum különbségeken túlmenően ez azt is jelentheti, hogy az apo A I átlagkoncentráció ténylegesen nagyobb. Ezt látszik alátámasztani, hogy a vizsgált populáció átlagos HDL-C koncentráció értéke relatíve hasonlóan magas volt és az apo A I és a HDL-C eredményeink között pozitív korrelációt találtunk.

Az apolipoprotein B koncentráció esetében négy nemzetközi vizsgálat alapján megállapítható, hogy a férfiak értékei 30–60 év között magasabbak a nőkéinél, és az apo B szint mindkét nemben a kórral emelkedik (1, 2, 4, 7, 18). Az általunk felmért populációban viszont 30–60 év között a nők értékei haladták meg a férfiak apo B értékeit, ugyanakkor az életkor függvényében mindkét nemben koncent-

7. táblázat: A plazma koleszterin 90. percentilis értékei korcsoportok és nemek szerint a Lipid Research Clinics tanulmány adatai alapján (JAMA, 1983, 250, 186)

Korcsoportok (év)	Koleszterin (mmol/l)	
	nők	férfiak
25–29	—	5,82
30–34	5,69	—
35–39	—	6,21
40–44	5,95	6,47
45–49	6,08	6,47
50–54	6,47	—
55–59	—	6,73
60–64	6,86	—

ráció növekedés volt tapasztalható, kivéve a férfiak 50 év feletti csoportját.

Az apoproteinek és a lipid értékek *korrelációs vizsgálata* fontos összefüggésekre irányíthatja rá a figyelmet. Egy munkacsoport (7) végzett részletes elemzést, amely szerint az apo A I és a HDL-C, ill. az apo B és a CHOL, valamint az apo B és a TG között pozitív korreláció található mindkét nemből. Az apo B és a HDL-C között viszont a nőknél negatív korrelációt figyeltek meg. Saját vizsgálataink is igazolták az apo A I és HDL-C, valamint az apo B és CHOL koncentráció közötti ismert korrelációt. Az apoproteinek és a lipidszintek kapcsolatában ugyanakkor egyedi megfigyelés, hogy a vizsgált véradó férfiak esetében az apo B és az apo A I közötti, valamint az apo B és a HDL-C koncentráció között lévő negatív korreláció a jellemző. Miután az apo B/apo A I hányados jelentős előrejelző tényező az ISZB szempontjából, ez az összefüggés a vizsgált férfiak veszélyeztetettebb állapotát jelzi.

Köszönetnyilvánítás: Öszinte köszönetet mondunk dr. Szilassy Kornéliának, az Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet főorvosának és munkatársainak, hogy a vérminták gyűjtését lehetővé tették és segítették. Külön köszönjük Kovács Margitnak magas színvonalú asszisztensi munkáját.

IRODALOM: 1. *Alaupovic, P., McConathy, J., Fesmire, J. és mtsai:* Profiles of apolipoproteins A-I and apoprotein B-containing lipoprotein particles in dyslipoproteinemias. *Clin. Chem.* 1988, 34, B13. — 2. *Albers, J. J., Cabana, V. G., Hazard, W. R.:* Immunoassay of human plasma apolipoprotein B. *Metabolism*, 1975, 24, 1339. — 3. *Albers, J. J., Wahl, P. W., Cabana, V. G. és mtsai:* Quantification of apolipoprotein A-I of human plasma high density lipoprotein. *Metabolism*, 1976, 25, 633. — 4. *Albers, J. J., Brunzell, J. D., Knopp, R. H.:* Apoprotein measurements and their clinical application. *Clin. Lab. Med.*, 1989, 9, 137. — 5. *Assmann, G., Schriewer, H., Juchem, K. H.:* Zur Rolle des HDL-Cholesterin in der Präventivmedizin. *Therapiewoche*, 1981, 31, 5563. — 6. *Atherosclerosis Study Group:* Optimal resources for primary prevention of atherosclerotic diseases. *Circulation*, 1984, 70, 157A. — 7. *Avogaro, P., Cazzolato, G., Bittolo Bon, G. és mtsai:* Values of apo-AI and apo-B in humans according to age and sex. *Clin. Chim. Acta*, 1979, 95, 311. — 8. *Cohn, J. S., Wagner, D. A., Cohn, S. és mtsai:* Measurement of very low density and low density lipoprotein apolipoprotein (Apo) B-100 and high density lipoprotein Apo A-I production in human subjects using deuterated leucine (Effect of fasting and feeding). *J. Clin. Invest.*, 1990, 85, 804. — 9. *DeBacker, G., Rosseneu, M., Deslypere, J. P. és mtsai:* Discriminative value of lipids and apoproteins in coronary heart disease. *Atherosclerosis*, 1982, 42, 197. — 10. *Francheschini, G., Sirzori, C. R., Bosisio, E. és mtsai:* Relationship of the phenotype expression of the apo AI Milano apoprotein with plasma lipid and lipoprotein patterns. *Atherosclerosis*, 1985, 58, 159. — 11. *Grundy, S. M.:* Cholesterol and coronary heart disease: A new era. *JAMA*, 1986, 256, 284. — 12. *Heiss, G., Tamir, I., Davis, E. C. és mtsai:* Lipoprotein-

cholesterol distribution in selected North American populations: The Lipid Research Clinics Program Prevalence Study. *Circulation*, 1980, 61, 302. — 13. *Labeur, C., Shepherd, J., Rosseneu, M.:* Immunological assays of apolipoproteins in plasma: Methods and instrumentation. *Clin. Chem.*, 1990, 364, 591. — 14. *Lin, N. S., Langenberg, W. G.:* Immunohistochemical localization of Barley Stripe mosaic virions in infected wheat cells. *Ultrastruct. Res.*, 1983, 84, 16. — 15. *Mahley, R. W., Innerarity, T. L., Rall, S. C. és mtsai:* Plasma lipoproteins: structure and function. *J. Lipid Res.* 1984, 25, 1277. — 16. *Menzel, H.-J., Kladezky, R.-G., Assmann, G.:* One-step screening method for the polymorphism of apolipoproteins A-I, A-II, and A-IV. *J. Lipid Res.*, 1982, 23, 15. — 17. *Menzel, H.-J., Boerwinkle, E., Schrangl-Will, S. és mtsai:* Human apolipoprotein A-IV polymorphism: frequency and effect on lipid and lipoprotein levels. *Hum. Genet.*, 1988, 7, 368. — 18. *Ordovas, J. M., Peterson, J. P., Santaniello, P. és mtsai:* Enzyme-linked immunosorbent assay for human plasma apolipoproteins B. *J. Lipid Res.*, 1987, 28, 1216. — 19. *Pagnan, A., Havle, R. J., Kane, J. P. és mtsai:* Characterization of human very low density lipoproteins containing two electrophoretic populations: double pre-beta lipoproteinemia and primary dysbetalipoproteinemia. *J. Lipid Res.*, 1977, 18, 613. — 20. *Rifkind, B. M., Segal, P.:* Lipid Research Clinics Program reference values for hyperlipidemia and hypolipidemia. *JAMA*, 1983, 250, 186. — 21. *Sniderman, A., Teng, D., Jerry, J.:* Determination of B protein of low density lipoprotein directly in plasma. *J. Lipid Res.*, 1975, 16, 465. — 22. *Sniderman, A., Shapiro, S., Marpole, D. és mtsai:* Association of coronary atherosclerosis with hyperapobetalipoproteinemia [increased protein but normal cholesterol levels in human plasma low density (B) lipoproteins]. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 1980, 77, 604. — 23. *Study Group, European Atherosclerosis Society:* Strategies for the prevention of coronary heart disease: A policy statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur. Heart J.*, 1987, 8, 77. — 24. *Towbin, H., Stainlin, W., Gordon, J.:* Electrophoretic transfer of proteins from polyacrylamide gels to nitrocellulose sheets: procedure and some applications. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 1979, 76, 4350. — 25. *The Expert Panel:* Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *Arch. Intern. Med.* 1988, 148, 36. — 26. *The Lipid Research Clinics Program Epidemiology Committee:* Plasma lipid distribution in selected North American populations: The Lipid Research Clinics Program Prevalence Study. *Circulation*, 1979, 60, 422. — 27. *Utermann, G., Feussner, G., Francheschini, G. és mtsai:* Genetic variants of group A apolipoproteins. *J. Biol. Chem.* 1982, 257, 501. — 28. *Utermann, G., Haas, J., Steinmetz, A. és mtsai:* Apolipoprotein A-I^{Gießen} (Pro¹⁴³-Arg): a mutant that is defective in activating lecithin: cholesterol acyltransferase. *Eur. J. Biochem.*, 1984, 144, 325. — 29. *Wilson, P. W., Carrison, R. J., Gastelli, W. P. és mtsai:* Prevalence of coronary heart disease in the Framingham offspring study: Role of lipoprotein cholesterol. *Am. J. Cardiol.*, 1980, 46, 64. — 30. *Yaari, S., Goldbourt, U., Even-Zohar, S. és mtsai:* Association of serum high density lipoprotein and total cholesterol with total, cardiovascular, and cancer mortality in a 7-year prospective study of 10 000 men. *Lancet*, 1981, 1011.

(Császár Albert dr. Budapest, Eötvös u. 12. 1121)

Kapható a **Springer** Szalonban a

D. B. Dubin — U. K. Lindner: SCHNELLINTERPRETATION DES EKG

című **Springer** könyv ötödik kiadása

A 400 ábrát tartalmazó könyv ára 3060,— Ft



® 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 (emlékezetlenség 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-

**draszé
Vasodilatator periphericus**

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

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

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

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

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

Csomagolás: 100 drg

Előállítja: CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

1045 Budapest, Tó u. 1/5

Hoechst AG. Frankfurt am Main (NSzK) licence alapján

® = Hoechst A. G. — NSzK bejegyzett védjegye

CHINOIN



Serum interleukin-2 receptor szint változása aktív és inaktív tüdő sarcoidosisban

Strausz János dr.*, Joachim Müller-Quernheim dr. és Rudolf Ferlinz dr.

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

Johannes Gutenberg Egyetem, Mainz, Pulmonológiai Klinika (igazgató: Rudolf Ferlinz dr.)

Tüdő sarcoidosisban az aktivált T-lymphocyták a gyulladási folyamatok fenntartásában központi szerepet játszanak. A szerzők feltételezték, hogy e megbetegedésben a kórkép klinikai aktivitását a serum solubilis interleukin-2 receptor szint mérésével követni lehet. A megbetegedés különböző időpontjaiban 28 tüdő sarcoidosisos esetben vizsgálták a kezelés előtt, alatt és után a serum solubilis interleukin-2 receptor szintet és az eredményeket összehasonlították a megbetegedés klinikai aktivitásával. A kezelés előtt 20/24 alkalommal találtak kórosan emelkedett interleukin-2 receptor szintet, míg eredményes corticosteroid kezelés után csak 6/21 alkalommal észleltek kóros serum szintet. A solubilis interleukin-2 receptor értékek a kezelés alatt is követték a sarcoidosis klinikai aktivitásának változásait. Az eredmények azt igazolják, hogy a serum solubilis interleukin-2 receptor szint értékelhetően követi a sarcoidosis klinikai aktivitását. A serum szint rendszeres mérése megkönnyíti a terápiás beavatkozások szükségességének eldöntését, illetve a terápia hatásosságának korai megítélését.

Kulcsszavak: serum solubilis interleukin-2 receptor, tüdő sarcoidosis, klinikai aktivitás

A sarcoidosis ismeretlen aetiologiájú, granulomás rendszerbetegség (6, 7, 21, 41). A kórkép pathogenesisében az immunológiai reakciók központi szerepet játszanak. A rendszerbetegség ellenére sarcoidosisban az immunocompetens sejtek csak az érintett szervekben (leggyakrabban a tüdőknél) halmozódnak fel (22). Tüdő sarcoidosisban az alveolusokban T-lymphocyták és alveolaris macrophagok (AM) szaporodnak fel. Ezek a sejtek aktiválódnak és különböző mediátorokat termelnek (12, 13, 26, 29, 37). A sarcoidosis gyulladási aktivitásának megítélése — a klinikai kép mellett — különböző serum paraméterek, gallium 67 tüdőscintigraphia, valamint a bronchoalveolaris lavage (BAL) segítségével lehetséges. A BAL

Serum level of soluble interleukin-2 receptor (sIL-2R) in sarcoidosis as a parameter of disease activity. Current concepts of the immunopathology of sarcoidosis claim a central role for activated pulmonary T-lymphocytes in the maintenance of inflammatory processes. We hypothesized that the pulmonary sarcoidosis disease activity could be monitored by the measurement of serum levels of sIL-2R. We evaluated the sIL-2R in 28 sarcoidosis patients at multiple time points before, during and after therapy and compared the results with the clinical activity of the disease. Before therapy out of 24 episodes with active disease 20 exhibited elevated levels of sIL-2R. Six out of 21 episodes with inactive disease after tapering off corticoid therapy had sIL-2R levels above the upper limit of the normal range. Disease activity under therapy as well segregated with the sIL-2R serum level. Our results demonstrate that the activity of pulmonary sarcoidosis is reflected accurately by the serum level of sIL-2R suggesting that phenomena of T-cell activation determining the course of the disease are monitored by this approach.

Key words: soluble interleukin-2 receptor, pulmonary sarcoidosis, clinical activity

sejtek morfológiai és funkcionális vizsgálatai napjainkban az egyik leggyakrabban vizsgált gyulladási paraméterek közé tartoznak, melyek elsősorban az alveoláris T-lymphocyták aktivitásáról adnak felvilágosítást (4, 5, 7, 8, 14, 19, 30, 36, 39). A sarcoidosis jelenleg elfogadott immunopathológiai koncepciója szerint az alveolitis, illetve az ezt fenntartó gyulladási sejtek meghatározó szerepet játszanak a megbetegedés lefolyásában és prognózisában. A gyulladási folyamatok fennállása elsősorban a T-lymphocyták aktivitásához kötött (4, 5, 14, 22, 30, 36). A sarcoidosis aktivitásának követésére napjainkban alkalmazott serum vizsgálatok, mint pl. a serum angiotensin converting enzyme (SACE), vagy a serum lysosym azonban elsősorban a sarcoidosisos granulomák összmenységével, illetve az AM-k aktivitásával mutat összefüggést (1, 2, 17, 30, 36, 40). Egy olyan serumparaméter, mely a lymphocyták aktiváltsági állapotát követi, nagyban hozzájárulhat a betegcsoport klinikai vizsgálatához.

*1987—1989 között Humboldt ösztöndíjas

Rövidítések: solubilis interleukin-2 receptor: sIL-2R, bronchoalveolaris lavage: BAL, serum angiotensin converting enzyme: SACE, alveoláris macrophagok: AM

Sarcoidosisban az aktivált alveolaris T-lymphocyták spontán IL-2-t termelnek és felszínükön IL-2R jelenik meg (11, 22, 23, 27, 38). E receptorok — valószínűleg regulációs folyamatok következtében — a sejtek felszínéről leválnak és a szervezetben systemásan is megjelennek (32, 33).

Feltételeztük, hogy a serum sIL-2R mérésével követni tudjuk a sarcoidosisban meghatározó szerepet játszó T-lymphocyták aktivitási állapotát és ezáltal egy, a klinikai gyakorlatban is felhasználható, a betegség gyulladásos aktivitását tükröző serumparaméterhez jutunk. Munkahypotesisünk ellenőrzése céljából megvizsgáltuk 28 különböző klinikai lefolyású sarcoidosisos beteg serum sIL-2R és SACE értékeit és az eredményeket párhuzamba állítottuk a megbetegedés klinikai aktivitásával.

Beteganyag és módszerek

28 szövettanilag igazolt sarcoidosisos beteg; 16 férfi és 12 nő szerepelt a vizsgálatban. A betegek átlagéletkora 44 ± 10 év volt. A betegeket átlagosan $10,2 \pm 5,2$ hónapon keresztül követtük és a következő paramétereket regisztráltuk: klinikai állapot (köhögés, nehézlégzés, ízületi fájdalom, a bőr érintettsége stb.), a mellkasröntgen kép progressiója vagy regressiója, a légzésfunkció változása, valamint a serum sIL-2R és SACE értékei. A fenti tünetek és panaszok megléte, illetve hiánya, valamint a röntgen kép és a légzésfunkció adatok változása alapján a betegeket 4 csoportba osztottuk; terápia előtt klinikailag aktív; terápia közben klinikailag aktív; terápia közben klinikailag inaktív; terápia után klinikailag inaktív. (Egy-egy eset megfigyelése során több csoportban is szerepelhet, mindenkor azonban csak egy alkalommal.)

A corticosteroid kezelés során a betegek $0,6$ mg/kg prednisonolt kaptak 4–6 héten keresztül. A prednison adagját ezután fokozatosan $0,3$ mg/kg-ra csökkentettük. A kezeléseket átlagosan $7,2 \pm 3,9$ hónapon keresztül folytattuk. Egyéb gyulladáscsökkentő kezelést nem alkalmaztunk.

A SACE-t photometriás módszerrel *Kashahara* (15) szerint mértük „ACE Color Test” (Fujirebio Inc., Tokió/Japán) segítségével. A normál tartomány felső határa $21,5$ mU/ml volt.

A serum sIL-2R meghatározásokat „sandwich” enzyme immuno-assay-vel (Cellfree Interleukin-2 Receptor Test Kit, T Cell Sciences, Cambridge, MA, USA) végeztük. A substrat hozzáadás után a torma peroxidase-val jelölt monoclonális ellenanyagok kötődését 490 nm-en ELISA Reader-rel (Typ: 2550, Bio-Rad, Richmond VA, USA) mértük. A normál serum sIL-2R szint felső határértéke 477 U/ml (közéérték ± 2 SD, a kit előállítójának adatai szerint, mely 174 egészséges kontroll egyén adatain alapszik).

A statisztikai számításokat student t-teszt segítségével végeztük. Az eredményeket átlag \pm SEM formájában tüntettük fel.

Eredmények

A terápia előtt 17 klinikailag aktív sarcoidosisos betegnél $20/24$ alkalommal mértünk kórosan magas serum sIL-2R értékeket: 918 ± 362 U/ml-t. Ugyanezen csoportban a SACE szint csak alig haladta meg a normál tartomány felső határát (22 ± 9 mU/ml). E csoportban azonban csak $12/24$ betegnél sikerült kóros SACE értékeket mérnünk.

Corticosteroid kezelés alatt 17 betegnél 29 alkalommal végeztünk méréseket. E csoportban is kórosan emelkedett serum sIL-2R értékeket észleltünk: 808 ± 409 U/ml-t. Az

előző terápia nélküli csoporthoz viszonyítva csekély mértékű csökkenés figyelhető meg, a különbség azonban statisztikailag nem volt significans ($p > 0,1$). $3/29$ SACE értéket találtunk csak a kóros tartományban, az átlag 15 ± 7 mU/ml volt.

Hatásos corticosteroid kezelés alatt 17 klinikailag inaktív beteg esetén 28 alkalommal végeztünk méréseket. Mind a serum sIL-2R-, mind pedig a SACE értékek a normál tartományban helyezkedtek el (401 ± 140 U/ml, illetve 13 ± 4 mU/ml). Mindkét érték az aktív kezeletlen csoport adataihoz viszonyítva significans csökkenést mutatott (1. táblázat).

1. táblázat: Sarcoidosisos betegek serum sIL-2R és SACE szintje terápia előtt, alatt és után

	sIL-2R U/ml	SACE mU/ml
Terápia előtt klinikailag aktív	918 ± 362 (20/24)+	22 ± 9 (12/24)
Terápia közben klinikailag aktív	808 ± 409 (23/29)	15 ± 7 (3/29)
Terápia közben klinikailag inaktív	$401 \pm 140^*$ (3/28)	$13 \pm 4^{**}$ (1/28)
Terápia után klinikailag inaktív	$453 \pm 274^*$ (6/21)	20 ± 7 (5/21)

+ pozitív esetszám/összes vizsgálatok száma

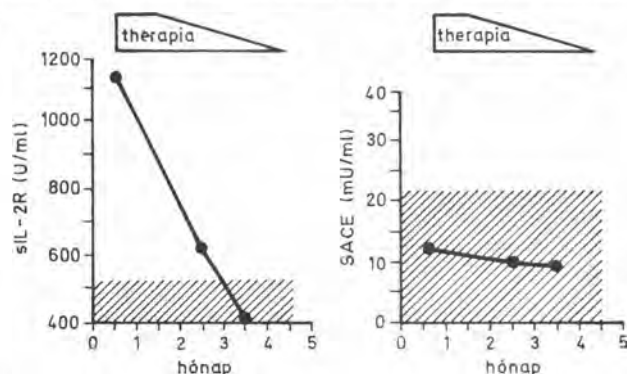
* $p < 0,005$ (az aktív csoportokhoz viszonyítva)

** $p < 0,05$ (a terápia nélküli aktív csoportokhoz viszonyítva)

Az eredményes kezelés befejezése után a vizsgált paraméterek normál értékeket mutattak (serum sIL-2R: 453 ± 274 U/ml, illetve a SACE: 20 ± 7 mU/ml). A klinikailag aktív csoporthoz viszonyítva a serum sIL-2R significans csökkenést mutatott, míg a SACE értékek változásai nem voltak statisztikailag értékelhetők. A fenti eredményeket az 1. táblázaton foglaltuk össze.

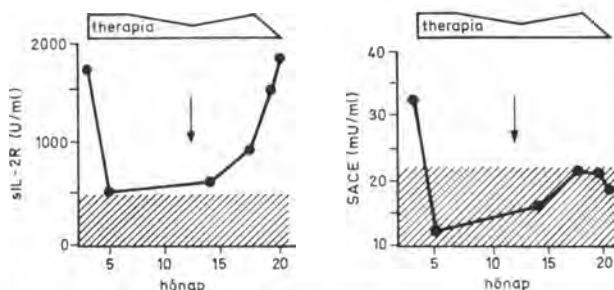
Vizsgálataink szerint a serum sIL-2R a sarcoidosisos megbetegedés aktivitását sensitivebben követte, mint a SACE (83%, illetve 50%). Mindkét paraméter specificitása alacsony (28%, illetve 24%) volt.

Az 1. ábrán eredményes kezelés során a serum sIL-2R és ACE görbék lefutását mutatjuk be egy típusos esetben.



1. ábra: A serum sIL-2R- és a SACE értékek változása egy klinikailag aktív sarcoidosisos betegnél hatásos corticosteroid kezelés (3 hónapon keresztül $0,6$ mg/kg p. o. prednisonon) során. A kezdeti kórosan magas sIL-2R érték — a klinikai javulással párhuzamosan — a normál tartományba (pontozott terület) kerül, míg a SACE szint a kezelés előtt és alatt is normál értékeket mutat.

6 betegnél figyeltünk meg recidívát. A panaszok megjelenését (nehézlégzés 4/6 esetben, köhögés 3/6 esetben, a radiológiai kép progressiója 6/6 esetben lépett fel) a serum sIL-2R értékek kifejezett emelkedése követte; mely átlagosan $1021 \pm 14,9$ U/ml volt. A SACE értékek hasonló változását nem észleltük ($19,1 \pm 9,4$ mU/ml). Egy típusos recidíva alatti serum sIL-2R és ACE görbe lefutását a 2. ábrán mutatjuk be.



2. ábra: A sIL-2R- és a SACE értékek változása recidíváló sarcoidosis esetén. Mind a kezdeti klinikai javulást, mind pedig a recidívát a sIL-2R szint érzékenyen követi, a SACE azonban a recidíva alatt is a normál tartományban helyezkedik el. A nyíl a recidíva tüneteinek megjelenési idejét jelöli.

Megbeszélés

A sarcoidosis immunopathogenesisének ismeretében feltételezhető, hogy a T-sejt aktivitás mértéke arányos a gyulladásos aktivitással. Vizsgálataink szerint a serum sIL-2R szint érzékenyen követte sarcoidosisban a gyulladásos folyamatokat. A SACE szinttel összehasonlítva a serum sIL-2R szint hasonló specificitással, ugyanakkor lényegesen nagyobb sensitivitással tükrözte sarcoidosisban a klinikai aktivitás mértékét.

A sarcoidosis jelenleg elfogadott immunpathogenetikai elmélete szerint az aktivált T-sejtek és AM-k a gyulladásos folyamatok fenntartásában központi szerepet játszanak (6, 7, 8, 12, 13, 26, 29, 37, 41).

Az aktivált T-lymphocyták IL-2-t termelnek és a sejtek felszínén IL-2R-k jelennek meg. Mindkét jelenség sarcoidosisban is megfigyelhető a BAL lymphocytákon (12, 22, 23, 38). Amikor az IL-2 a receptorokhoz kötődik, a lymphocyták proliferációja figyelhető meg és kialakul a sarcoidosisban jellegzetes lymphocytá alveolitis (10, 26, 27). A BAL lymphocyták IL-2 termelése felhasználható a sarcoidosis klinikai aktivitásának megítélésére. Az IL-2 méréséhez azonban sejtenyészet és rendkívül munkaigényes bioassay szükséges, mivel az IL-2 biológiai felezési ideje rövid (18, 22). Az in vitro aktivált lymphocyták képesek IL-2R-t termelni (24, 25, 28, 32, 35). Amennyiben ez a jelenség in vivo is lejátszódik, úgy emelkedett sIL-2R értékeket lehet találni T-sejt aktivitással járó megbetegedések esetén. Lawrence és mtsai (16) sarcoidosisban tanulmányozták a sIL-2R értékek változását a serumban és a BAL folyadékban. Klinikailag aktív betegeknek mindkét vizsgált anyagban emelkedett sIL-2R értékeket találtak.

Más kórképek esetén is hasonló megfigyelésekről számoltak be; így pl. lepránál (42), malignus lymphomáknál

(20, 34), vesetransplantációt követő graft versus host reakciónál (3), valamint HIV-fertőzésnél (9). Ezen kórképek aktív szakaszában — az egészséges kontroll egyénekhez, illetve a megbetegedések inaktív szakaszaihoz viszonyítva — a serum sIL-2R értékek kifejezett emelkedést mutattak. Ezen adatok alapján sIL-2R értékek egy nem-specifikus gyulladásos paraméternek felelnek meg, melyek azonban specifikusan tükrözik a gyulladásos folyamatokban részt vevő T-lymphocyták aktivitását.

Sarcoidosisban a klinikai aktivitás mértéke az érintett szervekben a T-lymphocyták aktivitásához kötött (7, 14, 22, 23, 29, 37, 38). Miután a sIL-2R a T-lymphocyták terméke (16, 32), hosszú felezési ideje van (33) és a szervezetben systemásan is megjelenik (34), feltételezhető, hogy a sarcoidosis gyulladásos aktivitását érzékenyen követi. Ugyanakkor magas specificitás nemigen várható el, hiszen minden olyan folyamat, amely a T-sejtek aktivitásához kötött, befolyásolja a sIL-2R szintet is.

A SACE értékekhez viszonyítva — melyek elsősorban a szervezetben található sarcoidosisos granulomák tömegével arányosak (1, 2, 17, 40) — a serum sIL-2R értékek a megbetegedés klinikai aktivitását, valamint a recidívák bekövetkezését is érzékenyebben jelzik. A T-sejt aktivitás és a granuloma képződés közötti kapcsolat azonban nem pontosan tisztázott, így magunk mindkét paraméter párhuzamos követését javasoljuk a klinikai gyakorlatban.

Eredményeink szerint a serum sIL-2R értékek és a sarcoidosis klinikai lefolyása között értékelhető összefüggés mutatható ki. A serum sIL-2R szint tanulmányozása a klinikai alkalmazhatóság mellett hozzájárul a sarcoidosis immunopathogenesisének pontosabb megismeréséhez is.

(A fenti munka a DMW 114, 1989, 744–749 számában megjelent dolgozat módosított változata.)

IRODALOM: 1. Baugham, R. P., Fernandez, M., Bosken, C. H. et al.: Comparison of gallium-67 scanning, bronchoalveolar lavage and serum angiotensin converting enzyme levels in pulmonary sarcoidosis: predicting response to therapy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984, 129, 676. — 2. Cohen, R. D., Bunting, P. S., Meindok, H. O. et al.: Does serum angiotensin converting enzyme reflect intensity of alveolitis in sarcoidosis? *Thorax*, 1985, 40, 497. — 3. Colvin, R. B., Fuller, T. C., Mackeen, L. et al.: Plasma interleukin-2 receptor levels in renal allograft recipients. *Clin. Immunol. Immunopathol.* 1987, 43, 273. — 4. Costabel, U., Bross, K. J., Matthys, H.: Pulmonary sarcoidosis. Assessment of disease activity by lung lymphocytes populations. *Klin. Wschr.*, 1983, 61, 349. — 5. Costabel, U., Bross, K. J., Rühle, K. H. et al.: Ia-like antigens on T-cells and their subpopulations in pulmonary sarcoidosis and in hypersensitivity pneumonitis. Analysis of bronchoalveolar and blood lymphocytes. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1985, 131, 337. — 6. Crystal, R. G., Hunninghake, G. W., Gadek, B. A. et al.: The pathogenesis of sarcoidosis. Eds: Chrétien, J. J., Marsac, J. C., Saltiel, J. In: *Proceedings of the International Conference on Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders*. Pergamon Press, Paris, 1983, 13. — 7. Crystal, R. G., Bitterman, P. B., Rennard, S. I. et al.: Interstitial lung diseases of unknown cause (first of two parts). *N. Engl. J. Med.*, 1984, 310, 154. — 8. Crystal, R. G., Bitterman, P. B., Rennard, S. I. et al.: Interstitial lung diseases of unknown cause (second of two parts). *N. Engl. J. Med.* 1984, 310, 235. — 9. Durno, A. G., Ho, D. D., Schooley, R. T. et al.: Serum interleukin-2 receptor (IL-2R) levels in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Blood* 1986, 68, (Suppl. 1), 124A. — 10. Gillis, S.: Interleukin-2: biology and biochemistry. *J. Clin. Immunol.*, 1983, 3, 1. — 11.

- Greene, W. C.: Sarcoidosis and interleukin-2 receptors. *Editorial. Am. Rev. Respir. Dis.*, 1988, 3, 1. — 12. Hancock, W. W., Kobzik, L., Colby, A. J. et al.: Detection of lymphokines and lymphokine receptors in pulmonary sarcoidosis. *Am. J. Pathol.*, 1986, 123, 1. — 13. Hunninghake, G. W., Bedell, G. N., Zavala, D. C. et al.: Role of interleukin-2 release by lung T-cells in active pulmonary sarcoidosis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1983, 128, 634. — 14. Hunninghake, G. W., Crystal, R. G.: Pulmonary sarcoidosis. A disorder mediated by excess helper T-lymphocytes activity at sites of disease activity. *N. Engl. J. Med.*, 1981, 305, 429. — 15. Kashahara, Y., Ashihara, Y.: Colorimetry of angiotensin-I converting enzyme activity in serum. *Clin. Chemistry*, 1981, 27, 1922. — 16. Lawrence, E. C., Brousseau, K. P., Berger, M. B. et al.: Elevated concentration of soluble interleukin-2 receptors in serum samples and bronchoalveolar fluids in active sarcoidosis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1988, 137, 759. — 17. Lieberman, J., Nosal, A., Scleissner, L. A. et al.: Serum angiotensin converting enzyme for diagnosis and therapeutic evaluation in sarcoidosis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1979, 120, 329. — 18. Lotze, M. T., Frana, L. W., Sharrow, S. O. et al.: In vivo administration of purified human interleukin 2. I. Half-life and immunologic effects of the Jurkat cell line derived interleukin 2. *J. Immunol.*, 1985, 134, 157. — 19. Lin, Y. H., Haslam, P. L., Turner-Warwick, M.: Chronic pulmonary sarcoidosis: relationship between lung lavage cell counts, chest radiograph and results of standard lung function tests. *Thorax*, 1985, 40, 501. — 20. Mackeen, L., Brown, M., Ip, S. H. et al.: Serum interleukin 2 receptor as a marker for active T cell malignancies. *Fed. Proc.* 1986, 45, 454. — 21. Mitchell, D. N., Scadding, J. N.: Sarcoidosis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1974, 110, 774. — 22. Müller-Quernheim, J.: Kompartimentalisierte T-Zellaktivierung bei der aktiven Sarkoidose. *Prax. Klin. Pneumol.*, 1987, 41, 118. — 23. Müller-Quernheim, J., Krönke, M., Schykowski, M. et al.: Normal expression of interleukin-2 receptor expression (IL-2R) gene in patients with pulmonary sarcoidosis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1988, 137, 343A. — 24. Nelson, D. L., Rubin, L. A., Kurman, C. C. et al.: An analysis of cellular requirements for the production of soluble interleukin-2 receptors in vitro. *J. Clin. Immunol.*, 1986, 6, 114. — 25. Nelson, D. L., Kurman, C. C., Fritz, M. E. et al.: The production of soluble and cellular interleukin-2 receptors by cord blood mononuclear cells following in vitro activation. *Ped. Res.*, 1986, 20, 136. — 26. Pinkston, P., Bitterman, P. B., Crystal, R. G.: Spontaneous release of interleukin-2 by lung T-lymphocytes in active pulmonary sarcoidosis. *N. Engl. J. Med.*, 1983, 308, 793. — 27. Pinkston, P. C., Saltini, C., Müller-Quernheim, J. et al.: Corticoid therapy suppresses spontaneous interleukin 2 release and spontaneous proliferation of lung T lymphocytes of patients with active pulmonary sarcoidosis. *J. Immunol.*, 1987, 139, 755. — 28. Reske-Kunz, A. B., Osawa, H., Josimovic-Alasevic, O. et al.: Soluble interleukin-2 receptors are released by long-term cultured insulin-specific T cells transiently after contact with antigen. *J. Immunol.*, 1987, 138, 192. — 29. Robinson, B. W. S., McLe-more, T. L., Crystal, R. G.: Gamma-interferon is spontaneously released by alveolar macrophages and lung T lymphocytes in patients with pulmonary sarcoidosis. *J. Clin. Invest.*, 1985, 75, 1488. — 30. Rossman, M. D., Dauber, J. H., Cardillo, M. E. et al.: Pulmonary sarcoidosis: correlation of serum angiotensin converting enzyme with blood and bronchoalveolar lymphocytes. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1982, 125, 366. — 31. Rubin, L. A., Kurman, C. C., Biddison, W. E. et al.: A monoclonal antibody 7G7/B6, that binds to human interleukin 2 receptors at an epitope distinct from that recognised by IL-2 or anti-Tac. *Hybridoma*, 1985, 4, 91. — 32. Rubin, L. A., Kurman, C. C., Fritz M. E. et al.: Soluble interleukin 2 receptors are released from activated human lymphoid cells. *J. Immunol.* 1985, 135, 3172. — 33. Rubin L. A., Kurman, C. C., Fritz, M. E. et al.: Identification and characterization of released form of interleukin-2 receptor. *In: The role of leukocytes in host defense. Ed: Oppenheim, J. J. Alan R. Liss, New York*, 1986, 95. — 34. Rubin, L. A., Kurman, C. C., Fritz, M. E. et al.: Serum levels of soluble interleukin 2 receptor are elevated in patients with certain lymphoreticular malignancies. *Clin. Res.* 1985, 33, 457A. — 35. Rubin, L. A., Kurman, C. C., Fritz, M. E. et al.: Serum levels of soluble interleukin 2 receptor binds interleukin 2 efficiently. *J. Immunol.*, 1986, 137, 3841. — 36. Rust, M., Bergman, L., Kühn, T. et al.: Prognostic value of chest radiograph, serum angiotensin converting enzyme and T helper cell count in blood and bronchoalveolar lavage of patients with pulmonary sarcoidosis. *Respiration*, 1985, 48, 231. — 37. Saltini, C., Spurzem, J. R., Lee, J. J. et al.: Spontaneous release of interleukin-2 by lung T-lymphocytes in active pulmonary sarcoidosis is primarily from Leu3+ DR+ T-cell subset. *J. Clin. Invest.*, 1986, 77, 1962. — 38. Semenzato, G., Agostini, C., Trentin, L. et al.: Evidence of cells bearing interleukin-2 receptor at the sites of disease activity in sarcoid patients. *Clin. Exp. Immunol.* 1984, 57, 331. — 39. Semenzato, G., Chilosi, M., Ossi, E. et al.: Bronchoalveolar lavage and lung histology; comparative analysis of inflammatory and immunocompetent cells in patients with sarcoidosis and hypersensitivity pneumonitis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1985, 132, 400. — 40. Sharma, O. P.: Markers of sarcoidosis activity. *Chest*, 1986, 90, 471. — 41. Thomas, P. D., Hunninghake, G. W.: Current concepts of pathogenesis of sarcoidosis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1987, 135, 747. — 42. Tung, K. S. K., Umland, E., Matzner, P. et al.: Soluble interleukin-2 receptor levels in leprosy patients. *Clin. Exp. Immunol.*, 1987, 68, 10.

(Strausz János dr., Budapest, Pf.: 1. 1529)

KÓRHÁZAK, KÖRZETI és MAGÁNORVOSI RENDELŐK MŰSZEREZÉSÉHEZ

közvetlen japán gyártóktól kapott ajánlatok alapján, rendkívül előnyös feltételek mellett vállaljuk különféle orvosi műszerek beszerzését.

Jelenlegi ajánlatunk:

- Ultrahang Doppler véráramlásmérők
- Szemfenéktűkrök
- Spiroanalizátorok
- Asztali sterilizátorok
- Fogászati kezelőegységek

INTERCOOPERATION RT.

(Member of Getz Corporation USA)

Műszer és Orvostechnikai Osztály

Budapest VIII. Gyulai Pál u. 13.

Tel. + Fax.: 138-3371/Nyirjesy Gyula mérnök-üzletkötő

A HADECO ES—100X Mini Doppler típusú ultrahangos

véráramlásmérő készülék magyarországi kizárólagos forgalmazója:

INTERCOOPERATION RT.

Magyarországi szervezete:

SAMORDIN KFT. Budapest VI., Teréz krt. 40. ☎ 111-9467

A nyaki gerinc röntgen tüneteinek elemzése rheumatoid arthritisen

Bartha Attila dr. és Adorján Anna dr.

„Jósa András” Kórház, Nyíregyháza, Reumatológiai Osztály (főorvos: Varjú Tibor dr.)
Radiológiai Osztály (főorvos: Tóth Erzsébet dr.)

Kórházunk reumatológiai ambulanciáján, válogatás nélkül 100 biztos vagy klasszikus rheumatoid arthritisen szenvedő beteg nyaki gerincét vizsgáltuk meg hagyományos röntgen technikával. A röntgen tünetek és a beteg, illetve a betegség néhány paramétere közötti viszonyt regresszió analízis segítségével elemeztük. Rheumatoid faktor jelenléte és a beteg bázisterápiás kezelése a röntgen elváltozásokat nem befolyásolta. A degeneratív röntgen tünetek a RA funkcionális stádiumaival és a nyaki panaszok időtartamával lineáris, a betegség tartammal és a beteg korával exponenciális összefüggést mutattak. Az osteoporosis minden vizsgált paraméterrel lineáris, a gyulladási röntgen tünetek a funkcionális stádiummal és a nyaki panaszok időtartamával exponenciális, a betegség tartammal és a beteg korával lineáris korrelációban voltak. Steroiddal soha nem kezelt beteg röntgen elváltozásai súlyosabbak, mint a rövid ideig steroiddal kezelték, de enyhébbek, mint a hosszabb ideje (több mint 10 éve) steroidot szedőké.

Kulcsszavak: rheumatoid arthritis, nyaki gerinc

A nyaki gerinc megbetegedése RA-ban Garrod 1890-es közlése (5), az AAD pedig 1911 óta ismert (3). Nagyszámú beteg követése során nyert tapasztalat, hogy súlyos perifériás ízületi laesio esetén gyakoribb a cervicocranialis átmenet megbetegedése. Noha AAD a betegség lefolyása során bármikor kialakulhat, 10 évnél hosszabb betegség tartam után előfordulása emelkedik (6, 10, 11). A nyaki gerinccel kompressziója miatt súlyos neurológiai tünetek alakulhatnak ki, az AAD az RA komoly szövődménye. Az RA azonban megbetegítheti a nyaki gerinc többi ízületét, szalagját is (8).

Veszélyeket rejtő, gyakori és nehezen kezelhető szövődmény lehet az OP is (15).

Rövidítések: RA = rheumatoid arthritis; RF = rheumatoid faktor, OP = osteoporosis, AAD = atlantoaxialis dislocatio

An analysis of radiographic changes of the cervical spine in rheumatoid arthritis. At the outpatient department of rheumatology 100 patients having definitive or classic rheumatoid arthritis (RA) were examined and their cervical spine was radiographed with traditional X-ray technique. Correlation between roentgen signs and some parameters of the patient and of the disease was processed by regression analysis. The presence of the rheumatoid factor and second line drug therapy did not influence radiographic changes. Degenerative roentgen signs showed a linear correlation with the RA functional capacity and the duration of cervical complaints, and an exponential correlation with the duration of disease and the age of the patient. There was a linear correlation between osteoporosis and all the parameters examined. Inflammatory radiographic changes showed an exponential correlation with functional capacity and duration of cervical complaints, and a linear correlation with the duration of illness and the age of the patient. Symptoms of patients never treated with steroids was more severe than of those receiving short steroid therapy, but less serious than of those who had taken steroids for a long time (for longer than 10 years).

Key words: rheumatoid arthritis, cervical spine

Ezen kívül gyakran okoz panaszt és röntgen tüneteket a nyaki gerinc degeneratív megbetegedése is.

Munkánk célja RA-ban szenvedő betegek nyaki gerincén észlelhető röntgen tünetek és néhány klinikai paraméter összefüggésének elemzése.

Beteganyag és módszerek

A „Jósa András” Kórház reumatológiai ambulanciáján egy hónap alatt megjelent, válogatás nélküli 100 biztos, illetve klasszikus RA-ban szenvedő beteget vizsgáltunk meg. Betegeink átlagéletkora $53,46 \pm 11,28$ év, átlagos betegség tartam $9,84 \pm 3,19$ év. 33 betegünknek nem volt nyaki panasza, 67 beteg átlag $5,89 \pm 2,24$ éve panaszkodott nyaki fájdalomról. 17 beteg soha nem szedett steroidot, a többiek átlag $6,38 \pm 2,45$ éve szedik. 18 férfi betegünk volt. 16 beteg szeronegatív volt. A funkcionális stádiumok Steinbrocker szerinti (18) megoszlása: I. stádium 21 beteg, II. 37, III. 35, IV. 7.

A nyaki gerinc mozgástartományának mérése izületi szögmérőkészülékkel (Mobimet, gyártó: Medacor, Budapest) történt.

Hagyományos röntgen technikával felvételeket készítettünk minden beteg nyaki gerincéről (antero-posterior, oldalirányú maximális anteflexióban, illetve retroflexióban és középpállásban, célzott a cervicocranialis átmenetről, szükség esetén rétegfelvételek). 1–1 ponttal értékeltük a degeneratív tünetek közül a spondylophytosist, az V., illetve attól disztálisabb intervertebrális rés szűkületét, a fiziológias görbület megváltozását, a kisízületi arthrosist, a gyulladásos tünetek közül a kisízületi erosiót és sclerosist, a csigolyák zárólemezeinek erosióját és sclerosist, a subluxatiót (függetlenül annak típusától). Elülső AAD-t akkor véleményeztünk, ha az atlas elülső ívének hátsó felszíne és a dens elülső felszíne közötti legkisebb távolság 2,5 mm vagy több, vertikálisat, ha a dens csúcsa legalább 4,5 mm-rel meghaladja a McGregor-vonalat, subaxialisat, ha a szomszédos csigolyák egymáson legalább 1 mm-t elcsúsztak. A nyaki gerincre kidolgozott porosis indexet nem találtunk (21), így az erre vonatkozó értékelést az alábbiak szerint végeztük: a felvételek ipari filmre, alacsony kV és magas mAs értékekkel készültek. Ha rendelkezésre állt, összehasonlítottuk a korábbi felvételekkel. Vizsgáltuk a vízszintes kisegítő csontgerendázat megkevesbedését, a zárólemezek denzitásának relatív növekedését, a csigolyatestek vertikális és szagittális átmérőjének megváltozását (a vertikális kárára), a párhuzamos határolókontúrok megváltozását, a konkavitási tendenciát (7, 17), a csigolyák denzitását szubjektíve ítéltük meg. Az OP meglétét egy ponttal értékeltük.

A matematikai analízishez kiindulási alapunk az alapadatok fölvétele után a relatív pontértékek meghatározása volt. Az alapont értékeket egy betegre vetítettük, ezek szolgálták a számításokhoz és az ábrázolásokhoz az adatokat. Az elemzések esetszáma mindig a betegszám vagy annak azon része, amelyre az elemzés vonatkozhat (szabadsági fok: n vagy n-1). Az első lépésben a relatív pontértékek adataival elvégeztük a teljes körű elemzést, majd az ábrázoláshoz, a szemléletesség érdekében, a mozgástartományokat és időtartamokat csoportosítottuk (5 év, 10 fok). Célunk nem regressziós görbe, regressziós koeficiens meghatározása volt, hanem a kapcsolat létének és milyenségének eldöntése (lineáris, exponenciális, hatvány, logaritmus). Nem volt célunk determinisztikus paraméterek meghatározása, hanem orvosi tevékenységünk, illetve diagnosztikánk eredményeiben a kapcsolat jellegének feltárásához a matematikai statisztika módszerét használtuk. Az elemzések háttérét a LOTUS (Lotus user guide, Lotus development corporation, USA, 1989) és a STATGRAF (Statgraphics V. 4. 0. handlinge book, Statgraphics corporation, USA, 1989) számítógépes programok biztosították. A felhasznált matematikai statisztikai módszerek: kétmintás t-próba, regresszió-, korrelációanalízis, függvényillesztés.

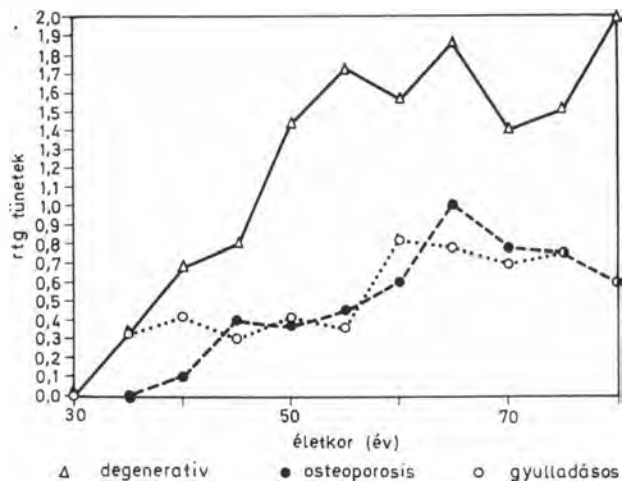
Eredmények

A degeneratív röntgen tünetek az életkorral exponenciálisan, a gyulladásos és a porosis lineárisan változtak (1. ábra).

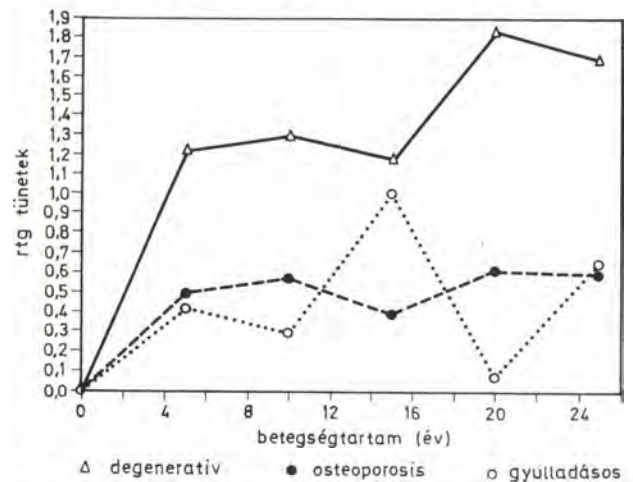
A degeneratív röntgen tünetek a betegségstartammal exponenciális, a porosisos tünetek lineáris összefüggést mutattak (2. ábra). A gyulladásos tünetek egyértelmű összefüggést nem mutattak, ennek oka lehet, hogy hosszú ideje (több mint 20 éve) RA-ban szenvedő beteg viszonylag kevés volt anyagunkban, s így nagy a szórás kis esetszám mellett.

A nyaki panaszok időtartamával a gyulladásos tünetek exponenciális, a degeneratív jelek és az OP lineáris összefüggést mutattak (3. ábra).

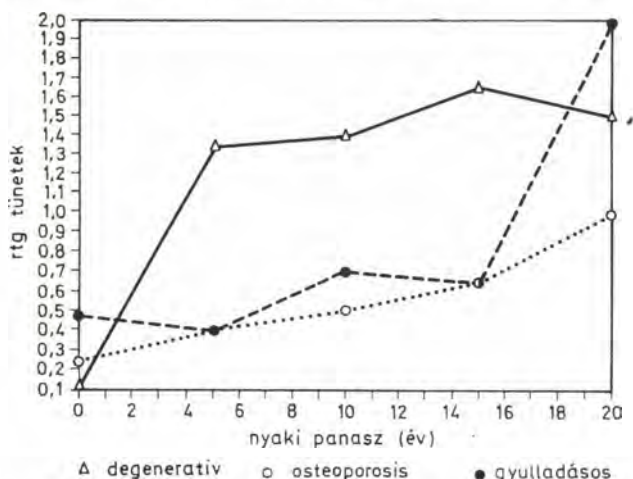
A betegség Steinbrocker-féle funkcionális stádiumai és a gyulladásos röntgen tünetek exponenciális, a degeneratív jelek és az OP lineáris összefüggést mutattak (4. ábra).



1. ábra: Az életkor és a röntgen tünetek összefüggése



2. ábra: A betegségstartam és a röntgen tünetek összefüggése

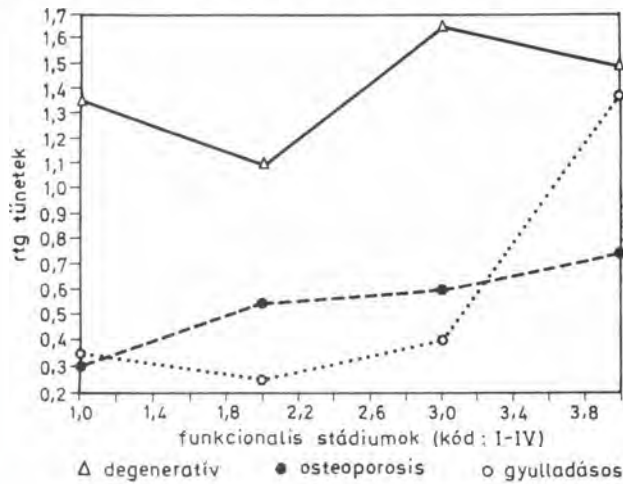


3. ábra: A nyaki panaszok időtartama és a röntgen tünetek közötti összefüggés

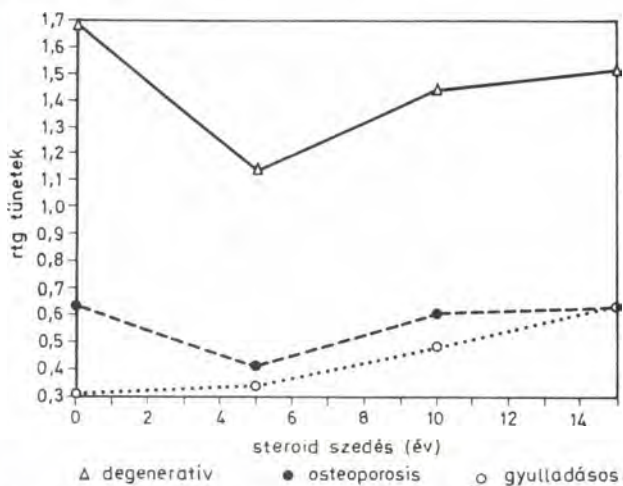
Steroiddal soha nem kezelt betegek degeneratív röntgen tünetei és OP-a súlyosabbak, mint a rövid ideig steroidot szedőké, de enyhébbek, mint a hosszú ideje (több mint

10 éve) steroiddal kezelteké. Olyan betegek, akik kevesebb mint 5 évig kaptak steroidot, kevés gyulladássos röntgen tünetet mutattak, 5 év szedés után a gyulladássos tünetek lineárisan emelkedtek (5. ábra).

Gyulladássos röntgen tünetek nők esetében szignifikánsan gyakrabban fordultak elő, mint férfiakon (6. ábra).



4. ábra: A funkcionális stádiumok és a röntgen tünetek közötti összefüggés

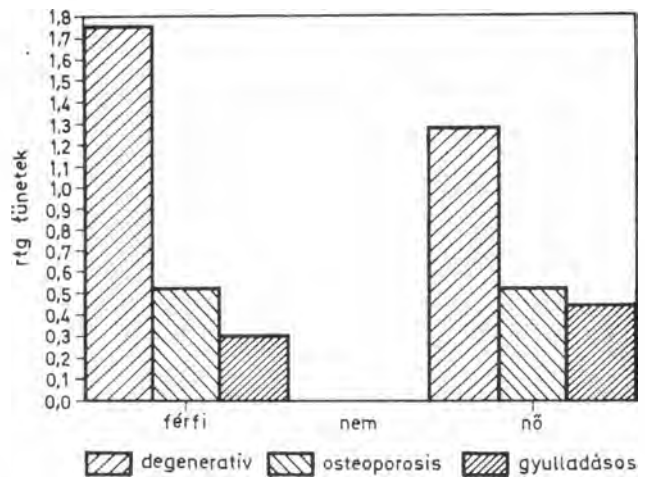


5. ábra: A steroid szedés és a röntgen tünetek közötti összefüggés

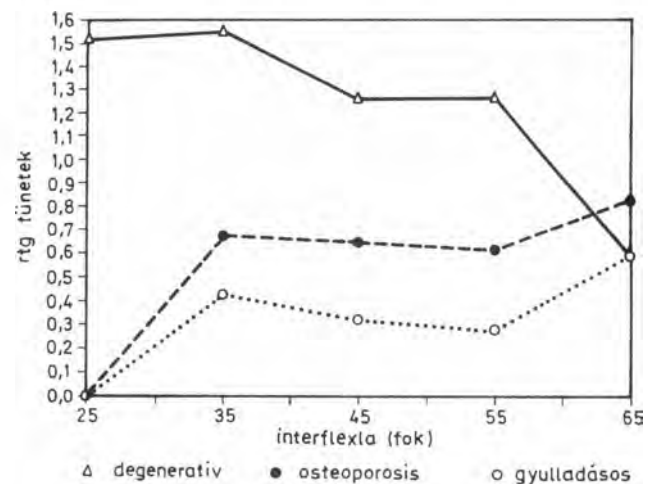
Az, hogy a beteg bázisterápiában részesült-e vagy sem, egyetlen vizsgált röntgen paramétert sem befolyásolt szignifikánsan.

A RF jelenléte, illetve hiánya a röntgen tüneteket nem befolyásolta.

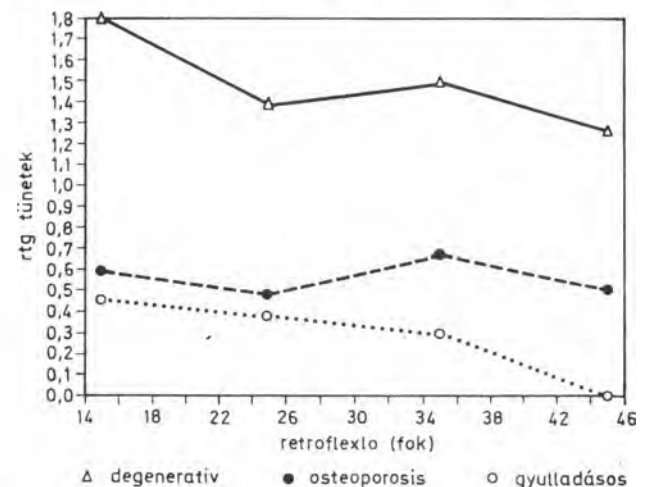
Beszűkült antelexió mozgás esetén sok degeneratív röntgen tünet észlelhető, a mozgás javulásával ezek száma exponenciálisan csökken, a gyulladássos tünetek ugyanakkor kismértékben növekednek (7. ábra). A retroflexiót a degeneratív tünetek csak kismértékben befolyásolják, szabadabbá válásával a gyulladássos tünetek száma lineárisan csökken (8. ábra). A kétoldali lateroflexiót, illetve rotációt együtt értékeltük. Az olalra hajlás javulásával mindegyik röntgen tünet lineárisan csökkent (9. ábra). A rotáció szabadabbá válásával a gyulladássos tünetek exponenciálisan, a többiek lineárisan csökkentek (10. ábra).



6. ábra: Összefüggés a betegek neme és a röntgen tünetek között



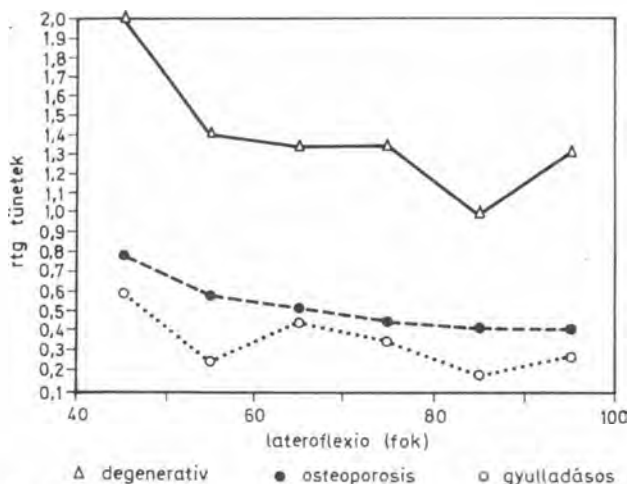
7. ábra: Az antelexió és a röntgen tünetek összefüggése



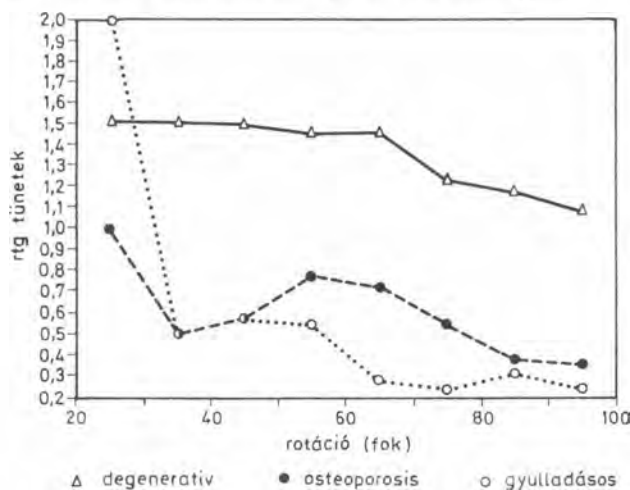
8. ábra: A retroflexió és a röntgen tünetek összefüggése

Megbeszélés

A degeneratív röntgen tünetek exponenciális emelkedését az életkorral és a betegségtartammal részben mindennapi



9. ábra: A lateroflexió és a röntgen tünetek összefüggése



10. ábra: A rotáció és a röntgen tünetek összefüggése

tapasztalatunkkal magyarázhatjuk (idősebb korban gyakoribb a gerinc degeneratív megbetegedése), másrészt a gyulladás is másodlagosan, hosszabb idő eltelte után, degeneratív elváltozásokhoz vezet (21).

Vizsgálatunkkal megerősítettük azt a régebben ismert tényt, hogy a nyaki gerinc elváltozásai súlyosabb perifériás ízületi gyulladás és hosszabb betegség tartam esetén gyakoribbak (6, 10, 11, 12).

Az RA maga is okozhat OP-t. Az interleukin-1 az osteoclastok, chondrocyták, fibroblastok tevékenységét fokozza (1), bár a fokozott csontvesztésnek többféle oka is van (4). A steroidok többféle mechanizmussal is porosít okozhatnak, ugyanakkor a gyulladásos mediátorok termelését csökkentik (1). Az enyhébb esetekben nem adunk steroidot, itt a gyulladásos röntgen tünetek száma is kevés. 5 év steroid szedés után a gyulladásos tünetek gyakorisága emelkedik, de a hosszabb betegség tartam és súlyosabb lefolyás maga is hajlamosít a nyaki gerinc megbetegedésére. Huzamosabb steroid szedés esetén nem láttuk az OP gyakoriságának lényeges emelkedését, de a porosis súlyosságát nem vizsgáltuk, 12 évnél hosszabb ideje steroidot szedő pedig kevés volt anyagunkban. A steroid adagját is változtattuk a betegség lefolyása során, esetleg készítményt is váltottunk, de mindig szem előtt tartottuk, hogy

a beteg a lehető legkisebb hatásos adagot kapja. Kis dózisu (5 mg/nap alatti) steroid adagtól mások sem látták az OP fokozódását (14, 23).

100 betegünk közül 79 részesült bázissterápiában betegsége folyamán. A különböző szerek egyenkénti hatását a kis esetszám miatt nem tudtuk értékelni. A legtöbben, szám szerint 69-en aranyat kaptak. A bázissterápia nem befolyásolta a röntgen tüneteket, ezen szerek hosszú távú hatását megkérdőjelezzük (16). A súlyosabb eseteket részesítettük bázissterápiában, nyilván itt eleve súlyosabbak lehettek a tünetek is, ezért a bázissterápia progressziót csökkentő hatása nem zárható ki.

Anyagunkban is megközelítően 4:1 a nők és férfiak aránya. Nőknél a gyulladásos röntgen tünetek szignifikánsan gyakoribbak, eredményünk megegyezik az irodalommal (20, 22). Weismann gerincvelői kompresszióval járó AAD esetén szignifikáns férfi gyakoriságot észlelt (19). Betegeink között 7 anterior, 1 vertikális és 21 subaxialis subluxatiót észleltünk, neurológiai tünetek nélkül. Az AAD gyakorisága anyagunkban az eddigi észlelések alatt marad (24), de felmérésünk ambuláns betegeken történt, s viszonylag kevés volt a Steinbrocker IV. stádiumú beteg.

A RF pozitívitas nem járt súlyosabb röntgen tünetekkel, noha a korai és magas titerű RF pozitívitas esetén általában rosszabb a prognózis (9). AAD betegeink között csak RF pozitívakon alakult ki.

A nyaki gerinc mozgásai közül a rotáció és a retroflexió a gyulladásos tünetek csökkenésével szabadabbá vált, míg az anteflexió korlátozottabbá. A degeneratív tünetek csökkenésével párhuzamosan a nyaki gerinc mozgása minden irányban szabadabbá vált.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a nyaki gerinc elváltozásai a hosszabb betegség tartamú, súlyosabb funkcionális stádiumban lévő, régóta nyaki fájdalomról panaszkodó nők körében a gyakoribbak. Ilyen esetekben a nyaki gerinc rutin radiológiai vizsgálata javasolt.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők a számítógépes analízis elvégzéséért Nyilas Józsefnek, a röntgenfelvételek elkészítésében nyújtott segítségért Dobos Sándornának mondanak köszönetet.

IRODALOM: 1. Avioli, L. V.: Osteoporosis in rheumatoid arthritis. 1987, 30, 830. — 2. Collée, G., Breendveld, F. C., Algra, P. R.: Rheumatoid arthritis with vertical atlantoaxial subluxation complicated by hydrocephalus. Brit. J. Rheumatol. 1987, 26, 56. — 3. Ely, L. W.: Subluxation of the atlas. Report of two cases. Ann. Surg. 1911, 51, 20. In: Moncure, C., Williams, H. J.: Cervical spine management in patient with rheumatoid arthritis. Review of the literature. Physical Therapy. 1988, 68, 509. — 4. Fogelman, I.: Rheumatoid arthritis and osteoporosis. Br. J. Rheumatol. 1986, 25, 240. — 5. Garrod, A. B.: A treatise on rheumatism and rheumatoid arthritis. In: Bland, J. H.: Rheumatoid arthritis of the cervical spine. J. Rheumatol. 1974, 1, 319. — 6. Hildebrandt, G., Agnoli, A. L., Zierski, J.: Atlantoaxial dislocation in rheumatoid arthritis. Diagnostic and therapeutic aspects. Acta Neurochirurg. (Wien), 1987, 84, 110. — 7. Holló, I.: Anyagcsere-csontbetegségek a felnőttkorban. Medicina Kiadó, Budapest, 1986, 51–52. — 8. Kontinen, Y. T. és mtsai: Inflammatory involvement of the cervical spine ligaments in patients with rheumatoid arthritis and atlantoaxial subluxation. J. Rheumatol. 1987, 14, 531. — 9. Krahe, Th., Harder, Th.: Verlaufskontrolle der chronischen Polyarthrit im Röntgenbild. Fortschr.

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 óvatosan kell alkalmazni.

Fokozott óvatosság szükséges bradikardia, hipotónia, szívelégtelenség, valamint vese- és májkárosodás esetén. Parkinsonos betegek tremorja fokozódhat.



Ritalmex[®]



KAPSZULA

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

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

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

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

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

Kardiovaszkuláris panaszok: hipotónia, sinusbradycardia, pitvarfibrilláció és palpitáció.

A mexiletin kezelésre fellépő bradycardia 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) együttadásakor a dózis emelése szükséges,
- enzim indukciót fokozó szerek pl. phenobarbital, phenytoin) együttadásakor 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 — egyenként 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 egyenként 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



Röntgenstr., 1987, 141, 271. — 10. *Lipson, S. J.*: Rheumatoid arthritis in the cervical spine. Clin. Orthop., 1989, 239, 121. — 11. *Santavirta, S. és mtsai*: Occipital headache in rheumatoid facet joint arthritis. Lancet, 1986, II, 8508. — 12. *Santavirta, S. és mtsai*: Atlantoaxial facet joint arthritis in the rheumatoid cervical spine. A panoramic zonography study. J. Rheumatol., 1988, 15, 217. — 13. *Santavirta, S.*: Treatment of the cervical spine in rheumatoid arthritis. The Journal of Bone and Joint Surgery. 1988, 70-A, 658. — 14. *Sambrook, P. N. és mtsai*: Determinants of axial bone loss in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum., 1987, 30, 721. — 15. *Sambrook, P. N., Reeve, J.*: Bone disease in rheumatoid arthritis. Clin. Sci., 1988, 74, 225. — 16. *Scott, D. L. és mtsai*: Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis. Results after 20 years. Lancet, 1987, I, 1108. — 17. *Sing, M., Riggs, B. L., Beabont, J. W. et al.*: Trabecular-pattern index for evaluation in osteoporosis. Ann. Intern. Med., 1972, 77, 63. — 18. *Steinbrocker, V., Treager, C. H., Batterman, E. C.*: Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. Journal of the American Me-

dical Association. 1949, 140, 659. — 19. *Weismann, B. és mtsai*: Prognostic features of atlantoaxial subluxation in rheumatoid arthritis patients. Radiology. 1982, 144, 745. — 20. *Wessel, G., Marzoll, I., Abendroth, K.*: Röntgenmorphologische Befunde an der Halswirbelsäule Patienten mit Rheumatoid arthritis. 23. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gessellschaft für Rheumatologie. Achen, 1988, IX. 13–17. — 21. *Winfield, J. és mtsai*: A prospective study of the radiological changes in the cervical spine in rheumatoid early disease. Ann. Rheum. Dis. 1981, 40, 109. — 22. *Winfield, J. és mtsai*: Prospective study of the radiological changes in hands, feet and cervical spine in adult rheumatoid disease. Ann. Rheum. Dis. 1983, 42, 613. — 23. *Wittenborg, A., Nisksch, E., Degner, D.*: Generalisierte Osteoporose bei chronischer Polyarthrititis. Z. Rheumatol. 1989, Suppl. 1, 48, 44. — 24. *Yoshiyuki Morizono, Takashi Sakou, Hidefumi Kawaida*: Upper cervical involvement in rheumatoid arthritis. Spine, 1987, 12, 721.

(Bartha Attila dr. Nyiregyháza, Jósa András u. 15. 4400)

„Ne tégy soha semmit mással, amiért gyalázat érhet, még titokban sem, mert a szemérem önmagad előtt még inkább kötelez.”

Püthagorasz

A **Springer Verlag** Berlin Heidelberg
1992-ben induló új folyóirataiból:

PAIN DIGEST főszerkesztő: P. P. Raj, Atlanta, GA
helyettes: J. D. Haddox, Milwaukee, WI

Éves előfizetési díja postaköltséggel: 13 860,— Ft

Mintapéldány megtekinthető a Springer Szalonban
Budapest VII., Wesselényi u. 28.

MICRONETWORK

SYSTEMS (BUDAPEST) KFT.

MEDNET

Egészségügyi szakmai és gazdasági rendszer, UNIX/DOS

HA AZ ORVOS IS FONTOS!

Bp.1026 Endrődi Sándor u. 44/a Telefon:176-1658 Telefax:176-4371

BÉRES CSEPP® PLUSZ

LEÍRÁS. A Béres Csepp® Plusz szerves molekulákhoz koordinatív kötéssel kapcsolódó makro- és mikroelemeket tartalmazó készítmény (OGYI—125/1989). Magyarországon kívül jelenleg még Ausztriában, Belgiumban, Hollandiában, Izraelben, Jugoszláviában, Szlovákiában és Ukrajnában regisztrált.

ELŐZMÉNYEK. Számos makro- és mikroelem, valamint szerves hordozómolekula fiziológiai jelentőségének felismerése bizonyos növényi, állati és humán betegségek eredetének ökológiai, táplálkozásélet-tani, virológiai és biokémiai kutatásai során.

ÖSSZETÉTEL.

Szervetlen komponensek (mg/60 csepp*)

Vas	Fe	6,70	Molibdén	Mo	0,634
Cink	Zn	3,79	Vanádium	V	0,406
Nátrium	Na	2,14	Nikkel	Ni	0,362
Magnézium	Mg	1,35	Bór	B	0,350
Mangán	Mn	1,02	Fluor	F	0,301
Kálium	K	0,924	Klór	Cl	0,099
Réz	Cu	0,848	Kobalt	Co	0,083

Szerves komponensek (mg/60 csepp*)

Glicerín	20,0	L-(+)-Borkősav	5,21
L-(+)-Aszkorbinsav	10,0	Borostyánkősav	1,67
Etilén-diamin-tetraecetsav	7,85	2',4',5',7'-Tetrajód-fluoreszcein	0,0159
Glicin	7,67	*1 ml=18 csepp.	

A Béres Csepp® Plusz a komponenseket híg vizes oldat formájában tartalmazza. Azok mennyiségei még a javasolt legnagyobb napi dózisban (60 csepp) sem haladják meg a nemzetközileg elfogadott RDA (Recommended Dietary Allowances) értékeket. A készítmény akut toxicitása (LD₅₀) egereken orális admi-nisztráció mellett 96,15 mL/kg.

A KOMPONENSEK FIZIOLÓGIAI FUNKCIÓI. A nyomelemek metalloenzimek, vitaminok, hor-monok, szerkezetalkotók funkcionális részei és/vagy stabilizátorai. Hatást gyakorolnak a szervezet védel-mi rendszerére, immunokompetenciájának kialakulására. Befolyásolják a nukleinsav szintézist. Részt vesznek a terminális oxidációs lánc hidrogén- és elektrontranszfer-folyamataiban. A szerves molekulák egyrészt az ionok biológiai hasznosulását segítik elő, másrészt - közülük több - a humán bioszintetikus folyamatokban intermedierként vesz részt. Az L-(+)-aszorbinsav antioxidánsként is szolgál.

FELHASZNÁLÁS. Az elmúlt évtizedben nagyszámú ígéretes adat halmozódott fel a Béres Csepp® haté-konyáságról különböző betegségek kezelésében. Hatásspektruma széles, mivel hatóanyagai rendkívül sokféle biokémiai rendszer működésében töltenek be fontos szerepet. A Béres Csepp® Plusz mint adju-váns szer ajánlott minden olyan esetben, ahol a kórállapot kifejlődésében bizonyos nyomelemek hiánya igazolt etiológiai jelentőséggel bír (rosszindulatú daganatok, kardiovaszkuláris kórképek, immunpatho-lógiai megbetegedések stb.), vagy ahol az alkalmazott terápia következményeként kell számolni nyome-lemhiánnyal (citosztatikus kezelés, antibiotikumok adagolása stb.). Preventív alkalmazása a hiányállapo-tok kivédésében, az ellenállóképesség megőrzésében eredményes, főleg fejlődésben levőknél, nőknél és idős korban.

A Béres Csepp® Pluszt kizárólagos joggal gyártja és forgalmazza a



A magzati arteria cerebri media véráramlása vizsgálatának prognosztikai értéke

Pál Attila dr., Ulrich Gembruch dr. és Manfred Hansmann dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Kovács László dr.)
Abteilung für Pränatale Diagnostik und Therapie der Universitäts Frauenklinik, Bonn (vezető: Manfred Hansmann dr.)

A terhesség 28. és 41. hete között 211 egészséges és 16 intrauterin retardált magzat arteria cerebri mediája véráramlását vizsgálták Doppler ultrahanggal. Megállapították, hogy a harmadik trimeszter elején az agyi ér fokozott ellenállást jelez, mely a terminusra jelentősen csökken. Intrauterin hypoxia esetén az arteria cerebri media véráramlása diastolés komponensének az erősödése figyelhető meg, jelezve a keringés centralizációját. Véleményük szerint a magzat postpartalis állapotának előrejelzésében (mind a pozitív, mind a negatív prediktív érték 90% feletti) az arteria cerebri media véráramlásának a vizsgálata az egyéb intrauterin diagnosztikus módszerek eredményes kiegészítője lehet.

Kulcsszavak: magzati agyi véráramlás, ultrahang vizsgálat (magzati)

A magzati véráramlási hullámformák (VH) vizsgálatával a magzat méhen belüli jólétéről, vagy veszélyhelyzetéről kaphatunk felvilágosítást. Elsősorban az arteria umbilicalis és a magzati aorta VH-jának változása az, mely az irodalom szerint leginkább jelzi a magzati veszélyhelyzetet (1, 4, 7, 9, 11). Újabb irodalmi adatok szerint a magzati agyi keringés, elsősorban az arteria cerebri media (ACM) VH-nak a tanulmányozása révén további pontos információt kaphatunk, a magzati keringés fiziológiás változásairól, illetve könnyebben felismerhetők az intrauterin stressz szituációk (2, 8, 16, 17).

A dolgozat célja egyrészt az ACM vizsgálati módjának, a harmadik trimeszterbeli áramlási viszonyok változásának az ismertetése. Másrészt célul tűztük ki annak vizsgálatát, hogy kóros terhességi állapotokban mért VH-k hogyan viszonyulnak a normál paraméterekhez, milyen mértékű prognosztikai értéke van az ACM VH-i vizsgálatának a magzat szülés utáni állapotára vonatkozóan.

Rövidítések: VH = véráramlási hullámforma; ACM = arteria cerebri media; RI = rezisztencia index; PI = pulzációs index

The prognostic value of the examination of the medial cerebral artery's blood flow. Medial cerebral artery blood flow velocity waveforms were examined by pulsed Doppler ultrasound between the 28th and 41st week of pregnancy. It has been found that the vessel showed an increased resistance at the beginning of the third trimester, which significantly decreased till term. In intrauterin hypoxia the diastolic component of the blood flow velocity waveform of medial cerebral artery becomes stronger, marking the centralisation of the circulation. By their opinion the examination of the blood flow in the medial cerebral artery would be an effective additional possibility of the other intrauterine diagnostic methods (both the positive and the negative predictive value were higher than 90%) for the notifying the postpartal condition of the fetus.

Key words: fetal cerebral blood flow, ultrasound examination (fetal)

Anyag és módszer

A terhesség 28. és 41. hete között 211 egészséges és 16 intrauterin retardált magzat ultrahang vizsgálatát végeztük el. Minden esetben, a szokásos biometriai méréseket követően (biparietalis, frontooccipitalis, mellkas átmérő, femur hossz) az ACM VH-nak a mérésére is sor került. A hullámformák analysisise az A/B arány (A = systole csúcsa, B = diastole vége) a rezisztencia index (RI = $A-B/A$) és a pulzációs index (PI = $A-B$ /közepes frekvencia) segítségével történt (12).

Az ACM vizsgálatát a következőképpen végeztük. Az ultrahang sugár a koponyát horizontális síkban metszette, mely tartalmazta a thalamust, a cavum septum pellucidumot (ez az a metszet, ahol a biparietalis átmérőt mérni szoktuk). Ezután a transducert enyhén caudalis irányba mozgattuk és a sulcus lateralis cerebri mélyén lateral felé (és felfelé) haladó ACM pulzációja láthatóvá vált. A méréseket amennyire csak lehetett az arteria carotis internából való eredéstől távol végeztük (1. ábra).

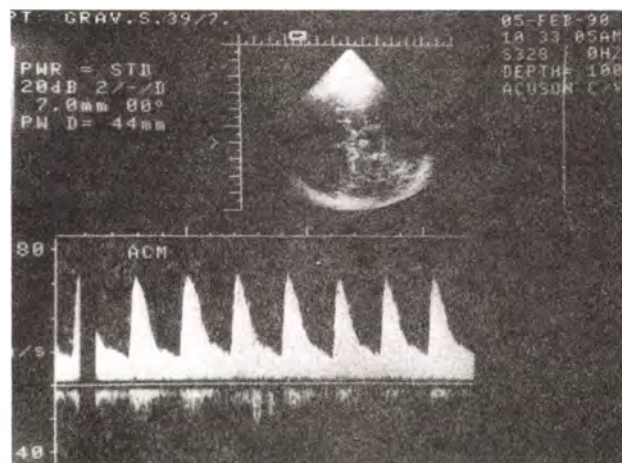
Minden vizsgálat a terhes félig oldalt fekvő helyzetében, magzati apnoe ideje alatt történt.

A vizsgálatokat Acuson 128 color Doppler készülékkel végeztük (transducer 3,5 MHz, sample volume 2 mm, high pass filter 100 Hz). Minden mérést ugyanaz a személy végzett (P. A.).

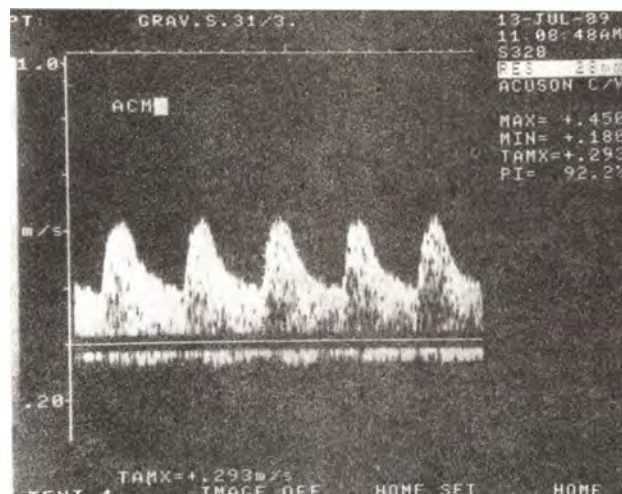
A normál görbe elkészítéséhez a lineáris regresszió matematikai módszerét alkalmaztuk.

Eredmények

Az ACM hullámformája kétfázisú (1. ábra). Jellemzője egy viszonylag magas systoles csúcs és a diastole ideje alatt egy relatíve gyenge, de folyamatos előre felé mutató áramlás. Magzati distress esetén a hullámforma megváltozik oly módon, hogy a diastolés áramlás megerősödik, mintegy jelezve a fokozott agyi keringést (2. ábra).



1. ábra: Az arteria cerebri media vizsgálatának módja és jellemző hullámformája. A kép felső részén, a real-time képen a koponya horizontális metszete látható. A pontozott vonal az ultrahang sugár irányát, a két párhuzamos vonal a sample volume nagyságát jelzi. A mérés a sulcus lateralis cerebrinек az arteria carotis internától azon távoli pontján történt, ahol az arteria cerebri pulzációját még jól lehetett látni. A kép alsó részén az arteria cerebri media jellemző hullámformája látható. A systolés csúcs magas, a diastole alatti áramlás gyenge, de folyamatosan előre felé mutató



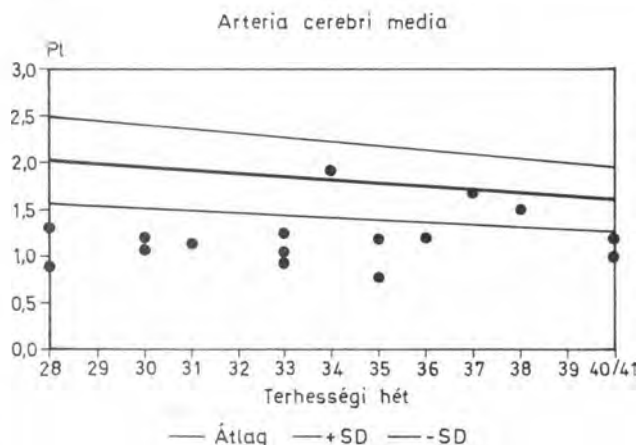
2. ábra: Az arteria cerebri media hullámformája a terhesség 31. hetében, súlyos magzati distressben. A systolés csúcs relatíve alacsony, de elsősorban a diastolés áramlás felerősödése jellemző

A harmadik trimeszter elején a vizsgált indexek egy magas ellenállású rendszert jeleznek. Ez a fokozott ellenállás normal terhességben a terminusban is megmarad, de jelentős csökkenést mutat (1. táblázat). Intrauterin retardált

1. táblázat: Az arteria cerebri media véráramlásának változása a terhesség harmadik trimeszterében

	28. hét	40/41 hét
A/B	6,43 ± SD = 1,43	5,06 ± SD = 1,42
PI	1,90 ± SD = 0,31	1,71 ± SD = 0,40
RI	0,86 ± SD = 0,05	0,80 ± SD = 0,09

magzatok vizsgálata azt mutatta, hogy amennyiben a kóros állapot magzati hypoxiával is jár, az indexek jelentős mértékben csökkennek. Ez a változás a fokozott agyi véráramlás eredménye. A 3. ábrán pl. a pulzációs index változását ábrázoltuk a harmadik trimeszterben. Az intrauterin hypoxia eredményeként a kórosan megváltozott magzati keringés az arteria cerebri media fokozott véráramlását mutatta.



3. ábra: A pulzációs index (PI) változása a terhesség harmadik trimeszterében egészséges magzatoknál és hypoxiás állapotban. A PI a harmadik trimeszter során magas ellenállású agyi keringést jelez, mely a terhesség előrehaladtával némi csökkenést mutat (átlag ± SD). A pontok az intrauterin retardált magzatokban mért eredményeket mutatják

A 211 negatív vizsgálati eredményt a szülés utáni magzati állapot 201 esetben megerősítette, 10 esetben vagy az Apgar-érték volt kevesebb mint 7, vagy a köldökzsinór-vér pH volt kevesebb mint 7,20. 16 intrauterin retardált magzatnál 13 esetben találtunk kóros vizsgálati eredményt, azonban az említett újszülöttkori paraméterek csak 12 esetben igazolták azt (2. táblázat). Ezek alapján a vizsgálati módszer érzékenysége 55%, specifikussága 99%, pozitív predictív értéke 92%, míg negatív predictív értéke 95%.

Megbeszélés

Az agyi erek ultrahang vizsgálatáról először Bada és mtsai számoltak be 1979-ben (3). Azt tapasztalták, hogy azon asphyxiában született újszülötteknél, akiknél intracerebrális, intracranialis vérzés lépett fel, azoknál az agyi véráramlás szignifikánsan erősebb volt, mint azoknál, akiknél ez nem következett be. Állatkísérletek hasonló ered-

2. táblázat: Az arteria cerebri media vizsgálata érzékenységének, specificitásának, és predictív értékének meghatározásához felhasznált adatok

A vizsgálat eredménye		Újszülöttkori distress	
		igen	nem
Pozitív	13	12*	1
Negatív	211	10*	201

(*Az 1^o, vagy 5^o Apgar érték kevesebb mint 7. illetve köldökzsinór pH kevesebb mint 7,20)

ményt adtak. *Cohn és mtsai* kimutatták, hogy bárány magzatban, ha a magzati arteriás oxigén nyomás 21-ről 12 torra leesik, akkor a véráramlás az agyban duplájára nő (4).

Normál terhességben, az utolsó hetekben az agyi erek ellenállásának a csökkenése figyelhető meg, melyet elsődlegesen a végdiastolés áramlás növekedése határoz meg. Tapasztalataink megegyeznek az irodalomban közöltekkel (2, 8, 15, 16, 17). Ezen hullámforma változás fiziológiai alapja még ismeretlen. Újabban a pO₂ csökkenését tették felelőssé, melyet az arteria umbilicalisban cordocentesis révén határoztak meg a terhesség ezen szakaszában (13). A pO₂ reduciót figyelembe véve feltételezhető, hogy az említett végdiastolés véráramlás növekedése egy olyan hemodinamikai redistribúciót tükröz, mely az agy kedvező vérellátását hivatott szolgálni.

Romló uteroplacentaris keringés és kezdődő magzati hypoxia esetén az várható, hogy a diastolés sebesség az arteria umbilicalisban és a magzati aortában csökkenni fog (5), de növekedni fog az ACM-ban (8, 15, 16), ami a keringés centralizációját jelenti. Eredményeink azt a megfigyelést támasztották alá, hogy magzati hypoxiában az ACM áramlása fokozódott. Azon három esetben, akiknél ez nem következett be, azoknál a szülés után asphyxiás jeleket nem észleltünk. Ez a megfigyelés összhangban van azon feltételezéssel, hogy az oxigén consumptio változása az agyban nem történik meg addig, amíg a pO₂ el nem ér egy kritikus alacsony szintet (6), ezért tehát az ACM hullámformája nem változik intrauterin retardált magzatonál addig a bizonyos pontig.

Alpers és mtsai (1) szerint az emberek csaknem 50%-ánál lehet a circulus Willisii anatómiai variánsaival számolni, tehát az ACM vizualizálása nehézségekbe ütközhet. *Van Den Winjaard és mtsai* (15), *Arström és mtsai* (2) az esetek 90%-ában, míg *Mari és mtsai* (10) az esetek 100%-ában kaptak értékelhető hullámformát. Nekünk a vizualizálás minden esetben sikerült, de ebben valószínűen szerepe volt a színes technikának is.

Kirkinen és mtsai szerint teljes bizonyossággal nem lehet eldönteni, hogy a Doppler szignál az arteria carotis interna fő törzséből jön, vagy a legproximálisabb ACM-ből (8). Viszont *Woo és mtsai* nem találtak különbséget a hullámformák alakjában, ha azt az eredésüknél, vagy az attól lehetséges legtávolabbi ponton vizsgálták (16). Ezen adatokat figyelembe véve, mi minden esetben az ACM-nak az arteria carotis internától lehetőleg minél távolabbi szakaszán végeztük a méréseket.

Az agyi erek (art. carotis interna, art. cerebri media, art. cerebri posterior, art. cerebri anterior) véráramlásá-

nak vizsgálatakor megállapították, hogy a PI-k az ACM-ban jelzetten magasabbak, mint a többi érben (15), bár ennek oka még nem világos (17). Ez a megfigyelés játszott szerepet abban, hogy a magzati agyi keringés vizsgálatára az ACM-t választottuk.

A módszer relatíve alacsony érzékenységét a hamis negatív esetek magas száma adja. Viszont mind a specificitása, mind a pozitív és negatív predictív értéke magas. Véleményünk szerint a magzat postpartális állapotának előrejelzésében (a pozitív és a negatív predictív érték 90% feletti) az arteria cerebri media véráramlásának a vizsgálata, az egyéb intrauterin diagnosztikus módszerek eredményes kiegészítője lehet.

Köszönetnyilvánítás: Dr. Pál Attila köszönettel tartozik az Alexander von Humboldt Alapítványnak (Német Szövetségi Köztársaság) munkája támogatásért.

IRODALOM: — 1. *Alpers, B. J., Berry, R. G., Paddison, R. M.*: Anatomical studies of the circle of Willis in normal brain. *AMA Arch. Neurol.*, 1959, 81, 409. — 2. *Arström, K., Eliasson, A., Hareide, J. H. és mtsai*: Fetal blood velocity waveforms in normal pregnancies. A longitudinal study. *Acta Obstet. Gynecol.*, 1989, 68, 171. — 3. *Bada, H. S., Hajjar, W., Chua, C., Sumner, D. S.*: Noninvasive diagnosis of neonatal asphyxia and intraventricular hemorrhage by Doppler ultrasound. *J. Pediatr.*, 1979, 95, 775. — 4. *Cohn, H. E., Sacks, E. J., Heyman, M. A. és mtsai*: Cardiovascular response to hypoxemia and acidemia in fetal lambs. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1974, 120, 817. — 5. *Erskine, R. L. A., Ritchie, J. W. K.*: Umbilical artery blood flow characteristics in normal and growth retarded fetuses. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 1985, 92, 605. — 6. *Jones, M. D., Sheldon, R. E., Peeters, L. L. H. és mtsai*: Fetal cerebral oxygen consumption at different levels of oxygenation. *J. Appl. Physiol.*, 1977, 43, 1080. — 7. *Jouppila, P., Kirkinen, P.*: Increased vascular resistance in the descending aorta of the human fetus in hypoxia. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 1986, 91, 853. — 8. *Kirkinen, P., Müller, R., Huch, R. és mtsai*: Blood flow velocity waveforms in human fetal intracranial arteries. *Obstet. Gynecol.*, 1987, 70, 617. — 9. *Laurin, J., Marsal, K., Person, P.-H. és mtsai*: Ultrasound measurement of fetal blood flow in predicting fetal outcome. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 1986, 91, 853. — 10. *Mari G., Moise, K. J., Deter, R. L. és mtsai*: Doppler assessment of the pulsatility index in the cerebral circulation of the human fetus. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1989, 160, 698. — 11. *Pál, A., Kurjak, A.*: Umbilical artery blood flow velocity waveforms in normal and complicated pregnancy. In: *Kurjak, A., Kossoff, G.*: Recent advances in ultrasound diagnosis 5. Excerpta Medica, Amsterdam—New York—Oxford, 1986, 177. old. — 12. *Pál A., Kurjak A.*: Véráramlás vizsgálata ultrahanggal a terhes méhben és a magzati erekben. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 3171. — 13. *Soothill, P. W., Nicolaidis, K. H., Rodeck, C. H. és mtsai*: Effect of gestational age on fetal and intervillous blood gas and acid-base values in human pregnancy. *Fetal Therapy*, 1986, 1, 168. — 14. *Trudinger, B. I., Giles, W. B., Cook, C. M. és mtsai*: Fetal umbilical artery flow velocity waveforms and placental resistance: clinical significance. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 1985, 92, 23. — 15. *Van Den Winjaard, J. A. G. W., Groenenberg, I. A. L., Wladimiroff, J. W. és mtsai*: Cerebral Doppler ultrasound of human fetus. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 1989, 96, 845. — 16. *Woo, J. S. K., Liang, S. T., Lo, L. R. S., Chan, F. Y.*: Middle cerebral artery Doppler flow velocity waveforms. *Obstet. Gynecol.*, 1987, 70, 613. — 17. *Wladimiroff, J. W.*: Fetal cerebral blood flow. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1989, 32, 710.

(Pál Attila dr. Szeged, Semmelweis u. 1. 6725)

RENDKÍVÜLI AJÁNLAT ! ! !

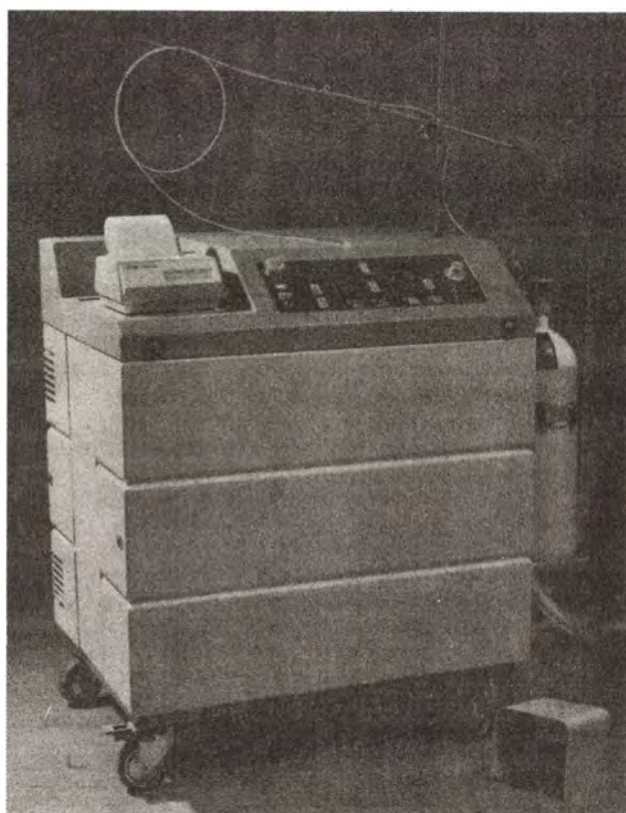
A társadalombiztosítás átszervezésével Ön anyagilag, közvetlenül is érdekelt lesz a betegellátás hatékonyságának és színvonalának emelésében.

Vásároljon **MEDI-YAG 100** magas technológiai színvonalat képviselő, nagy teljesítményű, folyamatos üzemű, orvosi



Nd: YAG LASER berendezést, amely

hatékonyan alkalmazható az endoszkópos és a sebészeti terápiában.



- Gasztroenterológia
- Bronchológia
- Urológia
- Nőgyógyászat
- Bőrgyógyászat
- Ált. és mikrosebészet
- Idegsebészet
- Gyermekkori érsebészet

Ára: 4 800 000,— Ft

Fizetési könnyítés:

üzembehelyezéskor **50%**-ot fizet, a többit 18 havi részletre!

12 havi garanciát, oktatást, betanítást, utána 24/48 órás készenléti szervizt biztosítunk.

Megegyezés szerint, lizingelhető, bérelhető!

A berendezés 1991-ben megkapta a „Nívódíjas Ipari Forma” megkülönböztető minősítő jelzöt.

GYÓGYÍT A LÁTHATATLAN FÉNY!

M E G A

Budapest, 1133 Kárpát u. 14., 1388 Bp. Pf. 100.

Tel.: (06-1) 1491-788; tel./fax.: (06-1) 1403-185

ÚJ! ÚJ! ÚJ!

Kétoldali carotis interna fibromuscularis dysplasia sikeres intraoperatív angioplasticája

Horváth Tibor dr., Ádám Attila dr. és Fazekas Péter dr.

Markhot Ferenc Kórház, Eger, Sebészeti és Érsebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Czenkár Béla dr.)
Röntgen Osztály (osztályvezető főorvos: Frey József dr.)

A szerzők egy 55 éves nőbeteg kórtörténetét ismertetik, akinél mindkét carotis internán többszörös szűkületet okozó fibromuscularis dysplasiát sikeresen kezeltek intraoperatív angioplasticával. Esetük kapcsán röviden áttekintik az arteria carotis interna fibromuscularis dysplasiájának klinikumát, diagnosztikáját és terápiáját.

Kulcsszavak: fibromuscularis dysplasia, arteria carotis interna, intraoperatív angioplastica

Successful intraoperative angioplasty of fibromuscular dysplasia of both internal carotid arteries. The authors report the clinical history of a 55-years old woman suffering from the multiplex stenosis of both internal carotid arteries caused by fibromuscular dysplasia. Successful intraoperative angioplasty was performed. In connection with their case the authors review briefly the clinical feature, diagnosis and therapy of fibromuscular dysplasia of the internal carotid artery.

Key words: fibromuscular dysplasia, internal carotid artery, intraoperative angioplasty

A fibromuscularis dysplasia (FMD) vagy hyperplasia a kis és közepes artériák ismeretlen eredetű, nem arteriosclerotikus, nem gyulladásos megbetegedése. Ezen sajátos érelváltozásra először Leadbetter és Burkland (14) hívta fel a figyelmet 1938-ban, maga az elnevezés McCormacktól (18) származik. Pathológiai classificációját Harrison és McCormack (9), valamint Stanley és munkatársai (24) végezték el. Pontos aetiológiája ismeretlen. Kialakulásában szerepet tulajdonítanak hormonális, genetikai, immunológiai faktoroknak, mechanikai tényezőknek és a vasa vasorum károsodása következtében létrejött intramuralis ischaemiának (2, 16, 19, 22, 24).

A fibromuscularis dysplasia az esetek többségében, mintegy 85%-ában a vese artériákon fordul elő (4, 11), de más érszakaszon is leírásra került (16, 17, 19, 22).

Dolgozatunkban egy 55 éves beteg kórtörténetét ismertetjük, akinél panaszokat okozó, mindkét carotis internát érintő FMD-t sikeresen kezeltünk intraoperatív angioplasticával.

Esetismertetés

V. L., 55 éves nőt egy évek óta meglévő kínzó fejfájással és szédüléssel kezelte körzeti orvosa. Ambulanter nyaki gerinc és koponya röntgenfelvételt készített, amelyek negatívak voltak. Vérnyomását rendszeresen ellenőrizte és mindig normotensiónak találta. 1990 januárjában a betegnél 24 órán belül oldódó enyhe beszédzavart észlelt, discret jobb oldali nervus facialis paresissel. A fentiek miatt angiológiai szakrendelésre utalta, ahonnan jobb oldali arteria carotis interna stenosis gyanújával osztályunkra irányították kivizsgálásra.

Felvételekor neurológiai statusa negatív. A jobb carotis villa felett systolés zöreje hallható. A két felső végtag között vérnyo-

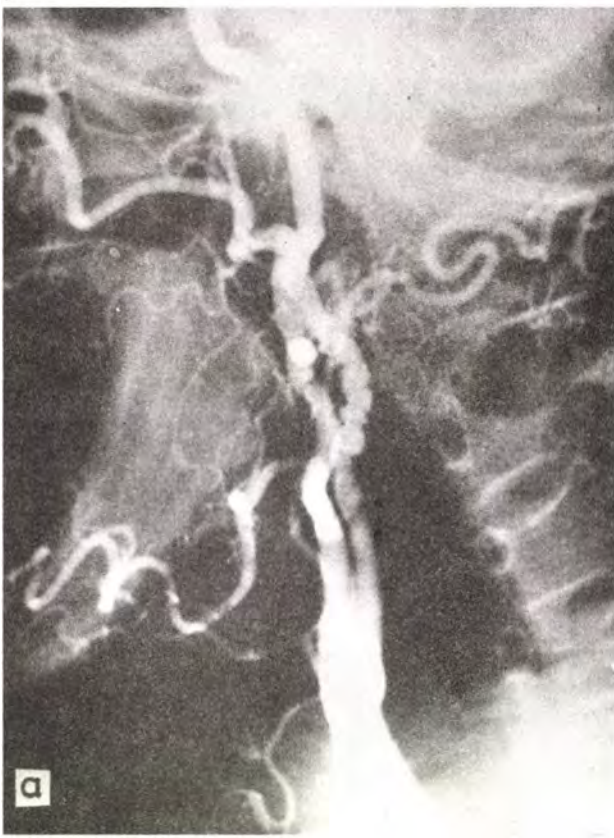
máskülönbség nem észlelhető. A betegnél iv. angiographiát végeztünk kétoldali selectiv carotis töltéssel, amely az alábbiakat mutatta (1/a., 2/a. ábra). „Az aortaív megnyúlt, tágabb. A bal art. carotis communis és az anonyms közös törzzsel ered. Az art. vertebralisok normális tágasságúak, kezdeti szakaszuk kifejezetten kanyargós. Mindkét oldali art. carotis interna extracranialis szakaszán a cervicalis I–II. csigolya magasságában kb. 5 cm hosszán gyöngyszerű multiplex szűkületrendszer, kontúregyenlenség látható. A lumen a szomszédos normális 5–6 mm-rel szemben itt általában 4 mm, de néhol 2–3 mm-re szűkült. Az art. cerebri anterior és media rendszere mindkét oldalon szabályosan telődik, kóros érfestődés, dislocatio nem észlelhető.”

A carotis internán lévő elváltozás lokalizációja és a selectiv carotis angiographia során észlelt technikai nehézségek (a vezetődrót felvezetését az art. iliaca communis és externa kanyargósága nehezítette) miatt intraoperatív angioplastica mellett döntöttünk. A jobb, illetve bal oldali dilatációt két hét különbséggel, két ülésben végeztük el. A carotis villát intratracheális narkózisban tártuk fel. 2 ml Na-Heparin iv. adása után az art. carotis communist és ágait aláhurkoltuk, majd kirekesztés után a carotis communison kb. 1 cm-es hosszanti arteriotomiát készítettünk. A carotis internába J-vezetődrót segítségével 6 French vastagságú, 4 cm hosszú, 6 mm átmérőjű ballonnal ellátott katétert (OLBERT^R, Meadox Surgimed) vezettünk fel. Az angioplasticát több lépésben, cranial irányból caudal felé haladva végeztük el, 30 mp-es dilatációs idővel.

Az angioplastica végén a carotis internát „visszavérezgettük”, majd az arteriotomiát tova futó prolén öltéssel zártuk. A kirekesztés megszüntetése carotis externa, communis és interna sorrendben történt. A Na-Heparin hatását csak részben függesztettük fel Protamin-sulphat (5 ml iv.) adásával.

A beteg előkészítésként 3 napig 2 × 1 amp. SP 54-et és 1 tbl. Colfaritot, utókezelésként a postoperatív 3. napig 2 × 1 amp. SP 54-et, majd napi 1 tbl. Colfaritot és 2 × 2 tbl. SP 54-et kapott.

Az egy hónappal később készített kontroll angiographián a szűkület eltűnése, minimális fali egyenetlenség látható (1/b., 2/b. ábra). A beteg a fél éves ellenőrző vizsgálaton panaszmentes volt.



1. ábra: A jobb carotis interna angiographiás felvétele angioplastica előtt (a) és után (b).



2. ábra: A bal carotis interna angiographiás felvétele angioplastica előtt (a) és után (b)

Cselekvési program egészségügyi rendszerünk megújítására

Népjóléti Minisztérium
1991. július

Beköszöntő

„Idő! szakadna bár méhed gyümölcse...
Ne még, ne még – az Istenért! – megállj.”

Arany János fenti sorai 130 évvel ezelőtti politikai hangulatot tükröznek. A változás várása és az attól való félelem mai helyzetünket is jellemzi, és különösen igaz az egészségügy területén várható reformokra. 1861. áprilisában a félelmek részben abból adódtak, hogy a jó irányba történő változásokat remélni ugyan lehetett, de tenni értük nagyon keveset. A Népjóléti Minisztérium a következő néhány oldalakon nyilvánosságra hozza azokat a gondolatokat, amelyek az egészségügy átalakításának következő lépéseit és bizonyos értelemben hosszabb távon elérendő célokat is tartalmazzák. A közzététel azt a célt szolgálja, hogy az átalakításért tenni akarók számára minél szélesebb körben teret nyisson.

Nagyon sok ember gondolataiból és vágyaiból szövődtek össze a most közreadott sorok. Megvalósulásukat nagyon sokan várják, de az is nyilvánvaló, hogy további finomításra szorulnak. Az Orvosi Hetilap segítségével lehetőség nyílik arra, hogy az egészségügyben dolgozók mondhatni teljes köre véleményt nyilváníthasson az eddig megszületett gondolatokról. A programmal kapcsolatban konstruktív észrevételeket kérünk, amelyeket a Népjóléti Minisztériumba (postacím: 1361 Budapest 501 Pf.:

Budapest, 1991. július 19.

1) lehet beküldeni. A borítékon szerepeljen a „Cselekvési program” jelzés. Az 1991. szeptember 30-ig beérkező észrevételeket a program végleges változatának kidolgozásánál figyelembe fogjuk venni.

Azt remélem, hogy a programmal való megismerkedés számos, talán fölösleges félelmet eloszlat, a programhoz való hozzászólási lehetőség pedig sok olyan gondolatot hoz a felszínre, amelynek megvalósításával tovább léphetünk egy mindannyiunk által kívánatosnak tartott, hatékonyabb egészségügy megvalósítása felé.

A minisztériumban készülő, az egészségügy megújítását szolgáló programok közül a most közreadott Cselekvési program az Egészségügyi Finanszírozási Munkabizottság tagjainak munkája. Ennek a munkabizottságnak fő felelőse dr. Mikola István, a résztvevő munkatársak dr. Bordás István, dr. Fehér Miklós, dr. Galgóczi Ernő, dr. Kincses Gyula, dr. Paál Tamás és dr. Szepesi András. Rajtuk kívül természetesen nagyon sokan hozzájárultak már eddig is a Cselekvési program részleteihez, és reméljük, hogy a program közreadása további munkatársakkal gazdagítja a csapatot.

Ennek reményében köszöntöm
a program minden olvasóját:

dr. Surján László

Cselekvési program egészségügyi rendszerünk megújítására

Népjóléti Minisztérium
1991. július

Bevezető:

I. *Elengedhetetlen az egészségügy teljes megújítása*

II. *Alapvető célok, feladatok*

III. *Új ellátórendszer*

1. Új struktúra
2. Új működési mód
3. Normatív teljesítményelvű finanszírozás
4. Rendezett tulajdonviszonyok, szektorsemlegesség
5. Általános működési elvek
6. Gyógyszerellátás
7. Minőségbiztosítás, minőségellenőrzés

IV. *Társadalombiztosítás – kötelező betegbiztosítás*

1. Az egészség érték
2. Betegbiztosítás
3. Állampolgári jog helyett biztosításhoz való jog
4. Önálló betegbiztosító
5. A betegbiztosítási alap forrásai
6. A kötelező betegbiztosító szolgáltatásai
7. Kiegészítő biztosítások
8. Közvetlen költségtérítés (co-payment)
9. Szabad orvos- és intézményválasztás
10. A Biztosító pénzügyi egyensúlya – állami garancia

V. *Új értékrend kialakítása*

1. Erkölcsi válság az egészségügyben
2. A paraszolvencia kérdése
3. A szakmai színvonal emelése

VI. *Az 1992-ben bevezetendő változások minimális programja*

„Egészséges népnek lehet csak jövője” – így határozza meg a Kormányprogram az egészségügyünk előtt álló célt és feladatot. A lakosság egészségi állapotát nagyon sok tényező – szennyezett környezetünk, túlmunkára kényszerítő megélhetési gondjaink, egészségkárosító életvitelünk és szokásaink – befolyásolja. A károsító hatások következményei ellen egészségügyi rendszerünknek kell fellépni, ezért a lakosság egészségi állapotáért viselt felelőssége vitathatatlan. Ezért a célt – a múlt súlyos örökségéből kiindulva – egy hosszantartó, nagyon nehéz úton érhetjük csak el. Könnyebb utat csak a cél feladásával választhatunk, de ezt nem tehetjük.

A Népjóléti Minisztérium ennek a nehéz útnak a megtétele, a Kormányprogramban megfogalmazott célok elérése és feladatok teljesítése, egészségügyi rendszerünk teljes megújítása érdekében részletes cselekvési programot dolgozott ki. A szakmai program célja, feladata, hogy a Kormányprogram tézisei ne váljanak üres jelszavakká, hanem egészségügyi rendszerünk meghatározó alapelveivé, és céljai maradéktalanul teljesüljenek. Ehhez a társadalom egészségének egyetértő támogatása szükséges.

I. *Elengedhetetlen az egészségügy teljes megújítása*

Egészségügyünk, az egészségügyi ellátó rendszer az elmúlt évtizedekben súlyos válságba került. A válságjelenségek régóta, széles körben ismertek. A megszüntetésükre hozott intézkedések sorra csődöt mondtak, a válság csak fokozódott. Melyek a válság legjellemzőbb tünetei?

a) A lakosság egészségi állapotának folyamatos romlása. Ma már a lakosság megbetegedési és halálzási adatai Európában a legrosszabbak közé tartoznak.

- b) Működési és strukturális problémák:
- a megbetegedések megelőzésének elhanyagolása, sikertelensége
 - az igényes szakmai munka értékvesztése,

- óriási szakmai és területi aránytalanságok,
- túlzott kórházcentrikusság, az alapellátás folyamatos szerepscökkenése,
- a szociális problémák medikalizációja, az egészségügy és a szociális ellátás rossz kapcsolata.

Ezek a problémák nagyrészt azt jelzik, hogy nem tudott kialakulni a lakosság és az egészségügyi ellátórendszer közötti célszerű kapcsolat. Az ellátórendszer egyik szintje sem volt igazán gazdája a betegeknek, az egészségesekekkel pedig alig törődött.

c) Társadalmi elégedetlenség, amelyet elsősorban a növekvő zsúfoltság, méltatlan körülmények, gépies ügyintézés, sokszor a lélektelen bánásmód, embertelen hangnem okoztak.

d) Az egészségügyben dolgozók munkakörülményei, társadalmi megbecsülése, bérhelyzete társadalmunk teherbíróképessége alatt maradt.

e) Irracionális és anakronisztikus gazdasági feltételek:

- a jobb és több munkára való motiváltság, a hatékonyabb megoldások keresésének teljes hiánya,
- az elosztás hatalmi eszközvé válása,
- az ágazat méltatlan költségvetési alku pozíciója.

f) Morális válság alakult ki. A hirdett elvek és a gyakorlat közötti mély szakadék, a kiszolgáltatottság, a paraszolvenciarendszer, az intézményekbe került – szakmai és pénzügyi kontroll nélküli – magánygyakorlat mind egy eltorzult értékrendet jelez.

A válságtünetek okát az állami elosztás önkényes rendjében kereshetjük, ahol az eredményeknek, a végzett munkának nem volt szerepe a szűkös erőforrások feletti osztzkodásnál. Abban a bürokratikus irányítási és elosztási rendszerben, ahol az ágazat intézményeit a voluntarista módon irányító felsőbbbségtől való gazdasági és hatalmi függőség jellemezte.

Az elmúlt időszak tapasztalatai igazolják, hogy egészségügyi rendszerünk a régi formában és módon nem tudja feladatát ellátni, a válságból csak a rendszer teljes megújítása vezethet ki.

II. *Alapvető célok, feladatok*

Az egészségügyi rendszer alapvető feladata az ország lakosságának egészségi (teljes testi, szellemi és szociális jóléti) állapotának megőrzése, javítása, az egészségi állapotot veszélyeztető tényezők, hatások elleni eredményes küzdelem. Állandóan törekedni kell a lakosság egészségi állapotát jelző mutatók folyamatos javítására. Itt mércének mindenkor a fejlett országokban elért színvonalat tekintjük, ezt kívánjuk elérni és ehhez mérjük magunkat.

Ennek a feladatnak az tükrében az alábbi alapelveket tekintjük meghatározónak:

- *Az egészséges élethez való jog* alapvető emberi jog. Ezt a jogot semmiféle anyagi, vagy egyéb okokra hivatkozva korlátozni nem lehet.
- *Az állam felelős* a lakosság egészségi állapotáért, a társadalmi viszonyok olyan alakításáért és az egészségügyi ellátás olyan színvonaláért, amely elősegíti a lakosság egészségi állapotának folyamatos javulását. Ennek érdekében az állam mindenkor garantálja az egészség megőrzéséhez, valamint az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás lehetőségét.
- A társadalom (és minden tagja) számára az egészség alapvető érték. Az egészség védelme össznemzeti ügy. De nem szabad figyelmen kívül hagyni az *egyéni felelősséget* sem. A cél elérése érdekében erre is kell számítani és támaszkodni. A lakoságnak saját érdekében aktív szerepet kell vállalni mind a saját egészsége megőrzésében, mind az egészségügyi rendszer működésének ellenőrzésében, felügyeletében.
- A személyi *szabadságnak* része a szabad orvos- és intézményválasztás az alapvető szolgáltatások tekintetében is, de szabadon dönthessen mindenki a térítésért megvásárolható szolgáltatások igénybevételéről is. Az egészségügy területén dolgozók szakmai szabadságát csak a lakosság (a betegek) érdekében szabad korlátozni.
- Az ágazatnak elemei érdeke és kötelezettsége, hogy a legtisztább *morális és etikai* körülmények között működjön. Ne kényszerítsen sem a lakoságra, sem az ott dolgozókra lelkiismeretük és erkölcsi érzékük által kifogásolható viselkedésformákat. Minden területen korrek, tiszta és nyílt kapcsolatok legyenek a jellemzők.

III. Új ellátórendszer

1. Új struktúra

Az új rendszernek az alapja – az Egészségügyi Világszervezet már régóta ismert ajánlásának megfelelően – a *betegségek megelőzésének és az egészségügyi alapellátásnak a prioritása*. Ennek megvalósítására a legjobb módszer a lakosság és az egészségügyi ellátórendszer új kapcsolatának a kialakítása. A régi rendszerben – számtalan deklarációja ellenére – nem sikerült kialakítani a pácienscentrikus ellátást. Ezért nem volt igazi megelőzés, ezért nem tudott az ellátórendszer eredményesen működni. Sem az alapellátás, sem a járóbeteg szakellátás, sem a kórházak nem voltak gazdái a pácienseknek. Olyan kapcsolatra van szükség a lakossággal, amelyik folyamatosan és megfelelő intenzitással fordít figyelmet minden lakosra, partneri együttműködést alakítva ki vele egészsége védelme érdekében. Az a szint, ahol ez a feladat teljesíthető, a felnőtt és gyermek alapellátás, legjobb formája pedig a *házi orvoslás*. A házi orvosnak segítségére van a járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás, amelyek elvégzi a kért szolgáltatásokat (konzílium, diagnosztikus vizsgálatok, kórházi gyógykezelés, stb.) és megfelelő továbbkezelési javaslattal visszaadja a beteget házi orvosának. Ezen a szinten a betegcentrikusságot az alapellátással való legszorosabb szakmai együttműködés biztosítja.

Az új rendszerben elsődleges szerepe van az alapellátásnak. Az elmúlt időszakban ennek a szemléletnek a csírái legjobban talán a gyermekgyógyászati alapellátásban jelentkeztek. A gyermekkorzetek számának növekedése és eredményes működése lényegesen csökkentette a szakellátás, a kórházi gyermekgyógyászat terheit és segítette a megbetegedések megelőzését.

Tehát az egészségügyi új struktúrája a *kétpólusú ellátórendszer*. Egyik pólusán az alapellátással, a háziorvossal, aki elsősorban felelős az öt választóg lakosság egészségi állapotáért. A másik póluson a házi orvos munkáját támogató (járó- és fekvőbeteg) szakellátás. Ennek a szintnek az igénybevételét a házi orvos szakmai szempontokon alapuló irányító munkája szabályozza. A két pólust a betegekkel való kapcsolat minősége különbözteli meg. Ez a különbség lényegesen befolyásolja, meghatározza az ellátási szintek szerepét, feladatát, működési módját. Az alapellátásban a megelőzés és a definitív ellátásra való törekvés, a szakellátásban a magas szakmai igényességű szolgáltatások nyújtása a meghatározó. Az alkalmazandó gazdasági ösztönzőrendszernek ezt a célt kell szolgálnia.

2. Új működési mód

Egy szervezet működését, viselkedését a fennmaradását, fejlődését szolgáló erőforrásokhoz való hozzájutás lehetősége, formája határozza meg. A régi rendszer csődjét a feladattól, a végzett munkától, az elért eredménytől független bürokratikus forrászétosztás okozta. Ezt kell felváltani egy, az eredményességben, hatékonyságban érdekeltéget teremtő, a feladatokat, az elvégzett munkát figyelembe vevő erőforrás allokációs rendszerrel. A bürokratikus osztogatás reális alternatívája csak a piac logikája szerint szerveződő, az elért eredményt honoráló önműködő irányítási rendszer lehet.

Ennek lényege az anyagi érdekléségen alapuló ösztönzés. Az elmúlt negyven év bebizonyította, hogy bürokratikus módszerekkel nem lehet a kívánt célokat elérni. Az a bürokratikus vezérlés, amikor a társadalom valós igényeitől és lehetőségeitől elszakadó központi akarat eseti, kiszámíthatatlan és egymásnak is ellentmondó, szubjektív intézkedései határozzák meg a működés módcsereit és feltételeit – még ha jószándékát kétségbe sem vonjuk – akkor is csak csödbe, a teljes ellehetetlenülésbe vezet. Más megoldást kell keresni. Olyan önműködő, a lehetőségeket legjobban kihasználó, az adott feltételekhez igazodó irányítási rendszere van szükség, amely tartósan biztosítja az optimális működést.

Hogy a piaci szemlélet, a piaci elvek szerinti ösztönzés nem teljesen idegen egészségügyünkől, mi sem bizonyítja, mint az általánossá vált paraszolvencia-rendszer, mint illegális piac. A fekete piac ott alakul ki, ahol az igazi piac hiányzik, ahol azt valami külső erő (az adminisztratív tiltás) nem engedi természetes formájában működni.

A piaci elvek szerinti szabályozás az egészségügyben teljes mértékben szabályozott piacot jelent.

A piaci működés feltételei:

- A szolgáltatásoknak legyen reális ára.
- A szolgáltatást nyújtó intézmények árbevételhez a szolgáltatások mennyisége és minősége (bonyolultsága) alapján jussanak.
- Minden szolgáltatást valaki fizessen meg, így helyettesítsék a fizetőképességet.
- Szabad orvos és intézményválasztással alakítsuk ki az adásvételi viszonyt.
- A versenyfeltételek (pl. árak tartalma) legyenek egyenlők (szektorsemlegeség).
- A fizetőképessé válni igény nyeresége a szolgáltatást nyújtó intézményt illsse meg, hogy javítani tudja szolgáltatási színvonalát, eredményesen kapcsolódhasson be a szabályozott versenybe.
- Az intézmények érdeklésége legyen összhangban a dolgozók érdeklésével.

A piaci működés keretét a *finanszírozási rendszer jelenti*. Részleteit teljes kifejtődését követően – az egészségpolitikai elvek és a törvényes szabta korlátok között – a szolgáltatást igénybevevő lakosságot képviselő szervezetek (elsősorban a társadalombiztosítási elven működő betegbiztosító intézet) és az ellátást nyújtók érdekvédelmi szervei közti egyezség (szerződés) határozza meg.

3. Normatív teljesítményelvű finanszírozás

A normatív teljesítményelvű finanszírozás lényegét két pontban adhatjuk meg:

- Egyrészt: mérni kell a teljesítményt. Olyan mérőszámot kell találni, amelyik arányban van a végzett munkával (annak mennyiségével és minőségével, bonyolultságával), és amelyik természetes egysége az adott ellátási szintnek.
 - Másrészt – normativitásánál fogva – nem egyszerűen költségtérítést végez, függetlenül a munka eredményességétől, racionalizáltságától, hanem tükrözi az adott szakterület átlagosan elfogadható eredményességi és hatékonysági színvonalát.
- A kétpólusú egészségügyben a feladatoktól, a céloktól függően az alábbi finanszírozási rendszerek felelnek meg legjobban az igényeknek.

Az alapellátás új finanszírozási rendszere

A hatékony működés érdekében szükséges, hogy a teljesítmény alapján meghatározott térítések az orvos fizetésén túl a teljes működési költséget is fedezzék. A lakosság gondozását végző házi orvos teljesítményének alapvető mérőszáma a hozzá tartozó (öt választóg) lakosok száma. A lakosságon túl azonban szükséges figyelembe venni a betegek egészségi állapotának változását, az orvos szakmai képzettségét, gyakorlatát és a definitív ellátás arányát. A fenti adatokból minden körzet esetén pontszám határozható meg, ami megadja a körzet jövedelmét és ezen belül az orvos keresetét is. Az orvos munkáját, az elérhető teljesítményt nagymértékben befolyásolja a település szerkezete, infrastruktúrája. Ezt költségtérítés formájában kapja meg az orvos, hiszen nem munkaadárnyos jövedelemtől, hanem többletköltségek (pl. utazási költségek) elszámolásáról van szó.

A településszerkezetnél figyelembe kell venni a település struktúráját, mivel lényeges különbségek adódnak egy város, illetve egy kisebb település, egy lakótelep és esetleg egy tanya betegeinek ellátása között. A legegyszerűbb megoldás az, ha az orvos „telephelye” és a beteg lakóhelye közötti távolságot vesszük alapul. Ez ad lehetőséget az eltérő működési költségű rendelők (pl. nincs gyógyszerár (a faluban) kompenzálására is.

A körzet bevétele, így végül is az alábbi módon határozható meg: a bevétel egyenlő a lakosság egészségi állapotát jelző csoportonként a lakosságszámmal, az egészségi állapotot jelző súlyszámmal és az orvos egyéni szorzószámának szorzatával. Az így számolt csoportonkénti pontértéket összeadva kapott összpontszámot kell korrigálni (megszorozni) az adott időszakra jellemző definitív ellátási (továbbküldési) mutatóval és kiegészítéssel (hozzáadni) a településszerkezettől függő költségtérítés mértékével. A betegek egészségi állapotát (az orvosi munkavégzési igényt) leíró skála szakmai megfontolások alapján határozható meg és tapasztalati adatok alapján időszakonként korrigálható. Ez olyan páciens osztályozási rendszer, amely közel azonos teljesítményigényességű csoportokból áll.

Különös jelentősége van a továbbküldési arányt mérő szorzószámának. Ezzel lehet szabályozni a szakellátáshoz küldést. Ezzel lehet érdekeltté tenni az orvost abban, hogy minden olyan szolgáltatást megadjon a betegeknek, amire felkészültsége megvan, és csak indokolt esetben kérjen segítséget a szakellátástól. Ezzel azt a célt lehet elérni, hogy maradjon minden olyan eset az alapellátásnál, amelyiknek ott a helye. Az orvos egyéni szorzószámával a mostani időszakban különösen időszerű szakmai továbbképzésekben való részvételre lehet közvetlenül ösztönözni. A finanszírozási rendszer paramétereinek kialakítása szigorú szakmai kontroll mellett folyamatban van.

A szabad orvosválasztás mellett limitálni kell az egy orvoshoz jelentkező beteg számát. A házi orvos tényleges gondozást, magas színvonalú ellátást és megelőző tevékenységet csak a jelenlegi átlagos körzetnagyságnál kisebb létszám esetén tud végezni. Ezért az ideális körzetméret (1500 fő) fölött degresszíven csökken az ellátottak után járó pontérték. (Az ideális körzetméret gyermekkorzet esetén 800, fogorvosi körzet esetén 3000 fő.)

A szakellátás új finanszírozási rendszere

Szakellátásnál a finanszírozási rendszernek a kért szolgáltatások magas szakmai színvonalon való nyújtására kell ösztönöznie az ellátóhálózatot. Tehát bevételét a szolgáltatások számának és a szolgáltatások értékét (szakmai és költségigényességét) kifejező pontértéknek (súlyszámmal) a szorzatából kell meghatározni. Viszont korlátot kell szabni, hogy szolgáltatásának számát önkényesen ne növelhesse. Ezt a szerepet látja el az alapellátásnál ismeretett továbbküldési mutató és a beutalási rend. Így gazdasági ellenérdeklés alakul ki az alapellátás és a szakellátás között, ami kedvező egyensúlyt tud kialakítani. Speciális helyzetben van a fogászati ellátás. A körzetben dolgozó fogorvosok nagyrészt az előzőekben leírt alapellátási feladatot látják el. Náluk is elsőrendű feladat a megelőzésre való törekvés és általában jellemző a definitív ellátás. De az alapellátási tevékenység mellett legtöbbjük a szakellátás körébe tartozó eseti megrendelést kielégítő szolgáltatást is végez. Az ő esetükben a szakellátás esetleges öncélú teljesítményfokozó törekvését a betegek költségtérítési kötelezettsége korlátozhatja.

– A *járóbeteg szakellátásban* a szolgáltatások tételes elszámolása jöhet szóba. Az elszámolás elve, módszere teljes mértékben megegyezik a német pontrendszer szerinti elszámolással. Mivel a német pontrendszer,

mint az orvosi tevékenységeket leíró klasszifikációs rendszer, nem egyezik meg a Magyarországon régóta használt WHO klasszifikációval, amely a legtöbb orvosi szakterület beszámolási rendszerének az alapja, szükséges a WHO klasszifikációs rendszerhez rendelni a német pontrendszerből a teljesítményértékeket.

– **A fekvőbeteg ellátásnál** vegyes elszámolás jöhet szóba. A fekvőbeteg ellátás legnagyobb részét kitevő **aktív kórházi eseteknél** egy normatív térítési díj, a szakmai és költségigényességet figyelembevevő **súlyozott normatív esetátalány**, a hosszú ápolási idővel járó **krónikus esetekben** a **súlyozott ápolási idő** (ápolási nap) a finanszírozás alapja. **Különleges**, országosan még normatív módon nem kezelhető **esetekben** az ápolás alatt végzett tevékenységek **tételes elszámolása** szerint történik a térítési díjak meghatározása.

A fekvőbeteg ellátásnál a súlyozott esetátalány és a súlyozott napi térítési díj esetén a súlyszámot az

- ápolást indokló fődiagnózis,
- kiemelt beavatkozások (műtétek),
- társult betegségek,
- és a beteg életkora, mint az egészségi állapotot jelentősen befolyásoló tényező, együttes figyelembevételére határozza meg.

A szolgáltatások tényleges térítési díját a pontszámok (súlyszámok) alapján, az egységnyi pontérték árának a finanszírozó (Betegbiztosító) és a szolgáltatást nyújtók érdekképviseletének egyezsége (áralkuja) határozza meg.

A fekvőbetegellátás javasolt elszámolása a kórház és a finanszírozó közti kapcsolata igaz. A kórházak különböző egységei (diagnosztikus részlegek, gyógyító osztályok, stb.) egymás között egy célszerű, belső elszámolási rendszer szerint oszthatják fel a bevételt. Ez valójában a kórházak belügye, de ajánlasként mondhatjuk, hogy a járóbeteg szakellátásnál alkalmazott módszer felel meg erre a célra a legjobban (pl. diagnosztikus egységektől igényelt szolgáltatásokat a megrendelő osztályok tételesen „térítik”).

A térítési díjak költségvetésének tartalma

A térítési díjaknak – hogy az egészségügyi intézmények hatékony működését, költségérzékenységét elérjük – az alábbi költségekre kell fedezetet adni a kiválasztott (normatív) teljesítménymutató egységénél:

- közvetlen bérköltség (személyes jövedelem),
- közvetlen anyagköltség,
- más területről igénybe vett (és ezért térítésköteles) szolgáltatások költségei,
- gyógyszerköltség,
- a beteg ellátásával kapcsolatos költségek („hotelköltségek”),
- intézményi rezszi költségek,
- amortizációs költségek.

A térítési díjakban nincsen tőkehozadék (profit). Ezt – a normatív elszámolás következtében – az átlag feletti hatékonysággal működő intézetek tudnak csak elérni. Ezért tőkehozadékot is biztosító, profitérdekelt vállalkozást csak átlag feletti szakmai, gazdasági teljesítményekkel lehet folytatni.

A térítési díjakban fontos külön deklarálni a bér (jövedelem) hányadot. Ez egyrészt a kórházakban orientálhatja a belső elszámolást, másrészt magánvállalkozások (pl. háziorvos, magánvállalkozású szakorvos) esetén ez lehet az alapja a bevételekből az adóköteles jövedelem és a költségek elkülönítésének. Például a háziorvos esetén a pontszám alapján számított bevétel (ami nem tartalmazza a településszervezetektől függő költségterítéseket) 50–50%-os elkülönítése a jelenlegi bérköltség és dologi költség arányokat veszi figyelembe.

A szakellátásnál használt normatív térítési díjakban egyedileg vagy szolgáltatáscsoportonként kell az arányt meghatározni.

Adaptációs folyamat az egységes térítési díjakig

A különböző kórházak, intézetek a régi költségvetési alkrendszer „eredményeként” rendkívüli mértékben eltérő helyzetbe kerültek. Szükséges területi és szakmai aránytalanságok alakultak ki. A kórházak jelenleg ilyen feltételek mellett működnek. Az egységes térítési díjak azonnali bevezetése csak a kórházak működtetésére fordítható keretek olyan mértékű hirtelen megnövelésével oldható meg, hogy a jelenleg legkedvezőbb helyzetben lévő kórházak szintjét mindenki elérje, hiszen ezek a kórházak is elköltik az összes költségkeretüket, sőt nem is elégedettek vele. Ezért adaptációs időszakra van szükség. Induláskor minden intézetnek saját árat kell kalkulálni, hogy folyamatos átmenet legyen a jelenlegi gazdálkodási helyzetből. Ez az országosan egységes súlyszámok segítségével egyszerű művelet. Az induló saját árat egy bizonyos időszak (pl. 5 év) alatt fokozatosan közelednek az egységes térítési díjakhoz.

Ezen időszak alatt az intézeteknek alkalmazkodni kell az új rendszerhez.

Az egységes térítési díj – a társadalom teherbíró képességétől függően – különböző módon határozható meg. Alsó határeset lehet az országos átlagár, a felső a legkedvezőbb helyzetben lévő intézet költségintézetje.

A kétszintű egészségügyben a kórházak (és szakambulanciák) többlet teljesítményre való ösztönzési rendszerét az alapellátás definitív ellátásra való ösztönzése ellensúlyozza. „Ellenérdekeltségük” van, bizonyos mértékben versenyeznek egymással. Ez a verseny azonban nem korlátozza a szakmai együttműködésüket. Ezért fel kell oldani a jelenlegi integrációt, meg kell szüntetni az alá–fölerendeltségeket, a bürokratikus függőséget. Együttműködésük szakmai alapokra kell helyezni.

4. Rendezett tulajdonviszonyok, szektorsemlegesség

A piaci elven működő egészségügy kialakításának feltétele a különféle tulajdonformák megléte. Nyugati tapasztalatokat figyelembe véve (túlnyomó a non-profit érdekeltég, magánvállalkozás főleg az alapellátásra, járóbeteg szakellátásra jellemző) az alábbi általános elvek az irányadók.

A piaci viszonyokra való áttérésnek nem kizárólagos szinonimája a privatizáció. Az egészségügyben el kell választani a tulajdon és a működtetési jog fogalmát. Az egészségügyi ellátás állami feladat, és az állam ezt a jogát ruházta át tartósan egy-egy alkalmas személyre vagy közösségre.

Az orvos működhet magánorvosként, de privatizálni, tulajdon szerezni csak az épületben vagy eszközben lehet, a körzet, a „praxis” nem válhat magántulajdonná. A gyógyítás tárgyi feltételeinél így minden tulajdonforma megjelenhet, itt lehet beszélni privatizációról.

A társadalombiztosítás elvén működő Betegbiztosító Intézet – a szolgáltatást nyújtók érdekképviseleti szervével kötött szerződés alapján – egységes térítési díjat fizet, a szolgáltatásoknál levő tulajdonformáktól függetlenül (szektorsemlegesség).

A különböző tulajdonformák megjelenése – adminisztratív korlátok nélkül is – bizonyos mértékben igazodik a progresszív ellátási szintekhez. Elsősorban a legkisebb tőkehányadot igénylő, a legkisebb kockázatot jelentő területeken (így az alapellátásban, a járóbeteg szakellátásban) lehet számítani a magánvállalkozások megjelenésére. A háziorvosi ellátásnál természetesen formának tekinthető a magánvállalkozás, akár saját tulajdonú, akár bérelt rendelővel, felszereléssel. Így elsősorban ezen a területen kell ösztönözni, támogatni a privatizációt. Az ellátás felső szintjén (országos intézetek, egyetemi klinikák) viszont az állami tulajdon kizárólagosságára kell számítani.

Az egészségügyi szolgáltatások piaca két pontban érinti lényegesen a tulajdonviszonyok kérdését. Az egyik az ellátási kötelezettség, a másik, hogy túlnyomórészt non-profit intézmények látják el a feladatokat. A non-profit forma nem azt jelenti, hogy nincs eredmény érdekeltég az intézményeknél, hanem azt, hogy az eredmény nem tartalmaz tőkehozadékot, nem fizet osztalékot a tőketulajdonosoknak. Ez megfelelő a közösségi tulajdonosok nagyobb részének. Ezek a következők:

- az állam,
- területi önkormányzatok,
- egyházak,
- alapítványok,
- szakmai érdekképviseletek.

Azonban nem kedvez a magántulajdonosoknak, a vállalkozók belépéséhez az egészségügyi szolgáltatások piacára. A vállalkozói szféra előtt lehetőséget a különleges szolgáltatási és gazdálkodási körülmények által elérhető többlet eredmények (mint extraprofit) teremtenek. A vállalkozói szféra belépése az egész ágazatra kedvező hatással van a gazdálkodási eredmények növelésében. Ez a szféra bizonyos értelemben a fejlődés motorja. Működési feltételeinek olyannak kell lenni, hogy eredményesen vállalkozni csak korszerűbb, racionálisabb új eszközöket, módszereket, eljárásokat, szervezési megoldásokat alkalmazva – átlagon felüli hatékonysággal – lehessen. Ehhez feltételként elégséges a szektorsemlegesség.

A fentiek az egészségügyön belül a tőkeigényesebb területek – kórházak, diagnosztikus részlegek, stb. – jellemzője. A viszonylag kisebb tőkeigénnyel jelentkező területek, így az alapellátás eredményesebben tud működni – és nem visz ki az ágazatból nagymértékű tőkehozadékot – magánvállalkozásként. Ezért az alapellátásban a jellemző forma, hogy a háziorvos az érdekképviseleti szervezetén keresztül a biztosítóval szerződéses viszonyban álló szabad foglalkozású orvos.

A vállalkozói szféra ágazaton belüli arányát lehet befolyásolni részben az árak költségtartalmának változtatásával (mennyire tartalmaz fejlesztési költségeket), részben adókedvezményekkel.

Az ellátási kötelezettségről: Az egészséges élthez való jog általános emberi jog, ezért mindenkinek lehetővé kell tenni az alapvető egészségügyi szolgáltatások igénybevételét. Ez az állam részére azt a kötelezettséget jelenti, hogy állampolgárai azonos eséllyel hozzájuthassanak az alapvető szolgáltatásokhoz. Ezt a kötelezettségét az állam nagyrészt a területi önkormányzatokon keresztül teljesíti. Így az **ellátási kötelezettség** a területi önkormányzatokat terheli. Az önkormányzatok ezen kötelezettségüknek az egészségügyi ellátóhálózat (alapellátási körzetek, kórházak) létrehozásával, fejlesztésével, fenntartásával tudnak eleget tenni.

Ehhez megfelelő fejlesztési eszközök képződéséről kell náluk gondoskodni.

5. Általános működési elvek

– Korrekt szabályok

Egyszerű, áttekinthető és a rendszer minden szereplőjére egyaránt érvényes, nem kijátszható szabályok szerinti működés, hogy a sikeresség alapja ne ügyeskedés, kiskapuk keresése, a szabályok kijátszása, hanem az eredményes, szakszerű munka legyen. A munkát és eredményét azonos léptékű, hiteles mércével mérjük minden esetben.

– Intézeti önállóság

Az ellátás minden szintjén maximális önállóságot kell adni a feltételekhez való alkalmazkodáshoz, hogy mindenki a legjobban tudja kihasználni lehetőségeit, a legjobb eredményt tudja elérni. A rendszert viszont úgy kell kialakítani, hogy a célszerű, eredményes és hatékony munkára ösztönözzen, de a konkrét lépéseket minden szereplője önállóan tegye meg.

– „Profiltisztítás”

Szükséges az egészségügyi ellátóhálózatra kényszerített, de valójában nem oda tartozó feladatok és funkciók helyreállítása.

Ezáltal egyrészt az egészségügyi ellátóhálózat kevesebb zavarral, eredményesebben működhet, másrészt a maguk helyén ezek a feladatok sokkal jobban és hatékonyabban elláthatók. Így a szociális problémák medikalizációjának és a bürokratikus ügyintézésnek számos hatósági jellegű tevékenységet jelentő, a megelőző, gyógyító munkától idegen kötelezettségeinek a felszámolása.

– Ágazatközi együttműködés

Egészségi állapotunk megőrzése, javítása állami ügy. Eredményt csak széleskörű összefogással, együttműködéssel lehet elérni. Nagyon fontos, hogy az egészségügy ne passzív szereplője, elszennvedője legyen a társadalmi változásoknak, gazdaságpolitikai, stb. megfontolásoknak, hanem egyik meghatározója legyen ezeknek.

– Ágystruktúra javítása

A fekvőbetegellátás ágyszámjára nem felel meg a valós igényeknek. A racionális működésre orientáló érdekeltségi rendszer hatását azonban kiegészítő intézkedésekkel segíteni kell, mert így időt, felesleges kiadásokat lehet megtakarítani.

– Eszközellátottság, felszereltség fokozása

Egészségügyünk – minden szinten – jellemző az alacsony technikai színvonal. A mindenáron való ágyszámnövelés és a technikai eszközökhöz kijárásos alapon történő hozzájutás alacsony felszereltségi szintet eredményezett, ami legfőbb akadálya a minőségi munkavégzésnek. A problémának kezelésére is központi programot kell kidolgozni.

– Az üzemegészségügy szerepe

Az üzemegészségügyi szolgálatot megelőző és munkaegészségügyi szolgálattá kell fejleszteni. Nagyon fontos szakmai terület, de nem tartozik a Betegbiztosító által finanszírozott alapvető ellátási körbe. Ezért az üzemegészségügyet a veszélyforrást jelentő tevékenységet folytató szervezeteknek kell finanszírozni. Az üzemi megelőző és munkaegészségügyi szolgálati kötelezettséget törvényben kell szabályozni. Szakmai felügyeletet az ágazati hatósági felügyelet keretében kell ellátni. Üzemorvosok, amennyiben a szakmai feltételeknek egyébként megfelelnek, a háziorvoshoz hasonló formában és feltételekkel vállalhatnak és végezhetnek gyógyító tevékenységet a Betegbiztosítóval kötött megállapodások részletei szerint.

6. Gyógyszerellátás

Az egészségügyi ellátás fontos speciális területe a gyógyszerellátás. Jelentősége miatt külön is kell vele foglalkozni.

A gyógyszerellátás területén jelentkező feladatok:

- a túlzott gyógyszerfogyasztás csökkentése,
 - racionálisabb gyógyszerrendelési és forgalmazási rendszer kidolgozása,
 - elavult gyógyszerek fogyasztásának visszaszorítása,
 - gyógyszerhiányok elkerülése,
 - a rosszabb helyzetben lévő (több gyógyszert, életmentő gyógyszert igénylő) betegek fokozottabb támogatása.
- A gyógyszerellátás területén jelentős változások történtek a közelmúltban:
- gyors ütemben növekszik a forgalomban lévő gyógyszerek száma,
 - a hazai gyógyszeripar csökkenteni akarja a nem kellően kifizetendő gyógyszerek gyártását és növelni a termelői árakat,
 - megnőtt a drágábban beszerezhető gyógyszerek száma,
 - a gyógyszervásárlás bővülése több azonos hatóanyagú, különböző gyógyszerfelhasználást is jelent,
 - az államigazgatási szabályozási lehetőség csökkenése, gazdasági (támogatási) módszerek szerepének növekedése.

A célok és a feltételekhez való alkalmazkodás új gyógyszer-támogatási és forgalmazási rendszert igényel.

Ennek alapelvei:

- készítmény helyett a hatóanyag támogatás bevezetése, megszüntetni kívánt gyógyszerek támogatásának fokozatos csökkentése, megszüntetése,
- a támogatási rendszer rugalmasabb kezelése,
- új támogatási kulcsok (pl. 50%-os) bevezetése,
- a jelenlegi lineáris árrés regresszív árréssé alakítása,
- a gyógyszerforgalmazás monopóliumának megszüntetése,
- a gyógyszerárak privatizációjának elősegítése.

7. Minőségellenőrzés, minőségbiztosítás

Az ellátás szakmai (személyi és tárgyi) követelményrendszerének kidolgozása, az ellátóhálózat működése feletti szakmai ellenőrzés legfelsőbb szinten állami feladat. Ezt a Népjóléti Minisztérium irányítja, a tisztiorvosi szolgálaton keresztül, nagymértékben támaszkodva az országos orvos-szakmai intézetek és kollégiumok szakértelmére és munkájára.

Az állami ellenőrzés mellett az ellátó hálózat minden intézményében ki kell alakítani a kollektív minőségellenőrzés szervezetét is.

A Betegbiztosítónak – mint a lakosság érdekét képviselő finanszírozó szervezetnek – ugyancsak vannak ellenőrzési kötelezettségei és jogai. Ez elsősorban adminisztratív ellenőrzést jelent, de jelentős hányadában orvos-

szakmai feladatot is tartalmaz. Az ellenőrzésnek adott esetben a nyújtott szolgáltatások mennyiségére és minőségére kell kitérni, arra, hogy annak összhangban kell lenni a fizetett térítésekkel.

IV. Társadalombiztosítás – kötelező betegbiztosítás

1. Az egészség érték

A társadalom (és minden tagja) számára az egészség érték. A lakosság részéről egészsége védelme érdekében felelős viselkedés csak akkor várható el, ha ennek tudatában van. A „korlátlanul igénybevehető, magas színvonalú, ingyenes ellátás” hamis jelszava ezt nem segítette elő, mintegy felmentette minden – a saját egészségi állapota és az egészségügyi ellátórendszer eredményes működése érdekében tehető – teendő alól. Fontos a lakosság számára is tudatosítani, hogy az egészségügyi ellátás nagyon sokba kerül, a leggazdagabb társadalmakban is anyagi korlátok között működik és a lakosság áldozatvállalása (nemcsak anyagi), aktív közreműködése elengedhetetlen feltétele eredményes működésének.

2. Betegbiztosítás

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének közvetlen anyagi terheit le kell venni a lakosság válláról. Nem szabad megengedni, bárki is az egészséget anyagi kényszer miatt veszélyeztesse. Ha a lakoságnak közvetlenül kellene fizetni az egészségügyi ellátásért, akkor azt jelentős rétegek nem tudnák megtenni, ezzel az egészséghöz való általános emberi jog érvényét vesztené.

Hogy az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet „fizetőképessé” váljon, szükséges a lakosság közös teherelviselése, közös kockázatvállalása. Ezt valósítja meg az egészségügyi ellátás társadalombiztosítási keretek közti nyújtása.

A kötelező általános betegbiztosítás a munkabérek, munkával szerzett jövedelmek meghatározott arányában gyűjti össze a lakoságtól és a munkaadóktól az egészségügyi szolgáltatások fedezetét. Így minden megvásárolt termék, szolgáltatás árában a munkabérek arányában társadalmilag elfogadott mértékben benne vannak az egészségügyi ellátási költségek is. A lakosság részére ez úgy tudatosul, hogy a keresete arányában fizeti be ezt a költséget, és ezzel jogot szerez az egészségügyi ellátás – társadalombiztosítás keretében történő – igénybevételére. Így azt is tudja, hogy fizet az egészségügyi ellátásért és azt is, hogy mennyit.

A társadalombiztosítás – a szolidaritás – elvén működő kötelező betegbiztosítási rendszer nem üzleti vállalkozás, hanem a társadalmi védőháló nagyban fontos része. Anyagi biztonságot ad a lakoságnak egészsége megőrzéséhez, védelméhez.

3. Állampolgári jog helyett biztosításhoz való jog

A társadalombiztosítási alapon álló kötelező betegbiztosítási rendszerben az alapvető egészségügyi szolgáltatások igénybevétele állampolgári jog helyett biztosításhoz való jog alapján történik.

A betegbiztosítás valamennyi aktív kereső és önálló jövedelemmel rendelkező személy számára kötelező. De a betegbiztosításban való részvételt a nem kereső rétegek részére is biztosítani kell. A nyugdíjasok, továbbá a munkanélküli ellátásban részesülők is alanyai a kötelező biztosításnak. Az ő járulékaikat az ellátást nyújtó alapokból (nyugdíjalap, munkanélküli alap) kell fedezni.

Hozzájárulói jogon biztosított az önálló jövedelemmel nem rendelkező házastárs, gyermek és egyéb eltartott családtag. Erre az aktív keresők által fizetett járulékok biztosítják a fedezetet.

A szociális támogatásból élők – az állami szociális ellátás keretében nyújtott – költségvetési hozzájárulás mellett válnak ellátásra jogosulttá.

A saját jogon biztosítottak esetén is egy meghatározott minimális jövedelem-szint (és az ebből következő járulékok) szükséges a biztosításban való részvételhez. A minimális szint alatti jövedelemmel rendelkezők járulékat akölségvetés a szükséges minimális mértékre kiegészítik.

Menekültek és a nem magyar állampolgárok jogosultságát – a nemzetközi egyezményekhez igazodva – külön kell szabályozni. A betegbiztosító tartósan Magyarországon élő külföldi állampolgárral is köthet biztosítási szerződést. Állami kötelezettségvállalás mellett külföldi állampolgárok esetén létrejött biztosítási jogosultság fedezetét ugyancsak a költségvetés viseli.

Az egészségügyi szolgáltatások biztosítási jogon való igénybevétele a jogosultságot igazoló dokumentum, igazolvány alapján történik.

4. Önálló betegbiztosító

A jelenlegi egységes társadalombiztosítási alapot – a fő feladatok szerint – önálló alapokra kell felosztani. Az egyik az önálló betegbiztosítási alap, amelyik átmenetileg tartalmazza a balesetbiztosítási ágat is.

Az önálló biztosítási alap

- önálló járulékmértékkel,
- önálló bevételekkel,
- önálló vagyonnal,
- önálló tartalékalappal és
- önálló önkormányzati irányítással rendelkezik, és
- önállóan gazdálkodik.

A bevételek kezelése (járulékbegyűjtés) célszerűen a többi társadalombiztosítási ággal közösen történik.

Az alap felhasználása, az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása a többi ágtól eltérő önálló feladat. Ennek szervezeti feltételei jelenleg még nincsenek meg. Ezért sürgős feladat a kifizetéseket intéző ügyviteli szervezet és ellenőrző apparátus kialakítása. Ez a szervezet célszerűen társadalmi ellenőrzés mellett, nagy autonómiával, decentralizáltan működik. A járulékfizetés mértéke és módszerei országosan egységesek. Az egységes járulékkulcs – a társadalombiztosítási elvnek megfelelően – megoldja a meglévő különböző (területi, ágazati, stb.) egyenlőtlen ségek kiegyenlítését. Felelőssé teszi bonyolult mesterséges kiegyenlítő alapok igénybevételét és megakadályozza a különböző jövedelem-szintű rétegek elkülönülését.

A társadalombiztosítási alap szétválasztását, az önálló nyugdíj és betegbiztosítási alap létrehozását össze kell kapcsolni a biztosítási ágakba nem tartozó ellátások leválasztásával, a profilizálással. Ezek főleg a gyermekes családok különböző támogatásai (anyasági segély, gyermekgondozási díj, gyermekgondozási segély). A családtámogatást egységesen, az anyai jogon járó családi pótlékhoz hasonlóan a költségvetésből kell finanszírozni. A gyermekek óvodáskorú történő otthoni nevelésével kapcsolatos támogatásokat egységes elvek alapján anyai jogon járó ellátással kell alakítani és ösztársadalmi súlyának megfelelően a népesedéspolitikai célok érdekében adókból finanszírozni.

A családtámogatáson túl le kell választani a társadalombiztosítástól még a következőket:

- vakok, hadigondozottak, nemzeti gondozottak, cukorbeteg támogatása, különféle segélyek, kegydíjak, rokkantsági járadék;
- leszerelt hadkötelesek segélye, katonai családi segély, egyéb szociális támogatások;
- nyugdíjasok lakbérkiegészítése;
- temetési segély;
- mezőgazdasági szövetkezeti tagok járadéka, szakszövetkezeti tagok növelt összegű járadéka;
- házastársi pótlék, a házastárs után járó jövedelem pótlék.

A felsorolt ellátásokat a létrehozandó Szociális Alapba kell átcsoportosítani, és a készülő szociális törvény keretei között – a korszerűtlen elemek egyidejű, célirányos átalakításával – indokolt szabályozni. Ezeket olyan ellátásokkal célszerű kiváltani, amelyek a jelenlegi ellátások felemás, diszfunkcionális megoldásai helyett hatékony ellátást nyújtanak a szociálisan leginkább rászorulóak számára.

5. A betegbiztosítási alap forrásai

– Járulékok

A betegbiztosító fő bevételi forrása. Aktív keresők, egyéb önálló jövedelemmel rendelkezők jövedelmükkel lineárisan arányos járulékot fizetnek. A járulék munkáltatók és munkavállalók közti megosztásánál törekedni kell az optimális arányra. Főleg azért, hogy a munkavállalók előtt minél világosabb legyen a betegbiztosítónak fizetett teljes összeg. Ezt a jelenlegi nettó keresetek csökkentése nélkül járulék átcsoportosítással és vele összhangban a személyi jövedelemadó rendszer korrigálásával lehet megoldani.

A társadalombiztosítás egységes alapjának nyugdíj és betegbiztosítási alapra való felosztását úgy kell elvégezni, hogy a nyugdíjalapból a nyugdíjasok járuléka folyamatosan a betegbiztosításhoz befizetésre kerüljön.

Igy lehet a nyugdíjasoknak az összlakosságban belüli arányát folyamatosan figyelembevenni, illetve változását automatikusan követni.

Ez növeli a betegbiztosítási alap biztonságát.

Számítások szerint a társadalombiztosítási alap jelenlegi forrásai nem elégségesek, ezért szükséges a nyugdíjasok betegbiztosítási járulékanak mértékében a nyugdíjalap állami támogatásból való kiegészítése.

– Szociális indítékú költségvetési támogatások

A költségvetésből fizetett járulékokat jelenti, amelyeknek túlnyomó része szociális célokat szolgál.

– A betegbiztosító tartalékalapjának tökehozádeka

A biztosító pénzügyi egyensúlyának folyamatos fenntartásához, átmeneti zavarok elhárításához gyorsan mozgósítható tartalékalappal kell rendelkeznie. Ennek kamatbevétele az alapot növeli.

– A biztosító saját vagyonának, gazdálkodásának hozadéka

A biztosító intézetet is az állami vagyonból – a lehetőségektől függően és a célszerűség határáig – saját vagyonnal kell ellátni, amelynek hozadéka növeli gazdálkodási lehetőségeit és pénzügyi biztonságát. A biztosító intézetnek folyamatosan törekedni kell vagyonának (és gazdasági biztonságának) a növelésére.

– Adományok, segélyek

A betegbiztosító – mint a társadalmi védőháló fontos eleme – számíthat jogi és természetes személyek adományaira. Az ilyen adományokat az adórendszernek maximálisan támogatni kell (az adókból leírhatók legyenek).

– Hitel

A biztosító – átmeneti pénzügyi nehézségei leküzdésére – hitel felvételére is jogosult. A hitelekért az állam garanciát vállal.

– Nem rendszeres költségvetési támogatás

A betegbiztosító részére tartós pénzügyi nehézségek leküzdésére a költségvetés eseti támogatást ad. Ez része a biztosító feletti állami garanciának.

6. A kötelező betegbiztosító szolgáltatásai

A kötelező betegbiztosítási rendszer keretében azok az alapvető szolgáltatások tartoznak, amelyek igénybevételét nem szabad az egyén – pénzügyi megfontoláson alapuló – döntésétől függővé tenni. Ezt a kört alapvetően az egész-

ség megtartásához illetve helyreállításához szükséges beavatkozások sora, valamint a társadalom teherbíróképessége (a kötelező járulék társadalom által elfogadott mértéke), gazdasági, technikai és szociális fejlettségi szintje határozza meg.

– A gyógyító-megelőző orvosi ellátás szolgáltatásai

A kötelező betegbiztosítás jogán minden lakos szabadon választhat – bizalmi alapon – háziorvost és veheti igénybe a háziorvosa által javasolt (járó- és fekvőbeteg) szakellátási szolgáltatást. A biztosítási jogon igénybevehető alapvető szolgáltatások minimális körét (negatív taxáció alapján) törvény írja elő.

Mennyiségét és minőségét szakmai megfontolások alapján ágazati irányítási hatáskörben kell meghatározni. A szolgáltatásokat a biztosító intézet a nyújtott teljesítmények alapján vásárolja meg – a szektorsemlegesség elve szerint – az állami, önkormányzati, vállalkozási szervezetektől.

A biztosító intézet – ha a hazai ellátóhálózat a törvényben előírt kötelező szolgáltatás nyújtására nem alkalmas – külföldi intézetektől is vásárolhat szolgáltatásokat. Az azonban nem jelenthet egyedi kivételeztséget, nem öltheti a szubjektív elbíráris körébe tartozó segélyezés formáját (erre más forrás azonos), hanem az egyenlő jogok, az egyenlő elbíráris szerint minden biztosítottra szigorú mértékben érvényes.

A szolgáltatások vásárlásának feltételeit – a törvényi keretek között – a biztosító intézet és a szolgáltatást nyújtó szervezetek érdekképviseleti szervei (Praktizáló Orvosok Szövetsége, kórházak szövetsége, stb.) közti szerződések rögzítik.

A betegbiztosító intézet saját gyógyító intézményein keresztül is nyújthat szolgáltatásokat a biztosítottak részére. A szektorsemlegesség elvét azonban ebben az esetben sem szabad megsérteni. A szolgáltatások igénybevételének és elszámolásának feltételei megegyeznek az érdekképviseleti szervekkel kötött szerződésben rögzítettekkel. A saját intézmények működtetésénél a biztosítottak egyetlen rétegét sem szabad a többiek rovására úgy kivételezett helyzetbe hozni, hogy mások részére csak külön térítésért (vagy kiegészítő biztosítással) elérhető szolgáltatásokat is igénybe vehetnek az alapvető szolgáltatásokra vonatkozó feltételek szerint.

– Gyógyszerekhez, gyógyászati segédeszközökhöz adott támogatás

A betegbiztosító a biztosítottak részére egységes elvek szerint támogatást ad a gyógyszerekhez, gyógyászati segédeszközökhöz való hozzájutáshoz. A támogatás feltétele, hogy a gyógyszerrendelés a biztosító által választott háziorvos, a háziorvosa által javasolt szakellátási szint) történjen.

A külön térítésért vagy kiegészítő biztosítás keretében történő rendelések alapján vásárolt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök nem tartoznak a biztosítási támogatások körébe.

A szociális jellegű gyógyszer-támogatás („közgyógyellátás”) ugyancsak nem tartozik a betegbiztosítási támogatások közé.

– Táppénz

A táppénzkezelés jelenlegi rendszere nem tudja igazi rendeltetését, célszerűségét és mértékét elérni. Egyre inkább a szociális problémák kiegészítő megoldásává válik óriási – és céltalan – adminisztrációs terhet jelentve az egészségügyi ellátórendszernek és rohamosan növekvő, nem a betegellátást szolgáló terheket a társadalombiztosításnak. Fejlettebb országok tapasztalatait figyelembe véve korszerűsíteni kell a táppénzrendszert. Ki kell dolgozni a 30 napig terjedő betegszabadság megvalósításának feltételeit, munkáltatók általi finanszírozásának módját a társadalombiztosítási járulék olyan csökkentése mellett, hogy a munkáltatóknak is megéjre. Így növelhető a munkáltatók érdekeltsége a betegségek megelőzésében, az egészséges munkakörülmények kialakításában. A 30 napos betegszabadság azt jelenti, hogy a betegbiztosító éves szinten csak a 31. naptól kezdve fizet (az eddigiekhez hasonló mértékben, keresetarányosan) táppénzt.

– Terhességi, gyermekágyi segély

A betegbiztosítási rendszernek hagyományos szolgáltatása az anya részére a gyermekszületést követő keresésképtelenség idejére. Fenntartása az eddigi formában és mértékben indokolt.

– Korhatár előtti rokkantsági nyugellátások

A táppénzhez is hasonlóan ez a szolgáltatás is egyre inkább a szociális indítékok hatása alá kerül. Ezért feltételeit felül kell vizsgálni. Fokozatosan meg kell teremteni az érdekeltséget a foglalkoztatási rehabilitációban mind a munkáltató, mind az egyén számára. Felül kell vizsgálni az orvosszakmai minősítés jelenlegi szabályait és erősíteni az orvosi rehabilitáció lehetőségeit.

– Egészségvédő programok

A betegbiztosító elemi érdeke az állampolgárok egészségének megőrzése. Ehhez finanszírozhat olyan programokat, amelyek a biztosítottak részére azonos eséllyel elérhető és elősegítik egészségügyi állapotuk javulását. Ilyenek a különböző

- egészségügyi felvilágosítási programok,
- egészségmegőrzési programok,
- betegségmegelőzési, különleges szűrési programok,
- rekreációs programok.

– Egészségügyi fejlesztések támogatása

A betegbiztosító az egészségügyi szolgáltatásokat megvásárolja. A térítési díjaknak – egységes elvek szerint – amortizációs költség tartalma is van. A biztosító a térítési díjakban szereplő amortizációs hányadon túl az egészségügyi ellátóhálózatban beruházásokat nem támogat, nem finanszíroz. Az eseti támogatások ellentétesek a biztosító alapvető feladataival és a szektorsemlegességgel.

– Balesetbiztosítási szolgáltatások

Átmenetileg, amíg az önálló balesetbiztosítás kialakításának feltételei nincsenek meg, a betegbiztosításon belül kell nyújtani a baleseti ellátással kapcsolatos szolgáltatásokat. Az önálló balesetbiztosítás kialakításához a biztosítónál szükséges a baleseti ellátások elkülönített kezelése a későbbi reális járulékkal való megvalósításához, a rácsökentés érdekeltjei rendszerének kialakításához.

7. Kiegészítő biztosítás

A kötelező betegbiztosítás keretében elérhető alapvető egészségügyi szolgáltatások körét meghaladó igényeket – akár azért, mert a kétpólusú egészségügyi ellátástól idegen formában jelentkeznek, vagy mert luxus igények, vagy a technikai, gazdasági, szociális fejlettségi szint nem teszi lehetővé kielégítésüket – különleges igényként kell kezelni. Az ilyen szolgáltatásokat az igénybevevőnek meg kell fizetni vagy közvetlenül, vagy kiegészítő biztosítás keretében.

A különleges igények kielégítésére alakuló kiegészítő biztosításra magától értetődően kínálkozik a vállalkozási versenyszféra. Ez a forma felel meg legjobban az ellátási színvonal fejlődésében döntő szerepet játszó új szolgáltatások kialakítása, terjedése, általánossá tétele szempontjának.

Az alapvető és kiegészítő szolgáltatások körét nagyon pontosan (és szigorúan) kell szétválasztani, hogy ne kínáljunk lehetőséget az összekeverésükkel eredő visszaélésekre, tisztességtelen versenyre.

Tehát több, egymással versengő, profitérdekelt kiegészítő biztosítótársaság megjelenésével számolhatunk a jövőben. Hasonló formában kell elképzelnünk az egészségügyi intézetek, orvosok felelősségbiztosítását is, ezt is profitérdekelt biztosítótársaságok kezelik.

8. Közvetlen költségtérítés a betegek részéről („co-payment“)

Az egészségügyi ellátórendszer eredményes és hatékony működése megkívánja a lakosság célszerű viselkedésre való orientálását mind az egészségmegőrzésben, betegségmegelőzésben való aktív részvételre, mind az egészségügyi szolgáltatások célszerű igénybevételére. Erre is a legjobb módszer a gazdasági ösztönzőrendszerek alkalmazása. Elsősorban a negatív ösztönzés, a betegek (kismértékű) közvetlen költségtérítése jöhet szóba. Jelenleg ennek vannak hagyományai, most is sok területen alkalmazzák. Így a

- gyógyszereknél,
- gyógyászati segédeszközöknél,
- fogtechnikai termékeknél,
- bizonyos gyógyászati szolgáltatásoknál,
- alkalmassági vizsgálatoknál,
- mentőhasználatnál, stb.

Megállapítható, hogy a mostani meglehetősen eklektikus gyakorlat meghatározott általános cél nélkül, főleg szociális megfontolások szerint alakult ki. Kedvező irányú ösztönző hatást a legritkább esetben lehet találni. Ezért ezen a területen is – anélkül, hogy a lakosság anyagi terheit növelnénk – szükséges az ésszerűsítés. Az alapvető szolgáltatások körében a lakossági közvetlen hozzájárulásokat a célszerű ösztönzés szolgálatába kell állítani, felhasználni a kedvezőtlen viselkedésmódot (pl. a túlzott gyógyszerfogyasztás vagy aktív kórházi ágyak szociális célú igénybevétele) visszaszorításában. A lakosság anyagi terheit az sem növelni, ha az általánossá vált paraszociális rendszert (amelyet egyes, talán túlzott becsülések az egészségügy működési költsége egynegyed részének tartanak) fokozatosan legális hozzájárulásokkal alakítanánk.

A negatív ösztönzés mellett meg kell vizsgálni a pozitív ösztönzés (a kívánatos viselkedés, pl. betegségmegelőzési programokban való részvétel jutalmazása) alkalmazásának lehetőségét is.

9. Szabad orvos- és intézményválasztás

A szabad orvosválasztás egyrészt a személyi autonómia fontos megnyilvánulási formája, másrészt az igazi orvos-beteg kapcsolat alapja, amihez tartalmat a bizalom adhat. Ezt bürokratikus előírásokkal nem lehet kialakítani. A szabad orvosválasztás ad lehetőséget a háziorvos és betegek közti bizalom alapuló tartós kapcsolat kialakítására, megerősítésére, esetleg zavarai esetén megszüntetésére, új kapcsolat kialakítására. Ezért formájának olyannak kell lenni, hogy a tartós kapcsolat kialakulását segítse elő, nem lehet a véletlenszerű, esetleges és ezért felületes kapcsolatrendszer erősítője. Ez azt jelenti, hogy a háziorvos bizonyos időszakokra (egy évre) választja a beteg. Az időszak lejártakor ezt a kapcsolatot újból megerősíti vagy esetleg megszünteti és újat létesít. Tehát az adminisztratív területi kötöttségek megszűnnek. A területi elvnek csak az önkormányzatok ellátási kötelezettsége vonatkozásában van jelentősége. Ez azt jelenti, hogy senki sem maradhat ellátatlanul. A háziorvosnak ellátási kötelezettsége van a körzetét illetően. Ott lakó állampolgár jelentkezését nem utasíthatja vissza, ha az önkormányzattal ilyen jellegű megállapodást kötött.

A házi orvoslás, a kétpólusú egészségügy elvből következik, hogy a szakellátás igénybevétele nem történhet spontán, a beteg egyéni ötlete alapján. Oda csak a háziorvosa tanácsára fordulhat, arra a szintre, amelyet egészségi állapota indokoltat tesz. Ezért a szakellátás, az egészségügyi intézmények szabad választása a háziorvos beutalójával történik. A betegbiztosító beutaló nélkül szakellátás (ambuláns rendelő, kórház) igénybevétele nem téríti meg, az csak a beteg külön költségtérítése mellett lehetséges.

Az intézetben (kórházon) belüli orvosválasztásra a kötelező biztosítás szolgálta-

tási köre nem terjed ki. Ez csak kiegészítő szolgáltatásként vehető igénybe. A területi elv a szakellátásban is úgy érvényesül, mint az alapellátásban, a háziorvos a beutalásban területi elvek nem korlátozzák.

A sürgősségi ellátásra külön rendszabályok vonatkoznak. Minden orvosnak, akár alapellátásban, akár szakellátásban dolgozik, a közvetlen vagy közvetett életveszélyes sürgős eseteit feltétel nélkül el kell látni.

A szabad orvosválasztás a piaci elvek szerint működő ellátórendszernek is szükségszerű velejárója. A piac bizonyos mértékben versenyt tételez fel a szolgáltatást nyújtók között. A szükséges egészséges verseny a szabad orvos- és intézményválasztás nélkül elképzelhetetlen.

10. A biztosító pénzügyi egyensúlya – állami garancia

A betegbiztosító intézetnek alapvető feladata az egészségügyi ellátórendszer működéséhez biztos anyagi alapot adni. Kialakításának egyik indoka volt, hogy önálló alapként lehetőséget ad az egészségügynek a költségvetéstől való közvetlen függőség elkerülésére.

Az egészségügyi feladatai az elkövetkező időszakban nem csökkennek. A lakosság egészségi állapotában rövid távon javulás sajnos nem várható, ugyanakkor az egészségügyi ráfordításoknak, a gyógyszeráraknak a rohamos növekedésével – mint realitással – kell szembenézni. Ebben az időszakban – az aktív keresők létszáma – a növekvő munkanélküliség, valamint a foglalkoztatási célú korengedményes nyugdíjazások mellett tovább csökken, s ez fokozza a bevétel- és kiadások közötti eltérést.

Számolni kell azzal is, hogy a privatizáció következtében a járulék alapjául szolgáló keresettömeg is mérsékeltebben nő. Mindezt figyelembe véve a jelenlegi társadalombiztosítási rendszer finanszírozásához a járulékmértékeket növelni kellene. Ezzel szemben ma is gondot okoz a bérarányos társadalombiztosítási járulékok magas mértéke (43+10%), amihez a munkanélküliségi járulék címén további bérarányos elvonás kapcsolódik.

Tehát a szükséges pénzügyi egyensúly megteremtése különösen nehéz feladat. Jelenleg a társadalombiztosítás pénzügyi egyensúlyának biztosítására igénybevehető megoldások közül ki kell zárni

- a járulékmérték emelését,
- a gyógyító-megelőző ellátás alapvető szolgáltatásainak és a kötelező társadalombiztosítás szerepének szűkítését,
- az ellátás színvonalának csökkentését.

Így az egészségügyi ágazat *elsősorban* a hatékonyan működő ellátási rendszer minél előbbi kiépítésével, a belső tartalékok feltárásával segíthet helyzetén. *Másodsorban* a társadalmi értékrend olyan alakításával, hogy az állami költségvetés a korábbinál nagyobb mértékben járuljon hozzá a lakosság egészségi állapotának javításához. Ezt segíti elő a társadalombiztosítás feletti *állami garancia*. A garancia kötelezettsége az államnak a lakosság egészségi állapotáért való felelősségéből ered. Ezért a betegbiztosítási rendszer állami felelősség és garancia (gazdasági, pénzügyi, jogi és egészségpolitikai értelemben is) mellett működik.

Az állami felelősség a biztosító működése feletti garancián túl kiterjed az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményhálózat létrehozásából, fejlesztéséből, fenntartásából adódó, az ellátási kötelezettséggel kapcsolatos feladatokra is. Ez részben állami tulajdonban levő intézményekkel, nagyrészt azonban a területi önkormányzatok hatáskörében történik. Az ellátás feltételeinek biztosítása az önkormányzatok feladata. Ehhez megfelelő forrásokkal kell rendelkezniük. A saját intézmények mellett az ellátási kötelezettségüknek vállalkozások útján is elegendő tehetnek.

Az önkormányzatok szabadon alapíthatnak, létesíthetnek intézményt. Az intézmény az önkormányzat tulajdona, illetve vele szerződéses viszonyban áll. E szerződés tartalmazza az orvos, intézmény és az önkormányzat egymáshoz való viszonyát, az eszközhasználatért esetlegesen fizetendő díjazást, az ellátási kötelezettséget stb. A betegbiztosító az orvosokkal és intézményekkel szolgáltatásaira köt szerződést. Amennyiben az orvos vagy intézmény teljesítménye alapján nem képes működni, úgy a többletköltségeket az önkormányzatnak kell finanszíroznia, vagy döntenie az intézmény megszüntetéséről és a szolgáltatásokra más intézménnyel állapodhat meg.

Az egészségügyi ellátás feletti szakmai felügyeletet az államnak kell biztosítani. A szakpolitikai stratégiát, az egészségügyi szakmai fejlesztésének irányait az egészségügyi kormányzat határozza meg. A kormányzat szakhatósági jogkört gyakorol a szolgáltatások orvosszakmai követelményei, azok engedélyezése felett. Az egészségügyi szakmai kérdések – szolgáltatások minőségi előírásai, az egészségügyi ellátóhálózat strukturális és működési kérdései, a munka eredményességét és hatékonyságát befolyásoló gazdasági kérdések – a lakosság egészségi állapotáért viselt felelősségnek megfelelően – az ágazati irányítás hatáskörébe tartoznak.

V. Új értékrend kialakulása

1. Erkölcsei válság az egészségügyben

Az egészségügy strukturális és működési válsága erkölcsi válsághoz vezetett. A hirdett elvek és a gyakorlat közti mély szakadék olyan értékrend érvényre jutását jelzi, amelyet társadalmunk egyre kevésbé tud elviselni. A leg súlyosabb tünetek:

- a betegekkel együttérzést nélkülöző bánásmód,
- az értékes munka, a szaktudás elértéktelenedése,

- általánossá vált paraszolvenciarendszer,
 - kijárási forráshoz jutás és a belőle származó pazarlás,
 - kijárási szabályok, kiskapuk, nem nyílt ügykezelés, szubjektívizmus.
- Ezt a folyamatot meg kell állítani, ha el akarjuk kerülni a teljes balkanizálódást. Erre a strukturális és működési zavarokat megszüntető új egészségügyi rendszer kialakítása, a vele érvényre jutó új értékrend ad lehetőséget:
- a végzett munka, a szaktudás, a teljesítmény elismerése az új finanszírozási rendszerrel,
 - a teljesítmények munkahelyeken belüli elismerése,
 - tiszta, világos, nem kijárási szabályok, a szubjektív döntések lehetőségének minimalizálása az irányításban,
 - a különleges szolgáltatások megvásárlásának legális lehetősége,
 - a lakosság érdekeinek intézményes védelme,
 - demokratikusan választott és ellenőrzött irányító testületek a legfontosabb területeken (biztosító, önkormányzatok, intézmények)
 - szabad orvosválasztás,
 - orvosok, egészségügyi dolgozók demokratikus képviselői szervei (Orvosi Kamara, Praktizáló Orvosok Szövetsége, Kórházszövetség, stb.)
- A teljesítményelv, a demokratikus irányítás, a társadalmi ellenőrzés, a lakosság öntevékenysége olyan változásokat indít el, amelyek elvezetnek az erkölcsi megújuláshoz.

2. Paraszolvencia kérdése

A paraszolvencia ma az egészségügy egyik legsúlyosabb problémája. Komplex szakmai, politikai, gazdasági, jogi és etikai kérdés.

A problémát mértéke teszi annyira súlyossá, hogy megakadályozhat minden átalakulást. Egyes – reméljük túlzott – becslések szerint ma az egészségügybe illegálisan bekerülő pénzek összege meghaladja a teljes működési költségek egynegyedét, de a legszerűsebb becslések szerint is óriási pénzről van szó. Ezért a probléma megoldására önmagában az egészségügy nem is képes.

Ha a paraszolvenciát legális jövedelemmé tudnánk változtatni, akkor a mai rendelkezések szerint háromszorosa kellene bruttó bérként és TB járulékként az egészségügynek megkapni. Erre nincs esély.

Másrészt, ha meglenne ennek a fedezete, akkor sem sikerülne rövid távon megszüntetni. Az adó nélküli, illegális jövedelem kísértése olyan nagy, hogy kevesen tudnak ellenállni. Továbbá a paraszolvencia rendkívül egyenetlenül és igazságtalanul (nem munka arányosan) kerül az egészségügybe. Igazi – és sok esetben döntési helyzetben levő – hasonlítókat a legális jövedelmek irreális emelésével sem lehetne kárpótolni. A jelenlegi helyzetet gyorsan megváltoztatni akaró bármilyen (elsősorban adminisztratív) intézkedés sikere erősen kétséges lenne. Ezért a paraszolvencia megszüntetését hosszabb távon, fokozatosan, az új egészségügyi rendszer kialakulásával párhuzamosan lehet csak elképzelni.

A paraszolvencia (a fekete piac) oka az igazi piac hiánya, a lakosság jogos igényének megfelelő ellátás, kiszolgálás hiánya. Ezt az igényét jelenleg csak illegálisan tudja kielégíteni. Emellett az is igaz, hogy – a fekete piac törvényei szerint – gyakran be is csapják. Nem azt kapja és nem annyiért, mint amire számított.

Ezért a paraszolvencia kérdést elsősorban az egészségügyi szolgáltatások igazi piacának kialakítása tudja megoldani. De a korrekt piac érzékeny szabályozást kíván, ezért jogi eszközök is szükségesek.

Az új egészségügy paraszolvencia ellen ható tényezői:

- A betegbiztosítás nyílttá teszi a lakosság részére az egészségügyi ellátásért fizetett járulékot és az érte megvásárolható szolgáltatásokat
- A szolgáltatást nyújtók közti versenyhelyzet elősegíti a korrekt viselkedés kialakulását,

- A többletmunka anyagi elismerése, a keresetnövelés legális lehetőségének a megeremtése,
- A lakosság részéről a különleges igények kielégítésének legális lehetősége (külön térítés, kiegészítő biztosítás).

Szükséges további intézkedések:

- Tiszta – és reális, elérhető célt kitűző – jogi szabályozás. Elsősorban a „kettős finanszírozás” tilalma. Egy szolgáltatásért csak egyszer szabad térítést kérni, elfogadni.
- Bizonyos területeken a térítési hozzájárulás (co-payment) bevezetése
- Az adózás és TB járulékok fizetés szabályozásának korrekciója, hogy elősegítse az illegális jövedelmek legálissá válását. Ez a költségvetésnek – még rövid távon is – csak hasznot jelenthet.
- Az orvosok (és egészségügyi dolgozók) anyagi és erkölcsi megbecsülésének növelése. Az új rendszerre való áttérés – elsősorban bér–költségeinek soron kívüli biztosítása.

3. A szakmai színvonal emelése

Az új egészségügyi rendszerre való áttérés nagyon komoly felkészülést igényel. Az új rendszer megismerése lehet az alapja elfogadásának, az áttérés sikerének. Ezért szükséges a széles szakmai közvélemény előtti részletes megismertetése.

Az általános felkészítésen túl két nagyon lényeges területet ki kell emelni.

- Az egyik az *alpellátásban* dolgozók, az ott dolgozni szándékozók – elsősorban – orvosszakmai felkészítése. Erre külön programot kell szervezni és meg kell oldani az általános orvoslás szakterületén a folyamatos képzést, oktatást is.
- A másik az egészségügyi intézmények vezetésének – elsősorban *manager* ismereteknek az oktatásával – a megerősítése, a növekvő teljesítmény követelményekhez való alkalmazkodás irányítására való felkészítése.

VI. Az 1992-ben bevezetendő változások minimális programja

1. Az új egészségügyi és biztosítási rendszer jogi kereteinek megeremtése
2. Szakmai követelményrendszer, szakmai irányelvek kiadása, a minőségellenőrzés megszervezése az alpellátásban és előkészítése a szakellátásban.
3. Az alpellátásban dolgozó vagy dolgozni kívánó orvosok szervezett felkészítése, továbbképzése a háziorvoslás, az új egészségügyi ellátás szervezési és gazdasági feladataira.
4. A vállalkozások elterjesztésének ösztönzése, támogatása az alpellátásban.
5. A teljesítményarányos finanszírozás bevezetésének megkezdése. Országos mértékben a teljesítménymérés indítása 1992. január 1-jén és finanszírozási rendszerrel fejlesztése az alábbi ütemezésben:
 - alpellátás (felölt, gyermek és fogászati ellátásban egyaránt)
 - járóbeteg szakellátás,
 - fekvőbeteg ellátás.
6. A szabad orvos- és intézményválasztás meghirdetése. Az alpellátásban a szabad orvosválasztás intézményesített lebonyolítása a lakosság teljes körében.
7. Az alpellátás orvosainak munkáját segítő informatikai eszközök, módszerek széleskörű elterjesztése.
8. Az érdekképviselői szervek (pl. Praktizáló Orvosok Szövetsége) és a társadalmi ellenőrzés szervezetei (pl. a Betegbiztosító Önkormányzata) szerepének kialakítása az új rendszerben.
9. Az önálló betegbiztosítási alap létrehozása és kezelése szervezeti formáinak a kialakítása.
10. A betegbiztosító felkészülése a teljesítményelvű finanszírozás bonyolítására (számlafogadás, kifizetések, ellenőrzés megszervezése).

Megbeszélés

A fibromuscularis dysplasia második leggyakoribb előfordulási helye az art. carotis interna. A cerebralis angiographiák 0,25–1,0%-ában észlelhető (4, 11, 19). A kórisme az angiographiás kép alapján nagy valószínűséggel felállítható, 80–85%-ban gyöngyfüzészerű szűkületek és tágulatok sora ábrázolódik, 6–12%-ban tölcsér alakú stenosis, 4–6%-ban aneurysmaszerű tágulattal excentrikus szűkület látható (11, 21).

A carotis interna FMD-ját 1964-ben *Palubinskans* és *Ripley* (22), valamint *Javid* (12) írták le. Magyarországon *Kander* és munkatársai (13) négy esetről számoltak be, *Dzsinich* és munkatársai (6) az art. renalis és a carotis interna egyidejű érintettségét észlelték.

A fibromuscularis dysplasia többnyire a carotis interna extracranialis részére, annak a cervicalis I–II. csigolya közé eső szakaszára lokalizálódik. Az esetek 60–65%-ában az elváltozás kétoldali (7) és gyakran társul hozzá intracranialis aneurysma (11, 19, 21). Elsősorban 50 év körüli nőknél jelentkezik (4, 19). A betegek többségének csak enyhe panaszai vannak (fejfájás, szédülés, fülzúgás), de amaurosis fugax, transitorikus ischaemiás attack és stroke is felléphet (4, 11, 17, 19).

Ritkán súlyos szövődmenyként az arteria fal spontán dissectiója és a társuló aneurysma rupturája észlelhető.

A választandó terapia a tünetek súlyosságától, az elváltozás helyétől és kiterjedésétől függ. Ha a beteg panaszai enyhék és a carotis internán a stenosis kisméretű, akkor konzervatív kezelés, elsősorban trombocita aggregációt gátló gyógyszerek adása javasolt (27). Sebészi beavatkozás enyhe panaszok mellett észlelt significans (40–50%-ot meghaladó) stenosis vagy kifejezett agyi ischaemiás tünetek jelentkezésekor jön szóba. A műtéti indikáció elbírálásakor azt is figyelembe kell venni, hogy a többszörös sacularis jellegű elváltozás microembolisatio forrása is lehet, ilyenkor ennek műtéti megoldása jelentős szűkület nélkül is indokoltá válhat.

Amikor a carotis interna proximalis, sebészileg hozzáférhető szakasza érintett, resectio (direkt varrattal vagy veinagraft interpositummal), vagy foltplastica végezhető (3). Distálisabb lokalizáció esetén Garret dilatátorral vagy Fogarty-katéterrel arteriotómián át végzett fokozatos intraluminalis tágítás (2, 7, 20), esetleg az art. cerebri media és a carotis externa közötti bypass (25) az ajánlott megoldás. Az utóbbi években a carotis interna FMD kezelésében is tért hódít az angioplastica. Az első sikeres percutan transluminalis angioplasticát 1981-ben *Hasso* és munkatársai (10) végezték. A Grünzig-féle ballonkatéter intraoperatív használatáról *Levien* és munkatársai (15), valamint *Smith* és munkatársai (23) számoltak be. Azóta az eredményes beavatkozásokról szóló közlemények száma egyre nő (1, 5, 8, 26).

Az angioplasticánál a sebészi dilatációval szemben a tágítás helye és foka jobban kontrollálható, így az érfa dissectiója, rupturája elkerülhető. A tágítás éber betegben elvégezhető és nem marad vissza a carotison thrombogénitást fokozó, esetleg szűkületet okozó varratsor.

Ritkán, elsősorban anatómiai és technikai okok miatt a percutan dilatatio nem vihető ki, ekkor intraoperatív angioplastica végezhető. Ezen beavatkozás ajánlott olyan esetekben is, amikor az angiographia fali thrombus lehetőségét veti fel. Ilyenkor a dilatatio előtt Fogarty-katéterrel a thrombus eltávolítható, tágítás után a carotis interna visszavézéztetésével pedig a tovasodródása megakadályozható. Az intraoperatív angioplastica mellett szól az a körülmény is, hogy a dilatációs manőver közben (melyet esetleg több lépcsőben végzünk) a carotis internában a keringés áll, ezáltal az iatrogen embolisatio veszélye minimális. További előnye a percutan beavatkozással szemben, hogy megkönnyíti az esetleges szövődmeny azonnali ellátását.

Az angioplastica mindkét formájában fontos a beteg elő- és utókezelése trombocita aggregációt gátló gyógyszerekkel.

A fentiek alapján úgy véljük, hogy az art. carotis internát érintő fibromuscularis dysplasia esetén, ha a feltételek adottak, az intraoperatív angioplastica is választható therapiás eljárás.

IRODALOM: 1. *Belán, A., Véselő, M., Vánek, I. és mtsai*: Percutaneous transluminal angioplasty of fibromuscular dysplasia of the internal carotid artery. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, 1982, 5, 79. — 2. *Collins, G. J. Jr., Rich, N. M., Clagett, G. P. és mtsai*: Fibromuscular dysplasia of the internal carotid arteries: clinical experience and follow-up. *Ann. Surg.* 1981, 194, 89. — 3. *Conett, M. C., Lansche, J. M.*: Fibromuscular hyperplasia of the internal carotid artery: report of a case. *Ann. Surg.*, 1965, 162, 59. — 4. *Corrin, L. S., Sandok, B. A., Houser, O. W.*: Cerebral ischemic events in patients with carotid artery fibromuscular dysplasia. *Arch. Neurol.*, 1981, 38, 616. — 5. *Dublin, A. B., Balthaxe, H. A., Cobb, C. A.*: Percutaneous transluminal carotid angioplasty in fibromuscular dysplasia: case report. *J. Neurosurg.* 1983, 59, 162. — 6. *Dzsinich, Cs., Farsang, Cs., Szilágyi, L. és mtsai*: A fibromuscularis dysplasia okozta arteria renalis elváltozások sebészi kezeléséről. *Orv. Hetil.*, 1985, 126, 2883. — 7. *Ehrenfeld, W. K., Wylie, E. J.*: Fibromuscular dysplasia of the internal carotid artery. Surgical management. *Arch. Surg.*, 1974, 109, 676. — 8. *Garrido, E., Montoya, J.*: Transluminal dilatation of internal carotid artery in fibromuscular dysplasia: preliminary report. *Surg. Neurol.*, 1981, 16, 469. — 9. *Harrison, E. G. Jr., McCormack, L. J.*: Pathologic classification of renal arterial disease in renovascular hypertension. *Mayo Clin. Proc.*, 1971, 46, 161. — 10. *Hasso, A. N., Bird, C. R., Zinke, D. E. és mtsai*: Fibromuscular dysplasia of the internal carotid artery: Percutaneous transluminal angioplasty. *A. J. R.*, 1981, 136, 955. — 11. *Houser, O. W., Baker, H. L. Jr., Sandok, B. A. és mtsai*: Cephalic arterial fibromuscular dysplasia. *Radiology*, 1971, 101, 605. — 12. *Javid, H., Hill, L. D., Antonius, J. I.*: Arterial dysplasia. *Arch. Surg.*, 1965, 90, 585. — 13. *Kander Z., Gyuris J., Steffek M.*: Az arteria carotis interna fibromuscularis dysplasiája. *Magy. Radiol.* 1982, 56, 209. — 14. *Leadbetter, W. F., Burkland, C. E.*: Hypertension in unilateral renal disease. *J. Urol.*, 1938, 39, 611. — 15. *Levien, L. J., Fritz, V. U., Lurie, D. és mtsai*: Fibromuscular dysplasia of the extracranial carotid arteries: case report. *S. Afr. Med. J.* 1984, 65, 261. — 16. *Lüscher, T. F., Lie, J. T., Stanson, A. W. és mtsai*: Arterial fibromuscular dysplasia. *Mayo Clin. Proc.*, 1987, 62, 931. — 17. *Lüscher, T., Vetter, H., Studer, A. és mtsai*: Extrarenal Gefäßbefall bei fibromuskulär bedingter renovaskulärer Hypertonie. *Klin. Wochenschr.*, 1980, 58, 493. — 18. *McCormack, L. J., Hazard, J. B., Poutasse, E. F.*: Obstructive lesions of the renal artery associated with remediable hypertension. *Am. J. Pathol.*, 1958, 34, 582. — 19. *Mettinger, K. L., Erierson, K.*: Fibromuscular dysplasia and the brain: observations on angiographic, clinical and genetic characteristics. *Stroke*, 1982,

13, 46. — 20. *Morris, G. C. Jr., Lechter, A., DeBaKey, M. E.*: Surgical treatment of fibromuscular disease of the carotid arteries. *Arch. Surg.*, 1968, 96, 636. — 21. *Osborn, A. G., Anderson, R. E.*: Angiographic spectrum of cervical and intracranial fibromuscular dysplasia. *Stroke*, 1977, 8, 617. — 22. *Palubinskas, A. J., Ripley, H. R.*: Fibromuscular hyperplasia in extrarenal arteries. *Radiology*, 1964, 82, 451. — 23. *Smith, D. C., Smith, L. L., Hasso, A. N.*: Fibromuscular dysplasia of the carotid artery treated by operative transluminal balloon angioplasty. *Radiology*, 1985, 155, 645. — 24. *Stanley, J. C., Gewertz, B. L., Bove, E. L. és mtsai*: Arterial fibrodysplasia: histopathologic character

and current etiologic concepts. *Arch. Surg.*, 1975, 110, 561. — 25. *Sundt, T. M. Jr., Whisnant, J. P., Fode, N. C. és mtsai*: Results, complications, and follow-up of 415 bypass operations for occlusive disease of the carotid system. *Mayo Clin. Proc.*, 1985, 60, 230. — 26. *Tsai, F. Y., Matovich, V., Hieshima, G. és mtsai*: Percutaneous transluminal angioplasty of the carotid artery. *A. J. N. R.* 1986, 7, 349. — 27. *Wesen, C. A., Elliott, B. M.*: Fibromuscular dysplasia of the carotid arteries. *Am. J. Surg.*, 1986, 151, 448.

(Horváth Tibor dr. Eger, Pf. 15. 3301)



„Medikusok Könyvesboltja ajánlja”

..... pld. Droste: Memorix	ára: 345,— Ft
..... pld. Harkányi: Duplex ultrahang	2500,— Ft
..... pld. Harmat: Neurosonográfia	650,— Ft
..... pld. Sebészeti (szerk.: Dr. Gaál Csaba)	2500,— Ft
..... pld. Gyakorlati inzulinterápia	590,— Ft
..... pld. Neumann: Manuális medicina	490,— Ft
..... pld. Halász: Epilepszia	775,— Ft
..... pld. Halász: A felnőttkori epilepszia EEG atlasza	2270,— Ft
..... pld. Rác: Gyakorlati bőrgyógyászat	1200,— Ft
..... pld. Ribári: Fül-, orr-, gégegyógyászat	1200,— Ft
..... pld. Tóth: A lézerek klinikai alkalmazása	1300,— Ft
..... pld. Engl: Gakorlatok az afázia terápiájához	180,— Ft
..... pld. Bánk: Kolposzkópia	325,— Ft
..... pld. Mumenthaler Neurológia	700,— Ft
..... pld. Vízkelety: Csontízületi daganatok és daganatszerű elváltozások	190,— Ft
..... pld. Tímár: Foglalkozási betegségek	880,— Ft
..... pld. Fábrián: Klinikai fogpótlásban	996,— Ft
..... pld. Progresszív betegellátás I–IV. (Kötetenként is megrendelhető) Egy kötet ára:	180,— Ft
..... pld. Korszerű orvosi diagnosztika és terápia	1480,— Ft
..... pld. Dr. Tóth E.: Fizioterápia a nőgyógyászatban	298,— Ft

Kérjük, hogy rendelését bélyeggel ellátott, szabvány méretű borítékban szíveskedjék hozzánk elküldeni. Tekintettel a korlátozott példányszámokra, a rendeléseket beérkezési sorrendben teljesítjük.

Postán utánvétellel szállítunk (Közületeknek 500,— Ft felett átutalással számlázunk), a portó költséget felszámítjuk.

Címünk: **Állami Könyvterjesztő Vállalat Medikusok Könyvesboltja**

1088 Budapest, Baross u. 21.

A megrendelő neve:

Pontos címe (irányítószámmal):

Az **ORVOSI HETILAP** folyamatosan közli az egészségügy aktuális rendelkezéseit, készülő törvénytervezeteit, várható változásait.

Ha lépést akar tartani, érdemes előfizetnie a hetilapra!

Előfizethető: **SPRINGER HUNGARICA KIADÓ Kft.**

Budapest, VII., 1075 Wesselényi u. 28.

Telefon: 25-15-755

Előfizetési díj: 1 évre **2460,— Ft**

Ritka lokalizációjú gyulladáshoz fibroid polypus esete

Márton János dr., Farkas Gyula dr., Lonovics János dr.* és Lászik Zoltán dr.**

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Sebészeti Klinika (igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)

I. sz. Belgyógyászati Klinika* (igazgató: Varró Vince dr.)

Kórbonctani és Kórszövettani Intézet** (igazgató: Ormos Jenő dr.)

A szerzők ritka lokalizációjú gyulladáshoz fibroid polypus esetét ismertetik. A nemzetközi irodalomban az összefoglaló közlemények mindössze száz esetről számolnak be, de ezeknek is csak töredék része volt duodenalis lokalizációjú. Az ismertett beteg heves, görcsös hasi fájdalmak és fogyás miatt került belgyógyászati kivizsgálásra, majd műtetre. Az esetbemutató után a szerzők e ritka betegség kóroktanát és a nevezéktan problémáit elemzik. Célszerűnek tartják ilyen esetekben a radikális, kuratív műtét elvégzését. A szerzők által közölt eset diagnosztikus szempontból és a duodenumban való előfordulása alapján is különlegesnek tekinthető.

Kulcsszavak: Fibroid polypus, eosinophilia, proximalis pancreato-duodenectomia

A gyulladáshoz fibroid polypus többnyire a gyomor ritka, benignus megbetegedése. Az elváltozás a duodenumban, illetve a tápcsatorna más szakaszán lényegesen ritkábban fordul elő. A betegség első leírása óta vita folyik a betegség eredetéről, illetve természetéről. Ezt a bizonytalanságot tükrözik a nevezéktan körüli viták is.

A nem jellegzetes tünetek (görcsös epigastriális fájdalom, gyengeség, fogyás) megnehezítik a korai kórismét. A diagnosztikában a legnagyobb segítséget a gastroduodenoscopy és a biopsia jelenti. A hypotoniás duodenographya és az ERCP elvégzése is hozzájárulhat a differenciáldiagnosztikai nehézségek megoldásához.

Anyag és módszer

K. P.-né 62 éves nőbeteg panaszai 1987 áprilisában kezdődtek. Több alkalommal észlelt hirtelen kezdődő, de múló jellegű, gyomortáji görcsös fájdalmat. Egy alkalommal eszméletét is elvesztette. Néhány hét alatt kb. 15 kg-ot fogyott, ezt követően a fogyás üteme mérséklődött, de a gyengeségérzés és fáradékonyság állandósult. Fokozódó anaemiája miatt vaskészítményeket kapott. Egyéni és családi anamnézisében említésre érdemes genetikai és fertőző megbetegedés, valamint allergiás betegség nem fordult elő. A jelentős mértékű fogyás és anaemia miatt történt belgyógyászati kivizsgálás.

Status: kp. táplált nőbeteg. Anaemiás küllemű bőr és nyálkahártyák. Icterus, cyanosis, oedema nincs, ritmusos szív működés, ékelt szívhangok. A tüdők felett sejtés alaplégzés hallható. A has szabadon áttapintható, epigastriálsan, illetve a köldök körül nyomásérzékenységgel észlelhető. A hepatis belégzésben elérhető, lien

Inflammatory fibroid polyp of infrequent localization.

The case of an inflammatory fibroid polyp of infrequent localization is presented. Altogether 100 cases are reported by summarizing publications in the literature and only a small part of them showed duodenal localization. The patient whose case is presented was subjected to internal examination and later to operation because of acute spastic abdominal pain and loss of weight. Following the description of the case the authors analyse the etiology of this rare disease and the problems of terminology. Radical, curative operation is considered expedient in these cases. The presented case can be regarded as a special one both from the viewpoint of diagnostics and of its duodenal localization.

Key words: fibroid polyp, eosinophilia, proximal pancreato-duodenectomy

nem nagyobb. Organikus neurológiai eltérés nem észlelhető. RR. 140/90 Hgmm, testsúly 52 kg.

Laboreredményeiből: se. Na: 141 mmol/l, K: 4,5 mmol/l, HCO₃: 22 mmol/l, UN: 5,3 mmol/l, amylase: 108 E/l, vizelet amylase: 540 E/l, se. bi.: 17 μmol/l alatt, prothrombin: 86%, süllyedés: 22 mm/h, htk: 0,35–0,32–0,37 l/l, fvs: 7,4 G/l, thrombocyt: 0,210 T/l, se. vas: 2,2 μmol/l, VKK: 56,5 μmol/l, kvalitatív vérkép: fiatal alak 4%, pálcika: 2%, segment: 68%, lymphocyt: 26%.

Széket Weber: ismételt + + + +

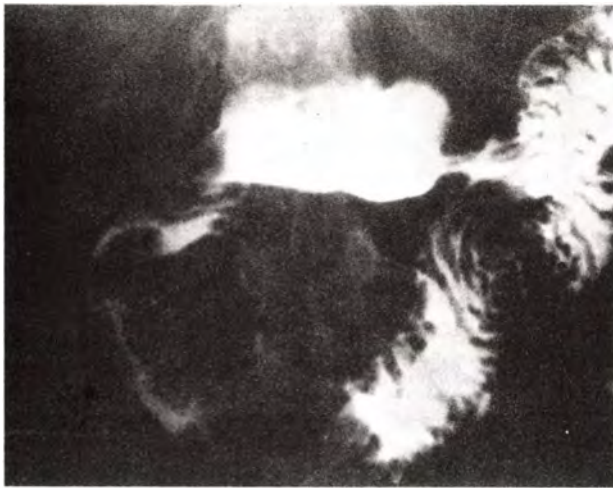
Az eszközös vizsgálatok közül kiemelendők:

ERCP: a Vater-papilla szabályos küllemű. A papillától distálisan a pancreas irányában rendkívül kemény, részben lencsényi fekélyektől tarkított nyálkahártya látható. A pancreas vezeték a fejben, közel 2 cm-re a papillától csaknem teljesen elzáródott. A ductus choledochus szabályos tágasságú, benne kő nem észlelhető. Több biopsiás mintavétel történt.

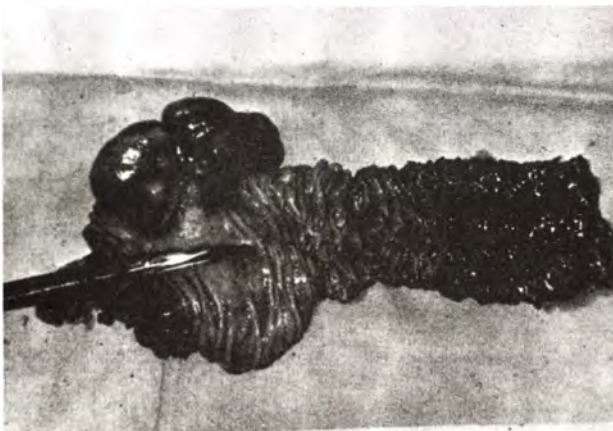
Szövettani vizsgálat: kifehélyesedő ér- és sejtű, nem specifikus sarjszövet.

Hypotoniás duodenographya: a duodenumpatkó normális tágasságú, a duodenum felső, vízszintes szárán kb. 6 cm-es szakaszon állandó jellegű szűkület figyelhető meg, és ez a szűk szakasz részben invaginálódik a bulbusba. A duodenum leszálló szárán és az első vízszintes szár orális harmadán is sima kontúrú, 3–5 cm átmérőjű árnyék-kiesések figyelhetők meg. Itt a duodenum lumen tágabb a normálisnál (1. ábra).

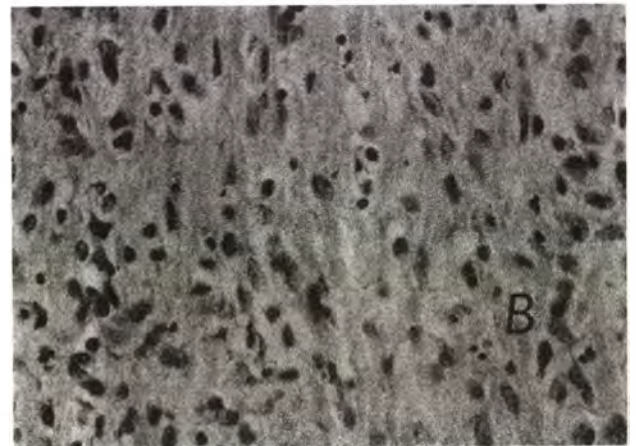
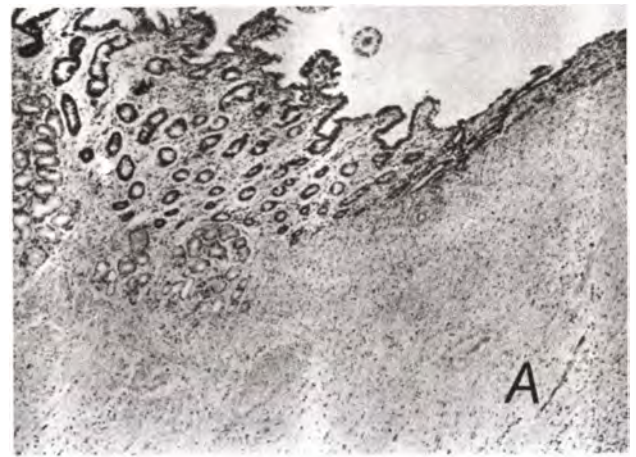
A vizsgálatok a panaszok okaként a pancreas, illetve a duodenum daganatát valószínűsítették, és ezért átvételre került a Sebészeti Klinikára. 1988. február 17-i műtétje során a duodenum pars horizontális inferiorjából kiinduló gombaszerű terimét észleltünk, amely csaknem teljesen elzárta a duodenum lumenét. Emiatt proximalis pancreato-duodenectomiát végeztünk, pylorus megtartással. A distalis pancreast a gyomorba szájazzattuk be. A műtét során a környező nyirokcsomókban, illetve a májban tumormetastasisra utaló elváltozást nem tapintottunk (2. ábra).



1. ábra: Hypotoniás duodenográfia



2. ábra: Műtéti lelet



3. ábra: A duodenum tunica propriáját is infiltráló elváltozás kis (A) és nagy (B) nagyítású képe. az utóbbi képen jól kivehetők a gyulladásosejtek, melyek között eosinophil granulocyták is előfordulnak (HE).

Kórszövetteni lelet

Mikroszkóposan a bélfal minden rétegét infiltráló, azokat egymástól szétválasztó elváltozás figyelhető meg, ami még a nyálkahártya bolyhok tunica propriájába is beterjed. A nyálkahártya elvékonyodott, sőt helyenként ki is fekélyesedett. Az elváltozás a pancreas szomszédos részeibe is beterjed. A domináló sejttípus mesenchymalis jellegűnek látszik. Többnyire hosszúkás, ovális, de enyhe polimorfizmust mutató kromatinszegény és gyakran feltűnően kis nukleolusszal bíró maggal rendelkezik. Magoszlások csak elvétve láthatók. Egyes területeken a sejtek plazmája nagyon világos, néhol vacuolisalt. Zsírfejtéssel a sejtek változó mennyiségű, kettősen fénytörő lipidet tartalmaznak. Elszórtan viszonylag sok eosinophil granulocytá található (3. ábra).

A leírt elváltozás igen szokatlan, nagy valószínűséggel nem daganatos természetű. A duodenum ún. gyulladásoseos fibroid polypusának (gyulladásoseos pseudotumor) tartjuk, mely a pancreas szövetbe is beterjed.

Eseménytelen postoperatív időszak után a beteg klinikánkról gyógyultán távozott. Az eddig eltelt két éves követési idő alatt az ismételt kontroll vizsgálatokon panaszmentesnek bizonyult, 4 kg-ot hízott, anaemiája megszűnt.

Megbeszélés

A gyulladásoseos fibroid polypus a gastrointestinalis tractus submucosus rétegéből kiinduló szoliter elváltozás, mely különböző mértékben eosinophil sejtes infiltrációt mutat. A kórképet először *Vánek* írta le, 1949-ben (9).

A különböző szerzők az elváltozást több kifejezéssel is jelölték, pl.: eosinophil granuloma, haemangiopericytoma, gyulladásoseos pseudotumor, gyomorfibroma eosinophil infiltrációval stb. (2, 3, 4).

A betegség mindig jóindulatú, általában 60–70 éves korban fordul elő. A kvalitatív vérképben eosinophil sejtszám emelkedés csak elvétve észlelhető. Az elváltozás polypyszerű, vagy sessilis jellegű, a submucosából indul ki, és csak nagyon eltérő mértékben mutathat eosinophil sejtes infiltrációt. Egyes típusai erősen vascularisáltak és a véredényeket vastag kötőszöveti zóna veszi körül (10).

Az eosinophil gastroenteritistől való elkülönítés diag-

nosztikus nehézséget okozhat. A két betegség azonban megjelenési formája és az anamnesztikus adatok alapján is különbözik egymástól. A gyulladáshoz fibroid polypus inkább az idősebb életkorban fordul elő, míg az eosinophil gastroenteritis a fiatalabbak, illetve a középkorúak betegsége. Gyulladáshoz fibroid polypus esetén a perifériás vércsőben eosinophilia nem észlelhető. A szövettani vizsgálatnál a kötőszöveti elemek dominálnak, és a műtetet követően recidívával nem kell számolnunk.

A gyulladáshoz fibroid polypus leggyakoribb előfordulási helye a gyomor (70%). Ritkán észlelhető az ileumban, a jejunumban, a colonban, a duodenumban és az oesophagusban (1, 7, 8, 11).

A betegség eredete nem tisztázott. Neurogen és vascularis eredet lehetősége egyaránt felmerült. Az irodalomból ismert, hogy számos esetben kezdetben neurofibromának, vagy neurilemmomának vélelményeztek. A szövettani vizsgálat során gyakran Paccini-féle testeknek tartották a koncentrikus, hagymahéjszerű kötőszövet szaporulatot. Más esetben Wagner—Meissner-féle testeknek vélték a felszín közelében lévő kanyargós ereket körülvevő szöveti struktúrákat.

Más szerzők a hosszúk alakú, koncentrikus rétegben elhelyezkedő sejtek alapján az elváltozást haemangiioendotheliomának, illetve haemangiopericytomának tartották. Az allergiás eredetet támogatta egyes esetekben a kötőszöveti állományban nagy számban előforduló eosinophil-, illetve plazmasejt is, annak ellenére, hogy a betegeknek allergiára, vagy hypersensitivitásra utaló tünetek nem voltak. A szöveti kép hasonlósága, valamint az infiltratív jellegű növekedés alapján felmerül, hogy talán az intraabdominalis fibromatossal rokon elváltozásról van szó.

A kórkép etiológiája máig sem tisztázott, de tekintettel a szövettani képre, az elváltozás makroszkópos megjelenési formájára, valamint a betegség benignus lefolyására, a gyulladáshoz fibroid polypus tűnik a legalkalmasabb elnevezésnek (5).

A panaszok általában epigastriális fájdalom, hányinger, hányás formájában jelentkeznek. Több szerző is beszámolt intussusceptio kialakulásáról. A legtöbb ilyen esetet Afrikában Nkanza és mtsai írták le (6).

Közölt esetünkben a vezető tünet a görcsös, epigastriális fájdalom, a fogyás és az anaemia volt. Ezek alapján felmerült malignus pancreas, illetve duodenum folyamat lehetősége is, melyet az eszközös vizsgálatok eredményei alátámasztottak. Ugyanakkor a praeoperatív szövettani vizsgálat benignus elváltozásra utalt.

A nagyfokú fogyás, az anaemizálódás és az intraoperatív morfológiai kép alapján indokoltnak tartottuk a proximális pancreato-duodenoectomia elvégzését.

A műteti preparátum szövettani vizsgálata benignus természetű gyulladáshoz fibroid polypot igazolt. Véleményünk szerint hasonló esetben célszerűnek tűnik radikális műtetet végezni, mivel a palliatív beavatkozások nem képesek a fő panaszokat okozó fogyás és az anaemizálódás megszüntetésére.

IRODALOM: 1. Campbell, W. L., Green, W. M., Seaman, W. B.: Inflammatory pseudotumor of the small Intestine. American Journal of Roentgenology, 1974, 121, 305—311. — 2. Helwig, E. B., Rainer, A.: Inflammatory fibroid polyps of the stomach. American Journal of Pathology, 1952, 96, 535—536. — 3. Helwig, E. B., Rainer, A.: Inflammatory fibroid polyps of the stomach. Surgery, Obstetrics and Gynecology, 1953, 96, 355—367. — 4. Johnstone, J. M., Morson, B. C.: Eosinophilic gastroenteritis. Histopathology, 1978, 2, 335—348. — 5. Johnstone, J. M., Morson, B. C.: Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract. Histopathology, 1978, 2, 349—361. — 6. Nkanza, N. K., King, M., Hutt, S. R.: Intussusception due to inflammatory fibroid polyps of the ileum: a report of 12 cases from Africa. British Journal of Surgery, 1980, 67, 271—274. — 7. O'Neil, T.: Eosinophilic granuloma of the gastro-intestinal tract. British Journal of Surgery, 1970, 57, 704—708. — 8. Ureles, A. L., Alschibaja, T., Lodico, D. et al.: Idiopathic eosinophilic infiltration of the gastrointestinal tract, diffuse and circumscribed. American Journal of Medicine, 1961, 30, 899—909. — 9. Vanek, J.: Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. American Journal of Pathology, 1949, 25, 397—411. — 10. Wecksell, A., Kahn, E., McKinley, M. J. et al.: Atypical radiographic appearance of a gastric eosinophilic granuloma. New York State Journal of Medicine, 1984, 12, 623—624. — 11. Csapó Zs.: Das sog. eosinophile Granulom des Magen-Darm-Traktes. Zbl. allg. Path., 1967, 110, 69—81.

(Márton János dr. Szeged, Pf. 464. 6701)

Az 1991. év második félévében induló orvosi lasertanfolyamok programja

I. BÁZISZTANFOLYAM — Lasergyógyászat 1991. aug. 30.—szept. 8.

Elmélet, csoportfoglalkozások, gyakorlat, konzultáció.
Témakörök: Laserfizika, lasersugár szöveti hatása, laboratóriumi diagnosztika, klinikai diagnosztika, photodynamikus terápia, soft laser terápia, lasersebészet

A tanfolyamot vizsga követi, oklevél, OTE-igazolás kerül kiadásra. Részvételi díj 15 000.— Ft.

II. KÖZÉPTANFOLYAMOK II/A — Lasersebészet 1991. szept. 20.—29.

Elmélet, csoportfoglalkozások, gyakorlat, konzultáció.
Témakörök: Sebészi laserberendezések működése, kiegészítő eszközök alkalmazása, biztonságtechnika, a lasersebészet alkalmazási területei, műtéttechnika.

A tanfolyamot vizsga követi, oklevél, OTE-igazolás kerül kiadásra. Csak a bázisstanfolyam elvégzői vagy ugyanazon anyagból felvételizők számára van beiratkozási lehetőség.

Részvételi díj 15 000.— Ft.

II/B Soft laser terápia 1991. okt. 11.—20.

Elmélet, csoportfoglalkozások, gyakorlat, konzultáció.
Témakörök: Soft laser berendezések működése, biztonságtechnika, reumatológia, laserakupunktúra, biostimuláció, fájdalomsszindrómák, stomatológia.

A tanfolyamot vizsga követi, oklevél, OTE-igazolás kerül kiadásra. Csak a bázisstanfolyam elvégzői vagy ugyanazon anyagból felvételizők számára van beiratkozási lehetőség.

Részvételi díj 15 000.— Ft.

A középtanfolyamokhoz felvételi vizsga 1991. szeptember 4. szerda 14.00-kor a SOTE Bőrklinika tanteremben (Bp. VIII., Mária u. 41.)

III. SZAKTANFOLYAMOK

A szaktanfolyamokon való részvételhez középtanfolyam-vizsga szükséges, mivel ráépített tanfolyam. A 3 napos (péntek-szombat-vasárnap) kurzusok keretében elmélet, előadások, csoportfoglalkozások, gyakorlat, esetbemutatók, műtéttechnika, konzultációk szerepelnek. Részvételi díj 10 000.— Ft.

A szaktanfolyamok programjai:

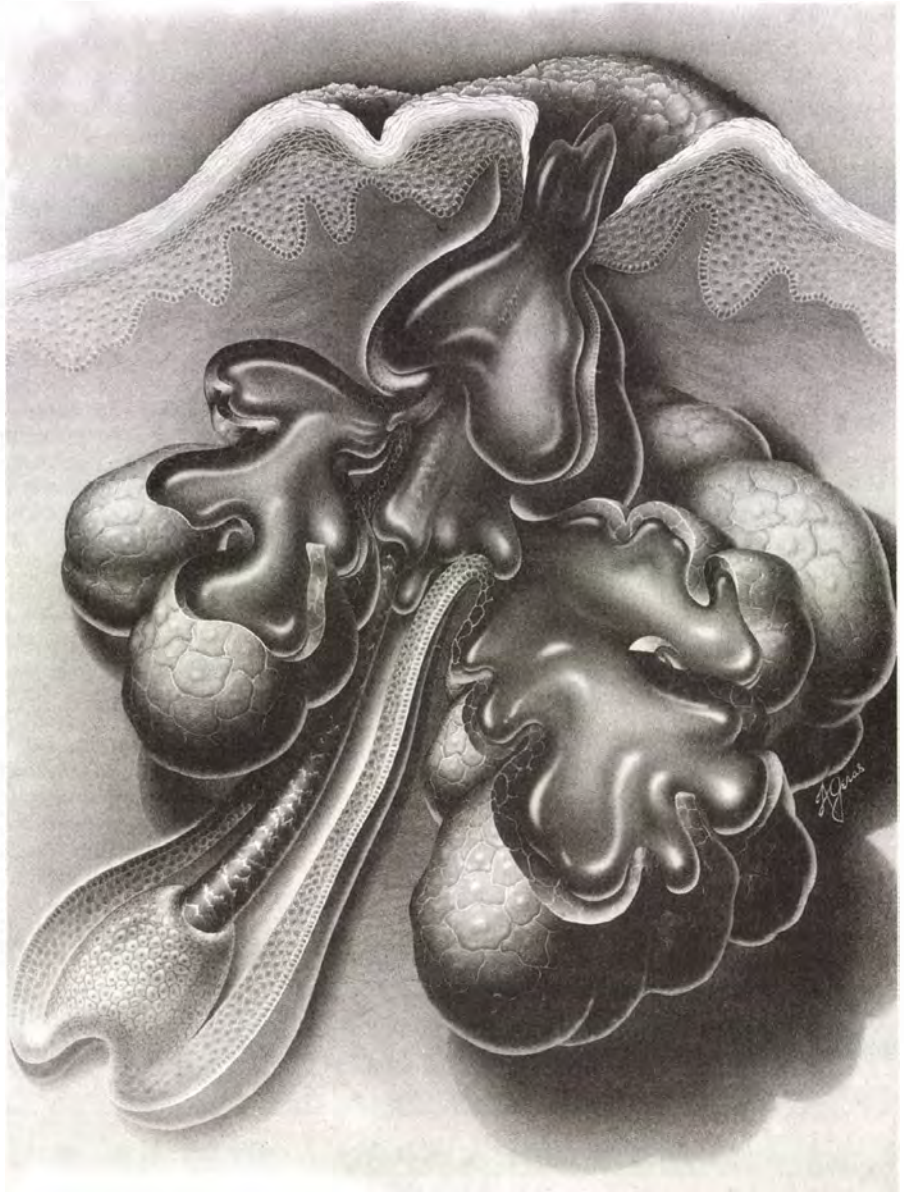
Bőrgyógyászat nov. 1—2—3. — Fül-orr-gégészet dec. 20—21—22. — Nőgyógyászat nov. 22—23—24. — Szájsebészet-fogászat okt. 25—26—27. — Gasztroenterológia nov. 1—2—3. — Szemészet nov. 15—16—17. — Reumatológia dec. 6—7—8. — Laserakupunktúra dec. 13—14—15. — Biostimuláció nov. 8—9—10. — Urológia nov. 29—30—dec. 1.

Jelentkezés: Medicinális Laser Centrum Budapest, Üllői út 26. 1085.
Telefon: 1-105-260

ROACCUTANE[®] isotretinoin

Az acne
súlyos,
terápiarezisztens
formáinak
okai
kezelésére

Csökkenti
a faggyútúltermelést
a faggyúmirigyek nagyságát
az infundibuláris hiperkeratózist
a gyulladást



FIGYELEM! A Roaccutane teratogén. Fogamzóképes korú nők esetén alkalmazása különleges elővigyázatosságot igényel.

Klinikai hatékonyság

4 heti kezelés 80—90%-ban csökkenti a faggyútúltermelést
12 heti kezelés 75%-ban csökkenti a gyulladást
bőrelváltozást

terápiás hatása a kúra befejezése után még 8 hétig folytatódik,
a betegek 80—90%-a jól reagál a gyógyszerre

Az összetételre, javallatokra, ellenjavallatokra, mellékhatásokra, adagolásra és óvintézkedésekre vonatkozó adatokat az alkalmazási előírat tartalmazza.



F. Hoffmann-La Roche AG

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Mi az a magzati distress? Parer, J. T., Livingston, E. G. (Department of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Sciences, HSE 1462, University of California, San Francisco, CA 94143, USA): *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1990, 162, 1421.

A legtöbb orvos ismerete szerint a magzati distress kapcsolatban van az asphyxiával. A szerzők szerint a magzati distress gyengén meghatározó kifejezés, és ez a szétszórtság kárt okoz a szülészetben. Az asphyxia kórtani jelentése a respirációs gázcseré elégtelensége vagy hiánya, bár a szófajts szerint a görög pulzus nélküli szóból ered.

Szigorú értelemben véve minden magzat „asphyxiában” születik, mivel kevert respirációs és anyagcsere acidosis, valamint hypoxia van az újszülöttekben, teljesen normális szülés alatti lefolyás és kimenetel esetén is. A súlyos magzati asphyxia okozhat agyi bénulást, enyhébb fokban idegkárosodást, bár jelenleg tudjuk, hogy az asphyxia okozta agyvérzések relatíve ritkák, talán még 10%-nál is ritkábbak. A károsodás foka súlyos asphyxia után eltérő. Némelyek a méhen belül már nem élnek túl, mások centrális károsodása neurológiai defektusokat eredményez, ismét mások neurológiai deficit nélkül túlélnek.

A magzat tűrőképessége a tökéletes oxigénhiány tartamától függ. Ép túlélés általában 10 percig tartó oxigénhiány után nincs. Akik esetleg túlélnek, agytörzsi sérülésük van, bár a károsodás megjelenése különböző. Ha az oxigén adás 25 percre bekövetkezett, a magzat újra éleszhető, de számos szervben nyilvánvaló a hypoxiás sérülés, beleértve a szívet. A sérülés olyan súlyos, hogy rövid időn belül bekövetkezik a halál.

Van néhány cardiorespiratorikus törekvése a szervezetnek a hypoxia vagy asphyxia alatt, hogy megőrizze az elsődleges fontosságú szervek ellátását. Kezdetben bizonyos szervekben az erek összeszűkülnek, másokban tágulnak, ami fokozott vérátáramlást eredményez az agyban, szívben, mellékvesében. További kompenzációs válasz a magzat oxigén felhalmozásának 50%-os csökkenése. Ez 45 percig tökéletesen reverzibilis a hypoxia megszűnése után. Ahol az oxigénellátás korlátozott, fokozatosan anyagcsere acidosis lép fel elsődleges tejsav felszaporodással. Amikor az asphyxia súlyos lesz, ezek a javító mechanizmusok megszűnnek és minden érben intenzív szűkülést követnek be. Az oxigénellátás minden szervben, az agyban és szívben is csökken. Ekkor az élettani mechanizmusok dekompensációja következik be, melyet megelőz a végső bradycardia, a hypotensio és rövidesen beáll a halál.

Általánosan megállapított tény, hogy a magzat szív működésének gyorsasága nagyon pontos a jó körülmények között levő

magzat diagnózisában, de nagyon bizonytalan a depresszió meghatározásában. Ez vezetett sokszor a magzati distress túlkörismézéséhez, időnként a szükségtelen beavatkozásokhoz, császármetszéshez vagy potenciálisan traumás hüvelyi szülésekhez. A szív működés variabilitását befolyásolni képesek még a fejlődési rendellenességek, gyógyszerek és némely esetben nem nyilvánvaló ok, miután a magzat megszületés-kor normális.

A legtöbb vélemény megegyezik azzal az elmélettel, hogy a normális változékonysághoz szükséges: 1. az agykéreg, 2. az agytörzs, 3. a vagus ideg és 4. a szív vezetőrendszerének épsége.

Alapvetően 3 gyakori módja van az emberi magzat asphyxiássá vagy hypoxiássá válásának: 1. a méh vérátáramlásának elégtelensége, 2. a köldökzsinór vérátáramlásának elégtelensége és 3. az anya artériás oxigéntartalmának csökkenése. Más mechanizmusok, mint pl. a magzat vérszegénysége vagy megnövekedett magzati oxigénszükséglet (lázás állapotban) relatíve ritkán láthatók.

A klinikai szülészetben a szülés alatt ez a három gyakori mechanizmus felismerhető a kontrakciók alatt a különböző szív működés eltérések alapján. A méhösszehúzóerők átmeneti decelerációkat okoznak az egybeeső méhvérellátás csökkenéssel vagy a társuló köldökzsinór vérátáramlás csökkenéssel. A fenti mechanizmusból következik a késői, a változékonyság deceleráció és a tartós bradycardia.

Progresszív magzati asphyxia az, amely az élettani reakciók dekompensációjából eredményeződik (elsősorban a vér újraeloszlás következtében, hogy biztosítsa az életfontos szervek oxigénellátását), amelyek permanens központi idegrendszeri és más károsodást vagy halált okoznak.

Jakovovits Antal dr.

A magzat légzésének ciklusa. Trudinger, B. J., Cook, C. M. (Department of Obstetrics and Gynecology, Westmead Hospital, Westmead, NSW 2145 Ausztrália): *Early Hum. Dev.*, 1990, 22, 181.

A szerzők 28 először szülő nő magzatát vizsgálták a terhesség 28. hetétől a terminusig. Mindnyáján spontán szültek később. Az újszülöttek súlya 10 percentil felett volt. A terhesek a reggel végzett vizsgálatok előtt aznap nem ettek. A légzőmozgások legalább 20 perces szonográfiai megfigyelése után 50 g glukózt kaptak, majd 30 perces várakozás után ismét vizsgálták őket. A köldökvéna vérátáramlás gyorsaságát Doppler vérátáramlás gyorsaságmérővel mérték és papíron regisztrálták. A be- és kilégzés tartamának pontos mérését a köldökvéna szonogramja tette lehetővé. A vérátáramlás las-

sulása a belégzés alatt a magzat hasának pozitív nyomásával magyarázható, amit a rekesz összehúzódása produkál és ellensúlyozza a hasfal rugalmasságát.

Éhezés idején nagyon kevés a magzat légzőmozgása. A belégzési idő a terhesség korával növekszik, de a kilégzés relatíve állandó marad. A teljes légzési idő növekedése tehát a belégzés idejének változásával van kapcsolatban. Újszülöttekben a belégzés idejét két mechanizmus látszik ellenőrizni: a pontocerebellaris ritmusszabályozó (a tónusos vagus impulzusra hat) és a Hering-Breuer inflációs reflex (a fázis kontroll a belégzés befejezésére).

A Doppler monitor használata a köldökzsinór véna vérátáramlás profiljának regisztrálásával lehetővé teszi a magzat légzés ciklusának időmérését. A maximális tenzió növekedését a légzőizmok tudják kifejezni, ez a feltételezhető oka a növekvő hasi nyomásnak, ami olyan mértékben tükröződik, ahogy a köldökvéna vérátáramlás sebessége retardált, illetve lassult.

Jakovovits Antal dr.

A nők antiandrogén kezelése. Schindler, A. E. (Hufelandstr. 55, W-4300 Essen, Németország): *Geburtsh. Frauenheilk.*, 1990, 50, 753.

Az androgének hatása nőkben akkor kóros, amikor a termelés és kiválasztás a normális mértéket meghaladja vagy a szabad, azaz a fehérjékhez nem kötött androgénszint emelkedett, a végszervben működőképes androgén receptorok képződnek és a sejten belüli 5-alfa redukáz enzim jelen van, hogy a tesztoszteront dihidrotesztoszteronná alakítsa át. A lehetséges androgén hatáshoz tartoznak: az acné, seborrhoea, hirsutismus, virilismus, alopecia, funkcionális cikluszavarok (sárgatest elégtelenség, anovulatio, poly-, oligo- és amenorrhoea), az emlő nagysága és alakja, testfelépítettség (csontok, izomzat, zsíreloszlás).

A fokozott androgénhatás keletkezhet:

1. Fokozott direkt bioszintézis és kiválasztás a petefészekben (daganattal vagy anélkül).

2. A mellékvese fokozott direkt bioszintézise és kiválasztása (daganattal vagy anélkül).

3. A nemi hormont kötő globulinok megkevesedése, így a kötetlen, élettanilag aktív androgének felszaporodása.

4. Kívülről a szervezetbe bejutott androgének vagy androgén hatású szintetikus anyagok.

5. Biológiai gyenge hatású androgének perifériás, extraglanduláris átalakulása biológiai hatású androgénekké.

6. A végszervek (androgén receptorok) fokozott érzékenysége.

7. Hiányos vagy csökkent endogén ösztrogén bioszintézis (pl. a menopausában) következtében.

A legfontosabb antiandrogén anyagok: 1. a cyproteronacetát, 2. chlormadionacetát, 3. spironolacton. Hatásuk: 1. a mellékvese,

2. a petefészek androgén szekréciójának csökkentése, 3. az androgén anyagcsere, 4. a transzport proteinek csökkentése.

A kezelés alakjai: 1. monoterápia (ciklusosan vagy folyamatosan), 2. antiandrogén ethilösztadiol kombinált terápia (mono- vagy bifázisban és fordított 2 fázisú séma), 3. további kombinációk (monofázisos készítmények, cyproteronacetát és ösztadiol), 4. spironolacton, 5. ketoconazol.

Ciklusos antiandrogén kezelés: 2–4 mg chlormadinon acetát vagy 10 mg cyproteronacetát a 15–24. ciklusnapokon. A klinikai antiandrogén hatás nem jelentős, de egyes betegeknek megfelelő.

A menopausa előtti hirsutismus javult 300 mg cyproteronacetát egy hónapig tartó im. injekciós kezelésére. Menopausa után 10–100 mg cyproteronacetát megszünteti a klimaxos panaszokat, a méhnyálkahártya és emlő kóros proliferációját regresszióba megy.

Fordított 2 fázisú kezelés: 50 µg ethinilösztadiol plusz 100–200 mg cyproteronacetát. Az acne és seborrhoea kedvezőbben reagál, mint a hirsutismus. A legnehezebb az androgén okozta alopeciát kezelni. Különböző módosításokat próbáltak: 4 mg ösztadiolvalerat az 5–24. ciklusnapokon az 5. és 14. napon 100 mg cyproteronacetáttal kombinálva.

Monofázisos kezelés: Diane (21 tabl. 0,5 mg ethinilösztadiol) 2 mg cyproteronacetát), Diane 35 (21 tabl. 0,035 mg ethinilösztadiol/2 mg cyproteronacetát), Gestamastrol (21 tabl. 0,1 mestranol/3 g chlormadinonacetát).

Kétfázisú készítmények: eunomin, neoeunomin.

Családi virilissatio, inzulin rezisztencia és acanthosis nigricans tünetcsoport esetén GnRH (leuprolinacetát naponta 1 mg subcutan) és 50 mg cyproteronacetát minden hónap első 10 napján.

Spironolacton 3 hétig adandó intermittálva vagy folyamatosan 50–200 mg naponta.

Ketoconazol 400 mg naponta hirsutismus esetén.

Jakovovits Antal dr.

Az ismétlődő vetélés II: a klinikai társulások, okok és kezelés. Stirrat, G. M. (Department of Obstetrics and Gynaecology, Bristol Maternity Hospital, Bristol BS2 8EG, Anglia): *Lancet*, 1990, 336, 728.

Az ismétlődő vetélésekkel társuló tényezőket ellentmondó, pontatlan és nem megfelelő feltételezések veszik körül. A szerző rövid áttekintését adja az ismétlődő vetélésekkel társuló tényezőknek és okainak.

A méh-abnormalitások, amelyek ismétlődő vetélésekkel társulnak, 15–30%-ot tesznek ki. A terhesség elvesztésének másik sokat emlegetett oka a cervix-elégtelenség. Típusosan hirtelen burokrepedés következik be a 2. trimeszterben, amit fájdalommentes vetélés követ. Nem-terhes állapotban a kórisme azon alapul, hogy a belső

méhszáj 9 mm-nél nagyobb tágasságú. Előfordulása ismétlődő vetélésekben 13–20%. A szerző az empiria alapján végzett cerclaget nem ajánlja.

A genetikai okok az I. trimeszter spontán vetéléseiben 50%-ot, a II-ban 20%-ot tesznek ki. A számok azonban kérdésesek, mivel a kromoszóma analízisek a szövetvizsgálatok szerint eltérőek.

Az elégtelen sárgatest funkció 20–60%, de a felismerésre megbízható adat nincs. Kezelésére a clomifen, progesztogének, bromocriptin és gonadotropinok használatosak, de a megfelelően ellenőrzött vizsgálatok hiányoznak. A pajzsmirigy működésének zavarait gyakran említik, de az adatok nincsenek bizonyítva. Hasonló a helyzet a cukorbetegséggel. A magas vércukorszint azonban az I. trimeszterben jelentősen nagyobb kockázatot jelent.

A nemiszervi fertőzéseket mint az ismétlődő fertőzések okait csak kevés adat bizonyítja. Az antibiotikumok szerepét a kezelésben nem bizonyították.

Az alkohol és dohányzás enyhén növeli az ismétlődő vetélések kockázatát.

Immunológiai okok. Kedvezőtlen reprodukciós anamnézist asszonyokban találtak ún. anticoaguláns (anticardiolipin), annak ellenére, hogy nyilvánvaló kötőszöveti betegségük nem volt. Ezek a nők inkább a 2. trimeszterbeli vetélésekre hajlamosak. Az immunológiai okok népszerűsége ellenére a bizonyítékok zavarosak.

Mély pszichés ártalom nem kétséges, hogy az ismételt vetélésekkel kapcsolatosan kifejlődik a házastársakban. Ez azonban nem valószínű, hogy pszichés stress révén vetélést okozzon.

A kezelés a teljes kivizsgálás után kell kezdődjön. A luteális képességet sorozatos szérum progeszteronszint vizsgálatokkal kell felmérni. Ultrahanggal a terhesség fejlődése mutatható ki. Pszichés támogatást kell nyújtani. Ha vetélés következne be ismét, a magzatot karyotipizálásra kell küldeni.

Jakovovits Antal dr.

A korai, idő előtti burokrepedés kezelése antibiotikummal. Johnson, M. M. és mtsai (Sanchez-Ramos L., 655 W. 8th St., Jacksonville, FL 32209, USA): *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1990, 163, 743.

A szerzők 45 terhest, akiknél a magzatburok a 20–34. hét között repedt meg idő előtt, intravénás széles spektrumú antibiotikummal; mezlocillinnel kezelték 48 óráig, majd ampicillint adták a szükségig. A kontroll 40 terhes placebo kapott iv. és szájon át. A kezelték között 3 choriamnionitis, a kezeletlenek, illetve placebo kaptak között 16 fejlődött ki. A szükségig tartó latencia idő a kezelték között szignifikánsan hosszabb volt. A kontroll terhesek 75%-a a behozatal után 3 napra megszült. A kezelték 75%-a még 9 nap múlva sem szült meg. A placebo csoportban több újszülött szenvedett respirációs distress synd-

romában, sepsisben. Az antibiotikummal kezelték között kevesebb volt a chorionamnionitis, endometritis és myometritis. A perinatális halálozás kezelés nélkül 129/1000 élve születés, kezelés hatására 70,6/1000-re csökkent. A kezelték újszülötteinek Apgar-értékei jobbák voltak, mint azoké, akik placebo kaptak.

Eredményeik arra utalnak, hogy antibiotikumok adása jelentősen javítja az anya és a magzat szülészeti kimenetelét. A kezelésnek semmiféle hátrányát nem észlelték.

Jakovovits Antal dr.

Terhesség morbus Crohn és colitis ulcerosa esetén. Haverkamp, E. és mtsai (Universitäts-Kinderklinik, Bonn): *Geburtsh. Frauenheilk.*, 1990, 50, 339.

Általában a bélbetegség a terhességet nem befolyásolja negatívan, amennyiben a conceptio a remissióban történt. A gyulladásos aktivitás a conceptio időpontjában már bizonyos fokozottabb kockázatot jelent abortusra. A bélbetegség első megnyilvánulásával főleg morbus Crohn esetén az anya és a gyermek jelentős veszélyeztetettségével kell számolni. Az aktív stádiumban lévő bélfolyamat esetén a kockázat a körlefolys kedvezőtlen lefolyására jelentősen magasabb. A gyógykezelés folytán a gyermeki kockázat általában alacsonynak értékelik. A családtervezés, terhesség és a szülés a morbus Crohn és colitis ulcerosa betegeknek fokozott psychikus követelményeket igényelnek.

iff. Pastinszky István dr.

Non-Hodgkin lymphoma és terhesség. Engert, A. és mtsai (Med. Klin. I., Kinderkrh. Köln, Städt. Krh. Leverkusen): *Med. Klin.*, 1990, 85, 734.

A szerzők egy 21 éves nő esetét ismertetik, akinek terhessége során nyaki nyirokcsomó-excisio alapján non-Hodgkin lymphomát (lymphoblastoma) vélelmeztettek. Felvételekor nyaki supraclaviculáris adenomegaliát, leukocytosist, csontvelő-infiltrációt, mediastinalis adenomegaliát, bal oldali pleuralis folyadékot, enyhe hepatomegaliát, 24 hetes terhességet igazoltak.

A IVB klinikai stádiumra való tekintettel kombinált polychemoterápiát kezdtek (vincristin, adriamycin, cortisol, methotrexat, Ara-C). A tokolysis ellenére 930 grammos leányt szült, spontán szüléssel. Ezt követően a chemoterápiát intenzifikálták, mellyel jó regressziót, de az általános állapot romlását érték el. A szükségessé vált kezelési szünet után újra progressziót találtak, majd — a chemoterápia folytatása után — fulmináns sepsis lépett fel, melyben a beteg elvesztették.

A gyermeket a születés után reanimálni kellett, az Apgar-érték 1–5–6 volt, majd pneumonia miatt 8 héten át lélegeztették,

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-foszfodiesteráz működését, aktiválja a kalcium-ATP-áz. A kalmodulinnal történő interakció következtében vazodilatációt és ezáltal vérnyomáscsökkenést eredményez. Vérnyomáscsökkentő hatása általában 24 órán át észlelhető, ezért a legtöbb esetben 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 szívizom 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 béta-receptor-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 válik a nitrendipin adagjának csökkenése. Krónikus májbetegség és krónikus veseelégtelenség esetén a kezdő adag negyed vagy fél tablettá (5 vagy 10 mg).

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

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

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

- Béta-receptor-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 – egyénekenként 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 szimptomákra kell a terápiának irányulnia. I.v. kalcium adása ajánlható.

Megjegyzés: ⚠

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

Csomagolás: 20 db tablettá.



pancytopeniája miatt transfúziókat kapott, nephropathia, fehérjevesztés, seronegativ hepatitis, tartós icterus alakultak ki. A szünet után 3,5 hónappal került csak stabil állapotba.

Az utóbbi években egyre többször válik szükségessé terhesség alatti chemotherapia, főleg haematologiai kórképekben. Ilyenkor általában megfigyelhető, hogy a betegség kezdetben lassan progrediál csak, a harmadik trimeszterben stabilizálódik, majd a szülés után gyors progressio következik be. A cytostaticumok a placentán áthatolnak, az első trimeszterben teratogen hatás következhet be, de később a fejlődési rendellenességek gyakorisága az átlagosnál nem nagyobb.

A szerzők a következő irányelveket fogalmazták meg: Az első trimeszterben a chemotherapia kerülendő, ha mégis szükséges, a remissio elérése után a terhesség megszakítandó, későbbi terhességekben a kezelés szabályszerűen végezhető, de a sugárkezelés indikálása nagy fenntartást igényel. Nem terhesek kezelése után, a chemotherapia befejezését követően egy éven belül a terhesség mindenképpen elkerülendő.

Pikó Béla dr.

A menopausában alkalmazott hormonterápia hatása a lipoproteinek szintjére. Egeland, G. M., Kuller, L. H. (Dep. of Epidemiology, Univ. of Pittsburgh, USA 15261 Pittsburgh, PA): Obstet. Gynecol., 1990, 76, 776.

Napjainkban (főleg nyugaton — Ref.) szinte általános gyakorlat post-menopausában a hormonterápia. Korábban kizárólag ösztrogént (Ö) adtak, míg manapság ezt progeszteronnal (P) kombinálják az endometrium cc. rizikójának a csökkentése érdekében.

A szerzők a (nyilván az USA-ban megjelent — Ref.) szakirodalomban főleg olyan cikkekkel találkoztak, ahol P komponensként 19-nortestosteron-származék szerepel, noha a gyakorlatban ezt ritkán használják. Az irodalmi adatok szerint ez a kombináció a HDL szintet egyértelműen lecsökkenti a kezelés előtti nívóra, tehát e vonatkozásban ez a kombináció kedvezőtlenebb, mint az Ö egyedüli alkalmazása. Csak néhány közlemény említi, hogy P komponensként medroxyprogesteront adtak, és ilyenkor az előbbinél gyengébb HDL szint csökkenést találtak.

A szerzők 211 egészséges, praemenopausában lévő nő esetén kezdték meg a Ö + P adagolást és ezt követően éveken át figyelték, hogy a hormonpótlás milyen hatást fejt ki a lipoprotein szintre.

Megállapították, hogy akár Ö-t adtak egyedül, akár Ö + P-t együtt, az LDL szint csak minimálisan emelkedett, míg azok, akik semmilyen gyógyszert sem kaptak, ez szignifikánsan emelkedett.

A HDL szint a különböző csoportokban a következők szerint változott: akik csak Ö-t szedtek, az minimálisan emelkedett,

míg Ö + P kezelés hatására az az eredeti szinten maradt, míg e szint csökkent azokban a nőkben, akik nem kaptak kezelést.

Cardiovascularis szempontból előnyös a post-menopausában az Ö adagolása, mert az a coronaria megbetegedések rizikóját 40%-kal csökkenti. Ugyanakkor az Ö + P kombináció ezt a veszélyt csak 25%-kal mérséklí.

A szerzők szerint megfigyelésük egyelőre csak jelzés jellegű, mert nagyobb anyagon és hosszabb időn át kell a betegeket követni ahhoz, hogy kétségtelenül eldönthető legyen a hormonkezelés cardiovascularis haszna.

Aszódi Ágnes dr.

A petefészek működés elnyomása a GnRH analóg buserelinnel az endometriosis kezelésében. von Frentz, M. R., Schweppe, K.-W. (Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, W—2910 Westerstede, Németország): Geburtsh. Frauenheilk., 1990, 50, 634.

A szerzők 52 szövettanilag bizonyított endometriosisban szenvedő beteget kezelték buserelinnel. Életkoruk átlagosan 31 ± 4 év volt. 21 beteget előzőleg már operáltak. Hat hónapos buserelin kezelés hatására az alhasi fájdalmai a 32 beteg közül csak 13-nak maradtak meg. A 17 dyspareuniás nő közül ilyen panaszai csak 8-nak voltak. Egyéb fájdalmai a 43 beteg közül a kezelés befejezésére csak 4-nek voltak meg. Pelviszkópiával a betegek 88%-ában a góccok teljes eltűnését, 12%-ában a változatlanul maradását figyelték meg. A kezelés alatt az ösztrogén szint csökkent, a progeszteron pedig anovulációs ciklust bizonyított. Mellékhatások: hüvelyi vérzések 40%-ban, fejfájás, hízás, adinámia, depresszió, idegesség, fogyás, hányinger, hasfájás. A kezelés befejezése után 2 hónapra a petefészek visszatértek, az ösztrogén-hiányos tünetek visszafeljődtek. A 34 meddő beteg közül 12-en egy éven belül terhesek lettek.

A szerzők tapasztalatai szerint a buserelin hatásossága endometriosisban a petefészek működés megfelelő elnyomásától függ. Négy hónapos kezelés után a betegek 90%-ában hypogonadotrop hypooestrogenismus következett be, ami a betegek 60%-ában klimaxos panaszokat váltott ki.

Jakobovits Antal dr.

A genitális HPV-fertőzések és a HPV-vel társult betegségek spektruma férfiben és nőben. Schneider, A., Kirchmayr, R. (Prittwitzstr. 43, W—7900 Ulm, Németország): Geburtsh. Frauenheilk., 1990, 50, 518.

Az utóbbi 10 évben több mint 50 különböző típusú humán papillomavírust (HPV) osztályoztak az eltérő genom szerkezet és a molekuláris biológiai módszerek segítségével. Az alsó genitális traktusból eddig 12

HPV típust izoláltak, közülük a leggyakrabban a HPV 6, 11, 16 és 18-at.

A jóindulatú condylooma acuminaták több mint 90%-a a HPV 6 vagy HPV 11 DNS-ét tartalmazza, a HPV 16, 18, 31, 33, 35 és 39-et többnyire az intraepithelialis és/vagy invazív tumorokban találták. A cervixrákok vagy a megelőző állapotok több mint 90%-ában a HPV típusok utóbbi csoportjai mutathatók ki. Fokozott onkogén képességük a HPV 16 és 18.

Az eddig végzett legnagyobb vizsgálat eredményei szerint a nők kb. 10 és a férfiak 5,8%-a HIV-pozitív. Az onogénitális daganatok a fertőzések gyakoriságához viszonyítva ritkák. Ezért a HPV nem lehet az egyetlen tényező a praemalignus és malignus betegségek keletkezésében.

A HPV-fertőzések nagy része tünetmentes, pusztá szemmel nem látható, latens, morfológiai, kolposzkópos, citológiai vagy szövettani módszerekkel ki nem mutatható. A szubklinikai HPV-fertőzések a vulván, vestibulumban, hüvelyben és a hímvesszőn (corona glandis) ecetsav hatására fehér foltok alakjában láthatók. Klinikailag néha égés érzését váltják ki. A külső húgycsőjárat raktározója a szubklinikai HPV-fertőzésnek.

A latens vagy szubklinikai HPV infekció fertőzőképessége nem állapítható meg, mivel csak a vírus DNS jelenlétét és nem magát a vírust és HPV-antigént vizsgálták. A HPV nők partnerei 70%-ának hímvessző laesioja kimutatható. A nőkhöz hasonlóan az elváltozások szubklinikai jellegűek és csak 5%-os ecetsavat alkalmazva azonosíthatók. Az ilyen területekből vett biopszia 60%-ban tartalmaz HPV DNS-t, míg a kenetekben az esetek 39%-ában kimutatható a vírus DNS. A genitális HPV-fertőzések és HPV-vel társult megbetegedések gyakran többgócúak azonos szervben. A kezelés: lézer, illetve kryoterapia, újabban az interferon készítmés vagy helyileg. Az interferon kezelés az eseteknek mintegy a felében tökéletes remissziót eredményez.

A HPV-fertőzések továbbterjedésének elkerülésére a szexuális nevelés és a rizikó csoportokban a barrier módszerek alkalmazása szolgál.

Jakobovits Antal dr.

A tubaterhesség. Fokozódó gyakoriság, korábbi kórisme, konzervatívabb kezelés. Drife, J. O. (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Leeds, Clarendon Wing, Leeds LS2 9NS, Anglia): Br. med. J., 1990, 301, 1057.

A méhen kívüli terhességek az utóbbi 20 évben a nyugati világban gyakoribbá váltak. Skóciában 1970—1985 között 0,5/1000 terhesről 6/1000-re nőtt a gyakoriság. Az USA-ban ugyanebben az időben négyszerre nőtt, 20/1000 élve szülés. Finnországban a leggyakoribb a világon.

Kockázati tényezők: a nemi úton terjedő betegségek, megelőző infertilitás, gyulladások, medencei műtétek. A kórismét segí-

tik a choralis gonadotropin kimutatás, az ultrahang és a laparoszkópiás vizsgálat. Ha a HCG 3000 NE/l felett van és a petezsák nem látható, gyanítható a méhen kívüli terhesség és laparoszkópiás vizsgálat javallt. Hüvelyi szonográfiával az ektopiás terhesség jelei a tubában a terhességi gyűrű, a nem specifikus adnexképlet és a peritoneális folyadék. Ezek az asszonyok 4/5-ében láthatók.

A szokványos kezelés a kürteltávolítás. A petefészek-eltávolítást ha lehetséges, kerülni kell. Ha a tuba nem repedt meg, haemoperitoneum vagy összenövésnek nincsenek, laparoszkópiás kezelés viheto végebe. Módszerek: a terhesség aspiratója, kifejés, a megfelelő szegmentum rezekciója vagy a lineáris salpingostomia. Ha a kürtátmérő 2 cm-nél kevesebb, várakozni lehet. Ha a HCG szérumbeli koncentrációja 1000 NE/l-nél kevesebb, remélhető a spontán resolutio. Methotrexat adható, ha a kürtátmérő 3 cm-nél kevesebb a terhesség helyén. Újabb terhességre a kilitás jobb 30 éves kor alatt, akiknél IUD volt a méhen kívüli terhesség idején és akiket konzervatív operáltak. Ajánlható, hogy aki ismét terhes akar lenni, kísérelje meg mielőbb, halasztás nélkül.

Jakobovits Antal dr.

Hipotézis: a pré-eklampszia kóroktanára, az endotheliumból származó relaxáló tényezőt a haemoglobin gátolja. Sarrel, P. M. és mtsai (Yale University School of Medicine, 333 Cedar Street, New Haven, CT 0610, USA): Lancet, 1990, 336, 1030.

A pré-eklampszia tünetei a hipertónia, proteinuria és ödéma általános érösszehúzó-dási rendellenességet tükröznek, ami abnormális endothel működés következménye. A vascularis endothelium jelentős kontroll a véráramlásban, mivel az endotheliumból relaxáló tényező származik sok szövetben. Ennek hatását gátolja a haemoglobin és a haemoglobin haptoglobulin komplex, ami hozzá kötődik. A haemoglobin infúzió glomeruláris fibrin lerakódáshoz vezet, ami hasonlít a pré-eklampsziás betegek veséjében láthatóhoz. A szerzők feltételezik, hogy a fokozott szabad haemoglobin koncentráció a vasoconstrictio direkt oka a pré-eklampsziában. Ezt az elképzelést megerősítik a megnövekedett vascularis ellenállás és a pressor ingerre a fokozott érreakció, valamint a lepenyben és a vesearteriákban az endothel elváltozások. Súlyos pré-eklampsziában nagy a teljes haemoglobin koncentráció és a vvt. szám. A haemoglobin koncentráció növekedése a 2. trimeszterben a pré-eklampszia előjele. A vvt. fragilitás növekedése oka lehet a szabad haemoglobin felszaporodásnak. Pré-eklampsziában relatív hypovolaemia van, ami növelheti a haemoglobin koncentrációt. A fokozott vvt. fragilitás és a haemolysis növelheti a szabad haemoglobin koncentrációt, ami gátolja az endotheliumból származó relaxáló tényezőt által kiváltott

vasodilatációt. A redukált haemoglobin infúzió gátolja az acetylcolin indukálta értágulatót a szív koszorús ereiben.

A szerzők feltételezése szerint pré-eklampsziában a megnövekedett szabad haemoglobinszint elegendő a relaxáló tényező aktivitásának gátlására. A kezelési módok lehetnek a térfogatnövelés, az aszpirin profilaxis, a teljes és szabad haemoglobinszint csökkentés és a haemoglobin hatásának csökkentése az endothel sejtek aktivitására. Ha a hipotézis helyes, hogy a pré-eklampszia kóreltánában a haemoglobin a relaxációs tényezőt gátolja, a relaxáló tényező kibocsátásának vagy a haemoglobin hatásának a módosítása segíthet.

Jakobovits Antal dr.

TRANSZFÚZIÓ

Coronaria bypass műtét után tapasztalható eltérő transzfúziós gyakorlat. Good-nough, L. T. és mtsai (Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio and the Transfusion Medicine Academic Award Group): JAMA, 1991, 265, 86.

A szerzők coronaria bypass műtét után átesett 540 beteg transzfúziós körülményeit vizsgálták 18 intézetben. A betegek 68%-a (368 beteg) kapott vörösvértest masszát a perioperatív időszakban, átlagosan 2,9 ($\pm 0,1$) egységet. Betegeik mindössze 8%-ánál (42 eset) végeztek autológ transzfúziót.

172 beteg (32%) plazma, 119 beteg (22%) pedig thrombocytá suspensiót kapott. Retrospektíve elemezve az indikációt, megállapítják, hogy mind a plazma, mind a thrombocytá suspensio adása legtöbb esetben profilaktikus és rendszerint feleslegesen történik. Megállapítják, hogy annak ellenére, hogy az érintett intézetek előzetesen megállapodtak a transzfúziós alapelvekben, igen nagy mértékű a transzfúziós gyakorlat eltérése, melynek legfőbb oka a nem egységesen értelmezett indikáció. A leggyakoribb szempont az alacsony htc. érték, függetlenül az észlelt klinikai állapottól.

Jellemző, hogy bizonyos intézetekben a gyakori transzfúziót rendszerint gyakori plazma és tct. adás is jellemzi, míg más intézetekben ez nem figyelhető meg, vagyis egyértelmű ezen intézetekben a transzfúzió liberálisabb indikációja. Végetül hangsúlyozzák a transzfúziós alapelvek következetes betartását, mert mint közismert, az indokolatlan transzfúzió csak tovább szaporíthatja a perioperatív szövödményeket.

Weber György dr.

A beteget vagy a sebészt kezeljük? Myhre, B. A. (Department of Pathology, Harbor-UCLA Medical Center, Torrance, CA): JAMA, 1991, 265, 97.

A szerző a lap ugyanezen számában *Good-nough* és munkatársai által írt, a coronaria bypass műtét után tapasztalt transzfúziós gyakorlat furcsaságaihoz fűz néhány gondolatot.

Elgondolkodtatónak tartja az úgynevezett intézeti effektust, vagyis ahol a leggyakrabban indikálják a transzfúziót, ott a leggyakoribb a plazma és a thrombocytá adása is. Mivel hasonló betegeket kezelnek valamennyi érintett intézetben, így azok vérzékenységében nem lehet nagy eltérés, nyilvánvaló tehát, hogy a háttérben az indikáció liberális értelmezése szerepel.

Bár napjainkban a vér vizsgálata alapos, azonban teljesnek korántsem mondható. Az infektív veszély különösen nagy, thrombocytá suspensio esetén, melyet gyakran 6–10 donor vérből nyernek. A fentiek miatt a szerző hangsúlyozza az indikáció megszorításának fontosságát és leszögezi, hogy mint minden orvosi beavatkozásnál, ez esetben is a kezelt beteg és nem a sebész szempontjai az elsődlegesek, transzfúziót csak akkor kell adni, ha az valóban szükséges és nélkülözhetetlen.

Weber György dr.

Különböző viraemia-formák kimutatása hepatitis C-vírussal kontaminált VIII faktor koncentrátumokkal kezelt haemophiliásokban. Garson, J. A. és mtsai (Univ. College and Middlesex School of Medicine, London): Lancet, 1990, 336, 1022.

A haemophiliások kezelésére a hetvenes évek eleje óta alkalmazzák a véralvadási faktor koncentrátum készítményeket. Ez a kezelés jelentősen megkönnyítette a betegek életét. Igen hamar kiderült azonban, hogy a koncentrátumok alkalmazása (elsősorban amiatt, hogy ezek több ezer véradó plazmájából készülnek) komoly veszélyekkel jár. Gyakorlatilag minden recipiensben akut non-A–non-B hepatitis (NANBH) fejlődött ki, amelyről ma már tudjuk, hogy a betegeknek egy jelentős részében súlyos, sok esetben cirrrosisig progrediáló májbetegséghez vezet. A 80-as években az is nyilvánvaló lett, hogy e kezelés hatására a haemophiliások nagy része a fejlett országokban (ahol a koncentrátummal kezelték a betegek többségét) HIV-vel is megfertőződött.

Miután a hepatitis C-vírust felfedezték és bizonyították, hogy ez a post-transzfúziós NANBH fő kórokozója, lehetővé vált a szerológiai vizsgálatok elvégzése a véralvadási faktor koncentrátumokkal kezelt haemophiliásokban. Az ilyen koncentrátumokkal rendszeresen kezelt betegek 60–80%-ában tudtak ellenanyagokat kimutatni a hepatitis C-vírussal egy géntechnológiai módszerrel előállított, nem-strukturális, C-100-nak nevezett proteinje ellen. Az ellenanyagok kimutatása lehetővé teszi a véradók szűrővizsgálatát, és így a post-infúziós NANBH kockázatát. Az ellenanyag vizsgálatok azonban egymagukban nem alkalma-

sak a hepatitis C-vírusfertőzés lefolyásának és a vele járó kóros elváltozások keletkezési mechanizmusának megismerésére.

A szerzők korábban módszerrel dolgoztak ki magának a hepatitis C-vírusnak (HCV), ill. e vírus egyes szekvenciáinak a VIII-as faktor koncentrációkban való kimutatására. A polymeráz láncreakción (polymerase chain reaction = PCR) alapuló eljárás pozitívításának mértéke és a koncentrációk csimpánz-infektivitása között erős korrelációt észleltek.

Ezt az eljárást alkalmazták jelen vizsgálatokban, amelyek fő célja a véralvadási faktor koncentrációkkal kezelt haemophiliásokban kialakuló viraemia lefolyásának, ill. a viraemia, az ellenanyagtiterek alakulása és a májkárosodások kifejlődése közötti összefüggés tanulmányozása volt.

A vizsgálatot 5 olyan betegben végezték, akik korábban kezelést nem kaptak és olyan véralvadási faktor koncentrációval végeztek náluk az első és egyetlen kezelést 1984 és 1986 között, amelyek HCV-vel fertőzöttek voltak. Az 5 beteg 3-féle koncentrációt kapott. A NANBH diagnózist a szérum alanin aminoszféra értékek alapján állították fel. A sorozatosan (eleinte kéthetenként, majd ritkábban) levett és fagyasztva tárolt szérummintákban kereskedelmi ELISA-val mutatták a C100 elleni antitesteket és PCR-rel mérték a HCV cDNS, ill. HCV-RNS szekvenciák koncentrációját. Az eljárás specificitását és szenzitivitását több módosítás bevezetésével növelték. Mindhárom, a vizsgálatban szereplő betegnek adott koncentrációban kimutatható volt a HCV-RNS szekvencia. A betegekben változatos szerológiai képet kaptak. Az első betegben, akiben 10 héttel az infúzió után az akut hepatitis gyógyult, csak átmeneti volt a viraemia, a 4. hét után megszűnt és nem is tért vissza. Az ellenanyagok csak a 18. héten jelentek meg. Ezzel ellentétben a 4. betegben, akiben a NANBH krónikusá vált, a viraemia a 2. héten jelent meg és 3 éven át folyamatosan kimutatható volt. A szerokonverzió a 13. héten következett be. Egy másik, szintén krónikus NANBH-ban szenvedő betegben (2. beteg) bonyolultabb képet kaptak: először egy átmeneti korai viraemia volt észlelhető a hepatitisz kifejlődésével egyidejűleg, ezután 50 héttig HCV-RNS a szérumban nem volt kimutatható, de a 60. héten ismét megjelentek a szekvenciák a betegek vérében. A maradék két betegben (3. és 5. beteg) későn kezdődött a viraemia, és náluk is bizonyítható volt a krónikus NANBH.

Így tehát háromféle viraemia profil volt ebben az 5 betegben detektálható: 1. Átmeneti, rövid ideig tartó viraemia akut, gyógyult NANBH-ban, 2. néhány évig perzisztáló viraemia krónikus NANBH-ban és 3. intermittáló kép, korai átmeneti fázissal és recurrentiával néhány hónappal később. A HCV-RNS minden esetben korábban volt kimutatható, mint a májfunctió tesztek abnormalitása és jóval megelőzte a szerokonverziót. Így tehát a PCR-technikával a HCV-fertőzés hamarabb mutatható ki, mint a szerológiai eljárásokkal. Problémát je-

lentheth azonban a mintavétel időpontja, mivel egyes esetekben a viraemia csak néhány napig tart.

Nagyon érdekes kérdés az, hogy miért tért vissza a viraemia a 2. betegben. Lehetséges, hogy az immunválaszra nem érzékeny HCV-variánsok keletkezése felelős a jelenségért. Fontos lenne annak tisztázása is, hogy a vírus recurrentiának van-e prognosztikai jelentősége. Az eredmények mindenesetre azt mutatják, hogy nem lehet egyenlőségjelet tenni az anti-C100 kimutató és a vérminta infektivitása között, és ez a véradók anti-C100 szűrővizsgálatának értékét is megkérdőjelezheti.

[Ref.: Jelen állapotában a HCV-szerológia erősen emlékeztet a HIV-szerológia 1984–85-ös helyzetére. A különböző cégek diagnosztikus készletei ma még jelentősen különböznek egymástól, és relatív értékük nehezen tételhető meg. Nagy különbség azonban, hogy amíg a HIV-közvetlen kimutatására csak a közelmúltban nyílt lehetőség, addig a HCV esetében (hála a molekuláris biológia időközbeni rohamos fejlődésének) az ellenanyag kimutatáson alapuló diagnosztikus eljárások bevezetését rövidebb idővel követte a direkt HCV kimutató módszerek kidolgozása is. Ez, továbbá az, hogy a HCV kórokozó hatásai valószínűleg egy szervre, a májra korlátozódnak, reményt ad arra, hogy a HCV-betegség pathomechanizmusának tisztázása gyorsabban megy majd végbe, mint a HIV-betegségé, amely sok szempontból még ma is enigmának számít.]

Füst György dr.

NEUROLÓGIA

Spontán kialakuló, alacsony liquor nyomású fejfájás. Marcellis, J. és mtsai (Dept. Internal Medicine, Temple University Hospital, Philadelphia): Headache, 1990, 30, 192.

A szerzők egy 69 éves férfi esete kapcsán tekintik át a spontán kialakuló, alacsony liquor nyomású fejfájás lényegét. Erre a fejfájásra jellemző, hogy álló helyzetben fokozódik, míg a fekvő testhelyzet csökkenteti a panaszokat. Gyakori kísérő tünetek a hányinger, hányás, szédülés, fotofóbia és étvágytalanság. A fizikális vizsgálat enyhe tarkókörtöttséget és alacsony pulzusszámot talál (vagus pulzus). Oldaltfekvő helyzetben a lumbalis liquor nyomás 0 és 30 mm között van. Ez a diagnózisnak fontos eleme. Az okokat két csoportba oszthatjuk; a spontán kialakuló intracranialis hypotensio és a symptomás esetek. Utóbbiak leginkább myelographia és spinalis anaesthesia után jelentkeznek. Fej- és gerinc-trauma következménye is szóba jön. Postoperatív okok: craniotomia, gerincműtét, post pneumonectomia (thoracoarchoidealis fistula). Különböző systemás folyamatokat és betegségeket is követhet: dehydratio,

diabetikus coma, hyperpnoe, meningocephalitis, uraemia, hypertoniás oldatok iv. adása, súlyos infekciók.

A vizgált személy panaszai és tünetei a fentebb leírtakkal összhangban voltak. Anamnézisében semmi olyan eltérés nem volt, mely a fejfájás symptomás eredetére utalt volna.

A részletes vizsgálatok (CT, MRI, cisternographia) is azt bizonyították, hogy nincs körjelző eltérés.

A spontán kialakuló, alacsony liquor nyomású fejfájás kezelésében az ágynyugalom, coffein, steroid, epiduralisan adott egy-két csepp saját vér, valamint a folyamatos epiduralis só-infúziók a legelterjedtebbek és elfogadottabbak.

A patofiziológia és etiológia egyelőre ismeretlen, mivel a sorozatban készült cisternogramokkal a liquorcsergés valószínűségét is ki lehetett zárni.

Bánk József dr.

Ismételt intravénás dihydroergotamin injekciók refrakter fejfájásokban. Silberstein, S. D. és mtsai (Temple University School of Medicine, The Comprehensive Headache Center at Germantown Hospital, Philadelphia): Headache, 1990, 30, 334.

A szerzők egy fejfájási központban 300 refrakter fejfájós beteget kezeltek dihydroergotamin (DHE) iv. injekciókkal. A betegeknek krónikus napi fejfájásuk (gyógyszer rebound nélkül 42), rövid időtartamú fejfájásuk (18) és cluster fejfájásuk (24) volt. A kezelés az addig szedett analgetikumok megvonásával, ismételt DHE iv. injekciók adásával, valamint metoclopramid szedésével kezdődött. A kezelt betegek 91%-a fájdalommentes lett, általában két-három napon belül. Az átlagos kezelési idő az intézetben 7,4 nap volt. A kezelt betegek 52%-a számolt be mellékhatásokról a kezelés idején. A legjelentősebb panasz a hányinger (32%) volt. Ezt követték a nyomásérzés és égő érzés (8%), lábgörcsök (7%), hányás (6%), vérnyomás-emelkedés (5%). A mellékhatások rendszerint spontán is megszűntek, vagy a DHE dózisának módosítása is eredményt hozott. Két betegnél kellett a kezelést megszakítani, az egyik esetben claudicatio miatt, míg a másik esetben bizonytalan szomatikus panaszok miatt. Eredményeik alapján úgy vélik, hogy a DHE metoclopramiddal együtt adva igen hatásos szer a nehezen befolyásolható fejfájások, a gyógyszer-megvonásos (pl. ergot) és gyógyszer-abuzust követő fejfájások kezelésében.

Bánk József dr.

Migrénes fejfájás csecsemő- és kisgyermekkorban. Elser, J. M. (Departments of Pediatrics and Neurology, University of Arkansas for Medical Sciences and Arkansas Children's Hospital, and University of Maryland at Baltimore): Headache, 1990, 30, 366.

A migrén az iskoláskorú gyerekek között 4–10%-ban fordul elő, míg az ennél kisebbekről nincsenek pontos felmérések, főként prospektív jellegűek. A szerzők 6 (5–42 hónapos) gyermek vizsgálatáról és kezeléséről számolnak be. Két gyermeknek ophthalmoplegiás migrénje volt, négy gyermek diagnózisát pedig Prensky kritériumai alapján állították fel. Mind a hat gyermek családjában volt egy vagy több migrénes személy. A legmarkánsabb tünet az irritabilitás volt, majd a fejfájás, hányás, hasi fájdalom, alvászavarok, pallor és ptosis következtek gyakorisági sorrendben. A hat gyerek közül egy 12 hónapos fiú esetét emeljük ki röviden. Kora reggel bal pupillája kitágult, ebben az időben irritábilis volt, tartása imbolgó és bizonytalan volt, valamint fejét többször a falba verte. Ezen jelenségek hetente egyszer-kétszer jelentkeztek. A rohamokat hányás kísérte. A panaszokat és tüneteket acetaminofen jól enyhítette. Az anyának hasonló rosszullétei voltak három éves korában. A gyermek neurológiai vizsgálata, EEG-je és koponya CT-je normális volt. Preventív szerként 10 mg imipramint kapott esténként. Az első két hétben mellékhatások nem voltak, és három enyhébb rohama volt. Ezt követően reggelente 20 mg imipramint kapott per os. Egy éven át szedte a gyógyszert és nem voltak a későbbiekben sem rosszullétei.

Egy másik gyermeknél 10, majd 20 mg este adott teperinnel sikerült tünetmentességet elérni. Az amitriptylin vérszintje 15 ng/ml volt, míg depresszióban a terápiás szint 120–250 ng/ml.

A két ophthalmoplegiás migrénes gyermek kezelése nem volt ilyen sikeres. Őket steroidokkal próbálták kezelni, de fejfájásuk évek múlva is jelentkezett, és oculomotorius paresisük állandósult. A szerzők szerint a migrén kisgyermekkorban is kezdődhet, de sok esetben hatékonyan kezelhető.

Bánk József dr.

A flunarizin plazmaszintje és mellékhatásai migrénesek között. Albani, F. és mtsai: (Institute of Neurology, University of Bologna, Italy): *Headache*, 1990, 30, 369.

A flunarizin hatékony calcium csatorna blokkoló szer, melyet a perifériás és centrális keringészavarokban, valamint a migrén prevenciójában egyre kiterjedtebben használnak. Anticonvulsív hatását is intenzíven vizsgálják az utóbbi időben.

A klinikai tapasztalatok szaporodásával egyidejűleg, a mellékhatások felismerése is jelentős. Leginkább depresszió és extrapyramidális tünetek jelentkeznek flunarizin szedése mellett.

A farmakokinetikai vizsgálatok szerint a flunarizin plazmaszintje tág határok között mozog. A szerzők a dózis és plazmaszint kapcsolatát, valamint a plazmaszint és a mellékhatások közötti kapcsolatot vizsgál-

ták migrénes betegekben. 40 beteget vizsgáltak, akik 5–10 mg flunarizint szedtek lefekvés előtt egy adagban, három hónapon át. Az analizálásnál csak 30 beteg adatait tudták felhasználni, mivel 5 beteg nem jelentkezett a későbbi méréseknél, 5 non-compliance volt. A plazma koncentráció 10–180 ng/ml között mozgott, és nem korrelált a dózissal.

A megfigyelt mellékhatások a következők voltak: álomság és kábultság (13), súlygyarapodás (11), gyomorpanaszok (1), insomniá (1), fokozódó tremor (1). Azok, akik egy hónap után abbahagyták a gyógyszer szedését, álomságról, és súlygyarapodásról számoltak be. Azoknak a betegeknek, akiknek fő panaszuk az aluszékonyosság volt, szignifikánsan magasabb volt a plazmaszintjük, összehasonlítva a tünetmentes betegekkel. A súlygyarapodás viszont nem volt összefüggésben a gyógyszer plazmaszintjével.

Bánk József dr.

A blink reflex cluster fejfájásban. Raudino, F. (Neurological Department, "Valduce" Hospital, Como, Italy): *Headache*, 1990, 30, 584.

A cluster fejfájás pathogenesisé még pontosan nem tisztázott. A fájdalom forrásai a feltételezések szerint a szemben, az intra- és extracranialis erekben, valamint egyéb agyidegekben lehetnek. Újabb a hypothalamus csökkent integratív működését teszi felelőssé. A nervus trigeminus szerepét azonban több klinikai jel is támogatja. (Pl.: csökkent az érzékenység az érintett oldali homlokokon, renyhébb a cornea reflex a fájdalom oldalán, valamint néhány esetben a trigeminus átmenetése enyhíti a fájdalmat.) A szerző ezért választotta vizsgálat tárgyának a blink reflexet. Ezt a reflexet a nervus supraorbitalis elektromos és mechanikus ingerlésével lehet kiváltani. Az elektromos blink reflex két komponensből áll. Egy korai ipsilaterális válasz (R1) és egy kései bilaterális válasz (R2). Az R1 egy oligosynaptikus kör a ponsban, míg az R2 nociceptív reflex, mely polysynaptikus és a pons, valamint a laterális medulla oblongata vesznek részt benne.

A vizsgálatok 12 clusteres betegen történtek symptomás időszakban. Az R2 amplitúdója maximális ingerléskor szignifikánsan nagyobb volt II betegben a tünet- és panaszmentes oldalon. Ezek az eredmények összhangban vannak az eddigi irodalmi adatokkal. Eszerint az érintett oldalon az aktív időszakban magasabb az ingerküszöb.

Úgy tűnik, hogy a cluster fejfájás pathogenesisében fontos helye van a trigeminus rendszernek, ezért ennek vizsgálata a blink reflex segítségével hasznos lehet a továbbiakban is.

Bánk József dr.

Paraneoplasias encephalomyelitis. Bergmann, M., Gullotta, F. (Inst. Neuropath, Univ. Münster): *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1990, 58, 423.

Egy 60 éves beteg, kezelt diabetes mellitus-sal az anamnézisben, került felvétellel szédülés, fogyás miatt. Járási ataxiát, polyneuropathiát észleltek, a saját reflexek hiányával, zokni-hyposzthesiával, alsó végtagi fasciculatióval. Később tetraplegia alakult ki, a légzőizmok érintettségével, s légzési elégtelenségben meghalt. A sectio kissejtes tüdőrákot igazolt, kiterjedt áttétekkel a regionalis nyirokcsomókban. A központi idegrendszer makro- és mikroszkópos vizsgálata során áttétet nem találtak, hanem kiterjedt polyencephalitis, perivascularis lymphocytá-infiltrációval, neuronophagiát, diffúz és göccs gliaproliferációt. Az elváltozás a limbikus rendszert, a nyúltvelőt, a gerincvelő szürkeállományát és a spinalis ganglionokat érintette. Vírusos eredet kizárása után a folyamatot paraneoplasiasnak tartották.

A központi idegrendszer paraneoplasias syndromái közé tartoznak a subacut kisagyi atrophia, a paraneoplasias encephalopathia, a subacut sensoros neuronopathia, a peripherias neuropathiák és különféle izombetegségek. Ezek a kórképek a beteganyag 1%-ában fordulnak elő, de klinikailag mégis fontosak, mivel a vezető tüneteket okozzák, s a tumor gyanúja nem merül fel.

A chronikus progrediáló encephalomyelitis leggyakrabban tumorokhoz asszociálódik, jellegzetes paraneoplasias syndroma, különféle klinikai tünetekkel. Aetiologiája és pathogenesisé ismeretlen, vírus- és immunosuppressziós teóriákat állítottak fel. A kissejtes tüdőrák neuronalis differenciálódási antigéneket (ideg növekedési faktor-receptor, neurofilamentumok, neuronspecifikus enolase) képes exprimálni, cytotoxicus antitestek termelődhetnek, s ezek keresztreakcióval a központi idegrendszer megtámadhatják. Ezek ellenére az autoimmun eredet sem tartható biztosnak, csak egyik lehetőségként jöhet szóba.

Pikó Béla dr.

A hyperglycaemia és a diabetes mellitus befolyása a hevenyen fellépő szélütéses („stroke”) állapotokra, illetve a morbiditásra és mortalitásra a beszállítás után közvetlenül és 3 hónap múlva. Woo, J. és mtsai (Dept. of Med., Prince of Wales Hosp., Shatin, NT, Hongkong): *Arch. Neurol.*, 1990, 47, 1174.

Az irodalom nem teljesen egységes abban a kérdésben, rosszabb-e a hevenyen fellépő szélütés kimenetele diabetes egyidejű fennállásakor. A hongkongi kínai egyetem munkatársai 304 betegen (valamennyien kínaiak és átlagosan 70 év körüliek, s heveny stroke-kal beszállítottak) az ictust követő 48 órán belül megvizsgálták az éhomi glukózt, HbA_{1c}, valamint a fruktózámin

koncentrációját. Az előzményi adatok és a kapott eredmények szerint glukóz-tolerancia szempontjából 4 kategóriát különböztettek el: ismert diabetes, friss diabetes, ún. stress-hyperglycaemia (a három vizsgált laborparaméter közül csak a vércukor haladta meg a 7,8 mmol/l értéket) és nem diabetes.

A szülést gondos klinikai vizsgálatok (CT és boncolás is) alapján lacunaris (tiszta motoros vagy sensoros stroke, ataxiás hemiparesis, sensorimotoros stroke, továbbá a CT-vizsgálattal 15 mm-nél kisebb hypodens laesio), cerebralis infarctus és intracerebralis vérzés alcsoportokra osztották. A beállítást után és 3 hónappal a heveny történet után megvizsgálták, hogy a szülés említett három alcsoportjában hogyan alakultak a glukóz-toleranciát jelző laboratóriumi értékek. A szülötöttek soruk alakulását illetően ugyancsak három kategóriába sorolták: teljesen rendbe jöttek, mozgásképtelenek és meghaltak. Az utóvizsgálatok során a Barthel-indexet, valamint a mentális funkciót ellenőrizték, mindkettőt pontozásos módszerrel.

A magas éhomi glukózzint fokozott mortalitással járt, de ez csak az intracerebralis vérzés csoportra volt jellemző. Azoknak a betegeknek, akiknek stress-hyperglycaemiájuk volt, nagyobb volt a mortalitása, mint a diabetesesek és a nem diabetesesek között (74%, szemben a diabetesesek 24%-ával). Úgy tűnik tehát, hogy a megbetegedés kimenetelében inkább a stress okozta hyperglycaemia hatása érvényesül a szülés súlyosságára és nem a glukóz káros hatásának eredménye a károsodott neuronokra.

Iványi János dr.

Kétoldali radialis paresis. Sturzenegger, M., Rutz, M. (Neurologische Universitätsklinik Bern): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 1255.

A n. radialisnak a kar csöves csontjához való szoros anatómiai viszonya magyarázza, hogy a traumás karideglaesiók a leggyakoribbak. A nem-traumás radialis-paresisek között leginkább a felkar nyomás okozta laesio szerepel, amit az ideg anatómiai lefutása és a szomszédos struktúrákhoz való viszonya magyaráz.

A n. radialis kétoldali izolált károsodása ritkaság. Ilyen esetekben mindig gondolni kell egy esetlegesen alapul szolgáló szubklinikus generalizált perifériás idegbántalomra. A szerzők öt éven belül 103 radialis paresis miatt ápolat beteg közül csupán 3 kétoldali paresist észleltek a n. radialis innervált területén. Ezek közül az 1. esetben a paresis oka a szűk supinator csatorna okozta spontán compressio („entrapment neuropathy”; „supinator-canal-syndroma”) volt; a 2. esetben alvás/coma folytán fellépő nyomásparesis szerepelt; a 3. esetben HIV kapcsán fellépő mononeuropathia multiplex idézte elő a paresist.

A bilaterális radialis paresisek gondos elkülönítő kórismézést követelnek. Az elektroneurographia egyszerű, biztos eljárás a szubklinikus generalizált idegbántalmak felfedezésére.

A kétoldali radialis paresiseknél tehát elvileg hasonló aetiologia található, mint a lényegesen gyakoribb egyoldali radialis paresisek esetén.

iff. Pastinszky István dr.

Epilepsia és terhesség. Schäffler, L. (Neurologische Universitätsklinik, Inselspital Bern): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 1508.

A gyermeket kívánó epilepsiás nők száma emelkedik. Az epilepsiás nők 63%-a legalább egyszer terhes. A legtöbb vizsgálat szerint a terhes nőknél az epilepsia praevallenciája 3–10%; a nagy ingadozást adókat az magyarázza, hogy az egyes vizsgálatok csak az antiepileptikumokkal kezelt nőket, vagy csak a nagy epilepsiás rohamokban szenvedőket vették számításba. A szerzők vizsgálatának aspektusai a következők voltak: 1. a terhesség befolyása az epilepsiás rohamok gyakoriságára; 2. valamint a szülésre és a perinatalis időszakra; 3. az epilepsiás anyák gyermekeinek a veszületett anomáliák; 4. szoptatás antiepileptikumok szedésekor; 5. anticonceptio és antiepilepsiás kezelés.

Az összes terhesek csaknem 1%-a epilepsiában szenved. A terhességnek az epilepsiára való befolyása egyes esetekben prediktív nem állapítható meg. Míg a terhesség alatt a rohamok gyakorisága az esetek harmadában-felében ugyanaz, addig az esetek negyedében-harmadában a rohamok szaporodására vagy csökkenésére számíthatunk ugyanazon szinten maradó abszolút antiepileptikum dosis mellett. Az antiepileptikumok plasmaszintjének süllyedésére megfigyelt hajlandóság magyarázatára különböző vitatott tényezők ismeretesek. A perinatalis letalitás ismeretlen okokból kétszer magasabb az összlakossághoz viszonyítottan. Az epilepsiás anyák gyermekeinek a gyermekek fejlődési rendellenességre való hajlama 1,5–3-szorosan nagyobb, mint az egészséges kontrollknál. A malformatiókra való fokozott incidencia oka multifaktoriális, amelyben az antiepileptikumok szedése mellett a genetikai tényezők, valamint az epilepsia formája és súlyossága, a terhesség alatti „grand-mal”-rohamok fellépései is szerepet játszhatnak. Többféle antiepileptikumok szedésekor gyakoribbak a congenitalis anomáliák, mint a monoterápia esetén. A foetus intrauterin *valproat* expositiója utáni spina bifida fokozott kockázata miatt ezen antiepileptikum alkalmazásáról a terhes nőnél lehetőleg le kell mondani. Az antiepileptikumok szedése rendszerint nem képez ellenjavallatot a szoptatásra.

iff. Pastinszky István dr.

Miller—Dieker-syndroma (I. típusú lissencephalia) jellegzetes EEG elváltozásai. Würle, H. és mtsai (Pediatriisches Zentrum, Olghospital, Stuttgart): Mschr. Kinderheilk., 1990, 138, 615.

Lissencephalia („sima agy”), az agy hibás fejlődése, melynek hátterében neuronális migrációzavar áll. Makroszkóposan a gyusok hiányát, mikroszkóposan pedig az agykéreg felépítésének zavarát látjuk. A korábban ritkán felismert betegséget (először *Culp* írta le 1914-ben) a CT segítségével ma már gyakrabban diagnosztizálják.

A lissencephalia nem egységes körkép, kliniko-pathológiai szempontok alapján a következőképpen oszthatjuk fel:

- I-es típus:
1. izolált lissencephalia
2. Miller—Dieker-syndroma
3. Norman—Roberts-syndroma

- II-es típus:
1. Walker—Warburg-syndroma
2. Cerebro-oculomuscularis syndroma.

A Miller—Dieker-syndromára az agyria, a craniofacialis dysmorphia (magas homlok, temporális impresszió, mikrognathia, rancos homlok), növekedésben, fejlődésben való elmaradás, mikrocephalia és központi idegrendszeri érintettség (initialis hypotonia, spaszticitás, görcsrohamok) a jellemző. A II-es típus alatt említett körképekben hydrocephalust, a szem hibás fejlődését és egyes esetekben congenitalis izomdystrophiát észleltünk.

Gastaut és mtsai fordultak először nagyobb figyelemmel az EEG elváltozások felé, s találtak azokat jellemzőnek a betegségre.

Ugyan többször leírták már hypersarrhythmia, dysrhythmia, s nem jellegzetes epileptogén aktivitást, de *Hakamada* és *Dulac* figyeltek fel először az abnormálisan gyors alfa és béta hullámtevékenységre a fronto-centralis regio felett, mely a korrallal mind amplitúdót, mind frekvenciát tekintve növekszik.

Gastaut és mtsai szerint a diagnózishoz az alábbi EEG elváltozások szükségesek:

1. A kornak megfelelő alaptervékenység hiánya, s helyette a korrallal frekvenciában s amplitúdóban növekvő, magas amplitúdójú alfa és béta tevékenység.
2. A topografikus tagoltság hiánya.
3. Alváskor és gyógyszerhatás alatti reaktiváció hiánya.

De Rijk-van Adel és mtsai szintén ezen elváltozásokat észlelték és még egy extrém nagy amplitúdójú (800–4000 μ V) ún. sharp-slow-wave kombinációt, mely szintén patognomisztikus. Abnormálisan gyors, de alacsony amplitúdójú ritmust észleltek még az aminosav anyagcsere zavaroknál, neuroaxonális dystrophiánál is. Gyors, magas alfa ritmus figyelhető meg nagyobb vak gyerekeknél, de önálló topográfias tagozódás megmaradt. Ezen abnormálisan gyors és magas amplitúdójú tevékenység magyarázata a corticalis gyrisatio és organisatio defektusában rejlik. *Afelstini* EEG a pyramis sejtek posztzinaptikus potenciáljainak szummációjával áll elő. Normálisan ezek a

sejtek radier irányában elrendezettek, s ezáltal az elektródák csak az agytekervények koronájának területéről tudósítanak. Így nem csoda, hogy egy „sima” cortex pyramissejt rétegei, melyek vékonyabbak mint egy egészségesé, jóval magasabb potenciálkülönbséget produkálnak, hisz az egész agyfelszínen mindenütt azonos módon irányított paralel (és nem radier) fekvő bipólusok vannak.

Habár ma a lissencephalia diagnózisa a CT-n és NMR-en alapul, az EEG elváltozásai olyan jellegzetesek, hogy ezek alapján a betegségét valószínűsítheti lehet.

Németh Csilla dr.

ANYAGCSEREBETEGSÉG

Az inzulinkészítmények körüljárása. Hildebrandt, R. (Institut für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten Berlin): Z. ärztl. Fortbild., 1991, 84, 1099.

A cukorbeteg inzulinkezelésére viszonylag rövid hatású (alt- és reguláris), valamint protrahált (intermediér és tartós hatású) inzulinkok állnak rendelkezésre, tiszta oldatban és szuszpenzióban. A Berlin-Chemie GmbH inzulinkészítményei közül az Insulin (Alt) és Insulin SNC tiszta oldatú, többszörösen kristályosított, illetve kromatográfiásan tisztított marha/sertés, illetve sertés eredetű reguláris inzulint, a tiszta oldatú, többszörösen kristályosított tisztított marha/sertés, illetve sertés-inzulint tartalmazó B-Insulin depot-hatású. A PZ-Insulin hasonló tisztaságú, tisztítás és eredetű depot-inzulint. A Berlinsulin már szintén többszörösen átkristályosított tisztított, marha eredetű szuszpenziós depot-inzulint, az L-Insulin SNC pedig kromatográfiásan tisztított sertés eredetű depot-inzulint szuszpenzió.

Amennyiben e készítmények adásával kapcsolatosan összeférhetlenséget tapasztalnak, import inzulinkokat (Depot-Insulin S Hoechst, Rapitard MC Novo, Semilente MC Novo), vagy humáninzulinkokat (Actrapid HM Novo, Actraphane HM Novo, Monotard HM Novo) vetnek, illetve vesznek igénybe. A marha-inzulint 3, a sertés-inzulint 1 aminosavban különbözik az emberi inzulintól és a humáninzulint bioszintetikusan coli baktériumok által, vagy szemisztetikusan sertés-inzulintból állítják elő. A készítmény aminosav összetétele pedig minél inkább egyezik az emberi inzulinnal, annál kisebb az antigenitása és immunogenitása. A legtöbb készítmény koncentrációja 40 IE/ml, de a legújabb készítmények — az inzulintollak bevezetése miatt — már 100 IE/ml-t tartalmaznak.

Az inzulinkészítmények általában 2 évig, az NDK preparátumok 3 évig használhatók fel. Kiegészítésként bakteriosztatikumokat, depot-anyagokat tartalmaznak és a helyi reakciókat általában ezek és nem maga az inzulint okozzák. A készítmények pH értéke savanyú vegyhatású, vagy neutrális és ez utóbbi csökkenti az immunreakciókat és gyorsítja a felszívódást.

A gyakorlati tudnivalókat illetően az inzulinkészítményeket 4–10 Celsius-fokon, a direkt napfényt kiresztve kell tárolni. Tartós szobahőmérséklet az inzulinkaktivitást csökkenti. El kell kerülni a különböző inzulinkészítmények keverését, mert ezáltal megváltozik a hatásuk. Felhasználás előtt az ampullákat fel kell rázni, a zavarosodás megszűnése pedig a depot-hatás részleges elvesztését jelzi. A tiszta oldatok megzavarosodása a dezinfekció változását jelzi.

Az inzulinkészítményeket experimentálisan vizsgálva kiderült, hogy a megkezdett ampullák, a bennük hagyott kanülök és a szobahőmérséklet ellenére, azok inzulintartalma és pH értéke 2–4 hét alatt nem változott, 14 nap után minden ampulla steril, 4 hét után pedig még baktériummentes maradt. Ezt azonban az otthoni milióban végzett megfigyelések is alátámasztják, úgy hogy a cukorbeteg otthon megnyitott inzulinsampulláit is 8 hétig gondatlanul felhasználhatják.

Az inzulinszuszpenziókat a különböző adagoló készülékekkel is megkönnyíteni igyekeznek, és ezekben az inzulint nemcsak hatásfokát, hanem sterilitását is napokig képes megtartani, sőt a sterilitást a többszöri töltés ellenére akár 2–4 hétig.

Angeli István dr.

Az inzulinkezelés modern alapelvei. Ratzmann, K. P. (Institut für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten): Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 1103.

A cukorbeteg kb. 15%-a szorul a megközelítőleg komplett inzulinhány miatt exogén inzulinpótlásra. Rendszerint a reggeli inzulinszükséglet a legnagyobb, amit az esti követ és délben, valamint éjjel van általában a legkisebb mennyiségre szükség. Indikációját az anyagcsere felborulása és labilitása, a diabeteses kóma, a terhesség, a sebészeti beavatkozások, valamint egyéb szituációk pl. fertőzés képezhetik. A labilis, nagy vércukor-ingadozásokkal és ketózissal járó fiatalkori diabetes általában napi 3-szori gyorshatású inzulinnal szorul, az esti adagot depot-inzulinnal kombinálva. A depot-inzulint reggeli és esti adagolásban viszonylag kiegyensúlyozott anyagcsereállapot esetén adhatók. Inzulinallergia, lipodystrophia, vagy inzulinszuszpenzió fennállásakor kromatográfiásan erősen tisztított és kisebb immunogenitással bíró készítmények adandók.

A modern inzulinkezelésnek szigorúan alkalmazkodnia kell az inzulint hatásához, valamint a kezelt páciens életkörülményeihez és az ilyen szempontból jól iskolázott páciensek ehhez jó partnerek. A bázisbolus-konceptió a bázális és prandialis inzulinszükséglet biztosításával a megközelítőleg normális inzulinszubsztitúciót biztosítja, reggel és este tartós hatású, az étkezésekhez pedig reguláris inzulint adva.

A kezelés stratégiája a következőkben foglalható össze: Napi többszöri vércukor-

önkontroll; az éhgyomri és praepandialis vércukor 5,5 és 9,0 mmol/l közötti tartása; a bázális inzulinszükséglet (teoretikusan testsúlykg \times 0,35, a napi szükséglet 50%-a) biztosítása reggel és este tartós hatású inzulinnal; prandialis inzulinkiegészítés az étkezésekhez.

A napi többszöri inzulindáshoz manuális Injecta-MD 2 inzulinszuszpenzió javasol, mely az inzulintollhoz hasonló. Másik lehetőség a hordozható inzulinszuszpenzió, az inzulinszuszpenzió használata.

Angeli István dr.

Kombinált kezelés inzulinnal és szulfanilureákkal. Ratzmann, K. P., Berger, M. (Institut für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten Berlin und Abt. für Stoffwechsel und Ernährung, und WHO Collaborating Center for Diabetes der Heinrich-Heine Univ. Düsseldorf): Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 1105.

A szulfanilurea-kezelés fokozódó hatástalanságát késői, vagy szekunder rezisztenciaként jelzik, és a legújabb vizsgálatok ennek az évi incidenciáját 5%-ban adják meg. Itt azonban egy heterogén csoportról van szó, miután ebben a kevésbé együttműködő elhízott II. típusú cukorbeteg is benne foglaltatnak, akiket a primer terápiás célt, a testsúlycsökkenést nem sikerül elérni.

A szekunder szulfanilurea-rezisztencia kezelése. Megelőzését a helyes terápiás indikáció képes megvalósítani, mivel az orális antidiabetikumokat sokszor kényelmi szempontok miatt adják. A II. típusú cukorbeteg többsége ugyanis már eleve nem szorul gyógyszeres kezelésre, sőt ezen antidiabetikumokra rezisztenssé vált cukorbeteg egy része, kontrollált klinikai feltételek között újból a normoglykaemiás szintre állítható be. E rezisztens betegek kezelésére a következő lehetőségek adódnak: 1. Egyes esetekben eredményes szokott lenni ezek biguanidokkal történő kombinációja. 2. „Valódi szekunder rezisztenciában” inzulint kell adni. Ez utóbbi túlságosan elhízott inzulinszuszpenziókat azonban legtöbbször igen nagy inzulinszuszpenziókkal szorulnak, ezért itt felmerül a szulfanilureák és inzulint együttes adása. A szulfanilureák extrapancreatikus hatása miatt is csökken az inzulinszükséglet, valamint az atherogén rizikófaktoroként számba jövő hyperinsulinizmus.

A kombinált kezelés elméleti feltételezése azon alapszik, hogy a szulfanilureák a béta-citotrop hatásukon kívül extrapancreatikus postreceptor effektusként még az inzulinszuszpenziókat is növelik. Mindezt ugyan vitatják, de a glibenclamid receptorantagonistát gátló hatásáról is publikáltak, bár e sejtmembránok receptorszámát 20%-kal megnövelő közlés eredménye még máig is nyitott. A szulfanilureák exogén inzulint potenciál hatását is feltételezik, a szulfanilureák klinikailag fontos extrapancreatikus hatását azonban még nem sikerült bizonyítani.

A kombinált kezelés klinikai vizsgálatai alapján annak eredményességét még nem sikerült egyértelműen interpretálni és a viszonylag kevés, de klinikailag fontos placebo-kontrollok kettős-vak vizsgálatokban e kombinált kezelés kifejezett előnyét még nem tudták bizonyítani.

Az inzulinszükséglet csökkenését ennek monoterápiájával szembeállítva, 25%-os arányban észlelték, de mindezen „előny” a hypoglykaemiák megszaporodásával, valamint az érvédő HDL-koleszterin csökkenésével is társulhat, ami ezen idősebb betegek esetében egyáltalán nem mindegy.

Következtetések: 1. Az inzulin és szulfanilureák együttes adásának I. típusú diabetesben nincs értelme és ez hatástalan. 2. A két éves prospektív megfigyelések alapján 60 éven felüli inzulinhiányos cukorbetegnek is monoterápiaként inzulint kell adni. 3. Szekunder szulfanilurea-rezisztenciában az együtt adott inzulinszükséglet csökkenése, a még jelen lévő endogén inzulin tartalmak alapján valószínűsíthető, a szulfanilureák extrapancreaticus hatása ugyanis még nem bizonyított. 4. A kombinált kezelés hatását prognosztikusan még nem sikerült alátámasztani. 5. Inzulint megakasztó hatása a költség/hason szempontról még nem áttekinthető. 6. A perifériás hyperinsulinismus prognosztikusan kedvezőtlen makroangiopathiás rizikófaktor lehet, az exogen inzulinszükséglet csökkenése pedig hypoglykaemiás rizikóval és az érvédő HDL-koleszterin csökkenésével járhat.

Kelet-Berlinben a közlemény megírásakor a cukorbeteg 5,2%-a állott kombinált kezelés alatt, ami az 1980-as 2,8%-hoz viszonyítva kifejezett emelkedést mutat, amelyben azonban bizonyára ennek kritikátlan és nem mindig indokolt alkalmazása is szerepet játszik. Ezért szekunder szulfanilurea rezisztenciában Bachmann javaslatát hangsúlyozzák: a maximális glibenclamid adag mellett a reggel kis dózisban adott 4–8 E inzulin a kedvező és ez eredménytelenség esetén néhány nap múlva legfeljebb 20–24 E-re emelhető. Ennek sikertelensége pedig már kizárólagos inzulinmonoterápiát indikál.

Angeli István dr.

Gyógyszeres hypertonia-kezelés diabetes mellitusban. Ratzmann, K. P. (Institut für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten Berlin): Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 1109.

A II. típusú diabetes az elhízással, hyperlipoproteinaemiával, kószvényvel, hypertoniával és nagyobb arteriosclerosis rizikóval „metabolikus szindróma”-ként ismert. A hypertonia klinikailag még az I. típusú nephropathiás szövödménye esetén fordul elő gyakran, és a szerző intézete egy 10 éves követéses vizsgálatban a hypertonia prognosztikus jelentőségét az I. típusú diabetes mikro- és makrovaszkuláris mortalitásában újólág bizonyítani és megerősíteni tudta. Az arteriális hypertonia a diabeteses retino-

pathiának és nephropathiának, valamint a szívkoszorúér-, agyi és perifériás erek angiopathiájának is szállásainál.

Különlegességek a cukorbeteg hyper-toniájának gyógyszeres kezelésében. Az alapot mindenekelőtt a nem-gyógyszeres kezelés, a testsúly-, a konyhasó-, az alkohol-, a nikotin- és zsírfogyasztás csökkentése, valamint a fizikai kondicionálás képezi. A gyógyszeres kezelések egy része kedvezőtlenül befolyásolja a szénhidrát- és zsírsanyagcsereét. Így a thiazid indukálta (és dóziszfüggő) hypokaliemia az inzulinszekréciót csökkentheti és inzulinrezisztenciához is vezethet, sőt II. típusú diabetesben a hyperosmolaris nem-ketózisos kóma veszélyével járhat, sőt thiazid-kezelésben esetenként az LDL- és VLDL-lipoproteinek megszaporodását is tapasztalták.

A nem-szelektív béta-blokkolók szénhidrát- és zsírsanyagcsere hatását az irodalomban ellentétesen ítélik meg. Így az inzulinszekréció csökkenését nem változó, vagy csökkent glukóztoleranciával, az összkoleszterin szint változatlanásával, az érvédő HDL-koleszterinszint csökkenésével, a trigliceridszint emelkedésével. A szérumlipidek és glukóztolerancia kedvezőtlen változásai inkább kvalitatíve mint kvantitatíve kifejezettek, és az I. típusú diabetes intenzív inzulinkezelése mellett végzett nem-szelektív béta-blokkoló kezelés csökkent hypoglykaemia érzékeléssel és csökkent ellenregulációval járhat. Ezért I. típusú diabetesben a kardioszelektív béta-blokkolókat részesítik előnyben.

Az alfareceptor-blokkolók, kalciumantagonisták és ACE-gátlók nem fejtenek ki káros hatást a szérumlipidekre és glukóztoleranciára, sőt egyes intervenció vizsgálatok az ACE-gátlóktól a perifériás inzulinérzékenység és vele együtt a glukóztolerancia javulását tapasztalták.

A jelenlegi kezelés fokozatai. A vérnyomás 140/90, fiatal I. típusú cukorbetegeken 130–135/80–85 Hgmm-re csökkentendő. Ennek megvalósítása érdekében kisdózisú thiazid, kardioszelektív béta-blokkoló, kalciumantagonista, monoterápiaként alfa-blokkoló, vagy ACE-gátló kezelést javasol. Sokszor azonban nagyobb dózisú antihipertenzív gyógyszerekre és/vagy kombinált kezelésre van szükség. Újabbban, főleg diabeteses nephropathia esetében, sokat várnak az ACE-gátlóktól mono- vagy kombinált terápia formájában, a kezelést azonban mindig a szomatikus, pszichés és szubjektív szempontok figyelembevételével individuálisan kell alkalmazni.

Angeli István dr.

A diabeteses mikroangiopathia aetiopathogenesise. Schulz, B., Zander, E. (Institut für Diabetes „Gerhardt Katsch” Klinik I, Karlsruhe): Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 1111.

A cukorbeteg prognózisát messzemenően a mikro- és makroangiopathiás szövödmények befolyásolják. A klinikai nephro-

pathia gyakorisága az I. típusú cukorbeteg 40–50%-át terheli, két — 16 és 32 éves diabetes tartam után észlelt — incidencia csúccsal. A cukorbeteg nephropathiája elsősorban a diabetes manifesztációs korától függ, az esetek zömében a fiatalkori manifesztációkban. Az I. típusú diabetes 25 éves fennállása után 90%-os gyakorisággal számíthatunk a retinopathia valamelyik fokára, bár a mikroangiopathia fellépését genetikai tényezők is befolyásolják.

A genetikai gyanú. II. típusú monozygota cukorbeteg ikrek vizsgálatából kiderült, hogy ezek angiopathiájának súlyossága igen hasonló, míg az I. típusban ezt csak ezeknek kétharmadában tapasztalták. A diabeteses mikroangiopathia genetikai jeleit tekintve a HLA-szisztéma áll az érdeklődés előterében, szoros összefüggésben az immunreakciókkal. Így a HLA B₈ és B₁₅, főleg pedig a DR₄ és diabeteses retinopathia között tapasztaltak korrelációt. Néhány éve a diabeteses mikroangiopathia és komplement-4-faktor kapcsolatáról tudósítottak. Ez utóbbit a HLA-komplexek kódolják és jelentős szerepe van a humorális immunreakciók regulációjában.

Glykaemia és mikroangiopathia. 3500 egységes elvek szerint gondozott I. típusú cukorbeteg 30 éves követéses vizsgálata bebizonyította, hogy a tartósan rosszul kompenzált cukorbetegnek egyértelműen gyakrabban alakul ki diabeteses nephropathia és hasonló tapaszaltak a retinopathia vonatkozásában is. Az I. és II. típusú diabetes kezelésének a célja a normoglykaemia megközelítése. I. típusú diabetesben intenzív és főleg inzulinpumpa kezeléssel a mikroalbuminuria szignifikáns csökkenését tapasztalták, ami azt jelenti, hogy a hyperglykaemia a mikroangiopathiák kialakításában és progressziójában direkt jelentőséggel bír, míg a vércukorértékek normalizálása ezeket megakadályozhatja.

Haemodinamikai és haematológiai tényezők. Ezekben számításba kell venni a vörösvérsejtek megnövekedett aggregációját, a trombocyták fokozott adhaesióját, a thrombogen prosztoglandin-származékok intenzívebb szintézisét aggregációs hajlam fokozódásával. Ezt a thromboxan-szintézis aktivitásának a megváltozása közvetíti. A plazmalipoproteinek diabetes okozta változásai szintén az angiopathia létrejöttének kedveznek közvetlenül. Megemelkedik a VIII-as és V-ös alvadási faktor, míg az antithrombin III tükör csökken. A nagyobb viscositashoz és hypercoagulabilitáshoz még a fibrinolysis zavarai is társulnak. A haaemoglobin glikozilálódására csökken a szövetek oxigénellátása.

A diabeteses nephropathia pathogenesise. Veseelváltozások már a diabetes manifesztációjakor, az inzulinkezelés megkezdése előtt kimutathatók. Ezek funkcionális jellemzője a glomeruláris hyperfiltratio, kifejezett hyperglykaemia esetén pedig a nagyobb albuminkiválasztás. Ebben a hyperfunctió, hypertrophiás néma fázisban már biopsziás vizsgálattal kimutatható szerkezeti változások lépnek fel. A 3. stádiumban, illetve kezdődő nephropathiában

már abnormálisan magas albuminkiválasztás mutatható ki és az újabb vizsgálatok szerint a glomerulus-filtráció ebben a stádiumban még a normális szint felső határán lehet, de a vérnyomás már kissé magasabb. Amennyiben pedig a hyperglykaemiát és hypertoniát nem sikerül befolyásolni, akkor az albuminkiválasztás is fokozatosan emelkedni kezd. I. típusú diabetesben a hypertonia 15–24 éves diabetes tartam után állandósul, de a nephropathia már átlagosan 3 évvel korábban lép fel, ami azt jelenti, hogy a hypertonia a nephropathia direkt következménye. A pathomechanizmusban — melyet részletesen ismert — összegzőként a hyperglykaemia miatt létrejött nem-enzimatikus glikozilálódást és emelkedett cukoralkohol-képződést említi az endothel sejtek károsodásával, a megnövekedett trombocita-aggregációval, basalmembrán-megvastagodással, mikrothrombus-képződéssel és szövet-iszkémiával.

A diabeteses retinopathia pathogenesis. Ennek legkisebb elváltozásai még csak fluoreszcencia-angiográfiával diagnosztizálhatók, megnövekedett kapilláris elzáródásokkal, majd mikroaneurysma-képződéssel, vérzésekkel a retinopathia diabetica I. fokát hozva létre. Ezt az intraretinális „kemény” és „puha” exsudátumok követik, az előbbieket lipidlerakodások, az utóbbiak kapilláris elzáródások (mikroinfarktusok) következtében. Ez a retinopathia diabetica II. fokozata. Különleges formája a diabeteses maculopathia, a retinacentrum mikrocirkuláris zavara miatt létrejött intraretinális oedema következtében. A retinopathia proliferans a III. stádium, melyre a papillából kiinduló proliferáló erek a jellemzők és az újráképződések az üvegetest zsugorodását váltják ki.

Ami a retinopathia kialakulását illeti, a kapillárisok itt csak a két sejtípusból, az endothelsejtekből és a pericytákból állnak, az első histopathológiai jel a pericyták szelektív eltűnése. A pericyták nemcsak a kapillárisfalat stabilizálják, hanem az erek lumenét és a mikrocirkuláció dinamikáját is regulálják. Ezáltal fontos szerepet játszik a pericyták eltűnése a mikroaneurysmák, vérzések és más elváltozások létrejöttében. Okként azonban a hyperglykaemia áll az előtérben, miután a glukóz az endothelsejtekből és pericytákból szorbit formájában felszaporodhat, ozmotikus károsodást okozva. Ezenkívül megvastagodik a kapillárisok basalmembránja, ami a retinális vérátáramlás autoregulációját korlátozza. A nagyobb fokú kapilláris permeabilitás, mely az anyagcsere beállításától függ, az intraretinális oedema és kemény exsudátumok kialakulását eredményezi.

A retinokapillárisok endothelsejtjei önmagukban is nagyon produktív sejtek, melyeknek diabetes-ozokta zavara szintén komoly következményekkel jár, mindenekelőtt a véralvadás és fibrinolysis befolyásolása révén. Csökken az antithrombogen funkció, eltolódik a prostaciklin-thromboxan egyensúly és ezáltal létrejött mikrothrombusok fokozzák a kapillárisok elzáródásának lehetőségét. A cukorbeteg

endothelsejtjeinek jelentősen csökken a prostaglandin-szintézise és megnő a Willebrand-faktor tükre, mely a trombocyták adhaesióját ösztönzi. A helyi szövet-hypoxia ugyanakkor érújráképződést vált ki, bár ez utóbbit egy sor egyéb tényező is stimulálni képes.

A hatásos szekunder prevenció alapját a normoglykaemia megközelítése, a normotensio biztosítása, valamint a trombocita-aggregatio és aldózreduktáz gátlása képezi.

Angeli István dr.

A perifériás artériás vérátáramlási zavarok diagnosztikája cukorbetegségeken. Humel, I., Ilius A., Ratzmann, K. P. (Institut für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten Berlin): Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 1117.

A cukorbeteg verőeres érelzáródása 4-szer nagyobb, és 15-ször gyakrabban szorulnak az alsó végtagok amputációjára mint a nem-cukorbeteg. Az érelzáródáson kívül a perifériás neuropathia szintén oki jelentőséggel bír a „diabeteses láb” kialakulásában, ezért az idősebb cukorbeteg esetében az egyik legfőbb terápiás cél a lábkomplikációk megelőzése és ennek a perifériás vérátáramlási zavarok korai felismerése elengedhetetlen részét képezi. Diagnózis akkor eredményes, ha az a korai stádiumban történik, felbecsülhetővé teszi ennek súlyosságát, haemodinamikáját, a kolaterális funkció kialakulását, lehetővé teszi az atípusos panaszok (pl. neuropathia) elkülönítését, és biztosítja a lefolyás kontrollját. Ehhez a következő paraméterek szükségesek: a pulzuszám meghatározása, az amplitúdó és formai kritériumok kiértékelhetősége, az átáramlás nagyságának értékei, a helyi vérnyomás distalis érszűkületből, illetve érelzáródásból adódó értékei.

Az angiológiai diagnosztika vértelen módszerei: 1. Pulzáló komponensek: oscillografia, oscillografia (mechanikus és elektronikus), photoplethysmographia (reflex, transmissio), ultrahang-doppler, pulzusszinkron impedancia (PSI) mérés. 2. Vérmennyiség: vénaelzáródásos-plethysmographia-impedancia mérés („rheographia”), izotóp-clearance, szcintigráfia, termometriá, termográfia. 3. Nyomás: ultrahang-doppler, impedancia mérés. 4. Terhelhetőség: járásergometria, pedálergometria, kerékpár-ergometria. 5. Morfológia: képet adó ultrahang eljárások. Mindegyik eljárásnak van előnye és hátránya, diagnosztikus értéke és ára. Főleg a szövet-impedancia mérést tekintik eredményes és biztos diagnosztikus módszernek, mely mind a pulzushullám amplitúdó és forma alapján történő értékelését, mind az átáramló vér meghatározását lehetővé teszi.

A perifériás artériás vérátáramlási zavarok gyakorlatban bevált diagnosztikus programja: I. Típusos angiológiai tünetek hiányában: éranamnézis, az alsó és felső végtagok megtekintése (bőrszín, tápláltság, varixok, fekélyek), a bőrhőmérséklet vizs-

gálata tapintással, az artériák kitapintása, a nagyerek auszkultációja, mindkét kar vérnyomásmérése, az alsó pulzusszinkron impedancia mérése (PSI), a claudicatio intermittens távolság mérése járással. II. **Feltűnő klinikai-angiológiai jelek esetén kiegészítőleg:** vénaelzáródás-impedancia mérés, doppler-ultrahang, illetve poszt-sztenotikus vérnyomásmérés (impedancia), angiográfia, izomclearance-vizsgálatok, neurológiai vizsgálatok.

Angeli István dr.

A diabeteses nephropathia — diagnosztika és terápia. Ratzmann, K. P. (Institut für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten Berlin): Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 1121.

A diabetes prognózisa összességében, az I. típusú inzulindependens diabestet tekintve javult, de ennek ellenére a cukorbeteg életkilátásai még mindig rosszabbak. Így az NDK-ban az I. típusú cukorbeteg várható életkora 10 évvel rövidebb. Az I. típusú cukorbeteg leggyakoribb halál oka a mikroangiopathia mellett a diabeteses nephropathia következtében létrejött veseelégtelenség és ugyanakkor minden negyedik dializált páciens cukorbeteg. De hasonló jelentőséggel bír a diabeteses nephropathia a II. típusú diabetesben is.

A perzisztáló proteinuria szerepét a nagyobb halálozás-kockázatban a prospektív vizsgálatok egyértelműen bizonyították, és a cukorbeteg élettartamának emelkedését is elsősorban ennek kiküszöbölése szolgálja, ami egyértelműen a diabeteses neuropathia korai diagnózisának és kezelésének fontosságát húzza alá.

Diagnózis. Szóvetlenül a diabeteses nephropathiára a diffúz, vagy nodularis glomerulosclerosis, valamint a vasa afferens és efferens arteriosclerosis a jellemző. A klinikai diagnózis a glomeruláris filtráció beszűkülésén és/vagy a proteinuria fellépén alapszik, és mindkettő már az előrehaladott stádiumot jelzi.

A diabeteses nephropathia kialakulásának 5 jellemző stádiuma: I. Hypertrophia és hyperfunctio reverzibilis albuminuriával és ultrahangos vizsgálattal nagyobb vesével. II. Klinikailag néma, a vesekapillárisok basalmembrán megvastagodásával, a mesangium kezdődő kiszélesedéssel, nem feltűnő vizelet- és vérleletekkel, valamint klinikai tünetekkel. III. Ezt a stádiumot „incipiens” nephropathiként jelzik, mikroalbuminuriával és vérnyomásemelkedéssel. IV. Ez már klinikailag a manifest nephropathia stádiuma perzisztáló proteinuriával (0,5 g/24^h felett), 60–70%-ban hypertoniával és diabeteses retinopathiával.

A vér béta-2-mikroglobulin tartalmának megemelkedése a glomerularis filtráció csökkenését jelzi, míg a szérum kreatinin szintje ekkor még normális. V. A manifest veseelégtelenség stádiuma, perzisztáló proteinuriával, megemelkedett szérum-kreatinin szinttel, 90–100%-os hypertonia gyakorisággal és diabeteses retinopathiával.

Normalizálja
a lipideket

LIPANTHYL

KAPSZULA

M 300

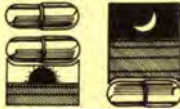
Összetétel: 100 mg fenofibratum kapszulánként.

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

Javallatok: Súlyos primer hiperlipidaemiák (hipertriglyceridaemia, hypercholesterinaemia és ezek kombinált formái), amelyek a diéta és az életmód megváltozásával (pl. fizikai aktivitás növelése, testsúlycsökkentés, a dohányzás megszüntetése) nem befolyásolhatóak. Súlyos szekunder hipertriglyceridaemiák, 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, zsíranycsere-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 bilialis cirrhosis.

Adagolás: Napi adag 3 kapszula (reggel 2 kapszula, este 1 kapszula) étkezés közben, amelyet tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni. A veseműködés károsodása esetén a napi adagot a funkció beszűkülésével arányosan kell csökkenteni.



Mellékhatások: Átmeneti gyomor- és bélpanaszok előfordulhatnak, melyek a dózis csökkentése után megszűnnek. Nem gyakori a szédülés, émelygés, hányás, urticaria, viszketés és fejfájás előfordulása. Ritkán fordul elő a szérum transzamináz átmeneti emelkedése, amely általában 8 napon belül normalizálódhat a kezelés megszüntetése nélkül.

Nagyon ritkán hajhullás és potenciazavar, izomgyengeség és izomfájdalom is előfordulhat.

Gyógyszerköölcsönhatás: Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (azok hatásának fokozódása, 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 hiperlipidaemiája esetén csak akkor adagolható, ha a hiperlipidaemia 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: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavar, szédülés, fejfájás csökkentése, a klimaktérium-szindróma vazovegetatív tüneteinek kezelése. Hipertenzív encephalopathia, intermittáló vaszkuláris cerebrális insufficientia, angiospasztikus agyi körképek, 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 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.



KOBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



Terápia. Oki kezelése eddig még nem ismert, de az anyagcsere javításával és a hypertonia kezelésével a prognózis javítható. Kedvezően befolyásolják; a normoglykaemia, a normotonia, fehérjeszegény étrend, a nikotintilalom, a röntgenkontrasztanyagok kerülése és az interkurrens húgyúti infekciók korai és konzekvens antibiotikus kezelése.

Az anyagcserebeállítás fontosságát a klasszikus transzplantációs példák bizo-

nyítják, amennyiben a transzplantált vese is 4 év múltán a diabeteses nephropathia jeleit mutathatja. Szigetsejt transzplantáció és az anyagcsere konzekvens javítása állatkísérletekben viszont a funkcionális és morfológiai elváltozások visszafejlődését mutatta. Emberen inzulinpumpa kezeléssel és az anyagcsere optimalizálásával a mikroalbuminuria eltűnését tapasztalták, a konzekvens hypertonia kezelés kedvező eredményét pedig számos vizsgálatban bizonyí-

tották. Az egyik kontrollált klinikai vizsgálatban a fehérjecsökkentett diétától (napi 0,7–0,8 g/kg) a proteinuria, albuminuria csökkenését és a glomerularis filtráció javulását tapasztalták. Előrehaladott stádiumban a dialízis-kezelés és veseátültetés kerül szóba, egyidejű pancreas-szigetsejt transzplantációval.

Angeli István dr.

A **Springer Hungarica** gondozásában megjelent:

BERGER—JÖRGENS—FÖVÉNYI:
GYAKORLATI INZULINTERÁPIA

A német nyelvű negyedik kiadás bővített, átdolgozott változata

41 ábrával és 10 táblázattal 590,— Ft



ELŐSZÖR MAGYARORSZÁGON

orvosok számára 110 órás intenzív,
oklevelet adó

NEMZETKÖZI HOMEOPÁTIA-TANFOLYAM

1991. szeptember 6—27-ig mindennap (szombat és vasárnap is) 15—20 óráig.

Előadók: a homeopátia nemzetközileg elismert francia, német és orosz szaktekintélyei (szinkrontolmácsolás biztosított).

Részvételi díj: 88 000,— Ft, amely összeg magában foglalja a tanfolyam, a tankönyv és a bécsi és baden-badeni kirándulás költségeit is.

Jelentkezni lehet: az EUROSANA Kft. ügyvezető igazgatójánál, VARGA SÁNDOR-nál, az 155-0122 és a 175-1885-ös telefonon, vagy személyesen Bp., I. kerület, Szentháromság tér 6. sz. alatt (KULTURINNOV épülete) munkanapokon 9—16 óráig a tanfolyam helyén.

*Kérjük, mielőbb jelezze részvételi szándékát,
mert a tanfolyam létszáma korlátozott.*



JODOSEPTIC®

bőrfertőtlenítő és

sebészeti lemosószer



Hatóanyag

PVP-jód-komplex formában 1% jódot tartalmazó baktericid, fungicid, sporocid és virucid hatású antiszeptikum. A jód a polivinilpirrolidonnal stabil komplexet képez, amelyből mint „jód depot”-ból fokozatosan válik szabaddá a hatásért felelős jód.

A szabad jód koncentrációja állandó.

Számos toxicitási vizsgálat igazolja, hogy lokális alkalmazásnál sem a bőrön, sem a nyálkahártyán keresztül jelentős jód-felszívódás nincs. Az eddigi klinikai vizsgálatok során toxikus mellékhatást nem észleltek. A műtét után a mentesítendő területről való eltávolítása könnyű.

Indikáció

A Jodoseptic bőrfertőtlenítőszer alkalmas műtéti bőrfelületek (mind kis ambulanter, mind nagy műtétek), valamint injekciók, punkciók előtti fertőtlenítésre.

Alkalmazása

A műtetre kerülő betegek bőrének fertőtlenítésére ugyanúgy alkalmazható, mint a jód-tinktúra.

1. A bőrt a szokásos módon készítjük elő a fertőtlenítéshez (borotválás, zsírtalanítás).
2. A műtőben (vagy megfelelő feltételek esetén az előkészítőben) a fektetést és az asztal(lap) beállítását követően a műtéti területre az asszisztens Jodoseptic oldatot folytat, és ezt a lemosást végző személy a műtéti területen egyenletesen szétkeni.

3. A kezelt terület száradását követően a 2. pont alattit még egyszer megismételjük.
4. Nyálkahártyát érintő műtétek (pl. hüvelyi) esetén a nyálkahártya Jodosepticel átitatott csíkkal vagy törlővel fertőtleníthető.

Ellenjavallat

Jóderzékenység, ill. egyéb allergiás bőrfolyamatok, valamint hipertireózis esetén nem használható.

Figyelmeztetés

A Jodoseptic alkalmazását követően öntapadós izoláló fólia biztonságosan nem rögzíthető. Tartós, rendszeres használata a bőrt kiszárítja. A szembe ne kerüljön.

Csomagolás

250 ml sötét üvegben
1000 ml sötét üvegben

Eltarthatóság

Fénytől védve, hűvös helyen tárolva egy év.

Engedélyszám

51.897/1986 (EüM)

Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Megjegyzés a Cirrhotikus asciteses betegek köldöksérv-plasztikája billentyűbeültetéssel c. közleményhez.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam Vincze Károly dr. és Csorba Lajos dr. közleményét (Orv. Hetil., 1991, 132, 15. szám), amely a refrakter asciteses betegeknél észlelt köldöksérv-plasztika és egyidejű billentyű-beültetés kérdését taglalja. Egyetértek azon megállapítással, hogy „ha a feltételek fennállnak, a köldöksérv-műtétet együtt, együlésben” elvégzik az asciteses billentyű-beültetését is.

A POTE II. sz. Sebészeti Klinikáján 1987 óta 38 betegnél végeztünk peritoneojugularis shunt-műtétet refrakter ascites miatt (az első implantációban Vincze dr. működtött közre, ezért ezúton is köszönetet mondunk).

Valamennyi betegünknek alkoholos cirrhosis talaján alakult ki refrakter ascites. Közülük 5 betegnél a köldöksérv zárását (op. sec. Mayo) és a billentyű-beültetését (3 Le Veen, 2 Denver shunt) egyidejűleg végeztük el. Két betegnél előbb a köldöksérv műtétét végeztük el, mivel az elvékonyodott és ascitest áteresztő bőr infekció volt — majd 6 héttel később ezt követte a billentyű-beültetés.

Egy betegnél köldöksérv-, lágyéksérv-műtét és billentyűbeültetés történt egy ülésben. Valamennyi betegnél a perioperatív időszakban antibiotikus kezelést végeztünk. Az ascites bakteriológiai vizsgálata minden betegnél negatív volt. Műtét utáni halálozás nem volt, 1 betegnél elhúzódó sebgyógyulást észleltünk.

Mint érdekességet említem meg, hogy 1 betegnél 4 hónappal a Le Veen shuntimplantáció és bal oldali lágyéksérvműtétet követően billentyű occlusio alakult ki következményes köldöksérvvel az ascites felszaporodás miatt. Billentyűcsere és köldöksérv-plasztika történt, a beteg panaszmentes, jól van.

A poor risk betegeknél a két ülésben végzett műtét (sérvműtét, majd billentyűbeültetés) megfontolandó, mivel az ismételt műtét, ill. narkózis a beteg számára megterhelő. Ugyanakkor figyelembe kell venni azt a tényt, hogy a cirrhotikus betegek infekció hajlama magas, ezért mérlegelni kell az esetleges „halasztás” hasznát.

A saját 2 betegünkön alkalmazott két ülésben végzett műtét szövődménymentesége is ezt látszik igazolni.

O' Connor és mtsai (1) közleményükben ismertetik az egy ülésben végzett és a halasztott műtét eredményeit. *Kupcsulik és mtsai* (2) az umbilicalis, vagy inguinalis sérv egyidejű fennállása esetén, ezek megoldását a shunt-implantáció után később javasolják megoldani. Saját tapasztalataink alapján is az egy időben elvégzett sérv-plasztikát és shunt beültetését tartjuk jónak, ha ez biztonsággal elvégezhető. Ellenkező esetben a halasztott műtét jön szóba. E súlyos betegcsoport kezelése nagyfokú körültekintést igényel és helyes azon álláspont, hogy e betegeket olyan sebészeti intézetek-

ben kell elhelyezni, ahol a sérvműtétet egyidejűleg, vagy később implantálható shuntok rendelkezésre állnak.

IRODALOM: O' Connor, M., Allen, J. I., Schwartz, L.: Peritoneovenous therapy for leaking ascites in the cirrhotic patient. *Ann. Surg.*, 1984, 200, 66. — 2. *Kupcsulik P., Harsányi, L., Kokas P.*: Le Veen shunt beültetésével szerzett tapasztalataink. *Orv. Hetil.* 1985, 126, 2077.

Tihanyi Miklós dr.

T. Szerkesztőség! Köszönettel és jó érzéssel olvastuk Tihanyi dr. közleményünkhöz fűzött sorait, melyek megerősítik és mindenben alátámasztják ismertetett gyakorlatunkat, melyet cirrhotikus asciteses betegek köldöksérv-plasztikája esetén szélesebb körben javasoltunk végezni. A közlemény átfutási idejének tartama alatt — mely kivételosen a megszokottnál jóval hosszabb (csaknem 2 év) volt — magunk is gyakrabban észleltük, hogy a köldöksérvek mellett refrakter ascites esetén egyre több lágyéksérv (vagy egyidejűleg mindkét sérvtípus) fordul elő. Ezek megoldása a közleményben vázolt elvek és gyakorlat szerint történt, ha erre a feltételek adottak voltak. Nyilvánvaló tény, hogy számos körülmény (a betegek általános állapota, az egyidejű billentyű-implantatio kivihetősége, a coagulációs paraméterek adatai, a beteg műteti alkalmassága stb.) együtt dönti el, hogy a kívánt szimultán műtét(ek) kivihetők-e, vagy sem? Tapasztalataink (és ezt a közlemény megjelenése óta eltelt újabb 4 sikerrel operált beteg kórtörténete is alátámasztja) szerint megfontolandó és ajánlható gyakorlat mellett emelünk szót, Tihanyi doktorékkal együtt. A két intézetben/osztályon megoperált közel 100 billentyű-implantált beteg eredményei amellel szólnak, hogy érdemes és szükséges olykor járattalan utakon olyan megoldások keresése, melyek főleg e zömében nagy kockázatú, poor risk betegek kezelésének eredményesebb módjait célozzák. Véleményünk abban is egyezik, hogy ezen betegek műteti javallata egyedi, többoldalú, felelősségteljes mérlegelést és döntést igénylő, s a szokottnál nagyobb kockázat mellett megvalósítható sebészi ténykedés, azonban a billentyű-implantációval együtt, egy ülésben végzett sérvplasztika (legyen az umbilicalis vagy inguinalis sérv, vagy mindkettő!) a betegek gyorsabb, szövődménymentesebb gyógyulása érdekében végzett munka, melynek előnyei kézenfekvők.

A Tihanyi dr. és munkacsoportja által végzett hasonló munkát jól ismerjük és értékeljük. Gyakorlatunkat támogatja, azzal egyetértő sorait, nemkülönben az Orvosi Hetilap Szerkesztőségének a válaszadás lehetőségét megköszönjük.

Csorba Lajos dr.
Vincze Károly dr.

Az aminoglikozid antibiotikumok gyermekgyógyászati alkalmazásáról. (Kiegészítés a módszertani levélhez)

T. Szerkesztőség! Nagyon időszerűnek találjuk az Orvosi Hetilap 1991. 2-ik számában megjelent módszertani levelet „Az aminoglikozid antibiotikumok klinikai alkalmazása”-ról. Gyermekgyógyászati farmakoterápiás szempontból néhány kiegészítést szeretnénk tenni az anyaghoz.

A 81-ik oldalon a „Dozírozás gyermekben” rész 3–6 mg/kg/nap adagolást javasolt gentamicin, tobramycin, netilmicin eseteiben. A napi dózist 2 alkalomra osztva javasolja beadni.

Szükségesnek látszik e sémának finomítása, mert mint ismeretes, a kora- és újszülöttek vízterei jelentősen különböznek az idősebb csecsemőkéitől. Lévéen az extracelluláris tér nagyobb, a fiatalabb és éretlenebb újszülöttekben a gyógyszer megoszlási térfogata is nagyobb lesz. Ennek megfelelően a csúcspontok a vérben is alacsonyabbak lesznek, de másik oldalról a glomeruláris filtráció éretlensége miatt az excretió hosszabb. Kora és fiatal újszülöttek számára jelenleg a fentiek figyelembevételével a következő dozírozás javasolható:

Gentamicin és Tobramycin
az élet 1–7. napján

1500 g testsúly alatt: 2,5 mg/kg 24 óránként
1500–2000 g: 2,5 mg/kg 18 óránként
2000 g felett: 2,5 mg/kg 12 óránként

a 7–21. nap között

1500 g alatt: 2,5 mg/kg 12 óránként
1500 g felett: 2,5 mg/kg 8 óránként

21. nap után

minden súlykategóriában: 2,5 mg/kg 8 óránként

Netilmicin esetében koraszülöttek, újszülöttek részére érvényes a 3 mg/kg 12 óránként dózis, idősebb csecsemőknél 1 éves kor alatt — nem húgyúti infectio kezelésében — nagyobb adag: 2,5–3,0 mg/kg/8 óránként javasolt a gyári útmutató szerint is.

A cefalosporinok térhódításával a toxikus és monitorizálást igénylő aminoglikozid kezelés a gyermekgyógyászati terápiában is háttérbe szorult. A cefuroxim kezelés nem sokkal költségebb a netilmicinnél, de a nefrotoxicitással nem kell számolni. Az aminoglikozid kezelések helyett a toxicitást, hatásosságát és költségeket figyelembe véve leginkább a *cefotaxim* (Claforan) ajánlható. A régi Penicillin + Streptomycin, majd az Ampicillin + Gentamicin kombinációk helyett a költségebb, de biztonságosabb cefalosporin kezelése a jövő a gyermekgyógyászati antimikrobás kezeléseknél.

Marosvári István dr.
Erdős Sándorné

(A kiegészítést az eredeti módszertani levél összeállítójának, Ludwig Endre főorvosnak előzetes jóváhagyásával adjuk közre).

RULID[®] 150mg

roxithromycin

ÚJ, NAGYHATÁSÚ MAKROLID ANTIBIOTIKUM

**KORSZERŰ FARMAKOKINETIKA,
IGAZOLT KLINIKAI HATÉKONYSÁG**

15 257 BETEG KÖZÜL

GYÓGYULÁSI
ARÁNY

FELSŐ LÉGÚTI FERTŐZÉSEK	91%
ALSÓ LÉGÚTI FERTŐZÉSEK	89%
BŐRFERTŐZÉSEK	93%
SZEXUÁLISAN TERJEDŐ FERTŐZÉSEK	90%

92%-BAN SEMMIFÉLE MELLÉKHATÁS



**KÉNYELMES ADAGOLÁS:
EGY 150 MG-OS TABLETTA REGGEL
EGY 150 MG-OS TABLETTA ESTE**

RULID (roxithromycin): 150 mg-os filmbevonatú tablettá.

HATÓANYAG: roxithromycin, félszintetikus makrolid.

JAVALLATOK: felnőttek roxithromycin-érzékeny kórokozó által létrehozott fertőzései elsősorban felső- és alsó légúti fertőzések: urogenitális és szexuális úton terjedő fertőzések (a gonococcus eredetűek kivételével); bőr- és lágyrészfertőzések. Meningococcus meningitis kontakt-személyek profilaxisa.

ELLENJAVALLATOK: Ismert makrolid allergia. Ergotamin származékokkal való együttadás.

MELLÉKHATÁSOK: Gyomor-bélrendszeriek: hányinger, hányás, gyomorfájás, hasmenés. Allergiás bőrlenségek. Átmeneti májenzim (ASAT/ALAT) transzamináz, alkalikus foszfatáz) érték emelkedés.

ELŐVIGYÁZATOSSÁG: Májelégtelenségben a RULID adása kerülendő. Ha mégis szükséges, a májműködés ellenőrzése, esetleg adagmódosítás ajánlott.

TERHESSÉG: A roxithromycinadagolás biztonsága terhességben még nem igazolt. Állatkísérletekben teratogen vagy foetotoxikus hatás nem volt kimutatható. Szoptatás: az anyatejben a roxithromycinnek elenyészően kis része volt kimutatható.

GYÓGYSZERINTERAKCIÓ: Ergotamin típusú vegyületekkel, ill. az érszűkítő hatású ergotamin származékokkal való együttadása ellenjavallt.

ADAGOLÁS: 150 mg kétszer naponta étkezés előtt.

ROUSSEL

Gyártja HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Gödöllő
a Laboratoires ROUSSEL, 35 Bd des Invalides 75007 Paris Licence alapján.

MEGJELENT

ACTA PHARMACEUTICA HUNGARICA 1991. 1. sz.

Budaváriné Bárány Zsuzsanna, Radeczky Géza, Szász György és Abdalla Shalaby: Koffein, teofilin, teobromin tisztaságvizsgálata HPLC-módszerrel

Farkas Márton: Új eredmények az Enzaprost—F (PGF_{2α}) cervikális tableta (CHINOIN) klinikó-farmakológiai vizsgálata kapcsán

Kata Mihály és Schauer Magdolna: Increasing the solubility characteristics of Albendazole with dimethyl-β-cyclodextrin

Mészáros János: Izolált szívizomsejtek és a „patch clamp” technika alkalmazása farmakológiai vizsálatokban

Szombathelyi Zsolt, Kárpáti Egon és Till Attila: Kóros humán artériákkal nyert izolált szerves tapasztalataink

GYERMEKGYÓGYÁSZAT 1991. 1. sz.

A Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium Állásfoglalása

Szász Mária dr., Bronchopulmonális dysplasia a pécsi perinatális intenzív centrum 10 éves beteganyagában
Simon György dr., Szócika Miklós dr., Rumpfer Jolán dr., Viczián Magdolna dr.: A Cromolyn profilaktikus kezelés klinikai vizsgálata aszmatikus gyermekekben

Ilyés István dr.: Az energiaegyensúly zavara elhízásban, a kezelés lehetősége hőtermelést fokozó szerekkel

Barkó Éva dr., Agfalvi Rózsa dr., Varga Péter dr.: Kis súlyú újszülöttek bekelezési kérdései egészségi állapotuk függvényében

Decsi Tamás dr., Adamovich Károly dr., Borkai Aranka dr.: Különböző módon táplált kis súlyú (1500 g) koraszülöttek súlygyarapodása a szérum protein (albumin) szintjének alakulása az élet első nyolc hetében

Némédi Mária dr., Pohánka Odón dr., Pintér Sándor dr.: Erett újszülöttek anyagi eredetű bakteriális kolonizáltsága

Némédi Mária dr., Málna Eszter dr., Emri Enikő dr., Pintér Sándor dr.: Az intrauterin retardáció előfordulása újszülöttek között

Barkai László dr., Jr. Madácsy László dr.: Cardiovasculáris reflexek vizsgálata gyermek- és serdülőkorban. Adatok a vegetatív idegrendszer működésének vizsgálatához

Jakobovits Ákos dr., Zubek László dr.: A kiskorúak ismételt terhességének perinatális kimenetele

Szabóné Kállai Klára dr., Gyimesi András dr., Román Ferenc dr., Kárti Kálmán dr., Soltész Gyula dr., Korányi Judit dr., Iványi János dr.: Attitűd vizsálatok cukorbeteg gyermekeken

Czinner Antal dr., Lázár Ágnes dr.: A szérum húgysav jelentősége a fiatalkori cardiovascularis rizikófaktorok között

Wilhelm Ottó dr.: Az alacsonytermet szűrésének eredményei

Adám Borbála dr.: Az ápolás szubjektív feltételeinek javítása és a szoptatási készség elősegítése rooming-in rendszerben

Tóth-Pál Ernő dr., Papp Csaba dr., Papp Zoltán dr.: Kongenitális klórveszű enteropathia praenatalis kizárása

Rákóczy György dr., Schneider Ferenc dr., Joós Ágnes dr., Verébely Tibor dr.: A rövidszakaszú Hirschsprung-betegség: a hisztokémiai vizsálatok szerepe a diagnosztikában

Adamovich Károly dr., Boty Aranka dr., Zala Ilona dr., Szabó Ilona dr.: Retionopáthiás újszülöttek kriokulagulációjakor alkalmazott általános anaesthesia

Papp Csaba dr., Tóth-Pál Ernő dr., Papp Zoltán dr.: In utero sikeresen kezelt non-immun hydrops esete

Ilyés István dr., Sikula Endre dr., Balázs János dr., Sári Beldné: Obesitas, acanthosis nigricans és inzulinrezisztencia fiúkban

Szollár Judit dr., Bodánky Hedvig dr., Khor Andrád dr.: Zellweger-szindróma familiáris előfordulása

Pinkola Krisztina dr., Darvas Katalin dr., Tarjányi

Mária dr., Kupcsulik Péter dr.: Nyelöcsövisszér sclerotizáló kezelés általános érzéstelenítése gyermekekben

Hassan Bin Gadeen dr., Horváth Károly dr., Bodánky Hedvig dr., Schmidt Marianne dr., Kontor Elemer dr., Schuler Dezső dr.: Kontaminált vékonybél-szindróma gyermekbészeti esetekben

Kovács Ákos dr.: Egyoldali tüdő-agenesia

Vincze János dr., Kiss Ákos Levente dr.: Pylorus hypertrophia és duodenum obstrukció együttes előfordulása osztályunk 32 éves anyagában

Jármay Katalin dr., Iványi Tibor dr., Holzinger Gábor dr., Kenderessy Sz. Anna dr. és Pokorny Gyula dr.: Gyógyszer okozta lázas állapot

Császár Albert dr., Vladimír V. Tertov dr. Vádim O. Ivanov dr., Romics László dr.: Anti-LDL immunglobulinok hatása atherosclerotikus plaque és non-plaque eredetű humán aortasejtek LDL-receptor-aktivitására

Boda Zoltán dr., Pfliegler György dr., Udvardy Miklós dr. és Rák Kálmán dr.: Kis dózisú Aspirin hatása a vérlemezkék működésére coronariasclerosisos betegekben

Mikita János dr.: Malignus véréképzőszervi betegségek haemorrhológiai vonatkozásai

Jermendy György dr., Fonet Béla dr., Koltai M. Zsófia dr. és Pogácsa Gábor dr.: A nyelöcsö motilitási zavar és a kardiorespiratorikus reflexkárosodás összefüggésének vizsgálata cukorbetegségben

Préda István dr., Balogh Ildikó dr., Bányai Ferenc dr., Kayser Sándor dr., Szilvási István dr., Berentei Ernő dr. és Antalóczy Zoltán dr.: A percutan transluminális coronaria angioplastica eredményének megítélése összehasonlítva terheléses surface mapping és terheléses thallium scintigraphia módszerével

Korányi László dr., James David, Mueckler Mike, Permut Alan dr.: Az izomszövet glukóz transzporter (GLUT-4) gén szerepe a test súly alakulásában

MAGYAR ONKOLOGIA 1991. 1. sz.

Szántó János dr., Vincze Borbála, Varsányi Rózsa dr.: Pajzsmirigyekben szenvedő betegek követése humorális tumormarkerek segítségével

Kahn Zsuzsanna dr., Tóth István dr., Vecsernyés Miklós dr.: Kis dózisú aminoglutetimid kortikoszteroid nélküli alkalmazása emlőrákban

Molnár Béla dr., Szentirmay Zoltán dr., Sugár János dr., Bodó Miklós dr.: Kvantitatív DNS analízis felhasználása gyomor lenyomatok kinevel diagnosztizálásában

Újvási László dr., Korompai Károly dr.: Jellemző kongenitális szemfenéki eltérések vastagbélpolypózisos betegekben

Nádor Györgyi dr.: Intracranialis tumorterjedés CT-s elemzése

Szántó János dr., Csáky Gergely dr., Minik Károly dr., Péter Ilona dr.: Pajzsmirigybe metasztázáló vesedaganat (esetismertetés)

MAGYAR UROLÓGIA 1991. 1. sz.

Im memoriam Baán László
Pintér József dr.: Uro-radiológiai diagnosztikus és terápiás eljárások

Péter Mózes dr.: Az új képalpító eljárások helye az urológiai diagnosztikában

Madai Éva dr.: A vese és mellékvese ultrahangvizsgálata

Madai Éva dr.: A vese fejlődési rendellenességeinek ultrahangvizsgálata

Tóth Zoltán dr., Török Olga dr., Kovács László dr., Tankó András dr., Bolodár Alajos dr., Papp Zoltán dr.: Renális és húgyúti rendellenességek prenatalis ultrahang-diagnosztikája

Böszörményi-Nagy Géza dr., Villányi Kinga dr.: Akut veselváltozások ultrahang-diagnosztikája

Schmitz Anna dr.: Az ultrahang szerepe a vesesérülések diagnosztikájában

Berényi Pál dr.: A vese intraoperatív ultrahang-diagnosztikája

Hegedűs Magdolna dr., Hamvas Antal dr., Szűcs Miklós dr., Pinovics József dr., Frang Dezső dr.: Az ultrahangvizsálat szerepe az ESWL és PCNL utáni maradványkövek és következményeinek felderítésében

Villányi Kinga dr., Böszörményi-Nagy Géza dr.: Vese-cystapunkciók

Berényi Pál dr.: Ultrahangvezérelt veseürengrendszeri punkciók

Böszörményi-Nagy Géza dr., Varga Attila dr.: Endopyelotomia

Schilling Albrecht dr., Fieszen Alexander dr., Hofstetter Alfons dr.: A szervmegtartás és a lymphogén metastasisok kezelésének kérdései a penis laphám carcinomája esetén

Kádas István dr., Pár Alajos dr.: Bevezetés

Kádas István dr.: A májcirrhosis patológiája

Pár Alajos dr.: Májcirrhosis: Etiológia és patogenezis

Berő Tamás dr.: Hepatitis encephalopathia

Kupcsulik Péter dr.: Portális hipertensio. A sebészeti ellátás megváltozott szemlélete

Szabó Tamás dr.: Az oesophagus varicositas scleroterápiája

Chr. Rink, R. Nilius, J. Hearting dr.: Májcirrhosis prognózisa

ACTA PHARMACEUTICA HUNGARICA 1991. 2. sz.

Görög Sándor: Gyenes István 75 éves

Szepesi Gábor: Néhány szempont HPLC „Ruggedness”-vizsálat tervezéséhez értékeléséhez

Görög Sándor, Halmos Zsuzsanna, Herényi Balcsa, Georgakis Angelos, Balogh Gábor, Csizsér Éva és Tuba Zoltán: Adatok a szteránváz vegyületek analitikájához 40. Etinodiol-diacetát szokatlan szennyezőseinek izolálása és szerkezetük felderítése

Trischler Ferenc és Bod Péter: Tiokarbamid és néhány származékának meghatározása S-alikelzési reakcióval

Gracza Lajos: A kapotnyak (Asarum europaeum L.) tartalmi anyagának vizsgálata. 18. A flavonoid szintézis dinamikája

Szász György, Budaváriné Bárány Zsuzsanna, Lőre Attila, Kőkösi József és Orfi László: Imidazokinazon-származékok folyadékromatográfiás vizsgálata II.

Laukó Anna, Csehi Attila, Balogh Gábor, Csizsér Éva, Herényi Balcsa, és Görög Sándor: Adatok a szteránváz vegyületek analitikájához 42. 17-ketoszteroidok etinilezésének melléktermékei (elválasztás, azonosítás, meghatározás)

Rényi Márta és Görög Sándor: 3,3'-diklór-dibenzoilperoxid szennyezés meghatározása 3-klór-perbenzoészavban

Jelinekné Nikolics Mária, Stampf György és Rácz István: A Trimetoprim monoterápiájában alkalmazható parenterális készítmény gyógyszer-technológiája

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE 1991. 2. sz.

Simon Miklós dr. egyetemi tanár 75 éves
Schneider Imre dr. és Batyáni Zita dr.: Immunhisztológiai vizsálatok ismétlődő orbáncos betegek bőrében

Dobozy Attila dr., Farkas Beatrix dr. és Moray Márta dr.: Ciklosporin-kezelés psoriasis vulgarisban

Szekeres Lenke dr., Korom Irma dr., Kapitány Klára dr. és Bertényi Camillo dr.: Pigmentált naevusos egység gondozásával és az eltávolított festékes anyajegyek szövettani feldolgozásával szerzett tapasztalatok

Husz Sándor dr., Kiss Mária dr., Tóth Kása Izabella dr., Borbély Zita dr. és Dobozy Attila dr.: Waldenström-féle macroglobulinaemia

Hunyadi János dr., Duda Ernő dr., Kenderessy Szabó Anna dr., Krizsa Judit dr. és Dobozy Attila dr.: A trombocitaktíváló faktor (PAF) szerepe a tumornekrozis faktor-alfa által kiváltott citotoxicitás reakcióban

Török László dr.: Cutan necrosisall járó újabb kórképek

Simon Miklós Jr. dr.: Eretinát terápia lichen planusban — immunpatológiai vizsálatok

Nagy Gyula dr.: Parapsoriasis digitiformis

Köszö Ferenc dr., Moray Mária dr., Dobozy Attila dr. és Dósa Réka dr.: Erythrocyta uroporphyrinogendecarboxylase aktivitás porphyria sclerodermiformisban

Farkas Beatrix dr., Bonne Koh Berná dr., Geisel Jürgen dr., Weisser Heike dr., Mahrle Gustav dr.: Tenyész-

tett humán keratinocyták dithranol indukálta membránkárosodásnak követése a laktádehidrogenáz-felzabaldulás és az izoenzim-összetétel meghatározásával

Korom Irma dr., Szekeres Lenke dr., Bertényi Camillo dr. és Kapitány Klára dr.: Késői áttétképződés melanoma malignumban

Bertényi Camillo dr., Hunyadi János dr. és Kapitány Klára dr.: Óriási Tierfell-naevus műtétrel gyógyított esete

Könyvismertetés

EGÉSZSÉGNEVELÉS

1991. 2. sz.

Dr. H. Nakajimának, az EVSZ főigazgatójának üzenete az 1991. évi Egészségügyi Világnap alkalmából

Vátery Abramov: Szembesülni a katasztrófával saját feltételekkel

Károlyi György dr., Balászy Károly dr.: Dohányzás és alkoholfogyasztás a legidősebbek körében

Lelkes Miklós dr., Dákay Mária dr., Vedres István dr.: Ötödikes orvostanhallgatók véleménye és ismeretei környezetegészségügyi-környezetvédelmi kérdésekről a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen

Kovács Zoltán dr.: Hipertónia Klubok I. Országos Találkozója Körösladány, 1990. október 27.

Váczy Márta: A cigányegészségügyi állapotja és az ebből adódó egészségmegőrzési feladatok

László Ruth: A személyiség architektóniája VI. A személyiség mint Gestalt

Kelemen Zsolt dr., Farkas Márton dr.: Tájékoztató az oszteoporózisról

Lelkes Miklós dr., Vedres István dr.: Fertőző betegségek a világban

Förrei Judit dr.: Részletek a magyar leánykereskedelm és prostitúció történetéből

Az egészség alfája és omegája. Avagy kicsoda is az ember? *(Petri László)*

Országos Nemdohányzó Nap vitafóruma Budapesten: Dohányzás az egészségügyi intézményekben *(dr. Schmidt Péter)*

Az ifjúságorvosi hálózat jubileumára. A Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság ünnepi tudományos ülése Szombathely, 1990. szeptember 21–23. *(Schmidt Péter dr.)*

Vera S. Paster: A szociális akció módszere a nehezen elérhető népességszoportok kezelésére. *(Fordította: Telkes József dr.)*

40 éves az Osztrák Népegészségügyi Munkabizottság *(Schmidt Péter dr.)*

Egy könyv, ami mindenki számára hasznos *(Kishegyi Júlia dr.)* — Pados Gyula dr. Elhízás, koleszterin, fogyókúrák

Hírek a dohányzás frontjáról *(Tolacco Alert 1991. január)*

„Szívbarát” éttermek *(ÖÁV, INFO 4.26 1990) — (Ménkei János dr.)*

Ellenőrizd az életmódot — elkerülheted a szívbetegségeket *(WHO Press 52/90) (Gonda György dr.)*

Emelkedik a TBC áldozatainak száma *(WHO Features 148/90) (Gonda György dr.)*

Férfi fogamzásgátlás *(Press Release (WHO 55/90) (Gonda György dr.)*

Miről írt a World Health 1990. évi utolsó száma *(Gonda György dr.)*

Tizenkét tanács egészséged és környezeted megővéséért. Munkában

Dohányzásmentes Világnap 1991. május 31.

Idézet

FOGORVOSI SZEMLE

1991. 2. sz.

Fejédy P. dr., Somogyi E. dr. és Fibián T. dr.: Miért kell a részleges lemez fogpótlások elhorgonyzására igénybe vett fogakat azok megtámasztásába is bevonni?

Borbély L. dr. és Kracher, Hans dr.: A felső állcsont helyreállítása mikrosebészeti módszerrel átültetett lapockacsonttal

Vász É. Zs. dr. és Harsányi L. dr.: Bevonuló fiatalok fogazati állapota — 15 év tükrében

Zavaras G. dr., Katona J. dr., Koncz I. dr. és Mogán J. dr.: Maxillofaciális lövés sérülés a. carotis interna és v. jugularis interna akut vérzéses szövődményes esete

Fazekas Á. dr., Györfi A. dr., Pösch E. dr., Jakab G. dr., Bárfai Zs. dr., Rosivall L. dr.: A nervus alveolaris inferior átmenetességének hatása a szájnyálkahártya neurogén gyulladására. II. Immunhisztológiai vizsgálatok

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1991. 2. sz.

Szobor Albert dr., Mátyus Adorján dr., Herczegfalvi Agnes dr., Kélin Magdolna dr.: Myasthenia gravis: Új klinikai forma, pseudo-congenitalis myasthenia gravis

Borbély Katalin dr., Nyáry István dr., Vajda János dr., Lázár László dr., Pásztor Emil dr., Scserbakova Eugénia dr.: Radionuklid diagnosztika a traumás eredetű liquoriteri körformákban

Borbély Katalin dr., Scserbakova Eugénia dr., Czirkák Sándor dr., Vajda János dr., Nyári István dr., Pásztor Emil dr.: Hydrocephalusok radionuklid diagnosztikája

Borbély Katalin dr., Lázár László dr., Pásztor Emil dr., Benoit György dr., Scserbakova Eugénia dr.: Myeloscintigráfia

Schultz-Várszegi Mária dr., Hajak Göran dr., Rodenbeck Andrea dr., Hüther Gerhard dr. és Rütger Eckhart dr.: L-tryptofán infúzió hatása az alvársra és a neuroendokrin funkcióra emberben

KÓRHÁZ- ÉS ORVOSTECHNIKA

1991. 2. sz.

Az ORKI közleménye: Gyógyászati készülékek időszakos felülvizsgálata

Schuman Béla dr. és szerzőtársai: Laboratóriumi vizsgálati eredmények diagnosztikai értékének vizsgálata alakfelismerő számítógépes programmal, különböző típusú májbetegségeknél

Nagy Endre dr., Vörös Erika dr.: Kezdeti tapasztalataink a Siemens Pytron 1000 VR DSA készülékkel

Csák Tamás: Műtőasztalok és vizsgálószékek műszaki jellemzőit értékelő pontrendszer

MAGYAR NŐRIVOSOK LAPJA

1991. 2. sz.

Dr. Ilan E. Timor-Tritsch professzor életrajza

Dr. Etian Paldi tudományos életrajza

Bűcsü Sir Alexander Turnbull szülész professzortól

Szántó Ferenc dr., Kovács László dr.: Az emlő stimulációs tesz jelentősége előzetes császármetszés utáni fokozott kockázatu terhességek monitorizálásában

Tamás Péter dr., Paolo Gresle dr., Bódis József dr., Giuseppe G. Nenci dr., Csaba Imre dr.: Vörösvérsejt deformabilitás egészséges terhességben

Drávucz Sándor dr., Cseh Imre dr., Gimes Márta dr., Illyés Miklós dr., Szigetvári Iván dr., Gáti István dr.: A magzati és lepényi keringés doppler-ultrahang vizsgálata epilepsziával szövődött terhességekben

Török Miklós dr., Konczwald László dr., Gáti István dr.: Országos felmérés a koraszülékek diagnosztikájának és terápiájának jelenlegi állásáról

Szilágyi András dr., Cserepely Tamás dr., Csaba Imre dr.: A postpill amenorrhoea klinikai és hormonális vizsgálata

Fülöp Vilmos dr., Szigetvári Iván dr., Takács Katalin dr., Livák Ferenc dr., Pertányi György dr., Gáti István dr.: A HLA I. és II. messenger RNS meghatározás módszere és jelentősége a trofoblaszt megbetegedések antígenitálásának vizsgálatában

Szigethy András dr.: A Tri-Regol tablettá elnyős és elnyönten hatásainak vizsgálata különböző életkorú nőknél

Török Attila dr., Hámori Miklós dr., Hans Rudolf Tinneberg dr.: Luteinizáló hormon-releasing hormon agonista analóg supresio — human menopausal gonadotropin stimuláció hatása az in vitro fertilisatio eredményességére

Garamvölgyi György dr., Gasztonyi Zoltán dr., Lintner Ferenc dr.: A szeméremajkak és környékük lokális kezelése Nizoral krémmel, candidiasisban szenvedő nőknél

Sajti Ilona dr.: A szénhidrát-anyagcsere követéses vizsgálata nagyszülly magzatot szült anyákon

Révész Péter dr., Vincze Tamás dr., Turay András dr., Intódy Zsolt dr., Hajdu Krisztina dr.: Spina bifida discordans ikerterhesség terápiás lehetőségei egy konkrét eset kapcsán

Szigetvári Iván dr., Fülöp Vilmos dr., Tóth András dr., Szepe János dr., László János dr., Gáti István dr.: Ismétlődő partiális mola ritka esete

Esztergyál Szörényi dr.: Császármetszést követő hyperandrometrisis

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA, ORTHOPÆDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET

1991. 2. sz.

Lakatos Tamás, Végh Géza, Jakab Gábor, Gáspárdy Géza, Benedek Béla: A Wiltse-műtét késői eredményei a spondylolisthesis kezelésében

Bárány István, Kazacsay Ferenc, Wirtz Ferenc: Az acetabulum törése, diagnosztikája és műtéti kezelése

Hangoly László, Fejédy Gábor, Tóth Ferenc: A láb-középcsontok distalis osteotomiái a metatarsalgia kezelésében

Szabó György: A sternoclaviculáris ízület habitusális ficama

Kovács Ákos, Börzsei László, Schmidt László, Péley Iván: A nervus medianus és ulnaris együttes sérülése

Gazsó Imre, Kubatov Miklós, Nyáry József: A kézhat septicus eredetű lágyrész defektusának pótlása komposit lebezy szabód átültetésével

Szalai István, Ménési László: Fordított a. ulnaris szigetlebezy alkalmazás elektromos égés esetén

Falkonyay Gábor, Nagy Klára: A sonographia és az arthrographia összehasonlítása a térd körüli cysták vizsgálatában

Sántha Ernő: Lábszári hengerlebezy

Boda Andor, Műhsemmer Mária: Első hazai tapasztalatok a Garamycin szivacs alkalmazásával csont, ízületi gennyesedések kezelésében

Sánta Sándor, Varga Zsigmond: Első hazai tapasztalatok Wolter-lemez alkalmazásával acromioclaviculáris ficamokban

Dóczy József, Szilvási Péter, Sipos Géza: A hüvelykujj egyetlen sesam-csontjának ficamodás nélküli besípódása az alpi ízületben

Simonka János Aurél: Nervus radialis compressiója szokatlan helyen

Udvarhelyi Iván, Csákányi László, Végh Géza: GUEPAR típusú térd protézis szövődményének ellátása tumor protézissel

In memoriam

Dr. Szabó László

MEDICUS UNIVERSALIS

1991. 2. sz.

Andor Miklós dr.: Az általános orvoslás és a családorvoslás kapcsolata

Sonkodi Sándor dr., Mohácsi Gábor dr., Ábrahám György dr.: Hypokalaemia

Pénzes János dr., Arnold Csaba dr., Antalics Gábor dr.: Idős lakosok komplex — pszichés, szomatikus és szociális — gondozása

Kiss László dr.: Körzeti orvos elődeink, a seborvosok, élet- és munkakörülményei a 18. század végén

Csehpal Erika dr., Zalányi Sámuel dr., Pető Éva dr.: Krónikus beteg — munkahelyi ártalom — gondozás — prevenció

Török Katalin dr.: Paxirasol: szisztémás és lokális egyaránt hatékony expozitorás és mukolitikum

Zelen Béla dr.: A Budesonid (Apulein) krém otorinológiai alkalmazása

Sallai Sándor dr.: A Humacain és az Ofan Obucain érzéstelenítő szemcseppek összehasonlító klinikai vizsgálata

ORVOSKÉPZÉS

1991. 2. sz.

Werling Klára dr., Szalay László dr., Fehér János dr.: A hepatocelluláris carcinoma immunológiai és laboratóriumi diagnosztikája

Gesztesi Tamás dr.: A transoesophageális EKG és a szívtimuláció szerepe a kardiológiában

Zeher Margit dr., Gyimesi Edit dr., Csipő István dr., Sipka Sándor dr., Szegegyi Gyula dr.: Az anti-Ro/SS-A és anti-La/SS-B autoantitestek és klinikai jelentőségük

Wollák András dr.: Alvási kapcsolat légzészavarok — alvási apnoe-szindróma

Jakovits Ákos dr.: Ectopiás terhességek

Török László dr.: Szívbetegségeket jelző bőrtünetek

Juhász Béla dr., Hernádi Zoltán dr., Tóth Zoltán dr., Kórádi Ilona dr., Borsos Antal dr.: Az ultrahangvizsgálat szerepe a gyermekgyógyászati dagantok kóris-mésében

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

Városi Kórház-Rendelőintézet — 8060 Mór, Beregi N. u. 21. sz. orvos-igazgatója pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett *Csecsemő- és Gyermekosztály — osztályvezető-főorvosi állásra.*

Az állás 1991. szeptember 1-jével elfoglalható.

Pályázati feltételek: Szk. 10 éves szakmai gyakorlat.

Szolgálati lakás biztosítva.

*Dr. Pataki László
orvos-igazgató*

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (Budapest, X., Kozma u. 13. Pf. 22. 1475) főigazgató-főorvosa megüresedett álláshelyre felvesz *pszichológust.*

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

Fizetés: havi 22—32 ezer Ft között, évente egyszeri juttatásként 13. havi fizetés, korpótlék, ingyenes BKV-bérlet.

Szükség esetén albérleti 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.

*Dr. Csicsay Iván
bv. o. alezredes főigazgató-főorvos*

Az Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Főosztály vezetője (1361 Budapest, V., Nagysándor József u. 4. Pf. 15.) pályázatot hirdet a Baracskai Börtön és Fogházban nyugdíjazás folytán megüresedett főorvosi állás betöltésére.

Pályázati feltételek:

- belgyógyászati vagy általános orvostani szakképesítés
- erkölcsi bizonyítvány.

Illetmény a szolgálati idő függvényében. Szolgálati lakás biztosított.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Főosztályra kell benyújtani a *közvetéltől számított 30 napon belül.* Személyes információadás a 131-4514-es telefonon lehetséges.

*Dr. Tóth Kovács János
bv. o. zds. főosztályvezető*

Jánossomorja Nagyközség Önkormányzati Képviselőtestülete pályázatot hirdet *körzeti orvosi és gyermekszakorvosi állások betöltésére.*

Az állások 1991. szeptember hónapban elfoglalhatók.

A gyermekszakorvosi állás feltétele a gyermekgyógyászati szakképzettség, illetve annak rövid időn belüli megszerzése. Előnyt jelent, ha házaspár rendelkezik a megfelelő szakképzettséggel.

A pályázat benyújtásának a határideje: a megjelenést követő 3 hét.

Cím: Jánossomorja Körjegyzőség
Szabadság u. 39. 9241

Szalkszentmárton Önkormányzat Képviselőtestülete pályázatot hirdet *körzeti gyermekorvosi állás betöltésére.*

Az állás azonnal betölthető. Szolgálati lakás biztosított.

Pályázati feltételek:

- szakirányú végzettséget igazoló diploma másolata
- részletes önéletrajz
- erkölcsi bizonyítvány

A pályázat benyújtási határideje: 1991. szeptember 1.

Elbírálás: 1991. szeptember 15.

Pályázatokat Szalkszentmárton önkormányzat polgármesteréhez kell benyújtani.

HÍREK

Országos Reuma- és Fizioterápiás Intézet soronkövetkező tudományos ülése:

1991. szeptember 9.

Klinikopathológiai Konferencia

Id. Imre József: „Orvosi-etika” című könyvét megvásárolnám. Dr. Ferenczy Miklós, Dunaalmás, Semmelweis-tér 2. 2545

Szülészek, — Nőgyógyászok, — Gyermekorvosok, — Ortopéd szakorvosok, — Pszichológusok és Szexológusok figyelmébe ajánljuk:

A KISMAMA MAGAZIN, olvasói rendelkezésére kívánja bocsátani — a lapban

— azon szakorvosok névjegyzékét, akik a mamák és babák egészségügyi problémáinak megoldásában komoly segítséget adhatnak.

A KISMAMA MAGAZIN negyedévenként jelenik meg, 64 színes oldalon. Olvasottsága elérte a 120—140 ezret.

A név, cím, telefon és szakirányú praxis közlési díja: 5000 Ft/megjelenés, amely az általunk küldött csekkel egyenlíthető ki.

Kérjük jelentkezését az alábbi címre eljuttatni:

KISMAMA MAGAZIN Szerkesztősége
1137 Budapest, Szent István park 2. I. em. 1. (Érdeklődni lehet: 129-4128 telefonon 9—14 óráig.)

A KISMAMA MAGAZIN előfizethető: HELIR Bp., 1990.

Előfizetési díj egy évre: 472 Ft.

A magyar orvostudományi egyetemeken, egészségügyi intézményekben folyó oktatás, illetve gyógyítás színvonalának fenn-

tartásában meghatározó jelentőségű az orvosbiológiai és egészségügyi kutatások lehetőségére.

A Népjóléti Minisztérium 1990-ben az 1991—1993 közötti időszakra az orvosbiológiai és egészségügyi kutatások támogatására, a tudományos munka folyamatosságának biztosítására tárcaszintű kutatási pályázatot hirdetett meg. A pályázat lebonyolításával a népjóléti miniszter az Egészségügyi Tudományos Tanácsot (ETT-t) bízta meg. A pályázatok értékelésére, rangsorolására bizottságok alakultak az ország legfontosabb egészségügyi intézményeinek és orvostudományi egyetemeinek szakembereiből.

Az ETT összesített javaslatait dr. Surján László miniszter elfogadta. A kutatási szerződéseket megkötötték. A pályázók a döntésről az év márciusában kaptak értesítést, a támogatási összegeket folyósítják. A beérkezett 731 pályázatból 297 kap támogatást. A Népjóléti Minisztérium 1991. évben 90 mFt-ot fordít ilyen célokra.

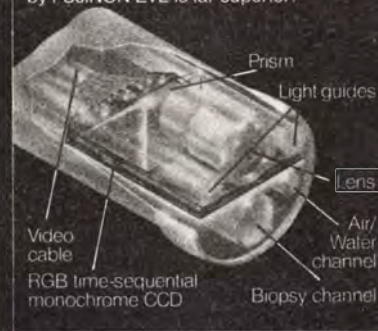
The Power of Vision



Ever since the revolutionary introduction of electronic endoscopy in 1983, **FUJINON EVE** has clearly emerged as the superior medical endoscopy system:

- **UNSURPASSED RESOLUTION and IMAGE QUALITY** based on **EVOLUTIONARY** and **SUPERIOR TECHNOLOGY**.
- **MORE ENDOSCOPIC INFORMATION** in the image: Up to 6x more picture elements – in the EVG-HR or EVC-HM with 180.000 pixels – compared to fiberscopes or other electronic endoscopes.
- **EXCEPTIONAL CLINICAL PERFORMANCE:** Natural circular image, true color reproduction, even illumination, high dynamic range, optimum magnification, field of view and depth of field, minimum focussing distance, trans-illumination, laser compatibility, fully waterproof, total cleaning and disinfection – for better diagnosis, safer therapy and improved patient care.
- **COMPACT** videoprocessor – incorporating a xenon light source and all functions resulting in an ergonomic, user-friendly interface.
- **EVOLUTIONARY CONCEPT** and add-on capabilities for high-quality documentation, computer, networking and advanced archiving systems based on magneto-optical laser discs.
- **CONTINUITY:** Based on the most advanced imaging technology, FUJINON EVE remains compatible with existing and future endoscopes including the innovative Super Image videoscope and with forthcoming Information Management Systems.

The EYE of an electronic endoscope is the chip camera – or CCD chip – located in the distal end. FUJINON EVE uses an RGB-TIME-SEQUENTIAL MONOCHROME CHIP with 240.000 pixels. The resolution of its color image equals the total available pixels on the chip. The so-called COLOR-CHIP is also a monochrome chip covered with a colored filter. The resolution of its color image is only one-third of the total available pixels on the color chip, because a color chip needs at least three pixels to produce a picture element in color. – To SEE MORE, the imaging technology used by FUJINON EVE is far superior:



To SEE MORE is to KNOW MORE



FUJINON

Experience the future - today

M.E.D. medical electronics droste

HANDELSGESELLSCHAFT m.b.H.

Hirtenweg 5 · D-8084 Inning / Ammersee
Telefon 08143-7468 · FAX 08143-7469

Martonhegyi u. 25A · H-1121 Budapest
Telefon/Fax 00361-1561 230



For information on the Fujinon dealer in your country, please contact:

Fujinon Europe GmbH, Heerdter Lohweg 89, 4000 Düsseldorf 11, West Germany, Tel. 0211-52050, Tlx. 8582073 fpa d, Fax 0211-520519

VERAPAMIL

injekció

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK

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

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

JAVALLATOK: supraventricularis tachycardiák kezelésére:

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

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

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

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

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Tilos az együttadás:

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

Óvatosan adható együtt:

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

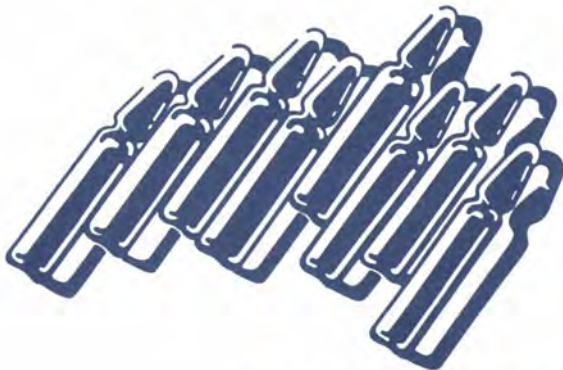
FIGYELMEZTETÉS: A ritkán előforduló életveszélyes mellékhatások fellépésének kockázata miatt a kezelés lehetőleg EKG ellenőrzés mellett történjék, és resuscitációs berendezések, cardioversio lehetőség álljon az orvos rendelkezésére. A készítményt lehetőleg ne alkalmazzuk a terhesség I. trimeszterében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

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

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (2 ml)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
Budapest



CHINOIN BUDAPEST 

NEO-PANPUR[®] filmbevonatú tabletta

Enzimes digestivae

A készítmény hatóanyaga a sertés pankreaszból 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 pankreaselégtelenség 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. Mucoviscidosisban a fekvőbeteg-gyógyintézetek (szakrendelések, gondozó központok) szakorvosa a Neo-Panpur filmtablettát térítésmentesen rendel.

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

48 Ft

1991. augusztus 25.

132. évfolyam — 34. szám

Opportunista szisztémás mycosisok

Szalka András dr., Prinz Gyula dr.

1851

EREDETI KÖZLEMÉNYEK**Összefüggés a fiatalkori myocardialis infarctusban megbetegedett szülők és utódaik plazma fibrinogén koncentrációja között**

Mihai Klára dr., Jancsó Tamás dr.

1861

EPIDEMIOLOGIAI TANULMÁNY**A magzati súlynövekedés üteme és variációi 1988/89-ben**

Papp Csaba dr., Szabó Györgyné dr., Tóth-Pál Ernő dr., Papp Zoltán dr.

1865

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK**Pancreas eredetű folyadékgyülemek ultrahanggal vezérelt perkután külső katéterezése (intracavitalis beavatkozások)**

Mádi Szabó László dr., Pásztor János dr., Szilvás Ágnes dr.

1871

KAZUISZTIKA**Macrothrombopenia, nephritis és halláscsökkenés — egy új Epstein-syndromás eset**

Kóbor Jenő dr., Túri Sándor dr., Erdős Attila dr., Bodrogi Tibor dr., Virág István dr.

1875

HORUS**Horus**

Magyar László András dr.

1879

175 éve született Ferdinand Hebra, a modern bőrgyógyászat úttörője

Kiss László dr.

1881

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

1883

KÖNYVISMERTETÉSEK

1897

A NÉPJÓLÉTI MINISZTERIUM TÁJÉKOZTATÓJA

1901

HÍREK

1903

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

1904



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány



JUMEX[®]

tabletta

ANTIPARKINSONICUM

HATÓANYAG: 5 mg selegilinum hydrochloricum tabl.-ként.

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

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

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

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

MELLÉKHATÁSOK: Nyugtalanság, álmatlanság, hallucinációk, téveseszmék, hyperkinesis, továbbá gyomorbél panaszok, melyek a levodopa mennyiség csökkentésével mérsékelhetők, ill. megszüntethetők.

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

MEGJEGYZÉS: * * Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Parkinson-kór és szindrómában szenvedő betegnek a kezelőorvos – körzeti-, üzemi orvos, az ideg-elme szakrendelés (gondozó) szakorvosa – térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS: 50 tabl.



Hungarian Medical Journal

August 25, 1991. Volume 132. No. 34.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Opportunistic systemic fungal infections
Szalka, A., Prinz, Gy. 1851

ORIGINAL ARTICLES

Plasma fibrinogen level in offsprings of
parents suffering from premature coronary
artery disease
Mihai, K., Jancsó, T. 1861

EPIDEMIOLOGICAL STUDIES

Fetal growth standards 1988/1989
Papp, Cs., Szabó, Gy., Tóth-Pál, E., Papp, Z. 1865

NEW DIAGNOSTIC METHODS

Intracavitary procedures carried out in
ultrasound-guided percutaneous external
drainage of pancreatic fluid collections
Mádi Szabó, L., Pásztor, J., Szilvás, É. 1871

CASE REPORT

Hereditary nephritis, platelet disorder and
deafness — Epstein syndrome
Kóbor, J., Túri, S., Erdős, A., Bodrogi, T., Virág, I. 1875

HORUS

Horus
Magyar, L. A. 1879

175 years ago was born Ferdinand Hebra,
the pioneer of the modern dermatology
Kiss, L. 1881

FROM THE LITERATURE 1883

BOOK REVIEWS 1897

NEWS OF MINISTRY OF WELFARE 1901

NEWS 1903

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,
tel.: 1128-860) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Előfizetési díj egy évre 2460,— Ft, félévre 1230,— Ft, negyedévre 615,— Ft,
1 hónapra 205,— Ft, egyes szám ára 48,— Ft

Orvosi Hetilap

132. évfolyam 34. szám — 1991. augusztus 25.

A MARKUSOVSKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította — Established by

MARKUSOVSKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

Alföldy Zoltán dr., Árkó 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.

Szerkesztők — Editors

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.

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

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).

Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII.,
Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410.
Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973
A kiadásért felel: Prof. Dr. Árkó István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7.,
Pf. 142. 1410. Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973
Készült: Széchenyi Nyomda, Győr 91.16360.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

APULEIN

krém és kenőcs

Antiinflammatorica topica

HATÓANYAGA:

BUDESONID

Nem halogénezett helyi gyulladáscsökkentő hatású glükokortikoid

HATÁSOS

- Helyi hatása krónikus betegeken a halogénezett származékokéval azonos
- Alkalmazásával rövid idő alatt klinikai javulás érhető el

BIZTONSÁGOS

- A hatékony lokális dózis szisztémás hatása egy nagyságrenddel kisebb, mint a halogénezett származékoké
- Gyógyszeralkalmazási előiratban megadott feltételek mellett nem gátolja a mellékvese működését
- Minimális a szervezet szteroid terhelése
- Gyorsan metabolizálódik

KÉNYELMES

- Alkalmazása kozmetikai igényeket is kielégítő
- Gyorsan penetrál a bőrze
- Nem szennyezi a ruhaneműt
- Occlusiv kötés csak kifejezett orvosi javaslat esetén alkalmazandó.

Hatóanyag: 3,75 mg budesonidum (15 g) vazelin alapanyagú kenőcsben, 3,75 mg budesonidum (15 g) vízzel lemosható krémben.

Hatás: A budesonid hatóanyag prednisonon-sorba tartozó, nem halogénezett glükokortikoid. Lokális hatáserőssége a halogénezett származékokéval azonos.

Javallat: Kortikoszteroidra reagáló gyulladós bőrbetegségek, elsősorban atópiás dermatitisz, pszoriázis, ekcéma.

Kenőcsből a felszívódás lassúbb, mint a krém gyógyszerformából, hatása tovább tart, ezért krónikus folyamatok kezelésére előnyben részesítendő.

Ellenjavallat: Virusos, bakteriális, gombás fertőzés a bőrön;

bőr tuberkulózis;

Szifiliszis bőrelváltozás; herpes simplex; rosacea; perioralis dermatitis; túlérzékenység valamelyik komponenssel szemben.

Terhesség, laktáció relatív ellenjavallatot képez, mérlegelni kell a várható terápiás előnyt és kockázatot, mert átjut hat a placentán és kiválasztódik az anyatejben.

Alkalmazása: Az érintett területet naponta 1-2 alkalommal vékonyan bekenni.

Előállító:

RICHTER GEDEON Vegyészeti



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 beverzések jelentkezhetnek. Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken, bőr atrófia 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!!



Gyár Részvénytársaság

Opportunista szisztémás mycosisok

Szalka András dr. és Prinz Gyula dr.

Fővárosi Szent László Kórház VI. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Szalka András dr.)

Szisztémás mycosist valódi pathogen gombák, vagy oportunisták (*Candida* species, *Aspergillus* species, *Cryptococcus neoformans*, *Mucor* stb.) okozhatnak. Az oportunista szisztémás mycosisok száma az elmúlt években ugrásszerűen megnőtt. Kialakulásukhoz hajlamosító tényezők szükségesek: granulocytopenia, szervátültetés, szteroidok és széles spektrumú antibiotikumok használata, cytotatikus kezelés, parenterális táplálás, tartós vénás kanülök, kiterjedt műtétek stb. Ezekben a betegségekben a halálozás gyakori, mert a korai, jól kezelhető periódusban a diagnózis megállapítása nehéz. Az utóbbi időben jelentős haladás történt a terápia területén. Ennek ellenére az oportunista mycosisok sok gondot jelentenek (klinikai és mikrobiológiai rezisztencia, egyre újabb kórokozók, betegek száma növekszik). Jelen közlemény célja, hogy ismertesse a diagnosztikában, a terápiaiban és a megelőzésben elért újabb eredményeket.

Kulcsszavak: oportunista infekció, szisztémás mycosis, diagnózis, kezelés

Napjainkban a kb. 100 000 gomba species közül kétszázat tartanak emberre pathogennek. Megközelítőleg húszra tehető azon gomba speciesek száma, amelyek szisztémás mycosist idézhetnek elő. A szisztémás mycosisok két csoportra oszthatók. Az egyik csoportban a szisztémás mycosis egészséges egyénekben jelentkezik és az esetek 99%-ában spontán gyógyul. E megbetegedések földrajzilag jól körülhatárolt területekhez kötöttek. Ebbe a csoportba soroljuk a histoplasmosist, a blastomycosist, a coccidiomycosist és a paracoccidiomycosist. A másik csoportba az ún. oportunista szisztémás mycosisok tartoznak. A candidiasis, az aspergillosis, a cryptococcosis, a mucormycosis stb. csökkent védekezőképességű szervezetben lép fel és a betegség kimenetelét a védekezőképesség károsodásának súlyossága és reverzibilitása határozza meg (29).

Opportunistic systemic fungal infections. Systemic fungal infections can be primary or opportunistic. The mycoses caused by opportunistic pathogens become increasingly more important. These infections are mainly caused by *Candida* species, *Aspergillus* species, *Cryptococcus neoformans*, *Mucor* etc. The predisposing factors to these diseases are numerous: neutropenia, organ transplantation, use of steroids, broad spectrum antibiotics, antineoplastic chemotherapy, parenteral nutrition, prolonged intravenous infusions, extensive surgery etc. Mortality is high because many fungal infections are difficult to diagnose, especially in their early, more treatable stages. Considerable progress in treating these infections has been achieved. Systemic fungal infections, however, continue to present major problems, including clinical resistance, microbial resistance, emergence of new pathogens and involvement of more susceptible patients. The purpose of this paper is to review the recent progress and current problems in diagnosis, treatment and prevention of opportunistic systemic fungal infections.

Key words: opportunistic infections, systemic mycosis, diagnosis, treatment

Hajlamosító tényezők

Az oportunista szisztémás mycosisok (továbbiakban szisztémás mycosisok) kórokozói gyakran a kommenzális flóra tagjai és legtöbbször saphrotyaként a környezetünkben mindenütt jelen van. A saphrotya, vagy kommenzális állapot csak megfelelő hajlamosító tényezők esetén változik meg és egyesekben szisztémás mycosis alakulhat ki (*l. táblázat*). Az esetek többségében több predisponáló faktor játszik szerepet.

A hajlamosító tényezők ismeretében sokszor megjósolható, hogy milyen gombás infekció várható. A T lymphocyták számában, vagy funkciójában bekövetkező változás — amint az mucocutan candidiasisban és AIDS-ben közismert — hajlamosít a nyálkahártyákon kialakuló candidiasisra, de szisztémás fertőzés ritkán alakul ki. Ugyanakkor a súlyos granulocytopenia a legfontosabb hajlamosító tényezője a disszeminált candidiasisnak és az aspergillosisnak, de kevésbé hajlamosít cryptococcosisra (5).

1. táblázat: Szisztémás mycosisra hajlamosító tényezők

Fiziológiás tényezők	————	koraszülöttek, idősek,—
Anyagcsere betegségek	————	diabetes mellitus, alkoholo- lízis, kábítószer- élvezők,—
Malignus betegségek	————	leukémiák, lymphomák, solid tumorok,—
Fertőző betegségek	————	AIDS, tuberculosis,—
Lokális tényezők	————	égések, nagy kiterjedésű sebfelek,—
Gyógyszerek	————	antibiotikum, kortikoszter- oid, cytostatikum,—
Operációk	————	transplantatio, hasi műtétek,—
Intenzív terápia	————	infúziós kanülök, hemodia- lízis, mesterséges léle- geztetés totális parenterális táplálás

Szisztémás mycosisok gyakorisága

1. Akut leukémia

Az újabb és egyben agresszívabb polychemoterapiás cytostatikus protokollok alkalmazása következtében egyre több beteg kerül teljes remisszióba, sőt a gyermekkori akut lymphoid leukémiák több mint felében végleges gyógyulással számolhatunk. Az agresszív kezelés ugyanakkor átmeneti, vagy esetenként tartós granulocytopeniát okoz. A granulocytopenia a szervezet fogékonyságát a — többnyire endogén — bakteriális és mycotikus infekciók iránt fokozza, amelyek közül a bakteriális fertőzések többsége széles spektrumú antibakteriális szerekkel uralható, ugyanakkor a szisztémás mycosisok száma az utóbbi években ijesztően megsaporodott (30). A houstoni Anderson kórházban 1966-tól 1972-ig 494, 1978-tól 1982-ig 377 akut leukémiás beteget ápoltak. Amíg az első vizsgálati periódusban az összes fertőzések 11%-a volt gombás infekció, addig a második időszakban ez már 20%-ra emelkedett. Elgondolkodtatóbb az, hogy a sepsisek száma kifejezetten csökkent (859-ről 528-ra), de a gomba sepsisek száma abszolút (42—120 eset) és relatív értelemben (5%—23%) nőtt (5). Bodey (5) felhívta a figyelmet arra is, hogy az első vizsgálati periódusban alig talált *Candida (C) albicans*-on kívül más gombát. A második időszakban a szisztémás mycosis *C. albicans* 41%-ban, *C. tropicalis* 19%-ban, *Aspergillus (A.)* species 19%-ban okozta.

2. Szervátültetés

Májtransplantation átesettekben 28—42%-ban, csontvelőátültetésben részesültekben 2—30%-ban és új szívét kapott recipiensekben 10—35%-ban fordult elő gombás infekció és nemritkán szisztémás mycosis. A cyclosporin kezelés bevezetése óta vesetransplantáltakban a mycotikus infekciók gyakorisága 20%-ról 5% alá csökkent (5). Kusne és mtsai (18) Pittsburghban végzett májátültetések kapcsán 42%-ban tapasztaltak 1981 és 1983 között szisztémás mycosist. Később (1984—1985) az invazív gombás infekciók gyakorisága 16%-ra csökkent. Dauber és mtsai (7) a nyolcvanas években 75 betegben végeztek tüdőátültetést.

Nyolc esetben szisztémás candidiasist, 3 betegben aspergillost és 1 recipiensben disszeminált cryptococcosist diagnosztizáltak.

3. AIDS

A nyolcvanas évek elején, az AIDS megjelenésével, új és a gombás fertőzések iránt rendkívül fogékony populáció jelentkezett. Ezekben a betegekben aspergillostis gyakorlatilag nem fordult elő és a candidiasis is elsősorban a szájban, a garatban és a nyelőcsőben alakul ki. Ma már tudjuk, hogy a granulocytopeniás betegekben a *C. albicans* 47 kD antigénjével szemben a fertőzés során nem alakul ki antitest válasz. Ezzel szemben AIDS-ben ezen antitest megjelenése megakadályozza a disszeminációt (21). Couland (6) összesített adatai szerint az USA-ban az AIDS-ben megbetegedettek 2—9%-ában, az Egyesült Királyságban 3—20%-ában, Afrikában 6—13%-ában, Haitiban 5—10%-ában alakul ki cryptococcosis (az összes esetek 85%-a meningitis).

4. Egyéb betegségek

A CDC adatai azt mutatták, hogy az Egyesült Államokban 1977-ben 10 000 kórházi felvételre 0,5 nosocomialis szisztémás candidiasis esett. 1984-ben ugyanannyi kórházba felvett között 1,5 szisztémás candidiasis fordult elő. Ennek az a magyarázata, hogy a candidiasisok száma emelkedik diabetes mellitusban, égettekben, hasi műtéten átesettekben, teljes parenterális táplálásban részesültekben, centrális vénás kanülök behelyezése esetén, onkológiai és hematológiai betegekben, hosszabb ideig antibiotikummal kezeltékben (5).

Kórokozók és kórképek

1. Szisztémás candidiasis

A szisztémás mycosisok közül a candidiasis fordul elő leggyakrabban. A candidák az egyéb opportunistá pathogen gombák közül azzal tűnnek ki, hogy gyakran megtalálhatók a bőrön, a szájban és garatban, a bélflórában és a hüvelyváladékban. A legtöbb disszeminált candidiasisért a *C. albicans* és a *C. tropicalis* a felelős, de a többi species (*C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*) jelentősége is növekszik (22).

A szisztémás candidiasis exogén, vagy endogén forrásból származhat és bármely szervet érinthet. A folyamat kiindulási helye a gastrointestinalis traktus (előzetes kolonizáció) és/vagy a véráram (kanül) lehet. Az előbbi esetben a máj, a lép és a tüdő érintett elsősorban. A kanül okozta gomba sepsisben a szívben, a vesében és a tüdőben kell keresni a gombás góccokat. Meg kell jegyezni, hogy az esetlegesen kialakuló tüdőgyulladás nem inhalációs úton jön létre, hanem másodlagosan alakul ki a haematogen szórás eredményeként (5, 22).

A szisztémás candidiasisnak nincsenek jellegzetes tünetei. Bármilyen infekciót utánozhat, de gyakran a láz az egyetlen jele a *candida* infekciónak (5). Másokban csupán valamelyik szerv működési zavara jelzi a szisztémás candi-

diasist. Az invazív candidiasis gyanúját megerősíthetik a bőrjelenségek és az endophtalmitis kialakulása is (22).

2. Szisztémás aspergillosis

Az *A. speciosek* (*A. fumigatus*, *A. niger*, *A. flavus*, *A. glaucus*) a légutakon át hatolnak be a szervezetbe és a tüdőt, valamint a paranasalis üregeket betegítik meg. Az invazív aspergillosis exogén fertőződés eredménye. Ritkán műtétek után egészségesek is megbetegedhetnek, de elsősorban azokban alakul ki, akikben a granulocytopenia elhúzódik (22). Az elsődleges megtelepedési helyekről a granulocytopeniás betegek 1/3-ában invazív folyamat alakul ki.

A tüdőfolyamat leggyakrabban a felső lebenyben keletkezik és típusos esetben az elváltozás háromszög alakú. Ezekben a betegekben a klinikai kép emlékeztet tüdőinfarctusra (haemoptoe). Ritkábban a radiológiai elváltozások multiplexek és már korán üregek képződhetnek (nekrotizáló bronchopneumonia). Az is előfordulhat, hogy a granulocytopeniás betegben nincs radiológiai elváltozás és az invazív aspergillosis mégis kifejlődött (22). *Meunier* (23) azon a véleményen van, hogy ezekben a betegekben a tüdő CT vizsgálat több információt nyújt mint a hagyományos mellkasfelvétel.

Az ún. rhinocerebralis forma jóval ritkábban fordul elő, mint a tüdő aspergillosis. A folyamat a sinusokból indul ki, majd infiltrálva a közbeeső szöveteket és csontokat az agyállományig terjedhet (38).

Granulocytopeniás betegekben az invazív aspergillosist jelezheti az indokolatlan orrvérzés, a nagyobb erek thrombosisa, az infarctus myocardii, az apoplexia cerebri, a Budd-Chiari szindróma és a gastrointestinalis traktusból származó vérzés (4, 5, 22, 38).

3. Cryptococcosis

Rendszerint kórházon kívül kezdődő exogén fertőzés (22, 40). A gomba gyakorlatilag a környezetünkben mindenütt előfordulhat (madárürülék, föld stb.). Elsősorban a celluláris immundefektus hajlamosít cryptococcosisra (AIDS, Hodgkin-kór). AIDS-esekben az infekció csekély tünetekkel a tüdőben kezdődik. A pneumonia a mellkasfelvételen megjelenhet miliáris vagy noduláris formában, cavum csak ritkán alakul ki. A klinikus rendszerint már a meningitist, vagy a disszeminált cryptococcosist (bőrelváltozások, lymphadenitis, csontfolyamat) diagnosztizálja. A meningitis lefolyása lehet akut, szubakut és krónikus. Kezdődhet hirtelen, de fokozatosan is kialakulhatnak a tünetek. A liquorban lymphocyták találhatók és a klinikai kép emlékeztet meningitis basilaris tuberculósára (nem túl magas hőmérséklet, enyhe meningismus, apátia, átmeneti diplopia).

4. Mucormycosis

Az invazív aspergillosishoz rendkívül hasonló klinikai tünetegyüttest (pulmonális és rhinocerebralis lokalizáció) okoz a *Mucoraceae* család (*Absidia*, *Mucor* és *Rhizopus* genusok). A granulocytopenia mellett a cukorbetegség és az előzetes kortikoszteroid kezelés hajlamosít mucormycosisra. Az infekció szintén inhalációs úton alakul ki (22).

5. Egyéb gombák

Bodey (4) a houstoni Anderson kórház akut leukémiásainak gombás fertőzéseit elemezte (1954–1964) retrospektíve, de *Trichosporon beigelii* infekciót nem talált. Ugyanabban a kórházban, s ugyanazon betegekben 1974 és 1984 között már 19 szisztémás *Trichosporon beigelii* mycosist diagnosztizáltak. Leggyakrabban a tüdőben találták meg ezt a gombát (11 beteg), de a vese (5 beteg), a máj (3 eset), a lép (4 eset) is gyakran érintett volt. A klinikai képet vagy a tüdőgyulladás, vagy csak a láz jellemezte. 13 beteg halt meg, s csak az a beteg maradt életben, akiben a granulocytopenia a kezelés következtében javult (16).

Anaissie és *mtsai* (2) 1974 és 1986 között 44 betegben (döntően malignus hematológiai megbetegedésben szenvedők) 12 különböző, ritkán előforduló gomba speciést találtak (*Trichosporon beigelii*, *Fusarium species*, *Geotrichum candidum*, *Curvularia species*, *Drechslera species*, *Penicillium species*, *Rhodotorula rubra*, *Pseudoallescheria boydii*, *Pichia farinosa*, *Torulopsis pintolepesii*, *Saccharomyces cerevisiae*, *Cunninghamella bertholletiae*). A 44 beteg gombás fertőzése közül 24 disszeminált infekció, 8 fungaemia, 12 egy szervre lokalizálódó megbetegedés volt.

Venditti és *mtsai* (36) leukémiák kapcsán disszeminált *Fusarium solani* fertőzésekről számoltak be. Mindkét betegben a láz mellett súlyos myalgia, ecthyma gangrenosumra emlékeztető bőrelváltozásokat és szemtüneteket találtak.

Mások (1, 13, 42) *Pseudoallescheria boydii*, *Bipolaris* és *Hansenula anomala* fertőzést diagnosztizáltak granulocytopeniás betegekben.

Martino és *mtsai* (20) felhívták a figyelmet arra, hogy akut leukémiásokban a *Blastoschizomyces capitatus* (korábbi neve *Trichosporon capitatum* vagy *Geotrichum capitatum*) is okozhat szisztémás mycosist. A klinikai kép egyrészt hepatolienalis candidiasisra, másrészt pulmonális aspergillosisra emlékeztetett. Az olasz szerzők megjegyzték, hogy az Egyesült Államokban ez a betegség szemben Európával alig fordul elő.

A *Saccharomycetaceae* családba tartozó gombákról azt tartották, hogy emberre nem patogének. A földben és a növényekben található, az ételbe bekerülve előfordulhatnak az ember gyomor-bél traktusában. *Nielsen* és *mtsai* (27) újjólag 4 beteg véréből e család egyes tagjait (*Kluveromyces marxianus*, *Saccharomyces cerevisiae*, *Lodderomyces elongisporus*, *Pichia anomala*) izoláltak. Fungaemiára hajlamosító tényezők a granulocytopenia, a centrális vénás kanül, a hosszú ideig tartó antibakteriális terápia és az előzetes nagy hasi műtétek voltak.

Diagnosztikus nehézségek

A szisztémás mycosisok felismerésében a legnagyobb nehézséget az okozza, hogy a klinikusok nem gondolnak rá (2. táblázat). Nehezíti a kérdést az, hogy ezen megbetegedések kezdetén jellemző klinikai tünetek csak ritkán vannak és a rutin mikrobiológiai vizsgálatok alig segítik a kolonizáció és a valódi fertőzés egymástól való elkülönítését (3).



Tusfestés után a liquor *direkt mikroszkópos vizsgálata* egyértelműen és gyorsan bizonyítja a cryptococcosist. Pozitív esetben haladéktalanul el lehet kezdeni az adekvát terápiát (19).

A gombák izolálása és identifikálása a normál körülmények között steril helyekről (vér, subarachnoidealis tér, ízületi üregek, peritoneum és pleura két lemeze közötti rés) rendkívül fontos a szisztémás mycosisok diagnosztikájában.

Ismeretes, hogy a sepsisek diagnosztikájában a haemocultura kiemelkedő jelentőségű. Akut leukémiások boncolással bizonyított szisztémás mycosisa kapcsán csak 12–34%-ban tudtak gombát kimutatni a vérből (14). Ebből következik, hogy a negatív vértenyésztés nem zárja ki a szisztémás gombás infekció fennállását. Ugyanakkor a pozitív haemocultura sem jelent minden esetben sepsist. Az *A. species*ekről ismeretes, hogy a vérből nem tenyésztethők ki.

Az elmúlt években az USA-ban és a nyugat-európai országokban jelentős haladás történt a haemoculturák feldolgozása területén (15). A lysis-centrifugáció (Isolator szisztéma) metodikával egyes szerzőknek 90,3%-ban sikerült candidákat izolálni a vérből szisztémás mycosis kapcsán. A hagyományos szilárd + folyékony táptalajt tartalmazó haemoculturával a pozitivitás 63,4% volt. Az Isolator segítségével a tenyésztés idejét 4,9 napról 2,1 napra tudták csökkenteni. Mások Bactec haemoculturát alkalmazva a *C. albicans* kitenyésztésének idejét 7,7 napról 1,6 napra szorították le (19).

A steril helyekről történő tenyésztések mellett törekedni kell a szövettani diagnózisra és a kivett szövetből a gomba izolálására és identifikálására. A bizonyító erejű biopsia elvégzése gyakran lehetetlen (vérzékenység, súlyos respirációs elégtelenség). Mégis azt kell mondani, hogy a szisztémás mycosis fennállása igen gyakran csak a hisztológiai lelet birtokában állapítható meg biztonsággal (22).

A gombák antigénjei ellen képződött specifikus antitestek kimutatására szisztémás mycosisban számos próbálkozás történt (3, 15, 27). Sajnos éppen a *Candida* és *Aspergillus* speciesek esetében van a legtöbb nehézség (szenzitivitás, specificitás).

Ezt még nehezíti az, hogy az egyébként is súlyos állapotú granulocytopeniás beteg gyakran képtelen a szisztémás gombás infekcióra megfelelő antitest válasszal reagálni (5). Valószínűleg igaz az a vélemény, hogy a szisztémás mycosis diagnózisának megállapítását csak az antitest titerrek változásának dinamikája segítheti és a csupán egy alka-

lommal végzett szerológiai vizsgálat értéke csekély (40). Az is egyértelműen kiderült, hogy a szerológiai vizsgálatok az invazív mycosisok gyors diagnosztikájában alig használhatók (19).

A kutatók az elmúlt 5 évben igyekeztek olyan gomba antigéneket kimutatni, amelyek a disszeminált mycosisok korai szakaszában megjelentek (19). Kiderült, hogy amíg cryptococcosisban folyamatos antigenaemia van, addig a *Candida* mannan és az *Aspergillus* galactomannan gyorsan eltűnik a keringésből. Éppen ezért ismételt szérumszámvizsgálatok szükségesek ezen antigének kimutatására. Cryptococcosisban a gomba antigén kimutatása (latex agglutináció) rendkívül érzékeny és specifikus teszt. Ugyanakkor invazív candidiasisban és aspergillosisban a jelenleg használatos glycoprotein antigének kimutatása mérsékelten érzékeny, de rendkívül specifikus immunológiai vizsgálat. Egyesek szerint a jövő kutatásának feladata, hogy a glycoprotein antigének helyett a gombából tiszta fehérje antigént állítsanak elő és ezeket monoclonalis antitestekkel mutassák ki (3, 27). Ilyen például a *C. albicans* cytoplasmájában képződő 48 kD hőrezisztens antigén, amely megjelenik szintén az invazív candidiasisban megbetegedett szérumában. Ez az antigén nem ad keresztreakciót a *Candida* mannannal és monoclonalis antitesttel kimutatható. Feltételezik, hogy ez a vizsgálat érzékenység szempontjából felülmúlja az eddigi lehetőségeket.

Szisztémás mycosisok kezelésére alkalmas gyógyszerek

Az ideális antifungális gyógyszertől azt várjuk: 1. legyen hatásos valamennyi szisztémás mycosist okozó gombával szemben; 2. szájon át adva jól szívódjon fel és parenterálisan is adható legyen; 3. kevés és enyhe mellékhatással rendelkezzen; 4. minden testüregbe és szervbe jól diffundáljon magas szöveti szintet biztosítva (37).

A rendelkezésünkre álló gombaellenes gyógyszerek közül a szisztémás mycosisok kezelésére az amphotericin B, az 5-fluorocytosin, a fluconazol és az itraconazol alkalmas (5, 8, 22), de egyik sem rendelkezik az ideális gyógyszer említett tulajdonságaival (3. táblázat).

1. Amphotericin B

Polyen típusú antimycotikum, 30 éve használják a klinikai gyakorlatban. A gombák sejtfalában levő ergosterolhoz

3. táblázat: Szisztémás mycosisok gyógyszerei

	<i>Amphotericin B</i>	<i>5-Fluorocytosin</i>	<i>Fluconazol</i>	<i>Intraconazol</i>
Felszívódás	Rossz	Jó	Jó	Változó
Elimináció	Máj	Vizelet	Vizelet	Máj
Kötődés plasma fehérjékhez	90%	48%	12%	99%
Felezési idő	1–3 nap	3–5 óra	30 óra	17 óra
Liquor penetráció	5–10%	75%	57–93%	10%
Adagolás	iv.	per os, iv.	per os, iv.	per os
Mellékhatás	Sok	közepes	kevés	kevés
<i>Candidiasis</i>	+	±	+	±
<i>Aspergillosis</i>	+	–	–	±
<i>Cryptococcosis</i>	+	±	+	±

kötődik és a permeabilitás megváltoztatásával fejt ki hatását. Hatásspektruma széles. Hátránya, hogy csak intravénán adható. Az amphotericin B-vel szemben a gombák primerezisztenciája ritka, s ma még elhanyagolható a szekunder rezisztencia is. Rosszul diffundál a vér-liquor gáton. Alacsony koncentrációban található az üvegtestben, a parotisban és a hemodializáló folyadékban. Főleg a májon keresztül eliminálódik, a vizelettel csak 5%-a ürül. Sok és súlyos mellékhatása van (láz, hidegrázás, étvágytalanság, hányás, vesekárosítás, anaemia, hypokalaemia, thrombophlebitis). A hatásos összdózis, ill. a terápia időtartama is erősen vitatott. A betegség súlyosságától függően a napi dózis 0,5–1,3 mg/kg között van (11). A másodnapenkénti amphotericin B adagolás egyesek szerint ugyanolyan hatásos, mint a mindennapos kezelés, de a mellékhatások kevésbé kifejezettek és ritkábban fordulnak elő (34). Az elmúlt években sikeres napi és összdózis emelésről számoltak be liposomába ágyazott amphotericin B alkalmazásakor (41). Ez a készítmény kevésbé toxikus, mint a hagyományos amphotericin B.

Malignus hematológiai betegekben fellépő szisztémás mycosisok kezelésének egyik legvitatottabb kérdése az, hogy mikor kell elkezdni az amphotericin B kezelést. Ezekben a betegekben a biztos diagnózis megállapítása gyakran lehetetlen és éppen ezért nagyon sokszor az antifungális kezelést a nem jellemző klinikai tünetek alapján kell elkezdni. A kérdést bonyolítja az, hogy gyakran a láz az egyetlen jel, amely szisztémás gombás fertőzésre utal (5, 10, 14, 22). A klinikus azért is nehéz helyzetben van, mert az amphotericin B sok mellékhatású gyógyszer és egyes betegek már kezdettől fogva az infúzió adásakor sokat szenvednek. Azonban azt is mérlegelni kell, hogy a granulocytopeniás beteg szisztémás mycosisa későn kezdett terápiával már nem befolyásolható. Nagy statisztikák azt mutatják, hogy a fenti dilemmák miatt csupán ezen betegek 17–30%-a részesül halála előtt antifungális terápiában.

Több mint 20 éve számos kritériumot próbáltak megfogalmazni abból a célból, hogy mikor kell empirikusan amphotericin B-t alkalmazni (5, 10, 14). Legkörültekintőbbnek Bodey (5) összeállítása látszik. Eszerint granulocytopeniás betegben amphotericin B terápiát kell elkezdni a következő esetekben: a) antibakteriális kezeléssel befolyásolhatatlan tartós láz (5–7 nap) estén; b) hét napon túl tartó súlyos granulocytopenia; c) a láznak nincs egyéb nyilvánvaló oka; d) a beteg állapota folyamatosan romlik;

e) kortikoszteroid kezelés; f) diffúz tüdőinfiltráció jelentősebb hypoxaemia nélkül; g) folyamatosan romló máj- és veseműködés, amelynek egyéb oka nincsen. Figyelmet érdemel Meunier (22) javaslata. Ha a granulocytopeniás betegben előzetesen *Aspergillus* species kolonizálódott, a láz felléptekor az azonnali amphotericin B adása indokolt. A legújabb európai multicentrikus vizsgálatok azt mutatták, hogy az empirikus amphotericin B terápiát már akkor el kell kezdeni, ha a granulocytopeniás beteg 4 nap után lázas és granulocytopeniás marad a széles spektrumú antibakteriális kezelés ellenére (10).

2. *5-Fluorocytosin*

A gombák pyrimidin metabolizmusát károsítja és ezáltal a fehérjék, valamint a ribonukleinsav képződést akadályozza. Minden folyadékterbe jól diffundál. Per os is jól felszívódik. Több mint 80%-a változatlanul ürül ki a vizeletben. Hatásspektruma szűk, csupán candidiasisban és cryptococcosisban alkalmazható. A *Cryptococcus neoformans* izolátumok és a *Candida* speciesek 5–10%-a primerezisztenciával rendelkezik. Éppen ezért szisztémás mycosisban csak kombinációban adható. Mellékhatásai közül kiemelendők: májkárosítás, gastrointestinalis tünetek, vérképzőszervi elváltozások. Csak a *Cryptococcus neoformans* okozta meningitisben bizonyított, hogy az amphotericin B + 5-Fluorocytosin kombináció hatásosabb, mint az amphotericin B monoterápia (17).

3. *Triazolok*

a) *Fluconazol*

A fluconazol az első tagja egy új hatóanyagcsoportnak, a triazoloknak. Kémiai szerkezete sok tekintetben különbözik az imidazoloktól, a clotrimazoltól és a ketoconazoltól (8).

A fluconazol a gombák sejtmembránjában lévő ergosterol képződését akadályozza meg (28). Orálisan adva gyorsan, s gyakorlatilag tökéletesen (94%) szívódik fel. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a táplálék nem befolyásolja a felszívódást. Csak kismértékben kötődik a plasma fehérjéhez (12%), ami megkönnyíti jó penetrációját a szövetekbe. A liquorban a plasma koncentráció 57–93%-a található függetlenül attól, hogy kialakult-e meningitis. A fluconazol felezési ideje hosszú (kb. 30 óra), s közel 80%-a változatlan formában ürül ki a vizeletben. A hosszú felezési idő alapján feltételezik, hogy a fluconazol a vize-

letből reabszorbeálódik. Parenterális készítmény is forgalomban van (8).

A szisztémás mycosisok közül invazív candidiasisban és cryptococcosisban indikált a fluconazol adása (8, 35, 39). Az első nap 400 mg-ot kell adni, később a klinikai javulástól függően 2–400 mg napi dózis. A kezelést a kevés mellékhatás (főleg gastrointestinalis tünetek) miatt hosszú hetekig folytathatjuk (pl. cryptococcosisban a kezelés 6–8 hetes is lehet).

b. Itraconazol

A vízben oldódó fluconazzal szemben a triazol csoport másik tagja, az itraconazol, lipophil. Jól szívódik fel per os alkalmazva, de szemben a fluconazzal, a májban metabolizálódik. A felezési ideje kb. 17 óra és csak 1%-a ürül ki a vizeletben aktív formában. Rosszul penetrál a liquor térbe (a plasma koncentráció kb. 10%-a) és a plazmában 99%-a kötődik fehérjéhez. Elsősorban az agyban, a tüdőben és a vesékben található magas koncentrációban.

Az itraconazol előnye a fluconazzal szemben, hogy in vitro és experimentalis fertőzésekben hatásosnak bizonyult *Aspergillus* species okozta infekciókban. Az, hogy mennyire alkalmas az itraconazol a pulmonalis aspergillosis kezelésére — a legtöbb szerző szerint — csak további vizsgálatok alapján dönthető el. AIDS-esek cryptococcosisát is kezelték már sikeresen itraconazol + 5-fluorocytosin kombinációval.

Az itraconazol szintén kevés mellékhatással rendelkezik (gyomor-bél rendszeri intolerancia, transaminase emelkedés, hypokalaemia, alsó végtag oedema). Jelenleg parenterális készítmény még nem ismeretes. A szisztémás mycosisok kezelésére napi 100–400 mg itraconazolt ajánlanak (8, 32).

Megelőzés

Mindazok az általános, nem specifikus rendszabályok, amelyek eleve megakadályozzák a gombák kolonizációját a betegekben, fontos elemei a prevenciónak. Ilyenek többek között a személyi higiéné, a száj és fogak rendben tartása, jól megfőzött ételek fogyasztása, az invazív beavatkozások minimálisra szorítása stb. (22). A kezelő orvos is sokat tehet a megelőzés érdekében. Az alapbetegség korszerű kezelése (pl. jól beállított cukorbetegség, acidózis gyors megszüntetése), a szisztémás mycosisra hajlamosító tényezők kiküszöbölése, a protokollokban megadott dózisok pontos betartása és különösen a vénás kanülök tisztántartása csak a beteg előnyére válhat.

Elméletileg igaz, hogy mindazok a gyógyszerek, amelyek az életveszélyes súlyos granulocytopenia időtartamát lerövidítik, egyben megakadályozhatják a szisztémás gombás folyamat kialakulását (12, 16). Újabban a rekombináns humán GM-CSF (granulocyt-macrophag colony-stimulating factor) és G-CSF (granulocyt colony-stimulating factor)-ról mutatták ki, hogy kemoterápiás kezelés, vagy csontvelő transzplantatio után hatásukra lerövidül a normális fehérvérsejt képzés elindulásához szükséges idő. Kétségtelenül jogos volt az a félelem is,

hogy ezek a faktorok a leukémiás sejtek képződését is stimulálják. Japán szerzők az elmúlt 3 évben prospektív, randomizált vizsgálatot végeztek 108 akut leukémiás betegen (26). Bizonyították, hogy a G-CSF adása akut leukémiában nem segíti elő a kóros sejtek szaporodását. Ugyanakkor a granulocytopenia időtartama lerövidült és ezzel együtt a dokumentált infekciók száma csökkent. Megjegyezték, hogy vizsgálataik még további megerősítést igényelnek.

A profilaktikusan adott granulocyt transzfúzióknak nincs helye már a megelőzésben (22).

1. Candidiasis

A korábban igen sok helyen alkalmazott nystatinnak nincs lényeges befolyása a granulocytopeniás beteg szisztémás gombás infekcióinak kialakulására (5, 22, 31). Vannak olyan megfigyelések is, hogy ahol széles körben profilaxisra használták a nystatint, emelkedett az amphotericin B rezisztens candidák száma (5).

Erősen vitatott az orális amphotericin B prevenció értéke granulocytopeniás betegekben (5). *Meunier* (22) például 1,5 g amphotericin B hatásosságát vizsgálta kontroll csoporttal összehasonlítva. Azt tapasztalta, hogy a gombák lokalizációja szignifikánsan csökkent az amphotericin B-t kapott csoportban, de a szisztémás candidiasis kialakulását illetően nem volt különbség a kezelt és a kontroll csoport között.

Számos tanulmány vizsgálta, hogy a ketoconazol orálisan alkalmazva mennyire használható prevencióra (5, 22). Az eredmények nem egyértelműek. Az biztosan állítható, hogy jobb az amphotericin B-nél. Voltak olyan megfigyelések is, hogy placebo, amphotericin B és ketoconazol összehasonlításakor az utóbbi csoportban csupán oropharyngealis candidiasist találtak és disszeminált folyamat csak a másik két csoportban lépett fel.

Samonis és *mtsai* (33) egyértelműen bizonyították, hogy napi 50 mg fluconazol per os alkalmas malignus megbetegedésben szenvedők oropharyngealis candidiasisának és a következményes disszeminált folyamat megelőzésére. *Millikan* és *Powles* (24) 1990-ben fluconazolt használnak csontvelő átültetésnél a candidiasis megelőzésére. Hangsúlyozzák, hogy a fluconazol nem lép interakcióba a cyclosporinnal és ez óriási előnyt jelent az eddig használt ketoconazzal szemben.

2. Aspergillosis

Az aspergillosis megelőzésére az elmúlt években a triazol csoportba tartozó itraconazzal folytak vizsgálatok (22, 32). Úgy tűnik, hogy malignus hematológiai megbetegedések esetén hatásosabb, mint a ketoconazol, de a randomizált vizsgálatok eredményei még nem ismeretesek. Itraconazolt 1990-ig csontvelő transzplantáltakban prevencióként nem alkalmaztak (24).

Granulocytopeniás betegekben az amphotericin B orrszájsprayvel is történtek hatásos próbálkozások (22).

A kemoprofilaxisnál sokkal hatásosabb a rendkívül költséges steril levegőjű szobák kialakítása, a levegő speciális szűrése és egyirányú áramoltatásának biztosítása. Hematológiai részlegekben halmozottan aspergillosist észlel-

TALEUM[®] 1 mg

inhalációs aeroszol



TALEUM® 1 mg

inhalációs aeroszol

A nátrium kromoglikát a hízósejtek különböző immunológiai és nem immunológiai mechanizmusok által kiváltott degranulációját gátolja, továbbá neurofiziológiai mechanizmuson keresztül képes blokkolni a nem immunológiai ingert. Legfontosabb terápiás hatása valószínűleg a bronchialis hyperreaktivitás indirekt módon történő tartós csökkentésében érvényesül.

A készítmény az asztmás tünetek kialakulásának megelőzésére alkalmas. Hörgőtágító hatása nincs, a nehézlégzést nem enyhíti, így a hörgőtágító aeroszoloikat nem helyettesíti.

HATÓANYAG: 300 mg natrium cromoglicicum palackként.

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 hatóanyag-tartalmú permet távozik a palackból. Egy palackból minimum 200 adag permetezhető ki. Gyermekeknek 5 éves kortól adható, a felnőttekével azonos adag szükséges.
Kezdő adag: 4-szer naponta 2 belégzés (4x2 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 anti-asztmatikumok adagjának csökkentését, esetleges fokozatos elhagyását.

Szteroidok esetében különös óvatosság tanácsos. Az ajánlott heti szteroidcsökkentés; a napi adag 10%-a. Ha a kezelés eredménye a szteroidadagolás csök-

Antiasthmaticum inhalatoricum

kentését vagy elhagyását lehetővé tette, a Taleum® leállítását előtt az eredeti szteroidszintet helyre kell állítani.

A palackot használat előtt jól fel kell rázni! Az előírt adagot a palack függőleges helyzetében (fúvókával lefelé fordítva) lehet kipermetezni.

MELLÉKHATÁSOK: Irritáció (pl. szárazságérzés a torokban), rossz ízérzet, köhögés, sípoló 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 nátrium 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.

Asthma bronchialeban és allergiás rhinitisben szenvedő betegeknek a tüdőbeteggondozó, a belgyógyászati, fül-orr-gégészeti, allergológiai, illetőleg a gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosának javaslata alapján a kezelőorvos (körzeti orvos, üzemi orvos, körzeti gyermekgyógyász) a Taleum® inhalációs aeroszolt térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS: 1 adagolószelepes palack (17,3 g)



ELŐÁLLÍTÓ:



EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

tek akkor, ha az osztályon működés közben átépítést végeztek (9, 22, 30, 31).

3. *Cryptococcosis*

Az azol csoportba tartozó egyéb gyógyszerekkel szemben a fluconazol jól diffundál a vér-liquor gáton. Ezen tulajdonsága miatt alkalmas a *Cryptococcus neoformans* okozta meningitisek kezelésére (8, 35). A közelmúltban prospektív, randomizált vizsgálatok folytak az AIDS centrumokban annak tisztázására, hogy ez a gyógyszer alkalmas-e cryptococcosison átesettek relapsusának megelőzésére (8, 32, 35). Kiderült, hogy az átlagban 6–8 hetes sikeres kezelés után 100 mg/die fluconazzal meg lehet előzni a betegség kiújulását. A prevenció időtartamát ma még nem lehet egyértelműen meghatározni.

Perspektívák

A szisztémás mycosisok előfordulását és a magas halálozást csak akkor fogjuk tudni kedvezően befolyásolni, ha minden téren (diagnosztika, terápia, megelőzés) előre tudunk lépni.

A diagnosztikában a monoclonalis antitestekkel már korán ki lehet mutatni a keringő gomba antigéneket, ill. bizonyos metabolitokat. Bár ezen vizsgálatok költségesek, de jelentőségük már ma is felbecsülhetetlen (3, 19, 22).

Mindenképpen újabb, az ideálist mindjobban megközelítő gyógyszer felfedezése szükséges. A fluconazol ebben a tekintetben lényeges előrelépést jelent, de csak candidiasisban és cryptococcosisban hatásos (8). A diagnosztikus nehézségek miatt egyelőre változatlanul hangsúlyozni kell az empirikus antimycotikus kezelést. Empirikus kezelésre a liposomába ágyazott amphotericin B látszik leghatásosabbnak a granulocytopeniás betegekben (37).

Mindazon próbálkozások, amelyek a gombás infekcióra hajlamosító tényezőket csökkentik, ill. kiküszöbölik, rendkívül hasznosak lehetnek a megelőzés szempontjából (26, 37).

IRODALOM: 1. Adam, R. D.: Phaehyphomycosis of 9 cases and review of the literature. *Medicine*, 1986, 65, 203. — 2. Anaissie, E. és mtsai: New spectrum of fungal infection in patients with cancer. *Rev. Infect. Dis.*, 1989, 11, 369. — 3. Barnes, R. A.: Immunological diagnosis of fungal infection in the immunocompromised host. *Rev. Med. Microbiol.*, 1990, 1, 58. — 4. Bodey, G. P.: Fungal infection complicating acute leukemia. *J. Chron. Dis.*, 1966, 19, 667. — 5. Bodey, G. P.: The emergence of fungi as major hospital pathogens. *J. Hosp. Inf.*, 1988, 11, S411. — 6. Coulaud, J. P.: Cryptococcal infection in the AIDS population. V. International Conference on AIDS. Montreal. Canada., 1989, jún. 4–9. Előadás. — 7. Dauber, J. H., Paradis, I. L., Dummer, J. S.: Infection complication in pulmonary allograft recipients. *Clin. Chest. Med.*, 1990, 11, 291. — 8. Davey, P. G.: New antiviral and antifungal drugs. *Br. med. J.*, 1990, 300, 793. — 9. Dewhurst, A. G. és mtsai: Invasive aspergillosis in immunosuppressed patients, potential hazard of hospital building work. *Brit. med. J.*, 1990, 301, 802. — 10. EORTC International Antimicrobial Therapy Cooperative Study: Empiric antifungal therapy in

febrile granulocytopenic patients. *Amer. J. Med.*, 1989, 86, 668. — 11. Gallis, H. A., Drew, R. H., Pickard, W. W.: Amphotericin B: 30 years of clinical experience. *Rev. Infect. Dis.*, 1990, 12, 308. — 12. Gutterman, J. és mtsai: Effects of granulocyte-macrophage colony-stimulating factor in iatrogenic myelosuppression, bone marrow failure and regulation of host defense. *Sem. Hematol.*, 1990, 27, 515. — 13. Haron, E. és mtsai: *Hansenula anomala* fungaemia. *Rev. Infect. Dis.*, 1988, 10, 1182. — 14. Holler, W. M., Wilbur, J. R., DeGregorio, M. W.: Empiric amphotericin B therapy in patients with acute leukemia. *Rev. Infect. Dis.*, 1985, 7, 619. — 15. Hopwood, V., Warnoch, D. W.: New developments in the diagnosis of opportunistic fungal infection. *Eur. J. Clin. Microbiol.*, 1986, 5, 379. — 16. Hoy, J. és mtsai: Trichosporon beigelii infection: A review. *Rev. Infect. Dis.*, 1986, 8, 959. — 17. Kauffmann, C. A.: Flucytosine. *Antimicrobial agents*. Annual 2. Elsevier Science Publisher., 1987. 218. old. — 18. Kushne, S. és mtsai: Infection after liver transplantation. *Medicine*, 1988, 67, 132. — 19. Mackenzie, R. W. R.: Rapid diagnosis of hospital infection: fungal infection. *J. Hosp. Inf.*, 1988, 11, S273. — 20. Martino, P. és mtsai: Blastoschizomyces capitatus: An emerging cause of invasive fungal disease in leukemic patients. *Rev. Infect. Dis.*, 1990, 12, 570. — 21. Matthews, R. és mtsai: Candida and AIDS: Evidence for protective antibody. *Lancet*, 1988, 1, 263. — 22. Meunier, F.: Fungal infection in the compromised host. In *Clinical approach to infection in the compromised host*. Plenum Medical Book. Second edition. 1988., 193. old. — 23. Meunier, F.: Személyes közlés. — 24. Millikan, S. T., Powles, R. L.: Antifungal prophylaxis in bone marrow transplantation. *Rev. Infect. Dis.*, 1990, 12, 374. — 25. Nielsen, H., Stenderup, J., Bruun, B.: Fungemia with Saccharomycetaceae. *Scand. J. Inf. Dis.*, 1990, 22, 581. — 26. Ohno, R. és mtsai: Effect of granulocyte colony-stimulating factor after intensive induction therapy in relapsed or refractory acute leukemia. *N. Engl. J. Med.*, 1990, 323, 871. — 27. Repentigny, L.: Serologic techniques for diagnosis of fungal infection. *Eur. J. Clin. Microbiol.*, 1989, 8, 362. — 28. Richardson, K. és mtsai: Discovery of fluconazol, a novel antifungal agent. *Rev. Infect. Dis.*, 1990, 12, S267. — 29. Rippon, J. W.: *Medical Mycology*. Third edition. W. B. Saunders Company, 1988. 373. old. — 30. Rogers, T. R., Barnes, R. A.: Prevention of airborne fungal infection in immunocompromised patients. *J. Hosp. Inf.*, 1988, 11, S15. — 31. Rozenberg-Arska, M., Dekker, A. W.: Prevention of bacteremia and fungal infection in granulocytopenic patients. *Antimicrobial agents*. Annual 2. Elsevier Science Publisher, 1987. 471. old. — 32. Saag, M. S., Dismukes, W. E.: Azole antifungal agents: Emphasis on new triazoles. *Antimicrob. Ag. Chemoth.*, 1988, 31, 1. — 33. Samonis, G. és mtsai: Prophylaxis of oropharyngeal candidiasis with fluconazole. *Rev. Infect. Dis.*, 1990, 12, S369. — 34. Sarosi, G. A.: Amphotericin B still the "gold standard" for the antifungal therapy. *Postgrad. Med.*, 1990, 88, 151. — 35. Sugar, A. M., Stern, J. J., Dupont, B.: Overview: Treatment of cryptococcal meningitis. *Rev. Infect. Dis.*, 1990, 12, S338. — 36. Venditti, V. M.: Invasive *Fusarium solani* infections in patients with acute leukemia. *Rev. Infect. Dis.*, 1988, 10, 653. — 37. Walsh, T. J., Pizzo, A.: Treatment of systemic fungal infection. Recent progress and current problems. *Eur. J. Clin. Microbiol.*, 1988, 7, 460. — 38. Walsh, T. J., Dixon, D. M.: Nosocomial aspergillosis. *Eur. J. Epid.*, 1989, 5, 131. — 39. Walsh, T. J. és mtsai: Experimental basis for use of fluconazole for preventiv or early treatment of disseminated candidiasis in granulocytopenic hosts. *Rev. Infect. Dis.*, 1990, 12, S307. — 40. Wegman, T.: *Medical Mycology*. Roche. Basel, 1987, 27. old. — 41. Wiebe, V. J., DeGregorio, M. W.: Liposome-encapsulated amphotericin B: A promising new treatment for disseminated fungal infection. *Rev. Infect. Dis.*, 1988, 10, 1097. — 42. Winston, D. J., Jordan, M. C., Rhodes, J.: *Allescheria boydii* infection in the immunosuppressed host. *Amer. J. Med.*, 1977, 63, 830.

(Szalka András dr. Budapest, Pf. 29. 1450)

Dormicum® 7,5 mg tableta

Dormicum® 15 mg tableta

HATÓANYAG:

7,5, ill. 15 mg midazolamum tablettánként (midazolamum maleinicum formájában)

HATÁS:

A Dormicum hatóanyaga a midazolam gyors hatású, a szervezetből gyorsan kiürülő altatószer. Antikonvulzív, anxiolitikus, izomgörcsoldó tulajdonsággal rendelkezik.

Klinikai vizsgálatok szerint 150 napig történő szedés után megszokási, akkumulációs tüneteket nem észleltek. Terápiás tartománya széles.

A midazolam gyorsan és teljes mértékben felszívódik, 30–50%-a májon történő első áthaladás során lebomlik.

Klinikai vizsgálatok és laboratóriumi alvási próbák szerint anélkül gyorsítja az elalvási szakaszt és nyújtja meg az alvás időtartamát, hogy a REM-fázist mennyiségileg károsítaná. Az alvás minősége javul.

A hatás 20 percnél hamarabb jelentkezik, az alvás időtartama az életkornak megfelelően alakul. Ébredéskor a betegek frissnek és kipihentnek érzik magukat.

Az eliminációs felezési ideje 1,5–2,5 óra.

A midazolam gyorsan és teljesen lebomlik.

A metabolitok gyorsan konjugálódnak glukuronsavval, majd a vesén keresztül glukuronidként ürülnek ki. Kumuláció tartós adagolás mellett sem következik be. A midazolam farmakokinetikáját májműködési zavar vagy idős kor alig befolyásolja.

A midazolam 95%-a a plazmafehérjéhez kötődik.

JAVALLATOK:

Alvászavarok és bármilyen típusú insomnia kezelése, különösen elalvási zavarok és korai felébredés esetén.

Sebészeti és diagnosztikai eljárások előtt szedatívumként.

ELLENJAVALLATOK:

Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Pszichózis és depresszió okozta álmatlanság elsődleges kezelése. Relatív ellenjavallatot képeznek más szedatívumokhoz hasonlóan organikus agyi károsodások, súlyos légzési elégtelenség, rossz általános egészségi állapotok (fokozott gyógyszerérzékenységgel kell számolni); myasthenia gravis, a már fennálló izomgyengeség miatt.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek szokásos napi adagja 7,5–15 mg közvetlenül a lehetőleg zavartalan alvást biztosító lefekvés előtt. A tablettákat szétrágás nélkül, folyadékkal kell bevenni.

Idős és egyéb betegségben szenvedőknél a kezdő adagnak 7,5 mg javasolt. Ez a dózis érvényes károsodott máj- vagy veseműködésű betegekre is.

Premedikációként a műtét előtt 30–60 perccel 15 mg „Dormicum” tablettát kell beadni száján át, hacsak a parenterális alkalmazás valamilyen okból nem tűnik kedvezőbbnek (lásd „Dormicum” injekciók alkalmazási előírata).

MELLÉKHATÁSOK:

A szer ritkán észlelt mellékhatásai szedatív hatásának tulajdoníthatók, melyek dózis függőek és az adag mérséklésekor megszűnnek.

Hosszan tartó szedés során — az erre hajlamos betegeknel — egyéb altatókhoz, szedatívumokhoz és trankvillánsokhoz hasonlóan megszokás alakulhat ki. Esetenként, ha a beteget valamilyen szokatlan inger az alvás első két-három órájában felébreszti, előfordulhat, hogy a beteg valamilyen szokásos munkába kezd (pl. főzés, levéllírás), melyre később nem emlékszik (amnéziás epizódus). Hogy e jelenség esetleges előfordulását egy adott betegnel megállapíthassuk, célszerű, ha az első „Dormicum” adagot a beteg ismerős környezetben veszi be.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Együttadása kerülendő:

— központi idegrendszerre ható szerekkel (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS:

Terhesség korai szakaszában és a szoptatás idején — hacsak nem abszolút javallat — más gyógyszerekhez hasonlóan, adása nem javasolt.

Alkalmazásának és pszichomotoros teljesítményt befolyásoló hatásának időtartama alatt járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos!

Alkalmazásának időtartama alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

A gyógyszert gyermekek elől gondosan el kell zárni.

Fénytől és hőtől védve tárolandó.

MEGJEGYZÉS:

A megnevezett gyógyszerkészítmény a 19/1988. (XII. 26.) SZEM rendelet 5. § (1) bekezdéséhez csatlakozó 1. számú mellékletébe került felvételre. Ennek alapján az alábbi „Megjegyzés”-sel kerülhet forgalomba:

„Csak vényre adható ki és csak egyszeri alkalommal.

— Csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelése más, forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerrel eredményesen nem biztosítható.”

CSOMAGOLÁS:

10, 30 és 100 db 7,5 mg tableta

10, 30 és 100 db 15,0 mg tableta

ELŐÁLLÍTJA:

F. Hoffmann-La Roche AG (Svájc)

FORGALOMBA HOZZA:

Hungaropharma



Roche

Összefüggés a fiatalkori myocardialis infarctusban megbetegedett szülők és utódaik plazma fibrinogén koncentrációja között

Mihai Klára dr. és Jancsó Tamás dr.

Bács-Kiskun Megyei Tanács „Hollós József” Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét, I. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Timár Sándor dr.), Központi Laboratórium (főorvos: Jancsó Tamás dr.)

Csecsemő- és Gyermekosztály (főorvos: Tóth György dr.)

A szerzők fiatalkori myocardialis infarctusban megbetegedett szülők és 3–18 éves gyermekeik plazma fibrinogén koncentrációját határozták meg. Eredményeik szerint a fiú utódok fibrinogén szintje az egészséges azonos korú fiúgyermekek értékéhez viszonyítva magasabb. Leányokban ez az eltérés nem észlelhető. Adataik alátámasztják, hogy a korai infarctusban megbetegedett szülők és utódaik fibrinogén értéke közti kapcsolat fennáll. Szignifikáns összefüggés elsősorban a beteg apák és fiúgyermekek értéke között mutatható ki. Eredményeik arra utalnak, hogy a plazma fibrinogén koncentráció a cardiovascularis megbetegedés kialakulására vonatkozó veszélyeztetettség megítélésében jól alkalmazható paraméter. Vizsgálati adataik aláhúzzák a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében az életmódbeli szokások megváltoztatásának szükségességét a hajlamosító tényezők érvényre jutásának megakadályozása érdekében.

Kulcsszavak: fiatalkori infarctus, fibrinogén

Napjainkban a haláloki statisztikák élén a szív- és érrendszeri betegségek csoportja áll. A háttérükben kimutatható atherosclerosis létrejöttében az állatkísérletes és humán észlelések a lipideknek és lipoproteineknek, továbbá a thrombocyt-endothel egység megbomlásának, a thrombocyták aktív tevékenységének is jelentőséget tulajdonítanak. Az a tény, hogy a cardiovascularis betegségek halmozott előfordulásával sújtott családok egy részében semmilyen ismert veszélyeztető tényező sem mutatható ki, a betegség kialakulásában szerepet játszó további tényezők keresését teszi indokolttá (14, 18).

Ismert, hogy ischaemiás szívbetegségben (ISZB) és legsúlyosabb formájában az acut myocardialis infarctusban (AMI) a haemorheológiai paraméterek megváltoznak (8, 13, 15, 17). Az eltérések markerként tekinthetők az ISZB-re vonatkozó veszélyeztetettség kimutatásában (2, 19). ISZB-ben, ill. AMI-ban a plazma fibrinogén szint az egészséges, azonos korú kontroll értékekhez viszonyítva emelkedik (3, 15, 17, 20).

A veszélyeztetett gyermekek felkutatása, a cardiovascularis betegségek elsődleges megelőzése érdekében a Kecskeméti Megyei Kórházban a SZOTE Etikai Bizottságának engedélyével folyik a fiatalkori AMI-ban megbete-

Plasma fibrinogen level in offsprings of parents suffering from premature coronary artery disease. 140 children of parents who had acute myocardial infarction before age 45 and 75 healthy children without any familial history of coronary artery disease — as a control group — were investigated ranging in age from 3–18 years. It was found that plasma fibrinogen concentration significantly increased compared to age and sex adjusted control in sons of parents suffering from premature coronary artery disease. Results of this study suggest a significant association between parents' and children's fibrinogen level. It may be concluded from this study that the fibrinogen is a definitive marker for identifying risk children. Preventive strategies in childhood should consider the role of this genetic factor in later manifestation of coronary artery disease and it would be necessary to emphasize the importance of eliminating environmental influences and change life-style in exposed families.

Key words: premature coronary artery disease, fibrinogen

gedett szülők utódainak szűrővizsgálata és gondozása. A plazma fibrinogén koncentrációt, mint a tényleges veszélyeztetettséget jelző egyik lehetséges paramétert tanulmányoztuk. Közleményünkben vizsgálati eredményeinket ismertetjük.

Anyag és módszer

A WHO kritériumai szerint megállapított (1), kétségtelen (az esetek 55%-ában coronarographiával is igazolt) AMI-ban megbetegedett 45 évnél fiatalabb szülők 3–18 éves gyermekeit (60 fiú és 80 leány) a családi veszélyeztetettség súlyossága szempontjából két csoportra osztottuk. Az első csoportba kerültek apja vagy anyja betegedett meg korai AMI-ban. A második csoport gyermekeinek anamnézisében egyik vagy másik szülő fiatalkori myocardialis infarctusa és a szülők testvérének, a nagyszülőknek AMI-a, ezen kívül a másodfokú rokonok AMI-a és/vagy atherothrombosis okozta komplex agyi történése szerepelt. Kontrollként (40 fiú és 29 leány) a szülők tájékozott beleegyezése után a gyermekosztályra kivizsgálásra felvett és egészségesnek talált, valamint az iskolaorvosi hálózat segítségével kiválogatott, aláírással igazoltan önként jelentkező gyermekeket tekintettünk, akik szüleiben, azok testvéreiben, a nagyszülőkben a vizsgálat időpontjáig, atherosclerosisral összefüggő megbetegedés nem fordult elő. A nem

dohányzó, alkoholt nem fogyasztó gyermekek a vizsgálat megkezdése előtt semmilyen betegségben nem szenvedtek, gyógyszer nem szedtek. A vérvétel 12 órás éhezést követően, mindig azonos körülmények között és módon, 15 percig tartó fektetés után, reggel 7–8 óra között történt. A plazma fibrinogén szintet könyökvénából vett citrátos vérmintából Amelung koagulométerrel, a Boehringer–Mannheim cég „fibrinogén reagens”ével, a teszthez mellékelt kalibrációs táblázat alapján határoztuk meg. Az eredmények kiértékelésére a Student-féle kétmintás „t” próbát alkalmaztuk. Annak kiderítésére, hogy a beteg szülő (az AMI lezajlása után több mint 6 héttel meghatározva) és a gyermekeinek plazma fibrinogén koncentrációja között van-e kapcsolat, a „legkisebb négyzetek” módszerével végzett regressziószámítást alkalmaztuk. Az összefüggés realitását az „F” próbával ellenőriztük.

Eredmények

A plazma fibrinogén szintje 3–18 év között sem a kontrollokban, sem a fiatalkori AMI-ban megbetegedett szülők gyermekeiben szignifikánsan nem változik (1. táblázat). A korai AMI-ban megbetegedett szülők utódai fibrinogén koncentrációját összevontan elemezve azt találtuk, hogy mindkét veszélyeztetettségű csoporthoz tartozó fiúgyermekek plazma fibrinogén szintje szignifikánsan magasabb az azonos korú, egészséges fiúk értékéhez viszonyítva (1. táblázat).

Szignifikáns összefüggést igazoltunk a fiatalkori AMI-n átesett szülők és utódai fibrinogén koncentrációja között (1. ábra).

1. A beteg szülők és mindkét nemű gyermekeik vonatkozásában az alábbi regressziós egyenletet kaptuk:

$$y = 0,140 \cdot x + 1,904 \quad (1)$$

$$F = 8,940; p < 0,025.$$

2. A beteg szülők és az életkor szerint csoportosított utódai esetében az alábbi egyenletek adódtak. A szülők és 3–14 éves gyermekeik vonatkozásában:

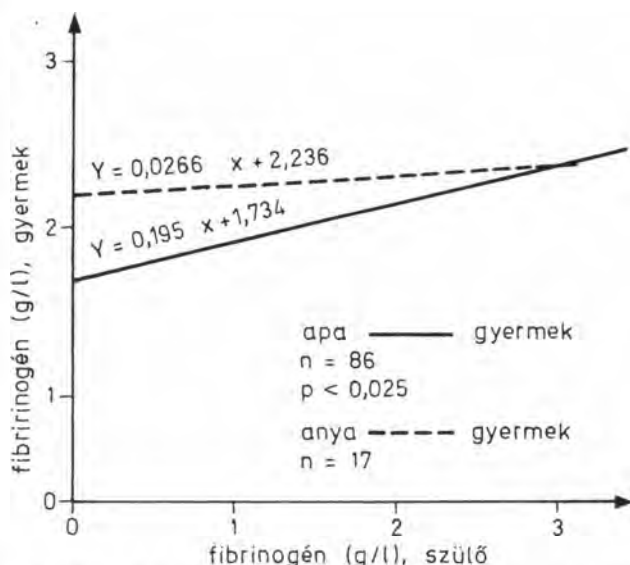
$$y = 0,130 \cdot x + 1,962 \quad (2)$$

$$F = 5,949; p < 0,025,$$

a szülők és 15–18 éves gyermekeik esetében:

$$y = 0,232 \cdot x + 1,572 \quad (3)$$

$$F = 7,904; p < 0,025.$$



1. ábra: Korai myocardialis infarctusban megbetegedett szülők és utódai plazma fibrinogén koncentrációja közti regressziós összefüggés

3. A beteg szülők nemek szerinti bontásakor, az apák és gyermekeik fibrinogén szintjének vizsgálatok kapott egyenlet:

$$y = 0,195 \cdot x + 1,734 \quad (4)$$

$$F = 13,982; p < 0,025.$$

4. A nemek szerint csoportosított szülők és gyermekeik esetében, az I. csoportban a beteg apa és fiai vonatkozásában:

$$y = 0,335 \cdot x + 1,513 \quad (5)$$

$$F = 8,617; p < 0,025.$$

A II. csoportban a beteg apák és fiaik, valamint a beteg apák és leányaik vonatkozásában kapott egyenlet:

$$y = 0,765 \cdot x + 0,416 \quad (6)$$

$$F = 10,361; p < 0,025 \text{ valamint}$$

$$y = 0,121 \cdot x + 1,824 \quad (7)$$

$$F = 4,895; p < 0,05.$$

(Ahol y = a gyermekek fibrinogén szintjének várható értéke, x = a szülő fibrinogén koncentrációja, F = a regresszió F próbája, p = a valószínűség értéke.)

1. táblázat: Korai myocardialis infarctusban megbetegedett szülők utódainak plazma fibrinogén koncentrációja (g/l)

Korcsoport		Fiú			Leány			Együtt		
		K	I.	II.	K.	I.	II.	K	I.	II.
3–14 év	n	14	23	16	8	17	36	22	40	52
	\bar{x}	2,1	2,4	2,3	1,9	2,4*	2,0	2,0	2,4*	2,15
	SD	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,6	0,6	0,5
15–18 év	n	32	12	9	21	7	20	53	19	29
	\bar{x}	1,8	2,5***	1,9	2,0	1,9+	2,2	1,9	2,25**	2,1
	SD	0,4	0,7	0,4	0,3	0,2	0,6	0,4	0,6	0,5
együtt	n	46	35	25	29	24	56	75	59	81
	\bar{x}	1,85	2,5***	2,2**	1,95	2,2	2,1	1,9	2,4 ***	2,1 **
	SD	0,5	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6

K = kontroll csoport, I. csoport: fiatalkori AMI-ban megbetegedett szülők gyermekei, II. csoport: halmozott családi előfordulású cardiovascularis megbetegedéssel sújtott családok gyermekei. n = esetszám, \bar{x} = átlag, SD = szórá.

+ $p < 0,05$ azonos életkorú fiúk és leányok fibrinogén szintje közti különbség

* $p < 0,05$ ** $p < 0,02$ *** $p < 0,01$ az egészséges és a veszélyeztetett gyermekek plazma fibrinogén szintje közti különbség nemek és életkor szerinti bontásban vizsgálva

Megbeszélés

Prospektív epidemiológiai vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy a kóros haemorheológiai paraméterek az ISZB pathogenezisében rizikótényezőnek tekinthetők (6, 12, 22). ISZB-ben és AMI-ban az emelkedett plazmaviszkozitás a nagymolekulájú proteinek kórosan magas értéke következtében jön létre és a véráramlás lassításával a mikrocirkuláció zavarához vezet (2, 11, 16).

A plazma fibrinogén koncentrációja magasabb az ISZB rizikótényezőinek tekintett állapotokban is, így hiperlipidémiában, magas vérnyomás betegségben és erősen dohányzó egyéneknél (7, 9, 10). Az emelkedett fibrinogén szint ISZB-ben prognosztikai jelentőségű (8, 9). Az ISZB és hiperfibrinogénemia kapcsolata férfiakban fiatal korban erőteljesebb, mint idősebb életkorban (12).

Vizsgálati eredményeink szerint a korai AMI-ban megbetegedett szülők fiúgyermekének plazma fibrinogén szintje az egészséges, azonos korú fiúgyermek értékeéhez viszonyítva magasabb. Adataink alátámasztják, hogy a plazma fibrinogén koncentráció a cardiovascularis megbetegedések kialakulására vonatkozó veszélyeztetettség megítélésében jól alkalmazható paraméter. Eredményeink a korai AMI-n átesett szülők és utódaik fibrinogén koncentrációja közti regressziós összefüggés létét igazolják. Szignifikáns korreláció elsősorban a megbetegedett apák és fiúgyermekük fibrinogén szintje között mutatható ki (4.—6. egyenlet). A korai AMI-ban megbetegedett szülők és utódaik plazma fibrinogén koncentrációja közti összefüggés genetikai kapcsolat fennállására utal.

A fiatalkori AMI-n átesett vagy abban meghalt szülők gyermekeiben kimutatott emelkedett plazma fibrinogén szint aláhúzza a szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzésében az életmódi szokások megváltoztatásának szükségességét a genetikai okokból kedvezőtlen haemorheológiai paraméterek befolyásolása érdekében. Eredményeink megerősítik, hogy a célzott szűrővizsgálat szükséges. A veszélyeztetettek gondozása és megóvásuk az atherosclerosis kiváltásában kétségtelenül szerepet játszó tényezők hatásától (a fizikai aktivitás jelentős fokozása, a dohányzás mellőzése, a célszerű diéta betartása) a primer megelőzés lehetséges útja (3, 5, 19, 21).

IRODALOM: 1. *Árvay A., Jánosi A.*: Újabb lehetőségek az ischaemiás szívbetegség felismerésében és kezelésében. Az Országos Kardiológiai Intézet 14. sz. módszertani levele. 2. *Ernst, E. és mtsai*: Blood rheology in healthy cigarette smokers. Results from the MONICA project, Augsburg. Arteriosclerosis, 1988, 8, 385. — 3. *Fendler, K., Mátrai, A., Bohenszky, Gy.*: A vér- és plazma viszkozitásának változása szívinfarktusos betegekben. Orv. Hetil., 1979, 120, 203. — 4. *Fuchs, J. és mtsai*: Plasma viscosity and haematocrit in the course of acute myocardial infarction. Eur. Heart J., 1987, 8, 1195. — 5. *Hostmark, A. T. és mtsai*: Fish oil and plasma fibrinogen. Br. med. J., 1988, 297, 180. — 6. *Kannel, W. B. és mtsai*: Fibrinogen and risk of cardiovascular disease. The Framingham study. JAMA, 1987, 258, 1183. 7. *Leonhardt, H., Utkoff, A., Utkoff, C.*: Vollblut- und Plasmaviscosität bei koronaren Risikofaktoren. Klin. Wochenschr., 1977, 55, 481. — 8. *Leschke, M., Motz, W., Sauer, B. E.*: Hämorheologisch-therapeutische Anwendungsmöglichkeiten bei der koronaren Herzkrankung. Münch. med. Wochenschr. 136, Sonderheft, 17, 1986. — 9. *Leschke, M. és mtsai*: Hyperfibrinogénämie und pathologische Plasmaviscosität. Dtsch. Med., Wochenschr., 1988, 113, 1175. — 10. *Lecher, R. L. és mtsai*: Elevated blood viscosity in patients with borderline essential hypertension. Hypertension, 1983, 5, 757. — 11. *Lowe, G. D. O. és mtsai*: Relation between extent of coronary artery disease and blood viscosity. Br. med. J., 1980, 280, 673. — 12. *Meade, T. W. és mtsai*: Haemostatic function and ischaemic heart disease principal results of the Northwick Park Heart Study. Lancet, 1986, 2, 533. — 13. *Meade, T. W.*: Coagulability, thrombosis and coronary heart disease. Lipid Rewiev, 1988, 2/1.1. — 14. *Mihai, K. és mtsai*: Szérum lipid és plazma prosztaglandin szintek fiatalkori infarktusban megbetegedett szülők gyermekeiben. Cardiol. Hung., 1990, 19, 63. — 15. *O'Connor, N. T. J. és mtsai*: Hypercoagulability and coronary artery disease. Br. med. J., 1984, 52, 614. — 16. *Pfaffert, C., Volger, E.*: Bedeutung der Fließeigenschaften des Blutes für die Mikrocirkulation. Dtsch. Med. Wochenschr., 1983, 108, 1845. — 17. *Schäbitz, J., Kohlmann, U., Müller, G.*: Blutviscositätsmessungen bei Herzinfarktpatienten. Z. Gesamt. Inn. Med., 1977, 32, 283. — 18. *Szamosi, T. és mtsai*: Lipid peroxidok és más lipidanyagcsere paraméterek korai szívinfarktusos szülők gyermekeinek szérumban. Orv. Hetil., 1987, 128, 837. — 19. *Tóth K. és mtsai*: Haemorheológiai paraméterek alakulása a myocardialis infarktust követő fél évben. Orv. Hetil., 1990, 131, 727. — 20. *Yarnell, J. W. G. és mtsai*: Haemostatic factors and ischaemic heart disease. The Caerphilly study. Br. Heart J., 1985, 53, 483. — 21. *Yetiv, J. Z.*: Clinical applications of fish oils. JAMA, 1988, 260, 665. — 22. *Wilhelmsen, L. és mtsai*: Fibrinogen as a risk factor for stroke and myocardial infarction. N. Engl. J. Med., 1984, 311, 501.

(Mihai Klára dr. *Kecskemét*, Izsáki út 5. 6000)

INSTILLAGEL steril csúsztató anyag

HATÓANYAG: 2,0 g lidocainium és 0,05 g chlorhexidinum gluconicum 100 g (paraben tartalmú) steril gél anyagban.

HATÁS: A steril gél megkönnyíti a vizsgáló eszközök bevezetését, fertőtlenítő és helyi érzéstelenítő hatású, a szekunder és korhízi fertőzéseket kivedi. Jól tapad a nyálkahártyán és a műszerek látófelületét nem befolyásolja.

JAVALLAT: A fertőtlenítő és helyi érzéstelenítő hatású gél eszközök csúsztatásának elősegítésére szolgál pl. katéterezésnél, szondázásnál (intraoperatív esetekben is), különféle endoszkópos vizsgálatokban, sipoly katéter eséréje esetén, intubációban (gépi lélegeztetésnél). A végbel és vastagbél vizsgálatainál látrogen ártalmakkal szemben védelmet biztosít a gyermekgyógyászatban is.

ELLENJAVALLAT: alkil-4-hidroxibenzoát (paraben) és amid típusú helyi érzéstelenítők iránti túlérzékenység.

MELLÉKHATÁSOK: Súlyos húgyvesztés esetén lidocain okozta nemkívánatos mellékhatások, pl. vérnyomásesés, bradikardia, görcsök.

FIGYELMEZTETÉS: Ha húgyvesztés esetén nemkívánatos lidocain hatások lépnek fel mellékhatásként, a megfelelő ellenintézkedéseket meg kell tenni: vérnyomáseséskor i.v. izopralin, bradikardia esetén i.v. atropin, görcsök esetén kis adagú, rövid hatású barbiturátok adandók. Ha erős vérzés is van, a csúsztatóanyag alkalmazásával várni kell a vérzés megszűnéséig.

Csomagolás: 10x11 ml

Előállítója: Farco-Pharma GmbH

Forgalmazza:

OMKER Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat II. Kereskedelmi osztálya

Budapest, VIII., Rezső u. 5-7. Telefon: 112-3000



A GYÓGYÁSZATI CSÚSTECHNOLÓGIA FORRÁSA



Felhívjuk felhasználóink figyelmét, hogy a jövőben az ABO vércsoport-meghatározó készítményeink a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő névvel, kizserelésben és külső színjelzéssel kerülnek forgalomba.

Átmeneti ideig a reagensek régi nevét is feltüntetjük az üvegcímkén és a dobozon.

Az új kizserelésű poliklonális készítményekkel párhuzamosan **monoklonális reagenseket is forgalomba hozunk.**

Új kizserelés:

1 ml Poliklonális folyékony reagens benyúlópipettás cseppentős üvegben;
1 ml Monoklonális folyékony reagens benyúlópipettás cseppentős üvegben;
5 ml Monoklonális folyékony reagens benyúlópipettás cseppentős üvegben;
5x2 ml Liofilizált poliklonális reagens ampullában.

A kapilláris kizserelés megszűnik!

Új név és színjelzés:

Anti-A
Monoklonális Anti-A
Liofilizált Anti-A

kék címke, kék pipettagumi
kék címke, kék pipettagumi
kék címke

Anti-B
Monoklonális Anti-B
Liofilizált Anti-B

sárga címke, sárga pipettagumi
sárga címke, sárga pipettagumi
sárga címke

Anti-A, B
Monoklonális Anti-A+B
Liofilizált Anti-A, B

fehér címke, fekete pipettagumi
fehér címke, fekete pipettagumi
fehér címke

Régi név és színjelzés:

SEROTYP B barna

SEROTYP A fekete, ill.
színtelen

SEROTYP 0 kék

HUMAN
Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet

BUDAPEST
Szállás u. 5.
Tel.: 1782-666, 1575-311

A magzati súlynövekedés üteme és variációi 1988/89-ben

Papp Csaba dr., Szabó Györgyné dr., Tóth-Pál Ernő dr. és Papp Zoltán dr.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Lampé László dr.)

Tekintve, hogy az utolsó debreceni születési súlygörbét több mint két évtizeddel ezelőtt szerkesztették, a szerzők a Kelet-magyarországi Genetikai és Szülészeti Computer Nyilvántartásból Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Jász-Nagykun-Szolnok megye 1988. és 1989. évi epidemiológiai értékű születési adatainak felhasználásával meghatározták az 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 születési súlypercentilis értékeket. A 36. terhességi héttől a fiúk és leányok, a fiúk és cigány fiúk illetve a leányok és cigány leányok, valamint a singularis és ikermagzatok átlagértékei között mutatkozó különbségek szignifikánsak voltak. Ezen standardok birtokában a különböző újszülöttek klinikai megítélése és ellátása egzaktabban végezhető el.

Kulcsszavak: magzati súlynövekedés, koraszülött, retardáció, súlypercentilis

Az utóbbi évtizedekben a magzati fejlődés és növekedés élettani és kóros sajátosságainak jobb megismerése az érettség és az intrauterin retardatio pontosabb meghatározását tette lehetővé. Ezen vizsgálatok eredményeként nyilvánvalóvá vált, hogy egyedül a születési súly nem megfelelő mértéke a magzati kornak és az érettségnek. Sem a 2500 grammnál kisebb („kora”), sem a 2500 g vagy annál nagyobb születési súlyú („érett”) újszülöttek nem alkotnak homogén csoportot. Az alacsony (2500 g-nál kisebb) súlyú újszülöttek több mint egyharmada (az összes újszülött 2%-a) a terhességi korhoz mérten *nem koraszülött* és a 2500 g-nál nagyobb súlyú újszülöttek mintegy 5%-a (az összes újszülött 3%-a) *koraszülött* (1, 4, 8, 25).

A 37. hét előtti terhességi korhoz képest „normális” születési súlyú, vagy akár az érettség hagyományos definíciója szerint „érett”, de valójában *valódi koraszülöttek* és a terminusra vagy ahhoz közel (a 37. hét után) született, kis súlyú („*small-for-date*”) újszülöttek perinatalis mortalitási és morbiditási aránya csaknem megegyezően magas, de veszélyeztetettségük okai mégsem azonosak. A koraszülöttséget a tüdő éretlenség magas gyakorisága, a magzati növekedés-visszamaradottságot az intrauterin hypoxia/asphyxia, az aspirációs pneumonia és a rosszultáp-láltság anyagcserezavarai jellemzik (12, 19, 24).

Fetal growth standards 1988/89. Considering that the last intrauterine growth standards were constructed more than two decades ago, the authors defined the measure of 5, 10, 25, 50, 75, 90 and 95 percentiles of birth weight on the base of Genetic and Obstetric Computer Register of East-Hungary, birth data having epidemiological value in Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar and Jász-Nagykun-Szolnok Counties in 1988–89. From the 36th week of pregnancy the mean values of birth weights between boys and girls, boys and gipsy boys, girls and gipsy girls as well as singular and twin newborn infants differed from each other significantly. Possessing these standards, the clinical judgement and supplying of the various newborn infants can be more exact.

Key words: growth standard, premature, retardation, percentiles of birth weight

Ismert az is, hogy még egy azonos nemű és fajtájú populációban is az ugyanolyan magzati korú újszülöttek antropometriai méretei széles variációt mutatnak. Az újszülött-testméretek nagy variabilitása számos belső és külső (genetikai, táplálkozási, földrajzi, társadalmi-gazdasági) tényező eredménye (10, 16, 23). Az első debreceni születéskori testméretadatok *Kontsek* (17) több mint 50 évvel ezelőtti munkájában találhatók, majd mintegy 30 évvel később, az első nemzetközi súlypercentilis standardok megjelenésével (18) csaknem egyidejűleg, *Bazsó* és munkatársai állították össze az első hazai születési súlygörbét (2). Tekintve, hogy adataik több mint két évtizeddel ezelőtti mérések eredményei, továbbá a cigány újszülöttek testméreteivel nem foglalkoztak, indokoltnak láttuk a Kelet-magyarországi Genetikai és Szülészeti Computer Nyilvántartás adatbázisából (20) Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Jász-Nagykun-Szolnok megye 1988. és 1989. évi epidemiológiai értékű születési adatainak felhasználásával a születési súlypercentilis értékeket meghatározni. A testhossz és fejkerület, illetve egyéb antropometriai adat nyilvántartásától a mérési hibalehetőség magas kockázata miatt eleve eltekintettünk (13). Közleményünkben ismertetjük a singularis születésből világra jött fiúk, leányok, cigány fiúk, cigány leányok és ikertehességéből született magzatok egyes és együttes súlystandardjait.

Klinikai anyag, számítási módszerek

Az egyes terhességi hetekre jellemző „normális születési súly” minél jobb közelítéssel végezhető megbecslésének érdekében az elemzésre felhasznált 40 613 singularis és 828 ikerűjszülött súlyadatát a hazai szülészeti forgalom egyhatodát reprezentáló három megye (Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Jász-Nagykun-Szolnok) 21 szülészeti intézetében 1988. január 1. és 1989. december 31. között született 46 865 singularis és 984 ikerűjszülött adataiból számítógépes program segítségével válogattuk ki. A feldolgozásból kihagytuk azokat az újszülötteket, (a) akiknek terhességi kora 26 hétnél rövidebb vagy 43 hétnél hosszabb volt, (b) a születési súlyra nyilvánvalóan ható anyai betegségek (diabetes, súlyos gestosis), ill. magzati rendellenességek eseteit, továbbá a halvaszületetteket. Eleve az adatbázisunk készítése és folyamatos táplálása során az adatok gyűjtésének, ill. standardizálásának megbízhatatlansága miatt nem voltunk tekintettel a következő, jóllehet az intrauterin növekedést minden bizonnyal befolyásoló tényezőkre: dohányzás, kábítószer-fogyasztás, vérzés a terhesség alatt, szociális életkörülmények, táplálkozási szokások, munkahelyi körülmények és megterheltség, testmagasság és testsúly, valamint az előzményben szereplő magzati retardatio és születési sorrend (15, 22, 26, 27).

A terhesség tartamát a szülészeti intézmények egységesen az utolsó rendes menstruáció első napjából, az először megérzett magzatmozgás idejéből és a terhesség alatt végzett ultrahangvizsgálati mérésekből számított időnek a szülés dátumával való két héten belüli egybeesése alapján számították ki.

Számítógépes programmal a születési súlyokat terhességi hetenként növekvő sorrendbe rendeztük és az eloszlás jellemzőit a mediánt ($p = 0,5$) és a 0,05, 0,1, 0,25, 0,75, 0,9 és 0,95 értékek kvantiliszeit választottuk. Az egyes terhességi hetek azonos percentilis (p) értékeihez tartozó kvantilisokat összekötve grafikusán ábrázoltuk és a görbéket aritmetikailag kigyenlítettük. Az 5., 10., 25., 50., 75., 90. és 95. percentilist a görbékről olvastuk le. A program segítségével a számtani közepet (M) és a szórást (σ) az ismert módszerek felhasználásával szintén meghatároztuk.

Mint ismeretes, a *percentilisek* a valószínűségi változó (születési súly) azon értékei, amelyek a teljes gyakorisági eloszlást 100 egyenlő gyakoriságú részre osztják. Az eloszlás p -ed rendű kvantilisének jelentése az, hogy az eloszlás elemeinek p -hányada kisebb és $1-p$ hányada nagyobb nála. A születési súlygörberendszeren a percentilis száma azt a helyzetet jelenti, amelyet egy adott egyed születési súlya betöltene egy típusos 100-as szériában (100%). Az eloszlási határvonalakkal megadott értékeknek kisebb az adatok 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95%-a. Az 50. percentilis (medián) számhoz tartozó születési súlynál az újszülöttek egyenlő száma kisebb és nagyobb súlyú. Megállapítás kérdése, hogy a 10–90. vagy az 5–95. percentilisig terjedő széles öv a normális variációs szélesség. Ezért megadtuk az 5. és 95. percentilis értékeket is.

Eredmények

Terhességi hetenként az újszülöttek számát (n), a születési súlyátlagot (M), a szórást (σ) és az 5., 10., 25., 50., 75., 90. és 95. percentilisekhez tartozó születési súlyadatokat nemek szerint az 1–4. táblázatok tüntetik fel. A 36. terhességi héttől a fiúk és leányok, illetve a fiúk és cigány fiúk, valamint a leányok és cigány leányok átlagértékei között mutatkozó különbségek t -próbaival szignifikánsak voltak ($p < 0,001$) (1. ábra). Az ikermagzatok egyes és együttes súlyadatait az 5–6. táblázatokon mutatjuk be.

1. táblázat: Fiúk születési súlypercentilis értékei

Hét	(n)	M	σ	Születési súlypercentilisek						
				5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
26	25	787	170	550	600	700	750	900	950	1050
27	15	887	210	650	750	850	900	1000	1100	1200
28	19	1153	210	800	850	1000	1100	1200	1300	1450
29	21	1354	280	900	1000	1100	1300	1400	1600	1750
30	43	1642	630	1050	1150	1300	1400	1650	1800	2000
31	43	1753	350	1200	1350	1450	1650	1850	2000	2200
32	68	1877	320	1350	1550	1600	1800	2150	2200	2400
33	97	2051	330	1500	1700	1800	2050	2250	2500	2650
34	122	2260	370	1700	1800	2000	2200	2500	2700	2900
35	198	2449	420	1850	2000	2200	2400	2650	2900	3100
36	555	2725	460	2000	2150	2400	2700	2950	3150	3400
37	1305	2966	440	2200	2400	2650	2900	3200	3400	3600
38	3024	3178	440	2400	2600	2850	3150	3400	3600	3800
39	4843	3327	440	2600	2800	3000	3300	3600	3800	4000
40	5614	3454	440	2750	2900	3150	3400	3700	4000	4100
41	1607	3529	440	2850	3000	3250	3500	3800	4100	4200
42	309	3591	480	2900	3100	3300	3600	3900	4200	4300
43	31	3784	470	2950	3150	3400	3650	3950	4250	4350

2. táblázat: Leányok születési súlypercentilis értékei

Hét	(n)	M	σ	Születési súlypercentilisek						
				5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
26	21	681	220	500	550	700	750	900	1000	1050
27	24	908	180	650	700	850	950	1100	1200	1300
28	22	1345	290	800	850	1000	1200	1300	1400	1550
29	29	1389	160	900	1000	1200	1300	1500	1600	1700
30	31	1517	470	1000	1150	1300	1500	1650	1800	1950
31	38	1776	470	1200	1300	1500	1700	1800	2000	2150
32	45	1819	260	1350	1450	1650	1800	2000	2200	2400
33	69	1978	310	1500	1600	1800	2000	2200	2400	2600
34	135	2170	380	1700	1800	2000	2250	2450	2650	2850
35	194	2358	380	1900	2000	2150	2400	2650	2900	3100
36	504	2638	420	2050	2150	2350	2600	2900	3200	3400
37	1153	2868	430	2250	2350	2600	2850	3100	3400	3600
38	2849	3041	430	2400	2550	2750	3000	3300	3550	3750
39	4740	3181	420	2550	2700	2900	3150	3450	3700	3900
40	5749	3278	420	2650	2850	3000	3250	3550	3850	4000
41	1631	3356	430	2700	2900	3100	3350	3650	3900	4100
42	296	3446	430	2750	2950	3150	3400	3700	3950	4150
43	33	3430	420	2800	2950	3150	3450	3750	4000	4150

Megbeszélés

Az elmúlt két évtizedben az ultrahang-diagnosztika jóvoltából az intrauterin súlynövekedés üteme egy adott terhességben, ha közvetett módon is, de jó közelítéssel megítélhető. Ennek ellenére nem veszítette el jelentőségét a megszületés után közvetlenül mért születéskori súlymérések felhasználásával készített súlystandardok szerepe, sőt az ultrahangvizsgálatok széles körű alkalmazásának köszönhetően a terhességi kormeghatározás lényegesen egzaktabbá vált. Berkő (3) mindenesetre helyesen állapítja meg, hogy a születési súlyon alapuló statisztikai görberendszer kizárólag szűrő jellegű és tájékoztató értékű.

A két évtizeddel ezelőtt készített súlygörbék összeállításában a terhességek 25–30%-ában a közismert akadályok miatt nehézséget okozott a terhességi időtartam meg-

®

KREON



CHINOÏN BUDAPEST



KREON

kapszula

ENZYMES DIGESTIVAE

A [®]Kreon kapszulában 1-2 mm átmérőjű pancreatin granulátumok vannak, melyek enteroszolvens bevonata védelmet nyújt a gyomornedv inaktiváló hatásával szemben. A granulátumok magas aciditás esetén is legalább két órán át ellenállnak a gyomornedvnek. A vékonybél alkalikusabb pH-ján az enteroszolvens 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 3-5×1 kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Felntteknek 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 Gm bH, Hannover (NSZK licenc alapján).

CHINOIN BUDAPEST 

3. táblázat: Cigány fiúk születési súlypercentilis értékei

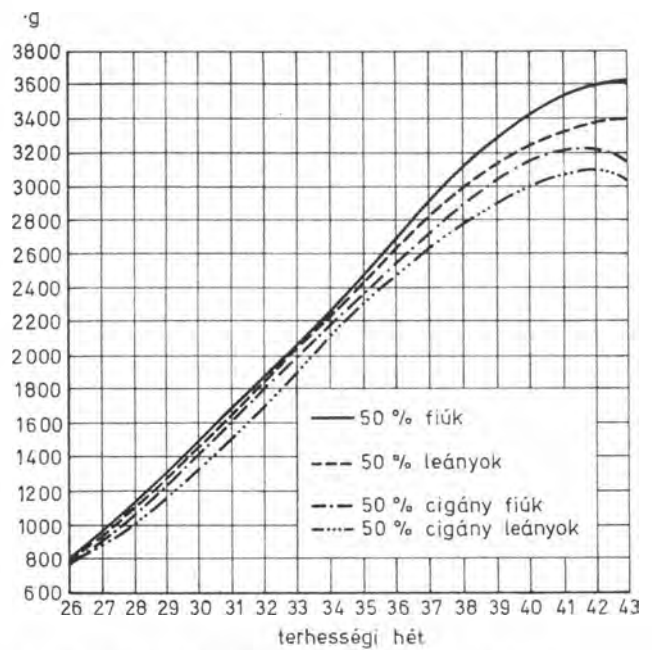
Hét	(n)	M	σ	Születési súlypercentilisek						
				5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
26	7	720	50	400	450	500	600	750	800	850
27	8	780	60	500	550	650	800	950	1000	1050
28	7	900	140	700	750	850	1000	1150	1200	1300
29	12	1211	200	850	950	1000	1250	1350	1500	1600
30	10	1620	530	1050	1150	1250	1450	1600	1750	1850
31	10	1890	330	1200	1300	1450	1650	1800	2000	2100
32	16	1952	220	1350	1450	1650	1800	2000	2200	2350
33	23	2099	220	1500	1650	1800	2000	2200	2400	2600
34	54	2181	530	1650	1800	2000	2200	2400	2650	2800
35	60	2385	400	1800	1950	2200	2400	2550	2900	3050
36	154	2519	360	1950	2100	2350	2550	2750	3100	3250
37	276	2789	390	2150	2300	2550	2750	2950	3300	3450
38	514	2937	410	2250	2450	2650	2900	3200	3500	3650
39	578	3045	410	2400	2600	2750	3050	3300	3600	3750
40	615	3108	430	2450	2650	2850	3100	3400	3700	3850
41	175	3207	410	2500	2700	2900	3200	3500	3700	3900
42	64	3158	460	2500	2700	2950	3250	3500	3700	3850
43	9	3270	560	2300	2700	2900	3200	3450	3600	3750

4. táblázat: Cigány leányok születési súlypercentilis értékei

Hét	(n)	M	σ	Születési súlypercentilisek						
				5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
26	6	820	80	650	700	750	800	950	1050	1150
27	7	865	80	700	800	850	900	1050	1100	1200
28	7	900	140	800	900	950	1000	1150	1250	1350
29	8	1260	340	900	1000	1050	1150	1300	1400	1500
30	8	1544	270	1000	1100	1200	1300	1500	1600	1700
31	12	1591	410	1100	1250	1400	1550	1700	1800	1950
32	24	1707	270	1250	1400	1550	1700	1900	2000	2150
33	13	1949	400	1400	1550	1750	1900	2050	2200	2350
34	33	2115	270	1600	1750	1950	2100	2300	2450	2600
35	55	2299	230	1750	1950	2100	2300	2550	2700	2850
36	152	2478	390	1900	2100	2250	2450	2750	2900	3150
37	243	2658	400	2050	2250	2400	2600	2900	3150	3350
38	527	2839	390	2200	2400	2550	2800	3100	3350	3500
39	584	2941	400	2350	2500	2650	2900	3200	3500	3650
40	640	3027	420	2400	2600	2800	3000	3350	3600	3750
41	360	3081	460	2450	2650	2850	3100	3350	3700	3800
42	32	3137	390	2500	2650	2850	3100	3400	3700	3800
43	8	3238	60	2450	2600	2800	3100	3350	3600	3700

5. táblázat: Ikermagzatok születési súlypercentilis értékei

Hét	(n)	M	σ	Születési súlypercentilisek						
				5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
27	17	906	210	600	650	750	850	1000	1200	1300
28	13	1086	310	650	750	900	950	1150	1350	1450
29	13	1169	150	800	900	1000	1150	1300	1450	1600
30	17	1417	210	900	1000	1200	1350	1500	1650	1800
31	20	1339	250	1000	1150	1300	1500	1650	1800	1950
32	24	1659	210	1150	1300	1500	1700	1850	2000	2150
33	27	1855	380	1300	1450	1700	1900	2100	2200	2350
34	45	2021	290	1450	1600	1850	2100	2300	2400	2550
35	85	2203	380	1600	1800	2050	2300	2500	2650	2750
36	129	2382	380	1800	1950	2200	2450	2700	2850	3000
37	140	2613	410	1900	2100	2300	2600	2850	3050	3200
38	155	2654	410	2050	2250	2450	2750	3050	3250	3350
39	115	2809	400	2150	2350	2550	2850	3200	3400	3450
40	28	2776	720	2200	2400	2600	2900	3250	3450	3500



1. ábra: Fiúk, leányok, cigány fiúk és cigány leányok 50 percentilis értékei a terhesség 26. és 43. hete között

határozása: a terhesek egy hányada nem emlékszik az utolsó rendes havivérzés dátumára, mások helytelen adatokat szolgáltatnak és ismét másoknak szabálytalan a menstruációs ciklusuk vagy az egymás utáni terhességeik között nincsen havivérzésük.

Az ultrahanggal sorozatosan mérhető petezsák, biparietális, occipitofrontális, thoracális, abdominális átmérők, illetve a csöves csontok (elsősorban a femur) növekedési üteméből egy adott magzat növekedésére, fejlődésére és a terhességi korra pontosan lehet következtetni. A humán magzati növekedés ezen longitudinális vizsgálata mellett a súlynövekedés és variabilitásának kiterjedése a különböző terhességi hetekben élvészületett újszülöttek testméretadataiból, transzverzális elemzéssel is megbecsülhető. Ennek hitelét nagyban emeli, hogy az ultrahangvizsgálatokkal a terhességi kormeghatározás korábbi nehézségei áthidalhatóvá váltak. Ennek ellenére továbbra sem küzdhetők le az a nehezítő körülmény, hogy mindazok az anyai vagy magzati tényezők, amelyek a koraszülés bekövetkeztét okozhatják, egyszersmind a magzat súlynövekedésére is hatnak. Koraszülöttek nélkül azonban a magzati növekedés követése lehetetlen lenne.

Eredményeink jól összevágunk a Dunn (7) által közölt perinatális standard képlettel (Perinatal Standard Reference line for Weight, PSRW), mely szerint ha tudjuk egy adott populáció 40. heti medián értékét, akkor a medián születési súly az alábbi képletből bármelyik terhességi hétre kiszámítható:

$$y = k \frac{x - 22}{18}$$

ahol x = gestációs kor betöltött hetekben
 k = születési súly medián értéke a 40. héten a szóban forgó népességcsoportban
 y = a születési súly medián értéke az x héten.

6. táblázat: Ikermagzatok együttes születési súlypercentilis értékei

Hét	(n)	M	σ	Születési súlypercentilisek						
				5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
27	7	1810	410	1150	1300	1450	1700	2000	2100	2200
28	6	2237	560	1350	1550	1700	2000	2200	2400	2500
29	5	2320	290	1600	1800	2000	2300	2500	2700	2850
30	8	2799	340	1850	2050	2300	2650	2800	3050	3200
31	9	2608	460	2100	2350	2600	3000	3200	3400	3600
32	11	3296	350	2400	2600	2950	3400	3550	3800	4000
33	13	3706	710	2700	2950	3300	3750	3900	4200	4500
34	21	4019	530	3000	3300	3700	4150	4300	4650	4950
35	40	4382	610	3300	3600	4000	4500	4750	5100	5450
36	63	4776	630	3700	4000	4400	4800	5200	5600	6000
37	68	5242	690	4000	4300	4750	5150	5600	6000	6300
38	75	5322	690	4250	4500	5000	5400	5900	6300	6600
39	56	5622	700	4400	4600	5150	5600	6050	6500	6800
40	14	5551	1010	4000	4200	4900	5500	6100	6400	6850

Ezen képletből következik, hogy amennyiben a 40. héten 3300 gramm a mediánérték, akkor hat héttel korábban (a 34. héten) 2200 gramm, a 28. héten 1100 gramm a medián. Érdekes módon ez a növekedési ütem bizonyítható a postnatalis növekedés első 18 hetében, tehát ott is 6 hetenként növekszik a testsúly 1100 grammal (születés után 6 héttel 4400 g, 12 héttel 5500 g, 18 hetes korban 6600 g) (7).

A születési súlygrafikonon az újszülött helyzetéből megállapítható, hogy a születési súly arányban van-e a méhen belül eltöltött idővel. A születési súly és a terhességi idő közötti kifejezett eltérés (az 5. percentilis görbe alatt elhelyezkedő legkisebb súlyú 5% és a 95. percentilis görbe felett a legnagyobb súlyt mutató 5%) a magzati táplálkozás és növekedés rendellenességeit okozó anyagi és/vagy magzati betegségekre vagy a lepény működésének zavarára utalhat (14, 21). A normális születési súlyadatok lehetővé teszik az alacsony születési súlyú újszülöttek két csoportjának elkülönítését. Eredményeink egyeznek *Gaál és mtsai* (9) megállapításával, miszerint a 37–40. héten a <2500 g súlyú újszülötteket small-for-date-ként kell kezelni.

A cigány újszülöttek eddig is ismert eltérő súlymegoszlása standardok birtokában egzaktabban vehető figyelembe a neonatális ellátás során (5). A feltételezett biológiai, szociális és gazdasági okokon kívül a különbség kialakításában az is szerepet játszhat, hogy a cigány szülőnők átlagos életkora napjainkban jelentősen alacsonyabb a nem cigányokénál (11).

Anyagunkat összehasonlítva a több mint ötven évvel korábban készült (17), valamint a csaknem harminc éve életben lévő (2) születési súlygörbékkel, megállapítottuk, hogy az újszülöttek születéskor várható súlya mintegy 300–400 g-mal, illetve az utóbbi esetben 200–300 g-mal magasabb volt minden terhességi héten, mint a korábbi két görberendszer megfelelő átlagsúlyai.

Végül szükségtelen hangsúlyozni, hogy az ikerújszülöttek klinikai megítélését és ellátását a terhességi korhoz képest kis súlyuk alapvetően meghatározza, hiszen fokozott sérülékenységük, morbiditásuk és mortalitásuk az alacsony születési súllyal is összefüggésben van (6).

Megjegyzés: Az egyes percentilis görbéket készséggel bocsátjuk az érdeklődők rendelkezésére.

IRODALOM: 1. *Bazsó J. és Abonyi D.*: A születési súlyra ható tényezők vizsgálata foetalis növekedés-visszamaradottságban. *Gyermekgyógyászat*, 1967, 18, 352–358. — 2. *Bazsó J., Vächter J., Lányi I.*: A normális human magzati súlynövekedés és variációi a 24–42. terhességi hetekben. *Magy. Nőorv. L.*, 1968, 31, 405–411. — 3. *Berkő, P.*: Újszülöttek fejlettsége és tápláltsági állapotja megítélésének újabb (UFT) rendszere. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 1019–1025. — 4. *Birtalan I.*: A kissúlyú újszülöttek perinatális és csecsemőhalálzásának bio- és szociálepideológiai vizsgálata, a megelőzés lehetősége. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1987. — 5. *Bodnár L., Babosi Gy., Batári F. és mtsai*: A cigány nők magzatainak intrauterin növekedése. *Gyermekgyógyászat*, 1983, 34, 336–347. — 6. *Braunsdorf, A., Böhm, B., Fuchs, M.*: Sterblichkeit und Untergewichtigenrate bei Mehrlingsgeburten. Einige statistische Probleme. *Zent. bl. Gynäkol.*, 1989, III, 356–363. — 7. *Dunn, P. M.*: A perinatal growth chart for international reference. *Acta Paediat. Scand. Suppl.*, 1985, 319, 180–187. — 8. *Fekete M., Igazi K., Járai I. és mtsai*: A magzat növekedése a harmadik trimesonban. *Gyermekgyógyászat*, 1968, 19, 181–197. — 9. *Gaál J., Sziray Z., Papp Gy. és mtsai*: A 10% feletti hazai „koraszülés” gyakoriságról (Borsod-Abaúj-Zemplén megyei tapasztalatok). *Orv. Hetil.*, 1989, 130, 447–452. — 10. *Goldenberg, R. L., Cutter, G. R., Hoffman, H. J. és mtsai*: Intrauterine growth retardation: Standards for diagnosis. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1989, 161, 271–277. — 11. *Horváth M., Kóbor J., Schmidtné Heiczinger M.*: A cigány születések életkor szerinti változása, a 2500 g-nál kisebb születési súlyok ezzel kapcsolatos gyakorisága. *Magy. Nőorv. L.*, 1983, 46, 471–476. — 12. *Jährig, K., Jährig, D., Poser, H. és mtsai*: Zur Anwendung der neuen DDR-Perzentilen bei der Klassifizierung von Neugeborenen. *Zent. bl. Gynäkol.*, 1989, III, 350–355. — 13. *Joubert K.*: Születési súly és születési hossz standard az 1973–78. évben élveszületett újszülöttek adatai alapján. *Demográfia*, 1983, 26, 107–139. — 14. *Károlyi Gy.*: A nagy súlyú újszülöttekről. *Orv. Hetil.*, 1984, 125, 991–996. — 15. *Kóbor J., Pejtsik B., Pados É. és mtsai*: Terhesség alatti rendszeres alkoholfogyasztás hatása az újszülöttkori súlyviszonyokra. *Magy. Nőorv. L.*, 1988, 51, 74–77. — 16. *Komáromy B., Makai F.*: Kissúlyú újszülöttek gyakorisága Líbiában. *Magy. Nőorv. L.*, 1983, 46, 331–335. — 17. *Kontsek B.*: Újszülöttek méretei és testarányai. Városi Nyomda, Debrecen, 1936. — 18. *Lubchenko, L. O., Hansman, C., Dresser, M. és mtsai*: Intrauterine growth as estimated from liveborn birthweight data. *Pediatrics*, 1963, 32, 793–800. — 19. *Mestyán Gy., Fekete M.*: A maturitás, a terhességi kor, a születési súly és az intrauterin növekedés jelentősége az újszülöttek osztályozásában. *Orv. Hetil.*, 1969, 110, 1417–1425. — 20. *Papp Z., Süveges D., Szabó Gy. és mtsai*: A szülészet és genetikai ellátás nyomon követése számítógépes rendszer segítségével. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 803–806. — 21. *Rajnai L., Szomolya M.*: A nagy születési súly anyai, magzati és újszülöttkori szövődményei. *Orv. Hetil.*, 1985, 126, 3017–3020. — 22. *Rex-Kiss B., Szabó R.*: Az újszülöttek megoszlása a különböző anyai életkorban és a születési sorrendben a születési tömeg figyelembevételével. *Népegészségügy*, 1988, 67, 18–23. — 23. *Rigó J., Halmos, L.*: Újszülöttek születéskori tápláltságának vizsgálata a 2400–2800 g születéskori súly között. *Magy. Nőorv. L.*, 1973, 36, 420–425. — 24. *Ruys-Dudok, I., Leeuw, R.*: Clinical outcome of small for gestational age preterm infants. *J. Perinat. Med.*, 1989, 17, 77–83. — 25. *Surányi Gy.*: A koraszülött. *Medicina*, Budapest, 1957. — 26. *Tarró, S., Szanyi L.*: Összefüggés egyes anyai paraméterek (súly, magasság, terhesség alatti súlygyarapodás, születések száma) és a magzat intrauterin fejlődése, születési súlya között. *Magy. Nőorv. L.*, 1980, 43, 265–270. — 27. *Vöigt, M., Vöigt, H., Eggers, K. és mtsai*: Neugeborenen-Perzentilwerte für die DDR — 1985. *Zentl. bl. Gynäkol.*, 1989, III, 337–349.

(Papp Csaba dr. Budapest, Baross u. 27. 1088)

Pancreas eredetű folyadékgyülemek ultrahanggal vezérelt perkután külső katéterezése (intracavitális beavatkozások)

Mádi Szabó László dr., Pásztor János dr. és Szilvás Ágnes dr.

Pest megyei Tárogtató úti Kórház, Klinikai Ultrasonographiás Laboratórium, Budapest

A szerzők a pancreas eredetű folyadékgyülemek külső drenázsa során mindig kötelező diagnosztikus lépéseket intrakavitális módszerekkel bővítették. Öt betegük kefe-cytologiai mintavételét a tömlőfal ultrahanggal vezérelt simításával minden esetben elvégezték. Két beteg tömlőfalából biopsziát, két másik betegük esetében pedig septotomiát végeztek. Tapasztalataik szerint az intrakavitális eljárások az ultrahanggal vezérelt diagnosztikus és terápiás módszerek rendszerébe igen jól illeszthetők. Egyszerűen, hatásosan és szövődménymentesen alkalmazhatók, növelik a diagnosztika hatékonyságát s csökkentik a terápiás beavatkozások okozta kellemetlenségeket.

Kulcsszavak: külső drainage, intrakavitális manipulációk, kiterjesztett, ultrahang vezérelt perkután diagnosztika és terápia

Pancreas eredetű folyadékgyülemek perkután külső és belső drenázs kezelése során, az esetleges malignitas kizárása céljából minden esetben elvégezzük a leszívott tömlőtartalom cytologiai vizsgálatát. Ennek ellenére a kettős malacfarok-(pigtail)-katéteres módszerrel egy betegünkönél cystadenocarcinómát kezeltünk, minthogy a katéter beültetésekor vett folyadékminta analízise ál-negatív eredményt adott (1). Hasonló esetet az irodalomban is találtunk (2), ezért olyan eljárást kívántunk kidolgozni, amely során a tömlő falából cyto-histologiai vizsgálatra alkalmas mennyiségű és minőségű anyagot nyerünk. Az is hamarosan nyilvánvalóvá vált, hogy az ilyen módszer terápiás célokra is alkalmazható.

Eszközök

A tömlőben történő tevékenységhez II Fr méretű nephrostomiás pigtail katétert (W. Cook, Dánia) alakítottunk át. A katéter hosszát 30 cm-re rövidítettük le, s a végére csapos olivat erősítettünk. A katéter egyenes részének folytatásában, a malacfarok-vég kezdeténél — a lumen tengelyében — 1,8 mm átmérőjű lyukat készítettünk, amelyen keresztül 1,7 mm vastagságú eszközöket (cytologiai kefe, csípő-biopsziás fogó, az oldalán élesre köszörült tű, Dormia-kosár) vezettünk a tömlőbe, s azt a katéter helyzetének megváltoztatásával irányítottuk. Az eszközöket az MTW (Büderich, Németország) bocsatotta rendelkezésünkre. Kialakításuk az endoszkópiában használatos eszközökhöz hasonló, de csak 35 cm hosszúak.

Intracavitary procedures carried out in ultrasound-guided percutaneous external drainage of pancreatic fluid collections. The authors have extended the diagnostics indispensable in drainage of pancreatic fluid collections by intracavitary invasive methods. In five patients exfoliative cytology, in two patients target biopsy and in other two septotomy were performed. Intracavitary invasive diagnostic and therapeutic methods may be useful complementary tools with the traditional technique. They can easily and effectively be carried out without complications if their utilization is well indicated. They may increase diagnostic accuracy and decrease discomfort of the patient in therapy.

Key words: external drainage, intracavitary invasive methods, ultrasound-guided percutaneous diagnosis and treatment

Beteganyag

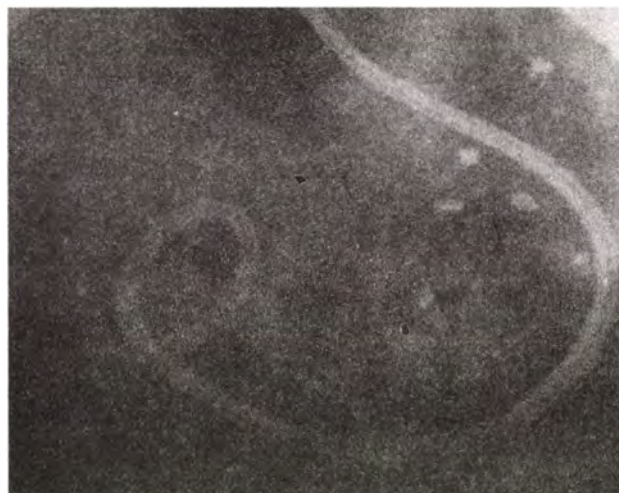
A módszert öt betegnél alkalmaztuk (1. táblázat). Háromnak egytömlős, egynek két, egy másiknak három, egymással összeérő folyadékgyüleme volt. Három betegnek alkoholos, két — multilokuláris elváltozásban szenvedő — betegnek biliaris eredetű elváltozása volt. Ez utóbbiak közül az egyik három egymást követő, inefektív műtét után szorult kezelésre. Három nő és két férfi, életkoruk 32–58 év közt, szerepel anyagunkban.

Módszer

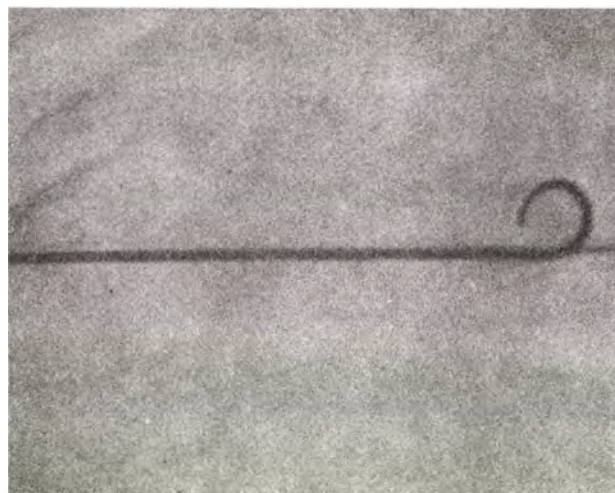
Kefe-cytologiai mintavételt minden betegnél alkalmaztunk. Az eljárás rendkívül egyszerű: a pigtail katétert a már ismert módon a tömlőbe vezettük, a vezetőtü kihúzása után a tömlőtartalom egy kis részét (a feszülés csökkentése érdekében) lebocsátottuk. Ezután a katéter lumenén keresztül a végén kefében végződő drótot vezettünk a tömlőbe (a kis reflexiót adó tárgy mozgással azonosítható az ultrahangkészülék képernyőjén — 1/a. és b. ábra), s a kefét a katéter külső mozgásával többször végigsimítottuk a tömlőfalon. Ezután a kefét a katéterből kihúztuk, a rajta lévő sejtűs folyadékot tárgylemezen szélesztettük, beszárítottuk, alkohollal fixáltuk, s cytologiai vizsgálatra szaklaboratóriumba küldtük. Két unilokuláris-cystás betegünk egyenetlenül megvastagodott tömlőfalából végeztünk eszközös, csípő-biopsziát. A biopsziás fogót a katéter lumenén és az általunk készített nyíláson át a tömlő ürterébe vezettük, a fogót a célhoz a katéter mozgásával juttattuk el, ezután a biopsziát elvégeztük, s a fogót a katéterből kihúztuk (2. ábra). A mintavétel nem bizonyult fájdalmasnak, fali defektust nem okozott. A nyert anyagot formalinban küldtük vizsgálatra. A biopsziát első betegünkönél az eredeti tömlőfolyadékban végeztük el (a tömlőnek az ultrahang-

1. táblázat: A betegek klinikai adatai

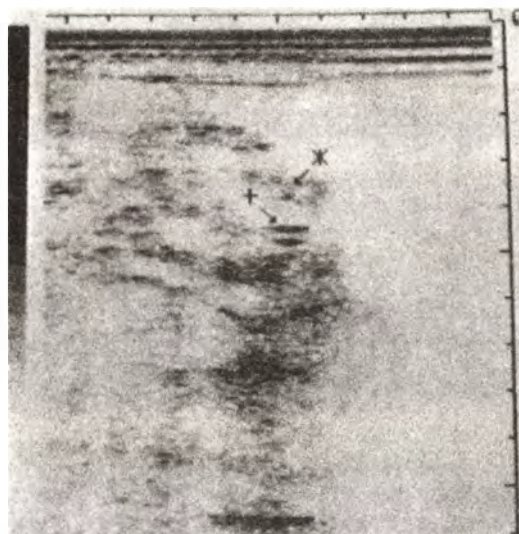
n	Nem	Életkor	Pancreatitis	Tömlők száma	Tömlő kora	Alkalmazott módszer
1.	nő	38 é	alkoholos	1	ismeretlen	kefe + biopszia
2.	ffi	47 é	alkoholos	1	kb. 6 hó	kefe + biopszia
3.	ffi	32 é	alkoholos	1	kb. 3 hó	kefe
4.	nő	42 é	biliaris (postop.)	3	kb. 3 hó	kefe + septotomia
5.	nő	58 é	biliaris	2	kb. 6 hó	kefe + septotomia



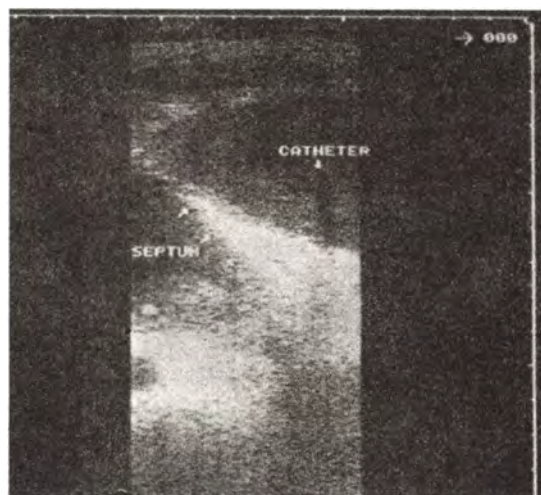
1. a) ábra: Katéteren át bevezetett cytológiai kefe radiológiai képe



2. ábra: Katéteren át bevezetett biopsziás fogó



1. b) ábra: Katéteren át bevezetett cytológiai kefe ultrasonographiás képe



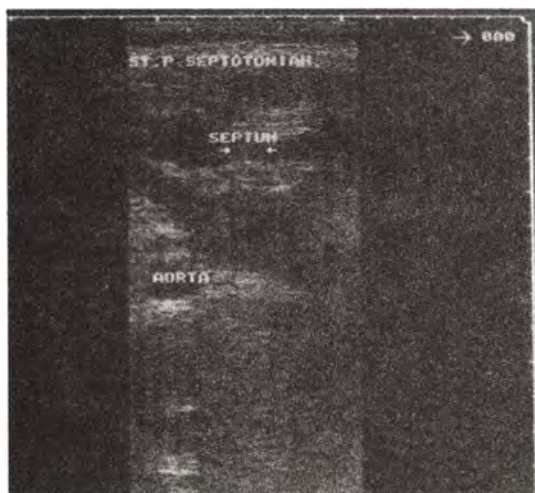
3. a) ábra: Kettős pancreastályog; a bevezetett katéter képe (ultrasonogram)

gal vezérelt célzás érdekében folyadékot tartalmaznia kell), második betegünkénél a tömlőt előzőleg leszívtuk, átmostuk, s fiziológiás sóoldattal töltöttük fel. Az utóbbi eljárást — az esetleges hasúri szivárgás lehetősége miatt — helyesebbnek tartjuk.

Többszörös folyadékgyülem esetén a választott eljárás általában sebészi, vagy a tömlők egyenként történő punkciója. Két multilokuláris folyadékgyülemben szenvedő betegünk esetében a pigtail katétert az egyik tömlőbe vezettük be, annak feszülését kevés folyadék lebocsátásával csökkentettük. Ezután a katéteren keresztül oldalán élesre köszörült éles tűt (30 cm hosszú vezetőtű)

juttattunk be. A tű hegyét a katéter mozgatásával az intercystikus septumhoz vezettük el, a tűt azon átszúrtuk, majd kis oldalirányú mozgatással a septumon ablakot készítettünk (3/a. és 3/b. ábrák). Ezután a tűt kihúztuk, s a folyadékgyülemek tartalmát vacuum palackkal kiszívtuk. A továbbiakban az eljárást úgy folytattuk, ahogy azt a tartós külső drenázs metodikája (3) előírja.

Sequestrotomnak szánt Dormia-kosarunkat eddig még nem használtuk, de szükség esetére készen áll.



3. b) ábra: A kettős pancreastályog a septotomia után (ultrasonogram)

Eredmények

Malignus elváltozást ezen öt betegen nem diagnosztizáltunk. Kefe-cytologiai mintavétellel és az aspiratum üledékének analízisével két eset benignus pseudocystának, három tályognak bizonyult. A csípő-biopszia is jóindulatú elváltozást igazolt. Kétrekeszes pancreastályogos betegünk klinikai állapota igen jó volt, így a kapott lelet (tályog) váratlanul minősíthető. A háromrekeszes pancreastályogos beteget először choledocholithiasis és akut pancreatitis, majd recidiváló, tályogosodó pancreatitisek miatt három alkalommal meg kellett műteni. A negyedik műtét a beteg igen leromlott állapota miatt fokozottan veszélyesnek látszott, ezért a többszörös folyadékgyülem ellenére csak a perkután módszer tűnt kivitelezhetőnek. A transzkatéteres septotomia, tartós külső szívatas, antibiotikus öblítések és szisztémás kezelés mellett a beteg sepsise megszűnt, 18 napos kezelés után a katétert eltávolítottuk, ezután egy uniloculáris, steril pseudocysta alakult ki. Ezt a későbbiekben kettős pigtail katéter beültetésével kezeltük; a katétert egyéves időtartam után távolítottuk el. Ezalatt betegünk teljesen panaszmentessé vált, 15 kg-ot hízott, tömlőmentes.

A három egyrekeszes folyadékgyülem miatt kezelt beteg közül egy tömlőmentessé vált, két esetben recidíva alakult ki. A kétrekeszes tályog miatt kezelt beteg a tartós szívás során gyógyult.

Megbeszélés

Az ultrahanggal vezérelt perkután diagnosztikus eljárások folyadékgyülem esetén a tömlőtartalom üledékének vizsgálatára szorítkoznak. Egyéb okból (ultrasonographiás, radiológiai, klinikai) felmerülő malignitas gyanújának

megerősítését, vagy kizárását a cytologiai leletből várják. Nyilvánvaló, hogy a lelet helyességét, vagy téves voltát sok bizonytalan, véletlenszerű körülmény befolyásolja: a vizsgált folyadékmintának a kórfolyamatra jellemző sejteket biztosan kellene tartalmaznia. Erős klinikai gyanú és negatív cytologiai lelet esetén radikális műtetre nehezen határozunk el magunkat. A közvetlen (cyto-histologiai) diagnosztika egyértelműségét a közvetett (véletlenszerű) mintavételi eljárások teszik bizonytalaná. Ezért olyan megoldást kerestünk, amelyben a mintavétel közvetlen. A katéteren keresztül bevezetett mintavevő kefe és biopsziás fogó segítségével a folyadékgyülem faláról, illetve falából vehetünk, a diagnosztikus biztonságot nagy fokban növelő módon sejteket. Kiszámú, de biztató anyagunk alapján a módszer egyszerű, könnyen kivitelezhető, és — megfelelő óvatossággal alkalmazva — veszélytelen. Speciális eszközöket igényel, amelyek azonban valószínűleg hamarosan széles körben hozzáférhetőek lesznek. Többrekeszes folyadékgyülemek sebészi műtétet, vagy többszöri punkciót igényelnek. Mivel a perkután eljárások egyik előnye az, hogy a beteget alig megterhelő voltuk miatt az ún. „poor-risk” betegeken is elvégezhető, arra kell törekednünk, hogy beavatkozásaink minél több esetben alkalmazhatók legyenek, s a beteg állapotát minél kevésbé rontsák. Több, egymás mellett elhelyezkedő tömlő esetén azok egybenyithatók, így a tartós szívatas egy szúrással, egy vacuum packal, egy eszközön át végzett lokális kezelésekkal végezhető el.

Sebészi vélemény szerint a tömlőben lévő sequester a falak összetapadását, így a cysta gyógyulását akadályozza. Mi ezt ugyan anyagunkban nem tapasztaltuk, de úgy véljük, hogy a katéteren keresztül bevezetett Dormia-kosárral az úszó sequester feldarabolható és a katéteren át eltávolítható. Természetesen sessilis képlet ily módon nem kezelhető (4).

Az elmondottak alapján úgy véljük, hogy az ismertetett módszerek az ultrahanggal vezérelt, invazív diagnosztikus és terápiás eljárásokat hasznosan egészítik ki. Úgy érezzük, hogy az intrakavitális manipulációk lehetősége új módszerek kialakításának kezdetét is jelentheti. Ezért közleményünket elsősorban metodikai szempontból érezzük fontosnak, mivel közvetlen hasznán túl továbbgondolásra készlet.

IRODALOM: 1. Mádi Szabó, L., Szilvás, Á., Pásztor, J.: Clinical considerations with ultrasound-guided percutaneous puncture: external and internal drainage procedures in pancreatic pseudocysts. *J. Ultrasound Med.* 1990, 9, 15. — 2. Isaacs, P., Pinder, C., Jourdan, M. és mtsai: Therapeutic aspiration of pseudocyst: a cautionary tale of the pancreas. *Am. J. Gastroenterol.* 1986, 81, 1087–1090. — 3. Mádi Szabó, L., Pásztor, J., Flautner, L.: Pankreasz áltömlők tartós drenázsa. *Orv. Hetil.* 1984, 125, 2925–2931. — 4. Mádi Szabó, L., Szilvás, Á., Pásztor, J.: Intracystic manipulations in ultrasound-guided external percutaneous catheterization of pancreatic fluid collections. *J. Ultrasound Med.*, 1990, 9, 84.

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



RHINAAXIA[®]

orrspray

Antiallergicum

(ATC kód: R 01 AC 02 *)

HATÓANYAG

780 mg magnesium acetyl-aspartyl-glutamicum 13 ml benzalkónium-klorid konzerválószerrel tartalmazó vizes oldatban, hajtógáz nélkül.

HATÁS

A komplement-kaskád aktiválása a legtöbb allergiás reakció hatásmechanizmusának része. Az N-acetil-aszpartil-glutamát, amely kis mennyiségben a központi idegrendszerben is kimutatható, ezt a láncreakciót függeszti fel azáltal, hogy gátolja a C3 komplement komponens hasadását, ezen keresztül a C3a és C5a anaphylatoxinok képződését. (A két fragmens hatására a hízósejtek degranulatioja fokozódik, és így az allergiás reakció klinikai tünetei erősödnek.) A komplement rendszerre gyakorolt hatás mellett az N-acetil-aszpartil-glutamát közvetlenül is erősen gátolja az orrüregi nyálkahártyában található szenzibilizált mastocyták degranulációját, a preformált és az újonnan szintetizált anaphylaxiás mediátorok felszabadulását.

A készítmény megszünteti vagy enyhíti az orr eldugulását, a tüsszögési rohamokat, orrfolyást és esetenként az orrtünetekhez gyakran csatlakozó szemtüneteket (viszketés, könnyezés).

FARMAKOKINETIKA

Állatkísérletes adatok szerint a hatóanyag az orrnálkahártyáról jól felszívódik. Az alkalmazás után 1-2 órával kialakul a maximális plazmakoncentráció, majd lassan, folyamatos abszorpció-eliminációs folyamattal eliminálódik.

Bikompartmentális megoszlása miatt eliminációs félideje 2, illetve 5 óra.

Metabolizációja során több, mint 50%-a széndioxid formájában a tüdőn keresztül ürül ki.

JAVALLATOK

Perenniális és szezonális allergiás rhinitis (pollinosis).

ELLENJAVALLATOK

A terhesség első trimeszterében csak gondos orvosi mérlegelés alapján alkalmazható.

ADAGOLÁS

Naponta 4-szer 2-2 befúvás mindkét orrlyukba.

Magas allergén koncentráció esetén az adag napi 6-szori alkalmazásig emelhető.

Az orrspray mechanikus adagolópumpája egyszerű lenyomással 0,07 ml oldatot (4,2 mg hatóanyag) permetez az orrlyukba.

ALKALMAZÁS

Az orr alapos kifújását követően a flakon csőrét az orrlyukba kell helyezni. Egyidejű orron keresztüli belégzés mellett a szórófej lenyomásával a készítmény az előírt, ill. megállapított mennyiségben adagolandó.

Minden flakon első használatba vételekor a szórófejet néhányszor le kell nyomni, míg az oldatból egységes permet nem keletkezik. A további alkalmazásoknál erre a műveletre nincsen szükség.

Használat után a védősapkát a flakonra minden alkalommal vissza kell helyezni.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe, átmeneti viszketés és/vagy égő érzés az orrban, az alkalmazás helyén.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Jelenleg nem ismeretesek. (Ilyen irányú célzott vizsgálatok nem történtek.)

FIGYELMEZTETÉS

Mivel a gyógyszer hatása csak néhány napi használat után válik teljessé, célszerű alkalmazásának megkezdésével megelőzni a tüneteket kiváltó allergén (pl. virágpor) várható megjelenését.

A készítmény szobahőmérsékleten tartandó.

A megkezdett orrspray a felbontástól számított 30 napon belül használható csak fel.

A gyógyszert gyermekek elől gondosan el kell zárni.

LEJÁRATI IDŐ: 3 év

MEGJEGYZÉS : ✕

A készítmény felvételle került a

- 4/1991. (IV.17.) NM rendelettel módosított 19/1988. (XII.26.) SZEM rendelet 5. paragrafusához csatlakozó 1. számú mellékletbe, valamint az
- 5/1991. (IV.17.) NM rendelettel módosított 21/1988. (XII.26.) SZEM rendelet 3. számú mellékletének B/6. csoportjába.

Ezek alapján:

- "Csak vényre adható ki", valamint
- "Térítésmentesen rendeli asthma bronchialeban és allergiás rhinitisben szenvedő betegnek a tüdőbeteg gondozó, a belgyógyászati, a fül-orr-gégészeti, az allergológiai, a gyermekgyógyászati szakrendelés (szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály) területileg illetékes szakorvosa vagy javaslata alapján a kezelőorvos (körzeti orvos, üzemi orvos, üzemi körzeti orvos, körzeti gyermekgyógyász) a gyógyszer."

CSOMAGOLÁS: 13 ml oldat.

Fogyasztói ár: 694,- Ft.

Társadalombiztosítási támogatás: 80%

ELŐÁLLÍTÓ: LECLERC & CO. Schaffhausen/Svájc

OGYI eng.sz.: 4323/40/90

FORGALOMBA HOZZA: PHARMAFONTANA BUDAPEST



LECLERC & CO. SCHAFFHAUSEN / SVÁJC

További információs anyag beszerezhető:

LECLERC & CO. Információs Iroda

1011 Budapest, Gyorskocsi u. 12. II. 3. Telefon/fax: 156-8897

Macrothrombopenia, nephritis és halláscsökkenés — egy új Epstein-szindrómás eset

Kóbor Jenő dr., Túri Sándor dr., Erdős Attila dr., Bodrogi Tibor dr. és Virág István dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)
Kórbontani és Kórszövettani Intézet (igazgató: Ormos Jenő dr.)

A szerzők beszámolnak egy 14 éves fiú kórtörténetéről, akinek perzisztáló proteinúriája, mikroszkópos haematuriaja, macrothrombocytopeniája (óriás thrombocyták, thrombocyták száma 30 G/l) és percepció típusú familiáris halláscsökkenése volt. A vesebiopsia diffúz mesangiális proliferációt mutatott, elektronmikroszkópos feldolgozással a glomerularis bazális membrán helyenkénti kiszélesedését, felrostozódását észlelték, az interstitiumban jelentős mennyiségű mészkonkrementumot figyeltek meg. A beteg thrombocytái csökkent aggregabilitást mutattak collagenre, epinephrinre és ADP-re, míg az aggristinre adott válasz normálisnak bizonyult. A bemutatott eset nephritisszel, thrombocyták eltéréssel és a halláscsökkenéssel Epstein-szindrómának felel meg, amely az Alport-szindróma egy variánsa.

Kulcsszavak: hereditár nephropathia, óriás thrombocyták, thrombocytopenia, thrombocytopathia, halláscsökkenés

A hereditár nephropathia és sensorineuralis halláscsökkenés társulása Alport-szindróma néven jól ismert tünetegyüttes. Ehhez esetenként szemtünetek, ritkán polyneuropathia, hyperprolinaemia és ichtiosis társulnak (9). A nephropathia és halláscsökkenés társulása macrothrombopathiával Epstein 1972-ben megjelent közlése óta ismert, e hármastünetegyüttest azóta Epstein-szindrómaként említik (5). A vesebetegség klinikai megjelenése, fény- és elektronmikroszkópos képe megfelel az Alport-szindrómában látottaknak, egyetlen különbség, hogy Epstein-szindróma esetén a nephropathia nőknél is súlyos formában jelentkezhet. Szintén azonos jellegű a két szindrómában észlelhető halláscsökkenés. Az Alport-szindrómától a thrombocyták részéről észlelhető elváltozások különítik el az Epstein-szindrómát. A vérlemezkék igen nagyok (4–12 μ — macrothrombocyták), számuk jelentősen csökkent (20–60 G/l — thrombopenia), és többnyire funkciójuk is károsodott (megnyúlt vérzési idő, gyenge alvadékretractio, csökkent aggregáció és adherencia — thrombopathia). A macrothrombopenia és -pathia következtében változó súlyosságú vérzékenység mutatható. Jellemzőes a gyakran már kisgyermekkorban jelentkező orrvérzés, mely az Epstein-szindróma első tünete lehet. Később a vérzékenységi hajlam mérséklődhet, bár felnőtteken leírtak halálos kimene-

Hereditary nephritis, platelet disorder and deafness — Epstein syndrome. A 14 years old boy with persistent proteinuria (1.6–4.0 g/day), microscopic haematuria, macrothrombocytopenia (giant platelets, platelet number 30 G/l), and a familial sensorineural hearing loss (the father and the brother were also affected) was studied. Kidney biopsy presented a diffuse mesangial proliferation, and a focal thickening of the glomerular basement membrane was seen on electron microscopy. With bone marrow aspiration normal number of megacaryocytes was observed. The aggregation response of the platelets was decreased on collagen, epinephrine and ADP but it was normal on aggristin. The presented case with nephritis, platelet disorders and hearing loss corresponds to Epstein syndrome, a variant of Alport's syndrome.

Key words: hereditary nephritis, giant platelet, thrombocytopenia, platelet disorder, deafness

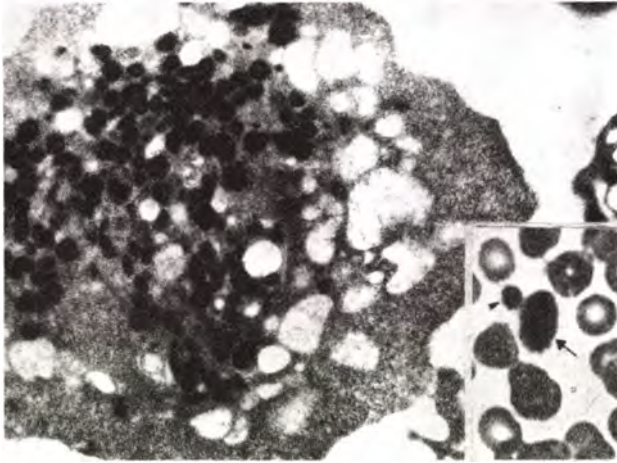
telő koponyaűri vérzést is (2, 4, 5), ezek hátterében azonban legalábbis részben az akkor már kifejezett hypertensio állt. A gastrointestinalis (5), és nőknél a genitális traktus részéről (4) írtak még le mérsékeltbb vérzékenységet. Jelen közleményünkben egy újabb Epstein-szindrómás esetet mutatunk be.

Esetbemutató

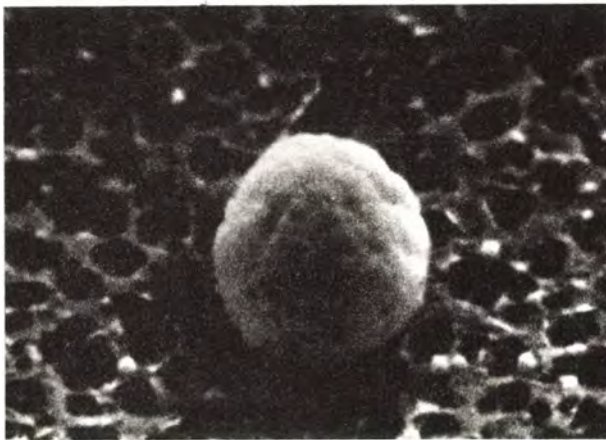
Egy 14 éves fiú került felvétellel szűrővizsgálat során kiderült proteinuria miatt. 4–10 éves kora között gyakori orrvérzése volt, később ez megszűnt. 10 éves korában zavarmentesen orchidopexiát végeztek, akkor vizeletében sem fehérjét, sem sejtes elemet nem találtak, vérzési ideje, vérnyomása normális volt, a thrombocytaszámot nem vizsgálták, a perifériás vérkenetben látott thrombocytákról nem történt említés.

Felvételekor oedema, ascites, vagy egyéb belszervi eltérés nem észlelhető. Napi fehérjeürítése 1,6–4,0 g. Vizeletében egy alkalommal találtak 90 vvt-t, majd ismételt vizsgálatok 0–10 vvt-t, illetve 0–5 szemcsés cylindert mutattak mikroliterenként. Vérnyomása 140/90 Hgmm, illetve ez alatt. Szérum UN 5,7 mM, kreatinin 67 μ M, húgysav 462 μ M, koleszterin 5,8 mM, triglycerid 1,8 mM, béta lipoprotein 3,9 mM, összfehérje 60 g/l, albumin 39 g/l, elektrolitok, C3 complement normál értékek, antinuclearis antitest nem mutatható ki. Endogén kreatinin clearance 71 ml/min/1,73 m² testfelület, a vesék koncentrációképesége jó. Ha-

si ultrahang vizsgálat és urographia a bal vese alsó pólusában 3 cm átmérőjű soliter cystát mutatott egyéb anatómiai vagy funkcionális eltérés nélkül. Thrombocytaszám 5–30 G/l, a periferiás vérképben a thrombocyták közel fele feltűnően nagy, átmérőjük 4–10 mikron, néhányuk mérete meghaladja a vörösvértestekét. Elektronmikroszkóposan a helyenként 10 μ -t is elérő thrombocyták jellemző elváltozása a nyitott canalicularis rendszer vakuolizáltsága volt, mely a perifériás zónát szivacszerűvé tette (1. és 2. ábra). Vérzési idő 5 perc 40 másodperc, vérzékenység klinikai



1. ábra: Óriás thrombocyta, átmérője 10 micron, elektronmikroszkópos kép. (18 000 \times es nagyítás). Betét: Egy mérsékeltlen (nyílfej) és egy kifejezetten (nyíl) megnagyobbodott thrombocyta a perifériás vérképben (May Grünwald-Giemsa festés, 1500 \times -os nagyítás)



2. ábra: Óriás thrombocyta scanning elektronmikroszkópos képe. (10 000 \times -es nagyítás)

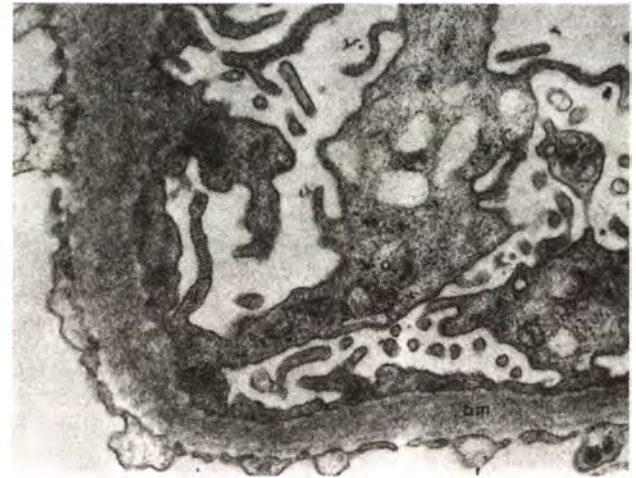
tünetei nem észlelhetők. A thrombocyták aggregációs készségét *Türi és misai* (11) szerint vizsgálva kollagénnel (2 μ g/ml), ADP-vel (10 μ g/ml) és adrenalinnal (1 μ g/ml) igen gyenge, míg aggristinál (1,5 mg/ml, végső koncentráció) normális aggregációs készséget találtunk. A csontvelő aspirátum közepes sejttartalmú, a megakaryocyták átlagos számban látszanak. Helyenként csupasz, kissé deformált, befűződött promegakaryocytá magvak, másutt bőséges, ép szélű, alig granulált plazmában 4–8 szegmenstől álló maggal bíró megakaryocyták mutatkoznak thrombocytogenesis jelei nélkül. A haemopoiesis egyebekben normális.

Audiológiai vizsgálattal mindkét fül részéről enyhe percepció halláscsökkenés igazolható (hallásküszöb 30 dB fölött a 2000 Hz feletti tartományokban).

Nephropathiája miatt prednisolon kezelést kezdtünk (60 mg/die per os), mivel azonban a proteinuria napi 4–9 g-ra nőtt,

ezt a kezelést 4. hetétől kezdve fokozatosan elhagytuk. Felvétele után 2 hónappal percutan vesebiopsia történt.

Fénymikroszkóppal a glomerulusokban a mesangium változó mértékű kiszélesedése volt megfigyelhető, ami a sejtek és a matrix egyenletes felszaporodásán alapult. A kapillárisok fala ép volt, és összenövéseket sem láttunk. A tubulusok csak igen kis hányada volt atrophias, környezetükben egy-egy göcban mononuclearis infiltrációval, fibrózis nélkül. Immunfluorescens vizsgálattal (anti-human IgG, IgA, IgM, kappa, lambda, C3, C4 és Clq komplement faktorok és fibrinogén savókkal [DAKOPATTS, Dánia] vizsgálva) említésre méltó eltérés nem látszott. Elektronmikroszkóppal vizsgálva is a glomerulusok legfeltűnőbb elváltozása a mesangium kiszélesedése volt. Immundepozitumok nem láthatók, viszont a kapillaris fal bazális membránja változatos vastagságú, mérsékeltlen megvastagodott (350–400 nm), de 100 nm-nél vékonyabb részletek is mutatkoztak. Hosszabb szakaszokon a bazális membrán két- vagy többrétegűvé vált, de ez az elváltozás összességében nem volt domináns (3. ábra). A podocyta lábnýványai mintegy 50 százalékban összeolvadtak. A Bowman-tok és egyes tubulusok bazális membránjában helyenként rendkívül nagy mennyiségben képződtek elektrondenz, lipidben gazdag mészkonkrementumok, s ezek környezetében a bazális membrán gyakran üregessé vált.



3. ábra: A glomerularis bazális membrán (bm) felrostozódott, vastagsága egyenetlen. A podocyta lábnýványai összeolvadnak. (14 000 \times -es nagyítás)

Ezt követően metil-prednisolon kezelésben részesült (napi 1 g metil-prednisolon iv. infúzióban 2 alkalommal 3–3 napig, 2 hetes időközzel, az első kezelés 3. napjától napi 60 mg prednisolonnal per os kiegészítve). A kezelés végére proteinuriája napi 0,7 g-ra mérséklődött, de a kezelés után 1 héttel ismét 4,6 g naponta.

A továbbiakban 8 hétig napi 0,2 mg/kg Leukerant, másnaponta 50 mg prednisolont, Minipresst és hyperuricaemiája miatt allopurinolt kapott. Emellett proteinuriája 0,5–3,6 g/die, endogén kreatinin clearance 115 ml/kg/1,73 m², vérnyomása 130/90 Hgmm, szérum húgysavszint 400 μ M. Szubjektív panaszja továbbra sincs. A metil-prednisolon kezelés megkezdése előtti időtől időszakosan hyperlipidaemiát is észlelünk.

Családvizsgálat

A beteg szüleit és egyetlen testvérét, 8 éves öccsét vizsgáltuk. Az apánál vese öntvénykövesség miatt nephrectomia történt. Nála és az öccsnél enyhe percepció halláscsökkenés mutatható ki. A halláscsökkenésen kívül az Epstein-syndroma más tünete a családtagoknál nem észlelhető, bár megemlítendő, hogy a beteg anyjának és öccsének thrombocytái adrenalinallal igen gyenge, ADP-vel mérsékeltlen csökkent aggregációs készséget mutattak, jöllehet a thrombocytaszám és szerkezet normális volt.

Megbeszélés

Epstein eredeti közlése óta 9 család 16 tagján írták le a nephropathia, halláscsökkenés és a thrombocyták funkciózavarával vagy anélkül járó macrothrombopenia hármastünetegyüttesét (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10). A nephropathia megfelel az Alport-syndromában látottaknak. Az általunk közölt fiúnál a nephropathia vezető tünete a kifejezett proteinuria, melyhez alkalmanként enyhe mikroszkópos haematuria is társult. A vese szövettani képe fénymikroszkópos vizsgálattal az eddig közölt Epstein-syndromás esetekhez (3, 5) hasonló, beleértve az Alport-syndromára ultrastrukturálisan jellegzetes glomerularis bazálmembrán felrostozódást és egyenetlen kiszélesedést is. Az eddig leírtakhoz képest új megfigyelés, hogy rendkívül nagy számban találtunk elmeszesedett lipid rögöket (konkrementumokat) a vese különböző bazális membránjaiban. Ismeretes, hogy ezek elsősorban a nephrosis syndromához tartozó hypercholesterinaemia következményei, de Alport-syndromában is előfordulhatnak (7). Feltételezzük, hogy ezek a kórfolyamathoz tartozó, nem véletlen ultrastrukturális jelenségek. A nephropathia kezelése prednisonnal vagy cytotostatikummal mind Alport-, mind Epstein-syndromában eredménytelen, ugyanakkor esetünkben a proteinuria kifejezett csökkenését észleltük metil-prednisonon kezelés után. Ennek tartósítását kívántuk elérni a további prednisonon és Leukeran terapiával. A hatás sajnos csak átmeneti volt.

Az Alport- és Epstein-syndromás esetek sensorineurális halláscsökkenéssel járnak, ami idővel fokozódik. Halláscsökkenés a mi esetünkben is megfigyelhető, progressziót az eddig eltelt egy év alatt nem észleltünk.

Az Epstein-syndromás esetek a thrombocyták részéről mutatkozó, fentebb már részletezett elváltozások miatt alkotnak önálló csoportot az Alport-syndromán belül. A thrombocyták eltérések miatt nemritkán vérzékenység észlelhető.

Betegünknek gyakori orrvérzése volt 4 éves korától, 10 éves kor után azonban ez enyhült. Később vérzékenység nem jelentkezett, megfigyelési időnk alatt sem, amikor a kifejezett thrombopenia már igazolt volt. A thrombocyták fele jelentősen megnagyobbodott, aggregációs készsége ADP-vel, kollagénnel és epinephrinnel jelentősen csökkent. Ugyanakkor, szemben Clare (3) és Hansen (6) tapasztalataival, ristocetinnel mi fokozott aggregációt észleltünk. A thrombocyták szerkezetét elektronmikroszkóppal vizsgálva a nagyobb mérettől eltekintve Eckstein (4) és Alving (1) nem látott eltérést. Mások ezzel szemben változó

mértékű ultrastrukturális eltérést írnak le, melyek közül legáltalánosabb és legkifejezettebb a cytoplazmában látható igen bőséges és tágult microtubularis rendszer (2, 3, 5, 6). Esetünk thrombocytáit vizsgálva hasonló elváltozásokat észleltünk.

Az Alport-syndroma öröklésmenete nem egyértelmű. Régebben autoszom domináns öröklésmentet tételeztek fel, újabban azonban genetikai heterogenitást jeleznek, autoszom domináns és recesszív, valamint X-hez kötött domináns öröklésmenttel, ami magyarázhatná a családok, valamint a nemek között gyakran, de nem állandóan meglévő súlyosságbeli különbségeket, továbbá a szem és a vérlemezkék abnormalitásának változó manifesztációját. Esetünk tünetegyüttese feltehetően örökletes alapon jelentkezett, a családtagok közül Epstein-syndroma szempontjából valószínűleg az apa és a testvér érintett. Betegünk esetében azonban e ritka tünetegyüttes (nephropathia, macrothrombopenia, halláscsökkenés) a maga teljességében jelentkezett.

Köszönetnyilvánítás. A szerzők ezúton is köszönetüket fejezik ki dr. Lavati Istvánnak (SZOTE Központi Kutató Laboratórium) a scanning elektronmikroszkópos vizsgálat elvégzéséért.

IRODALOM: 1. Alving, B. M., Tarassoff, P. G., Moore, J. Jr. és mtsai: Successful renal transplantation for Epstein syndrome. *Am. J. Hematol.*, 1986, 21, 111. — 2. Bernheim, J., Dechavanne, M., Bryon, P. A. és mtsai: Thrombocytopenia, macrothrombocytopenia, nephritis and deafness. *Am. J. Med.*, 1976, 61, 145. — 3. Clare, N. M., Montiel, M. M., Lifschitz, M. D. és mtsai: Alport's syndrome associated with macrothrombopathic thrombocytopenia. *Am. J. Clin. Pathol.*, 1979, 72, 111. — 4. Eckstein, J. D., Filip, D. J., Watts, J. C.: Hereditary thrombocytopenia, deafness, and renal disease. *Ann. Intern. Med.*, 1975, 82, 639. — 5. Epstein, Ch. J., Sahud, M. A., Piel, C. F. és mtsai: Hereditary macrothrombocytopenia, nephritis and deafness. *Am. J. Med.*, 1972, 52, 299. — 6. Hansen, M. S., Behnke, O., Pedersen, N. T. és mtsai: Megathrombocytopenia associated with glomerulonephritis, deafness and aortic cystic medianecrosis. *Scand. J. Haematol.*, 1978, 21, 197. — 7. Mágori, A., Ormos, J., Fazekas, M. és mtsai: Concretions in renal basement membranes. *Diagnostic Histopathology*, 1983, 6, 195. — 8. Parsa, K. P., Lee, D. B. N., Zamboni, L. és mtsai: Hereditary nephritis, deafness and abnormal thrombopoiesis. *Am. J. Med.*, 1976, 60, 665. — 9. Holliday, M. A., Barratt, T. M., Vernier, R. L., *Pediatric Nephrology*. Williams and Wilkins, 1987, 470. — 10. Standen, G. R., Saunders, J., Michael, J. és mtsai: Epstein's syndrome: case report and survey of the literature. *Postgrad. Med. J.*, 1987, 63, 573. — 11. Türi, S., Belch, J. J. F., Beattie, T. J. és mtsai: Abnormalities of vascular prostaglandins in Henoch-Schönlein purpura. *Arch. Dis. Child.*, 1986, 61, 173.

(Kóbor Jenő dr. Szeged, Pf. 471. 6701)

A Springer Hungarica gondozásában megjelent:

BERGER-JÖRGENS-FÖVÉNYI: GYAKORLATI INZULINTERÁPIA

A német nyelvű negyedik kiadás bővített, átdolgozott változata
41 ábrával és 10 táblával 590,— Ft

Pentaglobin®



Új lehetőség a SEPSIS terápiajában

Vírusinaktivált, intravénás, IgM-tartalmú immunglobulin



Összetétel: 1 ml oldat tartalma: 50 mg fehérje, melynek legalább 95 %-a humán immunglobulin (IgM 6 mg, IgA 6 mg, IgG 38 mg) 27,5 mg glucose monohydrat.

Javallat: 1. Súlyos bakteriális fertőzések terápiaja egyidejű antibiotikum-kezeléssel:

- septikaemia, septicus shock korai fázisa
- koraszülöttek, újszülöttek sepsise
- gennyes agyhártyagyulladás

2. Immunglobulinsubstitutio immunosupprimált és súlyos secundær antitest-hiányos állapotokban.

Ellenjavallat: Ismert túlérzékenység humán immunglobulinokra.

Mellékhatások: Az infusio adása alatt vagy után átmeneti hőmérséklet-emelkedés, bőrreakciók vagy szubjektív panaszok fölléphetnek. Ritkán anaphylaxiás reakciók is lehetségesek.

Gyógyszerkölcsonhatások: A Pentaglobin beadása után 3 hónapig élő vírusvakcina (mumps, morbilli, rubeola, sárgaláz) nem adható. Csecsemőknek calciumgluconáttal való együttadása kerülendő, mivel nemkívánatos reakciók léphetnek fel.

Adagolás: Sepsis kezelésére 5 ml/tskg/24 óra 3 egymást követő napon át, de a klinikai állapottól függően további adagolására is szükség lehet.

Kiszerezés: 10 és 20 ml-es ampulla, 50 és 100 ml-es infusio.

A megnövelt IgA- és különösen IgM-tartalom folytán a Pentaglobin a tiszta IgG-készítményekkel összehasonlítva jelentősen magasabb antibakteriális és endo/exotoxin ellenes titerrel rendelkezik.



**Biotest
Pharma**

BIOTEST

Magyar Kereskedelmi Képviselet,

1124 Budapest, Dobsinai u. 6/8.

Horus

Az Orvosi Hetilap jubileumi, 100. évfolyamában, 1959-ben jelentkezett először a Horus, akkor még „Orvosi dokumentációs szolgálatá”-nak rovata, Berndorfer Alfréd és Székely Sándor szerkesztésében, mellékletként. A rovat névadóját föltehetően kevesen ismerik, úgy gondolom tehát, nem lesz érdektelen, ha néhány szót ejtünk róla s arról, milyen kapcsolatban állott e homályos személyiségű egyiptomi istenség az orvostudománnyal.

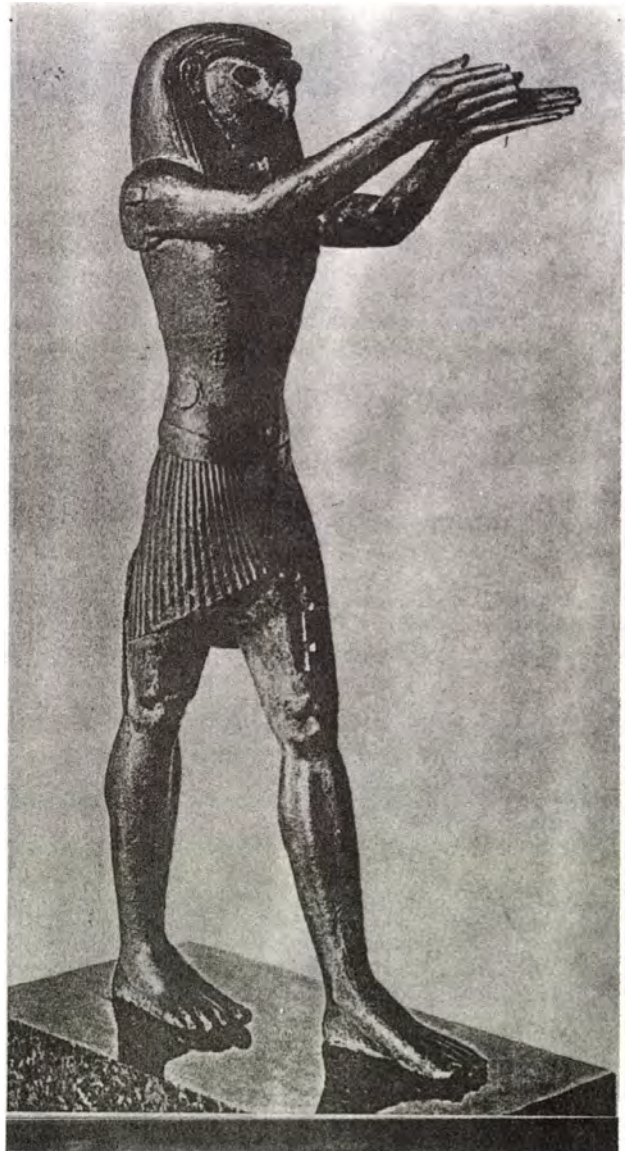
Az ókori, bonyolultan szerveződő s folytonosan változó mitológiák szinte minden területen keveredtek egymással. Az egyiptomi, görög, babiloni, római panteon alakjai gyakran nemcsak egymás szerepét, történetét, hanem nevét és külsejét is átvették. Hogy a zűrzavar még nagyobb legyen, az is előfordult, hogy egyetlen istenség a különböző korok folyamán kialakult külsők egész ruhatárával rendelkezett, sőt akár több jellemmel és életrajzzal is megjelenhetett a hagyományban. Efféle összevont — szinkretikus — istenség volt az egyiptomi Horus is.

Az egyiptomi istenek, akár ismertebb görög rokonaik, nem csupán egy-egy természeti erőt vagy személyiségtipust szimbolizáltak. Szerepük ennél jóval összetettebb volt: az élet sajátos megjelenési formáit képviselték. *Kerényi Károly* szavával: „létaspektusokat” személyesítettek meg.

Horus, neve szerint (hrj) a „magas” vagy „távoli” isten, első s valószínűleg legősibb alakjában sólyomként, az ég királyaként jelent meg: kiterjesztett szárnyaival óvta a világot, azaz Egyiptomot a sötétség erőivel szemben (1). A kiterjesztett szárnyú államvédő madár ma is látható a német márkán és a dolláron éppen úgy, mint a zlotyin: e sások és keselyűk egyértelműen Horus-sólymunk rokonai. Horus, mint napmadár a hatalmat, az erőt, a fényt jelképezte, így válhatott a fáraók szent madarává és védőistenévé is.

A fény azonban nem képzelhető el sötétség nélkül, a hatalom lázadás nélkül. Ez az oka annak, hogy Horus egy másik mítoszváltozat szerint már nem madár, hanem Rá napisten madárfejű, embertestű fia, ki gonosz testvérével, Széthtel szemben, apja oldalán harcolva szétveri a sötétség teljesen állat alakú, tehát a totemhívő múltat jelképező szörnyetegeit (2).

Ez a mítosz humanizálódik — némileg — a következő, bizonyára legfiatalabb mítoszváltozatban. Horus itt már egészen más családi környezetben található s alakja immár teljesen emberi. Apja Ozirisz, a természet, a világosság is-



1. kép: Horus későegyiptomi bronzsobra (J. Pirenne: *Historie de la Civilisation de L'Égypte Ancienne*. Neuchâtel-Paris, 1963, Tome III. 228.)

tene, fivérével a gonosz sötétség istenével harcolva veszti életét. A halott király teherbe ejti feleségét, Iziszt, aki világra hozza Horust. Horus fölnövekedvén bosszút áll apja gyilkosán, kiheréli őt, apját pedig föltámasztja: Horus a

felvilág, Ozirisz az alvilág uralkodója lesz (3). Ezt a történetet egyébként egy i. e. 12. századból való egyiptomi novella is megőrizte számunkra (4).



Horusz megöli Széthet

2. kép: Horus megöli Széthet. (Mitológiai Enciklopédia, Bpl., 1988. I. 451.)

Az ismertetett három mítosz bogozhatatlanul keveredik, a változatoknak, toldalékoknak se szeri, se száma. Ozirisz összeolvad Rával, Horus hol testvére, hol nagybátyja ellen harcol, hol ő veszíti el szemét, hol apja, egy szóval mítoszhoz illően gomolyog a homály. S természetesen nemcsak a motívumok, szereplők, hanem a szereplők külseje, funkciói is keverednek. Horust sólyomként, sólyomfejű emberként, s ujját szopó csecsemőként — Harpokratészként — egyaránt ábrázolták. A Horus-történetek motívumai később fölbukkannak Mózes, Héraklész mítoszában is, a gyermek Horust ringató Izisz pedig egyértelmű előképe a Kisdedet tartó Mária alakjának (5).

Horus mindegyik megjelenési formájához, meséjéhez fűződtek kiegészítő hiedelmek. Ezek jelentős része tartozott a gyógyítás, a gyógyító varázslás körébe. [Megjegyzendő, hogy Horus neve az egyiptomi orvosi szövegekben csak ráolvasásokban fordul elő! (6)] Számos csecsemővédő ráolvasás olvasható a gyermekét óvó Izisz monológjaként. Efféle szöveget még az i. u. 8. századból is ismerünk (7). Horus gyógyerejű, apját is föltámasztó szeméhez, illetve kezéhez szintén fontos kultuszok kapcsolódtak, ezek központja Edfu és Hierakonpolis városa volt. Más helyeken (Letopolis, Athribis) a sólyom-Horus játszik gyógyító szerepet. Horus azonban elsősorban két funkciójában: mint fényisten és mint apját föltámasztó isten hozható kapcsolatba a gyógyítással. Horus fiai is az emberi test

őrei és ismerői: Amszet, Hápi, Kebehenszuf és Duamutef a holtak balzsamozásánál segédkeztek s bensőségeiket őrizték a sarkofág mellett álló kanopusokban (8). Horust gyógyító fényisteni funkciójában azonosíthatták később, a hellenisztikus korban Apollónnal, aki köztudomásúan szintén sólyom- és fényisten s aki Korónisz nimfával nem



1. kép: Harpokratész-Horus. (Cuperus, G.: Harpocrates. Trajecti ad Rhenum, 1687, 160.)

kisebb gyermeket nemzett, mint Aszklépioszt, az orvostudomány atyját.

Horusnak tehát — mint megállapíthatjuk — elsősorban nem közvetlenül, hanem közvetetten, részint mint gyógyítóerejű fényistennek, részint pedig mint az orvosláshoz igen közel álló Apollón istenpárjának van köze az orvostudományhoz. Mégis reméljük, hogy az orvostörténelem még sokáig élvezheti nevének védelmét e lap hasábjain.

IRODALOM: 1. Der kleine Pauly — Lexikon der Antike (Hrsg. K. Ziegler—W. Sontheimer) München, 1979. Bd. II. 1231. — 2. Mitológiai Enciklopédia (Főszerk. Sz. A. Tokarev) Bp., 1988. I. kötet 451. — 3. Kees, H.: Der Götterglaube im alten Aegypten. 2. Aufl. Berlin, 1956. 64. — 4. Történet az itéletről... fordította Dobrovits A. (A paraszt panasza) Bp., 1963. — 5. Nem véletlen, hogy a klasszikus Mária-kultusz valószínűleg Egyiptomban alakult ki a 2—3. században. Lehner, W: Die Marieverehrung in der ersten Jahrhunderten. München, 1886. — 6. von Deines, H., Westendorf, W.: Wörterbuch der medizinischen Texte (Grundriss der Medizin der alten Aegypten VII. 2.) Berlin, 1962. 2. Hälfte 612. — 7. Kákósy, L.: Remarks on the interpretation of a Coptic magical text. Acta Oriental. 13. 1961. 325—328. — 8. Mitológiai Enciklopédia, Bp., 1988. I. kötet 452.

Magyar László András dr.

... az asszonyok a legvilágosabb, legértelmesebb indítványt sem képesek vita nélkül elfogadni: pontotabban, a férjes asszonyok."

Mark Twain

175 éve született Ferdinand Hebra, a modern bőrgyógyászat úttörője

1841. január 26-án orvosdoktorokat avattak a bécsi egyetem orvosi karán. A felavatottak között volt az a fiatalember is, akit még Ferdinand *Schwarzmann* néven vezettek be az egyetem anyakönyvébe, ám diplomáját már Ferdinand *Hebra* néven vehette át. Tanulmányai utolsó évében ugyanis elérte a nagykorúságot és így többé nem volt akadály, hogy atyja, Johann Hebra hadbiztos törvényesítse már nem éppen fiatalkori „félrelépésének” gyümölcsét, házasságon kívül született gyermekét. Az észak-morvaországi *Fulnek** városkából származó J. Hebra az 1810-es években Dél-Morvaország központjában, *Brünnen*ben szolgált. Itt született meg gyermeke, Ferdinand, 1816. szeptember 7-én (1).

Az ifjú Hebra doktor, ki magát — származása miatt — sokáig a társadalom kivetettjének tekinthette, rövidesen a medicina kivetettjeinek, a bőrbetegeknek lesz orvosa. Az ekkor már befutott, ám főnöke, *Hildenbrand* belgyógyász-tanár által csodabogárnak tartott, Josef *Skoda* osztályára kerül mint segédorvos. A betegeit szinte megszállottként kopogtató, auszkultáló Skoda nem tud mit kezdeni a gennyes, nedvedző fekélyekkel borított bőrbetegekkel. Osztályának egy szobájába gyűjti őket s „gyógyításukat” a fiatal segédorvosra, Hebrára bízta. Itt, a bécsi Allgemeines Krankenhaus „*Ausschlagzimmer*”-ében — vagy ahogy Schwimmer nevezi majd „*küteges alosztályában*” — születik meg a modern bőrgyógyászat. Ugyancsak Schwimmer állapította meg Hebráról, hogy autodidakta volt (2). Nem is lehetett más!

A bőrgyógyászat Hebra fellépte előtt hol a belgyógyászat — ha a bőrbetegségek okait, patogenezisét keresik —, hol a sebészet — a nedvedző fekélyek, „sebek” kezelése a seb-orvosok mindennapi gondja — megtűrt mostohalánya. S bár a dermatológia mint diszciplína alapjait éppen a bécsi egyetem mintájára alapított nagyszombati kar tanára, *Plenck* József Jakab már 1776-ban lerakta *Doctrina de morbis cutaneis* c. munkájával, a bőrbetegségekkel való törődés, azok gyógyítása alig lépett előre. A többnyire *Linné* botanikai módszerét alkalmazó újabb s újabb osztályozások az áttekintés helyett inkább a terminológiai zűrzavart fokozták. A gyógyítást pedig az ókori szerzők humoralpatológiájának, a bécsi egyetem nagy híró kórbonctanára *Rokitansky*

által „modernizált” *krázistana* nehezíti. A humoralpatológusok szerint a bőrlenségek tulajdonképpen figyelmeztető tünetek, melyek testünk nedveinek kóros állapotára utalnak. Különösen nagy jelentőséget tulajdonítottak a nedvedző, fekélyes elváltozásoknak. Ezek mesterséges megszüntetése, azaz gyógyítása a kóros nedvek testbe szorulásához, tehát a betegség elhatalmasodásához vezetne. Így nem meglepő, hogy Hebra megjelenése előtt a „küteges alosztály” fő terápiás módszere a hashajtás volt (3), mely a nedvező bőrtünetek általi „testisztulást” volt hivatva támogatni. Alig három évvel Hebra fellépte előtt a pesti belgyógyász professzor, *Gebhardt* Ferenc még azt vallja s tanítja, hogy ha a fölösleges epe testünkben nem ürülhet ki, többek közt a bőrön keresztül, visszaszorulva akár tüdőgyulladást is okozhat (4). Kevésbé közismert az a tény, hogy *Jenner* korszakalkotó felfedezéne, a vakcinációnak gyorsabb meghonosodását is e krázistan következetes alkalmazása gátolta. A himlőoltás lehet, hogy használ az „Ánglusnak, Németnek”, de nem a nehéz ételeken élő magyarnak, kiből „erős a nedvesség”. Ezt a „nedvességet” még az igazi, sok kiütéssel járó himlő sem tudja mindig kitisztítani, nemhogy a csupán pár kiütést előidéző tehénhimlő. Ergo: gyermekeink egészségét akkor védjük igazán, ha engedjük testünket az igazi himlő által „megtisztítani” (5).

Ilyen köz- s szakvélemények ismeretében kezdi orvosi pályafutását a 25 éves Hebra. Szerencséje van. Szerencséje a szó pasteur-i értelmében: A szerencse a felkészült elméknek kedvez. Hebra alosztályának zömét a rühösségekben szenvedők alkotják. A korabeli orvosi felfogás a rühösséget is a dyskráziával magyarázta. A szerencse abban rejlett, hogy a scabies olyan bőrbetegség, melynek okát már Hebra korában fel lehetett fedezni. A rühátka jelenlétéről a betegek bőrén már Hebra előtt is tudtak, például az angol *Willan*, vagy a rühátka felfedezője *Renucci* (6), ám elszaporodását a dyskrázia következményének tekintették. Hebra tudja, hogy a klasszikus orvosi módszer, a megfigyelés nem elég. A természetnek kérdést kell feltenni, ha választ akarunk. 1844-ben egy élő rühatkát helyez el bal keze középső ujjának bőrére. Nyolc nap múlva kínzó viszketés mellett típusos rühösségi kiütések jelennek meg testen. Hebra kísérletének eredménye belefér egyetlen mondatba: *Ohne Distomum* gibt es keine Krätze* — Rühátka

* 1618 és 1622 között városkában működött Jan Amor *Komenský* (Comenius)

* Hebra még *Distomum haematobium*-ként ismeri az atkát — mai neve *Sarcoptes scabiei*

nélkül nincs rühösség. E felfedezés mérföldkö a dermatológia történetében. A rühösség parazitás, tehát külső tényező eredetének kiderítése a kráizstan egyik legfontosabb bizonyítékát döntötte meg. Megnyílt az út a bőrbajok etiológiai osztályozása s ezáltal a kauzális gyógyítás felé.

Természetesen a bőrbajok többségénél az etiológia korántsem ilyen egyértelmű, s különösen nem volt az Hebra korában. A bőrbetegségek osztályozásánál Hebra is a morfológiából indul ki, következetesen keresi azonban a bőrön látható, tapintható elváltozások és a Rokitsansky által leírt kórbonctani kategóriák közti összefüggést. Körülbelül 10 000 klinikai eset szolgáltatja az alapot korszakalkotó munkája, a *Versuch einer auf die pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten* megírásához, 1845-ben. E művében Hebra a bőrbajok új *makromorfológiai* osztályozását fekteti le, számos új bőrgyógyászati kórkép leírásával gazdagítva a klinikumot. A kákn is csomót kereső tudománytörténészek felróják Hebrának, hogy nem ismerte fel a mikroszkóp nyújtotta lehetőséget, a bőrbajok szövettani megismerését nem tartotta fontosnak (4). Szolgáljon Hebra mentségére, hogy példaképe, Rokitsansky sem igen foglalkozott szövettannal, ill. hogy Hebra e téren való konzervatívizmusa messzemenően kompenzálták tanítványai.

Hebra érdemeit a kórismezés terén leginkább a Skodához hasonlíthatjuk. Tudománytörténeti közhely Skoda ún. terápiás nihilizmusa. Hebra ebben nem követte egykori főnökét. Skoda jelszavát *Medica mente, non medicamente* (Ésszel, ne gyógyszerrel gyógyítsatok) megváltoztatta: *Medica mente et medicamente. Ésszel és gyógyszerrel* gyógyított: elsőként vezette be a tudományos alapokon nyugvó külső, azaz helyi kezelést. Megszabadítva a bőrgyógyászatot a kóros nedvek visszazorításának víziójától, szorgalmazta a bőr megtisztítását a felrakódásoktól, pörköktől. Tisztában volt a helyi kezelés mellékhatásával: a nyitott bőrfelületen át felszívódó gyógyszer a belső szervekre is fejthet ki hatást. Kitűnő megfigyelőképeségét nemcsak a morfológiában kamatoztatta. Fel-

ismerte, hogy a betegek szájában lévő fekélyek sokkal hamarabb gyógyulnak, mint a bőr léziói. Ezért a súlyosan égettek, kiterjedt hólyagos-fekélyes bőrbetegeit „vízágyba” fektette, melyben az állandó nedves környezet megakadályozta a pörkök képződését.

Hebrára emlékezve, nem feledkezhetünk meg *magyar kapcsolatairól* sem. Hebra klinikája — 1849-ben lett rendkívüli, 1869-ben nyilvános rendes tanár — a magyar bőrgyógyászok Mekkája is. Itt képezte magát a dermatológia első magyarországi tanára, az éppen száz éve elhunyt *Géber Ede*, csakúgy mint a tanítványból tanszéki utódjává felnövő *Kaposi Mór*. Külön tanulmányt érdemelne Hebra viszonya *Semmelweis Ignáchoz*, kinek korszakalkotó felismerése Hebra pályakezdő éveire esik. Kettejük kapcsolatának három fő mozzanata van: Semmelweis vezette le Hebra két fiának születését; Hebra számolt be elsőként az általa szerkesztett lapban Semmelweis felfedezéséről — „a Jenner-féle tehénhimlőoltáshoz méltónak” mondvá azt — és végül 1865-ben Hebra segítségét veszik igénybe a pesti orvoskollégák, a beteg Semmelweis elmeegógyintetbe juttatásához (3).

1881. október 14-én a Budapesti Orvosegylet nagygyűlésén tanítványa, a bőrgyógyászat magántanára, *Schwimmer Ernő* Lajos tartott emlékbeszédet az 1880-ban elhunyt Hebra felett (2). Költői megfogalmazása: „*csupa bokor s bojtortján termett ott vadul, ahová ő úttörőként lépett*” máig érvényesen jelölte ki a 175 évvel ezelőtt született Hebra helyét az orvostudomány nagy rendszerezői s irányt szabói között.

IRODALOM: 1. *Frankl József*: Ferdinand Hebra. Orv. Hetil., 1980, 121, 2593. — 2. *Schwimmer Ernő*: Emlékbeszéd Hebra felett. Budapest, 1881. — 3. *Benedek István*: Semmelweis. Budapest, Gondolat, 1980, 41–42. és 76. — 4. *Poór Ferenc*: Dermatológia. Budapest, Franklin, 1922, 16. — 5. Magyar Kurir (Bécs), 1802. évf. II. félv. 2. szám, 27–31. — 6. *Mette, A.* — *Winter, I.*: Geschichte der Medizin, Berlin, 1968, 426–427.

Kiss László dr.

az OMKER szaküzleteiben Budapesten és vidéken...

- Egyszerhasználatos fecskendők 10%
- Bulgár gyártmányú endoprotézis 50%

Fogvosoknak, fogtechnikusoknak ajánljuk:

- Tömőanyagok
- Porcelán anyagok
- Fogtechnikai kisgépek (VITA, BEGO, DE TREY)
- Aesculap fogászati műszerek
- Fogtechnikai anyagok
- Gyémántkövek
- Elektromos fogkefe

10-70% árengedménnyel!

az OMKER I. Kereskedelmi osztályon (Budapest VIII., Rezső u. 5-7. alatt)

- Amalgámkeverő készülék
- Fogászati technikai függőmotor
- Sebészeti varróanyag (ETHICON, BRAUN, DAVIS and GECK)

20% árengedménnyel!

ÁRLESZÁLLÍTÁS AMÍG A KÉSZLET TART!

Részletes kereskedelmi és szakmai információ: OMKER I. Kereskedelmi osztály Telefon: 112-3000, 112-2276 Fax: 111-7694



ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

BELGYÓGYÁSZAT

Tartós klinikai tanulmányok hypertóniában. Gifford, Jr., R. W. (Dept. of Hypertens. and Nephrol., The Cleveland Clin. Found., 9500 Euclid Ave., Cleveland, OH 44195—5042, USA); *J. Hypertens.*, 1990, 8, (suppl. 2) 17.

Az úgynevezett malignus hypertóniában az újabb antihypertensív szerek hatása nem vitatható. Erre utalnak azok a nagyobb tanulmányok is, amelyeket 1970—1985 között szerte a világban végeztek. A szerző e tanulmányokból levont következtetéseket sorolja fel összefoglalójában. A fenti időszakban véghezvitt tanulmányok közül a legfontosabbakat kezdőbetűikkel tüntették fel általában, ezek a következők: VA (Veterans Administration), PHS (Public Health Service), HDP (Hypertension Detection and Follow-up Program, Oslo), ANBPT (Australian National Blood Pressure), EWPHE (European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly) és MRC (Medical Research Council) — tanulmányok. Ezekben 1 kivételével (EWPHE) zömmel férfiak vettek részt, az EWPHE-tanulmányban idősebb, 60 éven túli korosztály. A betegek száma 380—17 254 között volt, a követési idő 3,8—9 év közötti, zömmel 4—5 év körüli. A tanulmányokba való bekerülés feltételének a 90 Hgmm feletti diastolés nyomást tekintették (90—114 Hgmm közötti értékek). A felsorolt tanulmányok felében a terápia kettős vak kontrollal történt és többségükben placebo-t is alkalmaztak. Kiindulási terápia diuretikum volt, erre lépcsőzetesen építettek be különböző hatásmechanizmusú vérnyomáscsökkentőket.

A tanulmányokból levont következtetések szerint a diuretikumra épülő terápia életkortól, fajtól, nemtől függetlenül csökkentette a halálos és nem halálos cerebrovasculáris történéseket. A terápia eredményeként a vizsgálati periódus végén az eredeti cardiomegalia és az EKG-val igazolt bal kamra hypertrophia is reverzibilissé vált. Amíg e tanulmányok a cerebrovasculáris történések antihypertensívumokkal történő eredményes befolyásolását, illetve megelőzését emelik ki, addig a cardiovascularis szövődmények kialakulását vagy elhárítását illetően az eredmények korántsem ennyire egyértelműek, bár az ausztráliai és EWPHE-tanulmányok és HDP-tanulmány következtetései e tekintetben is kedvezőek. Fontos megállapítás volt az is, hogy az eredmények kedvezőbbek akkor, ha a terápia indításakor még célszerv károsodás nincs. Az alkalmazott gyógyszereket illetően ezek heterogenitása miatt biztos előnyben részesítés nem lehetséges, de a diuretikumok kedvező hatása nem vitatható. Az idézett tanulmányokban még nem szerepelnek a calcium-csatorna blockolók és ACE-inhibitorok.

Iványi János dr.

Kálium és magnézium hatása essentialis hypertóniában. Patki, P. S. és mtsai (Byramjee J. Med. Coll., Sassoon Gen. Hosp. India); *Br. med. J.*, 1990, 301, 521.

Az essentialis hypertonia megközelítése igen nehéz feladat. Epidemiológiai megfigyelések rámutattak, hogy K és Mg szegény étrendet fogyasztó populációkban, ill. olyan egyéneknél, akiknek K és Mg anyagcsereje genetikusan alacsony szabályozott, a hypertonia gyakoribb. Normotenzív emberekben tartósan kiváltott hypokalaemiával szintén vérnyomás-emelkedés okozható. Ezek a megfigyelések indították a szerzőket a K és Mg esetleges terápiás hatásának vizsgálatára.

37 enyhe hypertóniás (átl: 155/100 Hgmm) felnőttet vizsgáltak 32 héten át. A kísérlet előtt 4 héttig, és alatta egyéb antihypertensívumot nem szedtek. A betegek közül senkinek sem volt egyéb okból eredő hyperkalaemiája. Placebóval kontrollált, kettős vak kísérletsorozatot hajtottak végre. Háromszor 8 héttig szedték a gyógyszereket naponta kétszer, a különböző gyógyszerek közt 2 heti szünetet tartva. Az alkalmazott gyógyszerek: 30 mmol/15 ml K, 30 mmol/15 ml K + 10 mmol/15 ml Mg, ill. placebo. A betegek 3 csoportra osztva a különböző gyógyszervariációkat eltérő sorrendben szedték. Naponta azonos időpontban testsúlyt, vérnyomást (fekvő és álló) és pulzusszámot regisztráltak. Se-creatinin, húgysav, K, Na, Mg, Ca és koleszterin, 24 órás vizeletgyűjtésből — 2 frakcióban — ürített Na és K mennyiségét határozták meg. A kapott adatokat számítógéppel feldolgozva a csoportokat biometriailag ketős t-próbával hasonlították össze.

Következtetések: A K-terápia csökkentette mind a systolés, mind a diastolés nyomást, fokozatosan, 10—16 Hgmm-rel. A diastolést már 2, a systolést 4 hét után. K és Mg együttes hatásával nem értek el jobb eredményeket. A placebo gyakorlatilag hatástalan volt. Nem volt eltérés azon csoportok eredményei között, amelyek eltérő sorrendben szedték a különböző kombinációkat. A vér biokémiai vizsgálatából egyetlen, ám fontos pozitívum, hogy a K, ill. K és Mg együttesen 8 hét után mérsékelt fokú se-koleszterin csökkenést eredményezett. A vizeletvizsgálat során megállapították, hogy a K szedés a Na ürítést nem befolyásolta.

A K antihypertenzív hatásmechanizmusa ma még tisztázatlan. Valószínűleg vasodilatator aktivitása, víz és Na kiválasztást serkentő hatása, a renin-angiotensin tengely és az adrenerg tónus suppreessiója, ill. a Na-K pumpa stimulálása útján fejt ki hatását.

A szerzők pozitív megfigyelései biztatóak, hosszabb idejű, nagyobb betegcsoporton való vizsgálatokat terveznek a jövőben.

Egyed Zsófia dr.

A vérnyomás napszaki változása és terápiás következtetések. Schrader, J., Scheler, F. (Göttingeni Belgyógyászati Klinika); *Internist*, 1990, 31, 662.

A szerzők bevezetésben ismertetik a Holter vérnyomásmérés történeti gyökereit és fejlődését napjainkig. Egészséges emberben a vérnyomásgörbe tipikus bifázisos viselkedést mutat. A legmagasabb értékeket kora reggel regisztrálhatjuk, délben kissé csökken, az esti órákban emelkedik, éjszaka alvás közben ismét csökken a vérnyomás. Hasonló ingadozást találunk essentialis hypertóniában. A szívfrekvencia párhuzamosan csökken, ill. szaporodik a nap 24 órájában, függően a sympathikus és parasympathikus idegrendszeri aktivitástól. Életmódbeli változások, nyugtatók szedése megváltoztathatja a fiziológiai ritmitást. A hajnali sympathikus túlsúly nemcsak haemodinamikai, hanem rheológiai és biokémiai változásokat is okoz, ez tehető felelőssé a cardiovascularis malignus események kora hajnali halmozódásában.

Béta-blokkolók hatására a cirkadián ritmus lényegesen tompul. E célból javasolt a reggeli béta-blokkoló adagot rögtön ébredéskor bevenni. Ugyanakkor az éjszakai hypotóniát és bradycardiát nemkívánatos szintig fokozhatja az esti nagy adag béta-blokkoló. Az éjszakai vérnyomáscsökkenés hiányzik a szekunder hypertonia formákban, terhességi hypertóniában, valamint cardialis és renalis complicatiók esetén. E jelenségnek nemcsak diagnosztikus és terápiás, hanem prognosztikus jelentősége is van.

A Holter vérnyomásmérésnek számos előnye ismeretes az alkalmi vérnyomásméréssel szemben: nemcsak hűven tükrözi a cirkadián vérnyomáslefutást, hanem csökkenti az alul-, ill. felülértéket és ezáltal az alul-, ill. felül túlkezelést. Kiiktatható az ún. fehérköpeny hypertonia. Ugyancsak jobb korrelációt mutat a 24 órás Holter vérnyomásmérés a cardiovascularis rizikóval, morbiditással és mortalitással. Hasonló előnyt jelent ez az eljárás az antihypertenzív kezelés megítélésében, gyógyszerhatás és hatástartam lemérésében, eredményesebben beállítható az individuális gyógyszeres kezelés.

(Ref.: A szerzők a dolgozattal, amely döntően irodalmi adatok feldolgozására épül, az orvosi köztudatban felfrissítik ismereteinket e tárgykörben, és hasznos útmutatást nyújtanak a jelenség figyelembevételére a mindennapos gyakorlatban.)

Villányi József dr.

Eosinophil fasciitis (Shulman-syndroma). Lattmann, J. és mtsai (Medizinische Poliklinik, Universitätsspital Zürich); *Dtsch. med. Wschr.*, 1990, 115, 1828.

Az eosinophil diffúz fasciitis sajátos kórkép, amely leírója nevén ismeretes az irodalomban (Schulman, L. E., 1974). A Shulman-syndroma (S. s.) vezető tünete a végtagok fészes, tömött, vöröses duzzanata a subcutis és a fasciák gyulladással beszőrdésével és a vérkép eosinophilijával.

A szerzők a kórképet egy 36 éves nőbetegük esetleírásával mutatják be, akinél több héten át lát nélkül az alsó és felső végtag fájdalmas, tömött duzzanata keletkezett. A vvs. enyhén (20 mm/l h) és a γ -globulinfractio (26%) emelkedett. Emellett csekély normochrom, normocyter anaemia (13 g/dl) és thrombocytosis (517 000/ml) mutatkozott. A 44%-os eosinophilia és a lábszárbiopsia eosinophil granulocytás infiltratum alapján az eosinophil fasciitis (S. s.) diagnózisát állították fel. Napi 100 mg orális prednison adása után a klinikai tünetek visszafeljöttek és a perifériás vérkép eosinophiliája is megszűnt. 7 hónap lefolyása alatt a prednison adagját fokozatosan lassan napi 10 mg-ra csökkentették. A klinikai tünetek ezen fenntartó adagra nem fejlődtek teljesen vissza. További normalizálódás csak akkor lépett fel, amikor még négy ízben átmenetileg a prednison dosist felemték. Residuumbként a lábszárak csekély induratiója persistált és emiatt a recidíva megakadályozására a kezelést napi 10 mg prednisonnal folytatják.

A S. s. az eosinophil-myalgia-szindrómától klinikailag ugyan nehezen különíthető el, azonban az utóbbinál az anamnesisben a triptophan fogyasztása kimutatható.

iff. Pastinszky István dr.

Behçet-kór. 316 eset. Benamour, S. és mtsai (Service de Médecine Interne, CHU Ibnou Rochd, Casablanca, Maroc; Service d'Ophthalmologie Hôpital du 20 août, Casablanca, Maroc): Presse Médicale, 1990, 19, 1485.

A Behçet-kórt (MB) a szájnyalakártya aphthás elváltozása, vagy leggyakrabban buccogenitalis aphthosis jellemzi, amely szem-, bőr-, ízületi, ideg- és vascularis elváltozásokkal jár együtt. A betegséget 1937-ben Hulusi Behçet írta le, vírusos eredetűnek gondolta. A betegséget mindennél előfordul, van azonban 2 gyakori megjelenési területe: a mediterrán területek és Japán. Marokkóban a betegség gyakori; — a szerzők 316 összegyűjtött esetük kapcsán tekintik át a betegséget és hasonlítják össze az irodalomban leírt esetekkel.

1981. január és 1989. december között 316 beteget észleltek. A betegek 78%-a 20–40 év közötti volt, a férfiak jelentős dominanciájával. A familiaris előfordulás ritka, a szerzők esetei közül 5 családból 13 eset fordult elő. A kezelésben 102 esetben corticosteroidot alkalmaztak, 1 mg/kg/nap adagban, 93 esetben — különösen a szemészeti elváltozásokkal járó formákban — 20 mg/nap immunosuppressív szert is adtak a steroidhoz. Csak chlorambucilt adtak 78 esetben, 12 mg/nap adagban, 13 esetben pedig cyclophosphamidot. 136 benignus esetben colchicint használtak. Nonsteroid gyulladásgátlót a benignus ízületi predomantiájú esetekben adtak. 221 beteg (70%) él, (2 hónap—8 év), 29%-ot veszítettek el egy évnél hosszabb idő alatt.

Buccalis aphthosis 98%-ban láttak, felve-

tik bizonyos élelmiszerek, mint a dió, mandula, datolya esetleges szerepét. Genitalis aphthosis 85%-ban találtak. (Irodalmi előfordulása 64–84% közötti.) Bőr túlérzékenységet az esetek 77%-ában észleltek. A szem érintettsége szintén igen gyakori, 226 esetben (72%) fordult elő. A mediterrán területen előforduló MB legjellemzőbb szemészeti manifesztációjának a totalis uveitist, vagy az uveitis posteriori tartják, retinalis vascularisatióval. Súlyos szövődmény a vak-ság, mely 88 esetben (39%) következett be.

A vascularis manifesztáció 23%-ban volt megtalálható. Leggyakoribb a vénás thrombosis. Artériás thrombosis is ritkán látott. Neurológiai manifesztáció 16%-ban (50 eset) fordult elő, ezek súlyosak voltak, meningo-encephalitis, meningo-encephalomyelitis képében jelentkeztek. Benignus intracranialis nyomásemelkedés 13 esetben fordult elő. Egy esetükben a MB leprával társult.

Gastrointestinalis érintettség különösen az oesophagusban és a gyomorban fordul elő az irodalom szerint. A szerzők anyagában 52 esetben (16%) észleltek ilyen jellegű érintettséget, kb. egyforma gyakorisággal a felső és alsó tractusban. Pulmonalis manifesztáció ritka, de súlyos, életet veszélyeztető komplikáció. A vizsgált betegek között 3 haláleset volt pulm. embólia, 1 pedig pulmonalis arteria aneurysma rupturája miatt. A MB ritkán érinti a szívet. A renalis érintettség inkább szövettani, semmint klinikai megjelenésű. Ritkán proteinuria, haematuria, kivételesen nephrosis syndroma észlelhető. A szerzők 4 esetben észleltek nephrosis syndromát, 1 esetben amyloidosisal.

Következtetések: A MB Marokkóban gyakori. Az aphthosis gyakran elhanyagolják a szem-, neurológiai, ízületi és vascularis manifesztációk megjelenése előtt. A korai diagnózis a betegség prognózisát javítja.

Tóth Levente dr.

A Behçet-kór diagnosztikus kritériumai. International Study Group for Behçet Disease: Lancet, 1990, 335, 1078.

A betegség meghatározására ez idáig öt diagnosztikus kritériumrendszer volt használatos világszerte. A Behçet Kór Nemzetközi Kutatócsoport (ISG) ennek egységesítésére tett kísérletet. E kutatócsoportban csak egy kritériumrendszer képviselője nem volt részt.

Hét ország (Törökország, Japán, U. K., Franciaország, Irán, Tunézia, USA) 12 központjából 914 beteg került a felmérésbe. A kezelőorvosok a használt rendszerek valamennyi elemét tekintetbe vették, lehetőség szerint a pathergiás tesztet is. A tünetet akkor is értékelték, ha csak az előzményben szerepelt. Az orális ulceráció a programba vétel feltétele volt (emiatt az esetek 3%-a kiesett).

A minta 60%-ának számítógépes vizsgálata alapján az orális ulceráción kívül öt sajtóság (ebből kettő bőrtünet) volt jellegzetes

a kórképre. A többi tünet szenzitivitása és specificitása alapján nem mutatott használatot diagnosztikus értéket.

Az új ISG kritériumok: visszatérő orális ulceráció, és kettő a következők közül: visszatérő genitális ulceráció, szemtünet (uveitis, retinalis vasculitis), bőrlézió (erythema nodosum vagy pseudofolliculitis), pozitív pathergia teszt.

Greschik István dr.

T-kryptantigén szabaddá válásával járó haemolytikus-uraemiás szindróma a felnőttkorban. Rumpf, K. W. és mtsai (Abteilung Nephrologie und Rheumatologie der Medizinischen Klinik und Abteilung Transfusionsmedizin des Klinikums der Universität Göttingen): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 1270.

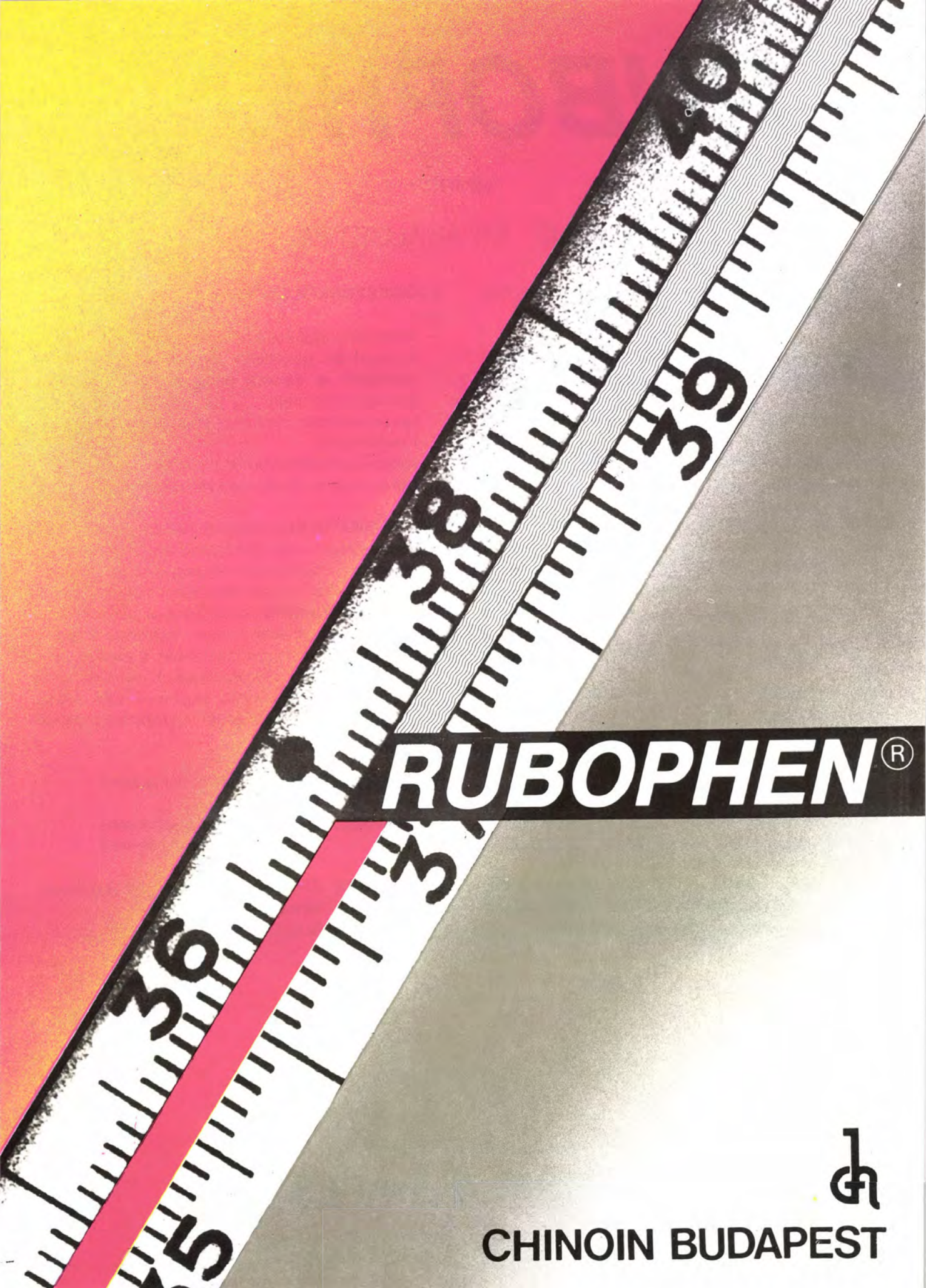
Haemolytikus-uraemiás szindróma (=HUS) elnevezés alatt különböző betegségeket foglalunk össze, amelyekre intravasalis haemolysis, thrombopenia és veseelégtelenség jellemző. A szindróma aetiologiája, pathogenesis és prognózisa is heterogén. Kiváltó tényezői lehetnek infekció, terhesség, gyógyszerek, malignus betegségek és genetikai adottságok.

Az infekció okozta HUS kórképek egyik alakját az E. coli törzsek által termelt verotoxin vagy rokon „shiga-like” toxinok okozzák. A másik, eddig főleg gyermekekben leírt alakot bakteriális vagy vírus eredetű neuraminidase aktivitás váltja ki azzal, hogy az erythrocytákon, thrombocytákon és a glomerulusok endotheljén lévő T-kryptantigént („Thomsen—Friedenreich-antigén”) szabaddá teszi. Ezt a rejtett antigént normálisan neuraminsav-tartalmú struktúrák takarják a sejtfelületen, ezért szerológiailag nem ismerhető fel, de neuraminidase hatására felszabadul, és megfelelő antitestekkel vagy speciális lektinokkal kimutathatóvá válik.

A szerzők egy 36 éves nőt egy esetét ismertetik, akinek 1986 óta colitis ulcerosája van. Kezelőorvosa anaemia és fokozott vörösvértest-süllyedés miatt küldi az egyik kórházba, ahol thrombopeniát is találtak. A megfigyelés folyamán csökkenő diuresis mellett növekvő retenciós értékeket észleltek, és a beteg veseelégtelenség diagnózissal a szerzők intézetébe helyezik.

Az akut veseelégtelenség (kreatinin 10,5 mg/dl), haemolytikus anaemia (Hgb 9,7 g/dl, LDL 1626 U/l, haptoglobin 10 mg/l) és thrombopenia (98 000/μl) miatt már kezdetben felmerült a HUS gyanúja. Vérnyomása, hőmérséklete normális. A lektinteszt szabad T-antigént mutatott ki. Plasmapheresis, plazma-infüzió és nagy adag furosemid után a beteg diuresis megindult, retenciós értékei csökkentek és hat hét múlva panaszmentesen távozott.

A betegben sem szerológiailag, sem tenyésztéssel nem sikerült kórokozót kimutatni. Tekintettel a fennálló colitis ulcerosára valószínűleg látszik, hogy a neuraminidase behatolási kapuja a bél.



RUBOPHEN®



CHINOÏN BUDAPEST

RUBOPHEN®

tabletta

ANTIPYRETIKUS ÉS ANALGETIKUS HATÁSÚ

HATÓANYAG: 100 mg ill. 500 mg paracetamolom tablettánként.

JAVALLATOK: láz, illetve enyhe és közepsúlyos fájdalom csillapítása.

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

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

Szokásos adagja gyermekeknek:

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

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

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

naponta 3—4-szer.

A gyógyszert evés után bőséges folyadékkal kell bevenni.

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

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

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 tablettá
10 db 500 mg-os tablettá

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

CHINOIN BUDAPEST 

termel neuraminidaset, és mutattak már ki T-transzformációt enterocolitisekben.

A szerzők tudtával eddig 20 esetben írtak le T-antigén szabadbá válást igazoló HUS-t. A 20 beteg között csak egy felnőtt volt (66 éves nő), a többi 1 hó és 3,5 év közötti gyermek. Alapbetegségek: 14 pneumonia, 4 meningitis, 1 perforált appendicitis, 2 cholecystitis (66 éves). Kórokozók: 15 esetben pneumococcus, 5 negatív. Meghaltak tízen. A szerzők betege is igazolja, hogy felnőttkorban is számolni kell a HUS ezen speciális alakjával, és el kell végezni a lektintesztet.

Csábítónak látszik feltételezni, hogy a haemolysisért, thrombopeniáért és a vesekárosodásért felelős mechanizmus a neuraminidase által szabadbá tett T-antigén és a minden felnőtt vérében jelen levő anti-T-antitestek közötti antigén-antitest reakció. Azonban néhány tény nehezen egyeztethető össze ezzel az elképzeléssel. 1. Azt váránánk, hogy a friss plazmával bejuttatott anti-T-antitest többlet tovább fokozza a kórfolyamatot. 2. A csecsemők megbetegedése, akiknek széruma még nem tartalmaz anti-T-antitesteket, nem magyarázható meg antigén-antitest reakcióval.

Egyesek szerint T-transzformáció esetén veszélyes a plazmaterápia. A szerzők betege mutatja, hogy nem mindenkor. Ez annyit jelent, hogy az antigén-antitest reakció nem az egyedüli tényező a T-antigén szabadbá válásával járó HUS pathogenezisében, ezért a manapság standard kezelésnek vélt plazmacsere csak nagy óvatossággal fogadható el.

A HUS prognózisa rossz. Esetük mutatja, hogy a felnőttkori neuraminidase aktivitás kiváltotta HUS jó prognózisú is lehet. Még nyitott kérdés, mennyiben járult ehhez a plazmacsere.

Kollár Lajos dr.

Cyclosporin autoimmun betegségekből. Frey, F. J. (Medizinische Poliklinik, Inselspital Bern): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 772.

A cyclosporin (cs.) nem cytotoxikus, immunosuppressív ciklikus undecapeptid. Ma általában az a felfogás, hogy a cs. az immunfolyamatokat a T-lymphocyták (kevésbé a B-lymphocyták vagy a makrophagok) direkt inhibíciójával befolyásolja. A cs. hatását a vese- és csontvelő átültetések kapcsán bizonyították, és ma már kétségteljesen az a tény, hogy a cs. a szervátültetések keretében hatásos immunosuppressív szer. Mivel a szervátültetésben a tradicionális immunosuppressív terapia (prednison, azathioprin vagy cyclophosphamid) egyeb „autoimmun előjelzésű” betegségekből is azonos hatással rendelkezik, jogos volt a törekvés a cs. hatását ilyen kórfolyamatokban kontrollált vizsgálatokban tovább vizsgálni.

Igy hatásosnak látszik a cs. uveitis (Behçet-kór), rheumatoid arthritis, myas-

thenia gravis, Sjögren-syndroma, psoriasis, morbus Crohn bizonyos eseteiben. Eredményesnek látták a cs.-terápiát anaemia aplasticában. A cs. csökkenti a proteinuriát glomerulonephritises betegeknel, anélkül azonban, hogy a vese működését javítaná. Számos ellenőrző vizsgálat foglalkozott a cs.-kezelés eredményességével sclerosis multiplex és sclerosis lateralis amyotrophica esetén; így bizonyos kedvező hatást észleltek ezen kórkepek egyes paramétereiben, de a terápiás haszon csekély volt a mellékhatások viszonylatában, így a jelenlegi tapasztalatok szerint nem vezethető be. A primer biliaris cirrhosis esetén a cs.-kezelés alatt a cholestasis jelek csökkennek, azonban nem tisztázott, hogy a betegség kórjóslata valóban javul-e. Azon megfigyelés, hogy az újonnan felfedezett insulinfüggőségű (I. típus) diabetes mellitusos betegek egy része addig nem szorult insulinra, ameddig cs.-t kap, inkább a pathogenesis tisztázására szolgál, azonban a napi klinikai gyakorlatban nem érdekes a kezelési stratégiát illetően. Az endokrin ophthalmias betegek kezelésében a cs.-nal kombinált prednison valamivel jobbnak bizonyult, mint a prednison monoterápiá. Számos egyéb betegségben is próbálkoztak pozitív eredménnyel a cs.-kezeléssel, azonban ezeknél hiányoznak az ellenőrző megerősítő utánvizsgálatok (pl. morbus Crohn, colitis ulcerosa, hepatitis activa chr., purpura idiopathica thrombocytopenica, dermatomyositis, pemphigus, scleroderma, erythematodes, sarcoidosis pulmonalis, arteriitis temporalis, myocarditis).

A cs. kezelésnek a mellékhatásai a következők: a veseműködés beszűkülése, köszvény, hypertonia, tremor, hypertrichosis, gingiva-hyperplasia; ezen mellékhatások azonban célzott ellenőrzés mellett a betegek nagy részében elviselhető keretek között tarthatók és csak általában a betegek 5%-ában szükséges a kezelés megszakítása.

Megállapítható, hogy a cs. a szervátültetés keretein kívül is számos betegségcsoportban hatásosan alkalmazható.

iff. Pastinszky István dr.

A renin-angiotensin-aldosteron-rendszer és az autoszomális dominánsan öröklődő polycystás vesebetegség. Chapman, A. B. és mtsai (Dept. of Medicine, Box C283, Univ. of Colorado School of Medicine, Denver CO 80262 USA): New Engl. J. Med., 1990, 323, 1091.

Az autoszomális dominánsan öröklődő polycystás vesebetegség szempontjából fontos tényező, hogy kb. 70–75%-ban a renális funkciók romlása előtt jelentkezik a hypertensio. Ezeknek a betegeknek a halálát leggyakrabban cardiovascularis szövődmények okozzák, amely szövődmény kialakulásában fontos szerep jut a hypertensiónak. Korábbi irodalmi adatok rámutattak arra, hogy a cysta megnagyob-

bodása bilaterális renális ischaemiát és így fokozott renin kiáramlást okoz, amely felelőssé tehető a polycystás vesebetegség kezdeti szakaszában kialakuló hypertensióért.

A szerzők a plasma renin aktivitást és az aldosteron koncentrációt mérték, az angiotensin-konvertáló enzim gátlását követően közvetlenül (1 óra), és hosszú inhibíció után (6 hét), s hasonlították azt össze 14 hypertensios polycystás vesebeteg, 9 esszenciális hypertoniás, 11 normotensios polycystás vesebeteg és 13 kontroll személy esetében. Eredményeik szerint a konvertáló enzim gátlása után közvetlen mért plasma renin aktivitás hypertensios polycystás vesebetegeknel szignifikánsan magasabb volt az esszenciális hypertoniásokhoz képest. A 6 hetes konvertáló enzim gátlást követően a vese plazmaátáramlása fokozódott, és a filtrációs frakció, valamint a vascularis rezisztencia szignifikánsan csökkent a hypertensios polycystás vesebetegek esetében, szemben az esszenciális hypertoniásokkal. Ezen utóbbi a veseműködés haemodinamikájával összefüggő eredmények háttérben az enzimgátlást követő vasodilatatio áll.

A közlemény eredményei támogatják azon adatokat, melyek szerint a renin-angiotensin-aldosteron rendszer hypertensióval járó polycystás vesebetegségben fokozottan stimulált az esszenciális hypertoniásokhoz képest.

Csábi Györgyi dr.

Renin — a kezdetektől napjainkig. (Szerkesztőségi közlemény) Kem, D. C., Brown, R. D. (Univ. of Oklahoma Medical Center, Oklahoma City, OK 73190 USA): New Engl. J. Med., 1990, 323, 1136.

Tigerstedt és Bergman klasszikus kísérlete — amely során veseszövet extractum nyúlba való fecskendezésével pressor választ értek el —, vezetett a renin-angiotensin-aldosteron rendszer (r. a. a. r.) élettanának megismeréséhez. A r. a. a. r. alapvető szerepet játszik a vérnyomás, a folyadék- és elektrolitháztartás homeostasisának fenntartásában. A renin a vese afferens arteriolait körülvevő juxtaglomerularis sejtekből szabadul fel. Hatását a májban termelődő angiotensinogénre fejté ki, amelyet angiotensin I-gyé alakít. Ez utóbbi az angiotensin konvertáló enzim hatására alakul angiotensin II-vé, amely pressor és aldosteron stimáló aktivitással rendelkezik. A renin szintézise a preproreninből indul. A preprorenin szintézise és proreninre való alakulása juxtaglomerularis sejteken kívül más szervekben is zajlik, így az agyban, a perifériás érrendszerben, gonádokban és mellékvesében. A prorenin inaktív reninnek is nevezik, amely egy aminosav lehasításával alakul reninné. A prorenin kis része közvetlenül a keringésbe is kerül.

A lap szerkesztőségi közleménye a folyóiratban megjelent két tanulmányra hívja fel a figyelmet. Az első idézett közleményben Wilson és Luetscher a prorenin szint mérés-

sével kísérletet tesz azon I. típusú diabetes mellitusos betegek azonosítására, akiknél a vese- és retina-microangiopathia kockázata lényegesen nagyobb. A szerkesztőségi közlemény megerősíti a fenti prospektív tanulmány azon eredményét, hogy a magas plasma prerenin aktivitás a microangiopathiák fokozott kockázatának markereként értékelhető, míg patogenetikuss szerepe nem bizonyított.

A szerkesztőségi közlemény által röviden ismertett másik cikkben *Chapman és mtsai* a r. a. a. r. polycystás vesebetegségben játszott szerepével foglalkoznak. A convertáló enzim gátlásával végzett vizsgálataik rámutatnak a r. a. a. r. szerepére a polycystás vesebetegségben jelentkező hypertóniában. A szerkesztőségi cikk a két tanulmány között azzal a megfigyeléssel „ver hidat”, amely szerint a convertáló enzimgátlók jól használhatók a diabeteses microangiopathiák megelőzésében.

Csábi Györgyi dr.

A légzésfunkciók krónikus primer fibromyalgiában. Lurie, M. és mtsai (Sahlgren's Hosp., Göteborg): *Scand. J. Rehab. Med.*, 1990, 22, 151.

A más néven fibrositis szindrómás, 26—65 éves nőbetegek a szerzők korábbi közleménye szerint 84%-ukban dyspnoésak (*J. Int. Med.* 1989, 226, 265) és ergometriás munkakapacitásuk ezért alacsony. A kilégzéses spirogramjuk megfelelt a várt értéknek — a kontroll személyeké ennél kissé magasabbnak bizonyult — azonban az 1 mp-ig fenntartott maximális kilégzési és belégzési nyomás a kontroll személyekéhez képest azokénak csupán a 30—40%-a. A trapesius felett regisztrált elektromyogram a betegek több mint felénél myopathiára utalt, de ez nem korrelált a spirometriás értékekkel. A CO₂-belégzésre adott válasz (12 beteg mérése) normálisnak bizonyult, így nem az agytörzsi kemoreceptor-érzékenység az oka a légzőizmok izometrikus (statikus) teljesítőképesség csökkenésének. A betegek közötti megkülönböztetésre nem alkalmas a statikus légzőizom-erő mérése, de az egészséges és a beteg elkülönítésére igen.

Apor Péter dr.

Izomfájdalom szindrómák. Simons, D. (Univ. Calif., Irvine): *Adv. Pain Res. Ther.*, 1990, 17, 1.

A nem ismert okú izomfájdások a „rutin” orvosi vizsgálat és a laboratóriumi tesztek során nem mutatnak kóros eltérést. A tünetcsoport ezért is számtalan nevet visel száz év óta: reumás Muskelschwiele, izomreumatizmus, fibrositis-myofibrositis, myogelosis, noduláris reumatizmus, somatikus trigger areák, nem ízületi reumatizmus, trigger-pont jelenség, primer króni-

kus fibromyalgia stb. Az amorf adattömegből az tűnik ki, hogy négy állapot, tünet kapcsolódik, egymást többé-kevésbé fedve: 1. helyi myofascialis fájdalom szindróma (MPS) trigger pontokkal (Tr.), 2. fibromyalgia Tr. nélkül — ez szisztémás betegségeknek tűnik, 3. REM fázisban alvási zavar, 4. következményes ízületi dyszfunkció.

Az utóbbi 15 év a MPS és a fibrositis szindróma (FS) elkülönülése jegyében sorakoztatott fel adatokat.

Az MPS-ben egy-egy izom-izomcsoportra lokalizálódik a fájdalom. Feszés, kontrahált állapotban lévő izomkötegek tapinthatók, ezeken belül igen fájdalmas trigger pontok lelhetők fel. Ezek nyomása, túvel megsúrása kiváltja a panaszolt fájdalmat és érzészavart a Tr.-tól távol. A „latens” Tr. pont kevésbé vagy nem fáj, ingerlése nem okoz helyi rángást (ez jellegzetes EMG képpel jár: egy kisüléscsoportot néhány izolált tüske követ), de mozgáskorlátozást magyaráz. Janet Travel, e kérdéskör klasszikusa szerint ez a késői stádiumot reprezentálja. A Tr. ponttól távoli fájdalmat legalább öt mechanizmus magyarázhatja, ezek közül anatómiai (konvergencia-kivetülés és a primer fájdalomérző idegek perifériás elágazódása) és az idegrendszeri aktivitás modulációi (konvergencia-facilitáció, szimpatikus aktivitás, supraspinalis szinten képzetkivetítés) kerülnek szóba. Olykor a távoli fájdalom vagy érzészavar területének érzés-telenítése megszünteti a Tr. pont fájdalmasságát és az izom feszességét. A MPS diagnózisának öt nagy kritériuma a 1. helyi — nem akut túlterhelést követő — tartós fájdalom, 2: a Tr. pontból kiváltható jellegzetes — térképpel is sokszor leírt, a kórképpel foglalkozók számára ismert fájdalom és érzészavar, 3. feszés izomköteg, 4. ezen belül igen élesen fájdalmas, pontoszerű feszesség, 5. az ízületi kimozdulás korlátozott. A kis kritériumok: reprodukálható a fájdalom a Tr. pontból, a köteg haránt megnyomása helyi izomrángást vált ki, az izom megnyújtása (stretching) vagy a Tr. pont érzés-telenítése megszünteti a panaszt.

A Tr. pont jellegzetesen az izomhasban van, az izom eredése és tapadása helyén „másodlagos” Tr. pontok észlelhetők. Utóbbiakra legjellemzőbb a levator scapulae tapadási pontja vagy a m. supraspin. vállízületi vége (vagy a m. extensor carpi rad. br. tendinosus összeköttetése a külső könyök epicondylusa alatt 1 cm-re, amelynek nem ismerése oly gyakran vezet a „tenisz könyök” tévdiagnózishoz. — *Ref.*)

Az izom fájdalmasságát algométerrel is megpróbálják objektívizálni. Kb. 2,5 kg/cm az ingerküszöb a normál és az érzékeny között. A feszés kötegek elektrofiziológiai tanulmányozásától és a mágneses rezonancia vizsgálatától várhatunk további ismereteket. A NMR a MPS-ben a Tr. pontokra lokalizáltan, míg FS-ben az összes fájdalmas izomban megzavart makroerg foszfát szintet mutat az eddigi — néhány — tanulmány szerint.

Összefoglalva: a Myofascialis Pain Synd-

roma (MPS) és a Fibrositis (FS) külön kórképek. A MPS néhány specifikus izomra lokalizált, onnan jellegzetes fájdalom és érzészavar kisugárzás váltható ki. A FS-ban feszés izomkötegek jellemzők, kevés vagy egyáltalán semmi trigger ponttal. Ez főként a nők betegsége. A MPS akut sérüléssel vagy tartós túlterheléssel kezdődik egy izomcsoportban. A FS általános izomfáradással és testszerte, szimmetrikusan fellépő fájdalommal fokozatosan alakul ki. A MPS jól befolyásolható a trigger pontok kezelésével (masszázs, injekció, hűtés — spray is —, nyújtás), a FS-ban az izomkötegek helyi kezelése nem hatékony, ezt gyógyszeresen (is) kell kezelni. Egyik sem életet fenyegető baj, de nem is neurotikus képzeldés. Mindkét tünetcsoport gyakori, így együttes előfordulásuk is valószínű.

[*Ref.: A szerző 1975—76-ban (Amer. J. Phys. Med.*, 54, 289 és 55, 15) megjelentette már egy irodalmi áttekintést. A jelenlegi a legfrissebb irodalmat is idézi. Travell és Simons könyve a Trigger point manual (1983, Wilkins és Wilkins, Baltimore) is ajánlható a témával foglalkozni kívánóknak. Erre azért is biztatom kollégáimat, mert hazánkban minden harmadikunknak vannak olykor többé-kevésbé fájdalmas trigger pontjaink, melyeket legtöbbször más diagnózissal és kezelésmóddal illetnek, mint amelyet megérdemelnek.]

Apor Péter dr.

SEBÉSZET

A korai gyomorrák sebészi stratégiája. Hioki, K., Nakane, Y., Yamamoto, M. (Dept. of Surgery, Kansai Medical University, Osaka, Japan): *Br. J. Surg.*, 1990, 77, 1330.

A kettős kontrasztos rtg-vizsgálattal és az endoscopus technika állandó fejlődésével Japánban már 30—40%-os a korai gyomorrák aránya a malignus gyomor megbetegedések között, de egyes japán kórházakban ez az arány már 50% fölött van. Az 5 és 10 éves túlélés 90%-os, illetve 80%-os. A japán Gastric Cancer Study in Surgery and Pathology 1962-ben történt alapítása óta a nyugati országokban is egyre elterjedtebben alkalmazzák a japán meghatározásokat és makroszkópos beosztásokat. A mucosára terjedő gyomorrák nyers metastasisa igen alacsony, csak 3%, míg a submucosára terjedő már 20% körül van. A korai gyomorrák nyers. metastasisa nemcsak a primer laesio mélységétől függ, hanem számít a nem, a kor, a szövettani diagnózis és a tumor morfológiája is.

Alapvető a korai gyomorrák pontos diagnózisa. Több alcsoportra osztható, mégpedig a) mucosára vagy submucosára terjed, b) makroszkópos megjelenése, c) multifocalis-e? d) szövettani típusa szerint. Jelenleg 80—90%-os biztonsággal különíthető el az előrehaladott gyomorrák a korai gyomorráktól, de csak 70—80%-os a

mucosalis-submucosalis praeoperatív differenciál-diagnózis lehetősége.

A metastatikus nycs-k praeoperatív megnevezése az állandó technikai fejlődés mellett az izotópos immunolokalizáción, az endoscopos lymphographián, az endoluminalis ultrahang vizsgálaton és a dinamikus CT-n alapul. A 3 mm-nél nagyobb nycs-k endoluminalis ultrahangos meghatározási pontossága az érzékenység szempontjából 92%-os, a specificitás részéről 100%-os. A fentiek ellenére még van néhány gyomor körüli regionális nycs-csoport, melyek igen nehezen vizualizálhatók.

E gyomor körüli regionális nycs-k három fő csoportba nyertek beosztást a carcinoma gyomorban való lokalizációjának megfelelően. A regionális nycs-k statusának tisztázása szerint a gyomor resectiók lehetnek: R_0 gyomor resectio az I csoportba tartozó nycs-k inkomplett eltávolításával, R_1 gyomor resectio az I csoportba tartozó nycs-k komplett eltávolításával, R_2 gyomor resectio az I és 2 csoportba tartozó nycs-k teljes eltávolításával, és R_3 gyomor resectio az I, 2, és 3 csoportba tartozó nycs-k teljes eltávolításával. Szövettanilag a papillaris adenocarcinoma és a tubularis adenocarcinoma alkotja a differenciált csoportot, és az alig differenciált adenocarcinoma, valamint a pecsétgyűrű sejtjes carcinoma a differenciálatlan csoportot.

Meglepő módon a differenciált korai gyomorráknak kiterjedtebb nycs. metastatisa van. Így az R_2 és R_3 resectio elvégzése ajánlatos a korai gyomorrák magas rizikófaktorú eseteiben az előrehaladott gyomorrák esetekhez hasonlóan. Eltávolítandó a perinoduláris zsírszövet is, követni kell a *no-touch izolációs* technikát és a keringési blokádot, hogy megelőzhessük a műtét alatti haematogen szóródást.

Azokban az esetekben, ahol valamilyen okból a resectio kontraindikált, vagy a beteg visszautasította a műtétet, illetve a kategória szerinti beosztás valószínűtlenné teszi a nycs metastasis jelenlétét, szóba jön az endoscopos sebészeti beavatkozás. Ez lehet: 1. lasersebészet, 2. nagyfrekvenciájú elektromos polypectomia vagy *strip biopsia*, amely mucosectomia néven ismert, 3. mikrohullámok vagy 4. lokális injectiók segítségével. A *strip biopsia* útján 2–3 cm átmérőjű, az injectiók technika segítségével 1–2 cm-es laesiók is eltávolíthatók. (1986-ban Kasugai 71 kórházból szerzett adatai szerint 1653 endoscopos kezelés után a korai gyomorrák 85%-ban gyógyult a laserkezelés és 99%-ban a nagyfrekvenciájú elektromos polypectomia után).

Mind az endoscopos, mind a konvencionális sebészeti kezelés a siker érdekében igényli a pontos diagnózist, a nycs-k statusának meghatározását és a lokális infiltratio kiterjedtségének ismeretét.

Novák László dr.

Transzponált gyomor rákja. Králik, J., Neoral, C., Vácha, P. (I. Chir. Klin., Abt. Pathologie, Krankenhaus Sumpferk): Zent. bl. Chir., 1990, 115, 1323.

A gyomorral történő nyelődéscsőptólásnak mind korai, mind késői szövődésményei ismeretesebbek, de a szerzők szokatlan esetüket közlésre érdemesnek tartják: 1949-ben, corrosiv nyelődéscsőptólás miatt gyomor-transzpozícióval oesophago-gastrostomiát végeztek. 1984-ben nyelési zavar miatti kivizsgálás a felhúzott gyomorban polypoid adenocarcinomat igazolt. Belgyógyászati okokból radikális műtetre nem volt lehetőség, ezért retrosternalis colon-szakasszal biztosították a passage-t és a tumort beszaragzták. A beteget 3 évvel később vesztették el, kiterjedt, a mediastinumba metastatizáló tumora miatt.

Esetükben a transzponált gyomorban kialakuló rák a gyomorcsonk-carcinomának megfelelően alakulhatott ki az anaciditás, a mobilizálás következtében létrejött rosszabb keringés miatt. Jóllehet a retrosternalis colon-transzpozíciót sok kritika éri, véleményük szerint speciális esetekben elvégezhető, s esetükben is több eséllyel kecsgetett, mint az ismételt oesophagus-plasztika, s — a sugárkezeléssel együtt — hároméves túlélést biztosított.

Pikó Béla dr.

Átmeneti bitubularis enterostomia. Le Treut, Y. P. Presse Méd., 1990, 19, 1720.

A szerző két esetet említ arra, amikor kettős bélkivezetést végeznek, egyik a preventív („de protection”), másik az életmentő („de sauvetage”). Mindkettő veszélyhelyzetet akar elkerülni, csökkenteni.

A kettős kivezetésnél több probléma merül föl az egymáshoz közel nyíló stomiáknál. Ezért ók a bélresectio után a „produkív stomiánál” elvégzik a kivezetést, de a másiknál a kacsot nem vezetik ki, hanem ballonos katétert vezetnek bele, a hasfalat csak ez penetrálja. Így a stomiára könnyen alkalmazható a műanyagzacskó, míg a szondán át a táplálást lehet végezni, esetleg instillációkat a reflux veszélye nélkül. A cikkben ismerteti a kettős stomiák három lehetőségét.

Hankiss János dr.

A resectio szerepe a tompa májsérülés kezelésében. Hollands, M. J., Little, J. M. (Dept. of Surgery and Trauma Research Unit, Westmead Hospital, Sydney, Australia): World J. Surg., 1990, 14, 478.

10 éves periódusban 306 beteget kezeltek májsérülés miatt a Westmead kórházban. Tompa májsérülés 281 (92%) volt, összesen 96 (31%) sérült halt meg. 42 sérült (14%) kellett megoperálni, átlagéletkor 24 év volt, 25 férfi. Máj véna sérülése 23-nak volt, nagyobb parenchymás sérülése 18-nak, egyenél diffúz parenchymás dekitalizációt találtak nagyobb laceratio nélkül. Resectió débridement 35 sérültnél történt,

ebből 29-nél a fő technikai problémát a vérzés kontrollálása okozta. 21-nek volt társult véna sérülése. Öt sérültnél nagy kiterjedésű devitalizált parenchymát találtak, egyenél intrahepatikus epeút sérülés állt fenn. Anatómiai resectiót 7 sérültnél lehetett alkalmazni: háromnak jelentős vérzése, kettőnek devitalizált parenchymája és kettőnek intrahepatikus epeút sérülése volt. Az operáltakból 15 sérült halt meg, ez 36%. Kilenél a halál közvetlen oka vérzés volt. Az átlagos kórházi tartózkodás 32 nap (11–162) volt, a túlélőknél átlagban két szövődésmény lépett fel, leggyakrabban légúti fertőzés, légzési elégtelenség, coagulopathia és sepsis.

A májsérülés diagnózisának felállításához a klinikai gyanú ma már nem elég, segítség a CT és az ultrahang vizsgálat. A társuló egyéb sérülések (főleg a mellkasi szervek részéről) miatt a felvételtkor shockos állapot áll fenn, igen gyakran acidosis mellett. Az egyszerű szűrt vagy lőtt májsérülések csak grade II–III beosztásba kerültek, a grade VI–VII sérülések polytraumatizáltaknál fordultak elő. A resectióval kezelt májsérültek mortalitása igen magas, oka a sérültek kritikus állapota. Az anatómiai resectio vagy a resectió débridement műtéte mégis kötelező jellegű, mert ezek a sérültek konzervatív kezelés mellett meghalhatnak.

Novák László dr.

A májsérülés konzervatív kezelése. Andersson, R., Bengmark, S. (Dept. of Surgery, Lund University, Lund, Sweden) World J. Surg., 1990, 14, 483.

Az utolsó évtizedben egyre több közlemény foglalkozik a hasi sérültek konzervatív kezelésével. Kezdetben csak a gyerekekészek ajánlották a lép megtartását annak sérülése után, majd a felnőtt sérültek kezelése során is kritikával kezdték szemlélni a „kötelező lépettávolítást”. Hasonló tendencia észlelhető a májsérüléseknél is, a sérültek kb. 80%-a menekül meg az anatómiai resectio vagy a resectió débridement elől.

Szabad hasüregei vér ma már nem jelent abszolút műtéti indikációt a laparotomiához, a műtetre kerültek felénél a máj vérzése már megszűnt a laparotomia kezdetére. A CT és az ultrasonographia mellett a szoros megfigyelés szerepe elengedhetetlen. Ha a sérült iv. Ringer lactat adására haemodinamikailag stabil, egyéb hasi sérülés nem indikálja az explorációt, akkor 2 napig ágynyugalom ajánlatos, majd fokozatos mobilizálás, természetesen a fenti feltételek mellett.

A szerzők saját anyaga szerint az 1969–1986 közötti időszakban az első kilenc év alatt nem operált sérültek 24%-os aránya a második kilenc évre már 59%-ra növekedett. A korábbi angiographiás diagnosztikai lehetőség a non-invasiv technikák bevezetésével igen sokat fejlődött.

A szabad hasüregi vér ártalmatlan, könnyen felszívódik, ha bakteriálisan vagy epe által nem fertőződött. Az exploratív laparotomia gyakran áll szimpla hasüregi drainageból, mely egyébként szignifikánsan növeli a fertőzéses szövődeményeket. A májsérültek halálzásának 10%-ában pedig az intraperitoneális abscessusok és a következményes sepsis játszanak szerepet. Számolni lehet a jövőben a sürgősségi alapon elvégzett arteriális embolizációval mint alternatív megoldással az exploratív laparotomiával szemben.

[Ref.: a májsérültek kezelésénél a konzervatív vagy műtéti megoldás mellett felelősségteljes döntés nagy tapasztalatot, a tünetek és a vizsgálati eredmények helyes értékelését igényli, ezért érdemes több trauma adatait figyelembe venni.]

Novák László dr.

Sejtsökkentő májresectio neuroendocrin tumorok miatt. McEntee, G. P. és mtsai (Dept. of Surgery and Medical Oncology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA): *Surgery*, 1990, 108, 1091.

A cytoreductív (sejtsökkentő) májsebészet szerepe még napjainkban sem teljesen tisztázott a neuroendocrin tumorok máj metastasisainak fennállása esetén. A többi kezelés, mint a systemás chemotherapia, hormonális therapia és tumor devascularisatio intenzív kutatás tárgya volt és ennek megfelelően jelentős fejlődést is mutatott. A fentiek kombinációja a cytoreductív májresectióval egyre jobb eredményeket adhat. 1970 és 1989 között a Mayo klinikán 425 intestinalis vagy pancreas eredetű neuroendocrin tumoros beteget kezeltek. Ebből 37-et (9%) operáltak máj metastasis miatt, 20 nő és 17 férfi megoszlásban. Összesen 17 volt kuratív jellegű, míg 20 palliatív. Carcinoid daganat 24, szigetsejtes 13 volt. 25 resectio (68%) járt a primer tumor egyidejű eltávolításával, 12 (32%) májresectióra a primer tumor excisiója után 2 hónaptól 33 évig terjedő időszak (átlagban 71 hónap) eltelté után került sor. A májresectiók típusaiként lobectomia, nem-anatómiai resectio vagy a kettő kombinációja szerepeltek. Kuratív resectióként jelölték a látható primer és metastasikus tumorok egészben való excisióját.

A 17 kuratív resectióból 9 betegnek symptomás endocrinopathiája, hét betegnek primer tumor okozta tünetei voltak. A kilencből nyolc betegnek a műtét után teljesen megszűntek a panaszai, öt tumormentesen még életben van 8–82 hónappal (átlag 26 hónap) a májresectio után. A hét primer tumor okozta tünetektől szenvedő betegből hat szintén tünetmentes, ebből öt ma is él és tünetmentes, a műtét után 5–28 hónappal (átlagban 14 hónap). Egy betegnél öt évvel az abdominoperineális rectum extirpatio után (rectum carcinoid miatt) végeztek májresectiót, ma is tünetmentesen él. A 20 palliatív resectión átesett betegből 16-nak

volt symptomás endocrinopathiája és 4-nak a tüneteit a primer tumor okozta. A 16-nak a fele teljesen tünetmentes lett, öt ma is él 2–30 hónappal (átlagban 11 hónap) a resectio után. A négy primer tumor okozta tünetek miatt májresectión átesett beteg mindegyike tünetmentes lett, kettő ma is él és 10–101 hónappal a műtét után is tünetmentes.

A Mayo klinika tapasztalata szerint a kuratív sebészeti beavatkozás elvégezhető a makroszkóposan reseccabilisnak ítélt esetekben. A palliatív sebészet akkor is ajánlott, a rövidebb időtartamú tünetmentesség ellenére is, ha a válogatott betegek jelentős részénél elhalaszthatja, illetve csökkentheti a kiegészítő, rendszeres gyógyszeres kezelést/kezeléseket.

Novák László dr.

Májresectio hererák áttét miatt. Goulet, J. R. és mtsai (Dept. of Surgery, Oncology and Urology, Indiana University Medical Center, Indianapolis, Indiana): *Ann. Surg.*, 1990, 212, 290.

1970 előtt a metastasissal járó hererák halálos kimenetelű volt. A platinumra épülő chemotherapiás kombináció bevezetése a korai stádiumú rákos betegeken 95%-os, míg az előrehaladott stádiumban levő betegeknél 80%-os gyógyulást eredményezett. 1980-ban Mandelbaum bizonyította be, hogy a hererák pulmonáris áttéte biztonságosan eltávolítható.

1976 áprilisa és 1989 áprilisa között 28 beteget operáltak a szerzők hererák áttét miatt, 15 beteget az utolsó öt évben. Életkoruk 12–35 év között volt, átlagban 24 év. Műtéti halálozás nem volt, a kétéves túlélés 54%-os, az átlagos követési idő 34 hónap volt. 11 beteg chemotherapiája cisplatin, vinblastin és bleomycin, 14 betegé cysplatin, etoposid és bleomycin kombinációjából állt, három beteg emellé doxorubicint is kapott.

A fenti terapiából egy beteg sem kapott négy ciklusnál többet. Embrionális carcinoma 11, choriocarcinoma 3, teratoma 4 betegnek volt. Kevért jelleget mutatott a szövettani vizsgálat 10 betegnél.

A májresectio 20 esetben széli resectio, 4 esetben segmentectomia, háromszor lobectomia volt. Csak egyszer kellett trisegmentectomiát végezni. Postoperatív szövődeményként ötször abscessus, kétszer epe-fistula és pneumonia lépett fel.

A hererák egyedülálló malignus megbetegedés, mivel hatásos chemotherapia alkalmazható nemcsak a betegség kezdetén, hanem előrehaladottabb stádiumban is. Metastasis esetén a májresectio biztonságos fegyver a multidiscplináris teammunkában.

Novák László dr.

Idős betegeknél végzett radikális pancreatectomia pancreas carcinoma miatt. Jorgos és biztosság? Spencer, M. P., Sarr, M. G., Nagorney, M. D. (Mayo Medical School, Rochester, Minnesota): *Ann. Surg.*, 1990, 212, 140.

A szerzők 1982. január és 1987. december között 206 70 évesnél idősebb beteget exploráltak lehetséges resectio céljából biopsiával bizonyított primer pancreas carcinoma miatt. 118 beteg műtéte csak palliatív biliaris és/vagy gastrikus bypass volt. 42 betegnél (átlagéletkor 75 év) sikerült kuratív műtétet végezni, melyből 23 radikális pancreato-duodenectomia, 8 totál pancreatectomia és 11 distalis pancreatectomia volt. A vezető tünetek között gyakorisági sorrendben szerepelt a súlyvesztés (31%), sárgaság (20%), hasi fájdalom (18%), steatorrhoea (10%), hányás, anorexia (9%).

Szövettanilag adenocarcinoma volt a leggyakoribb diagnózis (69%), de cystadenocarcinoma 12%-ban, szigetsejtes carcinoma 7%-ban fordult elő.

Az operatív mortalitás (a kórházi elbocsátás előtt vagy a műtétet követő 30 napon belül) 9% volt. Sebészeti morbiditás 31%, melynek technikai kapcsolatai: vérzés, sepsis, pancreaticojejunostomia elégtelenség, pancreas csomkó ellátás, gastrikus és biliaris „csorgás” után. Morbiditás egyéb okból (légzési elégtelenség, veseműködési zavarok, pulmonalis embolus, infarctus) 12%. Átlagos túlélés 19 hónap, 1 éves és 5 éves túlélés 66% és 4% volt, adenocarcinoma diagnózis után átlag 18 hónap, bár 2 beteg több mint öt éve él. Továbbá 8 beteg átlagos túlélése már 33 hónap. Preoperatív kedvező előrejelzések ellenére a reseccabilisnak látszó betegeknél csak 21%-át sikerült kuratív műtétben részesíteni.

Átlagos kórházi tartózkodás 16 nap, intenzív osztályon 2 nap volt. Idős korban, 70 év felett is érdemes radikális pancreas resectió műtétet végezni.

Novák László dr.

A szuperszelektív vagotomia a szövődményes nyombélfekély kezelésében. Falk, G. L., Hollinshead, J. W., Gillet, D. J. (Department of Surgery, Repatriation General Hospital, Concord): *Med. J. Aust.*, 1990, 152, 574.

Az elmúlt évtizedben a makacs, gyógyszerrel nehezen befolyásolható duodenalis fekélyek sebészi kezelésében a minimális szövődménnyel és alacsony halálozási aránnyal járó szuperszelektív vagotomia felváltotta a törzsi vagotomiát és drainage-műtétet. Az elektívén végzett műtétek jó eredményeit sokan ismertették, azonban a szövődményes nyombélfekélyek terápiájában alkalmazott sürgős szuperszelektív vagotomiáról kevés közlemény jelent meg.

A szerzők egy 7 éves periódusban 54 betegre végeztek szuperszelektív vagotomiát nyombélfekély szövődményei miatt, és egy beteget korábban operáltak ezzel a módszerrel.

A szövődmények közül a vérzés 33, sztenózis 16, fekély-perforáció 6 esetben indikálta a műtétet. Vérzésben a vérző pont alóltétét, perforáció megoldására suturát, sztenózis esetén újjal történő tágitást (1 betegben GEA-t, 2-ben duodenum-plasztikát) végeztek a vagotomia mellett.

A vérző betegek átlagos életkora 64 év volt. A 33 vérzés miatt végzett sürgős vagotomia után 5 beteg halt meg, ami 15%-os halálozást jelent. A szerzők ezeket a betegeket két csoportra osztották: 1. azok, akik vérzés miatt kerültek felvételre, 2. akiket más betegség miatt kezeltek a kórházban és a vérzés később jelentkezett. E csoportokat figyelembe véve az elsőből egy 85 éves beteget vesztek aspirációt követően, míg a második, több szervi betegséggel bíró betegcsoportból 4 halt meg a műtét után. A 16 sztenózis és 6 perforáció miatt alkalmazott szuperszelektív vagotomia után halálozás nem fordult elő.

A műtétek után átlagosan 28 hónappal (4–132 hónap) a betegeket felülvizsgálták. A vérző csoportból a meghalt 5 betegben kívül további kettőt elvesztettek, így összesen 48 késői műtéti eredményt regisztrálhattak, amit a Visick-beosztás alapján értékelték. Közülük 45 a Visick 1–2 csoportba tartozott. A további 3-ból két esetben a gyenge késői eredményt ulcus recidíva okozta, míg a harmadik betegben ismét pylorus sztenózis jelentkezett.

A szerzők a szuperszelektív vagotomiát a gyomor-rezekcióval és törzsi vagotomiával szemben alacsonyabb halálozással és kevesebb késői következménnyel járó módszernek tartják a szövődmentes nyombélfekély sebészi kezelésére. A vérzés miatt indikált műtétek után előfordult nagyobb arányú halálozás a 60 éves kor és a több szervi megbetegedés rovására írható, amit más irodalmi adatok is megerősítenek. Ezekben a magas kockázatú betegekben vérzés esetén az endoszkópos terápától, mint preoperatív stabilizáló beavatkozástól várható az eredmény javulása. A szuperszelektív vagotomiával a törzsi vagotomia utáni dumping és hasmenés elkerülhető.

A sztenózis miatt végzett beavatkozás során a kézi tágitást a szerzők jó módszernek tartják; az erőltetett tágitás alkalmával előforduló ruptúra könnyen elvarrható. Egyébként a kézi tágitást csak puhább szűkületek kezelésére javasolják, míg a kemény strikturák megoldására a GEA-t részesítik előnyben (a pylorus-plasztikával szemben is).

Nyombélfekély perforáció sebészi ellátására az egymagában végzett elvarrást az irodalmi adatok szerint 80%-ig előforduló fekély recidíva miatt a szerzők nem tartják elegendőnek. A 6 ilyen esetben alkalmazott szuperszelektív vagotomia után valamennyi betegük a Visick I csoportba tartozott.

A szerzők megállapítják, hogy a szuperszelektív vagotomia hatásos kezelési módszer a nyombélfekély szövődményeinek sürgős sebészi ellátására.

Sápy Péter dr.

Fatális pulmonalis embolia sebészeti beavatkozások után. Hauch, O. és mtsai (Dept. of Surgery and Pathology, Gentofte, Bispebjerg, Hillerød Hospitals and University of Copenhagen, Denmark): Acta Chir. Scand., 1990, 156, 747.

1986-ban 485 ezernyi lakosra 5154 halálozás esett a két nagy dán kórház ellátási területén. A kórházi halálozások száma 2609, ebből 1603 (61%) boncolás történt.

A halál elsődleges oka 74 (4,6%-a boncoltaknak) esetben volt pulmonalis embólia, ebből 16 esetben sebészeti beavatkozások után. Figyelembe véve, hogy az adott évben 27 654 műtét történt (endocrin, cardialis, mellkas, urológiai, szülészeti-nőgyógyászati, orthopaed stb.), így a sebészeti betegekre eső 16 pulmonalis embolia nem tűnik magas számnak, mégis a 16-ból kilencnél a prognózis kifejezetten kedvező lett volna, ha nem lép fel a fatális kimenetelű pulmonalis embólia. A 16-ból csak három részesült thromboemboliás prophylaxisban.

Négy halál a műtétet követő első 24 órában következett be, öt az első héten és 7 az első hét és a 30. postop. nap között. 40 év alatti halálozás nem volt.

Az irodalmi adatok szerint a postoperatív halálozások pulmonalis embolia eredete 15%-ig is terjedhet. A thromboemboliás prophylaxis ezt lecsökkentheti 0,8%–1%-ra. A 40 évnél idősebb betegeknél, a kis sebészeti beavatkozások kivételével, a prophylaxis valamelyik formája (standard heparin; heparin/dihydroergotamin; rugalmas pólya vagy zokni) igen komolyan ajánlott.

Novák László dr.

A lézerek szerepe aranyér műtétnél. Jeng Yi Wang és mtsai (Division of Colon Rectal Surgery, Chang Gung Memorial Hospital at Taipei, Taiwan): Dis. Colon Rectum, 1991, 34, 78.

A Nd-Yag lézer hullámhossza 1,06 μ m, sugara láthatatlan, vezető fény szükséges hozzá, flexibilis kvarcszálon vezetődik, az operátornak szemvédőt kell viselnie. A Nd-Yag lézer áthatol a vízen, a szövetek elnyelik, photocoagulációs hatása van. Szövetani vizsgálatok szerint négy zóna különíthető el: I. coagulatio, II. cavitatio, III. acidophilia és IV. transitionalis zóna. A gyógyulási folyamat fibrosissal fejeződik be.

A szerzők 88 beteget két csoportba osztottak. Az A csoport Nd-Yag lézer phototerápiában részesült a belső és CO₂ lézer terápiában a külső aranyeres csomók miatt. A B csoport betegeit zárt Ferguson típusú műtétrel gyógyították.

Fájdalomcsillapító pethidin injectióra az A csoportból 11% a, B csoportból 56% igény volt. Postoperatív vizelet retentio az A csoportban 7%-ban, a B csoportban 39%-ban lépett fel. A kórházi tartózkodás

során az A csoportban nem volt szükség beöntésre, míg a B csoportban 9%-ban.

Az A csoport betegeinek 84%-a a postoperatív második napon a kórházból elbocsátható volt, a B csoportból 83% csak az ötödik napon. A költségek az első csoportban 20%-kal kevesebbet tettek ki. A sebgyógyulás 4 hetet vett igénybe a konvencionálisan operáltaknál, a lézer után ez öt hétre került. Az összes beteg 20%-a panaszkodott egy év múlva anélkül, hogy vizsgálatról, mérsékelt érzékenységről, esetleg fájdalomról, de nem volt recidíva, székelési nehézség, a sebek teljesen gyógyultak.

A lézernek szerepe lehet az aranyérműtétek elvégzésében is a jövőben. Óvatosság ajánlatos azonban továbbra is a betegre, az orvosra és a műtétben tartózkodó személyekre gyakorolt káros hatás miatt.

Novák László dr.

SZEMÉSZET

Társul-e a menarche diabeteses retinopathiával? Klein, B. E., Moss, S. E., Klein, R., (Dept. of Ophthalmol., Univ. of Wisconsin, Madison, WI 53792, USA): Diabetes Care, 1990, 13, 1034.

A diabetológiai érdeklődésű szemész szerzők nagyon részletes szemfenéki vizsgálatot döntöttek el a diabeteses retinopathia különböző súlyossági fokát az általuk vizsgált diabeteseseken. Az általuk kidolgozott standard program alkalmas volt arra is, hogy a betegek ún. alapfótióit későbbi kontrollok során összehasonlítsák és statisztikailag is értékeljék. A diabeteses betegek szemészeti ellenőrzése államukban az általuk előírtak szerint történt. 1979–80 között 452 gondozó orvos segítségével 10 135 diabeteses betegből 2990 került a leírtak alapján szemészeti vizsgálatra. A betegekből 1210-nek 30 éves kor előtt kezdődött a diabetes és valamennyien insulinra szorultak. 484 nőbetegből, akiknek 21 éves koruk előtt történt a szemfenéki vizsgálata is, 129 volt olyan, akinek a betegsége a menstruáció kezdete előtt jelentkezett.

A közlemény ezekről a betegekről szól, akiket 4 évvel később újból megvizsgáltak azzal a feltételezéssel, lehet-e biztos összefüggést találni a menarche és a diabeteses retinopathia között. A 129 nőből 51 alkalommal találtak retinopathiát és a menarchet alapul véve igen jelentős különbséget észleltek. Ugyanis annak a 7 fiatal nőnek, akinek retinopathiája már a menarche előtt is megvolt, a retinopathia súlyossága kevésbé volt kifejezett, mint annak a 44 nőnek, akinek a retinopathiáját a menarche után észlelték először. Bár az ismeretes, hogy a pubertás általában rontja a szénhidrát anyagcserét, a vizsgálatok szerint a retinopathia súlyossága független volt a vércukor-szint viselkedésétől. A vizsgálatok szerint a menarche utáni diabetes 1,3-szoros rizikót jelent retinopathia kialakulására, mint a menarche előtti diabetes. A magyarázat erre a jelenségre még

nem teljesen bizonyított, az azonban már kimutatott, hogy a növekedési hormon és az insulin-szerű növekedési faktor (somatomedin C) szerepet játszik az angiogenesisben és szintjük a normális pubertás során kétszerese a gyermekkori és serdülőkori értékeknek.

Iványi János dr.

A Behçet-betegség a szemben. De Vries és mtsai (Rotterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 124.

Az 1937 óta ismert betegséget leírójáról, Behçet török dermatológusról nevezték el, európai előfordulása ritka, gyakoribb a Közel- és Távols-keleten, a „selyem útvonalon”. A recidíváló generalizált vasculitis okozta jellegzetes tünetek: a szájnálkahártyán-genitáliákon jelentkező fájdalmas aphthás ulceratiók, a betegek 60–70%-ánál, férfiaknál kétszer gyakoribb, 14–35 évesek között előforduló szem-megbetegedések: iridocyclitis, vitritis, vasculitis retinae, cataracta, de gyakoriak a bőrtünetek: erythema nodosum, furunculosis, és gyakori az arthrosis is.

A szerzők 1967–88 között 13 szemészeti Behçet beteget kezeltek, közülük 12 volt a férfi, 6 török, 2 marokkói, 2 holland és 1–1 egyiptomi-görög, indonéz. Mindannyiuknál megvoltak a szájnálkahártyák és genitáliák ulceratiói, az iridocyclitis, kétharmaduknál vitritis és vasculitis retinae, egyharmaduknál retina beszűrődés, vena oclusio és secunder cataracta fordult elő. A szemelváltozások aspecifikusak, a sarcoidosistól, secunder syphilitistől, a gonorrhoeától, a miliaris tbc-től, Wegener-granulomatosisistól, akut retinaneerosisistól, Reiter-szindrómától kell differenciálni. A diagnózishoz az egyéb Behçet-tünetek segítenek.

A betegség kezelése hosszadalmas és az eredmények kiábrándítóak. Számos a kipróbált gyógyszer: a corticosteroidoktól a cytotostaticumokig, plasmapheresisig, transferfactorokig variálódhatnak.

A szerzők öt egymásra következő sémát alkalmaztak: a kezdeti atropinos-dexamethasonos szemcseppekkel és prednisonos kenőccsel kezdve, ezt követően parabolbarisan bétamethason foszfátot, majd ehhez lidocaint adtak szintén parabolbarisan. A szemcseppek mellé napi 60 mg prednisonon következett, csökkenő adagokban, majd 20 mg prednisonon mellé 10 mg/kg cyclosporint kap a beteg, mindkettőt csökkenő adagokban, végül a szemcseppek mellé chlorambucilt, 0,1 mg/kg-ot naponta 1 hónapon át. A lencse-extractio az uveitis fellángolását okozhatja, egy betegüknél a műtét eredménytelen volt.

Irodalmi adatok szerint az ötvenes-hatvanas években, a corticosteroid éra előtt a betegek 3,34 év alatt veszítették el a látásukat, jelenleg 6–10 év alatt következik ez be. Eddig egy betegük vakult meg, és négytől vonták be a vezetői jogosítványt látásromlás miatt.

Ribiczey Sándor dr.

HIV-beteg és a szem. Bernauer, W., Daicker, B. (Universitäts-Augenklinik Basel): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 888.

Az AIDS-epidemiák várható kiszélesedésével a nem-szakorvosoknak is számolniuk kell, amelyek direkt vagy indirekt a HIV-fertőzött megvakulására is vezethetnek. A HIV-fertőzöttet a CDC (Center for Diseases Control, Atlanta) szerinti IV. stádiumban nagy számban vezetnek szemfenéki elváltozásokra. A leggyakoribbak a funkcionálisan jelentéktelen vattacsomó-szerű izzadmányok („cotton-wool-exsudatum”), mint a HIV-hoz társuló mikroangiopathia következményei. Az opportunisztikus fertőzések okozta retinalis szövdményeket a túlnyomó többségben a cytomegalia vírusok (CMV) okozzák, amelyek kezelés nélkül megvakulásra vezetnek. A megfelelő időben bevezetett általános és lokális ganciclovir kezelés mellett a CMV-retinitis okozta látásfunkciózavar hosszú időn át megelőzhető. A szem HIV-részvételének gyakoriságát minden stádiumban nehéz meghatározni; a betegség progressiójával azonban egyre növekedik. Az AIDS szemészeti gyakoriságát 40–70%-ra becsülik és főleg a betegség IV. stádiumában található. Az autopsiás leletek szerint a szemfenéken a következő arányban fordulnak elő: „cotton-wool-gócok” 71%, CMV-fertőzés-nélküli retinalis vérzések 40%, CMV-retinitis 34%, mélyebb petchialis retinavérzések (septikus Roth-foltok) 23%, retinalis mikroaneurysmák 20%, papilla-oedema 14%, chorioretinitis cryptococcica 6%, retinitis mycobacterialis 6%, maculopathia ischaemica 6%, HSV-retinitis 3%, keratitis 3%, Kaposi-sarcoma 9%.

A szemészeti HIV-fertőzésekben ganciclovirrel értek el eredményeket; ennek mellékhatása a reversibilis csontvelőkárosodás. A ganciclovir üvegtesti befecskendezésével is eredmények mutatkoztak.

ifj. Pastinszky István dr.

Cataractás betegek anaesthesiája — ideje változtatni? Rubin, A. (Charing Cross Hospital, London W6 8RF): Anaesthesia, 1990, 45, 717.

Az Egyesült Államokban csaknem valamennyi cataracta műtétet localanaesthesiában végzik, így a betegek mindössze 2 órát töltenek a kórházban. Nagy-Britanniában az általános anaesthesiát részesítik előnyben. Ennek oka, hogy az éber beteg hátrálthatja az operációt. A localanaesthesia, melyet a legtöbbször a szemész végez, retrobulbaris vérzést, szemgolyó deformitást, opticus ér- és idegkárosodást okozhat, valamint az anaestheticum bekerülhet az agyba, ami eszméletvesztéssel, apnoeával járhat. Ezért egyre több anaesthesiologus maga végzi az érzéstelenítést. Az UK-ban

uralkodó nézet szerint helyi érzéstelenítés csak olyan betegeknek javasolt, akik cardio-respiratorikusan kompenzáltak, s fulladás, köhögés, szívritmuszavar nem várható.

Az általános érzéstelenítést annak minden szabályának betartásával kell végezni. Localanaesthesia esetén a „fájdalommentes” érzéstelenítésre kell törekedni, ami a testhőmérsékletű, izotóniás sóoldattal hígított oldat vékony tűn át való injektálásával érhető el. Az érzéstelenítés időtartama hyaluronidáz vagy adrenalin hozzáadásával nyújtható. Sedativum csak indokolt esetben szükséges, a midazolam a javasolt szer.

A szerzők kiemelve a helyi érzéstelenítés előnyeit, egyszerűségét, jó hatásfokát, a remek műtéti körülmények biztosítását, nem vallják annak kizárólagosságát, s kellő körültekintést javasolnak a megfelelő anaesthesia kiválasztásában.

Molnár Zsolt dr.

Izolált trochlearis paresisek koponyatraumák után. Müri, R. és mtsai (Universitäts-Augenspital, Basel): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 1223.

Az egybehangzó irodalmi adatok szerint az izolált trochlearis paresisek leggyakoribb oka a trauma. A n. trochlearis hosszú intracranialis lefutása és anatómiai helyzete még bandális koponya-agy trauma esetén is hozzájárul a n. trochlearis laesiójához, noha ilyenkor még egy klinikailag néma agytumor vagy éranómia manifesztációjának lehetőségére is gondolni kell.

A szerzők 39 traumás eredetű izolált trochlearis paresis esetet retrospektíve elemeztek. 18 beteg (46%) contusio cerebrit, 15 (39%) commotio cerebrit és 6 (15%) könnyű koponyasérülést szenvedett el. 33 betegnél a trochlearis paresis unilaterális, 6 betegnél (contusio cerebrit) bilaterális volt. A trochlearis paresis nem korrelál a trauma súlyosságával. Lényeges baleseti mechanizmus volt a sagittalis erőhatás a fej frontális vagy occipitalis ütődésével. Hangsúlyozzák a szerzők az eddig csupán kevésbé értékelt tényt, hogy bár relative enyhe fejtraumák izolált trochlearis paresist okozhatnak; ilyenek a beteganyagukban 21 (54%) esetben mutatkoztak. A legtöbb esetben egyszerű diagnosztikus eljárások (Bielschowsky-próba) útbaigazíthatnak.

ifj. Pastinszky István dr.

Orbitalis pseudotumor óriássejtes arteritis következtében. Laidlaw, D. A. H. és mtsai (Bristol Eye Hospital, Bristol BS1 2LX): Br. med. J., 1990, 300, 784.

Az óriássejtes arteritis okozhat hirtelen vakságot, ophthalmoparesist a cranialis idegtörzsek és az extraocularis izmok hypoxiája, infarctusa miatt. Orbitalis pseudotumort is leírtak vasculitisek, így polyarte-

ritis nodosa és Wegener-granulomatosis következtében, de az óriássejtes arteritis mellett kialakult orbitális pseudotumor esetét a szerzők ismertetik először az irodalomban. Az érgyulladás mellett perivascularis oedema, az orbitális szövetek különböző mértékű gyulladása észlelhető. A gyulladás eléri az extraocularis izomokat (orbitális myositis), fájdalmas diplopia jelenhet meg; még intenzívebb vagy diszkrét orbitális gyulladás (orbitális pseudotumor) fájdalmas proptosisal és ophthalmoparesissel is láthatóvá válik.

A szerzők által észlelt esetben egy 66 éves nőbetegben, 10 napig tartó rossz közérzet, láz, fejfájás után — először sinusitisre gondoltak — alakult ki a kórfolyamat. Szövetani vizsgálat történt. Infekcióra utaló jelet nem találtak. Steroid kezelés után 10 nap alatt gyógyult.

Bugovics Elemér dr.

IMMUNOLÓGIA

Vérzés és újraélesztés: immunológiai vonatkozások. Chaudry, I. H. és mtsai (Department of Surgery, Michigan State University): *Am. J. Physiol.*, 1990, 259, R663.

A trauma különböző formáiban létrejövő immunosuppresszió jelenségével számos tanulmány foglalkozott az utóbbi időben. A vérzés a trauma vagy a nagy sebészi beavatkozások egyik fő szövődőmánya. Kísérleti adatok szerint szöveti trauma nélküli *heveny vérvészeség*, vagy csak átmeneti súlyos *hypotensio* esetén is károsodnak a szervezet specifikus és nem specifikus védekezési mechanizmusai, és *gyakrabban fordul elő sepsis*.

Az immunológiai dysfunkció már közvetlenül a vérzés után kimutatható, és viszonylag hosszú ideig fennmarad megfelelő volumenpótlás ellenére is. A lymphocyták számbeli eltérései nem jellegzetesek. Csökken a makrophagok phagocytáló és antigénprezentáló képessége, csökken a T lymphocyták immunválaszt serkentő lymphokin (interleukin-2) produkciója. Különböző makrophag populációk eltérően is reagálhatnak. Például a Kupffer sejtek esetében a peritoneális és lép makrophagokkal tumor necrosis faktort (gyulladásos monokin) termelnek.

A viszonylag hosszantartó immundepressziót (1–2 hét) közvetlenül előidéző okok nem ismertek. Valószínűnek látszik, hogy több rövid hatóidejű tényező hatása összeadódik, vagy egy kaskádmechanizmust indít el. Ezek a tényezők: 1. *szervek átmeneti ischaemiája*, 2. *steroid hormonok*, 3. *katecholaminok*, 4. *prostaglandinok*, amelyeknek egyenként is mind makrophag funkciót és lymphocytá aktivációt gátló hatásai vannak. Ezenkívül 5. bizonyos *suppresszív lymphocytá klónok* jelenhetnek meg.

A megfelelő *terápiás* beavatkozáshoz a trauma és a vérzés okozta immunosuppresszió részletesebb tanulmányozására van

szükség. *Kísérleti próbálkozások* alapján szóba jöhetnek: a) bizonyos gyulladásozó mediátorok (interferon, tumor necrosis faktor) megfelelő időpontban való alkalmazása, esetleg antibiotikummal együtt, és b) Ca-csatorna blokkolók adása az ischaemia okozta mechanizmus megakadályozására.

Illyés György dr.

Immunglobulin-G-alsztályhiány mint fertőzési hajlamosság okozója egy családban. Grob, M. és mtsai (Klinische Immunologie, Dep. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich): *Schweiz. med. Wschr.*, 1991, 121, 133.

A szerzők érdekes családvizsgálatban súlyos recidiváló légúti fertőzéseket figyeltek meg: 6 családtagnál IgG2 alsztályhiány volt megállapítható (izoláltan vagy IgG3 és/vagy IgG4 csökkenésével), amelynek a felderítése a diagnoszt hónapokon át késleltette. Az összes IgG2-alsztály hiányban szenvedő légúti fertőzött beteg a funkcionális tesztelésben a bacterialis polysaccharidák ellen nem tudott antitesteket termelni: így elsősorban a probanda anyánál és a két gyermekénél; az idősebb (10 éves) gyermeknél már a születése óta évente átlag két súlyos légúti fertőzés, a fiatalabbnál (8 éves) pedig évente négy légúti fertőzés zajlott le. A probanda anyánál csak 32 éves korában léptek fel ismétlődő légúti fertőzések. A 10 vizsgált családtagnál az ismétlődő bronchitis és pneumonia mellett otitis is gyakran fordult elő. A probanda anyát és mindkét gyermekét eredményesen kezelték iv. Ig-substitúciókkal (IVIG); 6 g vagy 12 g *Sandoglobulin* havonkénti iv. infúziója után már nem fordultak elő recidiváló fertőzések vagy lényegesen enyhébbek voltak, mint azelőtt, és az IgG-alsztály szint is normalizálódott. Ezek alapján IgG-alsztály hiány esetén, ha a fertőzések súlyosak vagy gyakran recidiválnak, az IgG substitúciója per se javallt. Az IgG substitúciójánál (IVIG) mellékhatások (émelygés, fejfájás, rövid lázak) előfordulhatnak. A vizsgált családban a proposita anyja és a két gyermeke, valamint az IgG-alsztály hiányra tesztelt családtagok közül hat *atopiában*. Az IgG-alsztály hiány és az atopia közti összefüggés az irodalomban még nem tisztázott.

Az IgG-alsztály hiány okozta recidiváló légúti fertőzések esetén a *kóroktani felismerés* lényeges, mert az idült fertőzések irreversibilis károkat okozhatnak, pedig ezek helyes substitúciós kezeléssel elkerülhetők. Az IgG-alsztályok kémiaiilag csak kevésé különböznek, annál inkább pathobiológiai vonatkozásban. Az IgG-alsztály hiány *okaira* különböző feltevések vannak (IgG-synthesis, -regulatio zavara, struktúra-gén hiánya stb.). Az *öröklés* is tisztázatlan (autosomalis-recessiv?, de sporadikus esetek is előfordulhatnak). A *diagnoszt* felállításában különösen hangsúlyozandó, hogy

ezen betegek *össz-IgG savószintje normális*, azonban az IgG2- és IgG4-alsztály értékek igen alacsonyak (*specifikus alsztály-antitesthiány*). Az IgG-alsztályok meghatározása költséges és időigényes. Eddig még nincs releváns tanulmány az IgG-alsztály hiányos betegeknek az össznépeségben való arányára.

A szokatlanul súlyos és gyakran recidiváló (főleg légúti) fertőzések esetén az *össz-IgG mellett az alsztályok is meghatározandók*. Az IgG-alsztályok klinikai jelentőségét az alsztályspecifikus antitestek mérése is bizonyítja. Az ilyen betegeknek a céltzott IgG substitútio javallt és rendszerint hatásos.

ifj. Pastinszky István dr.

Az IgG alcsoportjaiban jelentkező hiányok. Preud'Homme, J. L. és mtsai (CNRS URA 1172, CHUR La Milétrie, Bp. 577, F—86021 Poitiers): *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1990, 47, 213.

1970 óta ismeretes, hogy az immunanyaghiányos (ID) betegek szérumban az IgG-alsztályokban is rendellenességek léteznek. Kimutatták azt is, hogy az IgG alsztályokban meglévő szelektív hiányok olyan bakteriális fertőzések iránt különleges érzékenységet mutató betegekben figyelhetők meg, akikben az immunglobulinok (Ig) normális szérum-koncentrációt jeleznek. Az ebben a kérdésben folytatott kutatások megszorodtak azóta, hogy az IgG mind a négy alsztályával szemben specifikus monoclonalis antitesteket (Acmo) mutattak ki, és lehetővé vált ezek mérése a szérumban s ezek kutatása bizonyos betegségekben.

Különböző módszerek használatosak jelenleg az IgG alsztályok szérum koncentrációinak mérésére, így az immunenzimológiai (ELISA), radioimmundiffúziós (IDR), radioimmunológia (RIA) stb. monoclonalis és polyclonalis antitestekkel. A polyclonalis antiszérumokkal végzett vizsgálatok előtérbe helyezték a specificitás kérdését: a legtöbb vizsgálatot ma már az Acmo-val monoclonalis antitestekkel végzik. Ez az IgG2 lambdával jobban reagál, mint az IgG2 kappával, így ha az IgG2 könnyűláncban anomália van, a mérés pontatlan lesz. Ezért is használnak a vizsgálatokhoz szérumkeveréket s azokat ismételtelen elvégzik. A kereskedelemben kapható tesztkészítmények nem megbízhatók, így csak olyanok alkalmasak az értékelésre, amelyek a Francia Biológiai és Immunológiai Társaság védjegyével vannak ellátva. Az alcsoportok megbízható mérése a nehézségek miatt csak speciális laboratóriumokban lehetséges. A nemzetközi standardizáció ellenére is legmegbízhatóbbak a saját laboratóriumi értékekkel való összehasonlítások. Még így is, főleg az IgG2 és IgG4 koncentrációi erős szórást mutatnak normálisan is, ami a hiányuk megállapítását erősen nehezíti.

Az IgG alosztályok szérumszintjeinek kiegyensúlyozatlansága nagyon változó mind a primer, mind a szerzett immundefektus (ID)-ban. A közönséges, változó ID-ben ritka, hogy a mind a négy alosztály egyformán érintett. Többnyire csak egyesek értékei alacsonyabbak szelektíve, vagy predominánsan. Leggyakrabban az IgG1 + IgG3 és az IgG2 + IgG4 izotípusok érintettek, az utóbbiak esetében a fertőzések különösen súlyosak. IgG2 + IgG4 hiányt találunk — néha IgG3-mal együtt — a legtöbb *ataxia teleangiectaticus* betegben, függetlenül az IgA-hiánytól, de csak ha a beteg fertőzésben is szenved. A *Wiskott—Aldrich-szindrómában* csak IgG3-at találtak, IgG2-t nem. IgG2—4 izolált hiányról számoltak be látszólag izolált IgM-hiányban a *Di George-szindrómában*, *krónikus cutaneo-mucosus candidosisban*. Főleg IgG2, IgG4, ritkán IgG3 hiányt írtak le *súlyos, kombinált ID*-ban, II-es HLA antigén szintézis hiányokban, leukocita adhaesióhoz szükséges protein-hiányban ilyen nem észleltek. Újabb mérések alacsonyabb IgG2 szintet találtak a *hyper-IgE* (Buckley) *szindrómában*; a szerzők ezt nem észlelték. A felsorolásból is látható, hogy az IgG alosztályai közül primer ID-ben elsősorban az IgG2-t érinti, különösen, ha T lymphocita hiány van, vagy a T és a B lymphocyták között anomália mutatható ki. Érdekes a HIV-fertőzéssel kapcsolatos megfigyelés. A tüneti stádiumban megfigyelt erőteljes IgG szaporulat IgG1 és IgG3 megnövekedésével magyarázható, míg az IgG2 + IgG4 értéke csökkent. Az *allogen csontvelő transzplantatio* után gyakran perzisztál az IgG2 + IgG4 hiány, s ez szerepet játszik a bekövetkező bakteriális fertőzésekben.

Érdekesen alakulnak az IgG-alcsoport értékek IgA-hiányos egyedekben. A szer-

zők ezt különböző kutatókat adatait (vizsgáló módszer, antitestek, esetszám, alcsoport hiánygyakoriság százalékban, az alcsoport-hiány és fertőzések viszonya) ismertető táblázatban is bemutatják. Az ilyen betegekben a fertőzések létrejöttének mechanizmusa még nem eléggé ismert. Régóta tudják, hogy az IgG-kezelés hatásos lehet bizonyos fertőzött betegekben. A paradox helyzet akkor vált érthetővé, amikor kiderült, hogy bizonyos alosztály — főleg az IgG2, de gyakran az IgG3 deficitje is — korrelál a fertőzés súlyosságával. De az Acmo-val végzett újabb tanulmányok bizonyították, hogy alcsoport deficitek egyaránt előfordulnak fertőzött, és fertőzéstől mentes egyedekben, sőt fertőzött egyénekben az alcsoport értékek normálisnak is lehetnek. A szerzők vizsgálatait is azt mutatják, hogy az IgG2 deficit gyakorisága — bár statisztikailag nem szignifikánsan — fertőzött betegekben emelkedik, míg az IgG3 esetében csak ismétlődő fertőzések esetén fordul elő. Ez valószínűleg azzal függ össze, hogy az IgA-hiányban szenvedő betegekben az IgG2 termelés is káros, legalábbis in vitro. Ez a megfigyelés felveti az IgG-alcsoportok adagolásának szükségességét IgA-deficit betegekben, így a terápiás substitúció kérdését is. Vizsgálataik azt is igazolták, hogy autoimmun cytopeniával társult IgA-hiányban az IgG2 deficit gyakorisága sokkal kifejezettebb.

A szerzők a továbbiakban felsorolják azokat a deficiteket, amelyek a mindennapi klinikumban a leggyakoribb indikációt képezik az IgG alcsoportok mérésének. 1. A súlyos, ismétlődő fertőzések esetén, főleg ha ezeket az elvégzett immunfunkciós vizsgálat nem magyarázza, jogos az IgG alcsoportok mérése. Ilyen esetben magas százalékban lehet főleg IgG2 hiányt találni, s ez nem utal a fertőzés súlyosságára. Ez gyak-

ran társul IgG4 alacsony értékekkel. Ritka a teljes IgG-alcsoportok hiánya. 2. Az IgG2 hiány familiáris is lehet, de IgG3 is, főleg autoimmun, vagy ID-os betegekben. 3. A különböző deficitekben ugyanolyan típusú fertőzések fordulnak elő, mint amilyenek a primer humoralis ID-ra is jellemzőek. Mégis a légúti fertőzésekben leggyakrabban az IgG2 fordul elő, főleg, ha a B típusú *Haemophilus influenzae* a kórokozó, és/vagy a *pneumococcus*. Az IgG3 deficit hátterében meghúzódó fertőzések szelidebbek. 4. Az IgG-alcsoportok szelektív deficitjét egyéb patológiás állapotokban is megfigyelték, bár esetleges felelősségük ezekért bizonytalan. Autoimmun cytopeniákban, thrombopeniás purpurákban neutropeniákban főleg IgG2-deficitet, súlyos gyermekkori epilepsiákban, idiopathiás extramembranosus glomerulonephritisekben, a Goodpasture szindrómában ugyancsak észlelték. Alacsony IgG2 szintet találtak Berger-kórbán.

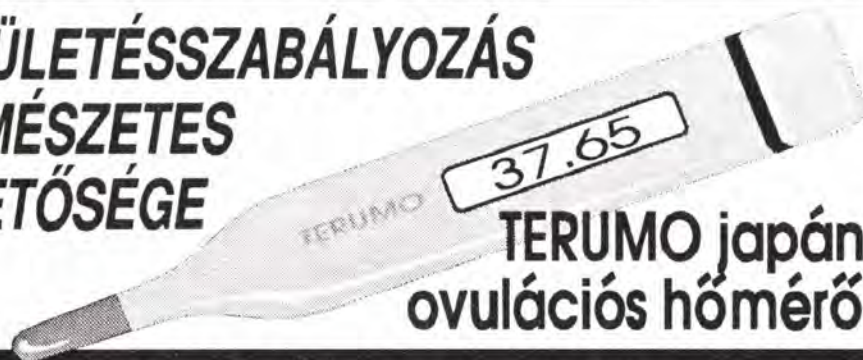
A fenti megfigyelések aláhúzzák az IgG-alcsoport hiány gyakoriságát különböző kórképekben. Így ezek mérése sok esetben elengedhetetlen. Ma még ezek elvégzése elsősorban speciális laboratóriumokhoz kötött. Így azokra a betegekre kell korlátozni, ahol ezek substitúciójára is sor kerülhet. Az alcsoportok mérése előtt a megszkott immunológiai vizsgálatokat el kell végezni. Legfőbb indikációi az IgG-alcsoportok mérésének: igen súlyos, ismétlődő fertőzések, szelektív IgA-hiány esetén, ha ez nem magyarázza az ismétlődő fertőzéseket, súlyos epilepsia, idiopathiás thrombopeniás purpura, egyes nephropathia és leukaemia.

Kövér Béla dr.

„Az a tévhit miszerint helyes „kondicionálást” feltételezve, az embertől csaknem minden elvárható, vele csaknem minden megcsinálható, alapjául szolgál annak a sok bűnnek, melyet a civilizált emberiség s természet, így az ember természete és az emberség ellen elkövet. Szükségszerűen a letragikusabb következményekkel jár, ha egy világot átfogó ideológia az abból eredő politikával együtt a hazugságra épül”

Konrad Lorenz

A SZÜLETÉSSZABÁLYOZÁS TERMÉSZETES LEHETŐSÉGE



TERUMO japán
ovulációs hőmérő

Megrendelhető az OMKER
II. Kereskedelmi osztályától
Budapest VIII., Rezső u. 5-7.
Tel.: 112-3000, 111-6249
Megvásárolható az OMKER
budapesti és vidéki
szaküzleteiben.
További ajánlataink:
Terumo digitális hőmérők:
axilláris, orális és rektális
kivitelben, klinikai és kórházi
alkalmazásra 12 darabos
csoporthozban is.

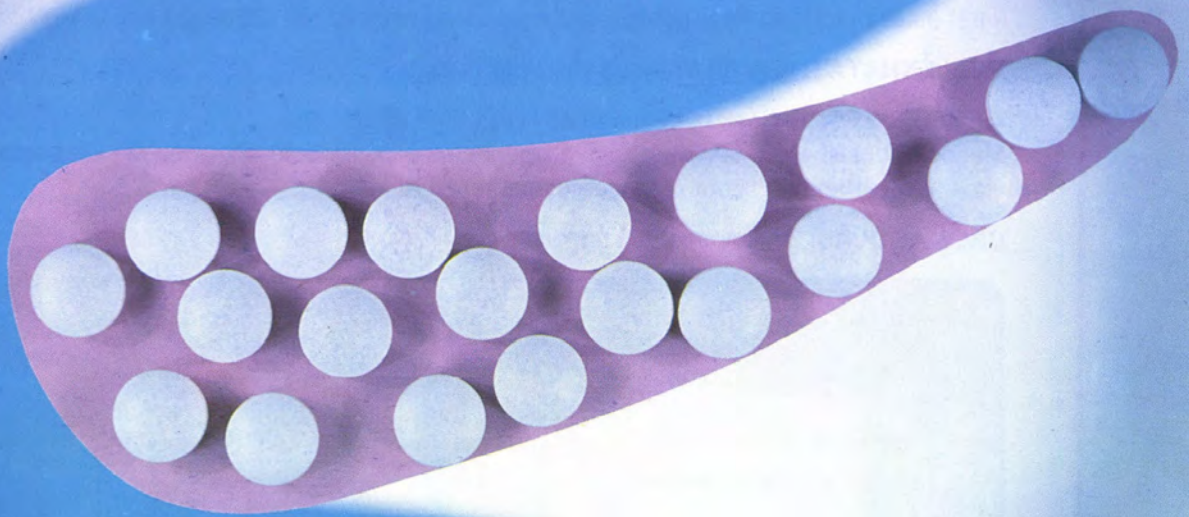
Fogyasztói ára: 1810 Ft



ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

NEO-PANPUR®

filmbevonatú tableta



NEO-PANPUR®

filmbevonatú tabletta

Enzymes digestivae

A készítmény hatóanyaga a sertés pankreaszából előállított standardizált pankreatin. A tabletta filmbevonata gyomorsav rezisztens, így védelmet nyújt a gyomornedv inaktiváló 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, 9 000 amiláz, 500 proteáz FIP-E) filmbevonatú tablettánként.

JAVALLATOK: Exokrin pankreaselégtelenség következtében kialakult diszpepszia, krónikus pankreatitisz, gyomor- és hasnyálmirigyműtétek utáni enzimpótlás. Mucoviscidózisban az elégtelen hasnyálmirigyműködés 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.

Mucoviscidosisban a fekvőbeteg-gyógyintézetek (szakrendelések, gondozó központok) szakorvosa a Neo-Panpur® filmtablettát térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS: 30 filmbevonatú tabletta.



ELŐÁLLÍTÓ: Knoll AG—BASF licence alapján előállítja és forgalomba hozza az



KÖNYVISMERTETÉSEK

Peter Merz: *Attributionsstil und Depression*. S. Roderer Kiadó, Regensburg, 1990. 110 + 64 oldal, 11 táblázat és 16 ábra, valamint a függelék fejezet a teljes tesztanyag. Az irodalomjegyzék 54 hivatkozást tartalmaz. Ára: 42 DM

A „Theorie und Forschung, Psychologie” sorozatban megjelent könyv alcíme: Kísérleti vizsgálat sorozat Seligman depresszió-konceptiójához, endogen depressziós és baleseti sebészeti kontroll-betegekkel. Két alfejezete: a teoretikus és a kísérletes rész, ill. a tesztanyagot tartalmazó függelék Seligman depressziós tulajdonítási stílus-elméletét dolgozza fel. Megvizsgálta a szerző, hogy ez a hipotézis az endogen depresszió esetében is alkalmazható-e.

Kórházban még nem kezelt, ill. 3 hét óta kezelt endogen depressziós és baleseti sebészeti betegből álló három csoportot hasonlított össze, vizsgálva, hogy meg lehet-e különböztetni a csoportokat az attribúciós stílus alapján; ez nem a kezelés hatása-e; a sikertelenség milyen szerepet játszik a depresszió kialakulásában; a Seligman-féle emocionális deficit itt milyen szerepet játszik; valamint a kognitív funkciók hiánya milyen összefüggésben áll az attribúciós stílussal? A vizsgálat sorozathoz a kérdőíveket és pontozóskálákat részben maga dolgozta ki, részben ismert anyagot használt fel.

A három betegcsoport a vizsgálati időszakban érzelmi állapotukban, a magatartás-teljesítményben és az aktuális attribúció ismertetésében különböztek egymástól. Nem találtak lényeges eltérést a kezelt és kezeletlen endogen depressziósok között, így feltételezték, hogy az attribúciós stílus relatíve stabil sajátja a személyiségstruktúrájának.

Eredményeik alátámasztják Seligman depresszió attribúciós stílus elméletét, a modell az endogen depresszióban is alkalmazható, bár a kognitív funkciók szerepe nem egyértelmű.

Főleg teoretikus eredményeket felmutató vizsgálat sorozat gyakorlati alkalmazhatósága a kis betegszám miatt bizonytalan.

Gaszner Péter dr.

The Self Concept. Louis Oppenheimer (ed). Springer—Berlin, 1990. Ára: 58 DM.—

A *Psychologia Aktuális Kérdései* sorozatban jelent meg Louis Oppenheimer (Amsterdami Egyetem Pszichológiai Intézete) szerkesztésében, a Springer kiadó gondozásában (1990) „Az önértékelés” címmel előadás-összefoglaló kötet. A kiadvány alcíme: Az önértékelés kutatás fejlődésének aspektusainak és felhasználásának európai perspektívái. A kötetben 13 előadás, illetve

poszter anyaga szerepel, melyek a Fejlődés Psychologia 3. Európai Kongresszusán (Budapest, 1988) hangzottak el. Olasz, spanyol, finn, holland, lengyel és német szerzők mellett, két magyar szerző (Katona-Sallay Hedvig — Debrecen, Kosuth Lajos Tudományegyetem, Király-Dévai Margit — MTA, Pszichológiai Intézet) munkáit is megismerhetjük.

A kiadvány első fejezetében, Louis Oppenheimer összefoglalójában a történelmi áttekintés mellett, olvashatunk az „én-érzés” kialakulásáról és a legjelentősebb formáló tényezőkről. Két közlemény foglalkozik az „én-tudat” kialakulásával a kisgyermekkorban. Szerzők megállapítják, hogy az én-tudat, én-képzet alakulásában a kognitív tulajdonságok egyedi fejlődése mellett az egyéni tapasztalások is jelentős szerepet játszanak. Hozzávetőlegesen 6 éves kortól az életélmények döntően befolyásolják az én-tudat alakulását. Kétéves korig rendszerint kialakul a saját test részének felismerése és identifikálása.

Négy közleményben a 6 és 14 éves korosztály én-képének alakulásáról olvashatunk. Az önismeret, önleírás és én-kép fejlődésében átlagosan 6 éves korra fejlődik ki a psziché tényezőinek figyelembevétele. A fejlődés divergenciát mutat, függően az önmegismerés különböző szintjeitől. Ebben az életkorban az önismeret és a környezet megismerése párhuzamosan halad. Jelentős szerepet játszanak az identitás alakulásában a korai (anya-gyermek; egyéb felnőtt-gyermek), illetve későbbi (beiskolázás) szociális interakciók. Nyolcéves gyermekcsoportot vizsgálva, megállapították, hogy a 6 éves csoporthoz viszonyítva alacsonyabb a többiekkel való különbözőség érzete, nő azoknak a száma, akik nem észlelnek változást az „énükben”, hangsúlyozottabbá válnak a psziché tényezői. Az általános érvényű megállapítások mellett jelentős individuális különbségeket észleltek a kutatók.

Az előadások egy csoportja az adolescens korosztály önértékelésének fejlődésével foglalkozik. Az adolescens korú gyermekek önmegítélése jelentősen függ az iskolával kapcsolatba hozható tényezőkkel, a családi megítéléssel és a szülői megértéssel. A fenti tényezők additív módon függenek össze, nem lépnek egyenesen interakcióba.

Érdekes megfigyelés, hogy az általános véleménnyel szemben a korosztályi befolyás az adolescens énkép-éneértékelés kialakulásában igen alacsony. Az önértékelés fejlettségének egyik alkalmazható mutatója az empátiás készség vizsgálata. Megállapították, hogy a célirányos, aktív érdeklődés (képzőművészet, balett, sport) elősegíti az egyéniség integritásának fejlődését, növeli az önértékelést, növeli a mások iránti fogékonyságot. A nemek között a kompetitív viselkedés alakulásában, a célt tekintve

nem találtak különbséget, de viselkedési módokban nemre jellegzetes különbségek vannak.

A két magyar szerző tanulmánya is az adolescens korosztály psziché fejlődésével foglalkozik. Megállapítják, hogy a ritkábban előforduló két szélsőség mellett az „átlagos én-kép” a jellemző, melyet döntően befolyásolnak az autonómia-függőség, a személyes kontroll, a szociális adaptáció és az iskolai teljesítmény tényezői. A két szélső póluson áll az önálló viselkedésű, sikerorientált, kockázatvállaló és szociális problémákat kezelni tudó csoport, illetve az alacsony fejlettségű énképpel rendelkező, dependens csoport. A másik közleményben egy nagyobb lélegzetvételű felmérés első eredményeiről számolnak be és véleményük szerint az én-kép alakulása a szociális és pszichológiai tényezők egymásra hatásának függvénye lehet.

Egy közlemény foglalkozik a mentálisan retardált kisgyermek kompetencia vizsgálatával. Úgy találták, hogy a mentálisan retardált gyermekek a kompetencia megítélésében kevésbé reálisak, illetve a korrekció nehezkés, irreális. A tanult kompetencia szint azonban az egészséges és beteg gyermekekénél azonos szintre hozható.

A kiadvány igyekszik átfogó képet adni az én-fejlődés, én-értékelés kérdéseiről, az európai irányzatokat áttekintve. A pszichológusok, gyermek-pszichológusok érdeklődése mellett méltán tarthat számot a pszichiáterek, gyermekpszichiáterek érdeklődésére.

Szegedy László dr.

Marie Winn: *Gyermekek gyermekkor nélkül*. Gondolat, Budapest, 1990. 296 oldal.

Marie Winn — szüleinek ajánlott — könyve a gyermekkor elvesztéséről szól. Alapjául — amint azt előszavában leírja — amerikai középosztálybeli szülőkkel, pedagógusokkal, orvosokkal a 70-es években folytatott kötetlen beszélgetések, illetve csoportinterjúk szolgáltak. A könyv megírását azonban szülőként szerzett saját tapasztalatai motíválták.

Részletesen tárgyalja a gyorsan változó társadalmi elvárások nevelési elvekben is megmutatózó problémáit, a gyerekek veszélyeztetettségét, a szülők tehetetlenségét. A felsorolt sok aggasztó — és a gyerekek nevelésért kedvezőtlen irányba befolyásoló — tényező közül sajnos, sok a mi társadalmunkban is jelen van: a munkába járó anyák, a felbomló családok, a felügyelet nélkül csellegő gyerekek, a gyerek szökésétől féltő szülők engedékenységé. Szerencsére, a gyermekkori kábítószer-függőség és prostitúció még nem jelentkezik nagyobb számban. Külön kitér a televízió műsorainak személyiségkárosító hatására, amely a tartalmas játéktól és az aktív ismeretszerzéstől vonja el a gyerekek figyelmét. Súlyosbítja a sok negatív hatást, hogy a gyermeknek az életre való mielőbbi felké-

szítése jegyében a legtöbb családban túl korán állítják döntési helyzetek elé a gyereket, miközben nincs a számukra követhető minta, hiszen a felnőtteként kezelt gyermekek csak deherozált tanárokat és szülőket látnak maguk körül, akik nem jelentenek tekintélyt számukra. A szülők gyakran hivatkoznak arra, hogy a gyerekeket képtelenség megvéni ártatlanságukban, annyi erőszak, szex, trágárság jut el hozzájuk a tv vagy filmek közvetítésével és veszi körül őket a valóságos életben, amiben élniük kell majd.

A túl korai szembesülés a felnőtt élettel viszont csak akkor nem okoz maradandó károsodást a fejlődő gyermekben, ha belső harmóniája érintetlen, ami a család megváltozott funkciója miatt nagyon ritka, tehát többnyire csak fokozódik a gyermekek bizonytalansága, kiszolgáltatottságérzése. Hozzájárul ehhez az is, hogy valódi játékok helyett sztereotip videojátékok lettek divatosak, hogy szabadidő és lehetőség alig adódik a gyerekek mozgásigényének kielégítésére, hogy az óvoda szerepváltásra kényszerült, magas követelményrendszerrel iskolaelőkészítővé vált; igazi, elmélyült, képességeket fejlesztő és a személyiség harmóniáját alakító játékokra nem enged időt. Mindezek a hatások a gyermekkori depressziós esetek számának növekedését eredményezik nálunk is.

Marie Winn könyvének második részében rövid neveléstörténeti áttekintést próbál adni a középkortól kezdődően, párhuzamba állítva a társadalmi változásokat a nevelési elvek, célkitűzések változásaival. Ezt követően kitér néhány jelentős szakemberre, akiknek a munkássága komoly hatással volt a szülők nevelési stílusának, attitűdjének alakulására (Freud, Spock stb.). Kitér a kortárs kapcsolatok hatására, a szülői felelősség és nevelési hibák kérdéseire, a jutalmazás-büntetés, verés problémáinak elemzésére, valamint a gyermek szexuális fejlődésének témájára.

Ismét felmerül a válaszok hatása a gyerekekre, ami elviselhetetlen terhet jelent a gyerekek számára az ösztinteség hiányában és azokban a gyakori esetekben, amikor a hiányzó szülő partner-szerepét a gyerekek kell átvállalnia. Különös tapasztalata a szerzőnek, hogy míg a szülők rossz megoldásnak tartják a gyerek miatt együttmaradást megromlott házastársi kapcsolatuk esetén, a gyerekek szívesen kiegyeznek ezzel a megoldással, még rossz családi légkör árán is, mert a biztonság elvesztése mindennél félelmetesebb számukra.

A harmadik nagy fejezet a gyermekkori értelméről foglal össze értékes gondolatokat. Kiinduló gondolata a gyermekek természetes ösztöneinek felszabadítása, a gyerekek meghosszabbítása. Az ezzel járó szülői és szakmai dilemmák között számos jól ismert, akadnak azonban érdekes észrevételek is. Ismert a gyerekek akcelerációja, korai szexuális érése, nem kizárólag a jóléti társadalmakban. Ez a táplálkozási szokások megváltoztatásával és megterhelő mozgási aktivitással késleltethető, ami segíthet abban, hogy a testi fejlettség a fiatal felnőtt-

kor elérésekor megfelelő mentális és emocionális érettséggel párosuljon.

Érdekes, ahogyan az iskola a korábbi apai tekintélyelvű családmóddal megváltozásával saját felelősségét felértékeli, külön figyelmet fordítva az elvált szülők gyermekeinek nevelésében betöltött szerepére, ahol gyakori a kötelességek előli menekülés, esetleg a figyelem kikényszerítése szándékával vagy indítékával való iskolakerülés. Ugyancsak a családi élet megváltozásának tulajdonítható, hogy a gyermekek társ kapcsolatait a kamaszkornál jóval korábban szerveződnek, így ezek hatásával is számolni kell.

A könyv végső következtetése, hogy a hosszú, élményekkel teli és felelősségmentes gyermekkor elengedhetetlenül szükséges lenne minden gyermek számára, hogy a bizalom és biztonság tapasztalatával, a megfelelő szociális és emocionális érettséggel lépjen át a felnőtt társadalomba és kezdje meg önálló életét.

Gáspár Melinda

Volker Barth und Klaus Prechtel: Atlas der Brustdrüse und ihrer Erkrankungen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1990. 2. átdolgozott kiadás, 262 oldal, 687 ábra, ebből III színes. Ára: 224,— DM.

A szerzők új munkájukban az emlőbetegségek diagnosztizálásához szükséges klinikai, morfológiai és radiológiai vizsgálatok összefoglalását írják le és mutatják be jól áttekinthető ábraanyag segítségével. Külön ki kell emelni a színes ábrákat, a makroszkópos preparátumokat és szövettani képeket, melyek a kezdő szakembereknek nagy segítséget jelentenek.

Munkájuk bevezető részében a vizsgálati módszereket írják el a szonográfiától a histológiai vizsgálatokig. Ismertetik az emlő anatómiáját, fejlődési anomáliákat, vénás thrombosisokat, jóindulatú emlődagánatokat és a mastopathiákat. Az atlasz legsikerültebb fejezetei a kítűnő ábrákkal együtt a tumorszerű elváltozásokat (tumor-like lesions) és a rosszindulatú emlődagánatokat bemutató részek.

Végezetül összefoglalják a terapiás tendéket is, majd részletes irodalomjegyzéket mellékelnek a könyv végén.

A klinikai vizsgálatok összefoglalása a makroszkópos és radiológiai képek bemutatása, a melléhelyezett cytológiai és histológiai képanyaggal együtt, a könyv tanulmányozása a napi gyakorlatban történő felhasználáson túl fontos lehet az orvosképzés és a szakorvosképzés területén is.

Bugovics Elemér dr.

Bormann-Kischkel, Christiane: Erkennen autistische Kinder Personen und Emotionen? Theorie und Forschung Psychologie. S. Roderer, Regensburg, 1990; 235 old.

Az autisztikus kórképek vezető vagy kísérő tünete a kontaktuszavar, a kora gyermekkori autizmust meghatározó állapot.

Az autista gyermek tekintete a semmi-be vész. Nem keresi anyja pillantását és nem mosolyog vissza rá. Késve, vagy egyáltalán nem tanul meg beszélni. Kényszeresen ragaszkodik a környezet tárgyainak állandóságához, az azonosság elvesztése olykor csillapíthatatlan szorongást vált ki benne.

A kórképet Kanner genetikus eredetűnek tartotta. G. Nissen, az ismert gyermekpszichiátriai könyv szerzője, „primer autizmusfaktor” mellett központi idegrendszeri — elsősorban látási és hallási részfunkciók zavarával járó — sérülést tételezett fel.

A kora gyermekkori autizmus előfordulási aránya a népességben alig 1–4 ezrelék, mégis egyre több kísérleti pszichológiai vizsgálat egészíti ki a klinikai megfigyelést. Bormann-Kischkel a „szociális deficit” hátterét a szociális ingerekre irányuló figyelem szempontjából vizsgálja. Alapfeltevése, hogy az autisztikus gyerek negatív viselkedése mögött nem aktív visszahúzódnás, hanem a szociálisan fontos ingerek megértésének hiánya, illetve lényegtelen jegekre irányuló figyelem áll.

A feltevést kísérletekkel alátámasztott kibontása előtt a kórkép jellemzőire vonatkozó kísérleti pszichológiai eredményeket tekintti át a szerző. A leírásban váltakozva használja „a kora gyermekkori autizmus” és „az autisztikus gyermek” kifejezéseket.

A kognitív funkciókat (emlékezet, tanulás stb.) vizsgáló kísérletek a belső reprezentáció hiányos, vagy hiányzó voltára utalnak. Olyanok, mint az érzékszervi fogatékosok — írják —, csak náluk a „megfelelő képi reprezentáció” hiányzik. Ez a „kódolási deficit” lenne felelős a „felszínes” képzeltalkotásért, az összefüggések és átvitt értelem megértésének hiányáért; valamint a képtelenségért az adekvát emberi kapcsolatok kialakítására.

A tapasztalat ennek részben ellentmond. Jó intelligenciájú autisták idővel megtanulják korrigálni a kognitív zavart, ez azonban nem befolyásolja szociális nehézségeiket. A szociális deficit oka nem pusztán kognitív.

A szocio-emocionális viselkedést vizsgáló kísérletek szerint az autistáknál feltűnő szemkontaktus kerülése nem célzott viselkedés. Pillantásaik aránya szociális és nem szociális ingerekre, az egészségesekével azonos. A kísérletek igazolják a klinikai tapasztalatot — amire a győgyepedőgógus a munkájában támaszkodik —, miszerint felnőtt által jól strukturált és irányított játék helyzetben több a célirányos tevékenység. Az együttlét egykorú egészségesekkel megnöveli a készséget a kontaktusok elfogadására és a megfigyelés révén fokozódik a játéktárgyak adekvát használata. Ezek a kísérletek ellentmondanak a negativisztikus viselkedés elméletének.

Nem változik viszont a másik ember esz-közként és nem partnerként történő kezelése. Az empátia hiánya tipikus autisztikus jegy.

Bormann-Kischkel hipotézise szerint autizmusban nehezebb a szociális ingerek felismerése. Minden szociális inger felismerése nehéz, vagy csak azoké, amelyeknek érzelmi tartalmuk van? Lehetséges, hogy az érzelmeknek nem csak megértése — feldolgozása, hanem már felismerése is nehezebb?

Az emberi arc és hang — mint egy személy identitásának hordozója, ugyanakkor lényeges nonverbális információk közvetítője — alkalmasnak tűnik a kérdés megválaszolására. A szerző szociális-emocionális, és szociálisan közömbös ingerek kombinációjával hét elemből álló szellemes kísérlet sorozatot dolgozott ki. Ezek a következők:

1. Négy különböző alakú hókristály, a piros négy árnyalatára színezve. Három csoportosításban tizennégy választást tesz lehetővé szín vagy forma szerint. (Itt, és a többi kísérletben is, tanulási fázis előzi meg a tulajdonképpeni kísérletet; ezért minden eszköz duplán készült. Ennek megfelelően az előkísérletben négy másik hókristály szerepel a kék szín négy árnyalatában.) Az elemzés tartalom és tendencia szerint egyaránt elvégezhető.

2. Négy fekete-fehér fotón két férfi és két nő protreája, sima hajjal, illetve négy különböző parókával. A néző figyelméért a személyek és a feltűnő parókák versengenek.

3. Az előző arcok, négy különböző érzelmet kifejező mimikával. A választás a személy vagy az érzelmi állapot szerint lehetséges.

4. Az 1. sz. kísérletnek megfelelő akusztikus inger: négy különböző hangszer és dallam.

5. Négy hang (két férfi és két női) kijelentő mondatra emlékeztető, értelmetlen hangsort mond. Itt az emberi hang és a mondatok „tartalma” ütközik.

6. Négy emberi hang négy különböző érzelmi állapotot tükröző értelmetlen mondatot mond. Választás a hang és az érzelem szerint lehetséges.

7. A hármas és a hatos kísérlet együtt; vagyis a különböző érzelmeket kifejező arcok és hangok. Választás: a személy vagy az érzelem szerint.

A kísérletben a DMS III kritériumai alapján korábban kora gyermekkori autizmusnak diagnosztizált, 9–16 év közötti, 36 személy vett részt. Az intelligenciahányados szerint egy átlagos intelligenciával rendelkező (IQ > 85) és egy átlag alatti intelligenciájú (IQ < 85) csoport különült el. Az előzőhöz „normál” beszédhibás, utóbbihoz értelmi fogyatékos nem autisztikus kontrollcsoportot alakított ki a szerző. Végül minden csoportban 13 gyermek szerepelt (N = 13).

Eredmények, következtetések:

A látási és hallási diszkriminációs kísérletekben a választás tartalma és tendenciája minden csoportban megegyezett.

(Az 1. sz. kísérletben a formát, a 4. sz.-ban a hangszínt részesítették előnyben.) Hasonló egyezést mutatott a szociális ingerre vonatkozó kísérlet. Várakozással el-

lentétben autisták is az arcot részesítették előnyben a parókával szemben (2. sz. kísérlet). Az információ szempontjából releváns tartalom döntőbnek bizonyult, mint a személy (5. sz. kísérlet).

A kora gyermekkori autizmus szempontjából specifikusnak a 3. sz. és 7. sz. kísérlet bizonyult. Míg a beszédhibás és értelmi fogyatékos gyermekek a mimikát részesítették előnyben a személlyel szemben, autisták ezt a szempontot rosszabbul értékelték és kevésbé vették figyelembe. Különös nehézséget jelentett számukra az érzelmek látási és hallási aspektusainak egyeztetése. (A 6. sz. kísérlet a beszédhibások szempontjából volt specifikus.)

Bormann-Kischkel vizsgálati eredményeit Hermelin & O'Connor modellje nyomán úgy értelmezi, hogy a kora gyermekkori autizmusban a kognitív és affektív információk kapcsolata zavart. Utal az agyrésülteken végzett neuropszichológiai vizsgálatok eredményeire, amelyek igazolták a jobb agyfélteke vezető szerepét a mimika és arckifejezés megértésében.

Papoušek fejlődési modellje szerint a szülők mimikai és vokális megnyilvánulásai — már a preverbális korban — segítik a csecsemőt és kisgyermeket abban, hogy rendezze és megértse környezetét. Ha ezek érzékelése károsodott, öröklött vagy veleszületett gyengeség miatt, fellép a kontaktuszavar, következésképpen az intellektuális deficit.

Ladócsy Mária

A Springer Verlag Berlin Heidelberg 1992-ben induló új folyóirataiból:

PAIN DIGEST főszerkesztő: P. P. Raj, Atlanta, GA
helyettes: J. D. Haddox, Milwaukee, WI

Éves előfizetési díja postaköltséggel: 13 860,— Ft
Mintapéldány megtekinthető a Springer Szalonban Budapest VII. Wesselényi u. 28.



Normál, illetve sterilizálható kivitelben!

Kórházi, rendelőintézeti, laboratóriumi alkalmazásra és sebészeti műtőkben egyaránt ideális.

Antisztitikus!

Könnyen, tökéletesen és gyorsan tisztítható.

Megrendelhető az OMKER II. Kereskedelmi osztályán. Cím: Budapest VIII., Rezső u. 5-7. Tel.: 112-5882, 112-3000.

MŰTŐSKLUMPA

Lyukacsos és sima felülettel egyaránt több színben!

Tetszetős kivitel, kényelmes viselet. Higiénikus, biztosítja a bőr szellőzését.

Ára: 2400 - 3200 Ft



ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

OE—120

Az OMSZÖV szívőkészüléke alkalmas mellkasleszívásra, ahol a mellüregben keletkezett levegő és váladék folyamatos leszívása a feladat — valamint általános orvosi és műtői felhasználásra.

Az új típusú dugattyús rendszerű, lassú járású, korszerű szivattyú zajtalan működést, hosszú élettartamot, karbantartásmentes működést biztosít. A két hengerrel nagy légszállítás és magas vákuum érhető el.

A vákuumszabályzóval beállított vákuum gyorsan, zajtalanul elérhető és ellenőrizhető. A készülék döntött előlapjáról vezérelhető a készülék és ellenőrizhető a működése.

A készülékbe épített korszerű elektronika időben jelzi, hogy a váladék már a túlfolyó biztonsági üvegbe folyik, és automatikusan megszünteti a vákuumot.

Ezáltal megakadályozza, hogy a szivattyúba váladék kerüljön.

Az OMSZÖV OE—120 típusú mellkasszívó készüléke vízszintes vákuumszabályzóval van ellátva, mely lehetővé teszi a mellkas váladékszíváshoz szükséges alacsony vákuum előállítását. A levegőző cső vízbe merülésének állításával szabályozhatók be az 0—35 cmH₂O vákuum közötti értékek.

A szívőkészülék ötágú gördíthető állványon könnyen mozgatható.

Tartozékok

- 1 db 1 literes üvegedény biztonsági jelzővel
- 1 db 2 literes üvegedény gyűjtő
- 1 db vízszintes vákuumszabályzó
- 1 készlet összekötő cső

Műszaki adatok

Hálózati feszültség	220 V, 50 Hz
Szívási teljesítmény	max. 25 liter/perc
Max. vákuum	86 kPa
Teljesítményfelvétel	250 W
Méret	423 × 287 × 223 mm
Súly	170 N (17 kg) tartozékok nélkül

A változtatás joga fenntartva!

OE—121

A készülék felhasználási területe a szülést, feladata a magzat kivétel.

A készülék az esetleges, ill. szükséges vákuum extrakcióhoz gyorsan és zajtalanul szolgáltatja a megfelelő szívó teljesítményt.

A beépített elektronika lehetővé teszi az extrakció idejének pontos mérését és folyamatos hanggal jelzi a közbenső APGAR tesztek elvégzésének (1, 5, 10 perc) időpontját. A készülékhez három daraból álló extraktor fejkészlet tartozik 50, 60 és 70 mm átmérőjű fejekkel és fogantyúkkal. Ezek az úgynevezett szívóharangok biztosítják az eredményes beavatkozást mind a teljesen, mind pedig a nem teljesen kinyitott méhnyak esetében.

A lábszabályzó lehetővé teszi a működés közbeni gyors vákuum leeresztést, ill. visszaállítást.

A készülék ötágú gördíthető állványon áll, mely könnyű mozgathatóságot biztosít.

Tartozékok

- 1 db 1 literes üvegedény, biztonsági túlfolyóval
- 1 db lábszabályzó
- 1 garn. extraktor fejkészlet

Adatok

Hálózati feszültség	220 V, 50 Hz
Max. vákuum	85 kPa (637 Hgmm)
Szívás	25 liter/perc
Teljesítményfelvétel	250 W
Méret	432 × 287 × 220 mm
Súly	170 N (17 kg) tartozékok nélkül

A változtatás joga fenntartva!

OE—122

Az újszerűt fejlődésének legjobb, ha anyatejes táplálást kap. Az anyatejes táplálás jó hatással van az anya—gyermek kapcsolatra is. Ezért egyre több újszülöttet kívánnak anyatejével táplálni.

Előfordul azonban néhány eset, amikor az anyatejes táplálásnak akadályai vannak.

- Például: — csekély ill. túlzott anyatej fejlődések
— koraszülött táplálásakor
— gyenge szívású újszülöttnél
— az anya és gyermeke betegségekor
— sérült, befordult, fejletlen emlőbimbó esetén

Ezekben az esetekben az OMSZÖV OE—122 típusú ELEKTROMOS MELLSZÍVÓVAL higiénikusan megoldható az emlő periodikus ürítése és ezáltal az anyatej folyamatos fejlődése. Az OMSZÖV elektromos mellszívó automatikus és fájdalommentes szívása hűen szimulálja az újszülött csecsemő szívási ütemét.



N nyomási diagram, amely illusztrálja az OMSZÖV elektromos mellszívó működését. A három fázisból álló szívási ütemnek köszönhetően elkerülhető a bőrnek, ill. az emlőbimbónak bármiféle sérülése.

Az OMSZÖV elektromos mellszívó egyszerű kezelhetősége alkalmassá teszi az otthoni és kórházi használatot egyaránt. A vákuum nagysága egyetlen forgatógombbal szabályozható egy előre korlátozott tartományon belül.

A tartozékként adott biztonsági túlfolyóüveg megakadályozza, hogy az anyatej véletlenül a szivattyúba kerüljön.

A lassú járású, zajtalan motor hosszú élettartamú, karbantartásmentes működést biztosít.

A gördülő állványon az OMSZÖV elektromos mellszívó könnyen mozgatható, de asztalra helyezve is használható.

Tartozékok

- Szívóharangok Ø 70, Ø 80 mm
- Gyűjtőüveg CHICCO 250 ml
- Túlfolyóüveg 50 ml

Műszaki adatok

Hálózati feszültség	220 V, 50 Hz
Max. vákuum	27 kPa (200 Hgmm)
Teljesítményfelvétel	120 W
Súly	80 N (8 kg)
Méret	280 × 250 × 210 mm

Változtatás joga fenntartva!

OE—123

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

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

A szívőkészülék könnyen mozgatható az ötágú, gördíthető állványon.

A tetszetős műanyag burkolat könnyen tisztán tartható.

Tartozékok:

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

Műszaki adatok:

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

OE—124

Az OMSZÖV új szívőkészülék családjának tagja a vacuum aspirator végrehajtására alkalmas szivattyú. Az új típusú dugattyús rendszerű, lassú járású és korszerű szivattyú zajtalan működést, hosszú élettartamot, karbantartásmentes működést biztosít. Robbanásbiztos lábkapcsolóval működtethető a készülék. A vákuumszabályzóval beállított vákuum gyorsan, zajtalanul elérhető és ellenőrizhető. A készülék döntött előlapja könnyű kezelhetőséget, jó megfigyelést biztosít.

A beépített elektronika időben figyelmeztet a túlfolyóedény megtelésére, és automatikusan megszünteti a vákuumot.

A gyorscsatlakozó rendszer a megtelt üvegek gyors cseréjét teszi lehetővé.

A szívőkészülék könnyen mozgatható az ötágú, gördíthető állványon.

Tartozékok:

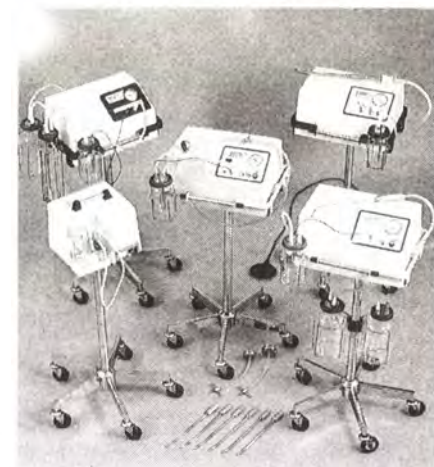
- 1 db 2 literes üvegedény,
- 1 db 1 literes üvegedény biztonsági túlfolyóval,
- 1 garnitúra katétersorozat, Ø6—Ø14 mm-ig.

Műszaki adatok:

Hálózati feszültség	220 V, 50 Hz
Teljesítményfelvétel	270 VA
Max. vákuum	85 kPa
Méret	423 × 287 × 223 mm
Súly	170 N

A VÁLTOZTATÁS JOGA FENNTARTVA!

Kereskedelmi Osztály
Telefon: 1-144-776
Telex: 227843 omsz
Exportálja:
MEDICOR
Forgalomba hozza:



A Népjóléti Minisztérium tájékoztatója az 1991. május havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Valamennyi enterális úton terjedő fertőző betegségből a szezonális alakulásnak megfelelően több fordult elő, mint az előző hónapban. A salmonellosis megbetegedések száma mintegy 40%-kal emelkedett, a dysenteriáé pedig több mint kétszeresére növekedett. E két betegség járványügyi helyzete a medián értéket figyelembe véve azonban nem tért el a korábbi évek hasonló hónapjától. A hepatitis infectiosa megbetegedések epidemiológiai helyzete kedvezőbb volt a korábbi évek május hónapjainál.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek közül a scarlatina és a parotitis epidemica esetek száma emelkedett, a rubeola és a mo-

nonucleosis gyakorlatilag nem változott. Az e csoportba tartozó betegségek járványügyi helyzete összességében igen kedvezően alakult a korábbi évek hasonló időszakához képest. Külön kiemelendő a rubeola, melyből a havi esetek, ill. az év első öt hónapjában bejelentett megbetegedések száma kb. $1/20$ -át tette ki a medián értékeknek. A megbetegedések ilyen alacsony szinten való előfordulása a kiterjesztett oltások hatására következett be.

A vírusaetiológiájú idegrendszeri fertőző betegségekből több fordult elő, mint az előző hónapban. Legjelentősebben a kullancsencephalitis emelkedett: háromszor annyi esetet regisztráltak, mint az előző hónapban. A megbetegedések $2/3$ -át Somogy és Zala megyéből jelentették.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+) 1990. december—1991. május hó

Betegség	Dec.	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.
Typhus abdominalis	—	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	816	483	447	492	735	1075
Shigellosis	87	77	75	40	40	105
Amoebiasis	6	5	13	5	8	8
Shigellosis + amoebiasis	93	82	88	45	48	113
Dyspepsia coli	18	36	17	15	18	35
Hepatitis infectiosa	313	296	211	229	193	209
AIDS	—	1	2	4	3	—
Poliomyelitis anterior acuta	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	1	2	1	2	1	1
Scarlatina	495	487	443	365	270	348
Morbilli	4	4	4	7	7	4
Rubeola	109	131	143	176	160	155
Parotitis epidemica	1660	2238	1802	2260	2238	3031
Mononucleosis infectiosa	58	84	100	85	92	82
Keratoconjunctivitis epidemica	6	16	3	7	29	36
Meningitis epidemica	3	2	7	3	6	3
Meningitis serosa	17	16	19	7	15	22
Kullancsencephalitis	2	7	2	—	11	34
Encephalitis infectiosa	8	7	7	6	7	12
Kullancs+enceph. inf.	10	14	9	6	19	46
Staphylococcosis	8	4	4	7	10	3
Malaria*	1	1	2	—	—	1
Tetanus	1	—	1	—	1	—
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	1	—	1	—	—
Leptospirosis	2	5	4	2	2	2
Ornithosis	—	1	—	—	—	—
Q-láz	1	—	—	1	1	4
Tularemia	8	7	—	—	4	3
Taeniasis	2	2	3	3	1	1
Toxoplasmosis	14	15	23	20	14	28
Trichinellosis	—	—	2	2	—	—

(+) Előzetes, részben tisztított adatok (*) Importált esetek

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+) 1991. május hó

Betegség	Május		Jan. 1.—Május 31.			
	1991.	1990.	Me- dian 1985 1989	1991	1990	Me- dian 1985 1989
Typhus abdominalis	—	—	—	—	—	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	1075	1089	1076	3 232	3 504	3 596
Shigellosis	105	47	—	337	311	—
Amoebiasis	8	11	—	39	26	—
Shigellosis + amoebiasis	113	58	110	376	337	610
Dyspepsia coli	35	32	42	121	128	132
Hepatitis infectiosa	209	236	273	1 138	1 378	1 440
AIDS	—	—	—	10	4	—
Poliomyelitis anterior acuta	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	1	—
Pertussis	1	2	1	7	4	6
Scarlatina	348	331	709	1 913	2 437	4 309
Morbilli	4	12	14	26	72	46
Rubeola	155	681	3850	765	3 907	5 952
Parotitis epidemica	3031	2494	4321	11 570	13 102	22 842
Mononucleosis infectiosa	82	82	76	443	473	314
Keratoconjunctivitis epidemica	36	14	3	91	168	18
Meningitis epidemica	3	2	2	21	17	24
Meningitis serosa	22	17	24	79	97	111
Kullancsencephalitis	34	27	—	54	49	—
Encephalitis infectiosa	12	10	—	40	49	—
Kullancs+enceph. inf.	46	37	33	94	98	93
Staphylococcosis	3	12	11	28	32	51
Malaria*	1	1	2	4	7	4
Tetanus	—	5	3	2	13	9
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	1	—	2	2	3
Leptospirosis	2	3	2	15	9	13
Ornithosis	—	—	—	1	—	1
Q-láz	4	2	—	6	2	2
Tularemia	3	4	4	14	21	12
Taeniasis	1	2	4	9	10	15
Toxoplasmosis	28	12	17	100	92	107
Trichinellosis	—	—	—	4	—	21

(+) Előzetes, részben tisztított adatok (*) Importált esetek

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 arimiák:* melyek szívizom infarktus heveny szakában vagy krónikus szívizom-isémiánál lépnek fel, vagy amelyek szivglikozidák és egyéb gyógyszerek túladagolása miatt keletkezhetnek.

Kamrai extraszisztólia: idiopátiás vagy egyéb ventrikuláris ritmuszavarok.

Profilaktikus alkalmazás: a mexiletin hosszantartó profilaktikus alkalmazása meggátolja a már leküzdött ventrikuláris aritmia ismételt fellépését.

Ellenjavallat: Szoptatás

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

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

Egyéb kezelés: A helyi érzéstelenítők csoportjába tartozó (pl. lidocain) antiaritmikumokkal megkezdett intravénás kezelés per os alkalmazott mexiletin kapszulákkal folytatható az alábbi adagolás szerint:

az aritmia rendeződése után, még bekötött infúzió mellett 400 mg mexiletint kell adni orálisan. Az infúzió adását az előzetes adagolásban még egy óráig kell folytatni. További két óra alatt pl. lidocain adagja a felére csökkenthető, majd az infúzió adásának befejezésekor további 200 mg-os orális mexiletin adagot kell adni. Ezután a szokásos per os mexiletin adás következik 6–8 órás időközökben.

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

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

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

Kardiovaszkuláris panaszok: hipotónia, sinus-bradycardia, pitvarfibrilláció és palpitáció.

A mexiletin kezelésre fellépő bradikardia vagy hipotónia iv. adott 0,5–1 mg atropinszulfáttal megszüntethető. Ritkán májkárosodás, anaphylaxiás reakció is előfordulhat.

Kölcsönhatások: Óvatosan adható együtt:

— más antiaritmia hatású gyógyszerekkel (tekintetbe kell venni a hatásfokozódást).

— gyomor-bél motilitást befolyásoló szerek (felszívódást befolyásolhatják),

— májfunkciót befolyásoló szerek (a mexiletin plazma koncentrációt megváltoztathatják),

— a gyógyszer lebomlást késleltető szerek (pl. cimetidin) egyúttadásakor a dózis csökkentése szükséges,

— enzim indukciót fokozó szerek, pl. phenobarbital, phenytoin) egyúttadásakor 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 — egyénekenként 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 kezelési időtartama egyénekenként eltérő, a terápiát csak akkor kell befejezni, ha hosszabb idő után sem lép fel aritmia. A terápiát nem szabad hirtelen abbahagyni, hanem gondos ellenőrzés mellett az adagot fokozatosan kell csökkenteni. **Rendelhetőség:** Még nem áll rendelkezésünkre, később közöljük!

Forgalomba hozza: ALKALOIDA

Vegyészeti Gyár Tiszavasvári.

A Társadalombiztosítás Mentálhygiénés Kuratóriumának pályázata

A Társadalombiztosítás Mentálhygiénés Kuratóriuma pályázatot hirdet az Országgyűlés által a társadalombiztosítás 1991. évi költségvetéséből lelki egészségmegőrző, mentálhygiénés programok fejlesztése céljából elkülönített 150 millió forint felhasználásáról.

A pályázat célja az egészségügy területén folytatott mentálhygiénés, lelki egészségmegőrző tevékenység fejlesztésének a támogatása, amit a magyar társadalom mentálhygiénés állapota, a neurotikus, pszichoszomatikus és addikciós megbetegedések valamint a gyakran öngyilkosság kísérletéhez vezető krízisállapotok különleges, a népesség várható élettartamát, életminőségét alapvető és lényeges módon befolyásoló gyakorisága, az ilyen szempontból veszélyeztetett csoportok kiszolgáltatottsága, segítség nélkül hagyása indokol. A pályázat alapvetően olyan területi-közösségi ellátási elven működő új kezdeményezéseket, programokat támogat, amelyek a társadalmi beilleszkedésnek a fentebb is felsorolt, végsőfokon a hazai mortalitási statisztikákban excesszív módon kicsúcsosodó többlet-zavarait, a hazai mentálhygiénés helyzet alapvető rendezetlenségét főlásolni, csökkenteni, a körlefolys szempontjából már viszonylag korán kontrollálhatóvá tenni igyeksenek.

A pályázaton résztvehet minden egészségügyi intézmény, illetőleg jellemzően egészségügyi tevékenységet folytató társadalmi szervezet és jogi személy, amely vagy új mentálhygiénés programot kíván módosítani, vagy meglévő tevékenységét kívánja újabb ilyen részprogramok közül az Alap csak az elsődleges vagy másodlagos prevenciót jelentő tevékenységet támogatja, az ún. harmadlagos prevenciót jelentő tevékenységek támogatása már kivülésik az Alap célkitűzésein.

Az elbíráláskor előnyben részesített tevékenységi területek, témakörök:

- Az addikciók, pszichoszomatikus zavarok, elhúzódó szorongásos zavarok szempontjából pszichológiailag veszélyeztetett csoportok megbetegedési kockázatát jelentősen csökkentő célzott helyi programok bevezetése vagy a kiterjesztése.

- a korai szorongásos típusú problémáknak (pol. társas féltrelemek), ill. a negatív érzelmi állapotoknak a befolyásolásán vagy társas készségfejlesztésen alapuló a serdülő vagy fiatal felnőtt korú népesség pozitív egészségmegőrzését szolgáló rövidtávú csoportos programok.

- a bevezető szakaszban felsorolt beilleszkedési zavaroknak az alapellátásban megvalósuló, az alapellátás közvetlenül köteles funkcionálásához képest többletet jelentő megelőző és/vagy gyógyító természetű programok.

- a serdülő vagy fiatal felnőtt korú népesség egészségmegőrzését szolgáló rövid távú, célzott tanácsadáson, pszichoterápiás segítségnyújtáson alapuló szolgáltatások bevezetése vagy bővítése,

- csoportos önszűrtés elvén alapuló mentálhygiénés programok fejlesztése, ha ezek egyébként a pályázat általános céljainak megfelelő tevékenységet jelentenek,

- a táplálkozási viselkedés zavarainak vagy más különösen elterjedt a népesség egészségi állapotát lényegesen befolyásolni képes problémák (így különösen alvászavarok, fejfájások, közönségebb sexuális zavarok) programozott, rövid-

távú, a viselkedésmódosítás, biofeedback stb. elvén alapuló (nem gyógyszeres) kezelése;

- nagy hozzáférhetőségű mentálhygiénés szolgáltatás indítása vagy bővítése (pl. lelki telefonsegély szolgáltatások),

- mentálhygiénés szolgáltatás fejlesztése reális értékű szűrővizsgálatoknak vagy körülírt célú epidemiológiai vizsgálatoknak, körülírt célú prognatív, konzultációs programoknak a hozzárendelése által,

- a környezeti terhelés okozta zavarokkal kapcsolatban álló gyakori maladaptív viselkedésmódok, veszélyeztetett állapotok (például nyugtatószerekkel való visszaélés vagy az ún. kiégettségi állapotok) korai azonosítása és program-szerű befolyásolása kiterjedtebb népességen,

- a családi problémák megoldási készségének fejlesztésére, a családi környezet által is fenntartott szorongásos, pszichoszomatikus és addikciós zavarok megoldásának elősegítésére, valamint a válással kapcsolatos pszichológiai megterhelés, krízisveszély csökkentésére rövidtávú, csoportos, ill. szemináriumszerű családi programok fejlesztésére,

- krízisintervenciót is lehetővé tevő, kiterjedtebb népesség számára jól hozzáférhető konzultatív szolgáltatások fejlesztése.

A kuratórium rendelkezésének a jellegéből következik, hogy alapja nem használható fel korlátlanul és megkülönböztetés nélkül mentálhygiénés célú avagy jelentőségű tevékenységének finanszírozására:

- Nem pályázhatnak a kiírás szerint az egészségügy tevékenységéhez nem kapcsolódó intézmények, társadalmi szervezetek, jogi személyek.

- Nem pályázhatnak a kuratórium támogatásáért az állami helyhatósági stb. egészségügyi intézmények a rendes, évi költségvetés szerinti alaptevékenységük dotációjának pusztán kiegészítéséért (pl. fűtés, világítás, személyzet bérfeljavítása tárgyában),

- Nem támogatja a kuratórium a fekvőbeteg-ellátást jelentő tevékenységet,

- Nem pályázható a támogatás tisztán kutatási, tudományos vagy képzési programokkal, vagy merőben kísérletnek tekinthető segítő tevékenységgel,

- Nem pályázható az alap támogatása épületfenntartási költségek, és általában túlnyomóan dologi természetű költségeket indokló tevékenységek fedezése végett,

- Nem pályázható a Kuratórium támogatása külföldi utazás, hazai vagy külföldi publikáció, kiadói tevékenység, szakami rendezvény szponzorálása okán.

- Nem pályázható a Kuratórium támogatása az alapvetően gyógyszeres jellegű segítségnyújtó tevékenység fejlesztéséhez, függetlenül annak mentálhygiénés jelentőségétől,

- Nem pályázható a Kuratórium támogatása sport, szabadidőtevékenység, iskolai csoportos tevékenység stb. céljaira, mert erre a társadalombiztosítás költségvetéséből elkülönített másik keret van kijelölve.

A pályázható támogatási összeg felső határa 5 millió Ft.

A pályázatban szereplő programnak vagy problémamegoldásnak világosan, szabatosan és tárgyszerűen ismertetettnek kell lennie. A folytatott vagy folytatni kívánt segítő tevékenység meg kell hogy feleljen a korszerű egészségügyi, viselkedéstudományos és pszichológiai ismereteinknek: Csak módszertanilag és tudományosan jól megalapozott, szakképes birtokában végzett pályázati tevékenység számíthat kiemelt támogatásra.

Valamennyi pályázatnak tartalmaznia kell a következő adatokat:

1. A pályázó intézmény, szervezet, jogi személy neve, címe, korábbi tevékenysége,

2. A pályázati célok végrehajtásáért felelős személy adatai, (munkahelye, képzettsége, szakmai kurrikuluma)

3. A pályázat céljaiért garanciát vállaló két tekintélyes szakember aláírása, esetlegesen néhány soros, rövid ajánlása,

4. A megvalósítandó program célja,

5. A program részletes, technikai szintű leírása,

6. A program területi hozzáférhetőségének módja, garanciái; a segített személyek várható száma, nyilvántartásbavételük tervezett módja;

7. A program hatékonyságának ellenőrizhetősége, az ellenőrzés módjának részletes, technikai természetű megjelölése,

8. A várható eredmények előrejelzése idő szerinti és a segített személyek létszáma szerinti bontásban.

9. A pályázott összeg megjelölése, a rendelkezésre álló egyéb források megnevezése, a program dologi és anyagi költségkihatásainak a részletes lebontású ismertetése,

10. A pánzügyi és szakmai ellenőrzés lehetséges módjainak a megjelölése; a kötelező éves és a végső szakmai jelentésnek a kért határideje.

11. Az intézmény, szervezet, jogi személy vagy a pénzeszközöt kezelő intézmény címe, folyószámlájának a száma.

Egy pályázat maximális lehetséges terjedelme 4 oldal, amit a beszerezhető űrlap terjedelme is jelez.

Minden pályázat három példányban nyújtandó be.

Minden pályázatot a kuratórium két tagja lektorál a kuratórium végleges döntése előtt.

A pályázatok beadási határideje 1991. szeptember 30.

A Mozgáskorlátozottak PIMERON Kisvállalata gondozásában megjelent Nagy László János: „*A csillagok gyermekei vagyunk*” című munkája, melyben Dr. Pávai-Vajna Ferenc, székely-magyar tudós élete és munkássága olvasható.

Ára: 280 Ft.— Megrendelhető postai utánvétellel: PIREMON Nyomda Expedítor Debrecen Szigát, Pf. 2. 4011.

A könyv tiszta bevételét a mozgáskorlátozott gyermekek részére hasznosítják.

A MOTESZ által finanszírozott szaklapkiadás pályázati feltételei 1991. évre.

Pályázhatnak: A Szövetség szakfolyóiratot kiadó társaságai, illetve tagyesületei.

A pályázatnak tartalmaznia kell:

- Milyen szakmai kritériumok alapján fogadják el a kéziratokat közlésre (lektorálás módja, a beküldött és elfogadott cikkek aránya)

- Tájékoztató a cikkek külföldi idézettségéről

- A szakfolyóiratot megjelentető társaság anyagi helyzete

- Sorolják fel, hogy a veszteség csökkentésére milyen intézkedéseket tettek. (Pl.: szaklapok összevonása, példányszám emelése, hirdetésbevételek növelése, papírműködés megváltoztatása, a lap előállítási költsége lehetőleg ne haladja meg a fogyasztói árat).

A pályázatot a MOTESZ elnökségéhez címezve kell benyújtani.

Határidő: 1992. január 31.

A pályázattal kapcsolatos kérdésekben a Szövetség Hivatala készséggel ad felvilágosítást.

Cím: Budapest, XIV., Columbus u. 11.

Tel.: 183-7918, 251-7999.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

A Merck németországi kémiai- és gyógyszergyár pályázatot hirdet délmagyarországi orvos-manageri állás betöltésére. Feladatkör: Pécs, illetve Szeged vonzáskörzetébe tartozó egészségügyi intézményekben bevezetésre kerülő klinikofarmakológiai munkák megszervezése.

A munkakör betöltésének feltételei:

- orvosi, vagy gyógyszerési diploma
- angol vagy német nyelvtudás
- jó szervezői készség

Fizetés megegyezés szerint.

A szakmai önéletrajzot is tartalmazó pályázatokat az Orvosi Hetilap szerkesztőségének címére (Budapest, VII., Pf. 142. 1410) kérjük megküldeni.

Az Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Főosztály vezetője (1361 Budapest, V, Nagysándor József u. 4. Pf. 15.) pályázatot hirdet a Baracska Börtön és Fogházban nyugdíjazás folytán megüresedett főorvosi állás betöltésére.

Pályázati feltételek:

- belgyógyászati vagy általános orvostani szakképesítés
- erkölcsi bizonyítvány.

Illetmény a szolgálati idő függvényében. Szolgálati lakás biztosított.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Főosztályára kell benyújtani a közzétételtől számított 30 napon belül. Személyes információadás a 131-4514-es telefonon lehetséges.

Dr. Tóth Kovács János
bv.o. ezds. főosztályvezető

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem rektora (Szeged, Dugonics tér 13. sz.) pályázatot hirdet a Kísérletes sebészeti Intézetben 1 fő tudományos segédmunkatárs álláshely betöltésére.

Pályázati feltételek:

— részvétel az Intézet immunológiai munkacsoport tudományos munkájában, a hallgatók gyakorlati oktatásában.

Juttatások: 13 000,— Ft (gyakorlati időtől függően több is lehet)

Pályakezdő orvos is pályázhat!

A pályázatokat részletes önéletrajzzal, diploma másolattal, hatósági erkölcsi bizonyítvánnyal felszerelve a SZOTE Személyzeti Osztályára (Szeged, Tisza Lajos krt. 107. I. em. 147.) lehet benyújtani.

Dr. Fráter Loránd
egyetemi tanár

A Főv. Főpolgármesteri Hivatal Janh Ferenc Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója (1204 Bp., Köves u. 2-4.) pályázatot hirdet az I. és II. alappellátás területére

3 fő körzeti orvosi állásra.

Dr. Főnyád László
orvos-igazgató

A pásztfői városi kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet 1992. január 1. napjával nyugdíjazás miatt megüresedő

1 belgyógyász

osztályvezető főorvosi állásra.

Feltétel: 10 éves szakvizsga.

Gastroenterológiai szakvizsga vagy gyakorlat, idegen nyelvtudás (lehetőleg angol) előnyt jelent.

Lakás, bérézés megegyezés szerint.

Pályázat benyújtásának határideje: megjelenéstől számított 30 napon belül.

Dr. Novák László
orvos-igazgató

A pásztfői városi kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet 1992. január 1. napjával nyugdíjazás miatt megüresedő

1 szülész-nőgyógyász

osztályvezető-főorvosi állásra

Feltétel: 10 éves szakvizsga.

Idegen nyelvtudás (lehetőleg angol) előnyt jelent.

Lakás, bérézés megbeszélés szerint.

Pályázat benyújtásának határideje: megjelenéstől számított 30 napon belül.

Dr. Novák László
orvos-igazgató

Az Ajkai Magyar Imre Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója pályázatot hirdet az alábbi osztályokra pályakezdő orvosok részére:

— I. belgyógyászati osztály (cardiológiai jellegű) 1 fő

— II. Belgyógyászati osztály (gastroenterológiai jellegű) 1 fő

— Csecsemő- és Gyermekegyógyászati osztály 1 fő

— Központi Laboratórium 1 fő

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázatot a Magyar Imre Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatójához kell benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Dr. Küronya Pál
orvos-igazgató

Városi Kórház-Rendelőintézet — 8060 Mór, Beregi N. u. 21. sz. — orvos-igazgatója pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett Csecsemő- és Gyermekegyógyászati —, osztályvezető-főorvosi állásra.

Az állás 1991. szeptember 1-jével elfoglalható.

Pályázati feltételek: Sz. 10 éves szakmai gyakorlat.

Szolgálati lakás biztosítva.

Dr. Pataki László
orvos-igazgató

A MÁV Tüdőgyógyintézet és Tüdőgondozó orvos-igazgatója (Budapest, XII. ker. Szanatórium u. 2/A) pályázatot hirdet a több profilú kórház általános belgyógyászati osztályának 1992. január 1-jétől megüresedő osztályvezető-főorvosi állására.

Pályázati feltételek: belgyógyász szakorvosi képesítés, a képesítésnek megfelelő szakmai gyakorlat, aktív tudományos tevékenység. A tudományos fokozattal, idegen nyelvismerettel rendelkezők az állás betöltésénél előnyben részesülnek.

A pályázat elnyerőjét és igényjogosult családtagjait díjmentes MÁV belföldi, egy év eltelté után külföldi utazási kedvezmény is megilleti.

A pályázati kérelemhez mellékelni kell:

- az egyetemi oklevelet,
- a szakorvosi bizonyítványt,
- erkölcsi bizonyítványt,
- szakmai önéletrajzot,
- működési bizonyítványt,
- az orvosok nyilvántartásába vételéről szóló igazolást,
- tudományos közlemények jegyzékét,
- tudományos közlemények egy-egy különlenyomatát.

A fenti okmányokkal felszerelt pályázati kérelmek benyújtásának ideje a megjelenéstől számított 30 nap.

Dr. Tallós Imre
orvos-igazgató

A MÁV Tüdőgyógyintézet és Tüdőgondozó orvos-igazgatója (Budapest, XII. ker., Szanatórium u. 2/A. 1528) pályázatot hirdet a több profilú kórház általános-, mellkassebészeti osztályának 1992. január 1-jétől megüresedő osztályvezető-főorvosi állására.

Pályázati feltételek:

sebész szakorvosi és mellkassebész képesítés, a képesítésnek megfelelő szakmai gyakorlat, aktív tudományos tevékenység. A tudományos fokozattal idegen nyelvismerettel rendelkezők az állás betöltésénél előnyben részesülnek.

A pályázat elnyerőjét és igényjogosult családtagjait díjmentes MÁV belföldi, egy év eltelté után külföldi utazási kedvezmény is megilleti.

A pályázati kérelemhez mellékelni kell:

- az egyetemi oklevelet,
- szakorvosi bizonyítványt,
- erkölcsi bizonyítványt,
- szakmai önéletrajzot,
- működési bizonyítványt,
- az orvosi nyilvántartásba vételről szóló igazolást,
- tudományos közlemények jegyzékét,
- tudományos közlemények egy-egy különlenyomatát.

A fenti okmányokkal felszerelt pályázati kérelmek benyújtásának ideje a megjelenéstől számított 30 nap.

Dr. Tallós Imre
orvos-igazgató

VERAPAMIL

40 mg és 80 mg draszté

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK ANTIHYPERTENSIVA

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatornáin” keresztül, ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvezetést; tágítja a coronariákat és gátolja a coronaria-spasmust; a perifériás artériák tágítása és a perifériás ellenállás csökkentése révén mérsékli az artériás vérnyomást, a szívizom energiafogyasztását és oxigénigényét.

HATÓANYAG: 40 mg ill. 80 mg verapamilium chloratum drasztéként.

JAVALLATOK: Angina pectoris kezelése és megelőzése, supraventricularis tachycardiák kezelése és megelőzése, hypertonia, szívinfartus 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 infartus, súlyos bradycardia, digitalis intoxikáció.

ADAGOLÁS: Az egyéni érzékenységeknek megfelelően történik, az adag fokozatos emelésével. A **kezdő** adag általában 3x40 mg. **Átlagos** napi adagja **felntetteknek** 3x80-160 mg. A 480 mg-os maximális napi adag csak kivételes esetben léphető túl.

Angina pectoris, hypertrophiás cardiomyopathia esetében a szokásos kezdő adag 3x40-80 mg naponta. Ez az adag növelhető naponta (instabil angina) vagy hetenként, az optimális klinikai válasz eléréséig. A szokásos napi összdózis 240 mg (effort angina), illetve 480 mg (nyugalmi és Prinzmetal angina).

Supraventricularis tachycardiákban az állapot súlyosságától függően naponta 3-4-szer 40-120 mg.

Kombinált kezelés: Lehetőleg önmagában adjuk. Szükség esetén kombinálható kinidinnel (kivéve hypertrophiás cardiomyopathiás betegek esetén), prokainamiddal, digitalis-készítményekkel (figyelembe véve a súlyos bradycardia és AV-blokk kockázatát). Ha feltétlenül szükséges, (béta)-blokkolókkal is adható együtt, a beteg gondos ellenőrzése mellett. (Balkamra elégtelenségben és AV vezetési zavarban szenvedő betegeknél a két szer nem kombinálható!)

Rövid és tartós hatású nitrátokkal együtt adva kedvező terápiás hatás érhető el.

MELLÉKHATÁSOK: A szer általában jól tolerálható, az esetleg jelentkező mellékhatások a dózis csökkentésével általában megszűnnek vagy enyhülnek.

Leggyakoribb mellékhatások: obstipatio, fejfájás, szédülés, gyengeség, idegesség, pruritus, kipirulás, gyomorpanaszok, hányinger, ritkábban orthostatikus hypotonia, allergiás reakció. Egyéb mellékhatások előfordulásának esélye csekély.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Együttadás tilos:

- disopyramiddal, Verapamil adás előtt 48, utána 24 órán belül (feltételezett interakció veszélye miatt);
- kinidinnel, hypertrophiás cardiomyopathiában szenvedő betegeknek (jelentős vérnyomásesés veszélye miatt).

Óvatosan adható:

- antihypertensiv szerekkel (ezek hatását növeli);
- digitalis-készítményekkel (50-70%-kal) megemeli ezek vérszintjét, ezért a digitalis adagját csökkenteni kell);
- béta-blokkolókkal (súlyos bradycardia, AV-blokk, asystole veszélye miatt);
- inzulinnal (a Verapamil csökkenti a diabeteses betegek inzulin okozta hypoglykaemiáját).

FIGYELMEZTETÉS: Különös gondossággal adandó vese- és májkárosodás esetén, mivel a Verapamil kezelés alatt emelkedhet a szérumszervamináz- és alkalikus foszfatáz szintje. Súlyos májelégtelenségben az általában alkalmazott adag 30%-a ajánlott.

Wolff — Parkinson — White syndromás betegek pitvarfibrillációjának Verapamittal történő kezelése növelheti a kamrafibrilláció fellépésének kockázatát.

Hosszan tartó kezelés alatt rendszeres szemészeti ellenőrzés javasolt.

Lehetőleg ne alkalmazzuk terhességben (főként az I. trimeszterben) és a szoptatás ideje alatt, illetőleg Verapamil kezeléssel egyidejűleg ajánlatos a szoptatást szüneteltetni. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

CSOMAGOLÁS: 50 drg (40 mg)
50 drg (80 mg)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
Budapest



CHINOIN BUDAPEST



NITROMINT[®] retard 2,6 mg tableta

koszorúér-tágító

HATÓANYAG:

2,6 mg nitroglycerinum tabl.-nként.

JAVALLATOK:

Angina pectoris megelőzése és kezelése, digitális- és diuretikumkezelésre refrakter kardiális dekompenzációban kiegészítő kezelés.

Akut angina pectoris roham kezelésére nem alkalmas.

ELLENJAVALLATOK:

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

ADAGOLÁS:

Egyéni beállítást igényel, a beteg nitroglicerinerzékenységétől, a betegség súlyosságától, a mellékhatások jelentkezésétől függően. A tablettákat egészben kell lenyelni. Kezdő adagja általában naponta 3-szor 1 tabl. étkezés előtt. Az adag szükség esetén fokozatosan napi 3-szor 2 tabl.-ra, ill. 3-szor 3 tabl.-ra emelhető. A kedvező terápiás hatás elérése esetén az adag csökkenthető napi 2 (reggel—este 1—1) tabl.-ra.

MELLÉKHATÁSOK:

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS:

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

FIGYELMEZTETÉS:

Alkalmazásának ideje alatt alkohol nem fogyasztható!

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

60 tableta.

 **EGIS** GYÓGYSZERGYÁR BUDAPEST


**GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST**