

Orvosi Hetilap

59 Ft

1992. szeptember 6.

133. évfolyam — 36. szám

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK**Immunterápia lehetőségei humán daganatokban**

Fekete Béla dr.

2271

KLINIKAI TANULMÁNYOK**Ötéves tapasztalataink BCG immunprofilaxissal felületes hólyagdaganatos betegekben**

Romics Imre dr., Bach, Dietmar dr., Rüssel, Christoph dr.

2275

EREDETI KÖZLEMÉNYEK**Természetes ölüsejt aktivitásának változása felületes hólyagtumoros betegek intravesicalis BCG terápiaja során**

Samodai László dr., Dankó Katalin dr.

2283

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK**Endoprothesisek (stentek) alkalmazása nagylégúti szűkületek esetén**

Strausz János dr., Kis Sándor dr., Juhász János dr., Bede Antal dr., Elek Jenő dr.,

Monostori Zsuzsanna dr., Nagy Gabriella dr., Repa Imre dr.

2293

KAZUISZTIKA**Szokatlan manifesztációjú rhabdomyoma**

Tomcsányi János dr., Papp Lajos dr., Karlócai Kristóf dr., Naszlady Attila dr., Sági Zoltán dr.

2297

HORUS**Az '56-os vöröskeresztes Professzori Kollégium emlékének**

Csillag Zoltán dr.

2301

A hazai fül-, orr-, gégeészet a századfordulón

Gerencsér Ferenc dr.

2302

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

2307

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

2319

BESZÁMOLÓK

2323

KÖNYVISMERTETÉSEK

2325

PÁLYÁZATI HIRDETÉSEK

2325

HALOTTAINK

2326

SPRINGER FOLYÓIRATOK 1993

2327

A SPRINGER-VERLAG ÚJDONSÁGAI

2329

HÍREK

2330

OH-QUIZ

2331



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány





[®]**KREON**

KAPSZULA



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-pancreászából 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 után enzimpótlás, cisztás fibrosis.

Ellenjavallatok:

Hatóanyag iránti túlérzékenység.
Acut pancreatitis.

Adagolás:

A szokásos adag napi 3—5 × egy kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Felnőtteknek szükség esetén a napi adag 6—12 kapszuláig emelhető. Kisgyermekeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

Mellékhatások:

Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

20 kapszula

Előállítja:

CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
H—1045 Budapest, Tó u. 1—5.
Kali-Chemie Pharma GMBH,
Hannover (NSZK licenc alapján)



CHINOIN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

Hungarian Medical Journal

September 6, 1992. Volume 133. No. 36.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

EDITORIALS

Possibility in immunotherapy of human tumours
Fekete, B. 2271

CLINICAL STUDIES

Five years experience with the BCG
immunoprophylaxe of the superficial bladder
cancer patients
Romics, I., Bach, D., Rüssel, Ch. 2275

ORIGINAL ARTICLES

Alteration of natural killer activity in patients
with superficial bladder cancer during
intravesical BCG immunotherapy
Samodai, L., Dankó, K. 2283

NEWER THERAPEUTIC METHODS

Application of endoprosthesis to stent the
airway stenosis
Strausz, J., Kis, S., Juhász, J., Bede, A., Elek, J.,
Monostori Zs., Nagy, G., Repa, I. 2293

CASE REPORTS

Unusual manifestation of rhabdomyoma
Tomcsányi, J., Papp, L., Karlócai, K., Naszlady, A.,
Sápi, Z. 2297

HORUS

In memoriam of Professors' Collegium in 1956
Csillag, Zs. 2301

State of the oto-, rhino-, laryngology
in Hungary around 1900
Gerencsér, F. 2302

FROM THE LITERATURE 2307

LETTERS TO THE EDITOR 2319

CONGRESS REPORTS 2323

BOOK REVIEWS 2325

IN MEMORIAM 2326

SPRINGER JOURNALS 1993 2327

NEW BOOKS OF SPRINGER-VERLAG 2329

NEWS 2330

OH-QUIZ 2331

Orvosi Hetilap

133. évfolyam 36. szám — 1992. szeptember 6.

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., Paál
Tamás 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, Németh György, Papp
Miklós dr. (fmts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr.
és Walsz 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), G. Nagy
(Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern),
H. Tahler (Wien), K. Tsuji (Tokyo).

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 3060,— Ft, félévre 1530,— Ft.
negyedévre 765,— Ft, 1 hónapra 255,— Ft,
egyes szám ára 59,— Ft

SPRINGER
1842-1992
150
FOR SCIENCE

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 92.19883.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

Hajas fejbőr kezelésére kifejlesztett nem halogénezett glukokortikoid készítmény.

Hatásos:

- helyi hatása a halogénezett származékokéval azonos
- alkalmazásával rövid idő alatt klinikai javulás érhető el

Biztonságos:

- a felszívódott hatóanyag gyorsan metabolizálódik

- a hatékony lokális dózis szisztémás hatása egy nagyságrenddel kisebb, mint a halogénezett származékoké
- a gyógyszeralkalmazási előiratban megadott feltételek mellett nem gátolja a mellékvese működését
- tartós kezelésre használható szteroid

Kényelmes:

- kozmetikai igényeknek is megfelel
- gyorsan penetrál a bőrbe
- nem szennyezi a haját

Ha gyors és erős hatású, de biztonságos készítményre van betegnek szüksége, legyen az első választott készítmény az APULEIN.

Gyártja: Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt. — Budapest



APULEIN[®]
oldat
(0,025% budesonid)

Immunterápia lehetőségei humán daganatokban

Fekete Béla dr.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Oktató Kórház, Budapest (főigazgató: Tringer László dr.)

Napjaink rákimmunológiai kutatásai elsősorban tumorról kapcsolatos antigének keresésére, tumorsejtek és termékeinek strukturális vizsgálatára, valamint az immunterápia lehetőségeinek feltárására irányulnak. A tengernyi adat ellenére a humán tumorimmunológia területén egyelőre még több az ígélet, mint a betegek érdekében közvetlenül felhasználható jelentős eredmény. Mégis, az időről időre felbukkanó terápiás sikerek és az a reális igény, hogy szükség van alternatív rák-kezelésekre, ébren tartják a kutatások lendületét. Ilyen mérföldkőnek számító siker a felszínes hólyagrák eredményes kezelése Bacillus Calmette-Guérin (BCG) intravesicalis instillációjával. A kedvező nemzetközi tapasztalatokat (8–10, 13–17) az Orvosi Hetilap jelenlegi számában megjelent két közlemény is alátámasztja.

Az alábbi rövid áttekintés a BCG kezelés immunológiai hátterét világítja meg.

Tumorerellenes immunológiai felismerése

Az immunrendszer fő funkciója a potenciálisan fertőző ágensek felismerése és eliminációja, amely a saját és a nem saját antigének finom elkülönítésén alapul. Mutatis mutandis, ha az immunrendszer ép és a tumorsejtek antigenitása eltér a gazdaszervezettől, akkor — az immunológiai felügyelet koncepciója értelmében — a malignus sejtek eliminálódnak, mielőtt klinikailag észlelhető daganat alakult volna ki belőlük. A daganat elleni immunreakciók feltétele, hogy a malignus fenotípus az adaptív és a nem adaptív immunitás számára felismerhető struktúrákat hordozzon. E struktúrák létezése — ha nem is mutatható ki minden esetben — állati és emberi tumorokban bizonyítottan tekinthető (4, 7, 11, 12, 19, 20). Amennyiben ép immunkompetenciájú egyénben mégis daganat fejlődik ki, nyilvánvaló, hogy a carcinogenezist elősegítő faktorok túlsúlyba kerültek a tumor elleni mechanizmusokkal szemben (4, 20). Ebből azonban még nem következik feltétlenül, hogy a „sikeres” neoplasmák nem keltenek immunválaszt; a legtöbb esetben gyenge, eliminálásra nem elegendő sejtes és/vagy humorális immunreakciók kimutathatók. Azt, hogy már stabilizálódott daganat ellen is hatnak tumorimmunológiai védő mechanizmusok, a következő megfigyelések igazolják: a) a tumor tömege spontán változhat; b) a primer tumor eltávolítása és az áttétek kimutathatósága között latencia figyelhető meg; c) a kemoterá-

rápia in vivo jóval hatékonyabb, mint in vitro; d) az ún. konkomittáló immunitás bizonyítja a tumor elleni immunreakciók fennállását akkor is, amikor a primer daganat helyén lokális, ill. regionális immunológiai insufficiencia alakul ki (4).

Tumor elleni immunológiai effector-mechanizmusok

Számos antigen-specifikus és nonspecifikus immunológiai mechanizmus ismert, amelyek egymással összefonódva, egymást feltételezve vesznek részt a daganatok felismerésében és a velük való interakciókban. A cellularis és humoralis faktorok relatív fontossága a legtöbb esetben nem ismert kellően, és jelentőségük a tumor progressziójával változhat is (1, 4, 12, 14, 19, 20). A legtöbb tumort hordozó szervezetben kimutathatók cytotoxicus T lymphocyták (CTL), amelyek tumorról kapcsolatos felszíni antigént ismernek fel I. osztályú Major Histocompatibility Complex (MHC) antigének jelenlétében. Aktivációjuk a helper T sejtektől függ, amelyek a tumor antigénekkel az antigént prezentáló sejtek közvetítésével kerülnek kapcsolatba. CD8 és CD4 fenotípusú CTL-t tartunk számon. Az aktivált T sejtek számos *cytokint* termelnek, amelyek önmagukban és/vagy kombináltan fejtenek ki tumor elleni aktivitást. A *gamma interferon* stimulálja a természetes ölő (Natural Killer-NK) sejteket és a macrophagokat, gátolja bizonyos daganatok proliferációját, fokozza az I. és II. osztályú MHC antigének expresszióját, elősegítve ezzel a daganatok jobb felismerését T sejtek által. Az *alfa interferon* a daganatok szűk körében fejt ki terápiás hatást proliferáció gátlás és immunmodulálás révén. A *tumor necrosis faktor (TNF alfa)* és a *lymphotoxin (TNF beta)* direkt módon károsítják a tumorsejteket. Egyes daganatsejteken TNF receptorokat lehet kimutatni, amelyek expresszióját a gamma interferon fokozhatja. Nagy jelentőségű citokin a T sejt proliferációhoz szükséges *interleukin-2 (IL-2)*, amely in vitro is használható lymphocyták kultúrák stimulálására. IL-2-vel kezelt lymphocyták kultúrákban nagymértékben megnő a sejtek daganatölő képessége; az így kapott sejteket „*Lymphokin Aktivált Killer*” (LAK) sejteknek nevezzük, amelyek precursorai valószínűleg az NK sejtek. A LAK sejtek cytotoxicus repertoárja szélesebb mint az NK sejteké, és in vivo adott IL-2 alkalmazásával is indu-

kálható, amely újabb terápiás lehetőségeket ígér. Cytokinek felelősek a *macrophagok* akkumulációjáért és aktivációjáért. Az aktivált *macrophagok* reaktív oxigén intermedierek és proteasek segítségével tumorsejt gátló vagy öld aktivitást fejtenek ki. Továbbá, a cytokinek részt vehetnek a tumor vasculatúrájának direkt károsításában, szabályozzák az oncogen/suppressor gén-produktumokat, és fokozhatják a célpont-struktúrák expresszióját. A már említett *NK sejtek* a nem adaptív immunrendszer tagjaiként antitestek nélkül képesek bizonyos tumorsejteket spontán elpusztításra. Elsősorban metastasis gátló aktivitásuk ismert solid daganatok elleni immunreakciókban szerepük nem túl jelentős. A tumorok egy része *antitest* termelést is kivált. Ezek cytoskeletális vagy nuclearis antigenek ellen irányulnak, és csak ritkán tumorspecifikusak. A tumoron megkötött antitestek aktiválhatják a *complement* rendszert, vagy Antitest-Dependens Cellularis Cytotoxicitási (ADCC) reakcióhoz vezethetnek, de opsonisatio révén fokozhatják a fagocitózist is.

Az immunrendszer és a daganat kölcsönhatásának tanulmányozásában az utóbbi években egyre nagyobb hangsúlyt kap a helyi, ill. a regionális immunitás. Ismert a gastrointestinalis, bronchoalveolaris, urogenitalis, hepatobiliaris és a bőr speciálisan szerveződött immunapparátusa a helyi immun-homeostasis biztosítására. Továbbá az is nyilvánvalóvá vált, hogy a tumort infiltráló lymphocytáknak és a regionális nyirokcsomók effektor sejtjeinek tumor elleni reaktivitása eltér a vér vagy a lép immunológiailag aktív sejtjeijétől. Például ultraibolya sugárzás keltette bőrdaganatokban tumor antigenre specifikus suppressor T sejteket lehet kimutatni, amelyek specifikusan gátolják az egyébként jó antigenitászú tumor elleni protectív immunmechanizmusokat (12).

Immunterápiás lehetőségek

A daganatok változékonysága és a potenciális immunreakciók sokfélesége már eddig is számos immunterápiás módszert eredményezett. Ezek legtöbbje aktív vagy passzív módon stimulálja a meglévő, de elégtelen tumor elleni immunreakciókat. Egy másik irányzat a tumorsejt módosítását célozza meg abban a reményben, hogy így annak immunogénitását fokozhatja (1–5, 11–16, 18, 20, 21).

*Profilaktikus immunizálás*ra elsősorban vírusindukálta daganatok lennének alkalmasak (például EBV indukált Burkitt-lymphoma és nasopharyngeális carcinoma).

Specifikus aktív immunterápiára inaktivált, esetenként módosított tumorsejteket, illetve tumorsejt alkotórészeket, -produktumokat lehet felhasználni. Legismertebb példa a saját inaktivált sejtekkel való vaccinálás, adjuvans jelenlétében, acut myeloid leukemiában.

A *nem specifikus aktív immunterápia* célja a szervezet tumor elleni védelmét mikrobiológiai termékekkel, szintetikus anyagokkal vagy cytokinekkal szabályozni, növelni. E próbálkozások hátterében az az elképzelés áll, hogy az immunrendszer elégtelen daganatfelismerő és destruktív képessége az aktiválódás alacsony szintjével is összefüggésben lehet. Több száz éves az a klinikai tapasztalat, hogy

bizonyos rákos betegekben bakteriális fertőzések a daganat remissziójához vezethetnek. Napjainkig számos próbálkozás történt különféle bakteriális termékekkel vagy élő kórokozókkal a daganatok számos fajtájánál, de jelentősebb sikereket csak egyes malignus bőrdaganatok helyi kezelésével és a hólyagrák BCG instillációjával értek el. A BCG hatásmechanizmusának minden részlete még nem ismert, de a daganat elleni hatás bizonyítottan immunreakciókat is magába foglal. Állatkísérletekben a BCG tumorellenes hatásának előfeltétele az állat ép immuncompetenciája; a daganatölő hatás elsősorban a BCG által aktivált mononuclearis sejtekkel kapcsolatos. A klinikai tanulmányok tanulsága szerint a BCG-vel nem érzékenyíthető betegek kevésbé reagálnak az instillációs kezelésre, mint a szenzibilizálhatók, és a hólyagbiopsiás anyagban látható granuloma képződés korrelációban van a BCG terápiás hatásával. In vitro és in vivo vizsgálatok szerint a BCG aktiválja a T, az NK sejteket, a *macrophagokat*, fokozza a vizeletben megjelenő polymorphonuclearis sejtek számát, stimulálja az IL-1, IL-2, IL-6 és TNF termelést, valamint érzékenyíti a célsejteket a lymphocyták cytotoxicus hatásával szemben. A BCG a tumort infiltráló lymphocyták cytotoxicus hatását is fokozza, ami további bizonyíték a helyi kezelés immnstimulációs hatására (2, 3, 14, 15).

Megjegyzendő, hogy egyéb bakteriális, illetve szintetikus immunstimulátorokkal is folynak experimentális és klinikai immunterápiás próbálkozások.

A *passzív immunterápiának* cellularis és humoralis formája ismert. Cellularis immunterápia (adoptív immunterápia) során a tumor ellen in vitro érzékenyített autológ vagy allogén lymphocytákat adnak a betegnek. A kezelés sikere — többek között — a sejtek tumor elleni specificitásától és a tumorsejtekhez való eljutás lehetőségeitől függ. LAK sejt kezeléssel számos biztató eredményt már közöltek is.

Szisztémás IL-2 kezeléssel is folynak próbálkozások; változó sikerrel és mellékhatásokkal. — Humoralis immunterápiára elsősorban tumor antigenekkel kapcsolódó monoclonalis antitesteket használnak. Átmeneti sikerek elsősorban a B sejt lymphomákban alkalmazott anti-idiotypus antitestekkel születtek. További lehetőség, hogy monoclonalis antitestekre kötött toxinok, kemoterápiás szerek vagy izotópok fejtsék ki a tumorellenes aktivitást. Számos inherens és technikai akadálya van annak, hogy tartós terápiás sikert érjünk el e módszer alkalmazásával.

Az *immundepletiós kezelés* azon faktorokat próbálja eliminálni, amelyek gátolják a tumoros beteg optimális immunreakcióit (4, 20).

Perspektívák

A közeljövőben a következő területeken várhatók eredményes kutatások: a) rákkal kapcsolatos antigenek molekuláris szintű identifikálása, amit a CTL clonokkal való immunszelekció, az MHC restrictió molekulák feltárása és a monoclonalis antitestek alkalmazása tesznek elsősorban lehetővé; b) szénhidrát, protein vagy peptid antigenekből álló, esetenként genetikusan tervezéssel vagy vírusokkal mó-

dosított rák-vaccinák készítése és alkalmazása; c) citokinek kombinált tumor elleni hatásainak további feltárása; tumorsejtek transfectálása citokin génekkel; d) tumor elleni monoclonalis antitestek (elsősorban ún. humanizált antitestek) optimális eljuttatása a tumorsejtekhez, önmagukban vagy radiokémiai, kemoterápiás vegyületekkel, illetve toxinokkal kapcsolatosan; e) „anti-adheziós” terápia kifejlesztése adheziós molekulák elleni monoclonalis antitestek alkalmazásával; f) adoptív immunkezelés továbbfejlesztése in vitro felszaporított CTL-kal és LAK sejtekkel; g) nem specifikus immunológiai effektorok (monocyto-macrophagok, polymorphonuclearis és NK sejtek, complement faktorok stb.) támadáspontjainak identifikálása, a nem specifikus aktivátorok hatásmechanizmusainak feltárása (4, 5, 7, 11, 12, 18, 19).

A közel sem teljes áttekintésből is kitűnik, hogy az immunrendszer specifikus és nem specifikus ágain folyó tumorimmunológiai kutatások — a diagnosztikus lehetőségek kiszélesítése mellett — elsősorban arra irányulnak, hogy az emberi daganatok kezelésére hatékony immunreakciókat tudjunk megtervezni és kivitelezni.

IRODALOM: 1. Blankenstein, Th., Rowley, D. A., Schreiber, H.: Cytokines and cancer: experimental systems. *Current Opinion in Immunology*, 1991, 3, 694–698. — 2. De Boer, E. C., De Jogn, W. H., van der Meijden, A. P. és mtsai: Presence of activated lymphocytes in the urine of patients with superficial bladder cancer after intravesical immunotherapy with Bacillus Calmette-Guerin. *Cancer Immunol. Immunother.*, 1991, 33, 411–6. — 3. De Boer, E. C., de Jong, W. H., Steerenberg, P. A. és mtsai: Characterization of interleukins and leukocytes in the urine of bladder cancer patients after intravesical therapy with BCG (Meeting Abstract). *Anticancer Res*, 1990, 10, 1450. — 4. Brostoff, J., Scadding, G. K., Male, D., Roitt, I. M.: *Clinical Immunology*. Gower Medical Publishing, 1991. — 5. Charlie, O. S.: Coley's toxins in perspective. *Nature*, 1992, 357, 11–13. — 6. Donald, L. L., Blumenstein, B. A., Crawford, E. D. és mtsai: A randomized trial of intravesical doxorubicin and immunotherapy with Bacille Calmette-Guérin for transitional cell carcinoma of the bladder. *N. Engl. J. Med.*, 1991, 325, 1205–9. — 7. Hakomori, S.: Possible function of tumor-associated carbohydrate antigens.

Current Opinion in Immunology, 1991, 3, 646–653. — 8. Herr, H. W., Landone, V. P., Whitmore, W. F.: An overview of intravesical therapy for superficial bladder tumors. *J. Urol.*, 1988, 138, 127–130. — 9. *Immunotherapy of Disease*. Ed. Hamblin T. J. Kluwer Academic Publishers Dordrecht (Boston) London, 1989. — 10. Khanna, O. P., Son, D. L., Son, K. és mtsai: Multi-center study of superficial bladder cancer treated with intravesical Bacillus Calmette-Guerin or Adriamycin. Results of longterm follow-up. *Urology*, 1991, 38, 271–9. — 11. Knuth, A., Wölfel, Th., Meyer zum Büschenfelde, K. H.: Cellular and humoral immune responses against cancer: Implications for cancer vaccines. *Current Opinion in Immunology*, 1991, 3, 659–664. — 12. Kripke, M. L.: Immunoregulation of carcinogenesis: past, present, and future. *J. Natl. Cancer Inst.* 1988, 80, 722–727. — 13. Lamm, D. L.: Immunotherapy versus chemotherapy in the treatment of superficial bladder cancer. In: Bloom H. F. K., Hanham I. W. F. eds. *Urology oncology: dilemmas and developments*. Chichester, England: John Wiley, 1988, 107–17. old. — 14. Marumo, K., Tachibana, M., Deguchi, N., Tazaki, H.: Enhancement of Lymphokine-Activated Killer activity induction in vitro by Interleukin-1 administered in patients with urological malignancies. *J. Immunotherapy*, 1992, 11, 191–197. — 15. van der Meijden, A. P. M., Steerenberg, P. A., van Hoogstraaten, I. M. W. és mtsai: Immune reactions in patients with superficial bladder cancer after intradermal and intravesical treatment with Bacillus Calmette-Guerin. *Cancer Immunol. Immunother.*, 1989, 28, 278–295. — 16. Mizutani, Y., Nio, Y., Fukumoto, M., Yoshida, O.: Effects of Bacillus Calmette-Guerin on cytotoxic activities of peripheral blood lymphocytes against human T24 lined and freshly isolated autologous urinary bladder transitional carcinoma cells in patients with urinary bladder cancer. *Cancer*, 1992, 69, 537–545. — 17. Morales, A., Eidinger, D., Bruce, A. W.: Intracavity Bacillus Calmette-Guerin in the treatment of superficial bladder tumors. *J. Urol.*, 1976, 116, 180–3. — 18. Oettgen, H. F.: Cytokines in clinical cancer therapy. *Current Opinion in Immunology*, 1991, 3, 699–705. — 19. Old, L. J.: Cancer (Editorial Review) *Current Opinion in Immunology* 1991, 3, 643–645. — 20. Roitt, I., Brostoff, J., Male, D.: *Immunology*. Gower Medical Publishing London/New York, 1989. — 21. Zbar, B., Bernstein, I. D., Bartlett, G. L., és mtsai: Immunotherapy of cancer: Regression of intradermal tumors and prevention of growth of lymph node metastasis after intralesional injection of living Mycobacterium bovis. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1972, 42, 119–131.

(Fekete Béla dr., Budapest, Kútvölgyi út 4. 1125)



Laborszeminárium a MEDKOM rendezésében

1992. szeptember 12-én, 10 órakor a MEDKOM Kft. által forgalmazott SEAC-laborkészülékekről bemutatóval és konzultációval egybekötött szakmai napot tartunk.

Szakelőadó: Dr. Liszt Ferenc

A rendezvény helye: Budapest VII., Andrásy út 101. (színházterem)

A részvétel önköltséges.

Program: 10⁰⁰–12⁰⁰ előadás ♦ 12⁰⁰–13⁰⁰ ebédszünet ♦ 13⁰⁰-tól konzultáció

Részletes felvilágosítást a 140-2456 telefon/fax számon adunk.

Sinecod®

50 mg depot tabletta

Hatóanyag:

50 mg butamiratum dihydrogen-citricum, tablettánként.

Hatás:

A Sinecod depot tabletta egyedüli hatóanyagát képező butamirát citrát központi hatású, nem kodein típusú köhögéscsillapító, mely kifejezett köhögési inger csökkentő, valamint járulékos bronchospazmolitikus hatással rendelkezik. Már a plazmában hidrolizálódik, 2 metabolitja köhögéscsillapító hatással rendelkezik. A plazmafehérjékhez erősen kötődik és hosszú felezés idővel rendelkezik. A metabolitok kiválasztása legnagyobb részben a vesén keresztül történik.

Javallatok:

Különböző etiológiájú, elsősorban nem produktív - görcsös száraz köhögés. Szamárköhögés. Sebészeti beavatkozásoknál, bronchoszkópiánál történő pre- és posztoperatív köhögéscsillapítás.

Ellenjavallatok:

A hatóanyaggal szembeni ismert érzékenység.

Adagolás:

Felnőtteknek naponta 2–3x 1 tabletta (8–12 óránként), gyermekeknek kizárólag 12 éves kortól naponta 1–2x 1 tabletta, egészben, szétrágás nélkül lenyelve.

Mellékhatások:

Ritkán exanthema, hányinger, hasmenés vagy szédülés előfordulhat, melyek a dózis csökkentése, illetve a gyógyszer szedésének felfüggesztése után megszűnnek.

Figyelmeztetés:

A terhesség első 3 hónapjában alkalmazása nem javasolt.

Csomagolás:

10 tabletta.



Előállító:
 Biológiai Gyógyszergyár Rt, Debrecen

 Zyma AG (Nyon, Svájc) licencia alapján

Ötéves tapasztalataink BCG immunprofilaxissal felületes hólyagdaganatos betegekben

Romics Imre dr. *, Bach, Dietmar dr. és Rüssel, Christoph dr.

St. Agnes Hospital Urológiai és Gyermekurologiai Osztály, Bocholt, NSZK (főorvos: Bach, Dietmar dr.)

Felületes, pTis, pTa, pT₁G₁–G₂ stádiumú hólyagdaganatok ötéves BCG intravesicalis kezelésével hosszan tartó recidívmentességet sikerült elérni. Transurethralis rezekciót követő terápiával BCG Pasteur törzsszel 88,5%-os remissiót tudtak 78, ill. Connaught törzsszel 73%-os remissiót 26 kezelt betegükönél megfigyelni. Carcinoma in situ eseteikben (12) 92%-ban értek el komplett remissiót. A lokális és szisztémás mellékhatások rövid ideig tartottak, jól tolerálhatók — egy kivétellel —, könnyen kezelhetők és reversibilisek voltak.

Kulcsszavak: hólyagdaganat, BCG immunoterapia, carcinoma in situ

Five years experience with the BCG immunoprophylaxe of the superficial bladder cancer patients. Our 5-year experience with BCG in the tumor stage pTis, pTa and pT₁, G I–II shows a lasting remission of 88.5% (73%) in 78 (26) patients treated with BCG preparation Pasteur (Connaught) after transurethral resection. A complete remission in patients with carcinoma in situ (12 patients) could be found in 92%. The local and systemic side-effects, which are of limited duration, are tolerable, well treatable and fully reversible.

Key words: bladder cancer, BCG immunotherapy, carcinoma in situ

A BCG immunkezelés felületes hólyagdaganatos betegekben az utóbbi időben rutin kezelési eljárássá vált. A különböző BCG-törzsek hólyagba instillálása carcinoma in situ (CIS) esetében kuratívnak tekinthető, pTa és pT₁ stádiumú betegek transurethralis rezekciója utáni kezelését profilaktikus céllal végezzük (19). Sikerrel alkalmazható azonban recidív daganatok citosztatikus terápiája után is (6, 8, 16, 25, 36).

Hólyagdaganatos betegek levamisol immunterápiáját egy évtizede hazánkban elsőként végeztük (28), később felváltotta ezt idehaza is a BCG-vel végzett immunprofilaxis (15, 29, 32, 33, 34).

Jelen dolgozatunkban ötéves eredményeinket ismertetjük.

Beteganyag és módszer

1985 júliusa óta 104 pTis, pTa, pT₁ stádiumú G₁–G₂ szövettani grade-ú hólyagdaganatos betegben végeztünk BCG immunterápiát bocholti osztályunkon. 1986 októberéig intravesicalisan bőrszcarifikációval Connaught törzset alkalmaztunk (1. táblázat). Adolphs javaslatára 14 nappal az immunprofilaxis megkezdése előtt 700 mg/m² testfelület mennyiségben Cyclophosphamidot egyszeri iv. infusio formájában adtunk be betegeinknek. Alapja ennek az az állatkísérlettel bizonyított tény, hogy a Cyclophosphamid a suppressor sejteket gátolja, ezáltal a BCG által kiváltott immunválasz erősebb (2).

1986 októberében Pasteur törzssre váltottunk, abban a reményben, hogy kevesebb mellékhatással ugyanolyan terápiás ha-

1. táblázat: BCG-vel végzett immunterápiás eredményeink (1986–1990)

	Connaught	Pasteur
Betegszám (n)	26	78
Kezelési forma	V + d + E	V
Recidíva	7 (27%)	9 (11,5%)
Követési idő (X hó)	42 (36–52)	39 (2–46)
Recidívmentes idő (X hó)	15	33
V = intravesicalis d = intradermális E = Endoxan iv.		

2. táblázat: A BCG terápia sémája

Kezdet:	10–14. postop. nap között
Előfeltétel:	Steril vizelet
Immunkompetencia vizsgálata:	Connaught törzs: Tine-test DCNB-test
Az instilláció lefolyása:	Pasteur törzs: Multitest Merieux® Hat egymást követő héten heti egy alkalommal
A BCG dózisa:	1) 120 mg BCG Connaught 2) 150 mg BCG Pasteur*

* Immun Pasteur F®, Fa. Institut Merieux. Leimen, NSZK

tást érünk el. Magunk is a leggyakrabban alkalmazott, Morales 1976-ban ismertetett terápiás protokollját végeztük (2. táblázat). Cystoscopiás és cytologiás kontrollt 3 havonta végeztünk. A felületes hólyagdaganatos betegek rezekciója után 4–6 héttel később biztonsági rezekciót végeztünk. Ha az ismételt rezekátumban

* Állandó munkahelye: Semmelweis OTE Urológiai Klinika, Budapest

3. táblázat: A recidivált hólyagtumoros betegek BCG terapia előtti stádiuma és szövettani fokozata (grade)

Törzs	Betegszám (n)	Daganat stádium és grade	
		BCG előtt	BCG után
Connaught (5 ♂, 2 ♀)	1	pT _a G II	pT ₁ G I
	4	pT ₁ G II	pT ₁ G I*
	2	pT ₁ G II	pT ₁ G II
Pasteur (5 ♂, 4 ♀)	1	pT _{is} G II	pT _{is} G I*
	1	pT ₁ G I	pT ₁ G II
	1	pT ₁ G II	pT _a G I*
	3	pT ₁ G II	pT ₁ G I*
	3	pT ₁ G II	pT ₁ G II

* „Down-Staging”

daganatot nem találtunk, a második beavatkozást követő 10–14. nap között — az immunkompetencia előzetes bizonyítása után (Multitest—Merieux®) — végeztük az instillációt. Az instilláció előfeltétele a steril vizelet volt. Az instilláció hat egymást követő héten történt. A Connaught törzsből 120, a Pasteur törzsből 150 mg-ot 50 ml 0,9%-os NaCl-ban oldottunk és két óráig tartottuk a hólyagban.

Az átlagos követési idő a Connaught csoportban 42, a Pasteur csoportban 39 hónap. A Connaught csoportban nem, a másik betegcsoportban 12 beteg szövettani diagnózisa volt carcinoma in situ (3. táblázat).

A kezelt 33 pT_a stádiumú betegből 9-et Connaught, 24-et Pasteur törzsszel kezeltünk. A pT₁ stádiumú betegek esetében a két kezelési csoportba 17, illetve 42 beteg került. G₃ grade-ú beteget nem kezeltünk.

Eredményeink

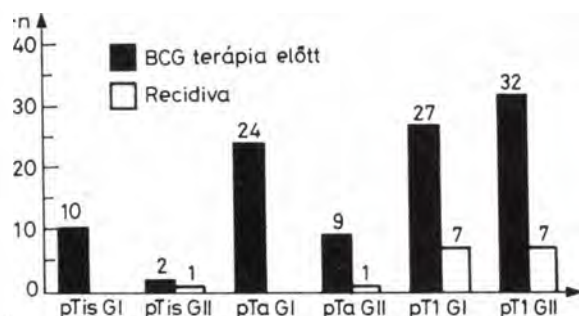
Az átlagos recidívamentes idő a Pasteur csoportban kétszerese volt, mint a Connaught csoport betegeié. Recidíva az utóbbi csoportban 27%, Pasteur törzs alkalmazása esetén 11,5% volt. A 16 recidivált beteg adatait az 1. ábrán ismertetjük. Tíz esetben történt „down-staging”. Két esetben progresszió, azaz stádiumban, ill. grade-ben növekedés volt megfigyelhető. Kiemelendő, hogy a recidívamentes idő a Pasteur törzsszel kezelt betegek esetében jelentősen hosszabb, mint a Connaught törzsszel kezelt csoportban.

Mint a legtöbb szerző, az instilláció után mi is cystitiszes panaszt figyelhetünk meg leggyakrabban, ami általában két napig tartott. Egy esetben sem kellett a betegeket osztályra felvenni (4. táblázat). Relatívén gyakran észleltünk hematuriát, lázat és hidegrázást.

A Connaught csoport betegeinek 70%-ában már az első kezelés után léptek fel mellékhatások, míg a Pasteur csoportban inkább a második kezelés után (5. táblázat).

Gyógyszeres tüneti kezelés a Connaught csoport betegeinek felében volt szükséges, 25%-ában kellett rövid ideig felfüggeszteni, 10%-ában kellett idő előtt befejezni a kezelést. A Pasteur csoport betegeinek csak 25%-ában volt szükség gyógyszeres tüneti kezelésre, és egy esetben sem kellett a terápiát átmenetileg vagy végleg felfüggeszteni.

A herében kialakuló BCG indukálta gyulladás igen ritka szövödmény, érdemesnek tartjuk rövid ismertetését.



1. ábra: A betegek BCG immunterápia előtti stádiumai és az egyes stádiumokban bekövetkezett recidíva aránya

4. táblázat: A BCG instilláció során észlelt mellékhatások betegeinkben (1985–90)

	Connaught (n = 26)	Pasteur (n = 78)	Irodalom (Lamm 17)
„Cystitis” (dysuria, pollakisuria)	45%	35%	91 %
Mikrohématuria	8%	10%	41 %
Makrohématuria	—	5%	0,5%
Láz	20%	10%	4 %
Hidegrázás	15%	5%	—
Egyéb (Arthritis, bőrpír, prostatitis, granulocytopenia, here tbc-itis).	5%	2%	3,7%

5. táblázat: Mellékhatások időbeli és intenzitátsági eloszlása betegeinkben (1985–90)

	Connaught (n = 26)	Pasteur (n = 78)
A mellékhatásban szenvedett betegek hányada	50%	38%
A mellékhatás fellépése instilláció után:		
1.	70%	20%
2.	15%	65%
3.	10%	10%
4.	5%	5%
5.	—	—
6.	—	—
A mellékhatás időtartama (X; nap)	2,5	1,5
A mellékhatás intenzitása:		
súlyos	35%	10%
közepes	20%	15%
enyhe	45%	75%
A szükséges terápia:		
gyógyszeres — tüneti	50%	22%
BCG kezelés átmeneti megszakítása	25%	9%
BCG kezelés végleges felfüggesztése	10%	—



Calcium 500 mg

Pharmavit pezsgőtabletta

- kalcium hiányos állapotok megszüntetésére
- megnövekedett kalcium szükséglet kielégítése
- osteoporosis adjuváns kezelése és profilaxisa

A kalcium a szervezet legnagyobb mennyiségben előforduló kationja. Az átlagos felnőtt szervezet 1 kg kalciumtartalmának 99%-a a test struktúrális vázát alkotó csontokban található. A fennmaradó 1% a vérben és a sejtekben biztosítja az izom- és idegműködés, a véralvadás és számos enzim zavartalan működését. Bonyolult hormonális együttműködés szabályozza a struktúrális és funkcionális pool egyensúlyát. A dinamikus egyensúlyi állapot megbomlása izom-, idegműködési; szív- és veseműködési zavart illetve csontbetegségek kialakulását okozhatja.

A CALCIUM 500 mg PHARMAVIT PEZSGŐTABLETTA alkalmas a kalciumhiányos állapotok kezelésére, megnövekedett kalciumigény esetén a kalciumbevitel pótlására, osteomaláciában, rachitisben a specifikus terápia adjuvánsaként és más csontanyagcsere-betegségekben is. Alkalmazható postmenopauzális osteoporosis megelőzésére; illetve kezelésében az ösztrogénterápia kiegészítéseként (e kombinációban az ösztrogénhatást valószínűleg növeli).

Calcium 500 mg
Pharmavit pezsgőtabletta

N 400
ATC: A 12 AA 04
Nyomelemek (Calcium carbona)

Hatóanyag: 1250 mg Calcium carbonicum (=500 mg calcium pezsgőtablettánként)

Javallatok: Fokozott kalciumigény terheesség, szoptatás idején.

Növekedésben levő gyermekek kalcium szükségletének pótlására. Postmenopausalis osteoporosis megelőzésére. Különböző eredetű osteoporosisok. Osteomalacia és rachitis, a specifikus terápia adjuvánsaként. Egyéb, a csontszövet ásványi anyagtartalmának csökkenését okozó állapotok. Tetania, latens tetania. Allergiás állapotok adjuváns kezelése.

Ellenjavallatok: Hyperkalcémia (pl. hyperparathyreosis, D-vitamin túladagolás, csontmetasztázisok).

Myeloma multiplex. Súlyos veseelégtelenség. Súlyos hypercalcuria.

Adagolás: Felnőtteknek napi 2–3-szor 1 tablettát. Osteoporosisban a kezdő adag 2-szer 2 tablettát lehet, amely néhány hét múlva csökkenthető.

Gyermekeknek általában napi 1 tablettát, súlyos kalciumhiányban napi 2–3 tablettát.

A tablettát egy pohár vízben feloldva kell bevenni.

Gyógyszerkölcsönhatások

Együttadása kerülendő:

- orális tetraciklinekkel (felszívódását csökkentő, ezért a két gyógyszer bevétele között legalább 3 óra teljen el);
- digitális készítményekkel (fokozhatja a digitálisz kardiotoxicitását);
- NaF (egyidejű alkalmazásakor rosszul felszívódó CaF képződhet).

Figyelemztetés: Kismértékű hypercalcuria, krónikus veseelégtelenség esetén a kiválasztott kalcium mennyiségét ellenőrizni, szükség szerint az adagokat csökkenteni kell, vagy a gyógyszert el kell hagyni.

Napi több mint 1000 NE D-vitaminnal együtt adva a tablettát adagját napi 2 tablettára kell csökkenteni, és a vizelettel ürített kalcium mennyiségét ellenőrizni kell.

Megjegyzés: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

Termelői ár: 75 Ft.

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 80%.

Csomagolás: 20 pezsgőtabletta

OGYI eng.sz.: 7051/40/90.

Gyártja: Pharmavit Rt., Verebesgyház



TB támogatás: 80%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália

termékcsaládjának a tagja.



Makrofer

pezsgőtabletta

- megnövekedett vasigény esetén
- csökkent vasszívódás (gyomorműtétek után gastrointestinális betegségben)
- vérvesztés (gastrointestinális, menstruációs)



Az anaemia az orvosi gyakorlat nap mint nap felmerülő problémája. Leggyakoribb oka a vashiány, mely felnőtt korban elsősorban gastrointestinális vagy menstruációs vérzés, vagy a terhesség következménye. A sideropeniás anaemia általában orális vasbevitellel meggyógyítható. A vashiányos állapot megszüntetésére az oldott formában, orálisan bevitt vasók a legalkalmasabbak. A Pharmavit Gyógyszergyár Makrofer pezsgőtablettája egy kellemesen bevehető készítmény, mely 80 mg elemi vasat tartalmaz jól tolerálható, jól felszívódó formában. A tablettában lévő aszkorbinsav elősegíti a vas felszívódását.

Makrofer pezsgőtabletta

Hatóanyag

695 mg Ferrum gluconicum (80mg elemi vasnak felel meg) és 100 mg acidum ascorbicum pezsgőtablettánként.

Javallatok: Vashiánybetegség (praetens, latens és manifest, bizonyított vashiány) megelőzése vagy megszüntetése:

- fokozott vasvesztés (pl. menorrhagia, metrorrhagia, szülés, műtéti vérvesztés, gastrointestinális betegség okozta vérzés, mint pl. ulcus-betegség, bélvérzés, húgyúti vérzés, ismételt veredás)
- megnövekedett vasszükséglet (terhesség, szoptatás, serdülőkorban intenzív növekedés)
- elégtelen vasbevitel (egyoldalú, vashiányos táplálkozás)
- csökkent vasszívódás (gyomorműtétek után, gastrointestinális betegségben, malabsorptio esetén).

Ellenjavallatok: Vasszelhasználási zavarral járó betegségek (sideroblastos anaemiák), fokozott vaskraktározással járó állapotok (haemochromatosisok, haemolysis).

Kisgyermeknek és csecsemőknek nem adható.

Adagolás: Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek napi 1, manifest vashiány esetén napi 2-3 pezsgőtabletta, 7-10 éves gyermekeknek napi 1/2-1 pezsgőtabletta.

Kisgyermeknek és csecsemőknek nem adható.

A pezsgőtablettát egy pohár vízben feloldva, étkezés előtt 1/2-1 órával kell bevenni.

A kezelés időtartamát egyénileg kell megállapítani, a vashiány mértéke szerint, a vasanyagcsere kontrollja mellett. Az anaemia korrekciójához általában 2 hónap, manifest vashiányos anaemia esetén a raktárak feltöltéséhez 4-6 hónap szükséges.

Mellékhatások: Gastrointestinális panaszok, étvágytalanság, epigastriális fájdalom, hányinger, hasmenés, székrekedés, nagyrítókán túlérzékenységi reakciók. A mellékhatások az adag csökkentésével általában megszűnnek.

Gyógyszerkölcsönhatások

Együttadása kerülendő:

- tetraciklinekkel és a penicillammal (egymás felszívódását gátolják)
- aluminium, magnézium - és calciumtartalmú antacid szerekkel, valamint a cholestyraminnal (gátolja a vas felszívódását). A fenti gyógyszerek és a Makrofer tabletták beadása között legalább 3 órának kell eltelnie.

Figyelmeztetés: Csak vashiánybetegségben hatásos.

A székletet feketére színezi.

Gyermekek elől elzárva tárolandó.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: Orvosi rendelvényre.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelői ár: 80 Ft

Társadalombiztosítási Támogatás: 95%

OGYI eng. száma: 3811/40/91

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Verebesgyház

TB támogatás: 95%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.



Esetismertetés

67 éves betegben 1986-ban j. o. ureteronephrectomia történt üregrendszeri urotheliális tumor miatt. 1987 és 1990 között 3 alkalommal történt transurethralis rezekció pT₁G₁ stádiumú hólyagdaganat miatt. Minden rezekció után BCG kezelés történt. A harmadik TUR-t követő kezelés után 10 nappal bal oldali here-duzzanat lépett fel, mely konzervatív kezelésre (Tarivid, Voltaren) nem javult, ezért kórházi felvétele vált szükségessé. Felvételekor egy megnagyobbodott, közepesen érzékeny here volt tapintható. Ultrahanggal szabálytalan, echoszegény terület volt látható, ami gyulladásnak megfelel (2. ábra). Castratiót (1991. január) végeztünk, melynek sebé csak sekunderen gyógyult. A szövettani képen típusos nagymagvú óriássejtek láthatók (3. ábra).

Megbeszélés

Még mindig nem teljesen ismert, hogy a BCG hatásának mi a mechanizmusa. A daganatsejtek károsítása, növekedésének gátlása, a BCG-antigenek lymphocytákat és macrophagokat stimuláló hatása merülhetnek fel lehetséges magyarázatként (26).

Böhle és munkatársai munkájából tudjuk, hogy a BCG a hólyagban akut gyulladást, majd egy hosszabb ideig tartó lokális immunreakciót vált ki és az effektor mechanizmusok aktiválódása, granulomatosus szöveti reakció a daganatos sejteket pusztítja (5).

Először Mathé és munkatársai (20) ismertették a BCG antitumoros hatását leukémiás betegekben. Zbar és Rapp (36) 1974-ben tengerimalac májdaganatába BCG-t injektált és a következő következtetést vonta le a daganatellenes hatásra vonatkozóan:

1. A tumor kis tömegű kell legyen.
2. A szervezet képes legyen a Mycobacteriumra immunválasszal reagálni.
3. A BCG és a daganat között szoros kontaktus kell legyen.

A hólyag ideális a fenti feltételeknek BCG-terápiára.

Az első klinikai terápiás eredmények hólyagdaganatos betegekben Moralestől származnak (22).

A mai napig számos közlemény jelent meg a BCG-kezelés eredményeiről (6. táblázat). A recidívamentesség 50 és 94 % között mozog a különböző szerzőknél. Az átlagos megfigyelési idő 9,3 és 63,5 hónap között változik. A legtöbb szerző a hat egymást követő instillációt elégségesnek tartja, kevesen hosszabb ideig, akár két évig is végeztek instillációt. Bőrscarificatiót kevés munkacsoport tart szükségesnek.

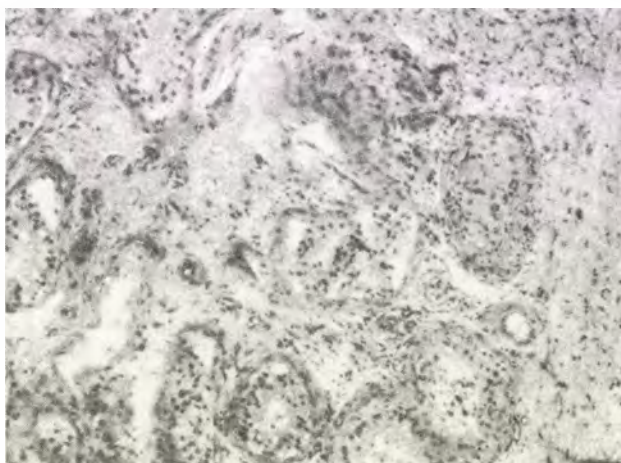
BCG mindenekelőtt carcinoma in situ-ban effektív, a kemoterápiás kezelés csalódást okozott. Adriamycinnek van viszonylag a legnagyobb remissziós rátája in situ carcinomában, de Lamm (16) a BCG kezelést szignifikánsan eredményesebbnek találta, és a remissziós ráta a BCG csoportban duplája volt, mint az Adriamycinrel kezelt csoporté.

Amint azt a 7. táblázatban bemutatjuk, a klinikai stádium és a szövettani grade, valamint a betegség primer vagy recidív volta határozza meg a szükséges terápiás teendőt.

Urotheliális hólyagkarcinómában a BCG-terápia két indikációs területe ismert:



2. ábra: BCG indukálta baloldali heregyulladás ultrahang képe



3. ábra: Az eltávolított here szövettani képe típusos többmagvú óriássejtekkel (HE, 200 ×)

1. Recidíva profilaxis TUR után, felületes pT_a, pT₁ stádiumban G₁–G₃-ig.

2. Terápia carcinoma in situ eseteiben.

A Ta stádiumú daganatok kevesebb mint 1%-ában alakul ki metasztázis, és csak 4,4%-ában progresszió. Ezzel szemben a lamina propria áttörése esetén metasztázissal 14–22%-ban, progresszióval 19–31%-ban kell számolni (30). Ebből következően adjuváns BCG terápia TaG₁ stádiumban nem indokolt. A TaG₁ stádiumú daganatok 5 éves túlélése 94%-os. Ez a betegcsoport tehát feleslegesen részesülne kezelésben.

Utóbbi időben a BCG terápiás hatékonysága, illetve az azt befolyásoló tényezők is vizsgálat alá kerültek. Ahhoz, hogy a BCG reagálni tudjon, a beteg ép immunrendszerrel kell rendelkezzen (1), és hogy ez a reakció létrejöhessen, az élő baktériumoknak egy meghatározott mennyiségével kell az urothelnek érintkeznie. Kelly és munkatársai (13) kimutatták, hogy direkt korreláció van a csíra életképessége és száma, valamint a terápiás eredmény között.

6. táblázat: BCG terápia hatása a felületes (pT_a—pT₁) hólyagdaganatok recidívájának profilaxisában

Szerző	Év	BCG-törzs	Kezelési mód	Betegszám (n)	Recidívamentes (%)	Átlagos megfigyelési idő (hó)
Lamm*) (16)	1985	Pasteur	V + d	30	80	30
Kelley (13)	1985	Pasteur	V	17	94	9,3
Adolphs (4)	1986	Connaught	V + d + E	130	82	31
Morales (23)	1986	Pasteur	V + d	46	50	63,5
Pansadoro (26)	1987	Pasteur	V	130	85	18
Debruyne*) (7)	1988	RIVM	V	148	68,3	11,6
Khanna*) (14)	1988	Tice	V	106	76	14,9
Enderli (9)	1989	Pasteur	V	108	80	15
Steg (38)	1989	Pasteur	V	45 (pT _a)	73,8	22,2
Malekos (21)	1990	Pasteur	V	100	67	29
Morales* (24)	1990	Pasteur	V	43 (pT ₁)	62,8	17,6
saját esetek	1989	Connaught	V + d + E	26	73	42
	1990	Pasteur	V	78	89,5	39

v = intravesicalis
d = intradermális

E = egyszeri 700 mg/m² Endoxan kezelés
*) prospektív randomizált vizsgálat

7. táblázat: Intravesicalis BCG kezelés indikációja hólyagdaganatban

Tumor	Primer-Ca (P)	Ajánlat
Stádium	Grade	Recidív-Ca (R)
T _{is}	G I	P vagy R
T _a	G I	P és R
	G II, G III	P és R
T ₁	G I, G II	P és R
	G III	P
		R
T ₂	G I — G III	P

Kezdetben a hólyaginstillációt mindig bőrszarificációval párosították, de *Herr és munkatársai* (10) randomizált vizsgálataikban kimutatták, hogy terápiás hatásban nincs különbség a bőr scarificációval vagy anélkül végzett terápia között.

A kezelés idejében legtöbbször *Morales* sémáját fogadják el, a hathetes, heti egy kezelést. *Hudson és mtsai* bebizonyították, hogy a hathetes kezelés ugyanolyan hatásos, mint a 3 hónaponkénti fenntartó kezelés (12).

Egyedülálló terápiás koncepció *Adolphs* chemoinmunoprofilaktikus eljárása, melyet már korábban ismertettünk (2, 4).

Az, hogy intravesicalis BCG profilaxis terápiás alternatíva is, *Herr és Laudone* mutatta ki (11). Ha komplett transurethralis rezekció után Thiotepát instilláltak, recidívamentességet 6%-kal több betegben értek el a csak rezekcióhoz viszonyítva. Ha ugyanez a kezelés Mitromycin-nel vagy Adriamycin-nel történt, 13–16%-kal több betegben figyeltek meg recidívamentességet, mint a csak transurethralis műtéten átesett betegeken. BCG-vel való kezelés esetén a TUR után kialakult recidívamentesség és a BCG-vel elért eredmény között 42% volt a különbség.

Sokat és sokan foglalkoztak a mellékhatások kérdéseivel. *Lamm és munkatársai* (18) 1278 BCG-vel kezelt beteg

mellékhatásait foglalták össze. Az esetek 91%-ában különböző súlyosságú cystitises tünetek (pollakisuria, dysuria), 41%-ában hematuria, 3,9%-ában láz, 1,3%-ában granulomatosis prostatitis fordult elő. Kisebbszámban más mellékhatások (pneumonitis 0,9%, arthritis 0,5%, makrohematuria 0,5%), valamint szisztémás mellékhatások is előfordulhatnak (bőrpír, epididymoorchitis, granulocytopenia) 0,1–0,3%-ban.

Eseteinkben hematuria kevesebbszer, láz, hidegrázás gyakrabban fordult elő, mint az irodalomban.

Szisztémás mellékhatás fellépése esetén antituberculo-ticum (pl. Isonicid 300 mg/die) javasolt.

A mellékhatások általában veszélytelenek, mint ahogy a mi betegeinkben is reverzibilisek voltak, és a kezelés végével a mellékhatások is megszűnnek (6, 12, 25).

A mellékhatások csökkentése céljából csak azoknál a betegeknél tanácsolt a BCG kezelés, akik esetében nagyobb a rizikó a recidívára és progresszióra. Ez azt jelenti, hogy csak a TaG₂ és a T1G₁–G₃ stádiumú betegek kezelése indokolt (8. táblázat). Alapvetően szükséges az immunkompetencia tisztázása a kezelés előtt. Az első kezelést nem előbb, mint 10–14 nappal a rezekció után végezzük, és csak akkor, ha a vizelet steril. A katéter okozta húgycsőtraumát mindenképp el kell kerülni, mert súlyos toxikus reakció léphet fel.

8. táblázat: A mellékhatások és komplikációk csökkentésének lehetőségei

1.	Az immunkompetencia előzetes vizsgálata
2.	Az első instillációt a TUR után csak a 10–14. nap között végezzük
3.	Előfeltétel: steril vizelet
4.	Cave katétertrauma!
5.	Csak TaG ₂ pT ₁ G ₃ közötti stádiumú betegek kezelése indokolt

A feltételek figyelembevétele, a kellő időben végzett kezelés esetén a súlyos mellékhatások, komplikációk aránya 0,3%-nál kevesebb (35).

Összefoglalásul: a BCG terápia felületi hólyagdaganatban és carcinoma in situ eseteiben komplett, hosszantartó tumorremisszióhoz vezethet (27).

A BCG immunterápia az összes irodalmi adat szerint eléri — ha nem haladja meg — a kemoterápiás eredményeket (31), lényegesen olcsóbb és kevesebb a mellékhatása. A felületi hólyagdaganatok kizárólag rezekcióval való kezelése idejétmúlt. BCG-terápiával operatív beavatkozást kerülhetünk el, és sokkal jobb életminőséget biztosíthatunk. Fontos azonban a rendszeres kontroll, hogy progresszió esetén azonnali sebészeti terápiát alkalmazhassunk.

Az időben rövid, lokális, ritkán szisztémás mellékhatások tolerálhatók, jól befolyásolhatók és reverzibilisek.

IRODALOM: 1. Ackermann, D. Schnyder, M., Bandelier, D.: Traitement des tumeurs superficielles de la vessie par le bacillus de Calmette-Guérin (BCG). J. d'Urol. (Paris), 1986, 92, 33. — 2. Adolphs, H. D., Thiele, J., Kiel, H.: Effect of Intravesical and Systemic BCG-Application or a Combined Cyclophosphamide BCG-Treatment on Experimental Bladder Cancer. Urol. Res., 1979, 7, 7. — 3. Adolphs, H. D., Schwabe, H. W., Helpap, B.: Cytomorphological and histological studies on the urothelium during and after chemoimmunoprophylaxis. Urol. Res., 1984, 12, 129. — 4. Adolphs, H. D., Bastian, H. P.: Chemoimmunoprophylaxe beim oberflächlichen Harnblasenkarzinom. Urologe A., 1986, 25, 51. — 5. Böhle, A., Flad, H. D., Hofstetter, A. G.: Untersuchungen zum Wirkungsmechanismus der intravesikalen BCG-Therapie beim Blasenkarzinom. In: Aktuelle Onkologie 57, Hrsg.: Hofstetter, A., Zuckschwerdt, München, 1990, 133. old. — 6. Brosman, S. A.: Experience with bacillus Calmette-Guérin in patients with superficial bladder carcinoma. J. Urol., 1982, 128, 27. — 7. Debruyne, F. M. J., v. d. Meijden, A. P. M., v. Leenen, M. J.: BCG-RIVM Immuntherapie bei oberflächlichen Blasenkarzinom. Ergebnisse einer prospektiven randomisierten Vergleichsstudie mit Mitomycin-C. Verh. Dtsch. Ges. Urol. 39. tag. 1987, 8, 164. Springer Berlin—Heidelberg—New York—London—Paris—Tokyo. — 8. de Kernion, J. B., Huang, M. I., Lindner, A. és mtsai: The management of superficial bladder tumors and carcinoma in situ with intravesical bacillus Calmette-Guérin. J. Urol., 1985, 133, 598. — 9. Enderli, J. B., Merz, V., Studer, U. E.: Experience clinique avec le traitement par instillation endovesical du bacille de Calmette-Guérin des tumeurs superficielles de la vessie. Méd. et Hyg., 1989, 47, 3510. — 10. Herr, H. W., Pinsky, C. M., Whitmore jr., W. F. és mtsai: Long-term effect of intravesical bacillus Calmette-Guérin on flat carcinoma in situ of the bladder. J. Urol. 1986, 135, 265. — 11. Herr, H. W., Pinsky, C. M., Whitmore jr., W. F. és mtsai: Effect of intravesical Bacillus Calmette-Guérin (BCG) on carcinoma in situ of the bladder. Cancer, 1983, 51, 1323. — 12. Hudson, M. A., Ratliff, T. L., Gillen, D. P. és mtsai: Single course versus maintenance bacillus Calmette-Guérin therapy for superficial bladder tumors: A prospective randomized trial. J. Urol. 1987, 138, 295. — 13. Kelley, D. R., Ratliff, T. L., Catalona, W. J. és mtsai: Intravesical bacillus-Guérin therapy for superficial bladder cancer: effect of bacillus Calmette-Guérin viability on treatment result. J. Urol., 1985, 134, 48. — 14. Khanna, O. M. P., Son, D. L., Mazer, H. és mtsai: Superficial bladder cancer treated with intravesical bacillus Calmette-Guérin, or Adriamycin: Follow-up report. Urology, 1988, 21, 287. — 15. Kondás J., Szentgyörgyi E.,

Szecső L.: A felületi (Ta-Ti) húgyhólyag daganatok recidiva profilaxisában lokális BCG kezeléssel szerzett tapasztalataink. Magy. Urol., 1990, 4, 357. — 16. Lamm, D. L.: Bacillus Calmette-Guerin immunotherapy for bladder cancer. J. Urol., 1985, 134, 40. — 17. Lamm, D. L., Stogdill, V. D., Stogdill, B. J. és mtsai: Complications of Bacillus Calmette-Guerin immunotherapy in 1278 patients with bladder cancer. J. Urol., 1986, 135, 272. — 18. Lamm, D. L., DeHaven, J. I., Shriver, J. és mtsai: A Randomized Prospective Comparison of oral versus intravesical and percutaneous Bacillus Calmette-Guerin for superficial Bladder Cancer. J. Urol., 1990, 144, 65. — 19. Lamm, D. L., v. d. Meijden, A. R. M., Steg, A. és mtsai: BCG Immunotherapy of Superficial Bladder Cancer: Treatment Results, Risicos and Complications. UICC-Kongress Hamburg, 1990, 16—22. Aug. Abstr. 541. — 20. Mathé, G., Schwarzenberg, L., Schneider, M. és mtsai: Active Immunotherapy for Acute Lymphoblastic Leukaemia. Lancet 1969, I., 697. — 21. Malekos, M. D.: Intravesical Bacillus Calmette-Guerin prophylactic treatment for superficial bladder tumors: Results of a controlled prospective study. Urol. Int., 1990, 45, 137. — 22. Morales, A., Eidinger, D., Bruce, A. W.: Intracavitary Bacillus Calmette-Guerin in the treatment of superficial bladder tumors. J. Urol., 1976, 116, 180. — 23. Morales, A., Nickel, J. C.: Immunotherapy of superficial bladder cancer with BCG. W. J. Urol. 1986, 3, 209. — 24. Morales, A.: Immune modifiers in the treatment of bladder Cancer. Progr. Clin. Biol. Res., 1990, 350, 25. — 25. Nissenkorn, J., Lavie, G., Keisari, Y. és mtsai: Experience with Bacillus Calmette-Guerin in patients with superficial bladder tumors. Eur. Urol., 1987, 13, 246. — 26. Pansadoro, V., de Paula, F.: Intravesical Bacillus Calmette-Guerin in the treatment of superficial transitional cell carcinoma of the bladder. J. Urol., 1987, 130, 299. — 27. Ratliff, T. L., Kavoussi, L. R., Catalona, W. J.: Role of Fibronectin in intravesical BCG therapy for superficial bladder cancer. J. Urol., 1988, 139, 410. — 28. Romics I., Horváth J., Csontai A. és mtsai: Levamisol hatása a celluláris és humorális immunreaktivásra, valamint recidivára hólyagpapillómás betegekben. Magy. Onkol., 1985, 29, 19. — 29. Romics I., Bach, D., Rüssel, C.: Felületi hólyagdaganatok intravesicalis BCG instillációjával elért eredményeink. Orv. Hetil., 1990, 131, 29. — 30. Rübhen, H. M., Jocham, D.: Therapie des oberflächlichen Blasenkarzinoms. Urologe (A), 1991, 30, 2. — 31. Rübhen, H., Graf-Dobberstein, Ch., Otto, Th.: Adjuvante Behandlung des oberflächlichen Blasenkarzinoms durch Chemotherapeutika und BCG. in: Aktuelle Onkologie, 1990, 57: Hrsg. A. Hofstetter, S. 101, Zuckschwerdt, München. — 32. Samodai L., Drinóczy M., Kolozsy Z. és mtsai: BCG immuntherápia felületi hólyagtumорок kezelésében. Orv. Hetil., 1986, 127, 2441. — 33. Samodai L., Kiss L., Kolozsy Z. és mtsai: A BCG immuntherápia és eredményei a hólyagdaganatok kezelésében. Orv. Hetil., 1990, 131, 1697. — 34. Samodai L., Kolozsy Z., Mohácsi L. és mtsai: A primer és a recidiv hólyagtumорок lokalizációja. Orv. Hetil., 1991, 132, 1421. — 35. Schilling, A., Lamm, D. L.: BCG-Immuntherapie des oberflächlichen Blasenkarzinoms. Akt. Urol., 1990, 21, 11. — 36. Schilling, A., Lamm, D. L., Böhle, A. és mtsai: Derzeitiger Stand der BCG-Immuntherapie des oberflächlichen Blasenkarzinoms: Wirkungsmechanismus, Ergebnisse, Nebenwirkungen. Akt. Urologie (Beilage) 1990, 21, 1. — 37. Soloway, M. S., Perry, A.: Bacillus Calmette-Guerin for treatment of superficial transitional cell carcinoma of the bladder in patients who have failed thiotepa and/or mitomycin C. J. Urol., 1987, 137, 871. — 38. Steg, A., Belas, M., Lelen, C. és mtsai: Intravesical BCG-therapy in patients with superficial bladder tumors. Progr. Clin. Biol. Res., 1989, 310, 153. — 39. Zbar, B., Herberet, J., Rapp, H. J.: Immunotherapy of Guinea pig cancer with BCG. Cancer, 1974, 34, 1532.

(Romics Imre dr., Budapest, Üllői út 78/b 1082)

UVEK Ultrahangvezérelt VESE-EPEKŐZÚZÁS

VESEKŐ



EPEKŐ

LITHOTERÁPIÁS (ESWL) kezelés

„MI MEGYÜNK A BETEGHEZ”

**A MOBIL DORNIER COMPACT LITHOTERÁPIÁS RENDSZERE MÁR MŰKÖDIK
AZ ALÁBBI KÓRHÁZAKBAN:**

1. BUDAPEST: Újpesti Városi Kórház, tel.: 169-3297; 169-0666
2. KECSKEMÉT: „Hollós József” Kórház, tel.: 06/76/20-488
3. SZEGED: SZOTE Urológiai Sebészeti Tanszék, tel.: 06/62/21-222
4. KAPOSVÁR: „Kaposi Mór” Kórház, tel.: 06/82/11-511
5. OROSHÁZA: Városi Önkormányzat Kórháza, tel.: 06/68/11-166
6. DEBRECEN: DOTE Urológiai Klinika és Megyei Kórház, tel.: 06/52/13-279, 06/52/13-555
7. GYULA: „Pándy Kálmán” Kórház, tel.: 06/66/61-833
8. SZOMBATHELY: „Markusovszky” Kórház, tel.: 06/94/11-542
9. GYŐR: „Petz Aladár” Megyei Kórház, tel.: 06/96/18-244
10. VESZPRÉM: „Csolnoky Ferenc” Megyei Kórház, tel.: 06/30/20-211

Az EPEHÓLYAG-EPEÚT köves megbetegedéseinek ESWL kezelése: BUDAPESTEN az ERZSÉBET (Korányi Sándor és Frigyes) Kórház Sebészeti Osztályán történik, tel.: 122-3457; 1215-215, fax: 122-9460

A köves megbetegedések Lithoterápiás gyógyítását az OTF finanszírozza.

A berendezés várható beosztásáról információ:

UVEK Kft.

1126 Budapest, Margaréta út 7. III/3. tel.: 155-1503, fax: 155-1503

Természetes ölüsejt aktivitásának változása felületes hólyagtumoros betegek intravesicalis BCG terápiaja során

Samodai László dr. és Dankó Katalin dr.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet, Nyíregyháza, Urológiai Osztály
(főorvos: Mohácsi László dr.)

Debreceni Orvostudományi Egyetem III. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Szegedi Gyula dr.)

A szerzők 1989–1991 közötti két évben BCG immunterápiában részesült felületes hólyagtumoros betegek természetes ölü (natural killer, NK) sejt aktivitásának változását vizsgálták a perifériás vérben. Megállapították, hogy a felületes hólyagtumoros betegek NK aktivitása szignifikánsan alacsonyabb a kontroll csoport egészséges egyedeiben észlelt aktivitásnál ($p < 0,01$). A szerzők 23 intravesicalis BCG-vel kezelt betegben 72 vizsgálatot végeztek a kezelés különböző időpontjaiban és ennek alapján megállapították, hogy a BCG kezelés hatására az NK aktivitás változik. A változás fő iránya az emelkedés, azonban a változás típusában jelentős különbségek mutatkoznak. Kisebb dózisu (120 mg) BCG inkább növekedést, nagyobb dózis (200 mg) inkább csökkenést indukált. A szerzők közvetlen összefüggést a terápiás hatás és az NK aktivitás között nem észleltek, de jellegzetesen és szignifikánsan csökkent ($p < 0,03$) az NK aktivitás a recidíva jelentkezésekor. Véleményük az, hogy az intravesicalis BCG hatásmechanizmusában az NK sejtek szerepe nem zárható ki. A BCG hatásmechanizmusának felderítésére további immunológiai vizsgálatokat javasolnak.

Kulcsszavak: felületes hólyagdaganat, BCG immunterápia, természetes ölüsejtek

Alteration of natural killer activity in patients with superficial bladder cancer during intravesical BCG immunotherapy. Alteration of natural killer (NK) activity from the peripheral blood was examined in the patients with superficial bladder cancer during two years between 1989–1991. The natural killer cell activity in patients with superficial bladder cancer was significantly depressed that activity was found in normal controls (P less than 0,01). 23 patients received intravesical BCG immunotherapy and NK activity was detected in the same patients 72 times in different period during the therapy. The authors decided that the activity of NK cells alters in BCG therapy. Increase of NK cells activity in the most common way of this alteration but many different type of this change is possible. The lower dose BCG (120 mg) often induce augmentation of NK activity but high dose BCG (200 mg) more frequently caused depressed activity of NK cells. The authors didn't find direct connection between therapy effect and NK activity but they found significantly less NK activity ($P < 0,03$) in the patients who are in relapse. According to their opinions the role of natural killer cells in the antitumor effect of BCG can not be excluded. They recommended more immunological investigations to clear up the anticancer effect of BCG immunotherapy.

Key words: superficial bladder cancer, BCG immunotherapy, natural killer cells

A hólyagtumorok terápiaja az uroonkológia egyik megoldásra váró kérdése. A hólyagtumoros betegek 60–70%-ának a betegség felismerése pillanatában elvben kurábilis felületes (TA, T1-stádium, in situ carcinoma TIS) tumora van. Ennek ellenére ezen betegek 50–80%-ában kiújulás lép fel, ill. 10–20%-ában progresszió jelentkezik, ha a terápia csak sebészeti monoterápia (9, 15, 22, 25, 27).

Az eredményeket javította az intravesicalis kemoterápia, amit már több mint 20 éve alkalmaznak a klinikai gyakorlatban (15). Hosszabb utánkövetés után készült retrospektív tanulmányok alapján azonban a legtöbb intra-

vesicalis kemoterápiás szer nem változtatta meg lényegesen az ún. „high risk” betegcsoportok (in situ carcinoma, T1G2–3 stádium) kedvezőtlen kórlefolyását (15).

Jelentős változás következett be ez utóbbi betegcsoportok kórlefolyásában, amikor Morales (17) 1976-ban bevezette az intravesicalis BCG terápiát. Azóta az eljárás világszerte elterjedt és számos tanulmány igazolja a kezelés hatékonyságát (9, 15, 25, 27). A kezelési mód a hazai urológusok között is ismert. A nyíregyházi urológiai osztály hét éve, 1984 óta alkalmazza a profilaktikus és terápiás intravesicalis BCG kezelést. Hatékonyságáról több közleményben számoltunk be (25, 26). Az intravesicalis BCG eredményességéhez ugyan nem fér kétség, azonban a BCG kezelés számos, eddig megoldatlan kérdést vet fel. Tisztázatlan a hatékony dózis, a kezelés időtartama. A kezelés

Rövidítések: NK = natural killer cells; TIS = in situ carcinoma

során több-kevesebb mellékhatás jelentkezik, ismeretlen a BCG antitumor hatásának mechanizmusa is. 1989 óta a debreceni III. Belklinika és a nyíregyházi urológiai osztály kollaborációban vizsgálja a BCG-vel kezelt hólyagtumoros betegek immunstátusának változását BCG kezelés során. Jelen tanulmányunkban két éves munkánk első eredményeit közöljük, a természetes ölő (natural killer, NK) sejtek aktivitásának változását az intravesicalis BCG immunterápia során.

Betegek és módszerek

1989 májusa és 1991 májusa közötti 2 évben 31 felületes hólyagtumoros beteg (22 férfi, 9 nő, koruk: 38–78 év) NK sejt aktivitását vizsgáltuk BCG kezelés előtt. A 31 beteg stadium megoszlását az 1. táblázat mutatja be. 31 betegben sikerült a követéses vizsgálatot megvalósítani a BCG kezelés különböző időpontjaiban (3–52. hét). Összesen 72 vizsgálatot végeztünk. A BCG-t intravesicalisan adtuk. 2 héttel a műtét után az Országos Közegészségügyi Intézet BCG laboratóriuma által (dr. Drinóczy Mária) rendelkezésünkre bocsátott liofilizált BCG-t 60 ml fiziológiás konyhasóban feloldottuk és vékony katéteren keresztül a hólyagba juttattuk, a hólyag tartalmának előzetes kiürítése után. A BCG dózisa 120 mg ($2,4 \times 10^8$ élőcsíraszám) vagy 200 mg ($4,6 \times 10^8$ élőcsíraszám) volt. A betegeknek elmagyaráztuk, hogy 2 óráig ne vizeljenek. A kezelést hetente ismételtük, 6 héten (120 mg esetben), ill. 8 héten (200 mg esetén) át. A kezelés után a tumormenetséget ultrahang vizsgálattal, biopsziával, cytológiával, csontscan vizsgálattal ellenőriztük. A kezelés során 5 betegben recidíva lépett fel, 1 betegben progresszió is. Az összes recidívák száma 7 volt a megfigyelés időtartamában (6 hónap–24 hónap, átlag 16,4 hónap). Az öt recidívált hólyagtumoros beteg közül 4 betegnél (6 recidíva kapcsán) a recidíva időpontjában vizsgáltuk az NK aktivitást (3. táblázat). A recidív hólyagtumoros betegek műtét (transurethralis rezekció) után 2 héttel újabb BCG kúrát (200 mg 8 héti) részesültek. A nem recidívált hólyagtumoros betegek a 6 vagy 8 hetes heti egyszeri kezelés után fenntartó havi kezelést kaptak, havonta egyszer 10–12 hónapon át (120 mg-ot vagy 200 mg-ot).

A havi kezelés befejeztével újabb vizsgálatok következtek, (cystoscopia, biopszia, cytologia, ultrahang, csont-scan) és tumormenetség esetében a BCG kezelést befejeztük. Ellenőrző vizsgálatok havonként történtek (cystoscopia, cytologia, ultra-

hang). A kontroll csoportot 22 egészséges, kimutatható betegségben nem szenvedő egyén alkotta (8 férfi, 14 nő, 32–65 év). A kontroll csoportban 22 vizsgálat történt.

Az NK sejt aktivitásának mérését a következő módszerrel végeztük:

1. Mononukleáris sejteket szeparáltunk Ficoll-Uromiro gradiensen heparinnal alvadésgátló vérrel. Az adherens sejteket műanyag Petri-csészében 30', 37 °C-on való indukálással távolítottuk el. A 95% tisztaságú limfocitát tartalmazó sejtszuspenzió töménységét 1×10^6 /ml-re állítottuk be 10%-os FCS-t tartalmazó komplett RPMI 1640 tápfolyadékban. A sejtek életképessége 90–95% volt, amit trypankék festéssel ellenőriztünk.

2. Célsejtként K 562 erythroid sejtvonalat használtunk. A sejteket ^{51}Cr izotóppal jeleztük (100 μCi ; 120', 37 °C-on). Alapos mosás után a sejtek életképességét is vizsgálva a sejtszámot 4×10^4 /ml, ill. 2×10^4 /ml töménységre állítottuk be. Ez kétféle effektor: célsejt reláció vizsgálatát biztosítja (1 : 25, ill. 1 : 50).

3. A rendszert „U” lyukú „Greiner” plate-ben vizsgáltuk. Minden mintából triplikátum készült. A beállított sejtszámú effektor, ill. célsejtből 100–100 μl került egy lyukba. A „spontán-release” mérése a célsejtekhez 100 μl tápfolyadékot, míg a „maximális release” mérése a sejtekhez 100 μl Na—dodecyl-sulfatot (SDS) mértünk.

4. Az indukálás Assab CO_2 termosztátban történt (5% CO_2 ; 95% rel. páratartalom, 37 °C) 4 óra hosszáig, majd minden mintáról 100 μl felülőszót szívunk le. Mérés után az eredményt a következő képlet alapján számoltuk ki:

$$\text{NK cytotox \%} = \frac{\text{minták izotóp felsz.} - \text{sp. release}}{\text{max. release} - \text{sp. release}} \times 100$$

Eredmények

Az 1. táblázat a BCG kezelés előtt történt vizsgálatok eredményét mutatja be. A 31 felületes hólyagtumoros beteg átlag eredményei alacsonyabbak, mint a kontroll csoportban észlelt NK-aktivitás. A különbség szignifikáns ($p < 0,01$). A stádium szerinti megoszlásnál azt tapasztaltuk, hogy az NK-aktivitás sorrendje TA—TIS—T1. A kontroll csoport-hoz viszonyítva a különbség mindegyik csoportban szignifikáns volt.

1. táblázat: NK-aktivitás 31 felületes hólyagtumoros betegben BCG kezelés előtt és a kontroll csoportban

Betegcsoport	Betegek száma	Vizsgálatok száma	NK-aktivitás	
			1 : 50	1 : 25
Kontroll csoport	22	22	12,74 (7,96–20,58)	26,3 (14,60–39,66)
Felületes hólyagtumoros csoport	31	31	9,30 (3,58–24,41)	17,40 (4,50–57,48)
TA	18	18	10,04 (3,54–14,40)	17,17 (5,68–24,38)
T1	7	7	7,94 (3,94–24,41)	16,09 (4,5–57,48)
Tis	6	6	8,69 (4,98–12,16)	19,6 (7,94–26,58)

Student-L test: Kontroll csoport — felületes hólyagtumoros betegcsoport: $p < 0,01$;
 Kontroll csoport — TA-stádiumú hólyagtumoros betegcsoport: $p < 0,03$;
 Kontroll csoport — T1-stádiumú hólyagtumoros betegcsoport: $p < 0,001$;
 Kontroll csoport — Tis-stádiumú hólyagtumoros betegcsoport: $p < 0,04$;

2. táblázat: NK-aktivitás változása intravesicalis BCG kezeléskor

Betegcsoport	Betegek száma	Vizsgálatok száma	NK-aktivitás	
			1 : 50	1 : 25
Kontroll csoport	22	22	12,74 (7,96–20,58)	26,30 (14,60–39,66)
BCG-vel kezelt betegek kezelés előtt	23	23	10,19 (4,98–24,41)	19,46 (5,58–57,48)
BCG-vel kezelt betegek kezelés közben (3–52 hét)	23	72	11,41 (2,81–47,52)	21,92 (5,6–52,6)
Student-L test: Kontroll csoport — BCG kezelés előtt p: <0,02; BCG kezelés előtt — BCG kezelés közben p: NS; Kontroll csoport — BCG kezelés közben p: NS;				
120 mg BCG-vel kezelt betegek				
BCG kezelés előtt	16	16	10,1 (4,0–16,61)	17,3 (5,68–25,70)
BCG kezelés közben	16	50	11,77 (2,81–31,57)	23,51 (6,03–52,7)
heti kezeléskor	14	23	10,94 (2,81–31,57)	24,39 (6,63–37,67)
havi kezeléskor	16	27	14,65 (2,88–27,27)	22,75 (7,14–52,63)
Student-L test: 120 mg BCG kezelés előtt — 120 mg BCG kezeléskor p: NS				
200 mg BCG-vel kezelt betegek				
BCG kezelés előtt	7	7	11,56 (5,45–24,41)	23,98 (14,03–57,48)
BCG kezelés közben	7	22	10,57 (3,32–47,52)	18,80 (7,4–51,2)
heti kezeléskor	5	10	10,7 (3,32–47,52)	20,64 (7,4–51,2)
havi kezeléskor	7	12	10,46 (5,22–27,27)	16,32 (9,30–40,14)
Student-L test: 200 mg BCG kezelés előtt — 200 mg BCG kezeléskor p: NS				

3. táblázat: NK-aktivitás változás a recidivált hólyagtumoros betegekben

Betegcsoport	Betegek száma	Vizsgálatok száma	NK-aktivitás	
			1 : 50	1 : 25
Kontroll csoport	22	22	12,74 (7,96–20,58)	26,3 (14,60–39,66)
Recidivált hólyagtumoros betegek BCG kezelés előtt	5	5	10,1 (6,17–12,86)	18,38 (12,51–26,58)
Nem recidivált hólyagtumoros betegek BCG kezelés előtt	18	18	10,2 (4,98–24,41)	19,75 (5,68–57,48)
Recidivált hólyagtumoros betegek BCG kezeléskor	5	10	12,81	23,77
Nem recidivált hólyagtumoros betegek BCG kezeléskor	18	58	10,99	21,91
Recidivált hólyagtumoros betegek a recidíva időpontjában	4	6	7,44 (3,69–12,88)	11,22 (6,63–22,35)

Student-L test: Kontroll csoport — Recidivált hólyagtumoros betegek a recidíva időpontjában p: <0,01;
 Recidivált hólyagtumoros betegek BCG kezelés előtt — a recidíva időpontjában p: NS;
 Recidivált hólyagtumoros betegek BCG kezelés közben — a recidíva időpontjában p: <0,03;
 Nem recidivált hólyagtumoros betegek BCG kezelés közben — recidivált hólyagtumoros betegek a recidíva időpontjában p: 0,06.

A 2. táblázat az NK-aktivitás változását szemlélteti az intravesicalis BCG kezelésekor, különböző időpontokban, heti kezeléskor, havi kezeléskor. A 7 vizsgálat átlagértéke nagyobb, mint a kezelés előtt mért átlagérték. A különbség azonban nem jelentős és nem szignifikáns. A kontroll csoport és a BCG csoport kezelés előtti átlagértékei között szignifikáns különbséget észleltünk ($p < 0,02$). BCG kezelés után e két csoport értékei közötti szignifikáns különbség megszűnik (2. táblázat).

120 mg-ot 16 beteg kapott és 50 vizsgálat történt BCG-kezeléskor. Kezelés közben, mind heti kezeléskor, mind havi kezeléskor, mind az összes vizsgálat átlagában az NK-aktivitás fokozódott. A kezelés előtti és a kezeléskor mért NK-aktivitás közötti különbség nem kifejezett és nem szignifikáns.

200 mg-ot 7 beteg kapott, 22 vizsgálat történt BCG-kezeléskor. Mind a heti, mind a havi kezelés, mind az összes vizsgálat átlaga a kezelés előtti értékekhez képest mérsékelt csökkenést mutat. A havi kezeléseknél kifejezettebb csökkenést mutat, mint a heti kezeléseknél. A kezelés előtt mért és a kezelés után mért NK-aktivitás között a különbség nem szignifikáns ($p < 0,12$).

A 3. táblázat a BCG kezelt, recidivált hólyagtumoros betegek NK-aktivitását mutatja be. A táblázatból kitűnik, hogy a kezelés előtt a recidivált hólyagtumoros betegek NK-aktivitása nem tér el lényegesen a nem recidivált hólyagtumoros betegek NK-aktivitásától. Hasonlóképpen nem észlelhető lényeges különbség a két csoport között a BCG kezeléskor mért NK-aktivitás esetében sem. Az 5 betegben 7 kiújulást észleltünk és 4 beteg esetében 6 alkalommal a recidíva időpontjában mértük az NK-aktivitást.

Ez alacsonyabb volt, mint kezelés előtt és alacsonyabb a kezelés közben mért értékeknél, hasonlóképpen lényegesen alacsonyabb volt, mint amit a kontroll csoportban észleltünk (3. táblázat).

A különbség a kezelés előtti értékekhez viszonyítva nem szignifikáns, a kezelés közbeni és a kontroll csoportban tapasztalt értékekhez viszonyítva szignifikáns volt ($p < 0,03$, $p < 0,01$).

Megbeszélés

Ismert irodalmi adat, hogy a malignus daganatos megbetegedésben szenvedő betegek immunválasza elégtelen (2, 24). Ebből a felismerésből kiindulva 1970 óta alkalmazzák a BCG kezelést különböző malignus daganatok gyógykezelésére (29), azonban az eredmények nem meggyőzőek. Zbar (30) már 1972-ben leírta, hogy a kísérleti tengerimalac ép immunrendszere szükséges a BCG antitumor hatásához és a BCG *in vitro* nem fejt ki tumor ellenes hatást. Ugyancsak Zbar hangsúlyozta, hogy a BCG optimális hatásához az ép immunrendszeren kívül közvetlen kontaktus kell a BCG és a tumorsejt között. Klein (14) bovin szemdaganatok kezelése kapcsán a sebészi és a BCG terápia kombinációját látta a legjobb eredményeket és hangsúlyozta az intralesionalis adás hatékonyságát.

Az intravesicalisan alkalmazott BCG kezelés 1976 óta világszerte elterjedt (9, 15, 25, 27), ennek ellenére a keze-

lés hatásmechanizmusa tisztázatlan (21). Addig, míg a kezelés hatékonyságát és eredményeit jelentékeny számú közlemény ismerteti (9, 15, 25, 27), a BCG hatásmechanizmusának kérdésével azonban csak néhány munkacsoport foglalkozott eddig (17, 20, 22, 26).

A teóriákat három csoportba sorolhatjuk:

1. A BCG aspecifikus gyulladást keltő, lokális cystitist kiváltó hatását Droller és Conolly (6, 4) hangsúlyozták.

2. Elfogadottabb és többé-kevésbé bizonyított, hogy a lokálisan, intravesicalisan alkalmazott BCG az immunválasz fokozódását idézi elő. Ratliff (23) kimutatta, hogy thymectomizált („nude mice”) egerekben a BCG-nek nincs anticarcinogén effektusa, valamint hogy BCG-vel előkezelt splenocyta helyreállítja a tumorelles aktivitást.

3. A legvalószínűbb mechanizmusnak a lokális immunválasz látszik. El-Demiry (7) a BCG kezelés előtt és után végzett hólyagbiopsziák alapján a lokális immunválasz fokozódását észlelte (T-helper sejtek, aktivált makrofágok). Haaf (10) BCG-kezelés után a vizelet interleukin-2 tartalmának jelentős fokozódását tapasztalta. Újabban Böhle (1) vizsgálatai is a lokális immunválasz jelentőségét igazolták. A BCG kezelést követő első 24 órában jelentős emelkedést észlelt a vizelet citokin (IL-1, IL-2, TNF) koncentrációjában.

A felvetett kérdés összefoglalásaként az látszik valószínűnek, hogy a BCG hatásának kifejtéséhez két tényező kell:

1. ép immunrendszer, megfelelő celluláris immunválasz,

2. közvetlen kontaktus a tumorsejt és a BCG között.

Jelen tanulmányunkban a lokális BCG általános immuneffektusának vizsgálatára szorítkozunk. Arra a kérdésre próbálunk választ adni, milyen változásokat idézhet elő az intravesicalis BCG az NK-sejtek aktivitásában.

A perifériás vérben 5–15%-ban találhatók a natural killer sejtek (természetes ölősejtek), amelyek az oncológiai vizsgálatok favorizált célpontjai. Ennek oka, amit több tanulmány is igazolt (8, 11, 12, 13, 18, 29), hogy szerepük jelentős a szervezet homeostasisának fenntartásában. Kiessling (13), Heberman (12) állatkísérletekben igazolta az NK sejtek cytotoxikus, tumorelles, metasztatizist csökkentő hatását. Carballido (3) 67 kezletlen hólyagtumoros beteg és 29 kontroll személy NK-aktivitásának vizsgálata alapján megállapítja, hogy a hólyagtumorosok NK-aktivitása alacsonyabb a kontrolléhoz képest és az stádiumtól függő. Az infiltráció mélységével ez a különbség fokozódik.

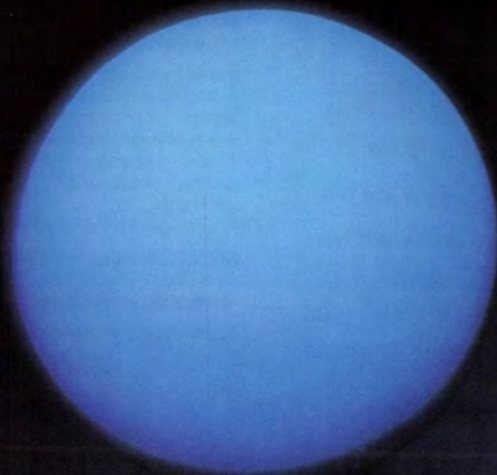
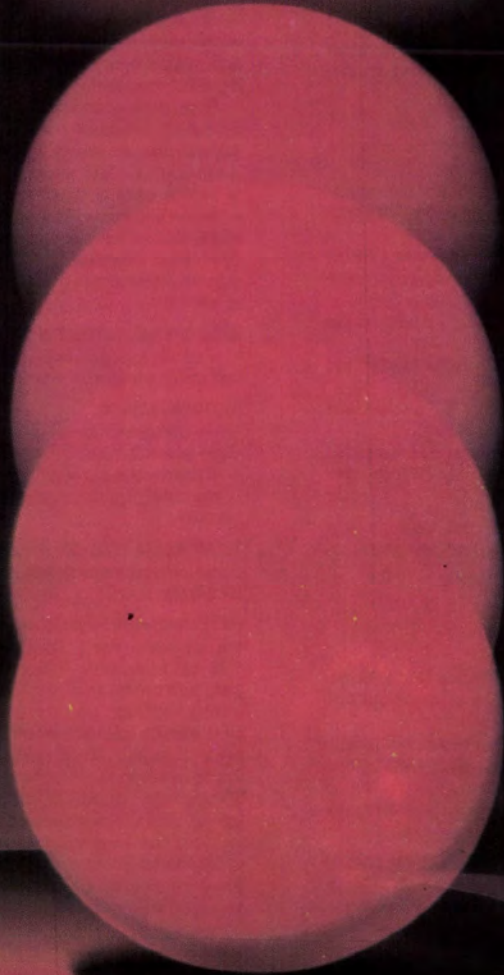
Saját vizsgálataink megerősítik ezt a megfigyelést. A 31 hólyagtumoros beteg NK-aktivitásának átlaga alacsonyabb, mint a kontroll csoport betegeinek átlaga (1. táblázat).

Az infiltratív T1-stádiumú betegek értékei voltak a legalacsonyabbak. A kontroll csoport betegeinek átlagához viszonyítva a különbség szignifikáns volt.

Wolfe (27) egerek peritoneális exsudatumból izolált cytotoxikus NK sejteket előzetes BCG kezelés után. A hólyagtumorok elleni védekezésben betöltött szerepét, ill. a BCG kezelés hatása és az NK-aktivitás közötti összefüggést Pang és Morales (19, 20) vizsgálta. Intraperitoneálisan

TENSIOMIN[®]

antihypertensivum



TENSIOMIN® antihypertensivum

12,5 25, 50 és 100 mg tableta

HATÓANYAG: 12,5 mg, 25 mg, 50 mg és 100 mg captoprilum tablettánként.

HATÁS: A renin-angiotenzin rendszer fontos a vérnyomás szabályozásában. Működési zavarainak kóroki szerepe van a különböző etiológiájú magasvérnyomás kialakulásában és fenntartásában. E presszor rendszer aktivitását jelentősen csökkenti az angiotenzin-konvertáló enzim gátlói, köztük a Tensiomin hatóanyaga, a captopril is, mely megakadályozza az angiotenzin II. átalakulását, a szervezet egyik legerősebb vazokonstriktor anyagának képződését. Fő farmakológiai hatása az érelállás csökkentése mind az arteriolákon, mind a venulákon.

Jól kombinálható egyéb antihypertenzívumokkal. Más vazodilatátoroktól eltérően nem okoz folyadékretenciót. Bizonyos hipertóniákban (magas renin szintű — renovaszkuláris —, ill. más vese eredetű hipertóniák) az első választandó szer.

JAVALLATOK:

- esszenciális hipertónia (más vérnyomáscsökkentőkre rezisztens formái is), malignus hipertónia
- renovaszkuláris hipertónia (inoperábilis eseteiben önálló kezelésként vagy kombinációban elsősorban kalcium antagonistákkal, béta-blokkolókkal, ill. diuretikumokkal.)
- hipertóniás sürgősségi állapotok, ha nifedipin nem elérhető, vagy nem eléggé hatásos, akkor szublingválisan (szétrágva) Tensiomin adása is megkísérélhető.
- autoimmun nephropathiák, scleroderma, SLE gyors progressziójú eseteiben)
- asthma bronchialeban szenvedő vagy idősebb hipertóniásokban első vagy második választandó szer
- szívelégtelenségben az elő- és utóterhelés csökkentésére (különösen digitális + diuretikumra refrakter esetekben)
- cardiomyopathiák bizonyos formáiban (congestív cardiomyopathia)
- diagnosztikumként renovaszkuláris hipertenzióban és Conn-szindrómában.

ELLENJAVALLATOK: Terhesség.*Szeptatás (ha adása ilyenkor elkerülhetetlen, akkor a szeptatást fel kell függeszteni). Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Leukó-, illetve thrombopénia.

ADAGOLÁS: Egyéni elbírást igényel.

Szokásos adag felnőtteknek:

HIPERTÓNIA: Kezdő adag naponta 3-szor 12,5 mg. Ha a vérnyomáscsökkentés 2 napos kezelése után nem elégséges, az adag fokozatosan naponta 3-szor 50 mg-ig emelhető.

További vérnyomáscsökkentés elérésére tiázid diuretikum, béta-blokkoló és/vagy egyéb vazodilatátor (kalcium-antagonista, prazosin, dihidralgin) adható.

300 mg napi adag felett a mellékhatások gyakorisága jelentősen megnő, ezért ennél magasabb napi adag nem javasolt!

RENOVASZKULÁRIS ÉS RENOPARENCHYMÁS HIPERTÓNIA: Naponta 3-szor 6,25—12,5 mg, fenntartó adag naponta 3—4-szer 25 mg-ig fokozatosan növelhető, ennél nagyobb dózisra ritkán van szükség. Beszűkült veseműködés esetén a maximális napi adag:

ml/min/m ²	Creatinin clearance: ml/sec/m ²	ml/sec/tű*	dózis mg
80—41	1,33—0,68	2,31—1,18	300
40—21	0,68—0,35	1,15—0,61	150
20—11	0,33—0,18	0,57—0,31	75
10	0,17	0,29	37,5

*Felnőtt átlagos testfelszínre (1,73 m²) számított érték.

SZÍVELÉGTELENSÉG: A kezelést 2—3-szor 6,25 mg-mal célszerű kezdeni, és az adagot fokozatosan növelni.

GYERMEKGYÓGYÁSZATBAN: Alkalmazása nagy óvatosságot igényel, csak igen indokolt esetben (elsősorban renovaszkuláris vagy renoparenchymás hipertóniában) adható.

Javasolt napi adag: 1—2 mg/testtömeg kg.

A tablettát étkezés előtt 1 órával kell bevenni!

A gyógyszeres kezelés beállítását belgyógyász szakorvos végezze, lehetőleg fekvőbeteg gyógyintézetben.

Ambuláns történő alkalmazásakor szükséges az első adag (6,25 vagy 12 mg) hatásának lemerése a vérnyomást legalább 3 órán át 30 percenként kell megmérni. Ezt követően a betegek gyakoribb ellenőrzése szükséges a megfelelő adagolás megállapításáig.

A kombinációkban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK: A szokásos adagolásnál (50—150 mg/nap) mellékhatások nagyon ritkák. Nagyobb adag hatást nem fokozza, a mellékhatások azonban gyakoribbá válnak.

Előfordulhat:

- Proteinuria, amely együtt járhat membranózus glomerulopátiával, nephrosis-szindrómával.
- Myeloid hypoplázia következtében fellépő neutropénia vagy agranulocytosis következményes infekciókkal.
- Bőrkiütés, ritkán Quincke-ödéma, arckipirulás.
- Átmeneti súlyosabb hipotenzio, főleg diuretikumokkal kezelt szívelégtelenségben szenvedő betegeken.
- Igen ritkán tachycardia, mellkasi fájdalom, palpáció (főleg folyadék-depletált betegeknél).
- Étvágytalanság, szájszárazság, fémcs, sós íz érzése (általában a kezelés 2—3. hónapjában magától megszűnik), aphtózus ulcerációk a szájnyálkahártyán, émelygés, hányás, peptikus fekély, cholestasis, hasi fájdalom, hasmenés, székrekedés.
- Fejfájás, szédülés, alvászavar, paraesthesia.
- Máj-enzimértékek-, karbamid nitrogén-, kreatinin-, káliumszint emelkedése a szérumban, alpozitív acetone reakció a vizeletben.
- Gyakoribbak a mellékhatások autoimmun betegségben szenvedőkön, ezért e betegcsoportban a vérkép és vesefunkció rendszeres ellenőrzése indokolt.

GYÓGYSZERKÖLSÖNHATÁS: Együttadása kerülendő

— a szérum K⁺-szintjét emelő (pl. kálium megtakarító — spironolacton, amilorid, triamteren —)szerekkel (hiperkalémia lehetősége).

ÓVATOSAN ADHATÓ:

- diuretikumokkal folyadékdepletált állapotban, ill. kalciumantagonisták jelenlétében hatása fokozódik.
- értágító hatású szerekkel (hipotónia lehetősége)
- nem szteroid gyulladáscsökkentőkkel (vérnyomás-csökkentő hatás gyengül)

TÜLADAGOLÁS KEZELÉSE: A hipotónia fiziológiás sóoldat infúziójával általában megszüntethető. A captopril hemodialízissel a keringésből eltávolítható.

FIGYELMEZTETÉS: Súlyosabb vesekárosodás esetén a kezelést gondosan mérlegelve kisebb adagokkal kell kezdeni (naponta 2—3-szor 6,25 mg) a dózis emelését óvatosan kell végezni. A terápia megkezdése előtt, majd havonta a proteinúritést figyelemmel kell kísérni. Ha a proteinúrités meghaladja az 1 g/nap értéket, vagy fokozódik, a terápia folytatását alaposan meg kell fontolni. (Fokozott proteinúrités a terápia első nyolc hónapjában várható, ezért a 9. hónaptól csak háromhavonta-félévente szükséges az ellenőrzés. (A só- és/vagy folyadékdepletált betegekben, renovaszkuláris hipertóniában adagolása nagy óvatosságot igényel, mert a fokozott renin felszabadulás következtében a captopril vérnyomáscsökkentő hatása nagyobb mértékű, igen ritkán tachycardia is előfordulhat.)

Szívelégtelenségben szenvedő betegek beállítása során az első adagokat követően gyakrabban lép fel hipotónia, ezért a gyógyszer beállítása feltétlenül fekvőbeteg gyógyintézetben történjen. Az előzetes diuretikummal kezelt betegek javasolt kezdő adagja naponta 2—3-szor 6,25—12,5 mg.

A fehérvérsejtszámot a kezelés első három hónapjában havonta, majd háromhavonta kell ellenőrizni.

Autoimmun betegségben szenvedők fehérvérsejtszámát az első 3 hónapban kéthetente, majd kéthavonta kell ellenőrizni. $4 \times 10^9/l$ alatti fehérvérsejtszám esetén a kvalitatív vérkép ellenőrzése is szükséges.

Ha a neutrofil granulociták száma $1 \times 10^9/l$ alá csökken, a kezelést be kell szüntetni. Infekció első tüneteire azonnal vérkép ellenőrzés szükséges. Műtétek alatt esetleg jelentkező hipotóniát volumenexpánzióval kell megszüntetni.

A beteg figyelmét fel kell hívni:

- infekció első tüneteire vagy ödéma fellépésekor azonnal forduljon orvoshoz
- a terápiát önkényesen ne szakítsa meg
- fokozott folyadékvesztés, izzadás, hányás, hasmenés esetén forduljon orvoshoz (ezeknek az állapotoknak a következménye súlyos hipotenzio lehet)
- óvakodjék a fizikai megterhelés hirtelen fokozásától.

MEGJEGYZÉS: *Csak vényre adható ki és csak egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg és szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:	30 db tableta (12,5 mg)
	30 db tableta (25 mg)
	20 db tableta (50 mg)
	20 db tableta (100 mg)



CORDAFLEX[®]

**filmtabletta
koszorúér-tágító. antihypertensivum**



CORDAFLEX[®]

filmtabletta

koszorúér-tágító, antihypertensivum

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLATOK

Akut miokardiális infarktus, kardiogén sokk, pitvari sinuszszindróma. Terhesség.

ADAGOLÁS

Egyéni elbírálást igényel. Szokásos adagja naponta 30 mg (3-szor 1 filmtabletta). Angina pectoris roham, illetve hipertóniás sürgősségi állapot esetén a filmtablettát szét kell rágni és rövid ideig a szájban tartani. Két bevétel közötti időtartam 2 óránál nem lehet kevesebb.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, acrpír, bokaduzzadás, melegségérzés, szédülés, émelygés, fáradtság, palpitáció, ritkán hasmenés.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

- Antihipertenzív szerek, béta-receptor-blokkolók és H_2 blokkolók hatását erősítheti, illetve kiégészítheti.
- Kinidinnel történő együttes adagolása fokozott óvatosságot igényel (az EKG-n a QT szakaszt károsan megnyújthatja, malignus kamrai ritmuszavart provokálhat).
- ACE inhibitorok (Tensiomin) a hatást jelentősen fokozzák.

FIGYELMEZTETÉS

A kombinációban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni. Súlyos koronária betegségekben szükséges más antianginás szerek adása is. Rohamok esetén nitroglicerin mellett béta-receptor-blokkolók alkalmazása ajánlatos. Szívglükózidok a Cordaflex-kezelés alatt is szedhetők.

Állatkísérletekben — bár a humán dózis sokszorosában — teratogén és fötotoxikus. Már alacsonyabb dózisban is tokolitikus hatású, azaz gátolhatja a tolófájások erősségét, ezért a Cordaflex filmtabletta alkalmazására terhes nőknél csak akkor kerülhet sor, ha a beteg tenziója más korlátozás nélkül szedhető gyógyszerekkel megnyugtató módon nem normalizálható. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke. A gyógyszer szedése alatt alkoholt fogyasztani tilos!

Fénytől védve tartandó!

MEGJEGYZÉS

✚ Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS: 100 db filmtabletta



GYÓGYSZERGYÁR

adott BCG okozta NK sejt aktivitás-fokozódás és a carcinogénekkel szembeni tumor-rezisztencia között pozitív korrelációt tapasztalt.

Shapiro és Ratliff (28) 1983-ban úgy foglalt állást, hogy az intravesicalis BCG növeli az NK-aktivitást, és pozitív korrelációt észlelt az NK-aktivitás fokozódása és a terápiás effektus között. Van der Meijden (16) azt tapasztalta, hogy az intravesicalis BCG-vel kezelt hólyagtumoros betegeinél 64%-ban nőtt az NK-aktivitás BCG kezeléskor, de nem látott összefüggést a kórlefolyás és az NK-aktivitás között. 1986-ban Ratliff és Shapiro (21) korábbi közleményük végkövetkeztetését megcáfolva megállapították, hogy az NK-sejteknek nincs döntő jelentőségük a BCG antitumor hatásának kifejtésében. Az állatkísérletekben előzetesen alkalmazott anti-assialo GMI-el csökkentette az NK-aktivitást. Az ezután alkalmazott tumorimplantáció és a BCG-terápia eredményei nem tértek el a kontroll csoporttól, ahol nem csökkentették előzetesen az NK-aktivitást. Így az NK-aktivitásnak nem lehet döntő szerepe a BCG tumor-ellenes hatásában. Young (31) kísérleteiben hasonlóképpen cáfolja az NK-sejtek jelentős szerepét a tumorelőkezelésben.

Saját anyagunkban 23 betegnek 72 vizsgálata kapcsán figyeltük meg, milyen változásokat okoz a lokális (intravesicalis) BCG kezelés a perifériás vér NK-aktivitásában. Az átlagos NK-aktivitás mérsékelt emelkedését tapasztaltuk. A kontroll csoport és a BCG csoport között kezelés előtt észlelt NK-aktivitás-különbség kezelés közben, a BCG csoport betegeiben fellépő NK-aktivitás fokozódása miatt megszűnt.

A fentiek alapján megállapíthatjuk, hogy a lokális BCG kezelés változásokat indukált az NK-aktivitásban, azonban a változások nem uniformizálhatók (lehet csökkenés, lehet emelkedés), de alacsonyabb dózissal, 120 mg-nál az emelkedés, míg 200 mg-nál a csökkenés dominál.

Figyelmet érdemel az a tény, hogy az 5 recidivált hólyagtumoros betegünk 7 recidívája közül 6-nál (4 betegben) a recidíva idejében észlelt NK-sejt aktivitás betegenként és átlagban is jelentős csökkenést mutatott. Ez a csökkenés a kezelés előtti értékhez viszonyítva nem szignifikáns ($p < 0,13$), a kontroll csoport értékeihez viszonyítva ($p < 0,01$), ill. a BCG kezelés közben észlelt NK értékekhez viszonyítva ($p < 0,03$) szignifikáns különbséget mutatott (3. táblázat).

Végül összefoglalva, vizsgálatainkból megállapíthatjuk:

1. Az NK-sejt-aktivitás felületes hólyagtumoros betegeknél csökken, és a csökkenés az infiltratio mélységével kifejezettebb.

2. Intravesicalis BCG kezelés hatására az NK-sejt-aktivitás változik és a változás típusában jelentős különbségek mutatkoznak.

3. Kisebbségi dózisú BCG (120 mg) inkább NK-sejt-aktivitás fokozódását, míg a 200 mg dózis inkább az NK-sejt aktivitásának csökkenését váltja ki.

4. Az NK-sejt-aktivitás és a terápiás hatás között közvetlen összefüggés nem tapasztalható, azonban igen jellegzetes, hogy a recidíva jelentkezése idején az NK-sejt-aktivitás jelentősen csökken.

Vizsgálataink alapján az intravesicalis BCG kezelés hatásmechanizmusában az NK-sejtek szerepe nem zárható ki.

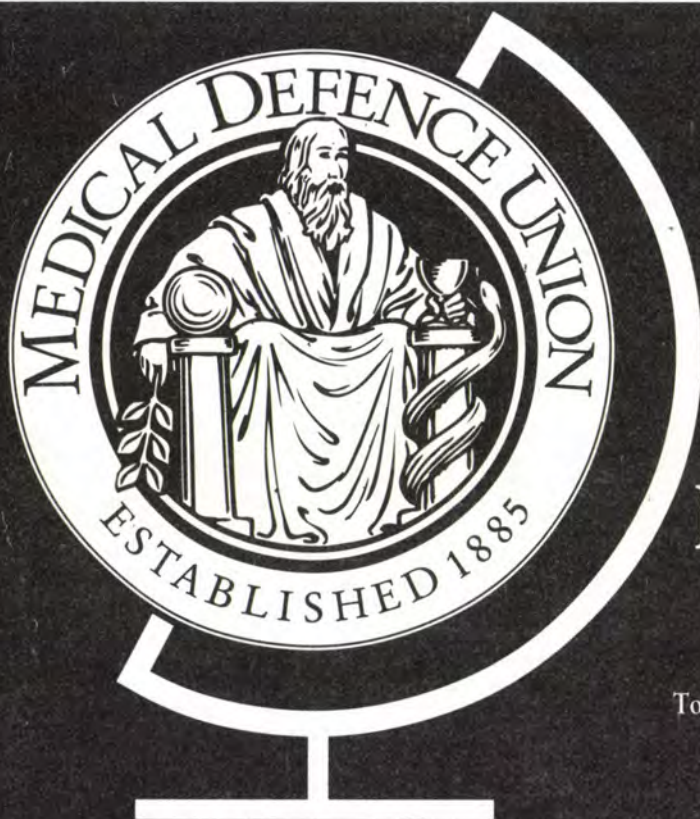
Az intravesicalis BCG kezelés hatásmechanizmusának egzakt magyarázatára további immunológiai vizsgálatok szükségesek.

IRODALOM: 1. Böhle, A., Gerdes, J.: Effect of local BCG therapy in patients with bladder carcinoma on phenotypes and functions of mononuclear cells. Immunotherapy of urological tumors. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990, 83–107. — 2. Braun, D. P., Harris, J. E.: Serial immune function testing to predict clinical disease relapse in patients with solid tumors. Cancer Immunol. Immunother., 1983, 15, 165. — 3. Carballido, J., Alvarez, M. és mtsai: Clinical significance of natural killer activity in patients with transitional cell carcinoma of the bladder. J. Urol., 1990, 143, 29–30. — 4. Conolly, J. G.: Immunotherapy of superficial bladder cancer. J. Urol., 1983, 130, 368. — 5. Droller, M. J., Gomolka, D.: Inhibition of tumor growth in association with modification of in vivo immune response by indomethacin and Poly J.: C. Cancer Res., 1982, 42, 5038. — 6. Droller, M. J.: BCG in the management of bladder cancer. J. Urol., 1986, 135, 331. — 7. El-Demiry, M. J. M., Smith, G. és mtsai: Local immune responses after intravesical BCG treatment of carcinoma in situ. Br. J. Urol., 1987, 60, 543. — 8. Gorelik, E., Bere, W. és mtsai: Role of NK cells in the antimetastatic effect of anti-coagulant drugs. Int. J. Cancer, 1984, 33, 87. — 9. Guinan, P., Crispen, R. és mtsai: BCG in management of superficial bladder cancer. Urology, 1987, 30, 515. — 10. Haaf, E. O., Catalona, W. J. és mtsai: Detection of interleukin-2 in the urine of patients with superficial bladder tumors after treatment with intravesical BCG. J. Urol., 1986, 136, 970. — 11. Hakal, T. R., Castro, A. E. és mtsai: Humoral cytotoxicity in human transitional cell carcinoma. J. Urol., 1974, 111, 382. — 12. Heberman, R. B., Ortaldo, J. R.: Natural killer cells: their roles in defenses against disease. Science, 1981, 214, 24. — 13. Kiessling, R., Petrányi, Gy. és mtsai: Genetic variation of in vitro cytolytic activity and in vivo rejection potential of non-immunized semisynthetic mice against a mouse lymphoma line. Int. J. Cancer, 1975, 15, 333. — 14. Klein, W. R., Ruitenberg, E. J. és mtsai: Immunotherapy by intralacunal injection of BCG cell wall or live BCG in bovine squamous cell carcinoma. J. Nat. Cancer Inst., 1982, 69, 1095–1101. — 15. Martinez-Pineiro, J. A., Leon, J. J. és mtsai: BCG versus doxorubicin versus Thiotepa: a randomized prospective study. J. Urol., 1990, 143, 502. — 16. Van der Meijden, A. P., Steerenberg, P. A. és mtsai: Immunoreactions in patients with superficial bladder cancer after intradermal and intravesical treatment with BCG. Cancer Immunol. Immunother., 1989, 28, 287–295. — 17. Morales, A. D., Eidinger, A. és mtsai: Intravesical BCG in the treatment of superficial bladder tumors. J. Urol., 1976, 116, 180. — 18. Morales, A. D., Ottenhof, P. C.: Clinical application of a whole blood assay for human natural killer (NK) cell activity. Cancer, 1983, 52, 667. — 19. Pang, A. S. D., Morales, A. D.: BCG induced murine peritoneal exudate cells: cytotoxic activity against a syngeneic bladder tumor cell line. J. Urol., 1982, 127, 1125–29. — 20. Pang, A. S. D., Morales, A. D.: Immunoprophylaxis of a murine bladder cancer with high dose BCG immunizations. J. Urol., 1982, 127, 1006. — 21. Ratliff, T. L., Shapiro, A. és mtsai: Inhibition of murine bladder tumor growth by BCG: lack of a role of Natural Killer Cells. Clin. Immun. and Immunopath., 1986, 41, 108–115. — 22. Ratliff, T. L.: Mechanisms of action of intravesical BCG for bladder cancer. EORTC Genitourinary Group Monograph 6. Alan R. Liss, Inc., New York, 1989, 107–122. — 23. Reichert, D., Lamm, D. L.: Long term protection in bladder cancer following intralacunal immunotherapy. J. Urol., 1984, 132, 570–573. — 24. Romics I.: Diagnosztikus és terápiás lehetőségek a hólyag- és prostatadaganatos betegek immunstatusa alapján. 1984, 41–52. Kandidátusi disszertáció. Bp. — 25. Samodai L., Kiss L. és mtsai: A BCG immuntherápia és eredményei hólyagdaganatok kezelésében. Orv. Hetil., 1990, 131, 1697. — 26. Samodai, L. és mtsai: The efficacy of intravesical BCG,

in the treatment of patients with high risk superficial bladder cancer. *Int. Urol. Nephrol.*, 1991, 23, 559–567. — 27. *Sarosdy, M. F., Lamm, D. L.*: Long term results of intravesical BCG therapy for superficial bladder cancer. *J. Urol.*, 1989, 142, 719. — 28. *Shapiro, A., Ratliff, T. L. és mtsai*: Reduction of bladder tumor growth in mice intravesical BCG and its correlation with BCG viability and natural killer cell activity. *Cancer Research.*, 1983, 43, 1611–1615. — 29. *Wolfe, S. A., Tracy, D. E. és mtsai*: Induction of natural killer cells by BCG. *Nature*, 1976, 262, 584–86.

— 30. *Zbar, B., Bernstein, I. D. és mtsai*: Suppression of tumor growth at the site of infection with living BCG. *Nat. Cancer Inst.*, 1971, 46, 831–839. — 31. *Young Jr, W. W., Hakomori, S. és mtsai*: Identification of ganglio-N-tetraosyl-ceramide as a new killer cell surface marker for murine natural killer (NK) cells. *J. Immunol.*, 1980, 124, 199.

(Samodai László dr., Nyíregyháza, Pf. 159. 4401)



A VILÁG
MINDEN
TÁJÁN

ORVOS-
EGÉSZSÉGÜGYI
VÉDEGYLET

További információ és jelentkezési lap kapható
1068 Budapest,
Dózsa György út 84/a
Telefon: 122-1809, Fax: 122-7666

Már kapható a könyvesboltokban
Irina Steblucova: HOMEOPÁTIA c., orvosoknak szánt kézikönyve,
amely megrendelhető közvetlenül a kiadótól, 20% kedvezménnyel.

A könyv bolti ára: 703 Ft.

Cím:

EUROSANA, Bp. 1014 Szentháromság tér. 6. Tel: 1550-122, 1751-885.

TÁJÉKOZTATÁS



E számban megjelenő színes hirdetésünkkel kapcsolatosan felhívjuk olvasóink szíves figyelmét, hogy 1991. december 31-től az Egis Gyógyszergyár részvénytársasági formában működik.

A társaság neve: EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

Endoprothesisek (stentek) alkalmazása nagylégúti szűkületek esetén

Strausz János dr.***, Kis Sándor dr.*, Juhász János dr.*, Bede Antal dr.*, Elek Jenő dr.*, Monostori Zsuzsanna dr.***, Nagy Gabriella dr.* és Repa Imre dr.***

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest, (főigazgató: Naszlady Attila dr.)*

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

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Központi Radiológiai Diagnosztika (igazgató: Szilágyi László dr.)***

A szerzők 6 felső légúti szűkület esetén ültettek be silicon alapanyagú endobronchialis stentet bronchofiberscop segítségével. A módszer valamennyi esetben a ventilatio lényeges javulását eredményezte. Postintubatiós stenosisok, illetve benignus folyamatok esetén az endoprothesis végleges gyógyulást eredményezhet, malignus felső légúti stenosisoknál pedig a stentek értékes palliatiót jelentenek.

Kulcsszavak: tracheobronchialis stent, bronchofiberscopos implantatio, laser kezelés

Application of endoprothesis to stent the airway stenosis. Six patients with obstruction of the trachea were treated with silicone rubber endotracheal stents implanted with flexible bronchoscope. In every case the stent caused significant clinical improvement of the ventilation. At the postintubation stenosis the stent can result a final recovery, at the malignant processes the implantation seems to be a new palliative method.

Key words: tracheobronchial stent, implantation with flexible bronchoscope, laser treatment

Az intraluminalis térszűkítő folyamatok, vagy külső compressio okozta tracheobronchialis szűkületek nehézlégzést, befolyásolhatatlan köhögést, vérköpést és obstructív pneumonitist okozhatnak. Mindezek együttesen légzési elégtelenséghez és fulladásos halálhoz vezethetnek.

A malignus folyamatok mellett endotrachealis intubatio, magas tracheostoma, Wegener-granulomatosis, papillomatosis, amyloidosis és tuberculosis is okozhat felső légúti stenosisot.

A terápiás lehetőségeket az alapbetegség, a folyamat kiterjedése és a várható életkilátások befolyásolják. A légutak átjárhatóságát biztosíthatjuk a bronchusok mechanikus tágításával, laser-, electro-, cryokezeléssel, sebészi resectióval, tracheostoma készítéssel és kanül alkalmazásával, valamint oralis, vagy nasalis intubálással (2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17).

Progreáló folyamatok esetén a terápiás kísérletek többségénél számolni kell a légúti szűkületek kiújulásával. A betegek egy része pedig tracheostomával és kanüllel kénytelen együtt élni.

A bronchoscop segítségével beültethető endoprothesiseket már korábban is alkalmaztak, elsősorban malignus folyamatok esetén. Áttörést jelentett az 1980-as évek végén a silicon alapanyagú Dumon típusú (1, 4, 8, 15), illetve Gianturco-Z fém alapanyagú, rugós (6, 14, 16) stent-ek megjelenése. Viszonylag egyszerű módon történő beültetésük és a betegek kifejezetten jó compliance-a (tracheostoma elkerülhetősége) miatt a tracheobronchialis endoprothesisek igen gyors elterjedésének lehetünk tanúi.

Jelen munkánkban a tracheobronchialis szűkületeknél alkalmazott tracheobronchialis endoprothesisekkel szerzett tapasztalatainkról számolunk be. A műanyag prothesi-

sek beültetésére ajánlott merev eszközös módszert bronchofiberscopra adaptáltuk. A stent beültetése ezáltal egyszerűsödött és így szélesebb körű felhasználása lehetővé vált.

Beteganyag, módszer

Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Bronchológiai Osztályán 6 betegnél (4 nő, 2 férfi) ültettünk be endobronchialis stentet. A betegek fontosabb adatai az 1. táblázaton láthatók. A beültetést mindig megelőzte bronchofiberscopos vizsgálat (Pentax EB 2000 videoendoscoppal valamennyi esetben dokumentáltuk az elváltozásokat), melynek során meghatároztuk az alapbetegséget, valamint a szűkület elhelyezkedését és nagyságát. 2 esetünkben olyan súlyos nehézlégzéses tünetekkel érkeztek a betegek osztályunkra, hogy azonnali laser kezeléssel tudtuk csak a ventilációt biztosítani. Amikor a beavatkozás időpontját tervezni tudtuk, megfelelő kivizsgálás és előkészítés után került sor a beültetésre, melynek során a szűkület mértékét és hosszát CT vizsgálatokkal is meghatároztuk. Az implantációt 3 esetben laser kezelés előzte meg. A beültetés általános érzéstelenítésben történt. A stent ismételt igazítását azonban helyi érzéstelenítésben is elvégeztük.

A silicon alapanyagú prothesisek (Cometh, Marseille, Franciaország) különböző mértékben és alakban állnak rendelkezésre. Külső felszínüket apró tüskék fedik, melyek feladata a légutakban az elmozdulás megakadályozása (3. ábra). A stent-ek röntgensugár-elnyelő anyagot tartalmaznak, így endobronchialis helyzetük könnyen ellenőrizhető. Egy alkalommal ültettünk be Gianturco-Z stentet (Cook, Dánia), mely esetről külön számolunk be.

A beültetés során Pentax FB 18X bronchofiberscopot először egy tracheatubuson, majd a stent lumenén keresztül vezetjük át. A stent alsó és felső nyílásán keresztül fonalat húztunk, mellyel a manipulálás során rögzítettük a prothesist. Intubálás után a bronchofiberscopot átvettük a szűkületen, az endoscopot a

1. táblázat: A betegek jellemző adatai

Betegek	Alapbetegség	Légúti szűkület oka	Légúti szűkület helye	Követési idő hónapokban	Eredmények
1. 57 éves nő	tetanus mérgezés	postintubációs stenosis	trachea felső és középső harmad; kettős szűkület	4	kezelésre, oxigén terápiára nem szorul
2. 65 éves nő	cc. planocellulare pulm.	tumoros szűkület	trachea alsó harmad mindkét főhörgő	1	meghalt
3. 57 éves nő	cc. microcellulare pulm.	tumoros szűkület	trachea alsó harmad	1	meghalt
4. 28 éves férfi	polytrauma közúti baleset kapcsán	postintubációs stenosis trachea resectio	trachea alsó harmad	8	tünet és panaszmentes
5. 36 éves férfi	acut pancreatitis	postintubációs stenosis	trachea felső harmad	6	tünet és panaszmentes
6. 53 éves nő	polytrauma közúti baleset kapcsán	postintubációs stenosis	trachea felső harmad	4	panaszmentes

szájnyílásnál rögzítettük, majd a trachea tubussal a stentet betoltuk a szűkületbe. A szűkülettől distalisan lecsúszott prothesist az átfűzött fonal segítségével lehetőségünk van a megfelelő helyzetbe visszahúzni. A stent további igazítását bronchofiberscopos, vagy pedig merev csöves eszközökkel végeztük.

Eredmények

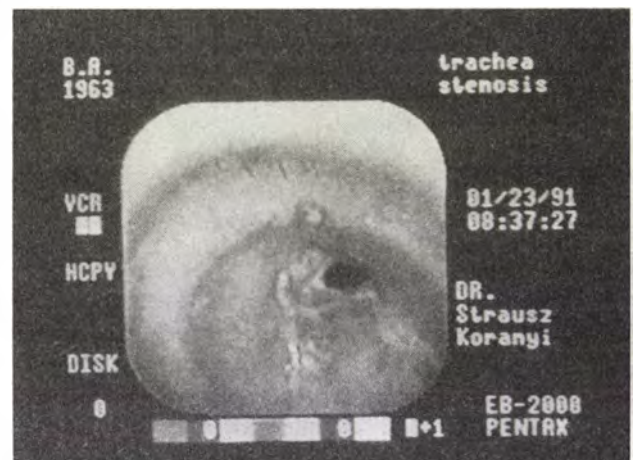
Betegeink életkora, alapbetegsége, a légúti szűkület oka, helye, a beültetéstől számított követési idő és a beültetés klinikai eredményessége látható az 1. táblázaton. A stentek behelyezése után a betegeknek ingerköhögése, fokozott váladékozása nem volt, légzésük valamennyi esetben javult. 2 betegünkénél, akiknél az alapbetegség malignus folyamat volt, szintén sikerült a ventilációt javítani, halálukat egyik esetben sem respiratoricus okokkal lehetett magyarázni.

Hatból négy betegünkénél a légúti szűkület oka postintubációs stenosis volt. Közülük 3 betegnél (1., 4., 5. esetek) stent beültetésével klinikailag kitűnő eredményt sikerült elérni.

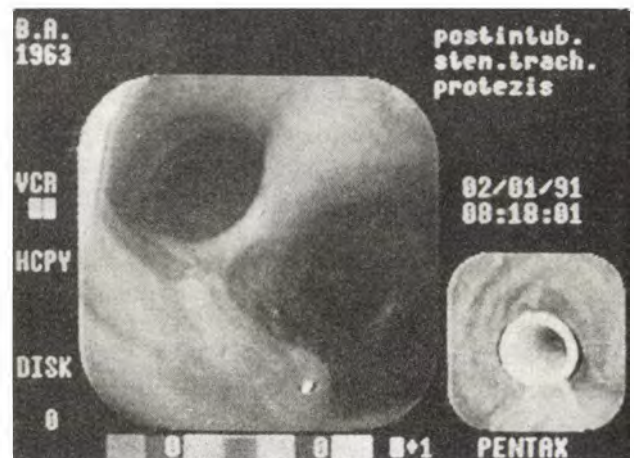
Esetismertetések

28 éves férfi beteg (4. eset) közúti baleset során polytraumatisatiót szenvedett és gépi lélegeztetésre szorult. Az extubálás után 1 hónappal fellépő nehézlégzéses tünetek háttérben a trachea heges gyulladását észlelték. Trachea resectio és vég a véghez anastomosis történt. A műtétet követő egy hónap múlva ismét stridoros légzés alakult ki, az elvégzett endoscopos vizsgálat a trachea alsó harmadának heges szűkületét igazolta (1. ábra). A laser kezelést Dumon típusú stent beültetése követte (2–3. ábra). A stent többszöri elmozdulás és igazítás után a szűkületet áthidalva rögzült (4–5. ábra). 8 hónappal a beültetés után a beteg 20 kg-ot hízott, légzési panasza — a reggeli köhögéstől eltekintve — nincs (jelenleg is erős dohányos).

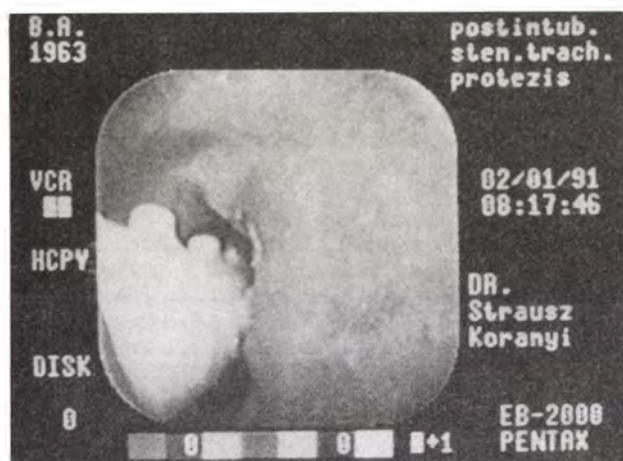
36 éves férfit (5. eset) akut pancreatitis, pancreas abscessus miatt operálták. A műtétet követő ARDS miatt a beteget 10 napon keresztül géppel lélegeztették. Az extubatio után 1 hónappal stridoros légzés alakult ki, melynek háttérben a trachea felső harmadának heges szűkülete (kb. 0,5 cm átmérőjű lumen) állt. Ered-



1. ábra: Postintubációs stenosis endoscopos képe kezelés előtt (4. beteg)



2. ábra: Laser kezelés után a szűkületen átvezetett prothesis distalis (bal oldali felvétel) és proximalis (jobb oldali felvétel) végén készült endoscopos felvétel. A 6,8 mm átmérőjű videoendoscoppal a prothesis biztonsággal átjárható



3. ábra: A szűkületben rögzült stent oldalirányú endoscopos képe

ményes laser kezelés után a trachea $\frac{4}{5}$ része szabaddá vált. 1 hónap múlva ismét nehézlégzéses panaszok alakultak ki. Laser kezelés után Dumon típusú stentet ültettünk be. A beteg tünet- és panaszmentessé vált. 3 hónappal a beültetés utáni kontroll vizsgálatnál a prothesis a szűkülettől distalisán helyezkedett el (a bifurcatios carinaen támaszkodott), az eredeti szűkület nyomai csak sejthetők. A stentet bronchofiberscopos excisor segítségével eltávolítottuk. 3 hónappal későbbi kontroll vizsgálat során a beteg panaszmentes, az endoscopos kép negatív volt.

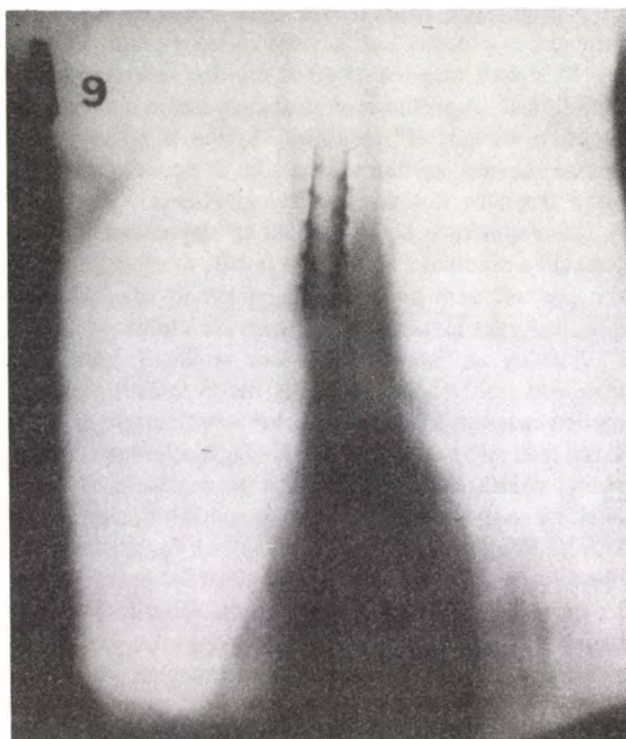
Megbeszélés

A nagylégúti szűkületek leggyakoribb okai a malignus folyamatok és a postintubatiós stenosis. Míg az előbbi esetben a szűkületek endoscopos kezelése (laser, afterloading, stent implantatio) csak palliatív céllal történhet, addig a postintubatiós stenosisok, illetve benignus szűkületek esetén tartós javulásra, illetve gyógyulásra is számíthatunk. Jó eredmények rendszerint a fenti módszerek kombinált használatával érhetők el.

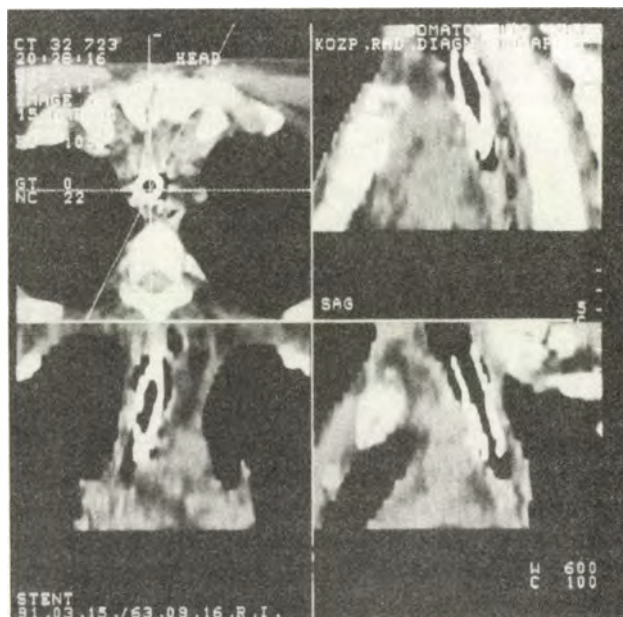
Az endobronchialis prothesisek elterjedéséhez hozzájárult a stentek szövetbarát műanyag és fém alapanyagainak kifejlesztése és az endoscopos technikák fejlődése.

Dumon (4) az általa kifejlesztett silicon alapanyagú stent beültetéséhez merev csöves módszert javasol; vagy a merev cső lumenébe préselt prothesist tol ki a szűkületbe, vagy pedig a merev bronchoscopra kívülről helyezett stentet egy speciális eszközzel tolja a szűkületbe. Ez utóbbi esetben a hangszalagokat a stent tüskéi felsérthetik. Magunk a stentet valamennyi esetben a bronchofiberscopra kívülről ráhelyezve ültettük be. A kontroll vizsgálatok során a hangszalagok sérülését egyetlen esetben sem észleltük.

A prothesisek beültetésekor számítani lehet a mechanikus tágító hatásra is. 5. esetünkben a stent egyszerűen „kiesett” a szűkületből. A laser kezelés után beültetett prothesis szerepe elsősorban abban kereshető, hogy megakadályozza a granulációs szövet intraluminalis burjánzását. A dolgozat írásának idején egy ismételt tracheostomián átesett beteg tracheájába — akinél az első stoma záródása ki-



4. ábra: Frontalis síkú rétegvétel: a stent elhelyezkedése a légcsőben



5. ábra: A stent és a légcső viszonya látható komputer tomographiás axialis síkú (bal felső kép), illetve sagittalis síkú rekonstrukciós felvételeken (jobb felső, illetve alsó felvételek)

fejezett hegesezéssel és trachea szűkülettel járt együtt — a stomán keresztül stentet ültettünk be, és a prothesis felett hagytuk a légcsövet záródni. A nyílás záródása zavartalan volt, a beteg a rövid megfigyelési idő alatt tünet- és panaszmentes.

A prothesisek elmozdulása miatt 2 betegnél kellett reintubálni és a stentet a szűkületbe visszahelyezni. Szükség esetén a stent idegentestfogóval minden nehézség nélkül eltávolítható. A prothesis elmozdulása esetén sem kell számolni a légutak elzáródásával, hiszen a műanyag cső hossza minden esetben meghaladja a légutak átmérőjét, így a keresztbe fordulás veszélye kizárható.

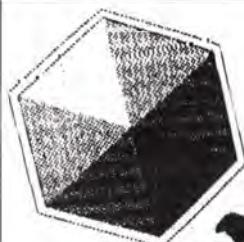
Az eredményes beültetés után az alapbetegségtől függetlenül a ventilatio lényegesen javult, a betegek idegentest-érzéslől nem panaszkodtak, fokozott váladékképződést, lényeges köhögési ingeret nem észleltünk.

Jelenleg az irodalomban sem található egységesen ajánlható beültetési technika. A merev csöves metodika mellett magunk kidolgoztuk a bronchofiberscopos módszert, mellyel betegeinknél klinikailag kifejezetten jó eredményt sikerült elérni. A módszer bevezetése olyan bronchológiai és gégészeti centrumokban ajánlott, ahol a laser kezelés lehetősége is megvan. A stent-ek beültetése benignus folyamatok esetén teljes gyógyulást eredményezhet és a betegek egy része elkerülheti a tracheostomiát. Malignus daganatoknál a tracheobronchialis endoprothesisek a ventilatio javításával értékes palliatívot jelentenek.

IRODALOM: 1. Bolliger, C. T., Probst, R., Tschopp, és mtsai: Silicon-Endoprothesen in der Behandlung von tracheobronchialen Stenosen. Schweiz. med. Wschr., 1991, 121, 1283. — 2. Clarke, D. B.: Palliative intubation of the trachea and main bronchi. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1980, 80, 736. — 3. Cooper,

J. D., Pearson, F. G. és mtsai: Use of silicone stents in the management of airways problems. Ann. Thorac. Surg., 1989, 47, 371. — 4. Dumon, J. F.: A dedicated tracheobronchial stent. Chest, 1990, 97, 328. — 5. Duvall, A. J., Bauer, W.: An endoscopically introducible T-tube for tracheal stenosis. Laryngoscope, 1977, 87, 2031. — 6. George, P. J. M., Irving, J. D., Mantell, B. S. és mtsai: Covered expandable metal stent for recurrent tracheal obstruction. Lancet, 1990, 335, 582. — 7. Grillo, H.: Tracheal tumors. Surgical treatment. Ann. Thorac. Surg., 1978, 26, 112. — 8. Härter, Th., Bohndorf, K., Kropff, M. és mtsai: Bronchiale Endoprothesen (Stents) beim inoperablen Bronchialkarzinom. Pneumologie, 1991, 45, 19. — 9. Insall, R. L., Morritt, G. N.: Use of fenestrated silicone drain to stent a malignant tracheobronchial stenosis. Thorax, 1990, 45, 711. — 10. Montgomery, W. W.: T-tube tracheal stent. Arch. Otolaryn., 1965, 82, 320. — 11. Montgomery, W. W.: Silicone tracheal T-tube. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 1974, 83, 71. — 12. Orlowsky, T. M.: Palliative intubation of the tracheobronchial tree. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1987, 94, 343. — 13. Pierce, R. J.: Lasers, brachytherapy and stents — keeping the airways open. Editorial. Respiratory Medicine, 1991, 85, 263. — 14. Simonds, A. K., Irving, D., Clarke, S. W. és mtsai: The use of expandable metallic stents in the treatment of bronchial obstruction. Thorax, 1989, 44, 680. — 15. Unger, M.: Tracheobronchial stents and stunts. Editorial. Chest, 1990, 97, 260. — 16. Wallace, M. J., Charnsangavej, C., Ogawa, K. és mtsai: Tracheobronchial tree: expandable metallic stents used in experimental and clinical application. Radiology, 1986, 158, 309. — 17. Westaby, S., Jackson, J. W., Pearson, F. G.: A bifurcated silicone rubber stent for relief of tracheobronchial obstruction. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1982, 83, 414.

(Strausz János dr., Budapest, Pf. 1. 1529)



Infomix

Egy szoftverház az egészségügy korszerűsítéséért!

IxDOKI — IxGYEREK — IxFOG

**Háziorvosi — Gyermekorvosi — Fogorvosi
Alapellátási Informatikai Rendszerek**

- 8 éve folyamatos követés és támogatás
- több mint 450 orvos felhasználó
- rendszeres továbbfejlesztés az alkalmazói tapasztalatok alapján
- teljeskörű szakmai dokumentáció a kartonrendszer kiváltásával
- automatizált adatszolgáltatás (változásjelentés, páciensregiszter, praxis adatok, időszakos jelentések)
- egymás közti kommunikáció, adatcsere
- receptnyomtatás folyamatosan frissített gyógyszermodul alapján
- illesztett hordozható EKG-készülék
- kedvezményes vásárlási és lízinglehetőség

Legyen Ön is a partnerünk!

További információ:

Infomix Számítástechnikai Kft.

1032 Budapest, III., Reményiség u. 7. Tel./Fax: 168-8595

Szokatlan manifesztációjú rhabdomyoma

Tomcsányi János dr., Papp Lajos dr.*, Karlócai Kristóf dr., Naszlady Attila dr.
és Sági Zoltán dr.**

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest (mb. igazgató: Naszlady Attila dr.)
Orvostovábbképző Egyetem Szív- és Érszívészeti Klinika, Budapest (igazgató: Papp Lajos dr.)*
Országos Onkológiai Intézet, Budapest (igazgató: Eckhardt Sándor dr.)**

A szerzők egy chronikus pericardialis folyadékgyülem miatt kivizsgált nőbetegnél jobb pitvart involváló rhabdomyomát találtak. Mivel a szív eredetű rhabdomyoma felnőtt korban igen ritka, valamint a localisatióban és klinikai megjelenésben hasonló esetismertetést az irodalomban nem találtak, bemutatásra érdemesnek ítélték az esetet.

Kulcsszavak: rhabdomyoma, pericardialis fluidum

Unusual manifestation of rhabdomyoma. According to our knowledge in adult pericardial effusion has never been reported to be present in cases of cardiac rhabdomyoma. We present the history of an adult patient with pericardial effusion due to cardiac rhabdomyoma.

Key words: benign heart tumor

A szív eredetű primer tumorok igen ritkák, autopsziás statisztikák szerint 0,0017–0,27 % között változik az előfordulásuk. A cardialis rhabdomyoma főleg gyerekeknél jelentkezik és szokatlan 15 év felett.

Histológiailag a rhabdomyomát benignus hamartomának tartják.

Mindemellett a szokásos ventricularis localisatio kiáramlási obstrukciót okozhat és így fatális kimenetelű lehet (2).

Tudomásunk szerint felnőttkori, pericardialis folyadékgyülemet okozó rhabdomyomáról esetismertetés még nem volt.

Esetismertetés

Egy 34 éves nőbetegét bizonytalan mellkasi fájdalom miatt vettek fel egy vidéki kórházba. A beteg anamnézisében éveken ezelőtt elvégzett cholecystectomy szerepel, ami panaszait megoldotta. Korábbi szívbetegségről nem tud. A fizikális vizsgálat tiszta, ritmusos, tachycard szívhangokat észlelt, szívélétlenségre utaló egyéb tünet nélkül. Az EKG-n 110/min. frekvenciájú sinus tachycardia, jobbra deviál QRS és diffúzan lapos T hullámok voltak láthatóak. Labor leletei a normál értékeken belül mozogtak. Mellkas rtg felvételen mérsékelten megnagyobbodott szívkontúrok mellett a tüdő parenchymában kóros eltérés nem volt.

Az elvégzett echocardiographiás vizsgálat közepes mennyiségű körkörös pericardialis folyadékgyülemet írt le. A ví-

rus serológiai vizsgálatok negatív eredményt mutattak, az egyedüli kóros vizsgálati lelete a Mantoux-próba volt.

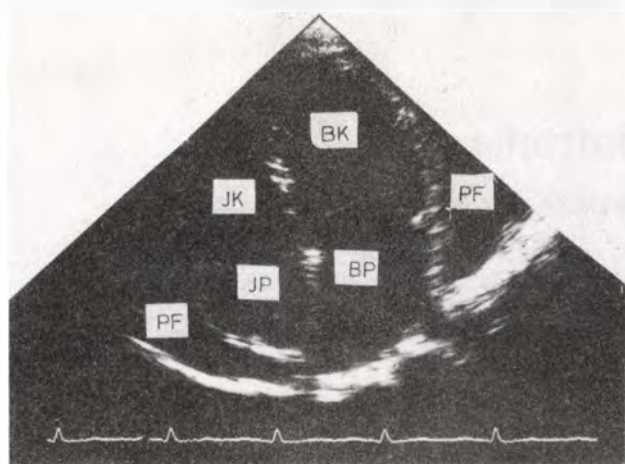
Így a beteg a steroid terápia mellett INH és antibiotikus profilaxisban is részesült. Két hónap után állapota változatlan volt, a pericardialis folyadékgyülem is azonos mennyiségűnek mutatkozott. Ezután a beteget osztályunkra irányították.

Felvételkor a fent leírtakkal azonos klinikai tüneteket találtak változatlan EKG mellett. Laboratóriumi leletei közül egyedüli kóros a 22 000-es fehérvérsejtszám volt, amit a steroid kezelés következményének tartottunk. Az echocardiographiás vizsgálat hátrás billentyűket, jó falmozgást és üregméreteket, valamint kb. 600 ml-re becsült közepes fokú pericardialis folyadékgyülemet talált (1. ábra). Tamponádra utaló jel nem volt. Diagnosztikus célú pericardiocentesis terveltünk, ezért a beteget a Szívsebészeti Klinikára küldtük. Subxyphoidális régióból a pericardium nagy erővel sem volt áttörhető, így a szívsebész a specifikus és aspecifikus gyulladás gyanúja miatt a medián sternotomiából való megnyitás mellett döntött.

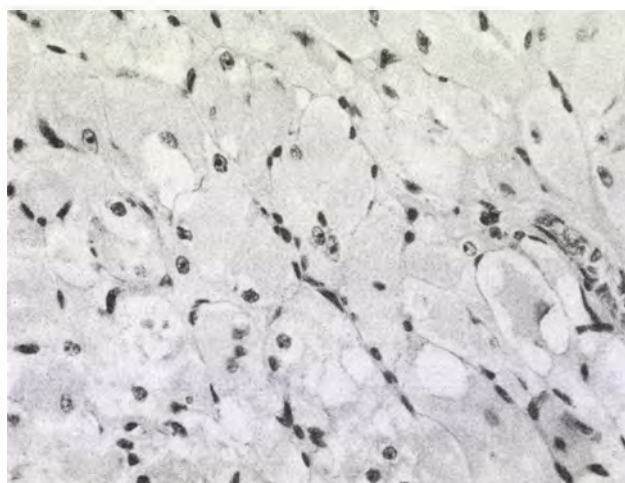
Láthatóvá vált a pericardium rekeszi, jobb pitvar-kamrai fel-színe, mely vörhenyes, egyenetlen felszínű, tumor tapintatú volt. A pericardium megnyitása után 700 ml sárgás, serosus váladék ürült (cytologia és mikrobiológia negatív). Szinte az egész jobb pitvart egy solid, vörhenyes színű tumoros massa involválta. Az ebből vett szövettan rhabdomyomát (3) igazolt (2. és 3. ábra).

A további koponya CT, vese és tüdő scintigraphia, szív NMR vizsgálat (1) egyéb localisatiót nem talált, sclerosis tuberosa együttes fennállása kizárható volt.

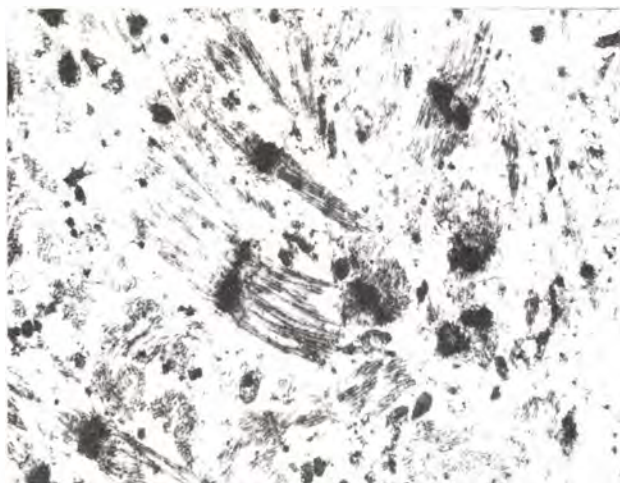
A beteg két éve gyógyszermentes, a pericardialis folyadékgyülem nem ismétlődött, tumor progressióra utaló eltérés nem volt.



1. ábra: Csúcsi 4 üregű echocardiographiás kép jelentős mennyiségű körkörös pericardiális folyadékgyülemet (PF) mutat



2. ábra: Széles cytoplasmájú, polygonalis daganatsejtek, néhol harántcsíkolat sejtethető (HE, x350)



3. ábra: Szabálytalanul renkeződő Z csíkok elektromikroszkópos képe (x800)

Megbeszélés

Az akut és a chronikus pericardialis folyadékgyülem gyakran igényel pericardiocentesiszt. Az általunk ismertetett esetben a chronikus pericardialis fluidum ismeretlen eredetű volt. A sikertelen pericardiocentesiszt median sternotomiából történő sebészi feltárás követett, ami szokatlan lokalizációjú, az egész jobb pitvar falát érintő rhabdomyomát talált, így radikális excisio nem jött szóba.

Véleményünk szerint a sebészi beavatkozás következtében kialakult pericardialis adhesiók is szerepet játszanak abban, hogy a szövettanilag igazolt rhabdomyoma a későbbiekben nem okozott pericardialis folyadékgyülemet.

IRODALOM: 1. Fenoglio, J. Jr., Diaun, D. J., Boven, T. E. és mtsai: Ultrastructure of cardiac rhabdomyoma. Human Pathology, 1977, 8, 700. — 2. Lund, J. T., Ehman, R. L., Julsrud, P. R. és mtsai: Cardiac masses: assessment by MR imaging. Am. J. Radiol., 1989, 152, 469. — 3. Singh, A. K., Corwin, R. D.: Intracardiac rhabdomyoma — report of a patient and review of literature. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1989, 37, 382.

(Tomcsányi János dr., Budapest, Pf. 1. 1529)



ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

Hallásjavító készülékek

Phoniton C-S, C-D, PP-C készülékeinken kívül a nagyothalló gyermekek körében alkalmazott Phoniton PPC-LA és PPC-2 típusú készülékeket ajánljuk. A hazai szerelés folytán a készülékek 15% térítési díj ellenében kaphatók.

Textiliák

Az általunk forgalmazott ág- és csecsemő textiliák az egyéjszágú intézetek részére előírt alapanyagú és minőségű termékek. A kevert alapanyagú textiliáknál a 400, a 100% pamut alapanyagúaknál a 200 alkalommal való mosást garantáljuk!

Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat, Budapest VIII., Rezső u. 5-7.

Marly Skin

A "folyékony kesztyű" 4 órán át tartó biztos védelmet nyújt a bőrre káros anyagokkal szemben, ugyanakkor nem korlátozza a bőr természetes funkciót. Két kiszerezésben kerül forgalomba: 75 ml 100x4 órás védelem 1.260.-Ft 400 ml 500x4 órás védelem 3.560.-Ft Kapható az OMKER szaküzletben!

Részletes kereskedelmi és szakmai információ:
OMKER V. Kereskedelmi osztály
Tel.: 112-3000, 153-3940

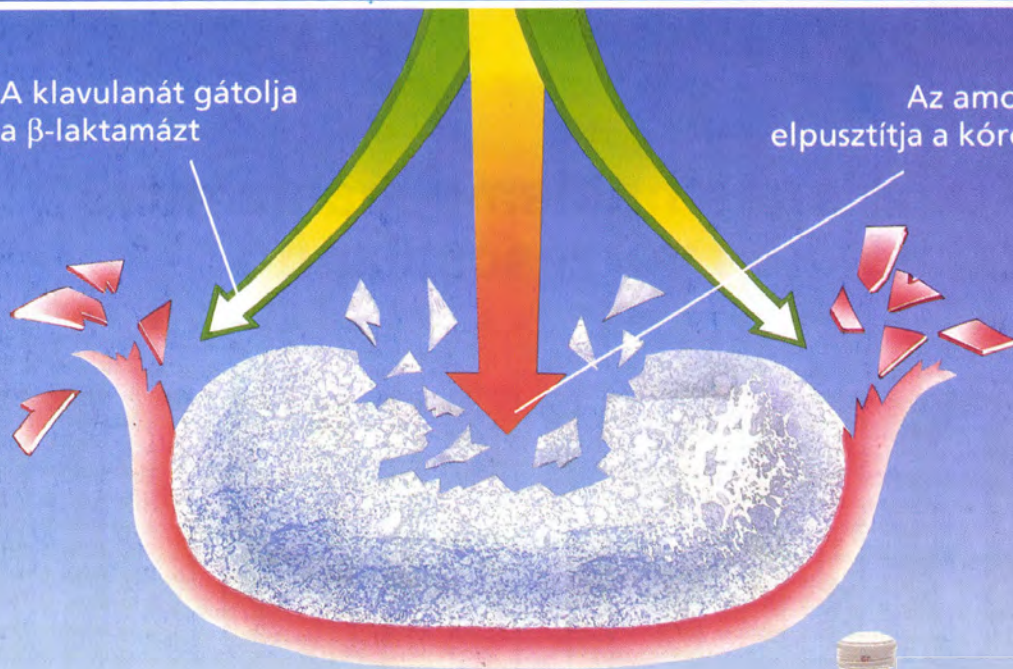
AUGMENTIN

klavulanáttal potencírozott amoxicillin

TERÁPIÁS HALADÁS AZ INFEKCIÓK LEKÜZDÉSÉBEN

A klavulanát gátolja
a β -laktamázt

Az amoxicillin
elpusztítja a kórokozót



Az AUGMENTIN igen hatékonynak bizonyult számos indikációban, pl.

- Otitis media
- Mellkasi fertőzések
- Húgyúti fertőzések
- Műtét utáni fertőzések
- Sebészeti profilaxis



Tabletta, szirup és iv. injekció is beszerezhető

JAVALLATOK: alsó és felső légúti, bőr- és lágyrész, ill. húgy-ivarszervi bakteriális fertőzések; egyéb fertőzések: pl. osteomyelitis, septicaemia, peritonitis, műtét utáni fertőzések. Iv. AUGMENTIN profilaktikus alkalmazása szintén javallt nagyobb sebészi beavatkozások során előforduló fertőzések megelőzésére.

ADAGOLÁS: **Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek:** Orálisan: enyhe/közepesen súlyos fertőzésekben: napi 3x1 AUGMENTIN 375 mg tabl.; súlyos fertőzésekben: napi 3x1 AUGMENTIN 625 mg tabl.; vagy napi 3x2 AUGMENTIN 375 mg tabl. **Intravénásan:** 1, 2 g 6-8 óránként. **Gyermekeknek:** Orálisan: 7-12 év között: napi 3x10 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. 2-7 év között: napi 3x5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. 9 hó-2 év között: napi 3x2,5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. Súlyos fertőzésekben a fenti adagok megduplázhatók. 0-9 hó: nem áll rendelkezésre megfelelő orális készítmény. **Intravénásan:** 3 hó-12 év között: 30 mg/ttkg 6-8 óránként. 0-3 hó között: ld. a részletes alkalmazási előíratot. 30 mg IV. AUGMENTIN 25 mg amoxicillint és 5 mg klavulánsavat tartalmaz. Az AUGMENTIN kezelés 14 napon túl csak alapos mérlegelés után folytatható.

ELLENJAVALLAT: Penicillin túlérzékenység. **TERHESSÉG (és szoptatás):** terhesség idején alkalmazása nem ajánlott, vagy kizárólag a haszon/kockázat alapos mérlegelésével végezhető. A szoptatás idején az anyatejben a penicillin nyomokban kimutatható.

FIGYELMEZTETÉS: Néhány AUGMENTIN-nel kezelt betegnél változás volt észlelhető a májfunkciós próbákban. Az IV. AUGMENTIN súlyos májműködési zavarban szenvedő betegeknek csak óvatosan adható. Enyhén vagy súlyosan károsodott veseműködés esetén az AUGMENTIN adagolását az alkalmazási előíratnak megfelelően módosítani kell.

MELLEKHATÁSOK: Ritkák, és többnyire enyhe, múló jellegűek. Hasmenés, pseudomembranosus colitis, emésztési zavarok, nausea, hányás és candidiasis előfordulhatnak. Ha az orális terápia során gasztrointesztinális tünetek jelentkeznek, ezek csökkenthetők az AUGMENTIN étkezések kezdetekor való bevitelével. Phlebitis az injekció helyén előfordulhat. Ritkán előfordult még

hepatitis, cholestaticus sárgaság, erythema multiforme, Stevens-Johnson szindróma és exfoliativ dermatitis. Csálán- és kanyarószervi kiütés esetén a kezelést be kell szüntetni. Más β -laktám antibiotikumokhoz hasonlóan angioneurotikus oedema és anafilaxiás reakció is előfordult.

BESZEREZHETŐ: AUGMENTIN 375 mg filmbevonatú tabletta (250 mg amoxicillin/125 mg klavulánsav tablettánként), 625 mg filmbevonatú tabletta (500 mg amoxicillin/125 mg klavulánsav tablettánként).

AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup (125 mg amoxicillin/31,25 mg klavulánsav 5 milliliterenként). Az orális készítményekben az amoxicillin trihidrát, a klavulánsav pedig káliumsó formájában van.

AUGMENTIN 600 mg iv. injekció (500 mg amoxicillin/100 mg klavulánsav ampullánként), **1, 2 g iv. injekció** (1 g amoxicillin/200 mg klavulánsav ampullánként). Az intravénás készítményekben az amoxicillin nátriumsó, a klavulánsav káliumsó formájában van. Minden 1, 2 g-os ampulla kb. 1,0 mmol káliumot és 3,1 mmol nátriumot tartalmaz. Mielőtt az AUGMENTIN-t főlné, kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előíratot.

További információval szívesen állunk rendelkezésére.
BIOGAL Gyógyszergyár Rt. Farmamarketing és Információs Osztály
Debrecen Tel.: (52) 13-761

SmithKline Beecham Pharmaceuticals, Brentford, Middlesex TW8 9BD, England



BIOGAL Gyógyszergyár Rt.

Debrecen



SmithKline Beecham

Pharmaceuticals



Különleges hatásmechanizmusú szintetikus vérzéscsillapító

DICYNONE[®]

Etamsylate

A primer hemosztázisra hat — csökkenti a vérzési időt és a vérveszteség mennyiségét.

Nem befolyásolja a véralvadási faktorokat

— az alvadási idő változatlan marad.

A DICYNONE ideális és nagy biztonsággal alkalmazható gyógyszer a kapilláris vérzés kezelésére.

Hatását több mint 200 közlemény bizonyítja.

Gyógyszerformák:

2 ml-es **ampulla** (250 mg) i. v. és i. m. injekció, valamint lokális alkalmazás céljára.

Tabletta (250 mg) orális kezelésre.



Licencként gyártja és forgalmazza:
BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Debrecen



OM Laboratoires
Genf, Svájc

Az 56-os vöröskeresztes Professzori Kollégium emlékének

Nagy történelmi átalakulásunk során kutatómunkák egész sora járult hozzá 1956 eseményeinek igazságú tisztázásához és a történelem valóságú megítéléséhez. Mindaddig azonban kevés figyelmet fordítottunk a Nemzetközi Vöröskereszt segélyakcióinak és a Magyar Vöröskereszt tevékenységének ismertetéséhez. A következőkben egy nagyobb dokumentált tanulmány alapján, vázlatosan ismertetjük 1956 vöröskeresztes témakörét.

Az októberi magyar szabadságharc hírére a Nemzetközi Vöröskereszt Bizottsága (IKRK) nagyarányú segélyakciót indított. Október 27-e körül már 26 szervezet adományai vártak a Magyarországra való szállításra. Sajnos, jó részükben és hamarosan nem értek célba. A repülőtereket megszálló szovjet erők az IKRK gépeket csak igen kis számban engedték leszállni. (A kormány későbbi közleménye szerint azért, mert „fegyvert, propagandaanyagot és Horthy-csendőroket hoztak”). A köz- és vízi úton elindított szállítmányok pedig azért nem jutottak a rászorultakhoz, mert a fogadásukra-elosztásukra igazán képes szervezet nem volt. A harcokhoz közel lévő, Baross utcai Vöröskereszt Központba a vezetők nemigen jártak be, de nem jöttek a régi módon őket irányító pártutasítások sem: tanácsstalanság és zűrzavar uralkodott el. Nagy Imre kormánya e benuhátságot látva, dr. Zsebők Zoltánt kormánybiztossá nevezte ki, hogy a „rendezett és szervezett szétosztásról gondoskodjék”. Nem rajta múltott, hogy feladatát nem teljesítette: nem volt hozzá ideje, de segítsége sem.

November 4-ével aztán a helyzet a mélypontra süllyedt. Egyik oldalon áll az azonnali segítségre kész IKRK, a másikon a segélyre nagyon is rászoruló ország. Köztük az agresszor érdeke: a világ ne tudhassa meg az igazságot, annak még az IKRK se lehessen tanúja. Egyezett ezzel a hatalomba ültetett kormány is. Előtte azonban az is világos volt, hogy a súlyos helyzet veszélyezteteti hatalmát, következésképp, a felajánlott segítséget el kell fogadnia. Az IKRK nyomtatékosan figyelmeztetett a Szovjetunió által is elfogadott egyezmény betartására, követelte, hogy azt ellenőrizhesse is, továbbá, hogy lépjen működésbe a megfelelő fogadó szervezet. A felszólítások azonban hatástalanok maradtak, úgy hogy az akció leállt. Közben az ország, különösen a főváros mind súlyosabb helyzetbe került. Az összellt, ablak nélküli intézményekben a gyógy- és kötszer, a transzfúziós- és röntgenanyaghiány a sebesültellátást majdnem lehetetlenné tette. Sok életfontosságú gyógyszer (Inzulin) elfogyott. A járványmegelőző tisztító- és

fertőtlenítőszerekben hiány volt. Élelmiszer- és ruhá-nemű-hiány is fenyegetett. Pedig a tél közeledett... És ekkor létrejött a Professzori Kollégium.

Létrejött, de nem úgy, hogy valamely hatalmi szerv nevezte volna ki tagjait. Ellenkezőleg, őt tekintélyes orvos-professzor, egymásnak régi barátai, morális és szakmai meggyőződésüktől indítva „önsszerveződés”-ként hozták azt létre. Azt tudjuk, hogy elhatározásukat Tamási Áron buzdító egyetértése kísérte. Felismerték, hogy az államhatalom valamiféle beleegyezése nélkül, sem a Vöröskereszt vezetését átvenni, sem az IKRK delegáció akadálytalan működését biztosítani nem lehetséges. Ezért Nyers Rezsőhöz fordultak, aki terveiket „örömmel” fogadta, megszerezte a kormány beleegyezését, sőt, „a jogot munkatársaik megválasztásához is”. A *Népszabadság* nov. 10-i száraz szavai e tény kényszerű elfogadásáról tanúskodnak, ugyanakkor az IKRK pedig kijelentette, hogy „a segélyakcióban a Magyar Vöröskereszt nagy tekintélyű orvosprofesszorok vezetésével igen jó partnerszervezetnek bizonyult”.

A kollégium tagjai voltak: Prof. Dr. Czeyda-Pommersheim Ferenc (1895–1974), a Rókus Kórház sebész főorvosa, Prof. Dr. Földvári Ferenc (1895–1981), a SOTE Bőr- és Nemikórtani Klinika igazgatója, Prof. Dr. Horváth Boldizsár (1897–1970), a János kórház orthopéd főorvosa, Prof. Dr. Klimkó Dezső (1900–1972), az István Kórház sebész főorvosa, Prof. Dr. Nónay Tibor (1899–1985), a SOTE II. Szemészeti Klinika igazgatója. Ügyvezető főorvosként dr. Killner György (1919–) sebész adjunktust vették maguk mellé. A segélyakció elindulhatott.

Elsőként hatékony szervezetet állítottak fel: megtartották azokat a régebbi vöröskeresztes munkatársakat, akik hajlandók voltak dolgozni, de munkát kaptak a tekintélyes számban jelentkező önkéntesek, köztük több szakember. (A későbbi rágalommal szemben, egyetlen börtönviselt köztörvényes sem volt köztük.) Hatalmas munka várt rájuk, nehéz körülmények között. A szállítmányok érkezése közben fogadó, szállító, raktározó, ellenőrző, elosztó, kereső szervezetet kellett (a meglévő fejlesztésével) munkába állítani. Ez időben bizony a romos pesti utcákon még eldördült egy-egy lövés, és legfeljebb a karhatalmista és a szovjet járőrök mutatkoztak. Az állam igazgatási, ellátási intézményei alig működtek. A munkát nemcsak az örökké gyanakvó pártállam beavatkozási törekvései, hanem a „párthű”, a régi szervezetből átvett, de csak színleg lojális

munkatársak akadályozták. A lakosság sokat várt és lehetőség szerint kapott is a Vöröskeresztől. Az ENSZ főtitkára nyilatkozatában nagyra értékelte az IKRK és a Magyar Vöröskereszt közös munkáját.

Ami magát a segílyt illeti, igen imponálóak a mennyiségi mutatók: több ezer tonnaszámba érkezett élelmiszer, ruhanemű, tisztálkodási és fertőtlenítő anyag, 44,5 tonna gyógyszer stb. Úgy véljük azonban, hogy minőségi összetételük még figyelemre méltóbb és jól jellemzi a Professzori Kollégium tagjainak és munkatársainak, valamint az IKRK-nak mindenre kiterjedő figyelmét, humanizmusát és empátiáját. Erre utal a gyorssegélyként küldött ablaküveg (54,5 tonna), szén, több százezer gyapjútakaró, 13 mentőautó, komplett kórházi osztályok, majd félezer halálkészülék, vak-írógépek stb. behozatala, sőt 56 ládában festőművészek részére még festéket, ecsetet és vásznat is küldtek. Különlegesség volt a vöröskeresztes gyógyszertár is, ahol orvosi vényre adták ki azokat a gyógyszereket, amelyeket addig, csak nagy nehézségek mellett külföldről lehetett beszerezni (rauwolfia, cortison készítmények, Cedilanid, Largactyl stb.). *Akkor került először hazánkba tömegesen egyszer használatos fecskendő, műanyag transzfúziós szerelék, Salk oltóanyag.* Az IKRK kezdeményezésével indult meg az új művétaggyár építése is, melyhez anyagi segítséget is adtak. Fellepett a Professzori Kollégium a szovjet városparancsnoknál a sebesültek ellátása érdekében.

A Kádár-kormány véleménye azonban más volt. Korán megszülettek a képtelen rágalomok: hogy a kollégium vezette Vöröskereszt az ellenforradalom túlélő szervezeteit támogatta csak, hogy „hajbókoltak a nyugati imperialisták” előtt, hogy a kommunista munkatársakat félreállították, hogy az IKRK kormányellenes tevékenységét azért is

segítették, mert korrumpálták őket, hogy a segélyszállítványok csökkent értékű, Nyugaton már eladhatatlan könyöradományok voltak stb. Persze a megrágalmazottak minderről nem tudtak, nem védekezhetek, sőt tudomásul kellett venniük az újságközleményt, amely becsületükbe is belegázolt, mondván, hogy „fel kell számolni az anyagi visszaéléseket, melyeket a leváltott vezetőség megengedett”. Az uszítások következményeként kitessékelték az IKRK delegációt is. Az önkéntes, a régi munkahelyükre visszatérő munkatársakat sok helyen fegyelmi eljárás, alacsonyabb beosztásba helyezés, rendőrségi zaklatás, internálás fogadta. Killner dr. is sok zaklatásnak volt kitéve, az országot elhagyni kényszerült.

Aztán hosszú éveken keresztül mély hallgatás honolt, mintha nem is lett volna az 56-os segélyakció. Ha valahol ezt mégis megemlítették, legfeljebb lexikon szócikkében, de a Professzori Kollégiumról nem esik szó, a Magyar Vöröskereszt működését pedig sommásan ellenforradalmi-nak nevezik.

A Professzori Kollégium és munkatársainak tevékenysége hálát és tiszteletet, megsértett becsületük igazságtételt érdemel.

Ez a rövid közlemény nem is elegendő arra, hogy méltóképpen ítélje meg a Professzori Kollégium tagjainak és munkatársainak odaadó munkáját és áldozatos tevékenységét. Nagyobb dokumentáris mű megjelenéséig, legalább ebben a rövid cikkben mondjuk ki, hogy munkájuk hálát és tiszteletet, megsértett becsületük igazságtételt érdemel.*

Csillag Zoltán dr.

* A levéltári dokumentumok a szerzőnél: Budapest, I., Attila út 129. 1012

A hazai fül-orr-gégészet a századfordulón

Majdnem egy évszázada — pontosan 1893-ban — jelentős változás történt a magyar fül-orr-gégészet történetében. Az év decemberében megalakul a „Magyar Gége- és Fülörvosok Egyesülete”. Első rendes ülését 1894. jan. 25-én tartja. Elnök: Navratil Imre, titkár: Polyák Lajos. Az elnök jelenti, hogy a megalakuló egyesületnek 25 tagja van. Az elnöki tisztelet a későbbiekben Navratil Imre és Böke Gyula felváltva töltik be.

Megalakuláskor tehát egy szervezetbe tömörülnek a gégeészek és a fülészek! Az útjaik csak később válnak átmenetileg ketté!

Ez évben indul meg az akkori Szt. János Kórházban *Irsai* Arthur vezetésével a gégeészeti rendelés. A Szt. István Kórházban pedig mint fülész consiliarius *Lichtenberg* Kornél kezdi meg gyógyító tevékenységét. Helyébe 1900-ban aztán *Krepuska* Géza lép, aki előzetesen két évig

a János Kórházban is dolgozott fülészként. *Krepuska* Géza a későbbiekben a hazai fülészet egyik kiemelkedő egyénisége lesz. Diplomát 1888-ban szerzett, az I. Bonctan tanársegédéként a fül szövettanával foglalkozott, fülészeti tudását Bécsben *Politzer* mellett gyarapította. *Krepuska* Géza egyébként az István Kórház mellett a László Kórház fülészeti consiliarius is volt, s mint ilyen, igen mostoha körülmények között ugyan, mégis nagyon sok scarlatos és morbillis betegen végzett életmentő csecsnnyúlánylékelést.

A megalakult Magyar Gége- és Fülörvosok Egyesülete gyakorlatilag havonta tartja tudományos ülését, amelyen betegbemutatók, esetismertetések és előadások egyaránt szerepeltek, és ezeket mindig élénk vita követte. A jegyzőkönyvekből egyértelműen kitűnik, hogy mennyire lépést tartanak a kor technikai és tudományos fejlődésével akár a gégeészetet, akár a fülészetet nézzük.

A fővárosi kórházak fülgyógyászati és gégeszeti osztályai a rendelőfőorvosok munkájából nőttek ki, ahogy az jól követhető a korábbiakban is a *Rókus, János* vagy az *István* kórház eseteiben is. Gyakorlatilag ugyanez vonatkozik az *Orvostovábbképző Intézet* jogelődjének, a *Pesti Izraelita Hitközség* kórházára is, ahol a századfordulót követően a szakma olyan kiváló egyéniségei kezdik meg működésüket, mint *Pollatschek Elemér* gégesz, *Szenes Zsigmond* és *Révész Béla* fülész.

Pollatschek Elemér egy. magántanár 1875-ben született, és 1944-ben halt meg Mauthausenben. Tudományos munkássága az orr- és gégebetegségek egész területére kiterjedt. Felismerte a sebészeti vonalú fejlődés fontosságát, és ezt osztályán nagy sikerrel művelte. Ő és tanítványai számos tudományos dolgozatot publikáltak.

1903-ban ünneplik a „*Magyar Gége- és Fülörvosok Egyesülete*” megalakulásának 10 éves fennállását. Az ünnep rangját emeli, hogy júl. 12-én megjelenik az „*Orr-, Gége- és Fülgyógyász*” című folyóirat, mint az Orvosi Hetilap önálló melléklete. Szerkesztik: *Navratil Imre*, *Ónodi Adolf*, *Böke Gyula* és ifj. *Klug Nándor*. Mint érdekességet említem meg, hogy Ónodi az első számban olyan *olfactométert mutat be, amelyet lényegében ma is használunk*. Mint láthatjuk, a folyóirat szerkesztőségében két gégesz és két fülész vesz részt. Az a lényeges fejlemény nem hagyható ki, hogy 1900. jan. 12-én megalakul a Magyar Kir. Orvosegyesület *Otológiai Szakosztálya*. Elnök: *Böke Gyula*, jegyző: *Váli Ernő*. A szakma történetének jobb megismerése érdekében a teljesség igénye nélkül megpróbálom összeállítani a századforduló körüli ismertebb gégeszek és fülészek névsorát.

Gégeszek: *Navratil Imre*, *Ónodi Adolf*, *Irsai Arthur*, *Lőri Ede*, *Neumann M. József*, *Baumgarten Egmond*, *Morelli Károly*, *Polyák Lajos*, *Zwillinger Hugó*, *Pólya Jenő*, *Lipscher Sándor*, *Petrik Ottó*, *Donogány Zakariás*, *Purjesz Zsigmond*, *Lénárt Zoltán* és mások.

Fülészek: *Böke Gyula*, *Lichtenberg Kornél*, *Szenes Zsigmond*, *Váli Ernő*, *Török Béla*, *Höncz Kálmán*, *Krepuska Géza*, ifj. *Klug Nándor*, *Puly Árpád*, *Halász Béla*, *Szász Tibor*, *Falta Marcell*, *Ziffer Emil*, *Ferenczi Sándor* és mások.

A nevezettek között már akkor is többen voltak, akik egyaránt művelték a fülészetet és az orr-gégeszetet, és egyaránt eljártak az Otológiai Szakosztály tudományos üléseire éppúgy, mint az orr-gégeszeti szakosztályra! Kb. 1900-tól 1904-ig a Magyar Gége- és Fülörvosok Egyesülete rendszeresen tartott együttes ülést is. Még a századforduló előtt rk. tanár lett *Navratil* és *Böke*, is és az egyetemi hallgatók fakultatív tantárgyként felvehették a gégeszetet és a fülészetet is, amelyet a Rókus Kórház gégeszeti, ill. fülészeti osztályán oktatnak, betöltve egyben a klinikai szerepet is.

1904. máj. 19-től „A Magyar Orr- és Gégeorvosok Egyesülete” gyakorlatilag és formailag is elkülönül a Magyar Kir. Orvosegyesület Otológiai Szakosztályától. 1904. aug. 1–4. között *Bordeaux-ban* rendezték meg a fülészek VII. Nemzetközi Kongresszusát. Az elnöke *Moure*, a főtítkára *Lermoyez* volt. Magyarországot *Szenes Zsigmond*, *Ónodi Adolf* és ifj. *Klug Nándor* képviselték. A kong-

resszusról az „*Orr-Gége és Fülgyógyász*”-ban *Szenes Zsigmond* számolt be részletesen. (Az előzőleg tartott kongresszusok helyi időrendben: *New York, Milánó, Bázel, Brüsszel, Firenze, London*).

1905 végén sajnos megszűnik az „*Orr-Gége- és Fülgyógyász*”, mint az *Orvosi Hetilap* önállóan szerkesztett melléklete, de a továbbiakban ismét az Orvosi Hetilapban és a Gyógyászatban publikálnak leggyakrabban szakmánk képviselő. Gyakorta közölnek olyan cikkeket, melyek felméri a szakmai haladást vagy annak egy területén elért eredményeket. 1906-tól kiemelnék néhány jelentős információt nyújtó írást: *Navratil Imre* „Az Orvosi Hetilap szerepe az orr- és gégetükrészt fejlődésében”, *Böke Gyula*: „A fülgyógyászat és az Orvosi Hetilap” és ifj. *Klug Nándor*: A fülgyógyászat kötelező tanítása az egyetemen” c. tanulmányait. Valamennyi az Orvosi Hetilapban jelent meg.

Az 1908-as év nagy eseményének színhelye Bécs. Nemzetközi Rhinolaryngologiai kongresszus keretében ünnepelték nemcsak az Osztrák–Magyar Monarchia gégeszei a *gégetükr* felfedezésének 50 éves jubileumát, hanem mondhatnám az egész világ elküldte képviselőit a „*Türck–Czermák*”-emlékünnepra. A magyar kormány nevében *Grósz Emil*, a budapesti egyetem nevében *Navratil Imre*, a Tudományos Akadémia nevében *Ónodi Adolf* üdvözölte a kongresszust. A *Türck–Czermák*-emlékbeszédet *Schroetter* tanár tartotta meg, kiemelve mindkét tudós maradandó érdemeit az orr-gégeszet megszületésében, ill. kialakításában. Az egykori prioritási harcot igyekezett diplomatikusan elkerülni. Ugyanez a mértéktartó, elismerő magatartás jellemezte az egybegyűlt és felszólaló kollégákat is. Nem így a két tudós családját. Az utódok megjelentek és tiltakoztak a rendezősnél amiatt, hogy *Türck–Czermák*-emlékplakettet verettek, méghozzá oly módon, hogy a két tudós egymás mellett, egy plaketten szerepel. *Schroetter* tanár annyira felizgatta magát, hogy a fogadást követő éjszakán infarktust kapott és meghalt. Ez a tény a továbbiakban „deprimálta” a kongresszus hangulatát. A fentebb említetteken kívül, magyar részről még részt vett *Halász Béla*, *Pauncz Márk* és a fiatal *Réthy Aurél*. Itt találkozunk először a nevével.

Anélkül, hogy citálnám a különböző publikációkat, összefoglalva megállapítható, hogy a századforduló első évtizedében a fülészetben az *otogén eredetű agytályogok* és azok műtéti megoldása és a *vestibuláris rendszer* a „*divatos*” téma volt, míg a gégeszetben a technikai fejlődés adta lehetőség miatt, az *endoscopia* és a *melléküregek műtétei* kerültek előtérbe, amellyel legtöbbet foglalkoznak. Örökzöld téma maradt még a tonsillectomia indikációja és sebészete.

Az első világháború előtt talán az utolsó nagyobb összefogó 1911-ben, Berlinben volt, a III. Nemzetközi Orr-Gégegyógyász Kongresszus, 400 külföldi résztvevővel, a világ minden tájáról. A kongresszus elnöke a nyugdíjba készülő *Frankel* volt. (Tanszéki utódja egyébként *Killán* lett.)

A Monarchia küldöttségét Bécsből *Chiari* vezette, a pesti *Ónodi*. Tagjai voltak még *Morelli*, *Zwillinger*, *Pollatschek*, *Polyák* és *Kolozsvárról Gyergyai*. Fő téma a *melléküregek sebészete* és az *endoscopia* volt.

Ezekben az években zajlik Pesten a nagy generációváltás. Nyugdíjba megy szakmánk két alapítója és nagy örege: Navratil Imre és Böke Gyula. Navratil sokoldalúságával, kezdeményezéseivel, Böke könyvével — mely az első magyar nyelvű MOKT-kiadvány volt — hagyott maradandó nyomot maga után.

IRODALOM: 1. *Gerencsér Ferenc*: Fül-, Orr-, Gégegyógyászat, 1986, 32, 129—151. Orv. Hetil., 1987, 128, 16, 845. — 2. *Gortvay*

György: Az újkori magyar orvosi művelődés és egészségügy történetéből. Budapest, Akadémiai Kiadó 1953. — 3. *Guszmán József*: A budai régi Szent János Kórház krónikája, Budapest, 1923. — 4. *György Tibor*: Az orvostudományi kar története 1769-től 1935-ig. Budapest, Egyetemi Nyomda, 1936. — 5. *Hollán Henrik*: Adatok a Szent Rókus Kórház és fiókja alapításának és fejlődésének történetéből. Budapest, Medicina, 1967.

Gerencsér Ferenc dr.



AZ ORVOSI HÁZIKÖNYVTÁR SOROZAT KÖTETEI:

S. Müller-Lissner—M. Starlinger—H. R. Koelz: REFLUXBETEGSÉG

A gyomorpanaszok tekintélyes részének az az oka, hogy a savas gyomortartalom visszajut a nyelőcsőbe. Az emiatt kialakuló betegségcsoport — a refluxbetegségek — diagnosztikájáról, korszerű kezelési lehetőségeiről szól a most megjelent kötet. Sok ábrával, rövid, jól érthető leírásokkal, algoritmussal ismerteti a refluxbetegség patofiziológiáját, a diagnosztikai lehetőségeket (endoscopia, oesophagumanometria, pH-mérés), a gyógyszeres kezelés és a sebészi beavatkozás lehetőségeit

72 oldal

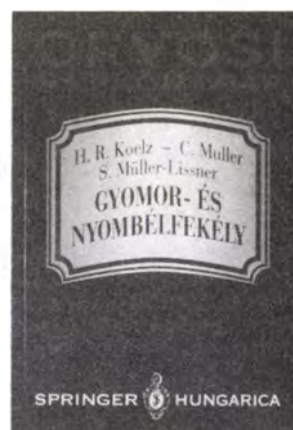
590,— Ft

H. R. Koelz—C. Muller—S. Müller-Lissner: GYOMOR- ÉS NYOMBÉLFEKÉLY

A fekélybetegség hatékony kezeléséről, kórétanáról, szövődményeiről és azok megelőzéséről szól a kötet, melynek eredeti német kiadása 1990 tavaszán jelent meg a Springer Verlag gondozásában.

72 oldal

390,— Ft



G. G. Belz—M. Stauch: EKG A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN

Az EKG kiértékelésének igen fontos feladatában nyújt segítséget a könyv, mégpedig úgy, hogy azokra az eltérésekre helyezi a súlyt, melyeknek a sürgősségi terápiában különös fontossága van, mint pl. heveny életveszélyes szívritmuszavar, szívinfarktus, szív sérülése stb.

110 oldal

490,— Ft

Megrendelőlap

Alulírott megrendelem a Springer Hungaricától (1075 Budapest, Wesselényi u. 28.) az ORVOSI HÁZIKÖNYVTÁR alábbi köteteit:

..... pld.	REFLUXBETEGSÉG	590,— Ft
..... pld.	GYOMOR- ÉS NYOMBÉLFEKÉLY	390,— Ft
..... pld.	EKG A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN	490,— Ft

Megrendelő neve:

Címe (irányítószámmal)

Mucopront[®] carbocystein

KIVÁLÓ HATÁSÚ MUKOREGULÁNS

kóros váladékképződéssel járó légúti megbetegedések

– akut

– krónikus, profilaktikus

kezelésére



- **NORMALIZÁLJA
A KÉPZŐDŐ NYÁK**

– mennyiségét

– összetételét

– transzportját

- **ELŐSEGÍTI
AZ EXPEKTORÁCIÓT**



Mucopront kapszula, szirup – mukoreguláns: A carbocystein a légutak nyálkahártyájának szecernáló sejtjeiben lejáráó szintézis folyamataira gyakorol reguláló hatást, miáltal mind a képződött nyák mennyisége, mind minősége normalizálódik, s a csillósörrendszert ismét akadálytalanul el tudja látni transzportfunkcióját. **Hatóanyag:** 375 mg carbocystein (S-carboxymethyl-L-cystein) kapszulánként, 250 mg carbocystein 5 gramm szirupban (280 mg carbocystein-natrium formájában) **Javallatok:** Kóros váladékképződéssel járó légúti megbetegedések: akut és krónikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tüdő-tbc, pneumoconiosis, tracheitis, laryngitis, asthma bronchiale. **Ellenjavallatok:** Carbocystein iránti túlérzékenység. **Adagolás:** **Kapszula:** a kezdő dózis felnőtteknek 3 x 2 kapszula naponta, a panaszok javulása esetén napi 4 x 1 kapszula kevés teáskanállal. **Gyermekek adagja:** 1–5 éveseknek 2 x 1 teáskanállal naponta, 5–12 éveseknek 3 x 1 teáskanállal naponta (1 teáskanál = 5 ml) **Mellékhatások:** Az előírt adagolás mellett ritkán jelentkeznek. Alkalmanként émelygés, fejfájás, bőrkirütés, hasmenés, gyomor- és bélpanaszok léphetnek fel, ezekben az esetekben csupán a dózis csökkentése szükséges. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Mindaddig 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

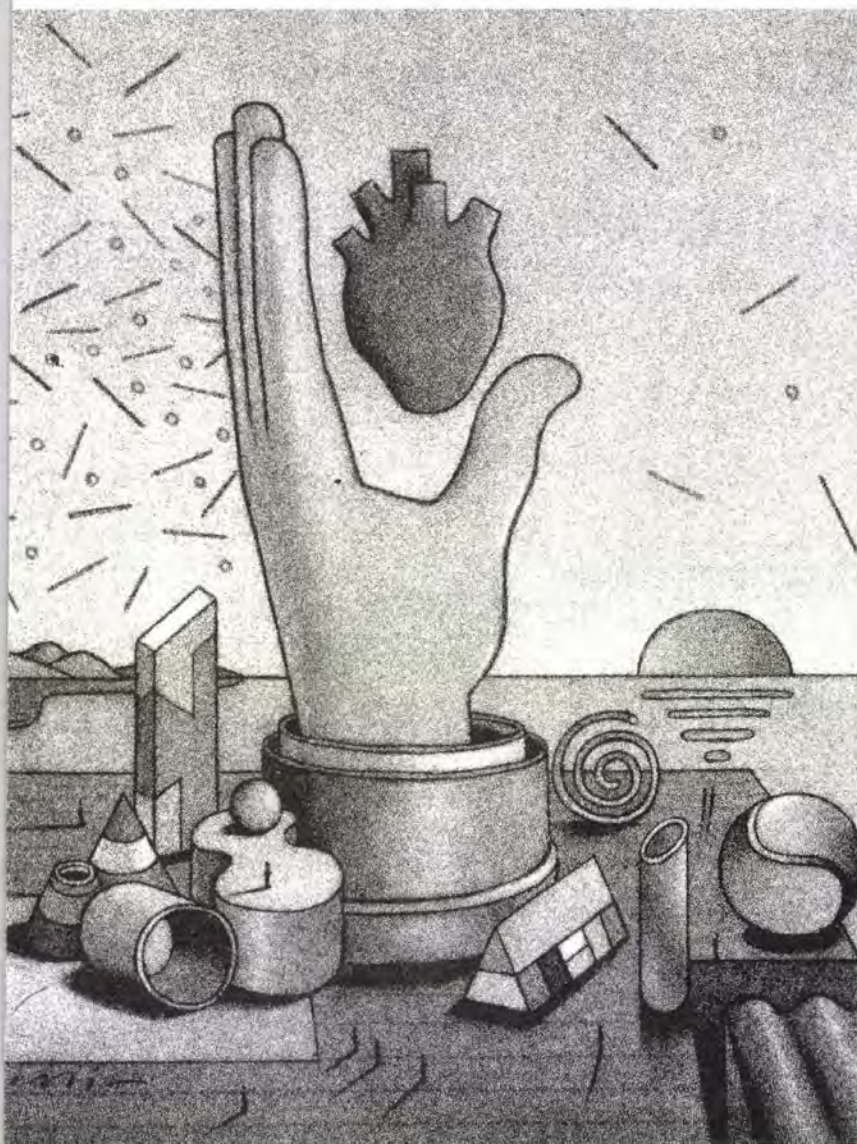


Gyártja a Heinrich Mack Nachf. (Németország)

Képviselet Magyarországon: INThERA AG. Magyar Kereskedelmi Képviselet 1124 Budapest XII., Dobsinai utca 6/B. Telefon/fax: 155-8840

VÉRNYOMÁSCSÖKKENTÉS

Napi egyszeri adagolással



ACE gátló
antihypertensivum



INHIBACE®
cilazapril

Hatóanyag: Cilazapril. **Javallat:** Esszenciális és renális hypertonia. **Adagolás:** Esszenciális hypertóniában 2.5 – 5.0 mg napi egy alkalommal. A terápia első két napján az ajánlott adag a 2.5 mg-os tabletta fele (=1.25 mg) napi egy alkalommal. Az adagolást egyénileg kell beállítani. Amennyiben 5.0 mg Inhibace napi egyszeri alkalmazásával nem érhető el a kívánt terápiás hatás, az Inhibace kálium-ürítő diuretikum alacsony dózisával kombinálható. Renális hypertóniában a kezelést 0.5 mg vagy ennél alacsonyabb adaggal kell kezdeni. A fenntartó adagot egyénileg kell beállítani. A különleges adagolási útmutatásokat az alkalmazási előirat tartalmazza. **Ellenjavallatok:** Cilazaprilra vagy más ACE gátlóra való túlérzékenység, ascites, terhesség, szoptatás. Tapasztalatok hiányában az Inhibace alkalmazása gyermekkorban ellenjavallt.

Figyelmeztetés: Alkalmanként szimptomás hypotonia figyelhető meg. Májcirrhózisban, veseelégtelenségben, valamint műtétek, anesztézia során óvatosan kell alkalmazni. **Mellékhatások:** Hasonlók más ACE gátló készítmények mellékhatásaihoz (angioneurotikus ödéma).

Csomagolás: 0.5 mg (30x), 1.0 mg (30x), 2.5 mg (28x) és 5.0 mg (28x) osztott tabletták.

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előirat tartalmazza.

- ☐ Megbízhatóan 24 órás hatástartam
- ☐ Kiváló tolerálhatóság
- ☐ Fokozatosan kialakuló hatás
- ☐ Többféle kiszorításban kapható!
- ☐ Esszenciális hypertóniában
2.5—5.0 mg kiszorítás javasolt.
- ☐ Renális hypertóniában
0.5—1.0 mg-os kiszorítás ajánlott.



F. Hoffmann — La Roche Ltd.
Kereskedelmi Képviselet, Budapest
1088 Rákóczi út 1—3.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

SZERZETT IMMUNDEFEKTUS (AIDS)

AIDS: Több mint egy millió friss fertőzés 8 hónapon belül. WHO Press: WHO/9. 1992. febr. 12.

A WHO legutóbbi, 1991 áprilisi jelentése óta világszerte több mint 1 millió embert fertőzött meg a HIV. A friss fertőzöttek 90%-a felnőtt, 10%-a fertőzött anyától született gyermek. Valamivel több mint felük a szub-szaharai Afrikában él, legalább egy-negyedük Ázsiában és Óceániában (első-sorban Dél- és Délkelet-Ázsiában), közel 1/6-uk Latin-Amerikában. A gyermekkori AIDS esetek zöme a szub-szaharai Afrikában fordul elő, ahol több mint 3 millió a járvány kezdete óta fertőződött nők száma. A friss infekciók 90%-a a fejlődő országokban történt.

A felnőttek több mint 90%-a heteroszexuális úton fertőződik. A WHO becslése alapján kb. 10–12 millió HIV-pozitív ember van világszerte, ebből 2 millió AIDS-es, ezen belül pedig félmillió AIDS-es gyermek van. 1991 áprilisa óta félmillióval több az AIDS-betegek száma. Főleg ott emelkedik a számuk, ahol régóta dúl a járvány.

A WHO szerint 2000-re 30–40 millió fertőzött lesz, vagyis jobb esetben megháromszorozódik, rossz esetben megnégyesze-reződik 8 év alatt a számuk. A 30 és 40 millió között nagy a különbség, az erőteljes kampány tehát milliókat menthet meg.

Nagy gondot okoz a Dél-, Délkelet-Ázsiában újonnan kirobbant járvány, mely előreláthatólag az afrikaihoz hasonlóan fog zajlani.

A fejlett országokban csökkent ugyan a homoszexuális férfiak körében a friss fertőződés száma, ám az iv. drogosok körében bármikor kirobbanhat a járvány, és a heteroszexuálisok között folyamatosan nő a friss esetek előfordulása.

Az alábbi táblázat mutatja a HIV fertőzöttek számát az egyes régiókban 1992 elején.

Régió	HIV fertőzött felnőttek száma
É.-Amerika	1 millió
Közép- és Dél-Amerika	1 millió felett
Ny.-Európa	500 000
É.-Afrika és Közel-Kelet	50 000
Dél- és Délkelet-Ázsia	1 millió felett
Szub-szaharai Afrika	6,5 millió felett
Ausztrália	30 000
Kelet-Európa és volt SZU	20 000
Kelet-Ázsia és Óceánia	20 000
Összesen	10 millió körül

Balázs Éva dr.

Mikor kell a tünetmentes HIV fertőzöttek zidovudin kezelését elkezdni? Gazzard, B. G. (Westminster Med. Sch. & HCSP, London SW1P 2AP, England): Br. med. J., 1992, 304, 456.

A zidovudin kezelésnél irányadóként a CD4 lymphocytaszámot szokás figyelembe venni, hiszen leginkább ennek monitorozásával lehet az AIDS felé való progressziót követni. Ugyanakkor ez sem tekinthető teljesen pontos prediktív markernek, hiszen a teljes lymphocyt pool csak egy részéről ad felvilágosítást, és alapvető változások jöhetnek létre a T sejteknél a keringő CD4 sejtszámtól függetlenül is.

A vizsgálatok szerint tünetmentes és tünetes, $0,5 \times 10^9$ alatti CD4 sejtszámmal bíró páciensek kezelés hatására később lesznek AIDS-esek; kérdés azonban, hogy ez valóban az élet meghosszabbodását jelenti-e, és hogy a korai adagolás nem növeli-e a rezisztencia kialakulásának a veszélyét.

Nagy-Britanniában a zidovudin elfogadott indikációi között szerepel: „tünetmentes HIV fertőzöttek gyorsan csökkenő CD4 sejtszámmal”. A szerokonverzió idején az említett sejtszám gyorsan esik; az egyes tanulmányok nem egyértelműek a CD4 szám csökkenésének dinamikáját illetően, és úgy tűnik, hogy csak rövidebb időszakban tekinthető a csökkenés lineárisnak.

Kérdés marad, hogy mikor kellene elkezdni a zidovudin adagolását. Ha csak rövidebb ideig hatékony, akkor kellene adni, amikor a legnagyobb az AIDS kialakulásának a veszélye, tehát $0,35 \times 10^9$ sejtszám alatt. Ha azonban hatása hosszabb ideig is érvényesül, akkor érdemes e feletti értékeknél is adni.

Jelenleg is folyamatban van egy angol-francia tanulmány a kérdést illetően. Egyes vizsgálatok azonban rámutattak arra, hogy nincsen különbség a korai, ill. későbbi kezelés életkilátásra gyakorolt hatásában.

Balázs Éva dr.

Klinikai tünetekkel járó HIV fertőzött betegek korai és késői zidovudin kezelésének értékelése. Hamilton, J. D. és mtsai: N. Engl. J. Med., 1992, 326, 437 és 484.

Multicentrikus vizsgálat keretében 338 beteget randomszerűen két csoportba osztottak. A betegek felének a vizsgálat kezdetén, másik felének későbbi időpontban zidovudint adtak, kezdő adagban napi 1500 mg-ot, később, ha szükséges volt, a dózist csökkentették. Arra a kérdésre kívántak választ kapni, hogy a különböző időpontokban elkezdett zidovudin kezelés hogyan befolyásolja a klinikai tüneteket, a betegség progresszióját és a halálozást. A megfigyelést az első csoportban 27,2, a másodikban 28,2

hónapon át folytatták. A vizsgálatba olyan betegeket vontak be, akiknek CD4 lymphocyt száma 2–500 között volt mm^3 -ként, és a klinikai tünetek (szájüregi gyulladás, szőrös leukoplakia, herpes zoster, testsúlycsökkenés, hasmenés, láz, éjszakai izzadás, fáradékonyág, dermatitis, lymphadenomegalia) még nem tartalmaztak olyan elemeket, amelyek az AIDS betegség kritériumaihoz tartoznak, mint pl. a P. carinii pneumonia. Kizáró tényezőnek számított még az emelkedett serum kreatinin szint, alacsony haemoglobin és fehérvérsejtszám, továbbá, ha valaki már zidovudin kezelésben részesült.

A vizsgálat kezdetén minden beteg dupla vak elrendezésben kapott zidovudint vagy placebo. Azokban a betegeknél, akikben a CD4 lymphocyták száma $200/\text{mm}^3$ alá csökkent és/vagy AIDS tünetek jelentek meg, a kezelést nyíltá tették, és zidovudin-nal folytatták. A kezelés nyílt formában történő folytatását a betegek is kérhették a laboratóriumi, ill. klinikai tünetektől függetlenül. Betegeik 2/3-a fehér bőrű, 1/3-a spanyol eredetű vagy fekete bőrű volt. 88%-uk volt homo- vagy biszexuális és/vagy iv. kábítószer-élvező.

A laboratóriumi vizsgálatok közül kiemelik, hogy az esetek 19%-ában lehetett p-24 antigént kimutatni a keringésben.

A korai terápiás csoportban 79 beteg kezelését kellett nyíltá tenni, 52-t a protokoll miatt, 27-et saját kérésre. A késői terápiás csoportból 121 beteg kezelését folytatták nyílt módon — 82-t a protokoll miatt és 39-et saját kérésre. A váltás a korai terápiás csoportban átlag 14,8 hónappal, a késői csoportban 13,9 hónappal történt a vizsgálat kezdete után.

43 beteg halt meg a vizsgálat befejezéséig, 23 a korai, 20 a késői terápiás csoportból. A 23 korai terápiás csoportba tartozó beteg közül 13-ban jött létre AIDS, a 20 késői terápiás csoportba tartozó betegből mind a 20-ban. Valamennyi haláleset előtt a betegség progresszióját lehetett megfigyelni, kivéve 4, a korai terápiás csoportba tartozó beteget. Ezekben a halál létrejötté független volt a betegség progressziójától (öngyilkosság, gyilkosság, szívelégtelenség, carcinoma).

Valamennyi korai terápiás csoportba tartozó beteg közül 28-ban jött létre AIDS, a késői terápiás csoport tagjai közül 48-ban. A CD4 lymphocyták száma az előző csoportban 61%-ban csökkent $200/\text{mm}^3$ alá az AIDS tünetek jelentkezése előtt, az utóbbiban 73%-ban. A korai terápiás csoportban a zidovudin kezelés szignifikánsan késleltette a CD4 lymphocyt szám csökkenését és az AIDS kialakulását, de nem befolyásolta a mortalitást. A p-24 antigén szerokonverzió is nagyobb volt a korai terápiás csoportban a kezelés 4. hónapjában, később a különbség már nem volt kimutatható.

Arra a kérdésre, hogy az eredmények ismeretében melyik kezelési módot javasolják, nem tudtak egyértelmű választ adni. Egyfelől a korai kezelés mellett szól, hogy késlelteti az AIDS tünetek kialakulását, a

CD-4 lymphocyták szám csökkenését. Először szólt, hogy nem befolyásolja a mortalitást, ugyanakkor a hosszú távú kezelés kedvezőtlenül befolyásolja az életkilátást, összegződik a szer toxicitása, és kialakul a gyógyszerrezisztencia.

Végül arra a következtetésre jutottak, hogy ha a beteg állapota jó és a CD-4 lymphocyták száma nem csökken, a kritikus $200/\text{mm}^3$ alá, akkor várni lehet a zidovudin kezelés kezdésével.

Ezt az álláspontot bírálja az újság 484–485. oldalán *Corey és Fleming*. A jelenséget — hogy ti. a korai zidovudin kezelés annak ellenére, hogy késlelteti az AIDS tünetek megjelenését, nem befolyásolja a mortalitást — az magyarázhatja, hogy a gyógyszerrel szemben kialakuló rezisztencia elősegíti a betegség progresszióját. Ezt kell elkerülni. Szerintük a zidovudin kezelést korán kell elindítani, és a gyógyszerrezisztencia tüneteinek a jelentkezésekor más, a kereskedelemben már kapható antivirális gyógyszert kell alkalmazni az előbbi kombinációjával vagy anélkül. Ezekkel a készítményekkel szemben ugyanis nem fejlődik ki rezisztencia a zidovudint kapó betegekben. Az említett szerzők szerint a betegség gyógykezelésében nagyobb áttörés csak új gyógyszerek fejlesztésétől, a már meglevők optimális adásától és a betegség minél alaposabb ismeretétől várható.

Varga László dr.

A clindamycin toxicitása AIDS-szel társult toxoplazmás encephalitis prophylaxisában. Jacobson, M. A. és mtsai: *Lancet*, 1992, 339, 333.

Placébóval (P) ellenőrzött kettős vakpróbát alkalmaztak clindamycin (C) és pyrimethamin (PM) összehasonlítására HIV-vel fertőzött toxoplazmás encephalitisben (TE) szenvedő betegeknek a rendellenességek rizikójának felmérésére. A C-nel kezeltéknél 4,4-szer többször tapasztalták a mellékhatásokat a PM-hoz viszonyítva. Hasmenés (31%) és bőrkiütés (21%) volt tapasztalható a C-nel kezeltéknél (52 fő, naponta 2-szer 300 mg dózis, p. o.) és PM esetén 6%-nál volt hasmenés, illetve kiütés egyáltalán nem fordult elő a pácienseknél (32 fő). A C kísérletet korábban abba kellett hagyni, míg a PM ellenőrzése folytatódik.

TE az AIDS szindrómában majdnem minden esetben latens Toxoplasma gondii fertőzöttség miatt következik be; a rizikó a legnagyobb $2 \times 10^8/\text{L}$ CD4 lymphocyták szám esetén. Standard kemoterápia: P + sulfadiazin, vagy C. Jelentős a toxicitás és nem mindig hatékony a kezelés. A szerzők véletlenszerűen és P-val ellenőrzött sokközpontú profilaktikus TE próbát szerveztek meg külön C-re és PM-ra.

Követelmények a részvételhez:

- IgG pozitívitás T. gondii ellen,
- HIV fertőzöttség, vagy magas rizikófaktor,
- $2 \times 10^8/\text{L}$ CD4 lymphocyták szám.

Kizáró okok:

- központi idegrendszeri lézió,
- T. gondii, C. difficile fertőzöttség 3 hónapon belül, túlérzékenység C és/vagy PM vonatkozásában,
- szoptatás.

Randomizációs arány: 1/1: C (2-szer 300 mg naponta, p. o.) és PM (3-szor 25 mg 2 hetenként, p. o.) és 2:1: aktív kezeléssel, illetve P esetén. Két és 4 hét múlva 2 havonként volt ellenőrzés: hematológiai adatok, AAT, CR és össz-bilirubin. Toxikus hatások értékelése I.–IV. fokozatú standard skálán. Ha a toxikus tüneteket nem lehetett a kísérlettel magyarázni, akkor kizárás következett. Hasmenés esetén C. difficile toxint kerestek a székletben.

Fisher-tesztet értékelték a kizártak esetét. A mellékhatásokat a limitált arányos veszély regressziós modellel értékelték. Kétoldali p és/vagy 95% konfidencia intervallum (CI) segítségével összegezték a kezelések hasonlóságát.

Az összefoglalóban szereplő adatokat az alábbiak egészítik ki:

- a tünetek megjelenési átlagideje 12 nap volt hasmenésre és 33 nap kiütésekre,
- öt mellékhatást együttesen II. fokozatúnak értékelték (5–7 hasmenés egy nap, 3–4 naponta egy héten át folyamatosan, diffúz levedző bőrkiütés, bőrpikkelyedés),
- 3 páciensnél 3 C III. fokozatú (C. difficile toxin) és 1-nél IV. fokozatú allergia miatt,
- súlyos neutropenia 1 páciensnél volt.

A C csoportban pentamidint vagy dapson szedőknél nem szignifikánsan, de nagyobb volt a bőrkiütés aránya, mint a cotrimoxazol szedők körében.

Az AIDS-szel társult TE kezelésében a C és PM kezelés tűnt idáig a legeredményesebbnek. A profilaktikus kezelés céljára fél dózisban alkalmazták ezeket a TE fertőzésben.

Az előrehaladott HIV fertőzéses páciensek a napi 2-szer 300 mg profilaktikus dózist nehezen tűrték. Bár a dózisaik alacsonyabbak voltak az előző tanulmányokéhoz viszonyítva, a dózist meghatározó kiütés és hasmenés gyakoribb előfordulását észlelték. Ezen tünetek akut életmentő esetekben elfogadhatók opportunista felülfertőzéseknek, de így nem, különös tekintettel azokra a betegek, akik több más gyógyszerrel is szednek.

A C hatékony P. carinii pneumoniában, de a szerzők eredményei ennek ellentmondanak.

A PM kezelési vonalat folytatják.

Tóth-Martinez Béla dr.

GENETIKA

Cystikus fibrosis (CF)-gén mutáció enyhe betegségstílusokat és normális verejték elektrolit koncentrációt mutató testvérpárban. Strong, V. T. és mtsai: *New Engl. J. Med.*, 1991, 325, 1630.

Az elmúlt években a CF diagnózisa a jellemző légúti, emésztőrendszeri tünetekre épült, melyekhez a verejték fokozott sókoncentrációja tartozott hozzá. Időközben ismertté vált, hogy ezekben a betegekben a cAMP mediált klorid csatorna reguláció károsodott, ezáltal a transz-epithelialis különbség megnő és ez fokozott Na-abszorpciót és csökkent klorid permeabilitást eredményez. Bár az esetek döntő többségében a verejték sókoncentráció jelentős mértékben emelkedett, mégis kivételesen leírtak negatív eredményt adó betegeket is, akiknek klinikai tünetei megfeleltek CF betegségnek. Genetikai diagnózis lehetőségének birtokában vált lehetővé, hogy a klinikailag eltérő formákat jellemezzük. A CF-transzmembrán conductance regulátor (CFTR) egy sejtmembránhoz kötött fehérje, mely 1480 aminosavból áll és szerkezete hasonló az ATP-kötő transzport fehérjékéhez. Még nem ismert, hogy a CFTR közvetlenül engedi át a Cl^- ionokat vagy csak befolyásolja a Cl^- -transzportot. A CF betegség súlyossága összefügg a genotípussal. Klasszikus formát a delta F—508-as delécio homozigóta formában észlelünk. Ez a mutáció az európai CF betegek kb. 70%-ára jellemző. Az újabb mutációk kimutatása lehetővé teszi a klinikai tünetek és a genetikai elváltozások közötti összefüggések tisztázását.

Jelen közleményben a szerzők egy testvérpárról számolnak be, akikben enyhe tüdőtünetek és normális verejték elektrolit koncentrációk voltak észlelhetők. Azt találták, hogy ezekben a betegekben a CFTR(exo-11) 551-ik aminosav helyén glicin helyett egy szerin beépülése jött létre, s e tekintetben volt mindkét beteg homozigóta.

Esetismertetések: az 50 éves fehér bőrű nőbetegnek 3 éves korától fordultak elő légúti fertőzőes betegségei. 12 éves kortól már évente egy vagy két alkalommal antibiotikummal kezelték szorult pneumonia miatt, 33 éves korban visszatérő haemoptysis kezdődött, ekkor bronchoszkópiával és bronchographiával már bronchiectasiát lehetett kimutatni a lingulában és a jobb középső lebenyben. Intermittáló antibiotikummal és fizioterápiával a progresszió lassú volt. 40 éves korban izoláltak először Pseudomonas aeruginosa mucoid törzset gennyes melléküreg gyulladása során. 49 éves korában következett be általános állapotának rosszabbodása. Ekkor a verejtékpróbák 49–51 mmol/l Cl^- koncentrációt mutattak.

A betegnek volt egy 1 évvel fiatalabb leánytestvére, akinek ikertestvére légzési elégtelenségben halt meg 48 éves korban. Malabszorpcióra utaló panaszai nem voltak, és 23 éves koráig jó egészséggel élt. Ekkor kezdődött a haemoptysis. Majd a dobverőujj és a bronchiectasia típusos tünetei alakultak ki. 36 éves korban vizsgálták visszatérő légúti infekciókkal és az előbb említett vérköpése miatt. Számos verejtékpróba normális eredményt mutatott, a Na^+ 32–37 mmol/l közötti koncentrációt mutatott.

A DNS vizsgálat CFTR-gén mutációt igazolt a 7. kromoszóma hosszú kar exon-11 területének megfelelően (Toronto Hospital for Sick Children). A nukleotida szekvenálásban a guanin alanin cserejét az 1783-as számú bázispárban találták meg. Ennek következményeképpen szerin épült be a glicin helyett az 551-es aminosav helyén. Sikertelen volt a meghalt testvértől is a genetikai vizsgálatokat elvégezni, a halála előtt vett anyagminta segítségével, s így azonosítani lehetett, hogy a beteg testvéreben ugyanaz a mutáció volt jelen. Az élő egészséges testvérben erre nézve génhordozó állapot volt igazolható. Fiziológiai vizsgálatokkal is megerősítették, hogy a vesejélmirigyek hámsajt funkciója az élő betegben normális, ugyanakkor az ornyálkahártyán mért eredmények és a vesejélmirigy acinus-sejtek működésére vonatkozó adatok CF-re jellemző képet mutattak. Lehetséges, hogy a CFTR és a szövetspecifikus fehérjék között interakció jön létre, és a különböző szövetekben a mutációk fiziológiai hatásai szerint változik. Másrészt az is elképzelhető, hogy a mutáns CFTR-fehérje a beteg gén állományában még rendelkezik reziduális funkcióval ahhoz, hogy adekvát iontranszport jöjjön létre a pankréaszban és a vesejélmirigyben hámsajtekben, ugyanakkor már kellő mértékű az iontranszport a légutakban és a vesejélmirigy acinus hámsajtekben.

A közölt betegek esetein kívül találtak olyan testvérpárt is, akik az 551-es aminosav helyén aszparaginsav szubsztitúciót mutattak (glicin helyett). A G—551—S mutációval összehasonlítva ezekben a betegekben klasszikus CF manifesztálódott magas vesejélmirigy Na^+Cl^- értékekkel, súlyos tüdőtünetekkel és pankréás insufficienciával.

Az eset értelmezését nehezíti, hogy ezeket a mutációkat még nem észlelték elég számú betegben és a fenotípus teljes spektruma és a genetikai tényezők szerepe még nem eléggé ismert. A gén normál felépítésének ismerete lehetővé teszi, hogy a klinikai adatokat molekuláris szinten egyeztessük. Ezek az ismertetett esetek arra mutattak rá, hogy új diagnosztikus kritériumok szerint kell a CF betegség definícióját kiszélesíteni.

Gyurkovits Kálmán dr.

Öröklött haemorrhagiás teleangiectasia (Osler-kór). Römer, W., Burk, M., Schneider, W. (Abt. Hämatol. Onkol. u. klin. Immunol., Med. Klin. u. Poliklin., Univ. Düsseldorf, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1992, 117, 669.

Az Osler (1901), Rendu (1896) és Weber (1907) első közlései óta összegyűlt tapasztalatokat foglalják össze a szerzők, melyek jó része nem új, de a kórképpel kapcsolatos ismereteket rendszerezi. Az Osler-kór gyakorisága 1–2 : 100 000, a betegek zöme A vércsoportú. A betegek mind heterozygoták, mivel a homozygoták életképtelenek. A családi anamnesis kb. 20%-ban negatív, a különböző penetrancia, a spontán mutá-

ció és a fel nem ismert esetek miatt. Sokszor a v. Willebrand f. hiánnyal együtt öröklődik. Oka nem ismert, és ugyancsak ismeretlen a chromosoma anomália lokalizációja is.

Az Osler-kór pathológiája jól ismert, erről semmi meglepő nem olvasható. Az értágulat egyaránt érinti az arteriolákat, a vénulákat és a kapillarisokat, melyeknek endothelje elvékonyodik és az érfa simaizom rostjainak a száma is csökken. Az angiodysplasia a legkülönbözőbb szervekben fordul elő, és vérzésekhez vezet; másik tünete az arteriovenosus fistulák megjelenése a legkülönbözőbb szervekben, elsősorban a tüdőben és a májban, de előfordulhatnak az agyban, a retina ereiben és a mesenteriumban is, ami aneurysmák képződésével jár együtt. Differenciáldiagnosztikailag a CRES syndromától kell elkülöníteni (Calcinosis cutis, Raynaud fenomén, az oesophagus csökkent motilitása, sclerodactylia és teleangiectasia). A tünetek közül az orrvérzés a leggyakoribb, átlagosan 80%-ban észlelhető még a 20. életév előtt, sokszor megelőzi a bőrön és a nyálkahártyákon látható ún. Osler csomókat. A májban pseudocirrhosis és fibrosis, a portalis erek shuntja fordul elő. Oesophagus varix, encephalopathia különböző gyakoriságú. Nagyon fontos az elkülönítés a sec. de valódi májcirrhosistól, ami Osler-kórban ugyancsak elő szokott fordulni. Posttransfúziós hepatitis, haemosiderosis pedig a terapia velejárója lehet. Nagyobb bal-jobb shunt hyperdinamikus szívelégtelenséget szokott kiváltani. A tüdőben meglepően gyakran fordul elő arteriovenosus fistula, ismert szövődésmintákkal, melyek közül a legveszélyesebb az agyi paradox embolia következményes abscessussal. A tüdő említett elváltozása mintegy 50%-os, de nagysága és száma az életkorral párhuzamosan nő. Az agyvelőben az előbb említett intracerebrális tályogokon kívül kisebb vérzések képződhetnek sensoros és motoros aphiáival. Vérzés a gerincvelőben is előfordulhat. Ha gondolnak rá, akkor a diagnózis nem nehéz, gyomor-bél-vérzéseket csak az endoscopia fedhet fel, a tüdő shuntjeinek a diagnosztizálásában pedig a tomographia, a szubtrakciós digitalis angiographia segít, de hasznos eljárás a hasi sonographia és a CT is (máj- és agyi elváltozások).

A betegség jóindulatú, az életkort és az életvitelt nem befolyásolja; tulajdonképpen a vérzést kell csillapítani és a legtöbbször posthaemorrhagiás vashiányos anaemiát kell kezelni. Lényeges a profilaktikus védőoltás hepatitis B ellen, kontraindikáltak a szteroidok és antirheumatikumok, ajánlatos a v. Willebrand f. vizsgálata, elsősorban sebészeti beavatkozások előtt.

A bőr- és nyálkahártya transzplantáció hatástalan, mivel a dysplasia az átültetett szervben is létrejön. A tüdő arteriovenosus fistuláit el kell távolítani, elsősorban a paradox embolia megelőzése miatt. Az Osler-kór legfontosabb kérdéseire ma sincs megnyugtató válasz. Hiányzik a genetikai defektus oka, nem világos az összefüggés az angiodysplasia és a pseudocirrhosis kö-

zött. A máj különböző cytokineket termel, melyek közül a fibroblast-növekedési faktor (FGF) angiogenesis indukáló hatása még kérdéses. Az FGF lebontja a kapillárisok körüli perivascularis matrixot és a kollagénrostok proliferációját, valamint a plasminogén aktivátor fokozott termelését váltja ki. A cytokinek jobb megismerésével esetleg közelebb kerülhetünk az angiodysplasia és a májfibrózis megismeréséhez, de ez már az elkövetkezendő esztendő kutatásainak a feladata lesz.

Bán András dr.

Az öröklött anyagcsere-betegségek gyakoribb előfordulása Manitoba és Északnyugat-Ontario államok bennszülött indiánjaiban. Haworth, J. C. és mtsai (Children's Hospital, 840 Sherbrook St., Winnipeg MB, Canada R3A 1S1): Can. Med. Assoc. J., 1991, 145, 123.

A winnipeg-i gyermekkórházban, mint az anyagcsere-betegségek egyik kanadai kivizsgáló központjában, retrospektíve elemezték az 1960 és 1990 között klinikai gyanú, újszülöttkori szűrés és családvizsgálatok alapján felismert betegek adatait. A szerves savak, aminosavak és szénhidrátok metabolizmusának veleszületett rendellenességeit összesen 138 esetben mutatták ki. Ebből 49 beteg bennszülött indián volt: ez a 36%-os részesedés szignifikánsan nagyobb az össznépszerűségben ismert 5,8%-os jelenlétük alapján várt értéknél. Az indiánok között kiemelkedően sok piruvat-carboxylase-hiányos lactacidosis, I. típusú glutarsav-ürítést, és II. típusú hyperoxaluriát diagnosztizáltak. A feltűnő különbség jelentőségét csak fokozza az a feltételezés, hogy az indiánok életkörülményei és egészségügyi ellátása miatt közöttük valószínűleg több a fel nem derített anyagcsere-hiba, mint a nem indián népességben. A halmozódás oka nem ismert; a rokonházasságok és a mutációk nagyobb gyakorisága feltételezhető. Az adatok mindenesetre arra ösztönöznek, hogy az indián csecsemőkben és gyermekekben észlelt neurológiai, vese- és májbetegségek, sav-bázis egyensúly zavarok esetén már a kivizsgálás elején gondolni kell az egyébként ritka öröklött enzimopathiákra.

[Ref.: Ez a közlemény is megerősíti az igényt az etnikumok öröklött tulajdonságainak, sajátos betegségeinek kutatására. Ez nem diszkrimináció, ellenkezőleg, a megelőzés vagy a korai felismerés és kezelése megteremtésével az érintett népcsoportok javát szolgáló sürgős feladat!]

Méhes Károly dr.

Fragilis X chromosoma az autismusban és a gyermekkori psychosisokban. Bursztein, C. és mtsai (Service Psychothérapie pour Enfants et Adolescents et Service de Pédiatrie 5, CHRU, F-67091 Strasbourg): Arch. Fr. Pédiatr., 1992, 49, 99.

A szomatikus tünetek között, amelyek a gyermekkori psychotikus bántalmakhoz kapcsolódnak, sporadikusan előfordulnak különböző chromosoma-anomáliákat hordozó autismusok is. Így említés történt: 47,XY; trisomia 21; 5p-; 18q-, és chromosoma törésekről is. Mindazonáltal emlékeztetni kell arra, hogy az autista gyermekek legnagyobb része érintetlen azoktól a dysmorphiáktól, amelyek a chromosoma-anomáliákra jellemzők. Újabb beszámoltak a fragilis X chromosoma (X fra) társulásának syndromájáról, vagy a Martin-Bell-syndromáról gyermekkori psychotikus zavarokban és az autismusban.

Az említett genetikai anomáliát a 21-es trisomia után második leggyakoribbnak tekintik, mint chromosomal is okait a mentális visszamaradottságnak; ez az elváltozás sejtenyészetben az X chromosoma hosszú karján üregként látható. Férfiaknál előfordulási gyakoriságát 1:1000-re teszik. Ez áll 5–10%-ban a férfiak mentális károsodásának hátterében. X fra esetekről beszámoltak már normális értelmi képességű egyénekben is. A gyermekek és felnőttek között végzett rendszeres vizsgálatok az X fra hordozók gyakoriságát 0–16%-ban adják meg. Ezek a nagy különbségek indították a szerzők kutatócsoportját arra, hogy az infanto-juvenilis psychiatriai részlegükön az anomália gyakoriságát behatóan vizsgálják.

A szerzők részletesen leírják beteganyagukat és vizsgálati módszerüket. Harminc, 3–14 éves korú fiúgyermeket vizsgáltak, akik részét képezték a 144, infantilis psychosis miatt ápolott gyermeküknek — 1985. szept. 1. és 1988. május 31. között. A pontos diagnózis kialakításában párhuzamosan két klasszifikációt: a DSM III-at, és a Mentális zavart mutató gyermekek és serdülők francia Osztályozását (C. F. T. M. E. A.) használták, amelyek standardizált kérdőívek segítségével az anamnestikus és klinikai adatokra épültek. Gyermekgyógyász végezte el a nem meghatározását, a chromosoma- és a genetikai vizsgálatokat, az X fra vizsgálatot, phytohaemagglutinin jelenlétében rövid lymphocytá sejttenyészetben, folsavas közegben (TC 199) egyrészt, másrészt RPMI közegben. A chromosoma-festés Giemsa szerint történt; 100 metaphasist vizsgáltak mindkét közegben. Pozitívnak azokat az eseteket tekintették, ahol a 2 X fra-s chromosomát találtak.

Az említett harminc gyermekből három volt X fra hordozó. Ezek adatait a klinikai tüneteket, a diagnózist, a betegek anamnesisét, a lefolyást, a vizsgálatokat egyenként részletesen ismertetik. Az elsőnél a diagnózis: C. F. T. M. E. A. szerint psychotikus dysharmonia; DSM III szerint: a csecsemőkorban kezdődő globális fejlődési zavar. A másodiknál C. F. T. M. E. A. szerint: az autismus egyéb formája, DSM III szerint: infantilis autismus (maradvány tünetcsoport). A harmadiknál a C. F. T. M. E. A. szerint: korai hiány-psychosis, DSM III szerint: infantilis autismus volt.

A szerzők kutatásuk elemzésében elsőként az autisztikus fiúgyermeknél az X

fra gyakoriságával foglalkozó irodalmat értékelik. Ha a közlemények adatait egybevetik — megállapítható, hogy kb. 6%-ra tehető a X fra gyakorisága autisztikus gyermekekben. Újabb leánygyermeknél is jelezték az autismus és X fra együttes előfordulását. Más összefoglaló munkák az autismus és az infantilis X fra társulását nagyon változóan tekintik: 5–46% (átlag 20%-ban adják meg). A nagy különbségek az anyaggyűjtés és az autismus kritériumainak különbözőségeiből adódnak. A DSM III-at használja az osztályozásban a legtöbb tanulmány, márpedig ez az autismus kritériumait nagyon szélsőségesen, liberálisan, tágira szabja meg. A szerzők tanulmányában a 30 gyermek az autismus és a korai psychosis különböző formáit mutatta, közöttük 3 X fra-eset fordul elő, ezekből kettő a DSM kritériumainak is megfelel.

A szerzők több megjegyzéssel egészítik ki közleményüket:

1. A betegek kiválasztása a psychiatriai diagnózison alapul, az esetleges chromosoma-anomáliára utaló tünetek ebben nem játszottak szerepet. Kizárólag kórházi beteganyagra vonatkozott, akik mentális károsodást is mutató súlyos psychotikus zavarban szenvedtek.

2. Vizsgálataik megerősítik, hogy az X fra relatíve gyakori (6%) a mentálisan károsodott, súlyos psychotikus zavarokat mutató fiúknál.

3. A három X fra-t mutató gyermek közül csak egy volt jellegzetesen dysmorphiás; egy gyermek, akinél az X fra kutatás negatívra bizonyult, Martin-Bell-syndromát jelzett (nagy fülek, megnagyobbodott testis, megnyúlt arc, durva vonások).

4. A phenotypus bizonytalansága jól ismert. A típusos morphologia esetleg csak a pubertás után fejlődik ki. Rendszeres vizsgálattal más chromosoma-anomáliát is lehet találni az X fra mellett.

5. Az X fra társulásának autismussal és psychotikus zavarokkal kérdéses jelentőségű. Az irodalmi adatok és saját vizsgálatok birtokában az X fra nem specifikus az infantilis autismusra.

6. Az X fra-nak együttes előfordulása autismussal, vagy még inkább psychossal gyakoribb ilyen egyénekben, mint az átlag populációban.

7. Az X fra-ról ma még nem tudjuk, hogy emellett milyen más tényezők játszanak szerepet autisztikus és psychotikus betegekben. Úgy látják a szerzők, hogy a X fra korlátozott szerepet játszik az autismus és a psychotikus zavarok etiológiájában.

8. Úgy tűnik, hogy az X fra chromosoma-anomália gyakran társul az egyéb autisztikus syndromához és a korai psychotikus zavarokhoz, mint egyéb tüneteket mutatókhoz. Mindenesetre a gyakorlatban az említett betegségekben hasznos a genetikai tanácsadás igénybevétele, s felvetik az esetleges szűrés szükségességét.

HAEMATOLOGIA

A T-prolymphocytás leukaemia. Brunning, R. D. (Szerkesztőségi közlemény) (Dep. Laborat. Med. and Pathol. Div. Hematol., Med. School, Univ. Minnesota, Minnesota, USA): Blood, 1191, 78, 3111.

A prolymphocytás leukaemia fogalmát 1974-ben legelőször Galton és mtai vetették fel (PLL) mint a chr. lymphoid leukaemia egyik típusát, melynek klinikai és morphologiai jeleit a szerző tömören ismerteti. Immunphenotípus szerint B és T formák kb. azonos arányban fordulnak elő, zömmel férfiak között. Egyik igen fontos kritérium, hogy a prolymphocyták aránya a periférián legalább 55%-ot érjen el, míg ez típusos CLL-ben nem haladja meg a 10%-ot. A kórképnek van egy közbülső ún. CLL/PLL típusa, ahol a fenti sejtek aránya 11–55% között van. A T-sejtes PLL (T-PLL) változatos cytologiája jó néhány differenciáldiagnosztikus problémát vet fel, különösen az aprósejtes variáns felismerésében, ahol a nucleolust csak elektronmikroszkóppal lehet megtalálni. Ezeknek a sejteknek a magkontúrja szabálytalan, maga a sejtmag megcsavarodott, helyenként cerebriform, és ugyancsak hasonlít a felnőttkori T-sejtes leukaemia, a Sezary-sy. sejteire, de differenciálni kell a gyermekkori T-sejtes lymphoblastos lymphomától, illetve leukaemiától. A leukaemiás lymphocyták jórészt T-helper/inducer phenotípusúak, kisebb részben szuppresszor sejtek. Még csak 1987-ben közölték azt a fontos citogenetikai felismerést, mely szerint a 14 chromosomán a q11 q32 sáv inverziója, azonkívül a 8-as trisomiája utalt arra, hogy különálló entitásról van szó. Hasonló, de más jellegű elváltozás a thymus fejlődését követő T-sejtes lymphocytosisokban az ún. granulált T-lymphocytosis, ami azonban más jellegű és igen ritkán fordul elő.

Azok, akik szembekerültek az osztályozás problémájával elsősorban a chromosoma-elérések alapján jutottak arra a következtetésre, hogy ezek az esetek valóban T-sejtes folyamatok és surface marker vizsgálatokkal is kiszűrhetők.

Érdekes dilemmát vet fel az ataxia telangiectatica, ahol T-sejt funkció hiány áll fenn a thymus hypoplasiájának vagy dysplasiájának a következtében. Találtak már korábban is összefüggést bizonyos lymphocytaklonok és a prolymphocyták között, beleértve a 14 chromosomán leírt elváltozást. Példaképpen két testvért említ, akik mindketten a fenti kórképben szenvedtek, és közülük az egyik prolymphocytás leukaemiában betegedett meg, a másik lymphocytáiban ugyanazt a 14 q11 marker chromosomát tudták kimutatni.

Vannak, akik úgy vélik, hogy a chr. myeloid leukaemiához hasonlóan az egész leukaemiás folyamatot tulajdonképpen egy chromosoma-anomália indítja el.

A T-PLL ritka, de biztosan gyakoribb, mint ahogy ez az eddigi közleményekből kitűnik. A T-PLL ma már különálló entitás és a thymus fejlődését követő lymphoidsej-

Kövér Béla dr.

tes proliferatio különálló alcsoportja, ami hangsúlyt ad a cytogenetikai és felszíni markervizsgálatoknak, beleértve a morfológiát. Ezeket a sejteket azonban nem csak a periférián, hanem a csontvelőben, a nyirokcsomókban és a lépben is kiterjedten kellene vizsgálni, hogy az aetiopathogenesishez közelebb jussanak, tisztázzák kapcsolatát a klinikai tünetekkel és előrejussanak a kezelésben is, mert annak ellenére, hogy cytologailag alacsony malignitású non-Hodgkin lymphomának felel meg, lefolyása agresszív.

Bán András dr.

Az akut lymphoblastos leukaemia kezelése intenzív ciklikus chemoterapiával: folyamatos vizsgálat. Linker, Ch. A. (Div. Haematol., Dep. Med. and Cancer Res. Inst., Univ. California, San Francisco, USA): Blood, 1991, 78, 2814.

Az utóbbi évtizedben az intenzív chemoterapia észrevehetően javította az *acute lymphoblastos leukaemia* — ALL — prognózist. A betegeknek közel harmada sikeresen kezelhető a már hozzáférhető gyógyszerekkel. Az eredmények értékelésében okvetlenül figyelembe kell venni a prognosztikai tényezőket, mivel ott, ahol ezek kedvezőek, általában korán jön létre remisszió, és a betegeknek kb. a fele tartós, betegségmentes periódusba kerül (CCR = continuous complete remission); felnőtteken és gyermekeken egyaránt. A szerzők előljáróban ismertetik előző eredményeiket, melyekből az szűrhető le, hogy különféle gyógyszerek kombinálásával 96%-os remissziót értek el az első 16 hónapban és ez 3 év múlva még mindig 53% volt.

A jelenlegi betegek száma 109, akiknél a legfontosabb kritérium az 50 év alatti életkor volt. A diagnózis kritériumai: legalább 50% blast-sejt a csontvelőben, negatív peroxydase és alpha-naphthylbutyrate-esterase reakció a peripheriás sejtekben, valamint legalább egy lymphoid marker kimutatása — TdT-terminal-deoxynucleotidyl-transferase, közös ALL-antigén — CALLA — és T-sejtes antigén.

A remissziós-indukciós kezelés az alábbi séma szerint történt: Daunorubicin 50 mg/m² iv.: 1–3. nap, Vincristin 2 mg/m² iv.: 1., 8., 15., 22. nap, Prednisolon 60 mg/m² p. o.: 1. → nap, L-asparaginase 6000 E/m² im.: 17. → nap.

Ha erre nem következett be remisszió 4 héten belül, a terápiát még két hétig folytatták, és amennyiben 6 hét múlva sem érték el a fenti eredményt, a további értékelésből a betegeket kizárták. A központi idegrendszer — CNS — profilaxisa a koponya rtg besugárzásával — 1800 rad — és methotrexat (MTX) intrathecalis beadásával történt, amit megnövekedett rizikó esetében további rtg besugárzással folytattak (2800 rad). Ha ezután még ki lehetett mutatni a csontvelőben reziduális blast-sejteket, a betegek a 14. napon újabb adag Daunorubicint kaptak, 50 mg/m²-t és ha a

kóros sejtek ezután sem tűntek el, az egész eddigi kezelést megismételték.

Ekkor következett a konszolidációs terapia az alábbiak szerint:

„A” ciklus: Daunorubicin 50 mg/m² iv.: 1., 2. nap, Vincristin 2 mg/m² iv.: 1., 8. nap, Prednisolon 60 mg/m² p. o.: 14. nap, L-asparaginase 12 000 E/m² im.: 2., 4., 7., 9., 11., 14. nap.

„B” ciklus: Teniposid VM—26 165 mg/m² iv.: 1., 4., 8., 11. nap, Ara-C 300 mg/m² iv.: 1., 4., 8., 11. nap.

C” ciklus: MTX 600 mg/m² iv.: 42 órán át folyamatosan. Leucovorin 15 mg/m² iv.: 12 adagban, 6 óránként a 42. órától kezdve.

Most már folyamatosan kezelték a betegeket naponta 20 mg/m² MTX-tal és 75 mg/m² 6-merkaptopurinnal 30 hónapon át, amikor a terápiát befejezettnek nyilvánították.

A CCR kritériumok a következők voltak: a polymorphmagvú granulocyták absz. számának 1500/μl, a thrombocytákénak 150 000/μl feletti értéken kellett stabilizálódniuk, a csontvelőben nem maradhatott leukaemiás sejt és extramedullaris sem lehetett leukaemiát kimutatni. A 109 beteg átlagéletkora 25 év volt, a fvs. szám pedig 14 000/μl, de akadtak olyan betegek is, ahol 100 000/μl feletti értékeket találtak. Feltűntették a betegek származását és a CNS komplikációkat. Az immunológiai markerek közül a TdT 101 betegben volt pozitív, a monoclonalis antitestekkel vizsgált 91 eset közül pedig 60 volt CALLA poz. Teljes remissziót 96 betegben értek el (88%) és a fenntartó kezelést 77-nél be is tudták fejezni annak ellenére, hogy 43-ban relapszus következett be. A 14. napon a betegek felében a csontvelőben egyáltalán nem lehetett leukaemiás sejteket felismerni, akik aztán teljes remisszióba kerültek. A betegek általában jól tűrték az indukciós-remissziós kezelést, de elég gyakran volt szükség thrombocyta-transfúziókra és antibiotikumokra. A rendszeresen kialakuló leukopenia rövid ideig tartott és a polymorphmagvúak száma a 23. napon a 1000/μl-t, a thrombocytáké pedig már a 18.-on a 100 000/μl-t meghaladta, a nem haematológiai jellegű mellékhatások pedig enyhéknek bizonyultak. A konszolidációs kezelés alkalmával kevés esetben észleltek rövid ideig tartó myelosuppressiót, 1–1 esetben haemorrhagiás pancreatitist és mélyvénás thrombosit, valamint 3 alkalommal cardiomyopathiát. VM—26 és Ara-C után a betegek több mint harmadában láz és neutropenia volt megfigyelhető; pancreatitist is előfordult. A MTX-ot általában jól tűrték, de gyakori toxikus jelenségek miatt az adagot többször csökkenteni kellett.

Az átlagosan 77 hónapig tartó megfigyelés alatt (48–111 hónap) a betegek 42%-a került CCR-be és a betegségnek semmilyen jele nem volt megállapítható ugyanebben az időpontban. A szerzők részletesen elemzik a remisszióval és relapszussal kapcsolatos prognosztikai faktorokat. Nagyrányú volt az 5 éves túlélés a Ph¹-chromosoma negatív betegekben és ott, ahol 4 héten belül

sikerült komplett remissziót elérni. A phenotypust vizsgálva a korai T-sejtes (CALLA) formák hosszú túlélése mondható kedvezőnek (31%). A poz. Ph¹ chromosoma általában rossz prognózist sejtet, de csak akkor, ha a fvs. szám igen magas, 100 000/μl felett van és a remisszió elhúzódik, egyébként ezek a betegek is tartós remisszióba kerültek. A túlélést vizsgálva 4 év elteltével alig csökken az élők száma. Az életkor nem befolyásolta lényegesen a prognózist, de 40 év alatt kedvezőbb volt, mint 40–50 év között.

Az évekig tartó, igen részletes és folyamatos vizsgálatok, melyeket 3 nagyobb centrumban végeztek, teljes mértékben megerősítették azokat az eddig szórványosan közölt eredményeket, melyek arra utalnak, hogy intenzív chemoterapiával nagyfokú tartós remisszió, sőt gyógyulás érhető el felnőttkori, akut lymphoblastos leukaemiában. Aki megérte az 5. évet, az gyakorlatilag meg is gyógyult.

Az egész terapiában talán a legdöntőbb az alternáló mód és a T-sejtes phenotypusú forma, melyben más szerzők is 55–58%-os CCR-et figyeltek meg. Az antileukaemiás szerek közül a MTX jelentőségét általában alabecsülték, fontos gyógyszer viszont a CALLA poz. esetekben. Végül is a T-sejtes forma, a fiatal életkor, a viszonylag alacsony fvs. szám és a 4 héten belül bekövetkező komplett remisszió alkotja az ún. „good risk” csoportot, ahol a betegek nagy részének jó esélye van arra, hogy hosszú ideig mentes maradjon a betegség tüneteitől és meg is gyógyul. A többenél nem valószínű, hogy a szokványos chemoterapia gyökeresen javítaná az életkilátásokat, itt az autolog vagy allogén csontvelő-transzplantatio a választandó kezelési eljárás, lehetőleg az első remissziós fázisban.

Bán András dr.

Myelodysplasia és leukaemia fokozott rizikója ivarsejtes daganatok etoposid, cisplatin és bleomycin kezelése után. Pedersen-Bjergard, J. és mtsai (Dep. Haematol. L., Dep. Onkol. ONK and Finsen Labor., Rigshospitalet, Copenhagen, Dánia): Lancet, 1991, 338, 359.

A gyógyszeres akut myeloid leukaemia — t-AML — leginkább myelodysplasia — t-MDS — formájában veszi kezdetét és a malignus tumorok kezelésében a legfélelmetesebb késői mellékhatás. Gyakorlatilag alkilálószerke adása után keletkezik, összefügg a beadott gyógyszerek adagjával; sugárkezelés után viszont ritka.

A szerzők 1979–1989 között 304 ivarsejtes tumort kezeltek, melyek közül 288 a heréből, 5 az ovariumból, 41 pedig egyéb szervekből indult ki. Közülük 127 már kapott valamilyen kezelést, de relapszus miatt 35-nél Etoposid adása vált szükségessé. A többi 177 első szerként kapott Etoposidot oly módon, hogy 115 2000 mg/m²-t, 62 pedig 3000 mg/m²-t.

Ezután részletesen ismertetik a kezelés menetét két periódusban. Az elsőben 1979–1983 között a terápiás protokoll legelőször Cisplatin + Vinblastin + Bleomycin testfelszínre számított adagjait tartalmazta, melyet relapszusban Etoposiddal egészítették ki, de Vinblastin nélkül. Az Etoposid összadag 1800–3600 mg/m²-nél nem volt magasabb. A második periódusban mindkét protokollban volt Etoposid, az ún. standard adag 100 mg/m²-t, a nagy adag viszont ennek dupláját tartalmazta és az összadag ennek megfelelően 2000, illetve 3000 mg/m²-t tett ki.

A 4 t-AML és 1 t-MDS beteg fontosabb adatait a következők: Életkor 32–41 év, az alapbetegség egy-egy esetben az I., ill. II., két esetben pedig a III. stádiumban került felismerésre. Az Etoposid összadagja 7400, 6075, 4250, 7500 és 5250 mg/m² volt, tehát a kritikus 2000 mg-ot minden esetben meghaladta. A t-MDS és t-AML keletkezéséig terjedő latenciaidőt külön számították ki aszerint, hogy a betegek mióta kapták a kisebb, illetve a nagyobb adag Etoposidot. A nagyobb adagú kezelés után ez 15–54 hónap volt. A leukaemia típusa: 2 FAB—4 és ugyancsak 2 FAB—M₂, a kezelés Daunorubicin + Cytarabin kombinált adásából állott, komplett remissziót viszont csak 2 esetben értek el, melynek tartama 1 és 3 hónap volt. Részletesen foglalkoznak a chromosoma elváltozásokkal.

A t-AML és t-MDS a terapia kezdetétől számítva 15 hónap és 5,7 év között keletkezett, a betegek 4,7%-ában (csak az Etoposiddal kezelt betegekre vonatkoztatva). Valószínű, hogy az Etoposid akár egymagában, akár Cisplatinnal és Bleomycinnel együtt adva valóban leukemogén, hiszen sem AL, sem MDS nem fordult elő azokban az esetekben, ahol a kezelési séma nem tartalmazott Etoposidot, viszont egyéb epipodophyllotoxin származékoknál is hasonló a helyzet, a leukaemiás rizikóval itt is számolni kell. Az irodalomban kevés közlemény foglalkozik a kettős kapcsolatával, de az eredmények egybehangzóak. Mások is hangsúlyozzák a nagy dózis jelentőségét.

Alkilálózszerekkel végzett kezeléseknél a második tumor kockázata évente átlagosan 1%-kal emelkedik, különösen a Hodgkin-kórban és non-Hodgkin-lymphomákban, valamint ovarium tumorokban. Az epipodophyllotoxinok a DNA-topoisomerase II-re hatnak additív és szinergikus úton, a DNA molekula szerkezetében kettős törést váltva ki, és kiegyensúlyozott translocatio révén új szekvenciák kombinálódnak, melyek mind t-MDS-ben, mind t-AML-ben kimutathatók. Mindenesetre további, igen részletes vizsgálatokra van szükség ahhoz, hogy a podophyllin származékok leukemogén hatásának a megértéséhez közelebb jussanak.

Bán András dr.

Elégtelen lipoxin szintézis: szokatlan thrombocyta eredetű funkciózavar myeloproliferatív betegségekben, főként chronikus granulocytás leukaemia blastos krízisében. Stenke, L. és mtsai (Dep. Physiol. Chem., Div. Hematol. Dep. Med., Danderyd Hosp. and Södersjukhuset, Karolinska Inst., Stockholm, Svédország): Blood, 1991, 78, 2989.

A lipoxinek (LX) az oxidált arachidonsav termékek új osztályát képezik, és részt vesznek a konjugált tetraenek közös szerkezeti vázának a felépítésében. Ezek közül a lipoxin A₄-nek (LXA₄) és a lipoxin B₄-nek (LXB₄) biológiai hatása van a szervezetre — pl. bronchusgörcs, vasodilatatio, C-proteinkinase termelésének fokozása és a natural-killer sejtek gátlása. Újabb ismeretek szerint képesek meggátolni a leukotriének gyulladáskeltő hatását, feltehetően sejtreceptor-kompetíció útján. Ekképpen az LXA₄ és az LXV₄ közömbösíteni képes a leukotrien-B₄ okozta chemotaxist human polymorphmagvú leukocytákon.

Aktivált granulocytákból és monocytákból, egy közbülső közös epoxydból leukotrien-A₄ (LTA₄) szabadul fel, amit az emberi thrombocyták vagy lipoxinokká vagy leukotriennekké bontanak le (LTC₄, LTD₄ és LTE₄). A granulocytákból származó LTA₄-et a vérlemezék 15-OH-LTA₄-é alakítják át, ami enzimatikusan nem enzimikus úton egyaránt hidrolizálódik, mely folyamatot a 12-lipoxigenase-12-LO közvetíti.

Hiányos vagy elégtelen 12-LO aktivitást észlelték chr. granulocytás leukaemiákon és myeloproliferatív betegségekben szenvedőkön a betegek thrombocytáiban és csontvelősejtjeiben. A mostani vizsgálatoknak éppen az volt a célja, hogy a thrombocyta eredetű LX-k mennyiségét megállapítsa. Az eredmények arra utalnak, hogy az LTA₄ elégtelenül metabolizálódik LX-okká myeloproliferatív betegek (MPD) thrombocytáiban, és ezzel szoros összefüggést tudtak kimutatni az elégtelen LX szintézis és csökkent 12-LO aktivitás között. Egészséges emberek vérlemezékéi az LTA₄-et, az LXA₄-en keresztül konvertálják LX-é, aminek a mennyisége 438,8±62,0 pmol/10⁹ thrombocyta.

MPD-s betegek thrombocytáinak viszont ez a konvertálóképessége szignifikánsan csökkent, és az így keletkező LX-ek szintje lényegesen alacsonyabb 154,7±31,2 pmol/10⁹ thrombocyta LXA₄ volt. Különösen alacsony volt ez az érték chronikus granulocytás leukaemia — CGL — blastos fázisában, ahol az LXA₄ értéke a kontrollok alig 7%-át érte csak el, míg a chronikus fázisban emelkedett, de így is a normális érték alatt maradt. A leukotrieneket vizsgálva CGL-ben nem észlelték változást, az LTC₄ — az LTA₄-ból konvertálódik, itt tehát semmilyen zavart nem észlelték.

A következő sorozatban az exogén arachidonsav átalakulását nézték 12-hydroxy-eicosa-tetraen-savvá (12-HETE) és 12-hydroxy-hepta-deka-trien-savvá (HHT) elsősorban CGL blastos fázisában throm-

bocyta szuszpenzióban, és ennek a folyamatnak is a károsodását tudták kimutatni, hiszen igen alacsony értékeket kaptak. MPD betegségek egyéb formáiban így polycythaemia verában, essentialis thrombocythaemiában és CGL chr. fázisában viszont ez a csökkenés nem volt olyan kifejezett, mint blastos fázisban lévő CGL-ben. Ezzel szemben a HHT szintézise nem változott, még blastos krízisben sem, ami a prostaglandin-endoperoxid (cyclooxygenase) normális működését igazolja.

A kísérleteket nemcsak thrombocyta, hanem granulocyta szuszpenzióval is elvégezték, és a LXA₄ meg a LXB₄ csökkenése ezekben a sejtekben nem következett be. Egyértelmű volt, hogy a súlyosan károsodott LX és 12-HETE szintézis független a thrombocyta számtól és a kezeléstől. A következőkben sorban ismertetik a CGL-es betegek értékeit, megjelölve, hogy a leukaemia melyik fázisában történtek a vizsgálatok, amiből az a következtetés volt levonható, hogy az LX-ek és a 12-HETE termelése az akcelerált és blastos fázisban minimális.

Az eredményekből az a következtetés vonható le, hogy az MPD-s betegek thrombocytái képtelenek lipoxinokat szintetizálni az LTA₄-ból, ami blastos krízisben a legpregnansabb és ugyanezt lehetett kisebb mértékben polycythaemia verában és essentialis thrombocythaemiában is látni, akárcsak az arachidonsav konverzióját 12-HETE-vé.

CGL-es betegek longitudinális követésével meggyőzően lehetett igazolni a látottakat, különösképpen az egyik esetben, ahol az LX szint a blastos krízisben mérsékelten alacsony volt, és lényegesen emelkedett, mikor a beteg chr. fázisba jutott, majd újabb blastos fázisba jutva visszatért az indulási alacsony értékre. Az LX termelés csökkenése egyébként korai jele a CGL-nek. A vérlemezék 12-lipoxigenase aktivitásának csökkenésével szemben egyéb eicosasavtermék okozta anyagcserezavart sem a thrombo-, sem a granulocytákban nem találtak. Az arachidonsav-HHT konverzió pedig intakt maradt. Mivel a HHT-t és a thromboxan-A₂-t TX(A₂) egyetlen közös enzim, a thromboxan-synthetase katalizálja, ez arra enged következtetni, hogy a thromboxan termelés nem károsodott. MPD-s betegek thrombocytái nemcsak a HHT-t, hanem a thromboxan B₂-t is normális mennyiségben szintetizálják. A granulocytákban az 5-lipoxigenase (5-LO) még blastos krízisben is normális maradt, ami egybevág a szerzők régebbi kísérleteivel, nevezetesen azzal, hogy CGL-ben a fvs-ek LTC₄ képzése fokozott. A 12-LO hiányos thrombocytáknak pedig mégiscsak megmaradt az LTC₄-et LTA₄-ból konvertáló-képessége, jelezve, hogy a thrombocyták LTC₄-szintetázé működése normális. A CGL granulocytáknak pedig megmaradt az a képessége, hogy a LTA₄-et termeljenek.

Az MPD betegségek tulajdonképpen egy sejtklón zavara miatt keletkeznek, ami nemcsak a myeloid sejtekben, hanem a megakaryo- és thrombocytákban is kifejezésre jut.

A vizsgálatok arra utalnak, hogy az elégtelen LX szintézis egy új thrombocytá eregető működési zavar CGL-ben, különösen ennek a betegségnek a blastos fázisában, melyben az *essentialisan csökkent 12-lipoxygenase aktivitás általános jelenség*.

Bán András dr.

A reticulocyták képlékenysége és áthatolása endothelsejtszerű pórusokon. Waugh, R. E. (Dep. Biophysics, Univ. Rochester School of Med. and Dent., Rochester, N. Y., USA): Blood, 1991, 78, 3037.

A szerző a reticulocyták és érett vvs.-ek képlékenységét, valamint a sejtmembrán egyéb tulajdonságait vizsgálta igen szellemes modellkísérletekben különböző feltételek megváltoztatásával.

Azt régóta tudjuk, hogy a csontvelőben kisebb-nagyobb üregek vannak, melyekben a parenchymasejtek érése és oszlása történik, és ezeket a strómától egy vékony endothel- és adventitia-sejtréteg választja el, mely a csontvelői sinusok falát alkotja. Ahhoz, hogy a vvs.-ek a sinusokba, onnan a systemás keringésbe jussanak, át kell hogy hatoljanak ezeknek a sejteknek a pórusain. A normális haemostasis fenntartásához minden másodpercben 2,5 millió vvs.-nek kell a keringésbe jutnia, ami azonban szükség esetén, pl. vérvesztés után, lényegesen több is lehet. A kiáramlásnál két dolgot kell figyelembe venni; a sejt képlékenységét, ill. membránjának a rigiditását és adhaesióját a sejt közötti állomány egyes komponenseihez. Hogy pontosan mi ennek a mechanizmusa, az viszonylag kevésbé ismert, hiszen a reticulocytáknak és a vvs.-eknek nincs meg az a migrációs képessége, mint a granulocytáknak, így a sejt aktív mozgása kizárható. Arra azonban már utaltak, hogy a kiáramlás a sejtmembrán különböző tulajdonságaitól, elsősorban a membrán képlékenységtől függ, melyhez a hidrosztatikus nyomás bizonyos fokú különbségére van szükség, melynek nagysága és eredete azonban egyáltalán nem, vagy csak nagyon kevésbé ismert. Hogyan lehetett ezt a kérdést megközelíteni? A szerző egy vékony 0,1 μm vastag szilikohártyát szerkesztett, melynek közepén egy 1,2 μm átmérőjű kör alakú nyílás volt. Ezen kellett a vizsgált sejteknek egyenként átbújniuk. Az egészet egy mikropipettába helyezték, melyben különböző nyomásviszonyokat létesítettek és vizuálisan tudták követni az egész folyamatot. Érett vvs.-ek esetében ehhez 1–2 Hgmm-es nyomásra és 1 mp-re volt szükség.

A készülék leírása mellett részletes ismertetést olvashatunk a különböző módszerekről, a sejtek szeparálásáról, a sejtfehérin képlékenységének és felszíni viszkozitásának a meghatározásáról. Tulajdonképpen az idő és a nyomás függvényében vizsgálták az egyes sejtek áthaladási képességét.

A reticulocytákat véreztetett nyulakból

nyerték oly módon, hogy gradiens centrifugával szeparálták, és így a centrifugátum felső rétege 90–95% reticulocytát tartalmazott, míg a maradék kb. egyforma arányban került a középső és legalsó rétegbe. A reticulocyták azonban így is elég heterogén populációt alkotnak, melyek egy része bikonkáv, teljesen hasonló a vvs.-ek membránjához, más része azonban változatos alakú, és ami nagyon fontos, membránja is más, merevebb, képlékenysége kisebb.

Amint ezek a sejtek a szűrő nyílásán átbújtak, megfelelő nyomásra volt szükségük, melyhez a sejtnak deformálódnia kellett, és a membránnak ez a tulajdonsága összefüggött a sejt fejlődési fokozatával aszerint, hogy korai vagy késői, tehát éretlen vagy érett reticulocytákról volt szó. Az eredmények igazolták azt a feltevést, hogy a korai alakok átjutásához hosszabb időre és nagyobb nyomásra van szükség. Amint a sejt a nyíláson áthatol, megnyúlik, hosszabb lesz, utána azonban visszanyeri eredeti alakját. Itt is különbség volt az éretlen és érett reticulocyták között, és a centrifugátum középső rétegében talált sejtek között szép számmal találtak olyanokat, melyeknél ez az idő hosszabb volt, igazolva az eddigi megfigyeléseket, hiszen ez a sejt-szuszpenzió elég heterogén volt, és egyaránt tartalmazott korai és késői, azaz éretlen formákat. A viszkoelaszticitásban azonban nem volt lényeges különbség. A merevebb formák passzálásához átlagosan 4 Hgmm-re, vagy kisebb nyomás esetén hosszabb időre volt szükség. Az érett reticulocyták membrántulajdonságai lényegesen nem különböztek a normális vvs.-ekétől.

A szerző újabb és talán részletesebb vizsgálatai megerősítették a sejtmembrán képlékenységről alkotott ismereteinket azzal a megjegyzéssel, hogy az egyes reticulocyták között különbség van, aminek elsősorban különböző pathológiás állapotokban van jelentősége.

Elképzelték ugyan, de pontosan igazolni még nem sikerült, hogy a perifériára kiáramlott reticulocyták érése tovább folytatódik, és végül felveszik a normál vvs. tulajdonságait. Ezt uraemiás betegek sejtjeiben vizsgálták erythropoietin terapia előtt és után. Az eredetileg is keringő sejtek képlékenysége változatlan maradt, de a mikor a terapia hatására a haemostatus javult, vagyis új sejtek jutottak a perifériára, az elaszticitás fokozódott, vagyis maga az uraemiás állapot a sejteknek a fenti tulajdonságát nem befolyásolta. Eddig úgy vélték, hogy a keringő vvs.-ek sequestrációja főleg a lépben, ill. a RES-ben történik, viszont elképzelték, hogy megváltozott körülmények pl. stress hatására a csökkent képlékenység rendeződik.

A mérésekkel kapcsolatos eredmények eléggé meggyőzőek arra nézve, hogy két szempontot kell figyelembe venni; az egyik az aminimális vagy küszöbnyomás, mely képessé teszi a sejtet arra, hogy a nyomásgradiens révén az alacsonyabb nyomású sinusokba kerüljenek és ez — modellkísérletben a szűrő nyílásával — élőben a pórusok nagyságával fordított arányban nő.

Ha a sejtmembrán rugalmassága csökken, akkor ugyancsak nagyobb nyomásra vagy nagyobb átmérőjű pórusokra van szükség.

Többet kellene tudnunk a *fibronectinről*, amihez a sejtek „hozzátapadnak” és az adhérencia révén későn szabadulnak. Vizsgálni kellene az endothel pórusainak a méreteit, ennek változását, ami ugyancsak fontos szempont ebben a bonyolult mechanizmusban. Itt is igaz, ha a stomák szélesebbek, a sejtek kiáramlása fokozódik, az érettek könnyebben, a merevebbek nehezebben.

A szerző úgy véli, hogy normális eseteket összehasonlítva bizonyos stressz-szituációkkal a probléma közelebb hozható, és élőben is sikerülni fog a hidrosztatikus nyomás pontos mérése, mely a problémakör egyik kulcskérdése.

Bán András dr.

Refrakter Langerhans-sejtes histiocytosis kezelése cyclosporinnal. Arico, M. (Dep. Ped., IRCCS Policlinic S. Matteo, Univ. Pavia, Pavia, Olaszország): Blood, 1991, 78, 3107.

A szerző egy, a lapban már megjelent cikkel kapcsolatban nyilatkozik, ahol azt közölték, hogy az X-histiocytosis körébe tartozó előrehaladott Langerhans-sejtes histiocytosisban részleges remissiót lehetett cyclosporinnal elérni. A hozzászóló kivonatban ismerteti saját betegének a kezelését; egy 5 hónapos kislányról volt szó, akit etoposiddal kezdett el kezelni, de nem ért el vele eredményt. A gyermek tünetei, láz, bőrkütiés, súlyos anaemia, diabetes insipidus, beszűkődés a tüdőben, elváltozások a koponyán, látgyérészduzzanat és exophthalmus, progrediáltak, és nem hozott eredményt vinblastin és prednisolon sem. Ekkor 2 mg/kg prednisolonnal és cyclosporinnal folytatódott a terapia, melynek eredményeképpen gyors javulás következett be, hiszen a diabetes insipidus kivételével az összes tünetek elmúltak. Mindezek ellenére megfelelő kezelési sémát a mai napig sem közöltek, amit sürgősen publikálni kellene az új és refrakter esetek kezelésére egyaránt, amit egy nemzetközi kooperatív team dolgozhatna ki.

Bán András dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Méhkontraktilitás kiváltása, illetve vetélés-indukció koraterhességben mifepristonnal és misoprostollal. Norman, J. E., Thong, K. J., Baird, D. T.: Lancet, 1991, 338, 1233.

A mifepriston nevű antiprogesteron hatású vegyület (Ru486) koraterhességben alkalmazva vetélést okoz. Ha szintetikus prosztaglandinnal kombinálják, a prosztaglandin beadását követően 36–48 órával a vetelési arány 95%. A rendelkezésre álló injekciós

(sulproston) vagy hüvelyi pesszárium segítségével alkalmazható prosztataglandin származék (gemeprost) mellékhatásai nehezen elviselhetők, sőt anyai halál is előfordulhat. A szerzők vizsgálatának célja az volt, hogy egy, az emésztéses fekély gyógyításában alkalmazott, mellékhatásoktól alig okozó orális prosztataglandin, a misoprostol hatásosságát tanulmányozzák egyedül vagy mifepristonnal kombinálva. A vegyület hatásosságát a méhen belüli nyomás változásával, illetve a megszakított terhességek arányával értékelték. A méhen belüli nyomást egy, a cervikális csatornán át a méh üregébe vezetett hajlékony katéter végébe helyezett transzducerrel regisztrálták.

Megállapították, hogy a misoprostol 200–400–600-os dózisban az intrauterin nyomást fokozta, de ritmusos méhkontrakciókat nem idézett elő, 40 terhes közül egy héten belül csak két esetben következett be spontán vetélés. Ha 200 mg mifepriston előkezelés után alkalmazták a misoprostolt 56 napos vagy rövidebb időtartamú terhesség esetén, a montevidói egységben kifejezett méhaktivitás jelentősen emelkedett, és 21 terhes közül 18 esetben vetélés következett be. A mellékhatások lényegesen enyhébbek voltak, mint a sulproston, illetve gemeprost alkalmazásakor.

A szerzők elismerik, hogy kisszámú esetük alapján határozott állásfoglalásra nem vállalkozhatnak, de ha biztató eredményeket nagyobb vizsgálati anyagon is igazolni lehet, véleményük szerint a mifepriston misoprostollal kombinálva hatásos és olcsó módja lehet a koraterhességék orvosilag ellenőrzött megszakításának.

Csapó Zsolt dr.

Misoprostol és a művi vetélés. (Szerkesztőégi közlemény): Lancet, 1991, 338, 1241.

A szerkesztőégi közlemény szerint általános nézet, hogy nem kívánt terhességek esetén jobb az orvosilag ellenőrzött törvényes művi vetélés, mint a terhesség továbbviselésének kényszere. Irodalmi adatokra támaszkodva a szerkesztőség a mifepriston (Ru486)-prosztaglandin kombinációt biztonságos és effektív módszernek tartja terhességmegszakítás céljára, a gesztáció első 9 hetében. A spontán vetélések lezajlása után csupán 5%-ban szükséges műszeres befejezés (pl. vacuum aspiráció) és 1%-ban transzfúzió. Eredménytelen indukció csupán 1%-ban fordul elő. A mifepriston-prosztaglandin kombináció azonban meglehetősen drága beavatkozás. A mifepriston 600 mg-os adagja pl. az Egyesült Királyságban 42,9 font és a rendelkezésre álló, törzskönyvezett, és hüvelyi úton alkalmazható gemeprost egy dózisa 21 font. További nehézséget jelent még fejlett országokban is az, hogy a gemeprost csak hűtőszekrényben szállítható és tárolható, továbbá, hogy a mellékhatások a sulprostonhoz hasonlóan igen kellemetlenek. Egy, a gemeprosttal megegyező hatékonyságú, olcsó, szájon át adható, szobahőmérsékleten stabil, enyhe

mellékhatásokkal rendelkező prosztataglandin származék a mifepristonnal indukált terhességmegszakításokat egyszerűsítene, olcsóbbá tenné. A misoprostol — amit sok országban az emésztéses fekély gyógyítására alkalmaznak — a fenti kritériumoknak úgy látszik, megfelel, ára csupán 0,46 font. Aubeny and Baulieu 600 mg mifepriston és 400 mg misoprostol per os adása után 95%-ban spontán vetélést észlelt. A fájdalom, a gasztrointesztinális mellékhatások elviselhetőbbek voltak, mint sulproston után. Norman és mtsai (lásd referátum), igaz kisebb esetszám alapján, hasonló eredményre jutottak.

A törvényes vetélések során az anyai halálesetek száma 1/100 000 Angliában és Walesben. Ezzel szemben a kriminális vetélések következtében meghalt asszonyok az összes anyai halálozás 13%-át teszik ki Sri Lankában, 25%-át Nigériában és 36%-át Chilében. Ezekben az országokban a művi vetélés nem engedélyezett. Bár a terhesek ismerik a kriminális vetélések akár halálos kockázatát is, mégis inkább ezt az utat választják, mint a terhesség megtartását.

Ha a mifepriston-misoprostol kombináció nagy esetszám tanulmányozása során is hatásosnak bizonyul — a szerkesztőégi közlemény szerint —, az egész világon elterjedhet, megoldhatja a művi vetélés problémáját és csökkentheti a kriminális abortuszok számát.

[Ref.: Ezen új készítmények alkalmazása számos etikai, esetenként jogi kérdést vet fel. Ezekre a szerkesztőégi közlemény nem tér ki.]

Csapó Zsolt dr.

Alkoholfogyasztás és az intrauterin dystrophia. Schöneck, U. és mtsai: Monatschr. Kinderheilk. 1992, 140, 34.

Az embriopathia alcoholica diagnózisát ma 3 kritériumhoz kötik: a prae- és/vagy postnatalis dystrophiához, a központi idegrendszer funkcionális és/vagy strukturális zavarához és a kraniofaciális dysmorphismához. A szerzők követéses vizsgálatukban 47 disztrófiás újszülöttet kísérték figyelemmel, a prae- és postnatalis alkoholfogyasztás tekintetbevételével abból a megfontolásból kiindulva, hogy az enyhe fokú alkoholos embriopathiát sokszor nem ismerik fel.

A szerzők megfigyelési területén, 8–18 hónapos megfigyelést alkalmazva, ezen időszak alatt 1819 gyermek született, de 44,9%-uk külföldi, csaknem kizárólag török anyától. Mivel pedig a török nők alkoholfogyasztása valószínűtlen, ezért elsődlegesen német anya-magzat párokat vizsgáltak. A 62 disztrófiás újszülöttnél több mint a felét, 38-at voltak képesek felmérni, 3-at kizártak, 9 anya idő előtt elhunyt a klinikát, 1-et manifest gestosis, 2 gyermeket genetikai anomália miatt nem vettek fel a programba, 9 anya pedig megtagadta az együttműködést. Az utánvizsgálatot a 8–18 hónapos korban 34 esetben voltak képesek megejteni.

Vizsgálataukhoz 3 csoportot képeztek. Az elsőben 11 német nő vett részt pozitív alkoholos anamnézissel, a terhesség alatti heti több mint 50 g-os alkoholfogyasztással. A másodikban 27 olyan német nő vett részt, akik a terhességük előtt fogyasztottak kevés, heti 50 g alatti alkoholfogyasztást, vagy absztinensek voltak és a harmadik kontroll csoportot 9 török nő képezte, akik végig absztinensek voltak.

Vizsgálati eredményük alapján az 1002 német újszülöttnél 62 (6,2%), míg a 817 külföldi újszülöttnél 26 (3,2%) volt disztrófiás. A 47 disztrófiás újszülött anyái közül 11-nek volt pozitív alkohol-anamnézise, heti 50 g feletti alkoholfogyasztással, 6-nak pedig már kifejezett alkoholos embriopathiája volt. Ez utóbbiak közül 5 a „binge drinking” (alkalmanként legalább 5, vagy ennél több alkoholos italt fogyasztó „mulató”) csoportból került ki, illetve 5 anya már a terhesség tudatában is heti 100 g, vagy ennél több alkoholt ivott meg.

Négy kóros paramétert, az embriopathiát, testhosszt, testsúlyt, fejkörfogatot összefüggésében is vizsgálva kiderült, hogy a disztrófiát az alkoholos anamnézis, a nikotinfogyasztás és a placenta súlya képes előre jelezni. Az I. csoportú nők gyermekeinek alkoholos embriopathiája szignifikánsan gyakoribb volt, mint a terhességük előtt kevesebbet ivó és a török nők magzatainak embriopathiája. Kiderült továbbá, hogy a pozitív alkohol-anamnézissel asszonyoknak a 73%-a még a terhesség felismerése után is naponta 15 cigarettát szívott el, míg a többiek ezt csak 25%-os gyakorisággal tették.

Az embriopathia alcoholica stabilitását a 34 utánvizsgálat is igazolta, melynek legkifejezettebb jele a microcephalia volt, amennyiben ez az utánvizsgálatok idejére megduplázódott. Az utánvizsgálatok idejében az I. csoport 10 gyermekéből 9 volt microcephal, ami annak a bizonyítéka, hogy az alkoholos anamnézissel anyák gyermekeinek növekedési visszamaradottságában a fej kisméretűsége elsősorban feltűnő. Idegfejlődésükben csak 12 esetben nem tapasztaltak kóros jelenséget, a többiek visszamaradottsága pszichoszomatikus retardációval, gyakori hiperaktivitással és izomhipotóniával társult.

Az intrauterin dystrophia arányát az irodalomban 4,8%-osra becsülik és a német nők 6,2%-os aránya duplája volt a török nőkének. Ebben a szerzők elsősorban az alkoholfogyasztást és dohányzást teszik felelőssé. 1 ezrelékes alkoholszindróma gyakoriságuk megközelíti a 8 nyugati ország tanulmányozása alapján észlelt 1,9 ezrelékes incidenciát, bár arányuk a 18 hónapos utánvizsgálatot követően jelentősen megemelkedett. Bár a disztrófiás gyermekek illetően gyakoriságáról nincsenek megbízható adatok, mégis feltűnő volt, hogy 38 disztrófiás gyermekük közül 6-nál (16%) enyhébb embriopathia alcoholica is észlelték és ez feltűnően összefüggött a nikotinabúzással is. Mivel utánvizsgálatokkal az embriopathia alcoholica diagnózisa megduplázódott, ezt a 8–18 hónapos kor-

ban javasolják rögzíteni. A megelőzésben az alkoholos veszély korai felismerésére és az érintett szakemberek együttműködésére hívják fel a figyelmet.

Angeli István dr.

Az Rh problémák megelőzése. Schneider, J. (Fraenklinik W-3000 Hannover 51.): *Sexualmedizin*, 1992, 21, 120.

A cikk összefoglalja, hogy mikor és milyen adagban szükséges, ajánlatos az Rh-val összefüggő esetleges magzati ártalom megelőzése végett Anti D gammaglobulint adni.

Szerinte:

1. Minden terhesség elején meghatározandó a vércsoport, és ha a terhes Rh-negatív, az ellenanyag is.

2. Ezt a vizsgálatot a terhesség 24–27. hetében meg kell ismételni.

3. Ha a terhes Rh negatív és nem mutatható ki ellenanyag, a terhesség 28–30. hetében kapjon 300 µg Anti D-t.

4. Ha a megszületett gyermek Rh pozitív, a szülés után 72 órán belül kapjon a nő ismét 300 µg Anti D-t.

5. Diagnosztikus — terhesség alatti — beavatkozások (pl. amniocentesis) után kapjon az Rh negatív terhes 300 µg Anti D-t.

6. Ha a szülés után ellenanyag mutatható ki, a gyermekágyasnak adandó 3 alkalommal 300–300 µg Anti D.

Kiemeli a szerző, hogy ez a „drága” megelőzés olcsóbb, mint a károsodott gyermek kezelése (300 µg Anti D ára: 130 DM), akkor is, ha sokszor felesleges a megelőzés. Ugyanis 100 terhes közül általában 18 az Rh negatív. Ezek férjei közül 2 szintén Rh negatív. További négy nő gyermeke azért Rh negatív, mert a férj ugyan Rh pozitív, de heterozigóta.

[Ref.: A cikk nem szól arról, hogy mi motiválta a szerzőt arra, hogy e „köztudott” ajánlásokat megfogalmazza, de feltehetően „oka” van annak, ha egy klinika arról ír, feltehetően „néha” elmaradt a megelőző oltás. Lehet, hogy egyesek hazánkban is „feledékenyek”, és akkor nem felesleges a referálás.]

Aszódi Imre dr.

Vissza a konyhaasztalhoz! Oppermann, E. (Szerkesztőségi közlemény): *Sexualmedizin*, 1992, 21, 103.

A cikk arra hívja fel a figyelmet, hogy a terhességmegszakítás eltiltása és annak bármilyen bürokratikus „nehezítése” egyértelműen az „angyalcsinálások” gyakoriságának az emelkedéséhez vezet, miután sokan az „utánjárás” helyett is egyszerűbbnek tartják a „házi” elintéztést.

A múltból képest legfeljebb a technika változik, mert elterjedt az ún. amerikai módszer: beszerzendő egy katéter, egy vákuum-palack és egy egyszerűhasználatos

50 ml-es fecskendő. A nők egymást tanítják meg a technikára, ami sok nő számára csábítóan egyszerűnek látszik, ezért arra is rendezkedik be, hogy ezzel a módszerrel fog élni. Úgy „tudják”, hogy ha ezt a be rendezést valaki csak magának használja, elegendő azt minden alkalommal szappannal-vízzel jól elmosogatni.

Nyilvánvaló, hogy az orvosok számára nincs is más feladat a jövőben — ha ez általános lesz —, mint perforáció, csillapíthatatlan vérzés és fertőzés esetén operálni.

[Ref.: A cikk napjainkban aktuális, de arról nem szól, hogy hányan fognak ebbe belehalni.]

Aszódi Imre dr.

A dohányzás és a szájnálkahártyán át alkalmazott nikotin heveny hatása a méh és köldökarteria Doppler áramlás hullámformákra. Brunner, J. P., Forouzan, I. (Department of Obstetrics and Gynecology, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN 37232–2519, USA): *J. Reprod. Med. Obstet. Gynecol.*, 1991, 36, 435.

A dohányzás és a nikotin tartalmú ráógumi hatását vizsgálták 47 egészséges, a terhesség végén lévő asszony méh és köldökzinór artéria véráramlás gyorsaság hullámformáira. A szisztolés: diasztolés hányados, a jegyzett hullámformákat tanulmányozták 1,2 mg nikotint tartalmazó cigaretta, illetve 2,0 mg nikotint tartalmazó ráógumi használata előtt és után. Szignifikáns eltérést a nikotin hatása előtt nem észleltek. A habituális dohányzóknak a köldökzinór diasztolés véráramlása gyorsasága a nikotin hatására jelentősen csökkent. A hatás megszűnte után azonban már 10 perccel minden elváltozás megszűnt, és az értékek a bazális szintre tértek vissza. A változások oka a köldökzinór artéria véráramlás gyorsaság hullámformáiban valószínűleg a nikotin. A megfigyelt szignifikáns elváltozások hiánya a nem habituális dohányzóknak a receptor-mediátor válasza enged következtetni. Az a tény, hogy a köldökzinór véráramlás gyorsaság hullámformáinak változása nem társul a méh-erekben kimutatható elváltozásokkal, arra utal, hogy az anyai szervezetben lévő nikotinnak a magzat cardiovascularis rendszerére direkt toxikus a hatása.

Jakovits Antal dr.

Petefészektömlők magzatokban: születés előtti szonográfias kimutatás, születés utáni becslés és kezelés. Mezner, I. és mtsai (Division of Obstetrics and Gynecology, Soroka Medical Center, P. O. Box 151, Beer Sheva, 8410 Izrael): *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991, 164, 874.

A szerzők 31 hónap alatt 15 magzatban fedeztek fel ultrahanggal petefészek cystát. A kórismézés a terhesség 19–35. hete között történt. A legnagyobb tömlő 7 cm átmérőjű

volt. Egy kivételével mind egyrekeszes volt. Hat esetben a tömlő kocsánya megcsavarodott. Ezek közül négyet adnexectomiával, egyet kimetszéssel kezeltek. A ciszták egyébként a megszületés után 6 hónapon belül visszafejlődtek. Az eltávolítottak szövettanilag folliculus tömlőknek bizonyultak, illetve egyik faluk elhalt. Keletkezésük oka a túlságos anyai, illetve lepényi hormonokban keresendő.

A szerzők tapasztalatai szerint a petefészek tömlőket a méhben ellenőrizni kell a megszületésig. Torzió esetén közvetlenül a megszületés után meg kell operálni. A punkciót veszélyesnek tartják a következményes lenövések miatt, vagy ha a tartalmuk szervült-alvadékos, a punkció lehetetlen. Műtét alkalmával, ha lehetséges, a petefészek parenchymát meg kell őrizni.

Jakovits Antal dr.

A külső fejrefordítás megelőző császármetszés után. Flamm, B. L. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, Riverside, CA 92505, USA): *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991, 165, 370.

Az Egyesült Államokban évente közel 100 000 császármetszést végeznek medencevégi fekvés miatt. A szerzők külső fejrefordítással igyekeztek a gyakoriságot csökkenteni császármetszés utáni állapotban is. 56 császármetszés utáni és 56 előzetes sectio nélküli medencevégi fekvésben elhelyezkedő magzatot kihordó terhesnél kíséreltek meg külső fejrefordítást. A sectio utáni 46 (82%) asszonynál sikerült a fejrefordítás, míg akiknek előzőleg nem volt császármetszésük, a fordítás 61%-ban sikerült. Ez azzal magyarázható, hogy a sectio utáni asszonyok paritása nagyobb volt. A szerzők érdekességként megemlítik, hogy az előző sectiók 41%-a éppen medencevégi fekvés miatt történt. Méhrepedés egyetlen esetben sem következett be. Fordítás közbeni szív működés abnormalitás miatt mindkét csoportban egy-egy császármetszést kellett végezni.

A császármetszés után terminus közelben medencevégi fekvés esetén csak 3 alternatívája van a külső fejrefordításnak: 1. hüvelyi medencevégi szülés. Ez a lehetőség a jövőben nem lesz elfogadható azon orvosok növekvő száma miatt, akik már medencevégi hüvelyi szülést nem vezetnek. Az USA nemzeti statisztikája mutatja, hogy 1970-ben a medencevégi magzatokat 14 és 1986-ban 86%-ában sectióval hozták világra. 2. Expectans kezelés lehetséges abban a reményben, hogy a magzat megfordul, de ez spontán csak 12%-ban következik be. 3. Elektív császármetszés, ez azonban nem garancia medencevégi fekvés esetén a jó perinatális kimenetelre.

A szerzők véleménye szerint a medencevégi magzat fejrefordítása császármetszés után is elfogadható alternatívája az ismételt császármetszésnek.

Jakovits Antal dr.

Az embrió szonográfias mérése: a fejtető—far távolság újrafontolása. Goldstein, S. R. (530 First Ave., Suite 5E, New York, NY 10016 USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1991, 165, 497.

A szerző az embrió mérés jelenlegi módszerét ismerteti. Először megjegyzi, hogy az *embrió* szó a görög metamorphosis-t jelentő szóból, a *fetus* pedig a latin ivadékok jelentősből származik. A fogamzás utáni 9. nappal jelenik meg az embrionális komplexus, ami az elsődleges szikhólyagból, embrió lemezből és amniális üregből áll. A terhességi gyűrűn belül szonográfiával először a szikhólyag látható. Az embrió és a szívaktivitás jelen van, de még túl kicsi az ábrázolódáshoz. A 3–4 cm-es embrió egyenes és ez a tényleges hossza. Később C alakban meggörbül, a fejlődő fej extrém módon flexióba kerül, ezért tulajdonképpen a legnagyobb hossz a nyak-törzset jelenti: 11 mm. Amikor a legnagyobb hossz-tengely eléri a 18–22 mm-t, akkor mérhető a valódi fejtető—far távolság. A továbbiakban a fej nem hajlik meg, a farok-rész visszafejlődik, kifejlődnek a végtagok, a szemek és felismerhető a magzat. Amikor a fejtető—far hossz eléri a 35 mm-t, ez a határ, amikor könnyű a pontos mérés. A fej folytatja a flexiót, és egyre könnyebb a falcsontok közti távolság mérése, ami paraméter változáshoz vezet. Az ülő embrió hossz-tengelye helyett a biparietális átmérőt mérjük.

A legkisebb fejtető—far távolság 12 mm-nél ábrázolható. A 18 mm-t meghaladó értékeknél csökken a megítélés alacsony méréshiba. Mivel kezdetben a nyak—far távolság méréséről van tulajdonképpen szó,

ezért a szerző ajánlja a 18 mm-nél kisebb értékek esetén a korai embrió nagyság elnevezést.

Jakobovits Antal dr.

A hüvelyi méhkiirtás trendje 30 év folyamán. Gitsch, G., Berger, E., Tatra, G. (Spitalgasse 23, A-1090, Ausztria): Surg. Gynecol. Obstet., 1991, 172, 207.

A szerzők klinikáján 1955–1985 között összesen 9967 méheltávolítást végeztek. A hüvelyi utat 6078 (60,9) esetben választották. A betegek 64%-a többször szül, 27%-a egyszer szül és 8%-a nem szült nő volt. Az 1955–1975. és az 1976–1985. évek közti periódusokat összehasonlítva a myomák előfordulása 30,6, illetve 27,1%, az in situ cervixrákoké 6,5, illetve 7,9%, és az endometriumrákoké 1,4, illetve 0,6%. Ezek gyakorisága tehát nagyjában állandó. Az utóbbi években gyakoribb a descensus és a prolapsus miatt végzett műtétek száma: 27,6, illetve 41,6%. Az ismétlődő metrorrhagiák miatt viszont 33,9%-ról 22,8%-ra csökkent a műtétek gyakorisága. A leggyakoribb komplikációk a műtét közbeni vérzés és hólyagsérülés. Postoperatív sipolyt nem észleltek. Két tuba prolapsus volt. A 6078 esetből 4 ízben tértek át laparotomiára. Két beteg halt meg sepsisben. A szerzők, amikor csak lehetséges, ajánlják a hüvelyi méhkiirtást a szövődmények, halálozás és a műtét utáni morbiditás ritkasága miatt.

Jakobovits Antal dr.

A méhnyak-változás mérése: viszonya a koraszüléshez többes terhességben. Newman, R. B. és mtsai (Section of Maternal-Fetal Medicine, 171 Ashley Ave., Charleston, SC 29425, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1991, 165, 264.

A terhesség alatti cervix vizsgálattal szerzett információ értékes előrejelzése a szülés kezdetének mind terminusbeli, mind kora ikerterhességekben. A szerzők 2 hetenként vizsgálták az ikerterheseket. A cervix pontarányát úgy fejezték ki, hogy a cervix hosszából levonták a nyakcsatorna tágasságát a belső méhszáj magasságában. Koraszülésnek tekintették azokat, amelyek korai spontán fájások vagy korai idő előtti burokrepedés következményei voltak. 71 kettes és 7 hármas ikerterhest vizsgáltak. Ezek közül 44 (56%) szült terminus előtt: a 44 közül 30 spontán fájástevékenység után, és 14 korai, idő előtti burokrepedés után. Minél kisebb az átlagos cervicalis pontarány, annál rövidebb az idő intervallum a szülésig. A koraszüléssel szövődött terhességeknek állandóan alacsonyabb az átlagos cervicalis pontarányuk a fokozódó gestációs korról, mint azoknak, akik terminusban szülnek. A heti cervicalis pontarány ikerterhesekben folyamatosan csökken, a legjelentősebben a 30. hét után. A méh kontrakciók kezdetben folyamatos kifejlődést, majd később a cervix tágulását váltják ki, és a cervix felfelé húzódik az előlfekvő részen. Sokan azt hiszik, az ún. Braxton-Hicks-féle kontrakciók a szülés kezdetének időzítésével vannak kapcsolatban. Minél korábban van ≤ 0 cervicalis pontarány, annál nagyobb a prediktív értéke.

Jakobovits Antal dr.

A rendezvények és a kongresszusi híryanagok leadásának határideje a lap megjelenése előtt 40 nap, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Springer Hungarica Kiadó Kft.

RITKA KÍNÁLAT:

ami az egészségügyi alapellátáshoz nélkülözhetetlen, gyógyszeres segédeszközök, orvosi műszerek széles választéka

a Gyógyászati Segédeszközök Gyára és az ALLEGRO W. D. H. Kft. üzletében.

1137 Budapest, Pozsonyi út 20. Telefon: 129-5442



Magnesium 250 mg

Pharmavit pezsgőtabletta

- csökkent bevitel, felszívódási zavar, vagy megnövekedett ürítés következtében kialakuló magnéziumhiányos állapotok kezelése
- megnövekedett magnéziumhiány kielégítése (terhesség, szoptatás)



A felnőttek napi magnéziumszükséglete 300-350 mg, serdülőké 400 mg, terhes és szoptató nőké 450 mg.

A megnövekedett igény, csökkent bevitel, fokozott magnéziumvesztést okozó tényezők közül a gyakorlatban legfontosabbnak látszik a krónikus diuretikus kezelés következtében kialakuló hypomagnesaemia és refrakter hypokalaemia kezelése, hypertóniás, szívelégtelenségben szenvedő illetve digitáliszt szedő betegekben, olyan esetekben is, amikor a magnéziumhiány szérummeghatározással nem igazolható.

Cardioprotektív hatása miatt kiegészítő kezelésként alkalmazható ischaemiás szívbetegségben és hypertóniában.

A krónikus magnéziumhiányos állapotok kezelésére és megelőzésére alkalmas a per os adható Magnézium 250 mg Pharmavit pezsgőtabletta. A készítmény hatóanyaga magnézium-oxid, amely a pezsgőtabletta feloldásakor jól felszívódó magnézium-citrát sóvá alakul.

Magnesium 250 mg Pharmavit
pezsgőtabletta

ATC: A 12 CC 06

Hatóanyag: 420 mg magnesium oxydatum (250 mg magnézium), 150 mg aszkorbinsav pezsgőtablettánként.

Javallatok: Magnéziumhiány megelőzése és megszüntetése; megnövekedett igény (terhesség, szoptatás), csökkent bevitel (alkoholizmus, malnutritio), felszívódási zavarok (bélbetegségek, malabsorptio), jelentős magnéziumvesztés (hányás, hasmenés, égési sérülések, fokozott diuresis okozta hypokalaemiás állapotok, vesebetegségek polyuriás fázisa, tubuláris dysfunctiók, nephrotoxicus gyógyszerek alkalmazása).

Hypothyreosis, Cushing kór, Conn syndrome adjuváns kezelése.

Kiegészítő terápiaként angina pectorisban, akut myocardialis infarctusban, szívritmuszavarokban, valamint hypertóniában.

Fokozott neuromusculáris ingerlékenység, izomgörcsök.

Calcium-oxalátó képződés profilaxisa.

Ellenjavallatok: Veseelégtelenség, exsiccosis, hyperthyreosis, Addison kór.

Adagolás: Felnőtteknek naponta 3-szor 1 pezsgőtabletta; gyermekeknek 5 éves korig napi 1 pezsgőtabletta, 5-10 éves korban napi 1-2-szer 1 pezsgőtabletta, 10 éves kortól napi 2-3-szor 1 pezsgőtabletta egy pohár vízben oldva.

Mellékhatások: Nagyobb adagok bevétele esetén enyhe székletlágyító hatás, esetleges hasmenés jelentkezhet; ilyenkor az adagot csökkenteni kell.

Gyógyszerkölcsönhatások: Az orális tetraciklinek, vas-sók és nátrium-fluorid felszívódását gátolja.

A fenti gyógyszerek és magnézium bevétele között legalább 3 órának kell eltelnie.

Figyelmeztetés: Nagy adagok tartós szedése hypermagnesaemiához vezethet. Tünetei nem specifikusak: gyengeség, hányás, hypotensio, bradycardia, hyporeflexia, EKG- változások, központi idegrendszeri depresszió. Ilyen esetekben ellenőrizni kell a szérumban magnéziumszintet.

Elősegítheti a kalcium-magnézium-ammoniumfoszfát struvit kövek kialakulását.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, fénytől védve, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: 1 doboz vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelői ár: 70 Ft

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 80%

OGYI eng. szám: 209/40/92

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Veresegyház

TB támogatás: 80%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.





ASTMOPENT spray

Hatóanyag. 15 mg orciprenalinium sulfuricum ml-enként.

Javallatok. Asthma bronchiale és bronchospazmussal járó megbetegedések.

Ellenjavallatok. Tachikardiával járó kórképek (kivétel a kaotikus kamrai tachikardia, ha elektromos stimulálásra nincs mód); hipertenzió, tireotoxikózis. A terhesség első trimeszterében alkalmazása megfontolást igényel.

Adagolás. Az adagolószelep egyszeri lenyomására 0,75 mg hatóanyagot tartalmazó permet szabadul fel. Asztmás roham kezdetén, majd 5 perc elteltével 1—1 adagot kell belélegezni. További adag csak a két belégzés után 4 órával ismételhető meg. Ha ez idő alatt újabb roham jelentkezik, más gyógyszert kell alkalmazni.

Mellékhatások. Tremor, palpitáció, tachikardia, fejfájás, nauzea, gasztrointesztinális zavarok.

Gyógyszerkölcsonhatások. Együttadása tilos:

— MAO-gátlókkal (hipertóniás krízis veszélye). Az Astmopent-kezelés csak két héttel a MAO-gátlókkal végzett terápia befejezése után kezdhető meg.

Együttadása kerülendő:

— béta-receptor-gátlókkal (hatását antagonizálják).

Megjegyzés. ✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

— Az orvos akkor megrendelheti, ha azt a területileg, ill. szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. — Asthma bronchialeban szenvedő betegnek a tüdőbeteg-gondozó, a belgyógyászati, ill. gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosának javaslata alapján a kezelőorvos (körzeti orvos, üzemi orvos, körzeti gyermekgyógyász) térítésmentesen rendelheti.

Csomagolás. 1 palack (20 ml).

Gyártja: POLFA — Gyógyszergyár, Poznan — Lengyelország

Exportálja: CIECH — Varsó

Felvilágosítást ad:

polcommerce Kft.

a Polcommerce Wien
leányvállalata.

a **Ciech** — Warszawa

képviselője
Lengyel Vegyipar és
Gyógyszeripar
1075 Budapest, VII.
Tanács krt. 25. I. 3.
Telefon: 142-7723, 142-2548
Telex: 22-6388. Fax: 142-2548

Ciech

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1992. évi 16. számában közzétett, 18 orvoskolléga által aláírt cikke reflektálva megjegyeztük, hogy a cikk dátum nélkül jelent meg. A fenti cikk 1991 májusában született, amikor minden képlékeny állapotban volt.

A körzeti orvosoknak többféle elképzelése és próbálkozása volt az orvosok érdekvédelmi egyesülési lehetőségeivel kapcsolatban.

A beszélgetések során végül is arra az álláspontra jutottunk, hogy a leghelyesebb és legbiztosabb az Orvosi Kamarához csatlakozni.

Az a véleményünk, hogy az orvostársadalomnak egységes kamarába kell tömörülnie.

A fentiek alapján a dátum nélküli, csúsztatott vélemények ellen tiltakozunk.

Szeretnénk, ha közölnék, hogy a Szigetszentmiklósi Szakorvosi Rendelőintézet Orvosi Kamara Helyi Szervezet az országos Orvosi Kamarával teljes mértékben együttműködik, önálló jogi személyként, helyi ügyeit önállóan intézi, valamint az alapellátásban dolgozók 70%-a alapszervezetünk tagja.

Szigetszentmiklós, 1992. május 22.

a Szigetszentmiklósi Orvosi Kamara
Elnöksége nevében:
Kerékyártó István dr.
elnök nevében

Szerkesztőségi megjegyzés: A Szerkesztőség a Szigetszentmiklósi Városi Egészségügyi Szolgálat 18 dolgozójának aláírásával ellátott levelet 1991. június 20-án kapta meg. A szerkesztőségben közlésre váró anyagok nagy száma miatt csak az említett lapszámban láthatott napvilágot. Amennyiben a levélírók szerkesztőségünket felkeresték volna, hogy leveleik időközben aktualitását veszítette és kéri, hogy azt ne közöljük — e kérésüknek készséggel eleget tettünk volna.

Visszapillantás az egészségügyre

T. Szerkesztőség. Én 1926-ban születtem, odahaza a családi házban. A házi orvos „bácsi”, aki jószágos volt és a haja hófehér, segített a világra. Tizennyolc évet éltem a Horthy-korszakban, ahol „hazafias” nevelésben részesültem, majd 1944-ben érettségiztem. Mindig közéleti érdeklődésű is voltam, leveleim száma — ha nem is minőségei — is ezt mutatják. Egy kis visszapillantást szeretnék tenni, amit nem személyes érdekből csinállok, az időt szeretném megfogalmazni, közkinccsé tenni. Ahogy én láttam és látom a dolgokat. Szólalni szeretnék ezzel, talán helyet is kapok mondanivalóm számára.

Olvasgatom és hallgatom az új szelek fúását. Piacgazdálkodás, privatizáció, házicsaládi orvosi ellátás, biztosítás, drágulás, magánkórházak, klinikák. Kőrforgás — csak másként? Mielőtt visszapillantánék, egy jelenséget emelek ki, hogy ehhez kapcsolódva mondhasam majd el gondolataimat.

Nem nehéz prognosztizálni, hogy meg fognak majd szaporodni az orvosi műhiba perek a jövőben. Ilyenek Nyugaton is vannak, csak nálunk az lesz a baj, hogy mi nem vagyunk Nyugat, még akkor sem leszünk, ha Nyugathoz fogunk majd „tartozni”. A kelet-európai struktúrában és funkcióban minden másképpen realizálódik, ami Nyugaton működik. Nálunk a „kiskapuk országában” ezzel a lehetőséggel igen sokan fognak majd élni és visszaélni. Mint táppénzes rendszerünkkel történt, és történik még ma is.

Az csak természetes, hogy az ingyenes orvosi ellátást eddig élvező, követelő állampolgár, ebben a régi struktúrában nem perelheti orvosát, mivel nem kötött vele szerződést! A biztosító sem tud fizetni, ha nem lesz bevétele! A jelenlegi orvosi fizetések-ből, az ingyenes ellátásból a biztosító hogyan tud majd tőkét szerezni, hogy a perek fizesse? Szükségszerű lesz, hogy a szakellátást piaci áron kell megfizetni minden betegnek! Nem biztos, hogy mindenki meg fogja majd tudni fizetni azt az összeget, hogy minőségi és magas szintű ellátást biztosíthasson magának. Ennek ellenére sokan fogják megpróbálni majd az orvossal szembeni pereskedést! Az orvosok — mit tehetnek ők is — védekezni fognak a perek ellen. Hogyan? Joguk lesz majd válogatni a hozzájuk forduló pácienseket, nem lehet őket kötelezni arra, hogy azokat is ellássák majd, akikről lerí, hogy keresik az alkalmat az orvost perelni, pénzszerzés céljából. Munka nélküli jövedelemre így téve szert.

Magam azt vallom, hogy addig, amíg az orvostudomány teljesen nem ismeri az emberi testet, és nem tud minden betegséget meggyógyítani — az orvos abszolút értelemben nem pörölhet, sőt még számon sem kérhet! Egy autó-, egy tévészerező igen, mert az autót, a tévét is emberek csinálták, de ki, kik alkoták az embert? Ettől függetlenül orvosi műhiba perek lesznek. Hogyan védekeznek majd ez ellen az orvosok? Több, sok konziliáriushoz küldik betegeiket, a hozzájuk forduló, többszörösen lesznek csak „irányító rendőrök”, mint voltak a régi körzetorvosok, ugyanis ha több, sok orvos látta a beteget, a felelősség is már megoszlik, és sok orvos között elvész, nem lesz megállapítható a felelősség sem!

Van egy másik probléma is, ebből következtethetően. Gyakori, hogy két orvos nem ugyanazt mondja a betegnek ugyanazon be-

tegségére, bár mindkettő szakmailag és lelkiismeretileg maximálisan járt el, és csak gyógyítani akart. (Az antikollegiális magatartást most ne vegyük figyelembe!) Szerintem jogilag és etikailag csak akkor lenne az orvos számon kérhető ma is, ha a hozzám jött és engem választott beteget teljes ellátásban tudnám részesíteni! Ekkor minden felelősség az enyém lenne! Én megoperálnám, beküldöm, ott nem operálják meg, a beteg nem javul, most egymással is vita-közzünk majd a bíróságon, hogy ki a jó orvos, aki meggyógyította — „volna”? Minden orvos, sok példát tudna mondani praxisából. Volt egy terhesem, akinek azt mondtam, hogy szerintem szűkebb a medencéje, a gyereket is nagynak találom, én — császármetészt csinálnék. Nevezett szülésbe bocsátották, és a gyerek élettelenül jött a világra! Minden orvosnak saját klinikájának kellene lennie, vagy minden orvos az intézetben úgy láthatná el a beküldött saját betegét — ahogy azt szakmailag ő helyesnek tartja!

Azt tanultuk a szemináriumon, hogy Nyugaton egy-egy betegségbe anyagilag is tönkre lehet menni! Az orvosperektől való félelem miatt az árak egyre jobban fognak emelkedni, nem csak az orvos-beteg kapcsolatokban, hanem az egész egészségügyi ellátásban is! Mindezek után elmondom „neo-orthodox” és „neodogmatista” szemléletemet, nem tudom előre lemérni, hogy megbotránkozt, vagy valamiféle megértést tudok vele kiváltani.

Tény, hogy az elmúlt 40 évben a „szociális hálónál” igen sokan és sokszor visszaéltek. Olyan Csáki szalmája volt ez a háló is, mint minden más ebben az országban. Ennek ellenére magam — az ingyenes betegellátást a világ egyik legnagyobb és leghumánusabb szolgálatának tartom, jó orvosi fizetéssel, erkölcsi megbecsüléssel, és csak a valódi betegek indokolt ellátásával! Ami most kezd összeomlani. Hogyan lehetne gazdaságosan és etikusán továbbra is fenntartani? Óriási erőszakkal! Ami így utópia, már csak azért is, mert az erőszak finanszírozása a gyógyítás többszörösébe kerülne, a politikai, gazdasági miliőt nem is számítva. Nem lehetne „rendelni” gyógyszer, utasítani az orvost, netán fenyegetni, hogy ezeket írja fel, azután kilószámra kivinni a szomszédos országba árulni, vagy csereárúként vele üzletelni. Ha valaki ezt mondja: „én érzem”, már nem is foglalkozna vele tovább az orvos, mert az orvos tudja, és csak ez lenne az elfogadható! Ahhoz, hogy az igazán betegeket ingyen és indokoltan elláthassuk, minden orvos mellé jól megtermelt rendőr és egy nyomozó kellene, hogy betartják-e a betegek az orvos utasításait. Csak fekvőbeteg van, aki táppénze alatt még a kertjébe sem teheti ki a lábát, ha a kisujját vágta meg, akkor sem! Feküdjön, pihenjen, nyögjön és gyógyuljon! A „járó-beteg” csak mi találtuk ki, de nem tudom, hogy miért?

Számoljunk. Adva van egy körzet, aminek lélekszáma háromezer fő. A 14 éven aluliak a gyermekszakorvoshoz tartoznak. Marad kétezer felnőtt fő. Szakirodalmi ada-

tok szerint pontosan lehet tudni a szomatikus betegségek gyakoriságát. Magam csak ezeket az orvostudomány által feltárt testi betegségeket fogadnám el ingyen állami gyógyításra, pl. a „tsz-betegségben” szenvedőket már nem! Ime ennek a kórelőzménye: harminc éve elvették a földemet, azóta vagyok „idegileg” kiborulva. Most követeli az állandó táppénzen való tartást, vagy a leszázalékolást azok rovására, akik sorsáról semmit sem tehetnek! Ezen az alapon minden *bánat*, a szerelmi is, betegségnek számítana és táppénz járna rá, akár egy évig is, természetesen *teljes* fizetéssel, és év közben még a fizetésemelés is indokolt volna számára! *Ép testben ép lélek!* Csak a testi betegségekre adnám ingyen a gyógyítást, a lelkével az ember menjen el a paphoz, mert ők az igazi „lélekgyógyászok”. Pszichiáterhez is mindenki járhat, saját költségére és szabadságának terhére, de táppénzt nem adnék nekik. Vetítsük ki ezeket az objektív

testi elváltozásokat — a *betegségeket* — azok valódi előfordulási arányszámait a körzeti létszámmal! Egy nyári nap maximum 8–10 valódi betegnél többnek nem lehet megjelenni egy rendelésen! Ezt a 8–10 beteget maximálisan és minden vonatkozásban *ingyen* lehetne és kellene ellátni! Követelés, kívánság nincsen, csak orvosi szakértelem van, hivatástudat és *indokolt-ság!* Vegyünk egy influenzajárványt. Nem úgy, ahogy most lefolyik, hogy ha a rádió Miskolcon bemondja, hogy ott járványt észleltek, itt Szegeden már özönlének az orvoshoz a „betegek”, hogy azonnal vegyék őket táppénzre! Egyébként is, ha egy influenzás három napig ágyban van, jól kiizzasztja magát, az a negyedik napon már nem csak teljesen egészséges, hanem munkaképes is! Egy átlagos influenzajárvány idején a lakosság 30%-a lesz beteg, ez a kétezres körzetben 600 ember! Ha a járvány 20 napig tart, akkor ez napi 30 fő

megjelenést jelent, amit azután és *még* — nagyon becsületesen el lehet látni.

Az egészségügyben még mindig nagy pocsékolás folyik. A gazdaságosság még nem mindenkinek érdeke, mert az egészségügy is mindenkié, így azután *senkié*, csak mindenki „fejni” akarja érdekei szert. Minek spóroljak az „államnak” — bár az állam én és mi vagyunk. Majd kiegyenlítjük a hiányokat az áremelkedésekkel. Feloldhatatlan dilemma. Most a ló másik oldalán a következő lesz a képlet: akinek lesz pénze, az minőségi ellátást kap és meggyógyul, akinek meg nem lesz pénze, az mennyiségit sem igen fog kapni, és meghal.

Az ingyenes betegellátás szerintem nem elsősorban pénzkérdés, hanem társadalmi erő és fejelem kérdése — az indokolt-ság érdekében! Értik — ugye?

Veress Sándor dr.

Intenzív, 100 órás, hétvégi

„KLASSZIKUS ÉS KLINIKAI HOMEOPÁTIA”

tanfolyamot indít orvosok számára
Magyarországon immár
negyedik alkalommal
az EUROSANA Kft:



A tanfolyam kezdete: 1992. október 2., 15 óra
Előadók: az OROSZországi Orvostovábbképző
Egyetem

Homeopátia Tanszékének tanárai, a Moszkvai
Homeopátiás Központ konzultáns orvosai,
a homeopátia neves osztrák és német előadói,
a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület tagjai.
A tanfolyam elvégzése után egyéni munkarend
alapján 30 órás gyakorlat
és konzultációs lehetőség.

A legeredményesebb hallgatóknak munkalehetőséget
kínálunk fel a kft.-ben.

A tanfolyamot támogatja az Országos Társadalombiztosítási
Főigazgatóság Egészségmegőrzési Kuratóriuma.

Felvilágosítás, beiratkozás: 1550-122, 1751-885 telefonokon,
ill. levélben: Bp., Szentháromság tér. 6. 1014

Orvosi Hetilap

IGÉNYLŐLAP

Alulírott megrendelem az Orvosi Hetilapot.

Kérem küldjenek címemre csekket, amin az éves előfizetési díjat (3060,— Ft) befizethetem.

Név:

Cím, irányítószám:

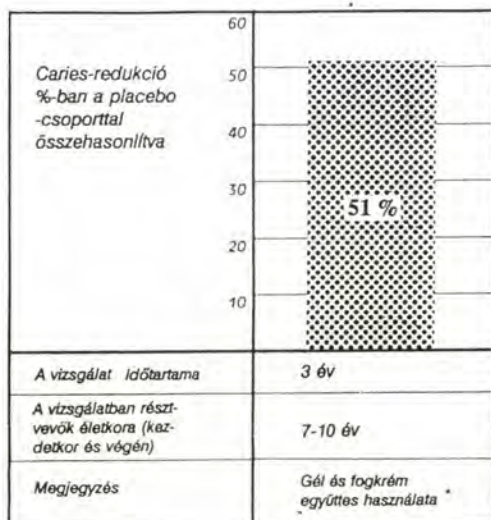
Springer Hungarica Kiadó Kft.

1075 Budapest VII. Wesselényi u. 28. · Levélcím: 1410 Budapest 7., Pf. 142. · Telefon: (361) 2510-099 · Telefax: (361) 2515-973

elmex®

Elmex gél és Elmex fogkrém kombinált használata több mint 50 %-ban gátolja a caries kialakulását

Több évtizeden át végzett rendszeres kutatások, laboratóriumi és állatkísérletes vizsgálatok után humán klinikai vizsgálatok is igazolták kiemelkedő hatékonyságát a fogzománc védelmében.



* Marthaler, T.M., König, K., Mühleman, H.R.: The effect of a fluoride gel used for supervised toothbrushing 15 or 30 times per year. *Helv. Odont. Acta* 14:67 (1970). Review in *Schweiz. Msch. Zahnheilk.*

Magyarországon a caries-intenzitás még mindig igen magas. Mivel az ivóvíz és/vagy konyhasó fluoridálása nem megoldott, különösen fontos szerepe van a helyi fluoridálási módszereknek. Az Elmex fogkrém és gél fluorid-tablettával együttesen is alkalmazható.

GABA INTERNATIONAL AG



fogkrém

Caries megelőzésére mindennapos használatra

Az aminfluorid-tartalmú ELMEX fogkrém rendszeres használata - a klinikai vizsgálatok szerint - a fogszuvasodás megelőzésére és a jó száj-higiéncia biztosítására előnyös és ajánlott.



gél

Hetente egyszer egyéniileg otthon, vagy csoportosan gyermekközösségekben meghatározott időközönként, illetve fogorvosi rendelőben.

(Részletesen lásd a gyógyszeralkalmazási előírást)

Az Országos Gyógyszerészeti Intézet az Elmex gél gyógyszerként törzskönyvezte.

A 25 g-os tubus 5-14 év közötti gyermekeknek 80 % társadalombiztosítási támogatással, egyéb korosztálynak fogyasztói áron szerezhető be orvosi rendelvényre.

A 215 g-os tubus fekvőbeteg-gyógyintézetek (gondozó-intézetek, szakrendelők, prevenciós bizottságok) részére kerül forgalomba.

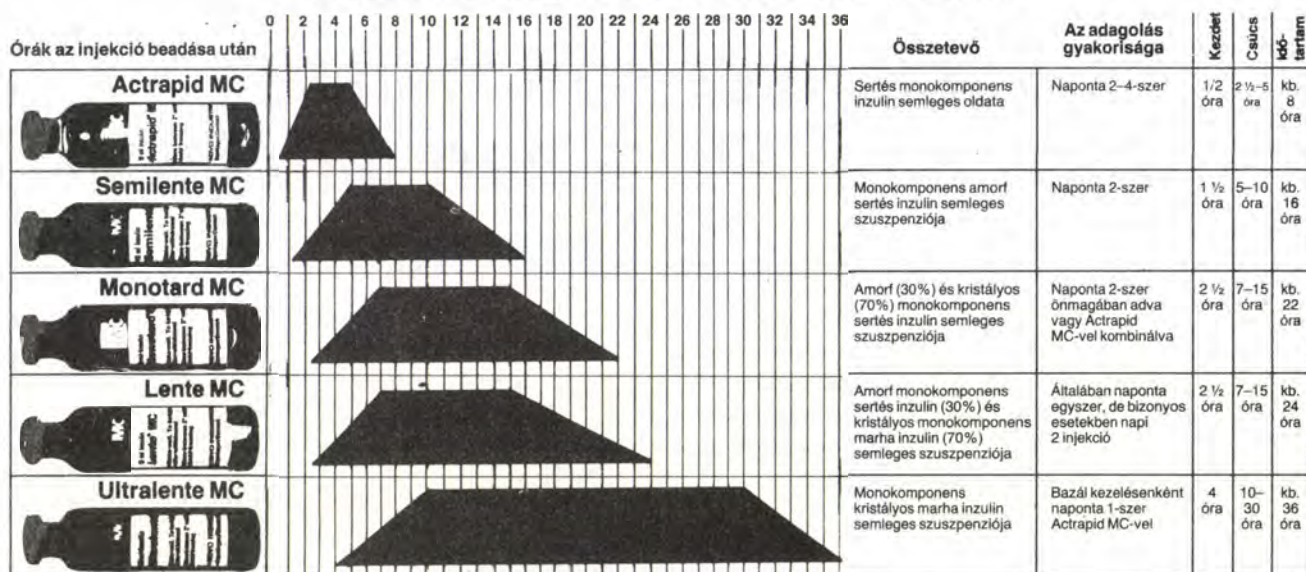
További információk anyag beszerezhető:
c/o LECLERC & CO. Információs Iroda
1011 Budapest, Gyorskocsi u. 12. II. 3.
Telefon: 156-8897 201-8719
Telefax: 156-8897

Az aminfluoridot tartalmazó Elmex termékek igen hatékonyan gátolják a fogszuvasodást

HUMAN

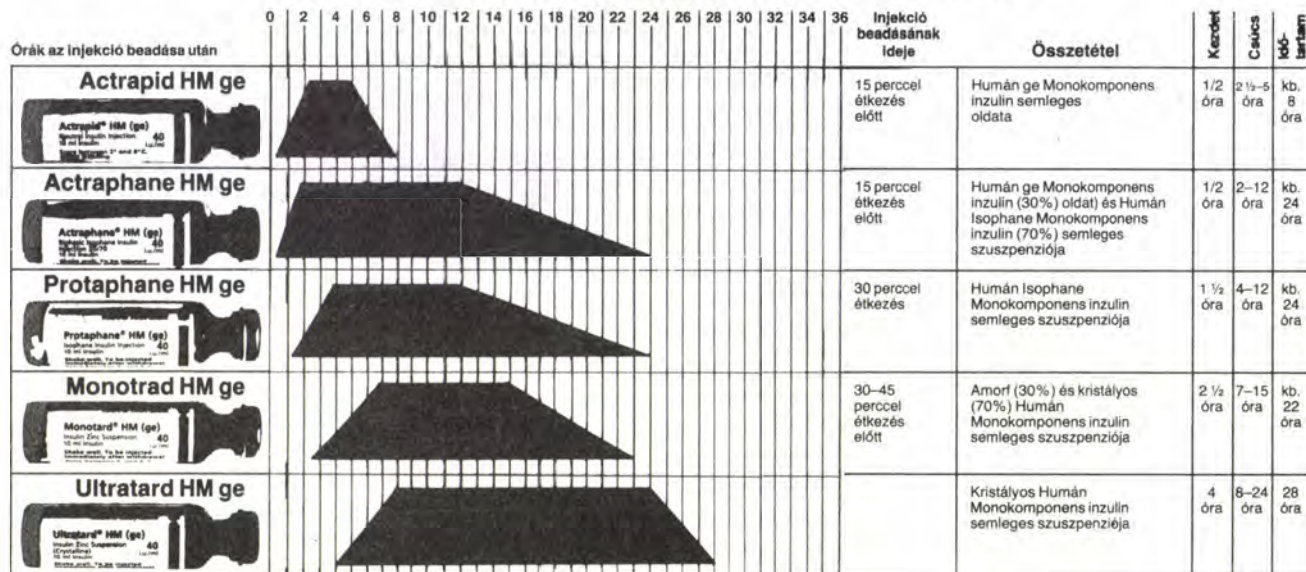
Monokomponens Inszulin

Az inzulinhatás megközelítő kezdete, csúcsa és tartama



Human/ge/ Monokomponens Inszulin

Az inzulinhatás megközelítő kezdete, csúcsa és tartama



AZ MC ÉS A HMge INZULINOK DIABETOLÓGIAI HATÁSA GYAKORLATILAG AZONOS. NOHA ELVILEG HE-
LYESELHETŐ AZ A NÉZET, HOGY LEHETŐSÉG SZERINT CSAK FAJAZONOS FEHÉRJÉT ILL. POLYPEP-
TIDET ADJUNK BÁRMILYEN GYÓGYÁSZATI CÉLRA, MÉGIS LE KELL SZÖGEZNÜNK, HOGY MINIMÁLIS
AZOKNAK A BETEGEKNEK A SZÁMA, AKIK MC INZULINNAL NEM, DE HMge KÉSZÍTMÉNYEKSEL JÓL
KEZELHETŐK (MC INZULINRA IS FENNÁLLÓ INZULIN ALLERGIA, MC MELLETT KIFEJLŐDÖTT LIPO-
DYSTROPHIA, MC-RE BEKÖVETKEZETT, IGAZOLT IMMUNOLÓGIAI REZISZTENCIA.) MINDEZEK ALAP-
JÁN AZ MC-VEL ÉVEK ÓTA JÓ EGYENSÚLYI ÁLLAPOTBAN LÉVŐ BETEGET INDOKOLATLANNAK TŰNIK
HMge INZULINRA ÁTÁLLÍTANI. EZÉRT DÖNTÖTTÜNK ÚGY, HOGY A HMge INZULINOK GYÁRTÁSÁNAK
BEVEZETÉSE MELLETT TOVÁBBRA IS FENNTARTJUK AZ MC INZULINOK GYÁRTÁSÁT.
KÉRJÜK, AZ INZULIN-ELLÁTÁST ILLETOEN IS FOGADJON EL BENNÜNKET PARTNERÉNEK, ÉS
BÁRMILYEN PROBLÉMÁJÁVAL BÁTTRAN KERESSE MEG INTÉZETÜNKET:



HUMAN
OLTÓANYAGTERMELO ÉS KUTATÓ INTÉZET
Gödöllő, Táncsics M. út 82. 2100
Postacím: Gödöllő, Pf. 69. 2101

NOVO-NORDISK A/S DÁNIA
MAGYARORSZÁGI INFORMÁCIÓS ÉS
SZERVIZ IRODA
1025 Budapest, Ferenchegyí út 13.



BESZÁMOLÓK

2. Grazi gyermeknőgyógyászati symposium

1991. október 4–5-én rendezték meg a grazi Kongresszusi Központban, melyen népes magyar tábor is szerepelt. A részvételi díj 700 AST volt, az elszállásolást ki-ki maga oldotta meg. A kifejezetten németajkúak számára rendezett tudományos tanácskozáson részt venni nagy megtiszteltetés.

A fő témacsoportok a következők voltak: ovarium cysták a gyermek- és serdülőkorbán; képkalkotó eljárások a gyermeknőgyógyásban; rizikófaktorok az osteoporosis kialakulásában (ösztrogenhiányos állapotok) szexuális magatartás és kontracepció; emlőbetegségek és fejlődési rendellenességek, valamint szabadon választott témák. Az ovarium cysták problematikáját didaktikus összefoglaló előadás vezette be, ami után 12 további előadás hangzott el az újszülöttkori ovarium cysták problematikájától a 18 éves korig előforduló cystás ovarium tumorokig. Diagnosztikus és terápiás megoldásokat ismertettek és javasoltak. Ebben a témakörben tartott érdekes előadást dr. Kanizsay Beáta, az OTE munkatársa „A multifollicularis ovariumok a fiatalkori menstruációs zavarokban” címmel.

A psychosomatikus betegségek témakörben nagy érdeklődést váltott ki dr. Örley Judit (OTE, Budapest) előadása a pszichológiai tesztek (családrész, Warteg-teszt stb.) fontosságáról és hasznáról a gyermeknőgyógyásban. Taglalták az anorexia nervosa, gonádiszgenesises, vaginaapláziás, sec. amenorrhoeás betegek adaptációjának problémáit.

A képkalkotó eljárások témakörben újdonságként ható előadást tartott dr. Göblyös Péter (OTE, Budapest) az emlő lemezthermographiás vizsgálatainak ismertetésével.

Az osteoporosis rizikófaktorai témakörben 2 előadás hangzott el, melyek felhívták a figyelmet a tartós ösztrogenhiányos állapotok (anorexia nervosa, gonádiszgenesises) felismerésének és időben való kezelésének, valamint a csont densitometriás vizsgálatok fontosságára.

A szexuális magatartás és terhességmegelőzés témakörben 9 előadás hangzott el. A DOTE Női Klinika munkatársai, dr. Ko-

vács Judit és dr. Szőke Péter ismertették a követéssel vizsgálat és az egészségügyi felvilágosítás hasznosságát a terhességmegszakítások számának csökkentése érdekében.

Az emlőbetegségek és rendellenességek témakörben K. A. Walz (Essen) kolléga érdekes előadást tartott az emlő-aszimmetriák plasztikai sebészeti kezeléséről és az ezekkel kapcsolatosan felmerülő problémákról.

A szabadon választott témák körében a POTE munkatársai, dr. Székely József és dr. Csermely Tamás esetbemutató kapcsán ismertették laparoscopiás vizsgálataikat a belső nemi szervi fejlődési rendellenességek diagnosztikájában.

A symposiumot kellemes társasági összejövetelek tarkították, melyeket a polgármester hivatalában, és a grazi Johanneum Múzeum ásványtani részlegén rendeztek meg. Meltatták a symposium, a gyermeknőgyógyászat hasznosságát, történelmi ismertetést tartottak Graz városának fejlődéséről. A symposiumot a gyönyörű stájer vidéki kirándulás zárta.

Köszönettel tartozom a szervezőknek és a Budai Gyermekkorház vezetőségének, hogy a symposiumon részt vehettem.

György István dr.

Az OMKEREXPO '92 kiállításáról

Az idei évben 1992. május 5–8-ig rendezték meg a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömbjében tizenegyedik alkalommal az immáron rangos nemzetközi eseménynek számító orvosi műszer és készülék kiállítást, az OMKEREXPO-t.

Ebben az évben az OMKEREXPO-n 13 ország közel 120 kiállítója mutatkozott be a magyar egészségügy szakemberei előtt. Kiállítóink között angol, belga, dán, finn, francia, holland, izraeli, lengyel, német, osztrák, svájci, USA-beli és természetesen hazai szakkereskedelmi és gyártó cégek szerepeltek.

Az OMKEREXPO fontos feladata a családorvosok, magánpraxist folytató szakemberek, az egészségügy területén egyre nagyobb számban létrejövő gazdasági társaságok, leendő üzleti partnereik számára nélkülözhetetlen anyagok, eszközök bemutatása is. Ezért az idei kiállítás két új – és egymáshoz célzottan csatlakozó – részleg-

gel vált a nemzeti egészségügyi program családi orvosi rendszerének hathatós segítőjévé. Egy minta orvosi rendelővel, amelyben az OMKER Rt. által forgalmazott és ajánlott eszközök, berendezések, segédanyagok kerültek bemutatásra, valamint a közvetlen emellett elhelyezett EXPO szaküzlettel, ahol a bemutatott termékek, továbbá az OMKER Rt. szaküzleti hálózatában forgalomban lévő cikkek jelentős része azonnal megvásárolható volt. A kiállítás célja volt – a szakmai újdonságok, az orvostechnikai kínálat keresztmetszetének bemutatásán túl – az is, hogy közvetlen személyes kapcsolatteremtésre, a tapasztalatok kicserélésére nyújtson alkalmat a gyártók és a felhasználók: az orvosok, a műszaki és kereskedelmi szakemberek között.

Az OMKEREXPO-n bemutatásra kerülő mintegy 3000-féle orvostechnikai termék összértéke 1 milliárd forint. A kiállított termékek bármelyike forintért megvásárolható, illetve a helyszínen megrendelhető volt.

A piaci körülmények változására figyelemmel az OMKER Rt. az elmúlt évben tovább folytatta tevékenysége korszerűsítését, szolgáltatásai bővítését.

A kidolgozott privatizációs elképzelések alapján – az egészségügyi ellátásban betöltött kiemelkedő szerepére figyelemmel – az OMKER Rt. többségi, 51%-os nemzeti tulajdonban marad.

Az OMKER Részvénytársaság alapító határozata szerint a Társadalombiztosítási Intézet fogja a részvényt 25%-át ellenőrizni, és hozzávetőleg további 4% kerül az önkormányzatok kezelésébe. A részvények 10–10%-a kerül elkülönítésre a kárpótlási jegyekkel rendelkezők, illetve a vállalat dolgozói számára. A fennmaradó részvényhányad sorsa további tárgyalásokat igényel. Az ígéretes előzetes megbeszélések eredményeként várhatóan a részvénytársaság társtulajdonosává válhatnak hazai és külföldi pénzintézetek. A tőkebevonás fontos szempontja azonban, hogy olyan befektetők is belépjenek az OMKER Rt.-be, akik valamilyen formában maguk is érdekelték az egészségügy működtetésében, fejlesztésében.

Az új tulajdonviszonyok minden bizonnyal nemcsak az OMKER részére, de a magyar egészségügy számára is ígéretes távlatot teremtenek.

Fehér János dr.

Kedves Vásárlóink!

A 2327–28. oldalon találják árajánlatunkat az 1993. évi Springer-folyóiratokra. Felsorolásunk az M betűig tart, folytatását az elkövetkező számok egyikében találják.

Kérjük – ha lehet – szeptember végéig jelezzék igényüket, hogy az év kezdetétől zavartalanul érkezzenek a lapok külföldről az Önök címére.

Amennyiben mintapéldányra, vagy további információra van szükségük, készséggel áll rendelkezésükre a Springer Hungarica Kereskedelmi Osztálya. (Telefon: 25-15-286)

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

250 mg erythromycinum kapszulánként.

JAVALLATOK

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

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

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

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

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

Profilaxis: vitiumos betegekben endocarditis megelőzésére fogászati és szájszészeti beavatkozáskor, penicillin allergiában a rheumás láz megelőzésére.

ELLENJAVALLATOK

Erythromycin túlérzékenység, súlyos májkárosodás.

ADAGOLÁS

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

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

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

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

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

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

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

MELLÉKHATÁSOK

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

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Beszűkült májfunkciójú beteg esetén adagolása fokozott figyelmet és ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS

✖✖ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

25 db kapszula



Előállítja:



Biogal Gyógyszergyár, Debrecen
FAULDING (Ausztrália) licencia alapján

KÖNYVISMERTETÉSEK

Orvosi helyesírási szótár. Főszerkesztők: Fábíán Pál, Magasi Péter, szerkesztők: Donáth T., Ferenczy Gy., Hargittai R. és Keszler B. (Akadémiai Kiadó, Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár) 1992.) Ára: 840,— Ft.

A kötetet az MTA Orvosi Tudományok Osztálya, valamint az MTA Helyesírási és Anyanyelvi Bizottsága általános érvényű irányelvei alapján szerkesztették a szerzők. Hangsúlyozták azt az általánosan érvényes irányelvet, hogy a magyar szavak vagy kifejezések az idegennel azonos jelentésűek és tartalmúak, tehát nem veszélyeztetik a szakszerűséget, a már bevált megfelelő magyar szavak használata részesüljön előnyben az idegen helyett. A latin eredetű orvosi szavaink írásában mind a latinos, mind a magyaros írásmódnak megvan a maga létjogosultsága. Az orvos olvasóknak szánt szakmai szövegekben, például tudományos szaklapokban, tudományos dolgozatokban, orvosi kézikönyvekben, kórházi praxisban általában a latinos írásmód következetes alkalmazását kell elfogadottnak tekinteni. E szerint az orvos olvasóknak latinosan írjuk a nemzetközileg is használt *anatómiai, kór-, élet- és szövettani neveket, a kórokozók neveit, a betegségmegnevezéseket, a műtéti eljárásokat és a védett gyógyszerneveket.* Még az orvos olvasóknak szánt szövegben is magyarosan írjuk azonban a tudományágak és szakterületek neveit, az orvosi technikai eljárások, műszerek neveit, a kémiai vegyületek és gyógyszerkészítmények neveit és a társtudományok szakki-fejezéseit. Általános irányelvnek tekinthető az orvos olvasóknak szánt közleményekben is, hogy a már bevált magyar szavakat, kifejezéseket használjuk az idegenek helyett. A széles olvasóközönségnek, vagyis a nem

szakember olvasónak szánt ismeretterjesztő szövegekben lehetőleg a magyar megnevezéseket kell használni. Ha a köznyelvben már széles körben használt szavakról van szó, akkor törekedni kell a magyaros írásra, azaz az egész szó magyaros írására. Mindenesetre fontos követelmény, hogy egy írásművön belül az írásmód egységes és következetes legyen. A bevezető foglalkozik a szótár-előkészítés történetével, a kidolgozás folyamatával, az anyaggyűjtéssel. A következő rész a nyelvi helyesírás általános szabályait, címszótípusait ismerteti. A kötetben több mint 90 000 címszó és kifejezés szakszerű írása található.

Így az Orvosi Helyesírási Szótár az orvosi helyesírás egységesebb arculatát igyekszik kialakítani, egységesíti az orvosi szavak és szakkifejezések írásmódját a szaktudományi munkákban. Igyekszik útmutatást adni a több szóból álló latin nyelv ragozási, és görög eredetű szavak latinos írására is. Számos, más összetett, magyarosan írt utótagok és képzők írásmódjára is ad útmutatást.

A könyv kivitelezése kifogástalan, könnyen kezelhető. Minden orvosnak, orvostanhallgatónak valamint a határterületi szakemberek számára is hasznos és elengedhetetlen ez a helyesírási szótár.

Fehér Erzsébet dr.

Nemesánszky Elemér: Klinikai-kémiai vizsgálatok a májbetegségek korszerű diagnosztikájában, MEDICINA, 107, Ára: 450,— Ft

Nemesánszky Elemér dr. Klinikai-kémiai vizsgálatok a májbetegségek korszerű diagnosztikájában című könyve a Medicina

könyvkiadó gondozásában jelent meg. A monográfia öt nagyobb fejezetre tagolódik. Az első részben a szerző röviden áttekinti a máj szerkezetét és működését. A második fejezetben részletesen, ugyanakkor tömören és lényegretörően ismerteti a máj megbetegedését jelző klinikai-kémiai vizsgálatokat, a májparenchyma integritásának, exkréciós működési és szintetizáló tevékenységének zavaraira jellemző paramétereket. Ugyanezen fejezetben foglalja össze a hepatotrop vírusok markereit, az immunológiai paramétereket, a szabad gyök reakciók vizsgálati lehetőségeit, a májat érintő malignus folyamatok markereit, valamint a funkcionális és a terhelési próbákat. A klinikai-kémiai vizsgálatok diagnosztikus értékének didaktikus, a gyakorlatban jól hasznosítható összességét adja az egyes laboratóriumi vizsgálatok hogyan illeszthetők be diagnosztikus tevékenységünkbe, milyen jelentőséggel bírnak a határértékek, ezáltal segítséget nyújt a májbetegségek differenciáldiagnózisában, a kivizsgálási algoritmusok kialakításában. A májbetegségek diagnosztikájában használatos képalkotó eljárásokat Bohár László dr. és Szilvási István dr. foglalja össze, kiemelve a vizsgálatok klinikai vonatkozásait. Az ötödik fejezetben Kendrey Gábor professzor a klinikus és a patológus együttműködésének szükségességét és mikéntjét tárgyalja, hangsúlyozva, hogy a magas szintű diagnosztikához a tökéletes együttműködés elengedhetetlen. Minden fejezet után részletes irodalomjegyzék található.

A 107 oldalas, olvasmányos, a betegágy mellett dolgozó orvos mindennapi problémáira választ adó könyv hiányt pótol a hazai hepatológiai szakirodalomban.

A kitűnő monográfiát szívóbb ajánlom az orvostanhallgatók, a gyakorkló orvosok, a belgyógyászati és a gasztroenterológiai szakvizsgára készülők figyelmébe.

Lengyel Gabriella dr.

PÁLYÁZATI HIRDETME NYEK

Rakaca Polgármesteri Hivatal pályázatot hirdet a megüresedett háziorvosi álláshely betöltésére.

Pályázati feltétel: szakmai gyakorlat magyar diploma

A pályázatok az alábbi címre küldhetők: Polgármesteri Hivatal, Rakaca, Petőfi út 92. 3825

Dr. Máté Bálint
körjegyző

A Fővárosi Szent István Kórház-Rendelőintézet orvos igazgatója pályázatot hirdet 1 fő segédorvos részére a Merényi Gusztáv Kórház Pszichiátriai Osztályára. Az állást pályakezdő orvossal kívánjuk betölteni.

Pályázatokat: Budapest, IX., Nagyvárad tér 1. szám alá kérjük.

Dr. Podhorányi György
orvos igazgató

Az Erzsébet Kórház (1074 Budapest, Alsóerdősor 7.) orvos igazgatója pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

— *osztályvezetői állás*, belgyógyászati pályázati feltétel: jártasság az angiológiai betegségek, véralvadási és haemorrhagiás betegségek témakörében.

— *neurológus orvos*, neurológiai osztályra pályázati feltétel: pályakezdő az osztályon induló cerebrovasculáris témakör iránt érdeklődők előnyben

— *gyógyszerész*, intézeti Gyógyszertár pályázati feltétel: lehet pályakezdő is.

Dr. Fejér László
orvos igazgató

HALOTTAINK

Név	Születési idő	Munkahely	Elhalálozás ideje
<i>Dr. Ádám Ignác</i>	1923	Békéscsaba, V. Kh. Rtg. ov. főo. nyd.	1992. IV. 21.
<i>Dr. Baksa László</i>	1931	Nagyatád, V. Kh. Ri. nőgyógyász ov. főo. nyd.	1992. IV. 9.
<i>Dr. Bencze Endre</i>	1908	Bp., VIII. ker. Ri. nőgyógy. szako. nyd.	1990. VII. 4.
<i>Dr. Borsi Gyula</i>	1926	Kőszegszerdahely, körzeti orvos nyd.	1991. XI. 15.
<i>Dr. Czövek Zoltán</i>	1930	Edelény, Ri. nőgyógy. főorvos nyd.	1992. VI.
<i>Dr. Csongor Ferenc</i>	1902	Kőszeg, körzeti orvos nyd.	1988. VII. 6.
<i>Dr. Csorba László</i>	1919	Gyula, M. Kh. Ri. szül.-nőgyógy. szakfőo. nyd.	1992. IV. 16.
<i>Dr. Dobó Margit</i>	1902	Bp. Közp. Stomatológiai Int. szakorvos nyd.	1985. VI. 15.
<i>Dr. Egervári László</i>	1936	Tokod, körzeti orvos	1991. XI. 2.
<i>Dr. Egyed Béla</i>	1911	Orsz. Trauma baleseti utókezel. vez. főo. nyd.	1990. VII. 14.
<i>Dr. Ekler Ferenc</i>	1906	Szombathely, Szt. alk. ellenőrző főo. nyd.	1991. XII. 2.
<i>Dr. Erdei István</i>	1903	Orsz. Trauma felülvizsg. főo. nyd.	1986. IX. 25
<i>Dr. Fekete Izabella</i>	1934	Kazincbarcika Ri. seb. főo. nyd.	1992. V. 25.
<i>Dr. Gál Erzsébet</i>	1902	Bp., XIII. ker., Visegrádi Ri. fog-szakorvos nyd.	1990. VIII. 17.
<i>Dr. Gáti József</i>	1908	Bp., OTE II. szül.-nőgyógy. egy. adjunktus nyd.	1990. III. 9.
<i>Dr. Gerend László</i>	1900	Bp., Közp. Stomatol. fogszakorvos nyd.	1992. I. 21.
<i>Dr. Göllner Katalin</i>	1943	Pomáz, munkater. Int. alorvos	1991. X. 27.
<i>Dr. Haluza István</i>	1960	Bp., Újpesti Kh. segédorvos	1992. III. 21.
<i>Dr. Iharos Cecília</i>	1928	Bp., VI. ker., Ri. bel. felülvizsg. főo.	1992. V. 7.
<i>Dr. Hajdu Árpád</i>	1900	Bp., XIII. ker. körzeti orvos nyd.	1988. V. 3.
<i>Dr. Kalász Géza</i>	1930	Nemesbőd, körzeti orvos nyd.	1992. V. 26.
<i>Dr. Katona Péter Gyula</i>	1938	Kaposvár, M. Kh. Ri. fül-orr-gég. adjunktus	1991. III. 29.
<i>Dr. Kiss Sándor</i>	1933	Pásztó, V. Kh. Ri. bel. főorvos	1992. IV. 3.
<i>Dr. Kiss Turay Gyula</i>	1936	Győr, M. Kh. Onkol. vez. főo.	1992. VI. 14.
<i>Dr. Kovács Anna</i>	1934	Bp. MÁV Kh. cukorbet. Gi. szakfőo.	1992. V. 23.
<i>Dr. Major Endre</i>	1919	Látrány, körzeti orvos nyd.	1991. VIII. 6.
<i>Dr. Marton Sándor</i>	1913	Kaposvár, M. Kh. Ri. reuma. főorvos nyd.	1992. V. 29.
<i>Dr. Mártonfi Béla</i>	1900	Bp. XVIII. ker. nőgyógy. Ri. szakfőo. nyd.	1983. IX. 15.
<i>Dr. Meggyessy Tivadar</i>	1908	Nagykanizsa, körzeti orvos nyd.	1991. X. 2.
<i>Dr. Molnár Ferenc László</i>	1914	Kaposvár, körzeti orvos nyd.	1989. XI. 22.
<i>Dr. Nagy Dezső</i>	1912	Makó, V. Kh. Ri. seb. főorvos nyd.	1992. IV. 7.
<i>Dr. Németh Lajos</i>	1914	Sopron, V. Kh. szül. o. főorvos nyd.	1992. IV. 14.
<i>Dr. Pajcsics Ágnes</i>	1948	Magyar Néphadsereg, orvos	1992. VI. 24.
<i>Dr. Papp Éva</i>	1947	Kazincbarcika, Ri. bel. felülv. főo.	1992. VII. 6.
<i>Dr. Prónay Gábor</i>	1922	Miskolc, M. Kh. bel. ov. főo. nyd.	1992. V.
<i>Dr. Puskás László</i>	1920	Marcali, körzeti orvos nyd.	1991. III. 21.
<i>Dr. Szabados Ilona</i>	1902	Bp., XIII. ker. TBC Gi. szakfőorvos nyd.	1989. VIII. 26.
<i>Dr. Szarka Vilma</i>	1895	Bp., Madarász gyermekkórház szako. nyd.	1988. V. 18.
<i>Dr. Szathmári Zoltán</i>	1898	Bp., János Kh. Ri. nőgyógy. főo. nyd.	1988. XII. 4.
<i>Dr. Szegváry Menyhért</i>	1921	SZOTE Szülészeti Kl. egy. docens nyd.	1991. IX. 20.
<i>Dr. Székely József</i>	1901	Vas M. KÖJÁL Közeg. felügy. nyd.	1990. IV. 14.
<i>Dr. Szilassy Gábor</i>	1952	Debrecen, üzemorvos	ismeretlen idő
<i>Dr. Roth Béla</i>	1896	Belügyminisztérium nyd.	1992. V. 16.
<i>Dr. Sik János</i>	1925	Bp., Szt. János kh. ortopéd. főorvos	1992. V. 5.
<i>Dr. Törő Imre</i>	1935	Bp. ELTE Termész. Biológ. tud. munkatárs	1987. VIII. 26.
<i>Dr. Varga Szilárd László</i>	1939	Kisvárd, V. kh. szem. o. ov. főo.	1992. VI. 15.
<i>Dr. Váradi István</i>	1955	Újszász, Pszichiatriai o. szakorvos	1992. I. 23.
<i>Dr. Zoltán István</i>	1913	Miskolc, Ri. RTG szakfőo. nyd.	1992. VII. 15.

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra.

Orvostudomány - Gyógyszerészet

261	Abdominal Imaging ISSN pending	16.171,- Ft	262	Cancer Immunology, Immunotherapy ISSN 0340-7004	88.821,- Ft
592	* Acta Diabetologica ISSN 0940-5429	15.892,- Ft	270	CardioVascular and Interventional Radiology ISSN 0174-1551	15.000,- Ft
701	Acta Neurochirurgica (S) ISSN 0001-6268	111.174,- Ft	441	Cell and Tissue Research ISSN 0302-766X	228.903,- Ft
401	Acta Neuropathologica ISSN 0001-6322	165.196,- Ft	381	Child's Nervous System ISSN 0256-7040	45.449,- Ft
589	Acta Paedopsychiatrica ISSN 0936-7012	12.296,- Ft	104	Der Chirurg ISSN 0009-4722	26.112,- Ft
478	Adolescent and Pediatric Gynecology ISSN 0932-8610	14.128,- Ft	109	The Clinical Investigator ISSN 0941-0198	37.016,- Ft
266	Aesthetic Plastic Surgery ISSN 0364-216X	17.031,- Ft	174	Clinical Oncology ISSN 0936-6555	24.635,- Ft
101	Der Anaesthesist ISSN 0003-2417	26.112,- Ft	580	Comparative Haematology International ISSN 0938-7714	20.618,- Ft
429	Anatomy and Embriology ISSN 0340-2061	141.996,- Ft	329	Critical Reviews in Neurosurgery ISSN 0939-0146	28.362,- Ft
277	Annals of Hematology ISSN 0939-5555	63.301,- Ft	125	Diabetologia ISSN 0012-186X	45.437,- Ft
403	Archives of Dermatological Research ISSN 0340-3696	59.253,- Ft	258	Differentiation, Ontogeny and Neoplasia ISSN 0301-4681	88.575,- Ft
404	Archives of Gynecology and Obstetrics ISSN 0932-0067	53.244,- Ft	455	Dysphagia ISSN 0179-051X	11.806,- Ft
402	Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery ISSN 0936-8051	41.511,- Ft	481	Ethik in der Medizin ISSN 0935-7335	6.786,- Ft
204	Archives of Toxicology ISSN 0340-5761	91.147,- Ft	405	European Archives of Oto-Rhino-Laryngology ISSN 0937-4477	64.937,- Ft
705	Archives of Virology (S) ISSN 0304-8608	118.436,- Ft	421	European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology ISSN 0301-5548	140.557,- Ft
142	Arthroskopie ISSN 0933-7946	14.210,- Ft	494	European Journal of Cardio-thoracic Surgery ISSN 1010-7940	23.397,- Ft
395	Basic Research in Cardiology ISSN 0300-8428	42.311,- Ft	228	European Journal of Clinical Pharmacology ISSN 0031-6970	83.996,- Ft
303	Berichte Gynäkologie, Geburtshilfe / Gynecology, Obstetrics ISSN 0722-9852	138.359,- Ft	259	European Journal of Nuclear Medicine ISSN 0340-6997	59.752,- Ft
304	Berichte Pathologie / Trends in Pathology ISSN 0722-9674	174.638,- Ft	431	European Journal of Pediatrics ISSN 0340-6199	109.620,- Ft
255	Blood Cells ISSN 0340-4684	15.600,- Ft	238	European Journal of Plastic Surgery ISSN 0930-343X	26.431,- Ft
525	* Cahiers d' Oncologie ISSN 0941-3804	9.555,- Ft	330	European Radiology ISSN 0938-7994	22.707,- Ft
223	Calcified Tissue International ISSN 0171-967X	48.684,- Ft			
280	Cancer Chemotherapy and Pharmacology ISSN 0344-5704	101.512,- Ft			

586	European Spine Journal ISSN 0940-6719	16.356,- Ft	264	International Orthopaedics ISSN 0341-2695	30.711,- Ft
221	Experimental Brain Research ISSN 0014-4819	253.648,- Ft	192	International Urogynecology Journal ISSN 0937-3462	28.944,- Ft
444	Fertilität ISSN 0179-1796	11.588,- Ft	108	Der Internist ISSN 0020-9554	24.047,- Ft
261	Gastrointestinal Radiology továbbiakban Abdominal Imaging		720	Italian Journal of Orthopaedics and Traumatology ISSN 0390-5489	12.203,- Ft
588	German Journal of Ophthalmology ISSN 0941-2921	8.178,- Ft	432	Journal of Cancer Research and Clinical Oncology ISSN 0171-5216	95.596,- Ft
417	Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology ISSN 0721-832X	47.572,- Ft	359	Journal of Comparative Physiology A ISSN 0340-7594	157.076,- Ft
129	Der Gynaekologe ISSN 0017-5994	18.798,- Ft	360	Journal of Comparative Physiology B ISSN 0174-1578	83.102,- Ft
105	Der Hautarzt ISSN 0017-8470	27.272,- Ft	437	Journal of Comparative Physiology A+B	216.746,- Ft
380	Heart and Vessels ISSN 0910-8327	16.031,- Ft	587	Journal of Maternal-Fetal Investigation ISSN 0939-6322	12.903,- Ft
399	Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie ISSN 0938-7412	9.396,- Ft	702	Journal of Neural Transmission (General section) (S) ISSN 0300-9564	73.927,- Ft
418	Histochemistry ISSN 0301-5564	142.228,- Ft	722	Journal of Neural Transmission Parkinson's Disease and Dementia Section ISSN 0936-3076	37.416,- Ft
106	HNO ISSN 0017-6192	20.149,- Ft	196	Journal of Neurological and Orthopaedic Medicine and Surgery ISSN 0890-6599	10.151,- Ft
439	Human Genetics ISSN 0340-6717	218.909,- Ft	415	Journal of Neurology ISSN 0340-5354	65.053,- Ft
251	Immunogenetics ISSN 0093-7711	74.820,- Ft	596	* Kidney ISSN 0940-7936	9.754,- Ft
134	Intensive Care Medicine ISSN 0342-4642	29.093,- Ft	167	* Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopia ISSN 0942-2056	17.052,- Ft
390	Intensivmedizin + Notfallmedizin ISSN 0175-3851	22.504,- Ft	423	Langenbecks Archiv für Chirurgie ISSN 0023-8336	35.711,- Ft
420	International Archives of Occupational and Environmental Health ISSN 0340-0131	65.407,- Ft	408	Lung ISSN 0341-2040	17.580,- Ft
484	International Journal of Biometeorology ISSN 0020-7128	23.316,- Ft	337	Manuelle Medizin ISSN 0025-2514	10.771,- Ft
599	* International Journal of Clinical and Laboratory Research ISSN 0940-5437	15.892,- Ft	351	M.D.Computing ISSN 0724-6811	10.133,- Ft
384	International Journal of Colorectal Disease ISSN 0179-1958	17.968,- Ft	430	Medical Microbiology and Immunology ISSN 0300-8584	39.191,- Ft
414	International Journal of Legal Medicine ISSN 0937-9827	47.507,- Ft	350	Med R - Medizinrecht ISSN 0723-8886	28.037,- Ft
576	International Journal of Legal Medicine and Rechtsmedizin	50.112,- Ft	112	Monatsschrift Kinderheilkunde ISSN 0026-9298	23.212,- Ft

A SPRINGER-VERLAG ÚJDONSÁGAI

A Springer-Verlag múlt hónapban megjelent címei.

Megrendelhetők forintért, megközelítőleg a hivatalos napi devizasorzóval átszámított áron a Springer Hungarica Kft.-nél, 1075 Budapest, Wesselényi u. 28. Tel.: 251-5755, Fax: 251-5973.

Szállítási határidő: 2–3 hét.

Advances in Anatomy, Embryology and Cell Biology

- Vol. 126: Kasper, **Cytokeratins in Intracranial and Intraspinal Tissues**. 1992. 82 pp. 25 figs., 12 tabs. Softcover
ISBN 3-540-55161-1 DM 78,—
- Vol. 127: Schmidt, **The Amniotic Fluid Compartment. The Fetal Habitat**. 1992. 100 pp. 22 figs., 2 tabs. Softcover
ISBN 3-540-55162-X DM 124,—

Anaesthesiologie und Intensivmedizin

- Band 224: Versprille (Hrsg.), **Monitoring**. 1992. 179 S. 76 Abb., 14 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-55261-8 DM 58,—

Bannasch (Ed.): Cancer Diagnosis.

- Early Detection. 1992. 268 pp. 49 figs., 40 tabs. Softcover
ISBN 3-540-54503-4 DM 98,—

Basic and Clinical Aspects of Neuroscience. (Springer Sandoz Advanced Texts)

- Vol. 4: **Somatostatin**. 1992. 66 pp. 31 figs., 6 tabs. Softcover
ISBN 3-540-54569-7 DM 35,—

Berguer/Kieffer: Surgery of the Arteries to the Head.

1992. 236 pp. 215 figs. in 341 parts. Hardcover
ISBN 3-540-97748-1 DM 368,—

Chrubasik/Cousins/Martin (Eds.):

- Advances in Pain Therapy I**. 1992. 86 pp. 17 figs., 11 tabs. Softcover
ISBN 3-540-55536-6 DM 58,—

Dallenbach-Hellweg/Poulsen: Series of Slides for the Atlas of Histopathology of the Cervix Uteri.

1992. 40 Slides. Softcover
ISBN 3-540-92119-2 fPr. DM 280,—

Daschner: Praktische Krankenhaus-hygiene und Umweltschutz.

1992. 461 S. 11 Abb., 129 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-55381-9 DM 98,—

Diehm/Müller (Hrsg.): Rökan –

- Ginkgo biloba Egb 761**. Band 2: Klinik. Periphere arterielle Verschlusskrankheit. Vaskuläre und primär degenerative Demenzen. Vertigo, Tinnitus, Hypakusis, Retinopathie. Vasogener Kopfschmerz. Metabolische Verträglichkeit. 1992. 345 S. 110 Abb., 104 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-55346-0 DM 48,—

Freigang/Weerda (Hrsg.): Fibrin- klebung in der Otorhinolaryngologie.

1992. 169 S. 88 z. Tl. farbige Abb. Broschiert
ISBN 3-540-55321-5 DM 78,—

Fuchs: Oxidative Injury in Dermato- pathology.

1992. 360 pp. 122 figs., 17 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-54355-4 DM 198,—

Greenleaf/Sehgal: Biologic System Evaluation with Ultrasound.

1992. 127 pp. 59 figs. Hardcover
ISBN 3-540-97851-8 DM 118,—

Hand/Goodman/Evers (Hrsg.):

- Zwangsstörungen / Obsessive-Compulsive Disorders**. Neue Forschungsergebnisse / New Research Results. 1992. 208 S. 7 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-55618-4 DM 38,—

Hefte zur Unfallheilkunde

- Heft 222: Habermeyer/Schweiberer (Hrsg.), **Standortbestimmung der konservativen Knochenbruchbehandlung des Erwachsenen**. IX. Münchener Innenstadt-Symposium, Oktober 1990. 1992. 236 S. 120 Abb., 38 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-55097-6 DM 156,—

Hierholzer/Ludolph (Hrsg.): Gutachtenkolloquium 7.

- Das ärztliche Gutachten in der Privaten Unfallversicherung. 1992. 232 S. 14 Abb., 27 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-55330-4 DM 68,—

Holtmeier (Hrsg.): Bedeutung von

- Natrium und Chlorid für den Menschen**. Analytik, Physiologie, Pathophysiologie, Toxikologie und Klinik. Symposium der Gesellschaft für Mineralstoffe und Spurenelemente e. V. an der Universität Hohenheim. 1992. 270 S. 82 Abb., 61 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-55209-X DM 78,—

Huber/Löffler/Pastner (Hrsg.): Diagnostische Hämatologie.

- Laboratoriumsdiagnose hämatologischer Erkrankungen. 3. Aufl. 1992. 854 S. 182 Abb., 211 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-54403-8 DM 248,—

ILSI Human Nutrition Reviews

- Schweizer/Edwards (Eds.): **Dietary Fibre – A Component of Food**. Nutritional Function in Health and Disease. 1992. 356 pp. 28 figs. Hardcover
ISBN 3-540-19718-4 DM 225,—

Klein-Vogelbach: Functional Kinetics: Ball Exercises.

1992. 45 mins. VHS-Videokassette
ISBN 3-540-92611-9 fPr. DM 98,—

Künzel/Kirschbaum (Eds.): OXYGEN: Basis of the Regulation of Vital Functions in the Fetus.

1992. 244 pp. 87 figs., 17 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-55413-0 DM 156,—

Llinas/Sotelo (Eds.): The Cerebellum

- Revisited**. 1992. 339 pp. 209 figs., 5 in full color. Hardcover
ISBN 3-540-97693-0 DM 198,—

Marti/Givel (Hrsg.): Chirurgie anorektaler Krankheiten.

- Mit prä- und postoperativen Behandlungsmethoden. 1992. 334 S. 184 Abb. in 414 Einzeldarst., 92 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-55053-4 DM 268,—

Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie

- Band 68: Bronisch, **Die depressive Reaktion**. Probleme der Klassifikation, Diagnostik und Pathogenese. 1992. 172 S. 22 Abb., 36 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-54788-6 DM 98,—

Montagna/Kligman/Carlisle: Atlas of Normal Human Skin.

1992. 384 pp. 180 plates in 484 parts, 308 in full color. Hardcover
ISBN 3-540-97769-4 DM 248,—

Pasquale di/Pinelli (Eds.): Heart-Brain Interactions.

1992. 228 pp. 42 figs. Hardcover
ISBN 3-540-54052-0 DM 124,—

Reviews of Physiology, Biochemistry, and Pharmacology

- Vol. 120: 1992. 208 pp. 52 figs., 5 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-55364-9 DM 158,—

Smolen/Kalden/Maini (Eds.): Rheumatoid Arthritis. Recent Research

- Advances. 1992. 399 pp. 53 figs., 58 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-53315-X DM 148,—

Surgical Neuroangiography

- Vol. 4: Berenstein/Lasjaunias, **Endovascular Treatment of Cerebral Lesions**. 1992. 344 pp. 203 figs. in 735 sep. ills., 45 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-17500-8 DM 298,—

Tanagho/McAninch (Hrsg.): Smiths Urologie.

1992. 852 S. 343 Abb., 51 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-53201-3 DM 148,—

HÍREK

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottsága a Szegedi Gyermekklinika szervezésében 1992. október 29–30-án Szegeden rendezi a „Magyar Kutató Gyermekorvosok I. országos tudományos ülést”-ét. Az előadások bejelentésének határideje: 1992. szeptember 20. Cím: Dr. Ábrahám Csongor, SZOTE Gyermekklinika, Szeged, Korányi fasor 14–15. 6725

Az IGSC Magyar Tagozata és a Magyar Sebész Társaság Vezetősége tudományos ülést szervez 1992. szeptember 18-án 15.00 órakor a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikája tantermében (Budapest VIII., Üllői út 78.), melyre tagjait és valamennyi érdeklődőt tisztelettel meghívja.

Üléselnökök: Prof. Dr. Besznyák István

Prof. Dr. Csomós Géza (Hamburg)

A tudományos ülés programja:

1. Prof. N. J. Lygidakis MST tiszteletbeli tag-sága oklevelének átadása

2. New trends in the surgical treatment of pancreatic cancer

Prof. N. J. Lygidakis (Greece)

3. New procedure for resection of pancreatic cancer

(Video presentation)

Prof. N. J. Lygidakis (Greece)

4. Tapasztalatok a masszív gasztrointesztinális vérzés hazai, multicentrikus kezelésével
Tulassay Zolt, Jakab Ferenc.

Szegedi út és Reiter F. utca sarkon (Bp. XIII., Szegedi út 48/e.) közepesen felszerelt orvosi rendelő tartós bérletre, vagy közös hasznosításra kiadó. Érdeklődni lehet 1-498-776 telefonon.

A Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság, a Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság és a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége 1992. október 9-én (pénteken) 10 órakor rendezi a XVII. Kékestetői Pajzsmirigy Symposiumot.

Témák: — a thyreoiditisek,

— a subklinikus hyperthyreosis.

Referátumok és csatlakozó előadások előadói, vitavezetői:

Prof. dr. Leővey András (DOTE)

Prof. dr. Földes János (SOTE)

Dr. Balázs Csaba (Debrecen)

Dr. Szabolcs István (OTE)

A symposium helye: Kékestető, Orvos-Nővérszálló.

Résztvételi díj: 200,— Ft (a kongresszusi irodában fizetendő). Ebédet (200,— Ft) — előzetes igénybejelentés esetén — biztosítunk. (tel.: 377-4059, kékestetői igazgatói iroda: X. 7-ig).

Vendégszobai elhelyezésre is van lehetőség.

A társaságok tagjai részletes programfüzetet kapnak.

A symposium fő támogatója a Henning Berlin GMBH Gyógyszergyár.

Orvosok, egészségügyi intézmények szakszerű jogi védelme, képviselése „műhiba” perekben és peren kívüli eljárásban, gazdasági társaságok (Kkt.; Bt.; Kft.; Rt.) és egészségügyi vállalkozások alapítása, szerződések elkészítése. 384. J. M. K. Ügyvédi Iroda 1107 Budapest, Somfa köz 10. hétköznap 15–18 óra, telefon: 177-8988 egész nap.

Egyéni igények szerint beteg- és kezelésvilvántartó, előjegyző, publikációkereső, szövegszerkesztő, fordítást segítő és egyéb rendszerek, számítógépek telepítése. Dr. Zitás, tel.: 186-2359 (du.).

Budán, a Budapest Szállónál orvosi lakásnak ideális III m²-es kétbáratú mfsz-es öröklakás 5,8 millió Ft-ért eladó. Tel.: 10^h–14^h-ig: 135-2162.

A Magyar Katonai—Katasztróforvostani Társaság TUDOMÁNYOS KONFERENCIÁT szervez 1992. november 12-én 9.00 órától a Központi Honvédkórház tanácstermében (Budapest XIII., Róbert Károly krt. 44.) „Katasztrófák és tömegbetegségek egészségügyi ellátásának kérdései” címmel.

Minden érdeklődőt szeretettel vár a Szervező Bizottság.

Felvilágosítást ad: Dr. Szedresi István titkár. Tel.: 129-1645.

Levél cím: Magyar Katonai-Katasztróforvostani Társaság, Budapest, Pf. 50, 1387.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1992. szeptember 14-én 15 órai kezdettel tartja soron következő tudományos ülését.

A tudományos ülés helye: ORFI Lukács Klub Program: MRE Vezetőségválasztó Közgyűlés első meghirdetés

Prof. Dr. Daróczy Judit (Kun u-i Kh.): A nyirokódéma pathogenezise és a konzervatív kezelés pathológiai magyarázata

Új HS 122A hűlégszekrény eladó. Tel.: 165-9354.

A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet pályázatot hirdet a szexuális nevelés és/vagy az AIDS-megelőzés modellkísérleteinek támogatására.

A tervezett programoknak hatékonysági vizsgálatot, lehetőleg kontrollcsoportok alkalmazását kell tartalmaznia. Előnyben részesülnek a tudományosan jól megalapozott, korszerű szemléletű, már működő és tapasztalt teamekre épülő tervek, amelyek munkája ellenőrizhető. A pályázatok lehetőleg már kész terepre, kísérleti színhelyre épüljenek.

A pályázatok beküldéséhez felbélyegzett vá-

laszboríték küldésével kérni kell a részletes kiírást (Kovács Annamária, NEVI, 1378 Budapest, Pf. 8.), megjelölve a pályázat témáját (mert az intézet egyidejűleg több más pályázatot is kiírt). A részletes pályázati kiírást a pályázat szövegével együtt aláírva kérjük visszaküldeni, ez szerződésként szolgál majd, hogy a pályázó a kiírt feltételeket elfogadta.

A pályázatra az 1992. évi egészségvédelmi alaphól 5 millió forint áll rendelkezésre. A pályázat beküldési határideje 1992. október 31.

A határidő után az elbírálás és a támogatások küldése gyorsan megtörténik.

A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet pályázatot hirdet alkoholbetegek korai kezelésbevitelét biztosító komplex programokra.

Előnyben részesülnek azok a programok az elbírálás során, amelyek

a) hatékonysági vizsgálatot, kontrollcsoportot, eredményességi kritériumokat tartalmaznak,

b) valamilyen közigazgatásilag, kulturálisan vagy szociológiailag egységes régiót ölelnek fel,

c) amelyek az alapellátás területét is bevonják a munkába.

A tervezett programokban tekintetbe kell venni a gazdaságosság szempontjait, hiszen a pályázat mindössze 5 millió forintot oszthat szét az 1992. évi egészségvédelmi alaphól.

A pályázathoz felbélyegzett válaszboríték beküldésével meg kell kérni a részletes kiírási feltételeket (Kovács Annamária, NEVI, 1378 Budapest, Pf. 8.). A feltételeket tartalmazó ív aláírásával kell majd beküldeni a pályázatot, ez a feltételek elfogadását, szerződésszerű vállalását jelenti. Mivel a NEVI a korai alkoholkezelés témakörében más intézetekkel és alapítványokkal is kapcsolatban áll, mód van a támogatott pályázatok további segítésére, gondozására is.

A pályázat beküldési határideje 1992. október 25.

A határidő után a pályázatok elbírálása és a pénz elküldése rövid időn belül megtörténik.

A Magyar Kardiológusok Társasága, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, a Magyar Belgyógyász Társaság, a Magyar Sebész Társaság, a Balatonfüredi Állami Kórház, az Orvostovábbképző Egyetem és a MOTESZ közös szervezésében 53. „ŐSZI FÜREDI ORVOSNAPOK” (1992. szeptember 24–25–26, Balatonfüred, SZOT Szanatórium, Díszterem)

Szeptember 24. csütörtök

10.30 Ünneplés megnyitó: Díszelnökség: Prof. Dr. Papp Gyula, Dr. Andor Miklós, Dr. DeChatel Rudolf, Prof. Dr. Perner Ferenc, Dr. Tahy Ádám, Prof. Dr. Forgács Iván és Prof. Dr. Brooser Gábor

Üléselnök: Prof. dr. Brooser Gábor, Prof. Dr. Papp Gyula

11.00 Prof. Dr. Kelemen Endre: Csontvelő-átültetés: haladás, alternatívák remények

12.00 Prof. Dr. Süveges Ildikó: A szemészet aktuális problémái

13.00 Ebéd szünet

Üléselnök: Dr. Andor Miklós, Prof. Dr. Várnai Ferenc

15.00 Prof. Dr. Bálint Géza: Az infekciók szerepe a reumatológiai betegségek patogenezisében

16.00 Dr. Jákics József: Nozokomiális fertőzések

16.30 Szünet

16.45 EBRANTIL — SZIMPÓZIUM

Kerekasztal konferencia a Byk Guldton szervezésében

Moderátor: Dr. Borbóla József

Byk Guldton bemutatkozik (Pusztai Emőke — 10 perc)

Iv. Ebrantil akut hatása súlyos hypertoniában (Dr. Ofner Péter — 15 perc, Ebrantil retard kapszula hazai vizsgálata (Dr. Kurta Gyula — 20 perc)

Kérdések, vita

17.45 Szünet

18.00 SANDOZ — SZIMPÓZIUM Tudományos ülés a Sandoz Pharma AG szervezésében

SIRDALUD szerepe a reumatológiai kórképekben

Új lehetőségek a hypertonia korszerű kezelésében LOMIR

LOMIR hatása szívizom-ischaemiás betegek terhelhetőségére

Korszerű osteoporosis tépia: MIA-ortspray

Kérdések, vita

19.15 Prof. Dr. Lozsádi Károly: A Babesz — Bolyai Egyetem; Erdély napjainkban

20.00 Fogadás (Hotel Annabella) az Őszi Fűredi Orvosnapok rendezőbizottsága, a Magyar Kardiológusok Társasága Vezetősége szervezésében

Szeptember 25., péntek

9.00 A kardiológiai ellátás feladatai, a háziorvostól a kardiológiai központig. (Hol, mit, mikor?). Kerekasztal konferencia

Moderátor: Prof. Dr. Naszlady Attila

10.30 Szünet

Üléselnök: Dr. Borbóla József, Prof. Dr. Szemeré Pál

11.00 Dr. Káli András: A mélyvénás trombózis és tüdőembóliák korszerű trombolitikus kezelése.

11.30 Dr. Acsády György: Az alsóvégtagi vénás rendszer sebészi kezelésének aktuális kérdéseiről

12.00 Vita

12.15 Dr. Cziráky Attila: A Tenormin monoterápia és kombinációs kezelés alkalmazása essenciális hypertoniás betegeknek

(Az ICI Hungaria Pharmaceuticals szervezésében)

12.45 Ebéd szünet

Üléselnök: Dr. Horányi Péter, Dr. Kerkovits Gyula

15.00 Dr. Cserhalmi Livia: A kardiális dekompenzáció diagnosztikájának kérdéseiről

15.20 Prof. dr. Préda István: A keringési elégtelenség modern kezeléséről

15.40 Vita

16.00 Dr. Korányi László, Dr. Tahy Ádám: Újabb lehetőségek az ischaemiás szívbetegség megelőzésében. A kardiovaszkuláris rizikó tényezők gén-szűrése és a betegek gondozása

16.20 Vita

16.30 Szünet

17.00 A MODERN ACE INHIBITOR SZEREPE A CARDIOVASCULARIS TERÁPIÁBAN

INHIBACE — SZIMPÓZIUM az F. Hoffman — La Roche AG szervezésében

Moderátor: Dr. Farsang Csaba

1. A modern ACE inhibitor helye a cardiovascularis betegségek kezelésében. Dr. Tahy Ádám (Állami Kórház, Balatonfüred).

2. A modern ACE inhibitor helye a renális hypertonia kezelésében. Dr. Kiss István (Szent Imre Kórház, Budapest)

3. A modern ACE inhibitor kedvező hatása különböző cardiovascularis kórképekben. Dr. Cziráky Attila (POTE I. sz. Belklinika, Pécs)

4. INHIBACE (cilazapril) a napi egyszeri adagolású ACE inhibitor. Dr. Antal János (F. Hoffmann-La Roche A. G., Budapest)

5. INHIBACE-val szerzett tapasztalataink essenciális hypertoniában 24 órás vérnyomás mo-

nitorozással. Dr. Farsang Csaba, Dr. Alföldy Sándor (Szent Imre Kórház, Budapest), Dr. Pálóczi Erzsébet, Dr. Kerkovits Gyula (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest)

6. Az INHIBACE nyílt multicentrikus vizsgálata során szerzett tapasztalataink. Dr. Vályi Péter és mtsai (Győr).

Vita, hozzászólások.

20.00 Fogadás (Hotel Annabella) az F. Hoffmann — La Roche AG szervezésében.

Szeptember 26., szombat

9.00 Üléselnök: Prof. dr. Réthelyi Miklós

Dr. Tringer László: Humanizmus és orvostudomány.

A magatartásmozgató orvoslás, mint humán gyakorlat

Prof. Dr. István Lajos: A betegség, a kezelés és a kórház dehumanizáló hatásáról és annak ellensúlyozásáról

Prof. Dr. Bolberitz Pál: Keresztény etikai értékek az orvostudományban.

10.30 Szünet

10.45 Üléselnök: Prof. Dr. De Chatel Rudolf, Prof. Dr. Forgács Iván, Dr. Tahy Ádám

ORVOSI VITAFÓRUM: Az egészségügyi finanszírozás egyes kérdései, különös tekintettel az alap- és szakellátásra, valamint a továbbképzésre.

Dr. Andréka Bertalan helyettes államtitkár (Népjóléti Minisztérium)

12.45 Zárszó

A Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza (Budapest, XIV., Uzsoki u. 29.) tudományos ülést rendez 1992. szeptember 16-án szerdán 14 órai kezdettel a Kórház kultúrtermében.

Üléselnök: Dr. Balogh Ildikó osztályvezető főorvos

Program: Dr. Nagykálnai Tamás: „Cytokinek szerepe az onkológia távlataiban.

Beszámoló az ECCO 6 (Európai Onkológusok) Kongresszusáról.”

Dr. Váradi István: „Az orvosi numizmatikai szülészeti-nőgyógyászati vonatkozásai”.

OH-QUIZ

VI. sorozat megoldásai: VI/1 : D, VI/2 : E, VI/3 : D, VI/4 : B, VI/5 : E, VI/6 : D, VI/7 : E, VI/8 : C, VI/9 : C, VI/10 : D
Indoklás

VI/1 : D = pajzsmirigyrák a kivétel, ez esetben még nem bizonyították, hogy előfordulása gyakoribb lenne dohányosokban mint nem dohányzóknak. (A dohányzással kapcsolatban a szervezetbe jutó carcinogének a vérárammal eljutnak olyan szervekhez is, amelyek közvetlenül nincsenek kitéve a dohányfüstnek.)

VI/2 : E = Az írásbeli beleegyezés csak akkor nélkülözhető, ha a rutinszerűen végzett orvosi beavatkozás valóban nem jár semmiféle kockázattal. Az olyan eszközös vizsgálatok ese

tén, amelyeknek szövődménye lehet, az írásbeli beleegyezés szükséges. Kiskorúak sürgős műtete alkalmával, a szülők távollétében a szülők által felhatalmazott, a gyermeket kísérő személy is megadhatja az írásbeli hozzájárulást. A tele-

fonon adott beleegyezés nem helyettesítheti az írásos hozzájárulást. Ha a szóbeli beleegyezés elegendő, úgy azt is dokumentálni kell (decursus).

VI/3 : D = Csak az ön- és közveszélyes beteget lehet akarata ellenére intézetbe szállítani, de ezt kompetens hivatalos személynek kell megállapítani. A hozzátartozó állítása önmagában nem alap arra, hogy a beteget elmebetegnek nyilvánítsák. A bízarr képzettársítások vagy hallucinációk nem feltétlenül jelentik az ön- és közveszélyesség fenállását.

VI/4 : B = manifest szívbetegség nélkül is előfordulhat bacterialis endocarditis! (Ezt az esetek 40%-ában megfigyelték.)

VI/5 : E = cardiomyopathia a kivétel! Ez nem szövődménye a jejunolealis bypass-műtétnek.

- VI/6 : D = ha perforatio állapítható meg, annak azonnali zárása szükséges műtéttel, ellenkező esetben súlyos peritonitis lesz a szövödmény.
- VI/7 : E = lépruptúra — főleg a mononucleosis 2. hetében fordulhat elő, enyhe traumára, vagy anélkül. Súlyos shock képével jár, azonnali műtét szükséges. A fertőzés szövödményei nem fenyegetik az életet.
- VI/8 : C = a test zsírtömege nem csökken, hanem megnő idős korban! Ez a kivétel. (60 év felett a teljes testtömeg 25%-a zsír, 20 éves korban ugyanez 10%).
- VI/9 : C = vércukor-emelkedés *nem* jellemző Reye-szindrómára. A vércukor és a liquorcukor általában csökken, az amónia, a transaminase érték nő, az EEG kóros.
- VI/10 : D = a beteg akaratát kell figyelembe venni. Ha a végstádiumba jutott beteg mentálisan kompetens (beszámítható) állapotban, érvényes végrendeletben kijelentette, hogy nem kívánja a resuscitációt egy előre várható terminális esemény kapcsán, úgy a beteg akaratát senkinek sincs joga felülbíráltni, bírósági döntés nélkül.
- VII. sorozat: *Instrukció*: minden kérdés esetén az öt válasz közül válassza ki a legmegfelelőbbet!
- VII/1. 16 éves lány láz, hányás, vizes hasmenés, hasi fájdalom, generalizált izomfájdalmak miatt került orvoshoz. Lethargiás, 39 °C-os láza van, pulzusa 140 min, vérnyomása 80/60 Hgmm. Conjunctiva, pharynx hyperaemiás, bőrön — kivéve a csuklótájékon — testszerte erythemás maculopapulosis kiütések láthatók.
- A legvalószínűbb diagnózis:
- A) scarlat
B) influenza
C) perforált appendicitis
D) toxikus shock syndroma
E) vírusos enteritis
- VII/2. Az adott eseten az ajánlott therapia:
- A) tetran
B) gentamycin
C) oxacillin
D) penicillin
E) azonnali műtét
- VII/3. 32 éves nő csukló- és könyökízületi migráló arthritis, vesicopapularis kiütések panaszaival jelentkezik. Láztalan. Orvosa tendovaginitist állapít meg.
- A legvalószínűbb diagnózis:
- A) gonococcus-arthritis
B) Reiter-syndroma
C) rheumatoid arthritis
D) SLE
E) meningococcaemia
- VII/4. Az adott esetben előforduló laboratóriumi eltérés:
- A) a gonococcus mindig kitenyészthető a vérből és a synovialis folyadékból
B) HLA B27-pozitivitás
C) rheuma faktor pozitivitás
D) anti-DNS ellenanyag
E) a fent említettek közül egyik sem feltétlen kötelező
- VII/5. Az adott esetben alkalmazandó therapia:
- A) Iv. penicillin 10 millió E naponta
B) Prednison 40 mg/nap
C) aszpirin
D) ibuprofen
E) erythromycin
- 40 éves sovány nő 30—35 percig tartó epizódikus fejfájásokról számol be. A rosszullétek veritékezéssel, palpitationál járnak. Az utolsó néhány hónapban 7 kg-t fogyott. Pulzusa 112/min, vérnyomása 160/100 Hgmm.
- VII/6. A legvalószínűbb diagnózis:
- A) pheochromocytoma
B) Conn-syndroma
C) hátsó skála tumor
D) arteria renalis szűkület
E) carcinoid tumor
- VII/7. Az adott esetben a leghasznosabb diagnosztikus próba:
- A) agyi CT
B) Iv. urographia
C) 5-hydroxy indolecetsav ürítés vizsgálata
D) plasma aldosteron meghatározás
E) 24 órás vanylmandulasav (VMA) ürítés meghatározása
- VII/8. 25 éves férfi epigastriális fájdalommal lett rosszul, ami fokozatosan erősödött az utolsó 24 órában. Hígabb székletet ürített, hányigere volt. Jelenleg 38 °C láza van. Fizikális vizsgálatok a fájdalom a has jobb alsó quadrására lokalizálódik, az ileocecalis regio extrém módon nyomásérzékeny, feszes. Halk bélhangok hallhatók.
- A legvalószínűbb diagnózis
- A) viralis gastroenteritis
B) appendicitis acuta
C) coecum diverticulitis
D) Crohn-betegség
E) hasi lymphadenitis
- VII/9. A fenti állapot lethálisát leginkább determinálja:
- A) a beteg életkora
B) a beteg neme
C) a megelőző általános egészségi állapota
D) a választott antibiotikum
E) a tünetek kezdete és a megfelelő kezelés között eltelt intervallum
- VII/10. A 79 éves nőbeteg fia pszichiatriai vizsgálatra viszi, mert az utolsó két hónapban egyre zavartabb, lethargiás. Előzőleg a beteget háziorvosa és egy gastroenterológus hasi panaszok miatt rendszeresen ellenőrizte. Az általuk javasolt ötféle gyógyszert a beteg általában beszedte, azonban a beteget a pszichiaterhez kísérő fia nem tudja, mit kapott. Azelőtt nem volt szükség pszichiaterre. A jelenlegi mentális status enyhe nyugtalanság jellemzi.
- A psyches status értékeléséhez ezen a ponton a leghasznosabb lépés:
- A) kideríteni pontosan a beteg által szedett gyógyszerek nevét
B) részletes családi anamnézist felvenni a kísérőtől
C) serum elektrolyt és vérkép vizsgálatok
D) agyi CT
E) haloperidolt adni a nyugtalanság megszüntetésére

A megfajtások beküldési határideje 1992. szeptember 15.

(A megfajtások levelezőlapra küldhetők be a Hetilap szerkesztőségébe: Budapest, 7., Pf.: 142. 1410)

A helyes választ beküldők között egy jutalomkönyvet sorsolunk ki.

A helyes megoldást (némi indoklással) a következő havi feladvánnyal együtt, a könyvet nyert kolléga nevét következő havi második számunkban közöljük.

OSTEOCHIN[®]

TABLETTA



CHINOÏN

Hatóanyag:

200 mg ipriflavonum tablettánként.

Hatás:

Állatkísérletek szerint a calcitonin szekréció fokozása útján csökkenti a csontreszorpciót, így megelőzi a csontok csontszövet tartalmának csökkenését.

Javallatok:

Postmenopausalis osteoporosis, senilis involúciós osteoporosis.

Ellenjavallatok:

A gyógyszerrel szembeni túlérzékenység. Súlyos máj és vesekárosodás, haematológiai kórképek (vörös-, fehérvérsejt-, vérlemezkeképzés és funkciózavarai, neoplasztikus típusú haematológiai betegségek). Terhesség, szoptatás, gyermekkor, heveny gyomor- vagy nyombélfekély.

Adagolás:

Naponta 3x1 tabletta étkezés után. Ha az ellenőrzések során a betegség progressziója tapasztalható, más osteoporosis kezelésre kell áttérni.

Az osteoporosis kezelésére általában alkalmazott szerekkel (Ca készítmények, anabolikus hormonok, D vitamin, NaF) való együttdásról nincsenek tapasztalatok.

Mellékhatások:

Túlérzékenységi reakciók (bőrpír, viszketés). Gyomor-, bélpanaszok, véres széklet. Rossz közérzet, fáradékonyság, hányás, hasmenés, szédülés. SGOT-, SGPT-, bilirubin-,

carbamid-, nitrogénszint emelkedés. Vörösvértest- és fehérvérsejtszám csökkenés. Súlyosabb mellékhatások jelentkezésekor a kezelést meg kell szakítani.

Gyógyszerkölcsönhatás:

Jelenleg nem ismert. Ezért csak óvatosan adható:

- antikoagulánsokkal (protrombin szint ellenőrzés javasolt),
- nem steroid gyulladáscsökkentővel.

Figyelmeztetés:

Tartós adagolás során az elsőfélévben havonta, utána 3 havonta laboratóriumi vizsgálatok: haematológiai kontroll, máj- vesefunkciók mérése, valamint széklet Weber reakció elvégzése szükséges. Enyhe máj- és vesebetegség esetén a laboratóriumi vizsgálatokat gyakrabban kell elvégezni.

Megjegyzés:

+ Csak vényre adható ki és azt kizárólag az Országos Gyógyszerészeti Intézet által a készítmény terápiás alkalmazásával megbízott fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) osztályok orvosai rendelhetik a vizsgálatba bevont betegek részére. A készítményt az illetékes fővárosi (megyei) egészségügyi osztály által kijelölt gyógyszerterek hozzátják ideiglenesen forgalomba.

Csomagolás:

50 tabletta

Előállítja:

Chinoïn Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. Budapest.



CHINOÏN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

BETADINE® kenőcs

Antiinfectiosum topicum

Széles spektrumú antimikrobiális készítmény: baktericid, virucid, fungicid, protozoicid.

ÖSSZETÉTEL:

1 g kenőcs 100 mg polyvidonium iodatumot (PVP-jód komplexet) tartalmaz.

JAVALLAT:

Égések, metszett, vágott és horzsolt sebek, trofikus fekélyek (ulcus cruris, decubitusok), bőrfertőzések és felülfertőzött dermatózisok.

ELLENJAVALLAT:

Jódallergia, hyperthyreosis, dermatitis herpetiformis Duhring, radioaktív jódkezelés előtt.

Alkalmazása a terhesség 3. hónapjától és a szoptatás alatt is kerülendő, illetve csak egyéni mérlegelés alapján jöhet szóba, állandó orvosi ellenőrzés mellett.

ALKALMAZÁS:

Naponta többször a beteg bőrfelületet vékonyan bekenni.

MELLÉKHATÁS:

Jódérzékenység esetén irritáció léphet fel, amely ritka és átmeneti jellegű.

FIGYELMEZTETÉS:

Nem manifest hyperthyreosisban és más pajzsmirigy-megbetegedés esetén (különösen idősebb betegeknél) a Betadine® kenőcs csak orvosi utasításra és ellenőrzés mellett alkalmazható.

Újszülöttek és csecsemők kezelésére csak komoly megfontolás esetén, a pajzsmirigyfunkciós vizsgálatok elvégzése után alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁS:

Higanytartalmú fertőtlenítőszerrel, benzoe-tinktúrával együtt nem alkalmazható.

MEGJEGYZÉS:

✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS:

1 tubus (20 g)

OGYI eng. szám: 2676/40/90.

GYÁRTJA: 

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT. Budapest a Mundipharma AG (Basel, Svájc) licence alapján.



EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT., Budapest

Orvosi Hetilap

59 Ft

1992. szeptember 13.

133. évfolyam — 37. szám

A retroperitonealis tályog klinikuma és kezelése

Jakab Ferenc dr., Egri Gábor dr., Faller József dr.

2335

KLINIKAI TANULMÁNYOK**Ultrahang szerepe a gyermekkori akut scrotum műtéti indikációjában**

Bogdány Anikó dr., Füzesi Kristóf dr.

2343

EREDETI KÖZLEMÉNYEK**Az agyi rezisztenciaerek rezervkapacitásának meghatározása acetazolamid teszt során végzett transcranialis Doppler és SPECT vizsgálattal**

Barzó Pál dr., Pávics László dr., Borda Lóránt dr., Bodosi Mihály dr., Dóczi Tamás dr., Katona Éva dr.

2347

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK**A benignus epeúti szűkületek percutan ballonkatéteres tágítása**

Kónya András dr.

2357

KAZUISZTIKA**Másodlagos akut leukaemia Hodgkin-kórban**

Ujj György dr., Telek Béla dr., Kiss Attila dr., Rák Kálmán dr.

2365

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

2371

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

2385

BESZÁMOLÓK

2389

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

2398

HÍREK

2401

GYÓGYSZER HÍRADÓ

2395



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány





® **KREON**

KAPSZULA



CHINOIN



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 után enzimpótlás, cisztás fibrosis.

Ellenjavallatok:

Hatóanyag iránti túlérzékenység.
Acut pancreatitis.

Adagolás:

A szokásos adag napi 3—5 × egy kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Felnőtteknek szükség esetén a napi adag 6—12 kapszuláig emelhető. Kisgyermekeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

Mellékhatások:

Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

20 kapszula

Előállítja:

CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
H—1045 Budapest, Tó u. 1—5.
Kali-Chemie Pharma GMBH,
Hannover (NSZK licenc alapján)



CHINOIN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

Hungarian Medical Journal

September 13, 1992. Volume 133. No. 37.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

The clinical aspects and the treatment of
retroperitoneal abscess

Jakab F., Egri, G., Faller, J.

2335

CLINICAL STUDIES

Ultrasonography in surgical indication of
children's acute scrotum

Bogdány, A., Füzesi, K.

2343

ORIGINAL ARTICLES

The cerebral blood flow velocity and rCBF
response to acetazolamide in cerebrovascular
disease patients

Barzó, P., Pávics, L., Borda, L., Bodosi, M., Dóczy,
T., Katona, É.

2347

NEWER THERAPEUTIC METHODS

Percutaneous balloon dilatation of benign biliary
strictures

Kónya, A.

2357

CASE REPORTS

Secondary acute leukaemia following Hodgkin's
disease

Ujj, Gy., Telek, B., Kiss, A., Rák, K.

2365

FROM THE LITERATURE

LETTERS TO THE EDITOR

CONGRESS REPORTS

DRUG NEWS

NEWS

2371

2385

2389

2395

2401

Orvosi Hetilap

133. évfolyam 37. szám — 1992. szeptember 13.

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., Paál
Tamás 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, Németh György, 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), G. Nagy
(Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern),
H. Tahler (Wien), K. Tsuji (Tokyo).

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 3060,— Ft, félévre 1530,— Ft,
negyedévre 765,— Ft, 1 hónapra 255,— Ft,
egyes szám ára 59,— Ft

SPRINGER
150
FOR SCIENCE
1842-1992

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 92.19884.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

TRI-REGOL

tabletta

Trifázisos orális kontraceptívum

Összetétel:

Sárga színű tabletta:

0,05 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

Barack színű tabletta:

0,075 mg levonorgestrelum és 0,04 mg aethinyloestradiolum

Fehér színű tabletta:

0,125 mg levonorgestrelum és 0,03 mg aethinyloestradiolum

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

**Részletes felvilágosítással
készséggel áll
rendelkezésre:**



Richter Gedeon
Vegyészeti Gyár Rt.
Budapest

**Orvostudományi
Főosztály**



A retroperitonealis tályog klinikuma és kezelése

Jakab Ferenc dr., Egri Gábor dr. és Faller József dr.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Sebészeti Tanszék

A szerzők 14 retroperitonealis tályog miatt kezelt betegről számolnak be. Megállapítják, hogy a secunder retroperitonealis tályog multietiologiájú második betegség. A kóriszmézésben nagy jelentőséget tulajdonítanak a fizikális tüneteknek (psoas contractura, tapintható rezisztencia, costolumbalis érzékenységgel), amelyek betegek több mint $\frac{3}{4}$ -ében jelen voltak. Megállapítják, hogy a fizikális tünetek az előrehaladott retroperitonealis tályog esetén vannak jelen, amikor a natív hasi felvételen a psoas szél eltűnése és a lumbalis gerinc konkavitás perldöntő. Átlagosan a panaszok kezdete után 45 nappal sikerült a helyes kóriszmét felállítani, ami arra utal, hogy a korszerű képalkotó eljárásokat (ECHO, CT, NMR) ismeretlen eredetűnek hitt septicus állapot esetén korábban kell igénybe venni. A betegeiken retroperitonealis műtéti feltárást végeztek, azonban úgy vélik, hogy a percutan drenázs eljárásoknak kell a jövőben az elsődleges beavatkozásnak lenniük. Malignus alapbetegséghez társuló retroperitonealis tályog kedvezőtlen prognózisú, 14 beteg közül kettő halt meg, akik retroperitonealis tályog tumoros alapbetegséghez társult.

Kulcsszavak: retroperitonealis tályog, psoas contractura, percutan drenázs, retroperitonealis feltárási

The clinical aspects and the treatment of retroperitoneal abscess. 14 patients with retroperitoneal abscess have been collected by the authors since Jun 1. 1988. The retroperitoneal abscess of multifactorial origin can be considered as a secondary disease. The physical clinical signs (e. g. psoas rigidity sign, palpable mass, costolumbal sensitivity) play central role in setting up of diagnosis, and these signs were present in more than 75% of the cases. The physical signs generally indicate advanced retroperitoneal abscess, and at the same time the contour of psoas muscle disappears and concavity of lumbar vertebrae can be seen on plain abdominal X ray film. The exact diagnosis was achieved in mean 45 days after the onset of complaints, this fact urges, that the up-to-date imaging modalities (US, CT, NMR) should be applied earlier in septic conditions of unknown origin. Retroperitoneal surgical intervention was performed in their patients, in the future the percutaneous drainage procedure has to be considered as first intervention for retroperitoneal abscess. Retroperitoneal abscess secondary to malignant disease has unfavorable prognosis, 2 out of 14 patients with retroperitoneal abscess died, both of them had underlying malignancy.

Key words: retroperitoneal abscess, imaging modalities, percutaneous drainage

A retroperitoneum sebészi jelentősége vitathatatlan, a fascia transversa, a hasfali és lumbális izomzat és a gerincoszlop által határolt terület, amely a mediastinummal és a subperitonealis területtel közlekedik, számos kóriszmézési és terápiás gondot okozó kórfolyamatnak adhat helyet. A részben, vagy egészében retroperitonealis elhelyezkedésű szervek (duodenum, vese, nagyerek) kiindulásai lehetnek retroperitonealis folyamatoknak, amelyek közül a retroperitonealis tályogokat (továbbiakban r. t.) választottuk dolgozatunk témájául. A r. t. egyike azoknak a gyulladásos folyamatoknak, melyet viszonylag későn ismernek fel, noha markáns, jól kifejezett fizikális tünetei vannak és a modern képalkotó eljárásokkal nagy biztonsággal kóriszmézhetők és lokalizálhatók (2, 3, 8, 27, 43).

Rövidítések: r. t.: retroperitonealis tályog

A r. t. kezelésének alapelve napjainkban alapvetően változatlan, a tályog kiürítése, drenázsa a teendő. A módozatot illetően azonban jelentős változás van, a sebészi feltárással mellett előtérbe került a percutan drenázs, mint elsődleges beavatkozás (3, 11, 14, 16, 29, 39, 41, 49).

A r. t. polietiologiájú kórkép (2, 4, 6, 7, 10, 14, 17, 26, 28–30, 33, 35, 38, 39, 42, 44, 47, 48, 50).

Szokásos használni a primer és secunder r. t. fogalmát (1, 14, 29, 50). A primer r. t. ritka, régebben csigolya-tbc-hez társulóan, újabban fiatalokon, Staphylococcus aureus fertőzést követően észlelték (1, 14, 25, 29, 33, 50). Akadémikus vita lenne azt elemezni, hogy van-e létjogosultsága a primer r. t. fogalmának, amely az előbbi esetekben is következményként jelentkezik. A r. t.-gal foglalkozó klinikus jól tudja, hogy jelentős számban nem állapítható meg a kiváltó ok (8, 14).

A mielőbbi diagnózis felállítása és a kezelés módozatainak megválasztása miatt látszik indokoltnak foglalkozni a r. t. kérdésével.

Anyag és módszer

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Sebészeti Tanszékén 1988. június 1. és 1991. december 31. között 14 beteget kezeltünk r. t. miatt. Ezen időszak alatt 6995 műteti beavatkozás történt. A 14 r. t.-os beteg kórtörténetét retrospektíve dolgoztuk fel. Elemeztük a kórokokat, az anamnézis időtartamát, a r. t. fizikális jeleit, a modern képalkotó eljárások értékét, a társbetegségek előfordulását, a kórisme felállítását késleltető tényezőket és a prognosztikai meghatározókat.

Valamennyi betegünkön retroperitonealis műtési feltárás és Willenegger szerinti drenázs történt. A tályog tartalmából minden esetben bakteriológiai vizsgálat készült és anaerob tenyésztés is.

A statisztikai értékeléshez a χ^2 próbát használtunk. A p értéket szignifikánsnak tekintettük, ha $p < 0,05$.

Eredmények

A betegek átlagéletkora 41 év volt, 21 és 79 év szélső értékek között.

A kórokokat elemezve megállapítottuk, hogy korábbi műtét — amely szerepet játszhatott a retroperitonealis tályog kialakulásában — 4 alkalommal történt, két betegen a colon malignus tumora miatt, egy-egy betegen vesekő, illetve discus hernia miatt. Malignus alapfolyamata három betegnek volt. A kórokokat három beteg esetében nem lehetett megállapítani (1. táblázat).

Az anamnézis hossza mindössze két betegen volt 1 hónapon belül, 6 betegen a panaszok kezdetétől számítva a második hónapban született meg a helyes kórisme, és végül 6 betegen több mint két hónap után derült fény a láz, szeptikus állapot és a fel nem ismert psoas contractura miatti járásképtelenség okára (2. táblázat).

Az anamnézisben az 1. táblázatban felsoroltak mellett kiemelkedő, szembeötlő volt a láz, a szeptikus állapotra jellemző panaszok, az egyoldali alhasi, csípőtáji, olykor combba és térdbe sugárzó fájdalom gyakorisága, amelyek miatt sűrűn készült medencetáji rgt felvétel is. 14 betegünk közül 6 panaszai között szerepelt az, hogy nem tud lábra állni azonos oldali csípő-comb-térd fájdalmak miatt, továbbá három, hosszabb ideje fekvő beteg egyik oldali alsó végtagját nem tudta kinyújtani azonos oldali fájdalmak miatt.

Ezen betegek fizikális vizsgálatokor psoas contracturát észleltünk 12 betegen. Rezisztenciát 11 betegen tapintottunk, közülük 9-nek volt azonos oldali psoas contracturája is. Costolumbalis nyomásérzékenység 9 betegen volt kifejezett.

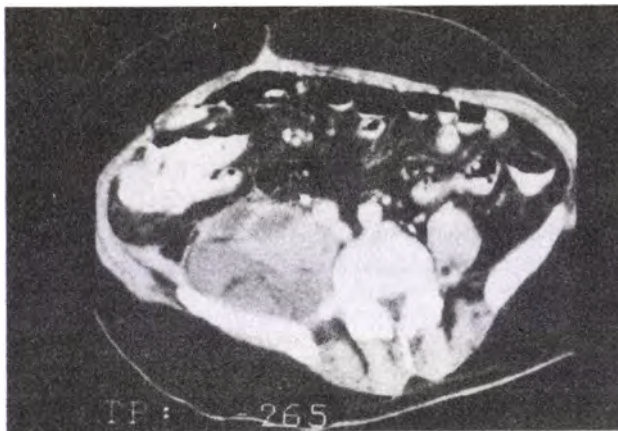
A natív hasi röntgenfelvételen elmosódott vagy eltűnt „psoas kontúr”-t mint diagnosztikus jelet 10 esetben találtunk és lumbosacralis konkavitást 12 betegen figyeltünk meg. Ez utóbbi jelre vonatkozóan kritikusan meg kell jegyezni, hogy az esetek túlnyomó részében korábbi összehasonlító felvétel nem állott rendelkezésre.

1. táblázat: Retroperitonealis tályogok etiológiája szerint

Etiológia	Betegszám
Korábbi műtét — benignus betegség miatt	
— vesekő	1
— discus hernia	1
Korábbi műtét — malignus tumor miatt (colon)	2
Malignus tumor (colon) korábbi műtét nélkül	1
TBC	2
Traumás csontfolyamat	1
Sigmaverticulus perforáció	1
Appendix vermiformis perforáció	1
Ismeretlen	3
Crohn betegség (colon) + perforáció	1
Összesen	14

2. táblázat: Az anamnesis hossza retroperitoneális tályogok esetén

Anamnesis hossza	Betegszám
< 1 hónap	2
1–2 hónap	6
> 2 hónap	6
Átlag	45 nap!



1. ábra: R. t. CT képe

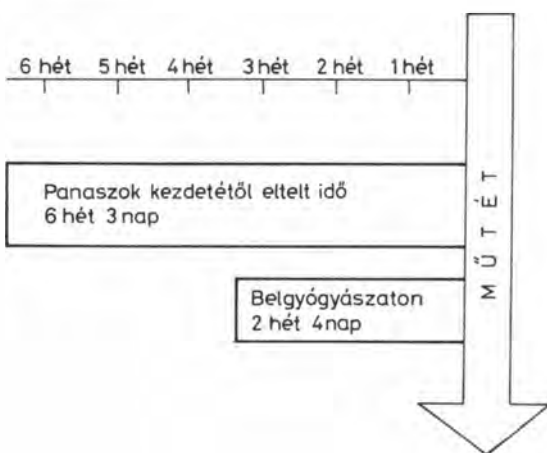
A modern képalkotó eljárások közül a hasi szonográfiás vizsgálatot, a komputer tomográfiát (1. ábra) és az NMR-t alkalmaztuk, alapvetően azokon a betegeken, ahol az anamnézis, a fizikális vizsgálat és a natív hasi felvétel nem volt perdöntő, vagy ahol egyéb kérdésre is választ vártunk.

Társbetegségek közül az arteriosclerosis, cirrhosis és a malignus tumor fordult elő leggyakrabban.

Elemeztük a panaszok kezdetétől eltelt időt és a kivizsgáló osztályokon eltöltött napok számát (3. táblázat). Megállapítottuk, hogy a panaszok kezdete után átlagosan 45 nappal került sor a r. t. feltárására és drainálására, a kivizsgáló osztályokon pedig átlagosan 18 napot töltöttek.

A 14 r. t.-s betegünk közül két beteget veszítettünk el. A halálok mindkét esetben daganatos senyvedés volt. A prognosztikai tényezőket elemezve kizárólag a rosszindu-

3. táblázat:



4. táblázat: Prognosztikai meghatározók a retroperitonealis abscessus halálzásában

Tényező	n	Halálozás	p
Anamnesis hossza			
< 1 hó	2	1	n. s.
1–2 hó	6	0	
> 2 hó	6	1	
Bakteriológiai tenyésztés			
1 kórokozó	6	1	n. s.
2 kórokozó	3	1	
3 kórokozó	2	0	
nem tenyésztett ki	3	0	
Társbetegségek száma			
0 társbetegség	4	0	n. s.
1 társbetegség	6	0	
2 társbetegség	2	1	
3 társbetegség	1	1	
Malignus tumoros alapfolyamat	3	2	p < 0,001
APACHE II. pontszám			
< 9	10	0	
> 9	4	2	

n. s. = nem szignifikáns

latú daganatos alapfolyamat bizonyult statisztikailag kedvezőtlen diagnosztikai tényezőnek és meglepő módon az anamnézis hossza, a társbetegségek, az APACHE II. szerinti értékelés, a többféle kórokozó előfordulása nem befolyásolta statisztikailag a halálozást (4. táblázat). Az átlagos ápolási idő 14,3 nap volt, a betegek maradványtünet nélkül hagyták el tanszékünket.

Megbeszélés

A r. t. napjainkban is azok közé a kórképek közé tartozik, amely viszonylag hosszú idő után kerül felismerésre és ennek következtében adekvát kezelésre. Ennek a ténynek több oka van:

a) *A retroperitonealis tályog polietiologiás volta:* Bár „primernek” nevezett r. t. előfordul a klinikumban, ezt raritásnak tarthatjuk (1, 14, 25, 29, 50). A mindennapi gyakorlatban „secunder” vagyis másodlagos kórfolyamattal

5. táblázat: Retroperitonealis tályoghoz vezető kórképek

1. *Üreges hasi szervek átfúródása*
appendix (44)
diverticulum (4, 23, 38)
2. *Urológiai betegségek*
pyonephros, vesecarcinoma (2, 9, 39)
kő okozta calixperforáció (30)
veseműtétek utáni r. t. (16)
3. *Gyulladásos bélbetegségek (IBD) (2)*
Crohn betegség (37)
4. *Tumor*
colon (24, 32)
5. *Anorectum betegségei*
abscessus
tumor (32)
6. *Súlyos akut pancreatitis (SAP) (10, 48)*
7. *Transzplantáció utáni állapot*
immunszuppresszió (29, 42)
8. *Iatrogén ártalom*
perkután vékonytű biopszia (28)
ERC—EP (21)
coloscopus polypectomia (31)
femorális angiográfia (26)
9. *Műtét utáni szövődmény*
retroperitonealis érműtét (47)
graft infekció (22)
10. *Haematogén szepszis embolizáció*
trauma utáni osteomyelitis (7, 15)
Staphylococcus infekció (50)
11. *Lymphogén szepszis áttét*
mesenterialis-mesocolikus nyirokcsomó (33)
12. *Lumbális gerinc osteomyelitis (ritkán TBC) (17)*
13. *Ismeretlen (14)*

kell számolni, amiből következik, hogy a kiváltó betegség tünetei befolyásolják és késleltetik a kórisme felállítását (5. táblázat). A táblázatban felsorolt kórképek közül a legnagyobb gyakorisággal a tápcsatorna retroperitoneum felé történő különböző okú átfúródásai, urológiai kórképek és miattuk végzett beavatkozások, a gyulladásos bélbetegségek és a tumoros folyamatok szerepelnek.

b) *A retroperitonealis tályog szembeillő fizikális tünetei:* A psoas contractura jellegzetes végtagtartással, járásképtelenséggel, a tapintható rezisztencia, a costolumbalis nyomásérzékenységgel a folyamat kezdete után csak hetekkel jönnek létre (8, 14, 27).

c) *Az orvosi köztudatban nem honosodott meg* eléggé, hogy ismeretlen eredetű szepszis állapot egyik oka lehet a r. t. (14, 27).

Mindenesetre a korszerű képalkotó eljárások terjedésével várható, hogy a diagnózis felállítása korábban történik meg, ugyanis a szűrő- vagy kutató jelleggel végzett abdominalis CT, NMR vagy abdominalis szonográfia során még a fizikális jelek kialakulása előtt lehet kórismézni a r. t.-ot (5, 8, 11, 14, 29, 43, 45, 50).

A magunk részéről — miután betegeink túlnyomó részében a markáns tünetek észlelhetők voltak és a natív hasi radiológiai vizsgálat is diagnosztikus értékű volt, nem törekedtünk a CT, NMR obligát igénybevételére, hanem

hosszú anamnézis és biztos diagnózis birtokában a tályogot feltártuk, kiürítettük, draináltuk. A jó minőségű hasi röntgenfelvétel gondos elemzése napjainkban is magas szenzitivitást és specificitást biztosít a r. t. kórismézésében, noha általában az ultrahang és a CT után második diagnosztikus lépésnek tekintik (3). Az volt az álláspontunk, hogy a szeptikus állapot okát mielőbb meg kell szüntetni, a kiváltó ok miatt indokolt vizsgálatok a beteg állapotának javulása után is elvégezhetők. Ennek ellenére a hosszú anamnézisű, előrehaladott szeptikus állapotot előidéző r. t. esetében is van létjogosultsága a CT vizsgálatnak vagy egyéb képalkotó eljárásoknak (3, 5, 8, 18, 24).

— ha kérdéses, hogy a folyamat multiplex lokalizációjú (5, 8)

— r. t. mellett intraabdominalis tályog gyanúja is felmerült (3)

— drenázst követően a regresszió megítélésére (8)

— egyidejű csigolyafolyamat detektálására (17).

Ismeretlen eredetű szeptikus állapot esetén, különösen ha az 1. táblázatban felsorolt betegségek, állapotok, beavatkozások szerepelnek a kórelőzményben, a fizikális jelek hiánya esetén is kutatni kell r. t. után, igénybe véve a korszerű képalkotó eljárásokat. Az izotóp vizsgálatok szerepe másodrendűnek tekinthető (43, 44).

A felismert r. t.-t ki kell üríteni. Korábban a sebészi eljárás volt a vezető szerep, napjainkban a percutan drenázs került előtérbe. Magunk 14 betegünkön még a sebészi feltárást végeztük, azonban a beteganyag lezárását követően elkezdtük a CT vezérelte drenázs alkalmazását, amelyet az irodalom is messzemenően propagál (5, 11, 19, 22, 34, 36, 39, 40, 41, 49). Úgy tűnik, hogy a CT vagy szonográfia vezérelte tályogdrenázs elsődleges, és ennek eredménytelensége esetén mérlegelendő a sebészi feltárást (5, 8, 13, 16, 19, 34, 36, 39, 40, 41, 47, 49).

Miután magunknak e területen csak kezdeti tapasztalataink vannak, részletesebb tárgyalásba nem bonyolódhatunk.

A r. t. prognózisát illetően ki kell emelni, hogy a halálozás még mindig magas. Beteganyagunkban a malignus alapfolyamathoz társuló r. t. esetében észleltünk főleg kedvezőtlen kimenetelt és ez a megfigyelésünk teljes összhangban van az irodalomban közöltekkel (24, 32).

Bár statisztikailag nem sikerült igazolni, valószínűnek látszik, hogy a r. t. okozta szeptikus állapot lerövidítése (a korábban felállított kórismével) előnyösen befolyásolja a folyamatot és a beteg sorsát.

A r. t. túlnyomórészt sekunder folyamat, második betegség, amelyet sui generis elsőként kell megoldanunk (8). A kiváltó ok felfedése, az elsődleges betegség gyógyítása (osteomyelitis, fertőzött graft, Crohn-betegség) elengedhetetlen, ennek részletezése meghaladja a dolgozat kereteit (17, 22, 39, 47).

IRODALOM: 1. Alonso, M., Reyos, G., Galera, M. J. és mtsai: Primary abscess of the psoas. J. Chir. (Paris), 1990, 127, 537–538. — 2. Banner, M. P.: Genitourinary complications of inflammatory bowel disease. Radiol. Clin. North Am., 1987, 25, 199–209. — 3. Bellomi, M., Frigerio, L. F., Castoldi: Diagnostic imaging and interventional radiology in abdominal abscess formation. Radiol. Med., 1988, 76, 18–22. — 4. Busel,

D., Ossa, G.: Retroperitoneal abscess due 70 perforated diverticulitis. Diagnosis and percutaneous drainage guided by ultrasonics. Rev. Med. Chil., 1987, 115, 569–570. — 5. Busoni, F., Viguali, C., Camerini, E. és mtsai: Computerized tomography in the diagnosis of abscesses of posterior pararenal space secondary to interventions on the abdomen. Radiol. Med., 1987, 73, 289–294. — 6. Camilleri, L., Lointier, D., Pezet, D. és mtsai: Retroperitoneal perforation of duodenal ulcer responsible for abscess. Ann. Chir., 1989, 43, 388–390. — 7. Cornacchiari, M., Rinaldi, E., Corti, M. és mtsai: Multiple retroperitoneal abscesses caused by Staphylococcal sepsis. Minerva Med., 1990, 81, 905–908. — 8. Crepps, J. F., Welch, J. P., Orlando, R.: Management and outcome of retroperitoneal abscesses. Ann. Surg., 1987, 205, 276–281. — 9. Crispino M., Esposito C., Peroziello, P.: Psoas abscess caused by non-tubercular uropneumophrosis. Minerva Urol. Nefrol., 1987, 39, 75–77. — 10. De Reyes Pugnare, M. és mtsai: Acute pancreatitis: fluid accumulation in the lesser omental sac and retroperitoneum. Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., 1987, 71, 205–210. — 11. Galperin, E. I., Loshcilov, V. I. és mtsai: Closed ultrasonic cleansing of abscesses of the intraabdominal cavity and retroperitoneal space under low intensity ultrasound control. Khirurgiya, 1988, 56, 115–116. — 12. Cogler, H., Kaminski, M.: Retroduodenal perforation following endoscopic papillotomy. Chirurg, 1989, 60, 492–494. — 13. Gordon, D. H., Macchia, R. J., Glanz, S. és mtsai: Percutaneous management of retroperitoneal abscesses. Urology, 1987, 30, 299–306. — 14. Heines, J. D. jr., Chop, W. M. jr., Towsley, D. K.: Primary psoas abscess. An often insidious infection. Postgrad. Med., 1990, 87, 287–288. — 15. Havel, P. E., Ebrahim, N. A., Jackson, W. T.: CT detection of intrapelvic origin of lower extremity infections in traumatized limbs. J. Orthop. Trauma, 1987, 1, 306–311. — 16. Heleman, O., Cornud, F., Di Stefano, D. és mtsai: Percutaneous treatment of abscess of the kidney and retroperitoneum. J. Radiol., 1989, 70, 541–548. — 17. Jacobsen, J. E.: Pyogenic spinal osteomyelitis with right-sided retroperitoneal abscess. Ugeskr. Laeger 1989, 151, 1760. — 18. Kishkovskii, A. N., Bazhanov, E. A.: Possibilities of computerized tomography in the diagnosis of abscesses in the abdominal cavity and retroperitoneal space. Vestnik Khir., 1987, 139, 51–56. — 19. Kopeckzy, K. K., Wass, J. L., Cory, D. A. és mtsai: Percutaneous drainage of intraabdominal and retroperitoneal abscesses. Indiana Med., 1987, 80, 1168–1171. — 20. Krylov, N. L., Viazitskii, P. O.: Use of CT and echography in the diagnosis and treatment of abscesses of the abdominal cavity and retroperitoneal space. Vestnik Khir., 1987, 139, 41–46. — 21. Kuhlman, J. E., Fishman, E. K., Milligan, F. D. és mtsai: Complications of endoscopic retrograde sphincterotomy: CT evaluation. Gastroint. Radiol., 1989, 14, 127–132. — 22. Lambiase, R. E., Dorfman, G. S., Cronan, J. F.: Percutaneous management of abscesses that involve native arteries or synthetic arterial grafts. Radiology, 1989, 173, 815–818. — 23. Lanitis, G., Salmeron, M.: An unusual complication of duodenal diverticulum: retroperitoneal perforation. Rev. Med. Suisse R., 1990, 110, 749–752. — 24. Llangier, J., Perez, C., Andreu, J. és mtsai: Psoas abscess demonstrated by CT as the first evidence of carcinoma of the colon. Comput. Radiol., 1987, 11, 259–261. — 25. Lopez, de Alda, A., Cruces, de Abia, F.: Psoas abscess: considerations on 6 cases. Actas. Urol. Esp., 1989, 13, 264–267. — 26. Loveday, E. J., Tonge, K. A., du Pelouc Menage, H. G.: Iliopsoas abscess: an unusual complication of femoral artery catheterisation. Br. J. Radiol., 1990, 63, 224–261. — 27. Lowe, B. P., Smith, A. Y.: Primary psoas abscesses. J. Urol., 1987, 137, 485–486. — 28. Luning, M., Bock, A., Wolff, H. és mtsai: Retroperitoneal abscess: a complication following CT-guided fine needle biopsy. ROFO, 1989, 150, 485–486. — 29. Martinez, S. O., Estebanez-Zarranz, M. J. és mtsai: Primary abscess of the psoas. Actas. Urol. Esp., 1990, 14, 139–142. — 30. Nunley, J. R., Sica, D. A., Smith, V.: Medullary sponge kidney and stag-horn calculi. Urol. Int., 1990, 45, 118–121. — 31. Ostyn, B., Bercoff, E., Manchon, N. D.: Retroperitoneal abscess complicating colonoscopy polypectomy. Dis. Colon Rectum, 1987, 30, 201–203. — 32. Panwalker, A. P.: Unusual infections associated with colorectal cancer. Rev. Infect. Dis., 1988, 10, 347–364. —

33. Perros, P., Sim, D. W., MacIntyre, D.: Psoas abscess due to retroperitoneal tuberculous lymphadenopathy. Tubercule, 1988, 69, 299—301. — 34. Platzbecker, H., Kohler, K., Tellkamp, H.: Radiologic abscess drainage in the retroperitoneal space. Radiol. Diagn., 1987, 28, 589—591. — 35. Radzrogin, V. A., Loginov, V. A.: Extraperitoneal rupture of duodenum of 14 day duration. Vestn. Khir., 1990, 145, 46—47. — 36. Reuss, J. A. Seitz, K.: Nonsurgical therapy of abdominal and retroperitoneal abscesses. Ultraschall Med., 1987, 8, 142—146. — 37. Robeiro, M. B., Greenstein, A. J., Yamazaki, Y. és mtsai: Intra-abdominal and retroperitoneal abscesses in regional enteritis. Ann. Surg., 1991, 213, 32—36. — 38. Rohrbach, M., Lakshman, S., Thomas, E.: Diverticulitis with pericolic abscess and fistula. J. Tenn. Med. Assoc., 1989, 82, 601—602. — 39. Stacks, D., Banner, M. P., Meranze, S. G.: Renal and related retroperitoneal abscesses, percutaneous drainage. Radiology, 1988, 167, 447—451. — 40. Savazzi, G. M., Bocchi, B., Rusticelli, R. és mtsai: Irrigation-lavage of the intra- or retroperitoneal abscessed cavity with an electrolytic chloroxidizer. Experience in 4 cases. Minerva Chir., 1987, 42, 1365—1373. — 41. Soffer, M., Abecassis, J. P., Bonnin, A. és mtsai: Percutaneous drainage of retroperitoneal abscesses. Radiology, 1989, 170, 280—281. — 42. Steiner, F. T., Brem, A. S., Peter, G.: Psoas muscle abscess due to Pasteurella multocida.

J. Urol., 1987, 137, 487—488. — 43. Stephenson, C. A., Seibert, J. J., Golladay, E. S. és mtsai: Abscess of the iliopsoas muscle diagnosed by magnetic resonance imaging and ultrasonography. South. Med. J., 1991, 84, 509—511. — 44. Stry, J. R., Wells, R. G.: Tc-99m glucoheptonate imaging retroperitoneal abscess. Clin. Nucl. Med., 1990, 15, 270. — 45. Tatsuta, N., Yamamoto, I., Mitsuya, T. és mtsai: A case of retroperitoneal inflammation. Diagnostic usefulness of MRI. Rinsho Hoshasch, 1987, 32, 751—754. — 46. Tillman, B. F., Gibson, R. L., Stone, W. J.: Psoas abscesses in chronic dialysis patients. J. Urol., 1987, 137, 489—490. — 47. Tobin, K. D.: Aortobifemoral perigraft abscess: treatment by percutaneous catheter drainage. J. Vasc. Surg., 1988, 8, 339—343. — 48. Toskin, K. D., Starosek, V. N.: Principles of the surgical treatment of suppurative visceral complications of pancreatic necrosis. Khirurgija, 1990, 1, 72—75. — 49. Treutner, K. H., Truong, S., Klose, K. és mtsai: Intraabdominal abscesses — percutaneous catheter drainage versus operative treatment. Klin. Wochenschr., 1989, 67, 486—90. — 50. Valera-Beltran, J. és mtsai: Psoas abscess in children. Bol. Med. Hosp. Instut. Mex., 1987, 44, 41—44.

(Jakab Ferenc dr., Budapest, Diósárok u. 1. 1125)



Cardiorapid® EKG-család

kórházak, rendelőintézetek és magánorvosok részére

- 1, 3, 6 és 12-csatornás
- hagyományos vagy komputer-kiértékelésű
- 1 éves garancia
- országos szervizhálózat
- folyamatos papírutánpótlás

Ajánlunk még defibrillátort, spirométert, dopplereket, mikroszkópot, centrifugát, sterilizátort, vérnyomásmérőket, fonendoszkópot stb.

1133 Budapest, Gogol u. 34. **MEDKOM** International Kft. Telefon / Telefax: 140-2456

KÓRHÁZAK, KLINIKÁK, KÖRZETI ÉS MAGÁNORVOSI RENDELŐK FIGYELMÉBE!

Közvetlen japán gyártóktól kapott ajánlatok alapján, rendkívül előnyös feltételek mellett megrendelhetők a következő orvosi műszerek:

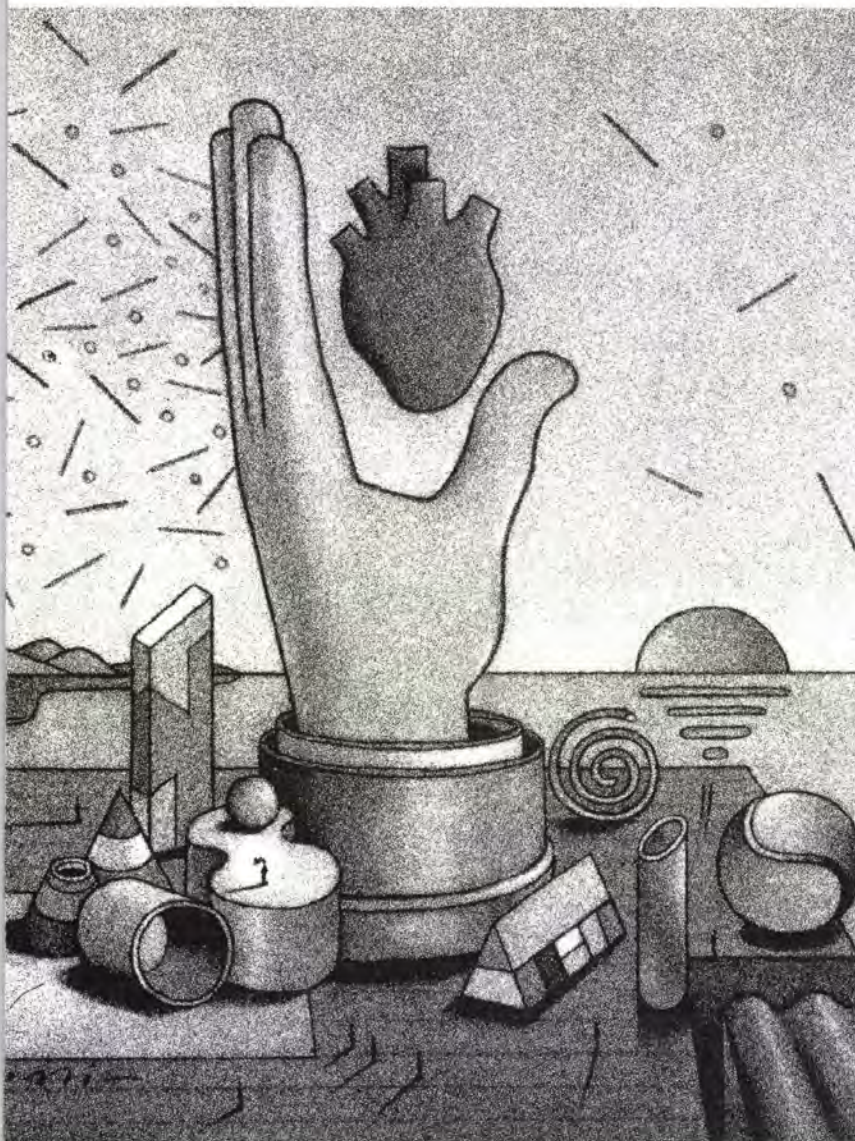
- Ultrahangdiagnosztikai berendezések
- Véranalizátorok (kémiai, hematológiai és ion-szelektív)
- Intelligens EKG-készülékek
- Terheléses EKG-készülékek (24 órás rekorderek + kiértékelőegység)
- Holter EKG-rendszerek
- Spiroanalizátorok
- Fogászati kezelőegységek

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

VÉRNYOMÁSCSÖKKENTÉS

Napi egyszeri adagolással



ACE gátló
antihypertensivum



INHIBACE®

cilazapril

Hatóanyag: Cilazapril. **Javallat:** Esszenciális és renális hypertonia.

Adagolás: Esszenciális hypertóniában 2.5 – 5.0 mg napi egy alkalommal. A terápia első két napján az ajánlott adag a 2.5 mg-os tabletta fele (=1.25 mg) napi egy alkalommal. Az adagolást egyénileg kell beállítani. Amennyiben 5.0 mg Inhibace napi egyszeri alkalmazásával nem érhető el a kívánt terápiás hatás, az Inhibace kálium-űrítő diuretikum alacsony dóziséval kombinálható. Renális hypertóniában a kezelést 0.5 mg vagy ennél alacsonyabb adaggal kell kezdeni. A fenntartó adagot egyénileg kell beállítani. A különleges adagolási útmutatásokat az alkalmazási előirat tartalmazza. **Ellenjavallatok:** Cilazaprilra vagy más ACE gátlóra való túlérzékenység, ascites, terhesség, szoptatás. Tapasztalatok hiányában az Inhibace alkalmazása gyermekkorban ellenjavallt.

Figyelmeztetés: Alkalmanként szimptomás hypotonia figyelhető meg. Májcirrhózisban, veseelégtelenségben, valamint műtétek, anesztézia során óvatosan kell alkalmazni. **Mellékhatások:** Hasonlók más ACE gátló készítmények mellékhatásaihoz (angioneurotikus ödéma).

Csomagolás: 0.5 mg (30x), 1.0 mg (30x), 2.5 mg (28x) és 5.0 mg (28x) osztott tabletták.

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előirat tartalmazza.

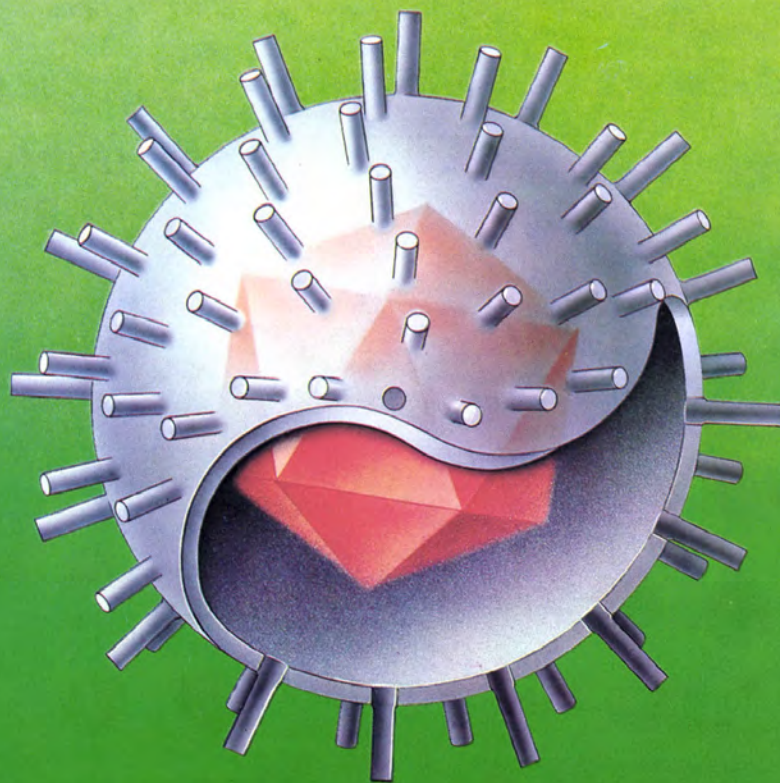
Roche

F. Hoffmann — La Roche Ltd.
Kereskedelmi Képviselet, Budapest
1088 Rákóczi út 1—3.

- ☐ Megbízhatóan 24 órás hatástartam
- ☐ Kiváló tolerálhatóság
- ☐ Fokozatosan kialakuló hatás
- ☐ Többféle kiszerezésben kapható!
- ☐ Esszenciális hypertóniában
2.5—5.0 mg kiszerezés javasolt.
- ☐ Renális hypertóniában
0.5—1.0 mg-os kiszerezés ajánlott.



BIOTEST ELISA Vírustesztek



BIOTEST Anti-CMV IgG ELISA
BIOTEST HBs-Ag ELISA
BIOTEST Anti-HBs ELISA
BIOTEST Anti-HBc ELISA
BIOTEST Anti-HIV-1/-2 recombinant
BIOTEST Anti-EBV recombinant
IgM ELISA
EA IgG
EBNA IgG

Art. No. 807 001
Art. No. 807 301
Art. No. 807 311
Art. No. 807 321
Art. No. 807 004

Art. No. 807 010
Art. No. 807 011
Art. No. 807 012

BIOTEST AG Magyar Kereskedelmi Képviselő, 1124 Budapest, Dobsinai u. 6/B. Tel/fax: 156-1697



Serafol®



Serafol®

**Szárított antiszérumokat tartalmazó
ágymelletti ABO és RH (D)
meghatározó kártya**

BIOTEST AG Magyar Kereskedelmi Képviselő, 1124 Budapest, Dobsinai u. 6/B. Tel/fax: 156-1697



Biotest
Diagnostics

Ultrahang szerepe a gyermekkori akut scrotum műtéti indikációjában

Bogdány Anikó dr. és Füzesi Kristóf dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Gyermekklinika (igazgató: Pintér Sándor dr.)

Korábban az akut scrotum műtéti indikációjának felállításában képalkotó eljárás nem állt rendelkezésre. Az a korábbi általános elv, miszerint minden „gyanús” scrotum feltárandó, sok indokolatlan műtétet eredményezett. A közlemény az ultrahang vizsgálatok bevezetését megelőző és azt követő időszak eseteit hasonlítja össze. Ezzel a módszerrel már egyetlen év alatt a feltárások számát felére, a felesleges feltárások számát pedig egyötödre sikerült csökkenteni.

Kulcsszavak: akut scrotum, ultrahang, gyermek

Ultrasonography in surgical indication of children's acute scrotum. Before the application of ultrasonography in the diagnosis of acute scrotum almost all cases were operated on, many unnecessarily. In the work presented here, we analyze surgical cases before and after the introduction of ultrasonography in our hospital. By the use of ultrasound, in the first year the number of operations and the number of non-justified operations were reduced to about the half and one fifth compared to corresponding data from earlier years.

Key words: acute scrotum, ultrasonography, children

Az ultrahangnak (UH) az orvosi diagnosztikában való alkalmazása előtt az akut scrotum diagnózisa csupán az anamnesis és a fizikális vizsgálat alapján volt lehetséges. Később az izotóp technikák további megközelítést tettek lehetővé, de ezek általában nem nyújtottak elegendő információt a pontos diagnózishoz (6, 10).

Az UH — különösen a nagy felbontóképességű, ún. „real time” scannerek megjelenése (10) — jelentős változást eredményezett ezen a téren.

Az irodalomban számos cikk található, amely felnőtteken végzett UH vizsgálatokról szól, azonban gyermekekre vonatkozóan adatokat alig találtunk (2).

Közleményünkben gyermeksebészeti beteganyagunkban előforduló scrotum duzzanattal jelentkező betegeink UH-os vizsgálatával, ill. műtéti feltárással szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

Beteganyag és módszer

Vizsgálatainkat HITACHI EUB típusú készülékkel végeztük. A betegeket 7,5 MHz-es, vízfürdővel ellátott, convex transducerrel, Aquasonic gél segítségével vizsgáltuk. A vizsgálat során a betegek zárt lábbal a hátukon feküdtek. A scrotum külön rögzítésére nem volt szükség.

Az elmúlt 4 év során összesen 40 beteget észleltünk akut scrotummal. 1987-ben 8 beteget vettünk fel osztályunkra és ezek egy eset kivételével feltárássra is kerültek. 1988-ban és 89-ben egyaránt 11 betegből 9–9-nél történt műtét. 1990-ben, az UH-os vizsgálatok bevezetésének évében a felvett 10 betegből csupán 4-et operáltunk meg.

Eredmények

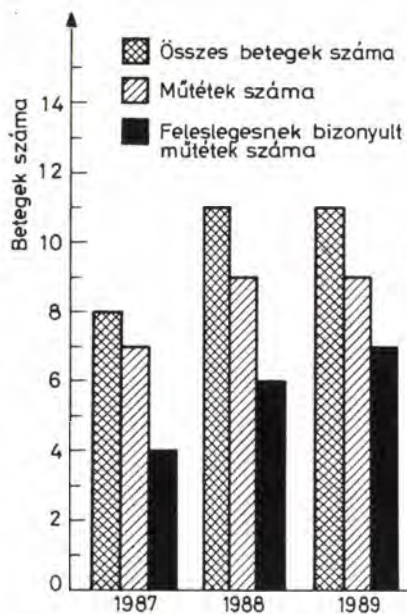
Első ábránk az elmúlt egy év UH-os beteganyagát hasonlítja össze az azt megelőző 3 év adataival. Láthatjuk, hogy az évenkénti esetek száma közel azonos, ezeknek nagy része feltárássra is került, de a feltárásoknak fele, kétharmada indokolatlan volt. Az utolsó oszlopsoron látható, hogy az UH bevezetésével a feltárások számát kevesebb mint felére, ezen belül a felesleges műtétek számát egyötödre sikerült csökkenteni.

Az akut scrotum leggyakoribb okainak kor szerinti eloszlását mutatja a 2. *ábra*. Az ábrán jól látható, hogy míg a here és mellékhere gyulladása szinte bármely életkorban előfordulhat, addig az appendix testis torsio elsősorban 9–11 év között, a here torsio pedig 11–14 év között a leggyakoribb.

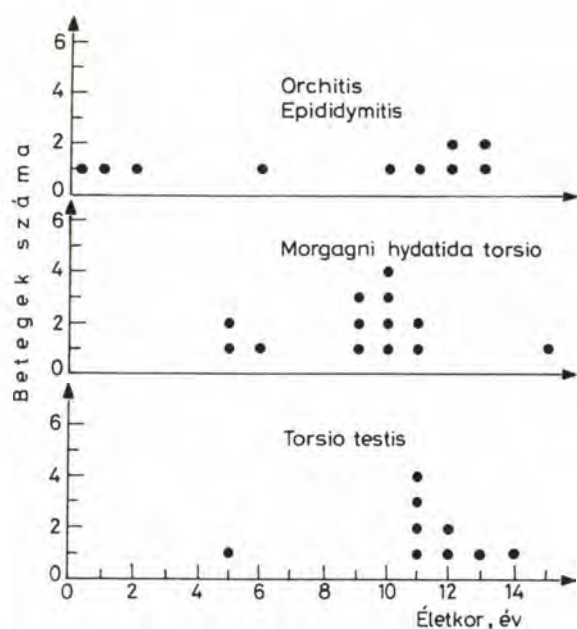
Mellékelten néhány jellegzetes UH képet mutatunk be.

A 3. *ábra* bal oldalán az egészséges here és mellékhere UH képe látható. A here echoképére a közepes reflectivitású, finoman granulált, homogén szerkezet jellemző, mely a többi scrotumtartalomtól jól elkülöníthető (8, 9). A testis echodús szerkezetű, a mellékhere feje pedig lekerekített háromszög alakú, echoszegény képlet. A kép jobb oldalán ugyanazon beteg másik oldali scrotumának tartalma látható. A here és mellékhere egyaránt megnagyobbodott, oedemás, de szerkezetük megtartott, homogén. A kép orchitishez társuló epididymitisnek felel meg.

A 4. *ábrán* egy traumán átesett scrotum tartalma látható. Jól kivehető, hogy a testis épen maradt, fölötte viszont



1. ábra: A feleslegesnek bizonyult műtétek arányszámának változása az elmúlt 4 év során

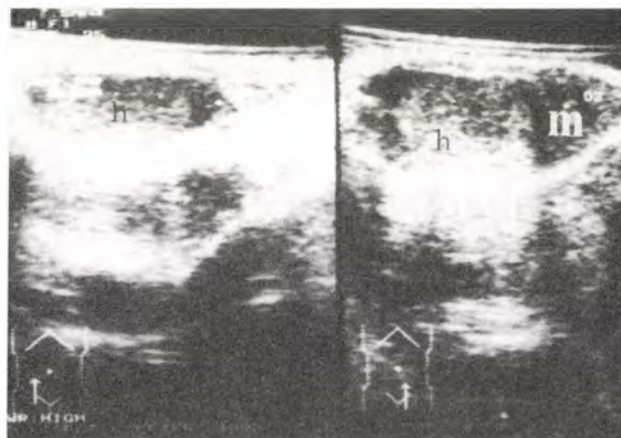


2. ábra: Az akut scrotum leggyakoribb okainak kor szerinti megoszlása

jelentős mennyiségű folyadék (valószínűleg vér) látható, mely echoszegény képletként ábrázolódik.

Az 5. ábrán a Morgagni hydatida torsio látható. Ilyenkor a megcsavarodott appendix a mellékhere fej és a here közötti szögletben elhelyezkedő, fokozott echogenitású képletként jelenik meg.

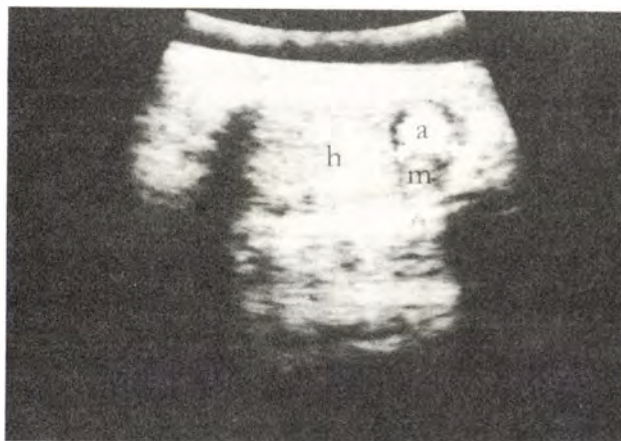
A 6. ábra egy 15 éves betegünkről készült, aki a scrotumában egyre szaporodó folyadék miatt jelentkezett osztályunkon. Az elvégzett UH vizsgálat derítette ki, hogy a folyamat háttérében a here állományában lévő tumor áll, mely az eltávolítást követően szövettanilag benignusnak bizonyult.



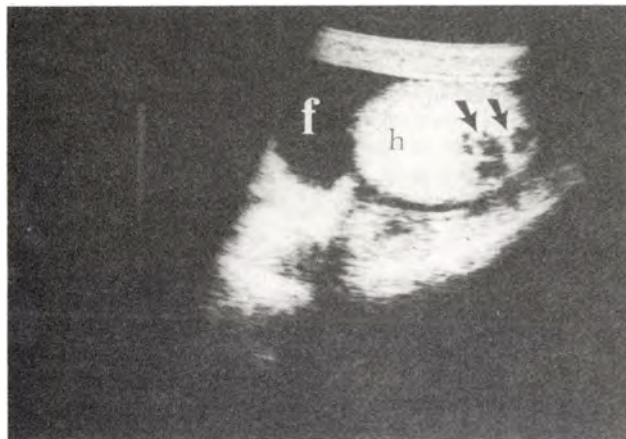
3. ábra: A kép bal oldalán egy egészséges here látható (h). Jobb oldalon a duzzadt, oedemás here (h) és mellékhere fej (m) látható



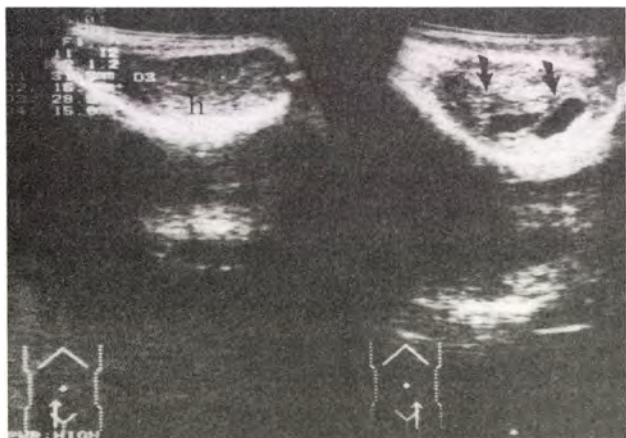
4. ábra: Traumán átesett here (h), és fölötte folyadék (f)



5. ábra: appendix testis torsio. Here (h), mellékhere részlete (m), Appendix testis (a)



6. ábra: Tumor testis (nyilak). Here (h), folyadék (f)



7. ábra: Bal oldalon egészséges here (h). Jobb oldalon torsio testis UH képe. A nyilak az inhomogen fellazult szerkezetet mutatják

A 7. ábra bal oldalán egy egészséges here, jobb oldalán pedig a heretorsio típusos képe látható. Ilyenkor a here és a mellékhere is megduzzad, bennük vérzéses területek alakulnak ki, melyek echoszegény részekként ábrázolódnak, vagyis a szerkezet fellazul, inhomogénné válik. Az inhomogenitás oka egyrészt az atrophia, amely csökkenti, másrészt a fibrosis, mely fokozza a testis echogenitását.

Megbeszélés

Klinikánk elmúlt 4 éves beteganyagát áttekintve arra a megállapításra jutottunk, hogy az akut scrotum diagnózisának kimondása az esetek döntő többségében egyúttal műtéti indikációt is jelentett. A műtétek során azonban az esetek 50–70%-ában olyan elváltozást találtunk, amely utólag a műtét szükségességét megkérdőjelezte.

Ez indított bennünket arra, hogy a diagnózist megpróbáljuk UH-val pontosabbá tenni és ezáltal a felesleges feltárások számát csökkenteni.

Felvételeinkből kiderül, hogy az UH kiválóan alkalmas egyrészt a scrotalis termék differenciáldiagnosztikájára, másrészt a körlefyomás követésére is.

Trauma esetén különösen nagy jelentősége van az UH-nak, mert ilyenkor az erős fájdalom és duzzanat miatt a scrotum nem tapintható megfelelően. Amennyiben az UH szerint a here sértetlen maradt, úgy nyugodtan eltekinthetünk a feltárástól, a konzervatív kezelés is elegendő.

Ismert tény, hogy míg felnőtteknél a scrotalis elváltozások jelentős részét a tumorok teszik ki, addig gyerekek esetében a here tumor kifejezetten ritkaságnak számít. Ilyen esetben azonban az UH 100%-os biztonsággal képes elkülöníteni a testicularis és extratesticularis folyamatokat és azt is, hogy az elváltozás solid vagy cysticus jellegű, lévén az előbbi echodús, az utóbbi pedig echoszegény.

Gyermekek esetében a legnagyobb problémát a testis torsio, az appendix testis torsio és az orchido-epididymitis elkülönítő diagnosztikája jelenti. Az esetek döntő többségében fizikális vizsgálattal ezeket nem lehet teljes biztonsággal egymástól elkülöníteni (1, 12, 14).

Az appendix testis torsio képe általában elég jellegzetes, azonban az orchitis és a testis torsio elkülönítése gyakran még UH-val sem könnyű (3, 4, 11), mert a kezdeti stádiumban lévő here torsio esetében még nem látható a később annyira jellegzetes inhomogén szerkezet, csupán a duzzanat és az oedema, amely viszont az egyszerű gyulladások esetében is fennáll.

A kérdés eldöntése azonban nem tűr halasztást, hiszen a betegek nagy része több órája fennálló panaszokkal kerül intézetbe, s ezalatt a here már irreversibilisen károsodhat.

Whitaker adatai szerint a tünetek jelentkezésétől számított 5 órán belül feltárással kerülő testisek 80%-a megmenthető. 10 órán belül ez már csak 20%, 24 óra után pedig minden here életképtelen (13). Hastie és Charlton szerint 14 óra (5), Knight és Vassy szerint 12 óra elteltével a here már nem életképes (7). Ezért, ha az UH vizsgálat után még mindig kétséges a diagnózis, feltétlenül az azonnali feltárást javasoljuk az esetleges torsio biztos kizárása, ill. megoldása céljából. Szintén az azonnali feltárást javasoljuk azokban az esetekben is, amikor UH készülék, ill. a here UH vizsgálatában jártas szakember nem áll rendelkezésre, s a megfelelő intézetbe való szállítás jelentős idővesztést okozna. Természetesen továbbra is érvényesülnie kell annak a szemléletnek, amely szerint veszélytelenebb az utólag indokolatlannak minősített műtét, mint egy elnézett heretorsió.

Valamennyi szerző egyetért abban, hogy műtét esetén az ellenkező oldali here feltárása és fixálása is mérlegelendő. Összegezve tehát: az UH-vizsgálat gyors, noninvasív és korlátlanul ismételt eljárás, mellyel megfelelő gyakorlattal nagy diagnosztikus pontosság érhető el. Ezáltal a felesleges feltárások száma minimálisra csökkenthető.

IRODALOM: 1. Andersen, L., Wille-Jorgensen, P. A.: Torsion of the testis. Scand. J. Urol. Nephrol., 1990, 24, 911. — 2. Berényi P., Korányi L.: A here és a mellékhere elváltozásainak UH diagnosztikája. Magyar Urológia 1989, 2, 33. — 3. Deeg, K. L., Wild, F.: Colour-Doppler imaging — a new method to differentiate torsion of the spermatic cord and epididymo-orchitis. Eur. J. Pediatr., 1990, 149, 253. — 4. Fowler, R. C., Chennels, P. M., Ewing, R.: Scrotal ultrasonography: a clinical evaluation. Br. J. Radiol., 1987,

60, 649. — 5. *Hastie, K. J., Charlton, C. A. C.*: Indications for conservative management of acute scrotal pain. *Br. J. Surg.*, 1990, 77, 309. — 6. *Holder, L. E., Martire, J. L., Holmes, E. R. III. és mtsai*: Anatomy, scintigraphic interpretation and clinical indications. *Radiology*, 1977, 125, 739. — 7. *Knight, P. J., Vassy, L. E.*: The diagnosis and treatment of the acute scrotum in children and adolescents. *Ann. Surg.*, 1984, 200, 664. — 8. *Krone, K. D., Carroll, B. A.*: Scrotal ultrasound. *Radiol. Clin. North Am.*, 1985, 23, 121. — 9. *Namh K., Tóth K., Rosdy E.*: A herezacskó ultrahang vizsgálata. *Magyar Radiol.*, 1987, 61, 225. — 10. *Rifkin, M. D.*: Scrotal ultrasound. *Urol. Radiol.* 1987, 9, 119. — 11. *Rodriguez, D. D.,*

Rodriguez, W. C., Rivera, J. J. és mtsai: Doppler ultrasound versus testicular scanning in the evaluation of the acute scrotum. *J. Urol.*, 1981, 125, 343. — 12. *Vincze J., Tóth Gy., Kiss Á. L. és mtsai*: A here és függelékének torsioja: Az acut scrotum diff. diagnosztikája a gyermekkorban. *Orv. Hetilap*, 1988, 129, 1421. — 13. *Whitaker, R. H.*: Torsion of the testis. *Br. J. Hosp. Med.*, 1982, 27, 66. — 14. *Williamson, R. C. N.*: Torsion of the testis and allied conditions. *Br. J. Surg.*, 1976, 63, 465.

(Bogdány Anikó dr., Szeged, Pf. 471, 6701)

A Holistic Kiadó gondozásában megjelent

Barbara Dale, Johanna Roeber:

KISMAMATORNA

című könyve.

A gyermekvárás, az Élet hordozása a nő legnagyobb, semmihez nem hasonlítható boldogsága, melynek fénye, öröme kisugárzik családjára, környezetére is. A kismamára mindenki féltő-védelmező aggodalommal néz. A könyv szerzői kedvesen, játékosan, de rendkívül nagy figyelemmel, szakértelemmel és szeretettel adják át ismereteiket. Céljuk az, hogy feloldják az esetleges feszültséget, megszüntessék a bizonytalanságtól való félelmet, és a szülők, a család életébe harmóniát, derűt „lopjanak”. Figyelmük szinte mindenre kiterjed.

Egyes fejezetei nálunk még csak hallomás szintjén ismertek (pl. vízben szülés, alternatív szülés), de már nagyon sok helyen foglalkozásokat, sőt néhány kórház és klinika szülészeti osztályán lehetőség van arra is, hogy az édesapa felesége (partnere) mellett lehessen a nehéz, de csodálatos órákban.

Ha nem tudnak részt venni a szülésre felkészítő tanfolyamon, forduljanak bizalommal orvosukhoz és a védőnőhöz. Ezért ajánljuk a könyvet szakembereknek, szülőknek, fiataloknak egyaránt.

A könyv ára:

398,— Ft

Megrendelhető:

Holistic Kiadó, Budapest, Ozmán u. 3. 1155

Orvosi Hetilap

IGÉNYLŐLAP

Alulírott megrendelem az Orvosi Hetilapot.

Kérem küldjenek címemre csekket, amin az éves előfizetési díjat (3060,— Ft) befizethetem.

Név:

Cím, irányítószám:

Springer Hungarica Kiadó Kft.

1075 Budapest VII. Wesselényi u. 28. · Levélcím: 1410 Budapest 7., Pf. 142. · Telefon: (361) 2510-099 · Telefax: (361) 2515-973

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az agyi rezisztenciaerek rezervkapacitásának meghatározása acetazolamid teszt során végzett transcranialis Doppler és SPECT vizsgálattal

Barzó Pál dr., Pávics László dr.* , Borda Lóránt dr., Bodosi Mihály dr., Dóczi Tamás dr.** és Katona Éva dr.***

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Idegsebészeti Klinika (igazgató: Bodosi Mihály dr.), Központi Izotópdiaosztikai Laboratórium (vezető: Csernay László dr.)*, Szeged Megyei Városi Tanács Kórház Rendelőintézet Cerebrovaszkuláris Rehabilitációs Osztály (főorvos: Katona Éva dr.)***

A szerzők 20 betegben (3 normál, 7 TIA, 10 komplett stroke) acetazolamid provokációval kombinált agyi vérátfolyás (SPECT) és vérsebesség (transcranialis Doppler sonographia, TCD) mérést végeztek. A teszt alatt a TCD-vel mért sebesség változás, valamint ugyanezen idő alatt észlelt agyi vérátfolyás változás között statisztikailag szignifikáns összefüggést észleltek ($p < 0,001$). Eredményeik támogatják azon korábbi megfigyeléseket, melyek a rezisztenciaerek rezervkapacitásának vizsgálata alapján az agyi ischaemiás kórképek egy csoportját haemodinamikai eredetűnek vélik. Ez utóbbi meghatározásában az acetazolamid terheléssel kombinált transzcranialis Doppler és az agyi vérátfolyás SPECT vizsgálat együtt, illetve külön-külön is hasznos módszernek bizonyul.

Kulcsszavak: cerebrovaszkuláris megbetegedés, vaszkuláris rezervkapacitás, acetazolamid teszt, transcranialis Doppler-sonographia, single photon emissziós computer tomográfia

The cerebral blood flow velocity and rCBF response to acetazolamide in cerebrovascular disease patients. The aim of this study was the development of a simple bedside test to assess cerebrovascular reserve capacity using transcranial Doppler sonography. We tried to validate the increase in blood flow velocity as cerebrovascular reserve capacity in 20 (3 normal, 7 TIA, 10 completed stroke) patients. They were studied using transcranial Doppler sonography and rCBF SPECT before and after injection of 1 g acetazolamide. Their increases in blood flow velocity and changes in cerebral blood flow correlated significantly in the symptomatic hemispheres ($p < 0,001$). Blood flow velocity between the two hemispheres (symptomatic and asymptomatic) was not significantly different at rest. We offer these simple and reliable methods in clinical studies to clarify the frequency of ischemic stroke of hemodynamic origin.

Key words: cerebrovascular disorders, vascular reserve capacity, acetazolamide stimulation, transcranial Doppler sonography, cerebral blood flow, SPECT, 99mTc-HMPAO

Az agyat tápláló arteriák szűkülete, majd fokozatos elzáródása *mikroembolizáció* vagy *haemodinamikai zavar* következményeként focalis működészavarhoz vezethet. Ez utóbbit, vagyis a *Denny-Brown* által bevezetett *insufficiencia* elvet (8), a vérátáramlás zavart befolyásolni szándékozó beavatkozások eredménytelensége miatt többen (9) elvetették, s még az átáramlás szempontjából kritikus (szignifikáns) szűkületet is elsősorban embóliaforrásként értékelték.

Az újabb kutatások eredményei alapján azonban a haemodinamikai zavar tényét és jelentőségét nem lehet kétségbe vonni. PET-tel végzett vizsgálatokkal (12, 22) igazolták, hogy a fokozatosan csökkenő vérátáramlás kezdetben egymás hatását kiegészítő védekező mechanizmusokat aktívál, és csak ezek kimerülése vezet maradandó idegrendszeri ártalmakhoz. E kompenzációs sorban fontos szerepet

játszik a vaszkuláris rezervkapacitás, melynek megítélésére többen a vazodilatációs provokáción alapuló, CO₂ belélegeztetéssel végzett tesztek ajánlották (6, 15, 18, 29). Az egyszerűbb alkalmazhatósága miatt, a CO₂ helyett, sokan az acetazolamidot (Diamox) használják, amely farmakológiai hatása révén 20–35%-kal növeli az intakt agyi vérátáramlást (7, 10, 13, 14, 28).

A regionális agyi vérátfolyás non-invazív tanulmányozásának gyakran alkalmazott módszere az agyi perfúziós SPECT vizsgálat. Az utóbbi időben nagy érdeklődés kíséri az eljárás provokációs tesztekkel kombinált változatainak klinikai alkalmazását. Munkacsoportunk is kedvező tapasztalatokat szerzett az acetazolamid terheléssel kombinált agyi vérátfolyás SPECT módszerrel a közelmúltban befejezett vizsgálat sorozata során (20).

A 80-as évek elején kifejlesztett transcranialis Doppler készülékkel (TCD) lehetőségünk nyílt a basalis agyi arteriák áramlási sebességének non-invazív mérésére (1, 2, 25). Igazolást nyert az is, hogy amennyiben a vizsgált ér átmérője állandó, a vérsebesség változás jó összefüggést mutat az aktuális vérátáramlás-változással (3, 21, 28). Mindezek

Rövidítések: RK = rezervkapacitás; TCD = transcranialis Doppler-sonographia; SPECT = single photon emissziós computer tomográfia; aCM = arteria cerebri media

** Jelenlegi munkahelye: Pécsi Orvostudományi Egyetem, Idegsebészeti Klinika

alapján a TCD alkalmas lehet az autoregulációs hatás fel-függesztéséhez társuló keringésváltozás kimutatására.

Jelen munkánkban azt vizsgáltuk, hogy az acetazolamid terhelés hatására bekövetkező vérátáramlás-(SPECT-) és vérsebesség- (TCD-) változások milyen összefüggésben állnak, továbbá, hogy a TCD önmagában alkalmas lehet-e a vaszkuláris rezervkapacitás (RK) meg-ítélésére, és így módon a haemodinamikai zavar súlyossá-ga, illetve természete szerint betegcsoportok elkülöní-tésére.

Anyag és módszer

1991. március 1. és 1991. november 30. között 20 (8 nő, 12 férfi; életkor: 52 ± 10 (SD) életév), a carotis artéria ellátási területét érintő keringészavar gyanúja miatt intézetbe került személyt vizsgáltunk meg. A betegekben a cerebrovaszkuláris elváltozások ki-mutatására klinikai neurológiai, nyaki ultrahang és kétoldali carotis, valamint vertebrealis angiográfiás vizsgálatokat végeztünk, amelyeket az esetek többségében CT vizsgálattal is kiegészítet-tünk. Három betegben a vizsgálatok kóros eltérést nem mutattak, így ezeket a későbbiekben kontroll személyeknek tekintettük. A többi (17 személy), igazoltan cerebrovaszkuláris beteg adatait az 1. táblázatban foglaltuk össze.

Az áramlási sebességet, rögzíthető ultrahangos mérőfej segít-ségével, mindkét arteria cerebri mediában (ACM) megmértük nyugalmi állapotban, majd 30 percen keresztül folyamatosan re-gisztráltuk 1 g acetazolamid (DIAMOX, Lederle Arzneimittel GmbH & Co Wolfshausen) iv. adását követően. A vizsgálatokat az EME TC2-64B (Trans Scan, EME, Übelingen, Ger-many) transcranialis Doppler-készülék 2 MHz-es fejével a ko-rábbi közleményekben leírtaknak megfelelően végeztük (1, 2). A készülék az alakos elemek sebességeloszlásának megfelelő frekvencia spektrumeloszlást rajzol, amelyre a frekvenciakövető a maximális sebességnek megfelelő görbét alakít ki. A 45–55 mm mélységben mérhető legnagyobb sebességértékeket Epson FX-800, ill. Mitsubishi videoprinterrel rögzítettük. A betegek vérnyomásértékeit a vizsgálat során folyamatosan regisztráltuk.

Minden esetben, egymás után nyugalmi és — acetazolamid provokációval összekapcsolt — terheléses vérátfolyás SPECT vizsgálatot is végeztünk. Vérátfolyás tracer-ként 99mTc-HMPAO -t (BrainSPECT, OSSKI, Budapest) használtunk. A SPECT vizsgálatokat a Gamma Művek (Budapest) MB 9300-as tomográfiás gamma kamerájával és a hozzá kapcsolt Micro SE-GAMS (Gamma Művek, Budapest) adatfeldolgozó rendszerrel végeztük (19).

A vizsgálat első részéhez (nyugalmi) 600 MBq 99mTc-HMPAO -t adtunk iv., majd 20 perc várakozás után megkezd-tük az első SPECT vizsgálatot. A SPECT adatfelvétel félidejében (15 perc), 1 g acetazolamidot fecskendeztünk a betegekbe iv. Az első SPECT adatfelvétel befejeztével, az acetazolamid hatásmaximu-mán (20 perc) újabb adag (900 MBq) 99mTc-HMPAO -t adtunk, majd további 20 perc elteltével, a betegek fejének szigorúan azo-nos pozíciója mellett, az első vizsgálattal megegyező paraméte-rekkel végeztük el a második SPECT vizsgálatot. Az első vizgá-lat adatai a nyugalmi vérátfolyás viszonyokat, a második SPECT vizsgálat adataiból az első kivonva, az eredményképek a vazodi-latációs provokációt követően kialakult regionális agyi perfúziós viszonyokat reprezentálták. A vizsgálatok értékelése során transzverzális, frontális és szagittális metszetképeket rekonstru-áltunk (20).

A vizsgálatokat vizuálisan értékeltük, melynek során két gya-korlott megfigyelő együtt, a klinikai adatok ismerete nélkül ala-kított ki közös véleményt. Az agyi vérátfolyás eltéréseket a nyu-galmi és a terheléses vizsgálat képein külön-külön meghatároz-tuk, majd nyilatkoztunk az észlelt változásokról.

A TCD és az agyi vérátfolyás SPECT vizsgálatok között egy esetben sem telt el 48 óránál több idő. A két különböző módszer-

1. táblázat: A betegekben elvégzett neurológiai, angiográfiás és CT vizsgálatok eredményei

Beteg	Kor	Nem	Tünetek	DSA	CT
1	39	nő	revers.	ACI (50) d	negatív
2	59	ffi	irrevers.	O ACI u	nem volt
3	49	nő	revers.	negatív	negatív
4	67	ffi	revers.	negatív	negatív
5	42	ffi	revers.	O ACI u	negatív
6	58	ffi	irrevers.	O ACI s	ACM inf. s
				ACI (40) d	
7	61	ffi	irrevers.	O ACI s	ACM, ACP inf. s
8	52	ffi	irrevers.	ACI (60) d	ACM inf. d
9	57	ffi	revers.	ACI (60,50) d, s	nem volt
10	52	nő	revers.	negatív	negatív
11	51	ffi	irrevers.	O ACI d	nem volt
12	56	ffi	irrevers.	sclerosis	ACM inf. d
13	59	nő	revers.	negatív	negatív
14	56	ffi	irrevers.	O ACI u	ACM inf. s
15	51	nő	irrevers.	ACI (80, 50) s, d	ACM inf. u
16	40	nő	revers.	ACI (70) d	negatív
17	68	nő	irrevers.	ACI (60) d	ACM inf. d

ACI: arteria carotis interna; s: bal; d: jobb; u: mindkét oldali; O: elzáró-dás; ACM: arteria cerebri media; ACP: arteria cerebri posterior; inf: in-farktus; revers.: átmeneti; irrevers.: maradandó; a zárójelben szereplő számok a szűkület mértékét mutatják százalékban.

rel kapott eredményeket, kontingencia táblázat segítségével ha-sonlítottuk össze. A függetlenségi vizsgálatot, Fisher-féle egzakt négymezős próbával végeztük el. Az összefüggés egyértelmű megítélése érdekében, az eredmények között, Spearman-féle rang korrelációt is számoltunk. A betegek agyféltekéiben mért átlagok eltéréseinek szignifikanciáját, Student-féle t próbával ellenőriztük.

Eredmények

A kontroll vizsgálatok (3 személy) során a vér áramlási se-bessége az arteria cerebri mediában nyugalomban 62 ± 8 (SD) cm/sec volt. Acetazolamid beadását követően már a 2. percben jelentős növekedést észleltünk, amely 10–16 perc múlva érte el maximumát, majd egy viszonylag hosszú ideig tartó plató (10–15 perc) után a sebesség érté-kek elkezdtek csökkenni. A vizsgálatok során mért legma-gasabb értékeink átlaga 91 ± 12 (SD) cm/sec volt, az emel-kedést $42 \pm 9\%$ (SD)-nak találtuk. A vizsgálat alatt a vérnyomás jelentős változást nem mutatott, a betegek rosszullétet nem jeleztek. A vaszkuláris rezervkapacitást, a korábbi közlemények adataival összehangban (21, 26, 28), az acetazolamid hatására bekövetkező vérátáramlás sebes-ségének 30%-nál nagyobb emelkedése esetén normális-nak, 10–30% között csökkentnek, míg 10% alatt az erek további dilatációs képességének elvesztése miatt meg-szűntnek tekintettük.

A betegekben, a tüneteknek megfelelő és a tünetmentes oldalon nyugalomban mért áramlási sebesség értékei kö-zött szignifikáns különbséget nem találtunk ($p > 0,05$).

Acetazolamid adását követően a tünetmentes oldalon az áramlási sebesség növekedése négy alkalommal nem érte el a 30%-ot. A tüneteket mutató hemisphaeriumban két beteg-

2. táblázat: Az ACM-ben mért áramlási sebesség értékek (TCD), a tünetmentes és tüneteket okozó féltekében nyugalomban, illetve az acetazolamid terhelés alatt

Áramlási sebesség (cm/sec)				
Beteg	Tünetmentes félteke		Tüneteket okozó félteke	
	Alap	Maximum	Alap	Maximum
1.	72	120	52	82
2.	46	54	48	52
3.	36	72	36	58
4.	56	90	50	72
5.	32	40	28	28
6.	28	48	32	40
7.	58	96	46	50
8.	36	62	52	64
9.	72	78	86	120
10.	80	112	72	94
11.	90	134	40	40
12.	52	74	46	64
13.	74	106	70	92
14.	34	36	34	32
15.	72	104	92	100
16.	52	86	62	92
17.	72	96	58	82
Átl.±SD	57±19	83±28	53±18	68±26

ben változást nem észleltünk, további 5-ben a növekedés mértéke 30% alatt maradt, míg egy esetben a sebesség érték 6%-kal csökkent. Az acetazolamid terhelésre bekövetkező sebességváltozások mértékét tekintve szignifikáns különbséget észleltünk a két félteke között (az áramlási sebesség növekedése az aszimptómás oldalon átlagosan $40\% \pm 20$ (SD), a szimptómás oldalon átlagosan $25\% \pm 19$ (SD), ($p < 0,05$) (2. táblázat).

A 17 különböző eredetű és súlyosságú cerebrovaszkuláris betegből 12-ben a nyugalmi SPECT vizsgálat a tüneteknek megfelelő félteke vérátfolyás zavarára utalt. Hét esetben az acetazolamid provokáció a hypoperfúzióra utaló képi elváltozások nagyságát megnövelte, míg 5 alkalommal csökkentette. Egy betegben (2.) a normális nyugalmi vérátfolyás a terhelést követően kórossá vált. Három betegben (8., 9., 14. beteg) a klinikailag tünetmentes hemisphaeriumnak megfelelően is észleltünk hypoperfúziót, mely az acetazolamid hatására egy személyben (9. beteg) kifejezettebbé vált, a másik kettőben pedig csökkent (3. táblázat).

A TCD és SPECT vizsgálatok eredményeit összehasonlítva azokban a betegekben (egy kivételével), ahol az áramlási sebesség változása a RK megszűnésére utalt (a sebesség változása $< 10\%$), az acetazolamid terhelést követően a SPECT vizsgálat ischaemia megjelenését, vagy a már nyugalmi helyzetben észlelt csökkent vérátáramlású terület kifejezettebbé válását igazolta. Egy alkalommal (1. beteg), a normális RK-ra utaló TCD vizsgálat ellenére, az agyi vérátfolyás SPECT az ischaemiás terület növekedését jelezte, míg egy másik betegben, a terhelést követő minimális (5%-os) sebességnövekedés ellenére a scintigráfias kép változatlan agyi perfúzióra utalt (14. beteg). A SPECT vizsgálat hét betegben jelzett acetazolamid terhelésre csökkenő ischaemiás területet. Ezekben az esetekben a TCD alapján számított RK megtartott volt (egy esetben enyhe csökkenést mutatott). Egy alkalommal (9. beteg) az aszimptómás féltekében mind a két eljárással csökkent RK-t mutattunk ki, míg a tüneteknek megfelelő agyféltekében a keringési viszonyok épnek bizonyultak (3. táblázat).

3. táblázat: A kombinált agyi vérátfolyás SPECT vizsgálatok eredménye (nyugalmi/terhelési vizsgálat) és az áramlási sebesség (TCD) százalékos változása a tünetmentes és tüneteknek megfelelő féltekében

Betegek	Tünetmentes félteke			Tüneteket okozó félteke		
	TCD Δ%	SPECT		TCD Δ%	SPECT	
		nyugalmi	terhelés		nyugalmi	terhelés
1.	40%	normális	normális	61%	kóros	fokozódik
2.	17%	normális	normális	8%	normális	kóros
3.	50%	normális	normális	38%	normális	normális
4.	38%	normális	normális	31%	normális	normális
5.	13%	normális	normális	0%	kóros	fokozódik
6.	58%	normális	normális	26%	kóros	csökken
7.	66%	normális	normális	9%	kóros	fokozódik
8.	72%	kóros	csökkent	23%	kóros	fokozódik
9.	8%	kóros	fokozódik	40%	normális	normális
10.	40%	normális	normális	31%	normális	normális
11.	49%	normális	normális	0%	kóros	fokozódik
12.	42%	normális	normális	39%	kóros	csökken
13.	47%	normális	normális	31%	kóros	csökken
14.	5%	normális	normális	-6%	kóros	fokozódik
15.	44%	kóros	csökkent	9%	kóros	fokozódik
16.	65%	normális	normális	48%	kóros	csökken
17.	33%	normális	normális	41%	kóros	csökken
Átl.	$40,4\% \pm 20,1$			$25\% \pm 19$		

Tekintettel arra, hogy acetazolamid adására a változások elsősorban a tüneteket okozó oldalon voltak kifejezettek, a két módszer statisztikai összehasonlításánál ezen féltekék vizsgálata során kapott adatokat vettük figyelembe. Két-két csoportot alakítottunk ki. A sebesség változása alapján a 30%-nál kisebb (1. oszlop), illetve nagyobb (2. oszlop) növekedést mutató betegek alkottak egy-egy csoportot, míg a SPECT vizsgálat során a jelentősen csökkent vagy megszűnt RK-t mutató betegek (kóros = >fokozódik; normális = >kóros) alkották az első csoportot (1. sor) és a viszonylag jó RK-t mutató betegek (normális = >normális; kóros = >csökkent) a másodikat (2. sor). Elkészítve a 2×2 -es kontingencia táblázatot a Fisher-féle egzakt négyezős próba $p < 0,001$ szinten szignifikáns összefüggést igazolt (Spearman rang correlatio $r = 0,764$, $p < 0,001$).

Megbeszélés

Az agyi erek szűkülete mikroembolizáció, illetve haemodinamikai zavar következtében gócos féltekéi ischaemiás ártalmat okozhat. Az elmúlt 10 évben egyre nagyobb figyelem fordul az olyan vizsgálóeljárások felé, amelyekkel a haemodinamikai eredetű cerebrovaszkuláris betegségek kimutathatóak (9, 12, 22).

Az arteria carotis interna fokozatosan kialakuló szűkülete kezdetben nem jár a vérátáramlás csökkenésével, hiszen az agyi keringés többlépcsős kompenzációs lehetőséggel rendelkezik. Az első lépést a jól ismert kollaterális hálózat jelenti, amely képes a fokozatosan csökkenő áramlást a Willis-kör kapcsolatainak keresztül ellensúlyozni. A kiegészítő keringés beszűkülése (Willis-köri anomália, ellenoldali érelváltozások megjelenése) ugyan együtt jár a vérátáramlás fokozatos csökkenésével (SPECT, PET tanulmányok; 7, 12, 16, 17, 18, 22), ez az állapot azonban, idegrendszeri tünetek megjelenéséhez még nem vezet, mivel további autoregulációs folyamatok aktiválódnak. A prekapilláris (ún. rezisztencia-) erek tónusa csökken, azok kitágulnak és a megfelelő energiaigényt a volumenregulációs mechanizmus biztosítja. Amennyiben ez a vaszkuláris RK kimerül (a rezisztenciaerek maximálisan kitágulnak), a perfúziós nyomás tovább csökken és az O_2 ellátást egy másik kompenzációs mechanizmus, az AVO_2 különbség növekedése, az oxigén extractiós rezerv biztosítja egy ideig (22).

A nyugalmi vérátáramlás SPECT vizsgálat és a TCD-vel mért áramlási sebesség mérés nem nyújt felvilágosítást az autoregulációs mechanizmusok állapotáról. Úgy tűnik, hogy a haemodinamikai zavar megítélését a vazodilatációs provokációval kombinált vaszkuláris RK mérés biztosíthatja (6, 15, 18, 29).

Erre, a vizsgálatok egyszerűsége miatt, egyre gyakrabban alkalmazzák az acetazolamidot. A készítménynek az agyi erek vazodilatációját okozó hatásmechanizmusa pontosan még nem ismert. A folyamatban a karboanhidráz enzim gátlásának, illetve direkt simaizomhatásnak egyaránt fontos szerepe lehet (11, 24). Humán vizsgálatok alapján az acetazolamid hatása dóziszfüggő, 1 g iv. adásával már maximális értágulat érhető el (30, 31). Tekintettel arra, hogy az

agyi vérátáramlás növekedése ilyenkor elsősorban a vaszkuláris rezisztencia csökkenésének köszönhető, és TCD-vel az állandó átmérőt mutató ACM-ban mértük az áramlási sebességet, az így kapott adatok összehasonlíthatóak a SPECT módszerrel kimutatott regionális agyi vérátáramlás viszonyokkal, illetve azok változásaival (28).

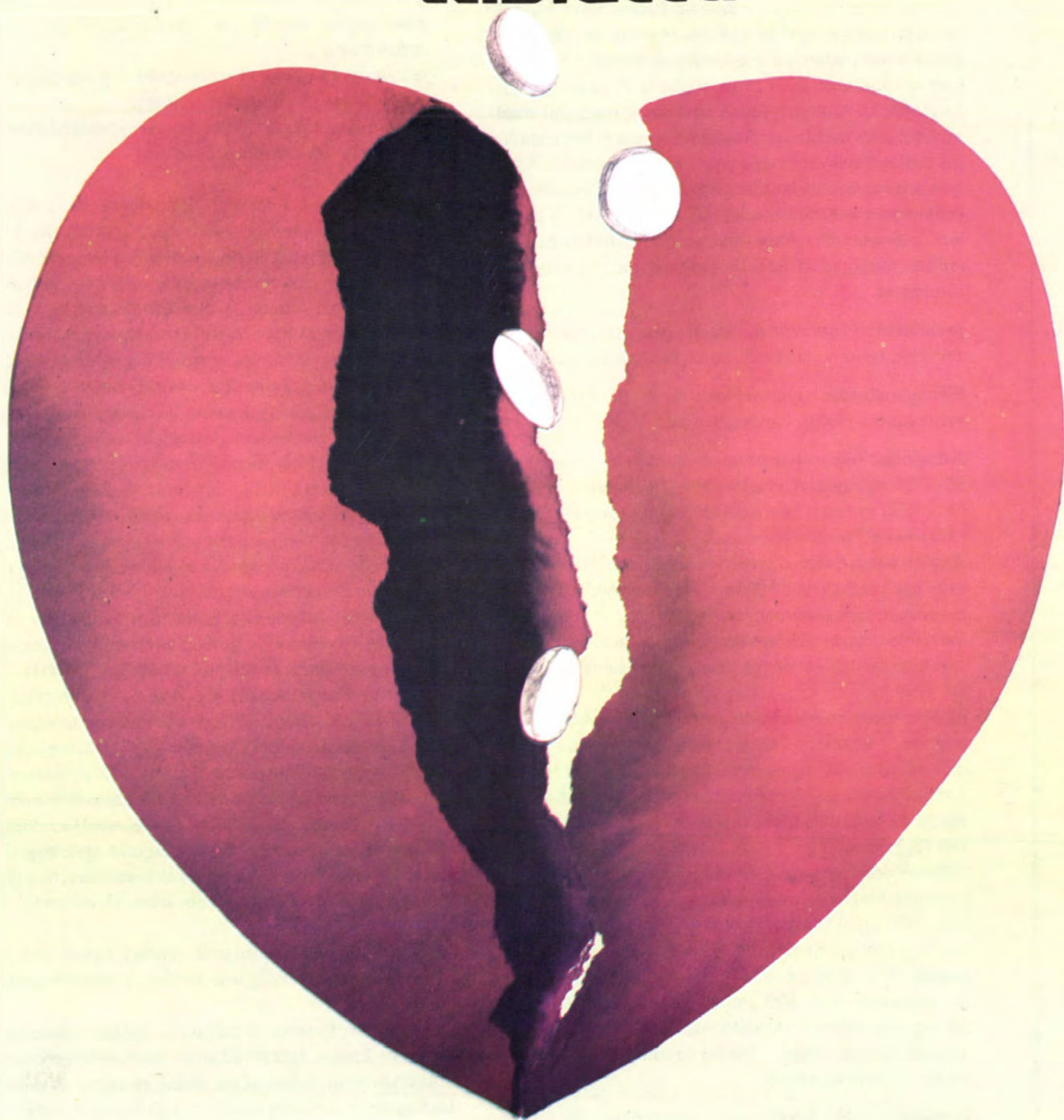
Az acetazolamid hatására bekövetkező vérátáramlás változásokat két csoportba soroltuk. Az első csoportot a nyugalmi vérátáramlás SPECT vizsgálatához képest terhelés alatt csökkenő regionális perfúziót mutató betegek képezték. A perfúziós nyomás csökkenésére aktiválódó autoreguláció első következménye a vazodilatáció, és ennek révén a vértartalom növekedése (17, 22, 32). Ha acetazolamid hatására további értágulat már nem jöhet létre — eltelten a környező, ép reaktivitású területekkel —, a vérátáramlás relatív csökkenése, illetve a hypoperfúzió kifejezettebbé válása várható. Ezekben a betegekben szinte kivétel nélkül az áramlási sebesség 30%-nál kisebb növekedését, egy esetben (14. beteg) pedig csökkenését észleltük. Acetazolamid adását követően a TCD-vel mért változatlan, illetve csökkenő vérátáramlási sebesség értékek esetén joggal feltételezhető, hogy ezekben az esetekben nemcsak az ischaemiás terület RK-ja szűnt meg, hanem a környező — az ACM által ellátott — látszólag ép agyállományban is jelentősen beszűkült a vaszkuláris RK. Hasonló módon az ischaemiás lézió környékén az agyállomány megtartott RK-ja TCD-vel az ACM területén normális áramlási sebesség értéket mutathat (1. eset), míg a vérátáramlás SPECT vizsgálattal kis, körülírt RK csökkenés figyelhető meg. A cerebrovaszkuláris ictus kialakulása szempontjából az ebbe az első csoportba tartozó — csökkent vagy megszűnt RK-t mutató — betegek tekinthetők a legveszélyeztetettebbeknek, így a gyógyszeres kezeléstől, illetve az érrekonstrukciós sebészi beavatkozásoktól főleg ezekben az esetekben várhatunk eredményt (17, 26, 32).

A második csoportot az acetazolamid hatására „javuló” hypoperfúziót mutató betegek alkották. A teszt alatt végzett áramlási sebesség mérése minden esetben ép — egy esetben alig csökkent — RK-t mutatott. Ez a reakció a még aktiválható autoregulációra utalt, melynek hátterében megfelelő kollaterális keringést és/vagy jó vaszkuláris reaktivitást, de csökkent metabolizmus miatt a nyugalmi képeken szekunder módon hypoperfúziót okozó „selectiv neuronal loss”-t, deafferentációt vagy éppen krónikus ischaemiát tételeztünk fel (4, 5, 16, 32).

Három betegben (2., 5., 14. beteg) a TCD vizsgálat mindkét agyfélteke RK-nak csökkenésére, illetve megszűnésére utalt, amely a tünetmentes oldalon kisebb mértékű volt. Ezekben az esetekben az agyi vérátáramlás SPECT módszer csak a tüneteknek megfelelő félteké RK-nak csökkenését igazolta, a tünetmentes féltekének megfelelően regionális perfúziós zavar nem ábrázolódott. Mindhárom betegnek kétoldali arteria carotis interna szűkülete volt. Ennek alapján, a TCD eredményének megfelelően, mindkét agyfélteke cerebrovaszkuláris betegsége valószínűsíthető. A tünetmentes oldalon a perfúziós zavar valószínűleg diffúz volt, a SPECT vizsgálattal így regionális kóros eltérést (a környezetétől jól elhatárolódó ischaemiás területet) nem tudtunk kimutatni.

TENORMIN

tabletta



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári

TENORMIN 100 mg tabletta

Hatóanyag: 100 mg atenololum tablettaként.

Hatás: Kardioszelektív β -blokkoló. Intrinsic szimpatomimetikus és membrán stabilizáló hatása nincs. Hatása egyszeri orális adag után legalább 24 óráig tart. Elhanyagolható mértékben jut át a vér-liquor gáton. A placenta barrieren áthatol, átjut az anyatejbe is. A vese útján választódik ki. Antihipertenzív hatásának mechanizmusa nem teljesen tisztázott. A szívfrekvencia és kontraktilitás csökkentésével az anginás tüneteket mérsékli. A súlyos anginás betegben a tényleges infarktus nem lép fel, csökkenti a ventricularis aritmia előfordulását, a fájdalom mérséklődik. Akut miokardiális infarktusból az időben megkezdett kezelés csökkenti az infarktus kiterjedését.

Javallatok: Hipertenzió, angina pectoris, szívritmus zavarok, heveny miokardiális infarktus korai szakasza.

Ellenjavallatok: Gyermekkor. II. és III. fokú atrio-ventrikuláris blokk, kardiogén sokk.

Adagolás: Hipertenzióban a szokásos adag napi 50–100 mg egyszeri adagban. Hatás kialakulása egy-két hét múlva várható. Más antihipertenzív szerrel, pl. diuretikummal kombinálva adható.

Angina pectorisban a szokásos adag napi 2-szer 50 mg vagy egy adagban napi 100 mg. (Az adag emelése további javulást nem eredményez.)

Szívritmus zavarokban a megfelelő injekciós vagy infúziós kezelést követően fenntartó adagként napi egyszer 50–100 mg.

Miokardiális infarktusból a megfelelő injekciós vagy infúziós kezelés kiegészítéseképpen megfelelő időközönként 50 mg majd később napi egyszeri 100 mg a szokásos adag. (Jelentős bradikardia, hipotenzió vagy egyéb kellemetlen mellékhatás felléptekor adását fel kell függeszteni.)

Veseműködés zavar esetén azon betegeknél, akiknél a kreatinin klirensz $15\text{--}35\text{ ml/perc/1,73 m}^2$ (ez megfelel $300\text{--}600\text{ }\mu\text{mol/l}$ szérumban kreatininnek) az adag napi 50 mg vagy kétnaponként 100 mg. Ha a kreatinin klirensz kisebb, mint $15\text{ ml/perc/1,73 m}^2$ (azaz a szérumban kreatinin magasabb, mint $600\text{ }\mu\text{mol/l}$) az adag kétnaponként 50 mg vagy minden negyedik napon 100 mg.

Idősebb betegek adagja — főként veseműködési zavarok esetén — csökkenthető.

Mellékhatások: Bradikardia, hipotenzió (az adag csökkentését vagy a kezelés felfüggesztését tehetik szükségessé), hideg végtagok, izomfáradtság, alvászavarok, bőrkiütések, száraz szem. (Legtöbb esetben a panaszok a kezelés befejeztével megszűnnek.)

Gyógyszerkölcsonhatások:

Tilos együtt adni:

— verapamillal, **ha a betegnek vezetési zavara van.** (Egyik készítmény sem adható iv. a másik megszakítása után 48 órán belül.)

Óvatosan adandó:

- antiaritmiás szerekkel, verapamillal és verapamil típusú kalcium antagonistákkal (különösen rossz kamraműködés esetén, a kardiodepresszív hatás erősödhet);
- inzulinval és szulfonilkarbamidokkal (a hipoglikémia fokozódhat és tartósabbá válhat);
- vérnyomáscsökkentőkkel (a vérnyomáscsökkentő hatás és a bradikardia erősödhet).

Figyelmeztetés: Adásakor különleges óvatosságra van szükség, ha a szív tartalékereje már csökkent. Szív-elégtelenség esetén kerülni kell a β -blokkolók alkalmazását, illetve csak olyan betegeknek adható, akiknél a dekompenzáció tünetei jól befolyásolhatók.

Óvatosan adandó krónikus obstruktív légzőszervi betegségben szenvedőknek, asztmás betegekben a kezelés hatására a légúti ellenállás növekedhet. A bronchospasmus hörgőtágítók (pl. salbutamol, vagy izoprenalin) adásával megszüntethető. Iszkémiás szívbetegségben szenvedők kezelését fokozatosan kell befejezni. Hirtelen megszakítás a beteg állapotát akutan ronthatja. Óvatosság szükséges a betegek clonidinról történő átállításánál. Amennyiben a két szert adják, a β -blokkoló abbahagyása után a betegnek a clonidint még néhány napig feltétlenül szednie kell.

Hipoglikémiás állapot okozta tachikardiás tünetet módosíthatja. Reprodukív korban lévő nőknek, terhességben és szoptatás idején csak a haszon-kockázat alapos mérlegelése után adható. Ha terhességi hipertóniában adása indokolt, szigorú orvosi ellenőrzés szükséges.

Sebészeti anesztézia előtt a kezelést legtöbb beteg esetén nem szükséges felfüggeszteni, de altatáskor óvatosan kell eljárni, mivel a kardiodepresszív hatás erősödhet. Esetleges vagus túlsúly $1\text{--}2\text{ mg iv.}$ atropinnal kezelhető. Veseműködés zavar esetén az adagolás egyénileg állítandó be. Nem fordul elő jelentős akkumuláció, ha a glomerulus filtrációs ráta nagyobb, mint $35\text{ ml/perc/1,73 m}^2$.

Hemodialízisen lévő betegnek minden dialízis után 50 mg adandó kórházi felügyelet mellett, a vérnyomásesés veszélye miatt.

Túlادagolás: Extrém bradikardia esetén késelelem nélkül $1\text{--}2\text{ mg iv.}$ atropin adandó, majd ezt követően ha szükséges iv. bolusban adott 10 mg glucagon. A választól függően — szükség esetén — a glucagon iv. injekcióban megismételhető vagy infúzió formájában ($1\text{--}10\text{ mg/óra}$) adandó. Ha a glucagonra a válasz elmarad vagy glucagon nem áll rendelkezésre β agonista adása javallt.

Megjegyzés: ✖ Csak vényre, egyszeri alkalommal adható ki.

Csomagolás: $20 \times 100\text{ mg}$

Előállító: ICI/Alkaloida



zaditen



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
SANDOZ AG lic. alapján

Zaditen

1 mg tableta
szirup

Hatóanyag: 0,2 mg ketotifenum 1 ml szirupban, ill. 1 mg ketotifenum tablettánként, mindkettőben hidrogenfumarat — só formájában.

Hatás: A Zaditen kifejezett antianafilaxiás tulajdonságokkal és specifikus hisztamin antagonistá hatással rendelkező antiasztmatikum és antiallergikum, melynek bronchus tágító hatása nincsen.

Javallatok: Az asztma bronchiale valamennyi típusa (beleértve a kevert formákat is), allergiás eredetű recidiváló obstruktív bronchitis, szénanáthával társuló asztmatikus panaszok tartós megelőzése. A multisztémás allergiák, allergiás rhinitis, allergiás dermatózisok megelőzése és kezelése.

Az asztmás roham megszüntetésére nem alkalmas.

A bronchialis asztma megelőzésében több heti szedés után éri el teljes hatását.

Ellenjavallatok: Ezideig nem ismertek.

Adagolás: Felnőtteknek az átlagos adag **naponta** 2 mg (reggel és este 1 tableta) étkezéskor.

Nyugtatók hatására érzékeny betegek esetében a napi adagot fokozatosan, általában 5 nap alatt kell elérni, ilyenkor a kezdő adag naponta 1 mg ($2 \times 1/1$ tableta, vagy este 1 tableta).

Szükség esetén a napi adag 4 mg-ra (2×2 tableta) emelhető.

Gyermekeknek 6 hónapos kortól 3 évesig: 0,5 mg naponta $2 \times$ ($1/2$ tableta, vagy 2,5 ml szirup naponta $2 \times$).

3 évesnél idősebb gyermekeknek: 1 mg naponta $2 \times$ (2×1 tableta vagy 2×5 ml szirup).

(A gyermekeknek nagyobb mg/ttkg-ra számított adagokra van szükségük az optimális hatás eléréséhez, mint a felnőtteknek.)

Mellékhatások: Az első napokban álmoság, szórványosan szájszárazság és enyhe szédülés. Ezek a kezelés során általában rövid időn belül spontán megszűnnek. Ha egy hétnél tovább tartanak, célszerű más kezelési módot választani. Néhány esetben súlynövekedés fordulhat elő.

Gyógyszerkölsönhatások: Együttadása kerülendő:

- orális antidiabetikumokkal (trombocita-szám reverzibilis csökkenése)
- szedatívumokkal, altatókkal, antihisztamin hatású gyógyszerekkel (hatásukat fokozza).

Figyelmeztetés: A kúra kezdetén az addig alkalmazott antiasztmatikumokat nem szabad hirtelen megvonni. Különösen vonatkozik ez a szisztémásan alkalmazott kortikoszteroidokra és ACTH-ra, ugyanis az e gyógyszerekre beállított betegekben a hirtelen megvonás hatására mellékvesekéregelégtelenség léphet fel. Ilyen esetekben a hipofízis-mellékvese rendszer normál reakciókészsége csak lassan, akár egy évig is elhúzódóan normalizálódik. Interkurrens fertőzések esetén azok célzott kezelésével kell kiegészíteni a Zaditen-terápiát.

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

A gyógyszer alkalmazásának ideje alatt alkohol nem fogyasztható!

A Zaditen és az orális antidiabetikumok egyidejű alkalmazásánál ritkán a trombocita-szám reverzibilis csökkenése figyelhető meg. Ha a betegek a Zaditen kezelés alatt orális antidiabetikus kezelésben részesülnek a trombocita-számot ellenőrizni kell!

Bár nincs arra vonatkozóan adat, hogy a Zaditennek teratogen hatása lenne, de mint a legtöbb gyógyszer a terhesség és szoptatás alatt csak kényszerítő indikáció esetén adható.

Túladagolás kezelése: A túladagolás legfőbb tünetei: aluszékonyság, erős szedáció, zavartság és orientációs zavarok, tachikardia és vérnyomás-csökkenés, idegrendszeri eredetű görcsök, izgatottság különösen gyermekeknél, reverzibilis kóma. A kezelés tüneti. Ha a készítményt röviddel azelőtt vették be, a gyomrot ki kell üríteni. A szív és vérkeringés támogatása lehet szükséges, izgatottsági állapotokban a görcsöknel rövid hatástartamú barbiturátok és benzodiazepinek ajánlatosak.

Csomagolás: 100 ml szirup, 30 tableta

Eredményeink azon korábbi megfigyeléseket támogatják, melyek a rezisztenciaerek RK-nak vizsgálata alapján, az agyi ischaemiás kórképek egy csoportját haemodinamikai eredetűnek vélik és nem annyira a gyógyszeres, mint inkább az érrekonstrukciós kezelést tartják a megfelelő gyógymódnak (17, 26, 27, 29–32). Az agyi keringési állapot kifejezetten labilis volta (9) azt sugallja, hogy a beavatkozásokat, legyen az endarterectomia vagy esetleg bypass-műtét, csak tapasztalt team, megfelelő indikáció alapján végezheti. Ez utóbbi meghatározásában az acetazolamid terheléssel kombinált transcranialis Doppler és az agyi vérátfolyás SPECT vizsgálat együtt, illetve külön-külön is hasznos módszernek bizonyult.

IRODALOM: 1. Aaslid, R., Markwalder, T. M., Nornes, H.: Noninvasiv transcranial Doppler ultrasound recording of flow velocity in basal cerebral arteries. *J. Neurosurg.*, 1982, 57, 769. — 2. Barzó P., Bodosi M., Dóczi T. és mtsai: Transcranialis Doppler-vizsgálat jelentősége az occlusiv agyi érbetegségek kóriszmézésében. *Ideggyógyászati Szemle*, 1990, 43, 360. — 3. Bishop, C. C. R., Powel, S., Rutt, D. és mtsai: Transcranial Doppler measurement of middle cerebral artery blood flow velocity: A validation study. *Stroke*, 1986, 17, 913. — 4. Bogstrud, T. V., Rootwelt, K., Russel, D. és mtsai: Acetazolamid effect on cerebellar blood flow in crossed cerebral-cerebellar diaschisis. *Stroke*, 1990, 21, 52. — 5. Bonte, F. J., Devous, M. D., Reisch, J. S. és mtsai: The effect of acetazolamide on regional cerebral blood flow in patients with Alzheimer's disease or stroke as measured by single-photon emission computed tomography. *Invest. Radiol.*, 1989, 24, 99. — 6. Bullock, R., Mendelow, A. D., Bone, I. és mtsai: Cerebral blood flow and CO₂ responsiveness as an indicator of collateral reserve capacity in patients with carotid arterial disease. *Br. J. Surg.*, 1985, 72, 348. — 7. Burt, R. W., Witt, R. M., Cikrit, D. és mtsai: Increased brain retention of TC-99m HMPAO following acetazolamide administration. *Clin. Nucl. Med.*, 1991, 16, 568. — 8. Denny-Brown: The treatment of recurrent cerebrovascular symptoms and the question of „vasospasm”. *M. Clin. North America*, 1951, 35, 1457. — 9. The EC-IC Bypass Study Group. The International Cooperative Study of Extracranial-Intracranial Arterial Anastomosis: methodology and entry characteristics. *Stroke*, 1985, 16, 397. — 10. Ehrenreich, D. L., Burns, R. A., Alman, R. W. és mtsai: Influence of acetazolamide on cerebral blood flow. *Arch. Neurol.*, 1961, 5, 227. — 11. Giacobini, E.: A cytochemical study of the localisation of carbonic anhydrase in the nervous system. *J. Neurochem.*, 1962, 9, 169. — 12. Gibbs, J. M., Wise, R. J. S., Thomas, D. J. és mtsai: Cerebral haemodynamic changes after extracranial-intracranial bypass surgery. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1987, 50, 140. — 13. Gotoh, F., Meyer, J. S., Tomita, M.: Carbonic anhydrase inhibition and cerebral venous blood gases and ions in man. *Arch. Intern. Med.*, 1966, 117, 39. — 14. Hauge, A., Nicolaysen, G., Thoresen, M.: Acute effects of acetazolamide on cerebral blood flow in man. *Acta Physiol. Scand.* 1983, 117, 233. — 15. Kety, S. S., Schmidt, C. F.: The effect of altered arterial

tension of carbon dioxide and oxygen on the cerebral blood flow and carbon dioxide consumption of normal young men. *J. Clin. Invest.*, 1948, 27, 476. — 16. Kuroda, S., Takigawa, S., Kamlyama, H. és mtsai: Diagnosis of hemodynamic compromise in patients with chronic cerebral ischemia: The detection of impaired vasodilatory capacity with Xe-133 SPECT and acetazolamid (Diamox) test. *Neurol. Surg.*, 1990, 18, 167. — 17. Matsuda, H., Higashi, S., Kinuya, K. és mtsai: SPECT evaluation of brain perfusion reserve by the acetazolamid test using Tc-99m HMPAO. *Clin. Nucl. Med.*, 1991, 16, 572. — 18. Norrving, B., Nilsson, B., Risberg, J.: rCBF in patients with carotid occlusion: resting and hypercapnic flow related to collateral pattern. *Stroke*, 1982, 13, 155. — 19. Pávics L., Kuba A., Csernay, L.: A regionális agyi vérátfolyás vizsgálata SPECT-tel (Gondolatok egy új eljárás bevezetéséhez). *Magyar Radiológia*, 1989, 63, 310. — 20. Pávics L., Ambrus E., Katona É. és mtsai: Acetazolamid provokációval kombinált agyi vérátfolyásvizsgálatok lehetőségei az ischaemiás cerebrovasculáris betegségek diagnosztikájában. *Orvosi Hetilap*. (Közlésre elfogadva.) — 21. Piepgras, A., Schmiedek, P., Leisinger, G. és mtsai: A simple Test to Assess Cerebrovascular Reserve Capacity Using Transcranial Doppler Sonography and Acetazolamide. *Stroke*, 1990, 21, 1306. — 22. Powers, W. J., Raichle, M. E.: Positron emission tomography and its application to the study of cerebrovascular disease in man. *Cerebrovascular Survey Report*, 1985, 11, 47. — 23. Ramsay, S. C., Yeates, M. G., Reginald, S. L. és mtsai: Use of technetium-HMPAO to demonstrate changes in cerebral blood flow reserve following carotid endarterectomy. *J. Nucl. Med.*, 1991, 32, 1382. — 24. Ridderstrale, Y., Hanson, M.: Histochemical study of the distribution of carbonic anhydrase in the cat brain. *Acta Physiol. Scand.*, 1985, 124, 557. — 25. Rózsa L., Szabó S., Gombi R. és mtsai: Transcranialis Doppler-sonográfia, új, nem invazív módszer az agy vérkeringésének vizsgálatára. *Orvosi Hetilap*, 1989, 130, 1669. — 26. Russel, D., Dybevald, S., Kjartansson, O. és mtsai: Cerebral vasoreactivity and blood flow before and 3 month after carotid endarterectomy. *Stroke*, 1989, 21, 1029. — 27. Rutkow, I. M., Ernst, C. B.: An analysis of vascular surgical manpower requirements and vascular surgical rates in the United States. *J. Vasc. Surg.*, 1986, 3, 74. — 28. Sorteberg, W., Lindegaard, K. F., Rootwelt, K. és mtsai: Effect of Acetazolamid on Cerebral Artery Blood Velocity and Regional Cerebral Blood Flow in Normal Subjects. *Acta Neurochir. (Wien)*, 1989, 97, 139. — 29. Tsuda, Y., Kimura, K., Iwata, Y. és mtsai: Improvement of cerebral blood flow and/or CO₂ reactivity after superficial temporal artery-middle cerebral artery bypass in patients with transient ischemic attacks and watershed-zone infarctions. *Surg. Neurol.*, 1984, 22, 595. — 30. Vörtstrup, S., Henriksen, L., Paulson, O. B.: Effect of acetazolamid on cerebral blood flow and cerebral metabolic rate for oxygen. *J. Clin. Invest.*, 1984, 74, 1634. — 31. Vörstrup, S.: Tomographic cerebral blood flow measurements in patients with ischemic cerebrovascular disease and evaluation of the vasodilatory capacity by acetazolamid test. *Acta Neurol. Scand.*, 1988, 114, 1. — 32. Yudd, A. P., Van Heertum, R., Masedeu, J. C.: Interventions and functional brain imaging. *Sem. Nucl. Med.*, 1991, 21, 153.

(Barzó Pál dr., Szeged, Semmelweis u. 6. 6701)

Már kapható a könyvesboltokban
Irina Steblucova: HOMEOPÁTIA c., orvosoknak szánt kézikönyve,
 amely megrendelhető közvetlenül a kiadótól, 20% kedvezménnyel.

A könyv bolti ára: 703 Ft.

Cím:

EUROSANA, Bp. 1014 Szentháromság tér. 6. Tel: 1550-122, 1751-885.



Calcium 500 mg

Pharmavit pezsgőtabletta

- kalcium hiányos állapotok megszüntetésére
- megnövekedett kalcium szükséglet kielégítése
- oszteoporózis adjuváns kezelése és profilaxisa

A kalcium a szervezet legnagyobb mennyiségben előforduló kationja. Az átlagos felnőtt szervezet 1 kg kalciumtartalmának 99%-a a test struktúrális vázát alkotó csontokban található. A fennmaradó 1% a vérben és a sejtekben biztosítja az izom- és idegműködés, a véralvadás és számos enzim zavartalan funkcióját. Bonyolult hormonális együttműködés szabályozza a struktúrális és funkcionális pool egyensúlyát. A dinamikus egyensúlyi állapot megbomlása izom-, idegműködési; szív-, veseműködési zavart illetve csontbetegségek kialakulását okozhatja.

A CALCIUM 500 mg PHARMAVIT PEZSGŐTABLETTA alkalmas a kalciumhiányos állapotok kezelésére, megnövekedett kalciumigény esetén a kalciumbevitel pótlására, osteomaláciában, rachitisben a specifikus terápia adjuvánsaként és más csontanyagcsere-betegségekben is. Alkalmazható postmenopauzális osteoporosis megelőzésére; illetve kezelésében az ösztrogénterápia kiegészítéseként (e kombinációban az ösztrogénhatást valószínűleg növeli).

Calcium 500 mg
Pharmavit pezsgőtabletta

N 400
ATC: A 12 AA 04
Nyomelemek (Calcium carbona)

Hatóanyag: 1250 mg Calcium carbonicum (=500 mg calcium pezsgőtablettánként)

Javallatok: Fokozott kalciumigény terheség, szoptatás idején.

Növekedésben levő gyermekek kalcium szükségletének pótlására. Postmenopausalis osteoporosis megelőzésére. Különböző eredetű osteoporosisok. Osteomalacia és rachitis, a specifikus terápia adjuvánsaként. Egyéb, a csontszövet ásványi anyagtartalmának csökkenését okozó állapotok. Tetania, latens tetania. Allergiás állapotok adjuváns kezelése.

Ellenjavallatok: Hyperkalcémia (pl. hyperparathyreosis, D-vitamin túladagolás, csontmetasztázisok).

Myeloma multiplex. Súlyos veseelégtelenség. Súlyos hypercalcaemia.

Adagolás: Felnőtteknek napi 2–3-szor 1 tablettát. Osteoporosisban a kezdő adag 2-szer 2 tablettát lehet, amely néhány hét múlva csökkenthető.

Gyermekeknek: általában napi 1 tablettát, súlyos kalciumhiányban napi 2–3 tablettát.

A tablettát egy pohár vízben feloldva kell bevenni.

Gyógyszerkölcsönhatások

Együttadása kerülendő:

- orális tetraciklinekkel (felszívódását csökkenti, ezért a két gyógyszer bevétele között legalább 3 óra teljen el);
- digitális készítményekkel (fokozhatja a digitális kardiotoxicitását);
- NaF (egyidejű alkalmazásakor rosszul felszívódó CaF képződhet).

Figyelmeztetés: Kismértékű hypercalcaemia, krónikus, veseelégtelenség esetén a kiválasztott kalcium mennyiségét ellenőrizni, szükség szerint az adagokat csökkenteni kell, vagy a gyógyszert el kell hagyni. Napi több mint 1000 NE D-vitaminnal együtt adva a tablettát napi 2 tablettára kell csökkenteni, és a vizelettel ürített kalcium mennyiségét ellenőrizni kell.

Megjegyzés: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalmakkal.

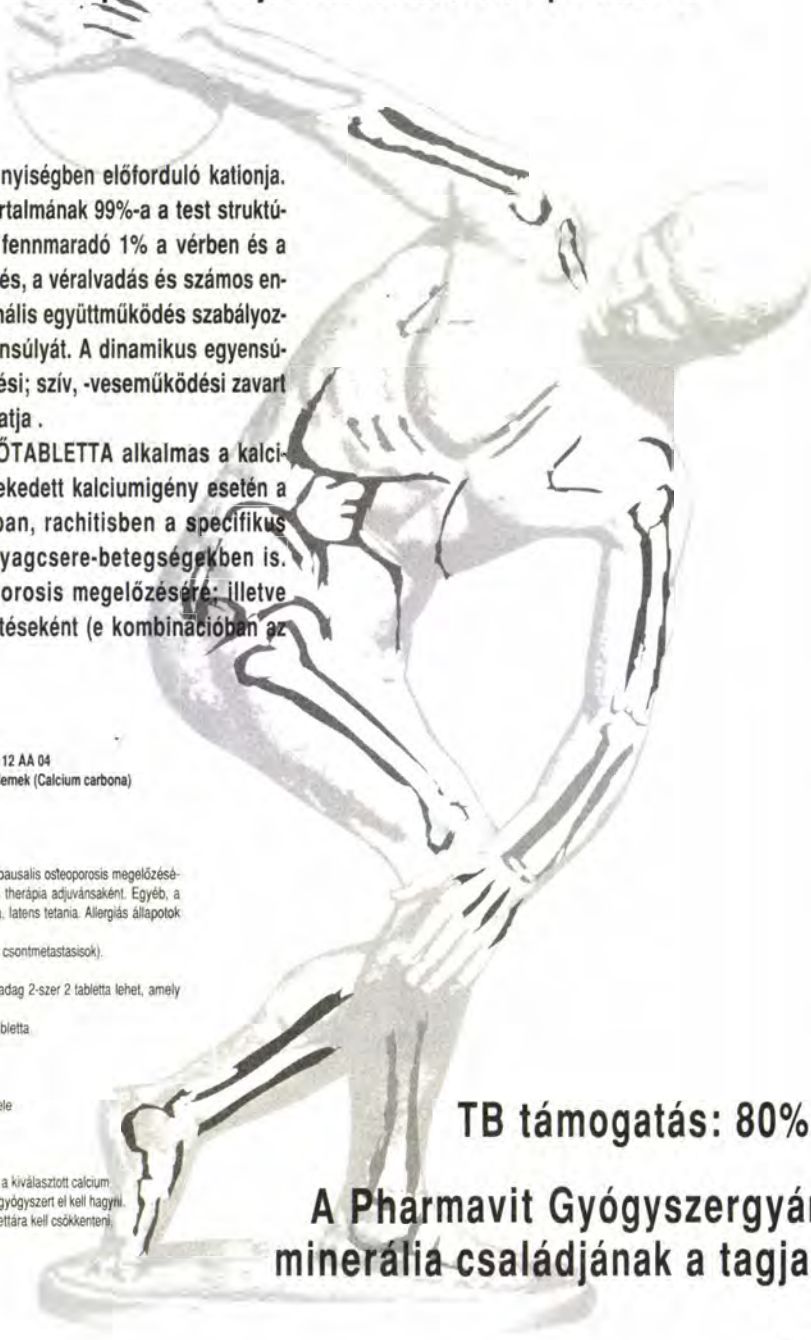
Termelői ár: 75 Ft.

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 80%.

Csomagolás: 20 pezsgőtabletta

OGYI eng.sz.: 7051/40/90.

Gyártja: Pharmavit Rt., Veresegyház



TB támogatás: 80%.

**A Pharmavit Gyógyszergyár
minerália családjának a tagja.**



A benignus epeúti szűkületek percutan ballonkatéteres tágítása

Kónya András dr.

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

A szerző két benignus epeúti szűkület (biliodigestiv anasztomózis szűkülete és iatrogen choledochus strictura) percutan ballonkatéteres dilatációval sikeresen kezelt esetét ismerteti. A betegek 24, illetve 14 hónap múltán panaszmentesek. Tárgyalja a módszer indikációs körét, amely magában foglalja mindazokat a jóindulatú szűkületeket — beleértve a cholangitis sclerotisans eseteit is, ahol a sebészi rekonstrukció (már) nem kivihető. A szerző hangsúlyozza, hogy az eljárás meglehetősen manipulációigényes és emiatt a beteg és a vizsgálószemélyzet jelentős sugárexpozíciónak van kitéve a beavatkozás során. A manipuláció- és sugárigény csökkentésének egyik döntő tényezője az adekvát eszközök (nagy nyomástűrűsű ballonkatéter sorozat) hozzáférhetősége.

Kulcsszavak: jóindulatú epeúti szűkületek, percutan ballonkatéteres tágítás

Percutaneous balloon dilatation of benign biliary strictures. Two cases of patients with benign biliary strictures (one with anastomotic and another with iatrogen stenosis of the common bile duct) successfully treated by percutaneous transhepatic balloon dilatation are presented. The patients have been symptom-free for 24 and 14 months, respectively. The author deals with the indication of the procedure including all the benign stenoses where surgical reconstruction is not feasible. It is also emphasized that the balloon dilatation needs rather long-time manipulation during which both the patient and the personnel are exposed to significant amount of scattered radiation. One of the important factors in decreasing the need for manipulation is the availability of adequate devices (a series of high pressure balloon catheters).

Key words: benign biliary strictures, percutaneous balloon dilatation

Iatrogen okok következtében és epeúti rekonstrukciós műtétet követően gyakran alakul ki epeútszűkület. A heges szűkületek gyakran kiújulnak és ezért benignus szűkület miatt a romló műtégi kilátású betegeken ismételt sebészi beavatkozásra kényszerülhetünk.

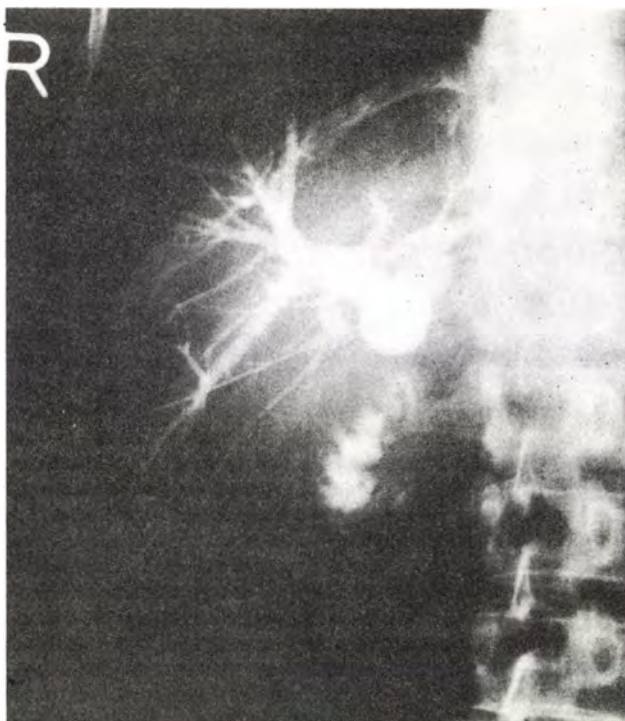
A jóindulatú szűkületek kezelésében alkalmazott biliodigestiv helyreállító műtétek sikertelenségi aránya viszonylag nagy és jelentős a beavatkozás morbiditása/mortalitása is (15). A biliodigestiv anastomosisok beszűkülése az irodalom adatai szerint 20–40%-ban fordul elő (8, 11, 12).

A percutan ballonkatéteres tágítás az epeutak jóindulatú szűkületeinek kezelésében reális alternatívát jelent a 70-es évek végén megjelent első közlések óta (1, 2, 7). Az utóbbi évtizedben a percutan epeúti drenázs (PTD) rutin beavatkozássá vált az elzáródásos sárgaságok kezelésében és a percutan bejuttatható ballonkatéter a biztonságos és hatékony tágítás lehetőségét teremtette meg.

E közleményünkben 2 eset ismertetése kapcsán elsősorban a módszer technikai vonatkozásaira kívánunk kitérni.

Esetismertetések

I. eset: F. J. 33 é. nőbetegben évek óta fennálló típusos epeköves panaszai miatt cholecystectomiát végeztek, amely során a ductus choledochust a középső harmadában lekötötték. Az epeelfolyás lehetetlensége miatt másik intézetben reoperációra került sor; műteti megoldásként hepato-jejunostomát készítettek. Rövid panaszmentes időszakot követően cholangitisre és az anasztomózis szűkületére utaló klinikai tünetek jelentkeztek: a beteg intermitálisan acholiás székletet ürített, enzimértékei közül elsősorban az alkalikus phosphatase emelkedett meg. További 2 hónap múltán a beteg icterusossá vált, serum bilirubin értéke 150 $\mu\text{mol/l}$ értékre emelkedett. Ekkor vettük fel a beteget klinikánkra, ahol az ultrahang (UH) vizsgálat a máj mindkét lebenyének intrahepaticus epeútjain mérsékelt-közepes fokú tágulatot mutatva a d. hepatocholedochus kezdeti szakának közepes dilatációját igazolta. Percutan transhepaticus cholangiographiát (PTC) végeztünk, amely az UH leletet megerősítette és a topográfiai viszonyok egyértelmű megítélését tette lehetővé. A d. hepaticus kb. 2,5 cm hosszú közepes fokban dilatált szakasza felől a fonalnyira szűkült anasztomózison keresztül csak minimális kontrasztanyag és csak erőltetett nyomás mellett ürült a jejunum felé (1. ábra). Tekintettel a sebészi megoldás korlátozott lehetőségeire percutan transhepaticus drainage (PTD) mellett döntöttünk. Az első ülésben azonban csak külső drenázst sikerült kialakítani. Egy további si-



1. ábra: PTC: a hepatico-jejunostoma nyílása fonalnyira szűkült, rajta csak kismennyiségű kontrasztanyag jut át

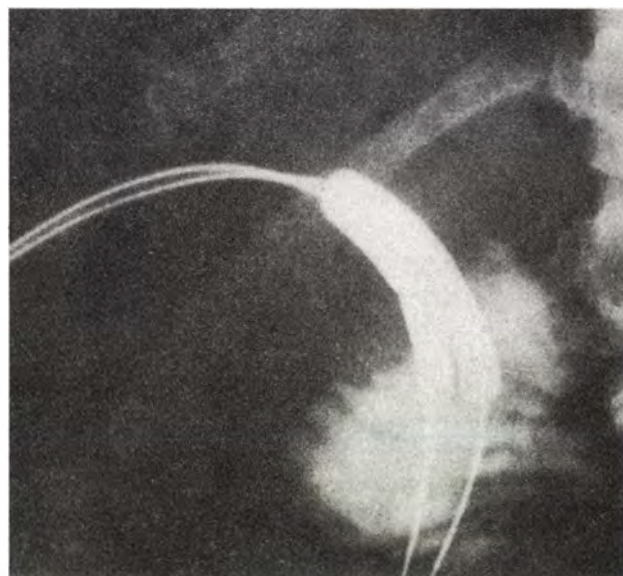
kertelen próbálkozást követően a harmadik ülésben sikerült vezetődróttal, majd tágitás után oldallyukakkal ellátott 8,3 F pig tail drenázkatéterrel (COOK, Bjaeverskov, Denmark) a szűkült szakaszon az elvezető jejunumkacsba jutni.

Egy további ülésben kezdtük meg a ballonkatéteres tágitókezelést, amelyet 4 hónapon keresztül 6 ciklusban végeztünk (2. ábra). A ciklusok általában egy-egy hétig tartottak, amelyek folyamán először heti 4–5 (azaz napi 1) alkalommal dilatáltunk, a ciklusok között 3–3 hetet hagyva, majd a 3. ciklustól a ciklusok tartamát (2–2 tágitás) és a közti intervallumot (2–2 hét) is csökkentve jutottunk el az 5. kezelési sorozathoz, amely után már egy hónapos szünetet iktathattunk be. A tágitókezeléseket 6 mm külméretű Grünzig-típusú ballonkatéterekkel (COOK) kezdtük és azokat egy-egy ülésben 5–6 ízben 3–3 percig tartottuk feltöltött állapotban. A 2. ciklusban már 3 ízben 8 mm-es ballont alkalmaztunk és — az eszközellátás elégtelensége miatt, nagyobb külméretű ballonkatéterünk nem lévén — 2 db 6 mm-es ballon (Olbert-típusú, Meadox—Surgimed) együttes feltöltésével (ún. „kissing balloon technique”) végeztük a tágitást. (A korábban bennlévő vezetődróra egy dupla lumenű Portner-Koolpe ebebiopsziás eszközt [COOK] vezettünk fel, amely segítségével egy újabb vezetődrót volt bejuttatható. Mindkét drótra egy-egy ballonkatétert vezetve valósítottuk meg ezt az eljárást.)

A két ballonnal már mintegy 12 percig folyamatosan, mind növekvő nyomással dilatáltunk. A 4. és 5. ciklusban ugyanezt a technikát vettük igénybe; az 5.-ben már egy 9 és egy 5 mm-es külméretű ballonkatéter felhasználásával. A szünetekben 9,6 F oldallyukakkal ellátott pig tail drenázkatétert (Surgimed) helyeztünk vissza, amelynek külső csapját zárva tartva belső drenázt alkalmaztunk. Az 5. ciklus után már 1 hónap szünetet tartottunk az eredmény tartósságának megítélésére, majd a 6. ciklus csak egyetlen „próba-tágitásból” állott, amennyiben egy 10 mm-es ballonnal 10 percig folyamatosan dilatáltunk. A beavatkozás során a beteg már fájdalomérzésről, feszítésről nem számolt be, a ballon akadálytalanul volt feltölthető, rajta alaki deformitás már nem volt észlelhető. Kontroll vizsgálat után a spontán lumen kb. 5 mm-esnek mutatkozott (3. ábra). Ezt követően a drént kihúztuk és a parenchymás járatot sebészi szivacs és kontrasztanyag elegyével elzártuk az epecsorgás megakadályozása céljából. A beteg

azóta 3–4 havonta időszakos kontroll vizsgálaton vesz részt (ultrahang, HIDA-scintigraphia), amely az emúlt 24 hónapban kóros eltérést nem mutatott; az intrahepaticus epeutak normális tágasságúak, az epepassage a jejunum felé jó ütemű, akadálytalan. A beteg teljesen panaszmentes.

2. eset: H. P. 42 éves férfi betegben praepyloricus stenotizáló fekélye miatt Billroth II. rezekciót végeztek, amely kapcsán a



2. ábra: A ballonkatéteres tágitás két ballon együttes alkalmazásával: a körkörös szűkület magasságában a feltöltött ballonokon sekély benyomat figyelhető meg



3. ábra: A tágitókezelés befejezése előtti utolsó kontroll: az anastomosis kb. 5 mm-es spontán lument mutat, az ürülés distal felé akadálytalan, az intrahepaticus epeutak normális tágasságúak



4. ábra: A fonalnyira szűkült Y alakú choledochopancreatico-duodenalis junctionon a punkciós kanült átvezetve és rajta kontrasztanyagot befecskendezve feltűnik, hogy a Billroth-II. resectio afferens kacsának nyálkahártyája oedemás, destruált



5. ábra: A 15 mm-es ballonszélességgel végzett tágitás során a ballonon a szűkület magasságában körkörös benyomat maradt (kb. 10 mm-re volt a lumen feltágítható)

d. choledochus disztális harmadának falába tangenciálisan öltést vezettek. A műtétet követően obstrukciós icterus alakult ki, acholiás székllettel csaknem 2000 E-t elérő alkalikus phosphatase emelkedéssel és $254 \mu\text{mol/l}$ SeBi értékkel. A PTC a choledochus könyök magasságában teljes stoppot mutatott.

Punkciós kanüllel a jobb lebeny egyik szegmentális epeútja felől a d. choledochusba lejutva az volt látható, hogy az elzáródás csak virtuális, szintje alatt kb. 1 cm-rel (közvetlen a d. cyticus beszájadása alatt) egy 2–3 mm-es szakaszra terjedő kb. 40 %-os szűkület van. E szakaszon a punkciós kanül könnyen átvezethető volt egészen a Vater-papilláig. Kontrasztanyagot befecskendezve az volt megfigyelhető, hogy az Y alakú choledochopancreatico-duodenalis junctio fonalnyira szűkült, a Billroth rezekció (meglehetősen mélyen buktatott) afferens kacsának nyálkahártyája gyulladásos-ödémás, destruált képet mutatott (4. ábra). E szakaszon is előbb vezetődróttal, majd tágitás után drenázkatóterrel is átjutva sikerült külső-belső drenázst kialakítanunk. A beteg megközelítőleg egy hét alatt teljesen desicterisálódott, ezt követően került sor a ballonkatéteres tágitókezelés elkezdésére.

Ekkorra már a peripapilláris gyulladásos tünetek mérséklődtek. A kezelés célja a szegmentális szűkület feltágítása, illetve a papillán való jó ütemű elfolyás biztosítása volt. Összesen 7 ülésben (heti 2 alkalommal) 6, illetve 8 mm-es ballonszélességről indulva (nagy nyomástűrő Blue-Max [Meditech] ballonkatéterekkel) fokozatosan a (6. ülésben már) 15 mm-ig jutottunk el. A 7. ülésben szintén 15 mm-es ballonnal dilatáltunk. Egy-egy ülésben belül 5–6-szori ballon feltöltést és összesen kb. 15–20 percig tartó tágitást végeztünk. 10 mm-ig a szegmentális szűkület a ballon tágasságát felvette, a 12 és még inkább a 15 mm-es ballon (Meditech — PE—MT) alkalmazásánál a ballonon keskeny, körkörös behúződás maradt (5. ábra).

A tágitások között előbb 8,3, majd 9,6 F drenázkatóterrel vezettünk be külső-belső drenázs fenntartása céljából. A beavatkozás tartama alatt a beteg antibiotikus védelemben részesült. Az utolsó tágitókezelést követően 3 héttel kontroll vizsgálatnál akadálytalan és azonnali kontrasztepe-passage volt megfigyelhető, a szegmentális szűkület teljesen elsimult, a d. choledochus intrapancreaticus szakasza kb. 4–5 mm tágasságú maradt (6. ábra). A drént ezt követően eltávolítottuk, a parenchymás járatot a subcutisig összefüggően sebészi szivacs és Gentamycin elegyével zártuk el. A beteg 14 hónapos nyomon követése alatt teljesen panaszmentes, az epeelfolyás akadálytalan.

Megbeszélés

A jóindulatú epeúti szűkületek megközelítőleg 60 %-ban műtéti szövődmények következményei (13). Jelentős hányadot képviselnek a biliodigestív helyreállító beavatkozások után kialakuló anasztomózis szűkületek, és ide sorolandók a stenotizáló epeúti gyulladások (cholangitis sclerosans) esetei is. Korábban a műtét jelentette a kezelés egyetlen lehetséges módját, azonban a szűkület kiújulása jelentős probléma maradt. Az end-to-end anasztomózisok esetében 45 %-os, míg a biliodigestív rekonstrukciók esetében 32 %-os recidíva arányról számoltak be (16).

Az ismételt műtétek elvégzésének határt szabnak a hegesedés, egyes műtétechnikai problémák (pl. magasan készített hepatico-jejunostoma) és az esetleges vérzés. Mindezek miatt a percutan beavatkozások egyre nagyobb teret nyertek. A ballonkatéteres tágitások első eredményei mindenesetre biztatóak, a 3 éves nyitvamaradási arány 75 % körüli (7, 8, 17).



6. ábra: Az utolsó tágtítókezelés után 3 héttel végzett kontroll vizsgálat: az epepassage akadálytalan, a d. choledochus intrapancreaticus szakasza kb. 5 mm tágasságú

A szűkületek kiújulása az alapfolyamat kialakulásában is jelentős szerepet játszó ismételt/folytonos gyulladásra és hegesedésre vezethető vissza (8).

Egyes szerzők szerint az anasztomózis szűkületek dilatációja kecsgetet a legjobb eredménnyel (5, 13), akik azt feltételezik, hogy e szűkületek jobb kezelhetősége azok koncentrikus jellegével, a sebgyógyulás indukálta körkörös fibrózis kialakulásával hozható összefüggésbe. Ugyanakkor a nem anasztomotikus eredetű (iatrogen) szűkületek esetén a stenosisok excentrikus volta, az epeút műtét alatti vongálódása és zúzódása, valamint az ischaemiás tényező kifejezettebb szerepe lehet felelős az ellenállóbb periductalis fibrózis kialakulásáért, amely a dilatáció eredményességét rontja (10, 13). *Mueller és mtsai* több intézet anyagát értékelve, nem találtak szignifikáns különbséget az anasztomózis eredetű és az iatrogen szűkületek dilatációval történő kezelésének eredményessége között (8). Anyagukban 3 évre számítva a nyitvamaradási arány az anasztomózis szűkületekben 67 %, míg az iatrogen stricturák eseteiben 76 %-nak adódott.

Külön csoportot képeznek a cholangitis sclerotisans esetei, ahol — amint az várható — a ballonkatéteres dilatáció eredményessége a legkisebb: a 3 éves nyitvamaradás aránya 42 % (8).

E betegség lefolyása során kialakuló progresszív és többszörös szegmentális szűkület a kísérő fertőzés következtében egyre súlyosabbá válhat. E betegségcsoportban a ballonos tágtítással azokban az esetekben érhető el a leg-

kedvezőbb eredmény, ahol a szűkület/elzáródás szoliter és centrális elhelyezkedésű (5).

Az elmúlt években végzett beavatkozások viszonylag kis száma miatt egységes kezelési mód még nem alakulhatott ki. Így az egyes kezelési csoportokban eltérő a dilatációk száma, ismétlésének gyakorisága, valamint tartama is (8, 13). Az eddigi vizsgálatok nem mutattak korrelációt a dilatációk száma/tartama és a szűkület tágtíthatósága között, éppúgy mint a dilatáló ballon és a szűkület mérete között sem (8).

A fenti tényezőkön túlmenően az is vitatott, hogy a sikeresnek tűnő beavatkozás során mennyi idővel tekinthető megoldottnak a szűkület, azaz mennyi ideig célszerű fenntartó drenázst alkalmazni, illetve mennyi időre kell(ene) endoprotézist behelyezni a restenosis elkerülésére.

Warren (16) a protézis fél-egy évig tartó posztoperatív bennhagyása mellett érvel. Így látja ugyanis biztosítottak az anasztomózis nyitvamaradását a gyulladásos fibrózis megnyugvását követően. *Pellegrini* (11) nem talált összefüggést a sebészileg kezelt szűkületek sikeres kimenetele és a sztent hosszú ideig tartó bennhagyása között.

MacAllister és Hicken (6) szerint a protézis alkalmazása inkább káros lehet az általa előidézett idegentest reakció következtében, amely elősegítheti a recidíva kialakulását.

Az endoprotézis behelyezése ellen több érv is felhozható. Az az előny, amely abból adódik, hogy nagy külméretű ballon is viszonylag kis külső átmérőjű katéteren (7–9 F) „bevihető”, elvész azzal, ha a megfelelő belső drenázst biztosító 12–14 F endoprotézis bejuttatásához ennek megfelelő parenchymás járatot alakítunk ki.

Másképpen a jelenleg zömében malignus szűkületek/elzáródások áthidalására szolgáló protézisek bizonyos idő (20–30 hét) elteltével nagy valószínűséggel elzáródnak és cseréjük elkerülhetetlenül válik. Ez a csere endoszkópos úton részben anatómiai okokból nem oldható meg, részben viszont éppen a megvédeni kívánt szűkült szakasz számára jelentene újabb traumát.

A jelenleg rendelkezésre álló klinikai tapasztalatok alapján jóindulatú szűkületek kezelésében az endoprotézis alkalmazásának csak akkor van létjogosultsága, ha a sebési rekonstrukció, illetve a ballonkatéteres dilatáció eszközei már kimerültek, illetve e módszerekkel kielégítő eredmény nem érhető el (4, 14). Ezekben az esetekben is leginkább a 7 F ballonkatéterrel bevihető magától kifeszülő fém endoprotézisek (expandable metal endoprosthesis) ajánlhatók, amelyek egyrészt a ballonkatéter kis külső átmérője miatt a legkevésbé traumát okozzák a májban, másrészt az endoprotézisek nagyobb belső átmérője (8–10 mm) miatt kevésbé hajlamosak az elzáródásra (3, 4).

Abban a szerzők túlnyomó többsége egyetért, hogy a dilatáció során a szűkült szakasz „túltágtítására” kell törekedni. A beavatkozás morfológiailag akkor jó eredményű, ha a balllonon korábban látott behúzódnak elsimul, eltűnik. A kontroll elvégzése azonban közvetlenül a tágtítás után megtévesztő lehet, ugyanis a cholangiogram — feltehetően az akut ödéma jelenléte miatt — nem ábrázolja „valóságosan” a viszonyokat (12). Az előző kezelés eredményességének lemérésére a következő tágtítás előtt végzett kontrasztanyag befecskendezés útján győződhetünk meg.

A beavatkozás szövődményei lényegileg megegyeznek a bevezető percutan drenázs szövődményeivel (hemobilia, epecsorgás, vérzés, fertőzés stb.). A tágtításra visszavezethető szövődmények minimális számban fordulnak csak elő (8, 9), ezek között leggyakoribb — és szorosan véve nem is tekinthető szövődménynek — a fájdalom, amelynek csökkenése egyben a dilatáció fokmérője is. Az epeutakba juttatott lidocain valamely morphin-származék intravenás adásával együtt a fájdalom megszűnését eredményezi (13). Ugyanakkor, mint minden más epéuti intervenció beavatkozása a ballonkatéteres dilatáció is végezhető epiduralis anaesthesiában. A tágtítást követően ugyancsak ritkán előforduló hemobilia spontán szűnik (13).

A fenti 2 eset kapcsán további szempontok mérlegelése érdemel figyelmet. Az 1. esetben — *döntően a megfelelő eszközök hiánya miatt* — olyan megoldás (ti. ún. „kissing balloon” technika) alkalmazására kényszerültünk, amely óhatatlanul technikai nehézségekhez vezet, és amely tovább növeli az amúgy is rendkívül idő- és manipulációigényes beavatkozás betegre és a vizsgáló személyre háruló terheit. E betegben a klinikai eredmény elérése összesen 29 vizsgálati ülést tett szükségessé, míg a manipulációk végzésére felhasznált röntgenátvilágítás ideje 256 percre adott. Ez annak következménye volt, hogy nem állt rendelkezésünkre a megfelelő ballonszélességű és nagy nyomástűrő-sű ballonkatéter, így a megfelelő tágitó effektust csak két ballon együttes feltöltésével sikerült elérni. Az ilyen beavatkozások végzésének alapvető követelménye, hogy a vizsgáló rendelkezésére álljon az a tágitó ballonsorozat, amely birtokában a beavatkozás potenciális sikerét és minimális szövődemény-arányát az eszközök oldaláról biztosítani lehet. Jól mutatja ezt 2. esetünk, ahol már rendelkezésünkre álltak a nagy nyomástűrő-sű különböző ballon-méretű katéterek, amelyek használatával a beavatkozás 8 vizsgálati ülésben 132 perc „sugármenet” alatt elvégezhető volt. Jól látható, hogy a beavatkozás abszolút mértékben mérve is kifejezetten *manipuláció- és sugárigényes*, az elavult és a korszerű intervenciós radiológia fokozott sugárhigiénés következményeinek immár egyáltalán meg nem felelő, a vizsgálóasztal felett elhelyezett röntgensóvel üzemelő berendezés e hátrányokat tovább sokszorozta.

Ezen tények fényében joggal vetődhet fel az a kérdés, hogy vajon a vállalt kockázat és a remélhető haszon arányban volt-e eme heroikusnak tetsző beavatkozások esetében. A betegek szempontjából vizsgálva a kérdést a válasz egyértelmű igen lehet csak, hiszen az anatómiai szituáció és/vagy a betegek aktuális állapota vagy nem tett volna lehetővé egyéb terápiás értékű beavatkozást, vagy az ismételt műtét vállalása a betegek állapotát kritikussá tehetné volna.

Ebből a szempontból mindkét beavatkozás életmentő volt. A korszerűtlen berendezés alkalmazásából származó és a beteg számára kedvezőtlenül magas lokális sugárterhelés mértéke (főként a májtájékra vonatkozóan) azonban még ilyen extrémnek tűnő átvilágítási idő mellett sem jelent olyan kockázatot (kb. 200–250 R dózis az első betegben), amely a beteg későbbi sorsát befolyásolhatná.

Természetesen ez a kockázat korszerű berendezések alkalmazásával nagyságrenddel csökkenthető. A fenti esetekben a betegek kezelésének vállalásában ez nem lehetett szempont, mivel a beavatkozások elvégzése egyértelműen indikált volt, s a beavatkozások elvégzésében jártas vizsgáló — aki sajnos nincs abban a helyzetben, hogy legjobb belátása szerint választhassa meg az alkalmazott berendezést — csak az adott gépi technikával rendelkezett. A kockázati tényezők sorában jóval fontosabb, hogy az ennyire kedvezőtlen sugárhigiénés viszonyok a vizsgáló személyzet és elsősorban a vizsgáló orvos egészségét is veszélyeztetik, mivel utóbbinak e beavatkozások végzése során a manipuláció teljes ideje alatt a röntgensó primer sugárnyalábjának közvetlen szomszédságában kell tartózkodnia, és ha a direkt sugárnyalábra való nyúlástól mindenképpen tartózkodik is, a betegből és a vizsgálóasztalból kilépő nagy

menyiségű szórt sugárzás révén a védőkötény által nem fedett testtájai (arc, szem, nyak, kezek) igen jelentős sugárdózist szenvednek el.

(Pl. a bal kéz egy teljes évi megengedett sugárdózisát a fenti feltételek között 10 óra „sugármenet” alatt el lehet érni, s ez maximálisan 3–4 fentiekhez hasonló betegben végrehajtott beavatkozás elvégzéséhez elég. Ez egyben azt is jelentené, hogy az adott vizsgáló abban az évben más intervenciós radiológiai tevékenységet már nem végezhetne!)

Összefoglalóan megállapítható, hogy a fenti betegcsoportban a terápiás fegyvertár egy új, hatékony módszerrel gazdagodott, amely megfelelő műszeres és eszközös feltételek megléte esetén nagyban hozzájárulhat ezeknek a más módon már alig, vagy egyáltalán nem kezelhető betegeknek akár teljes gyógyulásához is.

IRODALOM: 1. *Burhenne, H. J.*: Dilatation of biliary tract strictures: a new roentgenologic technique. *Radiol. Clin.*, 1975, 44, 153. — 2. *Burhenne, H. J., Morris, D. C.*: Biliary stricture dilatation: use of the Grüntzig balloon catheter. *J. Can. Assoc. Radiol.*, 1980, 31, 196. — 3. *Dick, R., Gillams, A., Dooley, Hobbs KEF.*: Stainless steel mesh stents for biliary strictures. *J. Intervent. Radiology*, 1989, 4, 95. — 4. *Lammer, J., Klein, G. E., Kleiner, R. és mtsai.*: Obstructive jaundice: use of expandable metal endoprosthesis for biliary drainage. *Radiology*, 1990, 177, 789. — 5. *May, G. R., Bender, C. E., LaRusso, N. F. és mtsai.*: Nonoperative dilatation of dominant strictures in primary sclerosing cholangitis. *Am. J. Roentgenology*, 1985, 145, 1061. — 6. *McAllister, A. J., Hicken, N. F.*: Biliary stricture: a continuing study. *Am. J. Surg.*, 1976, 132, 567. — 7. *Molnar, W., Stockum, A. E.*: Transhepatic dilatation of choledochointerostomy strictures. *Radiology*, 1978, 129, 59. — 8. *Müller, P. R., VanSonnenberg, E., Ferruci, J. T. és mtsai.*: Biliary stricture dilatation: multicenter review of clinical management in 73 patients. *Radiology*, 1986, 160, 17. — 9. *Müller, P. R.*: Interventional radiology of the biliary tract: a decade of progress. In *advances in hepatobiliary radiology*, pp. 328–330. *Radiology*, 1988, 168, 319. — 10. *Oleaga, J. A., McLean, G. K., Freiman, O. B. és mtsai.*: Interventional biliary radiology. In: Ring, E. J., McLean, G. K. eds. *Interventional radiology: principles and techniques*. Boston: Little Brown, 1981, 245–378. — 11. *Pellegrini, C. A., Thomas, M. J., Way, L. W.*: Recurrent biliary stricture: patterns of recurrence and outcome of surgical therapy. *Am. J. Surg.*, 1984, 147, 175. — 12. *Pitt, H. A., Miyamoto, T., Parapatis, S. K. és mtsai.*: Factors influencing outcome in patients with postoperative biliary strictures. *Am. J. Surg.*, 1982, 144, 14. — 13. *Trambert, J. J., Bron, K. M., Zajko, A. B. és mtsai.*: Percutaneous transhepatic balloon dilatation of benign biliary strictures. *AJR*, 1987, 149, 945. — 14. *Vadon G., Pulay I.*: Technikailag inoperábilis biliodigesztív anasztomózis-szűkület megoldása perkután transzhepatikus protézissel. *Magyar Sebészet*, 1985, 38, 315. — 15. *Warren, K. W., McDonald, W. M.*: Facts and fiction regarding strictures of the extrahepatic bile ducts. *Ann. Surg.*, 1964, 159, 996. — 16. *Warren, K. W., Mountain, J. C., Midell, A. L.*: Management of strictures of the biliary tract. *Surg. Clin. North. Am.*, 1971, 51, 711. — 17. *Williams, H. J., Bender, C. E., May, G. R.*: Benign postoperative biliary strictures: dilatation with fluoroscopy guidance. *Radiology*, 1984, 163, 629.

(Kónya András dr., Budapest, Üllői út 78/a. 1082)



SORBONIT tabletta

Hatóanyag. 10 mg isosorbidum dinitricum tabl.-nként.

Javallatok. Angina pectoris, sztenokardia.

Ellenjavallatok. Akut miokardiális infarktus, hipotónia, keringési kollapszus, glaukóma.

Adagolás. A kezdő adag 5 mg ($\frac{1}{2}$ tabl.), étkezés előtt. Ezt az adagot naponta 4–6 órás időközökben ismételni lehet. Az éjszakai roham elkerülésére profilaktikusan elalvás előtt $\frac{1}{2}$ (5 mg). Az átlagos napi összdózis 20–30 mg (2–3 tabl.). Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével ezt az adagot fokozatosan emelni lehet napi 40–60 mg-ig, a fejfájás, mint mellékhatás megjelenéséig. Sztenokardiás roham esetén 1 tbl.-t nyelv alá kell helyezni és elszopogatni.

Mellékhatások. Fejfájás, szédülés, hirtelen kipirulás, émelygés, amely az adag csökkentésére elmúlik. A fejfájás 50–100 mg koffeinnel esetenként megszüntethető. Mellékhatás előfordulása azok esetében várható, akik a nitroglicerint is rosszul tűrik.

Gyógyszerkölcsonhatások. Együttadása kerülendő:

- antihipertenzív szerekkel (súlyos hipotenzió veszélye);
- triciklikus antidepresszánsokkal (hipotenzió);
- MAO-inhibitorokkal (fokozott teljesítőképesség téves érzése).

Figyelmeztetés. Alkalmazásának időtartama alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

Megjegyzés. ✚ Csak vényre adható ki, és csak egyszeri alkalmmal.

Csomagolás. 25 tabl.

Felvilágosítást ad: polcommerce Kft.
a Polcommerce Wien
leányvállalata,
a
Ciech — Warszawa
képviselője
Lengyel Vegyipar

1075 Budapest, VII.,
Tanács krt. 25. I. 3.
Telefon: 142-7723, 142-2548
Telex: 22-6388, Fax: 142-2548

Ciech



[®] Tegretol CR

az eredeti karbamazepin

egyenletes, nyújtott hatású, osztható tableta. Epilepszia, affektív zavarok, alkoholelvonási szindróma, neuralgiák kezelésére.

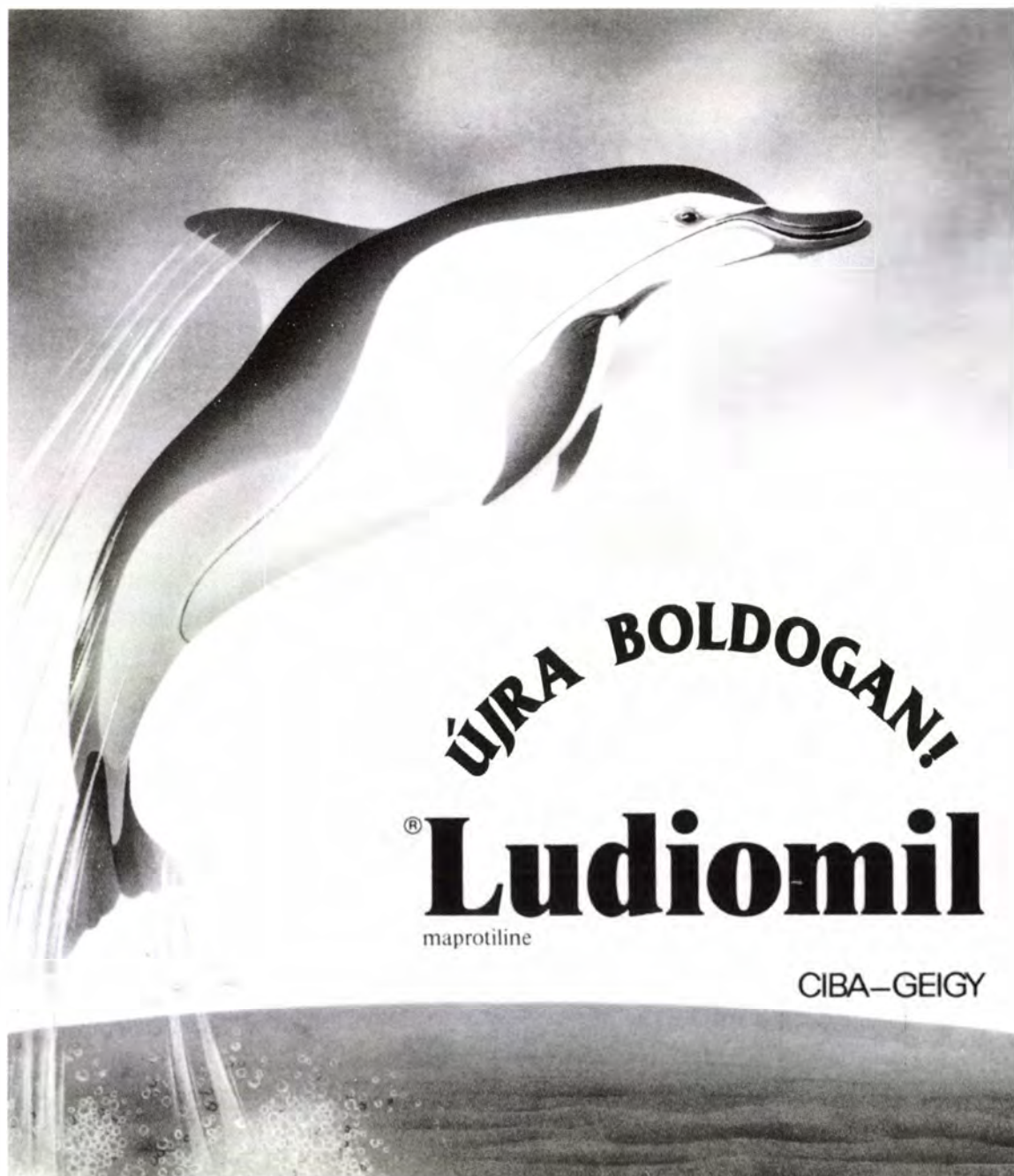
Csomagolás: 200 mg (50 tabl.) 400 mg (30 tabl.)

Rendelhetőség:

- vényre egyszeri alkalommal kiadható.
- Epilepsiában és affektív pszichózisban szenvedő betegeknek térítésmentesen rendelhető a 18/1991. (XI. 5.) NM rendelet 2. sz. mellékletének B/7. és B/30. pontjaiban előírtak szerint.

Felvilágosítással rendelkezésre áll: **CIBA-GEIGY-BIOGAL Pharma Kft.**

1124 Budapest, Zólyom lépcső 22. Telefon: 186-9633



Csomagolás: 10 mg-os (50 db) és 25 mg-os (30 db) draszté

Új: 75 mg-os filmbevonatú tabletta (30 db)

25 mg-os injekció (10x5 ml)

Rendelhetőség: Az orális készítmények vényre egyszeri alkalommal kiadhatók. A területileg és szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály az ideg-elme szakrendelés (gondozó) szakorvosa vagy javaslatára a kezelőorvos, körzeti orvos, üzemi körzeti orvos, üzemorvos) térítésmentesen rendeli. Az injekció kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézet (gondozóintézet) felhasználására engedélyezett.

Felvilágosítással rendelkezésre áll: **CIBA-GEIGY-BIOGAL Pharma Kft.**

1124 Budapest, Zólyom lépcső 22. Telefon: 186-9633

Másodlagos akut leukaemia Hodgkin-kórban

Ujj György dr., Telek Béla dr., Kiss Attila dr. és Rák Kálmán dr.

Debreceni Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Rák Kálmán dr.)

A szerzők 166 Hodgkin-kóros betegük között két szekunder heveny leukaemia kialakulását észlelték. Az egyik, csak kemoterápiában részesült betegükben (22 éves nő) 39 hónappal a lymphogranulomatosis diagnózisának megállapítása után alakult ki az akut leukaemia. A leukaemiás blast sejtek fenotípusát nem lehetett pontosan meghatározni. Rövid ideig tartó (1,5 hó) teljes remissziót követően 4,5 hónappal az akut leukaemia ismertté válása után a beteg elhunyt. A másik irradiációval és kemoterápiával kezelt fiatal férfi betegükben hat évvel a diagnózist követően az alapbetegség teljes remissziójában jelentkezett az akut lymphoid leukaemia. A citosztatikus kezelés egy évig tartó teljes remissziót eredményezett, majd a leukaemia befolyásolhatatlan progressziója a beteg halálát okozta. A szerzők összefoglalják a Hodgkin-kórt követő heveny leukaemiákra vonatkozó fontosabb megfigyeléseket és a levonható következtetéseket.

Kulcsszavak: másodlagos akut leukaemia, Hodgkin-kór, kemoterápia, radiokemoterápia

Secondary acute leukaemia following Hodgkin's disease. Two secondary acute leukaemias out of 166 patients with Hodgkin's disease were detected. At a young female patient treated only with chemotherapy the acute leukaemia developed 39 months following the diagnosis of Hodgkin's disease. Phenotype of leukaemic blast cells could not be determined exactly. After a short complete remission (1,5 month) the patient died because of the progression of her leukaemic process. The other young male patient treated with radio- and chemotherapy had six years disease free interval between the diagnosis of two malignant diseases. The combined cytostatic treatment of his acute lymphoblastic leukaemia resulted complete remission that lasted for one year but later the progression of leukaemia caused death. In connection with these cases the authors reviewed the current questions of treatment related acute leukaemias in Hodgkin's disease.

Key words: secondary acute leukaemias, Hodgkin's disease, chemotherapy, chemoradiotherapy

A korszerű radio- és a kombinált kemoterápia alkalmazásának eredményeként az utóbbi 15–20 évben a Hodgkin-kór (HK) jelentős hányadában gyógyíthatóvá vált, a betegek élettartama jelentősen megnőtt. Az öt évet meghaladó túlélés gyakorisága 70–80% (5, 7, 18, 23, 29). A tartós túlélés lehetővé és szükségessé tette a Hodgkin-kór kezelésével összefüggő késői szövődmények (másodlagos malignus tumorok, infekciók, gonadok működésének zavarai) tanulmányozását (3, 4, 6, 9, 11, 12, 17, 28, 32, 33, 35). A késői komplikációk közül legsúlyosabb a Hodgkin-kór kezelése után kialakult másodlagos akut leukaemia (2, 8, 10, 13, 14, 21, 25, 26, 27, 34). A szekunder akut leukaemiák (SAL) nagyobb része myeloid eredetű, de lymphoid jellegű akut leukaemiát is észleltek (8, 13, 21, 30). Radio- és kemoterápiában részesült HK-os betegek 1–5%-ában alakul ki SAL (7, 8, 10, 13, 21, 34, 35). Klinikánkon kezelt 166 HK-os beteg (20) között két esetben észleltük akut leukaemia kifejlődését.

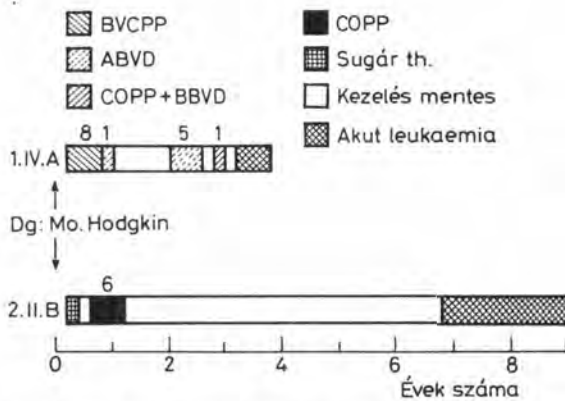
Közleményünkben fel szeretnénk hívni a figyelmet a HK miatt kezelt betegek másodlagos akut leukaemiájának

veszélyére és egyúttal röviden ismertetjük az erre vonatkozó irodalmat. Hazánkban eddig plasma-sejtes leukaemiáról, szolid tumorokról és nem Hodgkin-lymphomáról számoltak be HK-t követően (1, 19, 22).

Esetismertetés

18 éves nőbeteg jobb oldali emlőduzzanat, időnként jelentkező lázas állapot és derékfájdalmak miatt 1985 májusában került felvételre az Országos Onkológiai Intézetbe. Fizikális vizsgálattal generalizált lymphadenomegalia és a bordaívét három cm-rel meghaladó hepatomegalia volt észlelhető. A hónalj nyirokcsomó szövettani vizsgálata nodularis sclerosis altípusú lymphogranulomatosiszt igazolt. Képalkotó eljárásokkal (mellkas rgt, hasi ultrahang, lymphographia) a mellkasi és a hasi nyirokcsomók érintettsége is bizonyítható volt. Ezek alapján IV/A klinikai stádiumot vélelmeztek és kombinált kemoterápiát kezdtek BVCPP protokoll (B = BCNU, C = Cyclophosphamid, V = Vinblastin, P = Prednisolon, P = Procarbazine) szerint (1. ábra). Nyolc ciklus után az alapbetegség parciális remisszióba került. Egy hónap elteltével 1986 márciusában progressziót észleltek és ezért a kezelést ABVD (A = Adriamycin, B = Bleomycin, V = Vinblastin, D = Dacarbazin) protokollal folytatták. Az első napi infúzió után a beteg többé nem jelentkezett kezelésre.

Rövidítések: HK = Hodgkin-kór; SAL = szekunder akut leukaemia



1. ábra: A Hodgkin-kór során alkalmazott kezelés. BVCPP = BCNU + Vinblastin + Cyclophosphamid + Procarbazin + Prednisolon
COPP = Cyclophosphamid + Vincristin + Procarbazin + Prednisolon
ABVD = Adriamycin + Bleomycin + Vinblastin + Dacarbazin
BBVD = BCNU + Blyeomycin + Vinblastin + Dacarbasin
A fekvő oszlopok fölé írt számok a kezelési ciklusokat jelzik.

Klinikánkra 1987 augusztusában került felvételre, hasi és végtagi fájdalmak, fogyás, hőemelkedés és izzadás miatt. A klinikai tünetek és a generalizált lymphadenomegalia (elsősorban az abdominális nyirokcsomók érintettsége) alapján IV/B klinikai stádiumnak felelt meg. Folytattuk a korábban megkezdett ABVD kezelést, melynek befejezése után három hónappal ismét relapszus jelentkezett. Ezért 1988 áprilisában COPP (C = Cyclophosphamid, O = Vincristin, P = Procarbazin, P = Prednisolon) és ABVD alternáló kezelésre került sor. Miután a beteg az Adriamycin adásától elzárkózott, ezért helyette a BCNU-t alkalmaztuk. Egy ciklus után két hónapig nem jelentkezett. 1988 augusztusában méhvérvzés nőgyógyászati ellátása után vettük fel ismét klinikánkra. A klinikai tünetek és a vizsgálatok akut leukaemia mellett szóltak (1. táblázat). Miután értékelhető mennyiségű csontvelőt nem nyertünk, így csak a perifériás vérben keringő blastok vizsgálatára kerülhetett sor. A malignus sejtek citológiai és citokémiai sajátosságai, valamint a rendelkezés-

re álló felszíni marker vizsgálatok sem tették lehetővé a leukaemiás sejtek fenotípusának egyértelmű megállapítását (2. táblázat).

Kezelését, mitoxantron (Novantrone) és ara-C (Alexan) kombinációval kezdtük el. A hatodik napra leukopenia alakult ki, mely négy hétig tartott. Ezt követő csontvelővizsgálat sikeres volt, teljes hematológiai remisszió mellett szólt. Az indukciót két konszolidációs kezelés követte, 1988. november közepén relapszus jelentkezett. A korábban sikerrel alkalmazott Novantrone és Alexan kombinációt Vumonnal egészítettük ki és a beteg még egy rövid ideig parciális remisszióba került. A második relapszus kezelését követő apláziás szakban betegünk pneumoniában meghalt. A boncolás során akut leukaemiának megfelelő boncleletet találtak, lymphogranulomatosisra utaló jelek nem voltak.

24 éves férfi betegünknel 1982-ben subfebrilitás és a jobb mediastinum kiszélesedése miatt az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben mediastinoscopiát végeztek és a nyert nyirokcsomó szövettani vizsgálata HK kevert sejtis altípusát igazolta. A beteg további vizsgálata és kezelése az Országos Onkológiai Intézetben folytatódott. „Staging” laparotómiával rekesz alatti érintettség nem volt igazolható (II/B stádium). A műtét során splenectomiára került sor.

Első lépésként az érintett mediastinális terület cobalt irradiációját végezték 93 Gy/f dózissal (1. ábra). Egy hónappal a sugárkezelés befejezése után kombinált kemoterápiában (hat ciklus COPP) részesült. Ezt követően hematológiai ambulanciánkon ellenőriztük 74 hónapig és relapszusra utaló tüneteket nem észleltünk.

1989 májusában lázas állapot és diffúz csontfájdalmak miatt vettük fel klinikánkra. A klinikai kép és a laboratóriumi adatok akut leukaemiát igazoltak (1. táblázat). A csontvelő és a perifériás vér sejtjeinek morfológiai és citokémiai analízise alapján akut lymphoid leukaemia volt megállapítható (2. táblázat). Ezt a tényt később, az első relapszusban a keringő blast sejtek felületi markereinek vizsgálata is megerősítette.

Adriamycint, Vincristint és Prednisolont tartalmazó indukciós kezeléssel teljes klinikai és hematológiai remissziót értünk el. A kezelést Linker és mtsai (24) intenzív konszolidációs protokollja szerint folytattuk. A kemoterápia befejezése után egy hónappal közel egy éves komplett remissziót követően relapszus jelentkezett és ezért újra Adriamycin, Vincristin és Prednisolon alkalmazására került sor. Az ismételt indukciós kezeléssel csak parciális remissziót sikerült elérni, ezért kis dózisban Leupurint és methotrexatot kapott. Súlyos cytopenia alakult ki, de ennek megszűnte után ismét blastok jelentek meg a perifériás vérben és ezért újabb indukciós kezelést kezdtünk el (Adriamycin, Vincristin, Cyclophosphamid, Idarubicin, methotrexat, Alexan). Alapbetegsége azonban progrediált és 1991. április elején meghalt.

1. táblázat: Klinikai és laboratóriumi adatok az akut leukaemia kialakulásakor

Beteg	A HK diagnózisától az akut leukaemiáig eltelt idő (hó)	Hb (g/l)	Fvs (G/l)	Thrcyta G/l	Blast (G/l)	Csontvelő	Klinikai tünet
1.	39	72	136	10	125	punctio sicca	láz, vérzés, anaemia
2.	82	118	7,6	210	4,6	diffúz lymphoblastos infiltr.	láz

HK = Hodgkin-kór; HB = hemoglobin; Fvs = fehérvérsejt; Thrcyta = thrombocyta

2. táblázat: Citológiai, citokémiai és immunológiai vizsgálatok eredményei az akut leukaemia kialakulásakor

Beteg	Citológia FAB	Sud.	Citokémia PAS	AP	Felszíni markerek (8%)								
					CD2	CD3	CD4	CD5	CD7	CD8	CD10	CD14	CD19
1.	nem diff.	—	—	+	9	19	8	nt	nt	5	1	3	nt
2.	L2	—	+	+	33	31	25	6	16	20	30	3	1

Megbeszélés

A Hodgkin-kórban kialakult szekunder malignus hematológiai betegségekről már több, mint 30 évvel ezelőtt írtak (10). A hetvenes évek második felétől egyre több közlemény jelent meg a HK eredményes kezelése után évekkal kialakult másodlagos akut leukaemiáról (2, 8, 10, 13, 14, 25, 26, 27, 34, 35). Klinikánkon 1974 és 1990 között két SAL kialakulását észleltük, ez anyagunkban 1,2%-os gyakoriságot jelent. A megjelent közlemények 0,5–5% közötti előfordulásáról számolnak be (7, 8, 10, 13, 21, 34, 35). A közelmúltban *Kaldor és mtsai* (21) közel 30 000 beteget magában foglaló multicentrikus felmérésében az egyes intézetek között is jelentős különbségek voltak (0,02–2,8%). Ezt magyarázhatja, hogy egyesek a dysmyelopoetikus szindrómákat is figyelembe vették. Különbözhet a HK citosztatikus kezelésének intenzitása, s a betegek követésének tartamában is vannak eltérések. A SAL-ok többsége myeloid eredetű vagy a nem differenciált csoportba sorolható (8, 13, 21, 30). A szekunder akut lymphoid leukaemia sokkal ritkább. *Rosner és mtsai* (30) 1975-ig 11 esetet találtak. A már említett *Kaldor*-féle tanulmány négy beteget említ és más közlések is csak egy-egy esetet írnak le (13, 20). A második betegünk SAL-ja a citológiai, citokémiai és a felületi markerek vizsgálata szerint egyértelműen lymphoidnak bizonyult, míg az elsőként leírt esetünkben nem lehetett a fenotípust megállapítani.

Betegeinkben a HK diagnózisa után 39, illetve 82 hónappal alakult ki a SAL. Az eddigi felmérések adatai szerint a SAL a HK kezelést követő 2–10 évben fejlődik ki (10, 13, 14, 21, 26, 27, 28, 33), míg az egy éven belül jelentkező leukaemia nem tekinthető másodlagosnak. Tíz-tizenkét évvel a kezelés után az akut leukaemia kialakulásának valószínűsége nagyobb, mint a nem HK-s populációban (2). A két nem veszélyeztetettsége hasonló, egyes szerzők a férfiak (34), mások a nők (21) kissé nagyobb rizikójáról tesznek említést.

Vitatottabb kérdés a betegek életkora és a SAL kialakulása közötti összefüggés. Mi két fiatal betegünkönél talákoztunk SAL-lal. Többen azonban az idősebbek nagyobb kockázatáról számolnak be (9, 10, 26, 27). *Van Velden és Glicksman* (17, 34) a 40–60 év közöttiekben észlelte gyakrabban a SAL kialakulását. Három, a közelmúltban publikált felmérés a fiatal, 20–30 év közötti betegek fokozott veszélyeztetettségét hangsúlyozta (13, 21, 28).

A HK altípusa nem befolyásolja lényegesen a SAL kialakulását (21) és a HK diagnózisakor észlelt klinikai stádiummal való közvetlen összefüggés is valószínűtlen. Kétségtelen, hogy kiterjedtebb betegséget (III–IV st.) követően több SAL regisztrálható, de ez valószínűleg az ilyen betegek intenzívebb kezelésével függ össze (21). Említést érdemel, hogy a splenectomia két-háromszorosára növeli a SAL kialakulásának a kockázatát (21, 23, 34).

A legfontosabb kérdés a HK kezelése és a SAL-k kialakulása közötti kapcsolat. A csak radioterápiában részesülteknél SAL elvétele fordul elő (8, 13, 14, 17, 21). Húsz Gy csontvelői dózis fölött észlelték a SAL számának enyhe emelkedését (21). A HK kezelésében legelterjedtebben alkalmazott MOPP protokoll összefüggését a SAL kifejlődé-

sével részletesen vizsgálták (6, 13, 21, 26, 27, 34). A csak irradiációban részesültekhez képest a MOPP kezeltekben 8–10-szeres a SAL kialakulásának valószínűsége (21). Ez a rizikónövekedés a mechlorethamin és a procarbazin összdózisának nagyságával mutatott szoros korrelációt (6, 13, 21, 26, 27, 34). Hatnál több ciklusú MOPP kemoterápiában részesülteknél háromszor nagyobb a SAL kialakulásának kockázata mind a négy klinikai stádiumban, mint a kevesebb kezelésben részesültek között (21). A kevésbé leukaemogénnek tartott cyclophosphamiddal még nincs kellő tapasztalat, de itt is valószínű a dózistól való függés. *Devereux és mtsai* (13) szerint SAL-s betegek többsége nitrozourea kezelésben is részesült és ennek alapján felvetik ezen citosztatikum-csoport fokozott leukaemogenitását. MOPP és sugárkezelésben egyaránt részesülteknél a SAL gyakorisága lényegében olyan, mint a csak kemoterápiában (MOPP) részesülteké (17, 21), tehát úgy tűnik, hogy az irradiáció a szokásos dózisban nem fokozza tovább a SAL kialakulásának kockázatát. Az eddigi adatok alapján a HK kezelésében elterjedten alkalmazott ABVD kombináció után a SAL gyakorisága kisebb (33). A betegek kis száma és a rövid követési idő miatt az ABVD kezelés után észlelt alacsonyabb SAL-előfordulás önmagában nem indokolja, hogy az ABVD első választandó kombináció legyen (2).

Saját első esetünkben feltehetően a szokatlanul intenzív kemoterápia és főleg a tartós nitrozourea kezelés s a beteg fiatal életkora játszhatott szerepet a SAL kialakulásában. Második betegünkönél a splenectomia, a szokásosnál lényegesen nagyobb sugárdózis, a fiatal életkor és a COPP séma szerinti kemoterápia növelhették meg a SAL kialakulásának rizikóját.

Mindkét esetben az akut leukaemia kezelése nehézségekkel járt. Az első remisszió még viszonylag könnyen elérhető volt, de ennek időtartama nem volt hosszú és a későbbiekben cytopenia is nehezítette az intenzív citosztatikus kezelést. A de novo akut leukaemiához hasonlóan a HK-t követő SAL-ban is felmerül a csontvelő transzplantáció lehetősége. A közölt kisszámú esetből úgy tűnik, hogy a de novo AL-hez hasonlóan itt is az első remisszióban lévő fiatal betegeknek várható a legjobb eredmény (14, 15, 16).

A SAL a szolid tumorok és a nem-Hodgkin-lymphomák mellett a HK legveszélyesebb, gyakran fatális szövődménye (12, 31). Ezek tudatában sem mondhatunk azonban le a HK megfelelő kezeléséről, mert a SAL kialakulásának veszélye messze elmarad, még az előrehaladott HK-ban is, a kombinált citosztatikus kezelés kedvező eredményei mögött (10, 35). A másodlagos malignus betegségek ismerete azonban segítségünkre lehet a kezelés jobb megválasztásában. A fokozottan leukaemogén gyógyszerek lehető kerülése és más fokozott rizikóval járó beavatkozások (splenectomia), a „felelősen” nagy sugárdózisok mellőzése ma kívánalom.

IRODALOM: 1. Berkessy S., Radványi G., Nagy Zs. és mtsai: Hodgkin-kór gyógyulását követő myeloma multiplex terminális plasmasejtes leukaemiával szövődött esete. Orv. Hetil., 1988, 129, 1053. — 2. Blayne, D. W. Longo, D. L., Young, R. C. és

mtsai: Decreasing risk of leukaemia with prolonged follow-up after chemotherapy and radiotherapy for Hodgkin's disease. New Engl. J. Med., 1987, 316, 710. — 3. *Boivin, J. F., Hutchison, G. B., Lyden, M. és mtsai*: Second primary cancers following treatment of Hodgkin's disease. J. Nat. Cancer Inst., 1984, 72, 233. — 4. *Boivin, J. F.*: Second cancers and other late side effects of cancer treatment. Cancer, 1990, 65, 770. — 5. *Bonadonna, G., Santoro, A.*: Current issues in the management of advanced Hodgkin's disease. Blood Rev., 1990, 4, 69. — 6. *Bookman, M. A., Longo, D. L., Young, R. C.*: Late complications of curative treatment in Hodgkin's disease. J. Amer. Med. Ass., 1988, 260, 680. — 7. *Canellas, G. P., Come, S. E., Skarin, A. T.*: Chemotherapy in the treatment of Hodgkin's disease. Sem. Hematol., 1983, 20, 1. — 8. *Coleman, C. N., Williams, C. J., Flint, A. és mtsai*: Hematologic neoplasia in patients treated for Hodgkin's disease. New Engl. J. Med., 1977, 297, 1249. — 9. *Coleman, M. P., Bell, C. M. J., Fraser, P.*: Second primary malignancy after Hodgkin's disease, ovarian cancer and cancer of the testis: A population-based cohort study. Br. J. Cancer, 1987, 56, 349. — 10. *Coltman, C. A. Jr., Dahlberg, S.*: Treatment-related leukemia. New Engl. J. Med., 1990, 322, 52. — 11. *Cunningham, J., Mauch, P., Rosenthal, D. S. és mtsai*: Long-term complications of MOPP chemotherapy in patients with Hodgkin's disease. Cancer Treatm. Rep., 1982, 66, 1015. — 12. *Davenport, R. D., O'Donnell, L. R., Schnitzer, B. és mtsai*: Non-Hodgkin's lymphoma of the brain after Hodgkin's disease. Cancer, 1991, 67, 440. — 13. *Devereux, S., Selassie, T. G., Vaughan-Hudson, G. és mtsai*: Leukaemia complicating treatment for Hodgkin's disease: the experience of the British National Lymphoma Investigation. Br. Med. J., 1990, 301, 1077. — 14. *Devereux, S.*: Therapy associated leukaemia. Blood Rev., 1991, 5, 138. — 15. *De Witte, T., Blacklock, H. A., Prentice, H. G. és mtsai*: Allogenic bone marrow transplantation in a patient with acute myeloid leukemia secondary to Hodgkin's disease. Cancer, 1984, 53, 1507. — 16. *De Witte, T., Zwaan, F., Hermans, J. és mtsai*: Allogenic bone marrow transplantation for secondary leukaemia and myelodysplastic syndrome: a survey by the Leukaemia Working Party of the European Bone Marrow Transplantation Group (EBMTG). Brit. J. Haematol. 1990, 74, 151. — 17. *Glicksman, A. S., Pajak, T. F., Gottlieb, A. és mtsai*: Second malignant neoplasms in patients successfully treated for Hodgkin's disease: A cancer and leukemia group B study. Cancer Treatm. Rep., 1982, 66, 1035. — 18. *Horowich, A.*: The management of early Hodgkin's disease. Blood Rev., 1990, 4, 181. — 19. *István L., Balázs L., Brittig F. és mtsai*: Magas malignitású immunoblastos non-Hodgkin lymphoma előfordulása remissióban lévő Hodgkin-kóros bete-

gen. Orv. Hetil., 1985, 126, 1267. — 20. *Iványi J. L., Kiss A., Telek B. és mtsai*: Hodgkin-kóros betegek (1975–1983) klinikai és pathológiai adatainak retrospektív elemzése. Orv. Hetil., 1986, 127, 1133. — 21. *Kaldor, J. M., Day, N. E., Clarke, E. A. és mtsai*: Leukaemia following Hodgkin's disease. New Engl. J. Med., 1990, 322, 7. — 22. *Kuhn E., Stefanits K., Dérczy K.*: Második rosszindulatú daganat kifejlődése Hodgkin-kóros betegekben. Orv. Hetil., 1990, 131, 739. — 23. *van Leeuwen, F. E., Sombers, R., Hart, A. A. M.*: Splenectomy in Hodgkin's disease and second leukaemias. Lancet, 1987, II, 210. — 24. *Linker, C. A., Levitt, L. J., O'Donnell, M. és mtsai*: Improved results of treatment of adult acute lymphoblastic leukemia. Blood, 1987, 69, 1242. — 25. *Papa, G., Mauro, M. R., Anselmo, A. P. és mtsai*: Acute leukaemia in patients treated for Hodgkin's disease. Br. J. Haematol., 1984, 43, 58. — 26. *Pedersen-Bjergaard, J., Philip, P., Mortensen, B. T. és mtsai*: Acute nonlymphocytic leukemia, preleukemia, and acute myeloproliferative syndrome secondary to treatment of other malignant diseases. Clinical and cytogenetic characteristics and results of in vitro culture of bone marrow and HLA typing. Blood, 1981, 57, 712. — 27. *Pedersen-Bjergaard, J., Specht, L., Larsen, S. O. és mtsai*: Risk of therapy-related leukaemia and preleukaemia after Hodgkin's disease. Lancet, 1987, II, 83. — 28. *Prior, P., Pope, D. J.*: Hodgkin's disease: subsequent primary cancers in relation to treatment. Br. J. Cancer, 1988, 58, 512. — 29. *Prosnitz, L. R., Farber, L. R., Kapp, D. S. és mtsai*: Combined modality therapy for advanced Hodgkin's disease: long-term followup data. Cancer Treatm. Rep., 1982, 66, 871. — 30. *Rosner, F., Grünwald, H.*: Hodgkin's disease and acute leukemia: report of eight cases and review of literature. Amer. J. Med., 1975, 58, 339. — 31. *Rubins, J., Sischy, B., Lee, J. C. K.*: Non-Hodgkin's Lymphoma following treatment of Hodgkin's disease. Amer. J. Clin. Pathol., 1980, 74, 696. — 32. *Tucker, M. A., Coleman, C. N., Cox, R. S. és mtsai*: Risk of second cancers after treatment for Hodgkin's disease. New Engl. J. Med., 1988, 318, 76. — 33. *Válagussa, P., Santoro, A., Kenda, R. és mtsai*: Second malignancies in Hodgkin's disease: a complication of certain forms of treatment. Br. Med. J., 1980, 280, 216. — 34. *van der Velden, J. W., van Putten, W. L. J., Guinee, V. F. és mtsai*: Subsequent development of acute non-lymphocytic leukaemia in patients for Hodgkin's disease. Int. J. Cancer, 1988, 42, 252. — 35. *Williams, C. J.*: Leukaemia and cancer chemotherapy. The risk is acceptably small but may be reducible further. Br. Med. J. 1990, 301, 73.

(Ujj György dr., Debrecen, Nagyerdei krt. 98. 4012)

Intenzív, 100 órás, hétvégi

„KLASSZIKUS ÉS KLINIKAI HOMEOPÁTIA”

tanfolyamot indít orvosok számára
Magyarországon immár
negyedik alkalommal

az EUROSANA Kft:

A tanfolyam kezdete: 1992. október 2., 15 óra
Előadók: az OROSZországi Orvostovábbképző
Egyetem

Homeopátia Tanszékének tanárai, a Moszkvai
Homeopátiás Központ konzultáns orvosai,
a homeopátia neves osztrák és német előadói,
a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület tagjai.
A tanfolyam elvégzése után egyéni munkarend
alapján 30 órás gyakorlat
és konzultációs lehetőség.

A legeredményesebb hallgatóknak munkalehetőséget
kínálunk fel a kft.-ben.

A tanfolyamot támogatja az Országos Társadalombiztosítási
Főigazgatóság Egészségmegőrzési Kuratóriuma.

Felvilágosítás, beiratkozás: 1550-122, 1751-885 telefonokon,
ill. levélben: Bp., Szentháromság tér. 6. 1014



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-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 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 orrnyálkahártyáról 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 nincs 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 felvételre került a 18/1991. (XI.5.) NM rendelet - 2. számú melléklet B/6. csoportjába, valamint a

- 3. számú melléklet II/B csoportjába.

Ezek alapján:

- "Csak vényre - egyszeri alkalommal - adható ki", valamint
- "Asthma bronchialeban és allergiás rhinitisben szenvedő betegnek 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) térítésmentesen rendeli."

CSOMAGOLÁS: 13 ml oldat.

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



HUMAPREG

Terhességi gyorsdiagnosztikum

ÖSSZETÉTEL:

HUMAPREG I. anti-human choriogonadotropin szérum, ami béta hCG elleni nyúlszérum és egér monoklonális ellenanyag keveréke, konzerválószerként 0,1% nátriumazidot tartalmaz.

HUMAPREG II. hCG-al fedett, speciálisan kezelt latex szuszpenzió, konzerválószerként 0,25% fenolt és 0,1% nátriumazidot tartalmaz.

Pozitív vizeletkontroll: több mint 2,0 IU hCG-t tartalmaz ml-enként, tartósítószer 0,1% nátriumazid.

Negatív vizeletkontroll: 0,1% nátriumazidot tartalmazó vizeletkontroll.

ALKALMAZÁS:

A terhesség korai kimutatására szolgáló immunológiai reagens, mely kettőperces leolvasási időt követően teszi megbízhatóan lehetővé a vizeletben levő hCG kimutatását. Érzékenysége 0,4—0,8 IU hCG/ml. A kit 60 vizsgálathoz elegendő.

CSOMAGOLÁS:

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

TÁROLÁS:

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

LEJÁRATI IDŐ:

2—8°C-on tárolva 18 hónapig használható

GYÁRTJA:

HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet a NABI USA licence alapján.

MEGRENDELHETŐ: Gödöllő, Táncsics M. út 82. 2100

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

A GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Az orvos mint beteg. Greenaway, J. M. (231 Macquarie St. Sydney, NSW 2000, Australia): Med. J. Australia, 1991, 155, 186.

„Egy szerdai napon tavaly decemberben fokozatosan kialakuló substernalis fájdalmat éreztem. Az elmúlt években néhányszor már átéltem hasonlót. Panaszom nem fizikai aktivitással függött össze, egy-két alkalommal jéghideg ital váltotta ki, emiatt jelentéktelen, oesophagealis eredetűnek véltem. Most azonban a fájdalom nem szűnt meg, sőt jelentősen fokozódott, éppen egy szerencsétlen beteg EKG vizsgálatának végzése közben.

Verejtékezni kezdtem, hányingert éreztem, s attól tartottam, hogy elhánynom magam. Elnézést kérve betegemtől taxit hívtam, hogy a Royal Price Alfred Kórház Akut Felvételi Osztályára menjek. A taxi mellett döntöttem, mert biztos voltam abban, hogy fájdalommal nem coronaria betegség következménye, s vizsgályogtam a mentőkocsit „melodrájából”.

Az Akut Felvételi Osztály orvosi és ápolószemélyzete nyugodtan és szakértelmel fogadott. Levetkőztettek, ágyba fektettek, morfiumot és oxigént kaptam. A fájdalom fokozatosan elcsendesült. Ezalatt kikérdezték az anamnézisémet, megtörtént a fizikális vizsgálat, vérvétel, EKG és mellkas röntgenfelvétel.

Vírus eredetű pleuropericarditist állapítottak meg. Az Akut Felvételi Osztályról a Koronária Örzőbe szállították át, a kardiológus szakfőorvos felügyelete alá. Ő volt a rangidős klinikus segéddorvos koromban. Két nap múlva sor került coronarographia elvégzésére. A vizsgálat lenyűgöző élménynek bizonyult, s a legkevésbé sem megfélemlítőnek. Az oly gyakran elmegett melegségerzés, mely a vállaktól indulva lefelé terjed a torpor felé, rövid ideig tartott, s alig volt kellemetlen. Legérdekesebbnek az angiogram látványa bizonyult, és őszintén szólva megnyugtatót az a felismerés, hogy a coronariák normálisak; talán buta módon, az eredményt nem igazán fogtam föl.

A harmadik éjszaka, hajnali 1 órakor az ápolószemélyzet fölébresztett, s közölte velem, hogy az ágyamat át kell adnom egy betegnek, aki elülső fali myocardialis infarktust szenvedett el. Erre az eshetőségre bármikor számítani kell, s egyáltalán nem vettem zokon. A szomszédos osztály két-ágyas kórházba való átköltözés közben azonban számtalan gondolat tört rám.

A Koronária Örzőben az elhelyezés egy-ágyas szobákban történik, dupla üvegfallal és légkondicionálással. Az átköltözés, az osztályra, más beteg közvetlen közelében azonban kiváltja az ember érzékenységét a másik személlyel kapcsolatban, aki esetleg hangosan horkol vagy állandóan fecseg.

Mik a legfontosabb észrevételeim a három, betegként eltöltött napról? Először is az, hogy teljesen megbíztam az ápoló- és orvosi személyzet szakmai hozzáértésében, mind az Akut Felvételi Osztályon, mind a Koronária Örzőben. Hozzáteszem, hogy mivel jól ismerem a rutin eljárást, lényegesen kevésbé szorongtam, mint feltehetőleg az átlag beteg. Emellett a szakmai hozzáértés nyugodt és könnyed légköre vett körül egész idő alatt, és ez erősen hatott rám.

Másrészről: évek óta tartó, intermittáló deréktáji panaszokkal, Fowler (félülő) pozícióban, megfelelő lumbális támasz nélkül (kivéve az éjjelt, amikor az ágy feji végét leeresztettem), 3 nap több mint elég volt. Figyelmet kell fordítani erre a viszonylag egyszerű, de panaszokat okozó körülményre.

Bizonyos zaklatottsággal szólok egy nagyobb jelentőségű dologról, az általános ápolás kérdéséről. A hagyományos, gyengéd, szerető gondoskodás hiányzott.

Fekvőbeteg létemre a hátamat egyszer sem mosták meg kórházi tartózkodásom során. Egy másik dolog, amit a feleségem kifogásolt, akit egyébként az 50-es években szakképesítettek nővérként, a teli kacsák órák hosszát az ágyak mellett.

Kézenfekvő magyarázat a személyzet hiány, ez azonban nem igazán állja meg a helyét, mivel az osztály ápolószemélyzettel megfelelően ellátott, s amikor a tennivalók megcsappannak, az egész társaság ott üldögél a központi megfigyelőállomáson.

Megfigyeléseim nem teljesen egyediek, véleményemet osztják azok az idősebb nővérek is, akik még aktívak szakmájukban ebben a kórházban, vagy a város más intézményében. Egyike a visszatérő témáknak a jelen képzési rendszerben az, hogy kevés, ha van egyáltalán valamennyi idő az ágy melletti ápolás, illetve a betegek kényelmének és biztonságérzetének a biztosítására, illetve eme képesség elsajátítására.

Azok, akik emlékeznek a 30–40 évvel ezelőtti betegápolásról alkotott képre, elkecseregten szomorúnak találják a jelenlegi helyzetet. A betegápolás, minden szakmák legnemesebbike, ennél jobbat érdemel.”

[Ref.: A cikk felhívja a figyelmet az orvos–beteg örök problémájára, amikor is a beteg családott a „legnemesebb hivatás” képviselőinek színvonalcsökkenése miatt, éppen a világ gazdag nyugati felén.]

Haris Ágnes dr.

Pszichoszomatika és a biztosító. Dmoch, W. (Düsseldorf): Sexualmedizin, 1992, 21, 163.

Mivel a nemi szervekhez „kötött” az élvezet, a szerelem, a szaporodás, a nőgyógyászat lényegileg mindig is bizonyos mértékig pszichoszomatikus jellegű volt (ezt jelzi a *Frauenheilkunde* kifejezés is. — Ref.). A

biztosító viszont az orvosi ellátás finanszírozásakor elkülöníti egymástól a szomatikus és pszichoterápiás tevékenységet mind az általános, mind a nőgyógyászati betegellátás terén. (A német biztosító individuálisan köti meg a szerződést az orvossal, hogy kinek mit fizet meg, mégpedig jártasságnak megfelelően. — Ref.)

A biztosító a nőgyógyászt „szomatikus” szakembernek minősíti és ennek megfelelően csak akkor fizeti meg a „lelki segélyt”, ha e vonalon is igazolja képzettségét. Ezért a szerző az érdeklődő-érdekelte orvosok számára egy bio-pszichoszociológiai tartalmú kurzust szervezett, melynek elvégzése után a biztosító az ezzel a speciális segítségnyújtással eltöltött időt is megfizeti. A kurzus 2 évig tart, és ezen belül 18 egész szombati napot vesz igénybe. A tematika gyakorlatcentrikus, de elméleti alapokon is nyugszik, nem szorítkozik a Bálint-csoport-féle szenzibilizálásra, hanem kiterjed a részletes esetmegbeszélésekre és önismeretre is.

[Ref.: Többször volt alkalmam a heidelbergi Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin részt venni és ott Bálint-csoportba is bekapcsolódni. Egyik alkalommal az volt az egyik NSZK-beli kollégának a gondolata, hogy a betegnek szexuális gondolata van, mert kicsi a penise, lehetetlen korrekten és megfizetetten ellátni. Ugyanis pszichoterápia kell, de ehhez meg is kellene „nézni” a penisét. A biztosító viszont vagy a szomatikus, vagy a pszichés ellátást fizeti csak meg. Tehát választhat: vagy a kevesebb eredményt adó pszichoterápiát nyújtja, vagy ezen felül meg is nézi a penisét, de „ingyen”, márpedig ingyen nem való dolgozni. Jó lenne, ha a hazai társadalombiztosítási finanszírozási mód kidolgozásakor erre is gondolnának az illetékesek és arra is, hogy a cikkben jelzett pszichoterápiás képzési mód sok segítséget nyújthatna akár máris a háziorvosoknak.]

Aszódi Imre dr.

A postmenopausalis osteoporosis kezelése calcitriollal vagy calciummal. Tilyard, M. W. és mtsai (Dept. of General Practice, Univ. of Otago, Dunedin, New Zealand): N. Engl. J. Med., 1992, 326, 357.

A postmenopausalis osteoporosis kezelésére számos módszer áll rendelkezésre, melyek közül a legerőteljesebben az oestrogének és a calciumot használják. Az utóbbi évtizedben a calcitriol (1,25-dihydroxyvitamin D₃), a D-vitamin fiziológiás aktív formája különös figyelmet keltett, mivel a calcium gastrointestinalis felszívódását fokozni képes, valamint fokozza az osteoblast és az osteoclast aktivitást is. Az osteoporosis kialakulásában, az életkor előrehaladása során, a csökkent calcium bevitelnek és felszívódásnak jelentős szerepe van, azonban a calcitriol hiány jelentősége az osteoporosis kialakulásában még nem egyértelmű. Az eddigi klinikai vizsgálatok a calcitriol terápia eredményességére vonatkozóan

ellentmondások, azonban ezen vizsgálatok nem kellően nagy számú beteganyagot alapultak.

A szerzők jelen vizsgálata 622 postmenopausalis (50–79 éves) nőbetegre kiterjedő 3 éves prospektív, multicentrikus tanulmány volt. Az osteoporosis diagnózisa egy vagy több nem traumás, kompressziós csigolyatörésen alapult, melyet oldalirányú gerinc röntgenfelvételen vizsgáltak. A betegeket randomizálva osztották két csoportba, mely szerint vagy napi kétszeri 0,25 µg calcitriolt, vagy napi 1 g calciumot kaptak három éven keresztül. Évente ellenőrizték az esetleges új csigolyatörések kialakulását, illetve ennél gyakrabban a serum calcium és creatinin szintet. A betegek egy random módon kiválasztott kisebb csoportjában creatinin clearance és vizelet calcium ürítés vizsgálat is történt, valamint vese ultrahang vizsgálat. A calcitriol kezelteknél a második és a harmadik évet követően szignifikánsan csökkent az új csigolyatörések száma a calciummal kezelttel szemben (a harmadik évben 9,9, ill. 31,5 törés 100 betegre számítva). A két csoport a perifériás csonttörések számát tekintve is különbözött; a calcitriol kezelteknél kevesebb törés volt. A mellékhatások incidenciája szempontjából a két terápiás módszer között nem volt szignifikáns különbség. Leggyakrabban gastrointestinalis panasz, főleg hányinger fordult elő. Két calcitriollal kezelt betegnél alakult ki tartósan emelkedett serum calcium szint (>2,6 mmol/l), mely miatt a kezelést abba kellett hagyni. Vesező kialakulást nem észleltek.

Az eredmények alapján a postmenopausalis osteoporosis tartós calcitriol kezelése biztonságos, és szignifikánsan csökkenti az új kompressziós csigolyatörések kialakulásának számát. A calcitriol eredményes normális calcium absorpció esetén is, de különösen calcium malabsorpcióban. A kezelés során a serum calcium szint monitorizálása ajánlatos.

Szilágyi András dr.

Az osteoporosis és kezelése. Chesnut, C. H. (Univ. of Washington, Medical Center, Seattle, WA): N. Engl. J. Med., 1992, 326, 407.

A szerző a postmenopausalis osteoporosis kezelésének lehetőségeit elemezve elsősorban az előzőekben referált tanulmányra utal, mely vizsgálatok alapján a calcitriollal kezelt betegcsoportban — a calciummal kezelttel szemben — harmadára csökkent a kompressziós csigolyatörések száma. Az említett tanulmány erőssége a nagy esetszám, de van néhány gyenge pontja is. Nagy volt a kezelést abbahagyók száma, mintegy 31%. Nem volt megfelelő a hypercalcaemia, nephrolithiasis, ill. nephrocalcinosis monitorizálása. A hypercalcaemia a calcitriol toxicitásának korábbi jele lehet, mint a hypercalcaemia; így a gyakoribb vizelet calcium ürítés vizsgálat szükséges lett volna. Kevés információ volt továbbá a cal-

citriol láthatólag kedvező hatásmechanizmusról, mely leegyszerűsítve a kérdést csontresorptiótól gátló hatást jelent. A calcitriol növeli a calcium felszívódást és így csökkenti a parathyreoid hormon közvetítette csontresorptiót, másrészt valószínűleg stimulálja a csontképződést is.

A szerző felveti a kérdést, hogy az idézett tanulmány, valamint más vizsgálatok alapján a calcitriol terápiás lehetőséget jelent-e a postmenopausalis osteoporosisban szenvedő nők számára. Jelenleg a calcitriolt, más D-vitamin analógokkal együtt, kísérleti kezelésnek kell tekinteni, melynek biztató eredményei vannak. Az egyéb lehetőségek terén a prevenció érdekében a dohányzás, alkoholfogyasztás, csontvesztést okozó gyógyszerek (corticosteroidok, ill. nagy dózisú thyreoid hormonok) elhagyása, valamint fokozott calcium bevitel és testmozgás javasolható. A már bevált gyógyszerek terén az oestrogenek és a calcitonin jön szóba, az előbbi a további csontvesztés megelőzésére, míg a calcitonin nem csak csontstabilizáló, hanem analgetikus hatású is, azonban csak parenteralisan adható. További lehetőség a biphosphonatok, valamint a fluoridok adása. A natrium-fluorid növeli a csontdenzitást, de a csont minősége romlik. A növekedési faktorok (pl. insulin-like growth factor I és II), mivel stimulálják a csontképződést, potenciális terápiás lehetőséget jelenthetnek a későbbiekben.

Az osteoporosis megelőzésének és kezelésének lehetőségei optimizmusra adnak okot, így az idősödő nőknek, valamint kezelőorvosoknak már nem kell az osteoporosist mint természetes folyamatot elfogadni, hanem ki kell használni a megfelelő kezelés előnyeit.

Szilágyi András dr.

Az ismeretlen okú mellkasi fájdalom és légszomj. Bass, C. (John Radcliffe Hosp., Oxford): Med. Clin. North Amer., 1991, 75, 1157.

A mellkasi panasz gyakori, a belgyógyász azonban csak 11%-ban találja meg ennek az okát (Am. J. Med., 1989, 86, 262), sok panasz mögött pszichoszociális tényezőt gyanítanak.

Da Costa 1871-ben „irritable heart” névvel jelezte a katonák mellkasi panaszait. Wood a II. világháború alatt „effort szindrómának” tartott személyeken az emocionális tényezőkre mutatott rá (Brit Med. J., 1941, I, 767, 805, 845). Neurocirkulatorikus aszténia néven is tárgyalják a könyvek a tünetegyüttest, és szinonima a hyperventilációs szindróma, a béta-adrenerg kerregési állapot, hypercirkulatorikus szív szindróma. A tünetek egy része kardiális jellegű, a többi sokféle, nem specifikus panasz keveréke. Főbiák és pánikrohamok is gyakoriak: leggyakoribb a légszomj, olykor klausztrofóbiaként. A Diagnostic Statistical Manual 1987 a pánikbetegségekhez sorolja ezt a kórképet. A Framingham-

tanulmány szerint a 2717 személy 16%-a jelzett mellkasi fájdalmat.

A légszomj akár testhelyzetváltozás, akár csekély fizikai aktivitás során jelentkezhet, „nem képes elég levegőt beszívni” a beteg, mely sóhajokkal segít magán — ez elkülöníti a valódi angina pectoristól. Alacsony a terhelhetőség, indokolatlanul nagy a terheléses percventiláció, a rövid légzésvisszatartási idő. A percventiláció és alkalózis csak az esetek egy részére jellemző, s mintegy 40%-ban lehet ezzel kiváltani a panaszokat.

A nyelőcső spazmusa is válthat ki mellkasi panaszt, amely eredhet a háti gerinc eltéréseiből is. Nem mindegyik oesophagus spazmus jár mellkasi szénzáccal, a perisztaltika drámai csökkentése gyógyszerrel gyakran nem szünteti meg a panaszt, és a longitudinális myotomia is csak az esetek felében.

A fájdalom okai és keletkezési mechanizmusai többféleségükkel egymást fedhetik, erősíthetik. A nyelőcsőspazmus, a hörgőgörcs, a hyperventiláció, az intercostalis izmok spazmusa külön-külön vagy együtt a belső érzések iránti ingerküszöböt csökkentik, különösen a (joggal vagy ok nélkül) aggódo, hypochonder betegeken. Gyakran kap iatrogén megerősítést ez a mechanizmus.

Ha a mellkasi panasz következetesen jelentkezik a fizikai terheléskor, valószínű az angina és indokolt a koronarográfia. Krónikus fáradtság, irritábilis bél gyakran társul a nem koronária eredetű fájdalomhoz.

Kézenfekvő, hogy a szorongásos emberben bizonyos szituációkban (tömeg, közjarmű, lift, bezártság) felerősödik a pánikhajlam. Nem pszichiatriai betegség ez, de abnormális vélekedés, félelem a haláltól és a betegségek-től a normál leletek ellenére, felfedezhető. A 20 másodpercnél rövidebb légzésvisszatartás vagy a hyperventiláció alatt jelentkező tünetek és érzések bizonyító erejűek. Ideális esetben a kilégzés végi CO₂ nyomást mérik a hyperventilációs vagy az ergometriás teszt során. Persze a hypokapnia nem zárja ki angina lehetőségét.

A kezeléshez nemcsak azt kell megmagyarázni, hogy nem beteg a szíve, hanem a panasz magyarázatát is meg kell adni: pl. hogy olyasféle jelenség van a mellkasi izomzatban, mint amilyen a tension headache okozta fejfájás. (Az USA-ban ez közismert fogalom. Ref.) Légzésgyakorlatokkal, hasi légzéssel rávezethető a beteg arra, hogyan kerülje el a tüneteket.

A depresszió elleni gyógyszeres kezelés (imipramin, monoaminooxidáz gátlók) hónapokig adandók. Béta blokkolót csak a hyperkinetikus tünetek indokolnak. A benzodiazepinre rá lehet szokni, ezért nem tanácsolják a szerzők.

Apor Péter dr.

Antirheumaticumok és anticoagulantok. Forth, W. (Inst. Pharmakol. und Toxikologie, Univ. München): Dtsch. med. Wschr., 1992, 117, 196.

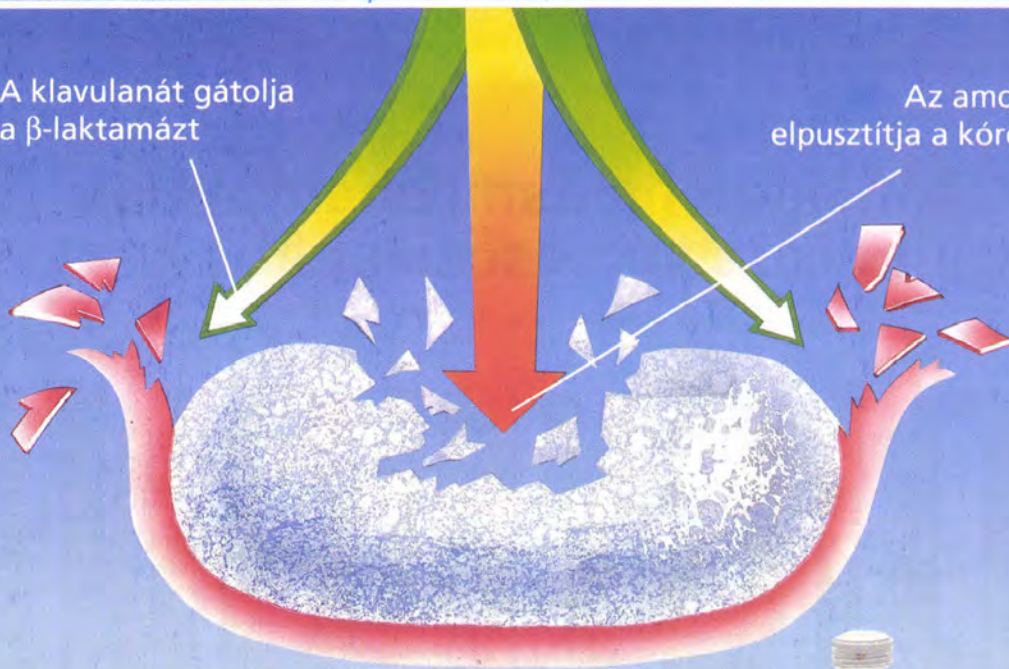
AUGMENTIN

klavulanáttal potencirozott amoxicillin

TERÁPIÁS HALADÁS AZ INFEKCIÓK LEKÜZDÉSÉBEN

A klavulanát gátolja
a β -laktamáz

Az amoxicillin
elpusztítja a kórokozót



Az AUGMENTIN igen hatékonynak bizonyult számos indikációban, pl.

- Otitis media
- Mellkasi fertőzések
- Húgyúti fertőzések
- Műtét utáni fertőzések
- Sebészeti profilaxis



Tabletta, szirup és iv. injekció is beszerezhető

JAVALLATOK: alsó és felső légúti, bőr- és lágyrész, ill. húgy-ivarszervi bakteriális fertőzések; egyéb fertőzések: pl. osteomyelitis, septicemia, peritonitis, műtét utáni fertőzések. Iv. AUGMENTIN profilaktikus alkalmazása szintén javallt nagyobb sebészeti beavatkozások során előforduló fertőzések megelőzésére.

ADAGOLÁS: Felőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek: **Orálisan:** enyhe/kozepesen súlyos fertőzésekben: napi 3x1 AUGMENTIN 375 mg tabl.; súlyos fertőzésekben: napi 3x1 AUGMENTIN 625 mg tabl.; vagy napi 3x2 AUGMENTIN 375 mg tabl. **Intravénásan:** 1, 2 g 6-8 óránként. **Gyermekeknek:** **Orálisan:** 7-12 év között: napi 3x10 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. 2-7 év között: napi 3x5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. 9 hó-2 év között: napi 3x2,5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. Súlyos fertőzésekben a fenti adagok megduplázhatók. 0-9 hó: nem áll rendelkezésre megfelelő orális készítmény. **Intravénásan:** 3 hó-12 év között: 30 mg/ttkg 6-8 óránként. 0-3 hó között: ld. a részletes alkalmazási előíratot. 30 mg iv. AUGMENTIN 25 mg amoxicillint és 5 mg klavulánsavat tartalmaz. Az AUGMENTIN kezelés 14 napon túl csak alapos mérlegelés után folytatható.

ELLENJAVALLAT: Penicillin túlérzékenység. **TERHESSÉG (és szoptatás):** terhesség idején alkalmazása nem ajánlott, vagy kizárólag a haszon/kockázat alapos mérlegelésével végezhető. A szoptatás idején az anyatejben a penicillin nyomokban kimutatható.

FIGYELMEZTETÉS: Néhány AUGMENTIN-nel kezelt betegnél változás volt észlelhető a májfunkciós próbákban. Az iv. AUGMENTIN súlyos májműködési zavarban szenvedő betegeknek csak óvatosan adható. Enyhén vagy súlyosan károsodott veseműködés esetén az AUGMENTIN adagolását az alkalmazási előíratnak megfelelően módosítani kell.

MELLEKHATÁSOK: Ritkák, és többnyire enyhe, múló jellegűek. Hasmenés, pseudomembranosus colitis, emésztési zavarok, nausea, hányás és candidiasis előfordulhatnak. Ha az orális terápia során gasztrointesztinális tünetek jelentkeznek, ezek csökkenthetők az AUGMENTIN étkezések kezdetekor való bevitelével. Phlebitis az injekció helyén előfordulhat. Ritkán előfordult még

hepatitis, cholestaticus sárgaság, erythema multiforme, Stevens-Johnson szindróma és exfoliatív dermatitis. Salán- és kanyaróserű kiütés esetén a kezelést be kell szüntetni. Más β -laktám antibiotikumokhoz hasonlóan angioneurotikus oedema és anafilaxiás reakció is előfordult.

BESZEREZHETŐ: AUGMENTIN 375 mg filmbevonatú tablettá (250 mg amoxicillin/125 mg klavulánsav tablettánként), 625 mg filmbevonatú tablettá (500 mg amoxicillin/125 mg klavulánsav tablettánként).

AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup (125 mg amoxicillin/31,25 mg klavulánsav 5 milliliterenként). Az orális készítményekben az amoxicillin trihidrát, a klavulánsav pedig káliumsó formájában van.

AUGMENTIN 600 mg iv. injekció (500 mg amoxicillin/100 mg klavulánsav ampullánként), **1, 2 g iv. injekció** (1 g amoxicillin/200 mg klavulánsav ampullánként). Az intravénás készítményekben az amoxicillin nátriumsó, a klavulánsav káliumsó formájában van. Minden 1, 2 g-os ampulla kb. 1,0 mmol káliumot és 3,1 mmol nátriumot tartalmaz. Mielőtt az AUGMENTIN-t fölírná, kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előíratot.

További információval szívesen állunk rendelkezésére.

BIOGAL Gyógyszergyár Rt. Farmamarketing és Információs Osztály
Debrecen Tel.: (52) 13-761

SmithKline Beecham Pharmaceuticals, Brentford, Middlesex TW8 9BD, England



BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Debrecen



SmithKline Beecham
Pharmaceuticals



Különleges hatásmechanizmusú szintetikus vérzéscsillapító

DICYNONE[®]

Etamsylate

A primer hemosztázisra hat — csökkenti a vérzési időt és a vérveszteség mennyiségét.

Nem befolyásolja a véralvadási faktorokat

— az alvadási idő változatlan marad.

A DICYNONE ideális és nagy biztonsággal alkalmazható gyógyszer a kapilláris vérzés kezelésére. Hatásosságát több mint 200 közlemény bizonyítja.

Gyógyszerformák:

2 ml-es **ampulla** (250 mg) i. v. és i. m. injekció, valamint lokális alkalmazás céljára.

Tabletta (250 mg) orális kezelésre.



Licencként gyártja és forgalmazza:
BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Debrecen



OM Laboratoires
Genf, Svájc

Közismert, hogy a non-steroid anti-reumatikumok a kumarinok hatását fokozzák és nemegyszer súlyos vérzéseket váltanak ki. Az olvasó által felvetett kérdésnek az volt a lényege, hogy milyen gyógyszerek adhatók az anticoagulans terápiában részesülő rheumás betegeknek. A válasz egyszerűnek tűnik: direkt vagy indirekt úton ható anticoagulansok — heparin és kumarin-készítmények — nem adhatók thrombocyta-aggregációs szerekekkel, pl. Aspirinnel együtt, melyek a cyclooxygenase acetylálásával az enzimet denaturálják, melynek következtében ez eredeti funkciójának az ellátására alkalmatlanná válik, ezáltal a thrombocyta aggregációs képessége a sejtek élettartama alatt megszűnik. Ez a kérdés azonban nem olyan egyszerű, hasonló hatású egyéb gyógyszerek esetében, mivel ezeknek a fenti képessége reversibilis. Pyrazolon származékok, indomethacin, ibuprofen, metothyrin hatása pedig éppen ilyen. Paracetamol-tartalmú szerek esetében pedig az a fontos, hogy a gyógyszer ne tartalmazzon más hatóanyagot is; ebből akár 2–3 g is adható naponta, mivel a fehérjékötésben a gyógyszert degradáló enzimekkel nem interferál.

A kérdést összegezve: banális folyamatok kezelésében a paracetamol alig kötődik a se. fehérjéhez, úgy szőlővén szétoszlik az egész extracelluláris térben. Rheumás körkékben viszont gyakori a gyógyszerkombinációk alkalmazása, miáltal a cyclooxygenase gátlása irreversibilis lehet, ami vérzéses szövödményeket válthat ki. A megoldás: gyakoribb és szigorúbb ellenőrzés.

Bán András dr.

GYERMEKSEBÉSZET

Meconium ileus kezelése és a túlélés. Del-pin, Ch. A. és mtsai (Dept. of Surgery, Pediatrics, the Children's Hospital of Philadelphia, University of Pennsylvania School of Medicine, USA): Ann. Surg., 1992, 215, 179.

Az újszülöttek béllezáródásának leggyakoribb oka az ún. meconium ileus (MI), a bél lumenének eltöméselődése az abnormálisan viscosus meconium által. Újszülöttek cystikus fibrosisának egyik első jele MI. Az utolsó három évtizedben CF újszülöttek MI kezelése nagymértékű javulást mutatott, a túlélés hosszabbodott.

A szerzők 1959 és 1989 közötti, 59 MI beteg adatait elemezték. 48-at operáltak részben Bishop—Koop-ileostomia, Mikulicz-ileostomia, primer resectio és anastomosis útján, 11 beteget konzervatív módon kezeltek: nasogastrikus dekompreszió, iv. folyadék, antibiotikus terápia. 58 fehér és 1 fekete újszülöttnél nem volt különbség a nemek területén: 29 fiú, 30 leány.

A 60-as években a túlélés 30% volt, a 70-es években már 60% és 1989-ben már 100%-os a sebészeti beavatkozást követő hat hónapos időszakban. Hat hónapos intervallum előtt meghalt betegekből (10 a

60-as évekből, egy a 70-es évekből) három peritonitisben — postop. perforatio —, négy pulmonalis sepsisben és bronchopneumoniában (*Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterobacter* fertőzés) halt meg. Háromnak septicaemiája (*Pseudomonas*, *E. coli*, *Bacterioides*) volt, egynek erythroblastosis foetalis és végzetes kimenetű intraabdominalis vérzése. A túlélést biztosan javította a sebészeti kezelés fejlődése, a perioperatív intenzív megfigyelés és a bakteriális fertőzések fejlett, célzott antibiotikus kezelése.

Primer resectio és anastomosison átesett túlélőknél alacsonyabb arányban végeztek késői operatív intervenciót (20%), míg egyéb sebészeti eljárás után ez az arány a 81%-ot is eléri. Szignifikáns különbség a különböző műtétek után nem észlelhető a javult túlélésre vonatkozóan, de megállapítható, hogy a Bishop—Koop-ileostomia hatásos műtéti megoldás, és a primer resectio anastomosisal válogatott esetekben alacsonyabb sebészeti morbiditással jár. A sebészeti megoldás MI esetén nem befolyásolja a hosszú távú túlélést (bélresectio után sem). MI miatt operált betegek tápláltsági foka megegyezik a MI nélküli CF betegekével. MI betegek hosszú távú túlélését az irreversibilis, elkerülhetetlen pulmonalis betegséggel szembeni resistentia határozza meg.

Novák László dr.

A laparoscopiás cholecystectomy technika gyermekeknél. Davidoff, A. M. és mtsai (Dept. of Surgery, Radiology, Pediatrics, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA): Ann. Surg., 1992, 215, 186.

A szerzők 12 gyermeknél, 7 fiú, 5 leány, átlagéletkor 13 év (8–19 év), tüneteket okozó kimutatott cholelithiasis miatt végeztek elektív cholecystectomiát laparoscopiás úton. 11 gyermeknél haemolyticus megbetegedés szövödményeként lépett fel cholelithiasis, egyenél glycogen tárolási betegség miatt. Sarlósejtes anaemiás betegek a műtétek előtt rutinszerűen infúziót és vvt transfúziót kaptak.

A műtéti idő 86 ± 15 perc, az átlagos anaesthesia 135 ± 25 perc. Nem volt szövödmény, a vérvesztés minimális. Hat betegnél végeztek i. op. cholangiographiát, egyenél intraductalis UH-t, náluk nem találtak közös epevezeték kövességet, a többiek-nél olyan kicsinek ítélték a choledochust, hogy annak kövesség veszélyét nem látták. Kettőnél a fennálló köldöksér megoldását is elvégezték. A műtétet követő reggel mindegyik beteg normális étrenden volt, két gyerek kivételével 2 napon belül hazabocsátották őket. Ketten csak a harmadik napon tolerálták a száján át táplálást. Az átlag 4,5 hónapos utánkövetés (2–12 hónap) alatt nem találtak epeszővödményt.

A korábban publikált, sarlósejtes anaemia szövödményeként nyílt cholecystectomián átesett gyerekek hospitalizációs ideje a laparoscopiás cholecystectomyhoz

képest 70%-kal hosszabb volt. LC utáni hegek kozmetikai eredménye kitűnő, 4 hónap múlva már nem is látszik. A gyerekek aktivitása azonnal akadálytalan. A legkisebb súlyú gyerek 21 kg volt, lehet, hogy jelenleg ez az alsó határ, de a műszerek további fejlesztésével számolhatunk a még vékonyabb képletek laparoscopiás identifikálásával és műtéti manipulációjával.

Novák László dr.

Oesophagus atresia miatt operált gyermekek hosszú távú utánkövetése colon vagy gyomor interpozíció után. Anderson, K. D. és mtsai (Children's National Medical Center, Washington, DC, USA, the Royal Hospital for Children, the Dept. of Cardiothoracic Surgery, University of Bristol, UK): Surgery, 1992, 111, 131.

Két fő eljárás ismeretes a hosszabb távolságú oesophagus atresia defectusának áthidalására. Egyiknél colon transposíciót, a másiknál „gastric tube”-ot (bal gastroepiploica arterián nyelvezett cső a gyomor nagy görbületéből kiképezve) alkalmaznak. A colon transposíció a haránt vastagbél bal fele és a flexura lienalis izoperisztaltikus felhasználása a bal arteria colicán gyökerezve.

22 colon transposíciós UK-beli és 15 gyomor transposíciós amerikai gyereket vizsgáltak az utánkövetés során. Az operáltak 80%-át érték el kérdőíveikkel.

Az egyesült királyságbeli széria nagyobb, mint az amerikai, mert csak egyféle módszerrel használtak (egy sebész operált), míg a gastric tube-ot az utolsó 10 évben favorizálták, korábban colon transposícióval operált gyermekeket nem vették be a vizsgálatba. Ezért az UK utánkövetés hosszabb (legrovidebb 6 és fél év, Belsey nyugalomba vonulását követően).

A műtött betegek életkora az USA-ban 12 hónap, az Egyesült Királyságban 19 hónap. Az utánkövetés idejében az amerikai gyerekek 3 és fél — 18. életévükben voltak, UK gyerekek 7 és fél — 19 év között. A gyerekek legtöbbje súlyban és magasságban — az átlagértékhez számítva — legalább 10%-os veszteségi tartományban voltak. Ez is biztos jelnek bizonyult az oesophagus atresia gyerekek viszonylagos éretlenségének meghatározásában. Kb. a felük csak lassan tudott enni, a természetes ételeket kerülniük kellett a műtét után. Dysphagia ritkának számított, a nagyobbak mindentfélé zavar vagy szegénylenség nélkül ettek mások társaságában. A korai szövödmények technikai jellegűek voltak, a későbbiek között malabsorptiós problémák domináltak (főleg hasmenés a colon interpozícióban), de számuk elhanyagolható volt. Szignifikáns különbséget nem találtak a két csoport között. Mindkét csoport tagjai az idő elteltével egyre kevesebb panaszról számoltak be, a két műtéti megoldás közül egyik sem bizonyult magasabb rendűnek a másikhoz képest.

Novák László dr.

A kis molekulású subcutan adott heparin összehasonlítása a tartósan intravénásan adott heparinnal proximális vénatrombózisok kezelésében. Hull, R. D. és mtsai (Univ. of Calgary, Dept. of Med., Calgary, AB T2N 4N1, Canada): N. Engl. J. Med., 1992, 326, 975.

A kanadai—amerikai trombozist kutató csoport 13 intézet bevonásával vizsgálta a kétfajta módon bejuttatott heparin hatásosságát trombozisos betegek kezelésében. A diagnózist venographiával valamennyi betegen igazolták. A terápiás kísérletet randomizálva, kettős vak módszerrel végezték. A cseppinfúziós heparint 5000 egység bolusadaggal kezdték, gondos kontroll mellett átlagosan napi 30 000 E körüli mennyiséget juttattak be. A kis molekulású heparinból (Logiparin, Novo Nordisk, Dánia) testsúlykilogrammmra számított adagot adtak naponta egyszer subcutan. Mindkét kezelési formában már a második napon megkezdte a per os anticoaguláns mediatit (Warfarin nátrium), s ezt a kezelést legalább 3 hónapon át folytatták. Mindkét heparin kezelést a 6. napon fejezték be.

432 beteg vett részt a vizsgálatokban, a kétféle heparint fele-fele arányban kapták. A subcutan heparinnal kezelték közül 6 betegen észleltek recidív trombozist (2,8%), míg a cseppinfúziós csoportból 219 betegből 15-nél (6,9%). Természetesen rendkívüli gondossággal figyelték az esetleges vérzéseket és a vérzésekre egyébként is hajlamosító betegségeket (rosszindulatú daganatok, véres hólyaghurut, ulcus betegség, aranyér, tartós prednison-kezelés stb.). Mindezek figyelembevételével nagyobb vérzést a subcutan heparinos csoportban egy betegben, az intravénásan adott heparinos csoportban 11 betegben észleltek (0,5% vs 5,0%). Kiseb vérzések mindkét csoportban 7–7 alkalommal fordultak elő. A vérzések a terápia indítása után 1–7 napon belül léptek fel.

A vizsgált betegek közül 10 beteg (4,7%) a subcutan adott heparinot kapta, míg 21 (9,6%) a cseppinfúziós csoportból halt meg. Boncolással, illetve ventilációs-perfúziós scintigraphiával igazolt tüdőembólia 4 esetben fordult elő az intravénás heparinot kapottak között, míg a subcutan heparinot kapottak között csak 1 esetben.

Úgy tűnik tehát, hogy a proximális mélyvénás trombozisos kezelésére a sokkal egyszerűbb kivitelezésű subcutan adott heparin is alkalmas.

Iványi János dr.

Orális antikoaguláns terápia a gyakorlatban. Marko, P., Flückiger, H., Christeller, S. (Fakultät Instanz für Allgemeinmedizin [FIAM] der Univ. Bern und Firma Hoffman — La Roche, Basel, Svájc): Schweiz. med. Wschr., 1992, 122, 732.

A tanulságos közlemény Svájc több kisebb városában és községében dolgozó 25 gyakorló orvos munkájának az eredményeiről nyújt áttekintést, melyben számot adnak az orális antikoaguláns kezelésről, és megkísérlik ennek eredményét egyéb országok adataival összehasonlítani. A 25 körzeti orvos közül 4-nek volt belgyógyászati szakképesítése, és különösképpen egyik sem volt érdekelve az antikoaguláns terápia gyakorlatában, melyet előre meghatározott szempontok alapján egységes elvek szerint végeztek. Egy orvosra, egy körzetben átlagosan 22 beteg jutott, akiknek az adatait 8-féle, de egységes nyomtatványon rögzítették, amit aztán számítógépen összegezve értékelték.

Az 538 beteg közül 281 volt olyan, akinél a terápia 2 évnél hosszabb ideig tartott, akik gyakorlatilag csak kétféle gyógyszert szedtek (Sintrom és Marcoumar). Az átlagos életkor férfiaknál 60,7, nőknél 64,6 év volt, a 70 évet meghaladó betegek száma meghaladta a 160-at; az életkor egymagában tehát nem képezett ellenjavallatot. A betegeknek több mint a felét alsó végtagi thrombosisok és pulmonalis embolia miatt kezelték, de a coronariabetegek aránya is megközelítette a 20%-ot. Az egyéb kórfarmák közül azonos arányban fordult elő szívbillentyűpótlás, másfajta szívbetegség abs. arithmiával szövődve, peripheriás arteriális elzáródás és transiens ischaemiás attack. A kezelés indikációját, illetve kontraindikációját egy pontrendszer alapján határozták meg, de az egyes pontok között az életkor nem szerepelt. Összesen 5553 ellenőrzés tapasztalatait összegzik, ami úgy történt, hogy az antikoaguláns terápia első 14 napján három, majd háromhetenként egy ellenőrző vizsgálat juttott egy betegre. A klinikai és labor. kontroll azután folyamatosan 3 hetenként történt továbbra is.

A kitűzött cél az volt, hogy a *prothrombin-ráta* — nem a *Quick%* — a betegek 70%-ában a terápiás sávban maradjon, amit messze meghaladóan, 90%-ban sikerült elérni. A rossz beállítás oka az eseteknek közel a felében a napi gyógyszeradag helytelen megválasztása volt, melyben viszont szerepet játszott interkurrens betegség és/vagy gyógyszeres interakció, sokszor viszont nem tudták megmondani, hogy mi volt az oka. Vérzést 38 esetben láttak, de emiatt csak 14 betegnél kellett a kezelést azonnal megszakítani, és 7-et intézetbe szállítani vérzéscsillapítás végett. 100 kezelési évre mindössze 11,6 vérzéssel kellett számolni, melyeknek legnagyobb részét ambulánsan is el tudták látni. Egy 82 éves beteg agyvérzésben meghalt, de nem lehetett tudni, hogy ez a szövödmény milyen összefüggésben volt a kumarin-terápiával. A 25 körzeti orvos készséggel bocsátotta az adatokat az értékelő központ rendelkezésére. A 90%-os eredményt egyedül a *prothrombin-ráta* alapján sikerült biztosítani. Az eredmények meggyőzőek és a decentralizáció mellett szólnak, szemben több ország hasonlóan jó eredményeivel, ahol az ellenőrzés, illetve a gondozás központokban történik.

A kiemelkedő eredmény elsősorban az egységes és jó szervezés eredménye.

[Ref. A pozitív eredményeket nem kell magyarázni és az mindenképpen öröndetes, hogy szerzők koncepciója a tartós antikoaguláns kezelésről több szempontban is azonos egyes hazai szerzők álláspontjával: 1. A labor diagnosztikában a *Quick%* helyett a *prothrombin-ráta* bevezetése. 2. A kezelés hosszú ideig, sz. e. életfogytiglan is folytatható. 3. Az életkor egymagában nem képez ellenjavallatot. 4. Az antikoaguláns terápia periph. arteriális folyamatokban is folytatható, egyéb gyógyszerekkel kombinálva.]

Bán András dr.

A tüdőembólia klinikai lefolyása. Carson, J. L. és mtsai (Div. of Gen. Int. Med., Univ. of Med. and Dent. of New Jersey, Robert Wood Johnson Med. School., New Brunswick, N. J. 08903, USA): N. Engl. J. Med., 1992, 326, 1240.

A 6 amerikai kórház 1990-ben közölte először PIOPED megjelöléssel (Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis) tanulmányát 1493 olyan betegről, akik tüdőembólia szempontjából veszélyeztetettek voltak (JAMA, 1990, 263, 2753). A jelen közleményben annak a 399 betegnek egyéves nyomon követéséről van szó, akikben a tüdőembólia diagnózisát a vizsgált beteganyagból tüdőscintigraphiával és angiographiával egyértelműen igazolták. A betegek többsége (55,9%) 60 évnél idősebb volt, 53,6%-uk férfi, egyéb betegségeik közül a rák, a balszívfél-elégtelenség, az ischaemiás szívbetegség 20% körül, 3 hónapon belüli műtét 41,4%-ban fordult elő. A betegek kezelése a következőképpen oszlott meg: 73% hagyományos terápia (előbb heparin, majd per os antikoaguláns), vena cava interruptio 10%-ban, thrombolysis 6%, embolectomia egy betegben, 24 beteg (6%) nem részesült kezelésben. Újabb tüdőembólia 33 betegben fordult elő az észlelés során (8,3%), 45%-uk halt meg.

Elemelve a 95 halállal végződő tüdőembóliás beteg adatait, az derült ki, hogy a tulajdonképpeni embólia miatt csak 10 beteg (2,5%) halt meg, közülük is 9-nek recurráló embóliája volt. A kezelések szerint részletezve az egy év alatt bekövetkezett halálozásokat, az arányok a következők: hagyományos terápiában részesültek közül meghalt 19,2%, a vena cava interruptióval ellátottak közül 3,68%, thrombolysis esetén 8,7%, nem hagyományos terápia során (elsősorban thrombocytaellenes szerekkel) 45,5%, és a kezeltelenek között 50%.

Az említett egyéb betegségek meghatározók voltak a tüdőembóliások halálhozását illetően, így pl. rákbetegség négyesre, balszívfél-elégtelenség háromszorosára növelte a halálozást. Rajtuk kívül az idült tüdőbetegség meglete is szignifikánsan növelte a halálozást. A betegek nyomon követési adataiból még 2 fontosabb követ-

keztetés vonható le: a halálozás a korai szakban (1–2 héttel az embólia diagnosztizálása után) volt a legmagasabb, másrészt a hagyományos terápia jelentette a legjobb védelmet a halálozás és az újabb tüdőembólia kialakulása ellen.

Iványi János dr.

„Paradox” thrombosisok. Reimann, U. (Boehringer, Mannheim, Németország): Labor aktuál, 1992, 1, 18.

A közlemény a véralvadási folyamatban szereplő antiphospholipid-antitestek (APA) szerepét tárgyalja, melyeknek a háttérben egy olyan phospholipid-ellenes antitest képződik, ami egy cofaktor révén hat, de pathomechanizmusa mind ez ideig nincsen felderítve. Az APA leggyakrabban szisztémás lupus erythematosusban képződik és bizonyos phospholipid-protein-antigénekhez kapcsolódik. Az elnevezéssel szemben azonban korántsem alakult ki egységes álláspont, hiszen egyes szerzők olyan antitesteket értenek alatta, melyek a phospholipidek különböző alcsoportjai ellen irányulnak: ilyenek a *lupus-anticoagulans* (LA), az anticardiolipin-, az antiphosphatidylserin- és phosphatidsav-ellenes antitestek, melyeket azonban el szoktak különíteni a lupus-anticoagulansról.

Az LA és az APA vagy teljesen különbözik egymástól, vagy pedig két különböző altípusról lehet vitatkozni, melyek legfeljebb a phospholipidekkel szembeni affinitásban különböznek egymástól. Kimutatásukhoz a megnyúlt alvadási és aktivált partialis thromboplastin időt, valamint a recalcinálási idő mérését használják. Az in vitro vizsgálatokkal ellentétben nem vértést, hanem thrombositát válnak ki, vagyis tromboziszrizikót teremtenek.

Kapcsolatuk az érendothellel annyi, hogy az endothelréteg phospholipidjeihez kapcsolódva a thrombocyták phospholipidjeihez is képesek kötődni, miáltal a vérlemezkék aktiválása következik be. Hogy most az LA/APA egymaga váltja ki az érfalet és a thrombocyták károsodását, még nincs eldöntve és az sem világos, hogy a thrombophiliával okozati összefüggésben van vagy másodlagos reakció.

Az antiphospholipid-antitest-szindróma (APS) pathogenetikai folyamatával ellentétben az LA/APA-val asszociált klinikai kép viszont elég jól ismert. Minden egyes betegnél, ahol az aktiválás 20–40%-ban kimutatható, azaz az LA koncentráció emelkedett vénás, esetleg artériás thrombosisokkal kell számolni. Pl. szisztémás lupus erythematosusban az LA/APA 40–60%-ban mutatható ki, igen gyakran spontán thrombosisokkal, leggyakrabban 40–45 éves életkorban. Táblázatban csoportosítja azokat a kórfolyamatokat, melyek az LA/APA koncentráció fokozódásának kedveznek: 1. autoimmun betegségek, 2. lymphoproliferatív folyamatok, 3. bakteriális és vírusfertőzések, 4. a legkülönbözőbb gyógyszerek (chinidin, chlorproma-

zin, hydralazin, streptomycin, procainamid, phenotiazinok, phenytoin, amoxycillin, valproinsav), 5. terhességi szövődmények (habitális abortusban mindig gondolni kell rá), 6. haemolyticus anaemia (autoimmun) és 7. thrombocytopenia, ami 30–70%-ban is előfordulhat. Persze nemcsak vénás, hanem artériás thrombosisok is gyakoriak. A terapia prednisolon — elég jó hatású —, kis adag aszpirin (75 mg/die) egymagában vagy heparinnal együtt.

A labor diagnosztikában a következő módszerekkel lehet megközelíteni: partialis thromboplastin idő kaolinnal, s szöveti thromboplastin mérése (Quick idő), Russel-féle viperaméreg idő, thrombocyt funkció gátló tesztek, syphilis kizárása nem treponemás és treponemaellenes módszerekkel. A partialis thromboplastin idő oly módon korrigálható, hogy a beteg plazmáját 1 : 1 arányban keverjük normál plazmával, mindezek a vizsgálatok azonban nem elegendők ahhoz, hogy a kórképet 100%-ban diagnosztizálják, viszont felhívják a figyelmet a thrombophiliára.

Az auto-antitestek IgG, IgM vagy IgA természetűek akár izoláltan, akár együttesen mutathatók ki, mégis a thrombophilia legtöbbször IgG és IgM antitestek esetében a leggyakoribb. Az APT (aktivált partialis thromboplastin idő) lehet álpozitív is. Ezt az okozza, hogy a serumban cardiolipidek is vannak.

Antiphospholipid-antitestek az anticardiolipid ellenanyagokon kívül igencsak képesek arra, hogy a membrán-phospholipidekhez kötődjenek (phosphatidylserin, phosphatidsav). Szűrővizsgálatokban előnyösebb az antiphosphatidylserin-antitestek kimutatása, mivel ez gyakrabban fordul elő a sejtmembránban, mint a cardiolipin.

Bán András dr.

A vénás thrombosis kezelése kis molekulású heparinnal és fluindionnal. Fiesinger, J. N. és mtsai (Centre Claude-Bernard de recherche sur les maladies vasculaires périphériques, Service de Pathologie vasculaire; Laboratoire d'Hémostase, Hôpital Broussais, Paris): Presse Méd., 1992, 21, 65.

A végtagok mélyvénás thrombosisának kezelése az utolsó években jelentősen módosult a kis molekulású heparinok és a korán megkezdett K-antivitaminok alkalmazásával. A korai váltás módoszatai azonban nincsenek teljesen tisztázva.

A szerzők 31 mélyvénás thrombosisos 1990. nov. és 1991. jan. között kezelt betegük kórfolyását elemzik. 9 betegnek poplitealis vagy poplitea alatti, 21 betegnek poplitea feletti, 2 betegnek axillo-subclavicularis vénás thrombosisa volt.

A betegeket Fraxiparinnal (kis molekulású heparin) és korán adott Fluindionnal (orális anticoagulans) kezelték. A mélyvénás thrombosis diagnózisát echographiával vagy phlebographiával erősítették meg, megfelelő tünetek fennállása esetén pulmonalis angiographiát is végeztek.

ték meg, megfelelő tünetek fennállása esetén pulmonalis angiographiát is végeztek.

A Fraxiparint naponta kétszer adták 6 és 18 órákor. A kezdeti adag 225 Choay Intézeti Egység (UIC)/kg volt 12 óránként. Amennyiben a beteg több mint 2 órával ezen időpont előtt került kórházi felvételre, azonnal 100 UIC egységet kapott testsúlykg-onként, iv.

Már az első 24 órában megkezdtek az orális Fluindion adagolást, 18 óra múlva 25 mg kezdeti dózist adtak.

A második napon (40 óra múlva) és a negyedik napon (88 óra múlva) laboratóriumi vizsgálatok alapján határozzák meg a további kezelést, erre vonatkozóan algoritmusos táblázatokat közölnek. Vizsgálják a prothrombin szintet, aktivált cephalin időt és az anti Xa aktivitást, valamint a thrombocytaszámot. E vizsgálatok elvégzésének fontosságát mutatja, hogy az esetek 46%-ában módosítani kellett a Fraxiparin dózist, hogy szintje a 0,5–1 anti Xa/ml terápiás tartományon belül maradjon.

A korán megkezdett Fluindion adagolás a heparin terapia időtartamát átlagban 5,75 napra csökkentette.

A pontos laboratóriumi vizsgálatok alapján végzett és szükség esetén azonnal módosított dózisú terapia mellett a kezelés eredményes és biztonságos. Csak 2 betegüknél észlelték vérzéses szövődményt. Az egyiknél oesophagitis kapcsán tápcsatornai vérzés lépett fel, a másiknál prostata műtét után haematuria. Mindkettő transzfúzióra és megfelelő kezelésre gyógyult. Pulmonalis embólia nem fordult elő.

Metzl János dr.

BELGYÓGYÁSZAT

Endogen ouabain — kulcs a magas vérnyomás keletkezéséhez? Blaustein, M. P., Hamlyn, J. M.: Dtsch. med. Wschr., 1991, 116, 1689.

A Na-tartalom szabályozásáról, a vérnyomás és a vértér fogat viszonyáról új elképzelések alakultak ki. Bizonyos kutatások a digitális endogen megfelelőjére irányultak, ennek receptorai (a plazma-membrán Na-pumpája, Na-K ATP-ase) az emberi test majdnem minden sejtjén kimutathatók. Más kutatók arra kerestek magyarázatot, hogy a konyhasóterhelés hogyan vezet vérnyomás-emelkedéshez. Mindkét kutatási irány talált egy anyagot az emberi plazmában, mely strukturálisan és funkcionálisan nem különbözött a növényi eredetű digitalistól és az ouabain nyilméregtől. Az emlős szervezeteknek ez az anyaga anti-ouabain antitestekkel keresztreakciót mutatott, továbbá a Na-pumpát gátolta. A mellékvesében nagy koncentrációban van jelen, a mellékvesekéreg-sejtkultúrák pedig secerálják.

Ezt az anyagot először óvatosan „ouabain-szerű anyagnak” („ouabain-like compound”, OLC) nevezték; a hipertenzió patogenetikai láncához többszörösen kapcsol-

lódik. Az étrendi konyhasóbevitel és a magas vérnyomás kapcsolatával foglalkozó „Intersalt” tanulmány megerősítette, hogy a beszűkült konyhasó-kiválasztással járó vesebetegségek hipertenzióhoz vezetnek; állapotknál zavart konyhasókiválasztású vese átültetésével a hipertenzió átvihető volt. Esszenciális hipertenzióknál az elsődleges probléma valószínűleg a vese működészavar: korlátozott képessége a bevitt konyhasó kiválasztására, ezért Na, Cl és víz-retenció jön létre, a plazmatérfogot megnövekszik, ez pedig még ismeretlen mechanizmussal OLC-szekréciót vált ki.

Az erek simaizomsejtjeinek plazmamembránjában is (a szívizomsejtekhez hasonlóan) van Na-pumpa és Na-Ca cserélő, ahogy a szívénél, az ereknél is a digitális és az emberi OLC a simaizomsejtek fokozott Ca-terheléséhez vezet, ezáltal fokozzák a vasoconstrictorokra adott kontraktilis reakciót. A digitális az érfalban levő vasoconstrictor idegvégződéseket Na-pumpáját is gátolja, ezáltal a noradrenalin-felszabadulás nő, a „re-uptake” pedig csökken, a digitálisnak az érfal izomzatára kifejtett direkt hatása így fokozódik, az emelkedett plazma-OLC-szint az értónus fokozódásához vezet. A szervezet normál plazmatérfogatot igyekszik fenntartani, még a vérnyomás emelkedése árán is. Az esszenciális hipertenzióban szenvedő betegek nagy részénél, a plazmatérfogot a normál tartományon belül van.

Az OLC feladata valószínűleg a sejtekben a Na-pumpa aktivitásának a modulálása. A digitális terápia helyét a kongesztív szívelégtelenség és más betegségek esetében a szerzők szerint felül kell vizsgálni, pl. az exogen és endogen digitális hatásainak viszonyát illetően.

Magenheim Mihály dr.

Az antidiuretikus hormon szint napszakos változása idősebbekben. Asplund, R., Aberg, H. (County Hosp. Strömsund and Dept. Family Med., Karolinska Inst., Huddinge, Sweden): J. Internal Med., 1991, 229, 131.

Normális körülmények között az antidiuretikus hormon (ADH) plazma szintje éjszaka emelkedik, bizonyos mértékben ez a magyarázata a vizelet elválasztás éjszakai csökkenésének. Enuresises gyermekek ADH koncentrációja alacsonyabb a kontrollkhoz képest, és a napi vizelet mennyiség nagyobb része éjszaka ürül. 11 enuresises egyéne (életkor 7–38 év) végzett vizsgálatban a hormonszint a 24 órás periódus alatt állandó volt, hiányzott az éjszakai emelkedés. Mivel a szerzők néhány enuresisben szenvedő idős betegben az ADH szekréció eloszlásában a normáltól való eltérést figyeltek meg, szükségesnek vélték egészséges idősebb személyek ADH elválasztásának a vizsgálatát, különösen mivel ilyen irányú vizsgálat nem találkozott az irodalomban.

Kérdőívek segítségével választották ki azt a 69 önkéntes jelentkezőt a 8000 lakosú Strömsund nyugdíjas polgárai közül, akik magukat egészségesnek tartották, és nem szedtek rendszeresen gyógyszereket. A 42 férfit (életkor 61–95 év) és 27 nőt (60–98 év) a fizikális vizsgálaton kívül kiterjedt laboratóriumi vizsgálatoknak vetették alá, a nyert értékek mind a normális tartományban voltak.

A vérvétel vénapunkcióval történt 08.00, 12.00, 16.00, 20.00, 24.00, 04.00 és 08.00 órakor. 24.00 és 04.00 órakor a vérvétel fekvő testhelyzetben, alvás közben, a többi időpontban ülő helyzetben történt. A plazma ADH mérése ethanol extrakció után RIA-val történt.

A férfiak plazma ADH koncentrációja minden időpontban kétszerese volt a nőkön észleltnek. A különbség szignifikáns volt ($P < 0,001$). A vizsgált korcsoportokban az ADH plazma szintje nem mutatott éjszakai maximumot, kivéve azt a 10 férfit, aki éjszaka nem ürített vizeletet. A szerzők szerint az alacsony ADH szint és a napszakos ritmus hiánya lehet az oka az idős egyének éjszakai vizeletelési problémájának, ahelyett, hogy az urogenitális traktus anatómiai vagy lokális változásaiban keresnénk azt.

M. Odorfer Magdolna dr.

Az antiphospholipid-antitestek diagnosztikai és klinikai jelentősége. Habscheid, W., Brauer, P. (Med. Univ. Klin., Würzburg, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1992, 117, 549.

Először 1952-ben figyeltek fel arra a jelenségre, hogy systemás lupus erythematosusban (SLE) az alvadási és thrombin idő megnőtt, de 20 évre volt szükség ahhoz, hogy a *lupus-anticoagulans* (LA) elnevezés polgárjogot nyerjen. A LA in vitro a véralvadást gátolja, in vivo viszont thrombosisokhoz vezet; később az is kiderült, hogy előfordulása korántsem specifikus SLE-re.

A LA az immunglobulinok heterogén csoportjához tartozik, tulajdonképpen *alvadástíró phospholipid-antitest* (APA), mely leggyakrabban SLE-ben fordul elő. Kimutatásához a megnőtt alvadási és aktivált partialis thromboplastin idő, valamint a recalcinálási idő mérése szükséges. Ellenanyag természetű a 80-as években derítették ki az *anticardiolipid-antitestekkel* (ACA) párhuzamosan. A kettő együttes előfordulását és összefüggését azonban a mai napig sem sikerült tisztázni, mivel SLE-ben és az ehhez hasonló folyamatokban mindkettő kimutatható. Love-Santoro és mtsai 1000 SLE-t vizsgálva a betegek 34%-ában LA/APA-t, ACA-t pedig 45%-ban tudott egyidejűleg kimutatni, ami megerősíti azt a megfigyelést, hogy a LA-nak standard diagnosztikája ma sem alakult ki.

Egészségeseken 2,3%-ban mutathatók ki ACA-k, LA/APA-k, az SLE-n kívül egy segreg autoimmun körképben különböző gyakoriságban fordul elő: chr. polyarthritis, Sjögren-sy., Hashimoto-thyreoiditis, juve-

nilis rh. arthritis, scleroderma, Behçet-kór és AIDS. De kiválthatja néhány gyógyszer, többek között chlorprometazin, procainamid, chinidin is.

1963 óta figyeltek fel arra, hogy SLE-ben a vénás és artériás thrombosis gyakorlatilag minden szervben előfordulhat, érintheti az aortát, a retinát, a lép- és mesenterialis vénákat, sőt a coronariákat is.

Az in vitro-teszt bizonyító erejével szemben ma sincs megbízható pathophysiologiai modell, ami az APA jelentőségét thrombophiliában meggyőzően igazolná. Ez ideig csökkent prostacyclin termelés, gátolt protein-C aktiváció és a plasminogen-aktivátor-inhibitor ugyancsak fokozott aktivációja került szóba.

A *thrombocytopenia* enyhe, 50 000–100 000/μl között van, ezért vérszék gyakorlatilag nem észlelhetők. SLE-ben és az említett körképekben APA és ACA-kel együtt mintegy 32%-ban fordul elő. Hogy mi váltja ki, ma sem világos, valószínűleg a már megváltozott vagy stimulált thrombocyták képesek az APA-k megkötésére. SLE-ben pozitív Coombs-próba is kimutatható, ami ugyancsak összefüggésben van az APA-kel, melyek az erythrocyta membránhoz kötődve fokozott haemolysist váltanak ki.

Több neurológiai betegségben figyelték meg az LA/APA és ACA halmozott előfordulását: fokális cerebrális ischaemia, amaurosis fugax, myelopathia, Guillain-Barré-sy., chorea, különböző görcsrohamok és migrain, melyek agyi ischaemiával kapcsolatosak. Gondolni kell rá agyvérzésben, ami lehet SLE szövődménye is, és livedo racemosában. *Sneddon-szindrómában* (pustulosis subcornealis) ugyancsak ki tudtak mutatni APA-ket, egyesek ezt a körképet a *primer antiphospholipid syndroma* variánsának tartják.

Abortus habitualisban mindig gondolni kell rá, különösen SLE-ben. SLE-ben szenvedő nőbetegekben végzett prospektív vizsgálatok arra utalnak, hogy az abortusok 60%-ában lupus anticoagulans, míg 59%-ában anticardiolipid-ellenes antitesteket tudtak kimutatni. Az *antiphospholipid syndromában* gyakori a spontán vetélés.

A mind gyakrabban talált *anticardiolipid-antitestek* és egyre gyarapodó klinikai tünetek kialakították az *antiphospholipid-szindróma* klinikai képét, melynek tüneteinek magában foglalja a vénás és/vagy artériás thrombosisokat, az ismételt koraszüléseket és spontán abortusokat. Ezekben az esetekben feltétlenül gondolni kell LA-ra, ill. ACA-ra.

A tünetegyüttesnek oki terápiája nincs. Tartós orális anticoaguláns kezelés akár élethossziglan is tarthat, különösen akkor, ha az ACA-titer magas. Corticosteroidok, immunszuppresszív szerek, cytostaticumok valamelyest csökkentik az ellenanyagok mennyiségét, különösen LA esetében. Abortus habitualisban prednison + 50 mg aspirin naponta, elfogadható eredményekhez vezetett, jöllehet az eredmények itt is elmentmondások. A heparin hatása még nem világos. A thrombocytopeniát pedig nem szükséges kezelni, hiszen vérzés nem okoz.

Az igaz, hogy a mai napig sem sikerült oki összefüggést találni az APA-k és fentebb felsorolt különböző kórfolyamatok között, de tény, hogy az SLE-s betegek egy részét az ellenanyagok kimutatásával már korán, sokszor a klinikai kép kibontakozása előtt fel lehet ismerni, ami jól dokumentált, prospektív vizsgálatok szükségességére hívja fel a figyelmet a jövőben.

Bán András dr.

TRAUMATOLÓGIA

Amputatio elhatározása súlyos alsó végtagi trauma után. Robertson, P. (Christchurch Public Hospital, New Zealand): J. Bone Joint Surg. (Br.), 1991, 73-B, 816.

Csont, ér, idegek és lágyrészek sérüléseinek ellátásában bekövetkezett technikai fejlődés a súlyosan sérült alsó végtag megmentését lehetővé teszi, de az eredmény sokszor elmarad a prothesis funkcionális előnyei mögött.

A Mangled Extremity Severity Score (MESS) 1990-ben Johansen és mtsai által került bemutatásra Seattle-ben. Retrospektív és prospektív elemzés alapján használták fel a kórházi felvételi státust, hogy a súlyos alsó végtagi sérüléseket a kimenetel szempontjából jellemezhessek.

Négy változó határozza meg a csont és lágyrész sérüléseket, a végtag ischaemia, traumás-vérzéses shock, a keringés rendezéséig eltelt időszak, főleg, ha meghaladja a hat órát, de a hypotensio súlyossága és annak időtartama is befolyással van a MESS-re.

A szerzők az eltelt 10 év alatt 152 sérült 164 alsó végtag sérülésére vonatkozóan gyűjtötték össze az adatokat. Mindegyiknek szüksége volt ér-reconstructióra, a lágyrészek plasztikai sebész általi egyesítésére, nyílt törések miatti műtetre. Többen szenvedtek traumás végtag amputációt, vagy azonnal átesetek amputáción a kórházi felvételt követően.

A 164 súlyosan sérült végtagból 121-et kellett amputálni, 21-et a trauma során, 30-at a kórházban és 65-öt halasztottan. A MESS pontszám meghaladta a 7-et, egy sérült kivételével, akit a személygépkocsiból csak úgy tudtak kiszabadítani, hogy az egyik életképes lábfejet kellett amputálni, hogy minél előbb elláthassák súlyos belső sérüléseit.

A 65 késői amputáltból 16-nak 7 vagy több MESS pontszáma volt, a maradéknak 7-nél kevesebb. Necrosis vagy ischaemia volt az amputatio leggyakoribb oka az első hónapban, két hónap után a fertőzés vagy a használhatatlan végtag. A megmentett 43 végtagból egy esetben sem haladta meg a pontszám a 7-et. 18-nál szükség volt ér-reconstructióra, nyolcnál a MESS 7-en felül volt, mindegyiket amputálni kényszerültek.

Eredményeik szerint nem volt fals pozitív eset, ami 100%-os specificitást jelent. Hetes pontszám alatt mégis számos

végtagot kellett amputálni, ami a szenzitivitás hiányosságát jelenti. 1, illetve 2 pontot ér a nagy energiájú sérülés, 3 pontot a lövési és crush-sérülés, 4-et a nagy kiterjedésű contaminatio vagy lágyrész avulsio. A definíciókban a vizsgáló megítélési hibája szerepet játszik, főleg retrospektív feldolgozásban. Caudle és Stern 1987-ben úgy találta, hogy a kiterjedt lágyrész sérülésekkel járó tibia törések, főleg, ha vascularis reconstructiót is igényeltek, hosszú távú eredményei rendkívül szegényesek.

[Ref.: Nem érdektelen a MESS részlete-sebb ismertetése:

Csont/lágyrész sérülés	pontszám
alacsony energia (szúrt, szimpla törés, revolver-lövés)	1
közepes energia (nyílt vagy multiplex törés, dislocatio)	2
nagy energia (puskálövés katonai fegyverből, vadászpuskából, crush-sérülés)	3
igen nagy energia (mint fent, plusz kiterjedt contaminatio, lágyrész-avulsio)	4
Végtag ischaemia	
csökkent pulzus, illetve a normális perfusio hiánya	1
nincs pulzus, paraesthesia, csökkent kapilláris telődés	2
hideg, bénult, érzéketlen (az érték duplázandó, ha az ischaemia meghaladta a 6 órát)	3
Shock	
systolés nyomás 90 Hgmm fölött tartósan	0
átmeneti hypotensio	1
tartós hypotensio	2
Életkor	
30 alatt	0
30–50 év között	1
50 év felett	2]

Novák László dr.

Terápiás májkörüli tamponálás komplex májsérülésnél. Krige, J. E. J. és mtsai (Dept. of Surgery, University of Cape Town and Groote Schuur Hospital and the Medical Research Council Liver Research Center, Cape Town, South Africa): Br. J. Surg., 1992, 79, 43.

Pringle és Halsted ajánlotta a század elején, hogy máj körüli tamponálást lehet alkalmazni bizonyos helyzetekben mintegy kétségbeesett megoldásként vagy a vérzés időleges csillapításaként más intézetbe való küldés előtt, ahol a végleges sebészeti megoldás elvégezhető. Az eljárás nem vált általánosan elfogadottá.

1983 és 1988 között 294 májsérültet kezeltek a Groote Schuur kórházban. Ebből 22-nél alkalmaztak perihepaticus tamponálást. A két nagy trauma központból az egyik a Groote Schuur kórház, mely 1,2 milliónyi populációt szolgál Fokváros környezetéből.

Az eljárás fő indikációja transfusio okozta coagulopathia volt. 16 sérültnek volt tompa és hatnak áthatoló (ebből öt lövési sérülés) májsérülése. 19-nek a jobb lebenye, háromnak a bal lebenye sérült jelentős

mértékben, ötnek társult vena hepatica sérülése is volt. A technikai eljárás: száraz, sugár-nem-áteresztő tamponat használtak a testfal és a diaphragma közötti felületen, a májsérülés felületén. Magában a sebben nem szabad tamponat elhelyezni. A külső nyomást a mellkasfal alsó bordaváza adta. Drint nem alkalmaztak, a hasat tovaftató, nem felszívódó fonállal zárták. A tamponat 72 órán belül távolították el a műtőben.

Ha ismeretlen eredetű láz lépett fel, akkor UH és CT segítségével hasúri folyadékgyülemet kerestek, melyet percutan draináltak.

18 betegnél teljes sikert értek el, négynél recurrens vérzés keletkezett az arteria hepatica sérülése miatt, ebből egynek vena sérülése is volt. Három igényelt további műtétet, a negyediket szelektív arteria hepatica embolizáció útján kezelték. Hat sérült halt meg, kettőnek recurrens vérzése volt. Az átlagos vérvesztés a meghaltaknál átlagban 18 egység (10–30 között), a túlélőknél 13 egység.

A perihepaticus tamponat a 16 túlélőből a behelyezés után 3,1 nappal távolították el. Hat vérzett az eltávolítás alatt, de sikeresen tamponálták újra őket. Morbiditás 12-nél okozott problémát, hétnek intraperitonealis sepsise fejlődött ki, egy meghalt. Az átlagos kórházi tartózkodás 29 nap (9–124), abdominalis sepsis esetében 54,8 nap (28–124). Sepsis nélkül 13,6 nap volt (10–24 nap). A fertőzésekben az endogen Gram-negatív kórokozók játszottak főszerepet.

Az eljárás lehetővé teszi az intenzív osztályokon végzett resuscitációs technikák folyamatos alkalmazását és a tervezett relaparotomia megfelelő időben való elvégzését, az újabb intervenciók szükség szerinti indítását.

Novák László dr.

Mi is az a „szerencsétlen triász”? Barber, A. (Division of Orthopaedic Surgery, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas and Plano Orthopaedic and Sports Medicine Center, Plano, Texas, USA): Arthroscopy, 1992, 8, 19.

1936-ban Campbell írta: *elülső kereszt-szalag, medialis collateralis és belső porc sérülése hasonló mechanizmus alapján történik*. O'Donoghue 1950-ben a fenti együttest „unhappy triad”-nak nevezte, és korai sebészeti gyógyítást javasolt. Shelbourne és Nitz 1991-ben megkérdőjelezte a fenti „szerencsétlen triász” O'Donoghue szerint oly gyakori előfordulását.

A szerző arthroscopiás úton megerősített elülső kereszt-szalag (ACL) és medialis collateralis (MCL) másodfokú vagy súlyosabb sérüléseit elemezték anyagukban. 53 térdből 50-nek volt harmadfokú ACL és kettőnek másodfokú ACL szakadása. Az egyik másodfokú ACL sérüléshez másodfokú MCL szakadás is társult, a másikhoz harmadfokú MCL sérülés. Egyiknek sem volt társult meniscus sérülése. 45 harmadfokú

ACL szakadás mellett találtatott harmadfokú MCL sérülés (I. csoport) és 5 másodfokú MCL sérülés (II. csoport).

Az I. csoportból 80%-nak (36 térd) volt lateralis meniscus sérülése, csak 29%-nál (13 térd) fordult elő medialis meniscus szakadás. Egyik medialis meniscus sérülés sem volt izolált. A II. csoportból 80%-nál (4 térd) találtak lateralis meniscus sérülést. Itt sem volt medialis meniscus sérülés lateralis meniscus sérülés nélkül.

Videooszalagon revidálva eseteiket, a korábban medialis meniscus sérülésnek gondolt elváltozás valójában capsularis szakadás.

ACL/MCL sérülés együttes előfordulása lateralis meniscus sérüléssel az esetek 50%-ában volt fellelhető. Ez tipikus hosszanti szakadás volt horizontális komponenssel a poplitealis hiatus központi területére irányában. A leggyakoribb medialis meniscus sérülés ennél a sérülésnél a periferiális synovialis disrupció, mely nem a meniscus fő része. A szerzők lényegében nem találtak olyan sérülést, mely megfelelt az eredeti „unhappy triad”-nak.

Novák László dr.

Kezelési prioritás mellkasi aorta traumás rupturájánál. Lee, R. B. és mtsai (Dept. of Surgery, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA): *Amer. Surgeon*, 1992, 58, 37.

Vesalius már leírta a mellkasi aorta traumás rupturáját, egyik betege lóról esett le. 1959-ben Klassen Ohio-ban operálta először sikerrel. Amerikában az évi 100 ezer baleseti halálból 25% mellkasi sérülés miatt következnek be. Ebből 20% aorta transekción.

Boncolási adatok szerint a mellkasi aorta traumás rupturája (TRTA) miatt a sérültek 90%-a a helyszínen meghal, csak 25% marad életben a kórházba kerültek közül is. A kezelési prioritásokat nem nagyon tanulmányozták eddig az ilyen sérülteknél, akiknek életveszélyes fej és intraabdominális sérülésük is volt TRTA mellett. A szerzők 57 consecutív sérültet tanulmányoztak, hogy bizonyos kezelési prioritásokat határozassanak meg az ilyen multiplex sérülteknél. Az átlagéletkor 35 év (43 férfi és 14 nő), a kórházi mortalitás 24%, leggyakrabban vérzés miatt. A sérültek 95%-ának társult sérülései voltak, operatív beavatkozást igényelt.

Műtétet igénylő hasi sérülés 20 sérültnél volt (35%), 14 lépsérülés, 8 májsérülés, 3 hasnyálmirigysérülés és 3 mesenterialis laceráció. 28 (49%) sérültet orthopaed sebész operált végtag törések miatt (belső, külső fixációk). Maxillofacialis sérülés 20%-nál volt jelen (35%), ezek műtétet igényeltek. 15-nek (26%) volt zárt koponyasérülése, de csak egy igényelt craniotomiát. Kilenc haemodinamikailag instabil sérültet azonnal megoperáltak intraabdominális vérzés miatt. Ezt aortographia és aortasérülés el-látása követte. A két haláleset 22%-os

mortalitást jelent. Hét haemodinamikailag stabil sérült aortographiája után laparotomia történt intraabdominális vérzés kontrollálása céljából, majd ezt thoracotomia követte (egy haláleset, 14%). Harminc stabil sérültnél az elvégzett aortographiát azonnali thoracotomiával folytatták, 22-nél nem volt szükség még további beavatkozásra, 8 igényelt ismételt műtétet (7 haláleset, 23%).

A Vanderbilt Hospital Level I trauma központtal rendelkezik, évente 1500 felvétele van közötti vagy helikopter transzport után. A fenti 57 aorta sérült 1970 és 1989 között került felvételre, 91%-uk közötti baleset után. A fenti adatokon alapulva kezelési algoritmust fejlesztettek ki, mely a sérülési gyanún, aortogramon, és a diagnosztikai peritoneális lavagen alapul. Remélik, hogy ezzel csökkenteni lehet a kezelési hibákat és javítani a túlélést. Az intraabdominális vérzést laparotomia segítségével tisztázzák és gyógyítani kell még az egyéb beavatkozások előtt.

Novák László dr.

A tuberculum majus humeri nem dislocált törésének kimutatása ultrahangvizsgálattal. Patten, R. M. és mtsai (University of Washington School of Medicine, Seattle): *Radiology*, 1992, 182, 201.

A vállat ért traumát követő fájdalom és abductió korlátozottság esetén klinikailag nehéz elkülöníteni a tuberculum majus törését és a rotatoroköpeny szakadását. A tuberculum majus nem dislocált törésének kezelése konzervatív, a rotatoroköpeny szakadást pedig célszerű mielőbb megvarrni. A rotatoroköpeny állapotának tisztázására számos helyen eredményesen alkalmazzák az ultrahangvizsgálatot. Ennek során felfigyeltek arra, hogy ez a módszer bizonyos mértékig a csontelváltozásokra vonatkozólag is képes felvilágosítást adni. A humerus corticalis kontúrja ugyanis az ultrahangképeken éles echodenz vonal formájában ábrázolódik, melynek megszakadása szembevetőd.

A szerzők 1262 vállízületi ultrahangvizsgálat anyagában 34 esetben találtak a tuberculum majus törésére utaló képet, ezek közül 31 esetben álltak rendelkezésre a retrospektív feldolgozáshoz szükséges adatok. 17 férfi és 14 nő szerepel ezek között, valamennyien friss vagy régebbi sérülés nyomán kerültek ultrahangvizsgálatra rotatoroköpeny sérülés gyanúja miatt. Ennek során a humerus corticalisának egyenetlenségét vagy megszakadását észlelték, ezenkívül 25 esetben kis dislocált részleteket is találtak. Ezeket az ultrahangjeleket törésre gyanúnak ítélték, de nem tekintik feltétlenül specifikusnak. A hagyományos röntgenfelvételek lelete a 31-ből mindössze 14 esetben utalt törésre, a többi 17 lelet negatív volt. Az ultrahangkép ismeretében ezen 17 beteg közül 10-nek röntgenfelvételen sikerült a törést kimutatni, részben csak a későbbi kontrollok során a gyógyulás szaká-

ban. A többi 7 betegnek röntgenfelvételen nem tudták igazolni az ultrahanggal valószínűsített törést. Közülük kettőt megoperáltak, a tuberculum majuson durva egyenetlenséget találtak, de törést nem.

Laczay András dr.

A naviculolunaris dissociatio kóros jelentőségéről. Degreif, J. és mtsai (Johannes-Gutenberg-Universität Mainz): *Unfallchirurg*, 1992, 95, 124.

Naviculo-lunaris dissociációról beszélünk, ha a csukló röntgenfelvételen az os naviculare és az os lunatum egymáshoz való normális helyzete megváltozik. Egyástól való távolságuk általában 2 mm körül van, ha ez több mint 4 mm, egyértelműen kórosnak tekintendő. Megváltozik a két csont oldalfelvételen megítélhető tengelyállásának a viszonya is, mert az os lunatum kissé dorsál felé billent helyzetben van, a naviculare hossz tengelyével bezárt szög megnő. Ezt a röntgenképet megelőző trauma következményének szokás értékelni, és ennek következménye számos esetben műtéti beavatkozás lehet.

A szerzők felfigyeltek arra, hogy ilyen elváltozás néha észlelhető a csukló röntgenképén minden traumás előzmény és klinikai jelentőség nélkül is. Bemutatják egy 50 éves férfi röntgenfelvételeit, kinek enyhe distorsió trauma után os lunatumát naviculolunaris dissociatio kórismével eltávolították. Két évvel későbbi utánvizsgálatok derült ki, hogy az ellenoldali csukló röntgenfelvételen ugyanolyan elváltozás látható.

Két év alatt négy esetben találtak mindkét csukló felvételen naviculolunaris dissociationak megfelelő elváltozást. Eszerint a kép minden előzetes trauma nélkül is fennállhat feltehetően veleszületetten, kóros jelentőség nélkül. Tévedések és felesleges beavatkoások elkerülése végett célszerű ezért ilyen esetekben mindig gondosan mérlegelni a traumával való összefüggést, és elkészíteni a másik csuklóról is az összehasonlító röntgenfelvételt.

Laczay András dr.

2-D echocardiographia: sürgősségi használat a áthatoló szívűrtői sérüléseknél. Freshman, S. és mtsai (Dept. of Surgery, University of California, Davis, Medical Center, Sacramento, USA): *J. Trauma*, 1991, 31, 902.

1986 és 1989 között 354 sérültet kezeltek áthatoló mellkasi sérülés miatt a kaliforniai egyetemen, Davisban. 36 (10%) haemodinamikailag stabil sérültnél végeztek akut 2-D ECHO, két dimenziós echocardiographiai vizsgálatot. Az irodalomban már felvetették egy alternatív non-invasív diagnosztikai teszt szükségességét, a szerzők elsőként tárgyalják az új technikával szerzett tapasztalataikat.

A sérülések megoszlása: 17 szúrt (egyszeri), 14 többszörös szúrt és 5 lött sérülés. Négynek (11%) volt vena jugularis táglalata, 12 (33%) tachycard volt, egyiknek sem csökkent a systolés tenziója 90 Hgmm alá. Négy ECHO pozitív pericardialis effusiót detektáltak, valvularis eltérés nem volt. Három effusio kisméretűnek bizonyult, a beteget szorosan obszerválták, a sorozatos ECHO vizsgálatok gyógyulást mutattak a későbbiekben. A negyedik sérült a bal kamra lacerációja miatt műtéten esett át, szövődmenymentesen gyógyult.

Az áthatoló szívűti sérülések mortalitása 23–37%. Az ECHO értékes segítség a diagnózis felállításában a haemodinamikailag stabil sérülteknél. Kevésbé invazív a *subxiphoid-ablak* explorációs beavatkozásnál vagy a thoracotomia/sternotomia műtéténél. Ágy mellett lehet használni, folyamatos vizsgálatot tesz lehetővé. A nagyobb vérzést mutató ECHO vizsgálat után a sérültet végleges ellátás céljából operálni kell.

Novák László dr.

A hasüreg ballisztikus sérülései: repeszek és golyók. Georgi, A. B. és mtsai (Division of General Surgery, Dept. of Surgery, American University of Beirut Medical Center, Lebanon): J. Trauma, 1991, 31, 711.

A libanoni háború a hetvenes évek elején kezdődött, azóta számtalan beszámoló jelent meg az állandóan fejlődő fegyverek okozta sérülésekről. Az 1983 és 1987 között négyéves periódus alatt az amerikai egyetem *level I* trauma központjában (a háborús zóna centrumában) 299 hasi ballisztikus sérültet kezeltek.

133 (44%) sérült szenvedett nehéz tüzéségi lövedék repeszdarabjaitól hasi sérülést, 166 (56%) puskából, automata vagy félautomata fegyverből golyó által. Az A csoport (repesz) tagjai között 25 nő és 108 férfi átlagéletkora 26 év (3–75 év), a B csoport (golyó) 23 nő és 143 férfi átlagéletkora 28 (5–55 év) volt.

Az A csoport laparotomiái között 15 (10%), a B csoportban 9 (5%) végződött negatív eredménnyel. Az A csoport leggyakoribb sérülése a hasi szervek között: colon (42%), máj (22%), vékonybél (20%), gyomor (14%), rekesz (11%), lép (10%), nagyerek (9%) és vese (9%).

A B csoportban colon (50%), vékonybél (41%), máj (33%), nagyerek (20%), rekesz (17%), gyomor (15%), lép (15%) és vese (15%). Társult extraabdominalis sérülés az A csoportban 7,5%, a B csoportban 8,4% volt. Ugyanez a perioperatív mortalitás szempontjából 2,3 és 7,2%. Az A csoport három halottjából kettő az első postop. napon DIC miatt, egy nagyerek sérülései következtében fellépett sepsis miatt. A B csoport 12 halottjából 10 a műtétet követő első hat órán belül halt meg vérzéses shock (mindegyik nagyerek sérülése után) után. A másik két fatális esetben DIC (az első postop. napon) és sepsis (12. napon) lépett fel, ők is nagyobb ér sérülését szenvedték el.

A nagy energiájú golyósérülések áthatolók és kiterjedtebb roncsolással járnak mind a nagyerek, mind a zsigerek vonatkozásában.

Novák László dr.

TRÓPUSI MEDICINA

Orvosi munka zord körülmények között. Nemzetközi együttműködés Főigazgató-sága. Spanjer, J. M.: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1992, 136, 93.

A főigazgatóság 1991-ben 60 holland orvost küldött külügyminisztériumi szerződéssel tanácsadónak a harmadik világ országaiba; a küldöttek száma az elmúlt 30 év alatt alig változott, annál lényegbevágóbb a feladataik és munkamódszereik megváltozása. A postkoloniális időszakban a régi gárda kiesése miatt nagy volt a fehér orvos szükséglet. A lelkes orvosnak magának kellett létrehoznia kis kórházát, kellett kinevelnie a segítő társakat, a fő feladat a betegágy melletti gyógyító munka volt. A viszonyok megváltozásával megváltoztak a tennivalók. Az orvos egyre több időt töltött a kórházon kívül, megindult a megelőzési munkaprogram.

1987-ben történelmi fordulatot fogalmazott meg: az eü. fejlesztésének integrális része, a lakásügy, nevelésügy, a nők és gyermekek védelme, nélkülük nincsen javulás az eü.-ben. Csak a helybeli emberek közreműködéséről várható javulás, a külföldi tanácsadó meggyorsítja az eredményt. A kuratív munkához elegendő már a helybeli orvos; a szaktanácsadó feladata a közegészségügy és az alapellátás megtervezése-megszervezése, ebben még nincsen elegendő tapasztalatuk a helybeli orvosoknak. A modern trópusi orvos a közösséget szolgálja; az eddigi consumptív-fogyasztói szemléletet felváltja a hosszabb távon hasznosuló közegészségügyi szemlélet.

A holland követések mellett szerződöttetett eü. attasék a fogadó országtól megkapják a lokális illetményt, amit a költség megemel. Az újonnan munkába állóknál megváltoznak a prioritások, a kuratív szerep helyére a közegészségügyi preventív szerep kerül. A legfontosabb pathogén tényezők, az alultápláltság, fertőzések, az anya- és gyermekvédelem, a gyógyszerellátás, oltási program, családtervezés több támogatást igényelnek, de nélkülük nem lehet javulást elérni az eddigi erőfeszítések ellenére stagnáló kóros helyzetben, a már bennünket is fenyegető lakossági instabilitásban, környezetszennyeződésben.

A trópusi orvos nem marad le a fejlődésről, kétévi trópusi szolgálat után kötelező a trópusi intézet kurzusa, újabb két év után a nemzetközi közegészségügyi tanfolyam nyújt továbbképzést, ezután már otthon is számíthatnak elhelyezkedésére. Gyakori a „brain drain”, hosszabb trópusi szolgálat után gyermekeik tanulása érdekében londoni, vagy javak szerzése miatt szaúd-arábiai letelepedés. Feltűnő, hogy újabban a szolgálatra jelentkezők 40%-a nő.

Ribiczey Sándor dr.

Dengue okozta hemorrhagiás láz két turistánál. Ligtenberg, J. J. M. és mtsai (Groningen): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 135, 2394.

Trópusi útról hazatérőknél jelentkező lázas megbetegedésnél elsősorban maláriára kell gondolni; ha ez ismételt vizsgálattal kizárható, dengue vírus okozta hemorrhagiás komplikációkkal járó megbetegedésre is gondolni kell. A vírusnak 4 serotípusa ismert, a vektor az *Aedes aegypti* nevű szúnyog.

Az elnevezés a swahili nyelvben szereplő dingo-ból származik, ami rohamszerű görcsöt jelent. A betegség 4–8 napos incubatio után grippezzerű tünetekkel jelentkezik, a lázmenet gyakran bifázisos, heves izomizületi és fejfájás jelentkezik bőrkütiéssel, a labor thrombo és neutropeniát mutat ki; az esetek 3%-ában komolyabb a lefolyás, ezeknél kezelés nélkül 50%-os, kezelés mellett 1,5–5%-os a letalitás. Komolyabb kórformánál hemorrhagiás dengue lázról, vagy dengue shock syndromáról beszélünk. Legenyhébb kórformánál a Rumpel-Leede tünet pozitív, a legsúlyosabb kórformánál súlyos shock-tünetek, orr-, gastrointestinalis, subendocardialis stb. vérzések fordulnak elő, a bőrön hemorrhagiás exanthemák, petechiák mutatkoznak, a labor komoly thrombopeniát, hemokonzentrációt mutat ki, magas Hb és hematokrit értékekkel.

A Délkelet-Ázsiában endémiás betegség a Karibi térségben is megjelent, 1981-ben Kubában 300 000 volt a megbetegedések száma, 10 000 esetben a lefolyás komoly volt, 158 volt a halálos esetek száma. A gyorsult közlekedés miatt gyakran az Európába érkezés után jelentkeznek a tünetek.

A bemutatásra került két beteg kórlefolysa csaknem azonos, az egyik Thaiföldről, a másik — egy indonéz származású — Indonéziából tért haza. Pár nap előtt már jelentkezett a láz-izom-fej-garatfájdalom, mindkettő folyamatosan részesültek malária profilaxisban. Felvételükkor a lázas betegek nyakán, ill. a lábszáraikon-talpon diffúz hemorrhagiás kiütéseket észleltek, egyiküknek mobilis nyaki (1 cm átmérőjű) nyirokcsomók voltak tapinthatók. Mindkettőnél vastagcsepp vizsgálat ismételt maláriára negatív. Miután rickettsiosisra, hastyphusra, sepsisre a vizsgálatok negatívák, az egyiknél a vizes hasmenés okaként a *Salmonella tenessee* lett kimutatva, a dengue komplementkötési reakció titerre pedig az észlelés folyamán tetemesen megnőtt; a kezelés symptomatikus volt: folyadékpótlás iv., sz. e. thrombocyta transfusio. A beteget 1, ill. 2 hét múlva bocsátották ki a kórházból.

Egyes vizsgálatok szerint a komolyabb kórformák akkor jelentkeznek, ha más típusú dengue vírussal történt előzetesen a fertőződés. Endémiás vidéken erre nagy a lehetőség. Turistáknál tisztázni kell, hogy előző trópusi útjuknál nem észleltek-e hasonló lázas megbetegedést.

Ribiczey Sándor dr.

Iso MACK[®] Spray

ÚJ! ISDN-tartalmú BUCCALIS SPRAY

- *angina pectoris* rohamok kezelésére, megelőzésére
- *bal szívfél elégtelenséggel járó acut myocardialis infarctus és pulmonalis oedema sürgősségi ellátására*

- AZONNAL FELSZÍVÓDIK
- GYORS, INTENZÍV,
TÖBB MINT 1 ÓRÁN ÁT
TARTÓ HATÁS

**A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN
NÉLKÜLÖZHETETLEN**



ISO MACK SPRAY: Az isosorbid-dinitrat (ISDN) a többi nitráthoz hasonló haemodinamikai hatást fejt ki. Elsődleges hatása a simaizmok ellazítása, ezáltal különösen a vénás rendszerben hoz létre vazodilatációt. A következmény a preload, és bizonyos esetekben az afterload csökkenése, a szívfall feszülésének és a szív oxigénigényének csökkenése. **Hatóanyag:** 0,278 g Isosorbidum dinitricum 17 g (= 20 ml) alkoholos oldatban. **Javallatok:** Angina pectoris rohamok kezelése vagy megelőzése; bal szívfél-éleltelenséggel járó acut myocardialis infarctus és pulmonális oedema hospitalizációt megelőző sürgősségi kezelése. **Ellenjavallatok:** Shock, hypotoniás keringési collapsus; alacsony telődési nyomással járó acut myocardialis infarctus; ISDN vagy más szervesnitrát-túlérzékenység. **Adagolás:** 1 porlasztott adag (= 0,09 ml oldat) 1,25 mg ISDN-t tartalmaz. Angina pectoris roham kezdetén, vagy közvetlenül ismerten rohamot kiváltó helyzetek előtt, a terhelés mértékének és az egyéni érzékenységnek megfelelően 1-3 porlasztott adagot kell a szájüregbe permetezni 30 másodperces időközönként, visszatartott légzés mellett. **Mellékhatások:** Előfordulhat átmeneti fejfájás, szédülés, émelygés, arckipirulás (flush). Különösen a kezelés kezdetén orthostaticus hypotensio és tachycardia. Túladagolás esetén orthostaticus keringésszabályozási zavar, reflex-tachycardia, gyengeség, szédülés, rossz közérzet. 20 mg/kg-nál magasabb adag esetén methaemoglobin-képződés. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Vényomáscsökkentő hatását fokozhatják antihypertensivumok, egyéb vasodilatátorok, Ca-antagonisták, triciklikus antidepresszánsok és alkohol. **Figyelmeztetés:** Inhalálni tilos! Nagyon alacsony vérnyomású betegnél, valamint a terhesség első harmadában és szoptatás alatt csak az előny/kockázat gondos mérlegelésével alkalmazható. Alkalmazásának illetve hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani! Egyénileg kell meghatározni, hogy a gyógyszer milyen mennyisége és alkalmazása mellett lehet járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni. **Megjegyzés:** + **Csomagolás:** 20 ml (= 17 g)

Gyártja a Heinrich Mack Nachf./Németország

Képviselet/Magyarországon: **INTHERA AG Magyar Kereskedelmi Képviselet** 1124 Budapest, XII. Dobsinai utca 6/B. Tel./Fax: 155-8840
Magyarországon forgalomba hozza a Hungaropharma.





broncho-vaxom®

A visszatérő légúti és
fül-orr-gégefertőzések
orális immunbioterápiája

1. Gyógyít

- Serkenti a szervezet természetes védekezőmechanizmusát
- Enyhíti a klinikai tüneteket
- Előnyösen egészíti ki a hagyományos terápiát

2. Megelőz

- Biztosítja a szervezet védekező-mechanizmusainak aktivitását
- Csökkenti a recidívák gyakoriságát, időtartamát és súlyosságát
- Csökkenti az antibiotikumfogyasztást

Összetétel

Hemophilus influenzae, Diplococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae és ozaenae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes és viridans, Neisseria catarrhalis liofilizált lizátuma 7,0 mg felnőttkapszulánként, 3,5 mg gyermekkapszulánként.

Javallatok

A Broncho-Vaxom adjuvánsként elsősorban az alábbi betegségekben javasolt:

- akut és krónikus bronchitis
- torokfájás, tonsillitisz, faringitisz és laringitisz
- rinitisz, szinusztisz és otitisz
- a hagyományos antibiotikumokkal szemben rezisztens infekciók
- a légzőrendszer vírusfertőzéseinek bakteriális szövődményei, különösen gyermekeknél és idősebeknél.

Csomagolás

30 felnőttkapszula, 30 gyermekkapszula



Gyártja:
BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Debrecen,



OM Laboratories
(Genf, Svájc)
licence alapján

**A Tilcotil
egyenletes és
tartós hatást
biztosít
az egész nap
folyamán**

20 mg Tilcotil —

a bevétel időpontjától

függetlenül — több mint 24

órán át tartó aktív szérumszin-

tet biztosít, ami garantálja

az egyenletes hatást,

a könnyebb mozgást, valamin

a nappali és éjszakai

fájdalom enyhülését —

tehát alkalmazása mellett

ritkábban fordul elő alvászava

és reggeli merevség.

A Tilcotil jól tolerálható

tartós kezelés esetén is,

s idősebb betegeknél sem okoz

problémát.

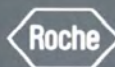
Hatóanyag: Tenoxicam. *Javallatok:* tüneti kezelésként az alábbi fájdalmas gyulladásos és degeneratív mozgásszervi megbetegedések esetén: krónikus polyarthritis (rheumatoid arthritis); osteoarthritis, osteoarthritis, morbus Bechterew (spondylitis ankylopoetica); lágyrész-rendellenességek, pl. tendinitis, bursitis, a váll polyarthritis (váll-kéz szindróma) vagy a csípő polyarthritis, rándulások, ficamok; köszvényes roham. *Adagolás:* 20 mg naponta egyszer, mindig ugyanabban az időben. A parenterális forma bevezető kezelésként javallt 1—2 napig. Köszvényes arthritis rohamában 40 mg (2 tabletta vagy 2 kúp) naponta egyszer 2 napig, ezután további 5 napig naponta egy ízben 20 mg ajánlott. *Ellenjavallatok:* Túlrézkénység a gyógyszerrel szemben. Nem adható olyan betegeknek, akiknél a szalicilátok vagy egyéb nem szteroid gyulladásgátlók asztmás, rhinitiszes vagy urtikariás tüneteket okoznak, valamint azoknak, akik a gyomorbélcsatorna felső szakaszának súlyos megbetegedéseiben (gasztritisz, gyomor-nyombélfekély) szenvednek vagy szenvedtek. Narkózis vagy műtét előtt Tilcotil — más nem szteroid gyulladásgátlókhoz hasonlóan — nem adható idős betegeknek és olyanoknak, akiknél veseelégtelenség vagy vérzés fokozott veszélye áll fenn. Szalicilátokkal vagy más nem szteroid gyulladásgátlókkal való együttes használata kerülendő. *Figyelmeztetés:* Más nem szteroid gyulladásgátlókhoz hasonlóan, a Tilcotil koagulánsokkal és/vagy antidiabétikumokkal csak akkor adható együtt, ha a beteg állapota figyelemmel kísérhető. Nem szteroid gyulladásgátló adásakor ellenőrizni kell a veseműködést (BUN, kreatinin, ödéma kialakulása, súlygyarapodás stb.) idős betegeknél vagy olyanoknál, akiknek állapota fokozhatja a veseelégtelenség kialakulásának kockázatát. Terhesség vagy szoptatás alatt alkalmazása óvatosságot igényel. *Csomagolás:* 10, 30 és 100 db 20 mg-os filmbevonatú tabletta. 10 db 20 mg-os kúp, 5 poramp. (20 mg) + 5 oldószeramp. (2 ml).

**24 órás
hatás**

Tilcotil®
nem szteroid gyulladásgátló



**BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Debrecen**



**F. Hoffmann—La Roche Ltd.
Bázel, Svájc**

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Hivatástudatról — másképpen

T. Szerkesztőség! Ki fogalmazta meg pontosan, hogy mi a hivatástudat? Van-e hivatás-tan vagy hivatástudattan — mint tudomány? Valaki, valamit kitalált, én csak elgondolkoztam róla, szétszedtem, körüljártam, belenézttem, mi lehet a tartalma. Nem szoktak erről a témáról értekezni, tanulmányokat írni, magam is csak egy levél erejéig tudok foglalkozni vele.

A hivatástudat önmagában nem lehet elég. Szakmai ismeretek, tárgyi tudás nélkül csak egy elvont fogalom. Gyógyítani annyi, mint az orvostudomány eredményeit a betegekre alkalmazni. Ehhez is készség kell, képesség. Hogyan kapcsolódnak egymáshoz és függhetnek egymástól hivatás, hivatástudat, készség, képesség, etika, tapasztalat? Ki alkalmas orvosi pályára? Milyen kvalitásokkal kell rendelkeznie? Az alkalmasság még nem azonos a tehetséggel. Tehetséget nem lehet pótolni hivatástudattal. Hány „profi orvos” van nálunk, és hányan gyógyítanak ösztönösen, *művészetből*? Az empátia sem elég önmagában a hivatástudathoz, sem a gyakorlat; valami-féle „gyógyítási küldetés” is kell hozzá, elkötelezettség. Szavak, elméletek! Eredménycentrikusan orientált munka. Mi más is lehetne? *Munka — amit el kell végezni!* Lelkiismeretesen! A lelkiismeret hogyan illeszkedik a hivatáshoz, a tudathoz, az etikához? Mi a különbség lelkiismeret és hivatástudat között? Szerintem — semmi!

A hivatástudat egy „zsarolási ideológia” is! Nem tudjuk, akarjuk megfizetni a gyógyítói munkát, elég, ha az orvoson állandóan a hivatástudatát kérjük számon. Az orvosnak a hivatástudat mellett meg is kell élnie. Kiszámították, hogy az első szívátültetést végző *Szabó Zoltán* professzor kb. 180 forintos órábérrel „dolgozott!”. A többit — hivatástudatból csinálta! Egy mai kisiparos vízvezetékét sem szerelné ennyi órábérben! Hivatásból! Isten fizesse meg! Szinonimák.

Az orvosi hivatástudat egy túldimenzionált, mondvascinált valami. Olyan, ami nem is létezik, valaki kitalálta és egy egész eszmerendszert kreált föléje. A hivatástudat — *munkából áll*, amit szakmai felkészültséggel és lelkiismeretesen el kell végeznie az orvosnak. Hivatástudatot mindenkitől meg lehet követelni, legjobb lenne nem követelni meg senkitől, mert ez csak egy utópia! Az orvos köteles precíz munkát végezni, lelkiismeretesen! A precíz munka és a hivatástudat között mi lehet a különbség? Azt hiszem, hogy semmi! Minden beteg egy feladat az orvos számára, kicsit kihívás is. A gyógyítás nem művészet, nem hivatástudat. Szakmai gyakorlat.

Nem hiszek az orvostudomány, a gyógyítás elgépiesedésében, elembertelenedésben sem. Az orvos, az ember lelkiismeretében és felkészültségében hiszek, és ezek

szerint csak jó és rossz orvos van! Jó orvos az, aki lelkiismeretes munkát végez, a rossz orvos az, aki ezt nem teszi meg. A rossz orvosnak hiába emlegetem a hivatástudatát. Mennyivel jobb sorsa lenne az orvosnak a társadalomban, ha a gyógyítást is munkának, és csak munkának fogná fel, aminek *ára van!* Jobban járnánk egy földönjáró, realista, precíz, lelkiismeretes, speciális stb. orvoslás megvalósításával, mint egy misztikus és nem létező, csak kitalált hivatástudattal. Talán így más lenne az orvos—beteg—társadalom kapcsolat is!

Véress Sándor dr.

Az egészségügyi szakoktatás

T. Szerkesztőség! Igen nagy érdeklődéssel és egyetértéssel olvastam dr. Ulbing István „A betegápolás-gondozás aktuális kérdései” I—II. című kitűnő közleményét. (Orvosi Hetilap, 1992, 133, 353, 417.) A téma időszerűsége, jelentősége, a változtatás szükségessége és nehézsége ösztönzött arra, hogy felhívjam a figyelmet az egészségügyi szakoktatás néhány alapvető problémájára.

A Népjelölti Minisztérium II. Főosztálya meghirdette az Európa Tanács standardjai alapján új szakoktatási koncepció kidolgozását. Ez a munka az Egészségügyi Szakdolgozók Központi Továbbképző Intézete által felkért és koordinált szakmai bizottságok, munkacsoportok, az egészségügyi szakképző iskolák és intézmények véleményezésével, javaslataival együtt elkészült. A koncepció alapja: érettségire épülő 3 éves (?) szakképzés. Az áttérés az új oktatásra — a tervek szerint — az 1993/94-es tanévtől veszi kezdetét, de az egészségügyi szakközépiskolákban a jelenlegi képzés 2010-ig (?) érvényben lesz. Aggodalommal tekintek a jövő elé (közeli-távoli), mert úgy érzem, hogy a kimunkált ápolóképzés tantervének gyakorlati alkalmazásához rövid az idő a tisztességes felkészüléshez, valamint az új képzés általánossá tétele és kizárólagos gyakorlata még hosszú ideig várat magára. Félelmemet erősíti, hogy:

— Nem készült el az egészségügyi szakoktatás teljes körű jogi szabályozása, a jogházagok megszüntetése, létezésünk törvényre emelt garanciája.

— Nem egyértelműen rendezett az átmeneti időszak és ebben a szaktárca, az ETI, az önkormányzat (ahol a működés anyagi feltételét biztosítják), az egészségügyi Szakközépiskolák, valamint az egészségügyi intézmények egymást kölcsönösen erősítő (nem kioltó) felismerése, törekvése és akarata a gyakorlati megvalósításra.

— Nem garantált az egészségügyi szakoktatás iskolai bázisa (az 1975 előtt állóan működő egészségügyi szakiskolák a

megalománia áldozataként összevonásra kerültek a szakközépiskolákkal), a szakiskolák nyerjék vissza eredeti funkciójukat. Rendezzük a szakma képviseletét, felügyeletét, az oktatás tartalmát, az irányítást, a feltételek biztosítását, mindezeket a szaktárca garantálja kizárólagosan.

— Biztosított legyen a fogadókészség az átalakulásra: az önkormányzatnál, az iskolákban és az egészségügyi intézményekben.

— Az egészségügyi intézmények anyagi — tárgyi — személyi feltétele a biztonságos gyakorlati képzést segítse, ahol a tartós ápolóközpontú ismereteket az intenzív gyakorlat erősíti.

— A gyakorlati oktatás ne csak elvi támogatást jelentsen az egészségügyi intézmények részéről, de aktív részvételt, szemléletváltoztatást is.

— A fogadó egészségügyi intézmények kapjanak az oktatáshoz anyagi fedezetet, így igazíthatóak a személyi és tárgyi feltétel a tantervi követelményhez.

— A tantervek, a tankönyvek és egyéb oktatási segédanyagok az ápolást központi kategóriaként kezeljék, a tantárgyak ápoláscentrikusak legyenek, az alaptantárgyak a klinikumot csak annyiban tartalmazzák, amennyiben a megbízható, általános és szakápolást segítik és az elméleti-gyakorlati felkészülést biztosítják.

— Az egészségügyi szakiskola nem láthat el közoktatási feladatot az átmeneti időszakban sem!

— Az Egészségügyi Főiskola készüljön fel az egészségügyi szaktanár képzésre (egy-, ill. kétszakos).

E néhány felvillantott elvárás a teljesség igénye nélkül nem a „sokkal könnyebb bíráltni, mint helyesen cselekedni” gondolkodás váltotta ki, hanem az egészségügyi szakképzés jövőjét felelősen szemlélő, az egészségügyi szakoktatásban 3 évtizede dolgozóként írtam le, amit a fenti cikk tartalma és a jelenlegi munkám is motivált.

Porcsin Istvánné

T. Szerkesztőség! Köszönöm Porcsin Istvánné igazgatóhelyettes észrevételeit, amelyeket „A betegápolás-gondozás aktuális kérdései” című dolgozatomhoz fűzött. Egyúttal köszönöm azokat a hozzámmal küldött észrevételeket is, amelyekre az Orvosi Hetilap hasábjain nem tudok reflektálni.

Egyetértek a levélíróval: az ápolás egyik kulcskérdése az oktatás. Az oktatás egészét illetően döntöttem, hogy megteremtjük-e az eredményességhez szükséges feltételeket. Talán megjelenhet egyik folyóiratunkban annak a széles körű vizsgálatnak rövid összefoglalása, amelyben konkrét adatokkal próbálok igazolni, hogy az ápolás jelenlegi — nem kielégítő — helyzetéről jórészt a feltételek hiánya felelős. Ha az oktatás tervezett reformjánál nem lesz türelmünk kivárni a kedvezőbb körülményeket, átvesszünk — egyébként jó — modelleket anélkül, hogy megfelelő „infrastruktúránk” lenne, jövőhetetlen károkat okozhatunk.

A levélben felsoroltakon kívül számos kérdés tisztázatlan: milyen mennyiségi/minőségi igényt kell kielégíteni, reálisan mire vagyunk képesek, az ápolást-gondozást kikre akarjuk kiterjeszteni, milyen intézményi formákat működtetünk, milyen képzeteket akarunk indítani, hány ápolónót akarunk kiképezni? Egyetlen képzési formával akarjuk kielégíteni a vélhetően strukturált igényt? Mi lesz az ápolónő jövőbeni feladata, mire kell felkészíteni? Amíg ezek a kérdések nem tisztázhatók, nem lehet tanterveket, tananyagot készíteni. Utólag döntjük el, utólag szeszesszük meg? Lesznek alternatív képzési formák, képzési szintek? Hogyan épülnek ezek egymásra, hogyan illeszkednek be a közoktatás rendjébe, a szakképzés egészébe?

Hosszan lehetne sorolni a kérdéseket: lesz-e nővérvezetési rendszer, fognak-e tanulni az orvosegyetemen ápolástant, milyen lesz a felsőfokú ápolónőképzés és így tovább.

Nem titkolom aggodalmamat, hogy ha ezeket a kérdéseket most nem a súlyuknak, rangjuknak megfelelően kezelik, az oktatás természetéből adódóan a hatás csak hosszú évek múlva mérhető, ott, ahol hibát követünk el, csak későn és nehezen korrigálhatók. Kérdés, sikerült-e megnyerni az átalakuláshoz a legjobb szakembereket, biztosítani a szükséges anyagi hátteret, azt az erkölcsi szilárdságot, amely ellenáll az elvtelek kompromisszumok kötéséhez? A látványos eredményeket elérő országok bizonyítják, hogy a sikeres átalakuláshoz még a pangás éveiben is csak az oktatásra fordított jelentős erőfeszítések esetén van kilátás.

Ha gazdasági téren kötelező és a fejlett európai országokhoz csak szigorú feltételek teljesítése esetén zárkozhatunk fel, ez igaz kell hogy legyen a kulturális, tudományos vagy oktatási területen is. Rajtunk áll, hogy a csatlakozás jámbor óhaj marad, vagy képesek vagyunk megteremteni a jövő évezred embercentrikus betegápolásának egyik feltételét.

Ulbing István dr.

A szisztémásan rendeződő dermatosisok bipolaritása és annak fejlődéstani magyarázata

T. Szerkesztőség! Vannak bőrbetegségek, amelyek elemei sávos-vonalas elrendezésben lépnek fel, olykor féloldali, máskor kétoldali lokalizációval. Szemmel láthatóan valamilyen rendező elv szerint szerveződnek ekkor ezek a bőrelváltozások, és mutatkoznak ebben a sajátos alakzatban a köztakarón. A szisztémásan rendeződő dermatosisok iskolapéldája az övsömör, melynek a csoportokban álló vesiculái és bullái a dermatomák rendszerét követik. A bőr vonalrendszerei közt emeltet ismerjük még a bőr hasadási vonalainak (sulci cutis) és a szőrörvényeknek (flumina pilorum) a szisztémáját is, ritkán ezek is szerepet játszanak abban, hogy meghatározzák a der-

matosisok elemeinek elhelyezkedését és alakzatát, vagy egyes elemeinek alakját.

Egyes anyajegyek szintén lehetnek vonalas lefutásúak, de közben olyan vonalrendszert követnek, amely eltérő mind a dermatomák, mind a hasadási vonalak, mind a szőrörvények rendszerétől. *Blaschko* epidermális naevus esetei konfigurációja alapján egy olyan vonalrendszert állított össze még 1895-ben, amelyben sémásan, általánosítva ábrázolta lefutási rendszerüket. Anyajegy-vonalaknak, naevus-vonalaknak is nevezzük e szisztémát. *Blaschko* úgy írta le eredetileg a naevus-vonalakat, hogy azok a háti középvonalból kiindulva úgy tartanak az elülső középvonal felé, hogy először a hátán V, az oldalakon pedig fekvő S betűket formáznak (1).

Az utóbbi években több olyan féloldali lineáris lefutású epidermális naevus esetet észleltem, melyek elemeinek a lefutása a köldök felé irányult, miután a háti középvonal egyik pontjából — ez leggyakrabban az ágyéki szakaszra esett — eredt. Darier-kóros eseteket is megfigyelhettem, kétoldali lokalizációval, amelyek bőrelváltozásai szintén ilyen bipolaris rajzolatot írtak le, azaz az ágyéki pólusból a köldök felé irányuló sávot alkottak. E megfigyeléseimről az Orvosi Hetilap hasábjain be is számolhattam. Találtunk már olyan övsömörös eseteket is, melyek sávokká rendeződő csoportos vesiculái-bullái szintén a köldök felé irányultak, elhajolva attól a segmentumtól, melyben előbb haladtak (3, 4, 5).

Megfigyelésem szerint a naevus-vonalrendszernek és a dermatomák szisztémájának közös sajátossága, hogy bipolaris jellegű is lehet. Azaz, két pólus, a háti középvonal egyik pontja (gyakran ez az ágyéki szakaszra esik) és a köldök közt is futhatnak az esetek egy részében a dermatosisoknak csíkba, sávba rendeződő elemei.

Ha a szisztémás elrendeződésű dermatosisok bőrjelenségei bipolaris lefutásúak is lehetnek, úgy a bőrszerv bipolaris kifejlődése is valószínűsíthető. Abból, hogy a köldök felé is tarthatnak a lineáris epidermális naevusok, valamint az övsömör hólyagcsás kiütései, arra következtethetünk, hogy akkor, amikor az embrionális lét első heteiben kialakul a hasnyélből a köldökzsinór, a bőrszervet kialakító sejtklónok is a hasnyál, a köldök felé igyekeznek sorjázni. Ennek a fejlődési formának a rudimentumai a lineáris anyajegyek, mutált sejtek klónjai válnak így láthatóvá naevusként.

Ha a bőr fejlődési vonalait egy gömb felszínén képzeljük el, tehát azon a mértani alakzaton, amely az adott térfogat mellett a legkisebb felszínre kepezi, minden egy csapásra egyszerűsödik. Az egyik pólusban osztódó sejtek (ez a köztakaró teljes kifejlődésekor a háti középvonal ágyéki szakaszára kerül) származéksejtjei a köldök felé tartva a legrövidebb utat teszik meg. A sejtklónok a gömbfelszínen úgy sorjázna egymás mellett, mint a Földön az Északi-sarkból a Déli-sarkba tartó hosszúsági vonalak.

A petesejt, a zygota, a morula, a blastula mind-mind gömbalakú, de maga az embrió

is még a méhen belüli élete első heteiben a gömbhöz közel álló mértani alakzatot képez.

A szelvényezett fejlődési modellt előzi meg ez az ősi, gömbfelszínen bekövetkező bipolaris fejlődési mód az egyedfejlődés során. Ennek a fejlődéstani rudimentumai azután azok a viszonylag ritkán megfigyelhető lineáris anyajegyek, melyeknek csíkjai-sávjai bipolarisan futnak. Emellett tesznek tanúságot a bipolaris elrendeződést mutató szisztémás dermatosisok is.

Gehring, W. J. fejlődéstani elméletével összhangban áll a bőrszerv kifejlődésének két központ közt való elképzelése (2). Már a koncepciónál megvan a bipolaritás. Az a pont, ahol hímszírasejt behatol a petesejtbe, alkotja az egyik pólust. A másikat pedig a gömb alakú zygota ellenoldali leg távolabbi pontja. Itt, ezen a póluson kezdődnek el a sejtoszlások, innen törek-szenek az osztódó sejtek származéksejtjei a másik pólus irányába, a köldök felé. Az aztán, hogy az embrionális lét első napjaiban, heteiben mutációt elszenvedett sejtek sejt-sorai lineáris naevusként láthatóvá is válnak a köztakarón, az a Lyon-effektus alapján magyarázható.

IRODALOM: 1. *Blaschko, A.*: Die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut, Braumüller, Wien und Leipzig, 1901. — 2. *Gehring, W. J.*: Az egyedfejlődés molekuláris alapjai. Tudomány, 1985, 1, 3/115—124. — 3. *Nagy Gy., Glöckner, B., Biczó Zs.*: A naevus-vonalak bipolaritása és fejlődéstani jelentőségük. Bőrgy. Vener. Szle, 1988, 64, 193—199. — 4. *Nagy, Gy., Glöckner, B., Biczó, Zs.*: Sur la bipolarité des de naevus. Ann. Dermatol. Venerol., 1988, 115, 351—352. — 5. *Nagy Gy., Szabó M., Nyírő I.*: Darier-kóros eseteink genetikai és fejlődéstani elemzése. Orv. Hetil., 1990, 131, 469—473.

Nagy Gyula dr.

KLION rektális alkalmazásának humán tapasztalatai

T. Szerkesztőség! A különböző tudományágak művelőiként, de valamennyien egy cél érdekében hasznosítjuk tudásunkat, nevezetesen a korszerű gyógyítást szolgáljuk. Munkánk így interdiszciplináris jellegű, melyből ezúttal csak a humán vonatkozásokról óhajunk beszámolni.

Ismeretes, hogy a metronidazol KLION® néven 7-féle gyógyszerformában a budapesti Richter Gedeon Rt. hozza forgalomba. A metronidazol molekula felszívódása, hatása, mellékhatása, kiválasztódása, adagolása, toxicitása teljes mértékben ismertnek tekinthető (1, 2). Ezek alapján a sebészeti műtétekkel kapcsolatos terápiás igények, konkrétan az appendektomiát követő suppuratív előfordulásának százalékos csökkentése érdekében kooperációs tevékenységet folytattunk. A Dunaújvárosi Kórház Sebészeti Osztályán

gyűjtöttünk humán tapasztalatot azokkal a rektálisan alkalmazott KLION kúpokkal, amelyek a Dunaújvárosi Kórház Gyógyszertárában, a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Gyógyszertechnológiai Intézetének közreműködésével készültek.

Az anaerob kórokozók leküzdésében a metronidazol több gyógyszerformában is hatékony (3, 4), de a végbélkúp jelenleg is hiányzik. Rektális alkalmazásra in vitro kísérleti úton így egy olyan végbélkúp-összetételt dolgoztunk ki, amely megfelel az előzetes elvárásoknak (5–8). A kúpokban 1,0 g metronidazol szuszpendáltunk, melynek felszabadulását mikrobiológiai módszerrel és membrándiffúziós eljárással követtük nyomon. A kísérleti összetételek közül optimális vehikulumnak minősítettük a Witepsol W 35 masszát, vagyis az Adeps solidus 50-et, mely 0,5% szójalecint is tartalmazott.

Humán tapasztalatok összesítése. A vakbélműtéteket követő gennyeseledésekből vett kenetek alapján ismeretes, hogy a bűzös-gennyes váladék képződésének elsődleges kórokozója a *Bacteroides fragilis*. A metronidazol specifikus ellenszere az anaerob mikroorganizmusoknak, így az általunk készített végbélkúpok alkalmazásával új lehetőséget láttunk a hasi, ill. a vakbélműtétek utáni suppurációk visszaszorításában.

1981–87 közötti időszakban a Dunaújvá-

rosi Kórház Sebészeti Osztályán 1793 appendectomia elvégzésére került sor. Az I. periódusban (1981–83 között) a gyógyszeres terápia során az operált betegek nem kaptak rektálisan KLION-t, továbbá nem, vagy csak részben részesültek antibiotikum kezelésben méghozzá parenterális gyógyszerbevitel révén. Ebben a periódusban appendectomiával operált 919 beteg közül végül is 44 esetben volt suppuratio tapasztalható, ami 4,8%-ot tett ki.

A II. periódusban (1984–87 között) az antibiotikus terápiában lényeges változás történt, ugyanis kivétel nélkül minden vakbélműtetre kerülő beteg metronidazol prevencióban részesült. Általában a műtét előtt 1 órával, majd a műtét után ismételtén a betegek 1,0 g metronidazol tartalmú végbélkúpokat kaptak. Ebben a négyéves periódusban 874 operációt követően suppuratio már csak 14 esetben fordult elő! Ez kedvező irányú, szignifikáns változást jelent, hiszen mintegy harmadára (1,7%-ra) csökkent a gennyeseledések száma.

A metronidazol rektális alkalmazásának előnyei alapján a KLION végbélkúpok üzemi előállítását a Richter Gedeon Rt. figyelmébe is ajánlottuk. Így a rektális kúppal nemcsak eggyel növelhető a KLION termékek száma, hanem új terápiás gyógymód révén a szerzők nagyszámú beteganyagon igazolták, hogy az appendectomia prae- és postmedicatiójában a metronidazol végbél-

kúpok alkalmazása szélesebb körben is feltétlenül indokolt.

IRODALOM: 1. *Goodmann and Gilman's: The Pharmaceutical Basis of Therapeutics*. Eighth Ed. Pergamon Press, New York, 1990, p. 1002. — 2. Martindale. *The Extra Pharmacopoeia*. Ed. 29. Pharmaceutical Press, London, 1989, p. 666. — 3. *Knoll J.: Gyógyszertan*. Medicina, Budapest, 1987, p. 791. — 4. *Graber H.: Az antibiotikum-kezelés gyakorlata*. Medicina, Budapest, 1990. — 5. *Baradnay Gy., Nagy A., Zöllei I., Petri G.: Anaerob fertőzések megelőzése metronidazollal (KLION) a vastagbélsebészetben*, Orvosi Hetilap, 1981, 122, 2075. — 6. *Clemens M., Dobrai I., Szentés G., Szatmári S., Farkas J.: Az appendektómiák szeptikus szövődményeinek metronidazol profilaxisa és terápiája*. Orvosi Hetilap, 1985, 126, 3203. — 7. *Pharmacopoea Hungarica* Ed. VII. Medicina, Budapest, 1987, p. 1164. — 8. *Regdon G., ifj. Regdon G.: Segédanyagok biofarmáciai jelentősége a gyógyszerrendelésben, különös tekintettel a rektális gyógyszerbevitelre*. Orvosi Hetilap, 1991, 132, 629.

Regdon Géza dr.
Várfoldi Tamás dr.
Jakab Ildikó dr.
Bándi Domokos dr.

A 18/1991.(XI. 5.) NM rendelet a gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról előírja a gyógyszer rendelésére szolgáló vény alaki kellékeit.

Az orvost vénnel a munkáltató látja el. Az új rendelet 1991. december 1-jétől érvényes.

Mi elkészítjük és utánvételt megküldjük az Ön (Önök) részére a rendeletnek megfelelő (térítésmentes, térítésköteles, pro familia) gyógyszerek rendelésére alkalmas vényeket 800,— Ft/1000 db + ÁFA áron + postaköltség.

Várjuk megrendelésüket:

SZENZOR Számítóközpont Kft.

1134 Budapest, XIII., Lehel u. 11.

Telefon: 140-1539

Telefax: 120-2439

Telex: 202659

A vény elkészítéséhez szükséges adatok:

1. Az orvos munkáltatója, munkahelyének címe, telefonszáma.
2. Magángyakorlatot folytatóknál: az orvos neve, rendelőjének címe, telefonszáma, magángyakorlatra jogosító engedély száma.
3. Vállalkozás keretében működőknél: a vállalkozás bejegyzett neve, címe, telefonszáma és az egészségügyi tevékenység folytatására jogosító engedély száma.
4. Nyugdíjas, nem gyógyító tevékenységet folytató, nem dolgozó orvos: nevét, lakcímét, telefonszámát.

PHARMAInfo

**GYÓGYSZERINFORMÁCIÓS
INTERAKCIÓS
SZAKÉRTŐI**

RENDSZER

**A MAGYARORSZÁGON törzskönyvezett és
forgalomba hozott hazai és külföldi
gyógyszerkészítmények teljes ismeretanyaga.**

Alkalmazási előirat szöveghű tartalma

(Hatás, Javallat, Ellenjavallat, Kölcsönhatás,

Mellékhatás, Adagolás, Figyelmeztetés)

Gyógyszernév	Gyógyszerinterakciós
Gyógyszerforma	adatbázis
Kiszerelés	Gyógyszerkölsönhatások
Összetétel	elemzése több egyidejű
Gyártó	alkalmazás esetében
Törzskönyvi szám	Rendszeres (havonkénti)
Hatástani csoport	adatállomány-aktualizálás
Atc kód	Orvosi szótár,
Hatáserősség	Szinoníma szótár,
Rendelhetőség	szövegszerkesztő, kalkulátor,
Fogyasztói ár	cím- és telefonregiszter
T.B. támogatás	

Gyors, Pontos, Naprakész!

NOVODATA

Számítástechnikai Részvénytársaság

1126 BUDAPEST, DERKOVITS U. 3. / TELEFON: 156-9655 / FAX: 156-4494

BESZÁMOLÓK

A cholestaticus májbetegségek — új terápiás vonatkozások. Wiesbaden, 1992. április 27.

A mindössze félnapos konferenciát Wiesbadenben tartották, 1992. április 27-én. A konferencia célja az volt, hogy összefoglalja a cholestaticus májbetegségekről szóló ismereteket és megjelölje azon terápiás lehetőségeket, mellyel a betegséget gyógyítani, illetve kezelni lehet. Ezt a konferenciát a Falk Foundation szervezte.

Az üléselnöki teendőket U. Leuschner professzor látta el. K. von Bergmann előadásában kiemelte, hogy az intrahepaticus cholestasis három csoportba sorolható: 1. a hepatocyták specifikus elváltozásai által létrejött cholestasis (a hepatocyták primaer funkciós zavara, mely csak elektronmikroszkóposan, illetve biokémiai módszerekkel mutatható ki), 2. parenchymás és ductularis elváltozások által kialakult cholestasis (a hepatocyták necrosis, másodlagos gyulladásos folyamatok, a kis epeutak gyulladása és elzáródása). Ezen folyamatok fénymikroszkóppal és kiegészítő biokémiai vizsgálattal mutathatók ki, 3. intrahepaticus mechanikus elzáródás által létrejött cholestasis (a portalis regio veleszületett vagy szerzett megbetegedései). Ezekben az esetekben a májbiopsiás histológiai vizsgálat sok információt, gyakran direkt diagnózist ad. Lymphoma, sarcoido-

sis, micronodularis májsejtcarcinoma, cholangiocarcinoma, intrahepaticus epeútatrophia vagy hypoplasia tartozik ide.

K. P. Maier a primaer biliaris cirrhosis (PBC) és a primaer sclerotizáló cholangitis (PSC) klinikai lefolyását ismertette. PSC-ben, amennyiben az tüneteket okoz, a betegek 40–50%-a 6 éves időtartamon belül, kezelés nélkül meghal. A halál oka sok esetben primaer epeút carcinoma, mely a PSC következtében alakul ki. P. A. Berg a PBC korai és késői diagnosztikai lehetőségeiről számolt be: a korai fázisban anti-M2 és anti-M4-antitest mutatható ki, míg a betegség középső fázisában négy különböző AMA-profil identifikálható: profil A: anti-M9 pozitív, profil B: anti-M9 és/vagy anti-M2 pozitív, profil C: anti-M2, -M4 és -M8 pozitív ELISA technikával, profil D: anti-M2, -M4 és -M8 pozitivitás van ELISA technikával és komplementkötési reakcióval. A szerző szerint a betegség leghosszabb lefolyási ideje 10 év, kezelés nélkül. Vizsgálataik szerint az ursodesoxycholsav (UDCA) kezelés elsősorban a profil A és B csoportokban a hasznosabb.

Az UDCA kezelés hatásmechanizmusáról A. Stiel számolt be: 1. az UDCA gátolja a betegekben az endogen epesav kiválasztását a vékonybél ileumának területén, 2. az UDCA elősegíti a toxikus (hydrophob) epesavak eltávolítását, és 3. a hepatocyták HLA-I-expressiójának csökkenését. Ez utóbbinak jelentős szerepe van a betegség immunpathomechanizmusában. Az UDCA kezelést U. Leuschner adatai szerint helyes minél korábban elkezdni. Eredményei sokkal jobbakká voltak az I–II. stádiumban,

mint a III–IV. stádiumban. Véleménye szerint, ha a betegséget felismerték, a kezelést alkalmazni kell egész életén át. Így a súlyos szövödmények, mint a betegség gyors progressiója, oesophagus varixok, ascites, megelőzhetők.

Az UDCA kezelést R. Raedsch colchicin terápiával egészítette ki. Eredményei azt mutatták, hogy a colchicin az UDCA kezeléshez képest semmi további javulást a serum transaminase aktivitás, alkalikus phosphatase, bilirubin szint vagy a klinikai tünetekben, mint a viszketés, nem eredményezett. Az UDCA kezelés hatásosságáról számolt be gyermekkori cholestaticus májbetegségekből J. Cotting Lausanne-ból. S. Güldütuna több májbetegségcsoportban alkalmazta az UDCA kezelést és összefoglalta az irodalmi adatokat. CAH-ben a kezelés a cholestaticus enzimek gyors csökkenéséhez vezet, de a vírusos eredetű hepatitisekben a seroconverziót nem befolyásolta, mint például az interferon. Alkoholos cirrhosisban ugyancsak javulást okozott az enzim aktivitásban. Májtransplantált betegekben a kilökődési reakcióra nem volt hatással.

Mindent összevetve megállapítható, hogy az UDCA kezelés nemcsak a cholesterin tartalmú epehólyag kövesség egyes eseteiben, valamint az ESWL kezelés kiegészítő terápiájaként, hanem PBC-ben és PSC-ben, továbbá CAH-ben és alkoholos cirrhosisban is kezelési lehetőségként áll rendelkezésünkre.

Fehér János dr.

MOTESZ-Fórum

Az egészségügyi rendszer reformjának aktuális kérdéseiről

Kérdések és válaszok — II. rész

Kérdés: Nem orvos magánvállalkozások finanszírozására milyen elképzelések vannak (például betegszállítás, ügyeleti szolgálat sofőrje stb.)?

Válasz: Az ügyeleti szolgálat önkormányzati feladat most még, ezért kivétel. A betegszállítás az a fajta mentőszállítás, amely csak a beteggel foglalkozik, mindig egyedi elbírálás alá tartozik, részben a társadalombiztosítás kompetenciájából.

Kérdés: Üzemegészségügyi törvény mikorra várható?

Válasz: Az egészségügyi törvénynek ez egy csatlakozó törvénye lesz. Viszont a közeljövőben várható, hogy a munkavédelmi törvényben benne lesz, hogy minden munkahely kötelezően foglalkozás-egészség-

ügyi szolgálatot tart fenn, vagy bérli a szolgálatot, ha kisebb a dolgozói létszám.

Kérdés: Honvédségi állományban lévők hová adhatják le a kártyát?

Válasz: A honvédségi állományban lévők is megkapják a biztosítási kártyákat. A Honvédségnek nincs olyan belső utasítása, hogy honvédségi alkalmazott csak honvédségi orvoshoz adhatja le a kártyát. De ott, ahol van honvédségi rendelő, orvos, ott leadhatják a honvédségi orvoshoz. A besorozott állomány orvosi ellátásával nincs gond, mert ők megkapják az egészségügyi biztosításukat. Másokat el kell látni, ha nem adják le a kártyát, akkor ugyanúgy be kell venni az ambuláns forgalomba, mint ahogy például a nyaralót.

Kérdés: Belügyminisztériumi munkálta-

tónál dolgozó, minden feltétellel rendelkező általános szakorvos fogadhat-e el kártyát?

Válasz: A belügyből 60 orvos számára kérik azt a lehetőséget, hogy ugyanolyan háziorvos legyen, mint bárki más, de nem mindenki számára, hanem csak a belügyi dolgozók és azok legközelebbi hozzátartozói számára. Itt nem területi, hanem foglalkozásellátási szűkítés van. Belügyi háziorvos nem fogadhat el az állampolgároktól kártyát. A belügyi dolgozó bárhol leadhatja a kártyát, de ahol van BM orvos, ott ragaszkodnak ahhoz, hogy ő lássa el. BM dolgozót bárki táppénzre vehet, de neki azonnal jelentkeznie kell a táppénzre vétel után a belügyi orvosnál, mert más táppénznormákban dolgozik. Viszont polgárok nem adhatnak le kártyát a belügyi orvoshoz,

mert őt nem teljesítmény alapján finanszírozzák.

A Társadalombiztosítási Főigazgatóság álláspontja ezzel kapcsolatban: Mivel minden BM dolgozó biztosított, bárhol leadhatja a kártyáját. Azt a belügyminisztériumi munkáltató megteheti, hogy kiköt bizonyos táppénzrevizori jogokat, de a társadalombiztosítás nem kíván a teljesen rendszeren kívül működő rendőrorvosi hálózattal szerződést kötni, ugyanis a BM rendőrorvosi hálózat nincs benne a társadalombiztosítás finanszírozási rendszerében.

Kérdés: A MÁV biztosítottak hol adhatják le a kártyát?

Válasz: A MÁV biztosítottak leadhatják a kártyájukat a háziorvosi rendszerben, és semmiféle hátrányuk nem származik ebből. Ha tehát a háziorvosnál MÁV biztosított szelvény van, ugyanaz a lehetősége, mint a MÁV orvosnak (tehát beutalhat például MÁV szakorvosi rendelőbe stb.).

Kérdés: Ha valaki begyűjtötte a kártyát, de kiderül, hogy nem jogosan, mi a teendője?

Válasz: A Társadalombiztosítási Főigazgatóság Felügyelő Bizottságának állásfoglalása az, hogy fel kell hívni valamennyi magyar orvos figyelmét arra, hogy aki illetéktelenül adott le kártyát, köteles a visszajuttatásáról gondoskodni (Felügyelő Bizottság 17. számú állásfoglalása).

Kérdés: Üdülőhelyek lakossága az üdülési szezon idején sokszorosára nő. Kötelezhető-e az orvosok, akik háziorvosként szerződést kötöttek az önkormányzattal, hogy ezt a populációt is ellássák, vagy az önkormányzat kötelessége, hogy e plusz feladatra plusz személyek felvételéről gondoskodjék?

Válasz: Az üdülőhelyek lakossága kétféle módon oszlik meg. Elvileg leadható itt is a kártya, ha hosszabb időt tölt itt az állampolgár. Ha nem kártyát leadó üdülővendégről van szó, akkor az ilyen betegek ellátásáért év végén részesedik az orvos. Finanszírozás szempontjából nyilván az az előnyösebb, ha több a beteg. Nem valószínű meg az a korábbi elképzelés, hogy maximum vagy minimálisan legyen az a beteglétszám, amelyet elfogadhat egy háziorvos. A teljesítményfinanszírozás helyett egy fejkóta finanszírozás lépett be.

Kérdés: Nem lenne-e célszerű az orvosok minimálbérét meghatározni?

Válasz: Pillanatnyilag a háziorvos minimálbére végső soron az a bázis, az 1991. december 31-i, amelyet 1992-ben akkor is megkap, ha — területi ellátási kötelezettséget vállaló orvosról van szó — egyetlen kártyát sem gyűjtött. Nyilvánvaló, hogy ez a bizonyos bázis, valamint a változó bér jelenlegi aránya mindenképpen mozog, és biztos, hogy nem a bázisfinanszírozás irányában, hanem ellenkező irányban, tehát jobban közelíti a piaci helyzetet.

Kérdés: Ha az önkormányzat alkalmazásában álló orvos vállalkozó lesz, magánrendelőt nyit, az önkormányzattal kötött

szerződést felmondja, kérdés, hogy magával viheti-e a kártyákat vagy sem: azaz a kártya a praxisé vagy az orvosé?

Válasz: Ha területi ellátási kötelezettséggel bír, az önkormányzattal szerződésben vagy munkaviszonyban álló orvostól van szó, akkor az teljes mértékben a praxisé. Nyilvánvaló, ha közben vállalkozó típusú orvossá válik, bármilyen módon, abban az esetben már a kártya úgy a praxisé, hogy az övé, tehát nála magánál van, ott marad.

A háziorvosi szolgálat keletkezésekor nem döntötte el, hogy milyen prioritásokat mutat, azonban a jogszabályokból a prioritások kiolvashatók, hiszen részben az önkormányzati törvénynek megfelelően, részben a jelenlegi háziorvos kollégák védelmében a területi ellátási kötelezettség prioritását vállalta fel. Éppen ezért következik ebből, hogy az összes többi kolléga, aki már nem a területi ellátási kötelezettség szerint, illetve nem az önkormányzattal szoros munkaviszonyban vagy közvetlen szerződéses viszony alapján tartozik a rendszerhez, bizonyos értelemben esélyegyenlőtlenséggel találja magát szemben.

Kérdés: A munkáltató köteles-e a nyomtatványokat biztosítani a háziorvosi szolgálat számára?

Válasz: A munkáltató köteles a munkafeltételeket biztosítani, így értelemszerűen ez is munkáltatói feladat. Természetesen, akinek nincs munkáltatója (vállalkozó), az saját maga köteles a nyomtatványok beszerzéséről gondoskodni.

Kérdés: Ha a munkáltató sem területi pótlékot, sem rendelőfenntartási hozzájárulást nem fizet, és nem vállalja orvosának felelősségbiztosítását, mi a teendő?

Válasz: Ez kettőjükre tartozik, a munkáltatóra és a munkavállalóra. Ennek bármiféle rendezési formája nem lehet a társadalombiztosítás feladata.

Kérdés: Elkészült-e a keresőképtelenséggel kapcsolatos új szabályozás?

Válasz: Jelenleg még nincs módosítás. Konkrétan erre az esetre is, de általában is igaz, hogy amíg egy jogszabályt nem helyeztek hatályon kívül, addig az a jogszabály életben van akkor is, ha ellentétben van (átmenetileg) az egyéb jogszabályokkal. Tehát addig, amíg nem változtatják meg a keresőképtelenséggel kapcsolatos jogszabályt, a keresőképtelenséget azok bírálják el, akik eddig is elbírálták, ennek lényege, hogy a társadalombiztosítás erre fog táppénzt folyósítani. A gyermek betegsége esetén is ugyanúgy megy, ahogy eddig.

Kérdés: Üzemegészségügyben a szerződéskötés csak egyénileg történik vagy intézményi szinten is?

Válasz: Az üzemorvos két dolog között választhat: elvileg lehetősége van háziorvossá válni, illetve maradhat üzemorvos a szónak a klasszikus értelmében, ezért a szerződéskötést annak az üzemorvosnak kell megtenni egyéni módon, aki háziorvossá akar válni. Ez az egyéni szerződéskötés tehát azt jelenti, hogy vállalkozó típusú orvos lesz, annál is inkább, mivel területi

ellátási kötelezettséget nem von maga után ennek a praxisnak az ellátása.

Az üzemorvosokkal kapcsolatban bonyolult a helyzet. Vannak olyan üzemorvosi szolgálatok, amelyekhez a társadalombiztosítás térítést nem ad, mert ezeket az üzemek tartják fenn. Vannak olyan szolgálatok, amelyek részben társadalombiztosítási, részben üzemi forrásból finanszírozottak. Vannak olyan szolgálatok, ahol valamelyik egészségügyi intézmény az üzemorvos munkáltatója, de a rendelőt a munkahely, az üzem adja. A szerződéskötést az bonyolítja, hogy valóban lehet azt választani, hogy az üzemorvos átalakul háziorvossá (ez azoknál célszerű és érdemes, akik üzemi körzetszerű működésben dolgoztak eddig). A másik lehetőség, hogy marad az üzemorvos, de szerződik, ebben az esetben viszont mindig az köti a szerződést, aki munkaviszonyban alkalmazza az illető orvost. Ha ez például egy intézmény, akkor az intézmény köti a szerződést, ekkor viszont szükséges annak a nyilatkozata, aki a rendelőt birtokolja, hogy megengedi a rendelő ilyen módon történő használatát. Ez a nyilatkozat nem formális, mert lesznek olyan munkáltatók, akik nem fogják megengedni a rendelő használatát.

Kérdés: Létezik-e olyan változat, hogy a főállású üzemorvos, akinek van egy munkáltatója, a főállásán kívül magánvállalkozói igazolványt is kívánt és kiegészítő tevékenységként magánvállalkozásba kezd, és mint magánvállalkozó, egyénileg is szerződik a társadalombiztosítással háziorvoslásra?

Válasz: Ez a változat nem felelne meg a jogszabályi feltételeknek. Gyakran felmerül a kérdés, hogy miért nem válhatnak valamilyen módon részállásban stb. néhány kártya erejéig rendelőintézetben, kórházban stb. dolgozó kollégák háziorvossá.

Az egész háziorvosi rendszer a kétpólusú magyar egészségügy megteremtésének koncepciójából fakad. Az egyik pólus egyértelműen a háziorvos. A jogszabály tartalmazza azokat a megszorításokat, amelyek alapján a háziorvos fogalma definiálható. Ha ezt nem tette volna ilyen erőteljesen, akkor a két rendszer közötti átmenet egy rendkívül széles skálán folytatódna. A jogszabály szerint tehát csak főállású háziorvos képzelhető el. A jogszabály viszont nem szól arról, hogy ha valaki elkötelezte magát és sikerült is neki a társadalombiztosításon keresztül háziorvossá válni, ne lehetne mellékállása, részállása. Ezt nem tiltják meg neki, csak fordítva lehet.

Kérdés: A helyettesítés finanszírozása hogyan oldható meg?

Válasz: A helyettesítés finanszírozási része — ahol az önkormányzat foglalkoztatja a háziorvost — benne van a bázisköltségben. Sajnos a vállalkozó háziorvos esetében egyértelműen írja elő a jogszabály, hogy önmagának kell a finanszírozási és szakmai oldalról is megoldani a helyettesítést.

SEGÍTÜNK, HOGY DÖNTSÖN. HA DÖNTÖTT, SEGÍTÜNK.

P.raktizáló
O.rvosi
R.endszerek
T
É
K
A

SZOLGÁLTATÁSAINK:

- GAZDASÁGI TANÁCSADÁS A PRAXISVÁLTÁSHOZ
- RENDELŐ TERVEZÉSE, BERENDEZÉSE
- MŰSZEREK, ESZKÖZÖK HÁZIORVOSOKNAK ÉS SZAKORVOSOKNAK MEGRENDELÉSRE
- SZÁMÍTÓGÉPES RENDSZER TELEPÍTÉSE
- ADATRÖGZÍTÉS
- GAZDASÁGI, JOGI, KÖNYVELÉSI TANÁCSADÁS

P R O M A N

Gazdasági Tanácsadó Kft.

2030 Érd, Csurgói u. 25. Tel. & Fax: (0623) 45-887

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
- Véranalizátorok
- Intelligens EKG-készülékek
- Szemfenéktükrök
- Elektromos akupunktúrás kezelők
- Spiroanalizátorok
- Fogászati kezelőegységek
- Fogászati anyagok
- Anaesthesiológiai berendezések
- Órzómonitorok

INTERCOOPERATION RT
(Member of Getz Corporation USA)
Műszer- és Orvostechnikai Osztály

Budapest, VIII., Gyulai Pál u. 13. Tel.+Fax: 138-3371 / Nyírjesy Gyula mérnök-üzletkötő

A Hayashi Denki Co. által gyártott HADECO ES-100X Mini Doppler ultrahangos véráramlásmérő készülék és az AIKA Medical Corp. anaesthesiológiai készülékeinek magyarországi kizárólagos forgalmazója: INTERCOOPERATION RT.

RITKA KÍNÁLAT:

ami az egészségügyi alapellátáshoz nélkülözhetetlen,
gyógyászati segédeszközök, orvosi műszerek
széles választéka

a Gyógyászati Segédeszközök Gyára
és az ALLEGRO W. D. H. Kft. üzletében.

1137 Budapest, Pozsonyi út 20. Telefon: 129-5442

ELOHÄST



A HUNGAROPHARMÁTÓL
MÁR BESZEREZHEŐ



*izotóniás konyhasó oldatban
6% hydroxyaethyl-keményítő*

200 000/0,60–0,66

**TERÁPIÁS HAEMODILUTIO
VOLUMENPÓTLÁS**

Leopold Pharma
Ges.m.b.H.

Elohäst-infúziós üveggalack, infúziós műanyagpalack. Összetétel, ionok 500 ml-ben (mmol): Na 77, Cl 77,30 g hydroxyaethyl-keményítő (mol. súly = kb. 200 000, moláris substitutio 0,60–0,66) aqua ad injectionem ad 500 ml; pH érték: 5,0–7,0; ozmolaritás 308 mosm/l.

Felhasználási terület: volumenhiány (hypovolaemia) és shock (pl. operációknál, sérüléseknél, égéseknél, fertőzéseknél) kezelésére és prophylaxisára. Terápiás isovolaemiás haemodilutio.

Ellenjavallatok: súlyos és pangásos szívelégtelenség, veseelégtelenség oliguriával és anuriával, súlyos véralkadási zavarok, afibrinogenaemia és haemorrhagiás diathesis, hypervolaemia, hyperhydratio. Ajánlatos az óvatosság égések esetén, májbetegségeknél és allergiára hajlamos egyéneknél.

Gyártja a Leopold Pharma / Graz, Austria

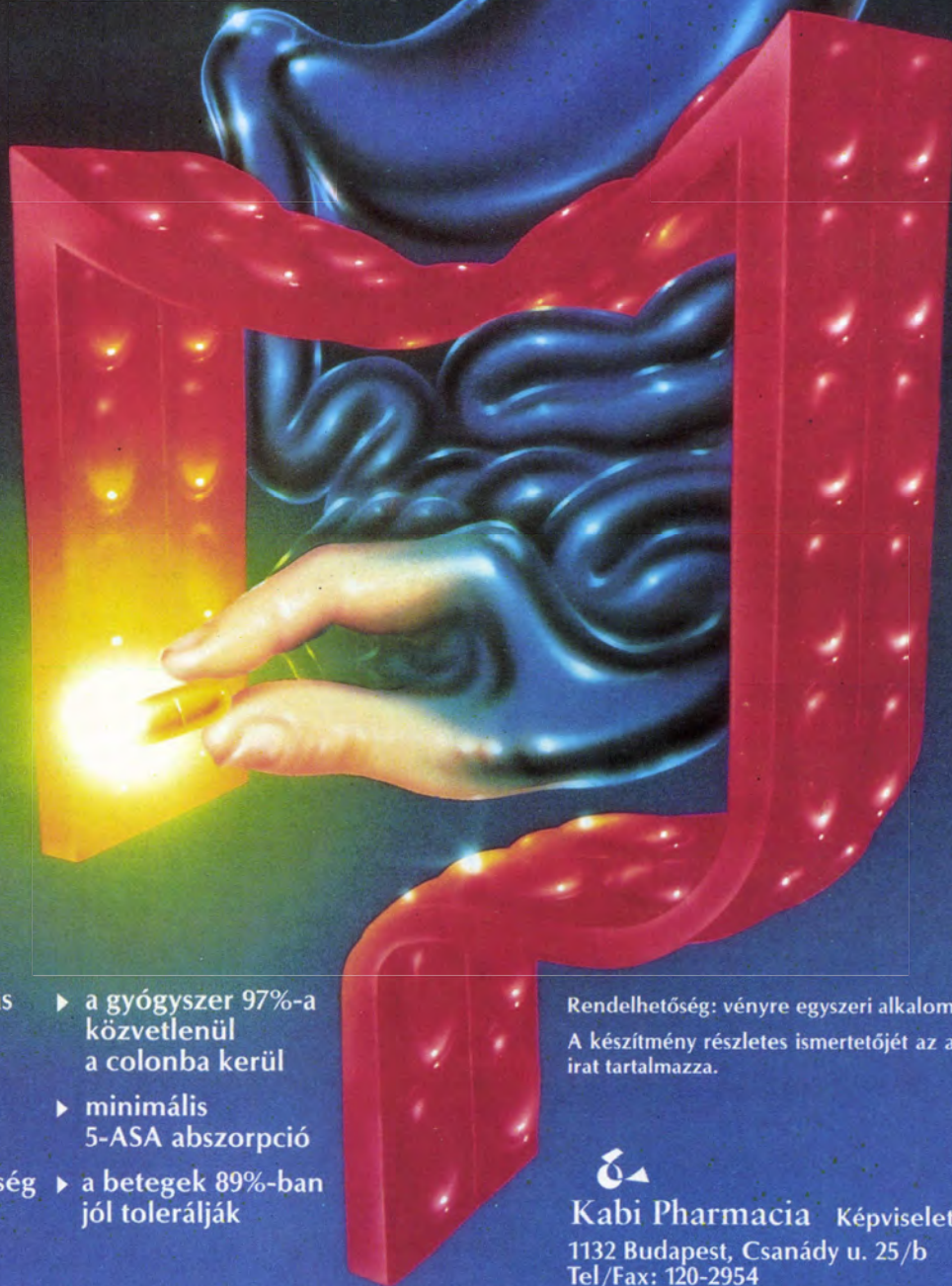
Képviselet Magyarországon:

Inthera AG Magyar Kereskedelmi Képviselet
1124 Budapest XII., Dobsinai u. 6/b.
Telefon/Fax: 155-8840



ÚJ DIMENZIÓ A COLITIS ULCEROSA TERÁPIÁBAN

Dipentum[®]
(olsalazine)
250 mg kapszula



- Specifikus hatás** ▶ a gyógyszer 97%-a közvetlenül a colonba kerül
- Biztonság** ▶ minimális 5-ASA abszorpció
- Jobb életminőség** ▶ a betegek 89%-ban jól tolerálják

Rendelhetőség: vényre egyszeri alkalommal kiadható.
A készítmény részletes ismertetőjét az alkalmazási előírat tartalmazza.



Kabi Pharmacia Képviseleti Iroda
1132 Budapest, Csanády u. 25/b
Tel/Fax: 120-2954

Kabikinase[®]

(streptokinase)

250 000 NE
1 500 000 NE



Javallatok

- Akut miokardiális infarktus
- Mélyvénás trombózis
- Akut masszív tüdőembólia
- Embólia vagy trombus által keletkezett akut arteriális elzáródások
- Rögképződés a hemodialízis shuntben
- Intrapleurális adhéziók
- Tricuspidális billentyű-protézis trombózisa

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előirat tartalmazza. További információért kérjük forduljon képviseleti irodánkhoz.



Kabi Pharmacia Képviseleti Iroda 1132 Budapest, Csanády u. 25/b Tel/Fax: 120-2954

Az 1992 augusztusában törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (I. rész)

A Gilurytmal injekcióról:

Az ajmalin sejtmembrán-stabilizáló szer, a Vaughan Williams szerinti I. osztályba tartozó antiaritmikum. Az ectopiás ingerképző központokra és a szív ingervezetésére hat. Csökkenti az ingervezetés sebességét a pitvarban és a kamrában, hatása a His-Purkinje rendszerben a legkifejezettebb. A kamrai refrakter idő 10%-kal növekszik. Negatív bathmotrop hatása van a negatív dromotrop hatás mellett. Parenterális alkalmazását követően a plazmakoncentráció változás kétfázisú. Gyors eloszlást követően 5–6 perces a plazma felezési idő, ugyanakkor az eliminációs felezési idő 95 perc.

10–40 mg/óra ajmalin 24 órán keresztül tartós infundálása után a „steady-state” periódusban, 0,1 és 0,3 µg/ml közti terápiás vérszint alakul ki. A rövid felezési idő következtében az i. v. cseppinfúzió után a vérszint gyorsan a terápiás szint alá esik, így a hatástalansága esetén azonnal át lehet térni más antiaritmikumra.

Vizelettel az eredeti hatóanyagnak csupán 4%-a választódik ki, ezért veseelégtelenség a farmakokinetikai paramétereket lényegesen nem befolyásolja, ugyanakkor csökkent májfunkció vagy kardiogén sokk esetén a mintegy 50%-kal csökkent clearance folytán az eliminációs idő kétszeresére nőhet.

Hatóanyag: 50 mg ajmalinum ad 10 ml aqua destillata pro injectione.

Segédanyag: chlorbutanol, meglumin, propylenglycol, natrium chlorid.

Javallatok: Szupraventrikularis szívritmuszavarok; AV-junctionális tachikardia, supraventrikularis tachikardiás rohamokkal járó WPW-szindróma vagy paroxizmális pitvari fibrilláció megszüntetése és fenntartó kezelése. Ventrikuláris szívritmuszavarok: ventrikuláris tachikardia, kamraremegés megszüntetése és fenntartó kezelése. WPW-szindróma differenciáldiagnosztikája (ajmalin-teszt).

Ellenjavallatok: ajmalinnal szembeni ismert túlérzékenység, bradikardia, továbbá olyan ingervezetési zavarok és tachikardia, ahol a szív dekompenzációja áll a háttérben. Terhességben csak a haszon kockázat arány gondos mérlegelése után adható.

Adagolás: az adagolás és az alkalmazás módjának megválasztása a diagnózis függvénye. Az i. v. *infectio* defibrillálás, intubáció és újraélesztési előkészület mellett adható. Mindenképpen ajánlatos az aritmiákat klinikai körülmények között rendezni. Az i. v. *infectio* EKG kontroll mellett lassan injiciálendő intravénásan, legfeljebb 10 mg ajmalin/perc sebességgel. Károsodott szív esetén 1 ampulla (50 mg ajmalin) *infectio* beadási időtartamát 15–20 percre kell növelni. A kívánt eredmény beállta után az injiciálás folytatása felesleges. Ha azonban szükséges, 30 perc elteltével ismételt. (Többszöri ismétlés helyett ajánlatosabb infúziót alkalmazni.)

A maximális egyszeri adag: 50 mg ajmalin/1 ampulla.

Gyermekeknél a beállítási dózis az 1 mg/ttkg-ot nem haladhatja meg.

Jelentősebb bradikardia vagy aritmia, ill. a kiindulási értéket 25%-kal meghaladó QRS megnyúlás túladagolásra utalhat. Ilyenkor az injiciálást meg kell szakítani.

Folyamatos cseppinfúzió adagolása ajánlatos: terápiarezisztens esetekben, szívinfarktushoz szövődő tachikardiáknál, ill. a sikeres elektroverziónak hatásának stabilizálására. Folyamatos cseppinfúzióban magas napi adagok (24 óra alatt 2000 mg-ig) alkalmazhatóak, mivel az infundált mennyiség és a kiválasztás egyen-

súlyá révén a megfelelő vérszint hosszú időn keresztül fenntartható.

Beállítási dózis: 0,5–1 mg/kg/óra

Az infúziós kezelés alatt EKG kontroll szükséges. A pulzusszám kifejezett csökkenése vagy aritmia, ill. a kiindulási értéket 25%-kal meghaladó QRS megnyúlás túladagolásra utal. Az infúziót ennek megfelelően kell szabályozni. Csökkent májfunkció mellett vagy szívelégtelenségben szenvedő betegeknek a csökkent clearance miatt alacsonyabb dózisok (10–30 mg/óra) alkalmazandók. A Gilurytmal ampulla az alábbi infúziós oldatokkal elegyíthető: 5%-os és 10%-os levulóz, 0,9%-os nátrium-klorid, 5%-os és 10%-os glukóz, 2,5%-os glukóz + 0,45%-os nátrium-klorid, 2,5%-os glukóz + 5%-os levulóz + 5% glukóz.

Mellékhatások: Túladagoláskor, ill. túl gyors befecskendezéskor a pitvar-kamrai átvezetés és az intraventricularis ingervezetés gátlása (l. túladagolásnál is!), beadás után mellékhatásként hőhullám, flush, paraesthesia, ritkábban gasztrointesztinális panaszok (émelygés, hányás, hasmenés, étvágytalanság, székrekedés) fordulhat elő. Esetenként proaritmias hatás. Nagyon ritkán intrahepatikus kolesztázis, amelyet gyógyszeresen nem lehet befolyásolni, de a terápia megszakítása után spontán rendeződik.

Tünetei: viszketés, szemszárgulás, barna vizelet, világos széklet és láz, amely már néhány nappal a többi tünet megjelenése előtt felléphet. Ritkán a kezelés első heteiben tünetmentes egyénben a normális érték 3-szorosát elérő a transzamináz emelkedés.

Ritkán vérkép változás (agranulocytosis, trombocytopenia), amely allergiás mechanizmusra vezethető vissza.

A Herpesin 250 injekcióról:

A Herpesin hatóanyaga az acyclovir, 9-(2-hydroxyethoxymethyl) guanin. Az acyclovir virosztatikus hatáshoz az I. és II. típusú herpes simplex és a varicella zoster vírusokkal szemben. Miután a vírusfertőzött sejtbe bejut, az acyclovir több lépésben aktív vegyületté, acyclovir-trifoszfáttá foszforizálódik. Ennek a folyamatnak az első lépését a vírus-specifikus timidin kináz enzim katalizálja. Az acyclovir trifoszfát enzimgátlóként hat: hamis szubsztrát a vírus-specifikus DNS polimeráz számára, ilyen módon gátolja a vírusok DNS-szintézisét anélkül, hogy befolyásolná a normális sejtműködést. Legnagyobb része a vesén át a glomeruláris filtráció és tubuláris szekréció útján változatlan formában választódik ki, 10–15%-a metabolitja, a 9-karboximetoximetilguanin formájában ürül a vizelettel. A acyclovir koncentrációi a cerebrospinális likvorban a plazmaszintnek hozzávetőleg az 50%-át érik el. A plazmafehérjékhez való kötődése viszonylag alacsony (5–30%), és gyógyszerkölcsonhatásban nincs szerepe.

Hatóanyag: 250 mg acyclovirum és nátrium-hidroxid (az injekciós oldat pH-jának beállításához) porampullánként.

Javallatok: A herpes simplex vírus I és II típusaival történt súlyos és kiújuló fertőzések, valamint súlyos varicella zoster vírus fertőzések főleg generalizált esetekben. Csökkent immunitású és immunológiailag súlyosan károsodott betegek herpes simplex fertőzésének kezelése és megelőzése. A profilaktikus kezelés addig tart, amíg a fertőzés veszélye fennáll. Herpeszes ekcéma.

Ellenjavallatok: acyclovirrel szembeni túlérzékenység. Szoptatás. Újszülöttek herpes fertőzései.

Adagolás: egy porampulla tartalmát fel kell oldani 10 ml aqua destillata pro injectione-ban vagy 10 ml izotóniás nátrium klorid oldatban. Ekkor 1 ml oldatban 25 mg acyclovir van. Az oldat tovább hígítandó legalább 50 ml izotóniás sóoldattal vagy

Hartmann-oldattal, úgy, hogy a koncentráció maximálisan 0,5% legyen. A teljes adag acyclovirt tartalmazó infúziós oldatot csak lassú, legalább egy órán át tartó iv. infúzió formájában lehet beadni. Mivel a készítmény nem tartalmaz tartósítószer, az infúziós oldatot közvetlenül az elkészítése után be kell adni, de nem később, mint 12 órán belül. Ha ezen az időn belül az oldat nem teljesen tiszta, nem lehet felhasználni. Az oldatokat nem szükséges hűtőszekrényben tartani.

Herpes simplex fertőzésben normális vagy csökkent immunválasz esetén és varicella zoster fertőzésben normál immunválasz esetén a szokásos adag 5 mg/ttkg 8 óránként. A kezelés 5 napig vagy ennél tovább folytatandó a beteg állapotától és a klinikai választól függően. Gyermekeknek 3 hó — 12 éves korig az adagok a testfelület nagysága alapján számíthatók: 5 mg/ttkg hozzávetőleg 250 mg/m²-nek felel meg, 10 mg/ttkg hozzávetőleg 500 mg/m²-nek felel meg.

A herpes simplex encephalitis kezelése normális és csökkent immunítási felnőttek és gyermek esetében egyaránt 10 mg acyclovir/ttkg 8 óránkénti adagolás alkalmazásával legalább 10 napig.

Beszűkült veseműködésű betegeknek a Herpesint óvatosan kell adagolni. A következő adagolási módosítás javallt:

Kreatinin clearance	Adag
25–50 ml/ perc	A szokásos adag 12 óránként
10–25 ml/perc	A szokásos adag 24 óránként
0 (anuria)-10 ml/perc	A szokásos adag fele 24 óránként dialízis után

A Herpesin kezelést lehetőleg azonnal el kell kezdeni a betegség megjelenése után, általában 3 vagy 4 napon belül.

Mellékhatások: Az acyclovir toxicitása alacsony. A szérumkarbamid és szérumkreatinin szintek emelkedhetnek. Feltételezhető, hogy ez a hatás a vesetubulusoknak acyclovir kristályokkal való elzáródásával függ össze. A kristályok akkor csapódnak ki az oldatból, amikor az acyclovir koncentrációja a tubuláris folyadékban a gyógyszer magas vérszintje következtében túl nagy, vagy ha a beteg vízfelvétele nem elegendő. Az acyclovirt ezért lassú iv. infúzióban kell adagolni egy óránál is hosszabb időn át. A beteg egyidejű vízfelvételelőrl is gondoskodni kell. Akut veseelégtelenség csak kivételes esetekben fordulhat elő.

Az acyclovir oldatokat magas pH-juk miatt is fel kell hígítani. Az oldat paravaszkuláris beadása szövetnekroszishoz vezethet. A kezelés egyes esetekben reverzibilis neurológiai reakciókkal, pl. tremor, zavartság és elektroencefalográfiai elváltozásokkal járhat. Ritkán hányinger és hányás lép fel. Egyes esetekben a májenzimek szintjének emelkedését, csontvelődepressziót, bőrkiütést észleltek.

A Doxilek 500 mg kapszuláról:

A kalcium dobezilát szelektív hatást gyakorol a kapillárisfalra: csökkenti a permeabilitást és fokozza az érfal ellenálló képességét, ezért ödémcsökkentő és fokozott kapilláris ellenállást mérőklő hatása van.

A gyomor-béltraktusból lassan szívódik fel, iv. adagoláskor a maximális vérszintet 5 perc, szájon át történő adagoláskor 6 óra múlva éri el. Per os alkalmazáskor 24 óra alatt 50%-a választódik ki a vizelettel. A plazmafelezési idő átlagosan 5 óra.

Hatóanyag: 500 mg calcium dobesilatum monohydricum kapszulánként.

Javallatok

Diabeteses mikroangiopathiák:

- retinopathia diabetica megelőzése és kezelése,
- Kimmelstiel–Wilson-szindróma egyes tüneteinek kezelése.

Vénás elégtelenség:

- az alsó végtag ödémát okozó keringési zavarait a kapilláris károsodás megelőzése és kezelése:

- primer és terheségi varicositas,
- lábszárfelekély,
- posztrombotikus szindróma,
- éjszakai lábikragörccs,
- bokatáji duzzanat,
- purpurás dermatitis,
- adjuvánsként felületes és mély thrombophlebitis kezelésére.

— aranyér.

Ellenjavallat: nem ismeretes.

Adagolás: Mikroangiopathiában a betegség krónikus jellegéből adódóan egyéni adagbeállítás javasolt.

Retinopathia diabetica esetén a kezelést megszakítás nélkül kell folytatni, mindaddig amíg kifejezett klinikai javulás nem észlelhető, de legalább 12 hónapig. Ezután a kezelés megszakítható, majd szemészeti javaslatra ismét folytatható.

Kezdő adagja felnőtteknek a betegség súlyosságától függően — különösen korai proliferatív retinopathia diabetica, hiperviszkozitás vagy a trombociták hiperaggregációja esetén — 4-szer 1 kapszula is lehet naponta, mintegy három hónapig.

Fenntartó adagja felnőtteknek 500–1000 mg, azaz 1-szer vagy 2-szer 1 kapszula naponta.

Vénás insufficienciában szokásos adagja felnőtteknek naponta 1–2-szer 1 kapszula. Az enyhébb esetek többségében 3 hetes kezelés tartós javulást eredményez. A kezelés a betegség jellegétől függően szükség esetén több hónapra is meghosszabbítható.

A kapszulát nem szabad kinyitni, egészben kell lenyelni.

Mellékhatás: Átmeneti gasztrointesztinális panaszok: émelygés, hasmenés, étkezés közben vagy utáni bevétellel csökkenthetőek. Bőrkiütés előfordulhat.

A Dacarbazin 100 mg és 200 mg injekcióról:

A dacarbazin feltételezhetően a carbonium ionok révén alkilező hatású; antimetabolit hatásával a purin-szintézist gátolja, és az SH-csoportokkal kölcsönhatásba lép.

Kismértékben kötődik a szérumfehérjékhez (5%). Kinetikája a szérumban intravénás alkalmazás után kétfázisú: kezdeti felezési ideje 19 perc, végső felezési ideje 5 óra. A dacarbazin a vesén át — tubuláris szekrécióval és glomeruláris filtrációval — választódik ki.

Hatóanyag: 100 mg, ill. 200 mg dacarbazinum porampullánként, segédanyagként acidum citricumot, ill. mannitolt tartalmaz.

Javallatok: különböző szöveti eredetű rosszindulatú betegségek, különösen a malignus melanoma és malignus lymphomák, továbbá gasztrointesztinális daganatok második vonalú kezelése.

Mono- és kombinált terápiában is alkalmazható, utóbbi esetben bleomycinnel, cisplattinnal, 5-fluorouracillal, vincristinnel és prednisonnal kombinálva.

Ellenjavallatok: terhesség és szoptatás, dacarbazinra való túlérzékenység.

Adagolás: kizárólag iv. infúzióban.

A 100 mg-os porampullát 10 ml, a 200 mg-os porampullát 20 ml aqua dest. pro iniektione hozzáadásával előzetesen fel kell oldani, majd 300 ml 0,9%-os natriumklorid vagy 5%-os glukóz oldathoz adni.

Szokásos adagja monoterápiában naponta 150–250 mg/m² 1–5 napon át, kombinált terápiában 100 mg/m². A kezelés 28 napos szünet után ismételtethető.

Az infúziós oldat elkészítése után az alkalmazást haladéktalanul meg kell kezdeni, és az alkalmazás ideje alatt az infúziós palackot és szerelékét fényvédő burkolattal (alumíniumfólia) kell ellátni a készítmény különösen erős fényérzékenysége miatt.

Mellékhatások: legsúlyosabb toxikus hatása a vérképzőrendszer potenciális károsodása (leukocyt- és trombocytaszám csökkenés, ritkábban enyhe anémia).

A leggyakrabban előforduló mellékhatások: étvágytalanság, hányinger, hányás, ritka esetekben hasmenés, hajhullás, bőrkiütés, arcpirolulás és paraesthesia. Egyes betegekben influenzára emlékeztető tünetek (láz, izomfájdalom, általános fáradtság), ritkán anaphylaxiás reakciók, májkárosodás, a beadás helyén fájdalom alakulhat ki.

Az Isipen 2 g injekcióról:

A piperacillin széles spektrumú baktericid hatású félszintetikus penicillin. Különösen hatékony Gram-negatív baktériumokra, pl. *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia*, *Klebsiella*, *Proteus* törzsek, *Enterobacter*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoea*, *Neisseria meningitidis* okozta fertőzésekben. A Gram-pozitív kórokozók közül a következőkre hatékony: streptococcusok, pneumococcusok, penicillináz nem termelő staphylococcusok és enterococcusok. Hatásos némely anaerob baktériumra is, különösen *Bacteroides* törzsekre.

Im. alkalmazás után a szérumszükségkoncentrációt 30 percen belül éri el. Iv. alkalmazás után az eliminációs felezési idő 35 perc. Hatékony koncentrációt ér el pl. a cerebrospinalis likvorban, az ivarszervek és a szájüreg szöveteiben. Az alkalmazott adag kb. 60%-a 6 órán belül a vizelettel, a többi az epével ürül.

Hatóanyag: 2 g piperacillinum natricum porampullánként.

Javallatok: Gram-pozitív és Gram-negatív piperacillinre érzékeny aerob és anaerob mikrobák által kiváltott szisztémás és helyi fertőzések, valamint vegyes fertőzések.

Ellenjavallatok: abszolút ellenjavallatok: penicillin iránti túlérzékenység és mononucleosis infectiosa. Relatív ellenjavallatok: cefalosporinokkal szembeni allergia. A beteg allergiára való hajlama (aszma bronchiale, urtikária). Terhességben és szoptatásban való alkalmazására kellő tapasztalat nincs. (Az állatkísérletek teratogén vagy embriotoxikus hatást nem mutattak.)

Adagolás: intravénás alkalmazás: injekció vagy infúzió formájában. Ajánlott napi adag 100–200 mg/ttkg, 2–4 egyenlő részre osztva; igen súlyos esetekben a napi adag testtömegkg-onként 200–300 mg-ra növelhető, 3–4 egyenlő részre osztva. Szükség esetén a gyógykezelés im. beadással folytatható.

Intramuskuláris alkalmazás: csak könnyebb és kevésbé komplikált fertőzésekben. 2 g adandó minden 8–12 órában: a teljes napi adag 4–6 g.

Újszülöttek, csecsemők és gyermekek kezelése. Csakis iv. alkalmazható. A szokásos napi adag 100–200 mg/ttkg, 2–4 egyenlő részre osztva. Nagyon súlyos esetekben (septikaemia, suppuratív meningitis), a napi adag 200–300 mg/ttkg-ra emelhető, 2–4 egyenlő részre osztva.

Veseelégtelenség. Az adagolás a vesemegbetegedés súlyosságától függ.

Vesefunkció	Szérumszükségkoncentráció mg %	Szérumszükségkoncentráció μmol/l	Maximális napi adag
Enyhe károsodás	1,5–3,0	133–265	16 g
Mérsékelt károsodás	3,0–5,0	265–442	12 g
Súlyos károsodás	5,0 felett	442 felett	8 g
Hemodializált betegek			8 g

A kezelés időtartama a betegség súlyosságától függ. Általában a klinikai tünetek megszűntéig és a testhőmérséklet normalizálódása után még 2–4 napig kell adagolni.

Alkalmazási mód: iv. lassan 3–5 perc alatt, infúzióban 20–40 perc alatt beadva, vagy im. injekció formájában.

Az iv. injekció és infúzió elkészítése: az injekcióhoz a piperacillin port grammonként legalább 5 ml injekcióhoz való desztillált vízben kell feloldani. Az infúzióhoz ezt az oldatot tovább kell hígítani a kívánt térfogatig (50 ml-re 20–40 perces infúzióhoz vagy 100–500 ml-re 1–2 órás infúzióhoz). Hígításhoz a következő oldószerek alkalmazhatók: injekcióhoz való desztillált víz, 5%-os glukóz oldat, 0,9 %-os izotóniás nátrium klorid oldat, Ringer-laktát oldat, vagy 6%-os dextrán fiziológiás nátrium klorid oldatban.

Az im. injekció elkészítése: az injekcióhoz a piperacillin port grammonként legalább 2 ml injekcióhoz való desztillált vízben vagy 0,5%-os vagy 1%-os (adrenalinmentes) Lidocain oldatban kell feloldani. 2 g-nál több piperacillint ugyanazon helyre im. nem szabad adni.

A piperacillin a fenti oldatokban 23 °C-t meg nem haladó hőmérsékleten 24 óráig, 4 °C-on 48 óráig tárolható, s ily körülmények között hatásából kevesebb mint 5 %-ot veszít. Az előírt tárolási idő után a fel nem használt oldatot ki kell önteni.

Mellékhatások: ritkán jelentkeznek. Előfordulhat hányinger, hasmenés, fájdalmak az im. injekció helyén, gyulladás a szabálytalanul feloldott piperacillin ismételt iv. alkalmazásakor. Vérvér elváltozások (eosinophilia, thrombocytopenia, neutropenia), a máj enzimek emelkedése, nagyon ritkán a veseműködés csökkenése. Mint minden más penicillin készítmény, a piperacillin is okozhat enyhe allergiás reakciókat: viszketés, bőrpír, kiütés, láz, és nagyon ritkán súlyos allergiás reakciókat: bronchospasmus, anafilaxiás sokk.

A Norditropin PenSet 12- és 24-esről:

Hatóanyag: 12, ill. 24 NE somatotropinum porampullánként. 2 ml oldószer (benzilalkohol tartalmú) patrononként. (Az oldat elkészítéséhez szükséges eszközök.)

Javallatok:

— Szomatotropin hiány miatt növekedésben elmaradt gyermekek tartós kezelése. A készítmény alkalmazása előtt a diagnózist hypophysis funkciós vizsgálatokkal kell igazolni, mert csak addig hatékony, amíg az epiphysis fugák még nem záródtak.

— Turner-szindróma.

Ellenjavallatok: aktív tumorra utaló jelek.

Intracranialis laesiók inaktivitásáról meg kell bizonyosodni. Már kezelt tumor esetén a Norditropin-kezelés csak akkor kezdhető meg, ha a daganat kezelése már eredménnyel befejeződött. A Norditropin kezelést a tumor recidívájára utaló adatok esetén azonnal meg kell szakítani.

Adagolás: egyénileg kell megállapítani. Heti 6–7 alkalommal javallt sc. beadása az esti órákban. Az újabb adagot mindig más területre kell beadni.

Szokásos adagok:

Növekedési hormon hiányban:

0,07–0,1 NE/ttkg heti 6–7 alkalommal

vagy

2–3 NE/m² testfelület, heti 6–7 alkalommal

Turner-szindrómában:

0,1 NE/ttkg heti 6–7 alkalommal.

Mellékhatás: szomatotropinellenes antitestek képződését a kezelés során csak elvétve észlelték. A kezelésre nem reagáló esetekben antitestek keresése ajánlott.

Az Egiferon 1 × 10⁶ NE injekcióról:

(Megjegyezzük, hogy a gyógyszerkészítmény 1989 óta már ideiglenesen törzskönyveztve volt.)

Az interferonok antivirális és antiproliferatív hatású természetes anyagok. Antiproliferatív aktivitásuk mind ép, mind malignus sejtekben kimutatható. A fehérvérsejtek termelése alfa-interferonok a „hairy cell” leukaemia elsődleges gyógyszerei.

Összetétel: 1 × 10⁶ NE interferonum alpha (liofilizált human leukocytá interferon), 1 mg human szérumszükségkoncentráció porampullánként. Oldószerramp.: 2 ml aqua dest. pro inj.

Javallat: Hajas sejtes („hairy cell”) leukaemia.

Ellenjavallat: A készítménnyel szembeni túlérzékenység.

Adagolás: 1 ampulla hatóanyagát minimum 0,5 ml aqua dest. pro injekcióban kell feloldani!

Az injekció kizárólag intramuskulárisan adható. A dózist a csontvelő összetétele, a perifériás vérképadatok és a splenomegalia mértéke szerint kell megválasztani. Általános adagolás a kezelés kezdetekor két hétig heti 5 napon át napi 1 millió NE, majd hetente 3-szor 1 millió NE. Remissio esetén a gyakoriság és a dózis tovább csökkenthető (egyszeri adag 0,5 millió NE), ill. a kezelés — a beteg folyamatos ellenőrzése mellett — felfüggeszthető. 15 g/l alatti trombocitaszám esetén a fenti kezdeti adag felét szabad beadni.

Mellékhatások: A kezelés kezdetén influenzaszerű tünetcsoport (láz, fejfájás, izomfájdalom) megjelenése gyakori, mely szokva-

nyos antipiretikummal megszüntethető, ill. megelőzhető. Ez a tünetegyüttes a kezelés során — az adag csökkentése nélkül is — megszűnhet.

Ritkán előfordul étvágytalanság, hányinger, hányás, helyi bőrreakció, paresthesia, viszketés, fáradtságérzés, levertség, depresszió, a transzamináz-szintek kisfokú emelkedése, a véréjszámok csökkenése (granulocytopenia, thrombocytopenia).

A mellékhatások reverzibilisek, a dózis csökkentése, ill. az adagolás felfüggesztése után 1–3 napon belül megszűnhetnek.

Megjegyezzük, hogy a gyógyszerkölcsonhatásokra, az elővigyázatossági intézkedésekre (figyelmeztetésekre), a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI

Az Országos Gyógyszerészeti Intézetben — 1992. augusztus 1.—augusztus 31-ig törzkönyvezett gyógyszerkészítmények

	Készítmény neve	Előállító	Hatóanyag(ok)		Hatástani besorolás
			neve	tart.	
o	Gylurytmal injekció	Giulini	Ajmalinum	50,0 mg	Antiarrhythmicum
o	Herpesin 250 injekció	Lachema	Acyclovirum	250 mg	Antiviroticum
o	Doxilek 500 mg kapszula	Lek	Calcium dobesilatum monohydricum	500 mg	Kapilláris stabilizáló szer
o	Dacarbazin 100 mg injekció	Lachema	Dacarbazinum	100 mg	Cytostaticum
o	Dacarbazin 200 mg injekció	Lachema	Dacarbazinum	200 mg	Cytostaticum
o	Isipen 2 g injekció	Krka	Piperacillinum natricum	2,0 g	Széles spektrumú penicillin
o	Norditropin PenSet 12	Novo	Somatropinum	12 NE	Szomatotropin
o	Norditropin PenSet 24	Novo	Somatropinum	24 NE	Szomatotropin
o	Egiferon 1×10^6 NE injekció	EGIS	Interferonum alpha (liofilizált human leukocyt interféron)	1×10^6 NE	Interferon
o	Augmentin 375 mg filmtabletta	Biogal	Amoxycillinum (Amoxycillinum trihydricum form.)	250 mg	Széles spektrumú penicillin
			Acidum clavulanicum (Kalium clavulanicum form.)	125 mg	
o	Augmentin por sziruphoz 156 mg/5 ml	Biogal	Amoxycillinum (Amoxycillinum trihydricum form.)	2,5 g/100 ml	Széles spektrumú penicillin
			Acidum clavulanicum (Kalium clavulanicum form.)	656 mg/100 ml	
✓	Augmentin 1,2 g iv. injekció	Biogal	Amoxycillinum (Amoxycillinum natrium form.)	1,0 g/poramp.	Széles spektrumú penicillin
			Acidum clavulanicum (Kalium clavulanicum form.)	200 mg/poramp.	
o	Frisium 10 tabletta	Hoechst	Clobazamum	10,0 mg	Anxiolyticum
o	Frisium 20 tabletta	Hoechst	Clobazamum	20,0 mg	Anxiolyticum

Megjegyezzük, hogy a törzkönyvezett gyógyszerkészítmények csak az Országos Gyógyszerészeti Intézet forgalomba hozatali engedélyével — a Népjóléti Közlönyben történő kihirdetés után — kerülhetnek forgalomba.

Németh György — OGYI (Budapest, Zrínyi u. 3. 1051)

PÁLYÁZATI HIRDETMEÉNYEK

Gyermely község önkormányzata pályázatot hirdet a háziorvosi állás betöltésére.

Pályázati feltételek: Általános orvosi vagy belgyógyász szakvizsga, körzeti orvosi gyakorlat.

Pályázati határidő: megjelenést követő 5 nap.

Telefonos új szolgálati lakás van.

(Gyermely fejlődő, Budapesttől 35 km-re található község.).

Jelentkezni lehet: Polgármesteri Hivatal, Gyermely, Petőfi tér 1. T.: 34/70-421.

Sáros György polgármester

A Veszprém Megyei „Csolnoky Ferenc” Kórház-Rendelőintézet (8201 Veszprém, Kórház u. 1.) pályázatot hirdet elhalálozás miatt megüresedett ideggyógyászati osztályvezető főorvosi állásra, 1992. december 1-jével.

A bér és a lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázati feltételek: 10 éves ideggyógyászati szakgyakorlat.

A pályázatokat a megjelenéstől számított 30 napon belül a kórház orvos-igazgatójához kell benyújtani.

Dr. Insperger Antal
igazgató orvos-igazgató

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

Elsősorban belgyógyászati szakképesítéssel rendelkezők jelentkezését várjuk, de szakvizsga előtt állók is pályázhatnak. Egyéb pályázati feltétel: erkölcsi bizonyítvány.

Illetmény a szolgálati idő függvényében.

Szolgálati lakás rendelkezésre áll.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Főosztályára kell benyújtani a közzétételtől számított

30 napon belül. Személyes informálódás a 131-4514-es telefonon lehetséges.

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

Rakaca Polgármesteri Hivatal pályázatot hirdet a megüresedett háziorvosi álláshely betöltésére.

Pályázati feltétel: szakmai gyakorlat, magyar diploma.

A pályázatokat az alábbi címre küldhetők: Polgármesteri Hivatal, Rakaca, Petőfi út 92. 3825.

Dr. Máté Bálint körjegyző

Györköny község polgármestere (7045 Györköny, Fő utca 53—55. Tel.: 75/33-122) pályázatot hirdet az 1992. szeptember 1. napjával megüresedett háziorvosi szolgálat orvosi állásának betöltésére.

Pályázati feltételek: 2 éves szakmai gyakorlat, általános orvosi (belgyógyász) szakvizsga.

Juttatás: 3 szobás összkomfortos, telefonos szolgálati lakás, garázzsal.

A pályázatokat a megjelenéstől számított 30 napon belül a polgármesteri hivatalhoz (7045 Györköny, Fő utca 53—55.) kell benyújtani.

Rohn Mátyás polgármester



Makrofer

pezsgőtabletta

- megnövekedett vasigény esetén
- csökkent vasszívódás (gyomorműtétek után gastrointestinális betegségben)
- vérvesztés (gastrointestinális, menstruációs)



Az anaemia az orvosi gyakorlat nap mint nap felmerülő problémája.

Leggyakoribb oka a vashiány, mely felnőtt korban elsősorban gastrointestinális vagy menstruációs vérzés, vagy a terhesség következménye.

A sideropeniás anaemia általában orális vasbevitellel meggyógyítható.

A vashiányos állapot megszüntetésére az oldott formában, orálisan bevitt vasak a legalkalmasabbak.

A Pharmavit Gyógyszergyár Makrofer pezsgőtablettája egy kellemesen bevehető készítmény, mely 80 mg elemi vasat tartalmaz jól tolerálható, jól felszívódó formában. A tablettában lévő aszkorbinsav elősegíti a vas felszívódását.

Makrofer pezsgőtabletta

Hatóanyag

695 mg Ferrum gluconicum (80mg elemi vasnak felel meg) és 100 mg acidum ascorbicum pezsgőtablettánként.

Javallatok: Vashiánybetegség (praelens, latens és manifest, bizonyított vashiány) megelőzése vagy megszüntetése:

- fokozott vasvesztés (pl. menorrhagia, metrorrhagia, szülés, műtéti vérvesztés, gastrointestinális betegség okozta vérzés, mint pl. ulcus-betegség, bélvérzés, húgyúti vérzés, ismételt véradás)
- megnövekedett vasszükséglet (terhesség, szoptatás, serdülőkorban intenzív növekedés)
- elégtelen vasbevitel (egyoldalú, vashiányos táplálkozás)
- csökkent vasszívódás (gyomorműtétek után, gastrointestinális betegségben, malabsorpció esetén).

Ellenjavallatok: Vasszelhasználási zavarral járó betegségek (sideroblastos anaemiák), fokozott vasraktározással járó állapotok (haemochromatosisok, haemolysis).

Kisgyermeknek és csecsemőknek nem adható.

Adagolás: Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek napi 1, manifest vashiány esetén napi 2-3 pezsgőtabletta, 7-10 éves gyermekeknek napi 1/2-1 pezsgőtabletta.

Kisgyermeknek és csecsemőknek nem adható.

A pezsgőtablettát egy pohár vízben feloldva, étkezés előtt 1/2-1 órával kell bevenni.

A kezelés időtartamát egyénileg kell megállapítani, a vashiány mértéke szerint, a vasanyagcsere kontrollja mellett. Az anaemia korrekciójához általában 2 hónap, manifest vashiányos anaemia esetén a raktárak feltöltéséhez 4-6 hónap szükséges.

Mellékhatások: Gastrointestinális panaszok, étvágytalanság, epigastriális fájdalom, hányinger, hasmenés, székrekedés, nagytitán túlerzékenységi reakciók. A mellékhatások az adag csökkentésével általában megszűnnek.

Gyógyszerköcsönhatások

Együttadása kerülendő:

- tetraciklinekkel és a penicillammal (egymás felszívódását gátolják)
- alumínium, magnézium- és calciumtartalmú antacid szerekkel, valamint a cholestyraminnal (gátolja a vas felszívódását). A fenti gyógyszerek és a Makrofer tabletták beadása között legalább 3 óráknak kell elteltie.

Figyelmeztetés: Csak vashiánybetegségben hatásos.

A széklet fekete színe.

Gyermekek elől elzárva tartandó.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: Orvosi rendelvényre.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelői ár: 80 Ft

Társadalombiztosítási Támogatás: 95%

OGYI eng. száma: 3811/40/91

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Veresegyház

TB támogatás: 95%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.





Magnesium 250 mg

Pharmavit pezsgőtabletta

- csökkent bevitel, felszívódási zavar, vagy megnövekedett ürítés következtében kialakuló magnéziumhiányos állapotok kezelése
- megnövekedett magnéziumhiány kielégítése (terhesség, szoptatás)



A felnőttek napi magnéziumszükséglete 300-350 mg, serdülőké 400 mg, terhes és szoptató nők 450 mg.

A megnövekedett igény, csökkent bevitel, fokozott magnéziumvesztést okozó tényezők közül a gyakorlatban legfontosabbnak látszik a krónikus diuretikus kezelés következtében kialakuló hypomagnesaemia és refrakter hypokalaemia kezelése, hypertoniás, szívelégtelenségben szenvedő illetve digitáliszt szedő betegekben, olyan esetekben is, amikor a magnéziumhiány szérummeghatározással nem igazolható.

Cardioprotektív hatása miatt kiegészítő kezelésként alkalmazható ischaemiás szívbetegségben és hypertoniában.

A krónikus magnéziumhiányos állapotok kezelésére és megelőzésére alkalmas a per os adható Magnézium 250 mg Pharmavit pezsgőtabletta. A készítmény hatóanyaga magnézium-oxid, amely a pezsgőtabletta feloldásakor jól felszívódó magnézium-citrát sóvá alakul.

Magnesium 250 mg Pharmavit
pezsgőtabletta

ATC: A 12 CC 06

Hatóanyag: 420 mg magnesium oxydatum (250 mg magnézium), 150 mg aszkorbinsav pezsgőtablettánként.

Javallatok: Magnéziumhiány megelőzése és megszüntetése; megnövekedett igény (terhesség, szoptatás), csökkent bevitel (alkoholizmus, malnutritio), felszívódási zavarok (bélbetegségek, malabsorptio), jelentős magnéziumvesztés (hányás, hasmenés, égési sérülések, fokozott diuresis okozta hypokalaemiás állapotok, vesebetegségek polyuriás fázisa, tubuláris dysfunctiók, nephrotoxicus gyógyszerek alkalmazása). Hypothyreosis, Cushing kör, Conn syndrome adjuváns kezelése.

Kiegészítő terápiaként angina pectorisban, akut myocardialis infarctusban, szívritmuszavarokban, valamint hypertoniában.

Fokozott neuromusculáris ingerlékenység, izomgörcsök.

Calcium-oxalátok képződés profilaxisa.

Ellenjavallatok: Veseelégtelenség, exsiccosis, hyperthyreosis, Addison kör.

Adagolás: Felnőtteknek naponta 3-szor 1 pezsgőtabletta; gyermekeknek 5 éves korig napi 1 pezsgőtabletta, 5-10 éves korban napi 1-2-szer 1 pezsgőtabletta, 10 éves kortól napi 2-3-szor 1 pezsgőtabletta egy pohár vízben oldva.

Mellékhatások: Nagyobb adagok bevétele esetén enyhe székletlágító hatás, esetleges hasmenés jelentkezhet; ilyenkor az adagot csökkenteni kell.

Gyógyszerkölcsönhatások: Az orális tetraciklinek, vas-sók és nátrium-fluorid felszívódását gátolja.

A fenti gyógyszerek és magnézium bevétele között legalább 3 órának kell eltelnie.

Figyelmeztetés: Nagy adagok tartós szedése hypermagnesaemához vezethet. Tünetei nem specifikusak: gyengeség, hányás, hypotensio, bradycardia, hyporeflexia, EKG- változások, központi idegrendszeri depresszió. Ilyen esetekben ellenőrizni kell a szérum magnéziumszintet. Elősegítheti a kalcium-magnézium-ammoniumfoszfát struvit kövek kialakulását.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, fénytől védve, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: 1 doboz vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelői ár: 70 Ft

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 80%

OGYI eng. szám: 209/40/92

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Veregyház

TB támogatás: 80%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.



HÍREK

AZ ORSZÁGOS SZAKKÉPESÍTŐ BIZOTTSÁG VIZSGANAPTÁRA

1993. február 08-tól június 12-ig

I. Orvosi-, fogorvosi vizsgaidőpontok

Február 08—19. között

Csecsemő-gyermekkardiológia (r. é.)
Érsebészet (r. é.)
Gastroenterológia (r. é.)
Izotópdiaagnosztika (r. é.)
Kardiológia (r. é.)
Klinikai onkológia (r. é.)
Klinikai farmakológia (r. é.)
Mozgásszervi rehabilitáció (r. é.)
Plasztikai (égési) sebészet (r. é.)
Fog- és szájbetegségek
Fogszabályozás (r. é.)
Gyermekfogászat (r. é.)
Szájsebészet (r. é.)

Február 22—március 05. között

Anaesthesiológia-intenzív terápia
Csecsemő-gyermekgyógyászat
Fog- és szájbetegségek
Gyermeknőgyógyászat (r. é.)
Orvosi mikrobiológia (x)
Sebészet
Szívsebészet (r. é.)
Szülészet-nőgyógyászat (r. é.)

Március 08—19. között

Belgyógyászat
Fertőző betegségek (x)
Fog- és szájbetegségek
Idegsebészet (x)
Iskolaegészségtan és ifjúságvédelem (r. é.)
Psychiátria
Radiológia
Trópusi betegségek (r. é.)
Tüdőgyógyászat (x)

Március 22—április 02. között

Általános orvostan
Endokrinológia (r. é.)
Fog- és szájbetegségek
Mellkassebészet (r. é.)
Oxyológia
Sportorvostan
Transzfúziológia

Április 05—16. között

Audiológia (r. é.)
Csecsemő-gyermekgyógyászat
Csecsemő- és gyermek fül-orr-
gégyógyászat (r. é.)
Foniátria (r. é.)
Fog- és szájbetegségek
Fül-orr-gégyógyászat
Haematológia (r. é.)
Igazságügyi orvostan
Igazságügyi elmeorvostan (r. é.)
Kórbonctan-kórszövettan
Reumatológia és fizioterápia (x)
Traumatológia (x)
Urológia

Április 19—30. között

Fog- és szájbetegségek
Gyermeknőgyógyászat (r. é.)

Neurológia
Ortopédia
Radiológia
Sugárterápia (x)
Tüdőgyógyászat (x)

Május 03—14. között

Belgyógyászat
Fog- és szájbetegségek
Gyermekneurológia (r. é.)
Gyermekpsychiátria (r. é.)
Psychiátria
Repülőravastan (x)
Szülészet-nőgyógyászat
Üzemorvostan (x)

Május 17—28. között

Fog- és szájbetegségek
Közegészségtan-járványtan
Közegészségügyi-járványügyi labor.
vizsgálatok
Sebészet
Szemészet
Társadalomorvostan (x)

Május 31—június 11. között

Anaesthesiológia-intenzív terápia
Általános orvostan
Bőrgyógyászat
Gyermeksebészet (r. é.)
Klinikai immunológia és allergológia (r. é.)
Neonológia (r. é.)
Nephrológia (r. é.)
Reumatológia és fizioterápia (x)
Klinikai laboratóriumi vizsgálatok (x)
Sugárbiológia-sugáregészségügy (x)
Traumatológia (x)

Jelzés: (x) első, ill. ráépített szakképesítés is lehet,
r. é.) csak ráépített szakképesítés lehet

II. Gyógyszerészeti vizsgaidőpontok

Február 22—március 05. között

Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi
szervezés
(Budapest)

Március 08—19. között

Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi
szervezés
(Budapest és Sopronban)

Március 22—április 02. között

Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi
szervezés
(Budapest)

Április 05—16. között

Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi
szervezés
(Budapest és Debrecenben)

Április 19—30. között

Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés
(Budapest)

Május 03—14. között

Gyógyszertechnológia
Kémia (fizikai-kémiai) gyógyszerellenőrzés
Mikrobiológiai gyógyszerellenőrzés
Gyógyszerhatástan
Közegészségügyi-járványügyi labor. vizsgálatok
Klinikai laboratóriumi vizsgálatok
Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés
(Budapest és Debrecenben)

Május 17—június 04. között

Gyógyszertechnológia
Gyógyszerhatástan
Toxicológia
Farmakognózia (gyógynövényismeret)
Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés
(Budapest)
Egészségügyi gyógyszerügyi igazgatás

Intézeti gyógyszerész részére gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezésből szakvizsgát Budapest április 05—16. között tartunk.

Ügyfélfogadás az irodában:

(Budapest, XIII., Szabolcs u. 35.)

Oktatási épület, I. em. 110—112.)

Hétfő: 10—14 óráig

Szerda: 14—16 óráig

Péntek: 8—12 óráig

Az OSZB Titkárság vezetőjének (dr. Márfy Judit főorvos) ügyfélfogadási ideje, helye:

Minden szerdán 15—17 óráig (Budapest, XIII., Szabolcs u. 35.)

Oktatási épület, I. em., 110. ajtó)

Az OSZB elnökének (dr. Forgács Iván egyetemi tanár) ügyfélfogadási ideje, helye:

Minden hétfőn 12—14 óráig (Budapest, XIII., Szabolcs u. 35.)

Rectori épület, I. emelet)

A vizsgára jelentkezés feltételei megtalálhatók a 2/1980. (II. 8.) sz. Eü. Közlöny 33—37. oldalig.

Az időpontok az elméleti szakvizsgára vonatkoznak.

A meghirdetett időpontokra a szabályosan felszerelt kérelmek beérkezési határideje: 1991. november 01—30.

Kérjük a tisztelt jelentkezőket, hogy hiányosan felszerelt kérelmeket sem személyesen, sem postán ne nyújtsanak be, mert azokkal nem áll módunkban foglalkozni.

Az OSZB csak a jelentkezések ismeretében tudja meghatározni a szakvizsgák helyét és idejét, így a vidéki szakvizsga igényeket nem minden esetben tudjuk kielégíteni. (Minimálisan 5 fő jelentkezése szükséges egy vidéki szakorvosi vizsga megszervezéséhez.)

A szakvizsgakérelmek elbírálásánál a kötelező konzultációk eredményét is figyelembe vesszük.

Integrált intézmények esetén kérjük szíveskedjenek külön igazolni a kórházi osztályon és külön a járóbeteg-rendelésen eltöltött időt.

Minden jelöltnek eredményes vizsgát kívánunk.

Országos Szakképesítő Bizottság

National Meeting of the Hungarian Chapter of IASP (with Participation of IASP Concul Members) 1992 October 5—6, Budapest Hotel Aquincum

October 5 Monday Scientific Meeting

Morning Session (9.00—12.30)

Chairmen: P. D. Wall and B. Csillik

9.00—9.20 P. D. Wall: The Contribution of Professor Szentágotai to our Understanding of Pain Mechanisms

9.20—9.40 A. J. Basbaum: Anatomical Studies of Pain Modulators

9.40—10.00 J. M. Besson: Opioid Receptors in the Superficial Dorsal Horn of the Spinal Cord

10.00—10.20 H. O. Handwerker: Nociceptor Mechanisms

10.20—10.50: DISCUSSION

10.50—11.20: Coffee break

11.20—11.40: M. Réthelyi: Synaptic Structures in the Dorsal Horn

11.40—12.00: J. Szolcsányi: Capsaicin as a Tool for Studying Nociceptors
12.00—12.30: DISCUSSION

Afternoon Session (14.00—17.50)

Chairmen: U. F. Lindblom and J. Szolcsányi
14.00—14.20: U. F. Lindblom: Sensory Examination in Pain Patients

14.20—14.40: M. J. Cousins: Acute Pain and the Injury Response

14.40—15.00: B. Csillik: The Protean Character of the Gate

15.00—15.20: J. D. Looser: Deafferentation Pain: Puzzles

15.20—15.50: DISCUSSION

15.50—16.20: Coffee break

16.20—16.40: Giulbaud: Animal Models of Clinical Pain

16.40—17.00: L. Vyklicky: Role of 5-HT and Glutamate Receptors in Pain

17.00—17.20: G. Jancsó: Peripheral Modulation of Neuronal Capsaicin-Sensitivity

17.20—17.50: DISCUSSION

October 6 Tuesday Scientific Meeting

Morning Session (9.00—12.30)

Chairmen: J. d. Looser and D. Embey-Isztin

9.00—9.20 D. M. Justins: Cancer Pain Management

9.20—9.40 Ch Berde: Management of Pediatric Cancer Pain

9.40—10.00 D. Embey-Isztin: Cancer Pain Management at the National Institute of Oncology in Budapest

10.00—10.20 J. E. Charlton: Neuroblockade in Chronic Pain

10.20—10.50: DISCUSSION

10.50—11.20: Coffee break

11.20—11.40 K. Dan: Continuous Epidural Block for Herpes Zoster

11.40—12.00 E. Csanda, I. Jelencsik, K. Kovács: Tension Type Headache: Relation to Migraine Based on Clinical Experiences

12.00—12.30 : DISCUSSION

Afternoon Session (14.00—17.50)

Chairmen: M. J. Cousins and J. Károvi

14.00—14.20 I. Pilowsky: Psychiatric Aspects of Pain

14.20—14.40 W. E. Fordyce: Cognitive (Behavior) Factors in Chronic Pain

14.40—15.00 I. Szarvas, B. Huszár, A. Czeiner: Chronic Pain Treatment with Percutaneous Electrothermocoagulation

15.00—15.20 M. R. Bond: Outcomes from a Pain Rehabilitation Program

15.20—15.50 DISCUSSION

15.50—16.20 Coffee Break

16.20—16.30 J. Károvi, Zs. Kiss, Zs. Kincses: A Comparative Study of Different Postoperative Pain Relieving Techniques

16.30—16.40 I. Somogyi, J. Tajti, T. Rudisch: Our Experiences with Vinca Alkaloids on Chronic Pain Syndromes

16.40—16.50 J. Tajti, I. Somogyi, Cs. Berecki, S. Turi: Platelet Aggregability and Migraine

16.50—17.00 L. Bőjthe: Chemical Lumbar Sympathectomy

17.00—17.10 L. Pék, Cs. Balaton: The Role of Laser with low Energy Density in the Treatment of Herpes Zoster Induced Pain

17.10—17.50: DISCUSSION

Felvilágosítást ad: Dr. Embey-Isztin Dezső fő-

orvos, Országos Onkológiai Intézet, Fájdalomcsillapítási Osztály, 1122 Budapest, Ráth Gy. u. 7—9. Tel.: 1 551-520 (közvetlen). Fax: 1562 402

Részvételi díj: A Fájdalom Társaság tagjainak ingyenes (ha az 1992. évi tagsági díj befizetése igazolt). Egyébként: 1000 Ft.

A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet pályázatot hirdet öngyilkosság megelőzési modellkísérletekre, akciókutatásokra.

Az elbírálás során előnyt élveznek azok a programok, amelyek közvetlenül a közösségekre, veszélyeztetett csoportokra irányulnak, amelyek új, nálunk még nem alkalmazott módszereket alkalmaznak, különösen azok a tervek, amelyek az ún. Werther-effektus visszaszorítására irányulnak.

A pályázat a telefonszolgálatok munkáját most nem kívánja támogatni, tekintettel arra, hogy más pályázati alapok foglalkoznak ezzel.

A pályázatra az 1992. évi egészségvédelmi alaphoz 15 millió forint áll rendelkezésre.

A pályázatra vonatkozó részletes leírást felbélyezett válaszbortéccal kell kérni (Kovács Annamária, NEVI, Budapest, Pf. 8, 1378). A kéréskor meg kell említeni a pályázat témáját, mert a NEVI-ben párhuzamosan több kiírás is fut.

A pályázatot a feltételek elfogadásának igazolásul szolgáló, aláírt kiírási lappal együtt 1992. október 15-ig kell beküldeni. A pályázatok elbírálása és a támogatások folyósítása a határidő után gyorsan megtörténik.

A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet pályázatot hirdet epidemiológiai vizsgálat végzésére, amelynek célja, hogy megállapítsa a drogbetegségek (tiltott és gyógyító célból forgalmazott kémiai anyagokkal kapcsolatos hozzászokás, dependencia, addikció) gyakoriságát (prevalencia és/vagy incidencia) hazánkban.

A pályázatban előnyben részesülnek azok a kutatási tervek, amelyek innovatívak, gazdálkodó szemléletűek (hiszen a pályázatra összesen csupán 5 millió forint áll rendelkezésre az 1992. évi egészségmegőrzési alaphoz), és amelyek más kutatásokkal, ill. adatfelvételi rendszerekkel egyeztethetők.

A pályázat beadásának határideje 1992. október 10.

A pályázat csak a részletes kiírás aláírt, szerzőként szolgáló lapjával együtt adható be, amelyet felbélyezett válaszbortéccal küldésével lehet kérni (Kovács Annamária, NEVI, Budapest, Pf. 8, 1378). A témakörben más intézmények pályázati kiírásai is készülhetnek, az általunk elfogadni nem tudott, de jónak tartott pályázatokat az Intézet ezek felé is képviselheti és támogathatja.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottsága a Szegedi Gyermekklinika szervezésében 1992. október 29—30-án Szegeden rendezi a „Magyar Kutató Gyermekorvosok I. országos tudományos ülés”-ét. Az előadások bejelentésének határideje: 1992. szeptember 20. Cím: Dr. Ábrahám Csongor, SZOTE Gyermekklinika, Szeged, Korányi fasor 14—15. 6725

Szegedi út és Reiter F. utca sarkon (Bp., XIII., Szegedi út 48/e) közepesen felszerelt orvosi rendelő tartós bérletre vagy közös hasznosításra kiadó. Érdeklődni lehet 1-498-776 telefonon.

1993. július 19-től 24-ig Barcelonában kerül megrendezésre a II. Egyesült Európai Gasztroenterológiai Hét. 1993-ban a gasztroenterológiában ez lesz a legrangosabb tudományos esemény Európában. Szervezése az emésztőszervi betegségek területén működő fő európai társaságok bevonásával történik, és a kongresszus egy-egy korábban külön-külön rendezett tudományos konferenciákat. A kongresszus eredeti tudományos előadások, továbbképző kurzusok, munkamegosztások és klinikai esetismertetések formájában fog zajlani.

További információk: Prof. J. R. Malagelada — c/o UNICONGRESS — Calle Calvet 55—57 (4th floor) 08021 Barcelona-Spain. Tel: (34-3) 4140322. Fax: (34-3) 4140251

Körzeti orvosok számára ősszel magánkiadásban megjelenik a „Röntgenológia háziorvosok számára” c. jegyzet. Megrendelés: Dr. Oláh József 3100 Salgótarján, Füleki u. 64.

Orvosok, egészségügyi intézmények szakszerű jogi védelme, képviselése „műhiba” perekben és peren kívüli eljárásban, gazdasági társaságok (KKT.; BT.; Kft.; Rt.) és egészségügyi vállalkozások alapítása, szerződések elkészítése.
384. J. M. K. Ügyvédi Iroda 1107 Budapest, Somfa köz 10. hétköznap 15—18 óra, telefon: 177-8988, egész nap.

A MAITT Gyermekaneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szekciójának az Európai Gyermekaneszteziológiai Társaságok Szövetségének (FEAPA) felkérésére 1992. szeptember 25—28 között Budapesten rendezzi meg a II. EURÓPAI GYERMEKANESZTEZIOLOGIAI MINISZIMPÓZIUMOT.

Helyszín: Hotel Béke-Radisson, (1067 Budapest, Teréz krt. 43.)

Az előadások nyelve: angol.

Tudományos program:

1992. szeptember 26., szombat:

8.30—10.45: — Megnyitó

— Paediatric anaesthesia — Why?

B. Ekström—Jodal (Göteborg)

— Preoperative preparation

A. E. E. Meursing (Rotterdam)

— Monitoring during anaesthesia

O. A. Meretoja (Helsinki), K. Nilsson (Göteborg)

— Maintenance and monitoring of body temperature in infants and children

K. Nilsson (Göteborg)

10.45—11.00: Kávészünet

11.00—12.30: — Changed concepts in neonatal anaesthesia

G. H. Bush (Liverpool)

— Intravenous induction agents

I. G. James (London)

— Total intravenous anaesthesia in paediatric surgery: clinical aspects and pharmacokinetics of propofol

S. Fossa és mtsai (Genova)

— *Dextrose infusions in neonates and infants*
N. Azzopardi (Málta)
12.30—13.30: Ebéd
13.30—15.00: — *Developmental pharmacology and paediatric use of inhalational agents*
N. Valentin (Koppenhága)
— *Is inhalation anaesthesia the best choice in paediatric practice?*
M. J. M. Govaerts (Brüsszel)
— *Neuromuscular blockade in paediatric anaesthesia*
M. Rawicz (Varsó)
15.00—15.15: Kávészünet
15.15—17.00: — *Anaesthesia for non-cardiac surgery in infants and children with congenital heart diseases*
R. Rian (Oslo)
— *Particularities of regional anaesthesia in children*
Cl. Saint-Maurice (Párizs)
— *Paediatric epidurals* (video)
Ph. Ragg, T. C. K. Brown (Melbourne)
1992. szeptember 27., vasárnap:
8.30—10.30: — *Anaesthesia for paediatric ENT surgery (including laser surgery)*
A. Mayné (Yvoir, Belgium)
— *Anaesthetic management in malformations of the lips and mouth*
C. Sabetay (Craiova)
— *Avoidable trauma to the larynx in intubation of neonates, infants and children*
J. Holzki (Köln)
— *The suffocating child. Bronchoscopy in children with severe obstructions of the airway*
B. Smalhout (Utrecht)
— *Who cares for the child who needs sedation and/or analgesia for diagnostic procedures*
F. Frei (Basel)
10.30—11.00: Kávészünet
11.00—12.30: — *Administration of amino acids in neonates and infants in the postoperative period*
J. Holzki (Köln)
— *Problems of the anaesthetised ox-premature baby*
M. Abel (Köln)
— *Inhalation anaesthesia in preterm neonates*
C. L. Olsson (Stockholm)
— *Computer-assisted database for problem patients in paediatric anaesthesiology*
M. Abel, A. Reinhard (Köln)
— *Pentaglobin in the treatment of sepsis*
Mzslai P. (Budapest)
— *Current concepts of parenteral nutrition in childhood*
Varga K. (Budapest)
— *Zárszó*
12.30—13.30 Ebéd

Társasági program:
1992. szeptember 25., péntek, 19.00: állófogadás
1992. szeptember 26., szombat, 19.00: hanverseny és vacsora
1992. szeptember 27., vasárnap, 19.00: magyaros vacsora
1992. szeptember 28., hétfő délelőtt: kirándulás Szentendrére.
Részvételi díj: résztvevőknek:

orvosoknak: 2000,— Ft,
asszisztenseknek: 1000,— Ft,
kísérőknek: 500,— Ft.

A részvételi díj magában foglalja
— résztvevőknek: — az előadások látogatási jogát,

— a miniszimpózium dokumentációs anyagának árát,
— az előadási napokon az ebéd és a szünetekben működő büfé költségét,
— az állófogadás (szept. 25.) és
— a magyaros vacsora (szept. 27.) költségét,
— kísérőknek: — az állófogadás (szept. 25.) és
— a magyaros vacsora (szept. 27.) költségét.

A miniszimpózium irodája a Hotel Béke-Radissonban működik
— szeptember 25-én, pénteken: 12 órától 19 óráig,
— szeptember 26-án, szombaton: 8 órától 17 óráig.

A részvételi díjat *rózsaszín pénzesutalványon* kérjük postára adni 1992. szeptember 18-ig az alábbi címre:
TENSIS TOURS Kft., Kovács Rózsa, Budapest, Komjádi Béla u. 1. 1023

Az utalvány hátoldalán kérjük feltüntetni a résztvevő(k) és a kísérő(k) nevét, a rendezvény megnevezését („Gyermekanaeszteziológia”), valamint azt, hogy kéri-e számlát a befizető.

További felvilágosítás kérhető az alábbi címen:

Dr. Preefort László SzOTE AITI Gyermekklin. részleg, 6701 Szeged, Pf. 471. Telefon: (62) 10-011, 12-31-es mellék. Fax: (62) 10-565.

Dr. Zala Ilona, Petz Aladár Kh., Cs. és Gyermek. 9002 Győr, Pf. 92. Tel.: (96) 18-244, 126-os mellék, vagy 77-es személyi hívó, Fax: (96) 13-996.

Dr. Hirsch Tibor ov. fő., Heim Pál Gyermek-kórház, Anesz. és Int. Ter. Oszt. 1958, Budapest. Tel.: (1) 133-5994, Fax: (1) 133-4553.

Az Országos Rumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1992. szeptember 21-én 15 órai kezdettel tartja soron következő tudományos ülést.

A tudományos ülés helye: ORFI Lukács Klub
Program: Dr. Somhegyi Annamária (C. oszt.):
A Scheuermann-betegség gerinc-paraméterei és pszichés jellemzői

99% / 120 l/min. teljesítményű orvosi szívóké-szülék eladó. tel.: 165-9354.

Tisztelt Kollégák!

Felhívjuk figyelmüket a Nemzetközi Kórhá-
zi, Orvosi és Laboratóriumi, Gyógyszerészeti,
Rehabilitációs és Fogászati Szakvásárra,
amely 1992. október 27—30. naponta 9—18. lesz
megtekinthető a Budapesti Nemzetközi Vásár-
központ területén.

Az 1. Magyar Kórházi Menedzser Kongresszus, a medIKAL + dental '92 keretében
lesz 1992. október 28—29. között a Budapesti
Nemzetközi Vásárközpontban.

Információ: Flór Ferenc Kórház Igazgatósága,
2143 Kerepestarcsa, Semmelweis tér 1.

Az I. Osztrák—Magyar Falk Symposiumra
„Epe és epesav — Új terápiás aspektusok” cí-
men Eisenstadtban 1992. november 7-én kerül
sor.

Tudományos szervezők: Prof. Dr. Fehér János,
Budapest, és Prof. Dr. A. Gangl, Bécs.

Délelőtti ülés: Modern epekezelés

Üléslélek: Prof. Dr. Fehér János, Budapest
9.30—10.00 „Kőoldás és kőzúzás”

Prof. Dr. G. Paumgartner
10.00—10.30 „Magyar tapasztalatok a
kőzúzásról”

Dr. Juhász László Miskolc
10.30—11.00 „Osztrák tapasztalatok a
kőzúzásról”

Dr. G. Schneider, Linz
11.00—11.30 Kávészünet
11.30—12.00 „Lokális epekezelés”

Prof. Dr. U. Leuschner, Frankfurt
12.00—12.30 „Laparoscoposcholecystectomy
Prof. dr. R. Schiessel, Bécs

12.30—13.00 „A papillotomia alkalmazása”
Prof. Dr. Papp János, Budapest
13.00—14.30 Szünet, ebéd

**Délutáni ülés: Új terápiás lehetőségek a
cholestatikus májbetegségeknél**

Üléslélek: Prof. Dr. A. Gangl, Bécs
14.30—14.45 „Bevezetés a témához. Észrevé-
tel a kolestázis diagnosztikájához”

Prof. Dr. A. Gangl, Bécs
14.45—15.15 „A PBC (primer biliáris chiro-
zis) új terápiás aspektusai”

Dr. Maria Leuschner, Frankfurt
15.15—15.45 „Tapasztalatok a PSC ursodeoxy-
cholsavval történő kezeléséről”

Prof. Dr. A. Stiehl, Heidelberg
15.45—16.15 „Új aspektusok a kolestázis ke-
zeléséről a gyermekgyógyászatban”

Dr. J. Cotting, Lausanne
16.15—16.45 „Magyar tapasztalatok a kolestá-
zis ursodeoxycholsavval (UDCA) történő terápi-
ás kezeléséről”

Dr. Nemesánszky Elemér, Budapest
17.15—17.45 „Tapasztalatok a Wall-stent keze-
léséről a malignus epeútszenózis terápiájában”

Dr. Schöffel, Bécs
17.45—18.15 „Májtranszplantáció”

Prof. Mühlbacher, Bécs

A részvételi és szállásigény iránti további in-
formáció: Prof. Dr. Fehér János, Semmelweis
OTE, II. sz. Belklinika, 1088 Budapest, Szentki-
rályi u. 46. Tel. + Fax: (361)-134-0558.

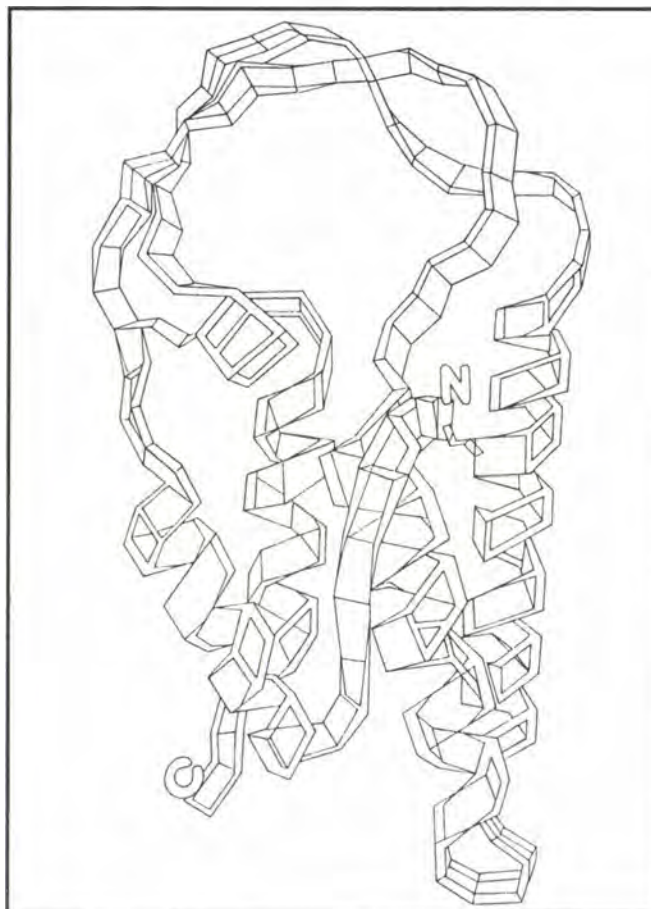
Az Orvosi Hetilap 1992. 133. 1998. oldalán meg-
jelent OH—QUIZ-re (VI. sorozat) 1 helyes meg-
fejtés érkezett: Dr. Jakab Zsolt, Szombathelyről
küldte be. Gratulálunk, nyereményét postán jut-
tatjuk el.

Német traumatológus, sebészorvos partnert ke-
res budapesti magánrendelő, illetve napi klinika
(Tagesklinik) létesítéséhez. Főprofil: Arthroscopi-
ás kéz- és érsebészet. A rendelő saját röntgen-
nel és laboratóriummal lesz felszerelve.
Érdeklődés a III-0786 telefonon.



Schering-Plough / USA
ESSEX CHEMIE EAST AG
INFORMÁCIÓS IRODA

"INTRON A" INJEKCIÓ (INTERFERON ALFA-2b)



TÁJÉKOZTATÁS AZ "INTRON A" 3 MILLIÓ NE, 5 MILLIÓ NE, 10 MILLIÓ NE INJEKCIÓK FORGALOMBAHOZATALI ENGEDÉLYÉNEK, A KÉSZÍTMÉNYEK RENDELHETŐSÉGÉNEK MÓDOSÍTÁSÁRÓL.

A Népjóléti Minisztérium 85.588/1992/I. számú átirata értelmében a készítmények a 18/1991. (XI. 5.) NM számú rendelet 8. § (1) bekezdéséhez csatlakozó 3. számú melléklet II. B. csoportjába, valamint a rendelet 2. számú mellékletének B. 15. pontjába kerültek felvételre, SZjelzéssel.

Ennek alapján a rendelkezésre szóló előírás:

"Csak vényre, egyszeri alkalommal adható ki. A neoplazma kezelésére területileg és szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés szakorvosa térítésmentesen rendelheti."

Egyéb indikációban a társadalombiztosítási támogatás mértéke: 0%



DOXYCYCLIN-CHINOIN

KAPSZULA



ANTIBIOTICUM CUM SPECTRO LATO

Hatóanyag:

100 mg doxycyclinum (sósavas só formájában) kapszulánként.

Javallat:

Elsősorban légúti-, urogenitális-, lágszöveti-, szemészeti-, gastrointestinális-, epehólyag- és epeúti fertőzésekben.

Ellenjavallat:

Tetracyclin túlérzékenység.

Relatív ellenjavallat:

Terhesség, szoptatás, 8 éven aluli életkor esetén csak nagyon indokolt esetben adagolható, ha más antibiotikummal véggépp nem lehet célt elérni.

Adagolás:

Szokásos adagja és az adagolás gyakorisága különbözik más tetracyclinekétől!

Szokásos adagja felnőtteknek a kezelés 1. napján 2 kapszula (napi 2-szer 100 mg, 12 óránként adva), majd napi 1 kapszula (100 mg) fenntartó adag. Súlyosabb esetekben (főleg a húgyutak krónikus gyulladásában) 12 óránként 100 mg az ajánlott adag.

Nyelőcső-irritáció és fekély kialakulásának elkerülése érdekében a kapszulát sok folyadékkal kell bevenni.

A Doxycyclin felszívódását nem befolyásolja jelentősen a táplálék- és tejfogyasztás.

Gyomorirritáció esetén a gyógyszert táplálékkal vagy tejjel együtt kell bevenni.

Mellékhatások:

- gastrointestinális tünetek
- bőrtünetek
- allergiás reakciók
- vérképzőszervi mellékhatások
- a vér karbamidnitrogén-szintjének emelkedése
- a plazma prothrombin-szintjének csökkenése

- májkárosodás, elsősorban vese- és májinsufficiencia esetén és vesebeteg terheseken fordulhat elő.
- nem érzékeny kórokozók (elsősorban gombák) elszaporodása miatt szekunder infekciók kialakulása
- a fejlődő csontrendszerbe beépül, a csontfejlődést gátolja, a fogfejlődés alatt a fogakat sárgásan elszínezi, és a fogzománc hypoplasziáját okozhatja.

Gyógyszerköcsönhatások:

Nem adható együtt alumínium-, kalcium-, magnéziumtartalmú

- antacidumokkal, valamint orális vaskészítményekkel
- Methoxyfluran (Penthran) narkotikummal
- Carbamazepin (Stazepine), Phenytoin (Diphedan), barbiturátok

Kerülendő az együtt adása:

hepatotoxikus szerekekkel, penicillinkészítményekkel

Óvatosan adható együtt:

antikoagulánsokkal

Figyelmeztetés:

Csont- és fogkárosító hatása miatt a terhesség 2. felében és 8 éven aluli gyermekeknek lehetőleg ne adják, kivéve, ha más antibiotikum nem hatékony vagy ellenjavallt. Tartós adagolás esetén a vérképzőrendszer, a vese- és májfunkció ellenőrzése szükséges.

Fotoszenzitív betegeket a napfénytől és az UV-sugárzástól óvni kell, a bőrrerythema megjelenésekor a kezelést abba kell hagyni.

Megjegyzés:

✖✖✖ Csak vényre adható ki.

Csomagolás:

8 db kapszula (100 mg)



CHINOIN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

NEO-PANPUR[®] filmbevonatú tabletta

Enzimes digestivae

A készítmény hatóanyaga a sertéspankreaszból 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, 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 rendeli.

CSOMAGOLÁS:

30 filmbevonatú tabletta.

ELŐÁLLÍTÓ:

Knoll AG—BASF licence alapján előállítja és forgalomba hozza az EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT. Budapest
OGYI eng. szám: 4264/40/90.



EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT., Budapest

Orvosi Hetilap

1992. szeptember 20. 133. évfolyam — 38. szám 59 Ft

Az izotópos first passage, haemodinamikai és légzésfunkciós vizsgálatok paramétereinek összefüggései cor pulmonalis betegekben

Zámbó Katalin dr., Nemessányi Zoltán dr., Fónay Károly dr., Radnai Béla dr.

2407

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Többosztályú alsó végtagi verőérbetegségek intraoperatív ballonkatéteres kezelésének késői eredményei

Wéber György dr.

2411

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A $\Delta F508$ mutáció kimutatása cystikus fibrosisban.

Fekete György dr., Váradi András dr., Pipiras Éva, Németh Krisztina, Réthy Lajos Attila dr., Holics Klára dr., Ujhelyi Rita dr.

2423

KAZUISZTIKA

Persistáló haematuria (vékony-basalis-membran-nephropathia) és könnyűlánc-proteinuria (benignus monoclonalis gammopathia) együttes előfordulása egy középkorú férfiban

Iványi Béla dr., Mohácsi Gábor dr., Sonkodi Sándor dr., Ormos Jenő dr.

2431

AKTUÁLIS KÉRDÉSEK

Gyógyszerkutatás emberen: új kihívás a bioetikában

Vizi E. Szilveszter dr.

2439

HORUS

Lumniczer Sándor emlékezete

Kapronczay Károly dr.

2447

Az első sikeres gyomorresektio pepticus ulcus miatt

Novák László dr.

2449

Penfield professzor portréja

Szállási Árpád dr.

2450

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

2453

SPRINGER FOLYÓIRATOK 1993

2464

HÍREK

2469

PÁLYÁZATI HIRDETÉNYEK

2472



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány





[®]KREON

KAPSZULA

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 után enzimpótlás, cisztás fibrosis.

Ellenjavallatok:

Hatóanyag iránti túlérzékenység.
Acut pancreatitis.

Adagolás:

A szokásos adag napi 3—5 × egy kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Felnőtteknek szükség esetén a napi adag 6—12 kapszuláig emelhető. Kisgyermekeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

Mellékhatások:

Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

20 kapszula

Előállítja:

CHINOÏN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
H—1045 Budapest, Tó u. 1—5.
Kali-Chemie Pharma GMBH,
Hannover (NSZK licenc alapján)



CHINOÏN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

Hungarian Medical Journal

September 20, 1992. Volume 133. No. 38.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Correlations between the radionuclide first passage, hemodynamic and respiratory function parameters at patients with cor pulmonale
Zámbó, K., Nemessányi, Z., Fónay, K., Radnai, B. 2407

CLINICAL STUDIES

Late results with intraoperative balloon dilatation treatment of multilevel lower extremities arterial occlusion
Weber, Gy. 2411

ORIGINAL ARTICLES

Detection of $\Delta F508$ mutation in cystic fibrosis
Fekete, Gy., Váradi, A., Pipiras, É., Németh, K., Réthy, L. A., Holics, K., Ujhelyi, R. 2423

CASE REPORTS

Joint occurrence of persistent haematuria (thin basement membrane nephropathy) and light-chain proteinuria (benign monoclonal gammopathy) in a middle-aged man
Iványi, B., Mohácsi, G., Sonkodi, S., Ormos, J. 2431

ACTUALITIES

Drug research in human: a new challenge in bioetics
Vizi, E. Sz. 2439

HORUS

In memoriam Sándor Lumniczer M. D.
Kapronczay, K. 2447

The first successful operation in patient with peptic ulcer
Novák, L. 2449

In memoriam professor Penfield
Szálási, Á. 2450

FROM THE LITERATURE 2453

SPRINGER JOURNALS 1993 2464

NEWS 2469

Orvosi Hetilap

133. évfolyam 38. szám — 1992. szeptember 20.

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., Paál Tamás 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, Németh György, 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), G. Nagy (Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), H. Tahler (Wien), K. Tsuji (Tokyo).

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 3060,— Ft, félévre 1530,— Ft, negyedévre 765,— Ft, 1 hónapra 255,— Ft, egyes szám ára 59,— Ft

SPRINGER
1842-1992
150
FOR SCIENCE

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 92.19885.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

Hajas fejbőr kezelésére kifejlesztett nem halogénezett glukokortikoid készítmény.

Hatásos:

- helyi hatása a halogénezett származékokéval azonos
- alkalmazásával rövid idő alatt klinikai javulás érhető el

Biztonságos:

- a felszívódott hatóanyag gyorsan metabolizálódik

- a hatékony lokális dózis szisztémás hatása egy nagyságrenddel kisebb, mint a halogénezett származékoké
- a gyógyszeralkalmazási előiratban megadott feltételek mellett nem gátolja a mellékvese működését
- tartós kezelésre használható szteroid

Kényelmes:

- kozmetikai igényeknek is megfelel
- gyorsan penetrál a bőrbe
- nem szennyezi a haját

Ha gyors és erős hatású, de biztonságos készítményre van betegnek szüksége, legyen az első választott készítmény az APULEIN.

Gyártja: Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt. — Budapest



APULEIN[®]
oldat
(0,025% budesonid)

Az izotópos first passage, haemodinamikai és légzésfunkciós vizsgálatok paramétereinek összefüggései cor pulmonalis betegekben

Zámbó Katalin dr., Nemessányi Zoltán dr., Fónay Károly dr.¹ és Radnai Béla dr.²

Pécsi Orvostudományi Egyetem Központi Radioizotóp Laboratórium (laboratóriumvezető: Nemessányi Zoltán dr.)

Sopron Megyei Jogú Város Kórház, Mellkasgyógyászati Osztály (osztályvezető főorvos: Fónay Károly dr.¹),

Baranya Megyei Kórház-Rendelőintézet Egység III. számú Belgyógyászati Osztály, Pécs (osztályvezető főorvos: Bódis Lóránd dr.²)

A szerzők 37, cor pulmonale chronicumban szenvedő betegben végeztek radionuclid first passage, mikrokateéteres és légzésfunkciós vizsgálatot, valamint vérgázanalízist. Szignifikáns pozitív korrelációt találtak az átlagos pulmonalis keringési idő és az arteria pulmonalis nyomás; a perifériás tüdő „mean transit time”-ja és az arteria pulmonalis nyomás; illetve a tüdő perifériáján létrejövő pangás jellemzésére kialakított pulmonalis pangási index és az arteria pulmonalis nyomás között. Szignifikáns negatív korrelációt találtak az átlagos pulmonalis keringési idő, valamint a „mean transit time” és a vitálkapacitás, a FEV₁, illetve az O₂-saturációs értékek között. Megállapítják, hogy az izotópos keringési paraméterek és a klinikai diagnosztikus adatok szoros összefüggései alapján a radionuclid first passage vizsgálat alkalmas a cardiopulmonalis keringés aktuális állapotának megítélésére.

Kulcsszavak: radionuclid first passage, cardiopulmonalis keringés

Correlations between the radionuclide first passage, hemodynamic and respiratory function parameters at patients with cor pulmonale. 37 patients with chronic cor pulmonale have been investigated with radionuclide first passage, microcatheter-technique, respiratory function investigation, furthermore blood gas analysis. Significant positive correlation have been found between the pulmonary circulation time and the pulmonary artery pressure; between the pulmonary mean transit time and the pulmonary artery pressure; furthermore between the pulmonary stagnation index was calculated for the characterization of peripheral pulmonary stagnation and the pulmonary artery pressure. Significant negative correlation have been found between the pulmonary circulation time, the pulmonary mean transit time and the vital capacity, the FEV₁, furthermore the O₂-saturation values. The authors establish, that on the base of the close correlations between the isotopic circulation parameters and the clinical data, the radionuclide first passage investigation is suitable for the demonstration of the current conditions of cardiopulmonary circulation.

Key words: radionuclide first passage, cardiopulmonary circulation

Valamennyi izotópdiaosztikai vizsgálat közös előnye, hogy noninvasív, szövödménymentes, ambulanter végezhető és relatíve gyakran ismételhető. Különösen előtérbe kerülnek ezek a tulajdonságok a szívbetegségek diagnosztikájában, ahol a legtöbb esetben csak invazív, esetleg szövödménnyel is járó diagnosztikus vizsgálatok vezetnek eredményre. Jogos az a törekvés, hogy noninvasív vizsgálatokkal próbáljunk minél több adatot nyerni a beteg aktuális keringési állapotáról.

A first passage vizsgálat (FP) régóta ismert és alkalmazott módszer az intracardialis shunt diagnosztikájában (2, 4, 6, 10). Korábban már beszámoltunk arról, hogy a FP az intracardialis shunt diagnosztika mellett a cardiopulmona-

lis rendszer egészéről is szolgáltat klinikai szempontból fontos adatokat (14, 15). A radiofarmakonnak a szíven és tüdőn történő áthaladása ad lehetőséget arra, hogy a cardiopulmonalis keringés jellemző paramétereit meghatározzuk, azok változását, a keringési állapot romlását, vagy a kezelés eredményességét nyomon követhessük. Cor pulmonale chronicumban (CPC) szenvedő betegekben az izotópos keringési paramétereket szignifikánsan megnyúltan találtuk a normál kontroll csoport megfelelő értékeihez képest. Különösen lassult a perifériás tüdőkeringés „mean transit time”-ja (MTT), illetve a MTT és az átlagos pulmonalis keringési idő (PKI) arányát jellemző pulmonalis pangási index (PPI), jelezve, hogy a legtöbb problémát a tüdőperiférián kialakuló keringésslassulás, illetve pangás okozza.

Jelen közleményünkben a FP, a mikrokateéteres nyomásmérés, a légzésfunkciós vizsgálatok, valamint a vérgázanalízis eredményeinek összefüggését elemezzük jobb szívfél elégtelenségben szenvedő betegekben.

Rövidítések: FP=first passage; CPC=cor pulmonale; MTT=mean transit time; PKI=pulmonalis keringési idő; PPI=pulmonalis pangási index; VC=vitálkapacitás; FEV₁=forszírozott kilégzési volumen; AP=arteria pulmonalisban mérhető nyomás;

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat 37 (26 férfi, 11 nő, átlagéletkor: 49,3 év, szélső értékek: 18–79 év) cor pulmonale chronicumban szenvedő betegben végeztük, akik a Baranya Megyei Tüdőgyógyintézet gondozása alatt álltak. A vizsgálat előtt valamennyi beteget felvilágosítottuk a sugárterheléssel járó kockázatról. A vizsgálatok elvégzését a helyi etikai bizottság engedélyezte.

Vizsgálómódszerek

1. A FP-t gammakamera-kisszámítógép rendszer segítségével végeztük (MB 9100, MB 9101, GAMMA Művek). A hátán fekvő betegnél, 555 MBq 99mTc-Albumon bolustechnikával történő beadásával egyidejűleg indítjuk a számítógépes felvételt, amelynél 0,5 másodpercenként 110 frame-t rögzítünk a mágneslemezen. Az értékelés a Supersegams (13) programrendszer segítségével történt (15). A jobb és bal szívfél, illetve a bal tüdő perifériájának vetületében jelöltük ki a ROI-kat (region of interest), amelyek segítségével idő-aktivitás görbéket generáltunk. A görbék alapján cardiopulmonalis keringési paramétereket számítottunk. Az átlagos pulmonalis keringési idő (PKI) a jobb és a bal szívfél idő-aktivitás görbéjének T maximuma közötti időintervallum, a centrális tüdőkeringés jellemzője. A mean transit time-ot (MTT) a tüdőperiférián kijelölt ROI idő-aktivitás görbéjéhez illesztett gammafüggvény határozza meg, egyaránt jellemzi az izotópnak a tüdőbe történő be- és kiáramlását, a tüdő perifériás keringésének aktuális állapotát jelzi. Pulmonalis pangási indexnek (PPI) neveztük a MTT és PKI hányadosaként nyert viszonyszámot, amely a perifériás és centrális tüdőkeringés arányát mutatja meg.

2. A mikrokatóteres nyomásmérést a vena cubitalisban felvezetett úszó ballonkatéterrel végeztük.

3. A légzésfunkciós vizsgálatokat Fenyves—Gut egészsztest plethysmograph-fal végeztük, a vitálkapacitást (VC) és az első másodpercre eső felszívzott kilégzési volument (FEV₁) vizsgáltuk az értékelés során.

4. Az oxymetriás vizsgálatok úgy történtek, hogy hyperaemizált kapilláris vérből nyertük az arteriásnak megfelelő vérmintákat, s az arteria pulmonalis katéterezése során nyertük a kevert vénás vérmintát. A mérést 2–3 órán belül végeztük el Instrumental Laboratory 1306. típusú vérgázanalizátorral. Jelenlegi munkánk során csak az O₂-saturációs értékeket elemeztük.

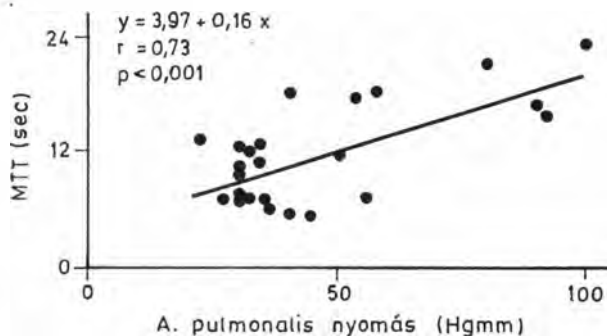
Eredményeink statisztikai értékelését lineáris regressziós analízis segítségével végeztük Commodore 64 személyi számítógépen.

Eredmények

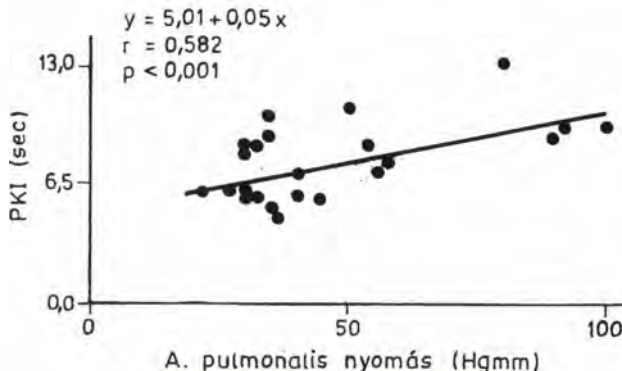
Szignifikáns pozitív lineáris korrelációt találtunk az arteria pulmonalisban mérhető nyomás (AP) és a perifériás tüdő MTT között ($r = 0,73$, $p < 0,001$; 1. ábra). Hasonló jellegű, de kevésbé szoros összefüggés van az AP és a PKI ($r = 0,582$, $p < 0,001$; 2. ábra), illetve az AP és a PPI ($r = 0,568$, $0,001 < p < 0,01$; 3. ábra) között is.

Szignifikáns negatív lineáris korrelációt találtunk a vitálkapacitás (VC) és a PKI ($r = -0,503$, $p < 0,001$; 4. ábra), valamint a FEV₁ és a PKI között ($r = -0,558$, $p < 0,001$; 5. ábra). Ugyancsak negatív lineáris korreláció van a VC és a MTT ($r = -0,444$, $p < 0,001$; 6. ábra), illetve a FEV₁ és a MTT között is ($r = -0,47$, $p < 0,001$; 7. ábra), de az összefüggés lazább.

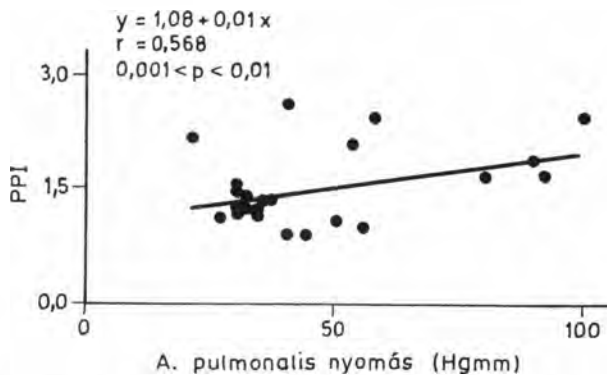
A vérgázanalízis paraméterei közül az O₂-saturatio és a MTT mutat szorosabb összefüggést ($r = -0,654$, $p < 0,001$; 8. ábra). Lazább negatív lineáris korreláció van azonban az O₂-saturatio és a PKI között is ($r = -0,513$, $p < 0,001$; 9. ábra).



1. ábra: A mean transit time (MTT) és az arteria pulmonalis nyomás összefüggése



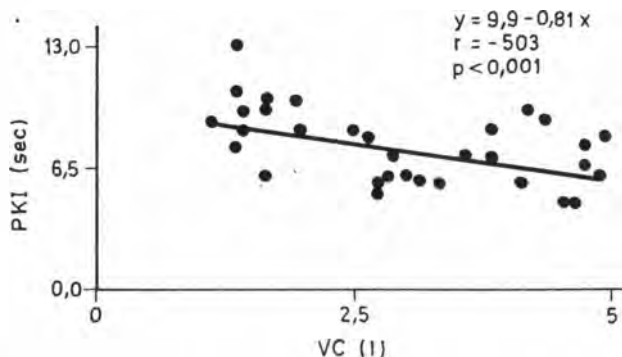
2. ábra: Az átlagos pulmonalis keringési idő (PKI) és az arteria pulmonalis nyomás összefüggése



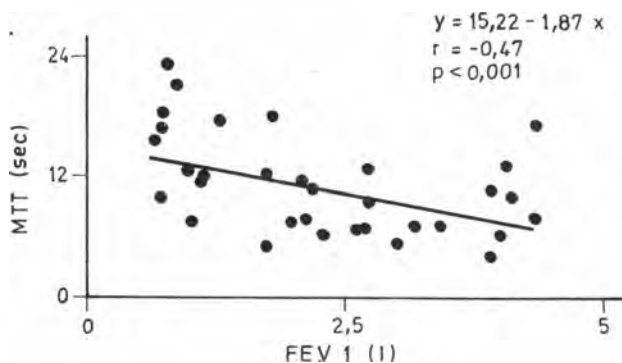
3. ábra: A pulmonalis pangási index (PPI) és az arteria pulmonalis nyomás összefüggése

Megbeszélés

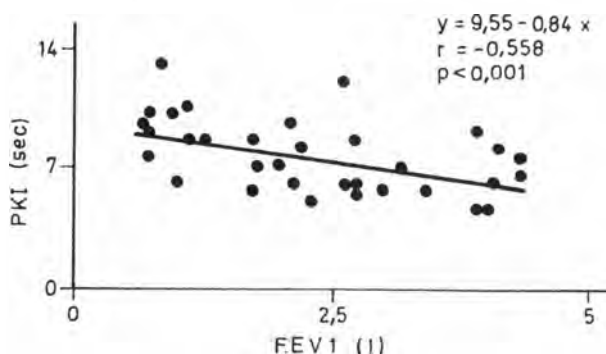
A cor pulmonale chronicum kifejezett jobb szívfél megterheléssel járó primer vagy szekunder tüdőbetegség, ezért a radionuclid FP vizsgálat alkalmasnak látszik arra, hogy ezen esetekben a cardiopulmonalis keringés aktuális állapotáról felvilágosítást nyújtson. A módszer előnye, hogy az izotóp a szíven és a tüdőn is átáramlik, így a szívben való megjelenése a tüdőkeringéstől is függ. A szív és a tüdő funkcionális egységet alkot, melynek perfúziójáról a FP segítségével reális képet nyerhetünk.



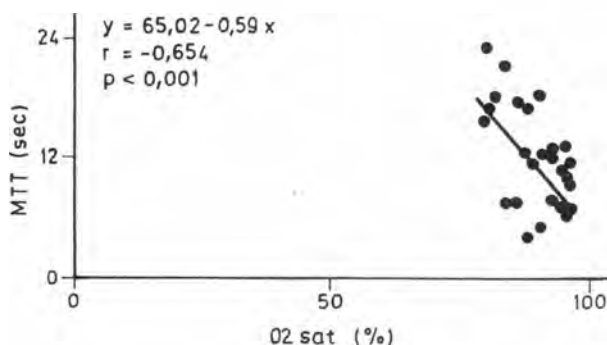
4. ábra: Az átlagos pulmonalis keringési idő (PKI) és a vitálkapacitás (VC) összefüggése



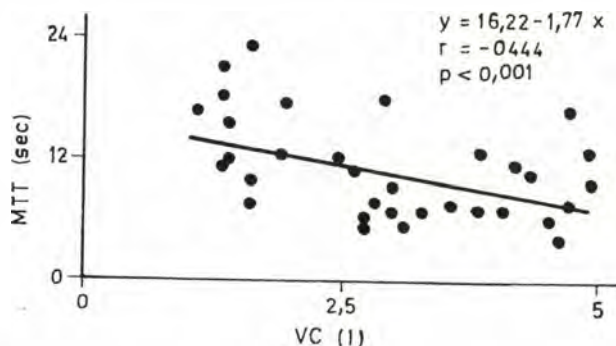
7. ábra: A mean transit time (MTT) és az első másodpercre eső forszírozott kilégzési volumen (FEV₁) összefüggése



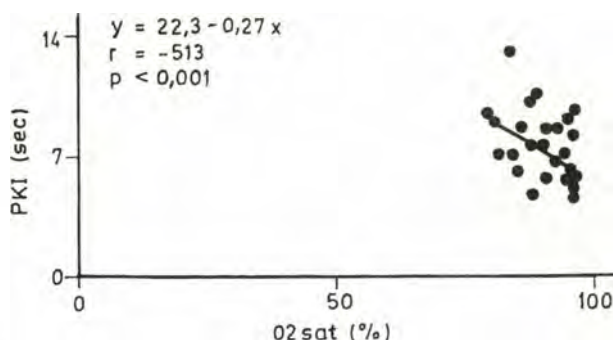
5. ábra: Az átlagos pulmonalis keringési idő (PKI) és az első másodpercre eső forszírozott kilégzési volumen (FEV₁) összefüggése



8. ábra: A mean transit time (MTT) és az O₂-saturatio (O₂-sat) összefüggése



6. ábra: A mean transit time (MTT) és a vitálkapacitás (VC) összefüggése



9. ábra: Az átlagos pulmonalis keringési idő (PKI) és az O₂-saturatio (O₂-sat) összefüggése

A FP lehetőséget nyújt az elváltozások képi megjelenítésére, de a diagnosztikát és a klinikusok jogos igénye az is, hogy a vizsgálatot kvantitatívvá tegyék, azaz számszerű adatokat nyerjenek a perfúzió megítélésére (1, 8, 9, 12). Horváth és munkacsoportja úttörő munkát végzett e téren radiocirkulográfiás vizsgálataival (4, 5), ahol a légzés-funkciós, illetve oxymetriás vizsgálati paraméterekkel vette össze saját izotópos adatait.

Folland és Hamilton (3) a FP előnyeként említi azt a lehetőséget, hogy tranzitidók számolására, valamint a jobb és a bal kamra külön-külön vizsgálatára is alkalmas. Schi-

cha és Emrich (11), illetve Lútoff (7) szintén alkalmazza a FP-t cardiopulmonalis tranzitidók számítására is.

Munkacsoportunk törekvése az volt, hogy egyrészt jól meghatározható izotópos keringési paramétereket találjunk a perfúzió jellemzésére, másrészt vizsgáljuk ezek összefüggéseit az egyéb klinikai vizsgálatok eredményeivel. A PKI számítási módjából adódóan azt a legrövidebb időtartamot jelzi, amely alatt az izotóp a jobb szívfélből a bal szívfélbe jut. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ez alatt az idő alatt a jobb szívfél teljes vérmennyisége átkerül a bal szívfélbe. A perifériás tüdőréteg áramlási viszonyainak jel-

lemzésére alkalmaztuk a megfelelő ROI idő-aktivitás görbéjéhez illesztett gamma függvény által számítható mean transit time-ot. Ez az érték jól jellemzi a tüdő periféria perfúziójának időviszonyait. Normális esetben a két érték megegyezik, a jobb szívfél megterheléssel járó esetekben azonban a MTT értéke rendszerint jobban megnyúlik, mint a PKI. Ennek az aránynak a jellemzésére vezettük be a pulmonalis pangási indexet, melynek 1-nél nagyobb értékei a perifériás pulmonalis pangás mértékét jelzik. Ily módon a PPI igen jól használható paraméter a tüdőperfúzió nehezítettségének kimutatására, illetve a folyamat előrehaladottságának becslésére. A fiziológiai magyarázatot az adhatja, hogy ilyen esetekben a vér egy része, s vele együtt az izotóp egy része shuntökön keresztül áramlik a jobb szívfélből a bal szívfélbe, s ez adja a sokszor normális PKI értéket. Ugyanakkor a vér másik része a tüdőperiférián lelassul, esetleg pang, így a MTT értéke kóros. A PPI használatának korlátja az, ha a MTT és PKI azonos mértékben válik kórossá, így aránya a normális 1 körüli értéket adja. A cor pulmonalis betegcsoportban azonban ez nagyon ritkán fordul elő.

A tüdő nyomásviszonyainak jellemzésére az arteria pulmonalis nyomást használtuk, mely szignifikáns pozitív korrelációt ad mind a PKI, mind a MTT, illetve PPI értékével is. Legszorosabb a korreláció a MTT-mal, ami azt mutatja, hogy a tüdő nyomásfokozódásának következménye a perifériás perfúzió lassulása és a shuntök kialakulása. Súlyos nyomásfokozódás esetén természetesen a centrális tüdőkeringés lassulása is bekövetkezik. A jó korreláció lehetőségét ad arra is, hogy a FP során nyert keringési idők alapján becsüljük az arteria pulmonalis nyomást, s megkíméljük a betegeket az invazív szívkatéterezéstől.

Szignifikáns negatív korrelációt találtunk a PKI valamint MTT, illetve a két legjellemzőbb légzésfunkciós paraméter, a vitálkapacitás és a FEV₁ között. A légzésfunkciós értékek a PKI-vel mutatnak szorosabb korrelációt. A légzésfunkció szempontjából a centrális tüdőkeringés időviszonyainak van nagyobb jelentősége. Ugyanakkor az O₂-saturációnak a MTT-mal való kapcsolata szorosabb, jelezve azt a kóreltani tényt, hogy a tüdőben együttesen kialakuló shunt-jelenség és perifériás pangás rontja a gázcsere feltételeit.

A noninvazív, a betegre nézve egyáltalán nem megterhelő, szövödménymentes radionuclid FP vizsgálattal nyerhető paraméterek igen szoros összefüggéseket mutatnak az egyéb, a tüdőkeringés állapotát kimutató diagnosztikus módszerek eredményeivel. Mindezek alapján a FP-t igen jól használható, klinikai szempontból is értékes módszernek tartjuk jobb szívfél megterhelés esetén is a cardiopulmonalis keringés aktuális állapotának felmérésére.

IRODALOM: 1. Bell, S. D., Peters, A. M.: Measurement of blood flow from first-pass radionuclide angiography: influence of bolus volume. Eur. J. Nucl. Med., 1991, 18, 885–888. — 2. Donato, L., Rochester, D. F., Lewis, L. és mtsai: Quantitative radiocardiography I. Theoretical considerations. II. Technic and analysis of curves. III. Results and validation of theory and method. Circulation, 1962, 25, 674–686. — 3. Folland, E. D., Hamilton, G. W.: Radionuclide angiography: A comparison of first transit and gated blood pool methods. Herz, 1980, 5/3, 121–132. — 4. Horváth M., Ludvig K., Sárdy J.-né és mtsai: Egyidejű összehasonlító perifériás oxymetriás és radiocirkulációs vizsgálatok. Orv. Hetil., 1965, 106, 1407–1412. — 5. Horváth M.: A radioizotóp technika nyújtotta lehetőségek a légzésfunkciók vizsgálatában. Testnev. és Sport-egészségügyi Szemle, 1969, 10, 267–272. — 6. Istvánffy M., Gábor Gy., Halmágyi R. M.: 99mTc-pyrophosphat myocardialis scintigraphia acut szívizominfarktuszban. Cardiol. Hung., 1979, 8, 185–191. — 7. Lüttoff, V. M.: Herzminutenvolumen — Bestimmung durch Messung der zentralen Transitzeit: Eine einfache und wertvolle Information der First-Pass-Radiokardiographie. Nuc-Compact, 1980, II, 52–59. — 8. Maltz, P. L., Treves, S.: Quantitative radionuclide angiography. Determination of QP : QS in children. Circulation, 1973, 47, 1049–1056. — 9. Miles, K. A.: Measurement of tissue perfusion by dynamic computed tomography. Br. J. Radiol., 1991, 64, 409–412. — 10. Prinzmetal, M., Corday, E., Bergman, H. C. és mtsai: Radiography: a new method for studying blood flow through chambers of the heart. Science, 1948, 108, 340–351. — 11. Schicha, H., Emrich, D.: Nuklearmedizinische Bestimmung kardialer Transitzeiten. Therapiewoche, 1980, 30, 2747–2750. — 12. Stewart, G. N.: The pulmonary circulation time, the quantity of blood in the lungs and the output of the heart. Am. J. Physiol., 1921, 58, 20–44. — 13. Supersegams. Felhasználási Kézikönyv. Gamma Művek, 1987. — 14. Zámbo K., Fónay K., Radnay B. és mtsai: Izotópdiagnosztikai paraméterek használhatósága jobb szívfél megterhelés esetén. ITD, 1989, 32 (2), 105. — 15. Zámbo K., Fónay K., Radnay B.: A cardiopulmonális rendszer vizsgálata cor pulmonális betegeknél izotópdiagnosztikai módszerrel. Medicina Thoracalis, 191, 44,73–80.

(Zámbo Katalin dr., Pécs, Ifjúság u. 13. 7624)



SEAC FOTOMÉTER-CSALÁD

**Chemacol
Chemalab
Screen Master
CH-100**

cholesterin gyorseszteszt (teljes vérből)
hordozható mini-fotométer (teljes vérből)
optimális teljesítményű készülék magánrendelőknek
programozható analízátor (60 módszer)

- kedvező árak • 1 éves garancia • folyamatos szerviz •
- reagens-utánpótlás • konzultáció •

1133 Budapest, Gogol u. 34.

MEDKOM International Kft.

Telefon / Telefax: 140-2456

Többszintű alsó végtagi verőérbetegségek intraoperatív ballonkatéteres kezelésének késői eredményei

Wéber György dr.

Pécsi Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinika (igazgató: Kiss Tibor dr.)

1981 óta, 78 betegen 93 alkalommal a helyreállító érműtét során, a műtét területtől proximálisan vagy distálisan elhelyezkedő, haemodinamikailag jelentős szűkületek feltágítása ballonkatéterrel történt. 34 betegnél a medencei erek szűkületét tágtítottuk: 26 esetben egy, 8 betegnél pedig egyszerre két dilatációt végeztünk, így összességében 42 (arteria iliaca communis: 15, arteria iliaca externa: 27) szűkület került feltágításra. 44 betegnél, 51 alkalommal (37 esetben egy, 7 esetben két izolált, rövid szakaszú szűkület egyidejű tágtítása) a femoro-poplitealis elhelyezkedő szűkületek dilatációja történt a medencei helyreállító érműtét kiegészítéseképpen. A medencei erek tágtítása esetén a kumulatív öt éves nyitvamaradási arány, 92%, distalis dilatáció után 39,3%. Az öt éves utánkövetési periódusban 14 beteg halt meg, többségük cardiovascularis ok miatt. Az eredmények igazolják az intraoperatív ballonkatéteres angioplasztika létjogosultságát, mely tovább bővíti az előrehaladott érbetegségben szenvedő betegek kezelési lehetőségeit.

Kulcsszavak: intraoperatív, ballonangioplasztika, késői eredmények, többszintű érbetegség

Late results with intraoperative balloon dilatation treatment of multilevel lower extremities arterial occlusion. Since 1981, 93 intraoperative balloon dilatation have been performed in 78 patients suffering from occlusive arterial disease of the lower extremities. 42 iliac dilations were performed on 34 patients, where 8 patients required dilatations at two sites, and 26 patients only at one site (common iliac artery: 15, external iliac artery: 27). 44 patients received femoro-popliteal dilations of which 7 patients required dilations at two sites, and 37 patients only at one site for a total of 51 dilations. The follow-up period ranged from 1 to 60 months with an accumulated patency rate of 92% in iliac and 39.3% in femoro-popliteal segment at 5 years. Fourteen patients died by the fifth year after intervention. Most of these death were due to concurrent cardiac disease. By improving inflow or outflow and reducing operative stress in poor risk patients balloon angioplasty is a valuable adjunct to vascular reconstruction.

Key words: intraoperative, balloon dilatation, late results, multilevel arterial occlusion

Az arteriosclerosis okozta érelzáródás percutan rekanalizációjáról az Oregon állambeli Portlandból *Dotter* és *Judkins* számolt be először, 1964-ben (3). Nemcsak az angioplasztika gondolata, de annak intraoperatív alkalmazásának ötlete is innen ered: *Porter* 1973-ban számolt be az első két beteg kezeléséről (13).

Az érsebészek zöme fenntartással fogadta az új módszert és ezzel foglalkozó publikációik is csak a nyolcvanas évek elején szaporodtak meg. A fokozódó érdeklődést jelzi az egyre nagyobb számú s ilyen témájú kongresszus. Hazánkban *Horváth és mtsai* (7) számoltak be kedvező tapasztalataikról. Klinikánkon 1981 óta alkalmazzuk e kombinációt. A kezdeti nehézségekről, korai eredményeinkről megelőző közleményeinkben számoltunk be (20, 21, 22, 23, 24). Jelen munkánkban a beavatkozás késői eredményeit ismertetjük.

Betegek és módszer

Klinikánkon 1981 óta 78 betegen, összesen 93 alkalommal a helyreállító érműtétet, műtét közben alkalmazott ballonkatéteres tágtítással egészítettük ki. Betegeink klinikai adatait és a módszer technikai részleteit megelőző közleményeinkben ismertettük.

A műtét előtt és az ellenőrzések során Doppler áramlásmérő segítségével, nyugalomban mértük az arteria tibialis posterior és az arteria dorsalis pedis nyomását, valamint a felkari systolés vérnyomást. A boka-felkar vérnyomás systolés értékének hányadosát mint nyomásindexet (DI) számítottuk.

A dilatatio lokalizációja szerint betegeinket két csoportba osztottuk:

Az első csoportba tartozó 34 betegünkön, 42 esetben a distalis rekonstrukció számára a vérkínálatot a medenceereken lévő, haemodinamikailag jelentős szűkületek tágtításával javítottuk. Hét esetben az arteria iliaca communis, 19 alkalommal pedig az arteria iliaca externa izolált szűkületét tágtítottuk, míg 8 betegen a fenti helyeken talált, két különálló stenosis egyszerre tágtítottuk.

A rendszerint hosszú szakaszú femoralis elzáródás megoldásaként 19 betegen thrombendarterectomiát, 10 betegen pedig femoropoplitealis bypassot készítettünk (7 esetben saját vena saphena, illetve 3 esetben műanyag protézis felhasználásával). További 5 betegen, jó receptor szegmenst mellett észlelt stenotikus arteria profunda femoris szájadékának plasztikáját végeztük el, azonos oldali lumbalis sympathectomiával kiegészítve.

A második csoport 44 betegen a proximális rekonstrukciót egészítettük ki a perifériás érpályán lévő, haemodinamikailag jelentős szűkületek feltágításával.

Helyreállító érműtékként 23 betegen a medencei arteriák thrombendarrectomiáját végeztük, 14 betegen ilio-femoralis bypass, 7 betegen pedig aorto-bifemoralis bypass helyezettünk fel.

A perifériás érpálya javítására 25 esetben az arteria femoralis superficialis, 10 esetben a popliteo-cruralis szegment izolált szűkületeit tágtítottuk fel. További 16 betegünkön az arteria profunda femoris károsodott, kezdeti szakaszát tágtítottuk.

Betegeinket elbocsátás után 6 héttel, 3 hónappal, majd félévénként, illetve ismételt panaszok jelentkezése esetén kértük ellenőrzésre. Az utánkövetés vége a ballonkatéterrel tágtított területen bekövetkezett reokklúzió, illetve a beteg halála volt. Beavatkozásunk eredményességét a beteg panaszai, a kezelt végtag klinikai állapota és a rendszeresen mért haemodinamikai jellemzők összevetése alapján a Journal of Vascular Surgery (14) ajánlása szerint értékeltük:

Jelentősen javult: Ha a végtag állapota javult, esetleg panaszmentessé vált, DI 0,9 fölé emelkedett.

Mérsékeltén javult: A panaszos végtag egy kategóriával jobb állapotba került, DI 0,1-nél többet javult, de nem normalizálódott.

Minimálisan javult: Ha a végtag állapota szerint ugyanabban a stádiumban maradt, de a DI 0,1-nél jobban emelkedett, vagy fordítva: ha a DI emelkedése 0,1-nél kisebb, de a végtag klinikailag egy kategóriával jobb állapotba került.

Nincs változás: Ha a DI emelkedése 0,1-nél kevesebb és a végtag klinikai állapota sem változott.

Minimális rosszabbodás: Ha a beavatkozás után a DI 0,1-nél nagyobb mértékben csökkent, de a végtag klinikai állapota változatlan, vagy fordítva: ha a DI csökkenése 0,1-nél kevesebb, azonban a végtag egy kategóriával rosszabb állapotba került.

Mérsékelt rosszabbodás: Ha a végtag egy kategóriával rosszabb klinikai állapotba került, vagy ha minor amputációra került sor. **Minor amputáció,** ha a láb funkcionálisan használható, vagyis a beteg protézis viselése nélkül képes állni vagy sétálni. Idetartozik a digitális vagy transzmetatarzális amputáció.

Jelentős rosszabbodás: Ha a végtag klinikailag több mint egy kategóriával romlik, vagy major amputáció válik szükségessé.

A rekonstruált segmentum átjárható, ha a beavatkozás után a boka-felkar index normalizálódik, vagy legalább 0,1-del nagyobb a preoperatív értéknél. Az utánkövetés során a csökkenés mértéke nem érheti el a 0,1-et.

Eredmények

A korai postoperatív szakban egyik csoportban sem volt halálozás, az utánkövetés periódusában 14 beteget veszítettünk el. Öt esetben igazoltan cardialis, egy betegnél pedig

cerebrális keringési zavar volt a halál oka. Egyik betegünkön a beavatkozás után hét hónappal észleltük a beültetett iliofemoralis protézis fertőzését és a graft eltávolítása, valamint rendkívül aktív sebészi kezelés ellenére sepsis lépett fel, s egy évvel az első műtétet követően meghalt.

Az első csoportban egy éven belül 3 esetben észleltük a tágtított medencei ér reokklúzióját. Mindhárom betegnél megelőzően a fenti helyeken két-két egymástól függetlennek látszó szűkületet tágtítottunk. A reoperációk során előrehaladott elzáródást találtunk és ilio-femoralis bypass helyezettünk fel.

Tekintettel arra, hogy minden dilatációt külön értékeltünk, ezért statisztikailag nem betegokről, hanem tágtított artériákról beszélünk. Így 10 átjárható ér egy éve, 12 két éve, 5 három éve, 3 négy éve és további 5 feltágtított és nyitva maradt ér, illetve beteg több mint öt éve áll gondozásunk alatt. Ezen periódus alatt a tágtított szegmentum kumulatív átjárhatósága 92% (1. táblázat).

A distalis helyreállító érműtékek átjárhatóságát vizsgálva, már nem ilyen kedvező az eredmény.

A 19 femoralis thrombendarrectomia után 9 esetben észleltünk reokklúziót, azonban a proximalis dilatatio kedvező effektusa következtében csak három esetben kényszerültünk újabb műtetre, saját vena saphenával áthidalást készítettünk. Tíz betegnél primeren áthidalást készítettünk: 3 esetben műanyag graft, 7 betegnél pedig saját vena saphena felhasználásával.

Mindhárom műanyag graft egy éven belül elzáródott. Egyik esetben előrehaladott trophikus ulcus miatt combamputációt végeztünk, másik betegünkön a proximalis megajánlás elegendőnek bizonyult a végtag megtartásához és újabb műtetre nem volt szükség. A harmadik esetben graft fertőzés miatt következett be az elzáródás. Többszöri feltárás, majd végül a graft eltávolítása után a seb megnyugodott és jelenleg, bár a betegnek kifejezett dysbasiás panaszai vannak, újabb műtétbe nem egyezik bele. A hét saphena-bypass közül egy a beültetést követő 10 hónapban elzáródott. Ekkor thrombectomia történt, de a szegényes kiáramlási pálya miatt rövidesen ismételt reokklúzió következett be. Jelenleg a diabeteses betegek járástávolsága 20 méter.

Az öt betegnél elkészített profunda-plasztika területén az utánkövetési periódusban restenosis nem észleltünk (2. táblázat).

A második csoportban a reokklúziók döntő többségét a műtétet követő két évben észleltük:

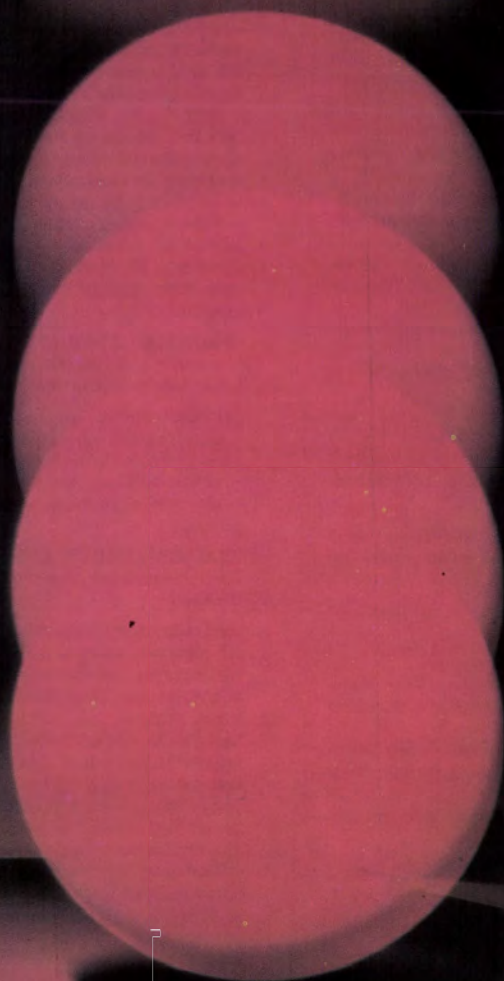
A 25 feltágtított arteria femoralis superficialis egy betegnél a műtétet követő 3. napon, két esetben egy éven be-

1. táblázat: Ballonkatéteres tágtítás a beáramlás javítására (medencei erek). Késői eredmények „life table” módszerrel számítva (34 beteg — 42 feltágtított ér)

Követési időszak (hónap)	A követési időszakban az ér		Nem követhető átjárható ér ellenére, mert		Követési időszakban az átjárhatósági arány	Kumulatív átjárhatóság %
	átjárható n	elzáródott n	a beteg meghalt	utánkövetés vége		
0—1	42	0	0	0	1,00	100
1—12	42	3	0	10	0,92	92
12—24	29	0	4	12	1,00	92
24—36	13	0	0	5	1,00	92
36—48	8	0	0	3	1,00	92
48—60	5	0	0	0	1,00	92

TENSIOMIN[®]

antihypertensivum



HATÓANYAG: 12,5 mg, 25 mg, 50 mg és 100 mg captoprilum tablettánként.

HATÁS: A renin-angiotenzin rendszer fontos a vérnyomás szabályozásában. Működési zavarainak kóroki szerepe van a különböző etiológiájú magasvérnyomás kialakulásában és fenntartásában. E presszor rendszer aktivitását jelentősen csökkentik az angiotenzin-konvertáló enzim gátlói, köztük a TensioMin hatóanyaga, a captopril is, mely megakadályozza az angiotenzin I. → angiotenzin II. átalakulást, a szervezet egyik legerősebb vazokonstriktor anyagának képződését. Fő farmakológiai hatása az érellenállás csökkentése mind az arteriolákon, mind a vénulákon.

Jól kombinálható egyéb antihipertenzívumokkal. Más vazodilatátoroktól eltérően nem okoz folyadékretenciót. Bizonyos hipertóniákban (magas renin szintű — renovaszkuláris —, ill. más vese eredetű hipertóniák) az első választandó szer.

JAVALLATOK:

- esszenciális hipertónia (más vérnyomáscsökkentőkre rezisztens formái is), malignus hipertónia
- renovaszkuláris hipertónia (inoperábilis eseteiben önálló kezelésként vagy kombinációban elsősorban kalcium antagonistákkal, béta-blokkolókkal, ill. diuretikumokkal.)
- hipertóniás sürgősségi állapotokban, ha nifedipin nem elérhető, vagy nem elegendő hatásos, akkor szublingválisan (szétrágva) TensioMin adása is megkísérülhet.
- autoimmun nephropathiák, (scleroderma, SLE gyors progressziójú eseteiben)
- asthma bronchialeban szenvedő vagy idős hipertóniásokban első vagy második választandó szer
- szív elégtelenségben az elő- és utóterhelés csökkentésére (különösen digitális + diuretikumra refrakter esetekben)
- cardiomyopathiák bizonyos formáiban (congestív cardiomyopathia)
- diagnosztikumként renovaszkuláris hipertenzióban és Conn-szindrómában.

ELLENJAVALLATOK: Terhesség. *Szoftatás (ha adása ilyenkor elkerülhetetlen, akkor a szoftatást fel kell függeszteni). Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Leukó-, illetve thrombopénia.

ADAGOLÁS: Egyéni elbírást igényel.

Szokásos adag felnőtteknek:

HIPERTÓNIA: Kezdő adag naponta 3-szor 12,5 mg. Ha a vérnyomáscsökkentés 2 napos kezelés után nem kielégítő, az adag fokozatosan naponta 3-szor 50 mg-ig emelhető. További vérnyomáscsökkentés elérésére tiazid diuretikum, béta-blokkoló és/vagy egyéb vazodilatátor (kalcium-antagonista, prazosin, dihidralazin) adható.

300 mg napi adag felett a mellékhatások gyakorisága jelentősen megnő, ezért ennél magasabb napi adag nem javasolt!

RENOVASZKULÁRIS ÉS RENOPARENCHYMÁS HIPERTÓNIA: Naponta 3-szor 6,25—12,5 mg, fenntartó adag naponta 3—4-szer 25 mg-ig fokozatosan növelhető, ennél nagyobb dózisra ritkán van szükség. Beszűkült veseműködés esetén a maximális napi adag:

ml/min/m ²	Creatinin clearance:		dózis mg
	ml/sec/m ²	ml/sec/tó*	
80—41	1,33—0,68	2,31—1,18	300
40—21	0,66—0,35	1,15—0,61	150
20—11	0,33—0,18	0,57—0,31	75
10	0,17	0,29	37,5

*Felnőtt átlagos testfelszínre (1,73 m²) számított érték.

SZÍVELÉGTELENSÉG: A kezelést 2—3-szor 6,25 mg-mal célszerű kezdeni, és az adagot fokozatosan növelni.

GYERMEKGYÓGYÁSZATBAN: Alkalmazása nagy óvatosságot igényel, csak igen indokolt esetben (elsősorban renovaszkuláris vagy renoparenchymás hipertóniában) adható.

Javasolt napi adag: 1—2 mg/testtömeg kg.

A tablettát étkezés előtt 1 órával kell bevenni!

A gyógyszeres kezelés beállítását belgyógyász szakorvos végezze, lehetőleg fekvőbeteg gyógyintézetben.

Ambuláns történő alkalmazásakor szükséges az első adag (6,25 vagy 12 mg) hatásának lemérése: a vérnyomást legalább 3 órán át 30 percenként kell megmérni. Ezt követően a betegek gyakoribb ellenőrzése szükséges a megfelelő adagolás megállapításáig.

A kombinációkban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK: A szokásos adagolásnál (50—150 mg/nap) mellékhatások nagyon ritkák. Nagyobb adag hatást nem fokozza, a mellékhatások azonban gyakoribbá válnak.

Előfordulhat:

- Proteinuria, amely együtt járhat membranózus glomerulopátiával, nephrosis-szindrómával.
 - Myeloid hypoplaszia következtében fellépő neutropénia vagy agranulocytosis következményes infekciókkal.
 - Bőrkiütés, ritkán Quincke-ödéma, arckipírulás.
 - Átmeneti súlyosabb hipotenzio, főleg diuretikumokkal kezelt szív-élételenségben szenvedő betegeken.
 - Igen ritkán tachycardia, mellkasi fájdalom, palpitáció (főleg folyadék-deplettált betegeken).
 - Étvágytalanság, szájszárazság, fémcs, sós íz érzése (általában a kezelés 2—3. hónapjában magától megszűnik), aphtózus ulcerációk a szájnálkahártyán, émelygés, hányás, peptikus fekély, cholestasis, hasi fájdalom, hasmenés, székrekedés.
 - Fejfájás, szédülés, alvászavar, paraesthesia.
 - Máj-enzimértékek-, karbamid nitrogén-, kreatinin-, káliumszint emelkedése a szérumban, alpozitív acetone reakció a vizeletben.
- Gyakoribbak a mellékhatások autoimmun betegségben szenvedőkön, ezért e betegcsoportban a vérkép és vesefunkció rendszeres ellenőrzése indokolt.

GYÓGYSZERKÖLCSONTHATÁS: Együttadása kerülendő

— a szérumban K⁺-szintjét emelő (pl. kálium megtakarító — spironolacton, amilorid, triamteren —)szerekkel (hiperkalémia lehetősége).

ÓVATOSAN ADHATÓ:

- diuretikumokkal folyadékdeplettált állapotban, ill. kalciumantagonisták jelenlétében hatása fokozódik.
- értágító hatású szerekkel (hipotónia lehetősége)
- nem szteroid gyulladáscsökkentőkkel (vérnyomás-csökkentő hatás gyengül)

TÜLADAGOLÁS KEZELÉSE: A hipotónia fiziológiás sóoldat infúziójával általában megszüntethető. A captopril hemodialízissel a keringésből eltávolítható.

FIGYELMEZTETÉS: Súlyosabb vesekárosodás esetén a kezelést gondosan mérlegelve kisebb adagokkal kell kezdeni (naponta 2—3-szor 6,25 mg) a dózis emelését óvatosan kell végezni. A terápia megkezdése előtt, majd havonta a proteinúritést figyelemmel kell kísérni. Ha a proteinúrités meghaladja az 1 g/nap értéket, vagy fokozódik, a terápia folytatását alaposan meg kell fontolni. (Fokozott proteinúrités a terápia első nyolc hónapjában várható, ezért a 9. hónaptól csak háromhavonta-félévente szükséges az ellenőrzés. (A só- és/vagy folyadékdeplettált betegekben, renovaszkuláris hipertóniában adagolása nagy óvatosságot igényel, mert a fokozott renin felszabadulás következtében a captopril vérnyomáscsökkentő hatása nagyobb mértékű, igen ritkán tachycardia is előfordulhat.

Szívelégtelenségben szenvedő betegek beállítása során az első adagokat követően gyakrabban lép fel hipotónia, ezért a gyógyszer beállítása feltétlenül fekvőbeteg gyógyintézetben történjen. Az előzetes diuretikummal kezelt betegek javasolt kezdő adagja naponta 2—3-szor 6,25—12,5 mg.

A fehérvérsejtszámot a kezelés első három hónapjában havonta, majd háromhavonta kell ellenőrizni.

Autoimmun betegségben szenvedők fehérvérsejtszámát az első 3 hónapban kéthetente, majd kéthavonta kell ellenőrizni. $4 \times 10^9/l$ alatti fehérvérsejtszám esetén a kvalitatív vérkép ellenőrzése is szükséges. Ha a neutrofil granulociták száma $1 \times 10^9/l$ alá csökken, a kezelést be kell szüntetni. Infekció első tüneteire azonnal vérkép ellenőrzés szükséges. Műtétek alatt esetleg jelentkező hipotóniát volumenexpánzióval kell megszüntetni.

A beteg figyelmét fel kell hívni:

- infekció első tüneteire vagy ödéma felléptekor azonnal forduljon orvoshoz
- a terápiát önkényesen ne szakítsa meg
- fokozott folyadékvesztés, izzadás, hányás, hasmenés esetén forduljon orvoshoz (ezeknek az állapotoknak a következménye súlyos hipotenzio lehet)
- óvakodjék a fizikai megterhelés hirtelen fokozásától.

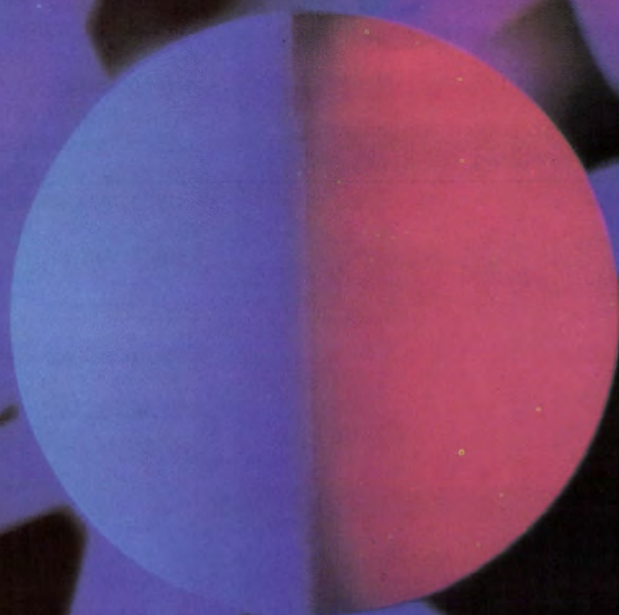
MEGJEGYZÉS: *Csak vényre adható ki és csak egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg és szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:	30 db tabletta	(12,5 mg)
	30 db tabletta	(25 mg)
	20 db tabletta	(50 mg)
	20 db tabletta	(100 mg)



CORDAFLEX[®]

**filmtabletta
koszorúér-tágító, antihypertensivum**



CORDAFLEX[®]

filmtabletta

koszorúér-tágító. antihypertensivum

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLATOK

Akut miokardiális infarktus, kardiogén sokk, pitvari sinusszindróma. Terhesség.

ADAGOLÁS

Egyéni elbírálást igényel. Szokásos adagja naponta 30 mg (3-szor 1 filmtabletta). Angina pectoris roham, illetve hipertóniás sürgősségi állapot esetén a filmtablettát szét kell rágni és rövid ideig a szájban tartani. Két bevétel közötti időtartam 2 óránál nem lehet kevesebb.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, acrpír, bokaduzzadás, melegségérzés, szédülés, émelygés, fáradtság, palpitáció, ritkán hasmenés.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

— Antihipertenzív szerek, béta-receptor-blokkolók és H_2 blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti.
— Kinidinnel történő együttes adagolása fokozott óvatosságot igényel (az EKG-n a QT szakaszt károsan megnyújthatja, malignus kamrai ritmuszavart provokálhat).
— ACE inhibitorok (Tensiomin) a hatást jelentősen fokozzák.

FIGYELMEZTETÉS

A kombinációban alkalmazott egyéb gyógyszerek adagját egyénileg kell meghatározni. Súlyos koronária betegségekben szükséges más antianginás szerek adása is. Rohamok esetén nitroglicerin mellett béta-receptor-blokkolók alkalmazása ajánlatos. Szívglükózidok a Cordaflex-kezelés alatt is szedhetők.

Állatkísérletekben — bár a humán dózis sokszorosában — teratogén és főtotoxikus. Már alacsonyabb dózisban is tokolitikus hatású, azaz gátolhatja a tolófájások erősségét, ezért a Cordaflex filmtabletta alkalmazására terhes nőkön csak akkor kerülhet sor, ha a beteg tenziója más korlátozás nélkül szedhető gyógyszerekkel megnyugtató módon nem normalizálható. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke. A gyógyszer szedése alatt alkoholt fogyasztani tilos!

Fénytől védve tartandó!

MEGJEGYZÉS

✚ Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS: 100 db filmtabletta



GYÓGYSZERGYÁR

2. táblázat: Ballonkatéteres tágítás utáni korai és késői elzáródások. Proximalis dilatatio (34 beteg)

Dilatatio	n	Elzáródás	
		korai (1–30 nap)	késői (1–60 hónap)
Arteria iliaca communis	15	42	—
Arteria iliaca externa	27		
Műtét			
Arteria femoralis superficialis thrombendarterectomia	19	—	9
Femoro-poplitealis bypass	10		
saphena	7	—	1
műanyag	3	—	3
Arteria profunda femoris			
plasztika	5	—	—

lül záródott el, egy-egy betegnél pedig 2, 3, illetve 4 éven belül záródott el. A hat reokklúzió közül két betegnél volt szükség sebészi rekonstrukcióra a végtag állapotának jelentős romlása miatt.

A 16 profunda főtörzs feltágítása után két esetben észleltünk elzáródást.

Egyik betegünkönél bal oldali ilio-femorális bypass distalis anastomosisát a megelőzően feltágított profunda törzsre építettük. A beültetett graft 2 év múlva elzáródott. Ekkor a graft thrombectomiát kiterjesztett profunda plasztikával egészítettük ki és jelenleg a betegnek csekély járáspanaszai vannak.

Másik esetünkben háromszintű károsodás miatt ilio-femorális bypass és a profunda kezdeti, 8 cm-es szakaszának tágítása történt. A nem kielégítő receptor szegment miatt szükséges femorális rekonstrukciót, tekintettel a rossz általános állapotra, későbbre halasztottuk. Három hónappal a műtét után azonban bal oldali hemiplegia alakult ki és az ezalatt észlelt graft reokklúzió miatt femorális amputációt végeztünk.

A legrosszabb eredményt a popliteo-cruralis erek ballonkatéteres dilatációja adja: 10 végtagból kettőnél a korai postoperatív időszakban, további 3 esetben egy éven, két esetben pedig két éven belül következett be a reokklúzió.

3. táblázat: Ballonkatéteres tágítás a perifériás keringés javítására — femoro-poplitealis szakasz késői eredmények „life table” módszerrel számítva (44 beteg — 51 feltágított ér)

Követési időszak (hónap)	A követési időszakban az ér		Nem követhető átjárható ér ellenére, mert		Követési időszakban az átjárhatósági arány	Kumulatív átjárhatóság %
	átjárható n	elzáródott n	a beteg meghalt	utánkövetség vége		
0–1	51	3	0	0	0,94	94,2
1–12	48	6	3	10	0,86	81,0
12–24	29	4	1	9	0,83	67,2
24–36	15	1	5	5	0,90	59,6
36–48	4	1	0	2	0,66	39,3
48–60	1	0	0	0	1,00	39,3

A még átjárható 3 arteria tibialis posterior tágítása egy éven belül történt (3. táblázat).

Lényegesen kedvezőbbek a proximálisan elvégzett helyreállító érműtétek késői eredményei. Az utánkövetés során az előbbieken leírt két ilio-femorális bypass elzáródásán kívül egy további ilio-femorális graft reokklúzióját észleltük (4. táblázat).

Az 5. táblázat mutatja, milyen a kombinált módszerrel kezelt végtagok klinikai állapota, az utolsó ellenőrzés időpontjában.

Jól látható, hogy proximális dilatatio és distalis rekonstrukció lényegesen kedvezőbb hosszú távú eredményt ad, és itt meghatározó a dilatált szegmentum anatómiai elhelyezkedése.

Megbeszélés

Az alsó végtagokon jelentkező, többszintű, supra- és infrainguinalis obliteratív érbetegség optimális műtéti kezelése az érsebészek régi problémája (9, 13, 19). Az első eldöntendő kérdés: melyik elváltozást tartjuk haemodinamikailag jelentősnek, amelynek műtéti korrekciója várhatóan a keringés javulásához vezet.

Aorto-iliacalis elhelyezkedő szűkületek többsége angiográfiával kimutatható, ugyanakkor ha csak ezen morfológiai információ képezi a rekonstrukció indikációját, akkor az operált betegek 20–30%-ának az állapota lényegesen nem javul és rendszerint további, distalis revascularisatióra is szükség van (19).

Ugyancsak jól ismert tény, hogy a proximálisan elhelyezkedő, haemodinamikailag jelentős, de meg nem oldott szűkület eleve sikertelenségre kárhoztatja az ettől distálisan elvégzett rekonstrukciót.

Az előbbieken alapvetően meghatározó a medencei erek haemodinamikai viszonyainak tisztázása (16, 19). Napjaink ígéretes non-invazív vizsgálómódszere, a Doppler-ultrahang erre igen alkalmas, ezt saját tapasztalataink is alátámasztják (17, 18, 25). Széles körű alkalmazását azonban egyelőre a készülék ára korlátozza.

A másik lehetőség az intraarterialis nyomásmérés, melynek diagnosztikai pontossága az átáramlás növelésével (reaktív hyperaemia, ia. papaverin) tovább javítható.

Fontos azonban megjegyezni, hogy a mérési eredményeket a distalis pálya állapota, a perifériás ellenállás révén

4. táblázat: Ballonkatéteres tágitás utáni korai és késői elzáródások. Distalis dilatatio (44 beteg)

Műtét	n	Elzáródás	
		korai (1–30 nap)	késői (1–60 hónap)
Arteria iliaca communis et externa thrombendarterectomia	23	—	—
Iliofemoralis bypass	14	—	3
Aorto-bifemoralis bypass	7	—	—
Dilatatio Arteria femoralis superficialis	25	1	5
Arteria profunda femoris	16	—	2
Popliteo-cruralis ágak	10	2	5

5. táblázat: Helyreállító érműtét és ballonkatéteres tágitás együttes alkalmazásával kezelt végtagok klinikai állapota (Utánkövetés: 1–60 hónap)

A végtag állapota	Csoport	
	I. (n = 35)	II. (n = 42)
Jelentősen javult	13	11
Mérsékelten javult	7	9
Minimálisan javult	2	2
Nincs változás	1	4
Minimálisan romlott	7	12
Mérsékelten romlott	3	2
Jelentősen romlott	2	2

lényegesen befolyásolja. Jelenlegi álláspont szerint, ha a szűkületen a papaverin indukálta nyomásesés a 10 Hgmm-t meghaladja, a szűkület korrekciója indokolt (14).

A helyreállító érsebészethez hasonlóan e kombinált beavatkozás hosszú távú eredményeit is alapvetően négy tényező határozza meg:

1. A beavatkozás indikációja
2. A szűkület anatómiai elhelyezkedése, morfológiája
3. A kiáramlási pálya állapota
4. Rizikófaktorok jelenléte

Ad 1. Az előbbieken részletezett szempontok alapján siker csak korrekt indikáció esetén várható. Ugyanakkor az eredményesség elemzése során célszerű a kezelt betegeket két csoportra osztani: egy részüknek járáspanaszai vannak, a másik csoportban nyugalmi fájdalmat okozó gangréna észlelhető. Tapasztalataink szerint az eredmények lényegesen jobbakként, ha a műtét indikációja a claudicatio.

Terápiás szempontból a nyugalmi fájdalmakat okozó gangréna kezelése jelenti a legnagyobb gondot. Az érbetegség előrehaladott stádiumának megfelelően ezek a betegek rendszerint kiterjedt többszintű károsodásban szenvednek, és a megnyugtató megoldásnak gyakran gátja a rossz általános állapot.

A végtagmentés két meghatározó szempontja: az inflow vagyis a vérkínálat fokozása és jó receptorsegment esetén az arteria profunda femoris plasztikája (9).

a károsodott receptor segment esetén pedig femoropoplitealis rekonstrukció.

A tapasztalatok szerint az ebben a csoportban gyakran észlelt rövid arteria iliaca szűkület és hosszú femoropoplitealis elzáródás esetén legkisebb beavatkozással a legjobb eredményt az iliaca tágitás után elkészített femoropoplitealis áthidalás adja (11, 12, 15, 16, 23) (optimális esetben saját v. saphena magna felhasználásával). A beavatkozás rossz általános állapotban lévő betegeknél, regionális anaesthesiában is elvégezhető, hiszen nincs szükség transzabdominális feltárássra.

Ad 2. Általában elmondhatjuk, hogy a ballonkatéteres tágitás eredményessége úgy csökken, ahogy distal felé a kisebb átmérőjű erek irányában haladunk, ezért indokolt a beavatkozás helye (ilio-femoralis és femoro-poplitealis) szerinti felbontás is. Az irodalom adatai szerint (4, 14) a feltágított medencei erek 80–86%-a öt év múlva is átjárható. A femoro-poplitealis szakaszon rosszabbak az eredmények: a kezdetben sikeresen kezelt 85–90%-ból öt év múlva már csak a fele átjárható (5, 8). Intraoperatív dilatatio esetén lényegesen jobbakként az eredmények: a medencei erek 92–97%-a (11, 12), a femoro-poplitealis szegmentum 74–86%-a (12, 15) 3 év múlva is átjárható. A mi 92%-os, illetve 39,3%-os átjárhatósági rátánk is ezekhez illeszkedik. A percutan tágitással szemben elért jobb eredmények magyarázata lehet a bátrabb kivitelezés (szövődmény esetén adott az azonnali sebészi korrekció lehetősége), valamint a műtéttel javított megajánlás, illetve a kiáramlási pálya kedvező haemodinamikai hatása. Elsősorban a rövid, izolált szűkületek tágitása jár tartós sikerrel. Három feltágított medencei ér újraelzáródásában is valószínűleg nagy szerepe volt annak, hogy mindhárom esetben két-két azonos szegmentumban elhelyezkedő szűkület ballonkatéteres tágitásával próbálkoztunk. Véleményünk szerint hosszú, vagy azonos szegmentumban lévő multiplex rövid, illetve irregularis környezetben elhelyezkedő rövid szűkület megoldása sebészi. E feldolgozásnak is mint minden retrospektív tanulmánynak a hiányossága, hogy jellegéből adódóan nem randomizált beteganyag adatait vizsgálja, és az eredményesség megítéléséhez kontrollcsoport nem áll rendelkezésre.

Egy módszer klinikai értékét a hosszú távú eredményei adják, és fontos szempont, hogy hasonló eredmény elérhető-e más módszerrel, esetleg kisebb beavatkozással. A ballonkatéteres dilatáció a klasszikus érsebészeti beavatkozásokkal vethető össze, azonban ennek értékét nagyban meghatározza az, hogy a két módszer nem azonos beteganyagban, a betegség más-más stádiumában kerül alkalmazásra.

Tágítás elsősorban rövid, lokalizált elváltozások kezelésénél jön szóba, míg a sebészi beavatkozást hosszú, kiterjedt elzáródások megoldására alkalmazzuk, vagyis az érbetegség korai stádiumában általában a dilatációt, míg előrehaladott esetekben az érsebészeti megoldásokat választjuk. Fentiek figyelembevételével eredményeinket az

irodalomban rendelkezésre álló adatokkal, összehasonlítással vetjük össze.

Blair (2) nyugalmi fájdalmak, illetve trophicus károsodás stádiumában lévő ún. kritikus ischaemiás állapot kezelési eredményeit hasonlítja össze. Műtét után két évvel a femoro-poplitealis bypass 68%-a, a femoro-cruralis bypass 47%-a átjárható, ez szignifikánsan jobb, mint a dilatáció utáni 18%-os nyitvamaradási arány. Ezzel ellentétben Wilson (26) véleménye, aki egy randomizált vizsgálat során a dilatációt sebészeti módszerekkel összevetve úgy véli, hogy a két beavatkozás hasonlóan jó eredményt ad. Fontos, hogy a szerző anyagából kizárja a kritikus ischaemiás végtagokat.

Martin és mtsai (10) kétéves, átjárhatósági arányt hasonlítanak össze és úgy vélik, hogy az eredmények közel azonosak, ha a femoro-poplitealis áthidalást 4 cm-nél rövidebb szakasz dilatációjával hasonlítják össze.

Glover (6) kritikus ischaemia kezelésében hasonlítja össze a két módszert, s úgy találja, hogy dilatáció és bypass kombinációjával a kezelt végtagok 71%-a, míg a csak dilatált végtagok 34%-a menthető meg.

A fenti adatokból kitűnik, hogy a dilatáció hosszú távú eredményessége csak bizonyos megszorításokkal (klinikai stádium, elváltozás hossza) hasonlítható a sebészeti módszerekhez, s a kritikus ischaemia állapotában a legkedvezőbb eredményt a kettős kombinációja adja.

Az infrapoplitealis erek dilatációjáról viszonylag kevés közlemény számol be, s ez jelzése annak, hogy a kedvezőtlen tapasztalatok miatt ritka területe az értágításnak. Saját anyagunkban is gyakran kísérte kudarc a cruralis erek tágítását. De itt is várható, hogy finoman kimunkált technika, újabb katéterek megjelenésével javuljanak az eredmények. Ez irányban mutatnak Bakal (1) eredményei, melyek jelentősen javultak, miután az átmérőjében fokozatosan növekvő, merev dilatációs katéter helyett a rendkívül kis átmérőjű ballonkatétert kezdték használni. Ezzel a cruralis szűkületek 86%-a kezelhetővé vált és különösen jó korai eredményt (97%) sikerült elérniük jó kiáramlási pálya mellett. Ismert tény, hogy a klinikai állapot javulása, a nyomásindex emelkedése nem mindig korrelál a postdilatációs angiográfiás képpel. Több (1, 4, 5) úgy vélik, hogy az angiográfiával is igazolt teljes anatómiai korrekció szükségtelen, mert tapasztalataik szerint a visszamaradó érfal-egyenetlenség, esetleges dissectio nem befolyásolja hátrányosan a klinikai eredményt. Ezzel a véleménnyel ellentétesek Krepel (8) eredményei, melyek azt mutatják, hogy jobb postdilatációs morphologia tartósan jobb átjárhatósággal jár. Ezt támogatja más szerzők (6, 13, 15, 23) tapasztalata is: azokban az esetekben gyakoribb a reokklúzió, akiknél a beavatkozás után csekély haemodinamikai javulást észleltek, a nyomásindex csak mérsékelten emelkedett. Ezért a bokanyomás meghatározását nemcsak a beavatkozás haemodinamikai értékelésére tartják alkalmasnak, hanem prognosztikai szempontból is hasznos.

Tapasztalataink szerint jó receptor szegmenst esetén a károsodott profunda főtrzs intraoperatív tágításától a végtag keringésének jelentős javulása várható. Túlzónak véljük azonban Spoelstra (15) véleményét, szerinte a kiáramlási pálya hiánya esetén profunda dilatációval meg-

kísérhető a végtag megmentése. Kényszerhelyzetben egy betegnél próbálkoztunk ezzel a megoldással, melyet rövidesen reokklúzió követett.

Összegzőképpen megállapíthatjuk, hogy a ballonkatéter intraoperatív alkalmazása egyszerű, a műtét idejét kb. 20 perccel nyújtja meg és előnyei messze meghaladják a használatával járó többletmunkát.

IRODALOM: 1. Bakal, C. W. Sprayregen, S., Scheinbaum, K. és mtsai: Percutaneous transluminal angioplasty of the infrapopliteal arteries: results in 53 patients. *AJR*, 1990, 154, 171. — 2. Blair, J. M., Gewertz, B. L., Moosa, H. és mtsai: Percutaneous transluminal angioplasty versus surgery for limb-threatening ischemia. *J. Vasc. Surg.*, 1989, 5, 698. — 3. Dotter, C. T., Judkins, M. P.: Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction. Description of a new technique and a preliminary report of its application. *Circulation*, 1964, 30, 654. — 4. Fogarty, T. J., Chin, A. C., Schoop, P. M. és mtsai: Adjunctive intraoperative arterial dilatation. *Arch. Surg.*, 1981, 116, 1391. — 5. Gallino, A., Mahler, F., Probst, P. és mtsai: Percutaneous transluminal angioplasty of the arteries of the lower limbs: A five year follow-up. *Circulation*, 1984, 70, 619. — 6. Glover, J. L., Bendick, P. J., Dille, R. és mtsai: Balloon catheter dilation for limb salvage. *Arch. Surg.*, 1983, 118, 557. — 7. Horváth T., Fazekas P., Czenkár B. és mtsai: Reconstructív érműtéttel egyidejűleg végzett intraoperatív angioplastica helye az érbetegek kezelésében. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 2427. — 8. Krepel, V. M., Van Andel, G. J., Van Erp W. F. M. és mtsai: Percutaneous transluminal angioplasty of the femoro-popliteal artery: initial and long term results. *Radiology*, 1985, 156, 325. — 9. Lelkes J., Weber Gy., Halmos L. és mtsai: L'irrigation des membres inférieurs après revascularisation de l'artère femorale profonde. *Angéiologie*, 1982, 34, 217. — 10. Martin, E. C., Frankuchen, E., Karlson, K. B. és mtsai: Angioplasty for femoral artery occlusion: comparison with surgery. *AJR*, 1981, 137, 915. — 11. Meijenhof, G. C. H., Linnebank, F., Smit, F. W. és mtsai: Percutaneous transluminal angioplasty during operation. *Diagn. Imag. Clin. Med.*, 1986, 55, 266. — 12. Pfeiffer, R. B., String, S. T.: Adjunctive use of the balloon dilatation catheter during vascular reconstructive procedures. *J. Vasc. Surg.*, 1986, 3, 841. — 13. Porter, J. M., Eidemiller, L. R., Dotter, C. T. és mtsai: Combined arterial dilatation and femoro-femoral bypass for limb salvage. *Surg. Gynec. Obst.*, 1973, 137, 409. — 14. Rutherford, R. B., Patt, A., Kumpe, D. A.: The current role of percutaneous transluminal angioplasty. In Greenhalgh R. M., Jamieson C. W., Nicolaides A. N. (eds): *Vascular surgery, issues in current practice*. London. Grune and Stratton, 1986, 229. old. — 15. Spoelstra, H., Nevelsteen, A., Wilms, G. és mtsai: Balloon Angioplasty Combined with Vascular Surgery. *Eur. J. Vasc. Surg.*, 1989, 3, 381. — 16. Strandness, D. E. Jr.: Angioplasty-vascular surgery — combined approach — a surgeon's view. *Angioplasty-vascular surgery — combined approach: Proceeding of the V. International Nijmegen Vascular Symposium*. Nijmegen, 1987, 7. old. — 17. Strauss, A. L., Weber, G., Roth, F. J. és mtsai: Apport de l'échographie dans le diagnostic des sténoses de l'artère femorale profonde. *Angéiologie*, 1989, 4, 137. — 18. Strauss, A. L., Weber Gy.: Érszűkület haemodinamikai jelentőségének non-invazív meghatározása: az arteria profunda femoris vizsgálata ultrahang segítségével. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 859. — 19. Sumner, D. S., Strandness, D. E.: Aorto-iliac reconstruction in patients with combined iliac and superficial femoral artery occlusion. *Surgery*, 1978, 84, 348. — 20. Weber Gy., Horváth L., Kollár L. és mtsai: Helyreállító érműtét és ballonkatéteres angioplasztika együttes alkalmazása. *Magyar Sebészet*, 1985, 38, 31. — 21. Weber Gy.: Új típusú ballonkatéter alkalmazása intraoperatív angioplasztika során. *Orv. Hetil.*, 1985, 126, 1165. — 22. Weber, G.: New type of balloon catheter for intraoperative angioplasty. *Ann. Radiol.*, 1985, 28, 489. — 23. Weber, G., Kiss, T.: Intraoperative balloon angioplasty. *Eur. J. Vasc. Surg.*, 1989, 3, 153. — 24. Weber Gy., Kiss T.: Ilio-femoro-poplitealis verőérelzáródások ballonkatéteres tágításának korai

eredményei. Orv. Hetil., 1990, 131, 2481. — 25. Weber, G., Strauss, A. L., Rieger, H.: Hemodynamics of stenosis. J. Cardiovasc. Surg., 1990, 31, 126. — 26. Weber, G., Strauss, A. L., Rieger, J. és mtsai: Validation of Doppler measurement of pressure gradients across peripheral model artery stenosis. J. Vasc. Surg. (in

print) — 27. Weber Gy., Strauss, A. L., Rieger, H.: Haemodinamikailag jelentős szűkületen létrejövő nyomásváltozások vizsgálata modellkísérletben. Magyar Sebészet (közlés alatt).

(Weber György dr., Pécs, Ifjúság útja 13. 7643.)

SEGÍTÜNK, HOGY DÖNTSÖN. HA DÖNTÖTT, SEGÍTÜNK.

P.raktizáló
O.rvosi
R.endszerek
T
É
K
A

SZOLGÁLTATÁSAINK:

- GAZDASÁGI TANÁCSADÁS A PRAXISVÁLTÁSHOZ
- RENDELŐ TERVEZÉSE, BERENDEZÉSE
- MŰSZEREK, ESZKÖZÖK HÁZIORVOSOKNAK ÉS SZAKORVOSOKNAK MEGRENDELÉSRE
- SZÁMÍTÓGÉPES RENDSZER TELEPÍTÉSE
- ADATRÖGZÍTÉS
- GAZDASÁGI, JOGI, KÖNYVELÉSI TANÁCSADÁS

P R O M A N

Gazdasági Tanácsadó Kft.

2030 Érd, Csurgói u. 25. Tel. & Fax: (0623) 45-887

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
- Véranalizátorok
- Intelligens EKG-készülékek
- Szemfenéktükrök
- Elektromos akupunktúrás kezelők
- Spiroanalizátorok
- Fogászati kezelőegységek
- Fogászati anyagok
- Anaesthesiológiai berendezések
- Őrzőmonitorok

INTERCOOPERATION RT
(Member of Getz Corporation USA)
Műszer- és Orvostechnikai Osztály

Budapest, VIII., Gyulai Pál u. 13. Tel. +Fax: 138-3371 / Nyírjesy Gyula mérnök-üzletkötő

A Hayashi Denki Co. által gyártott HADECO ES-100X Mini Doppler ultrahangos véráramlásmérő készülék és az AIKA Medical Corp. anaesthesiológiai készülékeinek magyarországi kizárólagos forgalmazója: INTERCOOPERATION RT.



Helyi antibiotikus hatás – Sebészeti komplikáció nélkül:

biokompatibilis collagen szivacs formájában



HATÓANYAG:

130 mg gentamicinium sulfuricum szivacsonként.

ADAGOLÁS:

1–3 szivacs 50 ttkg-ig, legfeljebb 5 szivacs 50 ttkg felett.

JAVALLAT:

Csont, csontvelő és kötőszöveti fertőzések lokális kezelése és profilaxisa sebészi beavatkozások során. Lokális vérzéscsillapítás (fibrin ragasztó), sebek fedése, szövethiányok pótlása.

ELLENJAVALLAT:

Gentamicin túlérzékenység, fehérje allergia. Terhesség (ototoxicitás következtében esetleges magzati károsodás).

MEGJEGYZÉS:

Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra!

ELŐÁLLÍTÓ:

Schering-Plough USA (Essex Chemie East AG)

FORGALOMBA HOZZA:

Hungaropharma



Schering-Plough / USA

ESSEX CHEMIE EAST AG
INFORMÁCIÓS IRODA

1011 Budapest, Fő u. 14–18. Pf. 68. 1251

Diclofenac

Pharmagen



A mozgás szabadsága

Diclofenac komplett gyógyszer család: nem-szteroid antireumatikum.
Filmtabletta, retard filmtabletta, kúp és gél formában,
kombinált adásuk esetén sem fokozódik a mellékhatás.
Kiváló gyulladásgátló és fájdalomcsillapító, lázcsillapító hatással.

A legkedvezőbb áron kapható diclofenac család.

(TB-támogatás mértéke 95%)



A $\Delta F508$ mutáció kimutatása cystikus fibrosisban

Fekete György dr., Váradi András dr.*, Pipiras Éva, Németh Krisztina, Réthy Lajos Attila dr., Holics Klára dr.** és Ujhelyi Rita dr.**

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, II. Gyermekklinika (igazgató: Schuler Dezső dr.)

Magyar Tudományos Akadémia, Szegedi Biológiai Központ Enzimológiai Intézete, Budapest (igazgató: Friedrich Péter dr.)*

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest (igazgató: Tary Erzsébet dr.)**

A cystikus fibrosis miatt kezelt betegek nagy részében Európa számos országában azonos mutációt ($\Delta F508$) mutattak ki, mely a géntermékben fenilalanin kiesést okoz. A szerzők 39 hazai betegben és családtagjaikban, összesen 65 személyben vizsgálták a mutáció gyakoriságát. Polimeráz láncreakcióval a vizsgált személyek közül 43-ban (66,15%), a betegség génjét hordozó chromosomák 50%-ában azonosították a $\Delta F508$ mutációt. A betegek 56,4%-ában a $\Delta F508$ mutációt homozigóta formában mutattak ki. E mutáció gyakoriságát a vizsgált magyar betegekben a közép-európai értékekhez közelebre találták. Súlyos pulmonalis és enterális tünetek gyakrabban fordultak elő azon betegekben, akikben a $\Delta F508$ mutációt kimutatták. Bár a vizsgált betegek száma még viszonylag alacsony, feltűnő a pulmonalis tünetek hiánya, illetve enyhe volta a jelenleg még nem azonosított egyéb mutációk eseteiben.

Kulcsszavak: cystikus fibrosis, $\Delta F508$ mutáció, mucoviscidosis, polimeráz láncreakció

Detection of $\Delta F508$ mutation in cystic fibrosis. The common major mutation ($\Delta F508$) resulting in the removal of a phenylalanine residue of the cystic fibrosis gene product has been identified in patients with cystic fibrosis in several European countries. The frequency of this mutation was analyzed in 39 Hungarian patients with cystic fibrosis and in some of their relatives. In 43 out of the total 65 persons involved in the study (66.15%), and in 50% of cystic fibrosis chromosomes the $\Delta F508$ mutation could be detected. 56.4% of the patients were homozygous for the mutation. The frequency of the $\Delta F508$ mutation in these Hungarian patients resembles the values found in Middle Europe. Pulmonary and enteric symptoms were more severe in cystic fibrosis patients with $\Delta F508$ mutation. Although the number of patients is relatively low, missing or mild lung involvement characterized the cases with non- $\Delta F508$ mutation.

Key words: cystic fibrosis, $\Delta F508$ mutation, polymerase chain reaction

A cystikus fibrosis (CF; mucoviscidosis) a kaukázusi eredetű népcsoportok között a leggyakoribb recesszív módon öröklődő, ma is nehezen befolyásolható, többnyire korai halálozással járó anyagcserezavar. Újszülöttkori incidenciája átlagosan 1 : 2000–2500, azonban ezt etnikai és földrajzi hatások lényegesen befolyásolják. Míg Észak-Írországból az incidenciája 1 : 1700, addig Svédországból ez 1 : 7700 (3), Finnországból pedig 1 : 26 500 (20). A megbetegedés nem kaukázusi eredetű embercsoportban ritka. Európában a heterozigóták gyakorisága 1 : 10–25 (kb. 5%). Magyarországon az újszülöttkori incidenciája 1 : 4000 (19), évente kb. 40–45 CF beteg születésével számolhatunk.

A CF génje a 7-es chromosoma hosszú karján, a 7q31 régióban helyezkedik el (25, 48, 50). A gén azonosítása 1989-ben sikerült (22, 36, 39), kiterjedése mintegy 250 kb, legalább 27 exonból áll.

A kódolt fehérje, a CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) 1480 aminosavból felépülő, membránba ágyazódó transzport fehérje, amely a klorid

ion transzportjában játszik kulcsfontosságú szerepet (36). Bár a kór kialakulásáért felelős patofiziológiai elváltozás még nem tisztázott, annyi bizonyos, hogy a CF betegekben az epithelialis membrán ionokkal szembeni permeabilitása káros (10, 23, 34, 35).

A betegek mintegy 40–70%-ában a gén kódoló régiójában, az 508. helyen olyan három bázisra kiterjedő deletiót találtak, amely egy fenilalanin hiányához vezet ($\Delta F508$) (36). Napjainkig számos (kb. 80), a $\Delta F508$ mutációnál ritkábban előforduló génhibát is sikerült kimutatni (8, 9, 18, 29, 43, 49).

A $\Delta F508$ mutáció detektálására a polimeráz láncreakción (PCR) és allél-specifikus oligonukleotidokkal történő hibridizáció alapuló módszert vezettek be (22, 47).

A világ számos országában megvizsgálták a $\Delta F508$ mutáció gyakoriságát CF betegek között (26, 38). Ez az adat elsősorban a CF praenatalis diagnosztikájához nyújt lényeges információt. A gyakorisági vizsgálatok szerint a CF kialakulásáért a különböző népegekben a $\Delta F508$ deletión kívül egyéb mutációk is más-más arányban felelősek.

Jelen munkával célunk kettős. Egyrészt válogatás nélküli, általunk nyilvántartott és gondozott CF betegcsoport tagjain és néhány családtagjukon elvégzett DNS elemzés

Rövidítések: bp = bázispár; Cf = cystikus fibrosis; DNS = deoxiribonukleinsav; kb = kilobázis; PCR = polimeráz láncreakció

eredményeivel kívánunk adatot szolgáltatni a $\Delta F508$ mutáció előfordulási gyakoriságáról. Emellett — bár adataink száma egyelőre viszonylag csekély — kísérletet teszünk CF betegek klinikai tünetei és a $\Delta F508$ mutáció jelenléte, illetve hiánya (egyéb, még nem azonosított mutáció jelenléte) közötti összefüggésének elemzésére.

Vizsgált betegek

A magyarországi Cystikus Fibrosis Hálózat kb. 380 beteget tart nyilván. Közülük 115 CF beteg gondozása a budapesti Heim Pál Gyermekkorház speciális ambulanciáján történik. 1990-ben kezdtük el a gyermekek és néhány felnőtt beteg $\Delta F508$ mutáció elemzését. Eddig összesen 39 beteget (19 leányt/nőt és 20 fiút/férfit) vizsgáltunk, életkoruk a vizsgálatkor 6 hónaptól 42 évig terjedt, átlagosan 8 év és 7 hónap volt. 21 beteg Budapesten lakik. A betegeken kívül eddig 14 szülő és 12 testvér vizsgálatát is elvégeztük.

A $\Delta F508$ mutáció jelenlétét tehát összesen 65 egyénben kerestük. Két korábban elhunyt beteg családjában a szülőket, az egyikben emellett egy egészséges testvért is vizsgáltunk. A betegek közül kettőt a Semmelweis OTE II. Gyermekklinikáján, egyet a Tatabányai Kórház Csecsemőosztályán ápoltak, hárman a Korányi Tüdőgyógyintézet gondozása alatt állnak.

A CF diagnózisát a jellegzetes klinikai tünetek és legalább két ízben észlelt kóros verejték-teszt (16) alapján állítottuk fel.

A CF klinikai tüneteit az alábbiak szerint osztályoztuk:

- tüdő érintettség: idült, recidiváló bronchiolitis obstruktio, infekciók,
- enterális tünetek:
- meconium ileus: születéskor gyógyszeres kezelést, vagy sebészi beavatkozást igénylő ileum obstrukcio,
- pancreas elégtelenség: emésztési zavarok, steatorrhoea, fokozott zsírfürítés,
- congestiv cardiomyopathia,
- Pseudomonas colonisatio: ismételt bakteriologiai vizsgálatok köpetmintákból,
- gyakoribb szövődmények: kóros májfunkciók, biliaris cirrhosis, orr polyposis, csökkent glucose tolerancia, diabetes mellitus.

Módszerek

DNS extractio

A vizsgált személyek genomiális DNS-ét teljes perifériás vénás vérből izoláltuk standard módszerrel (27), némi módosítással. A kivont DNS mennyisége mintaként 200–1200 μg volt.

DNS bankban történő tárolás

Az izolált DNS mintákat -20°C -on tároltuk és megfelelő számú minta összegyűjtése után ezek egy részét használtuk fel a mutáció elemzésére. A betegek szüleinek és testvéreinek csak kisebb csoportjában végeztünk most mutáció elemzést, többségük DNS mintáit későbbi analízisre félretettük.

DNS amplifikáció

A $\Delta F508$ mutáció környezetében lévő genomiális DNS-t PCR technikával amplifikáltuk a CFTR—VA3 (5' GTTTCCTGGAT-TATGCTG) és CFTR—VA4 (5' GTTGGCATGCTTTGATGAC) oligonukleotid primerek jelenlétében.

A reakció elegy (50 μl) 100–400 ng genomiális DNS-t, 0,3 μg CFTR—VA3 primert, 0,24 μg CFTR—VA4 primert, 0,06 μg CFTR—VA4 az 5' végén ^{32}P -jelölt primert 200 μM dNTP-t, 10 mM TRISHCl (pH 8,8), 50 mM KCl, 1,5 mM MgCl_2 -t, 0,01% gelatint és 1,25 egység Taq polimeráz enzimet

(Perkin-Elmer-Cetus) tartalmazott. Harminc amplifikációs ciklust hajtottunk végre (denaturálás 93°C -on 60 sec, annélálás 59°C -on 60 sec és lánchosszabbítás 72°C -on 180 sec).

Az oligonukleotid primerek radioaktív jelölése

Az oligonukleotidok 5' végét a standard eljárást követve jelöltük (40). A reakcióelegy (10 μl) 10 egység polinukleotid kináz enzimet (Amersham), 1 μg oligonukleotidot, 50 mM TRISHCl (pH 7,6), 10 mM MgCl_2 , 1 mM dithiothreitol és 2 MBq (γ - ^{32}P) ATP-t (Lzinta) tartalmazott. Az elegyet 1 órán át 37°C -on inkubáltuk, majd az enzimet 92°C -on inaktívtuk.

Gélelektroforézis

A PCR reakcióelegyből 1 μl aliquothoz 4 μl mintapuffert (95% deionizált formamid, 0,1% brómfenolkék, 0,1% xylene cyanol) adtunk, majd a mintát 3 percig 95°C -on inkubáltuk. Nagyfelbontású DNS-szekvenáló poliakrilamid géltre (0,4 mm vastagság, 6% akrilamid: bisakrilamid 19 : 1, 6M urea) 0,5–1 μl aliquotokat vittünk fel, és az elektroforézist 55°C -on 1500 V feszültséggel hajtottuk végre. A géllel megszártítottuk és autoradiografáltuk.

PCR amplifikáció Guthrie szűrőpapíron beszárított vércsepp mintából

CF beteg gyermek esetében a perifériás vérből izolált DNS mintán kívül megvizsgáltuk az újszülöttkori anyagcserebetegségek szűrővizsgálatára használt Guthrie teszt szűrőpapíron beszárított vércseppmintákat is. A hypothyreosis szűrésre csak részben felhasznált vércsepp-mintát az Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet budapesti Hypothyreosis Szűrőközpontjában őrizték és kérésünkre rendelkezésünkre bocsátották.

A DNS elemzés során Schwartz és mtsai (42) módszere szerint jártunk el. A vérfoltból 1–2 mm^2 méretű darabkát vágunk ki és azt a „DNS amplifikáció” módszer leírása során részletezett reakcióelegy 100 μl -ébe tettük (amely azonban enzimet nem tartalmazott). Ezt az elegyet 97°C -on tartottuk 7 percig, majd 50°C -on 1 percig. Ezután adtunk hozzá 2,5 egység Taq polimeráz enzimet és a PCR eljárást a korábban ismertetett program szerint hajtottuk végre, 35 amplifikációs ciklust alkalmazva.

Eredmények

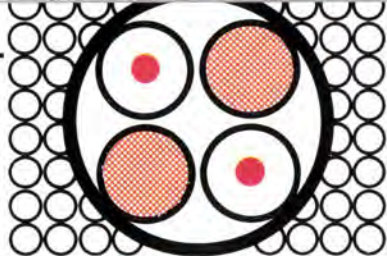
A leírt módszerrel elkülöníthetők a $\Delta F508$ mutációra nézve homozigóta, heterozigóta és a deletiót nem hordozó személyek (1. ábra).

Eddigi adataink szerint a megvizsgált 39 CF betegből 22 (56,4%) a $\Delta F508$ mutációt mindkét allélon, homozigóta formában, 9 beteg (23,1%) kevert heterozigótaként ($\Delta F508$ /nem azonosított mutáció) hordozza. Összesen tehát az eddig vizsgált betegeink közül 31-ben (79,5%) találtunk mindkét 7-es chromosomán, vagy legalább az egyikben $\Delta F508$ mutációs allélt. 8 betegünkben (20,5%) a $\Delta F508$ deletio nem mutatható ki (1. táblázat).

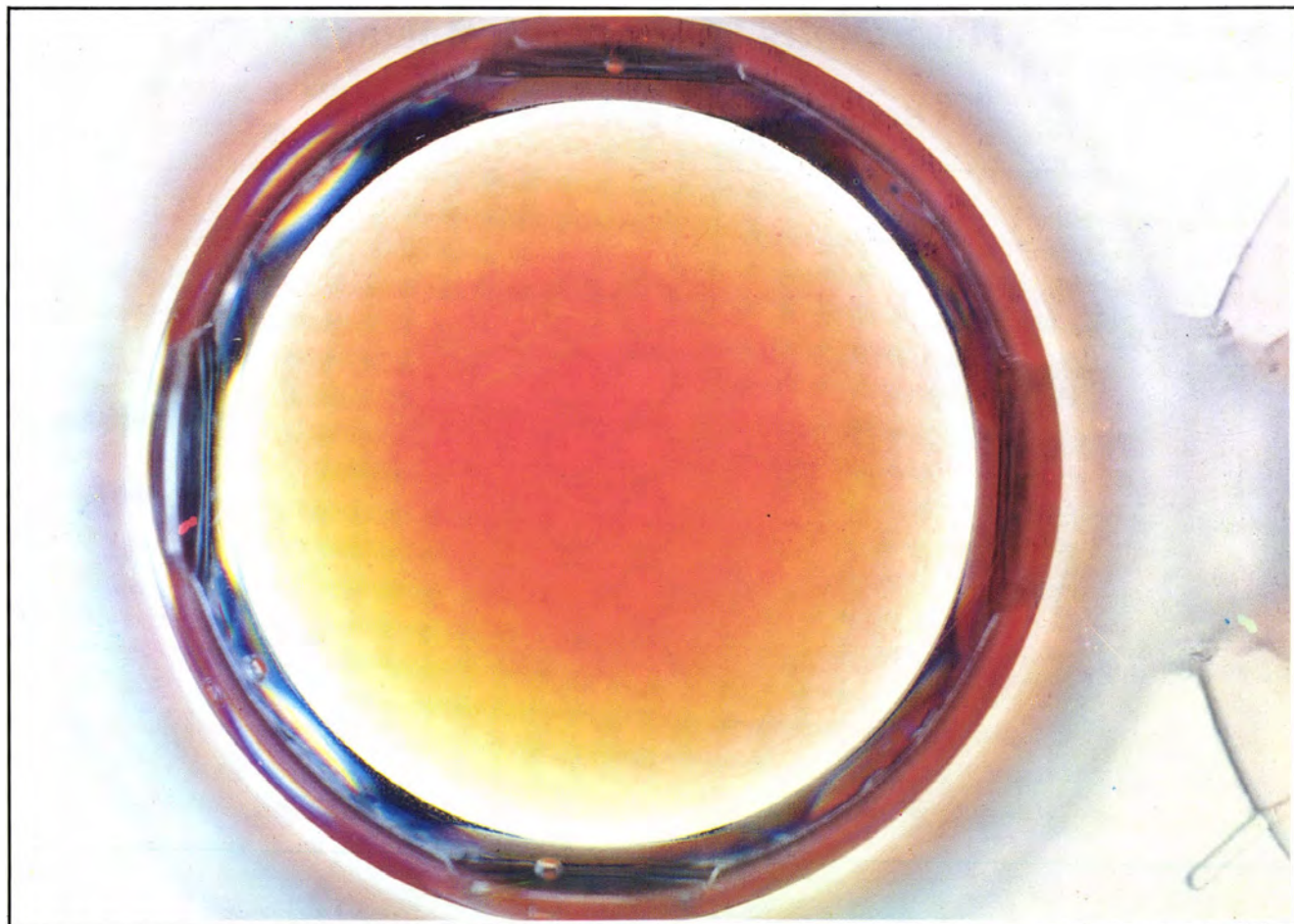
Az eddig elemzett 14 szülő közül 9 esetében észleltünk $\Delta F508$ mutációt heterozigóta formában. A betegek eddig megvizsgált 12 testvére közül 3 bizonyult heterozigótának e mutációra nézve. 5 szülőben és a betegek 9 testvérében a $\Delta F508$ mutáció nincs jelen (1. táblázat).

A $\Delta F508$ mutáció CF betegeinkben és családjaikban, az eddig megvizsgált 65 személy közül összesen 43-ban (66,15%) volt kimutatható.

A nemzetközi irodalomban kialakult gyakorlatnak megfelelően a $\Delta F508$ mutáció gyakoriságát nemcsak e deletióval született személyek arányával, hanem a vizsgált



SolidScreen

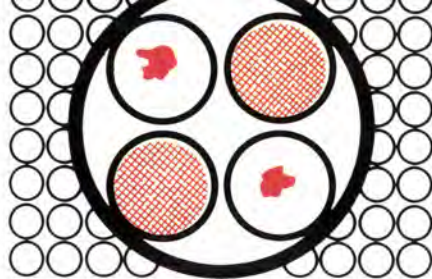


SolidScreen

**Antitest szűrés és azonosítás
microtest lemezen**

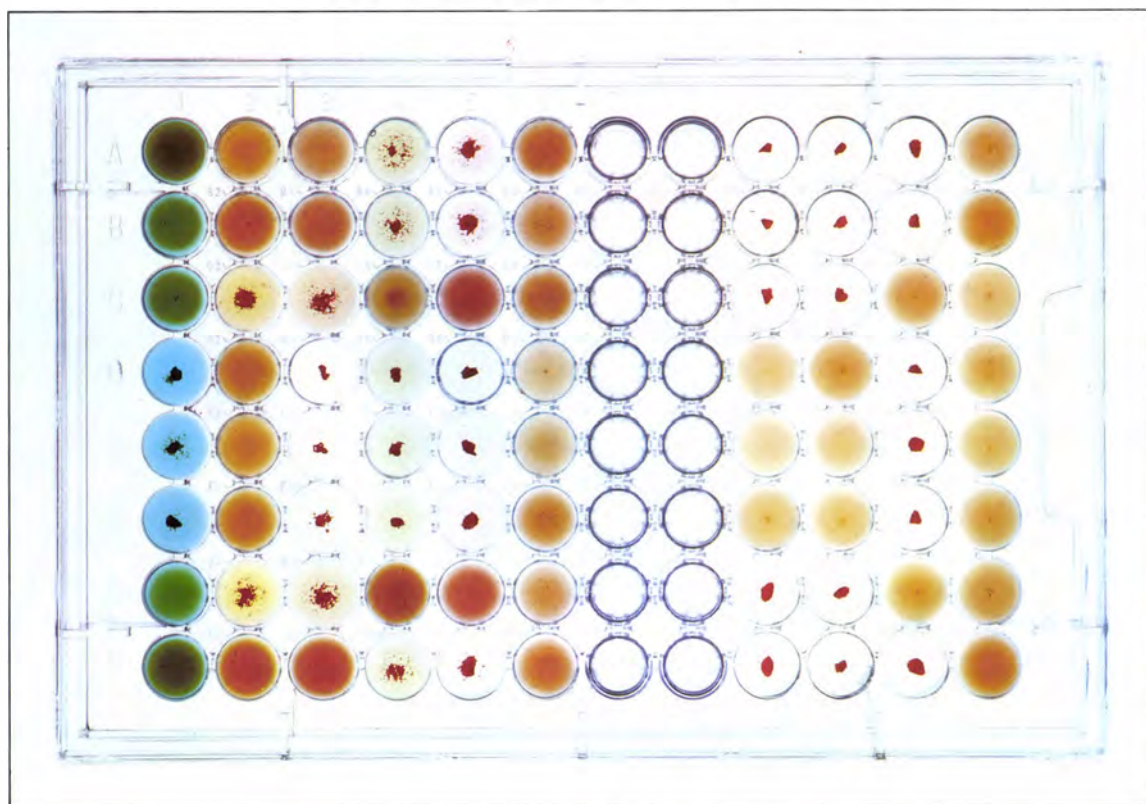
BIOTEST AG Magyar Kereskedelmi Képviselő, 1124 Budapest, Dobsinai u. 6/B. Tel/fax: 156-1697





Erytype

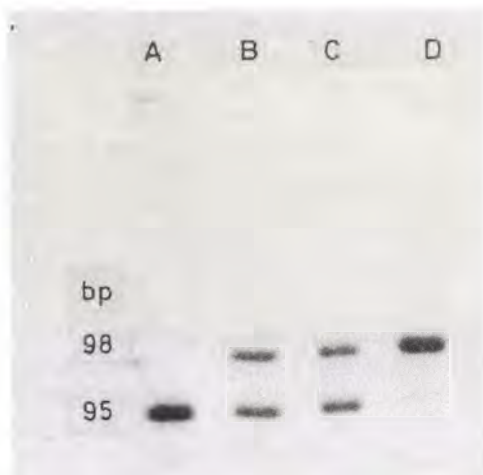
**Használatra kész microtest lemez
vércsoportmeghatározáshoz**



- időtakarékos
- feleslegessé teszi az antitest raktározását
- növeli a biztonságot a világosan leolvasható reakciók és a színesen kódolt antitestek segítségével
- standardizált és megnövelt hatékonyság a komputeres leolvasás, kiértékelés és dokumentáció révén

BIOTEST AG Magyar Kereskedelmi Képviselet, 1124 Budapest, Dobsinai u. 6/B. Tel/fax: 156-1697





1. ábra: Polimeráz láncrakcióval nyert DNS amplifikációs termékek CF betegben és családjában: A: a $\Delta F508$ deletióra homozigóta beteg; B és C: a mutációt hordozó heterozigóta szülők; D: a normális allélre homozigóta testvér

1. táblázat: CF betegeink, néhány szülő és testvér genotípusai

Genotípus	Betegek	Anyák (n = 8)	Apák (n = 6)	Testvé- rek (n = 12)	Össz (n = 65)
$\Delta F508/\Delta F508$	22 (56,4%)	0	0	0	
$\Delta F508/NA$	9 (23,1%)	4	5	3	
NA/NA	8 (20,5%)	4	1	9	

NA = nem azonosított mutáció, vagy normális allél

2. táblázat: A $\Delta F508$ mutáció gyakorisága a CF chromosomákon

	Összes 7-es chromosoma (n = 130)	$\Delta F508$ deletiós 7-es chromosoma (n = 65)
CF betegek (n = 39)	78	53 (67,9%)
Szülők (n = 14)	28	9
Testvérek (n = 12)	24	3
Összesen: 65/130 (50%)		

családokban a mutáns alléllal rendelkező 7-es chromosomák számával is jellemezhetjük (2. táblázat). A mutációra nézve homozigóta egyének mindkét CF ($\Delta F508$ deletiós hordozó) chromosomáját, a heterozigóták esetében az egyik 7-es chromosomát vesszük ilyenkor tekintetbe. 39 betegünk 7-es chromosomáinak száma 78, melyek közül 53 (homozigóták: $22 \times 2 = 44$ + heterozigóták: 9), azaz az összes 7-es chromosoma 67,9%-a (53/78) $\Delta F508$ mutáns allélt hordoz.

3. táblázat: A $\Delta F508$ mutáció gyakorisága CF betegeken a különböző országokban * = az irodalomjegyzékben külön feltüntetett szerzők. A * nélkül idézett szerzők vizsgálatai *Romeo és Devoto* (38) tanulmánygyűjteményében találhatók

Ország	$\Delta F508$ mutáció gyakori- sága (%)	Szerzők
Törökország	27	Hundrieser és mtsai
Izrael	32	Lever és mtsai
Jugoszlávia (Macedónia)	39,5	Simova és mtsai
Szovjetunió	44,8	Ronchetto és mtsai
Finnország	45	Kerem és mtsai
Lengyelország	47,2	Bal és mtsai 1991 (1)*
Portugália	52	Duarte és mtsai
Görögország	54	Balassapoulo és mtsai
Bulgária	56	Kalaydjieva és mtsai
Olaszország	42	Novelli és mtsai
	50	Restagno és mtsai
	53,4	Cremonesi és mtsai
	54	Sebastio és mtsai
	57	Leoni és mtsai
Spanyolország	50	Chillón és mtsai
Baleari szigetek	58	
Ibériai félsziget	66	Jaume-Roig és mtsai
Kanári szigetek	69	
Franciaország	67–72,5	Claustres és mtsai
	75	Simon-Bouy
Cseh és Szlovák Köztársaság	67	Macek és mtsai
Korábbi Német Demokratikus Köztársaság	62	Grade és mtsai
Német Szövetségi Köztársaság	77	Reis és mtsai
	80	Aulehla-Scholz és mtsai
Belgium	59,5	Cuppens és mtsai
	76	Boudelle és mtsai
	78	Cochaux és mtsai
Hollandia	76	Scheffer és mtsai
	77,4	Halley és mtsai
Anglia	70	Santis és mtsai
	71,5	Harris és mtsai
	78,5	Schwarz és mtsai
	80	Watson és mtsai
Skócia	73	McIntosh és mtsai
Írország	76	De Arce
Dánia	86,8	Schwartz és mtsai
Argentina	62	Aulehla-Scholz és mtsai
Kanada	68	Kerem és mtsai 1989b (22)*
Amerikai Egyesült Államok	76	Lemna és mtsai (1990 (26)*

Az eddig elemzett 65 személyre vonatkozóan e populációban a $\Delta F508$ mutáció a 7-es chromosomák 50%-án (65/130) volt azonosítható.

A magyar CF betegeken talált $\Delta F508$ mutáció-gyakoriság hasonló a Közép-Európában leírt értékekhez (3. táblázat).

Négy CF miatt kezelt gyermekben a perifériás vérből izolált DNS minta $\Delta F508$ mutációra homozigóta állapotának megállapítása után sikerült ugyanezt kimutatni az újszülöttkori beszárított vérmintából is.

Három $\Delta F508$ mutációs homozigóta gyermek mindkét szülőjében megtaláltuk a mutációt heterozigóta formában, az egyik családban a testvért is elemeztük; nem hordozza e deletiót (1. ábra).

4. táblázat: CF betegek klinikai tüneteinek megoszlása, összefüggés a $\Delta F508$ mutáció jelenlétével

Klin. tünet	$\Delta F508/\Delta F508$	$\Delta F508/NA$	NA/NA
Pulmonalis tünet nincs	0	0	3/8
enyhe	9/22	4/9	5/8
súlyos	13/22	5/9	0
Enteralis tünet nincs	2/22	0	1/8
enyhe	4/22	3/9	3/8
súlyos	15/22	5/9	3/8
meconium ileus	1/22	1/9	1/8
Congestiv cardio-myopathia	0	1/9	0
Pseudomonas colonisatio	6/22	4/9	0
Gyakoribb szövődmények			
májfunkció káros	2/22	2/9	0
biliaris cirrhosis	0	0	1/8
orr polyposis	5/22	0	0
csökkent glucose tolerancia	2/22	0	0
diabetes mellitus	0	0	0

CF betegek klinikai tüneteinek megoszlását és a $\Delta F508$ mutáció jelenlétével való összefüggéseket a 4. táblázat foglalja össze.

A pulmonalis tünetek hiánya, illetve enyhe volta figyelemfelkeltő a jelenleg még nem azonosított mutációk esetében. Súlyos pulmonalis és enteralis tünetek gyakrabban fordultak elő azon betegekben, akikben $\Delta F508$ mutáció mutatható ki. Eseteink alacsony száma miatt a genotípus és fenotípus összefüggéseinek ennél részletesebb elemzésére adataink még nem alkalmasak.

Megbeszélés

A CF 25%-os, magas ismétlődési kockázata miatt a betegség génjének azonosítása előtt is érthetően törekedtek az obligát heterozigóta szülők kérésének teljesítésére, a lehető legbiztosabb praenatalis diagnosztika elvégzésére. A gestatio 18–20. hetében CF magzat esetén egyes microvilus eredetű bélnyálkahártya enzimek (alkalikus foszfatáz, izoenzimek, a diszacharidák közül főleg a trehaláz) magzatvízben mért alacsonyabb aktivitása nagy biztonsággal használható a diagnosztikában (5, 34, 45, 46, 47). Papp és mtsai (32), Szabó és mtsai (46) ultrahangvizsgálattal kiegészítve növelik a diagnózis találati biztonságát, a korai meconium-dugasz, illetve a meconium ileus jeleinek kimutatásával.

Új korszakot nyitott a CF praenatalis diagnosztikájában az első trimeszterben a chorionból biopsziás anyagból

izolált DNS vizsgálata, a CF génhez szorosan kapcsolódó DNS-szondák alkalmazásával a restrikciós fragmentum hosszúság (length) polymorphism (RFLP) elemzése (2, 11, 12, 13). E módszerrel a már megszületett CF beteg gyermek DNS fragmens hosszúságainak ismeretében a szülők RFLP adata informatív lehet a születendő magzat CF betegségének, hordozó, illetve homozigóta egészséges voltának igazolására. Hazánkban ilyen vizsgálatokról először Németi és mtsai (30), valamint Burg és mtsai (6) számoltak be.

A CF gén azonosítása és az elsőként felismert $\Delta F508$ mutáció további lehetőségekkel gazdagítja a CF praenatalis kimutatását. Ha mindkét szülőről tudjuk, hogy $\Delta F508$ mutációs heterozigóta, akkor a magzatban kimutatott homozigóta állapot biztos diagnózist jelent. Ugyanígy egyértelmű az egyik allélon talált $\Delta F508$ mutáció esetén a heterozigótaság, illetve a mutáció hiányában a magzat CF betegségének kizárása.

A praenatalis diagnosztikán kívül komoly előrelépést jelent, hogy a mutációra nézve heterozigóta személyek ismert CF családi anamnézis nélkül is kiszűrhetők a populációból. Emellett a mutáció kimutatásával a CF betegség a tünetek kialakulása előtt, vagy atípusos tünetek esetén is diagnosztizálható.

Az 1989-ben felismert $\Delta F508$ mutáció kimutatására irányuló első vizsgálatok (22, 36, 39) alapján úgy tűnt, hogy a mutáció a CF betegek többségében, 60–70%-ában detektálható. Hamarosan kiderült azonban, hogy a mutáció gyakoriságában jelentős földrajzi és etnikai különbségek vannak (3. táblázat). Ahol a $\Delta F508$ mutáció előfordulása gyakori, vagyis viszonylag kevés egyéb mutáció vesz részt a betegség kialakulásában, ott a CF heterozigóták kimutatását célzó szűrőprogramok egyszerűbben, nagyobb információs erővel vezethetők be majd a jövőben. Azokban az országokban azonban, ahol a $\Delta F508$ mutáció előfordulása alacsony, még több más mutáció egyidejű kimutatására is fel kell készülni a hatékony szűrés biztosítása érdekében.

Vizsgálati módszerünk az oligonukleotidok által határolt 59 bázispár hosszúságú génszakaszon belül esetleg előforduló egyéb, szintén 3 bázispárra kiterjedő deletiókat is elvileg detektálja. Az 506/507. helyen bekövetkező izoleucin kiesés ($\Delta 1507$) lehet ilyen az eddig leírt mutációk közül. Ennek előfordulása azonban oly ritka (23, 29), hogy a $\Delta F508$ populációs gyakorisági értéket nem változtatja meg.

Romeo és Devoto (38) 35 beszámolóiból álló összefoglaló tanulmányt közölt, mely 20 európai országra vonatkozóan mutatja be a $\Delta F508$ mutáció gyakoriságát (3. táblázat). Magyarországról e tanulmányban még nem jelent meg adat.

Bár jelen munkában csak kisszámú CF beteg $\Delta F508$ mutációgyakoriságának első eredményeiről számolhatunk be, a CF chromosomákon talált 67,9% $\Delta F508$ deletio gyakoriság közel áll az európai országok közül a Cseh és Szlovák Köztársaságban (67%), a Német Szövetségi Köztársaságban (77–80%), a korábbi Német Demokratikus Köztársaságban (62%) és Franciaországban (67–75%) észlelt adatokhoz.

Hasonló gyakoriságról számoltak be a kanadai és az észak-amerikai populációkban is (22, 26, 3. táblázat). A különböző országokban észlelt $\Delta F508$ mutációs gyakoriság összehasonlításakor feltűnő, hogy Törökországban fordul elő a mutáció legritkábban, s a hazai értékhez képest alacsonyabban a dél-európai és egyes észak-kelet-európai gyakoriságok. Magasabb a mutáció előfordulási aránya a Benelux államokban, Nagy-Britanniában és Dániában.

Kevés adat áll rendelkezésre az európai CF betegek között észlelt $\Delta F508$ homozigotáság gyakoriságára vonatkozóan. A betegeinkben talált 56,4% $\Delta F508$ mutáció homozigóta arány a francia (40, 48%), német (48%) és belga (61%) értékekhez (39) közeli.

Az egyes országokban észlelt mutációs adatok arra is figyelmeztetnek, hogy egy bizonyos populációra igaz génkapcsoltsági (linkage disequilibrium) értékek nem alkalmazhatók egyszerűen más népekségekben, előzetesen az egyes mutációk gyakoriságát az adott populációban is meg kell határozni (17).

A 3. táblázat adataiból az is látszik, hogy néhány országban több, egymástól független munkacsoport végezte el a $\Delta F508$ mutáció elemzését. Erre különösen nagy országokban és heterogén eredetű etnikai összetétel esetén van szükség. Így valószínű, hogy a Szovjetunióban eddig összesen 29 CF családban elvégzett vizsgálatok (38) különböző területek kiegészítő vizsgálataival fognak bővülni, s ezek eredményei megváltoztathatják a ma ismert egyedüli adatot.

Bár Magyarország lakossága ehhez képest egységesnek tekinthető, fontosnak látszik minél nagyobb betegcsoport mutáció elemzése a pontosabb adatok érdekében. *Németi és mtsai* (31) a Debreceni OTE Női Klinikájáról és a Semmelweis OTE I. Női Klinikájáról származó beteganyagon végeztek a $\Delta F508$ gyakoriságára vonatkozó vizsgálatokat. Anyagukban a $\Delta F508$ deletio a CF chromosomák 64%-án volt kimutatható. *Kosztolányi és Méhes* volt szíves rendelkezésünkre bocsátani 28, a Somogy Megyei Tüdő- és Szív-kórházban (Mosdós) gondozott, és Grazban elemzett CF beteg és családjai $\Delta F508$ mutáció elemzésének eredményét, mely szerint anyagukban a mutáció a CF chromosomák 66%-án fordul elő (40).

Míg Észak-Európában a $\Delta F508$ mutáció magas előfordulási aránya mellett szól, hogy egyetlen, viszonylag újkéletű mutációs esemény felelős a populációban kialakuló CF kórképekért, addig Dél-Európában a változatosabb haplotípus-megoszlás és a $\Delta F508$ mutáció ritkább előfordulása (38) legalább még egy elterjedt mutáció jelenléte mellett szól.

Ez utóbbi országokban a mutáció valószínűleg oly hosszú ideig maradt fenn, hogy lehetőség nyílt más haplotípusokkal való rekombinációkra. A $\Delta F508$ mutáció az eddigi adatok alapján, feltételezhetően a neolitikus korban (3–6000 évvel ezelőtt) keletkezett, amikor a Közép-Keletről megindult a korai telepések vándorlása Európa északnyugati részei felé.

A legtöbb kaukázusi eredetű népességben talált magas $\Delta F508$ heterozigóta arány felveti a kérdést, vajon milyen szelekciós előnnyel rendelkeztek az idők folyamán a mutáció hordozói? A három bázis deletiójával járó mutáció va-

jon milyen funkcionális változást jelent a CFTR fehérje működésében? Egyes elképzelések szerint (37) a mutációra heterozigóta egyének a korábban csaknem mindig csecsemő- és kisdedkorban bekövetkezett halálozással, nagyfokú klorid ion vesztéssel járó hasmenésekkel szemben az átlagnépességhez képest ellenállóbbak lehetnek.

A CF betegek mutációinak kimutatása világszerte felveti a teljes populációra kiterjedő heterozigóta szűrés lehetőségét. A betegeink között eddig észlelt 56,4% $\Delta F508$ mutációs homozigóta gyakoriság azt jelenti, hogy hazánkban mintegy 43,6%-ban a CF gént érintő egyéb mutációkkal is számolni kell a betegség kialakulásában.

Ennek alapján egyetértünk azzal a nemzetközi fórumokon is hangoztatott véleménnyel (7, 17), hogy egyelőre a CF heterozigóták egész népességre kiterjedő szűrővizsgálatának nincsenek meg a feltételei.

Ugyanakkor mindenképpen javasolt a $\Delta F508$ mutáció kimutatása CF betegek családjában, a $\Delta F508$ mutációra nézve heterozigóta egyének házastársaiban, és CF gyanús, nem egyértelmű klinikai tünetek esetén.

Komoly segítséget jelenthet a genetikai tanácsadás számára az újszülöttkori anyagszere szűrővizsgálatokhoz használt Guthrie szűrőpapíron eltett vércseppminták mutáció elemzésre történő felhasználása. A PCR módszert sikerrel alkalmaztuk 4 olyan CF betegünk újszülöttkori vérmintájának évekkel későbbi vizsgálatára, akikben a perifériás vérből izolált DNS minta elemzésével $\Delta F508$ homozigóta állapotot találtunk. E lehetőség szinte egyedülálló a korai halálozással járó, esetleg biztos diagnózis nélküli esetekben. A biztató nemzetközi eredmények (42, 51) és saját tapasztalatunk alapján szorgalmazzuk, hogy a Guthrie teszt céljára levett újszülöttkori vércseppmintákat a jelenleginél hosszabb ideig őrizték meg a hazai szűrőközpontokban. *Nelson és mtsai* (28) 17 évi tárolás után elvégzett sikeres DNS vizsgálatról számoltak be.

Számos megfigyelés szól emellett, hogy a $\Delta F508$ mutációra homozigóta CF betegek tünetei súlyosabbak, gyakoribb közöttük a meconium ileus, a pancreas elégtelensége (4, 14, 15, 21, 22, 38). Általában enyhébb tüneteket, jobb prognózist körlefoylást észleltek a kevert heterozigótákban és néhány ritkább mutációval járó esetben (8, 9, 15, 18, 29, 43). Saját eddigi adataink kis száma nem alkalmas a mutáció típusa és a klinikai kép összefüggéseinek elemzésére (4. táblázat), a már így is látható tendenciák — úgy tűnik — alátámasztják a nagyobb betegcsoportokon nyert külföldi adatokat. A genotípus és fenotípus részletesebb elemzése a mintegy 115 CF beteg elkezdett mutáció vizsgálatainak befejezésekor várható.

Kiegészítés: A közlemény beadása és megjelenése között eltelt időszakban újabb 135 beteg, 44 szülő, és 28 testvér (207 személy) $\Delta F508$ mutációs vizsgálatát végeztük el. Így az eddig elemzett betegek száma 174, a megvizsgált szülőké 58, a testvéreké 40.

Elvégeztük hat esetben a CF prenatalis diagnosztikai vizsgálat keretében a mutáció meghatározását is. Közülük egy esetben detektáltunk homozigóta $\Delta F508$ magzatot.

Új mutációk vizsgálatát is elkezdtük: G 542 X; G 551 D; R 553 X; N 1303 K. Összesen 32 beteget és 4 szülőt vizsgáltunk meg eddig ezekre a mutációkra nézve. Ezen vizsgálatok eredményét következő publikációkban tesszük közzé.

IRODALOM: 1. Bal, J., Maciejko, D., Mazurczak, T. és mtsai: Frequency of the cystic fibrosis mutation $\Delta F508$ in Poland. Hum. Genet., 1991, 86, 329. — 2. Beaudet, A. L., Feldman, G. L., Fernbach, S. D. és mtsai: Linkage disequilibrium, cystic fibrosis and genetic counselling. Am. J. Hum. Genet., 1989, 44, 319. — 3. Boat, T. F., Welsh, M. J., Beaudet, A. L.: Cystic fibrosis. In: The metabolic basis of inherited disease (eds.: Scriver, C. L., Beaudet, A. L., Sly, W. S. és mtsai), 6. ed. New York, McGraw-Hill, 1989, 2649–80. old. — 4. Borgo, G., Mastella, G., Gasparini, P. és mtsai: Pancreatic function and gene deletion F508 in cystic fibrosis. J. Med. Genet., 1990, 27, 665. — 5. Brock, D. J. H.: A comparative study of microvillar enzyme-activities in the prenatal diagnosis of cystic fibrosis. Prenat. Diagn., 1985, 5, 129. — 6. Burg K., Endreffy E., Berrek I. és mtsai: Cystikus fibrosis diagnosztikája DNS restrikciós fragmenthossz polymorfizmus alapján. Orv. Hetil., 1987, 128, 2571. — 7. Caskey, C. T., Kaback, M. M., Beaudet, A. L. és mtsai: The American Society of Human Genetics statement on cystic fibrosis screening. Am. J. Hum. Genet., 1990, 46, 393. — 8. Cuppens, H., Marynen, P., De Boeck, C. és mtsai: A child, homozygous for a stop codon in exon 11, shows milder cystic fibrosis symptoms than her heterozygous nephew. J. Med. Genet., 1990, 27, 717. — 9. Dean, M., White, M. B., Amos, J. és mtsai: Multiple mutations in highly conserved residues are found in mildly affected cystic fibrosis patients. Cell, 1990, 61, 863. — 10. Drum, M. L., Pope, H. A., Cliff, W. H. és mtsai: Correction of the cystic fibrosis defect in vitro by retrovirus mediated gene transfer. Cell, 1990, 62, 1227. — 11. Estivill, X., Scambler, P. J., Wainwright, B. J. és mtsai: Patterns of polymorphism and linkage disequilibrium for cystic fibrosis. Genomics, 1987, 1, 257. — 12. Farrall, M., Scambler, P., North, P. és mtsai: The analysis of multiple polymorphic loci on a single human chromosome to exclude linkage to inherited disease cystic fibrosis and chromosome 4. Am. J. Hum. Genet., 1986, 38, 75. — 13. Farrall, M., Law, H. Y., Rodeck, C. H. és mtsai: First-trimester prenatal diagnosis of cystic fibrosis with linked DNA probes. Lancet, 1986, 1, 1402. — 14. Ferrari, M., Antonelli, M., Bellini, F. és mtsai: Genetic differences in cystic fibrosis patients with and without pancreatic insufficiency. An Italian collaborative study. Hum. Genet., 1990, 84, 435. — 15. Gasparini, P., Novelli, G., Estivill, X. és mtsai: The genotype of a new linked DNA marker, MP6d-9, is related to the clinical course of cystic fibrosis. J. Med. Genet., 1990, 27, 17. — 16. Gibson, L. E., Cooke, R. E.: A test for concentration of electrolytes in sweat in cystic fibrosis of pancreas utilizing pilocarpine by iontophoresis. Pediatrics, 1959, 23, 545. — 17. Gilbert, F.: Is population screening for cystic fibrosis appropriate now? Am. J. Hum. Genet., 1990, 46, 394. — 18. Guillemit, H., Fanen, P., Ferec, C.: A 3' splice site consensus sequence mutation in the cystic fibrosis gene. Hum. Genet., 1990, 85, 450. — 19. Gyurkovits, K.: Mucoviscidosis (cystikus fibrosis). Medicina, Budapest, 1991. — 20. Isolauri, J., Uitti, J., Visakorpi, J. K.: Screening of cystic fibrosis in newborn. Duodecim, 1979, 95, 16. — 21. Kerem, B. S., Buchanan, J. A., Durie, P. és mtsai: DNA marker haplotype association with pancreatic sufficiency in cystic fibrosis. Am. J. Hum. Genet. 1989a, 44, 827. — 22. Kerem, B. S., Rommens, J. M., Buchanan, J. A. és mtsai: Identification of the cystic fibrosis gene: genetic analysis. Science, 1989b, 245, 1073. — 23. Kerem, B. S., Zielenski, J., Markiewicz, D. és mtsai: Identification of mutations in regions corresponding to the 2 putative nucleotide (ATP)-binding folds in the cystic fibrosis gene. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1990, 87, 8451. — 24. Knowles, M. R., Gatz, J. T., Boucher, R. C.: Relative ion permeability of normal and cystic fibrosis nasal epithelium. J. Clin. Invest., 1983, 71, 1410. — 25. Knowlton, R. G., Cohen-Haguenauer, D., Van

Cong, N. és mtsai: A polymorphic DNA marker linked to cystic fibrosis is located on chromosome 7. Nature, 1985, 318, 380. — 26. Lemna, W. K., Feldman, G. L., Kerem, B. és mtsai: Mutation analysis for heterozygote detection and the prenatal diagnosis of cystic fibrosis. N. Engl. J. Med., 1990, 322, 291. — 27. Madisen, L., Hoar, D. I., Holroyd, C. D. és mtsai: DNA banking: The effects of storage of blood and isolated DNA on the integrity of DNA. Am. J. Med. Genet., 1987, 27, 379. — 28. Nelson, P. V., Carey, W. F., Morris, C. F. és mtsai: Cystic fibrosis: prenatal diagnosis and carrier detection by DNA analysis. Med. J. Aust., 1989, 151, 126. — 29. Nelson, P. V., Carey, W. F., Morris, C. P.: Identification of a cystic fibrosis mutation: deletion of isoleucine 506. Hum. Genet., 1991, 86, 391. — 30. Németi M., Szabó M., Horváth K. és mtsai: A cystikus fibrosis diagnosztikája DNS-vizsgálattal a terhesség első harmadában. Orv. Hetil., 1987, 128, 2577. — 31. Németi, M., Louie, E., Papp, Z. és mtsai: Molecular analysis of cystic fibrosis in the Hungarian population. Hum. Genet., 1991, 87, 511. — 32. Papp, Z., Tóth, Z., Szabó, M. és mtsai: Early prenatal diagnosis of cystic fibrosis by ultrasound. Clin. Genet., 1985, 28, 356. — 33. Papp Z.: Szülészeti genetika. Medicina, 1986, 373–381. old. — 34. Quinton, P. M.: Chloride impermeability in cystic fibrosis. Nature, 1983, 301, 421. — 35. Rich, D. P., Anderson, M. P., Gregory, R. J. és mtsai: Expression of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator corrects defective chloride channel regulation in cystic fibrosis epithelial cells. Nature, 1990, 347, 358. — 36. Riordan, J. R., Rommens, J. M., Kerem, B. S. és mtsai: Identification of the cystic fibrosis gene: cloning and characterization of complementary DNA. Science, 1989, 245, 1066. — 37. Romeo, G., Galletta, J. L. V., Devoto, M.: Why is the CF gene so frequent? Hum. Genet., 1989, 84, 1. — 38. Romeo, G., Devoto, M.: Population analysis of the major mutation in cystic fibrosis. Hum. Genet., 1990, 85, 391. — 39. Rommens, J. M., Ianuzzi, M. C., Kerem, B. S. és mtsai: Identification of the cystic fibrosis gene: chromosome walking and jumping. Science, 1989, 245, 1059. — 40. Rosenkranz, W., Kosztolányi, Gy., Andrásföszky, Zs.: Személyes közlés. 1991. — 41. Sambrook, J., Fritsch, E. F., Maniatis, T. I.: Molecular cloning; a laboratory manual. Cold Spring Harbor Press, 1989. — 42. Schwartz, E. I., Khalchitsky, S. E., Eisensmith, R. C. és mtsai: Polymerase chain reaction amplification from dried blood spots on Guthrie cards. Lancet, 1990, 2, 639. — 43. Shrimpton, A. E., McIntosh, I., Brock, D. J. H.: The incidence of different cystic fibrosis mutations in the Scottish population: effects on prenatal diagnosis and genetic counselling. J. Med. Genet., 1991, 28, 317. — 44. Szabó M., Teichmann, F., Papp, Z.: Low trehalase activity in amniotic fluid: a marker for cystic fibrosis? Clin. Genet., 1984, 25, 475. — 45. Szabó, M., Teichmann, F., Szeifert, G. T. és mtsai: Prenatal diagnosis of cystic fibrosis by trehalase enzyme assay in amniotic fluid. Clin. Genet., 1985, 28, 16. — 46. Szabó M., Tóth Z., Szeifert Gy. és mtsai: Ultrahangvizsgálat magzati cystikus fibrosisban. Gyermekgyógy., 1986, 37, 255. — 47. Wagner, M., Schloesser, M., Reiss, J.: Direct gene diagnosis of cystic fibrosis by allele-specific polymerase chain reaction. Mol. Biol. Med., 1990, 7, 359. — 48. Wainwright, B. J., Scambler, P. J., Schmidtke, J. és mtsai: Localization of cystic fibrosis locus to human chromosome 7cen-q22. Nature, 1985, 318, 384. — 49. White, M. B., Amos, J., Hsu, J. M. C. és mtsai: A frameshift mutation in the cystic fibrosis gene. Nature, 1990, 344, 665. — 50. White, R., Woodward, S., Leppert, M. és mtsai: A closely linked genetic marker for cystic fibrosis. Nature, 1985, 318, 382. — 51. Williams, C., Williamson, R., Coutelle, C. és mtsai: Guthrie spots for DNA-based carrier testing in cystic fibrosis. Lancet, 1988, 2, 693.

(Fekete György dr., Budapest, Tüzoltó u. 7/9. 1094)

TÁJÉKOZTATÁS



E számban megjelenő színes hirdetésünkkel kapcsolatosan felhívjuk olvasóink szíves figyelmét, hogy 1991. december 31-től az Egis Gyógyszergyár részvénytársasági formában működik.

A társaság neve: EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

Persistáló haematuria (vékony-basalis-membran-nephropathia) és könnyűlánc-proteinuria (benignus monoclonalis gammopathia) együttes előfordulása egy középkorú férfin

Iványi Béla dr., Mohácsi Gábor dr.*, Sonkodi Sándor dr.* és Ormos Jenő dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Patológiai Intézet (igazgató: Ormos Jenő dr.)

I. sz. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Lonovics János dr.)*

A szerzők persistáló haematuria, lambda könnyűlánc-proteinuria és mérsékelt beszűkült vesefunkció miatt kivizsgált középkorú férfin IgG lambda típusú monoclonalis gammopathiát és vékony-basalis-membran-nephropathiát találtak. A sternum punctio 10%-os plasmocytosist igazolt. A gammopathia a több mint nyolc éves utánkötés során benignusnak bizonyult. A vékony-basalis-membran-nephropathiára a vesebiopsiás szövethenger elektronmikroszkópos vizsgálata derített fényt, a glomerulus-capillarisok lamina densája 30–100 nm-re elvékonyodott. Bár a vékony-basalis-membran-nephropathia általában jó prognózisú, esetükben glomerularis hegesedést, másodlagos nephronpusztulást, hypertoniás érelváltozásokat, klinikailag beszűkült vesefunkciót okozott. Az első vesebiopsia után 4 évvel rebiopsia történt, mely a könnyűlánc-proteinuriával kapcsolatos veseoszódmények fennállását (amyloidosis, nem-amyloid-immunglobulin-nephropathia, cylinder-nephropathia stb.) kizárta.

Kulcsszavak: vékony-basalis-membran-nephropathia, monoclonalis-könnyűlánc-proteinuria, benignus monoclonalis gammopathia, vesekárosodás

Joint occurrence of persistent haematuria (thin basement membrane nephropathy) and light-chain proteinuria (benign monoclonal gammopathy) in a middle-aged man. IgG lambda type of monoclonal gammopathy and thin basement membrane nephropathy were established in a middle-aged man examined because of persistent haematuria, lambda light-chain proteinuria and moderately diminished renal function. A 10% level of plasmocytosis was verified by bone-marrow aspiration. The more than 6-year follow-up showed the gammopathy to be benign. The thin basement membrane nephropathy was verified by electronmicroscopic analysis of renal tissue obtained by percutaneous renal biopsy: lamina densa of the glomerular capillaries thinned to 30–100 nm. In spite of the usually good outcome of thin basement membrane nephropathy, in this case it was accompanied by glomerular sclerosis, subsequent destruction of nephrons, hypertensive vascular alterations and a clinical deterioration of the renal function after 4 years. A rebiopsy excluded the possible complications (amyloidosis, non-amyloid immunoglobulin nephropathy, cylinder nephropathy, etc) of light-chain proteinuria.

Key words: thin basement membrane nephropathy, monoclonal light chain proteinuria, benign monoclonal gammopathy, renal damage

A vékony-basalis-membran-nephropathiát (VBMN) persistáló haematuria, morfológiailag a glomerulus-capillarisok elektronmikroszkóppal észlelhető diffúz elvékonyodása jellemzi (1, 2, 3, 26). A betegség sporadikus (benignus recurráló haematuria), vagy autosomalis domináns öröklődésű (familiaris recurráló haematuria) lehet, prognosisa jó (1, 6).

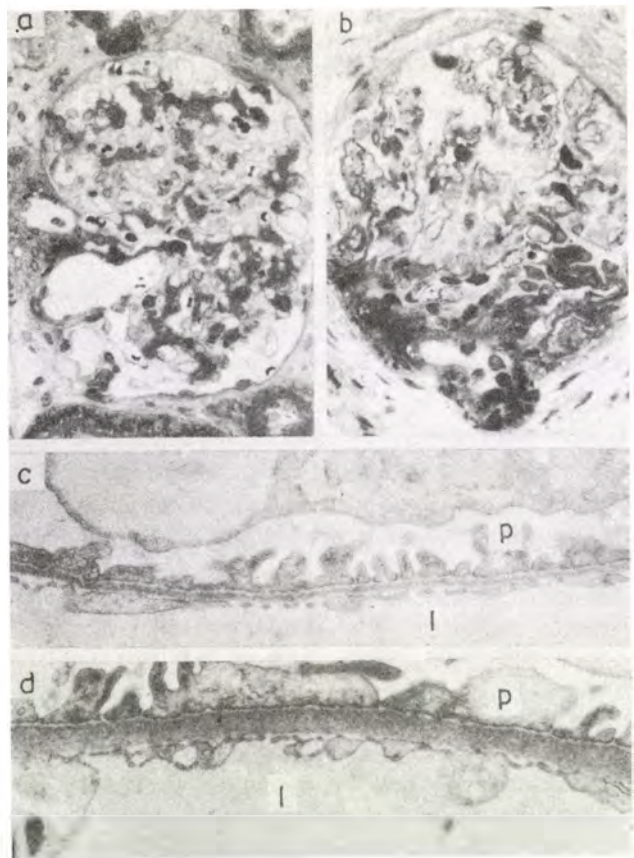
A könnyűlánc-proteinuria (Bence Jones-proteinuria) hátterében akkor áll benignus monoclonalis gammopathia (BMG), ha myeloma, lymphoma, amyloidosis, nem-amyloid-immunglobulin-könnyűlánc-betegség, Waldenström-macroglobulinaemia nem igazolható, és a legalább három évig tartó utánkötés során a csontvelői plasmasejtek aránya nem éri el a 20%-ot, a serum albumin és immunglobulinok mennyisége normális marad, az M-

komponens mennyisége pedig nem haladja meg a 3 g/dl-t (7, 14, 19). Mivel a BMG évekkel később myelomába, vagy más plasmasejt dyscraziába mehet át, a betegségre Kyle (16) szerint a „bizonytalan klinikai jelentőségű monoclonalis gammopathia” (monoclonal gammopathy of undetermined significance) elnevezés jobban illik.

Magunk egy középkorú, haematuriás, könnyűlánc-proteinuriás, beszűkült vesefunkciójú férfin VBMN-t és BMG-t kórisméztünk. Morfológiai vizsgálatokkal bizonyítani tudtuk, hogy a vesefunkció romlásáért a glomerularis hegesedést, másodlagos nephronpusztulást okozó VBMN a felelős. A vesefunkció-romlást okozó VBMN igen ritka (5). Ez a tény, valamint a haematuria és könnyűlánc-proteinuria együttes előfordulásából adódó differenciáldiagnosztikai nehézségek indokolják az eset közzétételét.

K. S. 42 éves férfi először 1984-ben feküdt klinikánkon tápcsatornai vérzés miatt. Duodenalis fekélybetegsége öt éve volt ismert. Transfusio, hisztaminreceptor-blokkoló és egyéb adjuváns kezelés hatására állapota gyorsan stabilizálódott. A vizsgálatok során mikroszkopos haematuriát, mérsékelt proteinuriát, 64 mm/6 vörösvértest-süllyedést és a pajzsmirigy jobb lebenyében 6 × 3,5 cm nagyságú hideg göböt találtunk. Utóbbi miatt a „Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egységébe” került, ahol euthyreoid állapotot vélelmeztek. Itt a haematuria, proteinuria, vértessüllyedés fokozódását, az endogen creatinin clearance (ECC) beszűkülését (44,4 ml/perc), enyhe vérnyomásemelkedést és hyperlipidaemiát regisztráltak. Utóbbiak miatt került vissza klinikánk nephrologiai osztályára. 24 órás gyűjtött vizeletében 1,5–5,5 g fehérjét ürített, mely Bence Jones-próbára negatív volt. Az üledékben csak vörösvértestek látszóttak. Vörösvértest-süllyedése tovább fokozódott (90–130 mm/6). A serum összfehérje és albumin koncentráció értéke ugyan normálisnak bizonyult, de a gamma sáv elején széles rendellenes csík mutatkozott. A vizeletben ürülő fehérje elektroforetikus tulajdonságai megegyeztek a serumban lévő rendellenes fehérje elektroforetikus tulajdonságaival. A serum és vizelet immunoelektroforézis IgG lambda típusú monoclonalis gammopathiát igazolt. A serumban a quantitativ immunglobulin meghatározás IgG: 1700 mg%, IgA: 305 mg%, IgM: 280 mg% értékeket adott. Sternum punctio történt, a közepes sejttartalmú csontvelőben 10%-os plasmocytosis látszott (Dr. Borbényi Zita). Egész test csontscintigraphia és a csontok radiológiai vizsgálata eltérést nem talált. Komplex anyagcserezavar részeként IV. típusú hyperlipidaemiát és hyperuricaemiát (se húgysav: 626 μ Mol/l) észleltünk. Egyéb eredményeiből: se-creatinin: 160 μ mol/l, ECC: 73,3 ml/perc, EDTA-clearance: 70,6 ml/perc, se-fibrinogen: 347 mg%, complement 3-as factor: 160 mg%, LMG: 0,94, HLA: A2,3—B7,49—DR2,8. Mindvégig láztalan volt. 1984. nov. 1-jén a bal veséből tűbiopsiás anyagvétel történt. A szövethengert fény-mikroszkopos (FM), direkt immunfluoreszcens (DIF) és elektron-mikroszkopos (EM) vizsgálat céljára három részre osztottuk. A FM vizsgálatot formalinos-paraffinos metszeteken hematoxinil és eozin, Jones-ezüst, PAS, Crossmon-, Pearse- és Goldner-trikróm festések alapján, az EM vizsgálatot glutáraldehides és ozmiumtetroxidoxid rögzítés, Durcupan ACM (Fluka) műgyantába ágyazás után uranilacetáttal és ólomcitráttal kontrasztosított vékony metszeteken végeztük. A félvékony metszeteket metilénkékekkel és bázikus fuksinnal festettük. A DIF vizsgálat fagyasztott metszeteken FITC-jelölt anti-humán IgG, IgA, IgM, C3, C4 és Clq komplemfaktorok, valamint fibrinogén (Dakopatts) 1 : 10-es savó hígításokkal történt. A parányi anyagban FM-an kevés, eltérést alig mutató glomerulus látszott, helyenként enyhe mesangium kiszélesedéssel és focalis sclerosis gyanúját nem keltő segmentalis hegesedéssel, periglomerularis fibrosissal [ábra a) és b)]. Néhány tubulusban vörösvértestek helyezkedtek el, kis göcökben tubulusatrophia mutatkozott. A DIF vizsgálat specifikus festődést nem igazolt. EM-an a glomerulus-capillarisok basalis membránja feltűnően vékony volt [ábra c), d): összehasonlítással normális vastagságú capillaris basalis membrán egy minimal change nephropathiás esetből] a lamina densa helyenként a 100 nm vastagságot sem érte el. Ez a vékony basalis membrán több helyen megkettőződött, másutt mesangialis sejt-interpositio révén körülírtan megvastagodott. A podocytalábnyúlványok mintegy 20%-os kiterjedésben egybeolvadtak. Az észleleteket egybevetve VBMN-t kóriszteltünk. 1984. dec. 7-én enyhe nyomásos tünetek, valamint extramedullaris plasmocytoma gyanúja miatt a SZOTE I. Sebészeti Klinikáján strumectomiára került sor. A resectatumban solitaer plasmocytomát nem, csupán regressiv elváltozásokat mutató struma nodosa colloideit észleltünk.

A beteget a továbbiakban három havonként rendszeresen ellenőriztük. Magasvérnyomása, beszűkülten maradt vesefunkciója, ultrahangvizsgálattal észlelt kezdődő vesezsugorodása felkeltette annak a gyanúját, hogy a vesekárosodás esetleg nem a VBMN, hanem a BMG következménye. Ezért a vesebiopsiát 1988-ban megismételtük. A FM vizsgálatot amyloidosis irányában kongóvörös festéssel, a DIF vizsgálatot nem-amyloid-immunglobulin-



1. ábra: a) Ép glomerulus. Félvékony metszet, metilénkékbázikus fukszin, $\times 350$. b) Capillarisfal-egyenletlenség, kacsitömörülés részben elzáródott, periglomerularis fibrosist mutató glomerulusban. Félvékony metszet, metilénkékbázikus fukszin, $\times 350$. c) 100 nm-nél vékonyabb capillaris basalis membrán. l — capillaris lumen, p — podocyt. Elektronmikroszkopos felvétel, $\times 10\,000$. d) Összehasonlításul normális vastagságú capillaris basalis membrán minimal change nephropathiában. l — capillaris lumen, p — podocyt. Elektronmikroszkopos felvétel, $\times 10\,000$. Az „a), b), c)” ábrák a vékony-basalis-membrán-nephropathiás esetből származnak, a „d)” ábra egy control esetből származik

könnyűlánc-nephropathia irányában anti-humán kappa és lambda savókkal (Dakopatts) egészítettük ki. A FM-os anyagban a glomerulusok nagyobb része részben vagy egészen scleroticussá vált, periglomerularis fibrosis jött létre. A nyitott glomerulusokban enyhe mesangium kiszélesedés, az arteriolákban hyalinos arteriosclerosis, továbbá változó fokú tubulusatrophia és jelentős interstitialis fibrosis látszott. Több tubulusban fehérjecylinder helyezkedett el, óriássejtes gyulladási reakció nélkül. A kongóvörös festés amyloid-lerakódást, a DIF vizsgálat specifikus festődést nem igazolt. EM-an a glomerulus capillarisok diffuse elvékonyodott basalis membránjában a lamina densa vastagsága 30–100 nm között váltakozott. Ez a vékony alapi hártya számos helyen megkettőződött, másutt gyűrötté, vagy scleroticus tömörülést mutatott. A tömörülésben mesangialis sejt-interpositio is részt vett, a folyamat néhol segmentalis hegesedésbe ment át. A podocyták lábnyúlványai 20%-ban egybeolvadtak. Amyloid vagy egyéb fibrillumokat (19), a tubularis és glomerularis basalis membránok mentén könnyűlánc-paraprotein lerakódásra utaló finoman szemcsés denz anyag jelenlétét (21, 23) nem láttuk. A leírtak olyan VBMN-nak feleltek meg, mely glomerularis hegesedést és másodlagos nephron pusztulást okozott. A beteg 1988 óta intézetben nem feküdt, három havonta rendszeresen nephrologiai és haematologiai ellenőrzésre jár. Legutóbb 1992 februárjában észleltük, szubjektíve

panaszmentes. Leleteiből: RR: 150/90 Hgmm, súly: 124 mm/6, fvs: 8100, qualitativ vérkép: norm. Gyűjtött vizeletében naponta 2,5 g fehérjét ürít, a friss vizelet üledékében látóterenként 8–10 vvt és 1–3 fvs figyelhető meg. UN: 11,4, cholesterolin: 7,4 triglic.: 4,4 mmol/l, se creatinin: 202 μ mol/l. A serum immunelfo képe változatlan.

Megbeszélés

VBMN-ban a glomerulusok capillarissainak basalis membránja 129–253 nm vékony [felnőttkori normálérték: 287–368 nm (1, 3, 26)], a normális viszonyokhoz hasonlóan tartalmaz IV-es típusú kollagént, laminint és Goodpasture-antigént (1, 6, 13, 20). Az elvékonyodás főleg a lamina densa vékonyabbá válásából adódik (3). FM-an a glomerulusok épek, vagy enyhe mesangialis kiszélesedést mutatnak, az IF vizsgálat jellegzetesen negatív (3). Esetünk a családi anamnesis negativitása miatt a VBMN sporadikus formájának, éspedig annak glomerularis hegesedésében, következményes nephronpusztulásban és hypertóniás érelváltozásokban megnyilvánuló, vesekárosodást okozó formájának felelt meg. Utóbbi forma igen ritka. *Dische és mtsai* (5) 1985-ben 14, VBMN-s felnőtt betegről számoltak be. 3 betegükben vesefunkció-romlás alakult ki, egy betegüket dült veselégtelenség miatt haemodialysálni kellett. A betegek vesebiopsiájában esetünkkel egyezően FM-an ép, vagy enyhe mesangialis kiszélesedést, esetenként hegesedést mutató glomerulusok, tubulusatrophia, interstitialis fibrosis, arteriolosclerosis látszottak. EM-an elvékonyodott glomerularis capillaris basalis membránokat, a vékony basalis membrán megkettőződését, podocyta-lábnýulványfusiót észleltek. Magunk VBMN-s esetünkben mesangialis sejt-interpositio révén megvastagodott, sclerotizálódó glomerulusrészeket is megfigyeltünk. Esetünk és az irodalmi adatok (5, 13, 22) arra utalnak, hogy a benignus recurráló haematuria néha vesefunkció-romlást okoz, ezért a kórképre helyesebb a VBMN elnevezést használni. A VBMN magyarországi gyakoriságáról nincsenek pontos adatok. Angliában *Lang és mtsai* (18) haematuria miatt kivizsgált gyermekekben, Hollandiában *Tiebosch és mtsai* (26) haematuriás felnőttekben az IgA-nephropathiához hasonló gyakoriságot észleltek. Mivel az IgA-nephropathia nálunk is gyakori, a nyugat-európai adatok alapján azt gondoljuk, hogy a VBMN Magyarországon sem ritka, csak nem mindig kerül felismerésre, hiszen kizárólag EM vizsgálattal kórismézhető.

Persistáló haematuriával jár az IgA-nephropathia és az Alport-nephropathia is. Az IgA-nephropathia kórisméje a tisztán mesangialis elhelyezkedésű IgA és komplement 3-as faktor immunhisztokémiai kimutatásán alapszik. Esetünkben az IF lelet negativitása az IgA-nephropathiát kizárta. Az IF vizsgálat a glomerularis eredetű haematuriak elkülönítő kórisméjében nélkülözhetetlen, ugyanis az IgA-nephropathia FM-an ép glomerulusokkal járó, tehát VBMN-hoz hasonló formájában (25) a mesangialis IgA és komplement 3-as faktor kimutatása vezet a helyes diagnosis felállításához. Az Alport-szindrómás felnőtt esetűnőket haematuria, proteinuria, magasvérnyomás, beszűkült vesefunkció jellemzi. FM-an megvastagodott capillarisú, me-

sangialis sejtproliferációt mutató, változó fokban heges glomerulusok, interstitialis habos sejtek, tubulusatrophia, interstitialis fibrosis, EM-an pedig a betegségre igen jellegzetes eltérések, többek között a glomerularis capillaris basalis membrán lemezes felrostozódása létszanak (13). A VBMN familiaris formájában a vesebetegséghez esetenként neurogén halláscsökkenés társul (6). Ilyenkor az Alport-szindrómától való elkülönítés nehézségekbe ütközhet, ugyanis az Alport-nephropathia kezdeti stádiumában a glomerularis capillaris basalis membránok a VBMN-hoz hasonlóan vékonyak (3). Az elkülönítést a Goodpasture-antigén immunhisztokémiai kimutatása alapján lehet megtenni, ugyanis ez az antigén Alport-nephropathiában genetikai ok miatt hiányzik (6, 20). Esetünkben az Alport-nephropathiától való elkülönítés az EM leletek, a negatív családi anamnesis, a halláskárosodás hiány alapján nem okozott gondot, így a Goodpasture-antigén kimutatását nem kellett elvégezni. A kimutatás speciális immunsavót igényel.

A könnyűlanc-proteinuria háttérében plasmasejt dyscrasiák, valamint egészen kivételesen más betegségek, pl. pancreascarcinoma, medullaris pajzsmirigycarcinoma állnak (8). A BMG a 40–49 évesek korosztályában nem túl ritka, gyakorisága 0,1%. Az incidencia az 50 éven felüliek korosztályában tovább növekszik (19). Vesekárosodás BMG-ban általában nem észlelhető, de a gammopathiához néha veselégtelenséghez vezető proliferatív glomerulonephritis társul (4, 12, 14, 19). Betegünknel proliferatív glomerulonephritist nem észleltünk, így a BMG-val kapcsolatos veselaesio lehetősége elvethető volt. Lambda könnyűlanc-proteinuria és vesefunkció-romlás esetén renalis amyloidosisra kell gondolni, ugyanis a könnyűlanc-amyloidosis többnyire lambda könnyűlanc-paraprotein szöveti lerakódásával kapcsolatos (9). Hasonló esetűnőket okozhat azonban a nem-amyloid-immunglobulin-könnyűlanc-nephropathia is. Ez a betegség ugyan általában kappa könnyűlancot termelő plasmasejt dyscrasiákhoz társul (10, 11, 24), de lambda típusú monoclonalis gammopathiában is kialakul (17, 19). Betegünkben az amyloidosist az EM vizsgálat, a nem-amyloid-immunglobulin-nephropathiát pedig a könnyűlanc ellenes savókkal végzett IF vizsgálat zárta ki. A vesebiopsiákban látott szöveti kép a myelomás cylinder-nephropathia (8, 11) fennállásának lehetőségét elvetette. Az elkülönítő kórisme szempontjából a cylinder-nephropathia is szóba jött, ugyanis a cylinder-nephropathia a myeloma manifestálódását évekkal megelőzheti (7).

IRODALOM: 1. *Aarons, I., Smith, P. S., Davies, R. A. és mtsai*: Thin membrane nephropathy: a clinicopathological study. Clin. Nephrol., 1989, 32, 151–158. — 2. *Abe, S. Amagasaki, Y., Iyori, S.*: Thin basement membrane syndrome in adults. J. Clin. Pathol., 1987, 40, 318–322. — 3. *Basta-Jovanovic, G., Venkatesh, V. S., Gil, J. és mtsai*: Morphometric analysis of glomerular basement membranes (GBM) in thin basement membrane disease (TBMD). Clin. Nephrol., 1990, 33, 110–114. — 4. *Cadnapaphornchai, P., Sillix, D.*: Recurrence of monoclonal gammopathy-related glomerulonephritis in renal allograft. Clin. Nephrol., 1989, 31, 156–160. — 5. *Dische, F. E., Weston, M. J., Parsons, V.*: Abnormally thin glomerular basement membranes associated with hematuria, proteinuria or renal failure in adults. Am. J.

Nephrol, 1985, 5, 103–109. — 6. Dische, F. E., Brooke, I. P., Cashman, S. J. és mtsai: Reactivity of monoclonal antibody P1 with glomerular basement membrane in thin-membrane nephropathy. Nephrol. Dial. Transplant., 1989, 4, 611–617. — 7. Fang, L. S. T.: Light-chain nephropathy. Kidney Int., 1985, 27, 582–592. — 8. Hill, G. S., Morel-Maroger, L., Méry, J. P. és mtsai: Renal lesions in multiple myeloma: their relationship to associated protein abnormalities. Am. J. Kidney Dis., 1983, 2, 423–438. — 9. Isobe, T., Osserman, E. F.: Patterns of amyloidosis and their association with plasma-cell dyscrasia, monoclonal immunoglobulins and Bence-Jones proteins. N. Engl. J. Med., 1974, 290, 473–477. — 10. Iványi B.: A myeloma multiplex veseszővődményei. Orv. Hetil., 1989, 130, 2041–2044. — 11. Iványi B., Nagy J., Varga Gy. és mtsai: A könnyűlánc-nephropathia. Orv. Hetil., 1990, 131, 1791–1795. — 12. Kaplan, N. G., Kaplan, K. C.: Monoclonal gammopathy, glomerulonephritis, and the nephrotic syndrome. Arch. Intern. Med., 1970, 125, 696–700. — 13. Kashtan, C. E., Tochimaru, H., Sibley, R. K. és mtsai: Hereditary nephritis (Alport's syndrome) and benign recurrent hematuria (thin glomerular basement membrane disease). In: Renal pathology with clinical and functional correlations. vol. II. Szerk.: Tisher, C. C., Brenner, B. M., J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1989, 1164–1190. old. — 14. Kebler, R., Kithier, K., McDonald, F. D. és mtsai: Rapidly progressive glomerulonephritis and monoclonal gammopathy. Am. J. Med., 1985, 78, 133–138. — 15. Kleppel, M. M., Kashtan, C., Santi, P. A. és mtsai: Distribution of familial nephritis antigen in normal tissue and renal basement membranes of patients with homozygous and heterozygous Alport familial nephritis. Lab. Invest., 1989, 61, 278–289. — 16. Kyle, R. A.: Monoclonal gammopathies of undetermined significance. Am. J. Med., 1978, 64, 814–826. — 17. Kyle, R. A.:

Monoclonal gammopathies and the kidney. Ann. Rev. Med., 1989, 40, 53–60. — 18. Lang, S., Stevenson, B., Risdon, R. A.: Thin basement membrane nephropathy as a cause of recurrent haematuria in childhood. Histopath., 1990, 16, 331–337. — 19. MacKay, K., (Morel-Maroger) Striker, L., D'Amico, G. és mtsai: Dysproteinemias and paraproteinemias. In: Renal pathology with clinical and functional correlations. vol. II. Szerk.: Tisher, C. C., Brenner, B. M. J. B. Lippincott, Co., Philadelphia, 1989, 1363–1416. old. — 20. Pettersson, E. Törnroth, T., Wieslander, J.: Abnormally thin glomerular basement membrane and the Goodpasture epitope. Clin. Nephrol., 1990, 33, 105–109. — 21. Picken, M. M., Frangione, B., Barlogie, B. és mtsai: Light chain deposition disease derived from the kappa₁ light chain subgroup. Am. J. Pathol., 1989, 134, 749–754. — 22. Piel, C. F., Biava, C. G., Goodman, J. R.: Glomerular basement membrane attenuation in familial nephritis and „benign” hematuria. J. Pediatr., 1982, 101, 358–365. — 23. Pirani, C. L., Silva, F., D'Agati, V. és mtsai: Renal lesions in plasma cell dyscrasias: ultrastructural observations. Am. J. Kidney Dis., 1987, 10, 208–221. — 24. Randall, R. E., Williamson, W. C., Mullinax, F. és mtsai: Manifestations of systemic light chain deposition. Am. J. Med., 1976, 60, 293–299. — 25. Silva, F. G., Hogg, R. J.: IgA nephropathy. In: Renal pathology with clinical and functional correlations. vol. II. Szerk.: Tisher, C. C., Brenner, B. M. J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1989, 434–493. old. — 26. Tiebosch, A. T. M. G., Frederik, P. M., van Breda Vriesman, P. J. C. és mtsai: Thin-basement-membrane nephropathy in adults with persistent hematuria. N. Engl. J. Med., 1989, 320, 14–18.

(Iványi Béla dr., Szeged, Pf. 401, 6701)

Carry-I

Az apró különbség



A világ legkisebb AT számítógépe

már 386-os és 486-os processzorral is
méret: 240 mm x 185 mm x 45 mm

1075 Budapest, Madách Imre út 2.-6.
Tel.: 122-8208. 122-4027. Fax.: 122-4027
Bemutatóterem: 1074 Budapest, Szövetség u. 18.
Tel.: 122-4687. 141-5656. Fax.: 141-5656.

Komplett számítógépesített laboratórium
tervezése, kivitelezése, telepítése.
Orvostechnikai eszközök szállítása.

minor

Europa International

IMMUNO



Endobulin®

Funkcionálisan intakt
immunglobulin G
intravénás alkalmazásra,
aggregátmentes,
vírusinaktivált

Több éves klinikai
tapasztalat bizonyítja:

**Megbízható hatását
Kiváló tolerálhatóságát
Vírus kórokozók
átvitelének
kizártságát**

ÖSSZETÉTEL: Az Endobulin a funkcionálisan intakt, aggregátmentes immunglobulin G vírusinaktivált, liofilizált koncentrátuma. A liofilizátum feloldása (a mellécsomagolt Agua dest. pro. inj.-ben) után az oldat összetétele a következő:

Funkcionálisan intakt IgG.	50 mg/ml.
Glukóz	50 mg/ml.
Nátriumklorid	3 mg/ml.

Az Endobulin konzerválószerrel nem tartalmaz.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Primer és szekunder antitest hiányállapotok szubsztitúciós terápiája. Meghatározott autoimmun és immunkomplex megbetegedések kezelése. Vírusos megbetegedések gyors profilaxisa, valamint súlyos akut és krónikus vírusos ill. bakteriális fertőzések kezelése. Az

utóbbi esetben antibiotikumokkal kombinálható.

Az Endobulin adása olyan betegeknek is indikált, akiknél az i. m. polivalens gammaglobulin javallt lenne, de egy nagyobb vérzékenységi hajlam miatt nem ajánlatos az alkalmazása. Olyan betegeknek, akiknél egyéb i. v. alkalmazott immunglobulin készítmények adása súlyos mellékhatásokat okoz, az Endobulin, jó tolerálhatósága miatt alkalmazható. **ELLENJAVALLAT, HOZÁSZOKÁS:** Nem ismert. **MELLÉKHATÁSOK:** A donorok, a plazma és a gyártási eljárás gondos ellenőrzése kizárja hepatitis vírus és HIV átvitelét az Endobulin alkalmazása révén.

Részletes tájékoztatást a csomagolásban lévő használati utasítás ad.

IMMUNO AG

A-1220 Wien, Industriestrasse 67
Telefon: (222) 23 00-0
Telefax: (222) 23 00 52-59

Magyarországi Képviselő:
Fürst Sándor út. 4, I. em. 2
1136 Budapest XIII.
Telefon: 131-20 16
Telefax: 111-28 03



IMMUNO



A kullancs- encephalitis profilaxisa

FSME-IMMUN[®] Inject

Aktív immunizálás

FSME-Bulin[®]

Passzív immunizálás

FSME-IMMUN[®] Inject:
ÖSSZETÉTEL: 1 egyszer használatos fecskendőben (0,5 ml szuszpenzió): legalább 0,5 µg FSME-vírusantigén, 1,0 mg Alumíniumhidroxid (adjuvans), 0,5 mg Humánalbumin (stabilizátor), 0,05 mg Thiomersal (tartósítószer). ALKALMAZÁSI TERÜLET: Az Európa különböző területein endémiás, kullancsok által terjesztett kullancsencephalitis elleni aktív immunizálás. ADAGOLÁS: Alapimmunizálás háromszor 1 dózissal a következő időközökben: 2. részoltás 1–3 hónappal az 1. részoltás után, 3. részoltás 9–12 hónappal a 2. részoltás után. Ha az alapimmunizálás meleg évszakban kezdődik, úgy

ajánlatos a 2. részoltást 14 nappal az 1. részoltás után végrehajtani, ezzel egy gyorsabban kialakuló védő antitesttiter érhető el. Az alapimmunizálás (3 részoltás) befejezése után a védőhatás az eddigi tapasztalatok alapján legalább 3 évig tart. EMLÉKEZTETŐ OLTÁS: 1 dózis FSME-IMMUN Inject 3 évvel a 3. részoltás után illetőleg az utolsó emlékeztető oltás után. ELLENJAVALLATOK: Akut lázas infekciók, az oltóanyag komponenseivel szemben fennálló allergia (relatív ellenjavallat).

Részletes információval a csomagolásban lévő használati utasítás szolgál.

FSME-Bulin[®]:
ÖSSZETÉTEL: Fehérje 100–170 mg/ml (legalább 90% gammaglobulin), Glicin 22,5 mg/ml, NaCl 3,0 mg/ml, Thiomersal 0,1 mg/ml. FSME ellenanyag (HA) tartalom legalább 1:640 titer. JAVALLAT: Az FSME-Bulin a kullancsok által terjesztett kullancsencephalitis praee- és postexpozíciós azonnali profilaxisára szolgál. ELLENJAVALLAT: Olyan egyéneknek, akikben homológ immunglobulinokkal szembeni

túlérzékenység várható, a készítmény adása kontra-indikált. ADAGOLÁS: 1. Praeexpozíció esetén: 0,05 ml/testsúly kg. A védelem 24 órán belül fennáll és kb. 4 hétig tart. 2. Postexpozíciós esetben: a.) Ha a kullancscsípés 48 órán belül történt 0,1 ml/testsúly kg. b.) Ha a kullancscsípés 48–96 órán belül történt 0,2 ml/testsúly kg. i.m. Részletes információval a dobozban lévő használati utasítás szolgál.

IMMUNO AG

A-1220 Wien, Industriestrasse 67
Telefon: (222) 23 00-0
Telefax: (222) 23 00 52-59

Magyarországi Képviselet:

Fürst Sándor út. 4, I. em. 2
1136 Budapest XIII.
Telefon: 131-20 16
Telefax: 111-28 03



HEVIZOS[®]

**Chemotherapeuticum
antiviralis**

kenőcs



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

Hatóanyag

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

Javallatok

Herpes simplex recidivans, herpes zoster és herpes progenernalis recidivans helyi kezelése.

Ellenjavallat

Jelenleg nem ismeretes.

Alkalmazás

A beteg bőrfelületet naponta 3-5 alkalommal kell vékonyan bekenni. A kezelési idő tartama 3-5 nap, amely kivételesen

az eset súlyosságától függően 6-12 napra emelhető.

Mellékhatás

Enyhe égő, átmeneti csípős érzés.

Megjegyzés

✚ Csak vényre — egyszeri alkalommal — adható ki.

Csomagolás

1 tubus (10 g)

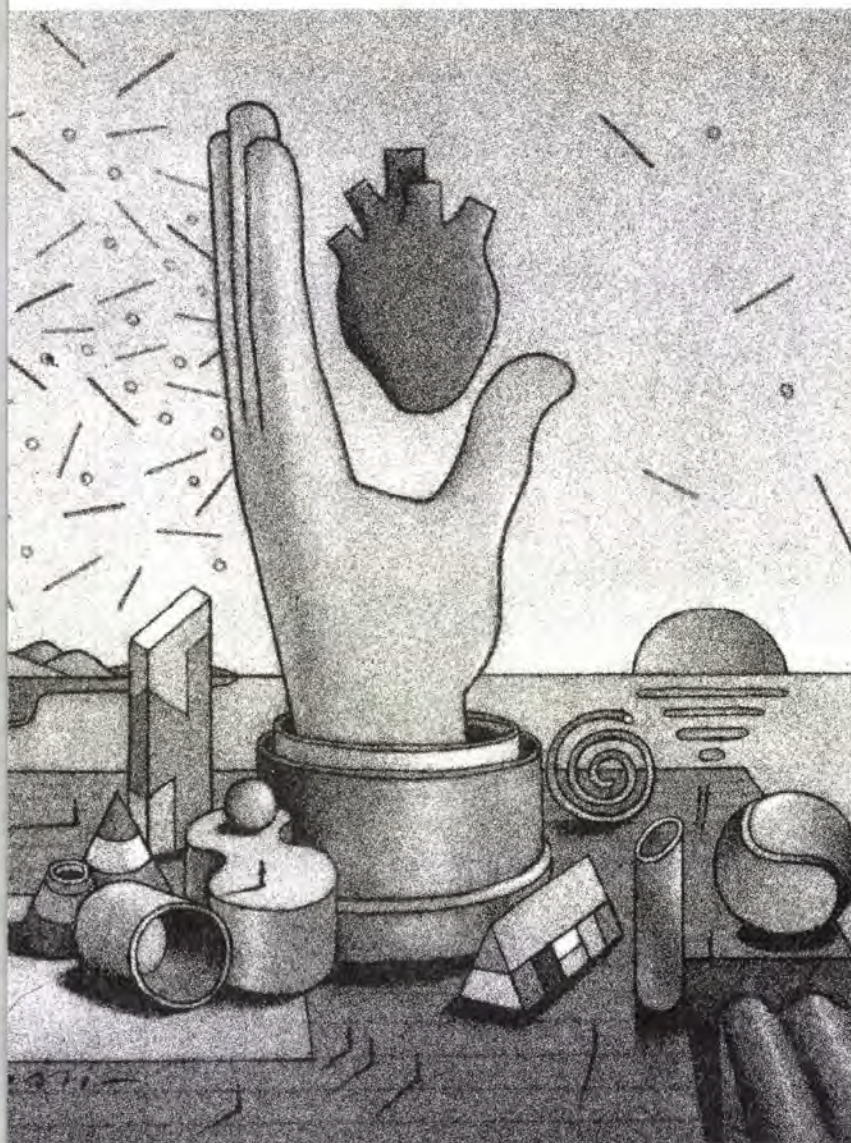
Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

VÉRNYOMÁSCSÖKKENTÉS

Napi egyszeri adagolással



ACE gátló
antihypertensivum



Hatóanyag: Cilazapril. **Javallat:** Esszenciális és renális hypertonia.

Adagolás: Esszenciális hypertóniában 2.5 – 5.0 mg napi egy alkalommal. A terápia első két napján az ajánlott adag a 2.5 mg-os tablettá fele (=1.25 mg) napi egy alkalommal. Az adagolást egyénileg kell beállítani. Amennyiben 5.0 mg Inhibace napi egyszeri alkalmazásával nem érhető el a kívánt terápiás hatás, az Inhibace kálium-űrítő diuretikum alacsony dóziséval kombinálható. Renális hypertóniában a kezelést 0.5 mg vagy ennél alacsonyabb adaggal kell kezdeni. A fenntartó adagot egyénileg kell beállítani. A különleges adagolási útmutatásokat az alkalmazási előirat tartalmazza. **Ellenjavallatok:** Cilazaprilra vagy más ACE gátlóra való túlérzékenység, ascites, terhesség, szoptatás. Tapasztalatok hiányában az Inhibace alkalmazása gyermekkorban ellenjavallt.

Figyelmeztetés: Alkalmanként szimptómás hypotonia figyelhető meg. Májcirrhózisban, veseelégtelenségben, valamint műtétek, anesztézia során óvatosan kell alkalmazni. **Mellékhatások:** Hasonlók más ACE gátló készítmények mellékhatásaihoz (angioneurotikus ödéma).

Csomagolás: 0.5 mg (30x), 1.0 mg (30x), 2.5 mg (28x) és 5.0 mg (28x) osztott tabletták.

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előirat tartalmazza.

INHIBACE®

cilazapril

- ☐ Megbízhatóan 24 órás hatástartam
- ☐ Kiváló tolerálhatóság
- ☐ Fokozatosan kialakuló hatás
- ☐ Többféle kiszerezésben kapható!
- ☐ Esszenciális hypertóniában 2.5—5.0 mg kiszerezés javasolt.
- ☐ Renális hypertóniában 0.5—1.0 mg-os kiszerezés ajánlott.

Roche

F. Hoffmann — La Roche Ltd.
Kereskedelmi Képviselő, Budapest
1088 Rákóczi út 1—3.

Gyógyszerkutatás emberen: új kihívás a bioetikában

Vizi E. Szilveszter dr.

Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás Etikai Bizottság, MTA Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézet és Orvostovábbképző Egyetem Preklinikai Farmakológiai Tanszék, Budapest

„A bioetika: az orvostudomány és biológia haladásából fakadó etikai kérdésekkel foglalkozó tudomány.”

(The Oxford English Dictionary, II. kiadás, 1989)

Az Egyesült Államokban 1990-ben a tudomány fejlődésével foglalkozó társaság (Association for the Advancement of Science) egy kérdőívet adott ki tagjainak, hogy felmérje, mit gondolnak, mi a legfontosabb prioritás korunk tudósai számára. A Társaság tagjai a sok lehetséges választás közül az etikai elvek fontosságát emelték ki, mint a kutatás legfontosabb követelményét (Leopold, 1992). Ez a szavazás is világosan mutatja, hogy a tudománnyal foglalkozók közössége igényli az etikai normákat, a kutatás szabadságának etikai korlátait. Kétségtelen, hogy a tudomány és a tudományos kutatás eredményei, termékei képesek megbontani a környezet csodálatos egységét, harmóniáját, képesek tönkretenni az életet Földünkön, de képesek feltárni a világ titkait, képesek az emberi életet értelemmel kitölteni. Az átlagember azonban nehezen birkózik meg a fizika, a technika, az orvosi biológia legújabb eredményeivel. Nem ismeri fel, hogy az eredmények az ő kényelmét, egészségét, a jövőjét szolgálják. Számukra az atomfizika legújabb eredményeit Hiroshima és Csernobil emléke kérdőjelezi meg, egy új gyógyszer forgalomba hozatala önkéntelenül a Contergan-botrányt, a torzan született gyermekek ezreit juttatja eszébe. Ez is egyik oka a nagyközönség nagyon erős tudományellenes érzésének. Ez érthető: a tudós és tudománya nagy lehetőségekkel rendelkezik, szolgálhatja az emberiséget, beleértve természetes környezetét is, de az is igaz, hogy vissza is élhet vele. A tudós felelőssége tehát óriási. Amíg azonban a fizikus, a vegyész, a növény-nemesítő vagy a genetikus csak akkor kerül szembe az egyébként mindenre érvényes etikai normákkal, amikor munkája eredménye az emberek egymás közti, valamint az ember és természetes környezete kapcsolatát vagy a természet harmóniáját bontja meg, addig az orvos, de különösen az orvoskutató szinte tevékenysége minden pillanatában az ember testi és lelki integritásába avatkozik be. A biológia, biokémia és az orvostudomány exponenciális fejlődése eredményeképpen olyan felfedezések születtek, amelyek szinte felülmúlják képzelőerőnket és nehezen egyeztethetők össze jelenlegi érték- és jogrendünkkel. Ezeknek az új orvosi biológiai eredményeknek az alkalmazása és azok az egyénre és társadalomra kifejtett hatása létrehozott egy új tudományt — az emberi jogokat szorosan érintő bioetikát.

A Szovjetunióban az elmúlt hetven évben és néhány kelet-európai országban az 50-es, 60-as években az or-

vosetika legegyszerűbb szabályait is figyelmen kívül hagyták akkor, amikor a politikai rabokat gyógyszeres kezelésben részesítették, hogy megtörjék akaratukat, elvegyék saját igazukba vetett hitüket, hogy beismerő vallomást csikarjanak ki. Az is ismert, hogy azokat, akik főleg intellektuális eszközökkel a rendszer ellen léptek fel, néhány orvos segítségével nemegyszer pszichiátriai betegnek nyilvánították. Ezzel a hatalom tulajdonképpen a fizikai megsemmisítő tevékenységet pszichés pusztítással, hiteltelenné tételével akarta pótolni. Az elmúlt években azonban a világ ezekben az országokban is megváltozott. A Szovjetunió és korábbi szövetségesei, a kelet-európai országok gyors változásokon mentek, mennek keresztül. Ezekben az országokban a központi irányítású gazdálkodást felváltja a piacgazdálkodás, a diktatúrát a demokrácia. Az orvosi etika új szakasza indult el ezekben az országokban. A korábbi Szovjetunióban és Kelet-Európában az ún. „szocializmus”-nak volt gazdasági, társadalmi és politikai ideológiája, de sohasem volt igazi etikai háttere.

Minden korban az etika az orvosi gyakorlat alapvető részét képezte. A hippokratészi eskü kívül nem voltak írott szabályai. Exponenciális fejlődése, mint az orvostudomány és orvosi kutatás, a jog, a filozófia, a társadalomtudomány és a vallás érdeklődésének tárgya, az 1947-ben kezdődött időszak jelensége. A háborús bűnösök nürnbergi perében 1947-ben a bíróság bűnösnek találta azokat a náci orvosokat, akik szadista genetikai kísérleteket, gyógyszerkutatást végeztek a koncentrációs táborok rabjaiban, azok szabad akaratlan alapuló beleegyezése nélkül. Ez az emberiség elleni bűntett volt és az orvosi etika ilyen jellegű legsúlyosabb megsértése indította el tulajdonképpen az orvos és betegek, az orvos és kísérleti alanya közötti kapcsolat törvényi szabályozását.

Az orvostudomány, az orvos viszonylag kiszolgáltatott egyéneket használ fel kutatásra. Ezért különösen fontos a kérdés országos, sőt az Európa Tanács (Doc 6449, June 3, 1991) véleménye szerint nemzetközi szabályozása (törvény, kódex, irányelv), a tudományos kísérleti alanyok pszichológiai és szomatikus integritásának és személyi jogainak védelme. Ebből a célból hívták össze Lalumière asszony, az Európa Tanács főtitkára kezdeményezésére és elnöksége mellett 1992 márciusában, Madridban az európai orvoseti- kai bizottságok elnökeit. Az orvostudományi kutatás nagy

léptekkel halad előre. Az eddigi tér- és időbeli választóvonal az alapkutatás, az orvosi, sőt az ipari és kereskedelmi alkalmazás között egyre jobban eltűnik, lecsökken. Lerövidült az idő a genetikai és biokémiai felfedezések és a felfedezéseknek a diagnosztika, terápia és más területeken való orvosi alkalmazása között.

Magyarországon a Tudományos és Kutatás Etikai Bizottság (TUKEOB) tagjait a népjóléti miniszter nevezi ki. A bizottság tagjainak nagyon különböző a tudományos és kulturális hátterük, közöttük van klinikai farmakológus, klinikai és kutató orvos, katolikus pap, rabbi, ügyvéd, bíró, parlamenti képviselő, adófizető állampolgár, magatartástudománnyal foglalkozó szakember stb. Az ETT 1991-ben létrehozott egy albizottságot is a gyógyszerkutatási protokollok etikai-szakmai elbírálására.

Magyarországon az emberen végzett orvosi biológiai kutatásokat a Helsinki Nyilatkozat alapelveit is figyelembe vevő 1987-ben kiadott EüM-rendelet szabályozza. (Ehhez az EüM-rendelethez az 1972. Eü Tv., az Alkotmány és az 1990-ben kiadott SZEM-rendeletek is hozzátartoznak). A 11/1987. (VII. 19.) EüM-rendelet szabályozza az igazgatási (engedélyezés, személyi, tárgyi feltételek) és a polgári jogi (hozzájárulás, személyiségi jogok védelme) feltételeket.

Az orvosi biológiai kutatások engedélyezésére (kivéve a gyógyszerkutatás) (etikai, szakmai vélemény megadása) 11 kutatásetikai albizottság jogosult. Ezek részben regionális, részben intézeti bizottságok, melyek felső szerve az Egészségügyi Tudományos és Kutatásetikai Bizottság, amely az Egészségügyi Tudományos Tanács tanácsadó testülete.

A rendelkezésre álló jogszabályok meghatározzák a következőket:

- milyen célból végezhető orvosi biológiai kísérletek emberen,
- a kísérlet alanyainak körét,
- tájékoztatás, felvilágosítás, hozzájárulás,
- szükség esetén a kártalanítás lehetséges módjait,
- a tudományos bizottságok működési rendjét.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) és az Egészségügyi Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (TUKEOB) a szakmai-etikai irányelvek meghatározásában 1990 óta figyelembe veszi (és mint nemzetközi normatívához igyekszik igazodni) az Európa Tanács Miniszterek Bizottsága 433. találkozóján, 1990. február 6-án elfogadott dokumentumban lefektetett alapelveket (népjóléti miniszter ajánlása, Népjóléti Közlöny 1991/15).

Ma már mindenki egyetért azzal, és ez érvényes Magyarországon is, hogy a biomedicinális kutatásba bevont személy rendelkezzen:

1. cselekvőképességgel,
2. önkéntesség minden isméréssel,
3. a szükséges információkkal és
4. minden olyan feltétellel, hogy a kapott információt meg is értse.

A múltban a beteg jólléte érdekében „nil nocere” volt az orvos működésének alapelve. Ez az elv testesült meg tulajdonképpen a hippokratészi esküben és az azt követő minden orvosi kódexben. A világ és az orvostudomány azonban nagyot változott és fejlődött, ezért Hippokratész

régi mondása „nil nocere”, ne árts, pozitív irányba változott, tégy jót.

Amíg a tudomány nagyrészt kultúrák feletti, független a politikai rendszerektől, az etika nem. Ezért az emberen végzett kísérletek tudományos megítélésének egyformának kell lennie, etikai megítélése viszont eltérő lehet. Míg az európai és észak-amerikai kultúrában az egyén autonómiája általánosan elfogadott, a kínai kultúrában vagy Afrikában a család és a közösség elsődlegessége kap hangsúlyt. Ez azt jelenti, hogy a tájékozott megértés és önkéntes beleegyezés (informed consent) megközelítése eltérő lehet ezekben a kultúrákban (Porter, 1991). Európában nem elképzelhető, hogy egy egyén helyett a családja döntsön, mint Afrikában. A XXV. CIOMS Konferencián, amelyet az „Etika és kutatás emberen: nemzetközi irányelvek” címmel tartottak meg Genfben, 1992. február 5–7. között, a résztvevők általánosan egyetértettek abban, hogy a fejlett országokban kezdeményezett és a fejlődő országokban lefolytatott vizsgálatokat speciálisnak kell tekinteni. Ezekben az esetekben az az egyedüli elfogadható alapelve, hogy etikailag a tervezett vizsgálat mind a két országban elfogadható legyen. Ha a projekt nem elfogadható a szponzoráló országban, akkor a kísérleteket a vendéglátó országban sem szabad elvégezni.

A humán alanyok bevonásával folyó gyógyszerkutatás etikai megítélésénél elsősorban az egyén érdekeit kell figyelembe venni. Az alany érdekének védelme mellett az orvostudomány ismeretanyagának növelése mind az egyén, mind a társadalom egésze számára hasznos.

A Helsinki Nyilatkozat — és annak 1975-ös tokiói átdolgozása — kimondja az emberen végzett kísérletezésről, hogy

„A humán alany bevonásával folyó minden kísérleti eljárás megtervezését és végrehajtását világosan meg kell határozni egy kísérleti jegyzőkönyvben, amelyet egy speciálisan kijelölt, független bizottságnak kell mérlegelni, észrevételezni és véleményezni” (Helsinki, I.2.). Fontos elv még, hogy a döntést hozó bizottság tagja nem lehet közvetlenül érdekelt a vizsgálatokban. A protokoll tudományos színvonalát, a vizsgálatokat végzők kompetenciáját, a vizsgálatot végző intézmény felkészültségét és az etikai elveket nem lehet külön áttekinteni, nem lehet egymástól függetlenül megítélni.

Melyek a legfontosabb feltételek, hogy egy emberen végzett kísérlet elfogadható legyen:

a) Legyen egy megfelelő jogosítványokkal rendelkező bizottság által elfogadott protokoll. Az etikai bizottság különböző végzettségű, hozzáértő tagokból kell hogy álljon. A tagok ne csupán széles körű, tudományos és orvosi kompetenciával rendelkezzenek, legyenek benne olyanok is, akik olyan ismeretekkel is rendelkeznek, amelyek szükségesek a döntéshozatalnál, mint például az intézményi szabályok, vonatkozó joggyakorlat, vallás, a szakmai gyakorlat standardja és a társadalmi elfogadhatóság kérdései.

b) Legyen tájékozott beleegyezés (informed consent)

Az emberi alany tájékozott beleegyezése abszolút mértékben alapvető fontosságú. Ha korlátozottan cselekvőképességű személyről van szó (14–18 év közötti fiatal), az érintett személynek és törvényes képviselőjének együttes hozzájá-

rulása szükséges. Cselekvőképtelen személy esetén — jogi szempontból a 14 éven aluli gyermek, valamint az a 14 éven felüli személy, akit a bíróság cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett például betegség miatt — a törvényes képviselő hozzájárulása szükséges. Utóbbiakat csak a betegségükkel, ill. állapotukkal összefüggő, másutt meghatározott feltételeknek is megfelelő beavatkozásba lehet bevonni. Az alanyok nem függhetnek a kutatótól, vagy nem lehetnek annak alárendeltjei. Alapvető fontosságú, hogy a tájékoztatás részletes legyen és érthető, terjedjen ki a várható esetleges mellékhatásokra is.

c) A kutatási tervnek összhangban kell lenni az általánosan elfogadott tudományos elvekkel.

d) A kísérleteket tudományosan képzett, felkészült személyeknek kell elvégezni.

e) Mivel minden orvosi beavatkozásnak van kockázata, legyen kedvező egyensúly az esetleges károk és a várható előnyök között. A kockázatok és haszon szakmai és etikai felmérése alapvető fontosságú. Az alapvető orvosi kutatásban, hogy az orvosi kutatásnak (gyógyszerkutatás) magát alávető személy érdeke és jólléte mindig előzze meg a tudomány és a társadalom érdekeit.

f) A kísérletben részt vevő személyeket tudományosan megindokolt elvek alapján válasszák ki.

Eddig számos dokumentum jelent meg, amely irányelveket adott az embereken végzett kísérlet szabályozásához:

1. Az 1947-es Nürnbergi Kódex. E kódex megalkotóit jogosan befolyásolta az a tény, hogy a II. világháború alatt a náci orvosok kegyetlen kísérleteket végeztek gyermekeken és felnőtteken azok önkéntes beleegyezése nélkül, ezért az orvosi kísérletezés előfeltételévé tette a kísérletben részt vevők beleegyezését, ha azok szabad cselekvőképességük birtokában vannak. Ez a szabályozás teljesen kizárta a kísérletezés jogát gyermekeken és elmebetegeken stb., akiknek a beleegyezését a Helsinki Deklaráció szerint jogi képviselőjük 1964 óta megadhatja.

2. Az Orvosok Világszövetsége 1964-ben fogadta el a Helsinki Deklarációt. Ez az első dokumentum, amely különbséget tesz

— terápiás beavatkozás, azaz az olyan gyógyszeres beavatkozás, amely kizárólagosan a beteg érdekében történik és a gyógyszerkutatás számára is fontos és

— nem terápiás emberen történő kísérlet között. Ez olyan beavatkozás, amely a jövő betege (társadalma) vagy más beteg ember szempontjából fontos és hasznos.

Sajnos a terápiás kutatást és az elfogadott gyógyszeres terápiát, amelyet a beteg egészségügyi ellátás keretében kap, összekeverik. A kutatás egyáltalán nem terápia. Az orvostudományi „kutatás” kifejezés olyan tevékenységet jelöl, amely egy hipotézis vizsgálatára hivatott, és az általános orvosi ismeretek fejlesztése a cél (The Belmont Report, 1979).

3. A Helsinki Nyilatkozatot Tokióban 1975-ben átdolgozták (Helsinki II.).

4. A Belmont Jelentés (Etikai elvek és irányelvek a kutatási humán alanyok védelméről, Washington D. C. Egészségügyi, Oktatási és Népjóléti Minisztérium, 1979) 1979-ben került nyilvánosságra az Egyesült Államokban.

5. A „Jó Klinikai Gyakorlat” (Good Clinical Practice, GCP) 1981-ben lett törvény az Egyesült Államokban. Ez tulajdonképpen az US Food and Drug Administration (FDA, Élelmiszer és Gyógyszer Ellenőrző Hivatal) előírása a klinikai kutatások szabályozása céljából.

6. 1982-ben jelent meg a Nemzetközi Irányelvek a humán alanyok bevonásával történő biomedicinális kutatásról, amely a Nemzetközi Orvostudományi Szervezetek Tanácsa javaslata (CIOMS).

7. A Helsinki Nyilatkozat egy átdolgozott változatát fogadták el 1983-ban Velencében, (Helsinki III.).

8. Az Európa Tanács 1985-ben egy bioetikai *ad hoc* szakértői bizottságot (CAHBI) állított fel. E bizottság legfőbb célja kitölteni azt a politikai és jogi hézagot, amely az orvostudomány exponenciális fejlődéséből és az ebből származó problémák törvényi szintű rendezésének időbeni elmaradásából fakadt. Az Európa Tanács bioetikával foglalkozó tevékenysége a nemzetközi szervezetek homlokterében van.

9. Az Európa Tanács 1986-ban elfogadta az 1046. ajánlását a „Reprodukciós technikákról”. Ebben a dokumentumban a Miniszterek Tanácsa felhívja a tanács tagállamai kormányainak figyelmét, hogy „tiltsák meg *in vitro* megtermékenyítéssel kutatási célokra humán embriók létrehozását, és tiltsanak meg mindent, ami ezeknek a technikáknak a nemkívánatos használatát vagy deviációját jelenti” így:

— klónozással vagy bármilyen más módszerrel azonos emberi lények létrehozását, akár faji szelektálási célokra, akár nem,

— humán embrió beültetését bármely állat méhébe, vagy fordítva,

— humán gaméták fúzióját bármely állatéval (szigorú szabályozással a hörcsög teszt a női termékenység vizsgálatára kivételnek tekinthető),

— különböző személyek spermájával embriók létrehozását,

— embriók fúzióját vagy bármilyen más beavatkozást, amely kimérákat hozhat létre,

— ectogenezist, vagy női méhen kívül, azaz laboratóriumi körülmények között humán egyedek létrehozását,

— gyermekek létrehozását azonos nemű emberekből,

— nem terápiás célokból genetikai manipulációval, a nem kiválasztását,

— egypetéjű ikrek létrehozását,

— kutatást életképes emberi embriókon,

— kísérletezést élő humán embriókon, akár életképesek, akár nem,

— az embriók *in vitro* fenntartását a megtermékenyítést követő 14. nap után (levonva a fagyasztáshoz szükséges bármennyi időt).

10. Az EGK Konferencia 1987-ben elfogadta az „Európai orvosi etika elveit”. Ezek az elvek elismerik az emberen való kísérletezés fontosságát, mint az orvostudomány fejlődéséhez elengedhetetlen eszközt (18. paragrafus: „A haladás az orvostudomány területén kutatásokon alapszik, amely kísérletezés nélkül nem valósítható meg...”.) Továbbá, azt is kijelenti: 19. paragrafus: „A betegeken elvégzendő kísérletek részletes leírását először továbbítani kell

egy a kutatócsoporttól független etikai bizottságnak, vélemény- és tanácsadási célokból". 20. paragrafus: „A szabad és tájékozott beleegyezését minden személynek, aki kutatási projektben vesz részt, meg kell szerezni, miután először megfelelően tájékoztatták a célokról, módszerekről és a várható előnyökről, valamint a kockázatokról és potenciális gondokról, valamint arról a jogáról, hogy nem vesz részt a kísérletben (vagy más kutatásban) és hogy bármikor visszaléphet a részvételtől.”

11. 1987-ben Ottawában a Gazdasági Csúcson alakították ki a humán kutatási alanyok ellátására szolgáló standardokat. Érdekes megjegyezni, hogy az értekezleten részt vevő nemzetek képviselői nem tudtak konszenzust elérni a humán embriók kutatására vonatkozóan.

12. 1987-ben a Szentszék Dogmatikai Kongregációja ajánlásokat adott ki az „Emberi élet tiszteletéről, annak kezdetéről és a nemzés méltóságáról” (L'Osservatore Romano 1987. március 16. 1–7. old.). Ez az ajánlás a humán embrió és magzaton végzett kutatásokról szól, és kifejezi az aggodalmat a magzatokon és magzati szöveteken történő kísérletezés miatt. Megállapítja, hogy „Az orvosi kutatásnak tartózkodnia kell a beavatkozásoktól élő embriókon, hacsak nincs erkölcsi bizonyosság, hogy az nem károsítja az életet vagy a meg nem született gyermek és az anya integritását... Ha az embriók élnek, akár életképesek, akár nem, tisztelni kell őket mint bármilyen más emberi lényt; az embriókon történő, nem közvetlenül terápiás célú kísérletezés tilos”.

13. Hongkongban 1989-ben a Helsinki Nyilatkozatot ismét átdolgozták (Helsinki IV.)

14. Az Északi Orvostudományi Tanács, ahova Dánia, Finnország, Izland, Norvégia és Svédország tartozik, a humán kísérletezés irányelveit elfogadta és kiadta.

15. 1990-ben az Európa Tanács ajánlásokat fogadott el az „Emberek végzett orvosi kutatásról” (R/90/3. sz. ajánlás). Ezt az ajánlást 1991-ben megvitatta és elfogadta az ETT Tudományos és Etikai Bizottsága, és a népjóléti miniszter gyakorlati alkalmazásra ajánlotta, és közzétette a Népjóléti Közlönyben (Népjóléti Közlöny (1991/15. szám)). Ebben a dokumentumban 16 alapelvet sorolnak fel és ajánlanak. Úgy tűnik, nincs jelentős különbség a Magyarországon 1987-ben elfogadott szabályozás (lásd. Int. Digest of Health Legislation, 39 : 97–99, 1988 is) és az Európa Tanács által 1990-ben elfogadott ajánlások között. Egy kivétel van. Nevezetesen Magyarországon biomedicinális beavatkozást (kutatást) nem lehet végezni olyan személyen, aki börtönbüntetését tölti valamilyen büntetésvégrehajtási intézményben.

16. 1991-ben a CIOMS kiadta az „Epidemiológiai vizsgálatok etikai áttekintése nemzetközi irányelveit”. Valójában ez az első nemzetközi dokumentum az epidemiológiai vizsgálatok etikai szabályozásáról. Magyarországon az országos tisztí főorvos és az ETT Tudományos és Kutatás Etikai Bizottság elnöke együttesen javaslatot tett szabályozására.

17. ENSZ-szabályok a szabadságuktól megfosztott fiatalok védelméről (az ENSZ Közgyűlés 45/11. határozata, 1991. április).

18. Az Európa Tanács jelentése „A klinikai kipróbálá-

sok lefolytatásával és kontrolljával összefüggő gondok”-ról. Ez a jelentés hangsúlyozta a klinikai kipróbálásokban részt vevők érdekeinek érvényesülésének fontosságát.

19. Az immunológiai termékek, radiokémiai és gyógyhatású készítmények, amelyek vérből vagy humán plazmából származnak, vizsgálatának speciális előírásait ajánlotta az Európai Közösség Bizottsága minden tagállama számára 1991-ben.

20. 1992 januárjában a bioetikai problémák megbeszélésére, szabályozására tett kísérletet a „visegrádi” hármak részvételével (Cseh és Szlovák Köztársaság, Lengyelország és Magyarország) a szlovák egészségügyi miniszter, Rakus professzor Pozsonyban. Felmerült az igény közös erőfeszítésekre a speciális esetek vizsgálatára és az ezekben az országokban hatályban lévő irányelvek sokféleségének egyesítésére és összehangolására. Jelentős különbség van a három ország szabályozottsága között. Az „egészségügyi etikát” Lengyelországban 1991. decemberében szabályozták először 1945 óta. Magyarországon ez már 1972-ben, majd 1987-ben megtörtént. Továbbá jelentős különbségek vannak az etikai elbírálást végző bizottságok összetételében is. Egy közösen kialakított útmutató, irányelv hasznos lehet az egészségügyi és nem egészségügyi emberek oktatásában és képzésében, akik részt vesznek egészségügyi kutatás, gyógyszer kipróbálás lefolytatásában vagy áttekintésében.

Jelentős változások történtek az elmúlt évtizedben a gyógyszerkutatásban. A világ gyógyszeripara egyre inkább érdekelt abban, hogy bevezessék a „Jó Klinikai Gyakorlat” (GCP) globális világméretű megvalósítását, az FDA által létrehozott humán kísérletezés kódexét. Magyarországon is a szabályozó hatóságok, az ETT TUKEOB, az elméleti orvostudomány és az ipar közös erőfeszítésére lenne szükség egy standard szabályozás bevezetéséhez, egy országosan bevezetett jó klinikai gyakorlathoz. Az emberen végzett gyógyszerkutatás standardizálását az Országos Gyógyszerészeti Intézet már részben megoldotta.

Ma már nem ritka, hogy egy-egy gyógyszer forgalma elérí a több milliárd dolláros nagyságrendet. A gyógyszerkutatás az a terület az életnek, ahol találkozunk a tudomány, a banktőke és az etika. A tudomány soha nem tehet engedményt a tőke számára az etika rovására. Ez egy új kihívás az orvostudomány számára. Ezért hallatlanul nagy a felelőssége a helyi és az országos kutatás-etikai bizottságoknak.

Az elmúlt évtizedben a gyógyszerkutatásban, a gyógyszeriparban robbanásszerű változás történt. A biotechnológia gyors térhódítása, a molekuláris szintű farmakológiai módszerek elterjedése, az élő állatokon végzett kísérletek számának egyidejű csökkenése mellett a klinikai kipróbálásra vihető molekulák számát nagyságrendileg megemelte. A világ orvostudományában ez csak helyesíthető változás, egyben nagy kihívást jelent az emberen kísérleteket végzők, illetőleg a protokollokat elbírálók számára is. Mivel olyan nagy cégek, mint a Syntex, a Pfizer, a SmithKline Beecham, a CIBA-Geigy, sőt a világ legnagyobb orvostudományi kutató intézete, az amerikai NIH is megváltoztatta néhány évvel ezelőtti döntését és megint a

természetben található hatékony anyagok kutatását részesíti előnyben (New York Times, 1992. március 5). Eredményeiképpen a klinikai kipróbálásra váró vegyületek száma is ug-rásszerűen fog emelkedni. Ez az emberen végzendő kísérle-tek számát fogja jelentősen növelni. Mindez a társadalom, az emberiség javát fogja szolgálni, de az etikai bizottságok-nak, az engedélyező hatóságoknak soha nem szabad megfe-ledkeznie arról, hogy a kísérletbe bevont egyén érdeke az elsődleges. Ennek helyes mérlegelése az igazi kihívás.

IRODALOM: 1. Népjóléti Közlöny 1991/15. (Health Legislati-on). — 2. Int. Digest of Health Legislation, 1988, 39, 97–99. —

3. Kapitza, S.: Antiscience trends in the USSR. Scientific Ame-rican August, 1991, 32–38. old. — 4. Leopold, A. C.: The scien-ce community is starved for ethical standards. The scientist p. 11. (Jan. 6, 1992). — 5. Porter, J. D. H. The ethics of drug trials in developing countries. In: *Ethics and Epidemiology: Internatio-nal Guidelines* Ed. by Z. Bankowski et al. CIOMS, Geneva 1991, 98–103. old. — 6. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Re-search, Dept. of Health, Education and Welfare, Washington, D. C., 1979. — 7. Moraczewski, A. S.: The human genome project and the catholic church. Int. J. of Bioeth., 1991, 2, 229–234.

(Vizi E. Szilveszter dr., Budapest, Pf. 67. 1450)

RITKA KÍNÁLAT:

ami az egészségügyi alapellátáshoz nélkülözhetetlen,
gyógyászati segédeszközök, orvosi műszerek
széles választéka

a Gyógyászati Segédeszközök Gyára
és az ALLEGRO W. D. H. Kft. üzletében.

1137 Budapest, Pozsonyi út 20. Telefon: 129-5442

Orvosi készülékek 1992-ben is a DEMED-től! VÁLTOZATLAN ÁRON!

- műtőasztalok, vizsgálószékek
- altatók, párologtatók
- sebészeti szívók
- gáz- és gőzsterilizátorok
- baktericid-, kékfény-, vizsgáló- és műtőlámpák
- kerékpár-ergométerek
- légzésdiagnosztikai készülékek
- tűmegsemmisítők

ORSZÁGOS SZERVIZHÁLÓZAT!



ORVOSI KÉSZÜLÉK GYÁRTÓ IPARI, KERESKEDELMI
ÉS SZOLGÁLTATÓ KFT.

4027 Debrecen, Füredi u. 98. ☎ (52) 15-569. Fax: (52) 10-485. Telex: 72-272

Sinecod®

50 mg depot tablettá

Hatóanyag:

50 mg butamirátium dihydrogen-citricum, tablettánként.

Hatás:

A Sinecod depot tablettá egyedüli hatóanyagát képező butamirát citrát központi hatású, nem kodein típusú köhögéscsillapító, mely kifejezett köhögési inger csökkentő, valamint járulékos bronchospazmolitikus hatással rendelkezik. Már a plazmában hidrolizálódik, 2 metabolitja köhögéscsillapító hatással rendelkezik. A plazmafehérjékhez erősen kötődik és hosszú felezési idővel rendelkezik. A metabolitok kiválasztása legnagyobb részben a vesén keresztül történik.

Javallatok:

Különböző etiológiájú, elsősorban nem produktív - görcsös száraz köhögés. Szamárköhögés. Sebészeti beavatkozásoknál, bronchoszkópiánál történő pre- és posztoperatív köhögéscsillapítás.

Ellenjavallatok:

A hatóanyaggal szembeni ismert érzékenység.

Adagolás:

Felnőtteknek naponta 2–3x 1 tablettá (8–12 óránként), gyermekeknek kizárólag 12 éves kortól naponta 1–2x 1 tablettá, egészben, szétrágás nélkül lenyelve.

Mellékhatások:

Ritkán exanthema, hányinger, hasmenés vagy szédülés előfordulhat, melyek a dózis csökkentése, illetve a gyógyszer szedésének felfüggesztése után megszűnnek.

Figyelmeztetés:

A terhesség első 3 hónapjában alkalmazása nem javasolt.

Csomagolás:

10 tablettá.



Előállító:

Biogal Gyógyszergyár Rt, Debrecen



Zyma AG (Nyon, Svájc) licencia alapján

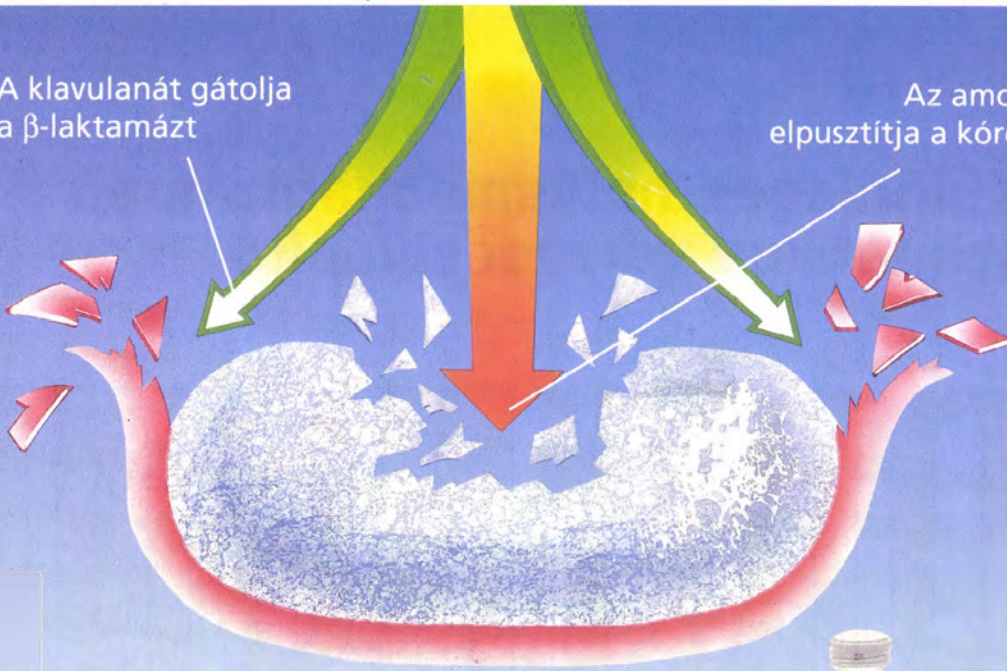
AUGMENTIN

klavulanáttal potenciózott amoxicillin

TERÁPIÁS HALADÁS AZ INFEKCIÓK LEKÜZDÉSÉBEN

A klavulanát gátolja
a β -laktamáz

Az amoxicillin
elpusztítja a kórokozót



Az AUGMENTIN igen hatékonyak bizonyult számos indikációban, pl.

- Otitis media
- Mellkasi fertőzések
- Húgyúti fertőzések
- Műtét utáni fertőzések
- Sebészeti profilaxis



Tabletta, szirup és iv. injekció is
beszerezhető

JAVALLATOK: alsó és felső légúti, bőr- és lágyrész, ill. húgy-ivarszervi bakteriális fertőzések; egyéb fertőzések: pl. osteomyelitis, septicaemia, peritonitis, műtét utáni fertőzések. Iv. AUGMENTIN profilaktikus alkalmazása szintén javallt nagyobb sebési beavatkozások során előforduló fertőzések megelőzésére.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek: Orálisan: enyhe/közepesen súlyos fertőzésekben: napi 3x1 AUGMENTIN 375 mg tabl.; súlyos fertőzésekben: napi 3x1 AUGMENTIN 625 mg tabl.; vagy napi 3x2 AUGMENTIN 375 mg tabl. **Intravénásan:** 1, 2 g 6-8 óránként. **Gyermekeknek: Orálisan:** 7-12 év között: napi 3x10 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. 2-7 év között: napi 3x5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. 9 hó-2 év között: napi 3x2,5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup. Súlyos fertőzésekben a fenti adagok megduplázhatók. 0-9 hó: nem áll rendelkezésre megfelelő orális készítmény. **Intravénásan:** 3 hó-12 év között: 30 mg/ttkg 6-8 óránként. 0-3 hó között: ld. a részletes alkalmazási előíratot. 30 mg iv. AUGMENTIN 25 mg amoxicillint és 5 mg klavulánsavat tartalmaz. Az AUGMENTIN kezelés 14 napon túl csak alapos mérlegelés után folytatható.

ELLENJAVALLAT: Penicillin túlérzékenység. **TERHESSÉG (és szoptatás):** terhesség idején alkalmazása nem ajánlott, vagy kizárólag a haszon/kockázat alapos mérlegelésével végezhető. A szoptatás idején az anyatejben a penicillin nyomokban kimutatható.

FIGYELMEZTETÉS: Néhány AUGMENTIN-nel kezelt betegnél változás volt észlelhető a májfunkciós próbákban. Az IV. AUGMENTIN súlyos májműködési zavarban szenvedő betegeknek csak óvatosan adható. Enyhén vagy súlyosan károsodott veseműködés esetén az AUGMENTIN adagolását az alkalmazási előíratnak megfelelően módosítani kell.

MELLEKHATÁSOK: Ritkák, és többnyire enyhe, múló jellegűek. Hasmenés, pseudomembranosus colitis, emésztési zavarok, nausea, hányás és candidiasis előfordulhatnak. Ha az orális terápia során gasztrointesztinális tünetek jelentkeznek, ezek csökkenthetők az AUGMENTIN étkezések kezdetekor való bevitelével. Phlebitis az injekció helyén előfordulhat. Ritkán előfordult még

hepatitis, cholestaticus sárgaság, erythema multiforme, Stevens-Johnson szindróma és exfoliativ dermatitis. Csalán- és kanyarószerű kiütés esetén a kezelést be kell szüntetni. Más β -laktám antibiotikumokhoz hasonlóan angioneurotikus oedema és anafilaxiás reakció is előfordult.

BESZEREZHETŐ: AUGMENTIN 375 mg filmbevonatú tablettá (250 mg amoxicillin/125 mg klavulánsav tablettánként), 625 mg filmbevonatú tablettá (500 mg amoxicillin/125 mg klavulánsav tablettánként).

AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup (125 mg amoxicillin/31,25 mg klavulánsav 5 milliliterenként). Az orális készítményekben az amoxicillin trihidrát, a klavulánsav pedig káliumsó formájában van.

AUGMENTIN 600 mg iv. injekció (500 mg amoxicillin/100 mg klavulánsav ampullánként), 1, 2 g iv. injekció (1 g amoxicillin/200 mg klavulánsav ampullánként). Az intravénás készítményekben az amoxicillin nátriumsó, a klavulánsav káliumsó formájában van. Minden 1, 2 g-os ampulla kb. 1,0 mmol káliumot és 3,1 mmol nátriumot tartalmaz. Mielőtt az AUGMENTIN-t fölírja, kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előíratot.

További információval szívesen állunk rendelkezésére.
BIOGAL Gyógyszergyár Rt. Farmamarketing és Információs Osztály
Debrecen Tel.: (52) 13-761

SmithKline Beecham Pharmaceuticals, Brentford, Middlesex TW8 9BD, England



BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Debrecen



SmithKline Beecham
Pharmaceuticals

Az AUGMENTIN védjegyzett név.

253/AUG/68/91



Különleges hatásmechanizmusú szintetikus vérzéscsillapító

DICYNONE[®]

Etamsylate

A primer hemosztázisra hat — csökkenti a vérzési időt és a vérveszteség mennyiségét.

Nem befolyásolja a véralvadási faktorokat

— az alvadási idő változatlan marad.

A DICYNONE ideális és nagy biztonsággal alkalmazható gyógyszer a kapilláris vérzés kezelésére. Hatásosságát több mint 200 közlemény bizonyítja.

Gyógyszerformák:

2 ml-es **ampulla** (250 mg) i. v. és i. m. injekció, valamint lokális alkalmazás céljára.

Tabletta (250 mg) orális kezelésre.



Licencként gyártja és forgalmazza:
BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Debrecen



OM Laboratoires
Genf, Svájc

Lumniczer Sándor emlékezete

Ebben az évben emlékezünk meg a hazai orvostudomány és orvostudományt megújító pesti orvosi iskola egyik nagy alakja, a magyar sebészet megalapítója, Balassa János kiváló tanítványa, Semmelweis ifjúkori barátja, Lumniczer Sándor halála századik évfordulójáról.

Lumniczer Sándor 1821. március 29-én született Kapuvárott, ahol atyja jeles mezőgazdász és jómódú jószágkormányzó volt. Családjában nem volt ismeretlen az orvosi pálya, hiszen nagyatya, *Lumnitzer István* — a nevet akkor így írták — is e hivatásnak szentelte életét, aki a nagyszombati magyar egyetem orvosi karának első végzettjei sorába tartozott, majd Pozsonyban futott be fényes karriert. Jeles orvosként és botanikusként tartották számon. Atyja is erősen érdeklődött a természettudományok iránt, így nem csodálható Lumniczer Sándor későbbi pályaválasztása sem. A kor jeles magyar iskoláiban — Kőszegen, Sopronban és Pozsonyban — tanult, felsőbb tanulmányait Pesten és Bécsben folytatta. A kor magyar orvostársadalmának szokásait követve orvosi tanulmányait Pesten és Bécsben felváltva végezte, orvosi diplomájának megszerzése után Bécsben sebész és szülész-mesterei vizsgát is tett. Bécs igen fontos lett életében, hiszen itt kötött mély és a hazai orvostudomány számára olyan fontos barátságot Markusovszky Lajossal, a nála nem sokkal idősebb, de már professzor Balassa Jánossal és nem utolsósorban Semmelweis Ignáccal, akinek tanainak első követője lett. E „szövetségéből” formálódott ki az a szellemi műhely, amely a pesti iskola néven írta be a nevét a magyar orvostörténelembe. „Szárnybontogatása” a magyar szabadságharc idejére esett, kifejlődése és hatáskörének megformálódása az önkényuralom éveire, fénykora pedig a kiegyezés utáni évekre. Lumniczer sebész pályájának elindítója és formálója Balassa János volt, aki a pályakezdő medikust „tisztelbeli segéd”-ként pesti klinikájára vette, majd 1845/47-ben műtönövendékként a bécsi *Schuh*-klinikára küldte, arra a klinikára, ahol már erősen éreztette hatását a *Rokitanszky*, *Hebra* és *Skoda* nevével fémjelzett ún. második bécsi orvosi iskola szelleme. A klinika professzora — *Schuh* — volt az első német-osztrák sebész, aki a bonctani, élettani és laboratóriumi vizsgálatok, eredmények bevonásával a belgyógyászattal egyenrangúvá tette a sebészetet.

Ugyancsak figyelemre méltó volt Lumniczer Sándor orvosi disszertációjának (1844) témaválasztása is, amely feltehetően már Balassa János hatásának köszönhető. Az

„*Orvos-sebész értekezés a kőpelő sebészetről*” címet viselt értekezés messze felülmúlta a kor szokványos egyetemi értekezéseit: a plasztikai sebészet első magyar alapvetése, amiben összegezte a múlt eredményeit és a külföldi állásfoglalásokat. Balassa hatása elsősorban ebben rejlik, hiszen 1863-ban és 1867-ben ugyancsak e témakörből jelentette meg európai jelentőségű műtéttanát és atlaszát. Igaz, e munkák mind tartalmukban, mind kivitelükben meghaladták Lumniczer úttörő jellegű, de vitathatatlan értékű értekezését. Később feltételezték, hogy Balassa atlaszában művészi értékű rajzait Lumniczer Sándor — kiváló rajzkészséggel rendelkezett — készítette, de e feltevés nem igazolódott be, hiszen azokat — fényképekről — mások (*Thanhoffer* Lajos, *Balogh* Tivadar stb.) alkották. E disszertáció másik lényeges változása, hogy függelékében tagadja a gyermekági láz önálló kórformáját. Ez ugyan három évvel korábban fogalmazódott meg mint a Semmelweis-doktrína (1847), természetesen nem tekinthető annak előrejelzésének, inkább utalás Lumniczer–Semmelweis baráti és szakmai kapcsolatára.

Ezen években jelentős európai szakmai körutat tett, aminek szakmai és anyagi vonatkozásait Balassa János készítette elő. Járt Párizsban, Londonban, Zürichben, Berlinben, felkereste Európa legjelesebb egyetemeit, sebészeti iskoláit, alaposan felkészült szakmai pályájára. Az új iránt mindig nyitott, a „szakma” legújabb eredményeit azonnal alkalmazó irányzat elkötelezettje lett. Ismeretes: néhány hónappal azután, hogy *Morton* és *Warren* először alkalmazta Amerikában az éterbódítást, Balassa és Markusovszky Pesten is bemutatta az új módszert. E bemutatóra — 1847 márciusában — Bécsből Pesten termett Lumniczer Sándor és mint asszisztens vett részt mestere mellett egy műtétben. Hamarosan végleg visszatért a Balassa-klinikára, tanársegédi pályázatához kiváló londoni, zürichi és párizsi ajánlóleveleket csatolt. Pályája töretlennek tűnt, de hamarosan beleszólt a történelem, 1848 márciusa és a szabadságharc, s e korban legfiatalabbként ő emelkedett talán a legmagasabbra.

Már 1848 nyarán bevonult a szervezendő magyar honvédség honvédorvosi karához és zászlóalj-főorvosként vett részt 1848 szeptemberében a harcokban. Ott volt *Schwechatnál*, *Görgey* Artúr összes téli és tavaszi hadműveleteinél, valamennyi ütközetben. 1849 februárjában *Mészáros* Lázár törzssorvossá nevezte ki, s a Kassán kiadott utasítása a fel-dunai hadtest orvosai számára (1849) mintául szolgált

a többi alakulat egészségügyi szolgálatának megszervezésé-
sekor is. 1849 júniusában, a honvédorvosi kar megszerve-
zésében nagy érdemeket szerzett, Flór Ferenc utódja lett
a Honvédelmi Minisztérium egészségügyi osztálya élén.
Kiválóan működő szervezet élére került, de ezen tisztségé-
nek két hónapja a szabadságharc végküzdelme volt. Eré-
lyes parancsnoknak bizonyult, hiszen veszteség nélkül te-
lepítette a honvéd-egészségügy minden felszerelését és
tábori kórházát Szegedre, majd *Aradra*, miközben újakat
szervezett, az esetleges veszteségeket azonnal pótolta.
Közben dühöngött a *kolera*, tizedelte nemcsak a legénység-
get, hanem a parancsnoki kart is. Maga is megkapta e be-
tegséget, de betegen sem hagyta el a helyét, követte a kor-
mányt egészen Világosig. A fegyverletétel újabb
megpróbáltatás elé állította: büntetésből besorozták az
osztrák hadseregbe és betegápolónak vezényelték a bécsi
katonai kórházba. Bécsi barátai igyekeztek könnyíteni
helyzetén.

Hamarosan leszerelték, visszatérhetett Pestre, de itt
megfosztották állásától, ismerősei alig mertek szóba állni
vele. Helyzete azután könnyebbedett, miután Balassa Ján-
os kiszabadult fogságából és Markusovszky Lajossal
együtt (akit szintén megfosztottak állásától) maga mellé
vette magánasszisztensnek. Semmelweis is hamarosan
visszatért Bécsből Pestre és valójában ekkor kezdődött el
a pesti orvosi iskola igazi fénykora. Működési területük az
Orvosegyesület lett, amelynek keretei között vitatták meg
az előttük álló feladatokat, formálták ki azokat a terveket,
amelyek alapján a kiegyezés után megújult a hazai orvos-
képzés, új alapokra helyeződött a magyar közegészségügy,
emelkedett a magyar medicina európai rangra. Ott bábás-
kodott az *Orvosi Hetilap* megszületésénél (1857), itt jelen-
tek meg figyelemre méltó tanulmányai (a „húgycsőszűkü-
lésről”, a sipolyról, a túrómészkötés előnyeiről, a
légszűrőszűrőszűrésről, a „korcsízület” kiirtásáról stb.). Hama-
rosan az Orvosegyesület főtitkára, alelnöke, végül
(1862—1866) *elnöke* lett. Szakmai híre ellenére hivatali pá-
lyája nehezen formálódott, hiszen a „honvédorvosi kar
utolsó parancsnoka” számára az önkényuralom éveit alatt
nem akadt rendes állás. Politikai nézeteit soha nem rejtette
el, így 1860-ban, *Schöpf-Merei* Ágoston — aki anyai nagy-
bátyja volt — felett mondott emlékbeszédében külön ki-

emelte 1848/49 jelentőségét, amelyre úgy emlékezett,
hogy ekkor kimutattuk „*nemzetünk szabad szellemét s ön-
kormányzati tehetségét*”.

Az 1858-as évek végén a vasútnál vállalt orvosi állást,
majd 1861-ben a *Rókus Kórház* főorvosa lett. Az egyetemre
— igaz magántanárként — csak 1868-ban térhetett vissza.
Az „erőművi sértések tanából” habilitált, majd 1872-ben
rendkívüli tanárságot kapott, de tanszékvezető professzor-
sága 1880-ig váratott magára. Ettől függetlenül, közéleti
pályája magasra ívelt: az 1867-ben megalakított és a hazai
egészségügyben olyan nagy szerepet játszott *Országos
Közegészségügyi Tanács* első alelnöke, 1878—81 között el-
nöke lett, 1885-ben a Főrendiházba is bejutott.

E korszakban már nem élt Balassa János (†1868), Sem-
melweis Ignác (†1865), *Markusovszky* Lajossal és *Korányi*
Frigyessel együtt ápolták a mind a magasabbra emelkedő
pesti orvosi iskolának az 1850-es években lánggra lobbant
szellemét. Közben új feladatokat vállalt, így 1881 után
egyik szervezője volt a *Magyar Vöröskereszt* szervezeté-
nek, képzési formáinak, a magyar honvédség orvosi szol-
gálatának stb. De ott találjuk az orvosi közelet újabb for-
máinak szervezésénél, az egészségügyi felvilágosítás
elindításánál, a Természettudományi Társulat átszervezé-
sénél, az Országos Közegészségügyi Társulat életre hívásánál.
Valójában mindig újabb területeket igyekezett meghódíta-
ni, újabb feladatokat keresni magának. Nagy tervek meg-
valósítása közben ragadta el a halál 1892. január 30-án.

Emlékezete megőrzésében, munkássága méltatásában
kiemelkedő szerepe volt Janny Gyulának. 1893-ban ő tar-
tott felette emlékbeszédet az Orvosegyesületben. Az Orvo-
si Hetilap nekrológiát is ő írta. De ami nem sok magyar
orvosnak jutott osztályrészül, nekrológban búcsúztatta őt
a *Lancet* is.

IRODALOM: 1. *Antall József*: Lumniczer Sándor (1821—1892) A
Magyar Orvosi Iskola Mesterei Budapest, Medicina, 1969, 59. —
2. *Hedri Endre—Salgó Kálmán*: Lumniczer Sándor élete és mun-
kássága. Orv. Hetil., 1957, 98, 33. — 3. *Janny Gyula*: Lumniczer
Sándor (1821—1892). 1892, 36, 72. — 4. *Lumniczer A.*
(1821—1892). *Lancet*, 1892, 1, 448.

Kapronczay Károly dr.

KÓRHÁZAK, KLINIKÁK, KÖRZETI ÉS MAGÁNORVOSI RENDELŐK FIGYELMÉBE!

Közvetlen japán gyártóktól kapott ajánlatok alapján, rendkívül előnyös feltételek mellett
megrendelhetők a következő orvosi műszerek:

- Ultrahangdiagnosztikai berendezések
- Véranalizátorok (kémiai, hematológiai és ion-szelektív)
- Intelligens EKG-készülékek
- Terheléses EKG-készülékek (24 órás rekorderek + kiértékelőegység)
- Holter EKG-rendszerek
- Spiroanalizátorok
- 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

Az első sikeres gyomorresectio pepticus ulcus miatt

Általában Theodor Billroth osztrák sebészt tekintik az első gyomorresectio elvégzőjének. Két másik sebész, a lengyel Ludwig Rydygier (1850–1920) és a francia Jules E. Péan (1830–1898) azonban már korábban resecált gyomrot.

Péan 1879-ben carcinoma miatt végzett gyomorresectiót, de a műtétről kevés részlet maradt fenn. A beteg meghalt és Péan úgy vélte, a műtétet a jövőben nem szabad még egyszer elvégezni.

Megjegyezzük: Rydygier életében, a múlt század végén és e század elején, Lengyelország nem volt független. 1795-ben kötött békeszerződés szerint Lengyelország három ország, Poroszország, Ausztria és Oroszország között felosztott. A 123 évig tartó feldaraboltságba a lengyel hazafiak nem nyugodtak bele, gyakran lángoltak fel kisebb-nagyobb forradalmak tüzei, a két legismertebb 1830-ban és 1863-ban. Tízezrek áldozták életüket a szabad Lengyelországért, az életben maradtak vagy Szibériába kerültek, vagy mint Chopin Franciaországba, külföldre emigráltak. Az ily történelmi háttér lehetett az oka az elismerés hiányának, valamint annak, hogy Rydygiert a nemzetközi orvostársadalom sokáig németnek tekintette. Hasonlóan fájdalmas tévedés áldozata volt Semmelweis Ignácunk is.

Rydygier 1850. augusztus 21-én született Duszicé-ben, Közép-Lengyelországban. Berlinben, Strasbourgban tanult, 1874-ben Greifswaldban védte meg doktori disszertációját karbolsavval végzett kísérletei alapján. Jénai társprofesszorság után 1879-ben hazatért és a Visztula-parti Chelmnóban (Kulm) magánklinikát nyitott.

Rydygier nem fogadott szót Péannak és számtalan kutya-kísérlet talaján lépésről lépésre próbálta tökéletesíteni a gyomorresectio biztonságos elvégzésének technikai folyamatát. 1880. november 16-án egy 64 éves, gyomor-carcinomában szenvedő férfit operált, de a beteg 12 óra múlva meghalt. Csalódottsága ellenére még nagyobb gondossággal kísérletezett állatain és figyelmét különösen az ulcus következtében kialakult pylorus stenosis felé fordította.

Egy 30 éves fiatal nő jelentkezett nála többéves ulcusos anamnesissel, jelentős pylorus stenossissal és következményes gyomortágulattal. Ötnapos előkészítés — gyomormosások, beöntések — után 1881. november 21-én a beteget megoperálta. Összenövések miatt a pancreas egy kisebb részletét resecálnia kellett, de a duodenum csomját különösebb nehézség nélkül sikerült Czerny módszere szerint

catgut-tal (32 belső és 29 külső öltés) két rétegben egyesíteni a gyomor csomkjával. Az anastomosis vonalát iodoformos porral gondolta védeni. A postoperatív szakban csak minimális hőemelkedése volt a betegnek és szövőd-mény nélkül gyógyult.

1881. december 10-én lengyelül számolt be műtétjéről a *Przegląd Lekarski*-ban, az orvosok lapjában. Később a berlini sebészkongresszuson hiába jelentette örömmel, hogy „a beteg hat hét múlva gyógyultan távozott klinikámról”, a híres német sebész, Richard Volkmann (1830–1889) megfellebbezhetetlenül ítélkezett: „ez volt az utolsó ilyen típusú műtét”. Rydygier mindezek ellenére két év múlva hasonló operációt végzett, arról is beszámolt. Első betege 18 évig élt panaszmentesen a műtét után. Rydygier 1887-ben Mikulicz-Radeckit követte a krakkói egyetem sebészeti tanszékének élén. Egyre ismertebb lett *intussusceptio* (invaginatio) miatt végzett resectiójáról, léprögzítési műtétjéről, de az urológiában is nagy felfedező volt, pl. *vesicovaginális fistulák* megoldásában, *prostatectomia* új technikájának kidolgozásában és sikeres eredményeket ért el az *orthopaedia* területén is. Több mint 300 közleménye jelent meg lengyelül, németül és franciául. 1897-ben előbb sebészprofesszora, dékánja, majd rektora lett a mai Szovjetunió területén fekvő Ivovi (Lemberg) egyetemnek. 1903-ban nem fogadta el a meghívást a prágai Károly Egyetem sebészeti tanszéke élére.

Emlékművét Chelmnóban állították fel. Teljes nevén Ludwig Ritter Rydygier von Rüdiger sohasem adta fel a harcot a gyomorműtét elsőbbségi jogának elismeréséért. Billroth hírnevével azonban nem vehette fel a versenyt, talán ezért sem sikerült a „Rydygier–Billroth-módszer” elnevezést elfogadtatnia.

A lengyel sebésztársaság alapító elnöke ma is tisztelettel emlékeznek a sebészek.

IRODALOM: 1. Burke, J.: The origins of gastroenterostomy. Surg. Gynecol. Obstet., 1970, 130, 1103–1106. — 2. Garrison, F. H.: History of Medicine, P. 592. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1964. — 3. Sablinski, T., Tilney, N. L.: Ludwik Rydygier and the first gastrectomy for peptic ulcer. Surg. Gynecol. Obstet., 1991, 172, 493–496. — 4. Zimmermann, L. M., Veith, I.: Great Ideas in the History of Surgery, P. 492. Baltimore: The Williams Wilkins, Co., 1961.

Novák László dr.

Budapest VI. ker. Terézváros Önkormányzata pályázatot hirdet a kerületben létesülő Értelmi Fogyatékosok Napközi Otthon vezetői állására.

A kis létszámú ÉNO-ban 12 éven felüli súlyosan fogyatékos fiatalok kapnak helyet.

Pályázati feltételek:

- gyógypedagógus vagy pszichológus, ill. orvos végzettség
- szakmai önéletrajz
- az ÉNO szakmai működtetésére vonatkozó elképzelések (1–5 oldalon)
- személyes meghallgatás.

Bérezés megegyezés szerint.

A pályázatot legkésőbb 1992. október 15-ig kérjük benyújtani az alábbi címre:

Terézvárosi Önkormányzat Szociális Bizottsága, 1067 Budapest, Eötvös u. 3.

Információ: 142-0898

Penfield professzor portréja

Jürgen Thorwald híres könyve szerint a 19. a sebészek évszázada (1), ezen logika alapján viszont a 20. első fele az agysebészeté, melynek egyik legjelentősebb egyénisége az amerikai születésű kanadai Wilder Graves Penfield, a Motnreali McGill Egyetem világhírű professzora, aki 1891-ben született és 15 éve nincs az élők sorában. Századunk nagy neurokirurgusa, legbonyolultabb szervünk műtéti hozzáférhetőségének korszakát, valamint Sántha Kálmán „kór-szakát” idézi emlékezetünkbe.

Penfield kivételes problémalátó képességét egy töltött idézettel tudjuk a leginkább érzékeltetni. Szerinte „a neurológia a legnagyobb és legérdekesebb felfedezetlen terület az egész tudományban. ... Az agy és az elme titkai még rejtettek, ezen kapcsolatok tisztázása az orvostudósok örök feladata lesz” (2). Iskolájának jelentőségét pedig Környey István professzor a következő szavakkal jellemezte: „Penfield intézete nemcsak Foerster nyomán haladt, hanem minden új idegéletani felfedezésben meglátta a klinikum számára rejlő értéket, és egyike a legmodernebb idegsebészeti intézeteknek, ahol a korszerű műtéttechnikát el lehetett sajátítani” (3). Kivételes képességével szintetizálta a neurohisztológia, a funkcionális neurofiziológia és a mikrokirurgia eddigi eredményeit, melyekből kinőtt a Penfield nevével fémjelzett agysebészet, a gyógyszerekkel nem befolyásolható epilepsziák műtéti kezelése, a nagyagykéregnek elektrostimulációs módszerrel való feltérképezése, bizonyos funkciók lokalizációja, a „centrencephalicus rendszer” fogalmának körvonalazása. Végleges, vitatott, vagy éppen ösztönző hatású eredményeit közleményei, könyvei, valamint tanítványai őrzik, az általa alapított „Neuro” becenevű intézet azóta fogalom az egész világon. Az orvostörténetben Cushing mellett a helye, s ennél nagyobb elismerést aligha lehetne állítani Sántha Kálmán egykori mesteréről.

Wilder Graves Penfield 1891. január 26-án született „vadnyugaton”, a Washington állambeli Spokane településen (híres vízesés található a város közelében), ahová apja többgenerációs orvoscsalád tagjaként az 1880-as évek nagy „aranyláza” idején került. Az Államok jobb iskolái ekkor még vagy a keleti partvidéken, vagy a Nagy Tavak mentén voltak, így került a kis Penfield a wisconsinbeli Hudson helység Galahad nevű iskolájába, ahol először sportolóként tűnt ki. 1913-ban szerzett bölcsészdiplomát, ugyanezen esztendőben legyőzték a konkurens Yale Egyetem csapatát, melyre egész életében büszke volt. 1914-ben elnyerte a Rhodes-ösztöndíjat, de a világháború kitörésének évében nem volt kedve Oxfordba hajózni. A következő évben mégis megtette, s a Merton College keretében elkezdte a medicina tanulmányozását. Az orvostudomány nagy szerencséjére ekkor került Sherrington fiziológiai intézetébe, ahol az idegélettan legújabb eredményeit és legjobb vizsgálati módszereit sajátíthatta el. A világháború azonban majdnem végzetessé vált számára. Ugyanis 1916 nyarán a szünidőben egészségügyi munkára jelentkezett

egy franciaországi vöröskeresztes kórházba, de Sussex nevű hajójukat a németek megtorpedózták. Nyílt lábtöréssel mentették ki a hullámokból, s került Dover katonai kórházába, majd amikor lábadozni hazahajózott, találkozott a klinikus-király Osler pofesszorral, aki Sherrington után a legnagyobb hatással volt rá (4). Egy év múltán mégis átkerült Párizsba, az Amerikai Vöröskeresztes Kórházba. Hazatérve 1918-ban a baltimorei Johns Hopkins Egyetemen megszerezte a M. D. fokozatot, itt találkozott először Cushing professzorral, majd az 1920/21-es évben visszatért Sherrington intézetébe. A klinikumot és a sebészeti gyakorlatot New York híres intézetében, a Presbyterian Hospital keretében kezdte el, ahol Whipple volt a leghíresebb tanár, majd a Columbia Egyetem Neurológiai Intézetébe került mint ígéretes sebészjelölt. Hosszú és eseményekben gazdag pályafutásának főbb dátumai közül kiemelkedik 1924, amikor Madridban Ramon y Cajal és Ortega világhírű intézetében elsajátította a legmodernebb idegsejtfestést. Ekkor csatlakozott hozzá honfitársa: William Cone, akivel otthon neurocitológiai laboratóriumot alapítottak. Penfield vizsgálta először a neuronok Golgi-apparátusának reakcióit, a traumatikus behatások után (5). Az epilepsia sebészetét 1928-ban kezdte tanulmányozni Breslau egyetemén, Foerster intézetében. Németországi tanulmányútja után W. Cone társaságában áttelepült Kanadába, ahol 1933 és 1954 között a montreali McGill Egyetem Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet professzora volt. Egyik tanítványa szerint ekkor vált az epilepsia világhírű szakértőjévé (6). A Rockefeller- és a kanadai emberbaráti alapítvány segítségével megépített intézet már 1936-ban az agysebészet Mekkájának számított, ahová Sántha Kálmán Rockefeller-ösztöndíjasként érkezett. A magyar tudóstehetség Cipriani kollégájával szellemes módszert dolgozott ki az agykéreg és a kéreg alatti magvak kapcsolatának tanulmányozására, mely a keringő vér hűtőhatásán alapul. A mesterséges ingerület fokozott véráramlást okoz és ez az adott területet mérhetően jobban lehűti, mint a nem működő agyterületek kisebb véráramlása (7). Vekerdi szerint ez később pilléreként szolgált az agyműködés Penfield-féle „cortico-subcorticalis” elméletéhez, továbbá „ez a felfedezés végleg megdőntötte az epilepsziás roham sok szerző által még évekkel később is makacsul védelmezett érgörccs-elméletét” (7). Ezen állításokat Környey professzor is megerősíti (3). A McGill Egyetem 1934–54 között az Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézetnek, az 1960-ban történt nyugdíjba vonulásáig pedig a montreali Neurológiai Intézet igazgatója volt. 1939–41 között a Kanadai Királyi Orvosi és Sebészeti Társaság elnöki tisztét töltötte be, 1943-ban tagja volt a Szovjetunióba és Kínába küldött angol–amerikai sebészkielöltésnek. 1947-ben az angol Királyi Tudós Társaság tagjává választották, 1953-ban megkapta a Jacoby-díjat, aztán az angol Becsületrendet, amit a király legmagasabb kitüntetésésként adhat civil személynek. Majd 1962-ben őt és feleségét

meghívták II. Erzsébet őfelsége koronázási ünnepségére a Westminsterbe. Kevés orvos tudhatott maga mögött ilyen sikeres életet.

Klinikai orientációjú intézetének 350 munkatársa van. Mint említettük, Penfield a corticális epilepsia vizsgálata közben elektrostimulációs módszerrel feltérképezte a nagyagykéreg. Szisztematikusan megközelítésének köszönhetően, a corticalis területek szerveződésében megjelent a primer és szekunder szenzomotoros centrumok fogalma, amely a nagyagykéreg „homunculus” reprezentációjához vezetett (5). Ez az elképzelés még ma is nagyon hasznos segítséget nyújt a neurológiában. Ugyanilyen fontosságú eredménye a memóriafunkciók temporális lebenybe való lokalizációjának megállapítása. A memória-folyamat morfológiai és biokémiai alapjának kutatása során vetette fel Penfield azt a koncepciót, miszerint az öntudat „nem az agykéreg primer funkciója (nem elsősorban az agykéreg funkciója), hanem az agytörzs, az úgynevezett *centrencephalicus rendszer* funkciója, amely többé-kevésbé megfelel a *formatio reticularis szisztémának*” (5). Végül hangsúlyoznunk kell Penfield jelentős hozzájárulását a neurocitológiához, elsősorban az oligodendroglia és microglia szerepére az agy fejlődésében és a traumatizáció utáni állapot kialakulásában. Számos tanulmányt írt a lokális anesztéziában vizsgált epilepsziás betegek motoros, szenzoros beszéd- és memóriafunkcióiról (8). 1950-től kezdve a temporális lebeny szerepe a pszichomotoros epilepsziában egyre jobban körvonalazódott, és utolsó 10 aktív évében ez került érdeklődése középpontjába (8). Szakkönyvei ma is alapművek, minden valamirevaló neurológus polcán ott sorakoznak. Különösen Rasmussen és Jasper számított szerzőtársának, tanszékét is az előbbi örökölte. 1932 és 1960 között nyolc szakkönyve jelent meg, melyek közül különösen jelentős az 1950-es kiadású „The Cerebral Cortex of Man”, (szerzőtárs: Rasmussen) (1. ábra) és az 1954-ben publikált „Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain”, melynek szerzőtársa Herbert Jasper volt.

Amikor 1960-ban intézetéből nyugalomba vonult, közel 70 évesen, elkezdődött szépirodalmi pályafutása. Már korábban írt bibliai tárgyú könyvet Ábrahám ősatyáról (9), majd történelmi regényben dolgozta fel Hippokratész életét (10). Egyik magyar méltatója szerint az 1963-ban megjelent „The Second Career” című könyve „sok olyan kérdésre ad választ, amely korunkban minden társadalmat élénken foglalkoztat. A valódi és társadalmi terméknek tekinthető művi öregedés felismerése és lényegéhez méltó elbírálása az egyéni egészségvédelmet és a közösségi értékgyarapítást szolgálja” (11). Megírta Alan Gregg életregényét (12), az elme misztériumát (13), a saját életrajzát, valamint a Montreali Neurológiai Intézet megalapításának történetét (14).

1976. április 5-én egy abdominális sarcoma vetett véget életének, amely pontosan egybeesett a korszerű agysebészet kifejlődésével.

Sántha Kálmánra „30 év után is meleg munkatársi érzésekkel emlékezett vissza” (11), a hasonló viszonzás részünkről legalább annyira indokolt. Különösen az orvos-történészeké és az „egyéb szakmabelieké”, mert az ideggyógyászok számára neve ma is fogalom.

THE CEREBRAL CORTEX OF MAN

A Clinical Study of Localization of Function

BY

WILDER PENFIELD, C.M.G.

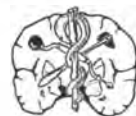
M.D. (Johns Hopkins), B.Sc. and D.Sc. (Oxon.),
Hon. F.R.C.S. (Lond.), F.R.S.

Professor of Neurology and Neurosurgery, McGill University
Director, Montreal Neurological Institute

AND

THEODORE RASMUSSEN, M.D.

Professor of Neurological Surgery, The University of Chicago
Formerly, Lecturer in Neurosurgery, McGill University
Assistant Surgeon, Montreal Neurological Institute



THE MACMILLAN COMPANY · NEW YORK

1950

A „mi lett volna ha...” kérdése Sántha esetében fel sem merülhet, viszont Penfield a példa rá, mit jelent egy nagy tehetségű tudósnek szerencsés körülmények közé kerülni. Élvezve az alkotás örömeit Balassagyarmat helyett Montrealban. És csak hírből ismerni a Sztahanov-mozgalmat, melynek bírálatába neurológusunk beleroppant.

Penfieldről Sántha juthat eszünkbe, és fordítva. A nagy kanadai humanista agysebész születésének századik, halálának tizenötödik évfordulóján a tudományos világ elismeréssel adózott a zseniális ideggyógyász emlékének.

IRODALOM: 1. Jürgen, Thorwald: A sebészek évszázada. Bp., 1959. — 2. W. Feindel: Wilder Penfield (1891–1976): Neurosurgery, 1977. Vol. 1. No 2. — 3. Környey István: Sántha Kálmán (1903–1956). Orvosi Hetilap, 1957, 7–8. sz. — 4. Ivan, W. Brown: The Amazing Adventures of Wilburt C. Davison, Wilder G. Penfield, and Emile F. Holman... Ann. Surg. Febr. 1990. — 5. Paul, Glees. Dr. W. Penfield, Acta Neurochirurgica, 1977, 36, (143–146). — 6. W. Feindel: Wilder Penfield (1891–1976), Karger, AG, Basel, 1987. — 7. Vekerdi László: Kalandozás a tudományok történetében. Bp., 1969, 486–490. o. Sántha Kálmán. — 8. W. Feindel: Wilder Penfield: his legacy to neurology. CMA Journal. June 1977. — 9. Penfield: No Other Gods. Boston, 1954. — 10. Penfield: The Torch. Boston, 1960. — 11. Kékesi Ferenc: Wilder Graves Penfield (1891–1976). Ideggyógy. Szemle 30. 1977. — 12. Penfield: The Difficult Art of Giving: The Epic of Alan Gregg, Boston and Toronto, 1967. — 13. Penfield: The Mystery of the Mind. Princeton, 1975. — 14. Penfield: No Man Alone. Boston, 1977.

Szállási Árpád dr.

elmex®

Iskolai prevenciós programokban a leggyakrabban alkalmazott fluorid készítmény

Három évig tartó, szájhygiénés neveléssel egybekötött, kettős vak módszerrel végzett klinikai vizsgálatban igazolták az Elmex gél hatékonyságát: kéthetenként alkalmazva 40 %-os caries-redukciót észleltek.¹

A gél használata jelentősen hozzájárult a prevenciós program sikeréhez Svájc számos iskolájában.

Néhány vizsgálati eredmény:

DMF-T index változása 14 éves gyermekeknél

Helység	Prevenció megkezdése előtt	x évvel a prevenció bevezetése után	
Gams	12,0	14 év után:	5,4
Sevelen	12,1	14 év után:	4,4
Wil	—	16 év után:	4,7
Bettlach	11,7	10 év után	
		fluoridtablettával	
		kombinálva:	5,7
Basel	13,7	15 év után, ivóvíz	
		fluoridálással:	5,7

Magyarországi 3 éves longitudinális vizsgálat: 47 % caries szaporulat csökkenés.²

¹Marthaler és mtsai: *Helv. Odont. Acta* 14:67 (1970). *Review in Schweiz. Msch. Zahnheilk.*

²Szőke J., Kozma M.: *Fogorvosi szemle* 81, 161 (1988).

fogkrém

Caries megelőzésére mindennapos használatra.

"Az aminosfluorid-tartalmú
ELMEX fogkrém
rendszeres használata
- a klinikai vizsgálatok
szerint - a fogszuvasodás
megelőzésére és a jó száj-
higiénia biztosítására elő-
nyös és ajánlott."



gél

Hetente egyszer
egyéniileg otthon,
vagy csoportosan
gyermekközösségekben
meghatározott idő-
közönként, illetve
fogorvosi rendelőben.

(Részletesen lásd a
gyógyszeralkalmazási
előírást)

Az Országos Gyógyszerészeti Intézet az Elmex gélét gyógyszerként törzskönyvezté.

A 25 g-os tubus 5-14 év közötti gyermekeknek 80 % társadalombiztosítási támogatással, egyéb korosztálynak fogyasztói áron szerezhető be orvosi rendelvényre.

A 215 g-os tubus fekvőbeteg-gyógyintézetek (gondozó-intézetek, szakrendelők, prevenciós bizottságok) részére kerül forgalomba.

GABA INTERNATIONAL AG



További információk anyag beszerezhető:
c/o LECLERC & CO. Információs Iroda
1011 Budapest, Gyorskocsi u. 12. II. 3.
Telefon: 156-8897 201-8719
Telefax: 156-8897

Az aminosfluoridot tartalmazó Elmex termékek igen hatékonyan gátolják a fogszuvasodást

GASTROENTEROLOGIA

Helicobacter pylori kiirtása és non-ulcer dyspepsia tünetei. Patchett, S. és mtsai (Meath and Adelaide Hospitals, Dublin): Brit. med. J., 1991, 303, 1238.

A non-ulcer dyspepsia (NUD) heterogen betegcsoportot jelent, hatásos kezelése nem ismert. 1988-ban egy nemzetközi munkacsoport a NUD-ot a következőképpen határozta meg: felső hasi vagy epigastriális fájdalom, diszkomfort érzés, gyomorégés, hányinger, hányás, melyek több mint 4 hete állnak fenn, helyi ok vagy szisztémás betegség kizárható.

A szerzők azt vizsgálták, hogy a NUD tünetei összefüggnek-e a *Helicobacter pylori* (Hp) fertőzéssel. Összesen 90 Hp pozitív beteget vettek be a tanulmányba és a betegeket 3 kezelési protokollba sorolták be: 1. kolloid bizmut szubcitrát 4 × 120 mg/die 4 hétig, 2. metronidazol 4 × 400 mg/die + amoxicillin 3 × 500 mg/die 1 hétig, 3. kolloid bizmut szubcitrát 4 × 120 mg/die 4 hétig + metronidazol 3 × 400 mg/die 1 hétig + amoxicillin 3 × 500 mg/die az első héten.

90-ből 83 beteg fejezte be a kezeléseket (23 férfi, 60 nő, átlagos életkor 56,3 év, 22–77 év). A 83 betegből 41 betegben sikerült eradikálni a Hp-t (49%), 42 beteg Hp pozitív maradt (51%). Mindhárom kezelési csoportban szövettanilag javult a gastritis. A gastritis javulása szignifikánsan korrelált a Hp eradikációjával. A tünetek javulása viszont független volt a Hp eradikáció sikerétől és a gastritis szövettanától.

A szerzők nem találtak kapcsolatot NUD-ban a tünetek javulása és a Hp kiirtása között, így nem tartják valószínűnek, hogy a Hp etiológiai szerepet játszon a NUD kialakulásában.

Kisfalvi István dr.

Egyhetes kezelés a Helicobacter pylori kiirtására. Logan, R. P. H. és mtsai (Central Middlesex and St. Mary's Hospitals, London): Lancet, 1991, 338, 1249.

Nem rendelkezünk teljesen biztos *Helicobacter pylori* (Hp)-ellenes kezeléssel, noha ismert, hogy a Hp gyakori oka a gastritisnek és fontos tényező a duodenalis ulcus recurrensében.

A szerzők egy rövid, egyhetes hármas terápiával szerzett tapasztalataikról számolnak be. Ez a terápia a következő volt: trikalium dicitrát bismutát 4 × 120 mg/die 7 napig, amoxicillin 4 × 500 mg/die 7 napig, metronidazol 5 × 400 mg/die 3 napig 5–7. napon. Ha penicillin túlérzékenység állott fenn, akkor amoxicillin helyett erythromycint adtak 4 × 500 mg/die dosisban.

Hp pozitív 106 peptikus fekélyes és non-ulcer dyspepsiás beteget kezeltek ezzel az

egyhetes hármas gyógyszerkombinációval. Az így kezelt 106 Hp pozitív beteg közül 76 (72%) vált Hp-mentessé és maradt Hp negatív átlag 9,3 hónapos követési idő alatt is.

A metronidazolra sensitív (in vitro korong módszerrel vizsgálva) Hp-vel inficiálódott 43 beteg közül 40 (93%) vált a hármas kombinációs kezelésre Hp negatívvá, tehát ha a Hp metronidazolra érzékeny, akkor a Hp eradikáció még nagyobb arányú. Az egyhetes hármas terápia mellékhatásai enyhék voltak, a leggyakoribb mellékhatás az ízérzékszavar (24%) és a laza széklet ürítés (20%) volt.

A szerzők tapasztalataik alapján az egyhetes hármas terápiát megbízhatónak, hatásosnak, olcsónak, jól tolerálhatónak tartják a metronidazol-sensitív Hp kiirtásában.

Kisfalvi István dr.

A Helicobacter pylori kiirtását befolyásoló tényezők. Graham, D. Y. és mtsai (Veterans Affairs Med. Cent., Houston, Texas): Gastroenterology, 1992, 102, 493.

A *Helicobacter pylori* (Hp) teljes kiirtása nehéz feladat. Az egy vagy két antimikrobás szerrel történő kezelés kevésbé hatásos, a siker erősen alatta marad az 50%-nak. Újabban három antimikrobás gyógyszer kombinációjával értek el 50% feletti Hp eradikációt, de a siker változó, és az azt befolyásoló faktorok ismeretlenek. A szerzők által alkalmazott hármas antimikrobás terápia a következőkből állott: tetracyclin hidroklorid (4 × 500 mg/die, 10, 14 vagy 28 napig adva), bismut subsalicilat (Pepto-Bismol tbl à 150 mg/napi 5 vagy 8 tbl, 10, 14 vagy 28 napig adva), metronidazol 3 × 250 mg/die (14 napig adva). E gyógyszerekből 4-féle hármas terápiás protokollt állítottak össze a Hp kiirtására. Aktív fekélyeseknek este 300 mg ranitidint is adtak a hármas terápia mellett. Hp eradikációról akkor beszéltek, ha a terápia befejezése után 1 hónapra Hp már nem volt kimutatható az antrumból vett biopsiás mintákban szövettani vizsgálattal (Warthin–Starry-festés) és tenyésztéssel, és a ¹³C-urea kilégzési teszt is negatív lett.

108 beteget kezeltek a szerzők hármas terápiával. Azokban a betegekben, akik a hármas terápiás kezelésben előírt gyógyszereknek több mint 60%-át beszedték, a Hp eradikációs arány hasonló volt függetlenül attól, hogy a beteg melyik terápiás protokollba tartozott és mi volt az alapbetegsége (duodenalis vagy gastrikus fekély, illetve Hp pozitív gastritis). A Hp kiirtás sikere 96%-os volt, ha a betegek az előírt gyógyszereknek több mint 60%-át beszedték, ha a gyógyszereknek kevesebb mint 60%-a fogyott csak el, akkor a siker csak 69%-os volt.

Ezek alapján a szerzők arra következtetésre jutnak, hogy a Hp kiirtásában a legfon-

tosabb befolyásoló tényező a betegek compliance-a, azaz a beteg beszedi-e a részére előírt gyógyszereket.

Kisfalvi István dr.

Helicobacter pylori fertőzés és gyomorrák rizikó. Parsonnet, J. és mtsai (Dept. of Med. and Pathology, Stanford Univ. School of Med., California, Div. of Research, Kaiser Permanente Medical Care Program, Oakland, Orentreich Foundation for the Advancement of Science New York, USA): N. Engl. J. Med., 1991, 325, 1127.

A gyomorrák a második leggyakoribb carcinoma a világon. Az utolsó 50 év drámai csökkenése ellenére az incidencia ma is igen magas. Hypothesisek szerint inkább környezeti tényezők, mint genetikai faktorok játszanak szerepet a betegség keletkezésében. A környezeti tényezők kutatásában fontos elem a diéta, legújában identifikálták a *Helicobacter pylori* (régiben *Campylobacter pylori*) mint a krónikus, gyomorban előforduló gyulladások oki tényezőjét. A *H. pylori* kapcsolatban van az atrophias gastritis chronicával, ami precursora a gyomorrák intestinalis típusának.

Az 1960-as évek közepétől 128 992 személyt követtek az egészségügyi szervek. 1964 és 1969 között mélyhűtött plazmát tároltak a Kaiser Permanente Medical Care Program keretében a fenti populációtól, ebből 186 gyomorrákot beteg találta alkalmasnak a vizsgálatban való részvételre. Nem, kor és faj szerint hasonlították össze őket a kontroll 186 gyomorrák nélküli csoporttal. A tárolt fagyasztott plazmákat vizsgálták IgG antitest-*H. pylori* immun-assay (agarose A enzim) eljárással. Az eredményeket csoportosították dohányzás, vércsoport, fekélybetegség és gyomorműtét anamnesise szerint, mely adatokat kollektív kérdőív útján nyerték. A szövettani metaszetek és kórszövettani jelentések felülvizsgálata a gyomorműtét szövettani eredménye alapján történt.

Az átlagos eltelt idő a serumvételtől (tárolástól) a gyomorrák diagnózisának felállításáig 14,2 év volt. 109 bizonyított gyomor adenocarcinomás betegből (cardia-tumorkok kizárva) 84%-nak már megelőzően volt *H. pylori* fertőzése. A kontroll csoportban ez 61% volt.

A gastrooesophagealis átmenet tumorai nem voltak összefüggésbe hozhatók a *H. pylori* fertőzéssel, de a gyomor cardia tumorai sem. A *H. pylori* különösen erős rizikófaktorok bizonyult a nőknél és a feketéknél. A gyomor előrement műtétje független kapcsolatban volt a gyomorrák kifejlődésével, de a peptikus fekélyes anamnesis negatív értelemben szerepelt. Sem a vércsoport, sem a dohányzás nem volt hatással a rizikóra. A *H. pylori* fertőzés kapcsolatban van a gyomorrák magasabb rizikójával, de lehetséges az is, hogy a malignus feltételek pathogenesisében kofaktorként szerepel.

Novák László dr.

Ocreotid hatása a vékonybél motilitására és bakteriális túlbujánzásra sclerodermában. Soudah, H. C. és mtsai (The Dep. of Int. Med. Gastroent. Research Unit, Univ. of Michigan Medical Center): N. Engl. J. Med., 1991, 325, 1461.

A sclerodermás betegek több mint felében a vékonybél is károsodik. Manometriával kimutatható, hogy a kopláló betegben jelentősen csökkent, vagy teljesen hiányzik a ciklikus kontraktilitás (migráló motoros komplex = MMK). Klinikai következményként a bélbaktériumok túlszaporodása és pseudo-obstrukció alakulhat ki. Ezen állapotok kezelése igen nehéz, mert a szokásos prokinetikus szerek hatástalanok. Ismert, hogy a somatostatin egészséges egyének duodenumában fokozza a motoros tevékenységet.

A tartós hatású somatostatinnal analóg ocreotid — amelyet endokrin tumorok kezelésében alkalmaznak — az előbbihez hasonlóan segíti elő a kontrakciót kutyában. A szerzők az ocreotid hatását vizsgálták hat egészséges és öt sclerodermás betegben. A kontroll csoport 10 µg, a sclerodermás 100 µg gyógyszert kapott szubkután éhgyomorra. Mérték a vékonybél motilitását és meghagyták a motilin koncentrációt a plazmában. A készítmény motorikus hatását összevetették az abdominalis tünetekkel és a baktérium tartalommal, amelyet hidrogén kilégző próbával határoztak meg. Normál egyénben az ocreotid a vékonybél MMK-t 2–3-szorosra növelte. A sclerodermás betegekben, akiknek nem volt spontán MMK-juk, az inj. hatására $3,6 \pm 2,3$ összehúzódnásuk keletkezett minden három órában. Sebességük megegyezett az egészségesekben mért értékkel, amplitúdójuk azok kb. $\frac{2}{3}$ -a volt. A sclerodermában emelkedett motilin koncentrációt az ocreotid csökkenti, ami azt jelenti, hogy a készítmény vékonybél aktivitást fokozó hatása független a motilintól. A három héten át esténként adott 5 µg ocreotid csökkentette a hidrogén kiválasztást a légutakon keresztül, mind éhezés esetén, mind 50 g glucose elfogyasztása után. Ezzel egy időben csökkentek a beteg panaszai; nausea, hányás, puffadás és hasi fájdalmak. Az ocreotid képes duodenális MMK-t előidézni, gátolja a gyomor aktivitást egészségesekben és sclerodermásokban, hasonlóan a somatostatinhoz.

Bár viszonylag kevés esetről számolnak be — ismerik el a szerzők —, az eredmények egyértelműen arra utalnak, hogy az ocreotid serkenti a duodenális motoros aktivitást sclerodermás betegekben. Háromheti kezelés normalizálja a hidrogén kiválasztást, csökkenti a szubjektív panaszokat. A készítmény tehát hasznos lehet a sclerodermás betegek kezelésében a vékonybél motilitás fokozása és a bakteriális túlbujánzás megállítására vonatkozásában. Ezek alapján indokolt egy hosszú távú vizsgálat az ocreotid hatásának minden oldalról történő megállapítására.

Preisich Péter dr.

Remény a vékonybél scleroderma kezelésére. Toskes, P. P. (University of Florida): N. Engl. J. Med., 1991, 325, 1508.

A vékonybél-érintett sclerodermás betegek kezelése nem megoldott. A legtöbb beteg teljesen legyengül, hiába a diéta, parenterális táplálás és az ismert prokinetikus készítmények. A cisapridnak van egy rövid ideig tartó kedvező hatása a motilitásra és a vékonybél pseudo-obstrukciójára, de tartós effektust nem sikerült elérni. Soudah és mtsainak (1. előző ref.) cikke 5 beteg sikeres kezeléséről számol be egy somatostatin analóg készítménnyel, az ocreotiddal. Klinikusok eddig azt feltételezték, hogy az ocreotid inkább hipomotilitást és baktérium túlszaporodást idéz elő, mint hiperomotilitást és a baktériumok számának csökkenését. Egyes legújabb klinikai tanulmányok azt sugallják, hogy a steatorrhoeával járó számos betegségben (VIP, carcinoid sy., acromegalia), amelyet ocreotiddal kezeltek, a hypomotilitás és baktérium túlszaporodás a gyógyszernek köszönhető. Az idézett közleményben viszont kis adag ocreotiddal a motoros aktivitás fokozódását észlelték, amely hatás független a motilintól. Soudah és mtsai azon javaslata, hogy végezzenek prolongált prospektív vizsgálatokat ocreotiddal — jogos.

Preisich Péter dr.

A primer gyomor-lymphoma gyakorisága Olaszország északkeleti részében. Digliani, C. és mtsai (Osp. Civile, Feltre, Olaszország): Lancet, 1992, 339, 834.

A nyugati országokban a primer gyomor lymphoma (PGL) ritkán fordul elő, a gyomor rosszindulatú tumorainak mintegy 1–5 %-át képezi. A legutóbbi években Itália északkeleti részében elég sok esetet diagnosztizáltak, ezért az eredményeket összehasonlították 3 hasonló angliai várossal. Feltrén, ill. környékének 56 000 lakosa van, akik az ottani kórház vonzáskörzetéhez tartoznak, és ezért egységes szempontok alapján végezték el a különböző vizsgálatokat, beleértve a gastroscopiát és a biopsziát. A biopsziás anyagot egyetlen pathologus értékelte; hasonlóan történtek a vizsgálatok a 3 brit városban is. Hodgkin- és non-Hodgkin-lymphomák (NHL), valamint primer adenocarcinoma előfordulását vetették össze. Hodgkin-kór esetében nem volt különbség, viszont Feltrén a PGL frekvenciája 13-szorosa volt az Egyesült Királyságban észlelt esetekénél. Olaszországban az 1343 értékelhető gyomorbioszias mintában 11 PGL-t találtak, ami öt évre és 100 000 lakosra vonatkoztatva 98-nak felelt meg, hasonló elterjedtségű volt a primer gyomorrák is, ami 1223/100 000 lakos/5 év. Helicobacter pylori a betegek 87 %-ában tudtak kimutatni, 586 esetben pedig idült gastritist lymphocytás folliculussal. A praedisponáló faktorok közül megemlíti a Helicobacter pylori infekció gyakoriságát, amit az angliai városokban

nem néztek, de elképzelhető, hogy egyéb tényezőknek, így az étrendnek is lehet valami szerepe a NHL-k kiterjedtségében.

[Ref.: A Hodgkin és non-Hodgkin lymphomák aetiologiájában nemcsak Japánban, hanem Olaszországban is sikerült kapcsolatot találni a retrovírusokkal, elsősorban az Epstein-Barr-vírussal, melyet a közlemény nem említ, de emellett genetikai elváltozások, immundefektus és fizikokémiai ártalmak is szóba jöhetnek mint aetiológiai tényezők.]

Bán András dr.

A profilaktikus scleroterápia szerepe a varix-vérzés megelőzésében. Van Ruiswyk, J., Byrd, J. C. (Department of Internal Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, USA): Gastroenterology, 1992, 102, 587.

A nyelődcső varixok endoscopos scleroterápiája alkalmas az aktív vérzés megállítására és az újabb vérzés megelőzésére. Ha a beteg az első varix-vérzést túléli, elektív scleroterápiával hosszú távon az újrárvérzés veszélye csökkenthető, a túlélési idő növelhető. De vajon megelőzhető-e az első varix-vérzés profilaktikus scleroterápiával? A kérdés eldöntésére végzett klinikai vizsgálatok egy része a profilaktikus sclerotizálást hatékonynak találta a vérzés gyakorisága és a mortalitási ráta csökkentésében (Paquet, 1982; Witzel, 1985), mások azonban nem észleltek szignifikáns különbséget, sőt a Veteran Affairs Cooperative Variceal Sclerotherapy Group által folytatott vizsgálatot a terápiás csoportban észlelt magasabb mortalitás miatt 1987-ben le kellett állítani. A szerzők szerint az elmentmondó eredmények oka a nem egységes szelekciós kritériumokban és esetenként az alacsony mintaszámban keresendő, ezért elvégezték több előzőleg folytatott klinikai vizsgálat meta-analízisét. A meta-analízis objektív, reprodukálható statisztikai módszer, mellyel az alacsony mintaszámú, inkomplezív eredményt adó vizsgálatok összegezhethetők és statisztikai hatékonyságuk növelhető.

8 klinikai vizsgálat (4 német, 3 olasz és 1 amerikai, összesen 587 beteg) adatait dolgozták fel. Az egyes vizsgálatokban a betegek átlagéletkora 42–62 év, a Child B és C stádiumú cirrhosis aránya 51–76 % közötti volt. Jelentős eltérés volt az alkoholos eredetű cirrhosisos betegek arányát illetően; az USA-ban végzett vizsgálatban ez 90 % volt, míg az egyik olasz munkacsoport (Russo, 1989) kizáró kritériumnak tekintette. A kezelések száma és köztük lévő intervallum minden vizsgálatban hasonló volt, az alkalmazott technika (intra-, paravasalis, ill. kombinált) azonban nem volt egységes. Sclerotizáló szerként egy munkacsoport használt tetradecylt, a többiek polydocanolt. A követési idő 13–36 hónap közt változott, ezért a szerzők 13 hónapot tekintettek primer értékelési pontnak.



Makrofer

pezsgőtabletta

- megnövekedett vasigény esetén
- csökkent vasszívódás (gyomorműtétek után gastrointestinális betegségben)
- vérvesztés (gastrointestinális, menstruációs)



Az anaemia az orvosi gyakorlat nap mint nap felmerülő problémája.

Leggyakoribb oka a vashiány, mely felnőtt korban elsősorban gastrointestinális vagy menstruációs vérzés, vagy a terhesség következménye.

A sideropeniás anaemia általában orális vasbevitellel meggyógyítható.

A vashiányos állapot megszüntetésére az oldott formában, orálisan bevitt vasak a legalkalmasabbak.

A Pharmavit Gyógyszergyár Makrofer pezsgőtablettája egy kellemesen bevehető készítmény, mely 80 mg elemi vasat tartalmaz jól tolerálható, jól felszívódó formában. A tablettában lévő aszkorbinsav elősegíti a vas felszívódását.

Makrofer pezsgőtabletta

Hatóanyag

695 mg Ferrum gluconicum (80mg elemi vasnak felel meg) és 100 mg acidum ascorbicum pezsgőtablettánként.

Javallatok: Vashiánybetegség (praelatens, latens és manifest, bizonyított vashiány) megelőzése vagy megszüntetése.

- fokozott vasszívódás (pl. menorrhagia, metrorrhagia, szülés, műtét utáni vérzés, gastrointestinális betegség okozta vérzés, mint pl. ulcus-betegség, bélvérzés, húgyúti vérzés, ismételt vérérdés)
- megnövekedett vasszükséglet (terhesség, szoptatás, serdülőkorban intenzív növekedés)
- elégtelen vasbevitel (egyoldalú, vashiányos táplálkozás)
- csökkent vasszívódás (gyomorműtétek után, gastrointestinális betegségben, malabsorptio esetén).

Ellenjavallatok: Vasfelhasználási zavarral járó betegségek (sideroblastos anaemiák), fokozott vaskraktározással járó állapotok (haemochromatosisok, haemolysis).

Kisgyermeknek és csecsemőknek nem adható.

Adagolás: Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek napi 1, manifest vashiány esetén napi 2-3 pezsgőtabletta, 7-10 éves gyermekeknek napi 1/2-1 pezsgőtabletta.

Kisgyermeknek és csecsemőknek nem adható.

A pezsgőtablettát egy pohár vízben feloldva, étkezés előtt 1/2-1 órával kell bevenni.

A kezelés időtartamát egyénileg kell megállapítani, a vashiány mértéke szerint, a vasanyagcsere kontrollja mellett. Az anaemia korrekciójához általában 2 hónap, manifest vashiányos anaemia esetén a raktárak feltöltéséhez 4-6 hónap szükséges.

Mellékhatások: Gastrointestinális panaszok, étvágytalanság, epigastriális fájdalom, hányinger, hasmenés, székrekedés, nagyrítók túlérzékenységi reakciók. A mellékhatások az adag csökkentésével általában megszűnnek.

Gyógyszerkölcsönhatások

Együttadása kerülendő:

- tetraciklinekkel és a penicillinnal (egymás felszívódását gátolják)
- aluminium, magnézium - és calciumtartalmú antacid szerekkel, valamint a cholestyraminnal (gátolja a vas felszívódását). A fenti gyógyszerek és a Makrofer tabletták beadása között legalább 3 óráknak kell eltelnie.

Figyelmeztetés: Csak vashiánybetegségben hatásos.

A székletet feketére színezi.

Gyermekek elől elzárva tárolandó.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: Orvosi rendelvényre.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelői ár: 80 Ft

Társadalombiztosítási Támogatás: 95%

OGYI eng. száma: 3811/40/91

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Veregyháza

TB támogatás: 95%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.





Magnesium 250 mg

Pharmavit pezsgőtabletta

- csökkent bevitel, felszívódási zavar, vagy megnövekedett ürítés következtében kialakuló magnéziumhiányos állapotok kezelése
- megnövekedett magnéziumhiány kielégítése (terhesség, szoptatás)



A felnőttek napi magnéziumszükséglete 300-350 mg, serdülőké 400 mg, terhes és szoptató nőké 450 mg.

A megnövekedett igény, csökkent bevitel, fokozott magnéziumvesztést okozó tényezők közül a gyakorlatban legfontosabbnak látszik a krónikus diuretikus kezelés következtében kialakuló hypomagnesaemia és refrakter hypokalaemia kezelése, hypertoniás, szívelégtelenségben szenvedő illetve digitáliszt szedő betegekben, olyan esetekben is, amikor a magnéziumhiány szérummeghatározással nem igazolható.

Cardioprotektív hatása miatt kiegészítő kezelésként alkalmazható ischaemiás szívbetegségben és hypertoniában.

A krónikus magnéziumhiányos állapotok kezelésére és megelőzésére alkalmas a per os adható Magnézium 250 mg Pharmavit pezsgőtabletta. A készítmény hatóanyaga magnézium-oxid, amely a pezsgőtabletta feloldásakor jól felszívódó magnézium-citrát sóvá alakul.

Magnesium 250 mg Pharmavit pezsgőtabletta

ATC: A 12 CC 06

Hatóanyag: 420 mg magnesium oxydatum (250 mg magnézium), 150 mg aszkorbinsav pezsgőtablettánként.

Javallatok: Magnéziumhiány megelőzése és megszüntetése; megnövekedett igény (terhesség, szoptatás), csökkent bevitel (alkoholizmus, malnutritio), felszívódási zavarok (bélbetegségek, malabsorptio), jelentős magnéziumvesztés (hányás, hasmenés, égési sérülések, fokozott diuresis okozta hypokalaemiás állapotok, vesebetegségek polyuriás fázisa, tubuláris dysfunctiók, nephrotoxicus gyógyszerek alkalmazása), Hypothyreosis, Cushing kór, Conn syndroma adjuvans kezelése.

Kiegészítő terápiaként angina pectorisban, akut myocardialis infarctusban, szívritmuszavarokban, valamint hypertoniában.

Fokozott neuromusculáris ingerlékenység, izomgörcsök.

Calcium-oxalátok képződés profilaxisa.

Ellenjavallatok: Veseelégtelenség, exsiccosis, hyperthyreosis, Addison kór.

Adagolás: Felnőtteknek naponta 3-szor 1 pezsgőtabletta; gyermekeknek 5 éves korig napi 1 pezsgőtabletta, 5-10 éves korban napi 1-2-szer 1 pezsgőtabletta, 10 éves kortól napi 2-3-szor 1 pezsgőtabletta egy pohár vízben oldva.

Mellékhatások: Nagyobb adagok bevételénél enyhe székletlágyító hatás, esetleges hasmenés jelentkezhet; ilyenkor az adagot csökkenteni kell.

Gyógyszerkölcsonhatások: Az orális tetraciklinek, vas-sók és nátrium-fluorid felszívódását gátolja.

A fenti gyógyszerek és magnézium bevételé között legalább 3 óráknak kell eltelnie.

Figyelmeztetés: Nagy adagok tartós szedése hypermagnesaemiához vezethet. Tünetei nem specifikusak: gyengeség, hányás, hypotensio, bradycardia, hyporeflexia, EKG-változások, központi idegrendszeri depresszió. Ilyen esetekben ellenőrizni kell a szérum magnéziumszintet. Elősegítheti a kalcium-magnézium-ammóniumfoszfát struvit kövek kialakulását.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, fénytől védve, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: 1 doboz vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelési ár: 70 Ft

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 80%

OGYI eng. szám: 209/40/92

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Veregyház

TB támogatás: 80%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.



A 13 hónapos összegzett mortalitás a kontroll csoportokban átlag 27%, a terápiás csoportokban átlag 17% volt, ami 41%-os relatív csökkenésnek felel meg. A legnagyobb mértékű csökkenést alkoholos eredetű cirrhotikus betegek közt észlelték. Az első varix-vérzés jelentkezése szempontjából az összegzett csökkenés átlagosan 19% (-22% és +48% között), a vérzéssel összefüggő mortalitás csökkenése 15% (-14% +39%) volt a terápiás csoportokban. 26 súlyosabb szövődmény (vérzés, stenosis, mediastinitis, pleuritis) és a 3 beavatkozással összefüggésbe hozható haláleset (0,8%) fordult elő.

A szerzők szerint az egyes munkacsoportok eredményei közötti eltérések (részben) véletlenszerű variációval magyarázhatók, és bár a publikált tanulmányok több mint fele nem igazolta a profilaktikus scleroterapia vérzés- és mortalitás-csökkentő hatását, az adatokat összegezve szignifikáns pozitív hatás mutatható ki. Igaz ez még abban az esetben is, ha a VA Cooperative Study akkor még nem publikált, nagy esetszámú ($n = 282$), kedvezőtlen kimenetelű vizsgálatát is bevonják a meta-analitikus értékelésbe, bár ekkor az összegzett mortalitás csökkenése csak 8%.

A szerzők a meggyőzőnek tűnő eredmények ellenére sem javasolják a profilaktikus scleroterapia széles körű végzését a magas költségek, a kezelés szövődményei és egyes kedvezőtlen tapasztalatok miatt. Szigorúna válogatott esetekben (magas rizikójú variánsok, Child B stádiumú, alkoholos eredetű cirrhotikus) lehetségesnek tartják a profilaktikus sclerotizálást, azonban a kezelés helyének kijelölésére további klinikai vizsgálatokat tartanak szükségesnek.

Rakonczai Ervin dr.

Epekövek és vastagbélrákok — van összefüggés, de aligha a cholecystectomy az oka. Jorgensen, T., Rafaelsen, S. (The Glostrup Population Studies, Medical Dept. C, Glostrup Hospital, University of Copenhagen, and Surg. Dept. K, Odense Hospital, University of Odense, Denmark): Dis. Colon Rectum, 1992 35, 24.

A vastagbélrák és epekök közötti lehetséges összefüggés kutatását felerősítette a vastagbélrák és epesavak derivátjainak székletben való megjelenése közötti pozitív kapcsolatról szóló tanulmányok egyre szaporodó száma.

A szerzők 1983 júniusa és 1984 októberé között és 1989 januárja és 1990 márciusa között 145, 76 év alatti beteget operáltak vastagbélrák miatt. Epekök előfordulási gyakoriságukat 4159 randomizált, populációból szelektált egyénnel hasonlították össze. A betegekben szignifikánsan nagyobb előfordulási gyakoriságban jelentkezett epekök a populációhoz viszonyítva, míg a cholecystectomy-műtét száma mindkét csoportban azonos volt. Nem találtak szignifikáns trendet aközött, hogy a jobb oldali vastagbélrákok gyakoribbak lennének epe-

köveseknél, mint anélkülük. Eredményeik és az irodalmi adatok azt mutatják, hogy erős összefüggés van az epekök előfordulása és a vastagbélrák gyakoriság között, de a cholecystectomy nem lehet praedisponáló tényezője a vastagbélráknak.

Az epekövesek gyakrabban betegszenek meg colorectalis carcinomában, melynek oka a másodlagos epesavak fokozott excreciója lehet, ugyanis az magasabb az epeköveseknél, mint a normális epehólyaggal rendelkezőknél. A magas excretio rizikófaktor lehet, az epekök és vastagbélrák vonatkozásában egyaránt. Az is lehet, hogy a vastagbélrák és epekök közös klinikai faktorkkal rendelkezik a rizikó szempontjából. A szerzők elkezdtek kutatásaikban azt a következtetést, melyben jól definiált csoportoknál követik az epekök előfordulási gyakoriságát, a vastagbélrák kifejlődését, és vizsgálják a jelen lévő rizikófaktorokat.

[Ref.: A szerzők igen izgalmas és gyakran tárgyalt kérdést feszegetnek és a jelek szerint alaposan megtervezetten vizsgálják. Szignifikáns különbséget nem találtak az epekök vagy cholecystectomy és vastagbélrák lokalizációja között, habár mégis van valami trend a jobb oldali rákok előfordulási gyakorisága és epekövesek között. Rostdus, zsírszegény diétán élőkben (1. afrikai törzsek) mind az epekök, mind a vastagbélrák igen ritka.]

Novák László dr.

Primer és recurrans Crohn-betegség. 1379 beteggel szerzett tapasztalat. Michelassi, F. és mtsai (Dept. of Surgery, Statistics, University of Chicago, Illinois, USA): Ann. Surg., 1991, 214, 230.

Sebészek és belgyógyászok nagy erőfeszítéssel keresik azokat a betegeket, akiknél a recidív Crohn-betegség magas rizikóval valószínűsíthető. Demográfiaileg, pathológiailag, terápiás effektusok jellemzőit vizsgálva úgy tűnik, hogy szinte mindegyik szerepet játszik a recidíva keletkezésében.

1970 és 1988 között 1379 betegnek kezelték a chicagói egyetemen. Ezekből (átlagéletkor 32,5 év, 322 férfi és 317 nő) 639 legalább egy sebészeti beavatkozáson esett át. A műtétek leggyakoribb indikációja: a belgyógyászati kezelés elégtelensége, illetve eredménytelensége (215 beteg, 33%), fistula jelenléte (154 beteg, 24%) és bélelzáródás (141 beteg, 22%).

Sipolyképződés volt a Crohn-betegség leggyakoribb intraoperatív szövődménye. 582 betegnél (92%) bélresectio vált szükségessé. Primer anastomosis 416-nál (65%) volt lehetséges, időleges stoma 124-nél (20%), végleges stoma 42-nél (7%) történt. A maradék 57 beteg műtétje stricturoplastica vagy valamilyen bypass operatio volt.

Két beteg (0,3%) halt meg. A betegek 95%-ánál sikerült az utánkövetés adatait nyomon követni. 181-nek recurrans betegségét csak műtéttel lehetett gyógyítani. A recidíva 5 év után 20%-os, 10 év után 34%.

A recidív betegség az állandó stomát vagy az előző stomát 62 betegnél (odavezető kacs 46, elvezető kacs 16 esetben) támadta meg. 391, korábban műtéten átesett betegnél keresték a szignifikáns változókat, melyek kapcsolatban lehetnek a recurrans megjelenéssel.

Az egyetlen szignifikáns kapcsolat a betegség támadáspontjainak számával volt összefüggésben, vagyis a recurrans betegség 1,6%-ban jelentkezett azoknál a betegeknél, akiknél csak egy megbetegedett bélszakasz volt, míg 4%-ban azoknál, akiknél több hely betegedett meg. A perineális terület szignifikánsan magasabb rizikóval rendelkezett bármilyen egyéb hasüregi tájékhoz képest.

236 beteg egy támadáspontú, korábbi operatio nélküli Crohn-betegségének elemzése azt mutatta, hogy elsősorban a belgyógyászati kezelés eredménytelensége volt a műtét leggyakoribb indikációja.

Resectio és primer anastomosis 88%-ban a jejunioilealis és terminalis ilealis bélszakaszban volt elvégezhető, időleges stomára csak 12%-ban volt szükség. Vékonybél obstrukcio nem igényelt permanens stomát. A vastagbélre lokalizálódó megbetegedésnél csak a betegek 32%-ánál sikerült primer anastomosisot készíteni, a maradék $2/3$ vagy időleges végleges stoma viselésére kényszerült. A több támadáspontú megbetegedés 2,5-szer több recidívával jár, mint az egyetlen helyen megjelenő Crohn-betegség. A vastagbél Crohn-betegségénél a stoma szükségének rizikója ötszörös a többivel összehasonlítva. A perianalis megbetegedésnél a lokális recidíva valószínűsége már háromszoros.

Novák László dr.

Tartós sulindac kezelés colon polyposisban. Rigan, J. és mtsai (Hosp. Gen. de Granollers, Dept. Med. and Surg., Barcelona): Ann. Int. Med., 1991, 115, 952.

A nem steroid gyulladásgátló sulindac (nincs hazai forgalomban, de egyedi importtal beszerezhető) hatására subtotalis colectomián átesett betegek rectum polypusainak, valamint intakt bélben az adenomatous polypusok nagyságának és számának csökkenését észlelték. A szerzők 7 diffúz colon polyposisban szenvedő eset kezelésével nyert megfigyelésüket adják közre.

Hét 19–48 éves beteg közül 3 familiáris adenomatous, 2 további multiplex hyperplastikus colon polyposisban, 1 beteg Gardner-szindrómában, 1 nem familiáris adenomatous polyposisban szenvedett. A polypusok nagysága 0,2–2,5 cm között változott. A betegek naponta 2×200 mg sulindac kezelésben részesültek, majd 6 hónap után kontroll endoscopia történt. A kezelést ezt követően is folytatták, átlagosan 25 hónapig. A sulindac adagolása előtt és a kezelés 6. hónapjában nyálkahártya biopszia történt, a szöveti prostaglandin E₂ és 6-keto-PGF_{1 α} koncentráció megállapítására.

Hat hónap sulindac kezelés után a polypusok száma és nagysága jelentősen csökkent. Négy esetben a kezelést átmenetileg félbeszakították, melynek során a polypusok — egy eset kivételével — recidiváltak. A kezelést folytatva újabb remissziót, 1 esetben a polypusok eltűnését tapasztalták. Gyógyszer mellékhatás nem fordult elő, a terápiás compliance is megfelelő volt. A bél mucosa prostaglandin E_2 és 6-keto-PGF $_{1\alpha}$ -tartalom 6 hónap után 68, ill. 52 %-kal csökkent.

A sulindac kedvező hatását a colon és rectum diffúz polyposisában kísérletek is bizonyították. A colon polypusai spontán ritkán regrediálnak. Sulindac hatására mind az adenomatosus, mind a diffúz hyperplasiás polypusok száma és nagysága csökkent, a hyperplasiás polypusok fokális adenomatosus elváltozásai eltűntek. Carcinomát az eltávolított polypusokban nem észleltek.

A sulindac hatásmechanizmusa feltételezhetően a szöveti prostaglandin szintézis gátlásán, esetleg a mucosa növekedési faktor termelés csökkenésén alapul. Előbbi feltételezést támogatják a szerzők vizsgálatai, valamint azok a kísérletes eredmények, melyek állatok colorectalis rák sejtjeinek membránjában fokozott arachidonsav tartalmat mutattak ki.

Holländer Erzsébet dr.

RADIOLÓGIA

Traumás röntgenvizsgálatok gyermekkorban. Klinikai és orvosi-jogi szempontok a javallatokat illetően. Alzen, G. és mtsai (Aachen): Dtsch. med. Wschr., 1992, 117, 363.

A nyugati ipari országokban a gyermekkori morbiditás és mortalitás leggyakoribb oka a trauma, ezen belül is előkelő helyet foglal el a koponya-agy sérülése. A szerzők 1386 balesetet szenvedett gyermek és serdülőkorú fiatal 2006 röntgenvizsgálatának eredményét elemzik retrospektíve. A csontfelvételek között a leggyakrabban kért röntgenvizsgálat a koponyafelvétel volt. 369 koponyafelvételből 13 esetben mutattak ki törést, a hatékonysági mutató (a pozitív leletek aránya negatívakhoz képest, százalékban kifejezve): 2,2%. A gyermekek kormegoszlása is figyelemre méltó: a 3. életévben 71-ből 4 törést mutattak ki, míg a 2. életévben készült 80 koponyafelvétel egytől egyig negatívnak bizonyult. A végtagfelvételek hatékonysági mutatója lényegesen magasabb volt, alkar: 54,9%, váll: 47,7%.

Eredményeik alapján megállapítják, hogy a gyermek- és ifjúkorban bekövetkező, gyakran banális, hétköznapi balesetek kapcsán a röntgenvizsgálatok javallatának felállítása túlságosan nagyvonalúan történik. Ebben szerepet játszanak biztosítási és jogi szempontok is. Az utóbbiakat a szerzők részletesen elemzik. Az anamnézis, illetve heteroanamnézis felvételét, a klinikai

vizsgálat elvégzését és gondos dokumentálását nem helyettesíti a röntgenvizsgálat.

Táblázatba foglalva javasolják a megfelelő eljárást koponya trauma esetén, 3 csoportba (alacsony, közepes és magas kockázat) sorolva a betegeket. A hagyományos koponya röntgen felvételek a közepes rizikójú csoportban jönnek szóba, de a negatív lelet nem zárja ki a koponyán belüli sérülést. Izolált vonalas törés (ez teszi ki a koponyatörések 75 %-át) nem igényel speciális kezelést, és csupán fakultatív javallattal képezi a röntgenvizsgálatnak.

Minden balesetet szenvedett gyermeknél szakmailag illetékes orvos — klinikai vizsgálat után — kérhet röntgenvizsgálatot. (Ref.: Ez magától értetődőnek tűnik, de úgy látszik, mégsem az, mert a szerzők hangsúlyozzák: röntgenvizsgálatot nem kérhet orvosi segédszemélyzet!) Ha a sebész vizsgálata alapján nem diagnosztizál törést vagy ficamot, ezt röntgenvizsgálattal nem szükséges igazolni. Nem a koponyatörés kimutatásának van klinikai jelentősége, hanem az agysérülés felismerésének, illetve kizárásának — neurológiai vizsgálat segítségével. Az alapos neurológiai vizsgálat és a beteg klinikai felügyelete fontosabb, mint az, hogy radiológiailag kimutatható-e vagy sem koponyatörés.

Végző következtetés: bár a kezelőorvos jogilag kötelezett részletes írásbeli dokumentációt vezetni, ebbe nem tartozik bele szükségszerűen a röntgenvizsgálat.

Fehérvári Szabolcs dr.

Irányelvek radiológiai vizsgálatok végzéséhez. Chisholm, R. (Hope Hospital Univ. of Manchester School of Med.): Br. med. J., 1991, 303, 797.

A korszerű képalkotó módszerek (ultrahang, CT, izotóp, mágneses magrezonancia) gyors elterjedése az elmúlt két évtizedben nem csökkentette a hagyományos röntgen diagnosztika iránti igényt. Ez utóbbi költségei könyörtelenül növekedtek. Ugyanakkor a ráfordítható pénzforsorások korlátozottak. A növekvő költségek és a diagnosztikus lehetőségek kevésbé hatékony felhasználása miatt az angol Királyi Radiológus Kollégium 1987-ben munkacsoportot hozott létre. Céljaik voltak: hatékonyabb betegellátás, a sugárterhelés és a szolgáltatás költségeinek csökkentése. 1988-ban és 1989-ben egy könyvecskét adtak ki, mely tartalmazza a radiológiai vizsgálatok 12 típusának irányelveit, így többek között a mellkas, koponya, gerinc, has, epeutak és húgyutak vizsgálatát 70 fontosabb klinikai szituációban. Az irányelvek nem helyettesítik a klinikai ítélőképeséget, de segítenek kétes esetekben, amikor nehézségek merülnek fel.

A szerző a továbbiakban rámutat a betegeket érő, felesleges sugárterhelés veszélyeire. A lakosságot érő, emberileg előállított sugárzás dózisének 9/10 része az orvosi diagnosztikából származik (és mintegy felét teszi ki a természetes háttérsugárzás-

nak). Az Egyesült Királyságban (Észak-Amerikában és Európában még nagyobb mértékben) a radiológiai vizsgálatok legalább 20 %-a klinikailag improduktív, mert igen alacsony a valószínűsége annak, hogy a kapott információt a betegellátásban hasznosítsák. A kiadott irányelvek azt sugallják, hogy a beteg ne kapjon több ionizáló sugárzást, mint amennyi klinikailag feltétlenül szükséges. Külön hangsúlyozzák a lumbális gerinc röntgenvizsgálatát, melynek számlájára — becslések szerint — évente 19 halálesetet írható az Egyesült Királyságban. Az emiatt indított perek csökkenthetik a diagnosztikus sugárzás nem megfelelő alkalmazását a jövőben.

A klinikai gyakorlat javítása, az ionizáló sugárzás veszélyeinek felismerése, valamint gazdaságossági megfontolások a hagyományos „kivizsgálás”-tól elvezethetnek a beteg gondosan megválasztott vizsgálatához. Az irányelveket le kell fordítani a gyakorlat nyelvére.

[Ref.: Hazánkban legutóbb a Gyógyszerünk 1987. októberi számában jelent meg az Eü Minisztérium szakmai irányelve a felesleges röntgenvizsgálatok visszaszorítására. Az akkori irányzatot most még inkább erőszerű, minthogy a röntgenfilm ára drasztikusan megemelkedett].

Fehérvári Szabolcs dr.

A radiológiai vizsgálatok felmérése angol és velszi kórházakban. (A Radiológusok Királyi Kollégiumának munkacsoportja): Bourdillon, P. R. és mtsai: Br. med. J., 1991, 303, 809.

Nagy-Britanniában a radiológiai gyakorlatban inkább megválogatják az egyes vizsgálatok alkalmazását, mint más fejlett országokban, például az Egyesült Államokban vagy Franciaországban. Ennek ellenére a lakosság évente több millió szükségtelen röntgenvizsgálaton esik át, melyeknek költsége mintegy 60 millió font. A legnagyobb számú felesleges röntgenvizsgálat a mellkas, valamint a végtagok és az ízületek vizsgálatából adódik, a legnagyobb pénzügyi költség pedig a mellkasi és a báriums vizsgálatokból. A gyakorlat javítása és a betegeket érő sugárdózis csökkentése céljából 1988-ban létrehozták a Királyi Radiológus Kollégium és a Nemzeti Sugárvédelmi Tanács közös munkacsoportját. Ennek a munkacsoportnak felvétele szerint az Egyesült Királyságban végrehajtott röntgenvizsgálatok legalább 20 %-a felesleges, mert a kapott információ használhatósága a betegellátásban igen alacsony fokú. A röntgenvizsgálatok javallataira vonatkozó irányelveket dolgoztak ki és „Tegyük hasznosabbá a Radiológiai osztály munkáját” címmel könyvecskét adtak ki, melyet amilyen gyorsan csak lehet, szét kell osztani az érintett klinikusok között.

Nagyszabású felmérést kezdtek, hogy a későbbiekben lemérhessék a bevett gyakorlat változását. Két velszi és négy angol kórház (három oktató, három nem oktató

kórház) vontak be a vizsgálatba. Széles körű szervezőmunkát fejtettek ki, hogy a számítógépes adatgyűjtés és feldolgozás minél pontosabb és teljesebb legyen. Külön jegezték a kórházban fekvő és az ambuláns betegeknek végzett röntgenvizsgálatokat, azok leggyakoribb típusait: mellkas, végtagok és ízületek, gerinc, has, báriumos vizsgálatok, koponya és kiválasztásos urográfia. A radiológiai adatokat többnyire a röntgenosztályok számítógépéből nyerték (a röntgenosztályok munkaterhelésének regisztrálását Anglia és Velsz számos kórházban drága számítógépes rendszerrel végzik). Az egyes kórházak, szakmák és alszakmák röntgendiagnosztikus igényeinek jobb összehasonlítása érdekében nem abszolút számokat vettek figyelembe, hanem arányosságokat. A kórházban fekvő betegeknek 100 kibocsátott (vagy meghalt) betegre jutó, az ambuláns betegeknek pedig 100 orvos—beteg találkozásra eső röntgenvizsgálatokat számították. A nagyszámú adatot jól áttekinthető táblázatokban feldolgozva ismertetik. Az egyes kórházakat és klinikai szakmákat összehasonlítva nagyfokú eltéréseket tapasztaltak. Az oktató és nem oktató kórházak röntgendiagnosztikai igénye között nem volt jelentős különbség.

A számítógépes adatgyűjtést és feldolgozást folytatják, és egy külön tanulmányban szándékoznak felmérni a királyi kollégium irányelveinek a gyakorlatba történő átültetése eredményét, a hatékonyság javítását.

[Ref.: *A Gyakorló Orvos Könyvtára sorozatban 1974-ben jelent meg dr. Csákány György: „A röntgenvizsgálatok racionális javallatai” c. könyve. Célszerű lenne egy némileg átdolgozott újabb kiadását szétosztani a hagyományos röntgendiagnosztikai vizsgálatokat indikáló magyar klinikusok között.]*

Fehérvári Szabolcs dr.

Az ágyéki gerinc röntgenvizsgálata egy központi kérdés: a jelenlegi gyakorlat kritikája. Halpin, F. S., Yeoman, L., Dunden, D. (Dep. of Diagnostic Radiology, Atkinson Morely's Hosp. London): Br. med. J., 1991, 303, 813.

1990. március és június között a radiológiai osztályon ágyéki gerinc röntgenfelvétellel küldött egymás után következő 100 ambuláns beteg esetében vizsgálták, hogy a vizsgálat kérése összhangban van-e a királyi kollégium irányelveivel. A százból 60 beteg volt 18 és 45 év közötti, közülük 27 volt nő. Mindössze 5 beteget vizsgált meg teljesen beküldő orvosa, 76 volt részlegesen megvizsgálva és 19 beteget egyáltalán nem vizsgáltak meg a röntgenvizsgálat előtt. Normál röntgenlelet volt 37 betegnél, 30-nak volt jelentős fokú discopathiája és/vagy degeneratív elváltozása.

Anyagukban a fertőzés vagy malignus laesio nem fordult elő. A fájdalom foka és a radiológiai lelet között nem volt szignifikáns összefüggés.

Minden orvosi vizsgálatnál egyensúlynak kell lenni a kockázat, valamint a pozitív vagy negatív lelet által nyert haszon között. A lumbalis gerinc röntgenfelvétele a betegre nézve olyan sugárterheléssel jár, mely 40-szerese annak, mint amit a mellkasfelvételnél kap. Különös jelentősége van a gonádok besugárzásának, mivel a betegek jórésze viszonylag fiatal. Míg a heréket takarni lehet, a petefészkek elkerülhetetlenül direkt sugarat kapnak a lumbalis gerincfelvételek készítése során.

Az ágyéki gerinc röntgenfelvételének költségét Angliában 13 fontra becsülik. Jelentős megtakarítást lehetne elérni, ha a klinikusok figyelembe vennék a kollégium irányelveit. Az érintett 26 általános gyakorló orvos közül csak három hallott a kollégiumi irányelvekről és 16 nyilatkozott úgy, hogy érdekelnék azok. Amennyiben szigorúan alkalmazták volna az irányelveket, a 100-ból 52 vizsgálatot nem kértek volna.

Milyen lehetséges haszon várható a lumbalis gerincfelvételektől? Az, hogy megerősítse az orvos diagnózist, vagy pedig kizárjon komoly betegségeket. A tapasztalatok szerint normál röntgenlelet mellett súlyos betegség állhat fenn, ugyanakkor a lumbalis regio elváltozásainak nincs feltétlenül klinikai jelentősége. Számos általános gyakorló orvos azért rendeli el a röntgenfelvételeket, hogy azok segítségével kizárjon komoly betegségeket, mint például malignus laesiót. A csigolyametastasisok kimutatására az izotóp szcintigráfia a megfelelő módszer.

Mely esetekben indokolt a lumbalis gerinc röntgenvizsgálata? *Nachemson* azt javasolja, hogy azon betegek részére tartsák fenn, akiknél általános betegség tünetei vannak jelen, mint láz, súlyvesztés, magas vérsejtszűnyedés. Ezenkívül azon fiatal betegeknek, akiknél spodylolisthesis és idősebb betegeknek, akiknél malignus elváltozás vagy osteoporotikus csigolyatörés alapos gyanúja merül fel. Hátfájás esetén rutinszerűen készített röntgenfelvételek értékelése során 1 : 2500-hoz az esélye a komoly betegség (spondylitis, metastasis, listhesis) kimutatásának. Akut hátfájás esetén nem indokolt röntgenfelvételek készítése, csak ha hat heti időszak alatt nem szűnik meg a fájdalom.

A kollégiumi irányelvek tudatosítása és elterjesztése a klinikusok gyakorlatában jelentősen csökkenthetné a felesleges lumbalis gerinc röntgenfelvételek számát és a betegek azon igényét, hogy fájós gerincüket mindenáron megröntgeneztesse.

Fehérvári Szabolcs dr.

A pancreas képalkotó diagnosztikája. Claussen, C. D. (Abt. für radiologische Diagnostik, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen): Fortschr. Röntgenstr., 1991, 155, 483.

A szerkesztőségi közlemény elején a szerző *Röscht* idézi, aki 1967-ben írta, hogy a pancreas röntgendiagnosztikájának csak a

pancreas kórfolyamatai által a környező szervekben okozott elváltozások kimutatásában van szerepe. Még 20 évvel ezelőtt is a radiológusok számára elrejtett szerv volt. Mára azonban a non-invazív ultrahangvizsgálat (UH) és computertomographia (CT) rutinszerűen alkalmazott képalkotó eljárásá vált a pancreas direkt ábrázolásában. Mindkét módszer lehetővé teszi a körülírt vagy diffúz intra- vagy extrapancreatikus elváltozások ábrázolását. A mágneses rezonancia tomographia (MRT) is lehetővé teszi a pancreas megjelenítését. Az endoscopus retrograd cholangiopancreatographia (ERCP) segítségével megjeleníthető a pancreas kivetítő rendszere. Az epeutak kompressziójával járó folyamatok megítélésében és percutan drainage szükségességének elbírálásában a percutan transhepatikus cholangiographia bír jelentőséggel. További lehetőségek a folyamatok dignitásának megítélésében az UH, ill. CT vezérelt biopsziában rejlenek.

Az első vizsgálat az UH, nagy felbontóképességű real-time készülékkel. Szükség esetén ezt követi a CT, kontrasztanyag alkalmazásával, ill. az ún. dinamikus CT vizsgálat. További fejlődést jelent az ún. spirál-CT. Utóbbi időben az endosonographia értékes kiegészítő infomációkat nyújthat.

A pancreas egyes fejlődési rendellenességei gyakran összetéveszthetők. A pancreas divisumhoz gyakran a fej megnagyobbodása társul, mely tumorra gyanús lehet. Másik nem ritka fejlődési rendellenesség a pancreas annulare, mely duodenum stenosis okozhat chr. pancreatitissal.

A 3 legfontosabb pancreasbetegedés, amelyet képalkotó eljárásokkal kell diagnosztizálni, a következő: akut és chr. pancreatitis, pancreas tumor.

Acut pancreatitis gyanúja esetén a diagnosztika feladata: tisztázni kell a felső hasi fájdalom okát, meg kell határozni a gyulladásos folyamat kiterjedését, ki kell mutatni a komplikációkat. A CT szenzitivitása akut pancreatitissal 90%, a necrosis kimutatásában 85–90%. Ugyanakkor az UH 24%-ban a gázos belek miatt nem teszi lehetővé a pancreas ábrázolását, így a necrosis kimutatásában az UH szenzitivitása 50% alatt marad.

A chr. pancreatitis irreversibilis morfológiai elváltozásokkal járó kórkép. A diagnosztika nehézsége az elváltozások sokszínűségében rejlik. A szerv megkisebbedése (késői stádiumban atrophia) jellemző, de előfordulhat a szerv diffúz vagy körülírt megnagyobbodása (ami tumorral összetéveszthető), pseudocysta, meszesedés, szöveti inhomogenitás. Nem specifikus jel a d. pancreaticus tárgalata.

A pancreas-cc. kimutatása követelmény a képalkotó eljárásokkal szemben. A korai tumorok tünetszegények, legtöbbjük a felismerésükkor nem resecabilis, környezetét infiltrálta vagy metastasis adott. A tumorok kimutatásában a dinamikus CT találati biztonsága 90% felett van. Újabb az MRT alkalmazása is jó eredményeket ad. A hormonaktív tumorok legtöbbször a klini-

kai tünetek miatt kerülnek felismerésre, praeeoperatív localisatiójuk angiographia, UH, dinamikus CT, MRT segítségével lehetséges.

A pancreas diagnosztikájának további fejlődése ma még felbecsülhetetlen. (Monoclonalis antitestek, immunoscintigraphia, MERT, positron emissziós tomographia [PET], endosonographia.) Ezenkívül megemlíti a szerző az intervenciós radiológia által nyújtott, a beteg hátralévő életét megkönnyítő palliatív beavatkozások lehetőségét.

Pásztor Tamás dr.

A rotatormandzsetta ultrahangdiagnosztikája hibaforrásainak vizsgálata. Casser, H.-R. és mtsai (Orthopädische Klinik der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen): *Ultraschall in Med.*, 1991, 12, 256.

A vállízület ultrahangvizsgálata ma már elfogadott eljárás. Azonban, főleg a rotatormandzsetta vizsgálata nagyszámú hibalehetőséget rejt magában. A szerzők 149 vállízületi panaszokban szenvedő egyén (átlagéletkor: 50,5 év) klinikai tünetei, valamint röntgen- és ultrahangvizsgálata alapján szerzett tapasztalataikból vonják le következtetéseiket.

Először a vizsgálat hibalehetőségeit tárgyalják. A készülék helytelen beállításából (kontraszt, hangintenzitás) megtevesztő képek adódhatnak. Hasonló problémát okoz a transducernak a testfelszínre való nem megfelelő felfekvése is. A vizsgált sík helytelen megválasztása, a vállízület mozgásainak beszűkülése is nehezítheti a helyes vélemény kialakítását. A biceps inat nem csak keresztmetszetben kell vizsgálni. A két oldali vállízület képleteit össze kell hasonlítani.

A következőkben az interpretáció hibalehetőségeit taglalják. A fizikailag magyarázható artefactumok mellett anatómiai, ill. echoszerkezetbeli sajátosságok ismerete is szükséges.

Megemlítenek „válspecifikus” hibalehetőségeket is, ilyenek a mészlerakódások és a „sonographiás rotatormandzsetta-inhomogenitás”.

A szerzők — bőséges irodalmi adatok és saját tapasztalataik alapján — az említett hibalehetőségek ellenére is igen értékes eljárásnak tartják a rotatormandzsetta ultrahangvizsgálatát.

Pásztor Tamás dr.

A ductus thoracicus szakadásának kóris-méje és lokalizálása. A lymphographia és a CT szerepe. Sachs, P. B. és mtsai (The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland): *Amer. J. Roentgenol.*, 1991, 157, 703.

Különböző mellkasi és hasi műtétek után 12 esetben észlelték a ductus thoracicus sérülését. Ez 6 esetben chylothorax, kettőben chylosus ascites, négyben pedig tejserű,

de nem jellegzetesen chylosus mellúri folyadékgyülem formájában jelentkezett. Minden esetben bipedális lymphographiát végeztek. Ez 5 esetben nem mutatott kontrasztanyag extravasatiót a ductus thoracicusból, másik 5 esetben azonban igen. Egyik további betegben a veseágyban találtak nyirokgyülemet, egyben pedig chylosus ascites mellett nyirokúti obstrukciót. A ductus thoracicus extravasatio 5 esetéből négyben a ductust lekötötték, a műtét igazolta a lymphographia leletét, utána a chylothorax megszűnt. Az ötödik betegben a chylothorax spontán gyógyulása miatt nem került sor műtetre. A lymphographián extravasatiót nem mutató betegek közül kettőben a chylothorax spontán gyógyult, egy ismételt punctio, egy pedig pleurodesis után rendeződött, az ötödik gastroplastica anastomosis-elégtelenségének műtéti megoldása után gyógyult. A veseágyi nyirokgyülemet exploratív laparotomia igazolta, a beteg egyéb okból egy hónap múlva meghalt. Az utolsó, nyirokúti obstrukció miatt chylosus ascitesben szenvedő beteg ismételt haspunctiókkal még 27 hónapig élt.

A lymphographiának a kórisme tisztázásában döntő szerepe van. Negatív lelete esetén remélhető a konzervatív kezelés eredményessége. A CT vizsgálatról többletinformáció nem várható.

Laczay András dr.

Rákos betegek májjáttéteinek kimutatása. Sonographia, CT és MR képalkotás érzékenységének összehasonlítása. Vernecke, K. és mtsai (University of Münster Medical School, Münster): *Amer. J. Roentgenol.*, 1991, 157, 731.

Miután kiderült, hogy colorectalis carcinoma májmetastasisainak sebészi eltávolítása 20–40% 5 éves túlélést eredményezhet, különösen fontossá vált a májjáttétek kimutatásának tökéletesítése, az erre szolgáló optimális eljárás meghatározása. Erre törekedtek a szerzők, amikor 75 gastrointestinalis tumor miatt műtetre küldött betegben hasonlították össze az ultrahangvizsgálat, a CT és a mágnesrezonanciás rétegvizsgálat teljesítőképességét a májjáttétek ábrázolásában.

Az ultrahangvizsgálat 3,5 és 5 MHz konvex transducerekkel végezték. A CT vizsgálat natív, bolus kontrasztfokozásos dinamikus és késleltetett kontrasztfokozásos módszerrel történt, kihasználva tehát a CT technika minden ez irányú lehetőségét. Ugyanez érvényes a MR vizsgálatra, melyet négyféle szekvencia alkalmazásával végeztek. Az egyes vizsgálatok eredményeit a műtéti lelettel, az intraoperatív sonographia leletével és a májbiopsia eredményével összehasonlítva elemezték. Mivel egyik vizsgáló eljárás sem alkalmas minőségi kórisme megállapítására, pusztán a májbeli góc ábrázolásának kérdésével foglalkoztak.

Összesen 95 májjáttétből a CT vizsgálat

65-öt tudott kimutatni (= 63%), a mágnesrezonanciás rétegvizsgálat 60-at (= 63%), az ultrahangvizsgálat 50-et (= 53%).

Az 1 és 2 cm közötti átmérőjű gócotak közel azonos érzékenységgel tudták kimutatni CT és MR vizsgálatokkal, de az ennél kisebb képletek vonatkozásában a MR teljesítménye gyengébb volt, a CT 49%-ával szemben csak 31%. Ugyanakkor az 1 cm-nél kisebb gócotak terén az ultrahangvizsgálat már csak 20% érzékenységre volt képes. A 2 cm-nél nagyobb átmérőjű gócotakra vonatkoztatva mindhárom módszer 100% érzékenységgel bizonyult. 1 cm alatt egyik sem megbízható, és kombinált alkalmazásuk sem javít számottevően az eredményeken.

Laczay András dr.

SEBÉSZET

A profilaktikus antibiotikus kezelés időzítése és a sebészeti sebfertőzés kockázata. Classen, D. C. és mtsai (Dep. of Clin. Epidemiology, LDS Hospital and Div. of Infect. Dis., Univ. of Utah School of Med., Salt Lake City): *N. Engl. J. Med.*, 1992, 326, 281.

A profilaktikus antibiotikus kezelés hatássosságát a sebészeti sebfertőzések megelőzésében számos randomizált vizsgálat bizonyította, vitatott azonban a kezelés időzítése.

A szerzők 2847 elektív sebészeti beavatkozáson átesett betegen vizsgálták, melyik a profilaktikus antibiotikus kezelés optimális időpontja. A műtéteket két csoportra osztották: teljesen steril és steril-fertőzött műtétekre. Utóbbi csoportba azokat a betegeket sorolták, ahol a műtét során valamilyen testüreget megnyitásra került. Megkülönböztetnek: 1. korai antibiotikus kezelést, ha ezt az incisió előtt 2–24 órával kezdték, 2. praeeoperatív antibiotikus kezelést, ha az 0–2 órával az incisió előtt történt, 3. perioperatív kezelést, ha az incisió után 3 órán belül kezdték, és 4. postoperatív kezelést, ha az incisió után 3–24 óra közt történt. Az eredményt számos faktorra kiterjedő logisztikai regressziós módszerrel értékelték ki.

A 2847 betegen 346-féle műtétet végeztek. 1359-et soroltak a teljesen steril és 1488-at a steril-fertőzött műtétek csoportjába.

1706 beteg (60%) praeeoperatív kapta az antibiotikus kezelést, 282 beteg perioperatív, 488 postoperatív, 369 betegnél pedig korai antibiotikus kezelést végeztek. Minden betegnek a műtét után legalább 24 óráig adták az antibiotikumot, 80%-uknak legalább 48 óráig.

44 esetben fordult elő sebfertőzés (1,5%). Az 1708 praeeoperatív kezelt betegnél 10 sebfertőzést észleltek (0,6%), a 282 perioperatív kezeltél 4-et (1,4%), a 488 postoperatív kezeltél 16-ot (3,3%),

a korai kezelést kapott betegnél 14-et (3,8 %). A különbség szignifikáns. Az 1359 steril műtétnél 16 sebfertőzés történt (1,2 %), az 1488 steril-fertőzött műtétnél 28 (1,9 %). A különbség nem szignifikáns.

Az antibiotikumot iv. injekció formájában adták. A leggyakrabban adott antibiotikumok: cefazolin (56 %), cefonicid (12 %), cefoxitin (10 %) és cefamandol (6 %).

Eredményeik alapján a sebészeti gyakorlat felé egyértelműen kimondható, hogy az antibiotikus profilaxist az incísió előtt 0–2 órával kell megkezdeni. Későbbi adagolás esetén szignifikánsan nő a sebfertőzések száma.

Metzl János dr.

Praeoperatív antibiotikus profilaxis. Wenzel, R. P. (Univ. of Iowa, College of Med., Iowa City): N. Engl. J. Med., 1922, 326, 337.

Az USA-ban évente kb. 23 millió beteget operálnak, ezek közül 920 000-nél fordul elő sebfertőzés. Teljesen steril műtétnél 3 %, steril-fertőzött műtétnél (ahol az egyébként sterilen végzett műtét kapcsán valamelyik testtűreg is megnyitásra kerül) 4 %, fertőzött közegben végzett műtétnél 9 % a sebfertőzések aránya. Ez a szám magas rizikófaktorú betegeknél, bizonyos műtétek esetén (pl. cholecystectomy) ötször magasabb is lehet.

A sebfertőzés megkettőzi az ápolási napok számát, és tetemesen emeli az ápolási költségeket. A többlet valószínűleg több, mint évi 1,5 milliárd dollárt tesz ki. A mortalitásra vonatkozóan nem állnak rendelkezésre megbízható adatok, de ez a szám alacsonynak vehető.

A rizikófaktorokhoz tartozik az obesitas, diabetes, egyidejű más lokalizációjú infekció és hosszabb praeoperatív tartózkodás, melynek során nasalis Staphylococcus aureus hordozóktól fertőződhetnek a betegek. Nincsen azonban sebészeti tanulmány arra vonatkozóan, hogy vajon a hordozók orális vagy intranasalis antibiotikus kezelésével csökkenthető-e a sebfertőzések száma. Haemodialyzált betegeknél ezt már kimutatták. A sebfertőzések szempontjából jelentőséggel bír a sebész ügyessége, tapasztalata, és a rövidebb műteti idő is.

Már 30 év előtti tanulmányok is kimutatták, hogy praeoperative adott antibiotikus kezeléssel csökkenthető a sebfertőzések száma, de mivel ebben különböző kísérő faktorok is közrejátszottak, nehéz volt az egzakt kiértékelés.

Classen és mtsainak a lap ugyanezen számában közölt tanulmánya nagyszámú esetben a legkorszerűbb statisztikai módszerekkel történt kiértékelésén alapul. Ezen tanulmány egyértelműen kimutatta, hogy a profilaktikus antibiotikus kezelés akkor a leghatásosabb, ha azt 0–2 órával az incísió előtt kezdik meg. A betegek több mint 70 %-a cefazolint, cefoxitint vagy cefaman-

dolt kapott, ezek felezési ideje 0,7–1,9 óra, ez biztosítja, hogy az incísió pillanatában a vér és szövetek antibiotikum szintje elég magas ahhoz, hogy meg tudja előzni a seb fertőződését. 48 órán túl nem célszerű az antibiotikum adagolás, mert rezisztens törzsek létrejöttét segítheti elő. Valószínű, hogy a gyógyszeripar a jövőben a terápiás célú antibiotikumoktól eltérő, kizárólag a praeoperatív profilaktikus kezelés céljára készült olyan antibiotikumot fog kifejleszteni, mely biztos hatású, hosszú a felezési ideje, egyetlen injekció formájában beadható, és nem túl drága.

Metzl János dr.

24 órás hospitalizáció cholecystectomy után. Saltzstein, E. C. és mtsai (Dept. of Surgery, Texas Tech University School of Medicine, El Paso, USA): Surg. Gynecol. Obstet., 1991, 173, 367.

A korszerű medicinában központi helyet foglal el a biztonságos és hatásos kórházi kezelés a minél kevesebb költségi terhek mellett. Ma már mindennapos az inguinális sérvműtét egynapos kórházi tartózkodással, több beszámolóból ismert nyílt cholecystectomy + nasogastrikus drainage és enterális alimentatio utáni egynapos kórházi tartózkodás. A szerzők 1988 és 1990 között 500 egymás utáni nyílt cholecystectomyt átesett beteg adatait elemezték. Nem zárták ki az akut és gangraenás cholecystitist, a biliaris pancreatitist, a choledocholithiasist, de a diabeteses, hypertóniás vagy elhízott betegeket sem.

A betegek egynegyedét az első 24 órán belül emittálni lehetett, több mint a felét az első 48 órán belül. Ha nincs szükség nasogastrikus szondára vagy iv. folyadékbevitelre, akkor a beteg otthon is biztonságban van. Szignifikáns kapcsolatot találtak az életkor emelkedése és a kórházi ápolás időtartama között. A 35 év alatti betegek majdnem fele hazabocsátható volt az első 24 órán belül, több mint 80 %-a 48 órán belül, az átlagos kórházi tartózkodásuk 1,9 nap. A choledocholithiasis nem prolongálta a kórházi kezelés idejét, a betegek otthonukban is nehézség nélkül felügyelték a T vagy Kehr-csövet, láztalanok voltak, 24 órán belül szájon át táplálhatók voltak. 38 °C feletti lázzal nem bocsátották haza a betegeket. Késői szövődményt nem sikerült a korai emittálás számájára írni.

A vizsgálat elején, 1988-ban nem mind-egyik orvos lelkesedett a nyílt cholecystectomy utáni 24–48 órás korai elbocsátásért, de az eredmények meggyőző volta kérdésessé tette a nyílt cholecystectomyt követő prolongált hospitalizáció létjogosultságát. A betegek többségénél a nyílt cholecystectomy utáni korai elbocsátás biztonságos és költségkímélő. Természetesen alapvető feltétel a háziorvos és a látogató nővér szakszerű vizítése, az esetleges problémák megfelelő értékelése. A gyógyí-

tásban az egyik legnagyobb költség a kórházi kezelés, ezért annak időtartambeli csökkentése szignifikáns anyagi megtakarítást jelent.

[Ref.: A közlemény azért érdemes a rövid ismertetésre, mert tanulságait nálunk is használni lehet; kiderülhet, hogy melyik orvoscsoporthoz, kórházhoz, intézet, klinika képes a fenti elvek figyelembevételével a nyílt cholecystectomy költségeinek radikális csökkentésére.]

Novák László dr.

Laparoscopy cholecystectomy 375 egymást követő beteggel szerzett tapasztalat. Bailey, R. és mtsai (Dept. of Surgery, University of Maryland, School of Medicine, Baltimore, USA): Ann. Surg., 1991, 214, 531.

1989. szeptember és 1991. január között 375 beteget operáltak laparoscopia cholecystectomy útján epehólyagkövesség miatt a marylandi egyetemen. 341 (91%) epeköves beteget elektív alapon, míg 34-et (9 %) akut gyulladásos (24), epeköves eredetű pancreatitis (9) és cholangitis (1) miatt. 20 beteget a műtét kezdete után laparotomia útján kellett folytatni, ez 95%-os laparoscopiai sikert jelentett.

319 beteget (90%) az első 24 órán belül haza lehetett bocsátani. 141 betegnél sikerült i. op. cholangiographiát végezni, ebből ötnél choledocholithiasist találtak, négyenél ERCP segítségével el tudták távolítani a choledochus köveket, egynél a közös epevezeték explorációjára került sor. Az i. op. cholangiographia nélkül operáltaknál 2 (0,9 %) visszamaradt követ detektáltak. Három beteget reoperáltak (0,8 %) perioperatív szövődmények miatt. A teljes laparoscopia cholecystectomy utáni morbiditás 3,5 %, a leggyakoribb fő szövődmény (0,6 %) az egyszeri közös epevezeték sérülés, vagy a ductus cysticus károsodása (10 napon belüli) elégtelensége. Kisebbszövődmények 11-nél (2,9 %) fordultak elő, főleg megszünt d. cysticus epesorgás, postop. haematocrit csökkenés, vizeletretentio, rectushüvely haematoma, mélyvénás thrombosis, anaesthesia alatti aspiratio (pulmonalis károsodás nélkül). Az egyetlen perioperatív halálos oka myocardialis infarctus a harmadik napon, az egyébként szövődménymentes műtét után.

Az átlagos kórházi tartózkodás $1,3 \pm 0,1$ nap volt. A műteti idő $1,7 \pm 0,1$ óra az elektív, és $2,0 \pm 0,1$ óra az akut műtétnél.

A laparoscopia cholecystectomy a beteg gyógyulása szempontjából szignifikáns előnyt jelent, ez azt is mutatja, hogy hatásosságában, a morbiditási rátában, illetve mortalitási százalékban hasonló a nyílt cholecystectomyhoz, sőt a jövőben a laparoscopia cholecystectomy javára további előnyök várhatók a hagyományos cholecystectomyakkal szemben.

Novák László dr.



"A gyors kortikoszteroid"

Befecskendezésre kész injekciós oldat
parenterális kortikoidkezelésre



CELESTONE® Injekció

Betamethasone

ÖSSZETÉTEL

Az 5 ml-es injekciós ampulla 20,0 mg betamethasont tartalmaz.
Az 1 ml-es injekciós ampulla 4,0 mg betamethasont tartalmaz.

FŐ INDIKÁCIÓS TERÜLETEK / ÉLETVESZÉLYES ÁLLAPOTOK

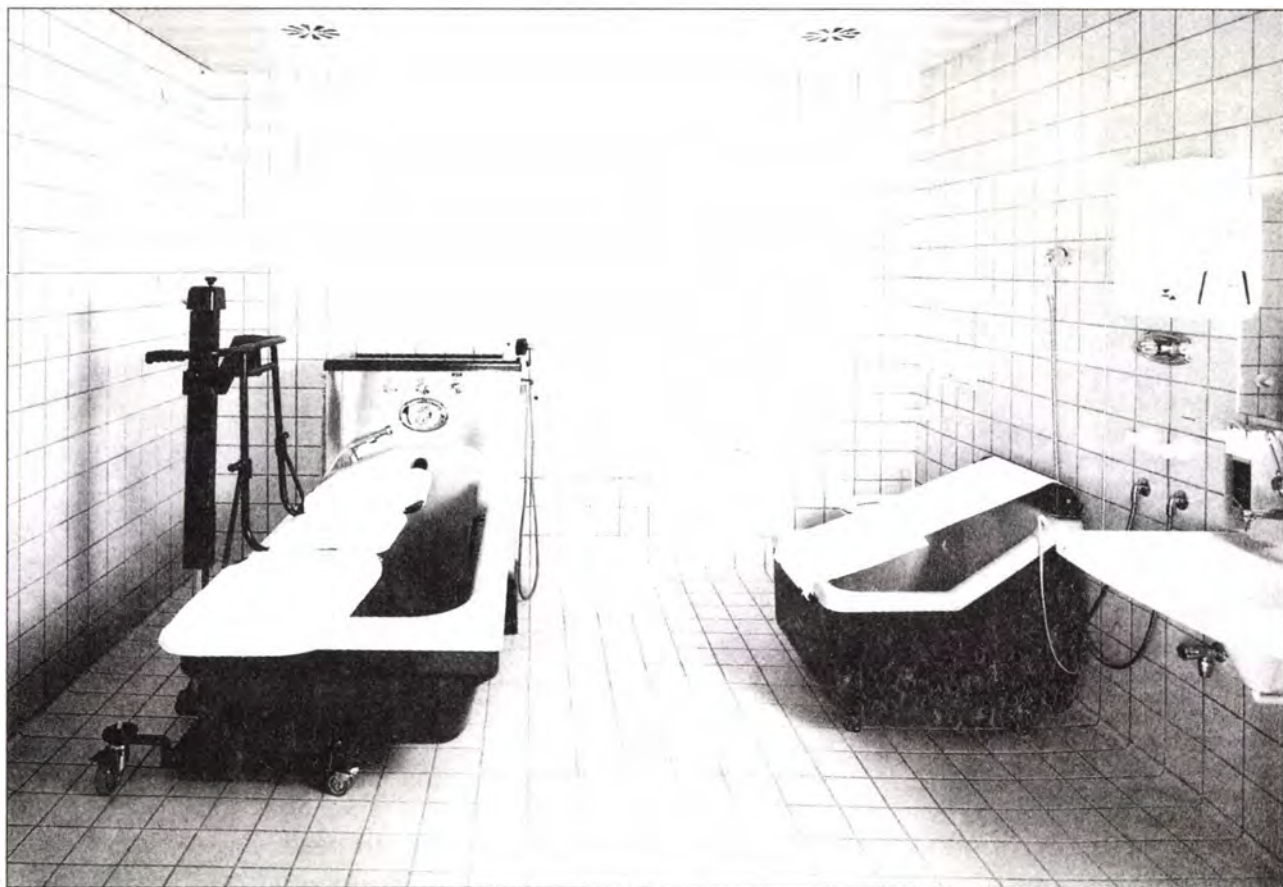
- **Akut és fenyegető sokk-**, illetve kollapsushelyzet.
Kardiogén, szeptikus, égési, traumás sokk, fertőzőes-toxikus sokk és akut tüdőödéma.
- **Akut és fenyegető allergiás-toxikus krízishelyzetek.**
Anafilaxiás sokk, status asthmaticus, transfúziós szövődmények megelőzése és kezelése; akut urticaria, gyógyszer-allergia, mérge-zések, Lyell-szindróma.
- Agyödéma.
Koponya-agytrauma, apoplexia agytumor következtében.
- Súlyos dermatózisok, hyalin-membran szindróma, hemolitikus krízi-sek, májkóma, Krupp-szindróma.

Előállító: Schering-Plough USA
(Essex Chemie East AG, Svájc)
Tölti és csomagolja: HUMÁN Intézet,
Gödöllő (4 mg/1 ml)
Forgalmazza: HUNGAROPHARMA



Schering-Plough / USA

ESSEX CHEMIE EAST AG
INFORMÁCIÓS IRODA
1011 Budapest, Fő u. 14–18. Pf. 68. 1251



A VILÁG EGYIK LEGJOBB LAKÁS- ÉS ÉPÜLETKERÁMIÁJA MÁR KAPHATÓ BUDAPESTEN!

*Német gyártmány,
német minőség, még soha nem látott óriási választék.
A KORZILIUS falcsempék és padlóburkolólapok
kiváló hő-, vegyszer- és fagyásállóak,
nem kopnak, nem csúsznak, könnyen tisztíthatók
és rendkívül esztétikusak.*

Várja Önt
a KORZILIUS kizárólagos magyarországi forgalmazója, a

NAVETTE & NAVETTE Kft.

Budapest, XIV., Ilka utca 25-27.
251-6318/29. m., 251-6898/29. m., 163-6076

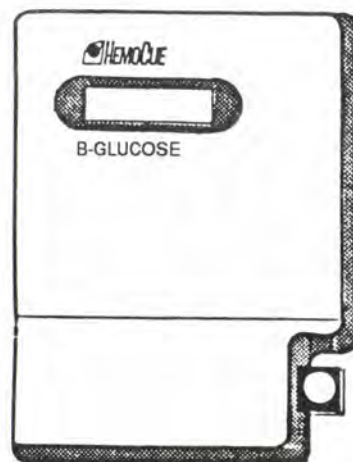
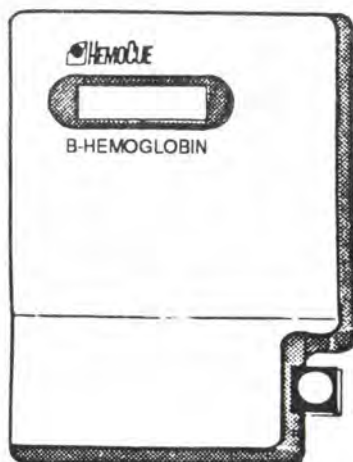
KORZILIUS®

...ÉS A HÁZ BUROKBAN SZÜLETIK

120	Der Urologe A ISSN 0340-2592	26.338,- Ft	311	Zentralblatt Ophtalmologie / Ophtalmology ISSN 0722-9933	147.059,- Ft
131	Der Urologe B ISSN 0042-1111 Urologic Radiology továbbiakban Abdominal Imaging	27.498,- Ft	312	Zentralblatt Radiologie / Radiology ISSN 0722-3072	310.358,- Ft
240	Urological Research ISSN 0300-5623	32.811,- Ft	315	Zentralblatt Rechtsmedizin / Legal Medicine ISSN 0722-3056	259.318,- Ft
428	Virchows Archiv A: ISSN 0174-7398	116.476,- Ft	314	Zentralorgan Chirurgie / Surgery ISSN 0722-6985	186.470,- Ft
443	Virchows Archiv B: ISSN 0340-6075	50.211,- Ft			
508	Wiener klinische Wochenschrift ISSN 0043-5325	18.456,- Ft			
268	World Journal of Surgery ISSN 0364-2313	20.256,- Ft			
345	World Journal of Urology ISSN 0724-4983	15.196,- Ft			
394	Zeitschrift für Ernaehrungswissenschaft ISSN 0044-264X	15.892,- Ft			
391	Zeitschrift für Gerontologie ISSN 0044-281X	17.226,- Ft			
398	Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefaesschirurgie ISSN 0930-9225	11.658,- Ft			
392	Zeitschrift für Kardiologie ISSN 0300-5860	31.958,- Ft			
393	Zeitschrift für Rheumatologie ISSN 0340-1855	18.386,- Ft			
715	Zeitschrift für Stomatologie ISSN 0175-7784	15.126,- Ft			
306	Zentralblatt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Plastische Chriurgie an Kopf und Hals / Oto-Rhino- Laryngology, Plastic Surgery of Head and Neck ISSN 0340-5214	126.759,- Ft			
307	Zentralblatt Haut- und Geschlechtskrankheiten / Dermatology -Venerology - Andrology ISSN 0343-3048	310.358,- Ft			
308	Zentralblatt Kinder- heilkunde / Pediatrics ISSN 0722-8953	269.178,- Ft			
310	Zentralblatt Neurologie - Psychiatrie / Neurology - Psychiatry ISSN 0722-3064	466.436,- Ft			
				Pszichológia - Pszichiátria	
			406	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience ISSN 0940-1334	46.342,- Ft
			451	Forum der Psychoanalyse ISSN 0178-7667	8.688,- Ft
			461	Forum der Psychoanalyse und Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik	16.849,- Ft
			278	Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik ISSN 0171-791X	10.829,- Ft
			461	Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik und Forum der Psychoanalyse	16.849,- Ft
			176	Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik und System Familie	16.791,- Ft
			426	Psychological Research ISSN 0340-0727	27.492,- Ft
			213	Psychopharmacology ISSN 0033-3158	209.589,- Ft
			127	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ISSN 0933-7954	32.811,- Ft
			491	System Familie ISSN 0933-3053	8.572,- Ft
			176	System Familie und Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik	16.791,- Ft

210	Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology ISSN 0028-1298	100.004,- Ft	522	* Praxismagazin med. ISSN 0941-1046	6.711,- Ft
115	Der Nervenarzt ISSN 0028-2804	24.952,- Ft	411	Radiation and Environmental Biophysics ISSN 0301-634X	39.428,- Ft
716	Neuro-Orthopedics ISSN 0177-7955	20.004,- Ft	117	Der Radiologe ISSN 0033-832X	28.432,- Ft
528	* Neurology, Psychiatry and Brain Research Supplement to Zentralblatt Neurologie, Psychiatrie / Neurology, Psychiatry ISSN 0941-9500	21.576,- Ft	194	Rechtsmedizin ISSN 0937-9819	14.616,- Ft
234	Neuroradiology ISSN 0028-3940	42.502,- Ft	576	Rechtsmedizin and International Journal of Legal Medicine Research in Experimental Medicine ISSN 0300-9130	50.112,- Ft
282	Nouvelle Revue Française d' Hématologie ISSN 0029-4810	34.731,- Ft	433	Revue d'Imagerie Médicale ISSN 0998-4321	47.311,- Ft
171	Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases - NMCD ISSN 0939-4753	16.878,- Ft	172	Rheologica Acta ISSN 0035-451	37.643,- Ft
480	Nutrition Reviews ISSN 0029-6643	9.094,- Ft	397	Rheumatology International ISSN 0172-8172	58.667,- Ft
347	Der Ophthalmologe ISSN 0941-293X	8.474,- Ft	296	Der Schmerz ISSN 0932-433X	23.995,- Ft
132	Der Orthopaede ISSN 0085-4530	23.438,- Ft	482	Sexual Plant Reproduction ISSN 0934-0882	9.152,- Ft
590	Orthopedia - Traumatologia ISSN 0940-3264	17.599,- Ft	256	Skeletal Radiology ISSN 0364-2348	23.188,- Ft
198	Osteoporosis International ISSN 0937-941X	23.985,- Ft	717	Spektrum der Augenheilkunde ISSN 0930-4282	38.280,- Ft
608	Paediatric und Paedologie (S) ISSN 0030-9338	19.749,- Ft	281	Springer Seminars in Immunopathology ISSN 0344-4325	10.933,- Ft
581	Pain Digest ISSN 0938-9016	12.322,- Ft	520	* Supportive Care in Cancer ISSN 0941-4355	26.622,- Ft
436	Parasitology Research ISSN 0044-3255	94.702,- Ft	595	* Surgery Today ISSN 0941-1291	17.168,- Ft
292	Der Pathologe ISSN 0172-8113	21.211,- Ft	276	Surgical and Radiologic Anatomy ISSN 0930-1038	49.433,- Ft
246	Pediatric Cardiology ISSN 0172-0643	10.946,- Ft	286	Surgical and Radiologic Anatomy (with French translation) ISSN 0930-312X	32.889,- Ft
467	Pediatric Nephrology ISSN 0931-041X	46.371,- Ft	464	Surgical Endoscopy, Ultrasound and Interventional Techniques ISSN 0930-2794	17.322,- Ft
247	Pediatric Radiology ISSN 0301-0449	36.702,- Ft	122	Theoretical and Applied Genetics ISSN 0040-5752	163.189,- Ft
383	Pediatric Surgery International ISSN 0179-0358	29.702,- Ft	385	Theoretical Surgery ISSN 0179-8669	20.996,- Ft
152	Perinatal Medizin ISSN 0936-7160	6.380,- Ft	721	Thrombotic and Haemorrhagic Disorders ISSN 0934-9669	13.723,- Ft
424	Pflügers Archiv ISSN 0031-6768	139.809,- Ft	147	Transplant International ISSN 0934-0874	27.202,- Ft
584	Pharmaceutical and Pharmacological Letters ISSN 0939-9488	22.098,- Ft	469	Ultraschall in Klinik und Praxis ISSN 0930-8040	11.913,- Ft
523	* Phlebology ISSN 0268-3555	15.659,- Ft	113	Der Unfallchirurg ISSN 0177-5537	26.645,- Ft

A folyóiratok előfizethetők a Springer Hungarica Kiadóban.



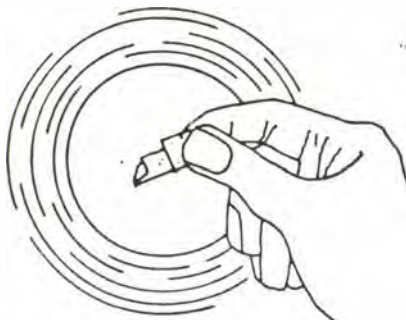
VÉR-HEMOGLOBIN

Ez a hordozható rendszer a világ 50 országában forradalmasította a vér-hemoglobin vizsgálatát. Évente több mint 35 millió alkalommal használják – ez azt jelenti, hogy minden másodpercben végeznek egy vizsgálatot.

Miért?

Mert használata egyszerű. A vérrel való kontamináció minimális. 45 másodpercen belül megtudjuk az eredményt.

És leginkább, mert pontossága és precizitása diagnosztikus használatra teszi alkalmassá.



ÚJ! TELJES VÉR-GLUKÓZ

A legújabb HemoCue®-rendszer rendelkezik a teljes vér módszer előnyeivel, a hozzá hagyományosan társuló hátrányai nélkül. Hisszük, hogy a rendszer forradalmasítja a vércukor meghatározását.

Miért?

Mert használata egyszerű. A vérrel való kontamináció minimális. 40-240 másodpercen belül megtudjuk az eredményt.

És leginkább, mert pontossága és precizitása alkalmassá teszi a diabetes mellitus diagnosztizálására, terhességi diabetes szűrésére, valamint orális glukóz tolerancia teszt során történő vércukor meghatározásra.



Képviselő:
H-1124 BUDAPEST
XII. Dobsinai u. 6/B.
Telefon: 155-8840





STAZEPINE tabletta

HATÓANYAG: 200 mg carbamazepinum tablettánként.

JAVALLATOK: Motoros és pszichopatológias tünetekkel fellépő genuin epilepszia. Pszichomotoros epilepszia. Grand mal kevert epilepsziaformák, lokális görcsrohamok. Főleg pszichés változásokkal együtt járó epilepszia, petit mal roham. (Ilyen esetekben lehetőleg rohamspecifikus gyógyszerekkel kombinálva.) Genuin trigeminusneuralgia.

ELLENJAVALLATOK: AV-blokk. A terhesség első 3 hónapja.

ADAGOLÁS: Egyéni, fokozatosan növekvő adagokban. Epilepsiában: felnőtteknek általában a kezdő adag naponta 200–400 mg (1–2-szer 1 tabl.), majd fokozatosan emelkedve napi 800–1200 mg (2–3-szor 2 tabl.). Esetleg más anti-epileptikummal kombinálva.

Gyermekek szokásos napi adagja:

- 1 éves korig 100–200 mg ($\frac{1}{2}$ –1 tabl.),
- 1–5 éves korig 200–400 mg (1–2 tabl.),
- 6–10 éves korig 400–600 mg (2–3 tabl.),
- 11–15 éves korig 600–1000 mg (3–5 tabl.).

Trigeminusneuralgiában: az adag általában az első kezelési napon 200–400 mg (1–2 tabl.), majd lassan emelkedik, általában napi 600–800 mg-ig (3–4-szer 1 tabl.) a fájdalommentesség bekövetkeztéig, utána fokozatosan csökken a még éppen kielégítő terápiás adagig. Idősebb, érzékenyebb betegeknek kezdeti adagnak elegendő lehet napi 200 mg (2-szer $\frac{1}{2}$ tabl.).

MELLÉKHATÁSOK: Szédülés, aluszékonyság, szájszárazság, hányinger, hányás.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK: Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (az adagot újra be kell állítani).
- ösztrogénekkel (hormonhatást csökkenti).

FIGYELMEZTETÉS: A vérkép és a májfunkció rendszeres ellenőrzése szükséges. Egyéb antiepileptikumról Stazepinre, ill. Stazepinről más antiepileptikumra áttérni — a rohamhalmazódás veszélye miatt — csak fokozatosan és szakorvos ellenőrzése mellett szabad. A kezelést megszüntetni csak többévi rohammentesség után, szakorvos irányításával, EEG-kontroll mellett, fokozatosan szabad.

Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt szeszes italt fogyasztani tilos! Gépjárművezetés, veszélyes munka végzése a Szociális és Egészségügyi Minisztérium rendelete alapján bírálható el. [1/1976. (I. 16.) EüM sz. rendelet, ill. ezen rendelet végrehajtásáról szóló EüM 6/1976 (Eu. K. 3.) sz. utasítás.]

MEGYJEGYZÉS: ✚ ✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal. Epilepsiában szenvedő betegnek az ideg-elme szakrendelés (gondozó) szakorvosa vagy javaslatára a kezelőorvosa (kórházi, üzemi orvos, körzeti gyermekgyógyász) térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS: 50 tabletta.

GYÁRTJA: POLFA Gyógyszergyár — Lengyelország

Exportálja: CIECH Varsó

Felvilágosítást ad:

Polcommerce Kft.

a Polcommerce Wien
leányvállalata,

a
Ciech — Warszawa
képviselete

Lengyel Vegyipar és
Gyógyszeripar
1075 Budapest, VII.
Tanács krt. 25., I. 3.
Telefon: 142-7723, 142-2548
Telex: 22-6388. Fax: 142-2548

Ciech

Tisztelt Kolléga!

Orvosi gyakorlatunkban egyre több külföldi beteg jelentkezik akut ellátásra várva. Döntő többségükben ambulanciáinkon az ott dolgozó fiatal sebészekkel, baleseti sebészekkel találkozhatnak először, mely lényegesen meghatározhatja további sorsukat.

Ezért az EUROCONSULT a SZEZON TOURIST segítségével konferenciát rendez a fiatal sebészek akut sebészeti, baleseti sebészeti ellátás terén lévő tapasztalatairól, gyakorlatukról.

Az előadásokat értékeljük, a legjobbnak ítélt 1000 (Ezer) ATS díjazásban részesül, melyet a helyszínen fizetünk ki.

Az előadás magyar, német vagy angol nyelven történhet, ezzel is lehetőséget adva a nyelvgyakorlásra. A demonstrálásra írásvetítő, dia és video áll rendelkezésre.

A konferencián csak az 1957. január 1. után születettek (max. 35 év) adhatnak elő.

A konferencia helyszíne: Budapest, XIII., Lehel u. 59. 11-es épület. Nyíró Gyula (Róbert K.) Kórház Igazgatósági épület tanácsterme.

A jelentkezés határideje: 1992. október 10.

A konferencia ideje: 1992. október 30. 14.00—19.00

1992. október 31. 9.00—15.00 (pótnap)

Technikai értekezlet: 1992. október 30. 13.30—14.00

Kérjük az előadókat, hogy a technikai értekezleten szíveskedjenek részt venni.

Egy előadás maximum 10 percig tarthat, egy előadó több előadással is jelentkezhet, de mindig külön jelentkezési lapon.

Jelentkezni Dr. Wagner Viktornál (MH KHK Baleseti Sebészeti Osztály, 1134 Budapest, XIII., Róbert Károly krt. 44. Tel.: 120-1600) lehet írásban, jelentkezési lappal.

Tudományos elnök: Prof. dr. Besznayk István az orv. tud. doktora

Döntőbizottsági elnök: Dr. Szelezky Márton oszt. vez. főorvos

A konferencia titkára: Dr. Wagner Viktor

A konferencia főszervezője: Molnár Erika SZEZON TOURIST irodavezető

Kérjük, hogy férfiak öltönnel, nyakkendővel, hölgyek kosztümmel emeljék konferenciánk fényét.

Konferenciánkon bármely érdeklődő kitöltheti tesztkérdéseinket, mely legjobb megoldói között a SPRINGER KIADÓ által adományozott értékes könyvtulványt sorsoljuk ki.

A jelentkezési lap elküldése minden egyéb értesítés nélkül jogot biztosít a részvételre.

A konferencia támogatói a COMPMARK, a JOHNSON AND JOHNSON, a LEGE ARTIS MEDICINAE, a SPRINGER KIADÓ, a SZEZON TOURIST és a ROUSSEL.

JELENTKEZÉSI LAP

Lehetőség szerint kérjük géppel kitölteni!

Név: Dr. _____ Születési idő: _____

Kórház _____, _____
helység név Osztály: _____

Cím: _____ Tel.: _____
utca hátszám

Lakcím: _____ Tel.: _____
helység utca hátszám

Első témaismertetés:	0	Ismételt:	0	
Igényelt segédeszközök dia:	0	Írásvetítő:	0	video: 0
Az értekezés nyelve magyar:	0	német:	0	angol: 0

A megfelelő választ kérjük beikszelni!

Az értekezés címe: _____

Szerző I.: Dr. _____ Szerző II.: Dr. _____ Szerző III.: Dr. _____

Rövid összefoglaló (maximum 20 sor)

Semmelweis Symposium 1992

Signal transduction in mammalian cells

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, 1992. október 5–6

Helye: Nagyvárad Téri Elméleti Tömb

Résztvételi díj nincs.

Program:

Október 5., hétfő

9.00: Megnyitó: Prof. Réthelyi Miklós, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora
9.15–12.30 Előadások

Pozzan T. et al. (Padova, Italy): Cytosolic and intraorganelle Ca^{2+} measurement: its relevance for the study of transmembrane signalling

Thomas, A. P. et al. (Philadelphia, PA): Subcellular organization of calcium signalling in hepatocytes

Irvine, R. F. (Cambridge, UK): Is IP_4 the second messenger that controls Ca^{2+} entry?

Putney, J. W. Jr. et al. (Research Triangle Park, NC): Inositol phosphates and calcium signalling in non-excitable cells

Petersen, O. H. et al. (Liverpool, UK): Agonist-evoked cytosolic Ca^{2+} spikes and waves: Regulation of Ca^{2+} channels and pumps

Sarkadi, B. et al. (Budapest, Hungary): Characterization of the inositol trisphosphatesensitive and -insensitive calcium stores by selective inhibition of the endoplasmic reticulum type calcium pump isoforms in isolated platelet membrane vesicles
14.45–18.00: Előadások

Spät, A. et al. (Budapest, Hungary): Generation of calcium signal and depolarization in adrenal glomerulosa cells

Schlegel, W. et al. (Geneva, Switzerland): Receptor control of Ca^{2+} influx and its impact on cytosolic Ca^{2+} signals

Lew, D. P. et al. (Geneva, Switzerland): Stimulus-response coupling in human neutrophils

Catt, K. J. et al. (Bethesda, MD): The GnRH receptor: Molecular structure and calcium signalling mechanisms

Naor, Z. et al. (Ramat Aviv, Israel): Mechanism of action of GnRH upon gonadotropin secretion: Interaction of Ca^{2+} , protein kinase C and arachidonic acid metabolites

Duda, E. (Szeged, Hungary): Tumor Necrosis Factor evoked signalling in different normal and tumor cells.

Október 6., kedd

9.00–12.15: Előadások

Gierschik, P. et al. (Heidelberg, Germany): Regulation of phospholipase C by heterotrimeric GTP-binding proteins

Wollheim, C. B. et al. (Geneva, Switzerland): Possible role of small-G proteins in insulin secretion

Ligeti E. et al. (Budapest, Hungary): Participation of small molecular weight G proteins in activation of NADPH oxidase in granulocytes

Taylor, C. W. (Cambridge, UK): Quantal calcium mobilization by inositol trisphosphate

Mauger, J.-P. et al. (Orsay, France): Kinetic properties and regulation of the inositol 1,4,5-trisphosphate receptor in rat liver

Damjanovich, S. (Debrecen, Hungary): Differential inhibition and enhancement of distinct signal transducing pathways

13.30–15.15: Poszter szekció

15.15–18.30: Előadások

Vinson, G. P. et al. (London, UK): Multiple second messenger systems: actions and interactions in the adrenal cortex

Dufau, M. L. (Bethesda, MD): The luteinizing hormone receptor

Moolenaar, W. et al. (Amsterdam, The Netherlands): Signal transduction by the mitogenic phospholipid, lysophosphatidic acid

Adám-Vizi, V. (Budapest, Hungary): Ca^{2+} -evoked and Ca^{2+} -independent release of transmitters. The effect of alpha-latrotoxin

Váltorta, F. et al. (Milano, Italy): Signal transduction at the nerve terminal level: role of synaptic vesicle phosphoproteins

Gergely, P. (Debrecen, Hungary): Hormonal control of Serine/Threonine-specific protein phosphatases

A Magyar Ortopéd Társaság 1992. szeptember 28-án hétfőn délután 3 órakor tudományos ülést tart az Ortopéd Klinika Nagytermében (XI. Karolina út 27.)

Tárgy: Veszélyeztetett végtag fejlődési rendellenességek

Üléselnök: Prof. Dr. Vizkelety Tibor

1. Neff G.: (Berlin): A felsővégtag veszélyeztetett fejlődési rendellenességei (német nyelven)

2. Vizkelety T.: Műteti lehetőségek a végtagfejlődési rendellenességek kezelésében

3. Kullmann L.: Rehabilitáció alsó végtag redukciós fejlődési rendellenességei esetében

4. Esetismertetések

A Magyar Reumatológusok Egyesülete 1992. évi vándorgyűlése Miskolcra, Hotel Junó, október 1–3.

Tudományos program

Október 2., péntek

8.30 Ünnepi megnyitó

9–11

Üléselnök: Szegedi Gyula Debrecen

Tamási László Miskolc

Referátum:

Prof. Szegedi Gyula: A citokinek szerepe az immunpatológiai kórképekben

1. Horváth Sz., Somogyi I., Boncz I. és mtsai (Miskolc): Idegrendszeri manifestációk primer Sjögren-szindrómában

2. Tátrai T., Hodinka, L. (Budapest): Tamponád veszélyt jelentő pericardiális fluidum rheumatoid arthritisben

3. Bodolay E., Belicza É., Szegedi Gy. (Debrecen): Prognózis kevert kötőszöveti betegségben

4. Sárközi A., Hámori Gy., Fülöp Cs. és mtsai (Budapest, Debrecen, Chicago): A szérumból keratin szulfát (KS) és különböző klinikai paraméterek kapcsolatának vizsgálata rheumatoid arthritisben (RA) és arthrosisban (OA) betegekben

5. Tamási L., Berecz Zs., Kovács L. (Miskolc): Antikarotin antitestek vizsgálata rheumatoid arthritisben

6. Imre K., Koó É., Seszták M. és mtsai (Budapest): Immunológiai paraméterek vizsgálata arthritis psoriaticában

7. Síró B. (Debrecen): Az osmium tetroxiddal végzett synoviorthesis lehetőségei a hazai reumatológiai gyakorlatban

8. Nagy K., Márton G., Zsirus J. (Miskolc): Folyamatos szeropozitivitást mutató juvenilis rheumatoid arthritis

9. Czirják L., Nagy Z., Szegedi Gy. (Debrecen): I18 progresszív systemás sclerosisos beteg túlélési adatainak elemzése

10. Bálint G., Szobor A., Gátl M. és mtsai (Budapest): A d-penicillamin okozta myasthenia gravis eseteink

11. Fazekas K., Flórián Á., Kormos Z. (Miskolc): Szeronegativ rheumatoid arthritis diagnosztikája és klinikai sajátosságai

12. Ligetfalvy E., Bányai A., Tamási L. (Miskolc, Debrecen): A hypocomplementaemiás vasculitis mint reumatológiai differenciáldiagnosztikai probléma

13. Gömör B., Kiss Cs. Gy., Böhm, Ü. (Budapest): Hogyan használják fel a klinikusok a rheumatoid faktor vizsgálatát?

14. Gátl M., Nemes L., Králl G. (Budapest): Szerzett coagulopathiával társult PSS esete

15. Nemes L. (Budapest): A VIII. factor inhibitor szerepe a reumatológiában

16. Czibolya P., Ujfalussy J., Rencz K. és mtsai (Budapest): Polychondritis, differenciáldiagnosztikai problémát jelentő kötőszöveti tünetegyüttes

17. Surányi P., Zeher M., Szegedi Gy. (Debrecen): Autoantitest termelő B és szabályozó T sejt subpopulációk vizsgálata rheumatoid arthritisben és Sjögren-szindrómában

18. Grósz É., Tripolszky A. (Budapest): Mi okozza a raynaudos jelenségeket neurovascularis váll-öv szindrómában?

19. Bély M., Apáthy Á., Ratkó I. (Budapest): Miliaris tuberculosis, amyloidosis, sepsis és a vasculitis közötti kapcsolat rheumatoid arthritisben

16–19. Betegfórum Miskolcon a Tudomány és Technika Házában

Október 3., szombat

8.30–10.40 (Párhuzamos ülés)

Üléselnök: Batory Gábor Kiskunhalas, Koó Éva Budapest

20. Mihály A., Czirják L., Molnár I. és mtsai (Debrecen): Thrombocytaellenes autoantitestek vizsgálata progresszív systemás sclerosisban

21. Sülle K. (Budapest): Palindrom rheumatismus?

22. Ujváry A., Géher P., Gömör B. (Budapest): Felnőttkori Still-betegség

23. Lukács K., Berecz Zs., Tamási L. (Miskolc): A klinikai kép és a betegség lefolyásának jellemzői dermatomyositis és polymyositis betegekben

24. Hittner Gy., Polgár A., Koó É. (Budapest): HIV fertőzés mozgásszervi manifestációi

25. Tóth E., Temesi M. (Kerepestarcsa): Ultrahang vizsgálat szerepe a végtagfájdalom és duzzanat differenciáldiagnosztikájában

26. Szűcs T., Kiss J. (Debrecen): Derékfájás mögött rejlő asymptotikus discus herniák

27. Síró B. (Debrecen): A korszerű intraartikuláris szteroid kezelés a reumatológiai gyakorlatban

28. Szántó D. (Miskolc): Az extrathoracalis kórképekkel társuló hypertrophiás osteopathia

29. Horváth J., Horváth A., Gerencsér J. (Hévíz): Dysphagiát okozó diffúz idiopathiás skeletális hyperostosis

30. Horváth O. (Budapest): A pszichoterápia helye a reumatológiában

31. *Bazsa G.* (Miskolc): Medencei borda
32. *Ródl L., Papp M., Gyarmati J.* (Miskolc): Rheumatoid arthritises betegek csuklójai műtétei
33. *Kiss Cs., Poór Gy., Minuszova M.* (Budapest): Szérum húgysav szintek vizsgálata és a hyperuricaemia gyakorisága budapesti populációban 8.30–10.40 Poszttervita (Párhuzamos ülés)
- Üléselnök: *Varju Tibor* Nyíregyháza, *Genti György* Kerepestarcsa
34. *Katona K., Lővei Cs.* (Szekszárd): HLA B 27 hisztokompatibilitási antigén vizsgálatok
35. *Kóó É., Seszták M., Hittner Gy. és mtsai* (Budapest): A sternocostoclavicularis érintettség arthritis psoriaticában
36. *Farkas E., Halász K.* (Budapest): Krónikus gyulladásos bélbetegség sacroileitisének 3 éves utánvizsgálata
37. *Porga C., Horváth Z.* (Sopron): Lyme-arthritis esetek elemzése endémiás területen
38. *Somhegyi A., Molnár É., Szilágyi M. és mtsai* (Budapest): Scheuermann-betegség gerinc állapotának változása 1 év során
39. *Kiss K., Kozák R., Zsemlye L.* (Mezőkövesd): Myositis ossificans szimmetrikus multilokális esete
40. *Judák A., Kiss Cs., Mituszova M.* (Budapest): Extraspinalis hyperostosis előfordulása kőszvényben
41. *Szigyártó M., Váci I., Nagy G.* (Miskolc): A térdízületi synovialis cysták okozta pseudotrombophlebitisek
42. *Szombati I., Bart M., Bálint G.* (Budapest): A HAQ, RITCHIE index és VAS változásának értékelése rheumatoid arthritises betegek fizioterápiája kapcsán
43. *Donáth J., Judák A., Mituszova M. és mtsai* (Budapest): Betegségtartam és a szöveti kép közötti viszony Paget-kórban
44. *Kőnya K. Cs., Kapu Cs.* (Miskolc): Osteoporosis a gerincbántalmak hátterében
45. *Korda J., Gadl M., Orutay J. és mtsai* (Budapest): Kevert kötőszöveti betegség benignus formája 3 beteg kapcsán
46. *Csorba M., Kiss F.* (Mezőkövesd): Torpid lefolyású időskori haematogen csigolya osteomyelitis esetismertetés
47. *Héjj G.* (Budapest): Differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó parathyreoidea adenoma esete
48. *Seszták M., Weisz M., Molnár É. és mtsai* (Budapest): Csípőtáji terime diagnosztikájának útvesztői
49. *Vértes P., Winkler V.* (Budapest): Rheumatoid arthritisben és arthritis psoriaticában szenvedő betegek egyéves methotrexát kezelésének nyomon követése
50. *Dankó K., Szegedi Gy.* (Debrecen): Cyclosporin A alkalmazása dermato/polymyositiszes betegek kezelésében
51. *Palkonyai É., Temesvári P., Gécz E. és mtsai* (Budapest): Polymyalgia rheumatica „minimális” hatékony szteroid kezelése
52. *Fülöp J.* (Budapest): Torticollis acuta kezelése Sirdaluddal (Tizanidin)
53. *Bender T., Bariska J., Kelemen J. és mtsai* (Budapest): Non-steroid gél felszívódásának vizsgálata fizioterápiás eljárásokkal
54. *Saad J., Piszker A.* (Budapest): Segédeszközök a rehabilitációban
55. *Nagy Cs.* (Hajdúszoboszló): A hajdúszoboszlói termál gyógyvíz bőr krémvizsgálata reumás kórképekben
56. *Szabó E., Kelemen J.* (Budapest): Halálaj, mint adjuváns terápia rheumatoid arthritises betegek kezelésében
57. *Hárságyi Á., Reményi J.* (Pécs): Flufenamic-sav kenőcs alkalmazásának tapasztalatai bányász betegeknél
58. *Takács K., Tóth I., Batory G. és mtsai* (Kiskunhalas): Leptospirosis gyanúját keltő, akut lumbalis gerincfájdalommal járó súlyos sepsis esete
- 11–13. Az MRE 1992. évi tisztújító közgyűlése második meghirdetésben
- 15–17. Esetbemutatás
- Üléselnök: *Bálint Géza* Budapest, *Szanyó Ferenc* Győr
59. *Winkler V., Arató M., Riesz T.* (Budapest): Giardiasishoz társuló reaktív arthritis
60. *Eiben A., Genti Gy.* (Kerepestarcsa): Juvenilis chronicus arthritis társulása Takayashu-szindrómával
61. *Farkas E.* (Budapest): Morbus Crohn és enteropathiás arthritis együttes előfordulása testvéreken
62. *Vértes P., Winkler V.* (Budapest): Churg–Strauss-szindróma
63. *Rojkovich B., Tátrai T., Hodinka L.* (Budapest): Infect endocarditis kísérő oligoarthritis
64. *Kelemen J., Vértes P.* (Budapest): Prímer biliaris cirrhosishoz társuló oligoarthritis
65. *Szakács I., Insperger A., Domján Gy. és mtsai* (Veszprém): Acrodermatitis pustulosa
66. *Kiss-Antal M., Martos J.* (Balf): Pseudopseudohypoparathyroidismusban szenvedő beteg bemutatása
67. *Takács K., Héjj G., Batory G. és mtsai* (Kiskunhalas, Budapest): Riadalmat okozó incongruens radiológiai lelet csípőízületi panaszok kapcsán, valamint ennek ellentéte váll panaszoknál
68. *Szűts I., Bély M., Gáspárdy G. és mtsai* (Budapest): Az aneurysmális csontcystáról egy esetünk kapcsán
69. *Lengyel É., Varga M., Baraczk K.* (Budapest): Akutan induló, discus hernia tüneteit utánzó neurológiai rendszerbetegség
70. *Somogyi V., Farkas E., Ablonczy É. és mtsai* (Budapest): Határterületdiagnosztikus probléma: mozgásszervi elváltozásokkal járó pseudo-Kaposi-sarcoma esete

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság 35. nagygyűlését nemzetközi részvétellel 1993. május 25–29. között Balatonaligán rendez meg.

PROGRAM:

- Premeetings:
1. Endoszkópos asszisztensek VIII. konferenciája
 2. Treatment of acid related diseases. Symposium (GLAXO)
 3. Nyitott
- Főtéma:
1. Reflux oesophagitis. A nyelőcső motilitási zavarai
 2. Pancreas betegségek '93
- Szabadon választott előadások
- Posztterek
- Klinikopathológiai megbeszélés
- Közgyűlés: 1993. május 28-án 9.00 órakor
- Hetényi Géza-émlék előadást tartja: Dr. Nemesánszky Elemér
- A Magyar Imre Ifjúsági Díj nyertesének előadása

Pro Optimo Merito in Gastroenterologia ki-tüntetést kapják:

Dr. Balázs Márta, Dr. Papp Miklós

Etika a Gasztroenterológiában. Vitaforum

A kongresszus idején orvosi műszer- és gyógyszerkiállítás kerül megrendezésre.

Az előadáskivonatokat 1992. január 10-ig lehet beküldeni a Titkárság címére. A borítékra kérjük ráírni: MGT 35. Nagygyűlés

Információ: Dr. Szalay Ferenc, az MGT főtít-kára, Budapest, Korányi S. u. 2/a. 1083. Telefon: (361) 1143-835, 1330-360. Telefax: (361) 1143-835, 1131-647

A Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság, a Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság és a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége 1992. október 9-én (pénteken) 10 órakor rendezi a XVII. Kékestetői Pajzsmirigy Symposiumot.

Témák: — a thyreoiditisek,
— subklinikus hyperthyreosis.

Referátumok és csatlakozó előadások előadói, vitavezetői: Prof. dr. Leővey András (DOTE), Prof. dr. Földes János (SOTE), Dr. Balázs Csaba (Debrecen), Dr. Szabolcs István (OTE)

A symposium helye: Kékestető, Orvos-Nővérszálló.

Részvételi díj: 200,— Ft (a kongresszusi irodában fizetendő).

Ebédet (200,— Ft) — előzetes igénybejelentés esetén — biztosítunk. (Tel.: 377-4059, kékestetői igazgatói iroda: X. 7-ig)

Vendégszobai elhelyezésre is van lehetőség.

A társaságok tagjai részletes programfüzetet kapnak.

A symposium fő támogatója a Henning Berling GMBH Gyógyszergyár.

A Népegészségügyi Tudományos Társaság meghívott hazai és külföldi szakértők részvételével 1992. október 21–22-én Debrecenben konszenzus konferenciát rendez, amelynek témája: „Mi a népegészségügy?”

További tájékoztatást és jelentkezési lapot az alábbi címre lehet kérni: Dr. Boján Ferenc, DOTE Társadalomorvostani Intézete 4012 Debrecen, Pf. 2. Tel.: (52) 13-410, fax: (52) 17-424.

A Népegészségügyi Tudományos Társaság az 1993. évi nagygyűlését április 14–16 között Sopronban rendezi. A nagygyűlés főtémája: „A népegészségügy prioritásai az 1990-es években”.

További tájékoztatást és jelentkezési lapot a Rendező Bizottság titkárától lehet kérni az alábbi címen: Dr. Amberger Erzsébet tiszt. főorvos, NETT Nagygyűlés '93 Rendező Bizottság titkára, ÁNTSZ Sopron Városi Intézete, 9401 Sopron. Of. 65. Tel/fax: 993-8936.

Orvosok, egészségügyi intézmények szakszerű jogi védelme, képviselése „műhiba” perekben és peren kívüli eljárásban, gazdasági társaságok (KKT.; Bt.; Kft.; Rt.) és egészségügyi vállalkozások alapítása, szerződésük elkészítése.

384. JMK Ügyvédi Iroda 1107 Budapest, Somfa köz 10, hétköznap 15–18 óra. Telefon: 177-8988, egész nap.

Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete VI. Országos Jubileumi Kongresszusa 1992. október 2—4. Balatonfüreden.

Fővédnök: Dr. Surján László népjóléti miniszter

A kongresszus helye: Hotel Füred; Balatonfüred, Széchenyi u. 20. Telefon: 86-43-033

Elhelyezés: a Hotel Füred kétágyas, fürdőszobás szobáiban.

Regisztrációs iroda a Hotel Füred halljában a kongresszus ideje alatt működik.

Dia- és írásvetítő az előadók rendelkezésére áll.

A kongresszus ideje alatt rendezett szakmai kiállítások és témakbentatók megtekintését szíves figyelmükbe ajánljuk.

Társasági programok a helyszínen megrendelhetők.

Október 2., péntek 11.00—13.00

Ünnepélyes megnyitó

Plenáris ülés

Múlt — jelen — jövő

Üléselnök: dr. Hidas István

Dr. Andor Miklós: A MÁOTE fennállásának 25 éve

Dr. Arnold Csaba: A családorvoslás oktatása

Dr. Balogh Sándor: Az alapellátás jelene és jövője

Dr. Fodor Miklós: Az Országos Háziorvosi Intézet célkitűzései a háziorvosok szakképzésének és továbbképzésének szervezésében.

15.00 Vezetőségválasztó közgyűlés

Október 3., szombat, 8.30—10.45

A szekció

Törekvések az alapellátás korszerűsítésére (szervezeti, szakmai, képzési, oktatási szempontok)

Üléselnökök: dr. Andor Miklós—dr. Szőnyi András

Dr. Galgóczi Ernő: A tisztiorvosi hálózat alapellátásra épülő információs rendszere

Dr. Kuti Vilma: A betegségek megelőzésének reális lehetőségei és ebben a háziorvosi szolgálat együttműködése a népegészségügyi szolgálattal

Dr. Fülöp László: A háziorvos és az önkormányzat közötti kapcsolatrendszer mikrotársadalmi kérdőjelei

Dr. Tényi Jenő—dr. Stéger Miklós—Szabóné Vajda Mária: Minőségbiztosítás és az egészségügyi ellátás reformja

Dr. Szatmári Marianna: Az alapellátás minőségéről (néhány példával, a Donabedian értelmezése szerinti minőségi indikátorok alapján)

Dr. Honárkay Róbert: Körzetből a háziorvoslásba

Dr. Margittay Erzsébet: Orvostetika oktatásának lehetőségei a kétételes családorvosi gyakorlat keretében

Dr. Garay Erzsébet—dr. Kamarás Géza: Az egészségügyi dolgozók képzésének szerepe a sürgősségi betegellátásban

Dr. Fáklya Csaba: Aktuális egészségpolitikai kérdések

Október 3., szombat 8.30—10.45

B szekció

Komplex vizsgáló módszerek az alapellátásban

Üléselnök: dr. Timár Éva

Dr. Galgóczi György: A betegforgalom, a morbiditás, a gondozás hatékonyságának vizsgálata a 10 napos folyamatos mintavételezés alapján

Dr. Soós László: Komplex szűrővizsgálat egészségügyi körzetben

Dr. Szántó Olga: A kórház és a gyakorló orvos kapcsolata 1991-ben (összehasonlítás egy 1971-ben végzett vizsgálattal)

Dr. Avar Péter—dr. Göcze Péter: Egy budapesti és egy győri kórházi belosztályi betegforgalmi adatainak összehasonlítása

Dr. Csornai Márta: A cerebrovaszkuláris megbetegedések családorvosi ellátásának főbb szempontjai

Dr. Fűredi Gyula—dr. Áfra Tamás: Miről árulkodnak a halálloki diagnózisok? (10 év tapasztalatai Vácott)

Dr. Gion Gábor: Az „Egészségünk alapjai” mint a preventív medicina része (az egészségnevelés iskolai tapasztalatai)

Október 3., szombat 8.30—10.45

C szekció

A modern ACE inhibitor (angiotenzin convertáló enzimgátló) szerepe a cardiovascularis terápiában

Moderátor: dr. Tóth Ádám

Dr. Tóth Ádám: A modern ACE inhibitor szerepe a cardiovascularis terápiában

Dr. Antal János: Inhibace^R, a napi egyszeri adagolású ACE inhibitor

Dr. Palóczy Erzsébet—dr. Farsang Csaba—dr. Alföldy Sándor: Inhibace-szel szerzett tapasztalataink essentialis hypertoniában, 24 órás vérnyomás monitorozással

Dr. Kiss István: A modern ACE inhibitorok szerepe a renalis hypertonia kezelésében

Dr. Rumi György—dr. Kéki Kálmán—dr. Kolár Balázs—dr. Graffius Éva: Inhibace-szel szerzett tapasztalataink hypertoniás betegeinknél, kórházi gyakorlatban és az alapellátásban

Október 3., szombat 11.00—13.30

A szekció

Családorvoslás — háziorvoslás: szemléletváltás: út a minőségváltáshoz — informatika az alapellátásban

Üléselnökök: dr. Kékes Ede—dr. Fülöp László

Dr. Gombás Tibor: Körzeti orvos — családorvos — háziorvos. Névváltozás, szemléletváltás?

Dr. Szabó János: Mindennapi kenyerünk (praxisanalízis)

Dr. Markó Tímea: Finanszírozási modellkísérlet az alapellátásban

Dr. Szabó Mónika: Gondolatok a számítógépes adatnyilvántartási rendszerről

Dr. Antalics Gábor—dr. Szabó János:

„Elixir” családorvosi szoftver bemutatása

Dr. Szőnyi András—dr. Ádám Ágnes—dr. Domán Vera—dr. Fülöp László—dr. Lacza E.—dr. Szalai István—dr. Szolnoki Lajos: Az informatika alkalmazásának tanulságai a lakosság polymorbiditásával kapcsolatban hét háziorvos longitudinális megfigyelése alapján

Dr. Nagy László: Újrakezdés 20 év után? — Háziorvos leszlek!

Dr. Nemes Tibor: UNIMED programcsalád ismertetése

Dr. Molnár István: Medguide program használat

Szende Attila: SZOLGA alapú háziorvosi rendszer

Október 3., szombat 11.00—13.30

B szekció

Családorvoslás lehetőségei városban és falun (új szempontok a „hagyományos” módszerekben)

Üléselnökök: dr. Garay Erzsébet—dr. Komáromi Zoltán

Dr. Varga László: Családorvoslás — háziorvoslás

Dr. Vincze Zsuzsa—dr. Szabó János—dr. Morvai István: Háziorvoslás csoportpraxisban

Dr. Péter Árpád: A magyarországi falusi körzeti orvoslás, mint létforma (1969—1992)

Dr. Heldner Sylvia: Családorvosi munka újjászervezése az 1992-es évben

Dr. Beczassy György: A családorvoslás nyilvántartása

Dr. Huberth János: Az ambuláns vérnyommérő monitor (ABPM) alkalmazása a családorvosi gyakorlatban

Dr. Nemes Erika—dr. Czeizel Endre—dr. Virágh Zoltán: Környezeti-toxikológiai vizsgálatok halmozottan előfordult fejlődési rendellenességek kapcsán

Dr. Esztergomi Klára—dr. Vezendi Béla: A családorvoslás lehetőségei krízis szituációkban

Dr. Vezendi Béla—dr. Esztergomi Klára: A családorvosi munka során felmerült krízis szituációkban milyen tényezők befolyásolták beavatkozásaink hatékonyságát?

Dr. Áfra Tamás—dr. Fűredi Gyula: A gondozotti regiszter változása a Zippel-rendszer és a körzeti információ egyidejű korrekciójával

3d October Saturday 11.00—13.15

Október 3., szombat 11.00—13.15

Section C

C szekció

Cross-section of the Family Medicine Keresztmetszetben a családorvoslás

Chairmanships: dr. Ernő GALGÓCI—dr. Zsolt SZALAY

Üléselnökök: dr. Galgóczi Ernő—dr. Szalay Zsolt

Dr. István HIDAS: A new workstyle in the General Practice: Family Care. Theoretical aspects.

Új munkastílus az alapellátásban: családorvoslás

Dr. Attila SIMAY—dr. Zsolt SZALAY: Quality Assurance in Family Practice

Minőségbiztosítás a háziorvosi gyakorlatban

Dr. Csaba ARNOLD: What can we learn from the mortality data?

Mit tanul(hat) a gyakorló orvos a halálozási adatok elemzéséből?

Dr. János PÉNZES—dr. Csaba ARNOLD: The possible causes of unfavourable effect of carbohydrate metabolism disturbances on the life-expectancy of hypertensives patients.

Mi okozhatja a szénhidrát anyagcserezavar kedvezőtlen hatását a hipertóniás betegek életkilátásában?

Dr. Aladár SOÓS: Nutrition surveys and education program to reduce obesity and risks of cardiovascular diseases

Táplálkozási vizsgálatok és egészségnevelési program az elhízás és a szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzésére és befolyásolására

Dr. Erzsébet MARGITTAY: Different care among different situation in the GP

Gondolatok a családorvosi ellátásról eltérő életszínvonalú betegeknél

Dr. Ole HECTOR: Reducing the use of hypnotics. A controlled study of the effect of a GP run medicampaign in a local community

Médiakampány az altatók csökkentésére

Dr. László SOÓS: Benign tumors of the small intestine

A vékonybél jóindulatú daganata

Október 3., szombat 15.00—16.30

A szekció

Osteoporózis '92 — kerekasztal-konferencia

Moderátor: dr. Holló István

Résztevők: dr. Bossányi Ada, dr. Marton István, dr. Nagy Ibolya, dr. Szűcs János

Október 3., szombat 15.00—16.30

B szekció

Sürgősségi ellátás — ASEM munkacsoport
Üléselnökök: dr. Morva László—dr. Sirák András

Dr. Morva László: A kockázati tényező felismerésének jelentősége az akut CVB prevenciójában és helyszíni ellátásában

Dr. Simek Ágnes: Alkoholizmus — cukorbetegség — és a magas vérnyomás betegsége együttes előfordulása a sürgősségi betegellátásban

Dr. Ávéd János: Beteghez hívások megoszlása a folyamatos és hétfői ellátásban

Dr. Krajczár István: Lehetőségeink az ügyeleti számítógépes rendszer bevezetésében

Dr. Budaházy Emil: A körzeti betegápoló nővér képzése és bevonása az ügyeleti komputer programba

Dr. Kocsis Károly: A családorvos munkakapcsolata a specialistákkal

Dr. Nagymihály Sándor: A családorvos feladata a nemi érintkezés útján terjedő betegségek megelőzésében

Október 3., szombat 15.00—16.30

C szekció

„Szociológia a betegellátásban” — kerekasztal-beszélgetés, vita

Vezeti: dr. Molnár László egyetemi tanár, szociológus

Felkért hozzászólók:

dr. Harmath Éva belgyógyász, körzeti főorvos

dr. Iván László pszichiáter

dr. Kolosi Béla szociológus, pszichiáter

dr. Schnell Endre körzeti főorvos

dr. Tarján Imre szociológus

- a társadalom egészsége
- orvos és beteg — a szociális mezőben
- egészségnevelés, prevenció
- betegség melletti szociológia, szociális rehabilitáció. Kapcsolati diagnosztika, kapcsolati terápia
- orvosi szociológia és lakóhelyi betegellátás

Október 3., szombat 17.00—18.30

A szekció

Gyógyszerismertető szekció I.

Üléselnök: dr. Balogh Sándor

Dr. Pados Gyula—dr. Czeizel Endre: Szűrővizsgálatok, új gyógyszerek a hiperlipoproteinaemiában
H. Cseh Annamária: Az Olbetam szerepe a hiperlipidaemiák kezelésében, különös tekintettel a diabéteses dyslipidaemiákra

Dr. Kesztye Miklós—Dr. Kovács József: A Ciba Geigy gyógyszerismertető előadása

Dr. Harcsa Péter: A prevenció szerepe a cerebrovascularis megbetegedésekben

Dr. Kékes Ede: A bétablokkoló kezelés indikációi hipertóniában és ischaemiás szívbetegségben

Dr. Császai Andrea: Az inzulin kezelés új lehetőségei Lilly Humulinnal

Október 3., szombat 17.00—18.30

B szekció

Pszichoszomatikus problémák

Üléselnök: dr. Talpac Magdolna

Dr. Károlyi György—dr. Balázs Károly: Váratlan élettartam idős korban egyes betegségek fennállása esetén

Dr. Császai Gyula: A háziorvos pszichoterápiás lehetőségei

Dr. Fejéregyházi István—dr. Kopp Mária—Szedmák Sándor: Hány szorongó és pánikbeteg fordul egy körzeti orvoshoz Budapesten?

Dr. Bollók Sándor: Gyermekcentrikus terápia a családorvoslásban

Október 3., szombat 17.00—18.30

C szekció

A díjnyertes pályaművek előadása

Üléselnök: dr. Hidas István

Az eredményhirdetés az október 2-i közgyűlésen hangzik el

Bankett

Október 4., vasárnap 9.00—11.00

A szekció

Érdekes esetekhez kapcsolódó gondolatok

Üléselnök: dr. Margittay Erzsébet

Dr. Kóczy Antal—dr. Bodnár András: A multiplex pancreas kövek kezelése egy eset kapcsán
Radis Bogdan—Bikov Boris: Máj- és epehólyag betegségek irridiagnosztikai vizsgálata

Dr. Kövesi Béla: Spontán lépturáról egy eset kapcsán

Dr. Simony Albert: Lyme-kór esete

Dr. Somkői Ágnes: Társbetegséggel szövődött tüdőbetegségek terápiás kérdései

Dr. Tarnai Ete: Pneumonia lobi inferior I.d. et hydrothorax I.d. gyógyulása akupunktúrával

Dr. Orosz Árpád—dr. Boján Ferenc: Megelőzhető-e a hirtelen csecsemőhalál?

Dr. Soós Ágnes: Fejlődési rendellenességek vizsgálata abortumokon

Október 4., vasárnap 9.00—11.00

B szekció

Gyógyszerismertető szekció II.

Üléselnök: dr. Füredi Gyula

Dr. Balogh Sándor—Vondra Hajnalka—dr. Nagy Mária: Tapasztalataink a Minipress Retard házi orvosi gyakorlatban történő kipróbálásával

Dr. Domonkos Ottó: Glucobay — új hatásváltozat a diabetes mellitus kezelésében

Dr. Andreas Vargha: Benfotiamin — egy új készítmény a diabéteses és alkoholos polyneuropathiák kezelésében

Barna Zoltán: Lehetőség az egyénre szabott terápia meghatározására: Cordaflex és Tensio-min teszt

Dr. Újhelyi István—dr. Tóth Ágnes: Cilazapril szerzett tapasztalatok az alapellátásban

Dr. Mihályffy Péter: A Prolisan helye a nem szteroid gyulladásgátlók csoportjában

Dr. Szontágh Melinda—dr. Király Árpád: Apulein® (budesonid) készítmények helye a terápiaiban

Dr. Székely Gábor: Orvosi könyvkiadás — trendek és tendenciák

Zárszó

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1992. szeptember 28-án 15 órai kezdettel tartja soron következő tudományos ülését.

A tudományos ülés helye: ORFI Lukács Klub Program:

Dr. Kisida Elek, dr. Betléri István (Sebészeti): Igazság a betegágyánál

Új HS 122A hőlégszokrénnyel eladó. Tel.: 165-9354.

Az Orvostovábbképző Egyetem 1992/93-as „Tanrend”-je — előreláthatólag — szeptemberben jelenik meg a Springer Hungarica Kiadó gondozásában, melyet az intézmények az OTE Oktatásszervezési és Oktatástechnikai Központjában térítésmentesen (Budapest, Pf. 112. 1389) rendelhetnek meg.

PÁLYÁZATI HIRDETMEÉNYEK

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

Elsősorban belgyógyászati szakképesítéssel rendelkezők jelentkezését várjuk, de szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Egyéb pályázati feltétel: erkölcsi bizonyítvány.

Illetmény a szolgálati idő függvényében.

Szolgálati lakás rendelkezésre áll.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Főosztályára kell benyújtani a közzétételtől számított 30 nap

on belül. Személyes informálódás a 131-4514-es telefonon lehetséges.

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

Tompai Nagyközség Önkormányzati Képviselő-testülete pályázatot hirdet gyermekorvosi munkakörben.

Pályázati feltételek:

— csecsemő, gyermekorvos szakvizsga, 3 éves gyakorlat
Az állás azonnal elfoglalható.

Pályázatokat a megjelenéstől számított 15 napon belül kell benyújtani a polgármesternek (6422 Tompa, Szabadság tér 3.)

Juttatások, egyéb információk:

— szolgálati lakással rendelkezünk

— hétfői ügyeletet vállalni kell

Lengyelé László Veronika
polgármester

A Somogy Megyei Tüdő- és Szív-kórház (7257 Mosdós) pályázatot hirdet a Pulmonológiai Osztályára osztályvezető főorvosi állásra.

Pályázati feltétel: tüdőgyógyász szakorvosi képesítés, belgyógyász szakképesítés előny, erkölcsi bizonyítvány szükséges, csak nemdohányzó pályázzon.

Juttatás: szolgálati lakás

Telefon: 82/77-055.

Dr. Andrásföszky Barna
igazgató főorvos



DOXYCYCLIN-CHINOIN

KAPSZULA



ANTIBIOTICUM CUM SPECTRO LATO

Hatóanyag:

100 mg doxycyclinum (sósavas só formájában) kapszulánként.

Javallat:

Elsősorban légúti-, urogenitális-, lágszöveti-, szemészeti-, gastrointestinális-, epehólyag- és epeúti fertőzésekben.

Ellenjavallat:

Tetracyclin túlérzékenység.

Relatív ellenjavallat:

Terhesség, szoptatás, 8 éven aluli életkor esetén csak nagyon indokolt esetben adagolható, ha más antibiotikummal végképp nem lehet célt elérni.

Adagolás:

Szokásos adagja és az adagolás gyakorisága különbözik más tetracyclinektől!

Szokásos adagja felnőtteknek a kezelés 1. napján 2 kapszula (napi 2-szer 100 mg, 12 óránként adva), majd napi 1 kapszula (100 mg) fenntartó adag. Súlyosabb esetekben (főleg a húgyutak krónikus gyulladásában) 12 óránként 100 mg az ajánlott adag.

Nyelőcső-irritáció és fekély kialakulásának elkerülése érdekében a kapszulát sok folyadékkal kell bevenni.

A Doxycyclin felszívódását nem befolyásolja jelentősen a táplálék- és tejfogyasztás.

Gyomorirritáció esetén a gyógyszert táplálékkal vagy tejjel együtt kell bevenni.

Mellékhatások:

- gastrointestinális tünetek
- bőrtünetek
- allergiás reakciók
- vérképzőszervi mellékhatások
- a vér karbamidnitrogén-szintjének emelkedése
- a plazma prothrombin-szintjének csökkenése

- májkárosodás, elsősorban vese- és májinsufficiencia esetén és vesebeteg terheseken fordulhat elő.
- nem érzékeny kórokozók (elsősorban gombák) elszaporodása miatt szekunder infekciók kialakulása
- a fejlődő csontrendszerbe beépül, a csontfejlődést gátolja, a fogfejlődés alatt a fogakat sárgásan elszínezi, és a fogzománc hypoplasiáját okozhatja.

Gyógyszerkölcsonhatások:

Nem adható együtt alumínium-, kalcium-, magnéziumtartalmú

- antacidumokkal, valamint orális vaskészítményekkel
- Methoxyfluran (Penthuran) narkotikummal
- Carbamazepin (Stazepine), Phenytoin (Diphedan), barbiturátok

Kerülendő az együtt adása:

hepatotoxikus szerekkel, penicillinkészítményekkel

Óvatosan adható együtt:

antikoagulánsokkal

Figyelmeztetés:

Csont- és fogkárosító hatása miatt a terhesség 2. felében és 8 éven aluli gyermekeknek lehetőleg ne adják, kivéve, ha más antibiotikum nem hatékony vagy ellenjavallt. Tartós adagolás esetén a vérképzőrendszer, a vese- és májfunkció ellenőrzése szükséges.

Fotoszenzitív betegeket a napfénytől és az UV-sugárzástól óvni kell, a bőrerythema megjelenésekor a kezelést abba kell hagyni.

Megjegyzés:

✖✖✖ Csak vényre adható ki.

Csomagolás:

8 db kapszula (100 mg)



CHINOIN

Gyógyszer és Vegyszer Termékek Gyára Rt.

DORMICUM[®] 7,5 mg és 15 mg midazolam

filmtabletta hipnoticum, sedativum A 200 · ATC: N 05 CD 08

A Dormicum[®] hatóanyaga a midazolam, gyors hatású, a szervezetből gyorsan kiürülő altatószer. Antikonvulzív, anxiolitikus, izomgörcsoldó tulajdonsággal rendelkezik. Bizonyos adatok szerint 150 napig történő szedés után megszokási, akkumulációs tüneteket nem észleltek. Terápiás tartománya széles. Embriotoxikus teratogén, mutagén hatását nem tapasztalták.

A midazolam gyorsan és teljes mértékben felszívódik, 30–50%-a májon történő első áthaladás során lebomlik. Ellenőrzött 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 ébredési szakaszok csökkennek, az alvás minősége javul.

A bevétel és az elalvás közt általában 20 percnél rövidebb idő telik el, az alvás időtartama az életkornak megfelelően alakul. Ébredéskor a betegek általában frissnek és kipihentnek érzik magukat. Megfelelő adagolásban, kielégítő alvás-mennyiséget követően a teljesítmőképesség és reakcióképesség jelentősen nem változik.

A plazmakoncentráció csökkenése két fázisú, az eloszlási fázis felezési ideje 10 perc, a kiürülési fázisé 1,5–2,5 óra. A midazolam gyorsan és teljesen lebomlik. A képződött metabolitok gyorsan konjugálódnak glukuronsavval, majd a vese-n keresztül glukuronidként ürülnek ki. A farmakológiai-lag aktív legfontosabb bomlástermék az alfa-hidroximidazolam, melynek felezési ideje rövidebb, mint az anyavegyületé. Kumuláció tartós adagolás mellett sem következik be, a farmakokinetikai tulajdonságok és a metabolizmus tartós adagolást követően sem változnak. A midazolam farmakokinetikáját májműködési zavar vagy idős kor alig befolyásolja.

A midazolam 95%-a a plazmafehérjéhez kötődik.

HATÓANYAG

7,5, ill. 15 mg midazolamum filmtablettaként (midazolamium maleinicum formájában).

JAVALLATOK

Alvászavarok és bármilyen típusú insomniá kezelése, különösen elalvási zavarok és korai felébredés esetén. Sebészeti és diagnosztikai eljárások előtt szedativumként.

ELLENJAVALLATOK

Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Pszichózis és depresszió okozta álmatlanság elsődleges kezelése. Relatív ellenjavallatot képeznek más szedativumokhoz 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 betegek számára is.

Premedikációként a műtét előtt 30–60 perccel 15 mg „Dormicum” tablettát kell beadni szájon át, hacsak a parenterális alkalmazás valamilyen okból nem tűnik kedvezőbbnek.

MELLÉKHATÁSOK

A szer ritkán észlelt mellékhatásai szedatív hatásának tulajdoníthatók, melyek dóziszfüggők és az adag mérséklésekor megszűnnek.

Hosszan tartó szedés során — az erre hajlamos betegeknek — egyéb altatókhoz, szedativumokhoz és trankvillánsokhoz hasonlóan megszokás alakul ki.

Esetenként, ha a beteg valamilyen szokatlan inger az alvás első két-három órájában felébreszti, előfordulhat, hogy a beteg valamilyen szokásos munkájába kezd (pl. főzés, levelírás), melyre később nem emlékszik (amnéziás epizódus). Hogy e jelenség esetleges előfordulását egy adott betegnél megállapíthassuk, célszerű, ha az első „Dormicum” adagot a beteg ismerős környezetben veszi be.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Együttadása kerülendő:

— központi idegrendszerre ható szerekkel (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS

Terhesség korai szakában 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 ital fogyasztása tilos!

A gyógyszert gyermekek elől gondosan el kell zárni. Szobahőmérsékleten (30°C alatt), fénytől védve tárolandó!

MEGJEGYZÉS

✱ Járóbeteg-ellátás keretében vényen megrendelhető.

CSOMAGOLÁS

10 db 7,5 mg filmtabletta

10 db 15 mg filmtabletta

Gyártja és forgalomba hozza:

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT. Budapest az F. Hoffman—La Roche Co. AG, Basel licence alapján
OGYI eng. szám: 1681/40/90

ROCHE



EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT., Budapest

Orvosi Hetilap

59 Ft

1992. szeptember 27.

133. évfolyam — 39. szám

A hepatitis B, C és D vírus fertőzés előfordulása idült májbetegségekben

Horváth Gábor dr., Tolvaj Gyula dr., Dávid Károly dr.

2475

KLINIKAI TANULMÁNYOK**Hidrogén (H₂) kilégzési vizsgálattal szerzett tapasztalataink**

Hersényi László dr., Miskolczi Katalin, Tolnay Edina, Szalay László dr., Fehér János dr.

2483

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK**Strecker fémprotézis alkalmazása a gyomorcsomók kimenet recidív, malignus szűkületében**

Solt Jenő dr., Papp Zsuzsanna dr.

2489

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK**Acetazolamid provokációval kombinált vérátfolyás-vizsgálatok lehetőségei az ischaemiás cerebrovascularis betegségek diagnosztikájában**

Pávics László dr., Ambrus Edit dr., Katona Éva dr., Barzó Pál dr., Morvay Zita dr., Csernay László dr.

2495

KAZUISZTIKA**Gyermekekori osteosarcomában előforduló Wernicke-encephalopathia**

Kálmánchey Rozália dr., Magyarossi Edina dr., Majtényi Katalin dr., Koós Rozália dr.

2503

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

2509

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

2527

BESZÁMOLÓK

2529

KÖNYVISMERTETÉSEK

2533

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

2533

MEGJELENT

2535

GYÓGYSZER HÍRADÓ

2537

HÍREK

2540



Springer Hungarica

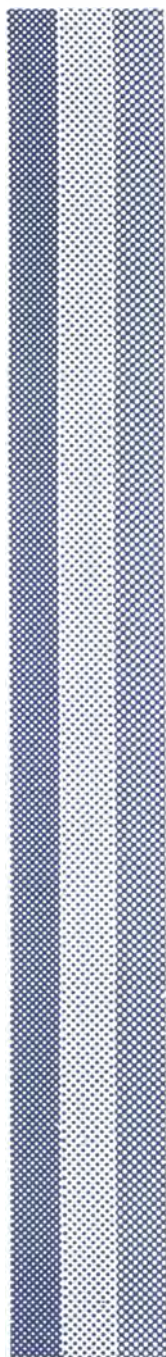
Markusovszky Alapítvány





® **KREON**

KAPSZULA



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-pancreászából 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 után enzimpótlás, cisztás fibrosis.

Ellenjavallatok:

Hatóanyag iránti túlérzékenység.
Acut pancreatitis.

Adagolás:

A szokásos adag napi 3—5 × egy kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Felnőtteknek szükség esetén a napi adag 6—12 kapszuláig emelhető. Kisgyermekeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

Mellékhatások:

Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

20 kapszula

Előállítja:

CHINOÏN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

H—1045 Budapest, Tó u. 1—5.

Kali-Chemie Pharma GMBH,
Hannover (NSZK licenc alapján)



CHINOÏN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

Hungarian Medical Journal

Szeptember 27, 1992. Volume 133. No. 39.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

The prevalence of hepatitis B, C and D virus
infection in chronic liver diseases
Horváth, G., Tolvaj, Gy., Dávid, K. 2475

CLINICAL STUDIES

Our clinical experience with hydrogen (H₂)
breath test
Hersényi, L., Miskolczi, K., Tolnay, E., Szalay, L.,
Fehér, J. 2483

NEWER THERAPEUTIC METHODS

Strecker stent implantation in malignant
gastric outlet stenosis (Preliminary report)
Solt, J., Papp, Zs. 2489

NEWER DIAGNOSTIC METHODS

Rest and acetazolamide enhanced
99mTc-HMPAO rCBF SPECT studies in
cerebrovascular disorders
Pávics, L., Ambrus, E., Katona, É., Barzó, P.,
Morvay, Z., Csernay, L. 2495

CASE REPORTS

Wernicke encephalopathy in children
with osteosarcoma
Kálmánchey, R., Magyarossi, E., Majtényi, K.,
Koós, R. 2503

FROM THE LITERATURE 2509

LETTERS TO THE EDITOR 2527

CONGRESS REPORTS 2529

BOOK REVIEWS 2533

PUBLISHED PAPERS 2535

DRUG NEWS 2537

NEWS 2540

Orvosi Hetilap

133. évfolyam 39. szám — 1992. szeptember 27.

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., Paál
Tamás 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, Németh György, 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), G. 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 Kft., Győr 92.19886.

Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

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 3060,— Ft, félévre 1530,— Ft,
negyedévre 765,— Ft, 1 hónapra 255,— Ft.
egyes szám ára 59,— Ft

SPRINGER

150

FOR SCIENCE

1842-1992



Parkinson szindrómás,
vagy hiperprolaktinemiás
betege van? Rendelje készítményünket, a

BROMOCRIPTIN- RICHTER

tablettát (2,5 mg)
és kapszulát (5 és 10 mg)

HATÓANYAGA: az 1968 óta ismert bromocriptin.
Terápiás hatása megegyezik a Sandoz bromocriptin készítményével (Parlodel®).

(Benakis et al, 1988, Szilágyi 1988, Török, 1988.)

Ha nagyobb dózis szükséges — első-sorban Parkinson szindrómában — a tablettával történt dózisbeállítás után a fenntartó kezelés 5 és 10 mg-os kapszulával folytatható.
Térítésmentesen rendelhető Parkinson szindrómában, prolaktinómban és akromegáliában

Gyártja:
Richter Gedeon Vegyészeti Gyár RT.



A hepatitis B, C és D vírus fertőzés előfordulása idült májbetegségekben

Horváth Gábor dr., Tolvaj Gyula dr. és Dávid Károly dr.

BM Központi Kórház és Intézményei, Budapest, I. Belgyógyászati Osztály (osztályvezető: Dávid Károly dr.)

A szerzők 204 hisztológiailag igazolt idült májbeteg (életkor: 18–72, átlag: 46,8 év) szérumában Sorin Biomedica RIA és Abbott ELISA kitékkel vizsgálták a hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, IgM anti-HBc, HBe, anti-HBe), C (anti-HCV) és D (anti-HD, IgM anti-HD) vírus markereket. A részletes vírusserológiai vizsgálatok alapján az esetek 62%-ában tudtak vírusetiológiára utaló adatot nyerni. A betegek 33,3%-a anti-HCV, 52,5%-a HBV marker szeropozitív, ez utóbbiak 11,2%-a anti-HD szeropozitív volt. Az esetek 2%-ában mindhárom vírus marker szeropozitivitás bizonyítható volt, 26%-ában két vírus (HBV és HCV, illetve HBV és HDV) marker szeropozitivitás igazolódott. A HBV, a HCV és HDV szeropozitív betegek között nagyobb arányban észlelték súlyos, progrediáló májbetegségek előfordulását, mint a szeronegatív esetekben. Az együttes vírus marker szeropozitivitás esetén a krónikus hepatitis és a májcirrhosisos esetek gyakorisága nagyobb volt a csak HBV marker szeropozitív csoportban észlelnél, de nem különbözött szignifikánsan a csak anti-HCV szeropozitív csoportban tapasztaltól. A lezajlott HBV fertőzés esetében a májbetegség enyhébb fokú volt, mint a replikáció vagy az integráció stádiumaiban. Anti-HD szeropozitivitás a HBV fertőzés minden stádiumában előfordult, azonban aktív HDV fertőzést az esetek többségében az integráció stádiumában észleltek. Anti-HCV szeropozitivitást döntően a HBV fertőzés lezajlott stádiumában észleltek. Eredményeik arra utalnak, hogy a HCV fertőzés a HDV-hoz hasonlóan szupprimálhatja a HBV replikációját. Az anti-HCV szeropozitív betegek anamnézisében háromszor gyakrabban szerepelt akut vírushepatitis és transfúzió, mint az anti-HCV szeronegatív csoportban. A részletes hepatitis vírusserológiai vizsgálatok jelentőségét az idült májbetegségek etiológiájának jobb megismerése, valamint az adekvát terápia megválasztása miatt is hangsúlyozzák.

Kulcsszavak: idült májbetegség, hepatitis vírusfertőzések

The prevalence of hepatitis B, C and D virus infection in chronic liver diseases. The authors tested hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, IgM anti-HBc, HBe, anti-HBe), C (anti-HCV) and D (anti-HD, IgM anti-HD) virus markers in the sera of 204 patients, who suffered from histologically confirmed chronic liver diseases (age: 18–72, average: 46,8 y) by Sorin Biomedica RIA and Abbott ELISA kits. On the basis of detailed virusserological tests, they obtained data indicating viral etiology in 62% of the cases. 33.3% of the patients were anti-HCV, 52.5% of the patients were HBV marker seropositive and 11.2% of the HBV seropositive cases were anti-HD seropositive. In 2% of the cases seropositivity of all the three viruses was proved. In 26% of the patients seropositivity of two viruses (HBV and HCV, or HBV and HDV) was proved. They observed severe, progressing liver diseases in patients with HBV, HCV and HDV marker seropositivity in a higher ratio than in seronegative patients. In the cases of combined virus marker seropositivity the incidence rate of chronic hepatitis and liver cirrhosis was higher than in only HBV marker seropositive patients, but did not differ significantly from those only anti-HCV seropositive. In the cases of fought-off HBV infection the severity of the liver disease was milder than in the cases of replication and integration stage. Anti-HD seropositivity occurred in all stages of HBV infection, but active HDV infection, in most of the cases, was observed only in cases in the integration stage. Anti-HCV seropositivity was observed mainly in the fought-off HBV infection stage. Their results suggest that HCV infection, like HDV infection, may suppress HBV replication. Acute virus hepatitis and transfusion occurred three times as often in the anamnesis of anti-HCV seropositive patients than in the seronegative group. The significance of detailed hepatitis virus serology in the better understanding of the etiology of chronic liver diseases, and in the choice of the adequate therapy is stressed.

Key words: chronic liver disease, hepatitis virus infections

Rövidítések: HBV: hepatitis B vírus; HCV: hepatitis C vírus; HDV: hepatitis D vagy delta vírus; NANBH: non-A, non-B hepatitis; HBsAg: hepatitis B vírus felszíni antigén; anti-HBs: hepatitis B vírus felszíni antigén elleni antitest; anti-HBc: hepatitis B vírus mag (core) elleni antitest; IgM anti-HBc: hepatitis B vírus mag elleni IgM osztályú antitest; HBe:

hepatitis B vírus e antigén; anti-HBe: hepatitis B vírus e antigén elleni antitest; anti-HCV: hepatitis C vírus elleni antitest; IgM anti-HCV: hepatitis C vírus elleni IgM osztályú antitest; anti-HD: hepatitis D vírus elleni antitest; IgM anti-HD: hepatitis D vírus elleni IgM osztályú antitest; CAH: krónikus aktív hepatitis; CPH: krónikus perzisztáló hepatitis

A krónikus májbetegséget okozó hepatitis vírusok kutatása az elmúlt 3 évtizedben számos, jelentős új eredményhez vezetett. *Blumberg és mtsai*, valamint *Dane és mtsai* kutatásai nyomán először a hepatitis B vírust (3, 10), *Rizzetto és mtsai* munkássága eredményeként a hepatitis D vagy delta vírust (34) ismerhettük meg, 1989-ben pedig *Choo, Kuo és mtsai* molekuláris genetikai módszerrel előállítottak egy antigént, mely használhatónak bizonyult a korábban „non-A, non-B” gyűjtőnévvel illetett poszttranszfúziós hepatitisek szerológiai diagnosztikájában. Az ő munkásságuk alapján kifejlesztett szerológiai eljárások eredményeképpen vált megkülönböztethetővé az ún. hepatitis C vírus a „non-A, non-B” csoporttól (5, 6, 28). Mindhárom vírus előfordulásáról és idült májbetegségekben játszott patogenetikai szerepéről számos külföldi és hazai közlemény ismeretes (2, 4, 6, 7, 11, 12, 15–18, 20, 23, 24, 29–32, 36, 37).

Idült májbetegségekben a részletes vírusszerológiai vizsgálatok jelentősége a betegség etiológiájának tisztázása, valamint a megfelelő terápia (antivirális, immunosuppresszív kezelés) megválasztása miatt igen nagy. Korábbi munkáinkban vizsgáltuk a HBV és a HDV fertőzés előfordulását és jelentőségét idült májbetegségekben (23, 24). Ebben a dolgozatunkban a HCV fertőzés előfordulását, jelentőségét, valamint a HBV és a HDV fertőzéssel való kapcsolatot tanulmányoztuk. Az anyagunkban szereplő betegek egy részének adatai már korábbi közleményeinkben is feldolgozásra kerültek.

Munkánkban az alábbi kérdéseket vizsgáltuk:

1. Milyen arányban igazolható HBV, HCV és HDV szeropozitivitás idült májbeteggekben?
2. Előfordult-e ugyanazon betegen többszörös hepatitis vírus fertőzés?
3. Van-e összefüggés az egyes vírus fertőzések és a májbetegség súlyossága, illetve a többszörös vírus fertőzés és a májbetegség súlyossága között?
4. Milyen kapcsolat van a HBV és a HDV fertőzés egyes stádiumai és a HCV fertőzöttség, valamint a májbetegség súlyossága között.
5. Milyen arányban fordul elő akut vírushepatitis és transzfúzió az anti-HCV szeropozitív betegek anamnézisében?

Betegek és módszer

Vizsgálatainkat 204 betegen végeztük (157 férfi, 47 nő; életkoruk: 18–72, átlag: 46,8 év). Akut vírushepatitis 36 beteg, transzfúzió 23 beteg anamnézisében szerepelt. Valamennyi beteg diagnózisát kórszövettani vizsgálattal is megerősítettük, a nemzetközileg elfogadott kórszövettani kritériumok szerint (1, 13). A betegek hisztológiai diagnózis szerinti megoszlása az 1. táblázatból olvasható le.

A különböző vírusmarkereket minden beteg esetében egy vérvételből származó szérummintából határoztuk meg. A könyökvénából vett vért azonnal centrifugáltuk, a savót a meghatározás kezdetéig –25 °C-on tároltuk. A vírusmarkereket osztályunk Radioimmunoassay Laboratóriumában határoztuk meg a kereskedelembe kapható Sorin Biomedica RIA és Abbott ELISA kitékkel. A HBsAg-t AUK–3, ill. AUSZYME, az anti-HBs-t AB–AUK–3, ill. AUSAB II., az anti-HBc-t AB–COREK, ill. CORZYME–DNA, az IgM anti-HBc-t CORE–IGMK, ill.

CORZYME–M rDNA, a HBe-t és az anti-HBe-t EBK, ill. HBe rDNA, az anti-HD-t AB–DELTAK, ill. ANTI–DELTA, az anti-HCV-t HCV 2nd Generation kitél határoztuk meg. Az IgM anti-HD meghatározásokat Dublinban Alan G. Shattock végezte Wellcome kitél, ELISA módszerrel.

Az osztályon kivizsgálásra kerülő minden májbeteg szérumból meghatároztuk az anti-HCV-t, valamint a HBsAg-t, az anti-HBs-t és az anti-HBc-t. Utóbbi 3 marker negativitása mind az aktuális, mind a korábbi HBV fertőzést kizárja. Bármelyik pozitívítása esetén elvégeztük a további HBV és HDV markerek meghatározását is.

Eredmények

A 204 beteg közül 107 (82 férfi, 25 nő) bizonyult HBV marker szeropozitívnak (52,45%). A HBV marker szeropozitivitás megoszlását az egyes betegcsoportokban az 1. táblázatban tüntettük fel.

A 107 HBV fertőzést acquirált beteg 74%-a (79 beteg) CPH-ben, CAH-ben, illetve májcirrhosisban szenvedett, illetve az említett betegcsoportokban a HBV marker szeropozitivitás előfordulása lényegesen meghaladta az egyéb betegcsoportokét.

Részletes HBV marker vizsgálatokkal meghatároztuk a HBV fertőzés egyes stádiumaiba tartozó betegek arányát (2. táblázat).

1. táblázat: A betegek hisztológiai diagnózisainak megoszlása és a HBV marker szeropozitivitás előfordulása a HBsAg, az anti-HBs és az anti-HBc vizsgálata alapján

Hisztológiai diagnózis	Betegek száma	HBV marker szeropozitív betegek száma
Krónikus perzisztáló hepatitis	8	4 (50%)
Krónikus aktív hepatitis*	46	34 (74%)
Májcirrhosis	77	41 (53%)
Májcirrhosis és hepatocellularis carcinoma	3	2
Egyéb**	70	26 (37%)
	204	107 (52,45%)

* 9 beteg esetében cirrhosisba történő progresszió is megfigyelhető volt

** steatosis hepatis: 43, hepatopathia toxica: 18, krónikus reaktív hepatitis: 7, granulomás hepatitis: 1, haemochromatosis: 1 eset

2. táblázat: A HBV fertőzés egyes stádiumainak előfordulása az egyes betegcsoportokban

Hisztológiai diagnózis	HBV marker szeropozitív betegek száma	A HBV fertőzés stádiumai		
		lezajlott n:	replikáció n:	integráció n:
Krónikus perzisztáló hepatitis	4	3	0	1
Krónikus aktív hepatitis	34	13	10	11
Májcirrhosis	41	32	4	5
Májcirrhosis és hepatocellularis carcinoma	2	2	0	0
Egyéb	26	21	2	3
Összesen	107	71 (66%)	16 (15%)	20 (19%)

A 107 beteg közül 71 esetben korábban lezajlott HBV fertőzés igazolódott (anti-HBs és/vagy anti-HBc és/vagy anti-HBe szeropozitív, HBsAg, HBe, IgM anti-HBc szeronegatív). 16 esetben aktív, vírusreplikációval járó HBV fertőzést észleltünk (HBe és/vagy IgM anti-HBc, HBsAg, anti-HBc szeropozitív, anti-HBs, anti-HBe szeronegatív), míg 20 esetben a HBV fertőzés már az integráció fázisába jutott (HBsAg, anti-HBc, anti-HBe szeropozitív, anti-HBs, HBe, IgM anti-HBc szeronegatív). A CAH-ben szenvedők között a fertőzés három stádiuma közel egyforma gyakorisággal fordult elő, míg a többi betegcsoportban az esetek túlnyomó többségében lezajlott HBV fertőzés (HBV fertőzés átvészeltés) igazolódott. Kiemelendő, hogy anyagunkban az aktív, vírusreplikációval járó esetek 62,5%-a (16 betegből 10) az integráció fázisába jutott fertőzés esetének 55%-a (20 betegből 11) tartozott a CAH csoportba.

A 107 HBV marker szeropozitív beteg szérumban az anti-HD szeropozitivitást 12 esetben (8 férfi, 4 nő) észleltük (11,2%). Egy beteg kórszövettani diagnózisa toxikus hepatopathia volt, 8 beteg CAH-ben, 3 cirrhosis hepatitisben szenvedett. Közülük 4 beteg lezajlott HBV fertőzés, 1 esetben aktív HBV replikáció, míg a további 7 esetben integráció volt igazolható. 10 beteg volt módunk vizsgálni az IgM anti-HD szeropozitivitást, mely az aktív, vírusreplikációval járó HDV fertőzést jelzi. 4 beteg (2 férfi, 2 nő) esetében észleltünk aktív HDV fertőzést, a betegek kórszövettani diagnózisa minden esetben CAH volt, közülük 3 beteg HBV fertőzése az integráció fázisában volt, 1 beteg aktív, vírusreplikációval járó HBV fertőzés volt igazolható.

A 204 beteg közül 68 esetben (51 férfi, 17 nő) észleltünk anti-HCV szeropozitivitást (33,3%). Az anti-HCV szeropozitivitás gyakoriságát az egyes betegcsoportokban a 3. táblázatban tüntettük fel.

A krónikus hepatitisben, illetve májcirrhosisban szenvedő betegek között az anti-HCV szeropozitivitás előfordulása több mint kétszerese volt az egyéb betegcsoportban észleltnek. Az összes anti-HCV szeropozitív beteg 80,1%-a (68-ból 55 beteg) szenvedett krónikus hepatitisben vagy májcirrhosisban, míg az anti-HCV szeronegatív csoportban a krónikus hepatitis és a májcirrhosis előfordulása 56% volt.

A 4. és az 5. táblázatban részletesen elemeztük az anti-HCV szeropozitivitás és a HBV marker szeropozitivitás egymáshoz való viszonyát.

A 68 anti-HCV szeropozitív beteg közül 49 (72%) HBV marker szeropozitív is volt, míg a 136 anti-HCV szeronegatív beteg közül 58 esetben (42,7%) volt igazolható HBV marker szeropozitivitás. A HBV marker szeropozitív betegek között az anti-HCV szeropozitivitás 46%-os volt (107-ből 49 eset), míg a HBV szeronegatív csoportban ez az arány 19,6%-os (97-ből 19 eset).

A HBV fertőzés egyes fázisait vizsgálva az anti-HCV szeropozitivitás leggyakrabban a lezajlott HBV fertőzés eseteiben fordult elő (71-ből 41 eset — 58%), az aktív, vírusreplikációval járó HBV fertőzések között a gyakoriság 31% (16-ből 5 eset) volt, míg az integráció fázisában mindössze 15%-os anti-HCV szeropozitivitást észleltünk (20-ből 3 eset).

3. táblázat: Az anti-HCV szeropozitivitás előfordulása az egyes betegcsoportokban

Hisztológiai diagnózis	Betegek száma	anti-HCV szeropozitív betegek száma
Krónikus perzisztáló hepatitis	8	3 (37,5%)
Krónikus aktív hepatitis*	46	22 (48%)
Májcirrhosis	77	30 (39%)
Májcirrhosis és hepatocellularis carcinoma	3	2
Egyéb	70	11 (16%)
	204	68 (33,3%)

4. táblázat: A HBV marker szeropozitivitás előfordulása az anti-HCV szeropozitív és szeronegatív csoportban

	HBV marker szeropozitív betegek (n)	HBV szeronegatív betegek (n)
anti-HCV szeropozitív betegek (n = 68)	49 (72%)	19 (28%)
anti-HCV szeronegatív betegek (n = 136)	58 (42,7%)	78 (57,3%)

5. táblázat: Az anti-HCV szeropozitivitás előfordulása a HBV marker szeronegatív és szeropozitív csoportban, illetve a HBV fertőzés egyes stádiumaiban

	anti-HCV szeropozitív betegek (n)	anti-HCV szeronegatív betegek (n)
HBV szeronegatív betegek (n = 97)	19	78
A HBV fertőzés lezajlott stádiumai (n=71)	41	30
replikáció (n = 16)	5	11
integráció (n = 20)	3	17
HBV marker szeropozitív betegek összesen (n = 107)	49	58

Az együttesen anti-HCV és HBV marker szeropozitív betegek HBV fertőzése az esetek 84%-ában (49-ből 41 eset) már lezajlott, míg az anti-HCV szeronegatív, de HBV marker szeropozitív csoportban ez az arány csak 52% (58-ből 30 eset) volt. Az anti-HCV és HBV marker szeropozitív betegek HBV fertőzése csak az esetek 6%-ában (49-ből 3 eset), míg az anti-HCV szeronegatív betegek HBV fertőzése az esetek 29%-ában (58-ből 17 eset) az integráció stádiumában volt. Az aktív, vírusreplikációval járó HBV fertőzés gyakorisága az anti-HCV szeropozitív csoportban 10% (49-ből 5 eset), míg az anti-HCV szeronegatív betegek között 19% (58-ből 11 eset) volt.

6. táblázat: A hepatitis B, C és D vírus marker szeropozitivitás az egyes betegcsoportokban

Hisztológiai diagnózis	Vírus marker szeropozitivitás						Összesen (n)
	HBV és HDV és HCV (n)	HBV és HCV (n)	HBV és HDV (n)	HBV (n)	HCV (n)	mindhárom negatív (n)	
Krónikus perzisztáló hepatitis	0	3	0	1	0	4	8
Krónikus aktív hepatitis	2	14	6	12	6	6	46
Májcirrhosis	2	18	1	20	10	26	77
Májcirrhosis és hepatocellularis carcinoma	0	2	0	0	0	1	3
Egyéb	0	8	1	17	3	41	70
Összesen	4	45	8	50	19	78	204
Össz. %	2	22%	4%	24,5%	9,3%	38,2%	100%

A 12 HDV fertőzést acquirált beteg közül 4 volt anti-HCV szeropozitív (2 beteg hisztológiai diagnózisa CAH, 2 betegé cirrhosis hepatis volt). A 4 aktív, vírusreplikációval járó HDV fertőzésben szenvedő beteg közül 1 tartozott az anti-HCV szeropozitív csoportba, az ő HBV fertőzése az integráció stádiumában volt. (Megjegyezzük, hogy az a 2 anti-HD szeropozitív beteg, akin nem volt módunk az IgM anti-HD meghatározást elvégezni, anti-HCV szeronegatív volt.)

A vírus szerológiai vizsgálatok eredményét összefoglalva a 6. táblázatban tüntettük fel.

Vizsgált betegeink között az esetek 61,8%-ában krónikus májbetegséget okozó hepatitis vírus marker szeropozitivitás igazolható volt. Közülük 2%-ban mindhárom vírus marker szeropozitivitás igazolható volt, 26%-ban két vírus (HBV és HDV, ill. HBV és HCV), 33,8%-ban egy vírus (HBV vagy HCV) marker szeropozitivitás volt kimutatható.

Az anti-HCV szeropozitív és szeronegatív betegek anamnézisében az akut hepatitis és a transfusio előfordulásának gyakoriságát a 7. táblázatban tüntettük fel.

Az anti-HCV szeropozitív betegek anamnézisében mind az akut hepatitis, mind a transfusio közel háromszor gyakrabban szerepelt, mint az anti-HCV szeronegatív csoportban.

Megbeszélés

Anyagunkban HBV marker szeropozitivitást az esetek 52,5%-ában tudtunk igazolni. Idült májbetegségekben a HBV marker szeropozitivitás arányára vonatkozó irodalmi adatok igen eltérőek, melyet részben genetikai, földrajzi, szociális tényezők, részben az alkalmazott laboratóriumi módszerek eltérő érzékenysége magyarázhat (8, 11, 17, 24, 30). Munkánkban a HBV marker szeropozitív betegek között a súlyos májbetegségek (krónikus hepatitis, májcirrhosis) aránya lényegesen nagyobb, mint a HBV szeronegatív betegek között (74% v. 53%), mely a HBV patogenetikai szerepére utal. Kiemelendőnek tartjuk azt is, hogy az

7. táblázat: Az akut hepatitis és a transfúzió gyakoriság az anti-HCV szeropozitív és szeronegatív betegek anamnézisében

	Akut hepatitis (n)	Transzfúzió (n)
Anti-HCV szeropozitív betegek (n = 68)	22 (32,3%)	13 (19,1%)
Anti-HCV szeronegatív betegek (n = 136)	14 (10,3%)	10 (7,4%)

aktív, vírusreplikáció és az integráció fázisában a betegek túlnyomó többségének súlyos, progresszív májbetegsége volt.

A HDV fertőzés a jelenlegi vizsgálatba bevont betegeink között 11,2%-os volt, mely hasonló *Pár és mtsai* eredményéhez (személyes közlés) (13,9%). 12 anti-HD szeropozitív betegünk közül 11 súlyos progresszív májkárosodásban szenvedett, és mind a 4 aktív HDV fertőzés esetében CAH volt a diagnózis. Eredményeink az irodalmi adatokkal egyezően igazolják, hogy a HDV fertőzés súlyos májkárosodást okoz, illetve az esetek nagy többségében a meglevő májbetegség progressziójához vezet (2, 4, 20, 23). A HDV szeropozitív betegeink részletes HBV marker vizsgálatának eredményeit elemezve megállapíthatjuk, hogy ezen csoportban a HBV replikációjának markerei általában hiányoznak, a betegek közel $\frac{2}{3}$ -ának HBV fertőzése az integráció stádiumába jutott, az aktív HDV fertőzésben szenvedők valamennyien HBsAg szeropozitívak. Az anti-HD szeropozitív betegek részletes HBV és HDV marker vizsgálatainak eredményeiből levonható következtetésekről korábbi munkánkban részletesen beszámoltunk (23).

Az anti-HCV szeropozitivitás magyarországi előfordulásáról az első közleményt *Héjjas és mtsai* közzétették 1989-ben (21). Ők a donorok 1,73%-ában, krónikus NANBH-ben az esetek 92%-ában és akut posttransfúziós hepatitisben az esetek 69%-ában észleltek anti-HCV szeropozitivitást. *Pár* 1990-ben hazai multicentrikus vizsgálat

eredményéről számolt be (31). Ebben az anyagban 173 idült májbeteg 42%-ában (73 beteg) volt anti-HCV szeropozitivitás kimutatható. Krónikus NANBH-ben az anti-HCV szeropozitív betegek között 26%-os volt az anti-HBc szeropozitivitás aránya, míg az anti-HBc szeropozitívak 74%-a volt anti-HCV szeropozitív. Krónikus HBsAg szeropozitív hepatitisben 33%-os volt az anti-HCV előfordulása. Fong és mtsai 148 krónikus aktív HBV marker szeropozitív beteg között 16 esetben (11%) észleltek anti-HCV szeropozitivitást (18). Mendenhall és mtsai alkoholos májbetegségei között 27,1%-ban találtak anti-HCV szeropozitivitást (29). További irodalmi adatok a krónikus poszttranszfúziós és sporadikus NANBH-es esetekben 70–80%-ra, egyéb eredetű CAH-es és májcirrhosisos esetekben 30–50%-ra teszik az anti-HCV szeropozitivitás előfordulását (14, 27, 28, 31, 35, 36).

Anyagunkban a vizsgált idült májbeteg anti-HCV szeropozitivitása 33,3% volt. A súlyos progrediáló májbetegségeknél észlelt lényegesen nagyobb anti-HCV gyakoriság, valamint az a tény, hogy az anti-HCV szeropozitív betegek 4/5-e krónikus hepatitisben vagy májcirrhosisban szenved, arra utal, hogy a HBV-hoz és a HDV-hoz hasonlóan a HCV is jelentős patogenetikai szerepet játszik az idült progresszív májbetegségek kialakulásában.

Az anti-HCV szeropozitív betegeink között a HBV marker szeropozitivitás 72%-os volt, míg a HBV marker szeropozitív betegeink között az anti-HCV szeropozitivitás aránya 46%-os volt (107-ből 49 eset).

Az együttesen anti-HCV és HBV marker szeropozitív betegek HBV fertőzésének stádiumai vizsgálata alapján megállapíthatjuk, hogy az anti-HCV szeropozitivitás döntően lezajlott HBV fertőzésben szenvedőkön észlelhető, továbbá, az anti-HCV szeropozitív betegek között az aktív, vírusreplikációval járó HBV fertőzés gyakorisága csak a fele az anti-HCV szeronegatív csoportban észleltnél. Ez egyrészt arra utal, hogy a HBV fertőzést a beteg jóval korábban szerezte, másrészt alátámaszthatja Fong és mtsai azon feltevését, hogy a HCV fertőzés a HDV fertőzéshez hasonlóan szupprimálhatja a HBV replikációját (18). A HCV fertőzés dinamikájának értékeléséhez ma már további lehetőséget nyújt az aktív HCV replikáció vizsgálata IgM anti-HCV kimutatásával (33), illetve polymerase chainreakció segítségével (19, 25), ezen vizsgálatok végzésére sajnos nem volt módunk.

Anyagunkban 4 betegen volt bizonyítható mindhárom vírus (HBV, HCV, HDV) szeropozitivitás, közülük 1 betegen az aktív HDV replikáció is igazolható.

Figyelemre méltó, hogy a részletes HBV, HCV és HDV szerológia alapján az esetek 62%-ában tudtunk vírusetiológiára utaló adatot kimutatni. Ez a tény a májbetegségek vírusetiológiájának jelentőségére utal, csakúgy mint az, hogy ebben a csoportban a betegek 75%-a szenvedett krónikus hepatitisben vagy májcirrhosisban, míg a mindhárom vírus tekintetében szeronegatív betegeknek csak 46%-a.

Adataink szerint a HBV, a HCV és a HDV fertőzés az esetek nagy részében súlyos, progrediáló májbetegséget okoz, hármas infekció is előfordul, és ezen esetekben a májbetegség súlyosabb fokú. Ez a tény a HBV és a HDV

ko- vagy szuperinfekció esetében már ismert (22, 23), de a HBV és a HCV esetében is közöltek hasonló eredményeket (18).

A HBV és a HCV szerepe a hepatocellularis carcinoma kialakulásában ismert (36), a HDV esetében ezt eddig igazolni nem sikerült (9, 26). Anyagunkban 3 hepatocellularis carcinomás eset szerepel. Ez a kis esetszám természetesen semmilyen megalapozott következtetés levonására nem alkalmas, de említésre méltónak tartjuk, hogy egy betegen nem volt igazolható vírusfertőzés, míg a másik két beteg HBV és anti-HCV szeropozitív volt is bizonyult. HBV fertőzésük a lezajlott stádiumban volt és anti-HD szeronegatívak voltak.

Betegeink anamnézisében a varakozásnak megfelelően az anti-HCV szeropozitív csoportban a transfúzió és az akut hepatitis előfordulása lényegesen gyakoribb volt, mint az anti-HCV szeronegatív betegek esetében, azonban így is csak az esetek 1/5-ében, illetve 1/3-ában szerepelt ilyen epizód. (Meg kell említenünk, hogy az akut hepatitisek 90%-a nem — vagy nem bizonyíthatóan — volt poszttranszfúziós). Ez a HCV fertőzés terjedésének egyéb útjaira, valamint a tünetmentes fertőzésre hívja fel a figyelmet. Érdekes, hogy hasonló eredményeket kaptunk korábbi vizsgálataink során, 390 idült májbeteg esetében a HBV marker szeropozitivitás és az anamnézisben szereplő akut hepatitisek gyakoriságának vizsgálatakor (24). Összefoglalva a vizsgált kérdésekre az alábbi válaszokat adhatjuk:

1. A vizsgált idült májbeteg 62%-ában igazoltunk HBV, HCV, illetve HDV marker szeropozitivitást. A betegek 33,3%-ában HCV, 52,5%-ában HBV, ez utóbbiak 11,2%-ában HDV marker szeropozitivitás volt bizonyítható.

2. A betegek 2%-ában mindhárom vírus marker szeropozitivitás bizonyítható volt, 26%-ában két vírus (HBV és HDV, vagy HBV és HCV) marker szeropozitivitás igazolódott.

3. A HBV, a HCV és a HDV szeropozitív betegek között nagyobb arányban észleltünk súlyos progrediáló májbetegséget, mint a szeronegatív esetekben. Az együttes vírusfertőzések esetén a krónikus hepatitis és a májcirrhosis esetének gyakorisága nagyobb volt a csak HBV marker szeropozitív csoportban észleltnél, de nem különbözött szignifikánsan a csak anti-HCV szeropozitív csoportban tapasztalttól.

4. a) A lezajlott HBV fertőzés eseteiben a májbetegség enyhébb fokú volt, mint a replikáció vagy az integráció stádiumaiban.

- b) Az anti-HD szeropozitivitás a HBV fertőzés mindhárom stádiumában előfordulhat, azonban aktív HDV fertőzés esetén az esetek többsége az integráció stádiumában van.

- c) Anti-HCV szeropozitivitást döntően a HBV fertőzés lezajlott stádiumában észleltünk.

- d) Eredményeink arra utalnak, hogy a HCV fertőzés a HDV fertőzéshez hasonlóan szupprimálhatja a HBV replikációját.

- e) Többszörös vírus marker szeropozitivitás esetén a HBV fertőzés egyes stádiumai és a májbetegség súlyossága között nincs közvetlen kapcsolat.

5. Az anti-HCV szeropozitív betegek anamnézisében mintegy háromszor gyakrabban szerepel akut hepatitis, illetve transzfúzió, mint az anti-HCV szeronegatív csoportban.

A hepatitis vírus szerológiai vizsgálatok jelentőségét eredményeink tükrében nemcsak az idült májbetegségek etiológiájának jobb megismerése érdekében kell hangsúlyoznunk, hanem azért is, mert ezek nélkül az adekvát terápia megválasztása sem lehetséges.

Köszönetnyilvánítás: Az IgM anti-HD meghatározások elvégzéséért dr. Alan G. Shattocknak (Dublin), a kórszövettani vizsgálatok elvégzéséért dr. Kelemen J. Tibor és dr. Stotz Gyula főorvosoknak, a vírusmarker meghatározások elvégzésében nyújtott segítségéért Erdélyi Istvánnak köszönetünket fejezzük ki.

IRODALOM: 1. *Anthony, P. P. és mtsai:* The morphology of cirrhosis: definition, nomenclature and classification. *Bull. W. H. O.*, 1977, 55, 521. — 2. *Arico, S. és mtsai:* Clinical significance of antibody to the hepatitis delta virus in symptomless HBsAg carriers. *Lancet*, 1985, 2, 356. — 3. *Blumberg, B. S. és mtsai:* A new antigen in leukemic sera. *JAMA*, 1965, 191, 541. — 4. *Brunetto, M. R. és mtsai:* Chronic HDV infection: and important cause of HBsAg positive cirrhosis of young adults. In: HDV and its infection. Eds: Rizzetto, M., Gerin, J. L., Purcell, R. H., A. R. Liss, New York, 1987, 207. — 5. *Choo, Q. L. és mtsai:* Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science*, 1989, 244, 359. — 6. *Choo, Q. L. és mtsai:* Hepatitis C virus: the major causative agent of viral non-A, non-B hepatitis. *Br. Med. Bull.*, 1990, 46, 423. — 7. *Coates, R. A. és mtsai:* Hepatitis B markers and risk factors for hepatitis B in liver biopsy patients. *Clinical and Investigative Medicine*, 1986, 9, 65. — 8. *Cossart, Y. E.:* Hepatitis B and chronic liver disease. In: *Virus hepatitis and its control*. Baillière Tindall, London, 1977, 119. — 9. *Cronberg, S. és mtsai:* Hepatitis D (delta agent) in primary hepatocellular carcinoma and liver disease in Senegal. *Liver*, 1984, 4, 275. — 10. *Dane, D. S. és mtsai:* Virus like particles in serum of patients with Australia antigen positive hepatitis. *Lancet*, 1970, 1, 695. — 11. *Dávid K.:* Enzimológiai és Radioimmunoassay módszerek diagnosztikus értéke idült diffúz májbetegségekben. Kandidátusi értekezés, 1981. — 12. *Dávid K., Halmy L.:* A hepatitis B mag antigén elleni antitest (anti-HBc) vizsgálata idült, diffúz májbetegségekben. *Orv. Hetil.*, 1983, 124, 879. — 13. *De Groote, J. és mtsai:* A classification of chronic hepatitis. *Lancet*, 1968, 2, 626. — 14. *Esteban, J. I. és mtsai:* Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Spain. *Lancet*, 1989, II, 294. — 15. *Farci, P. és mtsai:* Diagnostic and prognostic significance of the IgM antibody to the hepatitis delta virus. *JAMA*, 1986, 255, 1443. — 16. *Fattovich, G. és mtsai:* Long-term follow up of anti-HBe positive chronic active hepatitis B. *Hepatology*, 1988, 8, 1651. — 17. *Fehér, J. és mtsai:* Immunglobulins,

glycoproteids and Australia antigen in chronic liver disease. *Acta Med. Acad. Sci. Hung.*, 1973, 30, 197. — 18. *Fong, T. L. és mtsai:* The significance of antibody to hepatitis C virus in patients with chronic hepatitis B. *Hepatology*, 1991, 14, 64. — 19. *Garson, J. A. és mtsai:* Detection of hepatitis C viral sequences in blood donations by „nested” polymerase chain reaction and prediction of infectivity. *Lancet*, 1990, 335, 1419. — 20. *Govindarajan, S. és mtsai:* Prevalence of delta-antibody among chronic hepatitis B virus infected patients in the Los Angeles area: its correlation with liver biopsy diagnosis. *Gastroenterology*, 1983, 85, 160. — 21. *Héjjas, M. és mtsai:* Report on the first trial with the HCV antibody test in Hungary. First Internat. Meeting of Hepatitis C Virus. Rome sept. 14–15. 1989. Abstract p. 16. — 22. *Hoofnagle, J. H.:* Delta hepatitis and the hepatitis delta virus. In: Seef L. B., Lewis J. H., eds *Current perspectives in hepatology*. New York, Plenum Publishing Corp., 1989, 47. — 23. *Horváth G. és mtsai:* A hepatitis delta vírus klinikai jelentősége és előfordulása B vírus pozitív idült májbetegségekben. *Orv. Hetil.*, 1992, 133, Suppl. I., 39. — 24. *Horváth G. és mtsai:* A részletes hepatitis B vírus marker vizsgálatok jelentősége idült májbetegségekben. *Orv. Hetil.*, 1992, 133, Suppl. I., 9. — 25. *Inchausti, G. és mtsai:* Use of conserved sequences from hepatitis C virus for the detection of viral RNA in infected sera polymerase chain reaction. *Hepatology*, 1991, 14, 595. — 26. *Kew, M. C. és mtsai:* Does delta infection play a part in the pathogenesis of hepatitis B virus related hepatocellular carcinoma? *Br. Med. J.*, 1984, 288, 1727. — 27. *Kühnl, P. és mtsai:* Antibody to hepatitis C virus in German blood donors. *Lancet*, 1989, II, 324. — 28. *Kuo, G. és mtsai:* An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis. *Science*, 1989, 244, 362. — 29. *Mendenhall, C. L. és mtsai:* Antibodies to hepatitis B virus and hepatitis C virus in alcoholic hepatitis and cirrhosis: their prevalence and clinical relevance. *Hepatology*, 1991, 14, 581. — 30. *Pár A. és mtsai:* A hepatitis vírusok aetiologiájának szerepének szerológiai vizsgálata krónikus májbetegségekben. *Magy. Belorv. Arch.*, 1979, 32, 137. — 31. *Pár A.:* Haladás a non-A, non-B hepatitis kutatásban: hepatitis C vírus (HCV). Multicentrikus anti-HCV vizsgálat *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 2295. — 32. *Pasetti, G. és mtsai:* Clinical features of hepatitis delta virus infection in a northern Italian area. *Infection*, 1988, 16, 345. — 33. *Quiroga, J. A. és mtsai:* IgM antibody to hepatitis C virus in acute and chronic hepatitis C. *Hepatology*, 1991, 14, 38. — 34. *Rizetto, M. és mtsai:* Immunofluorescence detection of a new antigen-antibody system (delta-anti-delta) associated to the hepatitis B virus in the liver and in the serum of HBsAg carriers. *Gut*, 1977, 18, 977. — 35. *Roggendorf, M. és mtsai:* Antibodies to hepatitis c virus. *Lancet*, 1989, II, 324. — 36. *Schaff Zs., Lapis K.:* Hepatitis C virus — a non-A, non-B Hepatitis fő kórokozója. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 1903. — 37. *Ternák G. és mtsai:* A delta antitest előfordulása különböző HBsAg pozitív májbetegségekben. *Orv. Hetil.*, 1985, 126, 1075.

(Horváth Gábor dr. Budapest, XII., Budakeszi út 48/b. 1121)

Az Orvostovábbképző Egyetem közleménye

Az Orvostovábbképző Egyetem 1992/93-as „Tanrend”-je — előreláthatólag — 1992 szeptemberében megjelenik, ez évben is a Springer Hungarica Kiadó gondozásában.

Kérjük az intézményeket, hogy igényeiket az alábbi címre bejelenteni szíveskedjenek.

A térítésmentes „Tanrend”-et az igényelt példányszámban — utánvétellel — a megadott címre eljuttatjuk.

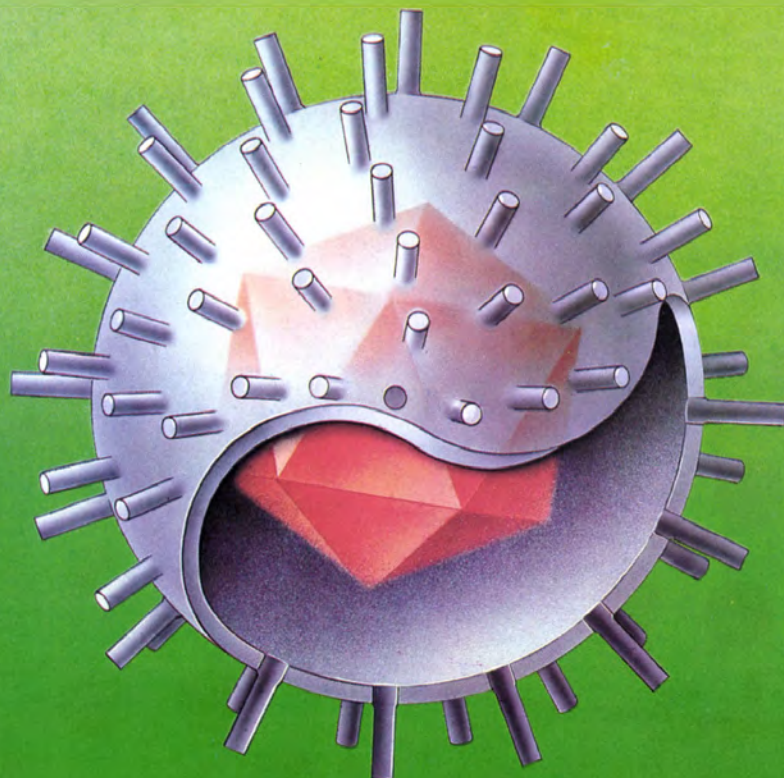
Levélcím:

OTE Oktatásszervezési és Oktatástechnikai Központ
1389 Budapest, Pf. 112

Orvostovábbképző Egyetem



BIOTEST ELISA Vírustesztek



BIOTEST Anti-CMV IgG ELISA
BIOTEST HBs-Ag ELISA
BIOTEST Anti-HBs ELISA
BIOTEST Anti-HBc ELISA
BIOTEST Anti-HIV-1/-2 recombinant
BIOTEST Anti-EBV recombinant
IgM ELISA
EA IgG
EBNA IgG

Art. No. 807 001
Art. No. 807 301
Art. No. 807 311
Art. No. 807 321
Art. No. 807 004

Art. No. 807 010
Art. No. 807 011
Art. No. 807 012

BIOTEST AG Magyar Kereskedelmi Képviselet, 1124 Budapest, Dobsinai u. 6/B. Tel/fax: 156-1697



Biotest
Diagnostics



Serafol®



Serafol®

**Szárított antiszérumokat tartalmazó
ágymelletti ABO és RH (D)
meghatározó kártya**

BIOTEST AG Magyar Kereskedelmi Képviselő, 1124 Budapest, Dobsinai u. 6/B. Tel/fax: 156-1697



**Biotest
Diagnostics**

Hidrogén (H₂) kilégzési vizsgálattal szerzett tapasztalataink

Hersényi László dr., Miskolczi Katalin, Tolnay Edina, Szalay László dr. és Fehér János dr.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, II. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Fehér János dr.)

A szerzők a gastrointestinalis panaszokkal rendelkező betegek kivizsgálása során rendszeresen alkalmazták a H₂ kilégzési tesztet. Az ismételt vizsgálatok alapján a H₂ kilégzési teszt szenzitív, jól reprodukálható módszer. 108 vizsgálat feldolgozása alapján 51,8%-ban lactose intoleranciát, 17,8%-ban contaminált vékonybél syndromát, 46,4%-ban motilitászavart észleltek. Az ún. kevés hidrogént termelők („low producers”) aránya 14,3% volt. A diagnosztizált lactose intoleranciás betegek csupán 1/5-énél volt ismert korábban a tej intolerancia, 10%-uk pedig panaszmentes volt. Vékonybél bacterialis contaminatio esetén a vizsgálat megismétlése az antibiotikus terapia hatásosságát is jelezte. A száj-coecum tranzit idő átlaga 99 perc, az $X \pm 2$ SD alapján számított normál tartomány pedig 66–132 perc volt. Eredményeik is alátámasztják a H₂ kilégzési vizsgálat fontos szerepét a modern gastroenterológiai diagnosztikában.

Kulcsszavak: Hidrogén (H₂) kilégzési vizsgálat, lactose intolerancia, bélmotilitás, vékonybél bacterialis contaminatio

Our clinical experience with hydrogen (H₂) breath test. The authors applied regularly the hydrogen (H₂) breath test during the medical investigations in patients with gastrointestinal symptoms. On the basis of the repeated examinations the hydrogen (H₂) breath test is a sensitive, well repeatable method. After analysing of 108 examinations the authors have observed in 51.8% lactose intolerance, in 17.8% small intestinal bacterial overgrowth syndrome, in 46.4% motility disorders. The proportion of "low hydrogen producers" was 14.3%. Only 1/5 of patients with new diagnosed lactose intolerance had knowledge about the intolerance, and 10% was asymptomatic. In case of small intestinal bacterial overgrowth syndrome the repeated hydrogen (H₂) test may indicate the effectivity of applied antibiotic therapy. The mean oro-caecal transit time was 99 minutes and the normal range was 66–132 minutes, counted on the basis of $X \pm 2$ SD. The authors suggest that the results support the important role of hydrogen (H₂) breath test in the modern gastroenterological diagnostics.

Key words: hydrogen (H₂) breath test, lactose intolerance, intestinal motility, small intestinal bacterial overgrowth syndrome

A kilégzett levegő hidrogén tartalmának meghatározása egyszerű, megbízható, rutinszerűen alkalmazható, non-invazív vizsgálat a modern gastroenterológiában.

A módszer viszonylag rövid múltra tekint vissza: 1968-ban Levitt és Calloway — egymástól függetlenül — vetik fel, hogy a kilégzett levegő hidrogén koncentrációjának mérésével a vékonybél bakteriális viszonyaira, illetve szénhidrát felszívódási zavarokra lehet következtetni (14, 27, 29). A módszer részletes kidolgozása Levitt érdeme: ő közöl először pontos metodikai ismertetést szénhidrát malabsorptióban jelentkező kóros H₂ emelkedésről (28), valamint a H₂ kilégzési teszt alkalmazásáról a vékonybél tranzit idő meghatározásában (13).

Magyarországon a nyolcvanas évek kezdetétől jelentek meg az első közlemények a hidrogén kilégzési tesztéről (7, 10, 11, 23). A vizsgálmódszer nem megterhelő, non-invazív jellege miatt kiterjedten alkalmazható a gyermekgyógyászatban is (9, 12).

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinikáján 1988 óta a gastrointestinalis panaszokkal rendelkező betegek kivizsgálása során kiterjedten alkalmazzuk a H₂ kilégzési tesztet. Fő célkitűzésünk az volt, hogy a panaszok hátterében álló esetleges lactose intolerancia, vékonybél bacterialis contaminatio, bélmotilitási zavarok, illetve ezek kombinációja a vizsgálatok során felfedezésre kerülhessenek. A következőkben ismertetjük a H₂ kilégzési tesztet nyert tapasztalatainkat, észrevételeinket.

Beteganyag és módszer

A gastrointestinalis panaszokkal rendelkező betegek részletes kivizsgálása során rendszeresen alkalmaztuk a H₂ kilégzési tesztet. 108 betegből álló csoporton (41 férfi, 67 nő) végzett vizsgálatok eredményeit dolgoztuk fel. Ezen belül külön csoportot képezett az ún. nem fekély eredetű dyspepsiás (non ulcer dyspepsia) beteganyag (34 beteg), akiknél a dyspepsiás panaszok meglé-

te mellett, radiológiai és endoscopy vizsgálatokkal ulcusos elváltozást nem sikerült igazolni.

Vizsgálataink során kétféle — lactose, lactulose — tesztanyagot alkalmaztunk.

A vizsgálatok menete

Lactose terhelés: A vizsgálatokat reggel — legalább 8 óra éhezési idő után — végeztük. Az alpminta („0” érték, kiindulási érték) levétele után a beteg 50 g lactose-t ivott meg 20%-os oldatban. A leheletmintákat a tesztoldat megívása után az 5., 10., 15., 20., 30., 45., 60., 90., 120., 150. és 180. percen vettük. A minták mérését a vétel után 2–3 órán belül elvégeztük.

Értékelés: A nemzetközileg elfogadott 20 ppm (parts per million) feletti értékeket tekintettük kórosnak.

Lactulose terhelés: A vizsgálatokat reggel — 8–10 óra éhezési idő után — végeztük. Az alpminta levétele után a beteg 10 g lactulose-t ivott meg 5%-os oldatban. A mintavétel a tesztoldat megívása után az 5., 10., 20., 30., 45., 60., 75., 90., 105., 120., 150., 180., 210., 240., 270. és 300. percen történt. A mérést a levétel után 2–3 órával végeztük.

Értékelés: 20 ppm feletti értéket vettünk kórosnak. A nemzetközi irodalmi adatokat elfogadva a 60–100 perc közötti száj-coecum tranzit idő normális, a 100 perc feletti lassult, a 60 perc, illetve alatti száj-coecum tranzit idő gyorsult motilitásként értékelhető.

A méréseket a Budapesti Műszaki Egyetem Biokémiai és Élelmiszertechnológiai Tanszéke által kifejlesztett „Hydrogen Tester” (RÁSZOLG) készülékkel végeztük.

A mérés feltételei:

1. A vastagbélflóra épsége: a vizsgálatot megelőző antibiotikus terapia — a baktériumok pusztulása révén — fals negatív eredményhez vezethet. A lakosság kb. 0–4%-a olyan vastagbélflórával rendelkezik, mely nem képes hidrogén termelésre (ún. „low H₂ producers”).

2. A vizsgálat éhgyomorra végzendő.

3. A vizsgálatot megelőző napon kerülni kell az erős hidrogéntermeléssel járó ételek (gyümölcsök, hüvelyesek stb.) fogyasztását.

4. Acut hasmenés, láz, illetve bélmozgást megváltoztató gyógyszerek alkalmazása értékelhetetlenné teszik a vizsgálatot.

5. Megfelelően érzékeny mérőműszer: $\pm 2-3$ ppm érzékenységgű műszer felel meg a követelménynek.

6. A vizsgálat ideje alatt a dohányzás és a fizikai aktivitás kerülendő.

7. Szorongó beteget célszerű megfelelő felvilágosítással megnyugtatni, mert az esetleges hyperventilatio fals negatív eredményt adhat.

8. Megfelelő tesztoldatok alkalmazása (lactose, lactulose).

A diagnosztizált lactose intoleranciát, vékonybél bacterialis contaminációt, száj-coecum tranzit időt az irodalomban szereplő kritériumok alapján állapítottuk meg.

Vizsgálataink főbb szempontjai

A H₂ vizsgálat érzékenysége, reprodukálhatósága

— lactose intolerancia, vékonybél bacterialis contaminatio, motilitászavar előfordulása,

— lactose intolerancia-vékonybél bacterialis contaminatio és a betegek panaszainak összefüggése,

— a non ulcer dyspepsiás csoport vizsgálata

— száj-coecum tranzit idő mérése.

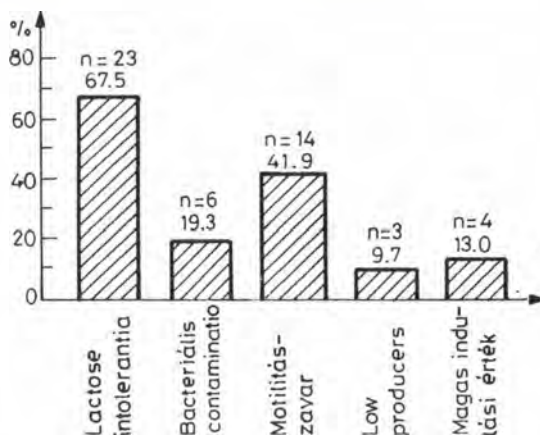
Eredmények

1. Ismételt vizsgálatok alapján klinikánkon a H₂ kilégzési teszt szenzitivitása lactose intolerancia esetén 95%, lactulose tesztanyaggal motilitást vizsgálva 85%, contaminatio vizsgálatában a legkevésbé reprodukálható a módszer (50%).

1. táblázat: H₂ kilégzési teszt megbízhatósága — reprodukálhatósága lactose intolerancia esetén

Sorszám	Vizsgálat száma	pozitív	negatív	nem értékelhető
1	2	2		
2	2	1		1
3	5	5		
4	4	4		
5	2	2		
6	3	3		
7	2	2		
8	2	2		
9	2	2		
10	2	2		
11	4	4		
12	2	2		
13	2	1	1	
14	4	4		
15	2	2		
n = 15	n = 40	n = 38	n = 1	n = 1

pozitív = az ismételt vizsgálat is laktóz intoleranciát igazolt
negatív = az ismételt vizsg. nem igazolt laktóz intoleranciát
nem értékelhető = low producer az ismétlés alkalmával



1. ábra: H₂ kilégzési teszt során észlelt eltérések (108 beteg vizsgálata alapján)

A fentieket alátámasztandó, 15 lactose intoleranciának minősített betegnél ismételt vizsgálatokat végezve (összesen 40 vizsgálat), csupán 1 betegnél fordult elő, hogy ismétléskor a teszt negatívvá vált, 1 beteg esetében pedig nem kaptunk értékelhető H₂ szint emelkedést (1. táblázat).

2. 108 betegnél végzett lactose és lactulose terhelés eredménye szerint lactose intoleranciában szenved a betegek 51,8%-a (56 beteg), vékonybél bacterialis contaminatio a betegek 17,8%-ánál (19 beteg) volt igazolható. Motilitászavart 46,4%-ban (50 beteg) találtunk (1. ábra).

Ezen eredmények arra utalnak, hogy a különböző gastrointestinalis panaszokkal rendelkező betegek jelentős hányadánál lactose intolerancia, vékonybél bacterialis contaminatio, motilitászavar, vagy ezek együttes előfordulása

(lactose intolerantia + vékonybél bacterialis contaminatio, lactose intolerantia + motilitászavar) magyarázhatja a klinikai képet.

3. Beteganyagunkban az ún. kevés hidrogént termelő („low producer”) betegek aránya 14,3% volt (15 beteg). Ezen betegek eredményei esetleg csak ismételt vizsgálatok során értékelhetők.

Magas kiindulási értéket 16,1%-ban (17 beteg) észleltünk, mely szintén nem értékelhető.

4. A vizsgálattal diagnosztizált lactose intolerantia, vékonybél bacterialis contaminatio és a betegek panaszainak összefüggését elemezve, megállapítható, hogy mindkét csoportban leggyakrabban a dyspepsia és a meteorismus képezték a betegek fő panaszait. Gyakoriságban ezen panaszok után hasmenés és fogyás következett.

Anamnesztikus adatok alapján a diagnosztizált lactose intolerantiás betegek csupán 1/3-énél volt ismert a tej intolerantia. A diagnosztizált lactose intolerantiás betegek 10%-a gyakorlatilag panaszmentes volt (2. ábra).

5. Vékonybél bacterialis contaminatio esetén az ismételt vizsgálat az antibiotikus kezelés eredményességének lemerésére is szolgál. Látható, hogy kezelés után a görbe gyakorlatilag normalizálódott. A betegnél 10 napon keresztül Doxycyclin—Klion kezelést alkalmaztunk (3. ábra).

6. Non ulcer dyspepsiában szenvedő betegek csoportját (34 beteg) külön értékelve lactose intolerantiát 67,5%-ban (23 beteg), vékonybél bacterialis contaminatiót 19,3%-ban (6 beteg), motilitászavart 41,9%-ban (14 beteg) észleltünk (4. ábra).

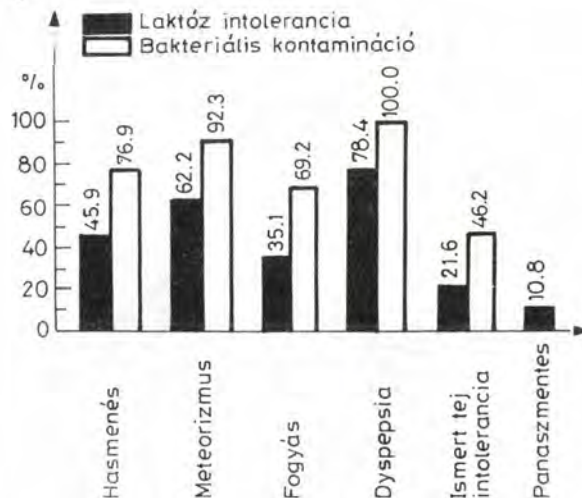
Ezen eredmények is igazolják, hogy a non ulcer dyspepsia gyújtófoglalom, dyspepsia esetén a köztudottnál gyakrabban igazolható lactose intolerantia, bacterialis contaminatio, motilitászavar, illetve ugyanazon betegnél egy időben több eltérés is felelőssé tehető a dyspepsiás panaszokért.

7. Lactulose tesztanyaggal a száj-coecum tranzit időt vizsgálva azt találtuk, hogy a tranzit idő átlaga 99 perc, az $X \pm 2$ SD értéket figyelembe véve a normális tartomány 66—132 perc között található, mely kissé hosszabb, mint az irodalomban megadott értéktartomány. A száj-coecum tranzit idő változás jellegét — nemek szerinti megoszlásban — az 5. ábra mutatja.

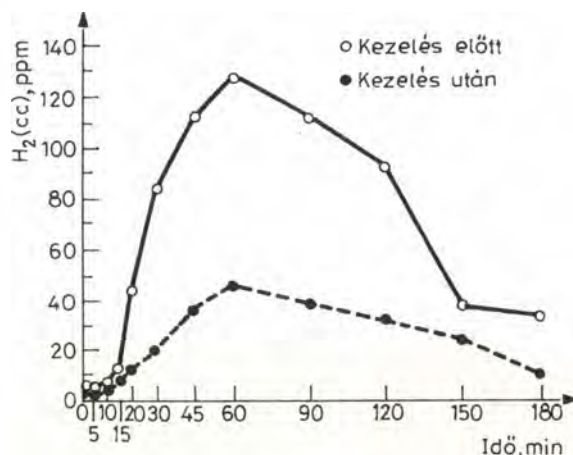
Megbeszélés

A felszívódási folyamatok klinikai értékelésére használt korábbi vizsgálati módszerek (glucose-, galactose-, D-xilose terhelés, Schilling teszt (7), szondarendszerek révén történő „izolált bélszakasz” perfúziós vizsgálata (8) mind költségesnek, pontatlannak, a beteget megterhelő módszernek bizonyultak. A szénhidrát malabsorptióban pedig a széklet pH és redukáló anyag tartalom mérése, széklet cukor chromatographia, vékonybél enzimek vizsgálata, barium-lactose rtg vizsgálat, cukor megvonásra adott klinikai válasz követése volt lehetséges (23).

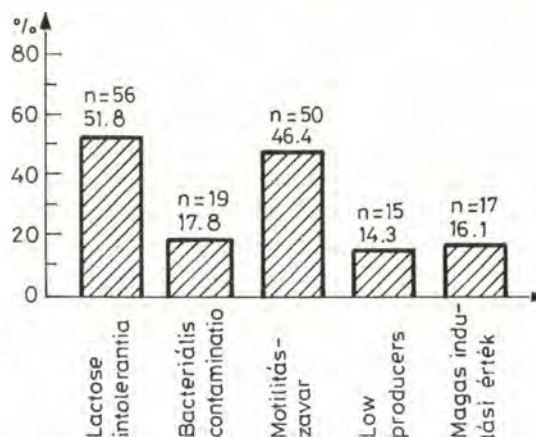
Ezen invazív, költséges, speciális laboratóriumi felkészültséget is igénylő, nehezebben tolerálható módszerek-



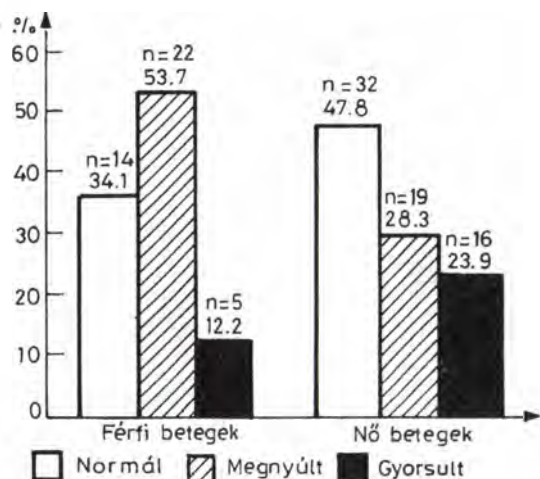
2. ábra: Lactose intolerantia, bacterialis contaminatio és a betegek panaszainak összefüggései



3. ábra: Az ismételt H₂ kilégzési vizsgálat (lactose terhelés) szerepe antibiotikus kezelés eredményességének lemerésében vékonybél bacterialis contaminatio esetén



4. ábra: Non ulcer dyspepsiás csoportban H₂ kilégzési vizsgálatnál észlelt eltérések



5. ábra: Száj-coecum tranzit idő változása — nemek szerinti megoszlásban

kel szemben a H_2 kilégzési vizsgálat fízológias viszonyok mellett történik, non-invazív, jól tolerálható, könnyen kivitelezhető (4). A vizsgálat jelentőségét fokozza, hogy a lactose intolerancia a leggyakoribb felszívódási zavar.

Szakály és mtsai egészséges hazai populációra kivetített adatai szerint az általános iskolás korúak 6,2%-a, a serdülők, fiatal felnőttek (15–29 év) 6,62%-a, az ennél idősebbek 14,66%-a szenved lactose intoleranciában (41).

Egy másik hazai felmérés szerint a lactose malabsorptio prevalenciája az általános magyar mintában 37% (19). Vizsgálataink is alátámasztják a lactose intolerancia jelentőségét, nagyarányú előfordulását a gastroenterológiai beteganyagban.

Vizsgálataink során az ún. kevés hidrogént termelő („low producer”) betegek aránya 14,3% volt. Irodalmi adatok szerint a normál populáció kb. 5%-a tartozik ebbe a csoportba. Kimutatták, hogy a colon pH szintje befolyásolja a H_2 termelést: (pl. $MgSO_4$ előkezelés a colon pH megváltoztatásán keresztül növeli a H_2 produkciót). Ezért a „low producer” csoportban ajánlatos bevezetni a $MgSO_4$ előkezelést, ezáltal növelhető a H_2 kilégzési teszt szenzitivitása és elkerülhetők a fals negatív eredmények (46).

A H_2 kilégzési teszt nagyfokú érzékenységet több közlemény is igazolja (15, 26, 36), ezt a tényt a mi eredményeink is alátámasztják.

A modern gastroenterológiában egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a vékonybél bakteriális fertőzöttségének (szinonimák: contaminált vékonybél szindróma, dysbacteriosis, bacterial overgrowth szindróma) (24). Fízológias körülmények között a normál gastrointestinalis flóra a duodenumban és jejunumban nem haladhatja meg a 10^5 /ml csíraszámot. Anatómiai vagy functionális eltérések következtében — melyek közös jellemzője a vékonybél tartalom pangása — a baktériumok túlzottan elszaporodnak a vékonybélben és létrehozhatják a vékonybél bakteriális contaminációját.

A vékonybél bakteriális contaminatio diagnózisának felállítása a H_2 kilégzési teszttel, valamint bakteriológiai módszerekkel lehetséges (25, 30, 35, 38, 39, 44, 45). Elfo-

gadva a közlemények által jelzett bakteriológiai adatokat, valamint azt, hogy jó korreláció van az invazív, megterhelő, költséges bakteriológiai vizsgálat és a H_2 teszt eredményei között, jelen vizsgálataink során a bakteriális contaminatio diagnózisát csak a H_2 kilégzési vizsgálat alapján állítottuk fel és nem kívántuk vizsgálni, hogy a vékonybél bakteriális contaminációt a kórokozók mely típusai idézték elő.

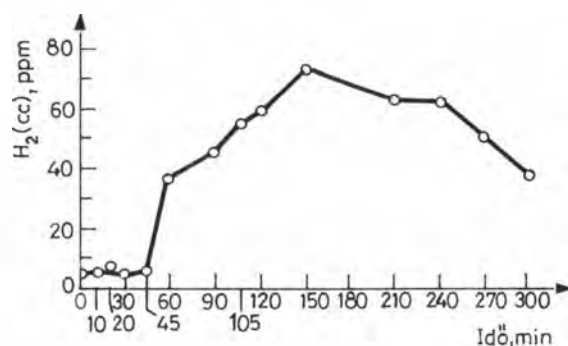
A bélrendszer anatómiai eltérései mellett kimutatható morfológiai rendellenességek nélkül is kialakulhat a contaminatio. Egyre több adat szól a localis immunvédekezés zavaráról, mely a recidiváló vékonybél bakteriális contaminatio kialakulásában meghatározó tényező lehet (25, 39).

A localis immunvédekezés hiánya tartós immunszuppressziós kezelés mellett is kialakulhat. Ilyen mechanizmus alapján jöhetett létre egy betegünkél malabsorptióhoz vezető vékonybél bakteriális contaminatio, akinél rheumatoid polyarthrit (PCP) miatt corticosteroid kezelést alkalmaztunk a korábbiakban. Antibiotikus terapia mellett a malabsorptio megszűnt, a steroid kezelés leépítése után vékonybél bakteriális contaminatio nem jelentkezett.

A contaminált vékonybél szindróma jelentőségét az is alátámasztja, hogy a gyakorlatban ezen betegek nagy része „irritabilis colon” diagnózissal szerepel. Holott megfelelő vizsgálattal (H_2 kilégzési teszt, vékonybél bakteriológiai vizsgálata) pontos diagnózishoz lehetne jutni, adekvát kezeléssel pedig a betegek panaszait átmenetileg enyhíteni, megszüntetni tudnánk (18, 21, 31, 32, 35). A száj-coecum tranzit idő mérése egyaránt fontos információt nyújthat a vékonybél szerepéről fízológias és pathológias körülmények között (43).

A száj-coecum tranzit időt számos tényező befolyásolja: pl. gyomor secretio [a tranzit idő megnyúlik achlorhydria vagy H_2 receptor blokkoló kezelés során (3)], obesitasban, idős életkorban ugyancsak a tranzit idő meghosszabbodása észlelhető (5, 20).

Jellegzetes változás mutatható ki hyperthyreosisban, ahol a gyorsult motilitás (és a következményes rövidült tranzit idő) egyik fontos oka lehet a betegségre jellemző gyakori hasmenésnek (42). Erre példa saját anyagunkból egy hyperthyreosisos, hasmenéssel panaszokkal rendelkező betegünk motilitás vizsgálati eredménye, mely gyorsult tranzit időt mutatott (6. ábra).



6. ábra: Hyperthyreosisban szenvedő beteg motilitás vizsgálati eredménye

Anorexia nervosa beteg gastrointestinalis tüneteinek szintén szerepet játszhat a megváltozott — megnyúlt — tranzit idő (22).

A száj-coecum tranzit idő jobban reprodukálható egy 20 g lactulose-t tartalmazó standard reggeli elfogyasztása után (26): ezt az ajánlást elkövetkező vizsgálataink során figyelembe fogjuk venni.

A H₂ kilégzési vizsgálatnak jelentős szerepe van a különböző sebészeti beavatkozások utáni állapotok vizsgálatában: pl. rövid bél syndroma (33), Crohn-betegség, illetve emiatt végzett bélresectio (34), total gastrectomia utáni malabsorptio (2), proctocolectomia utáni állapot (16).

Több közlemény is felhívja a figyelmet, hogy a H₂ kilégzési teszt ideális módszer számos gyógyszer gastrointestinalis motilitásra kifejtett hatásának vizsgálatára (1, 6, 17, 37, 40, 47). Elkövetkező vizsgálataink során az ilyen jellegű vizsgálatok végzését is tervezzük.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a mi eredményeink is arra utalnak, hogy a H₂ kilégzési teszt egyre fontosabb szerephez jut a modern gastroenterológiai diagnosztikában.

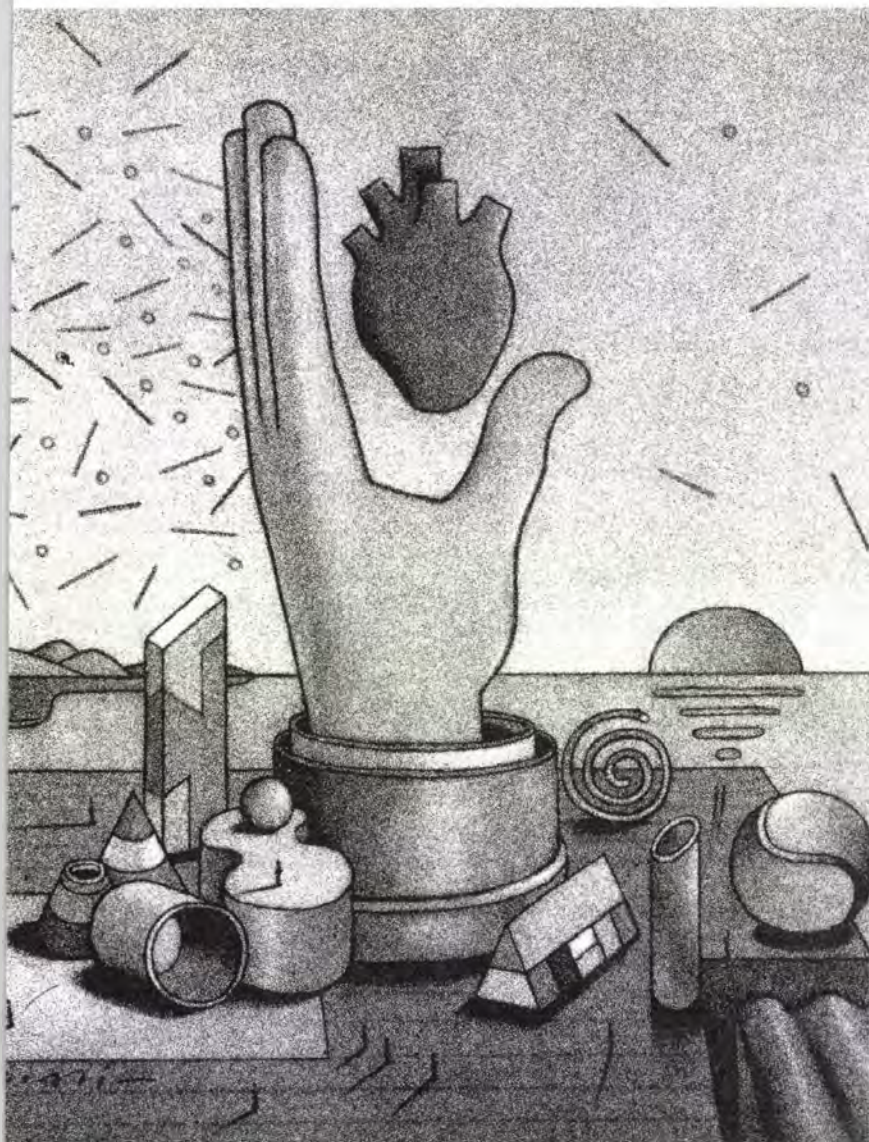
IRODALOM: 1. Armbricht, U., Reul, W., Stockbrügger, R. W.: The influence of telenzepine on gastrointestinal transit: comparison with placebo and domperidone. *Z. Gastroenterol.*, 1990, 28, 85. — 2. Armbricht, U., Lundell, L., Lindstedt, G. és mtsai: Causes of malabsorption after total gastrectomy with Roux-en-y reconstruction. *Acta Chir. Scand.*, 1988, 154, 37. — 3. Armbricht, U., Dotevall, G., Stockbrügger, R. W.: The effect of gastric secretion on oro-cecal transit time measured with the hydrogen (H₂) breath test. *Z. Gastroenterol.*, 1987, 25, 145. — 4. Armbricht, U., Stockbrügger, R. W.: Possibilities for use and limits of the H₂ breath test in gastroenterologic diagnosis. *Z. Gastroenterol.*, 1989, 27, 391. — 5. Bazilisco, G., Camboni, G., Bozzani, A. és mtsai: Orocecal transit delay in obese patients. *Dig. Dis. Sci.*, 1989, 34, 509. — 6. Baumer, P., Danays, T., Lion, L. és mtsai: Effect of clonidine on oro-cecal transit time in normal man. *Ann. Gastroenterol. Hepatol.*, 1989, 25, 5. — 7. Beró T., Past, T., Tassonyi Zs. és mtsai.: A lehelet H₂ meghatározás klinikai jelentősége. *Orv. Hetil.*, 1983, 124, 67. — 8. Beró T., Mózsik Gy., Jávör T.: Adebit hatásának vizsgálata a vékonybélből történő felszívódásra perfúziós methodicával. *Kísérlet. Orvostud.*, 1976, 28, 51. — 9. Bodánszky H., Horváth K., Horn G.: A lactose malabsorptio hazai gyakorisága 6—18 éves populációban. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 1029. — 10. Bodánszky H., Soutler V., Leleiko N.: Lehelet hidrogén meghatározás mint diagnosztikus eszköz szénhidrát felszívódási rendellenességben. *Orv. Hetil.*, 1981, 122, 2039. — 11. Bodánszky H., Horváth K., Bata Á. és mtsai: Hydrogen breath test in small intestinal malabsorption. *Acta Paediatr. Hung.*, 1987, 28, 45. — 12. Bodánszky H.: A kilégzési H₂ próba alkalmazási lehetőségei a gyermekkori malabsorptiók diagnosztikájában és a kezelés eredményességének leírásában. *Kandidátusi értekezés*, 1987. — 13. Bond, J. H., Levitt, M. D.: Investigation of small bowel transit time in man utilising pulmonary H₂-measurements. *J. Lab. Clin. Med.*, 1975, 85, 546. — 14. Calloway, D. H., Murphy, E. L.: The use of expired air to measure intestinal gas formation. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1968, 150, 82. — 15. Camboni, G., Basilisco, G., Bozzani, A. és mtsai: Repeatability of lactulose hydrogen breath test in subjects with normal or prolonged orocecal transit. *Dig. Dis. Sci.*, 1988, 33, 1525. — 16. Chaussade, S., Merite, F., Hautefeuille, M. és mtsai: Motility of the jejunum after proctocolectomy and ileal pouch anastomosis. *Gut.*, 1989, 30, 371. — 17. Dimitriadis, G., Hatzigelaki, E., Ladas, S. és mtsai: Effect of prolonged administration of two new alfa-glucosidase inhibitors on blood glucose control, insulin requirements and breath hydrogen excretion in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Eur. J. Clin. Inv.*, 1988, 18, 33. — 18. Enck, P., Kremer, A., Kuhlbusch, R. és mtsai: Prevalence of lactose malabsorption among patients

with functional bowel disorders. *Z. Gastroenterol.*, 1990, 28, 239. — 19. Flatz G., Czeizel E., Flatz S.: A felnőttkori elsődleges laktóz-malabsorptio prevalenciája Magyarországon. *Orv. Hetil.*, 1984, 125, 147. — 20. Gilmore, I. T.: Orocecal transit time in health and disease. *Gut.*, 1990, 31, 250. — 21. Haderstorfer, B., Whitehead, W. E., Schuster, M. M. és mtsai: Intestinal gas production from bacterial fermentation of undigested carbohydrate in irritable bowel syndrome. *Am. J. Gastroenterol.*, 1989, 84, 375. — 22. Hirakawa, M., Okada, T., Mitsuo, I. és mtsai: Small bowel transit time measured by hydrogen breath test in patients with anorexia nervosa. *Dig. Dis. Sci.*, 1990, 35, 733. — 23. Horváth K., Bata Á., Horn G. és mtsai: Kilégzési H₂ vizsgálatok a vékonybél felszívódási zavaraiiban. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 945. — 24. King, C. E., Toskes, P. P.: Small intestine bacterial overgrowth. *Gastroenterology*, 1979, 76, 1035. — 25. Kiss F. Zs., Krendács T., Várkonyi T. és mtsai: Immunhisztokémiai vizsgálatok fertőzött vékonybél szindrómában. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 971. — 26. Ladas, S. D., Latuofis, C., Giannopoulou, H. és mtsai: Reproducible lactulose hydrogen breath test as a measure of mouth-to-cecum transit time. *Dig. Dis. Sci.*, 1989, 34, 919. — 27. Levitt, M. D., Frenckh, P., Donaldson, R. M.: Use of hydrogen and methane excretion in the study of the intestinal flora. *J. Lab. Clin. Med.*, 1968, 72, 988. — 28. Levitt, M. D., Donaldson, R. M.: Use of respiratory hydrogen (H₂) excretion to detect carbohydrate malabsorption. *J. Lab. Clin. Med.*, 1970, June, 937. — 29. Levitt, M. D.: Production and excretion of hydrogen gas in man. *New Engl. J. Med.*, 1969, 122. — 30. McEvoy, A., Dutton, J., James, O. F. W.: Bacterial contamination of the small intestine is an important cause of occult malabsorption in the elderly. *Br. Med. J.*, 1983, 287, 789. — 31. Mikó P., Farsang Cs., Kiss R. és mtsai: Súlyos malabsorptiót okozó kontaminált vékonybél szindróma diagnózisa H₂ kilégzési teszttel. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 1825. — 32. Nelis, G. F., Vermee-ren, M. A. P., Jansen, W.: Role of fructose-sorbitol malabsorption in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 1991, 99, 1016. — 33. Pigot, F., Messing, B., Chaussade, S. és mtsai: Severe short bowel syndrome with a surgical reversed small bowel segment. *Dig. Dis. Sci.*, 1990, 35, 137. — 34. Pironi, L., Callegari, C., Cornia, G. L. és mtsai: Lactose malabsorption in adult patients with Crohn's disease. *Am. J. Gastroenterol.*, 1988, 83, 1267. — 35. Pollák R., Várkonyi T., Nagy E. és mtsai: A vékonybél bakteriológiai vizsgálata az idült bélbetegségek diagnosztikájában. *Orv. Hetil.*, 1984, 125, 2665. — 36. Rhodes, J. M., Jewel, D. P.: Lactulose hydrogen breath test in the diagnosis of bacterial overgrowth. *Gastroenterology*, 1990, 99, 1547. — 37. Rubinoff, M. J., Piccione, P. R., Holt, P. R.: Clonidine prolongs human small intestine transit time: use of the lactulose-breath hydrogen test. *Am. J. Gastroenterol.*, 1989, 84, 372. — 38. Simon, G. L., Gorbach, S. L.: The human intestinal microflora. *Dig. Dis. Sci.*, 1986, 31, 147. — 39. Smith, G. M., Chesner, I. M., Ausquith, P. és mtsai: Small intestinal bacterial overgrowth in patients with chronic lymphocytic leukaemia. *J. Clin. Pathol.*, 1990, 43, 57. — 40. Staniforth, D. H., Rose, D.: Statistical analysis of the lactulose/breath hydrogen test in the measurement of orocecal transit: its variability and predictive value in assessing drug action. *Gut*, 1989, 30, 171. — 41. Szakály S.: A hazai laktóztolerancia felmérés eredménye. „A táplálkozástudomány helyzete és feladata Magyarországon”. Szerk.: Mózsik Gy., Jávör T., Szakály S. és mtsai: Akadémiai Kiadó, Bp., 1981. 103. old. — 42. Tobin, M. V., Fiske, R. A., Diggory, R. T. és mtsai.: Orocecal transit time in health and thyroid disease. *Gut*, 1989, 30, 26. — 43. Vajro P., Silano G., Longo D. és mtsai.: Orocecal transit time in healthy and constipated children. *Acta Paediatr. scand.*, 1988, 77, 583. — 44. Varró, V., Várkonyi, T., Véghelyi, P. V.: Absorption and malabsorption — Clinical aspects. Akadémiai Kiadó, Bp., 1988. — 45. Várkonyi T., Pollák R.: A vékonybélflóra jellemzői, a flóráváltozás klinikai vonatkozásai. Orvostudomány, 1986, 61, 47. — 46. Vogelsang, H., Ferenci, P., Frotz, S. és mtsai: Acidic colonic microclimate—possible reason for false negative hydrogen breath tests. *Gut*, 1988, 29, 21. — 47. Wegener, M., Borsch, G., Schaffstein, J. és mtsai: Gastrointestinal transit disorders in patients with insulin treated diabetes mellitus. *Dig. Dis.*, 1990, 8, 23.

(Herszényi László dr., Budapest, Pf. 277. 1444)

VÉRNYOMÁSCSÖKKENTÉS

Napi egyszeri adagolással



ACE gátló
antihypertensivum



INHIBACE®

cilazapril

Hatóanyag: Cilazapril. **Javallat:** Esszenciális és renális hypertonia. **Adagolás:** Esszenciális hypertóniában 2.5 – 5.0 mg napi egy alkalommal. A terápia első két napján az ajánlott adag a 2.5 mg-os tablettá fele (=1.25 mg) napi egy alkalommal. Az adagolást egyénileg kell beállítani. Amennyiben 5.0 mg Inhibace napi egyszeri alkalmazásával nem érhető el a kívánt terápiás hatás, az Inhibace kálium-űritő diuretikum alacsony dóziséval kombinálható. Renális hypertóniában a kezelést 0.5 mg vagy ennél alacsonyabb adaggal kell kezdeni. A fenntartó adagot egyénileg kell beállítani. A különleges adagolási útmutatásokat az alkalmazási előírat tartalmazza. **Ellenjavallatok:** Cilazaprilra vagy más ACE gátlóra való túlérzékenység, ascites, terhesség, szoptatás. Tapasztalatok hiányában az Inhibace alkalmazása gyermekkorban ellenjavallt.

Figyelmeztetés: Alkalmanként szimptómás hypotonia figyelhető meg. Májcirrhózisban, veseelégtelenségben, valamint műtétek, anesztézia során óvatosan kell alkalmazni. **Mellékhatások:** Hasonlók más ACE gátló készítmények mellékhatásaihoz (angioneurotikus ödéma).

Csomagolás: 0.5 mg (30x), 1.0 mg (30x), 2.5 mg (28x) és 5.0 mg (28x) osztott tabletták.

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előírat tartalmazza.

- ☐ Megbízhatóan 24 órás hatástartam
- ☐ Kiváló tolerálhatóság
- ☐ Fokozatosan kialakuló hatás
- ☐ Többféle kiszorításban kapható!
- ☐ Esszenciális hypertóniában 2.5—5.0 mg kiszorítás javasolt.
- ☐ Renális hypertóniában 0.5—1.0 mg-os kiszorítás ajánlott.



F. Hoffmann — La Roche Ltd.
Kereskedelmi Képviselő, Budapest
1088 Rákóczi út 1—3.

Strecker fémprotézis alkalmazása a gyomorcsonk kimenet recidív, malignus szűkületében (Előzetes közlemény)

Solt Jenő dr. és Papp Zsuzsanna dr.*

Baranya Megyei Kórház, Pécs, I. sz. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Rauth János dr.)

Radiológiai Osztály (főorvos: Papp Zsuzsanna dr.)*

Egy 55 éves férfi beteg gyomor carcinoma miatt Billroth II. resectión esett át. Két és fél év múlva localis recidívát mutattak ki, mely reoperatio során inoperabilisnak bizonyult. Fél év múlva súlyos gyomorürülési zavar alakult ki, melyet a gastroenterostoma szűkülete idézett elő. A stenosis dominálónan extraluminalis terjedésű tumoros folyamat okozta. A rövid szűkületet röntgen és endoscopy ellenőrzés mellett 4 cm hosszú, ballonnal 19 mm átmérőig tágított tantalum drótprotézissel hidalták át. A gyomor ürülése normalizálódott és a beteg 6 hónapja panaszmentes.

Kulcsszavak: gyomorkimenet stenosis, fémprotézis, ballonkatéter, endoprotézis

Strecker stent implantation in malignant gastric outlet stenosis (Preliminary report). A 55 years old patient 3 years after gastric resection (Billroth II) has got gastric outlet stenosis. Half year ago was established a tumour recidiva, that the time of reoperation was inoperable. Under endoscopic and radiological control we have introduced and placed a 19 mm diameter, 4 cm long balloon expandable tantalum stent (Strecker stent). The gastric passage has normalised and after 6 month the patient is symptom free.

Key words: gastric outlet stenosis, metallic stent, balloon expanding endoprosthesis

1979-ben vezettük be (10) a nyelőcső szűkületek ballonkatéteres tágítását. A 150 betegnél végzett mintegy 700 tágítás során azt tapasztaltuk, hogy a malignus szűkületeknél egyedül a tágítástól tartós eredmény nem várható (11). A betegek dysphagiája protézis implantatio nélkül néhány nap után visszatér. Kézenfekvő volt az a törekvés, hogy a ballonnal elért effectust valamilyen módon fenntartsuk. Ennek a technikai megoldását segítették azok az igen intenzív fejlesztések, melyek intravascularis fémprotézisek kifejlesztésére irányultak.

Az eddig sikeresen alkalmazott fémprotéziseket 3 csoportra oszthatjuk:

a) Ballonnal tágítható fémprotézis (balloon expandable): Strecker-féle hajlékony tantalum drót protézis (14, 15), Palmaz-féle protézis (9).

b) Rugalmas fémprotézis (self expandable): Gianturco protézis (16, 5), Wallstent (8, 7).

c) Nitinol, hőmemóriás protézis (thermal memory stent) (4, 2).

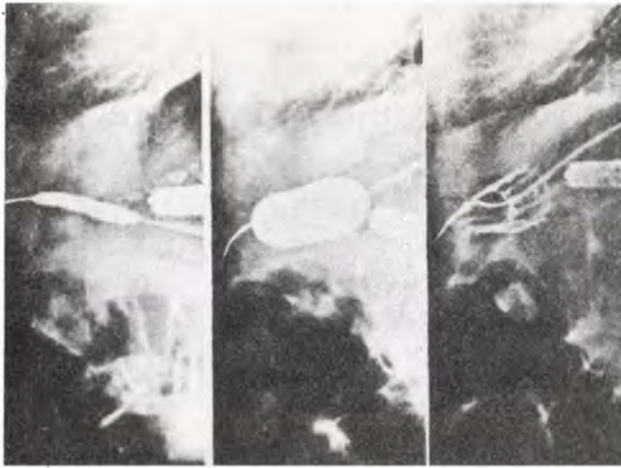
Valamennyi protézis hátránya, hogy a nyílásain tumor, vagy proliferatív szövet nőhet be a lumenbe, amit egyes típusoknál újabban műanyag huzattal kívánnak megelőzni. 1981-ben kezdtük alkalmazni a gyomorkimenet benignus szűkületeinek ballonkatéteres tágítását (12). A gyomorresectiót követő anastomosis stenosisok tágításával végleges megoldást lehet elérni. Tumoros recidíva elsősorban sebészeti megoldást tesz szükségessé. Amennyiben erre nincs mód, jejunostoma felhelyezése vagy protézis implantatio jön szóba. Mi az utóbbit választottuk, amikor Strecker-protézissel oldottuk meg egy beteg gyomor ürülési zavarát.

Eszköz és módszer

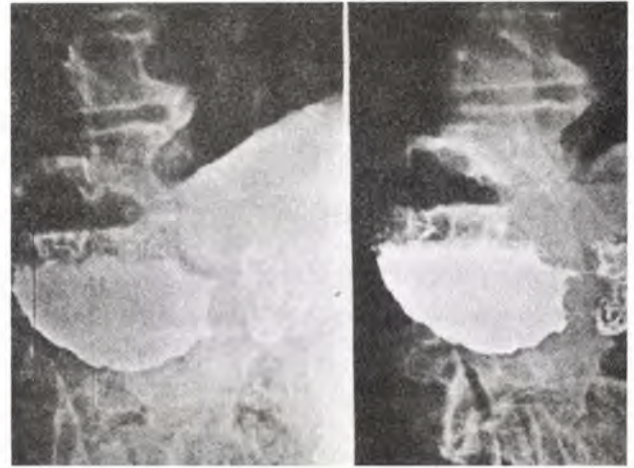
A Strecker-protézis* biocompatibilis, corrosiónnak ellenálló tantalum drótból kötött, csőszerű háló, melyet vékony, kettős lumenű ballonkatéterre rögzítenek. Folyadék ballonkatéterbe történő befecskendezésével a nyomás hatására a ballon és a rajta levő protézis egy meghatározott átmérőig tágul, melynek során a protézis kis fokban megrövidül és a ballonnal való rögzítettsége megszűnik. A protézis hajlékony, de a compressióval szemben nagy ellenállást tanúsít. A folyadék leszívása után a ballonkatéter könnyen kihúzható a szűkületben rögzülő protézisből.

A protézis beültetés technikája:

Első lépésként az endoscopy csatornáján keresztül 3 méter hosszú a traumaticus vezetődrót distalis részét hosszan a szűkület alá juttatjuk. Ezt követően az endoscopyt fokozatosan eltávolítjuk, miközben a drótot azonos ütemben előretoljuk úgy, hogy a drót végének helyzete ne változzon. Ezt követően a kettős lumenű ballonkatétert a rárögzített protézissel együtt röntgen ellenőrzés mellett a vezetődróton a gyomorba juttatjuk. Ezután az endoscopyt ismét a gyomorba vezetjük és ezzel is ellenőrizzük a szűkületbe vezetett ballonkatéter helyzetét. Amikor a ballon a szűkület közepén van, a ballonkatéterbe hígított kontrasztanyagot fecskendezünk mindaddig, míg a ballon és ezáltal a protézis el nem éri a maximális átmérőjét (1. ábra). Amennyiben a ballon visszafelé csúszna, ez az endoscopy nyomásával ellensúlyozható. Ha distal felé mozdulna, a katéter húzásával a helyzete korrigálható. Kellő hosszúságú protézis és ballonkatéter használatával a dislocatio megelőzhető. A ballon nyomását manométerrel ellenőrizzük. Röntgen és endoscopy képen egyaránt követjük a protézis alakváltozását. Teljes feltágítása után a ballonnal kiszívjuk a kontrasztanyagot és a ballonkatétert a vezetődróttal együtt eltávolítjuk (2. ábra). Ezután az endoscopyt áthaladunk a protézisen és ellenőrizzük annak helyzetét. A gyomor ürülést először vizes, majd barium tartalmú kontrasztanyaggal vizsgáljuk.



1. ábra: Strecker protézis behelyezésének lépései:
a) Ballonkatéterre rögzített protézis a szűkületben
b) A protézis és a szűkület ballonnal történő tágítása
c) Protézis a szűkületben tágítás után



2. ábra: A gastroenterostoma súlyos tumoros szűklete (Billroth II.)

Esetismertetés

52 éves férfi beteg 1988 októberében melaena miatt került belgyógyászati osztályra. Ennek háttérében gastroscopia során a corpus—antrum határának kisgörbületén 20 mm átmérőjű exulcerált tumoros folyamatot észleltek. Ebből vett biopsiás minta histológiai vizsgálata gelatinosus carcinomát igazolt. A betegnél a sebészeti osztályunkon subtotalis gyomorsectiót végeztek antecolicus gastro-enterostoma (Billroth II. resectio) felhelyezésével.

A panaszmentes betegnél 1991. I. 28-án ellenőrző gastroscopia történt, mely során gastroentero-anastomosis kissé szűkebb és oedemás volt. A felette látható borsónyi polypoid képletből vett biopsiás minta histológiai vizsgálata localis recidívát igazolt. Reoperatio során nyirokcsomó metastasisok és kiterjedt tumoros propagatio miatt inoperabilisnak ítélték.

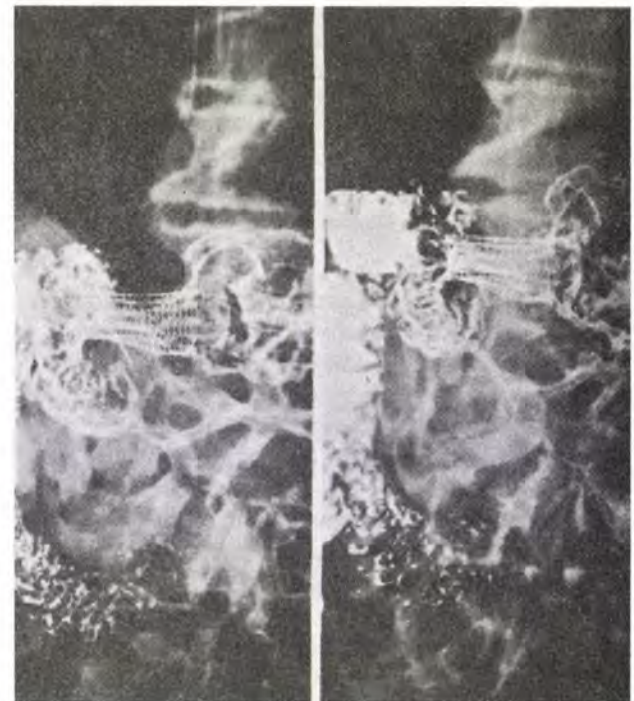
1991 szeptemberében a beteg ismételtén erjedt ételt hányt. Gyomor röntgen és ürülés vizsgálat: Akadálytalan nyelés, ép cardia. Férfiökölínyi gyomorcsonk, melynek distalis vége irregularis kontúrral hajszályníra beszűkült. A szűkület hossza 1,5–2 cm. Odavezető kacs nem telődik. Az ürülés igen nehezen indul meg. Két és fél óra múlva másfél ujjnyi kontrasztanyag van a gyomorban (2. ábra). Hasi ultrahang vizsgálattal 10 mm átmérőjű, májmetastasisra utaló, hyperreflectív góc megjelenését észlelték.

Gastroscopia során a gyomorcsonkban nagy mennyiségű ételmaradékot találtunk. Ennek kimosása után a gyomorcsonk kisgörbületének közepén mogyorónyi polypoid tumor észlelhető. A stoma résszerűen szűk, felette levő gyomorszakasz merev. Az elülső falon egy borsónyi polypoid képlet látszik. Résszerű gastroenterostoma az eszköz nyomására nyílik csak meg és a kb. 2 cm hosszú szűk szakaszon át jutunk az ép vékonybélbe.

Mivel a beteg per os nem táplálható, műtéti megoldásként csak jejunostoma felhelyezése jött szóba. Ezt a beavatkozást a sebész végső esetben látta indokoltnak. Palliatív megoldásként endoscopos drótprotézis (Strecker stent) behelyezése mellett döntöttünk. Ezt támogatta az endoscopos kép is, mely arra utalt, hogy a gyomorkimenet szűkületét elsősorban nem az intraluminalis tumor propagatio, hanem az intramuralis és extraluminalis tumornövekedés compressiv hatása okozta.

Betegünknek 19 mm végső átmérőjű, 4 cm hosszú tantalum protézist implantáltunk (Strecker stent, Med. tech. Boston Scientific Corporation). A ballonban alkalmazott nyomás 2,5–3 atm volt. A beteg a beavatkozás kapcsán analgeticumot nem kapott. Érdemes fájdalom nem jelzett. Az implantációt követően a protézis lumenének átmérője 15 mm volt.

A későbbiekben is megismételt gyomor röntgen vizsgálat akadálytalan gyomorürülést bizonyított (3. ábra).



3. ábra: Akadálytalan gyomor ürülés a protézisen keresztül

Három hónap múlva a protézis alakja változatlan, de a csatorna átmérője kissé csökkent, mely tumor benövésre utalt.

A panaszmentes betegnél az 5. és 6. hónapban a lumenbe benövő tumoros szövetet lézeres kezeléssel távolították el (Mályi Imre dr., Budapest, BM Központi Kórház, Aksel Kruse, Aarhus Kommunehospital).

Megbeszélés

Műanyag protézis sebési és endoscopos beültetése inoperabilis nyelőcső, cardia malignus szűkületei esetén egyes centrumokban mindennapos beavatkozás. A gyomor kimenet szűkületeinél ez a technika nem alkalmazható.

Bakteriális fertőzések antibiotikumkezelése



U 1/001

Új távlatok az antibakteriális kezelésben

Ciprobay®

Ciprofloxacin

Ciprobay Ciprofloxacin 250, 500 mg tabletta (HCl · H₂O formában); infúziós oldat 50, 100 ml (laktát formában)

Csomagolás: 10 x 250 mg, 10 x 500 mg, 1 x 50 ml, 1 x 100 ml.

Javallatok Ciprofloxacinra: Érzékeny kórokozók által előidézett légúti, középfül, orrmelléküreg, szem, vese és húgyvezeték fertőzések, a nemi szervek fertőzései (gonorrhoea is), hasi fertőzések (gyomor-bélrendszer, epeút bakteriális kórcépi, peritonitisz), bőr és lágyrészek, kötőszövet, csontok és ízületek fertőzései, továbbá szepszémia, csökkent védekezőképességű betegek fertőzései, szelektív belfertőtlenítés.

Adagolás: Indikációtól függően 125–750 mg (orálisan) naponta kétszer, vagy 100–200 mg (i.v.) naponta kétszer. Akut gonorrhoea esetén egyszeri 250 mg (orális) vagy 100 mg (i.v.) dózis. A dózis csökkentése szükséges, ha a kreatinin-clearance 20 ml/perc alatt van. Lásd a teljes alkalmazási előíratot.

Ellenjavallatok: Ciprofloxacinnal vagy más kinolonokkal

szembeni túlérzékenység. Gyermekek, fiatalok, terhesek és szoptató anyák esetében nem ajánlott.

Elővigyázatosság szükséges idős betegeknél, epilepsziások és károsodott központi idegrendszerű betegek esetén.

Gyógyszerköcsönhatások: orális adagolásnál: Ásványtartalmú antacidák csökkentik a ciprofloxacin felszívódását. Orális/i.v.: A ciprofloxacin emelheti a szérumban a teofilinkoncentrációját. A nem-szteroid gyulladásgátlókkal történő együttes alkalmazása konvulziót idézhet elő. A szérumban a kreatinin-szint átmeneti emelkedését figyeltek meg a ciklosporinnal történő együttes alkalmazás esetén.

Mellékhatások gasztrointesztinális, központi idegrendszeri, hiperszenzitivitás, vázizomrendszeri, kardiovaszkuláris és egyéb reakciók. Vér- és laboratóriumi paraméterek befolyásolása. Lásd a teljes alkalmazási előíratot.

Nagyon ritkán pszeudomembrános kolitisz, pszichotikus és egyéb központi idegrendszeri reakciók; anafilaxiás reak-

ciók, görcsök közöttük sokk; Stevens-Johnson szindróma, intersticiális nefritisz, fontosabb májrendellenességek, közöttük májnekrozis, fotoszenzitivitás; átmeneti hallásvésztes, veseműködési zavar vagy átmeneti veseműködési elégtelenség átmeneti gépjárművezetési vagy gépkezelési képtelenség. Lokális flebitisz.

A teljes alkalmazási előíratot rendelkezésre állunk: BIOGAL Gyógyszergyár Rt. Farmamarketing és Információs Osztály 4042 - Debrecen

Pallagi út 13.
Telefon: (52) 13-761



BIOGAL Gyógyszergyár Rt. és



PALLAGICIN® injekció (DOXORUBICIN) antineoplastica

HATÓANYAG

10 mg liofilezett doxorubicinium chloratum
porampullánként.

HATÁS

A doxorubicin antitumoros hatású
antibiotikum, anthracyclin-származék.
Gátolja a nukleinsavszintézist és a mitózist.

JAVALLATOK

Mamma-, tüdő-, hólyag-, thyreoidea-,
ováriumkarcinóma, csont- és lágyszövet-
szarkóma, akut limfoblaszt és
mieloblaszt leukémia.

ELLENJAVALLATOK

Mielosuppresszió,
súlyos szívbetegség, terhesség, szoptatás.
Intravezikálisan húgycsőszűkület esetén.

MELLÉKHATÁSOK

Iv. alkalmazás során: mielosuppresszió,
kardiotoxicitás, reverzibilis alopecia,
sztomatitisz, nauzea, hányás, diarrhoea.
Intravezikálisan: hematuria, diszuria,
stranguria, gyakori vizeletürítés,
csípő, illetve égető érzés.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS

Egyéb citosztatikumokkal a toxicitás fokozódik.

MEGJEGYZÉS

++ Kizárólag fekvőbeteg- gyógyintézeti
(gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS

1 db 10 mg-os porampulla
+ 1 db 5 ml-es oldószeraampulla

Kérjük, a készítmény alkalmazása előtt tanulmányozza a pótlapot.

Előállító: BIOGAL Gyógyszergyár Rt., Debrecen

PALLAGICIN

A fémprotézisek különböző típusait egyre kiterjedtebben alkalmazzák a vascularis (6, 9, 13, 14, 15), epeúti (1, 8), trachea (16), nyelőcső (3, 13), urethra (7) szűkületeinek át-hidalására. Az általunk 10 éve alkalmazott ballonkatéteres gyomorkimenet tágitás fémprotézissel kiegészítve válogatott esetben alkalmas lehet a gyomorkimenet stenosisos át-hidalására. A módszer elsősorban akkor eredményes, ha a szűkület inkább extraluminalis folyamat következménye és a gyomor extrém tágulata nem teszi már eleve értelmetlenné a beavatkozást. Malignus gyomorbetegségeknel feltétlenül sebészeti megoldásra kell törekedni még akkor is, ha ez csupán palliatív. Az általunk bemutatott módszer értékét csak további tapasztalatok alapján lehet lemérni. Újabb törekvések — a protézis műanyag burokkal való bevonására — az eredményeket tovább javíthatják.

IRODALOM: 1. Coons, H. G.: Self-expanding stainless steel biliary stents. *Radiology*, 1989, 170, 979–983. — 2. Cragg, A., Lung, G., Rysavy, J. és mtsai: Nonsurgical placement of arterial endoprotheses: A new technique using nitinol wire. *Radiology*, 1983, 147, 261–263. — 3. Domschke, W., Foerster, E. C., Matek, W. és mtsai: Self-expanding mesh stent for esophageal cancer stenosis. *Endoscopy*, 1990, 22, 134–136. — 4. Dotter, C. T., Buschmann, R. W., McKinney, M. K. és mtsai: Transluminal expandable nitinol coil stent grafting: Preliminary report. *Radiology*, 1983, 147, 259–260. — 5. Duprat, G., Wright, K. C., Charnsangavej, C. és mtsai: Self-expanding metallic stents for small vessels: an experimental evaluation. *Radiology*, 1987, 162, 469–472. — 6. Maass, D., Zollkofer, C. L., Largiadér, F. és mtsai: Radiological follow-up of transminally inserted vascular endoprotheses: an experimental study using expanding spirals. *Radiology*, 1984, 152, 653–659. — 7. Milroy, E. J. G., Cooper, J. E., Wallsten, H. és mtsai: A new treatment for urethral strictures. *Lancet*, 1988/I, 1424–1427. — 8. Neuhaus, H., Hagenmüller, F., Classen, M.: Self-expanding biliary stents. Preliminary clinical experience. *Endoscopy*, 1989, 21, 225–228. — 9. Palmaz, J. C., Sibbit, R. R., Reuter, S. R. és mtsai: Expandable intraluminal graft: a preliminary study. *Radiology*, 1985, 156, 73–77. — 10. Solt J., Horváth L., Rauth J.: A nyelőcső benignus szűkületeinek ballonkatéteres tágitása. *Orv. Hetil.*, 1981, 122, 157–159. — 11. Solt J.: Ballonkatéterek alkalmazása a felső gastrointestinalis rendszer szűkületeinek tágitására. Kandidátusi értekezés. 1988. — 12. Solt J., Papp Zs., Rauth J. és mtsai: A gyomorkimenet postoperatív stenosisának ballonkatéteres tágitása. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 1643–1646. — 13. Song, H. Y., Choi, K. Ch., Cho, B. H. és mtsai: Esophagogastric neoplasms: Palliation with a modified Gianturco stent. *Radiology*, 1991, 180, 349–353. — 14. Strecker, W. P., Liermann, S., Barth, K. H. és mtsai: Expandable tubular stents for treatment of arterial occlusive diseases: experimental and clinical results. *Radiology*, 1990, 175, 97–102. — 15. Strecker, E. P., Romaniuk, P., Schneider, B. és mtsai: Perkutan implantierbare, durch Ballon aufdehbare Gef. prothese: erste klinische Ergebnisse. *Dtsch. Med. Wschr.*, 1988, 113, 538–542. — 16. Wallase, M. J., Charnsangvej, C., Ogawa, K. et al.: Tracheobronchial tree: expandable metallic stents used in experimental and clinical applications. *Work in progress. Radiology*, 1986, 158, 309–312.

(Solt Jenő dr., Pécs, Rákóczi út 2. 7623)

Orvosi szakkönyvkiállítás és -vásár lesz szeptember 28–október 2-ig a Bács-Kiskun megyei önkormányzat Kórháza (Kecskemét) Orvosi Könyvtárában. Megtekinthető naponta 1/2 8 — 1/2 4-ig. Minden érdeklődőt szeretettel várnak.

LAM KONFERENCIA

Tisztelt Kolléganő/Kolléga Úr!

A Lege Artis Medicinae Szerkesztősége és a Literatura Medica Kiadó a Farmitalia Carlo Erba céggel tudományos konferenciát rendez

„Az emlő-carcinoma diagnosztikája és terápiája”

címmel 1992. október 9-én 15 órai kezdettel a LAM Klub rendezvényeként a Hotel Agroban (Budapest XII., Normafa út 54).

A konferencia szakmai irányítója

prof. dr. Besznyák István.

A konferencia tematikája és a felkért előadók a következők:

Bevezetés – prof. dr. Besznyák István

1. Epidemiológia – dr. Juhász Lajos
2. Szűrés, korai diagnózis – dr. Lengyel László
3. Diagnosztika – dr. Péntek Zoltán
4. Patológia – dr. Tóth József
5. Műtéti kezelés – dr. Svastics Egon
6. Radioterápia – prof. dr. Németh György
7. Gyógyszeres kezelés – dr. Szakolczay István
8. Rehabilitáció

a) gyógyszeres – dr. Szilágyi Kornélia

b) plasztikai sebészeti – dr. Czeti István

c) pszichológiai – dr. Muszbek Katalin

9. Gondozás – dr. Czinkotzky Jenő

Az előadásokat követően kerekasztal beszélgetésre kerül sor az előadók részvételével, a hallgatóság bevonásával.

A konferenciát követően állófogadás várja a résztvevőket.

A konferencia helyének megközelítése:

Az érdeklődők számára autóbusszjáratot indítunk a Déli pályaudvar parkolójából 14 és 14.30 h-kor, vagy a helyszín megközelíthető a Moszkva térről a piros 21. autóbusszal (leszállás a Hotel Olimpiánál).

A vidéki kollégák számára az elutazáshoz is igény szerint két alkalommal autóbusszt indítunk vissza a Déli pályaudvarhoz.

Kívánságra szálláslehetőséget biztosítunk az Agro szállóban:

2 ágyas szoba reggelivel 2500 Ft/éjszaka

1 ágyas szoba reggelivel 1900 Ft/éjszaka

A konferenciára a regisztráció 14 h-kor kezdődik, részvételi díj 100 Ft. A regisztrált kollégák a konferencia szolgáltatásai mellett a később megjelenő, a konferencia anyagát tartalmazó különszámot is ingyenesen megkapják.

A konferenciára előzetes jelentkezést az érdeklődők számának felmérése érdekében szívesen veszünk. Kérjük, hogy szállásigényét mielőbb jelezze a szerkesztőség címén levélben (1378 Bp. Pf. 8.), vagy faxon (131-6112).

Minden érdeklődőt szeretettel várunk.

A Lege Artis Medicinae Szerkesztősége

Diclofenac

Pharmagen



A mozgás szabadsága

Diclofenac komplett gyógyszerfamilád: nem-szteroid antireumatikum.
Filmlabletta, retard filmlabletta, kúp és gél formában,
kombinált adásuk esetén sem fokozódik a mellékhatás.
Kiváló gyulladásgátló és fájdalomcsillapító, lázcsillapító hatással.

A legkedvezőbb áron kapható diclofenac család.
(TB-támogatás mértéke 95%)



ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Acetazolamid provokációval kombinált vérátfolyás-vizsgálatok lehetőségei az ischaemiás cerebrovascularis betegségek diagnosztikájában

Pávics László dr., Ambrus Edit dr., Katona Éva dr., Barzó Pál dr., Morvay Zita dr.
és Csernay László dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Központi Izotópdiaosztikai Laboratórium (vezető: Csernay László dr.) Radiológiai Klinika (igazgató: Vadon Gábor dr.) Idegsebészeti Klinika (igazgató: Bodosi Mihály dr.) Szeged Megyei Jogú Város Kórház-Rendelőintézet, Cerebrovascularis Osztály (osztályvezető: Katona Éva dr.)

A szerzők 28 betegben (3 normál, 11 TIA, 14 komplett stroke) acetazolamid provokációval kombinált agyi vérátfolyás (99mTc HMPAO) SPECT vizsgálatot végeztek. A nyugalmi és terhelési vérátfolyás vizsgálatok közvetlenül egymás után együttes protokoll szerint történtek. A rekonstruált és normalizált képeket vizuálisan és egy, a hemisphaeriumok aktivitásarányának változásán alapuló semikvantitativ módszerrel értékelték. A nyugalmi agyi vérátfolyás-vizsgálat pozitivitását a TIA csoportban 55%-nak, a komplett stroke csoportban 80%-nak (teljes anyagban 69%) találták. Ezek az értékek az acetazolamid provokáció után 82%, illetve 87%-ra (a teljes anyagban 85%) emelkedtek. Acetazolamid hatására fokozódó hypoperfúziót a TIA miatt vizsgált betegekben, míg változatlan, illetve csökkenő mértékű perfúziós zavart a komplett stroke csoportban figyeltek meg gyakrabban. A semikvantitativ értékelő eljárás elsősorban a TIA csoportban bizonyult hatékonynak, ahol elsősorban egyoldali vascularis rezerv kapacitás csökkenés fordult elő. A szerzők az acetazolamid provokációval kombinált vérátfolyás SPECT eljárást perspektivikusnak tartják a cerebrovascularis betegek vizsgálatában.

Kulcsszavak: cerebrovascularis betegség, vascularis rezerv, acetazolamid, agyi vérátfolyás, SPECT, 99mTc-HMPAO

Rest and acetazolamide enhanced 99mTc-HMPAO rCBF SPECT studies in cerebrovascular disorders. In 28 (3 normal, 11 TIA, 14 completed stroke) patients 99mTc-HMPAO rCBF SPECT studies were performed at rest and after acetazolamide administration. For the investigations, a one-day protocol (the stress study directly followed the rest investigation) was used. The reconstructed and normalized slices were evaluated visually and semiquantitatively with a side difference analysis method. In the group of TIA patients, the abnormal results of the rCBF investigations increased from 55% to 82% after acetazolamide provocation. The corresponding results in the completed stroke group were 80% and 87%. After acetazolamide stimulation, hypoperfusion appeared or became more pronounced in the majority of the TIA group patients in contrast with the completed stroke patients with an unchanged or decreased perfusion abnormality. The semiquantitative evaluation method was mostly effective in the TIA group, where predominantly a one-sided cerebrovascular disorder was suspected. It was concluded that the 99mTc-HMPAO studies allow demonstration of the acetazolamide-induced cerebral perfusion alterations, and this method can be useful in the diagnosis and management of cerebrovascular disorders.

Key words: cerebrovascular disorders, vascular reserve, acetazolamide, cerebral blood flow, SPECT, 99mTc-HMPAO

A cerebrovascularis kórképek az agyi vérátfolyás vizsgálatok egyik fontos indikációs területe (14, 22). A nyugalmi vizsgálat sajnos sokszor korlátozott értékű (29). Normális agyi vérátfolyásviszonyokat mutató kép mögött is állhat ugyanis vasodilatációval kompenzált keringészavar és hypoperfúziót a cerebrovascularis betegségtől független agyi metabolikus zavar is okozhat (2, 3, 14, 17). Az agyi vascularis rezerv kapacitás vizsgálatával ezek az állapotok jórészt felderíthetők (1–12, 16–17, 20, 21, 24, 25, 27).

Az agyi vérátfolyás érzékeny stimulátora a vér CO₂ szintje. Kety és Schmidt 1948-ban 5–7%-os CO₂ belélegeztetését követően nitrogén-oxid kimosódásán alapuló

technikával az agyi vérátfolyás 90–100%-os növekedését észlelték (15). A válaszreakciót ismételt kísérletek igazolták és így a CO₂ belélegeztetés az agyi keringés vizsgálatában széles körben elfogadott stimulációs módszerre vált (4, 8, 9, 16, 29).

A vasodilatáció provokálására sokkal kényelmesebb és a beteg számára is kevésbé megterhelő eljárás acetazolamid intravénás befecskendezése. A készítmény az agyi vérátfolyást valószínűleg közvetetten a carbo-anhidráz enzim gátlásán keresztül, illetve direkt módon az erek simaiomozatára kifejtett hatással befolyásolja, és egészséges érrendszer esetén az agyi perfúziót 20–35%-kal növeli (7, 13, 18, 27, 28). Az acetazolamid mellékhatásaként egyesek enyhe diszkomfort érzésről, a száj körüli területek és a kezek, lábak paraesthesiájáról, illetve kellemetlen di-

Rövidítések: TIA = transziens ischaemiás attack, SPECT = single photon emissziós computer tomográfia

uretikus hatásról számoltak be, míg mások semmilyen jelentősebb mellékhatást nem észleltek (29).

Intézetünkben az agyi vascularis rezerv kapacitás vizsgálatára az acetazolamid provokációval kombinált agyi vérátfolyás- meghatározás módszerét vezettük be. Jelen közleményünkben a kifejlesztett eljárást ismertetjük és beszámolunk ischaemiás cerebrovascularis betegek vizsgálatában szerzett tapasztalatainkról.

Betegek és módszer

Munkánk során 28 [13 nő, 15 férfi, átl. életkor: $51,7 \pm 9,0$ (SD) életév] cerebrovascularis betegség gyanúja miatt intézetbe került személyt vizsgáltunk meg. A betegek klinikai adatait az 1. táblázatban foglaltuk össze. A vizsgált személyeket a cerebrovascularis betegség lefolyása alapján, az elbocsátási diagnózist is figyelembe véve TIA [$n = 11$, 4 férfi, 7 nő, átl. életkor $52,4 \pm 9,7$ (SD) életév], krónikus ischaemiás eredetű komplett stroke [$n = 14$, 10 férfi, 4 nő, átl. életkor $53,6 \pm 7,0$ (SD) életév] és neurológiai szempontból egészséges kontroll ($n = 3$, 31, 41 és 50 évesek) csoportba soroltuk. A cerebrovascularis elváltozás pontos lokalizálására a klinikai neurológiai vizsgálatokat CT, nyaki ultrahang, illetve szükség esetén az arteria carotis és vertebralis rendszer angiográfiás vizsgálatával egészítettük ki.

Minden betegben egymást közvetlenül követő nyugalmi és terheléses — acetazolamid provokációval összekapcsolt — vérátfolyás vizsgálatot végeztünk.

1. táblázat: Klinikai adatok

Sorsz.	Stroke klinikai formája	Stroke lokalizációja
1. L. J.	normál	—
2. K. A.	normál	—
3. G. J.-né	normál	—
4. P. L. J.	TIA	Kisagy/agytörzs + b. F
5. H. J.-né	TIA	j. F
6. Ny. F.	TIA	j. P v. TP
7. P. J.-né	TIA	Kisagy/agytörzs + j. F.
8. L. J.-né	TIA	b. F + P v. TP
9. F. J.-né	TIA	j. P. v. TP + Sc
10. H. L.-né	TIA	j. P v. TP
11. D. I.	TIA	Kisagy/agytörzs + b. Occ.
12. V. L.-né	TIA	b. P v. TP
13. Sz. I.	TIA	b. F + Sc
14. B. A.	TIA	j. P + Sc
15. R. J.	komplett stroke	j. P v. TP
16. K. K.	komplett stroke	b. F
17. K. B.-né	komplett stroke	b. P v. TP
18. S. I.-né	komplett stroke	b. F, j. P v. TP + Sc
19. J. I.	komplett stroke	b. F + P v. TP
20. H. Gy.	komplett stroke	b. Occ
21. K. G.	komplett stroke	j. P v. TP + Sc
22. K. F.	komplett stroke	b. F + P v. TP
23. B. S.-né	komplett stroke	j. P v. TP + Sc
24. P. J.	komplett stroke	j. P v. TP + Sc
25. S. B.	komplett stroke	j. P v. TP
26. D. B.	komplett stroke	j. F + P v. TP
27. B. D.	komplett stroke	b. F + P v. TP
28. D. Gy.-né	komplett stroke	b. P v. TP

Jelmagyarázat: TIA = transient ischaemic attack, j. = jobb, b. = bal, F = frontális, P v. TP = parietális vagy temporoparietális, Occ = occipitalis, Sc = subcorticalis

2. táblázat: Acetazolamid provokációval kombinált ^{99m}Tc -HMPAO agyi vérátfolyás vizsgálat menete

1. 450 mg K-perchlorát per os
 2. 30 perc várakozás
 3. 660 MBq ^{99m}Tc -HMPAO iv.
 4. 20 perc várakozás
 5. 1. SPECT adatfelvétel (35 perc)
 6. vizsgálat 15. percében 1 g acetazolamid iv.
 7. vizsgálat befejeztével 900 MBq ^{99m}Tc -HMPAO iv.
 8. 20 perc várakozás
 9. 2. SPECT adatfelvétel (35 perc)
- (6-tól 9. ponttal bezárólag a beteg fejének szigorúan mozdulatlan helyzete szükséges 90 percen keresztül)

Vérátfolyás tracerként ^{99m}Tc -HMPAO-t (Brain SPECT, OSSKI, Budapest) használtunk. A SPECT vizsgálatokat a Gamma Művek (Budapest) MB9300-as tomográfiás gamma kamerájával és a hozzá kapcsolt Micro SEGAMS (Gamma Művek, Budapest) adatfeldolgozó rendszerrel végeztük (23).

A vizsgálat első részéhez (nyugalmi) 660 MBq ^{99m}Tc -HMPAO-t adtunk iv. a betegnek, majd 20 perc várakozás után megkezdjük az első SPECT vizsgálatot. A SPECT adatfelvételt félidejében (15 perc) 1 g acetazolamidot (Diamox, Lederle Arzneimittel GmbH & Co Wolftratshausen) fecskendeztünk iv. Az első SPECT adatfelvétel befejeztével, az acetazolamid hatásmaximumán (20 perc) újabb adag ^{99m}Tc HMPAO-t (900 MBq) adtunk a beteg vénájába, majd újabb 20 perc elteltével, a beteg fejének szigorúan azonos pozíciója mellett, az első vizsgálattal megegyező paraméterekkel végeztük el a második SPECT vizsgálatot (2. táblázat). Az első vizsgálat adatai a nyugalmi vérátfolyás viszonyokat, a második SPECT vizsgálat adataiból az elsőt kivonva, az eredményképek a vasodilatációs provokációt követően kialakult regionális agyi perfúziós viszonyokat reprezentáltak. A vizsgálatok értékelése során transversalis, frontális és sagittális metszetképeket rekonstruáltunk.

A minden esetben elvégzett vizuális értékelés során két gyakorlott megfigyelő együtt, a klinikai adatok ismerete nélkül alkított ki közös véleményt. Az agyi vérátfolyás- eltéréseket a nyugalmi és a terheléses vizsgálat képein külön-külön meghatároztuk, majd nyilatkoztunk az észlelt változásokról, illetve esetleges újabb hypoperfúziós területek megjelenéséről.

A semikvantitatív analízist 9 TIA és 14 komplett stroke csoportba tartozó személyben végeztük el. A kisagyra normált transzverzális metszetképek alapján az agyféltekék radioaktivitásának jobb/bal arányát a jobb oldal %-ában határoztuk meg. A nyugalmi és az acetazolamid provokáció utáni vérátfolyás viszonyokat reprezentáló képek aktivitás arányaiban észlelt változások értékeit az orbitomeatalis vonal alatt három (zömmel a kisagyat reprezentáló metszetek), felette (nagyagyféltekék metszetei) nyolc metszetképek megfelelően összegeztük. Az acetazolamid provokációval előidézett jobb-bal aktivitásarány növekedése esetén a cerebellis meszeteinek megfelelően a bal hemisphaerium, a cerebellaris magasságban a keresztezett cerebellaris diaschisis lehetősége miatt, a jobb hemisphaerium csökkent vascularis rezerv kapacitására következtettünk. A számított értékek csökkenése az előbb leírtak ellentétéként értelemszerűen az ellenkező oldal elváltozásaira utal.

Eredmények

A 28 eredményesen végrehajtott vizsgálat során a betegek állapotát befolyásoló mellékhatást nem észleltünk. Egy beteg az acetazolamid beadását követően arc és végtagzsibbadásról, illetve fejének enyhe lüktetéséről számolt be, panaszai azonban néhány perc alatt megszűntek.

A három beteg közül, akiknek kivizsgálása során neurológiai eredetű megbetegedést kizártunk, kettőben mind

3. táblázat: Kombinált agyi vérátfolyás vizsgálatok eredménye az összes cerebrovasculáris betegekben (nyugalmi/terheléses vizsgálat)

	Hemisphaerium	
	tüneteknek megfelelő	tünetmentes
Normális/normális	4 (15%)	20 (84%)
Normális/kóros	4 (15%)	0 (0%)
Kóros/csökken	8 (31%)	2 (8%)
Kóros/változatlan	3 (12%)	0 (0%)
Kóros/nő	7 (27%)	2 (8%)
Összesen	26 (100%)	24 (100%)

4. táblázat: Kombinált agyi vérátfolyás vizsgálatok eredménye TIA miatt vizsgált betegek csoportjában (nyugalmi/terheléses vizsgálat)

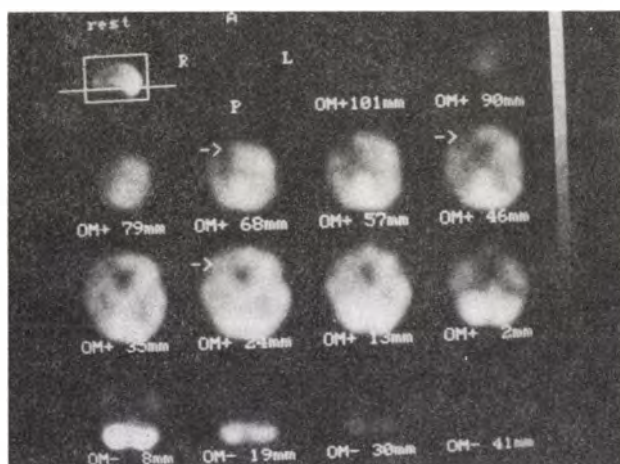
	Hemisphaerium	
	tüneteknek megfelelő	tünetmentes
Normális/normális	2 (18%)	10 (91%)
Normális/kóros	3 (27%)	0 (0%)
Kóros/csökken	1 (9%)	1 (9%)
Kóros/változatlan	1 (9%)	0 (0%)
Kóros/nő	4 (36%)	0 (0%)
Összesen	11 (100%)	11 (100%)

a nyugalmi, mind az acetazolamid provokációt követően normális cerebrális perfúziós viszonyokat találtunk, míg egy beteg nyugalmi vizsgálatának képein kis kiterjedésű frontális hypoperfúzióra utaló jeleket figyeltünk meg, amelyek azonban acetazolamid adását követően már alig voltak láthatóak.

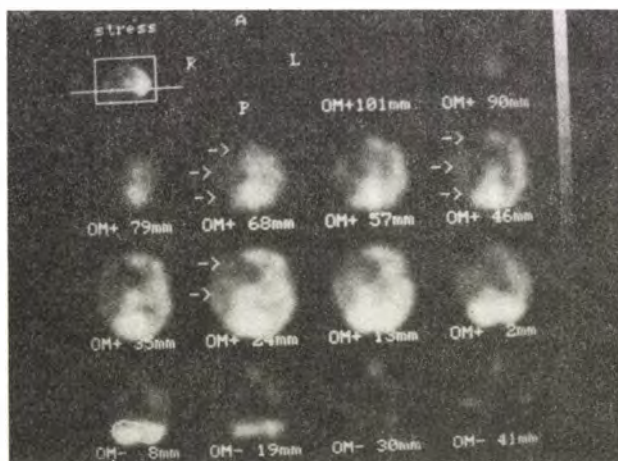
A 26 különböző eredetű és súlyosságú cerebrovasculáris betegből (egy esetben a tünetek kétoldali megbetegedésre utaltak) 18-ban utalt a nyugalmi vizsgálat a tüneteknek megfelelő hemisphaerium vérátfolyás zavarára (18/26 = 69%). Az acetazolamid provokáció a hypoperfúzióra utaló képi elváltozások előfordulását kifejezetten megnövelte (22/26 = 85%). Négy esetben a klinikailag tünetmentes hemisphaeriumnak megfelelően is észleltünk hypoperfúziót, melyek acetazolamid hatására két esetben kifejezettebbé váltak, a másik kettőben pedig csökkentek (3. táblázat).

TIA miatt vizsgált személyekben a vérátfolyás- vizsgálat pozitívítása a tüneteknek megfelelő hemisphaeriumban a nyugalmi 55%-ról (6/11), terhelés után 82%-ra (9/11) növekedett. Acetazolamid adását követően megjelenő, illetve fokozódó hypoperfúziót összesen 7 esetben (7/11 = 64%) figyeltünk meg. A tünetmentes oldalon egy esetben láttunk perfúziós zavarra utaló körülírt radioaktivitás csökkenést, ami acetazolamid adását követően jelentősen mérséklődött (4. táblázat).

Azokban a személyekben, akikben a neurológiai vizsgálatok komplett ischaemiás stroke utáni állapotot igazoltak, a nyugalmi vizsgálat képei a klinikai tüneteknek megfelelő oldal vérátáramlás zavarát nagy arányban jelezték (12/15 = 80%). Acetazolamid provokációt követően — a TIA csoporttal szemben — a vizsgálat a pozitív esetek számát alig növelte (13/15 = 87%) és ugyancsak ritkábban



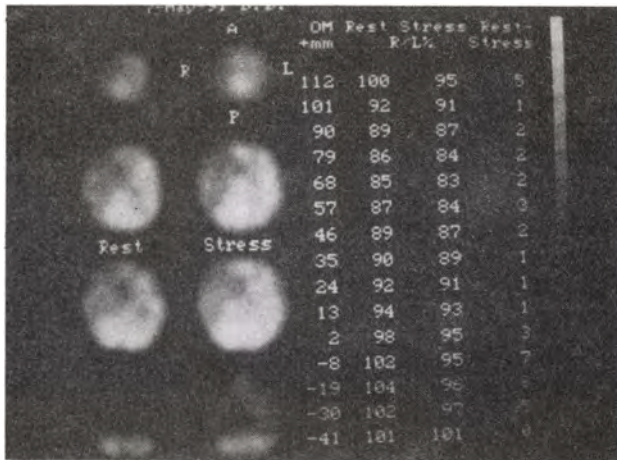
1. ábra: A 27. sorszámú eset nyugalmi agyi vérátfolyás SPECT képe (transzverzális metszetek). A jobb oldali stroke lokalizációjának megfelelően frontálisan perfúziós defektusra utaló aktivitáshiány, temporoparietálisan hypoperfúziót jelző aktivitáscsökkenés látható



2. ábra: A 27. sorszámú eset acetazolamid provokáció után végzett agyi vérátfolyásvizsgálatának SPECT képe. A jobb oldali elváltozások a nyugalmi vizsgálatához képest kifejezettebbé váltak

észleltük a hypoperfúzió mértékének fokozódását (4/15 = 27%) (1–3. ábrák). Ezzel szemben a kontralaterális hemisphaeriumban kifejezettebbé váló lokális aktivitáscsökkenést ebben a betegcsoportban 2 esetben figyeltünk meg (5. táblázat).

A semiquantitativ értékelés a TIA betegcsoportban különösen a nagygyi félteke vérátfolyásának csökkenését jelezte, de több esetben a keresztezett cerebellaris diaschisis fokozódása is jól mutatta a tüneteknek megfelelő oldalon a vascularis rezerv kapacitás csökkenését (6. táblázat). A komplett stroke-os betegekben vizsgált paramétereink azonos számban utaltak a tünetekért felelős, illetve a tünetmentes hemisphaerium kóros vascularis reaktivitására (6. táblázat).



3. ábra: A 27. sorszámú eset acetazolamid terheléssel kombinált agyi vérátfolyás SPECT vizsgálatának összefoglaló képe a semiquantitatív értékelés adataival. A számított értékek a jobb/bal aktivitásarány csökkenését jelzik

5. táblázat: Kombinált agyi vérátfolyás vizsgálatok eredménye komplett stroke miatt vizsgált betegek csoportjában (nyugalmi/terheléssel vizsgálat)

	Hemisphaerium	
	tüneteknek megfelelő	tünetmentes
Normális/normális	2 (13%)	10 (77%)
Normális/kóros	1 (7%)	0 (0%)
Kóros/csökken	7 (47%)	1 (8%)
Kóros/változatlan	2 (13%)	0 (0%)
Kóros/nő	3 (20%)	2 (15%)
Összesen	15 (100%)	13 (100%)

6. táblázat: Kombinált agyi vérátfolyás vizsgálat semiquantitatív értékelésének eredménye (acetazolamid adására kialakult változások)

Fokozódó keresztezett cerebellaris diaschisis Tüneteknek	
megfelel	nem felel meg
TIA n = 9	
5	4
komplett stroke n = 14	
7	7
Cerebrális vérátfolyás csökkenés fokozódása Tüneteknek	
megfelel	nem felel meg
TIA n = 9	
8	1
komplett stroke n = 14	
7	7

Megbeszélés

Az acetazolamid terheléssel kombinált agyi vérátfolyás-vizsgálat más munkacsoportok tapasztalataival egyezően, egyszerűen kivitelezhető, a betegeket nem megterhelő eljárás (1–3, 5–7, 10–13, 17, 19–21, 24, 25, 27–29). A vasodilatációs provokáció kivitelezése során két különböző módszert követhetünk. Az egyik az ún. két ülésben végzett eljárás (1, 5, 7, 8, 12). Ennek végrehajtásakor először nyugalmi vérátfolyás vizsgálat történik, majd néhány nap múlva, amikor már az első vizsgálatból származó radioaktivitás nem detektálható, acetazolamid iv. beadása után a hatásmaximum elérésekor egy másik vizsgálatot végeznek. A másik technika az egy ülésben végzett vizsgálat, amikor a két vérátfolyás vizsgálatot közvetlenül egymás után hajtják végre. Ennek eredményes alkalmazását radioxénon esetén a gyors kimosódás (4, 6, 10, 11, 25, 27), a kémiai mikroszféraként viselkedő, redistribúciótól mentes készítményeknél (99mTc-HMPAO, 99mTc-ECD) az általunk is használt számítógépes szubtrahció (16, 19, 20), különböző radioizotóppal jelölt különböző radiofarmakonok (123I-IMP, vagy HIPDM, és 99mTc-HMPAO vagy ECD) alkalmazásakor többes jelölés detektálására alkalmas berendezések teszik lehetővé (11). Mi az egymással biztosan identikus metszetképek előállítására és így módon semiquantitatív értékelés lehetősége miatt, továbbá a betegek azonos klinikai állapotának biztosítására, az egy ülésben végzett protokoll bevezetése mellett döntöttünk. Kihasználva a 99mTc-HMPAO-nak azt a tulajdonságát, hogy iv. beadás után 5 perccel eloszlása az agyban már nem változik, az acetazolamidot már az első SPECT leképezés közben beadtuk, és így a beteg fejének immobilitását a még elviselhető kb. 90 percre csökkentettük (20).

Eseteink jelentős részében kimutatott agyi perfúziós változások, az acetazolamid provokáció hatékonyságával és annak 99mTc-HMPAO-val történő eredményes megjeleníthetőségével kapcsolatos eddigi megfigyeléseket egyértelműen megerősítették (1, 5, 7, 8, 12, 19, 20). Az acetazolamid terheléssel kombinált agyi vérátfolyás vizsgálatok eredményes alkalmazásáról cerebrovasculáris betegségek diagnosztikájában az utóbbi időben egyre többen tudósítottak (1, 5, 10, 11, 12, 16, 20, 21, 24, 25, 27). TIA miatt vizsgált betegeinkben mások megfigyeléseivel szemben, mi már a nyugalmi vizsgálat során relatíve gyakran találunk vérátfolyászavart (1, 10, 12, 14, 29). Ezt különbözőképpen magyarázhatjuk. Egyrészt betegeink az akut tüneteiket követően már 1–2 napon belül vizsgálatra kerültek, így elképzelhető, hogy a már tünetmentes állapot ellenére még mindig fennálló enyhébb vérátfolyászavart igazoltunk. Másrészt lehetséges, hogy a vizsgálatok képeit túlzott érzékenységgel értékeltük.

Az acetazolamid hatására bekövetkező változások három csoportba sorolhatók. Az első csoportot a nyugalmi vizsgálatokhoz képest regionálisan csökkenő perfúziót mutató betegek képezik. Normálisan a perfúziós nyomás csökkenésére aktiválódó autoreguláció első következménye a vasodilatáció következtében növekvő vértartalom (14, 20, 29). A már kialakult vasodilatáció, illetve a szűkült, sclerotizált erek csökkent reaktivitása miatt további értágulat,

ellentétben a környező, ép reaktivitású területekkel, acetazolamid stimulusra ezekben az esetekben nem tud kialakulni és így a vérátfolyás csökkenését, illetve kifejezettebbé válását figyelhetjük meg a képeken. Cerebrovascularis ictus szempontjából ezek a betegek a legveszélyeztetettebbek, így a bevezetett gyógyszeres kezeléstől, illetve az érrekonstrukciós sebészeti beavatkozásoktól főleg ezekben az esetekben várunk eredményt (20, 24, 25, 29). Beteganyagunkban a keringésváltozásnak ez a formája a várákosnak megfelelően a TIA csoportban volt a leggyakoribb, és a komplett stroke csoport két esetében hasonló mechanizmussal magyarázhatjuk a manifeszt tüneteket nem okozó, a betegség szempontjából subdomináns agyféltekében észlelt kóros választ.

A második típusú reakció az acetazolamid hatására „javuló” hypoperfusio. Ez a változat a még aktiválható autoregulációra vagy kollaterális keringésre és/vagy jó vascularis reaktivitást mutató, de a csökkent metabolizmus miatt a nyugalmi képen szekunder módon hypoperfúziót okozó „selectiv neuronal loss”-ra, deafferentációra vagy krónikus ischaemia hatására utal (2, 3, 17, 26, 29). Ezt a mások által is észlelt konstellációt mi leggyakrabban azokban az esetekben észleltük, amelyekben lezajlott komplett stroke következtében szöveti destrukció alakult ki.

A harmadik variáció a provokációt követően változatlan vérátfolyás-viszonyokat igazoló eredmény. Ez ténylegesen normális vascularis rezerv kapacitásra, illetve ép keringésű szövetekkel körülvett, irreverzibilisen károsodott elváltozásokra utal.

Vizsgálati eredményeink semikvantitatív értékelésére első lépésben az oldaldifferenciák és így módon a domináns agyi eltérések kimutatására alkalmas eljárást használtunk, ami érthető módon nem szolgáltat azonos eredményt a lokalizált regionális eltéréseket elemző vizuális értékelés eredményeivel. Az alkalmazott, a klinikai tünetekért felelőssé tehető domináns nagyagy-féltekére vonatkoztatott semikvantitatív értékelő módszerünk a TIA miatt vizsgált betegek csoportjában bizonyult elsősorban eredményesnek. Ebben a betegcsoportban az egyoldali, haemodinamikai szempontból az agy csak néhány körülírt területét érintő elváltozások domináltak, így érthető az oldaldifferenciák változásán alapuló eljárás hatékonysága. A komplett stroke csoportban feltehetően a betegség komplexebb haemodinamikai hatásai eredményezték a változatos, az esetek felében a tüneteknek megfelelő, a másokban az ellentétes oldal vascularis rezerv kapacitás csökkenésére utaló értékeket. Az orbitomeatalis vonal alatti metszetképek aktivitásarányait ugyan döntő módon a kisagy perfúziós viszonyai határozzák meg, de a temporalis pólusok, illetve az orbitofrontális régió eltérései súlyossági fokuktól függően gyakran jelentősen (ellentétes irányban) befolyásolták a számított értékeket. Semikvantitatív értékelő módszerünkkel szerzett eddigi tapasztalataink és néhány, az utóbbi időben megjelent közlemény alapján úgy véljük, hogy a valós viszonyok felderítésére elsősorban a cerebrovascularis betegség komplex formáiban az agy több régiójának külön analizésére alkalmas kvantitatív eljárás kifejlesztésére feltétlenül szükség van (1, 20).

Vizsgálataink alapján a terheléses (provokációs) eljárás már mai formájában is új, perspektivikus módja a cerebrovascularis betegek vizsgálatának. Lehetőséget nyújt ennek a gyakori betegségnek viszonylag korai felderítésére, a terápiás beavatkozások időpontjának megválasztására és hatékonyságának mérésére.

IRODALOM: 1. Asenbaum S., Podreka, I., Schuster, B. és mtsai: Regional CBF changes after acetazolamid in patients with cerebrovascular disease visualized by Tc-99m HMPAO SPECT. *J. Nucl. Med.*, 1991, 32, 1073. [Abstract] — 2. Bogstrud, T. V., Rootwelt, K., Russel, D. és mtsai: Acetazolamid effect on cerebellar blood flow in crossed cerebral-cerebellar diaschisis. *Stroke*, 1990, 21, 52. — 3. Bonte, F. J., Devous, M. D., Reisch, J. S. és mtsai: The effect of acetazolamid on regional cerebral blood flow in patient's Alzheimer's disease or stroke as measured by single-photon emission computed tomography. *Invest. Radiol.*, 1989, 24, 99. — 4. Bullock, R., Mendelow, A. D., Bone, J. és mtsai: Cerebral blood flow and CO₂ responsiveness as an indicator of collateral reserve capacity in patients with carotid arterial disease. *Br. J. Surg.*, 1985, 72, 348. — 5. Burt, R. W., Cikrit, D. F., Reddy, R. V. és mtsai: Acetazolamid enhanced Tc-99m HMPAO evaluation of carotid artery disease. *J. Nucl. Med.*, 1991, 32, 1074. [Abstract] — 6. Burt, R. W., Reddy, R. W., Mock, B. M. és mtsai: Acetazolamid enhancement of HIPDM brain flow distribution imaging. *J. Nucl. Med.*, 1986, 27, 1627. — 7. Burt, R. W., Witt, R. M., Cikrit, D. és mtsai: Increased brain retention of Tc-99m HMPAO following acetazolamid administration. *Clin. Nucl. Med.*, 1991, 16, 568. — 8. Bushnell, D. L., Gupta, S., Barnes, W. E. és mtsai: Evaluation of perfusion reserve using 5% CO₂ and SPECT neuroperfusion imaging. *Clin. Nucl. Med.*, 1991, 16, 263. — 9. Chatzipanagiotou Th., Müller-Brand, J., Radü, E. W. és mtsai: Zerebrale Durchblutung in Ruhe und nach CO₂-Stimulation bei Patienten mit einseitiger Karotisobstruktion. *Nucl. Med.*, 1988, 27, 232. — 10. Chollet, F., Celsis, P., Clanet, M. és mtsai: SPECT study of cerebral blood flow reactivity after acetazolamid in patients with transient ischemic attack. *Stroke*, 1989, 20, 458. — 11. Devous, M. D., Payne, J. K., Lowe, J. L.: Dual-isotope SPECT imaging of resting rCBF and cerebrovascular reserve. *J. Nucl. Med.*, 1991, 32, 972. [Abstract] — 12. Dingler, W. H., Beil, D. és Deininger, H.-K.: Tc-99m-HMPAO-SPECT in patients with reversible cerebrovascular disease (CVD): comparison of the sensitivity without and with acetazolamid (Diamox). *J. Nucl. Med.*, 1990, 31, 789. [Abstract] — 13. Hauge, A., Nicolaysen, G., Thoresen, M.: Acute effects of acetazolamid on cerebral blood flow in man. *Acta Physiol. Scand.*, 1983, 117, 233. — 14. Hellman, R. S., Tikofsky, R. S.: An overview of the contribution of regional cerebral blood flow studies in cerebrovascular disease: Is there a role for single photon emission computed tomography? *Sem. Nucl. Med.*, 1990, 20, 303. — 15. Kety, S. S., Schmidt, C. F.: The effects of altered arterial tensions of carbon dioxide and oxygen on the cerebral blood flow and carbon dioxide consumption of normal young men. *J. Clin. Invest.*, 1948, 27, 484. — 16. Knapp, W. H., Schmidt, U., Notohamiprodjo, G. és mtsai: Global and regional response of cerebral perfusion to CO₂ stimulation in cerebral vascular disease (CVD). In Schmidt, H. A. E., Chambron, J. (Eds) *Nuclear Medicine*. Stuttgart, New York: Schattauer, 1989. 370. old. — 17. Kuroda, S., Takigawa, S., Kamlyama, H. és mtsai: Diagnosis of hemodynamic compromise in patients with chronic cerebral ischemia: The detection of impaired vasodilatory capacity with Xe-133 SPECT and acetazolamid (Diamox) test. *Neurol. Surg.*, 1990, 18, 167. — 18. Lerch, H., Franke, W. G., Templin, A.: Acetazolamid in zerebrovaskulären Diagnostik: physiologische und pathophysiologische Aspekte. *Med-Nucl.*, 1990, 2, 377. — 19. Matoba, N., Yonekura, Y., Iwasaki, Y. és mtsai: Clinical value of brain perfusion SPECT with double injection of Tc-99m HMPAO. *J. Nucl. Med.*, 1991, 32, 1073. [Abstract] — 20. Matsuda, H., Higashi, S., Kinuya, K. és mtsai: SPECT evaluation of brain perfusion reserve by the acetazolamid test using Tc-99m

HMPAO. Clin. Nucl. Med., 1991, 16, 572. — 21. Paczolt, E. A., Siegel, J. A., Comerota, A. és mtsai: Assessment of regional ischaemia with quantitative acetazolamide SPECT IMP imaging. J. Nucl. Med., 1989, 30, 782. [Abstract] — 22. Pávics L., Csernay L., Dóczi T. és mtsai: Regionális agyi vérátfolyás vizsgálat egyfotonos emissziós computer tomographiával (SPECT). Orv. Hetil., 1990, 131, 3. — 23. Pávics L., Kuba A., Csernay L.: A regionális agyi vérátfolyás vizsgálata SPECT-el (Gondolatok egy új eljárás bevezetéséhez). Magyar Radiológia, 1989, 63, 310. — 24. Ramsay, S. C., Yeates, M. G., Reginald, S. L. és mtsai: Use of technetium-HMPAO demonstrate changes in cerebral blood flow reserve following carotid endarterectomy. J. Nucl. Med., 1991, 32, 1382. — 25. Russel, D., Dybevol, S., Kjartansson, O. és mtsai: Cerebral vasoreactivity and blood flow before and 3

months after carotid endarterectomy. Stroke, 1990, 21, 1029. — 26. Shih, W.-J., Dekosky, S. T., Coupal, J. J. és mtsai: I-123 hydroxydobenzyl propanediamine (HIPDM) cerebral blood flow imaging demonstrating transtentorial diaschisis. Clin. Nucl. Med., 1990, 15, 623. — 27. Sullivan, H. G., Kingsbury, T. B., Morgan, M. E. és mtsai: The rCBF response to Diamox in normal subjects and cerebrovascular disease patients. J. Neurosurg., 1987, 67, 525. — 28. Vorstup, S., Henrickson, L., Paulson, O. B. és mtsai: Effect of acetazolamide on cerebral blood flow and cerebral metabolic rate for oxygen. J. Clin. Invest., 1984, 74, 1634. — 29. Yudd, A. P., Van Heertum, R., Masdeu, J. C.: Interventions and functional brain imaging. Sem. Nucl. Med., 1991, 21, 153.

(Pávics László dr., Szeged, Pf. 469. 6721)

RITKA KÍNÁLAT:

ami az egészségügyi alapellátáshoz nélkülözhetetlen,
gyógyászati segédeszközök, orvosi műszerek
széles választéka

a Gyógyászati Segédeszközök Gyára
és az ALLEGRO W. D. H. Kft. üzletében.

1137 Budapest, Pozsonyi út 20. Telefon: 129-5442

OLCSÓ KÉSZÜLÉKEK ORVOSI ALAPELLÁTÁSRA

VASCULAR DOPPLER INDICATOR (Véráramlás-ellenőrző készülék)	VDI—002	24 000 Ft + ÁFA
PARESTYM (Járásjavító és felsővégtag-mozgató készülék)	PAR—001/B	7 900 Ft + ÁFA
PORTADYN (Galvánáramú és diadinamikus kezelőkészülék)	PD—001	11 700 Ft + ÁFA
PORTASTYM (Izomstimuláló készülék)	PS—001	11 900 Ft + ÁFA
ACUSTYM (Elektroakupresszúrás kereső és kezelő készülék)	AS—001	16 000 Ft + ÁFA
LASERSTYM (Laseres akupunktúrás kereső és kezelő készülék)	LS—001	33 600 Ft + ÁFA

A készülékeket raktárról, vagy a megrendelést követő 3 hónapon belül szállítjuk.
További felvilágosítást ad: Ciklinszki Miklósné vagy Albert Károly műsz. vezető

ELECTRONIC ENGINEERING Kft. Cím: 1047 Bp., Gárdi J. u. 37.
Levélcím: 1365 Bpest, Pf. 677. Tel.: 1690-473; 1602-588





Makrofer

pezsgőtabletta

- megnövekedett vasigény esetén
- csökkent vasszívódás (gyomorműtétek után gastrointestinális betegségben)
- vérvesztés (gastrointestinális, menstruációs)



Az anaemia az orvosi gyakorlat nap mint nap felmerülő problémája. Leggyakoribb oka a vashiány, mely felnőtt korban elsősorban gastrointestinális vagy menstruációs vérzés, vagy a terhesség következménye. A sideropeniás anaemia általában orális vasbevitellel meggyógyítható. A vashiányos állapot megszüntetésére az oldott formában, orálisan bevitt vassók a legalkalmasabbak. A Pharmavit Gyógyszergyár Makrofer pezsgőtablettája egy kellemesen bevehető készítmény, mely 80 mg elemi vasat tartalmaz jól tolerálható, jól felszívódó formában. A tablettában lévő aszkorbinsav elősegíti a vas felszívódását.

Makrofer pezsgőtabletta

Hatóanyag

695 mg Ferrum gluconicum (80mg elemi vasnak felel meg) és 100 mg acidum ascorbicum pezsgőtablettánként.

Javallatok: Vashiánybetegség (praetens, latens és manifest, bizonyított vashiány) megelőzése vagy megszüntetése:

- fokozott vasvesztés (pl. menorrhagia, metrorrhagia, szülés, műteti vérvesztés, gastrointestinális betegség okozta vérzés, mint pl. ulcus-betegség, bélvérzés, húgyúti vérzés, ismételt véradás)
- megnövekedett vasszükséglet (terhesség, szoptatás, serdülőkorban intenzív növekedés)
- elégtelen vasbevitel legyorduló, vashiányos táplálkozás)
- csökkent vasszívódás (gyomorműtét után, gastrointestinális betegségben, malabsorptio esetén)

Ellenjavallatok: Vasszelhasználási zavarral járó betegségek (sideroblastos anaemiák), fokozott vaskraktározással járó állapotok (haemochromatosisok, haemolysis).

Kisgyermekeknek és csecsemőknek nem adható.

Adagolás: Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek napi 1, manifest vashiány esetén napi 2-3 pezsgőtabletta, 7-10 éves gyermekeknek napi 1/2-1 pezsgőtabletta.

Kisgyermekeknek és csecsemőknek nem adható.

A pezsgőtablettát egy pohár vízben feloldva, étkezés előtt 1/2-1 órával kell bevenni.

A kezelés időtartamát egyénileg kell megállapítani, a vashiány mértéke szerint, a vassanyagcsere kontrollja mellett. Az anaemia korrekciójához általában 2 hónap, manifest vashiányos anaemia esetén a raktárak feltöltéséhez 4-6 hónap szükséges.

Mellékhatások: Gastrointestinális panaszok, étvágytalanság, epigastriális fájdalom, hányinger, hasmenés, székrekedés, nagytitkán túlérzékenységi reakciók. A mellékhatások az adag csökkentésével általában megszűnnek.

Gyógyszerkölcsönhatások

Együttadása kerülendő:

- tetraciklinekkel és a penicillinnal (legyém felszívódását gátolják)
- aluminium, magnézium - és calciutartalmú antacid szerekkel, valamint a cholestyraminnal (gátolja a vas felszívódását). A fenti gyógyszerek és a Makrofer tabletták beadása között legalább 3 óráknak kell eltelnie.

Figyelmeztetés: Csak vashiánybetegségben hatásos.

A székletet feketére színezi.

Gyermekek elől elzárva tárolandó.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: Orvosi rendelvényre.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelői ár: 80 Ft

Társadalombiztosítási Támogatás 95%

OGYI eng. száma: 3811/40/91

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Veresegyház

TB támogatás: 95%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.





Magnesium 250 mg

Pharmavit pezsgőtabletta

- csökkent bevitel, felszívódási zavar, vagy megnövekedett ürítés következtében kialakuló magnéziumhiányos állapotok kezelése
- megnövekedett magnéziumhiány kielégítése (terhesség, szoptatás)



A felnőttek napi magnéziumszükséglete 300-350 mg, serdülőké 400 mg, terhes és szoptató nőké 450 mg.

A megnövekedett igény, csökkent bevitel, fokozott magnéziumvesztést okozó tényezők közül a gyakorlatban legfontosabbnak látszik a krónikus diuretikus kezelés következtében kialakuló hypomagnesaemia és refrakter hypokalaemia kezelése, hypertóniás, szívlegtelenségben szenvedő illetve digitáliszt szedő betegekben, olyan esetekben is, amikor a magnéziumhiány szérummeghatározással nem igazolható.

Cardioprotektív hatása miatt kiegészítő kezelésként alkalmazható ischaemiás szívbetegségben és hypertóniában.

A krónikus magnéziumhiányos állapotok kezelésére és megelőzésére alkalmas a per os adható Magnézium 250 mg Pharmavit pezsgőtabletta. A készítmény hatóanyaga magnézium-oxid, amely a pezsgőtabletta feloldásakor jól felszívódó magnézium-citrát sóvá alakul.

Magnesium 250 mg Pharmavit
pezsgőtabletta

ATC: A 12 CC 06

Hatóanyag: 420 mg magnesium oxydatum (250 mg magnézium), 150 mg aszkorbinsav pezsgőtablettánként.

Javallatok: Magnéziumhiány megelőzése és megszüntetése; megnövekedett igény (terhesség, szoptatás), csökkent bevitel (alkoholizmus, malnutritio), felszívódási zavarok (bélbetegségek, malabsorptio), jelentős magnéziumvesztés (hányás, hasmenés, égési sérülések, fokozott diuresis okozta hypokalaemiás állapotok, vesebetegségek polyuriás fázisa, tubuláris dysfunctiók, nephrotoxicus gyógyszerek alkalmazása).

Hypothyreosis, Cushing kör, Conn syndrome adjuváns kezelése.

Kiegészítő terápiaként angina pectorisban, akut myocardialis infarctusban, szívritmuszavarokban, valamint hypertóniában.

Fokozott neuromusculáris ingerlékenység, izomgörcsök.

Calcium-oxalátok képződés profilaxisa.

Ellenjavallatok: Veseelégtelenség, exsiccosis, hyperthyreosis, Addison kör.

Adagolás: Felnőtteknek naponta 3-szor 1 pezsgőtabletta; gyermekeknek 5 éves korig napi 1 pezsgőtabletta.

5-10 éves korban napi 1-2-szer 1 pezsgőtabletta, 10 éves kortól napi 2-3-szor 1 pezsgőtabletta egy pohár vízben oldva.

Mellékhatások: Nagyobb adagok bevétele esetén enyhe székletlágylító hatás, esetleges hasmenés jelentkezhet; ilyenkor az adagot csökkenteni kell.

Gyógyszerkölcsönhatások: Az orális tetraciklinek, vas-sók és nátrium-fluorid felszívódását gátolja. A fenti gyógyszerek és magnézium bevétele között legalább 3 órának kell eltelnie.

Figyelmeztetés: Nagy adagok tartós szedése hypermagnesaemiához vezethet. Tünetei nem specifikusak: gyengeség, hányás, hypotensio, bradycardia, hyporeflexia, EKG-változások, központi idegrendszeri depresszió. Ilyen esetekben ellenőrizni kell a szérumszintet. Elősegítheti a kalcium-magnézium-ammóniumfoszfát struvit kövek kialakulását.

Száraz helyen, szobahőmérsékleten, fénytől védve, az eredeti csomagolásban tartandó.

Megjegyzés: 1 doboz vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 20 db pezsgőtabletta

Termelői ár: 70 Ft

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 80%

OGYI eng. szám: 209/40/92

Gyártja: Pharmavit Gyógyszer- és Élelmiszeripari Rt., Verebesgyház

TB támogatás: 80%.

A Pharmavit Gyógyszergyár minerália termékcsaládjának a tagja.



Gyermekekori osteosarcomában előforduló Wernicke-encephalopathia

Kálmánchey Rozália dr., Magyarossi Edina dr., Majtényi Katalin dr. és Koós Rozália dr.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, II. sz. Gyermekklinika (igazgató: Schuler Dezső dr.)

Országos Ideg-Elmegyógyintézet (igazgató: Veér András dr.)

A szerzők két osteosarcomás gyermek esetét ismertetik, akikben a kemoterapiás kezelés alatt hányások mellett Wernicke-encephalopathia tünetei alakultak ki. Az első beteg toxicus cardiomyopathia tünetei között meghalt. Boncolás igazolta a Wernicke-encephalopathiát. A második beteg hasonló tüneteit felismerve (szemmozgás-zavar, ataxia, somnolentia) 300 mg B₁ vitamin/die intravénás adását kezdték el, melynek hatására a gyermek neurológiailag tünetmentessé vált. A szerzők hangsúlyozzák ezen, gyermekkorban ritkán előforduló neurológiai kórkép felismerésének fontosságát; parenterális B₁-vitamin adásával gyógyítható, enélkül azonban halálos.

Kulcsszavak: Wernicke-encephalopathia, malignitas, osteosarcoma, gyermekkor

Wernicke encephalopathy in children with osteosarcoma. Two children with osteosarcoma are presented in whom Wernicke encephalopathy with vomiting occurred during the chemotherapy. One of the children died with symptoms of toxic cardiomyopathy. Autopsy revealed Wernicke encephalopathy. The other child had similar symptoms (ocular signs, ataxia, somnolence). Parenteral thiamine had been given and after this therapy the child recovered from the encephalopathy. The authors emphasize the importance of the recognition of this neurological disorder occurring rarely in childhood: it can be cured with parenteral thiamine. Without thiamine treatment this condition is lethal.

Key words: Wernicke encephalopathy, childhood, malignancy, osteosarcoma

A gyermekekori malignitások kórlefolyása során sokféle neurológiai szövődmény lehetőségével kell számolni. Ezek részben az alapbetegség központi idegrendszeri terjedésének következményei, részben a kezelés szövődményei vagy mellékhatásai (2, 7, 15, 21). A diagnózis felállításához sok tényezőt kell figyelembe venni: a neurológiai tünetcsoporton kívül az alapbetegség stádiumát a tünetek jelentkezésekor (betegség kezdete, remissio, relapsus, évekkel a gyógyulás után), az alkalmazott kezelést (sugár, steroid, különböző cytostaticumok) a tünetek felléptének időpontját az alkalmazott kezelési módokhoz viszonyítva, a nem neurológiai jellegű szövődmények jelenlétét (sepsis, veseelégtelenség, májelégtelenség, metabolikus zavar, haematológiai rendellenesség, bakteriális infekció, cachexia).

Jelen közleményünkben két osteosarcomás gyermek esetében észlelt igen ritka neurológiai szövődményt ismertetünk; a Wernicke-encephalopathiát, melynek felismerése azért jelentős, mert a korai kezeléssel a különben letális szövődmény gyógyíthatóvá válik.

többször kellett megszakítani a kezelést. A második súlyos aplasia miatt Coli és Staphylococcus sepsis zajlott le, tüdőgyulladás alakult ki lassan felszívódó residuummal. Ennek gyógyulása után folytatott cytostaticus kezelési ciklus végén újabb sepsis jelentkezett, mely perianalis tályogból alakult ki. Emellett interstitialis pneumonia és toxicus cardiomyopathia tüneteit észleltük. A gyermek gyakran hányt, infúziókra szorult, leromlott volt, amikor a perianalis tályog megnyitásához alkalmazott ketamin narcosisból elhűzódóan ébredt, átmeneti vizeleti zavar után látászavar alakult ki. **Neurológiailag:** a 3. napon felfelé tekintéskor felfelé irányuló nystagmust, oldalra tekintéskor pedig tekintés irányú horizontális nystagmust észleltünk. Testszerte hypotonia, hyporeflexia és törzsataxia kísérté. Somnolens tudat állapot. Két nap múlva anisocoria alakult ki jobboldalt tágabb pupillával, jobbra tekintéskor durva, balra tekintéskor enyhébb tekintés irányú horizontális nystagmussal. Somnolentiája megszűnt. Kifejezett törzsataxia és végtagataxia. Cardiomyopathia tüneteit észleltük, a gyermek gyakran hányt, időnként lázas volt. Átmeneti neurológiai javulás után ismét aluszékony lett, jobbra irányuló nystagmus középpálásban is észlelhetővé vált. Az első neurológiai tünetek megjelenésétől számított 6. napon szívelégtelenség és tüdőoedema tünetei között betegünk meghalt.

Az általános boncleletből: a szív elektronmikroszkópos képe jellegzetes anthracycin károsodás súlyos fokát igazolta, a tüdőben chronicus pangás képe, a máj zsíros degenerációja és haemosiderosisa volt látható. A halál közvetlen oka: toxicus cardiomyopathia következtében kialakult szívelégtelenség, tüdőoedema.

Az agy boncolásakor: az agytörzsi tegmentumban (mesencephalon, pons, nyúltvelő) subacut és acut vérzések. A VIII. agyideg magvaiban mindkétoldalt súlyos vacuolázis elváltozás, idegsajt pyknosissal vagy eltűnéssel, jelentős capillaris proliferációval.

Esetismertetések

1. beteg: 18 éves leány jobb tibia osteoblastos osteosarcomáját 2 éve diagnosztizáltuk. Preoperatív kemoterapiában részesült, majd daganateltávolítás és endoprothesis beültetése történt. A műtét után folytattuk a kemoterapiát. Csontvelő aplasia miatt

A corpus mamillarekban friss és régebbi microvérzések, a sejtek nagyrésze pusztult, az egész állomány necroticus, likacsos. Jelentős capillaris proliferatio. Dg: Wernicke-encephalopathia (1. ábra).

2. beteg: 15 éves leány bal humerus osteoblastos osteosarcomáját 2 hónapja diagnosztizáltuk. Preoperatív chemoterapiát kezdtünk. A gyermek gyakran hányt. Az első Methotrexat adag iv. adását követően toxicus veseelégtelenség alakult ki. Ezért peritoneális és haemodialysisre került sor. Két hét múlva diuresise megindult, vesefunkciói rendeződtek. Ezt követően toxicoderma, az anus környékén fekély, majd innen kiinduló sepsis (Pseudomonas) alakult ki. Duodenum váladékából sarjadzó gomba tenyésztett ki. Kombinált antibioticus és antimycoticus kezelés, infúsiók mellett a 10. napon toxicus májlaesio tünetei jelentkeztek. Néhány nap múlva homályos látásról panaszkodott. Ekkor mindkétoldalt fundusszerte és praeretineálisan tocsás vérzések jelentek meg.

Neurológiailag: anisocoria, a jobb pupilla tágabb. Baloldalt enyhe fokú VI. paresis, jobbra tekintéskor durva, balra tekintéskor enyhébb tekintés irányú horizontális nystagmus, jobboldalt lágyszájpadív lejjebb áll, nasalis színezetű beszéd, folyadék nyelési zavar, bal túlsúllyal kétoldalt élénk alsóvégtag-reflexek, hypotoniás végtagizomzat, súlyos törzsataxia, somnolens tudatállapot. Koponya CT: normális. Agytörzsi acusticus kiváltott potenciálok: Jobb oldali túlsúlyú kétoldali agytörzsi vezetési zavar (2. ábra). Wernicke-encephalopathiát valószínűsítettünk és napi 300 mg iv. B₁-vitamin adását kezdtük el. Másnap enyhe alsóvégtag-gyengeség és paraesthesia jelentkezett. Ezt követően neurológiai tünetei fokozatosan enyhültek. Egy hónap múlva neurológiai tünetei megszűntek, agytörzsi acusticus kiváltott potenciál kontroll vizsgálatnál eltérést nem találtunk (2. ábra). A neurológiai tünetekkel egy időben icterus és toxicus májkárosodás tünetei jelentkeztek, melyek a későbbiekben lassan mérséklődtek. Ezt követően sikeres daganateltávolítás történt.

Megbeszélés

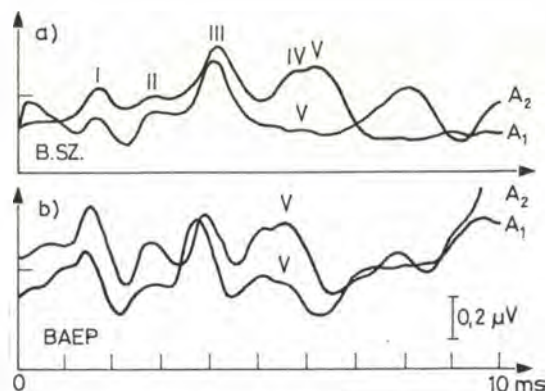
Első betegünk esetében a Wernicke-encephalopathiát a patológiai lelet bizonyította. Második betegünk esetében a klinikai tünetek alapján állítottuk fel a diagnózist, melyet az agytörzsi acusticus kiváltott potenciál lelet megerősített. Ennek alapján kezdtük el a nagy adag parenterális B₁-vitamin-kezelést. Betegünk neurológiailag tünetmentessé vált.

Wernicke 1881-ben írta (30) le alkoholisták betegeiben vagy pylorus stenosis okozta perzisztáló hányás után azt a különleges tünetcsoportot, mely szemmozgás zavarból, ataxiából és zavart vagy aluszékony tudatállapotból áll. Az ilyen tünetek között meghalt betegek boncolásakor vérzések, necrosisokat találtak a III. és IV. agykamra, az aqueductus cerebri körül és a corpus mamillarekban. Később a Wernickéről elnevezett encephalopathiát leírták felnőttkori malignitások (9), anorexia nervosa (29), dialysis (14) vagy terhességi hányás (20) során, illetve tartós parenterális táplálás mellett (11).

Gyermekekben eddig 15 esetet írtak le. Ezek közül 10 gyermekben hányás, hasmenés (10), malnutritio, szőja, vagy szintetikus táplálás (6, 8, 10, 26, 31), oesophagus perforatio (4), pylorus stenosis (5), parenterális táplálás (19), glucose infúsiók mellett (28) alakult ki a tünetcsoport. Öt betegben malignitás volt: leukemia 4 betegben (9, 22, 27) és malignus histiocytosis egy betegben (22). Az eddig közölt 5 betegből 4 meghalt, egyben nagy adag B₁-vitamin kezelést követően gyógyulás következett be (27).



1. ábra: 1. betegünk: metszet a corpus mamillarekből: vérzések és capillaris proliferatio (Hematoxilin-eosin festés. Nagyítás: $\times 167,5$)



2. ábra: 2. betegünk. Agytörzsi acusticus kiváltott potenciálok (BAEP), a) kétoldali vezetési zavar és bal oldali V. hullám depressio; b) egy hónappal a B₁-vitamin kezelés elkezdése után: normális

A Wernicke-encephalopathia kialakulását állatkísérletek (23) és az intravénásan adott B₁-vitamin klinikai hatása alapján B₁-vitamin hiányának tulajdonítják (24). A malnutritio, parenterális táplálás, dialysis, szintetikus tápszerek, profúz hányás B₁-vitamin-hiányt okoznak. Azonban a Wernicke-encephalopathia nem alakul ki valamennyi betegben, aki B₁-vitamin-hiányos állapotba jut. Abarnel és mtsai 1987-ben (1) 43 súlyos obesitas miatt restrictió gyomorműtétre kerülő beteget vizsgáltak, ezek közül 16-nak volt alacsony B₁-vitamin- vérszintje, és közülük csak kettőnek alakult ki Wernicke-encephalopathiája. Blass és Gibson 1977-ben (3) Wernicke-encephalopathiás beteg fibroblastjában genetikusan enzimdefektust talált: a transketoláz enzim, melynek cofermentje B₁-vitamin, a betegeknél kevésbé kötötte a thiamin pyrofoszfátot, mint az egészséges kontroll. Ez a defektus nem okoz tüneteket, ha a táplálkozás kielégítő, és megfelelő mennyiségű B₁-vitamin jut a szervezetbe, ha azonban a B₁ vitamin mennyisége kritikus szint alá csökken, akkor a transketoláz aktivitás csökken. Az, hogy a transketoláz aktivitás za-

vara hogyan hozza létre a Wernicke-encephalopathiára jellemző speciális agykárosodást, még pontosan nem ismert.

Betegeink az osteosarcomában általában alkalmazott terapiában részesültek, a hányás, parenterális táplálás pedig gyakran előfordul cytostaticus kezelések során anélkül, hogy Wernicke-encephalopathia alakulna ki. Feltehető, hogy betegeink veseszületett transketoláz enzimdefektussal rendelkeztek, mely a B₁-vitamin-hiányos állapotban létrehozta a kórképet.

A Wernicke-encephalopathia diagnózisában a klinikai tünetek alapján felmerülő gyanú a legfontosabb. Harper 1986-ban (13) 131 pathológiailag igazolt beteg adatait dolgozta fel retrospective. Ezekben a betegekben élőben a diagnózist csak 20%-ban tudták felállítani. A klasszikus triád: szemmozgás-zavar, ataxia, zavart tudat, csak 16%-ban találta meg. A gyermekkori esetekben leggyakoribb tünetek: irritabilitás, somnolentia, szemmozgászavar. Az ataxia ritka (4, 5, 6, 8, 9, 10, 19, 22, 26, 27, 31). Nem specifikus leletek: normális koponya CT vagy a basalis ganglionok szimmetrikus hypodenzitása (16, 17, 18, 22, 31). Ez utóbbi Leigh-betegségben észlelhetőhöz hasonló. A két betegséget pathológiailag a corpus mamillare laesio megléte, illetve hiánya különíti el, bio-kémiai pedig Wernicke encephalopathiában alacsony B₁-vitamin-szint és kóros transketoláz aktivitás, míg Leigh-betegségben a mitochondriális oxidatív anyagcsere specifikus enzimdefektusa (NADH-coenzim Q reductase, vagy cytochrom oxidáze) igazolható (25). Az MR vizsgálat sem ad specifikus információt (16). Az EEG általában meglassult, a lumbális liquor fehérje emelkedett lehet (22). Pihko és mtsai (22) az egyik betegükben vizsgálták az agytörzsi acusticus kiváltott potenciálokat, és kórosnak találták, hasonlóan a mi 2. betegünk leletéhez. Valószínűnek látszik, hogy ez a vizsgálat informatív lehet ebben a betegségben, hiszen a pathológiás laesio az aqueductus cerebri és a IV. agykamra környékén az agytörzsben található jellegzetesen, a III. agykamra környékén és a corpus mamillarekon kívül.

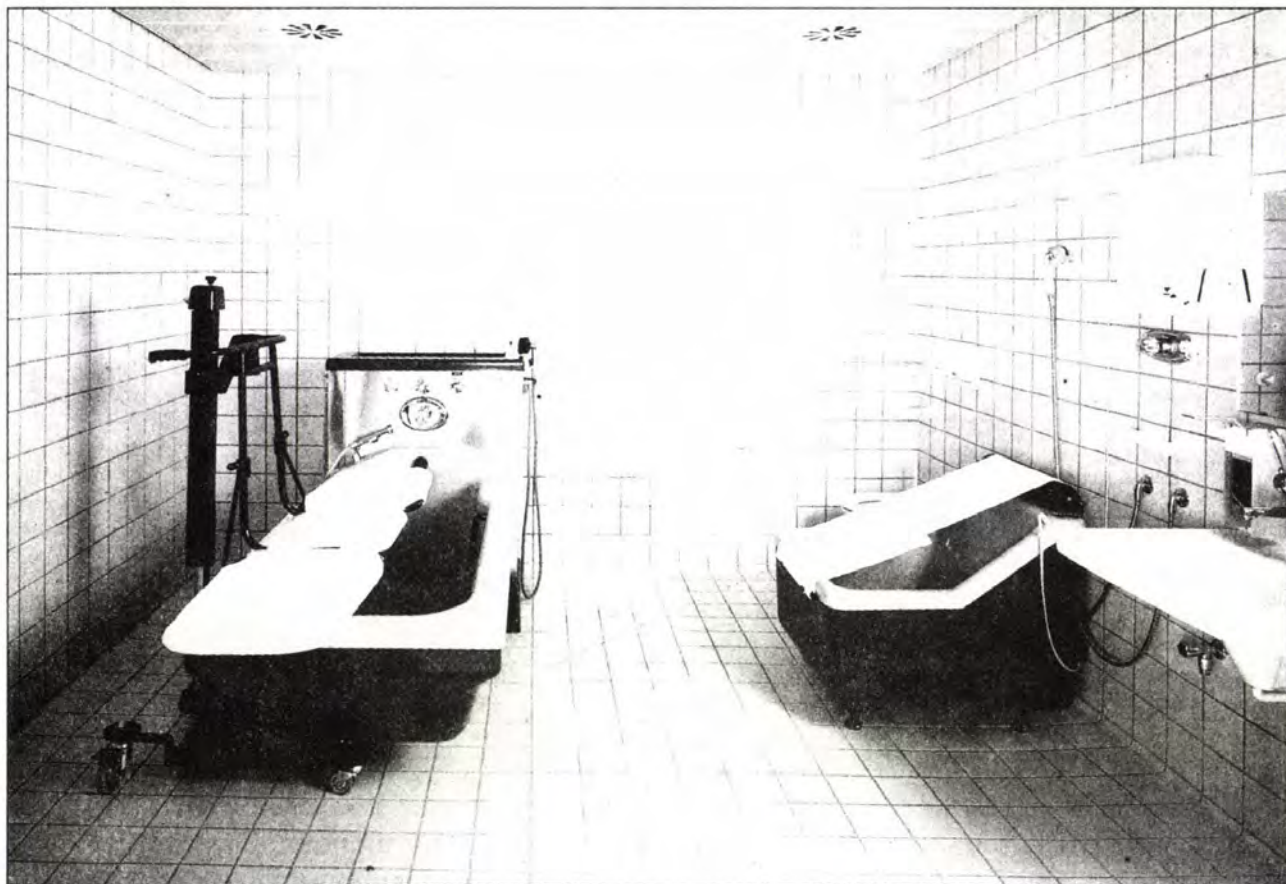
Minden eddig közölt gyermekkori betegben, ha intravénás B₁-vitamint adtak, gyors és teljes gyógyulás következett be. Ennek alapján Pihko és mtsai szerint (22) a parenterális thiamin adására bekövetkező gyors javulás a klinikai diagnózis bizonyítéka. Második betegünknel a tünetek és a vizsgálati leletek alapján felmerült diagnózist bizonyította a B₁-vitamin adására bekövetkező javulás, majd gyógyulás.

Normális körülmények között 0,5 mg/1000 kcal thiamin elégséges a szervezet számára, de ha a glucose a fő energiaforrás, akkor a thiamin igény nő (24). Wernicke-encephalopathia gyógyítására felnőttnek 100–300 mg/die szükséges parenterálisan, gyermeknek 5–300 mg/die (4, 5, 10, 22, 27, 31) adását írják le. Ismerni kell tehát ezt a ritka kórképet, és gyermekkori is gondolni kell rá tartósan parenterálisan táplált, vagy rosszul táplált, valamilyen oknál fogva tartósan hányó betegnél, mert a kórkép gyógyítható, ellenkező esetben azonban halálos.

IRODALOM 1. Abarnel, J. M., Berginer, V. M., Osimani, A. és mtsai: Neurological complications after gastric restriction surgery for morbid obesity. *Neurology*, 1987, 37, 196. — 2. Allen, J. C.: The effect of cancer therapy on the nervous system. *J. Pediatr.*, 1978, 93, 903. — 3. Blass, J. P., Gibson, G. E.: Abnormality of a thiamine-requiring enzyme in patients with Wernicke-Korsakoff syndrome.

N. Engl. J. Med., 1977, 297, 1367–1370. — 4. Blennow, G.: Wernicke's encephalopathy following prolonged artificial nutrition. *Am. J. Dis. Child.* 1975, 129, 1456. — 5. Bohnert B.: Wernicke-encephalopathie bei chronischer gastropankreatischer Erkrankung mit Pylorusstenose. *Dtsch. Med. Wschr.*, 1982, 107, 1722. — 6. Cochrane, W. A., Collins-Williams, C., Donohue, W. L.: Superior hemorrhagic polioencephalitis (Wernicke's disease) occurring in an infant — probably due to thiamine deficiency from use of a soya bean product. *Pediatrics*, 1961, 28, 771. — 7. Crosley, C. J., Roke, L. B., Evans, A. és mtsai: Central nervous system lesions in childhood leukemia. *Neurology*, 1978, 28, 678. — 8. Davis, R. A., Wolf, A.: Infantile beriberi associated with Wernicke's encephalopathy. *Pediatrics*, 1958, 21, 409. — 9. De Reuck, J. L., Sieben, G. J., Sieben-Praet, M. R. és mtsai: Wernicke's encephalopathy in patients with tumors of the lymphoid-hemopoietic systems. *Arch. Neurol.*, 1980, 37, 338. — 10. Guerrero, R. M. A.: Wernicke's syndrome due to vitamin B deficiency: Report of disease in two infants. *Am. J. Dis. Child.*, 1949, 78, 88. — 11. Harper, C. G.: Sudden, unexpected death and Wernicke's encephalopathy: A complication of prolonged intravenous feeding. *Aust. NZ J. Med.*, 1980, 10, 230. — 12. Harper, C. G.: The incidence of Wernicke's encephalopathy in Australia — A neuropathological study of 131 cases. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1983, 46, 593. — 13. Harper, C. G., Giles, M., Finlay-Jones R.: Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: A retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1986, 49, 341. — 14. Jagadha, V., Deck, J. H., Halliday, W. C., és mtsai: Wernicke's encephalopathy in patients on peritoneal dialysis or hemodialysis. *Ann. Neurol.*, 1987, 21, 78. — 15. Kálmánchey R., Kardos G., Somló P. és mtsai: Gyógyult herpes simplex encephalitis acut lymphoid leukemiás gyermekben. *Orv. Hetil.*, 1988, 129, 1651. — 16. Kitaguchi, T., Kobayashi, S., Tobimatsu, S. és mtsai: Computed tomography and magnetic resonance imaging in a young patient with Wernicke's encephalopathy. *J. Neurol.*, 1987, 234, 449. — 17. McDowell, J. R., LeBlanc, H. J.: Computed tomographic findings in Wernicke-Korsakoff syndrome. *Arch. Neurol.*, 1984, 41, 453. — 18. Mensing, J. W. A., Hoogland, P. H., Slooff, J. L.: Computed tomograph in the diagnosis of Wernicke's encephalopathy: A radiological-neuropathological correlation. *Ann. Neurol.*, 1984, 16, 363. — 19. Meyers, C. C., Schochet, S. S., McCormick, W. F.: Wernicke's encephalopathy in infancy: Development during parenteral nutrition. *Acta Neuropathol.*, 1978, 43, 267. — 20. Montane, V., Imbert, Y., Ducos, Ph. és mtsai: Encéphalopathie de Gayet-Wernicke per vomissement gravidiques. *La Presse Méd.*, 1990, 19, 83. — 21. Pierce, M. I.: Neurologic complications in acute leukemia in children. *Cancer*, 1973, 32, 425. — 22. Pihko, H., Saarinen, U., Paetan, A.: Wernicke encephalopathy a preventable cause of death, report of 2 children with malignant disease. *Ped. Neurol.*, 1989, 5, 237. — 23. Rinehardt, J. F., Friedman, M., Greenberg, L. D.: Effect of experimental thiamine deficiency on the nervous system of the rhesus monkey. *Arch. Pathol.*, 1949, 48, 129. — 24. Reuler, J. B., Girard, De. E., Cooney, T. G.: Wernicke's encephalopathy. *N. Engl. J. Med.*, 1985, 312, 1035. — 25. Robinson, B. H., de Meirleir, L., Glerum, M. és mtsai: Clinical presentation of mitochondrial respiratory chain defects in NADH-coenzyme Q reductase and cytochrome oxidase: Clues to pathogenesis of Leigh's disease. *J. Pediatr.*, 1987, 110, 216. — 26. Seear, M. D., Norman, M. G.: Two cases of Wernicke's encephalopathy in children: An under-diagnosed complication of poor nutrition. *Ann. Neurol.*, 1988, 24, 85. — 27. Shah, N., Wolff, J. A.: Thiamine deficiency: Probable Wernicke's encephalopathy successfully treated in a child with acute lymphocytic leukemia. *Acta Neuropathol.*, 1978, 43, 267. — 28. Watson, A. J. S., Walker, J. F., Tomkin, G. F. és mtsai: Acute Wernicke's encephalopathy precipitated by glucose loading. *Ir. J. Med. Sci.*, 1981, 150, 301. — 29. Weder, B., Ludin, H. P., Hoigne, R.: Wernicke-Korsakoff syndrome in anorexia. *Dtsch. Med., Wschr.*, 1982, 107, 304. — 30. Wernicke, C.: *Lehrbuch der Gehirnerkrankheiten*. vol 2. Kassel: Fischer., 1881, 229. — 31. Wyatt, D. T., Noetzel, M. J., Hillman, R. E.: Infantile beriberi presenting as subacute necrotizing encephalomyelopathy. *J. Pediatr.*, 1987, 110, 888.

(Kálmánchey Rozália dr., Budapest, Pf. 83 1450)



A VILÁG EGYIK LEGJOBB LAKÁS- ÉS ÉPÜLETKERÁMIÁJA MÁR KAPHATÓ BUDAPESTEN!

*Német gyártmány,
német minőség, még soha nem látott óriási választék.
A KORZILIUS falicsempék és padlóburkolólapok
kiváló hő-, vegyszer- és fagyásállóak,
nem kopnak, nem csúsznak, könnyen tisztíthatók
és rendkívül esztétikusak.*

Várja Önt
a KORZILIUS kizárólagos magyarországi forgalmazója, a

NAVETTE & NAVETTE Kft.

Budapest, XIV., Ilka utca 25-27.
251-6318/29. m., 251-6898/29. m., 163-6076


KORZILIUS®

...ÉS A HÁZ BUROKBAN SZÜLETIK

CHINIDIN RETARD

tabletta 0,3 g

H—200

Antiarrhythmica

HATÓANYAG:

300 mg chinidinium sulfuricum tabl.-ként.

HATÁS:

Megnyújtja a myocardium refrakter periódusát; csökkenti ingerlékenységét és csökkenti az ingerületvezetés sebességét. Szívizom-károsodás esetén negatív inotróp hatású. A tabletta nyújtott hatóanyag-leadása következtében, az eddigi vizsgálatok szerint, a terápiás vérszint 24—48 óra alatt áll be, és ez napi kétszeri Chinidin Retard tabletta 0,3 g adagolásával folyamatosan biztosítható. A kinidin kb. 60%-a a szérum-albuminhoz kötődik, és a vesén keresztül választódik ki.

JAVALLATOK:

Pitvari remegés és lebegés, kardioverzió előkészítése és a kardioverziót követő utókezelés (újabb pitvari fibrilláció megelőzése), extrasystolia, megkísérélhető ismétlődő supraventricularis és ventricularis paroxysmalis tachycardiában.

ELLENJAVALLATOK:

- kiniding-túlérzékenység
- teljes A—V-blokk
- bradikardia (60 ütés/min alatt)
- bakteriális endocarditis (embóliaveszély)
- digitális-túladagolás (a kinidin fokozza a szívglikozid-mérgezés tüneteit)
- relatív ellenjavallat az inkomplett A—V-blokk
- keringési ellenállás
- hypotensio

ADAGOLÁS:

A tablettát étkezés után egészben kell lenyelni, eltörni, szétvágni nem szabad.

- Profilaktikus alkalmazás esetén 2×1 tabletta (2×300 mg) reggel-este;
- pitvari fibrillációban napi 2×2 tabletta (2×600 mg) reggel-este.

Ha 10 napon belül nem következik be javulás, a további kezelés megfontolandó, illetve leállítandó.

Javulás esetén a fibrilláció megszűnését követően, a normál ritmus beállítása után, a sinus-ritmus napi 2×1 tabletta adagolásával fenntartható.

MELLÉKHATÁSOK:

- egyéni érzékenységtől függően terápiás adagban is okozhat toxikus tüneteket: hányingert, hányást, hasmenést;
- túlérzékenység esetén már kis adagok is előidézhethetnek scarlatiform kiütéseket, fejfájást, látási zavarokat, szédülést, fülzúgást, hőemelkedést, lázat, pszichés zavartságot, izomgörcsöket, hasmenést, hányingert, hányást;
- súlyos túlérzékenységi reakciók — leukopénia, agranulocytosis, asthma, cyanosis, thrombocytopeniás purpura — ritkán fordulnak elő;
- legsúlyosabb, életet veszélyeztető mellékhatása a kamraremegés és az aszisztólia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Együttadása kerülendő:

- vérnyomáscsökkentőkkel (a perifériás értágító hatás fokozódhat);
- fenotiazinokkal (kardiodepresszor hatás fokozódhat);
- neuromusculáris blokkolókkal (apnoe alakulhat ki);
- reserpinnel (a reserpin fokozza a kinidin kardiodepresszív hatását).

Óvatosan adható:

- digisztális glikozidokkal (glikozidok szintje megemelkedhet a szérumban);
- vizeletlágosító gyógyszerekkel (növelhetik a kinidin szintjét a szérumban);
- vizeletsavanyító gyógyszerekkel (a kinidin szintjét csökkenthetik a szérumban);
- rifampicinnel (a kinidin first-pass metabolizmusát fokozza, csökken a kinidin hatása);
- orális antikoagulánsokkal (hipoprotrombinémiát okozhat);
- antikolinerg szerekkel (hatásukat a kinidin fokozza).

FIGYELMEZTETÉS:

Az adagolást célszerű fekvőbeteg-gyógyintézetben beállítani. A túlérzékenység expozíciós próbával kizárható. Azt a beteget, aki először szed kinidint, az első adagok után gondosan figyelni kell.

Folyamatos kezelés során bármilyen túlérzékenységi reakció jelentkezik, a gyógyszer további szedését — amíg a kinidin allergiás pathogenesis kizárása nem történik meg — meg kell szakítani.

CSOMAGOLÁS: 25 db tabletta

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári





A

HUMAN

OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

az alábbi termékcsoporthok teljes vagy részleges gyártásában
vesz részt

AKTÍV IMMUNIZÁLÓ OLTÓANYAGOK
AZ IMMUNITÁST ASPECIFIKUSAN BEFOLYÁSOLÓ KÉSZÍTMÉNYEK
ALLERGIKUMOK
ANTISZÉRUMOK
TERÁPIÁS VÉRKÉSZÍTMÉNYEK
INFÚZIÓS ÉS PERITONEÁLIS DIALIZÁLÓ OLDATOK
SZEMÉSZETI KÉSZÍTMÉNYEK
INZULINOK
ANTIBIOTIKUMOK
EGYÉB GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNYEK
LABORATÓRIUMI STANDARDEK ÉS KLINIKAI KÉMIAI REAGENSEK
BAKTÉRIUM ÉRZÉKENYSÉGI KORONGOK
RHEUMA-SZEROLÓGIAI DIAGNOSZTIKUMOK
VÉRCSOPORT-DIAGNOSZTIKUMOK
LUESZ-SZEROLÓGIAI DIAGNOSZTIKUMOK
IMMUNKÉMIAI DIAGNOSZTIKUMOK
BAKTERIÁLIS ANTIGÉNEK
TÁPTALAJOK ÉS PEPTONOK

a termékekkel kapcsolatos információ
az alábbi címen kérhető:

HUMAN
OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET
GYÓGYSZERISMERTETŐ OSZTÁLY

BUDAPEST
Szállás u. 5.
Tel.: 17-82-666

HUMAN

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

MIKROBIOLÓGIA ÉS FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Acyclovir egészséges bárányhimlős gyermekek kezelésében. Dunkle, L. M. és mtsai (Inf. Dis. Dept. of Ped. Stanford, Univ. School of Medicine, Stanford, CA 94305): New Engl. J. Med., 1991, 325, 1539.

A bárányhimlő 3–3 1/2 millió gyermeket betegít meg az USA-ban évente. Általában jóindulatú lefolyású, ritkán bakteriális felülfertőződés, cerebellitis, pneumonia lehet szövődmény.

A szerzők 2–12 év közötti gyermekeket kezeltek kettős vak kísérletben 20 mg/kg acyclovirral, a terápiát a betegség kezdete után 24 órán belül kezdték meg. Értékelhető adatokat 367 kezelt és 357 kontroll gyermekből nyertek. A kezelték között némileg kevesebb volt a kiütések száma, a folyamat hamarabb fejeződött be, előbb történt meg a leláztalanodás is. Szövődmény oly csekély számban lépett fel, hogy a két csoport között statisztikai értékelés nem volt lehetséges. Nem volt különbség az immunválaszban sem. A szerzők ezt az eljárást hatékonyan vélik egészséges gyermekek varicellájában a tünetek enyhítésére, a kórfolyamat megrövidítésére, valamint ezáltal az anyagi következmények csökkentésére.

Budai József dr.

Bárányhimlő — a lehetőségek vizsgálata. Brunell, P. A. (Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA 90048): New Engl. J. Med., 1991, 325, 1577.

A bárányhimlő oly enyhe betegség, hogy a széles körű vakcináció igénye nem merül fel. Nehéz megítélni azt is, hogy ez az önmagától gyógyuló kórkép gyógyszeresen mennyire befolyásolható.

A varicella anyagi kihatásainak csupán 5%-át teszi ki az orvosi kezelés, a többi a szülők munkából való kieséséből adódik. A betegség „kötelező” jellegű, szinte mindenki átvészeli. A járványügyi intézkedések hatása minimális. Nem romlik az epidemiológiai helyzet akkor sem, ha a gyermekeket a betegség kezdete utáni 5. napon ismét iskolába küldik.

Az acyclovir kezelés újabb anyagi teher: kérdéses, hogy a mindennapi gyakorlatban megvalósítható-e a Dunkle és mtsai által javasolt, 24 órán belüli megkezdése. Inkább a családon belüli másodlagos esetek kezelésére lenne módszerük alkalmas.

A varicella-zoster vírus kevésbé érzékeny az acyclovirra, mint a herpes-simplex vírus, másrészt a p. o. adással csak a beadott mennyiség 1/6-a szívódik fel. Így kérdéses, hogy az előírt adagolás hatékony-e az intracellulárisan zajló folyamatok gátlására.

A varicella elleni aktív védőoltás is több szempontból megoldatlan. A legfontosabb kérdés, hogy az így létrehozott védettség milyen időtartamú, nem tolódik-e át a betegség a felnőttkorra, amikor lezajlása jóval veszélyesebb.

Budai József dr.

Venezuelai haemorrhagiás láz. Salas, R. és mtsai (Nat. Inst. of Hygiene „Rafael Rangel”, Caracas): Lancet, 1991, 338, 1033.

Venezuela Guanarito körzetében (2481 km², 24 000 lakos; trópusi klíma; sík, mezőgazdasági terület) 1990. május és 1991. március között 104 haemorrhagiás láznak megfelelő körképet jelentettek, a betegek közül 26 meghalt. 14 esetben történt alapos kórházi esetfeldolgozás, valamint rutin laboratóriumi és vírus laboratóriumi vizsgálat. E kórházi betegek közül 9 meghalt, 5 gyógyult.

A betegek főbb klinikai tünetei: láz, fejfájás, súlyos elesett állapot, nyomott tudat, kiterjedt nyálkahártya vérzések. A laboratóriumi vizsgálatok között általános a thrombopenia és a leukopenia.

Kórokozó az Arenaviridae családba tartozó Tacaribe komplex egy újonnan izolált tagja, a Guanarito vírus. Valamennyi halálos végű esetben izolálható volt a lépből, néhány beteg savójából is; az öt túlélő között két esetben a vérből volt kimutatható, háromban pedig a magas titerű ellenanyagok igazolták a fertőzés megtörténtét. A patológiai kép általános vérékenységet mutatott.

Valamennyi beteg földműves volt. A közvetlen kontaktok közül a Guanarito vírussal szemben csak 10%-nak volt ellenanyaga. Ezek korábban jelentéktelen lázas betegségeken estek át, ami a fertőzés enyhe formája lehetett.

Az újonnan leírt venezuelai haemorrhagiás láz — miként a három, már régebben ismert arenavirus okozta betegség (Lassa láz, Argentín és Bolíviai haemorrhagiás láz) — szintén rágszálak révén terjed, kórokozóját a gypotpatkányból és a rizspatkányból sikerült izolálni.

Budai József dr.

Helicobacter genus: most már kilencen vagyunk (Szerk. közl.): Lancet, 1992, 339, 840.

1989-ben ismerték meg a *Helicobacter* genus, amikor besorolták első, klinikailag jelentős tagját, a *H. pylori*-t. Azóta kilencre nőtt az ismert specíesek száma (*H. muridarum*, *H. felis*, *H. nemestrinae*, *H. acinomyx*, *H. cinaedi*, *H. fennelliae*, *H. rappini*,

H. mustelae), melyeket különféle állatok (patkány, egér, macska, kutya, vadásztacskó, sirály, veréb, sertés, vadászmenyét) gyomor- és béltraktusából izoláltak. Humán jelentősége az első specíesen kívül csak a *H. rappini*, *H. cinaedi*, és *H. fennelliae*-nek van (ezeket gastroenteritis kapcsán izolálták). Az állati bélben való előfordulás ismerete azonban mégis fontos a számunkra, mivel modellértékű az antibiotikum hatás in vivo, és savanyú pH-n történő tanulmányozásához, továbbá a *H. pylori* vaccina előállításához. Ha tekintetbe vesszük, hogy a gyomor- és duodenumfélély kialakulása kapcsolatos a *H. pylori*-val, és hogy a gyomorrák kifejlődését elősegítő rizikófaktorok között a *H. pylori* bizonyítottan részt vesz, a fenti ismeretek mindenképp jelentősek.

[Ref.: a „Bergey”-féle rendszertan legutóbbi kiadása csak a *H. pylori*-t és a *H. mustelae*-t fogadja el önálló specíesként.]

Czirók Éva dr.

Acrodermatitis chronica atrophicans, a Lyme borreliosis egy félrevezető formája. Tazelaar, D.J. és mtsai: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 135, 1358.

Az acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) kórképet Herxheimer 1902-ben közölte, a fertőzéses eredetet a földrajzilag körülírt előfordulása, a bőrttransplantatummal való átvitel lehetősége és a betegség penicillinre való jó reagálása valószínűsítette. 1983-ban Åsbrink a bőrelváltozásban megtalálta a spirochaetákat, a serumban a specifikus antitesteket. A fertőzött kullancs csípése után hónapok-évek múlva jelentkeznek az ACA, melynek kezdeti tünetei tompa fájdalom, bizsergés, fáradtság, végtag duzzadás, a végtagon livid elszíneződés, majd elnyomható lilás maculák, ritkábban lineáris infiltrált plaque-ok, pár cm-es nodulusok ízületek közelében. A hónapokon át is elartó gyulladásos fázis utáni atrofias szakaszban a bőr elvékonyodik, rugalmatlanná válik, finom ráncoltaság cigarettapirossá teszi hasonlatossá, az erek, mintha a bőr felett volnának. A gyulladás és atrofia egymás mellett előfordulhatnak. A has, törzs, arc ritkán érintett. A betegek ritkán emlékeznek a kullancsra, Lyme borreliosisra, az orvosok is elfeledkeznek utána-kérdezni.

A szerzők 1987–90 között 15 ACA-t észleltek, 12 betegnél csak egy végtag volt érintett, a B. burgdorferi antitest titer mind-egyiknél pozitív volt, a biopsziákban 13-nál megtalálták a spirochaetát. Hét betegükönél előzetesen chr. vénás insufficienciát, varicositást, bursitist, circumscrip sclerodermiát, perniót diagnosztizáltak, és ezekkel a betegségekkel is kezelték őket. A szerzők egy esetben sem észlelték betegeiknél a corona phlebotactica parapalmarist, mely a chr. vénás insuff. korai tünete. Extracutan elváltozások, neuropathia, lymphadenitis, ízületi elváltozások a szerzők betegeinél nem jelentkeztek. A kezelésnél, hasonlóan

a syphilishez, hosszú ideig bactericid nívó feletti penicillin tükörre van szükség, napi 3 g fenoxymetil-penicillin per os 4 héten át bevált, iv. adásra nem volt szükség.

Ribcsey Sándor dr.

Lyme-kór és radiológiai leletek Lyme-arthritisben. Lawson, J. P., Rahn, D. W. (Yale University School of Medicine, New Haven): Amer. J. Roentgenol., 1992, 158, 1065.

Évente mintegy 5000 Lyme-betegséget jelentenek az Egyesült Államokban, de a valós szám ennek feltehetően 5–10-szerese. Bizonyos erdős területeken is található 3,2 m²-ként. Félnek is tőle, 1989-ben egy-egy laboratórium több mint 100 000 szerológiai vizsgálatot végzett ez irányban.

A kullancs csípését követően kialakuló erythema chronicum migrans már felkelteti a figyelmet. Kezelés hiányában az esetek kevesebb mint 10%-ában 4 hét múlva megjelenik a carditis. További 10–15%-ban esetleg csak évek múlva jelentkeznek neurológiai tünetek, meningitis, encephalitis, radiculoneuritis. Migráló izom- és ízületi fájdalmak a korai szakban is feltehetően, de a valódi Lyme-arthritis jellegzetesen késői megnyilvánulás. A nagy ízületeket szokta megtámadni, az esetek 80%-ában a térdízület szerepel. Leggyakrabban az ízületi folyadékgyülem kialakulása, amit környező lágyrészek duzzanata kísérhet. Az esetek mintegy 25%-ában kerül sor az ízületi porc pusztulására, főként a térd-, váll- és csípőízületben. Előfordulhat chondrocalcinosis is. A csontokon a rheumatoid arthritisnél megszokott elváltozásokat találhatjuk, periarticularis erósiót, osteoporosist, osteophytosist, subarticularis cystákat.

A szerzők több mint 200 Lyme-arthritis beteget észleltek, ezek között 26 esetben történt valamely radiológiai vizsgálat. A hagyományos röntgenképeken látható elváltozásokat természetesen ilyenkor is kiegészíti a CT és főként MR képeken a finomabb eltérések ábrázolása, az aktivitás megítélésében pedig a scintigraphia. Gyakoribb az arthritises jellegű kép, ritkább a degeneratív, és a kettő szövedhet is. A helyes kórisme a kórelőzményi adatok ismeretében gyanítható, és laboratóriumi vizsgálatok támaszthatják alá. Különösen értékes a Borrelia-antigén kimutatása a synoviában speciális festési eljárással.

Lacszay András dr.

Légúti Chlamydia pneumoniae fertőzések. Freidank, H. (Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universität Freiburg): Dtsch. med. Wschr., 1992, 117, 187.

A közlemény részletes áttekintést ad egy eddig kevésbé ismert kórokozóról, a C. pneumoniae-ről.

A C. pneumoniae-t 1989 óta fogadják el önálló speciesnek a korábbi két chlamydia faj, a C. psittaci és a C. trachomatis mellett. A C. pneumoniae szaporodási ciklusa (elemi testek) — kizárólag intracellulárisan osztódó „zárványok” — „elemi testek”) a másik két speciesével megegyezik, alakja és antigenitása azonban azoktól eltérő.

A C. pneumoniae (régébbi nevén TWAR törzs) a számos országban elvégzett szűrővizsgálatok alapján igen fontos légúti kórokozónak bizonyult. Kandában, Svédországban és Seattle-ben (USA) az összes légúti fertőzés 6–12%-át találták C. pneumoniae eredetűnek, a radiológiaiilag igazolt tüdőgyulladások között pedig a C. pneumoniae által okozott megbetegedések aránya elérte a 20%-ot. A seroepidemiológiai vizsgálatok világszerte magas átfertőzöttséget állapítottak meg. A C. pneumoniae fertőzésen átesettek aránya a legmagasabb Taiván szigetén (75%), a legalsóbb Kanadában (41%) volt.

A C. pneumoniae fertőzések mindig lassan, fokozatosan alakulnak ki, ezért a lapangási idő nem határozható meg pontosan; feltételezik, hogy kb. 3 hét. Az első panaszok a rekedtséggel járó pharyngitis és az erős nyakláti fájdalom. Az alsó légúti fertőzés kialakulását a száraz, makacs köhögés jelzi, pneumonia esetén gyakori a tüdőben a kiterjedt röntgenárnyék. Az fertőzések általában hosszán tartóak, a gyógyulás még megfelelő terápia mellett is lassú (2–10 hét).

Gyakori az ismételt fertőzés (recidíva?, reinfectio?), ilyenkor a betegség lefolyása még elhúzódóbb, az antibiotikum kezelés ellenére is hónapokig fennállhat a száraz, kímő köhögés.

Az eddigi megfigyelések amellel szólnak, hogy a C. pneumoniae obligát humán pathogen és kizárólag cseppfertőzéssel terjed. Az fertőzést egyedül a klinikai kép alapján nem diagnosztizálható, a tünetek nem különböztethetők el más légúti kórokozók (vírusok, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia psittaci, Coxiella burnetii) által okozott fertőzések tüneteitől. A laboratóriumi diagnózis a kórokozó szövétkultúrán történő kitenyésztésével, vagy serológiai módszerrel lehetséges. A vizsgálat céljára levett torok-, ill. bronchusváladékot transzport-táptalajban a lehető leggyorsabban el kell juttatni a laboratóriumba. A tenyésztés három napig tart, ezután fluoreszkáló anyaggal jelzett antitestekkel végezhető el a szöveten a C. pneumoniae azonosítása. Specifikus ellenanyagok kimutatására a keringésből mikroimmunfluoreszcens tesz van forgalomban.

A C. pneumoniae antibiotikum érzékenysége a többi chlamydiához hasonló, ezért fertőzés esetén elsősorban Tetran, vagy Erythromycin terápia ajánlható.

iff. Füzi Miklós dr.

A vakáció hátulütője; a mediterranean spotted fever. Bodgraven, A. A. és mtsa (Alkmaar): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 135, 2001.

Három eset ismertetésével mutatják be a szerzők a fokozódó turizmus miatt gyakrabban előforduló földközi-tengeri foltos láz néven ismert Rickettsia conorii-val fertőződött kullancs (Rhipicephalus sanguineus) csípése után 2–10 nap múlva lázzal, myalgiaival, fejfájással kezdődő betegséget, melynél az esetek 50%-ában a csípés helyén necrotizáló sebhely támad, melyet tache noirnak neveznek a fekete (necrotikus) központja miatt. Testszerte, a talpon és tenyeren is jelentkező nem viszkető maculopapillaris exanthema is észlelhető, és a szokásos fertőzéses tünetek, nausea, vomitus, hasfájdalom, arthralgia és arthritis is jelentkezhetnek. Nem kezelt előrehaladt betegségénél vasculitis, interstitialis pneumonia, myocarditis, convulsiók és veseelégtelenség is jelentkezhetnek. Kutya közvetítésével, mely valószínű kullancsreservoir lehet, a tünetek jelentkezése eltolódhat.

A betegség szezonális, a kullancs-szezonban fordul elő, tavasszal-nyáron. A diagnosztikában a klinikai tünetek mellett a serologia is segíthet: az IgG és az IgM titeremelkedés bizonyíték, de tudni kell, hogy a seroconversio kb. két hét múlva áll be. A serum mélyhűtőben tárolandó. A kórházba került betegeknél a letalitás 1–5%-os.

A rickettsiák tetracycline, doxycycline és chloramfenicolra érzékenyek. Enyhe tüneteknél a doxycyclinből naponta kétszer 200 mg az ajánlott adag, de zavart immunitásnál hosszán tartó napi 200 mg doxycyclin adása ajánlatos. Tetracyclin contraindicatio esetén a chloramfenicol a jó alternatíva. Újabban vizsgálják a ciprofloxaczin és az erythromycin hatásosságát. A gyors felismerés és kezelés megakadályozza a letális kimenetelt.

Az ismertetett három betegnél közös a portugáliai és délkelet-franciaországi lakókocsis táborozás, mindhárom kutyával együtt nyaraltak. Hazatérve fejfájás, fáradtságérzés miatt fordultak orvoshoz, amoxicillin naponta 3-szor 375 mg szedése ellenére romlott az állapotuk. Az egyik betegnél a tomporon volt az indurált 4 cm átmérőjű duzzanat, melynek közepén feketén elszíneződött, körülötte pár mm nagyságú satellita eruptio volt látható. Laboreredmények: 20 mm We, enyhe leukopenia, enyhe lymphocytosis; a második betegnél a combon volt a tache noir, a harmadik betegnél hat nap óta kímő ingerköhögés, fejfájás, és magas láz voltak az első tünetek. Testszerte nem viszkető erythema jelentkezett, We 29 mm, fvs szám normális, de balra tolódott (13% a pálcikamagvúak aránya). A doxycyclin kúra mindhárom betegnél eredményes volt.

Ribcsey Sándor dr.



...A SZÜLETÉSTŐL KEZDVE A CSECSEMŐKOR VÉGÉIG



milupa

A csecsemők számára az ideális táplálék az anyatej. Ha azonban a szoptatásra nincs mód vagy az anyatej mennyisége kevés, a Milupa tápszerek teljes biztonságot nyújtanak kiegészítő vagy önálló táplálékként egyaránt.

Pre-Aptamil tápszer, teljesen adaptált csecsemőtápszer, mely a születéstől kezdve alkalmazható, de az anyatej mellé, kiegészítésnek is tökéletesen megfelel.

Aptamil 1 részlegesen adaptált csecsemőtápszer, alkalmazható a szoptatás befejeztével, vagy kezdeti tápszerként 5 hónapos korig. Laktatöbb mint az adaptált tápszer.

Aptamil 2 csecsemőtápszer, értékes tejalapú tápszer, mely 4 hónapos kor felett a csecsemőkor végéig a kisbaba számára kitűnően alkalmazható.

Az Aptamil tápszerek az anyatejhez hasonlóan édesítőként kizárólag laktózt/tejcukrot/tartalmaznak és szaharóztól/kristálycukortól/mentesek.

HALADÁS A KUTATÁSBAN ÉS A TUDOMÁNYBAN.



... A SZOPTATÁS BEFEJEZTÉVEL A CSECSEMŐKOR VÉGÉIG



milupa

A Milumil a szoptatás befejeztével az osztrák csecsemők legkedveltebb tápszere. Izletes és megfelelő kalóriatartalmával jóllakottságot biztosít.

Milumil 1 csecsemőtápszer, a szoptatás után 5 hónapos korig, ideális kalóriamennyisége által laktató anélkül, hogy a gyermeket túltáplálná. Izletes, sűrű konzisztenciájú.

Milumil 2 tápszer, laktató, különösen izletes, könnyen emészthető tápszer, mely 4 hónapos kor felett a csecsemőkor végéig alkalmazható. Ideális emészthetősége mellett különösen izletes.

HALADÁS A KUTATÁSBAN ÉS A TUDOMÁNYBAN.

Anthrax epidemia Svájcban. Pfisterer, R. M. (Svájci Balesetbiztosítási Intézet orvosi részlege): Schw. med. Wschr., 1991, 121, 813.

A lépfene Európában rég elfelejtett betegségnek számít. Ezért okozott nagy meglepetést a Svájcban fellépett járvány, melynél 24 cutan és 1 inhalációs megbetegedés történt. A 30 főt foglalkoztató textilüzemben 90 munkás dolgozott Pakisztánból származó kecskeszőrrel, melyet szőnyegfonalnak dolgoztak fel.

Első esetük 1978-ban, a második 1980-ban volt, és bár gondoltak rá, egyiknél sem tudták a kór eredetét tisztázni. 1981-ben, a harmadik esetben sikerült végre tenyésztéssel, biokémiai módszerekkel, fág-tipizálással és mikroszkopikusan az anthrax megbetegedést diagnosztizálni. Ezzel egyidőben vizsgálták a feldolgozásra kerülő kecskeszőrt is, melyben erősen virulens anthrax bacillusokat találtak. Megtalálták a kórokozót a fonógépeken, sőt a klímaberendezések szűrőjében is. A diagnózis ismeretében célzottan átnézték az utóbbi évek táppénzes adatait, így további 11 anthrax-gyanús esetet találtak. Az üzemet bezárták, alapos takarítást, fertőtlenítést rendeltek el. A takarító személyzetből hatan megbetegedtek. Tájékoztatták a környék orvosait és kórházait a járványról, ami után újabb 5 gyanús esetet jelentettek be. A 25 megbetegedésből 4 esetben volt pontos bakteriológiai, 2 esetben mikroszkopos diagnózis. Külön nehézséget okozott a régi gyanús esetek tisztázása. Ehhez a Kisinyovban előállított Anthraxin-teszt bizonyult a legjobbnak, mely mind a 25 esetben pozitív lett (ezzel a vizsgálattal évtizedekre visszamenőleg igazolni lehetett anthrax betegség átvételét).

Később a diagnózist ELISA, ill. Enzym-Immuno-Assay vizsgálatokkal is megerősítették.

A bőr-anthrax klinikuma: 2–5 napos inkubáció után viszkető papula jelenik meg, centrális hólyagképződéssel. A hólyag közepe behúzódik, körülötte hólyagkoszorú alakul ki. Ezek rövidesen egybefolynak, a bennük vérvörössé válik, kemény oedema veszi körül, lymphangitis és fájdalmas regionalis lymphadenitis kíséri. A hólyagok felszakadnak, alapjuk kékes-fekete nekrotikus fekély, melyet hamarosan vaskos, erősen tapadó, szurokfekete, kéregszerű var borít. A gyógyulás 2–8 hét, sebészi beavatkozás esetén 4–10 hét. Spontán gyógyuláskor nem, sebészi intervenció után erősen hegesedik.

A lépfene reservoirja a spórát tartalmazó talaj. Ásatások alkalmával 300 éves csontleletben is találtak virulens spórát. Endémias területen legelő állattól közvetlenül vagy légy közvetítésével, illetve állati termékek által fertőződik az ember. Indirekt fertőzés is lehetséges kontaminált munkaruha által. Emberről emberre terjedés is ismeretes. A fertőzéshez nem feltétlenül szükséges bőrsérülés. A bőrmegbetegedések mind fedetlen testrészekre lépnek fel. Az ember nem nagyon fogékony: egészsé-

gesek orrváladékában ismételt kimutatták. A bőr-anthrax letalitása 1 % körüli (az inhalációs anthraxé közel 100 %).

A növényevő állatok prodromális tünetek nélkül betegszenek meg és néhány óra, 1–2 nap alatt vérzéses-septikus, esetleg convulsziós, shockos tünetek között hullanak el. Léjük duzzadt, vérük fekete. Nem megfelelő cadaver-kezelés folytán (lenyűzött bőr, ill. gypjú feldolgozása) fertőződik az ember.

Igen nagy jelentősége van a határokon történő alapos állatorvosi ellenőrzésnek, melyet a jövőben megszigorítanak.

Terápia: egy kivétellel minden beteget antibiotikummal kezeltek: penicillin, tetracyclinek, cephalosporinok, erythromycin, chloramphenikol. Több esetben leírtak már penicillin-resistens törzseket. További resistens törzsek kialakulása beláthatatlan következményekkel járna. Bár a betegség gyógyulási idejét az antibiotikumok nem befolyásolták, megakadályozták a toxinaemia kialakulását és az ezzel járó letális kimenetelt. Az alkalmazott antibiotikum után pozitív maradt az Anthraxin-teszt. Kiegészítésként steroidokat is adtak, ennek szerepe nem tisztázott egyértelműen. Az antibiotikumok előtti időben antianthrax-serumot használtak, ma már nincs forgalomban. Sebészi beavatkozástól óva intenek.

Megelőzés: az állati cadaverek optimális, boncolás nélküli megsemmisítésével kezdődik. Sectiót csak arra kijelölt speciális helyen végezhetnek. Fontos minden importált állati termék szigorú orvosi ellenőrzése és megfelelő dezinficiálása. Az ember közvetlen védelmét vakcinálással fokozhatjuk, bár az USA-ban ezt nem tették kötelezővé az oltási szövődmények miatt. A munkahelyek portalanítása, a kontaminált területek 2%-os glutáraldehiddel történő permetezése elejét veheti hasonló járványnak. A személyi higiénie javítása, maszk viselése, sérülések szabályos ellátása további lényeges szempontok a betegség megelőzésében.

Nagykárolyi Márta dr.

Vidarabin és acyclovir kontrollált összehasonlítása újszülöttkori herpes simplex vírus fertőzésben. Whitley, R. és mtsai (Univ. Alabama at Birmingham és számos más intézet): New Engl. J. Med., 1991, 324, 444.

Az Egyesült Államokban 1973 óta követik nyomon az újszülöttkori Herpes Simplex vírus (HSV) fertőzés vidarabin kezelésének eredményességét. A kezelés ellenére a fertőzésen átesett egy éves korú gyermekeknek csak 53 %-a érte el az azonos korúakra jellemző fejlettséget.

A szerzők egy randomizált, sokközpontú, kettős vak kísérletben arra kerestek választ, hogy van-e különbség a HSV infectio vidarabin, illetve acyclovir kezelésének hatékonysága között.

95, virológiaiilag igazolt és tipizált, HSV fertőzést szerzett újszülöttet kezeltek vidarabinnal (30 mg/tskg/nap) és 107-et acyclo-

vir ugyanilyen dózissal 10 napon keresztül.

Egy éves korban vizsgálták az aktuális morbiditási és mortalitási adatokat, figyelembe véve a betegség megjelenési formáját, amit három csoportba osztottak: szemre, bőrre és szájra lokalizált, encephalitissal járó és generalizált formára.

Az első csoportba tartozó 85 beteg közül egy sem halt meg, egy éves korban a 31 vidarabinnal kezelt csecsemő 88 %-ának, az acyclovirrel kezelt 54 közül pedig 98 %-nak a fejlettsége elérte az átlagpopuláció mutatóit.

Az encephalitissal járó formánál a mortalitás 14 % volt mind a vidarabinnal, mind az acyclovirrel kezelt csoportban (36-ból 5, ill. 35-ből 5). A túlélők között a normális fejlettséget az első csoportból 43 %, (30-ból 13), a másodikból 29 % (28-ból 8) érte el.

50 % (28-ból 14) volt a mortalitás a disseminált fertőzésen átesettek között a vidarabin kezelés után és 61 % (18-ból 11) az acyclovir kezelés után. A túlélők közül a vidarabint kapott betegek 58 %-a (12-ből 7), az acyclovirt kapott betegeknek pedig 60 %-a érte el az átlagos fejlettségi szintet.

Szignifikáns különbséget az egyes csoportokban nem észleltek a két szer terápiás hatása között. Javasolják az intravénás kezelés 21 napig történő folytatását, melyet további orális adagolással egészítenek ki, így a későbbi recidívák egy része megelőzhető. Hangsúlyozzák az antivirális terápia megkezdésének fontosságát már a legelső tünetek megjelenése esetén.

Resch Béla dr.
Veress László dr.

A herpes simplex vírus fertőzés morbiditási és mortalitási előrejelzői újszülötteken. Whitley, R. és mtsai (Univ. Alabama at Birmingham és számos más intézet): New Engl. J. Med., 1991, 324, 450.

Az Egyesült Államokban évente 1500–2000 újszülött hal meg Herpes Simplex vírus (HSV) fertőzésben, így ez az életet egyik legjobban veszélyeztető újszülöttkori infectio.

A szerzők 202 HSV fertőzésen átesett újszülött adatait dolgozták fel, akiket a vizsgálat eredeti célkitűzésének megfelelően vidarabin, ill. acyclovir kezelésben részesítettek. Nem találtak a két szer hatása között szignifikáns különbséget, de nagyszámú adatot kaptak ahhoz, hogy megállapítsák, melyek azok a tényezők, melyek ismeretében a fertőzés várható kimenetelét prognosztizálni lehet.

A betegséget, megjelenési formáját szerint, három csoportba osztották: bőrre, szemre és szájra lokalizált, encephalitissal járó és generalizált infectio formájában jelentkező típusra.

Az első csoportba tartozó 85 újszülött közül egy sem halt meg a HSV fertőzésben, a 71 encephalitissal járó formában a mortalitás 15 %-os (11), míg a 46 generalizált infectio esetén 57 %-os (26) volt.

A mortalitás további emelkedését okozták az alábbi tényezők is: ha az újszülött a betegség kezdetekor comatosus vagy precomas állapotba került, ha DIC alakult ki, vagy ha koraszülött esett keresztül HSV fertőzésen. A disseminált forma esetén súlyosabb kimenetelűek voltak a pneumonitissal is járó esetek.

A túlélő újszülöttek közül a disseminált vagy encephalitissal járó formán, ill. a HSV-2 típusú fertőzésen átesettek között az egyéves korig megállapított morbiditási mutatók rosszabbak voltak. A bőrre, szemre és szájra lokalizált forma esetén a fél éven belül háromnál többszöri recidíván átesetteknél neurológiai szövődmények gyakoribbak voltak, mint a kettőnél kevesebb recidíva esetén.

Végül a szerzők kitérnek a megelőzés lehetséges formáira is: feleslegesnek tartják a szülés előtti, rutinszerű anyai HSV szűrést, vagy a genitális herpeszben szenvedők profilaktikus acyclovir kezelését, mivel a HSV fertőzött újszülöttek 70%-ánál anyai fertőző tüneteit kimutatni nem sikerült. Érdekes lenne ugyanakkor HSV-2 specifikus szűrést végezni, ami alapján a terhesek 20–40%-a igényelne acyclovir kezelést a terhesség utolsó négy hetében.

Fontosnak tartják a betegség minél korábbi szakaszában elkezdett antivirális kezelést, amivel a kifejezetten rossz prognózisú központi idegrendszeri érintettséggel vagy disseminált fertőzéssel járó formák kialakulása megelőzhető lehet.

*Resch Béla dr.
Veress László dr.*

Tartós, folyamatos acyclovir kezelés normál felnőttekben, gyakran visszatérő genitális herpes simplex vírus fertőzésben. Kaplowitz, L. G. és mtsai (Med. Coll. Virginia és számos más intézet): JAMA, 1991, 265, 747.

Korábbi vizsgálatokban kimutatták, hogy több mint két évig tartó tartós acyclovir kezelés biztonságos és hatásos a visszatérő genitális Herpes Simplex vírus fertőzésekben.

Ebben a három éves vizsgálatosorozatban olyan asszonyok vettek részt, akiknek évente több mint hat alkalommal tért vissza a genitális herpesz vírus fertőzése.

Az első évben minden beteg e kezelés kezdetén 400 mg acyclovirt vagy placebót kapott szájon keresztül naponta kétszer, recidíva esetén pedig 200 mg-ot naponta ötször, öt napon keresztül. Az acyclovirt, illetve placebót kapó csoportot randomizálás útján alakították ki.

A vizsgálat második évében minden beteg egyaránt acyclovirt kapott, maguk választva meg, hogy mindennapos adagolás, vagy intermittáló akut kezelés formájában kapják-e a gyógyszert, míg a harmadik évben mindenki a naponkénti kezelési sémát kapta.

Az 525 beteg közül, akik a vizsgálatban három éven keresztül részt vettek, 289 részesült a napi szuppresszív kezelésben, 236

egy évi akut kezelés után két éven át szuppresszív kezelést kapott. A betegek a kezelés folyamán más antivirális szert nem használhattak, és biztos fogamzásgátló eljárást kellett alkalmazniuk.

A vizsgálat első évében a betegek havonta jelentkeztek, és ekkor ellenőrizték a gyógyszer mellékhatásait, a beteg általános állapotát és a fertőzés esetleges kiújulását, laboratóriumi és hematológiai vizsgálatokat végeztek. A második és harmadik évben az ellenőrzés háromhavonta történt.

Amennyiben a beteg a fertőzés recidívájára utaló jeleket észlelt, akkor 48 órán belül jelentkeznie kellett a vizsgálati központban.

A harmadik év végére a kezelték 61%-a recidíva mentes volt, a napi szuppresszív kezelésben részesültek 25%-ában egyáltalán nem fordult elő a fertőzés kiújulása. Az éves előfordulási arány a kezdetben tapasztalt évi 12 recidíváról az első csoportban átlagosan 1,0-ra, a másodikban 1,4-re csökkent a harmadik év folyamán.

Szignifikáns toxikus mellékhatás nem fordult elő, a mindennapi szuppresszív kezelést a betegek jól tűrték.

A kezelést összesen 67 beteg nem folytatta végig, ezek közül 63 adminisztratív okok miatt. Egy haláleset fordult elő a vizsgálat harmadik évében AIDS miatt, a másik három beteg a gyógyszer mellékhatásának tartott panaszok miatt (bőr pigment hiány, izomfájdalom, depresszió, fejfájás) hagyta abba a gyógyszer szedését, panaszai rövid időn belül spontán rendeződtek. Gyakoribb panaszok voltak még a gyógyszer szedése alatt a paraesthesia, hasi fájdalom, hízásra való hajlam, hasmenés és hányinger. A laboratóriumi eredmények között a kezelés során a normálértékektől szignifikáns eltérést nem találtak.

A vizsgálatok alapján a szerzők hatékonyabbnak találták a szer folyamatos, mindennapos használatát, napi kétszeri adagolással, összesen 400 mg-os adagban, amit (tekintettel arra, hogy toxikus mellékhatást nem mutattak ki) a gyakori recidívák esetén emelni is lehet. Nem találtak olyan esetet, ahol rezisztencia alakult volna ki a gyógyszerrel szemben.

*Resch Béla dr.
Veress László dr.*

Aspecifikus szemelváltozások Lyme-kórnaál. Jager, M.J., Kuiper, K. (Leiden): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 135, 1500.

Az 1975-ben ismertté vált, kullancs csípésével közvetített és egy spirochaeta, a Borrelia burgdorferi (Bb) által okozott megbetegedés, hasonlóan a kezeletlen syphilishez, első fázisában erythema chron. migrans, a II. disseminációs fázisban intermittáló, majd a III. fázisban persisztáló arthritiseket, idült acrodermatitis atrophicans, idült neurológiai és cardialis megbetegedéseket hozhat létre.

Két esetük ismertetésével hívják fel a figyelmet, hogy a megmagyarázhatatlan

szemtüneteknél gondolni kell Lyme-kórna. A 39 éves nőbeteg három hét óta fejfájós, egy napja kettőslátása van. A kétoldali n. abducens paresise 10 nap alatt spontán megszűnt, CT vizsgálat negatív, a liquorban lymphomás pleiocytosis, az albumintartalom fokozott, a diagnózis: vírusos meningitis. Egy hónap múlva látásromlással, mouches volantes tünett jelentkezik, amit myopiás eredetűnek vélnek. A csarnokvíz eltávolításával javult a látás, de egy év múlva arthrities panaszok jelentkeznek. A betegnek eszébe jut — egy hetilapban olvasva a Lyme-kórna —, hogy fejfájása és kettőslátása előtt egy hónappal kullancscsípés érte, egy vörös folt keletkezett a helyén, ez növekedett, a közepe meg elhalványult. A vizsgálatnál a bal szemén a látás 0,8, — az üvegtestben pókhálószerű fehér fonálas beszűrődést találtak. A liquorban 9 lymphocyt/mm³, a serumban és liquorban nem emelkedett Bb. ellenanyag titer, összegezve: a bőr-izületi-idült meningitis-agyidegi neuritis és szemészeti tünetek Lyme-kóros eredetre mutattak. 14 napon át iv. adott napi kétszeri 1–1 g ceftriaxon hatására — bár kezdetben az üvegtesti homály még fokozódott — 3 hónap múlva megszűnt a látásromlás.

A másik eset példa arra, hogy Lyme-kórna irányuló szűrésnél pozitív szerológiai eredménnyel kiemelt egyénnél is késhet a diagnózis. A kiemelt 39 éves erdőmunkás 1987-ben többször átesett kullancscsípésen, 1987 első felében a térdhajlatban 3 × 4 cm átmérőjű piros folt keletkezett, ami pár hét alatt kezelés nélkül elmúlt. 1987 óta nagyon fáradékony, gyakran kap szívdobogást, de a vizsgálatok negatívak voltak. 3 év múlva egy ilyen rohamnál pitvarremegést észleltek, 1988-tól kezdve térdízületi és állcsontízületi arthritis jelentkezett intermittálva, és pár év óta szemkáprázás kínozza. Egyebütt nem találtak szemelváltozást. A szerzők 1988-ban szemészeti vizsgálatnál drótszerű beszűrődésekből álló üvegtesti homályt észleltek. A Bb. elleni antitesttiter erősen emelkedett (1 : 320), a liquor cerebrospinalis normális, a treponema pallidum haemagglutinációs teszt negatív volt, a nála is bevetett ceftriaxon kúra csökkentette az üvegtesti homályt, de 5 hónap múlva ismét jelentkezett a térdízületi arthritis.

A Lyme-kórna előforduló szemészeti megbetegedések: episcleritis, uveitis, vitritis, chorioretinitis, panophthalmitis, papilla oedema, papillitis, Horner-syndroma, a n. opticus, n. oculomotorius, n. abducens, n. trochlearis neuritisei és myositisek az extraocularis izmokban. A kezdeti keratitis csökkenhet localis corticosteroid kezelésre, de per os corticosteroid kezelés nem ajánlatos, mert csökkenti az antibiotikus kezelés eredményességét. Néha megtalálják a spirochaetát a csarnokvízben, de az elváltozásokat immunológiai reactio is okozhatja. A szerológiai teszt nem abszolút bizonyító, a fals negatív eredmény gyakori (mint az első ismertetett esetben), a fals pozitivitás a treponema pallidum keresztreactiójaként is jelentkezhet.

Ribiczey Sándor dr.

ANYAGCSERE BETEGSÉGEK

Jól átgondolt súlycsökkentő diéta hatása edzéssel vagy anélkül, elhízott férfiak és nők plazma-lipoproteinjeire. Wood, P. D. és mtsai (Stanford Center for Res. in Dis. Prev., Palo Alto, CA 94304—1583, USA): N. Engl. J. Med., 1991, 325, 461.

A fordított összefüggés egyre inkább ismert az elhízás és a HDL-cholesterin-szint vonatkozásában, s ennek rizikófaktor szerepe a Framingham-tanulmány alapján a koszorúér betegségek kialakulásában.

A kaliforniai szerzők 1 éves követéses vizsgálatba vontak be elhízott férfiakat és nőket azzal a szándékkal, vajon kimért súlycsökkentő diéta hogyan hat az elhízottak testsúlyára, keringésére, lipoid-paramétereire, különösebb edzés nélkül vagy meghatározott fokú edzéssel.

1666 beteget kértek fel közreműködésre, de csak 132 férfiból és nőből álló csoportot tudtak kialakítani a terápiás kísérletre. Az elhízottak 25–49 évesek voltak, nem vették be közéjük a 160/95 Hgmm-nél magasabb vérnyomásúakat, valamint a 6,72 mmol/l feletti cholesterolin- és 5,65 mmol/l triglicerid értékeket. Az étrendet a nemzeti cholesterolin-edukációs program (NCEP) keretében állították össze, ez 55% szénhidrátot, 30% zsírt (ezen belül a telített zsírokat 10% alá redukálták), valamint 300 mg/nap alatti cholesterolin-tartalmat. Induláskor a férfiak napi kalóriabevitele 10 947 kJ (1 kcal = 4184 kJ), a nők 8103 kJ volt. Az edzés kezdetben 25 perces 60–80%-os maximális szívfrekvenciát jelentett, ezt később 45 perces terhelésre növelték. A kiválasztott betegeket nem szerint arányosan 3 csoportba osztották. Az első csoportba tartozók eredeti étrendjüket folytatták, a második csoport tagjai az előírt súlycsökkentő diétát tartották (napló módszerrel és ellenőrzéssel), a harmadik csoport ugyanilyen diétán volt és az említett intenzívebb edzést is végezte. Induláskor a Framinghami tanulmány alapján meghatározták a 12 éves, koszorúér-betegségre való rizikót, a vérnyomás viselkedését, a laboratóriumi vizsgálatok közül pedig valamennyi lipoprotein értékét.

Az 1 éves követés végén 13 férfi és 22 nő morzsolódott le. Az értékelés szerint a súlycsökkentő diéta, valamint az ehhez társuló edzés csaknem valamennyi vizsgált paraméterben jelentős csökkenést hozott létre a kizárólag eredeti étrendjüket tartott egyénekhez viszonyítva. A HDL-cholesterin-szintjében is szignifikáns volt az emelkedés férfiakban, s ez az emelkedés elsősorban az edzésmunkát is végzőkön volt igen jelentős. Érdekes módon hasonló összefüggés a nőkön nem volt kimutatható, az edzés hatására csak minimálisan növekedett a HDL-cholesterin értéke. Ami a 12 évre becsült koszorúér-betegség rizikóját illeti, mindkét nemből a legnagyobb csökkenés a diéta + edzett csoportban volt a legkifejezettebb.

A nagyon pontosan kivitelezett vizsgálatok eredményeként a szerzők úgy vélik,

hogy elhízottak és még fiatal egyének koszorúér-betegség rizikóját leginkább az alacsony telítettségű zsír és alacsony cholesterolin-tartalmazó diétával és egyidejű edzéssel lehet redukálni.

Iványi János dr.

Diuretikus terápiához társuló túlzott mortalitás diabetes mellitusban. Warram, J. H. és mtsai (Sect. on Epidemiol. and Genet., Res. Divis., Joslin Diabetes Center, Boston, MA 02215 USA): Arch. Intern. Med., 1991, 151, 1350.

Számos és jelentős számú beteget magában foglaló tanulmány bizonyítja, hogy hypertoniás betegek — köztük egyidejűleg diabetesesek is — intenzív kezelésével a cardiovascularis halálozások száma jelentősen csökkenthető, kivéve a coronaria betegségek okozta halálozást. Érthető az a törekvés, hogy a betegek kezelésére a legmegfelelőbb vérnyomáscsökkentő szer kerüljön használatba. A 70-es években a terápiában eléggé széles körben használták a tiazid-diureticumokat, azóta sok más szer is forgalomba került. A Joslin-diabetes központ munkatársai nagyobb tanulmány keretében vizsgálták, a tiazid-diureticumok veszély nélkül használhatók-e diabeteses hypertoniások kezelésére. A diabeteses retinopathia miatt fokozottan ellenőrzött betegek közül választottak ki 759 beteget nyomon követésre 5 éven át.

A betegeket *proteinuria megléte* vagy *hiánya szerint csoportosították*. Proteinuria nélküli beteg jóval több volt a vizsgálat indításakor (496 szemben 263-mal), egyébként azonban a két csoport betegei sem életkorban, sem diabetesük tartamában, sem a normál tartományon belül levő serum kreatinin-szintben, sem testsúlyukban, sem kezelésükben (többségükben inzulinozottak), sem kezelésük szerinti hypertoniájuk (nem kezeltek, csak diureticumot kaptak, más szerekekkel gyógykezelték, mindkét fajta gyógyszerrel kezelték) arányában nem tértek el egymástól. Csupán a proteinuriások között voltak magasabb arányban a dohányzók és magasabb cholesterolinszintűek.

A 759 betegből a nyomon követési időszakban 139-en meghaltak. *A proteinuriás csoport betegeiben a másikkal viszonyítva lényegesen magasabb volt a koszorúér-betegség és a veseérintettség miatti halálozás. A proteinuria, az 50 év vagy annál idősebb kor és a 6,0 mmol/l feletti cholesterolin-érték kétszeres rizikót jelentett a halálozásra.* A terápia szerint elkülönített csoportok halálozási arányaiban feltűnő volt, hogy a cardiovascularis mortalitás a kezelt hypertoniások között magasabb volt, mint a kezelésben nem részesültek között. *Még feltűnőbb volt ez az arány a kizárólag csak diureticumokkal kezelték között, ez ötszörös volt. Ha más vérnyomáscsökkentővel kezelték a betegeket, a halálozás csak kétszeres volt, diuretikum és egyéb szerek kombinációja esetén három és félszeres. Az egyidejű*

vesebetegség súlyossága és a diureticum okozta halálozás között nem volt szoros összefüggés. Biztos magyarázat egyelőre nincs a diureticumok okozta magasabb halálozást illetően, legfeljebb feltételezések.

Az egyik az, hogy a diureticumok adagja magasabb lehetett, mint a más vérnyomáscsökkentő szerek esetében. A másik magyarázat szerint a hypertoniás betegek nem mindnyájan azonos módon reagálnak a vérnyomáscsökkentő kezelésre, az is ismert, hogy a diureticumok stimulálni tudják a renin-angiotensin-aldosteron rendszert. Mindenesetre diabeteses hypertoniások vérnyomáscsökkentő kezelése során helyénvaló az óvatosság diuretikus kezelés indikálásakor.

Iványi János dr.

A diabetes retinopathia progressiója katarakta műtét után. Pollack, A., Dotan, S., Oliver, M. (Ophthalm. Dept., Kaplan Hosp., 76100 Rehovot, Israel): Br. J. Ophthalmol., 1991, 75, 547.

Nem teljesen azonosak a vélemények arra vonatkozóan, hogy diabeteses betegeken katarakta műtét után hogyan alakul a retinopathia. Egyesek szerint feltartóztatathatatlannul romlik, mások szerint műtét után megáll a progresszió. Az izraeli szerzők 10 éves műteti anyagukból válogattak ki 89 olyan beteget, akiknek diabeteses legalább fél éves volt a műtétkor, az operáció különböző szövödmény nélkül történt, nem volt előzetes laser-kezelés, egyéb szemészeti bajuk nem volt, a követésre legalább 1 év állt rendelkezésre, és műtét előtt közvetlenül megtörtént minden olyan alapvizsgálat, melyeket 3 havonként ellenőrizni lehetett. A műteti technika az intracapsularis extracapsularis extracapsularis műtétet át a len-csebeültetés fázisáig alakult a vizsgált 10 évben, legtöbb műtét intracapsularis volt (45%). A 36 férfit és 53 nőt kitevő csoport átlagos életkora műtétkor 67,1 év, a diabeteses átlagos tartama 10,1 év volt, 68 betegen féloldali, 21-en kétoldali volt a műtét.

A műtétet követő ellenőrzés szempontjából a betegeket 2 csoportra osztották, 55-ben (61,8%) nem volt változás, míg 34 betegen (38,2%) progressziót lehetett kimutatni a retinopathiát illetően. Az operáltak mellé 70 olyan diabeteseset válogattak, akik a műtött betegekkel jóformán minden paraméterükben megegyeztek. Az egyéves ellenőrzés alkalmával a kontrollok arányai jobbabbak voltak a műtésekre viszonyítva. A betegek terápiáját illetően jelentős különbség a per os antidiabeticumokat illetően volt, műtét után a progressziót mutató betegek többsége (71%) kapott per os antidiabeticumot, a többi — így a kontrollokat illetően is — lényegesen kisebb számban használt per os antidiabeticumot. Feltűnő még, hogy az operált betegek között a progressziót nem mutatók csoportjában volt a legtöbb diétával kezelt beteg (22%). Az előzetes vascularis történéseket illetően a csoportokban nem volt túlzottan jelentős különbség.

A műtét előtt meglévő retinopathia döntő módon befolyásolta a műtét utáni progressziót, illetve a látásélességet. A retinopathia nélküli esetekben szignifikáns volt a műtét utáni progresszió hiánya, meglévő retinopathia esetén a műtét utáni progresszió aránya igen magas (80%-os) volt. A látásélesség hasonlóan összefüggést mutatott a retinopathiával, mert retinopathia nélküli esetekben műtét után a látásélesség 87%-ban javult, retinopathiával szövődött esetekben 40%-ban nem javult a látás.

Az eredmények alapján a szerzőknek az a véleménye, hogy a praeeoperatív retinopathia eseteiben katarakta műtetre kerülőket a műtét után nagyon gondosan kell monitorozni, és a progresszió legcsekélyebb jelei esetén laser-kezelést kell mérlegelni.

[Ref.: Saját, a szerzők vizsgált periódusát éppen 10 évvel megelőző, ugyancsak 86 műtött diabeteses betegünkön hasonló tapasztalatokat szereztünk. Megállapíthatjuk, hogy a műtét utáni látásélesség kevésbé a diabetes tartamától, mint inkább a retinopathia jelenlététől függött. A mi betegeink visusa is 81%-ban javult műtét után, retinopathia eseteiben ez a javulás csak 12% volt (Szemészet, 1978, 115, 17.)]

Iványi János dr.

Humán inzulin és a heveny hypoglycaemiás tünetekre vonatkozó éberség inzulin-dependens diabetesben. Patrick, A. W. és mtsai (Dept. of Med., Univ. of Liverpool, Royal Liverpool Hosp., PO Box 147, Liverpool L69 3BX, United Kingdom): Lancet, 1991, 338, 528.

A svájci Berger és mtsai közölték többször azokat az észrevételeket, melyek szerint a humán inzulinnal kezelt diabetesesek gyakran nem veszik észre hypoglycaemiás tüneteiket. E közléseket Angliában a napisajtó szenzációs tárlalásban hozta olvasói elé, és egyben felvetette a felelősség kérdését is, mivel elnézés folytán halálesetek is fordultak így elő. Düsseldorfból ebben az évben már szakszerű cáfolat jelent meg (Diabetes Care, 1991, 14, 745), s a jelen közleményben angolai szerzők foglalkoztak ezzel a kérdéssel igen minuciózus vizsgálati feltételekkel.

Egy régió 6000 inzulin-dependens betegéből mindössze 11 olyan beteget tudtak kezelőorvosai segítségükre kiválogatni, akik komolyan felmerült a humán inzulinra való átváltás során észlelt és nem típusos tünetekkel jelentkező hypoglycaemiák lehetősége. A 11 betegből csak 7 maradt, akik hajlandók voltak előzetes felvilágosítás után részt venni akut terápiás kísérletben annak eldöntésére, tényleg gyakrabban és atípusos tünetekkel jelentkeznek-e hypoglycaemiás jelenségek humán inzulin adásakor, s indokolt volt-e visszaállításuk az eredeti tisztított sertés-eredetű inzulinra.

A betegek átlagos életkora 36 év, diabetesük átlagos tartama 16 év, napi inzulinadagjuk 47 E volt, ez utóbbi nem haladta meg egyik betegben sem a 0,8 E/kg adagot. A HbA_{1c} érték szerint minden beteg a 8,2%

feletti értékű minősítést kapta közvetlenül a vizsgálatban való részvétel előtt. 50-fajta tünetet regisztráltak a hypoglycaemiás jelenségeket illetően, s az autonóm aktiváció tüneteinek kivételével (izzadás, remegés, melegség stb.) különös gonddal figyelték a neuroglycopeniás panaszokat (gyengeség, beszédzavar, kettőslátás stb.) és az egyéb tüneteket (hányinger, éhségérzés, fejfájás stb.). A kognitív funkciókat külön vizsgálták. Mindezeket kivül a kísérlet tartama alatt (váltva adott gyors hatású sertésinzulin, illetve humán inzulin intravénás infúzióban) vizsgálták a plazma cukor-, glucagon-, cortisol-, növekedési hormon, adrenalin- és noradrenalin-szintjét.

Az infúzióban bejuttatott inzulinok mennyisége azonos volt: 2,5 mU.kg⁻¹, min⁻¹, a Novo-Nordisk-gyár Velosulin-készítményét használták. Megelőzően mindegyik beteg 1 hónapon keresztül naponta kétszer kapott Velosulin és Insulatard-kombinációt. Az egymást követő 2 napon a betegek váltva kapták a sertés-eredetű, illetve a humán Velosulint.

A kétfajta inzulinra azonos választ kaptak, a legalacsonyabb vércukor-szint 1,5 mmol/l volt sertésinzulinra, humánra 1,6 mmol/l. A heveny autonóm reakció mind egyiken azonosan glukóz koncentráció során következett be. 6 beteg egyaránt arról számolt be, hogy nem érezte a hypoglycaemia tüneteit egyik inzulin után sem. Az ellenregulációs hormonok szintjében csak a 120. percben mért glucagon mutatott csökkenést humán inzulin után, egyéb lényeges eltérés nem volt.

A vizsgálatok alapján az angolai szerzőknek is az a véleményük, hogy az észre nem vehető hypoglycaemiákat nem lehet egyértelműen a humán inzulin-kezelés nyakába varrni, ilyen esetekben rendkívül gondosan kell mérlegelni egyéb körülményeket is. Állításukat az is bizonyítani látszik, hogy 6000 betegből mindössze 7 beteg lehetett objektívizálható módon vizsgálni a kétfajta inzulin kiváltotta hypoglycaemiás reakciókat.

Iványi János dr.

A praediabetes ismertetőjelei. Szerk. közl. (Lotz, N.): Münch. med. Wschr., 1992, 134, 21.

A „praediabetes” szakkifejezés a későbbi manifest diabetes teszt megjelölésévé, és a tennivalókat illetően mind az orvos, mind az érintett személy felelősségére rámutat. Milyen ismertetőjelek jelezhetik még a glukóztolerancia zavarát a későbbi manifest diabetes veszélyét? Az I., valamint a II. típusú diabetesnek a praediabeteses stádiuma is különbözik egymástól.

Az I. típusú diabetes genetikai ismertetőjeleit az ikervizsgálatok szolgáltatják, amennyiben homozygota ikrek esetén minden harmadik, heterozygoták esetén minden tizedik ikerpáron bizonyítható az azo-

nosság. Genetikai jelei a legújabb közlés szerint a HLA DR3/DR4 és a HLA DR4/DQ8/DQ2 kombinációk, mindennek előtt pedig a béta lánc DQ 57-es pozícióján az aszpartát mindenkor hiánya. Mivel azonban a normál népesség 50%-ában ezen ismertetőjelek szintén kimutathatók, jelző értékük jelentőségét ez csökkenti.

Az immunjellemzők, miután az I. típusú diabetes sejt- és szervspecifikus autoimmunbetegség, az insulitis szövettani leletén kívül, az esetek 30–50%-ában inzulin antitesteket, 80%-ában szigetsejt antitesteket és GAD (glutamic acid decarboxylase units) antitesteket jeleznek. 40 JDF (Juvenile Diabetes Foundation units) feletti szigetsejtellenes és 150 nU/ml feletti inzulinellenes antitest titer esetén a manifest diabetes fellépte 8 éven belül várható és valószínűsíthető.

Az immunszuppresszív kezelés, a béta-sejtek 80–90%-os pusztulását alapul véve, általában már késői szokott lenni, de kedvező, pozitív hatással bír a lehető legkorábbi inzulinkezelés beindítása.

A II. típusú diabetes prevalenciája 0–30% között ingadozik, genetikai penetranciája homozygota ikrekben a 10%-ot közelíti meg, de a kórkép rizikója genetikai vizsgálatokkal még nem bizonyítható. Ismertetőjele okilag a perifériás inzulin rezisztencián és az inzulin szekréció zavarán, illetve mindkettőn alapszik. Az első esetben az A és B receptorok különböző inzulin receptorkötő affinitásáról, a csökkent inzulinreceptor-kináz aktivitásának jelzést átadó zavaráról, vagy a glykogén-szintetáz hiánya miatti csökkent glykogén szintetizálásról van szó. A centrális inzulin szekréció a II. típusú cukorbeteg elsődleges rokonságában is zavart, ezt a béta sejtekbe történő amylinlerakódás és a post mortem 50%-osra csökkent béta-sejt-massza jelezheti. A rizikót első anyagszere abnormalitásként a glukóz ingerre létrejövő nagyobb inzulinválasz, vagy inzulin rezisztencia miatti nagyobb lokális inzulin szint jelezheti, még a glukóz tolerancia zavarát is.

Familiális terheltség esetén az inzulin rezisztencia oki tényezői különbözőek lehetnek, lehetnek minél korábban, így elsősorban a nagyobb testsúly és a hiányos testmozgás. Gyógyszeresen a metformin és szénhidrát-felszívódást gátlók kedvezően befolyásolhatják a hyperinsulinizmust, és késleltethetik a manifestációt.

Összegezve, mind az I., mind a II. típusú diabetesben már a manifestáció előtt olyan jellemző elváltozásokat találhatunk, melyek retrospektíve a „praediabetes” diagnózist teszik lehetővé. Bár ez így ugyan nem diagnosztizálható, de a tennivalókra mégis ráirányítja a figyelmet.

Angeli István dr.

Cukorbeteg-gondozás a régi és az új német államban. Ziegelsch, H.-J., Meincke, G.: Münch. med. Wschr., 1992, 134, 23.

A gondozás tulajdonképpeni célja a panaszmentesség elérése, a betegség-specifikus szövődmények megelőzése, ami mind az orvos, mind a páciens együttműködését teszi szükségessé.

A régi szövetségi államban a kórházi és ambuláns gondozás volt a jellemző, ahol a biztosítók a polgárok kb. 80–90%-ának ambuláns ellátását biztosították. Amennyiben ezt az alapellátás nem tudta elvégezni, egyrészt átmenetileg a kórházi orvosok vették át, másrészt bizonyos kontingenst a kutatás és oktatás biztosítása végett az egyetemi klinikák vettek magukhoz. Az utóbbi 10–15 évben azonban a biztosítás már egyre több orvost vett át, ami a kórházi háziorvoslás visszaszorulásával és az egyetemi klinikák ambuláns ellátásának beszűkülésével járt együtt. A szakambulanciákra és kórházakra, illetve ezek ellátásába inkább a cukorbeteg gyermekek kerültek. A cukorbeteg-oktatást és az időigényes tanácsadást csak megközelítőleg honorálták. Így az alapellátás nem volt képes a diabetológia minőségét dokumentálni. Az elsősorban inzulindependens cukorbeteg ellátásához, a tapasztalt hiányosságok kiküszöbölése céljából, egyre több kórházi osztály szervezett az anyagcsere újbóli beállításával egybekötött cukorbeteg-oktató kurzusokat. Mivel azonban ebből az ambulanciákon ténykedő orvosok kiestek, a betegek gondozásában egyre nagyobb úr keletkezett, kórházi kibocsátásuk után.

Az új szövetségi államban a centralizált szempontok alapján és a rendelkezésre álló diszpenzációs szisztémával, már az egészségükben veszélyeztetett népességszoportok orvosi gondozását szervezték meg, a nagyobb körzetekben külső és mellékállomásokat is létrehozva. Hogy pedig minden cukorbeteg gondozás alá kerüljön, a körzeti diabetológusokat a kerületi diabetológusok évente informálják az újdonságokról. A kerületi diabetológusokat a karlsruigi Zentralinstitut für Diabetes segíti és a cukorbetegeket gyakorlatilag a gondozónővérek bevonásával és együttműködésével gondozzák. Minden ötödik cukorbeteg ugyanis, már a kora miatt is, házi beteggondozásra szorul. Mivel a lakosság 4%-a cukorbeteg, egy-egy diabetológusra 1000–1500 cukorbeteg jut, és ezeknek iskolázásra, oktatásra alig jut idejük, pedig az inzulindependens és főleg intenzív inzulinkezelésre szoruló, valamint a cukorbeteg gyermekek ezt külön is igényelnék. Csaknem minden kerület évente egy cukorbeteg tábor szervez a gyermekeknek, ahol ezek üdültetése mellett, újrabeállításukról és oktatásukról is gondoskodnak. A háziorvos, illetve általános orvos a csak diétára szoruló és nem komplikált cukorbeteg kezelését irányítja önállóan.

Az ambuláns speciális egészségügyi létesítményeknek jelentős előnye van, és ez különösen a diabetesben érvényesül a speciális gondozás és a háziorvos együttműködése alapján. Nem minden cukorbetegnek kell ugyanis specialistának ellátnia, illetve ellátási területébe vonnia. A cukorbeteg többségét az általános orvos is képes jól kezelni és irányítani.

A cukorbeteg-gondozás kívánatos feladatait a következőkben adják meg. A kórházi diabetes szakellátás feladata: az inzulindependens cukorbeteg kórházi és ambuláns kezelésének irányítása (1000 cukorbeteg 3 speciális ágyat igényel), a komplikált betegek beállításra, új antidiabetikumok kikutatására és kipróbálására, a diabeteses szövődmények kezelése.

Az ambuláns szakellátás feladata: az intenzív inzulinkezelésre szoruló gondozása, a hereditár hyperlipoproteinaemiák ellátása, a mikroangiopathiák és „diabeteses láb” ellátása, az anyagcsereproblémák konzultációs és oktatási központjának létrehozása, a cukorbeteg véleményezése, minden új cukorbeteg beállítása és oktatása.

A háziorvos feladata: a cukorbeteg többségének, 90%-ának (II. típus) gondozása, szűrővizsgálatok végzése, az oktatottak ismételt számonkérése, a komplikációmentes hyperlipoproteinaemiások gondozása.

Angeli István dr.

Inzulin által okozott oedema I típusú diabetes mellitusban szenvedő serdülőknél. Saule, H. (II. Kinderklinik, Zentralklinikum, Augsburg): Dtsch. med. Wschr., 1991, 116, 1191.

Az inzulin kezelés mellékhatásaként a vércukorszint gyors normalizálódása kíséretében felnőtteken oedema keletkezhet. A gyermekgyógyászati irodalomban erre csak szórványos megfigyelések utalnak. A szerzők 14³/12 és 16⁹/12 éves diabeteses leány betegekről számolnak be, összefoglalják az inzulin által okozott oedema klinikumát, pathogenesist és jelentőségét.

Az 1. beteg 2 hete kezdődött polyuria, polydipsia, fogyás után, hyperglykaemia, glykosuria, ketonuria, emelkedett HbA_{1c} és csökkent C-peptid koncentrációval került fölvetelre. Folyadékpótlásban, az első 3 napon 1,5–1,7 E/kg/nap (73–84 E) frakcionált inzulin kezelésben részesült, majd hasonló adagban elhúzódó hatású insulint kapott. A második naptól szénhidrát anyagcséréje rendeződött, a 6. napon testsúlya 6 kg-mal növekedett. A következő 14 nap során az oedema specifikus kezelés nélkül kiürült. A kiegészítő vizsgálatok keringési, máj-, vese-, vascularis betegséget kizártak. Az oedema kialakulásának időszakában a vizelet Na tartalma csökkent volt.

A 2. beteg diabetesét 9 éve ismerték, legutóbb 35 E Mixtard insulint kapott. Kórházi felvételét lázas állapottal kísért injekciós abscessus indokolta. Lipodystrophiát, ketoacidosiszt észleltek, tudatzavara nem volt. A gennygyűlem kiürítése után frakcionált inzulin (1,6 E/kg/nap) és antibiotikus kezelésben részesült, a 9. napon normáltartsó inzulin keverék adagolásra tértek át (napi 80 E). Ugyanekkor észlelték az alsó végtag és arc oedemáját. Akárcsak az első betegen, a testsúly 7 kg-mal növekedett.

Az oedema kiürülése spontán, 13 nap alatt következett be.

Mindkét beteg vércukra gyorsan, nagy adag insulín hatására normalizálódott. A testsúly növekedésének idején a Na renális kiválasztása csökkent. Az insulín által indukált oedemára jellemzőnek tartják a rövid tartamot, nagy adagok utáni fellépést, a vércukor gyors normalizálódását, a pozitív Na mérleget, jó prognoszt, egyéb folyadék retenciót okozó betegség hiányát.

Felnőtt cukorbetegeken a ketoacidosis rendezése után Bleach és mtsai észleltek oedemát, melynek okát fokozott érfa permeabilitásban valószínűsítették. Állatkísérletben az insulín antinatriuretikus hatását igazolták. A pozitív Na mérleg növeli a plazma volument, melynek következtében albumin jut az interstitiumba, oedemát okozva. Az insulín adag csökkentése után az oedema visszafejlik. A rossz compliance, a magas insulín dosis és a recidiváló hypoglykaemia az insulín oedema rizikófaktorja.

Holländer Erzsébet dr.

A brittle diabetes lefolyása: 12 éves követés. Tattersall, R. és mtsai (Dept. Diabetes, Univ. Hosp., Nottingham): Brit. med. J., 1991, 302, 1240.

A közlemény vezető szerzője 1977-ben fogalmazta meg a brittle diabetes egyszerű definícióját: a beteg életét különféle okból kialakuló hyper- és hypoglykaemiás események zavarják meg. A szerzők két általános kórház 650 000 lélekszámú körzetében az insulín dependens diabetes mellitus (IDDM) gyakorisága 3,5/1000 lakos. Valamennyi IDDM eset adatait computerbe táplálták (súly, magasság, vérnyomás, HbA_{1c}, proteinuria, ophthalmoscopy, a láb neurológiai és vascularis vizsgálata).

Kétéves megfigyelés alatt a diabetes nagyfokú labilitását 25 betegen észlelték, közülük 11 ketoacidosis, 14 legalább évente 3 alkalommal ismétlődő súlyos hypoglykaemia miatt került kórházba. A cukorbeteg-nyilvántartásból két azonos korú és nemű kontroll csoportot választottak ki, melyek egyike hyper-, másika hypoglykaemiákban szenvedett.

A 11 labilis cukorbeteg ketoacidotikus eseményeinek száma a megfigyelés alatt 8–67 között változott, 6 betegnek több mint 20 alkalommal volt ketoacidosisa. A ketoacidotikus esetekben a hypoglykaemia évi gyakorisága 2 volt, 5 betegen hypoglykaemia nem fordult elő. A követési időben egy beteg agytmorban elhalálozott. Az utolsó két évben, bár az anyagcsere kontroll minősége nem javult, a ketoacidosis gyakorisága csökkent. Az átmeneti instabilitást otthoni, iskolai frusztráció, szociális problémák, alkoholizmus, személyiségzavar okokkal magyarázták.

A 14 visszatérő hypoglykaemiától szenvedő beteg közül 2 meghalt veseelégtelenségben. E csoportban évente 8–40 hypoglykaemia fordult elő. A ketoacidotikus

betegek évenkénti hypoglykaemia gyakorisága 8 alatt maradt. Hypoglykaemiás csomóban 2 beteg halálozott el, 1 további beteg insulin túlادagolás következtében maradandó agykárosodást szenvedett.

Az IDDM betegek közül azok, akiknek anyagcsere állapota ismeretlen okból labilis, ritkán idősebbek 30 évnél. Az instabilitás rendszerint átmeneti, vagy halállal végződik. A 12 éves követés során a labilitás okai nem mindig derültek ki, a feldolgozásban nem valamennyi, hanem csak a kórházi kezelést igénylő anyagcsere kisiklások szerepelnek. A várakozással ellentétben a betegek fele férfi volt. A betegek egy részében csak ketoacidosis, másokban súlyos hypoglykaemiát, az esetek $\frac{1}{4}$ részében mindkét zavart észlelték.

A ketoacidosis okait elemezve a pszichológiai problémák domináltak (80%), további kiváltó ok volt a kezelési hiba, interkurrens betegség, insulin rezisztencia, hiányos ellenreguláció. A diabetes labilitását sem jobb oktatással, sem a vércukor gyakoribb otthoni ellenőrzésével, ill. intenzifikált insulin kezeléssel nem sikerült megszüntetni. Pszichiatriai gondozás, a stressz állapot oldása néhány esetben segített.

A labilis IDDM betegek diabetes tartama 80%-ban meghaladta a 20 évet. A súlyos hypoglykaemiával kísért esetek prognosisa rossz, 3 elhalálozás, ill. súlyos károsodás oka hypoglykaemia volt. Gyakori tapasztalat, hogy a hypoglykaemiás rosszulleteket epilepsiának kórimizálás és kezelik, továbbá az epilepsiának minősített tünetek a hypoglykaemia felismerése után elmaradnak.

Holländer Erzsébet dr.

Mi okozza az insulin injekció fájdalmaságát? Chantelau, E. és mtsai (Dept. Med. Nutrition and Metabolic Diseases, Heinrich-Heine Univ., Düsseldorf): Brit. med. J., 1991, 303, 26.

A sc. insulin injekciót követő fájdalom a tű méretétől, élességétől és az injekció mennyiségétől függ.

A szerzők 63 insulinnal kezelt, 16–40 éves, 0,5–21 év diabetesstartamú beteget vizsgáltak. A diabetes oktatási program önkéntes résztvevői randomizált kettős vak kísérletben 0,025, 0,1, 0,2, 0,25 és 0,5 ml Novo-Nordisk reguláris human insulint, ill. azonos térfogatú insulinmentes testfolyadékot fecskendeztek a has bőrébe. Minden alkalommal új tűt használtak a Di-setronic insulin penhez, hagyományos fecskendőhöz és a plastipac fecskendő-tű kombinációhoz; 26, 27 és 28 gauge méretben. A randomszerűen befecskendezett folyadék, ill. hasonló módon megválasztott insulin mennyiség hatására jelentkező fájdalmat a betegek egy 0–21 cm hosszúságú vizuális analóg skálán jelölték meg (0 = nincs fájdalom, 21 = legkifejezettebb fájdalom).

Nem találtak szignifikáns különbséget az insulin, ill. folyadék befecskendezése utáni fájdalom percepciójában. A betegek 25%-a semmilyen fájdalmat nem jelzett. A fájda-

lomskála középső tartományában a 27 és 28 gauge tű méretek okozták a kisebb fájdalmat, az életlen tűk által előidézett fájdalom median pontszáma minden méretben kifejezettebb volt.

A szerzők megállapítása szerint a sc. insulin injekció okozta fájdalom független a befecskendezett folyadék mennyiségétől 26–28 gauge tű méret között. A fájdalom magyarázata a tű által előidézett trauma, a tű beszűrása után 10 percig tartó vascularis reakció a subcutisban.

A hagyományos fecskendők tűi az insulin aspirációja alkalmával veszítenek élességükből. Az insulin pen használatával e lehetőség kiküszöbölhető. A befecskendezett insulin mennyiségének csökkentése szintén mérsékli a fájdalmat. Utóbbi megfigyelhető a nagy insulin igényű betegek intenzifikált insulin kezelése, ill. a koncentrált (100 E/ml) insulin készítmények alkalmazása során.

[Ref.: koncentrált insulin készítményeket hazánkban jelenleg csak speciális indikációval (igen nagy insulin igény, pen) alkalmazunk. A plastipac fecskendő haladást jelent a hagyományos fecskendőhöz képest: nincs holttere, a tű mérete a fentieknek megfelel. Soknak tűnik azonban az ajánlás szerinti 10–20 felhasználás, a fentiekben részletezett tű okozta szöveti traumatizáció miatt.]

Holländer Erzsébet dr.

A fizikai terhelés hatása a nem insulin dependens diabetes mellitusra. Horton, E. S. (Univ. Vermont, Coll. Med. Burlington): N. Engl. J. Med., 1991, 325, 196.

A nem insulin dependens diabetes mellitus (NIDDM) keletkezésében szerepet játszik a genetikai hajlam, csökkent insulin hatás az insulin szenzitív szövetekben és a pancreas bétasejt működési zavar. Az insulin rezisztenciát növelő tényezők, köztük az elhízás, az életkor is fokozzák a NIDDM kockázatát. Valószínű, hogy a hypertonia szintén insulin rezisztenciával és hyperinsulinaemiával társul. A hypertonián kívül a hyperlipidaemia is szerepet játszik az insulin rezisztencia kialakulásában. Az életmód, a fizikai aktivitás — mint azt már 20 évvel ezelőtt felismerték — az elhízás megelőzésén keresztül a prevenció módszere.

Középkorú sportoló férfiak bazális és stimulált plazma insulinszintje alacsonyabb, mint az inaktív személyeké. Fizikai terhelésre az insulin koncentráció elhízott, insulin rezisztens betegekben is csökken. Nem csupán a rendszeres, hanem az alkalmi fizikai aktivitás is csökkenti az insulin rezisztenciát. A testmozgás hatása múló, abbahagyása után néhány nappal megszűnik.

A fizikai terhelés insulin érzékenységet fokozó hatásmechanizmusa a vázizomzat fokozott glukóz felvételén alapul. Az insulin kötődése a harántcsokolt izmok receptoraihoz nem változik, a zsírszövetben növekszik. A glukóz transzport-protein mennyisége és aktivitása is fokozódik.

Utóbbi a glikogen synthetase aktivitásának és a glikogen szintézisének növekedését vonja maga után. Az izomszövet kapillaris sűrűségének növekedése szintén szerepet játszik a tréning kedvező hatásában.

A fizikai aktivitás a diéta és gyógyszerek mellett a kezelési ajánlásnak tartalmaznia kell. A mozgás nemcsak az anyagcsere kontrollt javítja, hanem az enyhe-mérsékelt hypertoniát, hyperlipidaemiát és elhízást is.

Tizenöt éves prospektív vizsgálatban egyéb rizikótényezők: családi halmozódás, elhízás, hypertonia jelenlététől függetlenül intenzíven sportoló 45–68 éves férfiakon a NIDDM előfordulás csökkenését észlelték (a fizikailag legaktívabb csoportban 24%-kal). A tréning megelőző hatása az insulin érzékenység fokozódásában, a plazma insulinszint csökkenésében nyilvánul meg. A másik tényező az elhízás prevenciója, valamint a hypertonia és hyperlipidaemia prevalencia mérséklődése.

Holländer Erzsébet dr.

COMPUTER TOMOGRAPHIA (CT)

Iohexol 300 és meglumin-diatrizoát 60 összehasonlítása a test CT vizsgálatában: képminőség, mellékhatások, félbeszakított és ismételt vizsgálatok. Bernardino, M. E. és mtsai (Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore): Amer. J. Roentgenol., 1992, 158, 665.

A radiológusok egy része nem ionos kontrasztanyagot használ kontrasztfokozásra a CT vizsgálatokhoz, mivel ezekkel ritkábban fordulnak elő kellemetlen mellékhatások és szövődmények. Mások ugyanakkor nem tartják indokoltnak az ezzel járó jelentős költségeket, és megmaradnak az ionos kontrasztanyagoknál.

A szerzők 302 betegnek a nem ionos Iohexol 300, 298 betegnek pedig az ionos meglumin-diatrizoát 60 kontrasztanyagot adták mellkasi és hasi CT vizsgálatnál. A két csoportban összehasonlították a nyert CT képek minőségét. Úgy találták, hogy valamivel több volt az optimális képminőségű vizsgálat a nem ionos csoportban, de az értékelhetőség vonatkozásában nem észleltek jelentős eltérést. A nem ionos kontrasztanyag beadása után 302 beteg közül 119-ben észleltek legalább egyféle mellékhatást, ionos kontrasztanyag után pedig a 298 közül 188 betegben. Ha a gyakori, de jelentéktelen mellékhatásokat, mint melegezés, flush, rossz szájíz nem számították, akkor a szám a nem ionos csoportban 48-ra, az ionos csoportban 99-re csökkent. A nem ionos csoportban a vizsgálatot egy esetben sem kényszerültek megszakítani kontrasztanyag okozta kellemetlenség miatt. Az ionos csoportban a 298 vizsgálat közül hárommal félbe kellett szakítani melegezés, flush, urticaria, hányinger, hányás, nehézlégzés miatt. A nem ionos csoportban két esetben kellett megismételni a vizsgálatot a kontrasztanyag okozta kellemetlenség kö-

vetkeztében. A vizsgálatok félbeszakítása és ismétlése együttesen az ionos csoportban 3% volt, a nem ionos csoportban 0,7%.

Az eredmények megerősítik azokat a korábbi közléseket, melyek szerint az ionos kontrasztanyagok alkalmazása gyakrabban jár kellemetlenségekkel. Ennek ellenére úgy vélik, hogy ez nem oly mértékű, hogy indokolná a rendkívül drága nem ionos kontrasztanyagokra való áttérést a test CT vizsgálatában.

Laczay András dr.

Tompa hasi trauma utáni heveny mellékvesesérülés CT képe. Burks, D. W. és mtsai (University of Maryland Medical Center, Baltimore): *Amer. J. Roentgenol.*, 1992, 158, 503.

Tompa hasi trauma következtében kialakult mellékvesesérülésről kevés közlés van a szakirodalomban, ugyanakkor ilyen boncolásra kerülő esetek 28%-ában találták.

A szerzők 32 hónap alatt egy traumatológiai centrumban 1120 beteg CT vizsgálatát végezték tompa hasi trauma következményeinek tisztázása végett. Minden esetben a sérülést követő 6 órán belül, közvetlenül a sérült beszállítása után kontrasztfokozásos rapid hasi és medencei CT vizsgálat történt, mely 20 esetben mutatott ki elváltozást a mellékvesében. 12 esetben a jobb oldali, ötben a bal oldali mellékvese volt érintve, 3 esetben pedig mindkettő. 19 esetben a mellékvese sérülése egyéb mellkasi, hasi vagy retroperitonealis elváltozásokkal szövődött, mint bordatörések, tüdőelégelenség, légmell, hemothorax, tüdőzúzás, a lép, a máj, a vese sérülése, csigolyatörés stb. 19 esetben a mellékvesében elhelyezkedő vérömlenyt láttak. Ezekben a képlet széli részén körkörös kontrasztfokozás látható. Két esetben a vérzés kiterjedtebb volt, elfoglalta a mellékvese területét, és elfedte magát a mellékvesét. Ezekben műtétnél a mellékvese szakadását találták kiterjedt vérzéssel. További két esetben a mellékvese egyenmő duzzanatát találták homogén kontrasztfokozással, ezt mellékvese-contusióként értelmezik. A periazenalis zsírszövetbe történt bevérzés 14 esetben mutatott CT képen kiegészítő elváltozástként köteges denzitást a mellékvese környezetében. 9 esetben ezenkívül hátsó pararenalis vérömleny alakult ki, ami megvastagodott rekesz-szár képére emlékeztet. Heveny mellékvese elégtelenség csak egy esetben alakult ki kétoldali sérülés következtében. Egy másik betegben a vérömleny okozta összenyomódás cava-thrombosishoz vezetett.

Laczay András dr.

A gerincsérülések diagnosztikája: CT és myelo-CT javallata a sérülés napján. Heuchemer, Th. és mtsai (Universität Ulm): *Fortschr. Röntgenstr.*, 1992, 156, 156.

Két év alatt 211 sérült sürgősségi CT vizsgálatát végezték el gerinctrauma tisztázására még a sérülés napján. 128 esetben találtak traumás elváltozást, 96 törést, 6 ficamot és 24 kombinált sérülést. Az előzetesen elkészített hagyományos röntgenfelvételeket a radiológus a nyaki gerincen 72, a lumbalis szakaszon 67, a háti gerincen 44, a craniocervicalis átmenetben 40 és a cervicothoracalis átmenetben mindössze 4%-ban tartotta kielégítőnek törés kizárására. Ebből adódott a CT vizsgálat javallata is részben a nem kielégítően ábrázolt területek tisztázására, részben pedig a kimutatott elváltozások részleteinek pontosabb elemzésére.

Mindössze 15 esetben volt utólagosan a tapasztalt radiológusoknak az a véleménye, hogy a CT vizsgálat felesleges volt. A 121 esetből 75-ben eredményezett a CT vizsgálat többletinformációt a hagyományos röntgenfelvételekkel szemben. Ebből 24 esetben a CT olyan elváltozásokat mutatott, melyek a röntgenfelvételeken nem ábrázolódtak, 51 esetben pedig a röntgenfelvételeken elégtelenül ábrázolódtak elváltozásokat kiegészítette. Különösen sokat hozott a CT a hátsó peremek törésének kimutatásában és a gerinccsatorna szűkületeinek ábrázolásában. CT-myelographiát 12 esetben végeztek. Ez 4 esetben adott negatív eredményt, 3 esetben nyaki gyök kiszakadását mutatta, 5 esetben pedig a gerincvelő összenyomódását.

A CT főként a gerincsérülések tisztázásában nem vitatható. Ezért a traumatológiai felvételi helyiségből a radiológiára kerülő sérültek hagyományos röntgenfelvételeit célszerű a fenti megfontolásokkal szűkség szerint azonnal kiegészíteni a kritikus gerincszakaszok CT vizsgálatával. Ez teszi lehetővé egyúttal az egyes töréstípusok újabb divatba jött klasszifikálását.

Laczay András dr.

CT-vel kimutatott 15 mm-nél kisebb májbeli gókok előfordulásának gyakorisága és jelentősége. Jones, E. C. és mtsai (Emory University School of Medicine, Atlanta): *Amer. J. Roentgenol.*, 1992, 158, 535.

A máj képalkotó vizsgálati módszereinek tökéletesedése következtében egyre gyakrabban találunk korábban nem észlelt kis elváltozásokat, melyek felvetik a jó- vagy rosszindulatúság kérdését. Az ilyen képletek tumoros betegben is lehetnek benignusak, áttétként való értékelésük viszont döntően meghatározhatja a beteg kezelési tervét és sorsát. Képpalkotó eljárások kombinálásával a probléma általában nem tisztázható, a biopsia pedig a jóindulatú képletek előfordulásának gyakorisága miatt megfontolandó.

A szerzők 1454 beteg hasi CT vizsgálati anyagát nézték át, akiknek 82%-a tumorbeteg volt. Közülük 254-ben, vagyis az esetek 17%-ában találtak kicsi, 15 mm-nél kisebb átmérőjű gókokat a májban. Az egyéb vizsgálatok, a biopsia vagy a tartós ellenőrzés

alapján a betegek 51%-ában ezek a kis májbeli elváltozások jóindulatúnak bizonyultak, 22% volt egyértelműen rosszindulatú. További 27%-ban nem sikerült eldönteni a CT lelet jó- vagy rosszindulatú jelentőségét. Azon betegek csoportjában, akiknek nem volt ismert rosszindulatú tumora, a kimutatott kis májgócok minden esetben benignusnak bizonyultak, ezek között a fenti kritériumok szerint nem fordult elő rosszindulatú folyamat. Nagyobb a malignitás valószínűsége multiplex kis gókok esetén, szoliter képletek inkább jóindulatúnak bizonyultak.

Következésképpen a malignus daganatban szenvedő betegek májbeli gócait nem szabad minden további nélkül metastasisként értékelni. Ha egy nagyobb májbeli góc mellett a CT másik kicsi, különálló gócot is talál, ez nem tekinthető egyértelműen a májresectio ellenjavallatának. A kétes esetekben célszerű kiegészítő képalkotó eljárások alkalmazása és ismételt CT vizsgálat, lehetőleg mellőzve az invazív diagnosztikát.

Laczay András dr.

Szoliter pulmonális gókok dignitásának eldöntése kontrasztanyag halmozással CT-vizsgálat során. Swensen, S. J. és mtsai (Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, MN 55905): *Radiology*, 1992, 182, 343.

A szerzők abból a feltételezésből indultak ki, hogy amennyiben a tüdőben látható szoliter góc CT-vizsgálat során mérhetően halmozza a kontrasztanyagot, akkor ez a tény az elváltozás malignitásának gyanúját veti fel.

52 beteget vizsgáltak, akiknél a tüdőben 0,6–3 cm átmérőjű szoliter gókok voltak láthatóak. 100 ml kontrasztanyag beadása után egymást követően készítették a felvételeket, percenként. A szeletvastagság 2 mm volt. A megfigyelési időszak 2 évig tartott, és eközben a vizsgálatokat többször megismételték. Az elemzéskor 22 beteg eredményeit nem vették figyelembe, mert a megfigyelési időszak 2 évnél rövidebb volt, illetve a betegeknek kontrasztanyag allergiájuk volt. A maradék 30 betegből 23 esetben találtak malignus elváltozást. A kontrasztanyag beadása után az első 2 percben valamennyi malignus góc 20 HU-tal vagy ennél nagyobb mértékben halmozta a kontrasztanyagot. A benignus elváltozások közül ilyen mértékű halmozást csak egy esetben találtak. A malignitás diagnózisát valamennyi esetben szövettanilag is igazolták. Jóindulatúnak azokat a gókokat tartották, melyek a 2 év során nagyságbeli növekedést nem mutattak és a halmozás 20 HU-nál kisebb volt. Természetesen a diagnózis igazolására ezekben az esetekben is végeztek szövettani vizsgálatot.

Puskás Tamás dr.

Hörgőcarcinoma mediastinalis nyirokcsomó metastasisainak CT-vizsgálata. McCloud, T. C. és mtsai (Depts. of Radiology and Thoracic Surgery, Massachusetts General Hospital, Boston, MA 02114): Radiology, 1992, 182, 319.

A szerzők hörgőcarcinomában szenvedő beteg CT-vizsgálatát végezték el, hogy meghatározzák a vizsgált módszer érzékenységét a mediastinalis nyirokcsomó metastasisok kimutatásában. A nyirokcsomókat akkor véleményezték kórosnak, ha az átmérőjük 1 cm-nél nagyobb volt. Valamennyi betegnél sebészi „staging” vizsgálatot is végeztek, mely mediastinoscopiából és/vagy thoracotomiából állt. Természetesen az említett sebészi beavatkozások során az állapotfelmérés mellett a lehető legtöbb nyirokcsomót eltávolították.

A CT és a sebészi vizsgálatok eredményeit összehasonlítva a mediastinalis nyirokcsomók esetében a CT érzékenysége 64% volt. A paratrachealis, paraoesophagealis, tracheobronchialis, subcarinalis nyirokcsomók esetében az érzékenység csak 44% volt. A nyirokcsomók megnagyobbodása és a metastasis valószínűsége között nincs mindig összefüggés. 37%-ban a megnagyobbodás oka hyperplasia volt és nem metastasis.

A vizsgálatok eredménye alapján a szerzők véleménye az, hogy a CT-vizsgálat viszonylag alacsony érzékenysége szükséges teszi a sebészi állapotfelmérést thoracotomia és/vagy mediastinoscopia) a hörgőcarcinomában szenvedő betegek mediastinalis nyirokcsomó metastasisainak igazolására.

Puskás Tamás dr.

A máj bal lebenyében látható „pseudo tumor” mint különleges megjelenési forma angiographiás CT-vizsgálat során. Fernandez, M. P. és mtsai (Dept. of Radiology, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA 30322): Radiology, 1991, 181, 809.

A szerzők az angiographiás CT-vizsgálat vénás (portographiás) fázisában a máj bal lebenyének medialis segmentumában egy csökkent densitású területet fedeztek fel. Az angiographiás CT-vizsgálatok során az ép parenchymától eltérő densitású terület akkor látható, ha megváltozik az adott terület perfúziója. Ennek oka leggyakrabban maga a tumor vagy a tumor okozta thrombosis. A szerzők által látott elváltozás a natív felvételeken nem volt kimutatható és alakja, illetve helyzete a portographiás fázisban sem egyértelműen volt tumoros jellegű. A szerzők visszamenőleg áttekintették a korábban végzett angiographiás CT-vizsgálataikat, hogy megállapítsák az említett elváltozás gyakoriságát. Az összesen végzett 50 vizsgálat közül az említett csökkent densitású területet 7 esetben figyelték

meg. A bal lebeny medialis segmentumában, közvetlenül a májkapu magasságában helyezkedett el, hosszúkas vagy ovális alakú volt és legnagyobb átmérője 1,5–2 cm. A feltételezett diagnózis megerősítésére vagy kizárására más vizsgálatokat is végeztek (késői lipiodol CT, MR). A 7 beteg közül 4 esetben műtét — partialis resectio — is történt. Sem a kontroll vizsgálatok, sem a műteti szövettani eredmények malignitást nem igazoltak.

A szerzők a vizsgálataik eredményeképpen a leírt elváltozást a máj bal lebeny medialis segmentuma vérellátási variációjának tekintik. Hangsúlyozzák, hogy ennek ismerete fontos az angiographiás CT vizsgálatok biztonságos értékeléséhez.

Puskás Tamás dr.

A fossa temporomandibularisban lévő levegő: az os temporale törésének CT jele. Betz, B. W., Wiener, M. D. (Duke University Medical Center, Durham): Radiology, 1991, 180, 463.

A koponyatörések mintegy 20%-ában a sziklacsont törése is részesedik, de ennek kimutatása radiológiailag is általában problematikus. Néha klinikai jelei sem szembetűnőek, és gyakran az egyéb súlyos és szembetűnő sérülések miatt nem is kerül a figyelem középpontjába. A sürgősségi CT vizsgálatok a legtöbb esetben az esetleg azonnali műtét beavatkozást igénylő intracranialis elváltozásokra irányulnak, mellesz a koponyaalap vékony rétegekben való leképezését. Ilyen körülmények között a sziklacsont törésvonala sokszor nem ábrázolódik. Felkelthetik a figyelmet bizonyos közvetett jelek, mint a csecsnylvány sejtjeinek fedettsége, folyadék a dobüregben vagy a külső hallójáratban, esetleg intracranialis levegő a pyramis közelében.

A szerzők felfigyeltek arra, hogy a sziklacsont törése esetén levegő juthat a fossa temporomandibularisba. Ez meglehetősen feltűnő, könnyen észrevehető jelenség, ami a sziklacsont törésére utal és indokoltá teszi a CT vizsgálatnak ez irányú gondos kiterjesztését. 114 koponyaalapi töréssel kezelt beteg felvételekor készített CT képeit nézték át utólag. 23 esetben találtak levegőt a fossa temporomandibularisban, háromban mindkét oldalon. Így összesen 26 fossa temporomandibularisban láttak levegőt, és ezek közül 23-ban a CT kimutatta a sziklacsonton a törésvonalat is. A többi három esetben fennállottak ugyan a sziklacsont törésre utaló klinikai jelek, de a CT képen erre egyedül az adott lokalizációban ábrázolódó levegő utalt. Elméletileg elképzelhető egyéb okból is gáz bejutása a fossa temporomandibularisba, de koponyatraumát követően ez szinte kizárólag a pyramis törésére utal.

Laczay András dr.

A béllezárodás CT vizsgálata. Megibow, A. J. és mtsai (New York University Medical Center, New York): Radiology, 1991, 180, 313.

Két év alatt béllezárodással észlelt 169 beteg közül 95-öt küldtek CT vizsgálatra, közülük 84-nek anyaga képezi a feldolgozás anyagát. A vizsgálatot minden esetben per os és intravénás kontrasztfokozással végezték 10 mm rétegvastagsággal, szükség szerint a gyanús régióban 5 mm rétegvastagsággal. Egyidejűleg kontrollként átnézték 83 olyan beteg hasi CT vizsgálatának anyagát, akiknél béllezárodás gyanúja nem állt fenn. Az előzményeket nem ismerő két tapasztalt radiológus értékelte az anyagot a következő eredménnyel. Nem volt obstrukciója összesen 103 betegnek. Ezt 99-ben helyesen értékelték, 4 téves pozitív lelet született. 64 esetben igazolódott a béllezárodás kórisméje, ezek között a CT értékelés négyben volt tévesen negatív. Ezen téves negatív esetekben az obstruktio összenövés következménye volt. Összenövés összesen 37 esetben okozta az elzáródást, ebből 27-ben a CT lelet az elzáródás tényét és okát is helyesen ítélte meg, 6-ban okát nem tisztázta. Az egyéb alapbetegségek között szerepelt metastasis, elsődleges tumor, Crohn-betegség, sérv, vérömleny, diverticulosis, intussusceptio, epeköleus és appendicitis. Mindezen esetekben a CT kép lehetővé tette az elzáródás felismerését. Ezen összesen 27 eset közül 20-ban az elzáródás okát is sikerült CT-vel megállapítani, a többi 7 esetben csak az elzáródás tényét. A CT tehát alkalmas a béllezárodás kimutatására és okának tisztázására az esetek jelentős részében. Nem foglalnak állást a szerzők a CT és az egyéb, hagyományos radiológiai vizsgálatok viszonyát illetően, valamint nem tisztázták a CT teljesítménye az intestinalis ischaemia kórismézésében.

Laczay András dr.

CT képen tévesen intrapulmonalis elhelyezkedésűnek látszó mellüri drének. Flückiger, F. és mtsai (Karl-Franzens-Universität Graz): Fortschr. Röntgenstr., 1991, 155, 494.

Intenzív osztályon fekvő betegek mellüri drénjének helyzetét a helyszínen készült mellkas röntgenfelvételeken gyakran nehéz megítélni. Ilyen betegek bármely céllal végzett CT vizsgálata során nemritkán az egyes szeletekben a drén intrapulmonalis helyzetűnek tűnik.

A szerzők 70 egyik vagy mindkét oldalon drénezett beteg mellkasi CT vizsgálata során 10 betegben láttak ilyen jellegű képet. Ezek azt mutatták, hogy a drén a mellkasfalba való behatolás után behatol a tüdőalományba, esetleg áthatolni látszik egy egész lebenyen. Mivel közülük 3 betegben 2 drén volt, a megfigyelés 13 drénre vonatkozik. A 13 közül 12 esetben a CT képen nem sikerült a drénnek a pleuraürhoz való viszonyát biztosan megítélni. A későbbi



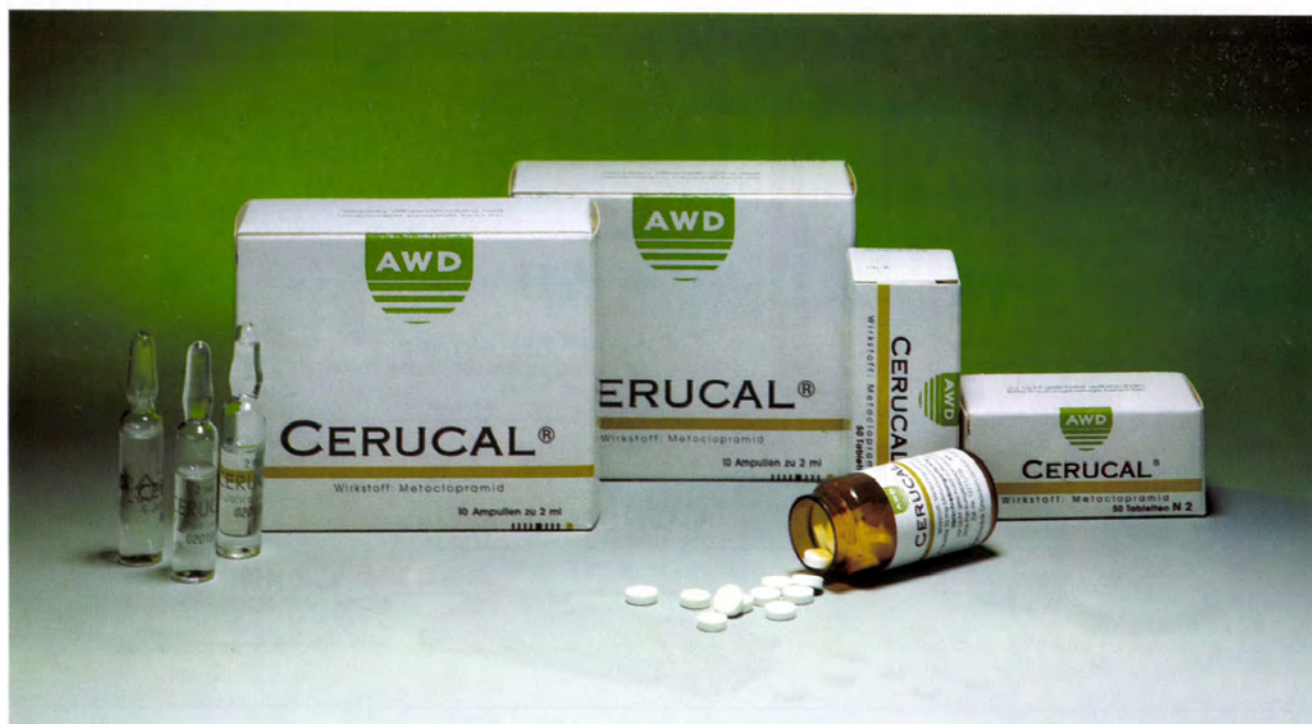
CORINFAR[®] CORINFAR[®] RETARD

Most
regisztrált

A hatásos Ca-antagonista a szív dinamikus tehermentesítésére

- tágtítja a koronáriákat vagy spazmolitikus hatásu
- növeli a koronáriákon átáramló vér mennyiségét
- javítja a szívizom oxigénellátását
- gazdaságosabbá teszi a szív munkáját
- csökkenti a perifériás erek ellenállását
- csökkenti a vérnyomást
- csökkenti a szív utóterhelését

Összetétel: Corinfar: 10 mg nifedipin dragszénként. Corinfar retard: 20 mg nifedipin dragszénként. **Alkalmazási területek:** Koronáriabetegeksben, angina pectoris esetén illetve minden olyan esetben, mikor a szívizom oxigénellátása nem kielégítő, artériás hipertóniában (primér, esszenciális és szekundér forma). **Ellenjavallatok:** Nem adható nifedipin-túlerzékenység esetén, a terhesség egész időtartama alatt, kardiogén sokkban, akut szívinfarktus után egy hétig, a szoptatási időszakban (óvintézkedés). Elővigyázatosság szükséges, ha a vérnyomás kifejezetten alacsony (a szisztolés vérnyomás 12 kPa = 90 Hgmm). **Mellékhatások:** többnyire kezdeti szédülés, kábultság, fejfájás, kipirult bőr, szívdobogás, szapora pulzus, hipotóniás keringésszabályozás. Az értágító hatás következményeként lábszárödéma alakulhat ki. Ritkán gyomor-bélbántalmak, fáradtság, bőrreakciók, paresztéziák, izomfájdalmak, tremor, látási zavarok. Nagyon ritkán anginás panaszok. Hosszabb kezelés után esetenként fogynyelváltozások, gynaecomastia (a gyógyszeresedés abbahagyása után elmúlnak). Nagyon ritkán átmeneti hiperglikémia (nem diabetogén eredetű). Elővigyázatosság szükséges a malignus hipertóniában szenvedő és a hipovolémiás betegeknel (jelentős vérnyomásesés lehetséges). **Gyógyszerkölcsonhatások:** Más antihipertonikumokkal, béta-receptorblokkolókkal vagy cimetidinnel együtt adva a vérnyomáscsökkentő hatás fokozódhat. **Alkalmazás és adagolás:** Az adagolást egyedileg kell beállítani. Corinfar: Az átlagos napi adag 3 x 1 dragsz, ezt napi 3 x 2 dragszég lehet emelni. Két dragsz egysszeri bevétele után a következő adagot nem szabad két órán belül beadni. Corinfar retard: Az átlagos napi adag 2 x 1 dragsz. Szükség esetén a napi adag fokozatosan 2 x 2 dragszég emelhető. A retard-készítményt 12-órás időközökben kell adni, azaz, naponta kétszer. Az adagok között legkevesebb négy órának kell eltelní. **Magyarországon reprezentálja:** Germed - Handelsgesellschaft mbH - Somloi u. 31 - 1118 Budapest - Tel.: 166-8055 - Fax: 166-8133



CERUCAL®

Metoclopramidum chloratum

- motilitászavaroknál
- endoszkópos beavatkozások előkészítésénél
- rosszullét/hányás esetén

Cerucal®. Összetétel: 1 tablettát 10 mg metoclopramidum chloratumot tartalmaz. 1 ampulla 10 mg metoclopramidum chloratumot, valamint 0,5 mg natriumszulfítot $\cdot 7 \text{ H}_2\text{O}$ (0,13 mg kéndioxidnak felel meg) tartalmaz. **Alkalmazási területek:** A felső gyomor-bél traktus motilitászavarai, különböző eredetű rosszullét és hányás esetén (kinetózt és pszichés eredetű hányást kivéve), kiegészítő tüneti kezelésre gyomor és nyombélfekély kezelése során, szondázások és röntgenvizsgálatok megkönnyítésére a gyomor-bél traktusban, valamint megkísérélhető a kezelés tartós csuklás esetén. **Ellenjavallatok:** Phaeochromocytoma, a metoclopramiddal szembeni túlérzékenység, mechanikus bélelzáródás, bélátfúródás és a gyomor-bél traktus bevérzése, prolactinfüggő daganatok. Szulfittartalmait miatt ne használjuk az ampullákat szulfitra túlérzékeny asztmás betegeknél. Extrapyramidalis-motorikus zavarok vagy epilepszia esetén ne vagy csak orvos kifejezett javaslatára és gondos felügyelete mellett használjuk. Terhesség és szoptatás alatt, csecsemőknél, kisgyermekknél és 14 év alatti gyermekeknél csak az orvos szigorú ellenőrzése mellett alkalmazható. **Mellékhatások:** Kezdetben alkalmanként fáradtság, szédülés, depresszió, acathisia (ülési képtelenség), fejfájás, fokozott bélműködés, elsősorban gyermekeknél egyes esetekben pedig dyskinetikus syndroma fordulhat elő. Idősebb betegeknél hosszabb időn keresztül nagy adagolásban való alkalmazása esetén egyes esetekben késői dyskinesia, acathisia vagy parkinsonhoz hasonló panaszok léphetnek fel. Hosszú időn keresztül való bevétele esetén ritkán gynaecomastia, galactorrhoea és menstruációs zavarok, epilepsziás betegeknél pedig esetleg fokozott görcskésztség (spasmophilia) tapasztalható. Parenterális adása esetén szulfit-túlérzékenységi reakciók jelentkezhetnek. **Tájékoztató a közúti közlekedésben résztvevők számára:** Ez a gyógyszer rendeltetészerű használata esetén is nagymértékben megváltoztathatja a reakciókészséget, amit a gyógyszert szedő betegek közúti forgalomban részvétele valamint gépek kezelése során figyelembe kell venni. Az alkohol a gyógyszer ilyen irányú hatását erősíti. **Adagolás:** Tabletták, felnőttek és fiatalok szokásos napi adagja 2-3-szor 1 tablettát. Gyermekek napi adagja 0,5 mg testsúlykilogrammonként. Ampullák, felnőttek és fiatalok szokásos napi adagja 1-3 ampulla. Ez szükség esetén napi 6 ampulláig növelhető. Gyermekek napi adagja 0,5 mg testsúlykilogrammonként. (Legnagyobb érték, 6 év alatti gyermekeknél napi 0,1 testsúlykilogrammonként mint legnagyobb egyszeri adag, 6 és 14 év közötti gyermekeknél 3-szor naponta 1/4-1/2 ampulla.) Vesebetegeknél a dózis hozzáigazítása történik. **Alkalmazása:** Tabletták, étkezés előtt legalább 30 perccel bevenni. Ampullák, az injekciós oldatot intramuscularisan vagy lassan intravénásan adni. **Forgalmazott kiszerelések:** Tabletták, eredeti gyári csomagolás 50 tablettát. Ampullák, eredeti gyári csomagolás 10 ampulla.

Arzneimittelwerk Dresden GmbH, O-8122 Radebeul, Németország.

GERMED Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság Budapesti Információs és kereskedelmi Irodája, 1118 Budapest, Somlói út 31/2, Telefon: 166-80 55, Telefax: 166-81 33.

klinikai észlelés és az ismételt CT vizsgálatok alapján mindegyik esetben kizárható volt a drének intrapulmonalis elhelyezkedése. A jelenség magyarázata, hogy a viszonylag kemény anyagú drének mintegy belesüppednek a környező tüdőállományba, magukra húzva a visceralis pleuralemezt, mely őket körülöleli. A drének helyzete tehát a látszat ellenére valójában intrapleurális. A drén eltávolítása után helyén kis, cső alakú, elhatárolt folyadékgyülem maradhat vissza, ami aztán idővel keskeny, vonalszerű pleurális heggé alakul. A valóban intrapulmonalis elhelyezkedő drén természetesen művi tüdőparenchymasérülést jelent minden esetleges következményével. Ettől a fenti látszólagos intrapulmonalis lefutás elkülöníthető részben a drén teljes hosszában való követésével, részben pedig a parenchymasérülés klinikai és radiológiai jeleinek hiánya alapján. Utólagos igazolása a látszólag intrapulmonalis helyzetnek, ha a drén eltávolítása után a kórlefolyás szövödménymentes.

Laczay András dr.

Osteoid osteomák percutan eltávolítása CT-vezérelt fűréssal. Klose, K.-C. és mtsai (Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule, Aachen): Fortschr. Röntgenstr., 1991, 155, 532.

Az osteoid osteoma szokásos resectiója helyett már 1982-ben ajánlották a fűréssal percutan végezhető eltávolítást, de azóta ezt csak kisszámú esetben alkalmazták. A szerzők 4 saját esetükről számolnak be. Mindegyik betegüknek jellegzetes klinikai képe volt, az osteoid osteoma kettőnek femurjában, egynek-egynek a tibiában, illetve az os naviculareban helyezkedett el. Az utóbbi esetben recidiváról volt szó két előzetesen végzett hagyományos műtét után. Éjszaka fokozódó, aszpirinre enyhülő fájdalom állott fenn mindegyikükönél jellegzetes röntgenképpel, a nidusnak megfelelően scintigraphiás pozitivitással. CT vizsgálattal 2 mm vastag szeletekben lokalizálták a nidust, melynek átmérője mindegyik betegben kisebb volt 3 mm-nél. Két esetben a combizomzat rángása miatt altatásra volt szükség, a másik kettőben helyi érzéstelenítésben végezték a beavatkozást. CT célzással kis incisió át hüvelyes trokárt vezettek rá a nidusra, majd ezt megfelelő fűróra cserélték. Az üreges fűróval távolították el a nidust, amit két esetben alkoholos helyi öblítéssel egészítették ki. A kórismét az eltávolított anyag szövettani vizsgálatával igazolták. A beavatkozás egyik esetben sem tartott tovább egy óránál. Az altatott betegeket egy éjszakára benntartották megfigyelésre, a másik kettőt teljesen járóbetegként kezelték. Három betegük a beavatkozást követő napon szokásos aktív életét folytatta, a negyedik is egy héttel a femuron végzett fűrés után már sporttevékenységet folytatott. A beavatkozás után 6,

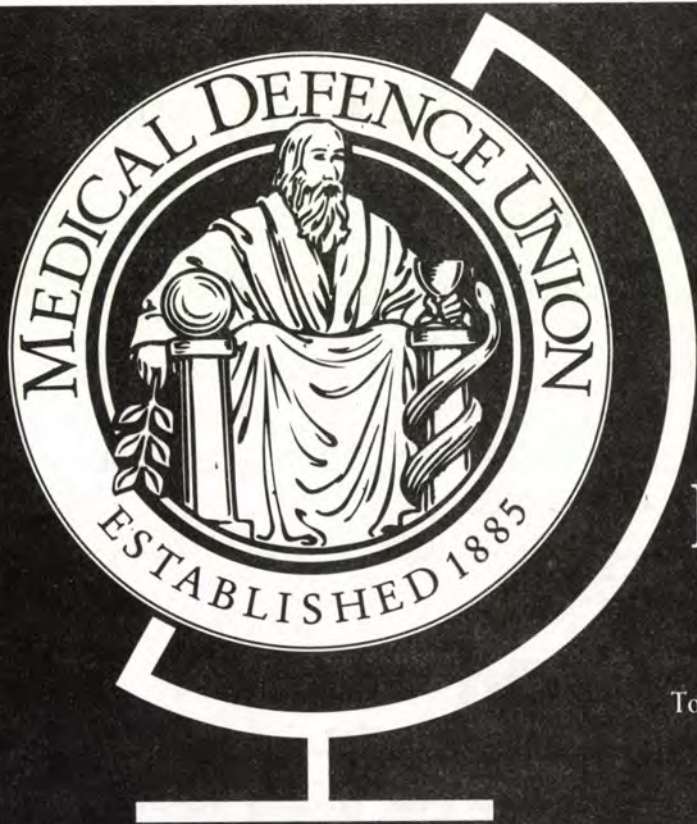
9, 47, illetve 56 hónappal betegek panaszmentesek, recidívát nem észleltek.

Laczay András dr.

A vállízület instabilitásának CT-diagnosztikája. Grasshof, H. és mtsai (Klinik für Orthopädie, Medizinische Akademie Magdeburg): Fortschr. Röntgenstr., 1991, 155, 523.

A váll instabilitásának oka fejlődési rendellenesség vagy sérülés lehet. Ez alapján habituális és posttraumás recidiváló vállficamról beszélünk. A szerzők megemlítenek több felvételi technikai vonatkozást. A hagyományos csontfelvételekkel szemben a CT többletet nyújt abból a szempontból, hogy mérhető a vápa retroversiója és a humerus torsiója. Ugyanakkor alkalmas a CT a csontsérülések ábrázolására is. A szerzők 17 habituális és 24 posttraumás recidiváló luxatióban szenvedő betegnél mért adatokat hasonlították össze egészséges egyénekekkel. Megállapították, hogy az egészséges csoporthoz képest a vápa retroversio értéke alacsonyabb. (Különösen a habituális előlő ficam miatt kezelteknél észlelhető a normális értékekhez képest anteversio.) A humerus torsiójának mérésekor mindhárom csoportnál nagy szórást kaptak anélkül, hogy összefüggés lenne kimutatható a luxatio és a torsió mértéke között.

Pásztor Tamás dr.



A VILÁG MINDEN TÁJÁN ORVOS- EGÉSZSÉGÜGYI VÉDEGYLET

További információ és jelentkezési lap kapható
1068 Budapest,
Dózsa György út 84/a
Telefon: 122-1809, Fax: 122-7666

A 18/1991.(XI. 5.) NM rendelet a gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról előírja a gyógyszer rendelésére szolgáló vény alaki kellékeit.

Az orvost vénnyel a munkáltató látja el. Az új rendelet 1991. december 1-jétől érvényes.

Mi egy héten belül elkészítjük és utánvétellel megküldjük az Ön (Önök) részére a rendeletnek megfelelő és szigorú számadási kötelezettség alá vont bizonylatként az OTF által jóváhagyott (térítésmentes, térítésköteles, pro familia) gyógyszerek rendelésére alkalmas vényeket 800,— Ft/1000 db + ÁFA áron + postaköltség.

Várjuk megrendelésüket:

SZENZOR Számítóközpont kft.

1134 Budapest, XIII., Lehel u. 11.

Telefon: 140-1539

Telefax: 120-2439

Telex: 202659

A vény elkészítéséhez szükséges adatok:

1. Az orvos munkáltatója, munkahelyének címe, telefonszáma.
2. Magánygyakorlatot folytatóknál: az orvos neve, rendelőjének címe, telefonszáma, magánygyakorlatra jogosító engedély száma.
3. Vállalkozás keretében működőknél: a vállalkozás bejegyzett neve, címe, telefonszáma és az egészségügyi tevékenység folytatására jogosító engedély száma.
4. Nyugdíjas, nem gyógyító tevékenységet folytató, nem dolgozó orvos neve, lakcíme, telefonszáma.

SEGÍTÜNK, HOGY DÖNTSÖN. HA DÖNTÖTT, SEGÍTÜNK.

P.raktizáló

O.rvosi

R.endszerek

**T
É
K
A**

SZOLGÁLTATÁSAINK:

- GAZDASÁGI TANÁCSADÁS A PRAXISVÁLTÁSHOZ
- RENDELŐ TERVEZÉSE, BERENDEZÉSE
- MŰSZEREK, ESZKÖZÖK HÁZIORVOSOKNAK ÉS SZAKORVOSOKNAK MEGRENDELÉSRE
- SZÁMÍTÓGÉPES RENDSZER TELEPÍTÉSE
- ADATRÖGZÍTÉS
- GAZDASÁGI, JOGI, KÖNYVELÉSI TANÁCSADÁS

P R O M A N

Gazdasági Tanácsadó Kft.

2030 Érd, Csurgói u. 25. Tel. & Fax: (0623) 45-887

RULID[®] 150 mg

roxithromycin

ÚJ, NAGYHATÁSÚ MAKROLID ANTIBIOTIKUM

**KORSZERŰ FARMAKOKINETIKA,
IGAZOLT KLINIKAI HATÉKONYSÁG**

15 257 BETEG KÖZÜL

GYÓGYULÁSI
ARÁNY

FELSŐ LÉGÚTI FERTŐZÉSEK
ALSÓ LÉGÚTI FERTŐZÉSEK
BŐRFERTŐZÉSEK
SZEXUÁLISAN TERJEDŐ
FERTŐZÉSEK

91%
89%
93%
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 tabletta.

HATÓANYAG: roxithromycin, félszintetikus makrolid.

JAVALLATOK: felnőttek roxithromycin-érzékeny kórokozó által létrehozott fertőzései elsősorban felső- és alsó légúti fertőzések: urogenitalis és szexuális úton terjedő fertőzések (a gonococcus eredetűek kivételével); bőr- és lágyrészfertőzések. Meningococcus meningitis kontakt-személyek profilaxisa.

ELLENJAVALLATOK: Ismert makrolid allergia. Ergotamin származékokkal való együttladás.

MELLÉKHATÁSOK: Gyomor-bélrendszeriek: hányinger, hányás, gyomorfájás, hasmenés. Allergiás bőrjelenségek. 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 együttládása 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.



SORBONIT tabletta

Hatóanyag. 10 mg isosorbidum dinitricum tabl.-nként.

Javallatok. Angina pectoris, sztenokardia.

Ellenjavallatok. Akut miokardiális infarktus, hipotónia, keringési kollapszus, glaukóma.

Adagolás. A kezdő adag 5 mg ($\frac{1}{2}$ tabl.), étkezés előtt. Ezt az adagot naponta 4–6 órás időközökben ismételni lehet. Az éjszakai roham elkerülésére profilaktikusan elalvás előtt $\frac{1}{2}$ (5 mg). Az átlagos napi összdózis 20–30 mg (2–3 tabl.). Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével ezt az adagot fokozatosan emelni lehet napi 40–60 mg-ig, a fejfájás, mint mellékhatás megjelenéséig. Sztenokardiás roham esetén 1 tbl.-t nyelv alá kell helyezni és elszopogatni.

Mellékhatások. Fejfájás, szédülés, hirtelen kipirulás, émelygés, amely az adag csökkentésére elmúlik. A fejfájás 50–100 mg koffeinnel esetenként megszüntethető. Mellékhatás előfordulása azok esetében várható, akik a nitroglicerint is rosszul tűrik.

Gyógyszerkölcsonhatások. Együttadása kerülendő:

- antihipertenzív szerekkel (súlyos hipotenzio veszélye);
- triciklikus antidepresszánsokkal (hipotenzio);
- MAO-inhibitorokkal (fokozott teljesítőképesség téves érzése).

Figyelmeztetés. Alkalmazásának időtartama alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

Megjegyzés. ✚ Csak vényre adható ki, és csak egyszeri alkalmal.

Csomagolás. 25 tabl.

Felvilágosítást ad: polcommerce Kft.

a Polcommerce Wien
leányvállalata,

a

Ciech — Warszawa

képviselője
Lengyel Vegyipar

1075 Budapest, VII.,
Tanács krt. 25. I. 3.
Telefon: 142-7723, 142-2548
Telex: 22-6388, Fax: 142-2548

Ciech

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Kollektív bűnösség és elmarasztalás?

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1992. 14. számában a „Folyóiratreferátumok” között Ribiczey Sándor dr. tolmácsolásában ismertetésre került (867–868. o.): „Eurotémák. Minden szürke, matt és barna volt. A magyar egészségügybe saját fiataljaink tudják a legjobban bevezetni a nyugati célzatosságot.” Spanjer, J. M.: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1991, 135, 1453.” összefoglalót érdeklődve, majd fokozódó megütközéssel olvastuk és reflektálni kívánunk rá, úgy érezzük: nem kevesek egyetértésével. A cikk a holland egészségügyet helyszínen tanulmányozó magyar orvos-csoport képviselőjében a magyar egészségügy közelmúltjáról és jelenéről nyilatkozó szemész kolléga (továbbiakban: nyilatkozó) megállapításait ismertet, aki — legalábbis a referátum szövege alapján — ex cathedra és kivételt még csak nem is sejtető kategorikus általánosításokban nyilatkozik.

Ízlés dolga a saját szennyes kitergetése idegenek előtt, semmiképpen sem engedhető meg azonban akkor, ha valótlanságokkal, ferdtésekkel és elhallgatással teljes.

Nem vitatjuk, hogy a magyar egészségügy „szürke, matt és barna” volt (sajnos, a színkép elég vonatottan élénkülnek), helyesebben ilyené kívánták alakítani felülről. Ez sikerült is részben, olyanok révén, akik vagy eleve „szürkék, mattok és barnák” voltak, vagy hagyták magukat — könnyebben vagy vonakodva — ilyené formálni. Nem mindenki volt azonban eleve ilyen és nem mindenki hagyta, hogy ilyené alakítsák. Ők voltak azok — nem is kevesen, magunkat is bátorítunk ide sorolni —, akik nem tartoztak a rezsim formális üldözöttei, de még kevésbé kitüntetettjei közé; akik — szemben a nyilatkozó állításával — nem voltak „reményvesztettek”, legfeljebb sokszor szomorúak; akik elhullajtottak sok illúziót, de soha nem veszítették el a hitet az igazság kereséséhez és szolgálathoz és többre tartották a lelkiismeret szavát, mint a megalkuváson alapuló talmi előnyszerzést. Ők voltak azok, akik a „szürke, matt és barna” miliőbe is színt tudtak vinni, egyrészt a hétköznapi kötelességteljesítés, másrészt a „szürkéségben” is kitűnő és az országhatáron is átnövő tudományos munkásság révén. Ebben a szellemben neveltek fiatalokat és biztosították, hogy a magyar egészségügy a kétségtelenül nyomasztóan „szürke, matt és barna” közegben is produkáljon és átmentsen értékeket olyan időkre, amikor ezek szabadon érvényesülhetnek. Ebben az értelemben egyetértünk a nyilatkozóval, hogy ti.: „A magyar orvosoknak nincsen okuk szégyenkezésre, nincs helye az alacsonyabbrendű érzéseknek... elméletileg versenyképesek.” Utóbbira reflektálva: Kiknek köszönhetik, hogy ilyenek lettek? Az előbbi idézet így folytatódik (a referátumban): „Kortársai hajlékonyak,

kritikai érzékük fejlett.” Ennek gyökereit a múltban kell keresni. Hogyan sikerült ezt a hosszú „szürke, matt és barna” korszakban elérni? Nem volt ebben valami szerepe netán a lenézett és megvetett idők közül azoknak, akik voltak olyan „hajlékonyak” és rendelkeztek olyan „kritikai érzékkel” és ehhez lelkiismerettel és tisztességgel, hogy ne olvadjanak bele a „szürke, matt és barna” környezetbe?

A számunkra ismeretlen nyilatkozó valóban felelősséggel meri-e általánosítani állítani, kivételre nem is célozva, hogy: „Az idők problémája, hogy nem terheli-e őket felelősség a múltban történekmért, nehézség számukra a párttagság adta tekintély helyett elismerni a szaktudáson és hivatástudaton alapuló tekintélyt.” Majd: „Hiányzik otthon a motiváció, a kinevezéseknél a kommunista rendszerhez való viszonyulás volt a döntő.” Magunk pathológusok vagyunk és a pécsi egyetem neveltjei, ezért kérdezzük: ha előbbieket egyetemesen belyátlólok, hogyan működhetek az elmúlt évtizedekben olyan nemzetközi súlyú pathológusok, mint Romhányi György, Endes Pongrád, Korpássy Béla, de még további példákat is idézhetnénk. Hogyan illelnek bele a nyilatkozó által alkotott képbe a pécsi egyetem olyan tanárai, mint Szentágothai János, Kerpel Frónius Ödön, Környey István, Rauss Károly, Melczér Miklós, Schmidt Lajos, Méhes Gyula és ismét csak sokan mások? És a tanítványok? Nem vitás, hogy akadtak közöttük „szürkék, mattok és barnák”, de nem kevesen olyanok, akik ma is jól szolgálják a magyar egészségügyet és tudományt, akik a mesterek példáját követik, tanítását átültették a gyakorlatba, mert csak „a szaktudáson és hivatástudaton alapuló tekintélyt” ismerték és ismerik el; volt és van „motivációjuk”, sőt — horribile dictu! — a computerről is tudják, hogy micsoda és legfeljebb azért nem élhetnek vele, mert nem sikerült még szert tenniük rá. A nyilatkozó szemléletének elfogultságát beszédesen jelzi még az a körülmény, hogy — ezt olvashatjuk ki a referátumból — angol nyelvtudása és „öltözködése” (?) révén nem rítt ki a holland miliőből [szembeállítva azt a (barbár?) magyarral?]. Az előbb citált professzorok intézetében már évtizedekkel ezelőtt elemi követelmény volt a kellő nyelvtudás; magunk szerencsésen többször megfordulhattunk nyugati országokban, de öltözkönnünk miatt soha nem volt kisebbségi érzésünk!

Lehetséges, hogy a nyilatkozó az eredeti cikkben nem általánosít ilyen kategorikusan, mi azonban a referátum alapján vagyunk képtelenek ítélni, amely a legszörnyesebb szakmai nyilvánosságot biztosítja, ezért kritikánkat a referens és az Orvosi Hetilap felé is nyújtjuk. Mi mindenestre ismerünk olyanokat az „idősebb generáció” köréből, akiknek nem kell feltétlenül konfliktusba kerülni és ismerünk olyan

fiatalokat, akiknek ugyanez a véleménye. A magyar egészségügy megújításán fáradozunk. Ennek végrehajtása a fiatalokra vár, megtervezése azonban nem nélkülözheti az idők korrekt tapasztalatának és fiatalok aktivitásának összefonódását. Veszélyes kísérlet vadonatúj szakaszt nyitni a történelemben, a múltat és elődöket feltétel nélkül kiiktatva és elfeledve: ennek legékebb bizonyítéka éppen a sokat emlegetett „szürke, matt és barna” periódus!

Kádas István dr. (66 éves)
Hegedűs Géza dr. (38 éves)

T. Szerkesztőség! Kétségtelen, hogy J. M. Spanjer holland újságíró a holland O. H.-ban megjelent közleménye éles hangú, és provokálhatja azokat, akik nem felelősek a magyar egészségügy elszürküléséért — sőt —, évtizedeken át megtettek mindent egészségügyünk színtelenné válása ellen illúziók nélkül, szakmai tudásukra és hivatásszeretetükre támaszkodva. Ez azonban nem volt elég. Ha igyekeztünk nagyobb eredményekkel járt volna, most a holland orvosok jönnének hozzánk tanulmányútra.

A cikkben szereplő fiatal szemész kategorikus kijelentései általánosítanak, az árnyoldalakat emeli ki, de hisz éppen ezek elűntetése a kiküldetés célja! A pécsi kollégák levelében az idézőjelbe tett kijelentések az eredeti cikkben is idézőjelben szerepelnek. Feltehető, hogy küldöttünk kategorikusan fogalmazott, de lehet, hogy az újságíró egyszerűsített, talán színesített. Ezt velük kellene tisztázni — de minek? A holland O. H.-t csak hollandok olvassák (rajtán kívül) — a tiltakozás csak udvarias mosolyt fakasztana.

Spanjer asszony kiemeli a meginterjúvolt fiatalember előnyös megjelenését, nyelvtudását. Ez csak nem hiba? Az újságíró többi cikkéhez hasonlítva én határozottan jóindulatot vélek soriba felfedezni. Nem vagyok egy véleményen a pécsi levélírókkal a magyar orvosok, szakdolgozók nyelvtudásának és viselkedésének megítélésében: az iskolából kikerültek nyelvtudása — enyhén szólva — hiányos. Később, munka közben nagy akaratfővel, szorgalommal igyekeznek nyelveket tanulni. Ebben a hollandok óriási előnyben vannak, innen a biztató elismerés szemészünk felé. A civilizált viselkedésben is előfordulnak hiányok: az édesanyák csak „mellékfoglalkozásban” nevelhetik a gyermekeiket. A kollégiumi élet, a menzán étkezés stb. nem pótolhatja a gyermekszobát.

A fiatalok nem érzik koruk miatt magukat felelősnek a múltért, hajlamosak minden bajért, már csak koruk miatt is — az idősebbeket okolni. Ugyanakkor — kezdve a felvételi procedúrától a végső minősítésig — úgy érezték — tudástól függetlenül, saját hiba nélkül —, származási stb. okok miatt mások előnyökben részesültek. Lehet, hogy ez is hozzájárul az egybeült és megnyilvánuló türelmetlen és agresszív viselkedésükhöz. A szemész és Spanjer nem sőtörték szőnyeg alá problémáinkat.

A referáló egyébként a közlemények lényegét foglalja össze. Egyéni véleménye esetében azt zárójelbe téve „Ref.” jelzéssel közli.

Ribiczey Sándor dr.

Szerkesztőségi kommentár: A referátum tartalmához, a csatlakozó levélhez és a válaszhhoz nem kívánunk megjegyzést fűzni. Az érdemi választ megadta a referáló.

Talán azt jegyeznénk meg, hogy nem árt, ha tájékozódunk arról, mit (is) ír rólunk a külföldi szaksajtó. Az ilyen tájékozódásban

nagy segítséget nyújt Ribiczey dr., aki egyébként túlnyomó többségünk számára nyelvi okból is hozzáférhetetlen folyóirat, a holland Orvosi Hetilap (Ned. Tijdschr. Geneesk.) közleményeiről nyújt számunkra értékes információkat, évek óta, rendszeresen.

A Springer-Hungarica Kiadó szervezésében induló tanfolyam:

A hypertonia pathogeneze és terápiája

Prof. Dr. Farsang Csaba és az Országos Háziorvosi Intézet közös rendezésében

Részletes tematika:

- | | |
|---|---|
| 1. előadás: Új eredmények a hypertonia patofiziológiájában
Primer és szekunder hypertoniák
Prof. Dr. Farsang Csaba
1992. november 4. | 5. előadás: Béta-receptor-blokkolók
Prof. Dr. Kékes Ede
Diuretikumok
Dr. Horányi Péter
1993. március 3. |
| 2. előadás: Renalis hypertonia pathomechanizmusa
Dr. Kiss István
Endocrin hypertonia pathomechanizmusa
Dr. Alföldi Sándor
1992. december 2. | 6. előadás: Kalcium-antagonisták
Dr. Kiss István
ACE-inhibitorok
Prof. Dr. Farsang Csaba
1993. április 7. |
| 3. előadás: Új vérnyomásmérési módszerek
Dr. Alföldi Sándor
UH diagnosztika
Dr. Varga Piroska
1993. január 13. | 7. előadás: Centrális szerek és direkt vazodilatátorok
Dr. Kapocsi Judit
Új utak a hypertonia kezelésében
Prof. Dr. Farsang Csaba
1993. május 5. |
| 4. előadás: A hypertonia nem farmakológiai kezelése
Dr. Kishegyi Júlia
Vérnyomáscsökkentő gyógyszerek
Prof. Dr. Farsang Csaba
1993. február 10. | 8. előadás: Antihipertenzív kezelés stratégiája (mikor, mivel, mennyit)
Prof. Dr. Farsang Csaba
Hypertonia kezelése a háziorvosi gyakorlatban
Dr. Török Katalin
1993. június 9. |

A tanfolyam helye: Springer Hungarica Kiadó 2. emelet, konferenciaterem 1075 Budapest, Wesselényi u. 28.

Információ, tájékoztatás, ügyintézés: Márkus Jánosnál levélben a kiadónál, vagy telefonon: 25-15-088 (fax: 25-15-973)

A tanfolyam kezdete: 1992. november 4.

Előadások havonta egyszer, szerdai napokon, 13–17 óráig.

A tanfolyam részvételi díja: 7000 Ft. A befizetéseket kérjük az MHB 215-18667 sz. számlára, a tanfolyam nevének megjelölésével.

A tanfolyam tesztvizsgával zárul. Ez alapján állítják ki a tanfolyam vezetői azt a bizonyítványt, amely a későbbi, háziorvosi szakvizsgába beszámít.

Jelentkezési lap

Alulírott, jelentkezem a Springer Hungarica Kiadó által szervezett
„A hypertonia pathogeneze és terápiája” című tanfolyamra.

Név: _____

Cím, irányítószám: _____

Munkahely: _____

BESZÁMOLÓK

Nemzetközi képzés és együttműködés kérdései az egészségügyben

A francia Egészségügyi Minisztérium nemzetközi kapcsolatok osztálya, a párizsi nemzeti Egészségügyi Felvilágosító Intézet (ENSP) és az Egészségügyi Fejlesztési és Kooperációs Szövetség (ACODESS) szervezésében 1992. április 21–24. között Párizsban nemzetközi egészségügyi kongresszusra került sor az UNESCO helyiségeiben. A tudományos összefüggésről, amelyen 42 országból több mint 400-an voltak jelen, a francia Egészségügyi Minisztérium meghívására vettem részt. A konferencia nyelve kizárólag francia volt. A tanácskozás hét nagy szekcióban folytatódott munkáját. A 3-as szekcióban kerültek megbeszélésre a kelet-európai országok egészségügyi kérdései. A napirenden a következő témák szerepeltek: 1. az egyes országok egészségügyi helyzetének ismeretése, hasonlóságok és eltérések a szerkezeti felépítésben. 2. Törékvételek rövid és hosszú távon az egészségügyi szolgáltatások megújítására, a résztvevők és meghívott előadók javaslatai, észrevételei a meglévő helyzet értékelése alapján. 3. a képzés és továbbképzés kérdései az egészségügy különböző szektoraiban, az együttműködés lehetőségei az egyes hasonló felépítésű országok között. A kelet-európai szekcióban, amelynek munkáját dr. M. Danzon, a WHO koppenhágai területi irodájának kelet-európai osztályvezetője moderálta a következő országok delegátusai vettek részt: Bulgária, Csehszlovákia, Albánia, Lengyelország, Magyarország, Románia és megfigyelőként Svédország és

Franciaország. Ez utóbbit Mme A. Ornon *de Calan*, a kelet-európai ügyekkel foglalkozó minisztériumi főtisztviselő képviselte. A szekcióülés első napján ismertem a hazai alapellátás megreformálását. A beszámolót élénk vita követte, kiderült, hogy a környező országok egyikében sem került sor egészségügyi reform bevezetésére. A harmadik napon, amikor az együttműködés kérdései szerepeltek a napirenden, a szekcióülést dr. Danzon távollétében, felkérésére én vezettem le. A nagyszabású nemzetközi összefüggésről záróaktusaként Prof. J. F. Girard értékelte a kongresszus munkáját, majd Dr. Bernard Kouchner francia egészségügyi miniszter fogadást adott az ENSZ nemzetközi szervezeteinek delegátusai és a szekcióülések vezetői részére.

Soós Aladár dr.

Fiatl sebészek konferenciája

1992. május 22-én 15 órai kezdettel rendezték meg a „Fiatl sebészek akut sebészeti, baleseti sebészeti gyakorlata, tapasztalatai” konferenciát, melyet a köztársasági elnök úr levélben, meleg szavakkal köszöntött személyes képviselője, dr. Pick Róbert ezredes úr által. Az első felkért előadó dr. Bartha Tibor Kolozsváron dolgozó sebész volt, aki videóval illusztrálva megrendítő képet festett az Erdélyben egészségügyi ellátást biztosító munkakörülményeiről. Ezután dr. Gráber Hedvig professzorasszony beszélt oldottan, de nagyon felkészülten a sebészeti megbetegedések antibiotikus terápiájáról és profilaxisáról. A harmadik felkért előadást dr. Bálványossy Péter főorvos tartotta az osztályukon alkalmazott hajlékony kórházi szoftver gyakorlati felhasználásáról. Rövid szünet után

teszteket osztottak ki, majd következtek a fiatal sebészek előadásai. Összesen 32 000 Ft díjat adtak át.

Első díj: Dr. Gárgyán István (Szeged): Elülso keresztszalag pótlás peroneus brevis innal.

Második díj: Dr. Arnold Dénes (Bp., Nyíró Kh.): Az akut sonográfia szerepe a jobb bordaív alatti fájdalmak differenciáldiagnosztikájában.

A Szezon Tourist különdíja: Dr. Solyom János (Bp., Szt. János Kh.): Application of computerised picture-processing at the Department of Orthopedics and Traumatology (angol nyelven).

A konferencia tudományos igazgatója, prof. dr. Besznák István dicséretét és a MOTESZ ajándékát dr. Fónagy-Mogyoróssy András (Bp., Szt. János Kh.) kapta a „Götze cerclage szerepe a lábszártörések kezelésében” című előadásáért. A teszt legjobb megoldói közül (15-ből 11 helyes válasz) dr. Sándor Ferenc (Bp., Nyíró Kh.) nyerte a Springer Kiadó 100 DEM értékű utalványát. Több előadó Orvosi Hetilap és Lege Artis Medicinae előfizetést kapott. A konferencia az előadásokon kívül tájékoztatást adott a Springer Kiadó magas színvonalú orvosi könyveiről, a Johnson and Johnson legmodernebb gyógyászati eszközzeiről, a Compmark cég modern számítástechnikai szoftverjeiről a Roussel legújabb antibiotikumairól, és a Szezon Tourist gyógyüdülési programjairól. Köszönet illeti a Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatóságát, ill. dr. Karácsonyi László igazgató urat a rendezvény lebonyolításához adott bravúros segítségéért.

1992. október 30-án folytatás következik a Fővárosi Nyíró Gyula Kh.-ban, minden érdeklődőt szeretettel várunk, a fődíj 1000 ATS.

Wagner Viktor dr.

A rendezvények és a kongresszusi híryanagok leadásának határideje a lap megjelenése előtt 40 nap, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Springer Hungarica Kiadó Kft.

KÓRHÁZAK, KLINIKÁK, KÖRZETI ÉS MAGÁNORVOSI RENDELŐK FIGYELMÉBE!

Közvetlen japán gyártóktól kapott ajánlatok alapján, rendkívül előnyös feltételek mellett megrendelhetők a következő orvosi műszerek:

- Ultrahangdiagnosztikai berendezések
- Véranalizátorok (kémiai, hematológiai és ion-szelektív)
- Intelligens EKG-készülékek
- Terheléses EKG-készülékek (24 órás rekorderek + kiértékelőegység)
- Holter EKG-rendszerek
- Spiroanalizátorok
- 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

Az MTA PAB Klinikai Hemoreológiai és Angiológiai Munkabizottsága, a Német és a Magyar Angiológiai Társaság támogatásával, 1992. október 2-án, pénteken, a pécsi Akadémiai színházban (Pécs, Jurisics M. u. 44.) rendezi meg a **FIRST VASCULAR ULTRASOUND SYMPOSIUM**-ot.

A nemzetközi szaktekintélyek által, az érrendszer majdnem egészét átfogó duplex ultrahangos diagnosztika elvi és gyakorlati kérdéseiről tartott referátumok kiegészítéseképpen bemutatásra kerülnek a napjainkban hozzáférhető legmodernebb color duplex készülékek (Acuson, ATL stb.) is.

Információ: dr. Wéber György, klinikai adjunktus

POTE I. Sebészeti Klinika, Pécs, Ifjúság u. 13. Tel.: 722-4122.

A Springer Hungarica Kiadó szervezésében induló tanfolyam:

Tüdőgyógyászat az általános gyakorlatban

A SOTE Pulmonológiai Klinika és az Országos Háziorvosi Intézet közös rendezésében

A tanfolyam vezetői: Prof. Dr. Hutás Imre és Dr. Fodor Miklós

Részletes tematika:

1. előadás: Endoszkópos vizsgálatok és képalkotó eljárások a mellkasi diagnosztikában (rtg, UH, bronchosopia, thoracosopia, CT)
Prof. Dr. Liszka György, Dr. Zsiray Miklós,
Dr. Györi Zsuzsanna, Dr. Lantos Ákos
1992. november 5.
2. előadás: A tüdő jó- és rosszindulatú daganatai
Dr. Appel Judit
Tüdődaganatok gyógyszeres terápiája
Dr. Szondy Klára
Hörgődaganatok lézer- és sugárterápiája
Prof. Dr. Kertes István
1992. november 12.
3. előadás: Légzésfunkciós diagnosztikai ismeretek
Prof. Dr. Magyar Pál
A légzési elégtelenség és terápiája
Dr. Falus Ferenc
1992. november 19.
4. előadás: Allergiás betegségek diagnosztikája
Dr. Márk Zsuzsanna
Az asthma korszerű terápiája
Dr. Zsámboki Gabriella
Foglalkozási asthma
Dr. Orosz Márta
1992. november 26.
5. előadás: Az idült hörghurut és emphysema
Prof. Dr. Magyar Pál
A cor pulmonale decompensatum diagnosztikája
Dr. Kardos Kálmán
1992. december 3.
6. előadás: A tüdőembólia
Prof. Dr. Vastag Endre
Tüdőfibrosisok és a tüdő ritka betegségei
Dr. Zsiray Miklós
1992. december 10.
7. előadás: Tüdőgyulladás
Dr. Tarján Enikő
Alvás alatti légzészavarok jelentősége, terápiás próbálkozások
Dr. Wollák András
1992. december 17.
8. előadás: A tüdőgümőkör napjainkban
Prof. Dr. Hutás Imre
Tüdőelváltozások AIDS-ben
Dr. Miskovits Eszter
1993. január 14.
9. előadás: A mediastinum és mellhártya megbetegedései, a spontán ptx
Prof. Dr. Miskovits Gusztáv
A gyulladásos és daganatos pleurális folyadékgyülemek kezelése
Dr. Lantos Ákos
1993. január 21.
10. előadás: Tüdőbetegek ellátása a háziorvosi gyakorlatban
Dr. Török Katalin
1993. január 28.

A tanfolyam helye: Springer Hungarica Kiadó 2. emelet, konferenciaterem, 1075 Budapest, Wesselényi u. 28.

Információ, tájékoztatás, ügyintézés: Márkus Jánosnál levélben a kiadónál, vagy telefonon: 251-5088 (fax 251-5973)

A tanfolyam kezdete: 1992. november 5.

Előadások minden héten csütörtökön 10–14 óráig.

A tanfolyam részvételi díja: 8000 Ft. A befizetéseket kérjük az MHB 215-18667 sz. számlára, a tanfolyam nevének megjelölésével.

A tanfolyam tesztvizsgával zárul. Ez alapján állítja ki a SOTE Pulmonológiai Klinika és az Országos Háziorvosi Intézet a tanfolyam elvégzését tanúsító bizonyítványt, amely a későbbi, háziorvosi szakvizsgába beszámít.

Jelentkezési lap

Alulírott jelentkezem a Springer Hungarica Kiadó által szervezett
„Tüdőgyógyászat az általános gyakorlatban” című tanfolyamra

Név: _____

Cím, irányítószám: _____

Munkahely: _____

ÚJ DIMENZIÓ A COLITIS ULCEROSA TERÁPIÁBAN

Dipentum[®]

(olsalazine)

250 mg kapszula



Specifikus hatás ▶ a gyógyszer 97%-a közvetlenül a colonba kerül

Biztonság ▶ minimális 5-ASA abszorpció

Jobb életminőség ▶ a betegek 89%-ban jól tolerálják

Rendelhetőség: vényre egyszeri alkalommal kiadható.
A készítmény részletes ismertetőjét az alkalmazási előírat tartalmazza.



Kabi Pharmacia Képviseleti Iroda
1132 Budapest, Csanády u. 25/b
Tel/Fax: 120-2954

Kabikinase[®]

(streptokinase)

250 000 NE
1 500 000 NE



Javallatok

- Akut miokardiális infarktus
- Mélyvénás trombózis
- Akut masszív tüdőembólia
- Embólia vagy trombus által keletkezett akut arteriális elzáródások
- Rögzépződés a hemodialízis shuntben
- Intrapleurális adhéziók
- Tricuspidális billentyű-protézis trombózisa

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előirat tartalmazza.
További információért kérjük forduljon képviseleti irodánkhoz.



Kabi Pharmacia Képviseleti Iroda 1132 Budapest, Csanády u. 25/b Tel/Fax: 120-2954

KÖNYVISMERTETÉSEK

Otto-Erich Lund és Theo N. Waubke: *Auge und Immunologie*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1991.

A 198 oldalas, 19 fejezetre tagozódó, 110 ábrát és 60 táblázatot tartalmazó mű a Bücherei des Augenarztes 125. kötete, mely a XXVI. Esseni Szemorvos Továbbképzés (1991) főreferátumait tartalmazza.

Az összefoglaló G. Uhlenbruck kölni immunológusprofesszor „A szem és az immunrendszer” című közleményével indul. Az immunrendszert a megismerés ősi formájának nevezi, amely képes a „saját” és az „idegen” fogalmát megkülönböztetni. Érdekes módon tárgyalja a látás — agy — immunrendszer, a psychoneuro-immunológia működését. Korunkban fokozott jelentőségűnek tartja a szép látványából eredő eustress immunrendszert stimuláló és stabilizáló hatását. Talán érdemes a közlemények címét felsorolni: 2. Allergia és a szem, 3. Szemfertőzések immunológiája, 4. Immundefektusok és a szem, 5. Immunopathologia, 6. Kollagénbetegségek és a szem, 7. Systemás immunbetegségek és a szem, 8. Endokrin ophthalmopathia, 9. A szemészeti immunopathiák klinikai-pathológiai korrelációi, 10. A szem immunopathológiai princípiumai, 11. A központi idegrendszer és a látópálya immunopathológiája, 12. Immunológia és trans-

plantum kilökődés keratoplasticában, 13. Immunológiai vizsgálómódszerek a szemészetben, 14. Az orbita és szemhéjak immunbetegségei, 15. A szaruhártya immunológiája (a legrészletesebb, klinikailag leghasznosabb fejezet), 16. Az érhártya és az ideghártya immunológiája, 17. HLA elváltozással járó szembetegségek, 18. Szemészeti danagat-immunológia, 19. Szemészeti immunológiai betegségek terápiájának alapelvei.

A szemészeti immunbetegségek számának és terápiás nehézségeinek ismeretében minden szemosztály könyvtárába ajánlanám ezt a szemléletében és tartalmában korszerű összefoglalást.

Brooser Gábor dr.

G. Rontó és I. Tarján: *An Introduction to Biophysics with medical orientation*. Szerzők: L. Berkes, S. Györgyi, G. Rontó, I. Tarján. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Érett munka, a 7. magyar nyelvű átdolgozott kiadás 2. angol nyelvű és egyben bővített változata, az orvosképzésben nagy tapasztalatú szerzők tollából. A kötetnek a nemzetközi irodalomban is rangos helyet biztosít a témakörök olyatén megválasztása, hogy a biofizikának valóban az orvosi

vonatkozású alapvető ismeretanyagát foglalja magába.

A 7 fő fejezet az anyag szerkezetével, a szerkezet és funkció molekuláris hátterével, az ionizáló sugárzások orvosi alkalmazásának alapjaival, az életfolyamatok termodinamikai alapjaival, a biológiai szerkezet analízisének mikroszkópos és szubmikroszkópos módszerei fizikájával, az életfolyamatok termodinamikai alapjaival, a biológiai-orvosi elektronikával, az ingerfolyamatok biofizikájával, valamint a biokibernetika elemeivel foglalkozik. A kötetet hasznos táblázatok és néhány matematikai kérdéssel foglalkozó függelék egészíti ki. A szöveg megértését 250 igen jól szerkesztett vázlatos ábra és 45 táblázat könnyíti és magyarázza. Az összesen mintegy 200 képlet a legfontosabbak közül való és nem „terheli túl” a matematikai kifejezési formákat kevésbé kedvelő olvasókat sem. A részletek iránt érdeklődőknek néhány irodalmi hivatkozás ad további segítséget.

A kötetet bizonyára nemcsak az orvostanhallgatók, hanem más szakterület kutatói, valamint a klinikai oktatásban és gyógyításban részt vevő orvosok is haszonnal forgatják. A lényegretörő, jól szerkesztett, didaktikus munka tovább öregbíti az orvostudomány magyar elméleti kutatóinak hírnevét a külföldi diákok és szakemberek körében. Ehhez hozzájárul a könyv jól élvezhető, nem túlságosan idiomatikus angol nyelvű fordítása is.

Köteles György dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMEÉNYEK

Az IM Büntetés-végrehajtás Központi Kórház (2316 Tökök, Ráckevei út 6.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet belgyógyászatán nyugdíjazás folyamán megüresedett osztályvezető főorvosi állásra.

Feltétel: Belgyógyászatból legalább 10 évvel ezelőtt szerzett szakvizsga, feddhetetlenség. Előnyt jelent cardiológiában és gastroenterológiában való jártasság, idegen nyelv(ek) ismerete.

Pályázat benyújtási helye: IM Bv. Központi Kórház, személyzeti és szoc. ea.

Határidő: a megjelenéstől számított 30 nap.

A pályázat tartalmazza a rövid szakmai önéletrajz mellett a pályázó elképzeléseit az osztályvezetésre vonatkozólag.

Személyes informálódás: 166-6722, 166-6700 telefonon.

Dr. Kovács Imre bv. o. őrgy.
főigazgató főorvos

A Debrecen Megyei Jogú Város Egészségügyi Szolgálat igazgató főorvosa pályázatot hirdet a működési területéhez tartozó Városi Gyermek Szív- és Légzőszervi Gondozóban újonnan szervezett gyermekkardiológus szakorvosi állásra.

Az állást pályázhatják szakvizsgához közel állók is, illetőleg olyan gyermekszakorvosok, akik vállalják a szakképesítés megszerzését.

Információt az 52/15-044 sz. telefonon lehet kérni.

A bérezés megegyezés tárgyát képezi az érvényes rendeletek figyelembevételével.

A pályázat benyújtási határideje: a megjelenéstől számított 30 nap.

Dr. Fazekas Béla
igazgató főorvos

Az Edeleny Városi Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett háziorvosi állásra.

Az állásra magyarországi egyetemen szerzett orvosi diplomával pályázhatnak, ennek elnyerésénél az általános orvosi, illetve belgyógyász-szakképesítéssel rendelkezők előnyben részesülnek.

Lakás biztosított.

A pályázat beküldési határideje a megjelenést követő 15 nap.

Cím: Városi Kórház-Rendelőintézet 3780 Edeleny, Dankó Pista út 80. sz.

Dr. Jónás József
orvos-igazgató

A Komárom-Esztergom Megyei Rendőrfőkapitányság felvételt hirdet az Egészségügyi Osztályán:

1 fő gyógyító-megelőző orvos (belgyógyászati szakvizsga előnyt jelent)

1 fő büntető orvosi állás (kóronctan, iü. orvosi gyakorlat) betöltésére.

Érdeklődni lehet: Komárom-Esztergom Megyei Rendőrfőkapitányság Eü. Osztály vezetőjénél vagy helyettesénél.



CYTOTEC® 200 tableta (Misoprostolum)

ÖSSZETÉTEL: 200 mg Misoprostolum tablettánként

JAVALLAT — ADAGOLÁS: Gyomor-, bélrendszeri megbetegedések kezelése

Felnőtteknek: Duodenális és gyomorfekély, valamint nem szteroid gyulladásgátló kiváltotta peptikus fekély kezelésére napi 800 mcg két vagy négy részre elosztva, bevéve a reggelivel és/vagy minden főétkezéssel és esti lefekvéskor.

A kezelést kezdetben legalább 4 hétig kell folytatni még akkor is, ha a tünetek már hamarabb eltűnnek. A legtöbb esetben a fekély 4 hét után gyógyul, de a kezelést lehet folytatni 3 hétig, ha szükséges. A tünetek kiújulása esetén a kezelés ismételtethető.

Nem szteroid kiváltotta peptikus fekély profilaxisában napi 2-szer, 3-szor vagy 4-szer 200 mcg. A kezelés addig folytatható, amíg szükséges, és az adagot is egyénileg, a beteg állapotának megfelelően kell megválasztani.

Időseknek: A szokásos adag alkalmazható.

Veseelégtelenségben: Jelen ismeretek szerint nem szükséges az adag módosítása.

Májelégtelenségben: A Cytotec a testszerte jelenlévő zsírsavoxidáló rendszer útján metabolizálódik. Ezért májelégtelenség valószínűleg nem befolyásolja a metabolizmusát és plazmaszintjét.

Gyermekekben: nem vizsgálták a gyógyszer hatását nem szteroid gyulladásgátló okozta peptikus fekélyben.

ELLENJAVALLAT: Prosztataglandin túlérzékenység. Szoptatás. Terhes és terhességet tervező nők kezelése, mivel a gyógyszer növeli a méh tónusát és az összehúzódásokat, ezáltal vetélést okozhat.

MELLÉKHATÁSOK:

Gyomor-, bélrendszer: Hasmenés, ami olyan súlyos és tartós lehet, hogy a kezelést abba kell hagyni. Ez a hatás csökkenthető, ha nem nagyobb, mint 200 mcg-os egyszeri adagot étellel együtt adnak és kerülik főleg a magnéziumot tartalmazó antacidumok adását, ha az antacid adása is szükséges.

Hasi fájdalom: (diszpepsiával vagy anélkül) vagy hasmenés követheti a kezelést.

Egyéb hatások: diszpepszia, flatulencia, nauzea és hányás.

Női reproduktív rendszer: Menorrhagia, vaginális vérzés és menstruációk közötti vérzés pre- és posztmenopauzában lévő nőknél.

Egyéb mellékhatások: bőrkíütés, ritkán szédülés. A mellékhatások ugyanezek, ha a Cytotec-kel egyidejűleg nem szteroid gyulladásgátlót adnak.

GYÓGYSZERKÖLCÖNTHATÁS: jelenleg nem ismeretes.

FIGYELMEZTETÉS: A Cytotec nem okoz hypotenziót a duodenális és gyomorfekélyek kezelésében klinikailag hatékony dózistartományban. Azonban óvatosan kell adni olyan körülményekben, melyekben a hipotenzio súlyos szövődményekhez vezethet, pl. cerebrovaszkuláris kórképek, koronáriabetegség vagy súlyos perifériás vaszkuláris megbetegedés, beleértve a hipertóniát.

K-1637 OGYI eng. sz.: 3211/40/91

KISZERELÉS: 50 tableta

GYÁRTÓ: SEARLE

CSOMAGOLJA ÉS FORGALMAZZA:



PARMA
P.A.T.I.K.A.

PARMA PATIKA Gyógyszerellátó Vállalat
1145 Budapest, XIV., Uzsoki u. 36/a.

MEGJELENT

FOGORVOSI SZEMLE 1992. 1. sz.

Dr. Huszár György: Kemény Imre 1891—1974
Dr. Bónóczy Jolán: A cariesprevenció helyzete és módszerei Magyarországon és más európai országokban
Dr. Sárhegyi József: Fogazati rendellenességek halmozódásának ritka esete. Fogazati rendellenességek egy körzeti fogorvos eseteiből 12
Dr. Fehér Ákos, Dr. Tiszlavicz László: Extrém nagyságú lipoma a szájüregben (esetismertetés)
Lapszemle
Hírek

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT 1992. 1. sz.

Dr. Lampé István, Dr. Rácz Tamás: Az otoakusztikus emisszió jellemzői és felhasználási lehetősége a diagnosztikában I.
Dr. Lampé István, Dr. Rácz Tamás L.: Az otoakusztikus emisszió: normál hallókon szerzett első tapasztalataink II.
Dr. Pytel József, Dr. Bauer Miklós: Sajátfejlesztésű rendszer otoakusztikus emisszió mérésére
Dr. Büki Béla: Az otoakusztikus emissziós hallásvizsgálat jelentősége a klinikai audiológiában
Dr. Sziklai István, Dr. Komora Valéria, Dr. Flaunier Ildikó: Idegi vagy érzékhámsejt eredetű a percepció nagyothallás otosclerosisban?
Dr. Tamás László, Dr. Sziklai István, Dr. Répássy Gábor, Dr. Ribári Ottó: Kórjelző peptidek vizsgálata gégerákos betegek perifériás serumában
Dr. Jóri József, Dr. Sárvay László, Dr. Czinger Jenő: A n. accessorius radikális nyaki disszekció követő rekonstrukciója
Dr. Frint Tibor, Dr. Mészáros Krisztina: Hangszalagműtétet követő functionális hangképzési zavar
Dr. Nagy Tibor, Dr. Jókay István, Dr. Rafic Mehdi, Dr. Lampé István: Cefuroxim-axetil-tartalmú ZinnatR tableta alkalmazásával szerzett tapasztalataink acut sinusitis maxillaris kezelésében
Dr. Lampé István, Dr. Kisely Mihály, Dr. Pap Uzonka: A tásziprató szerepe a peritonitisz tályog diagnosztikájában és terápiájában
Dr. Jókay István, Dr. Nagy Tibor, Dr. Lampé István: Laterális sinus sigmoides thrombosis és computertomográfia
Dr. Szilágyi Tivadar, Dr. Thalacker Ulrich, Dr. Gódné Mária, Dr. Takácsi Nagy László: Tapasztalataink egy lethal midline granulomás beteg kezelésével kapcsolatban

GYERMEKGYÓGYÁSZAT 1992. 1. sz.

Dr. Miltényi Miklós: Néhány adat és gondolat) gyermekeink helyzetéről
Dr. Ilyés István: Növekedési retardáció és bioszintetikus emberi növekedési hormon
Dr. Météki Júlia, Dr. Vitéz Márta, Dr. Kodaj Imre, Dr. Czeizel Endre: Veleszületett végtagredükciós rendellenességek ikrekben

Dr. Pongrácz Kálmán, Dr. Csikós János: Légúti infekciók csecsemőkorban
Dr. Jakobovits Ákos: Ikergyakorítás a szövődésményes terhességekben
Dr. Harangi Ferenc: Vizelet kalcium-ürítés juvenilis krónikus arthritiben, a naproxen hatása a vizelet ion-, kreatinin-, húgysav-ürítésre és a percutiuresisre
Dr. Morava Éva, Dr. Harangi Ferenc, Dr. Hallódy Katalin, Dr. Dani Mária: Guillain-Barré-szindróma gyermekkorban
Dr. Dávidovics Sándor: Appendicitis 4 éves életkor alatt
Dr. Jakobovits Ákos: A kihordott ikerterhességek klinikopatológiája
Dr. Csábi Márta, Dr. Schultz Károly: Acinetobacter calcoaceticus okozta pleuropneumonia kisgyermekben
Dr. Altorjay Áron, Dr. Altorjay István, Dr. Praefort László, Dr. Németh Pál: Gyermekkori nyelődőpótlás gyomorrallal
Dr. Sós István, Dr. Vikár András, Turmezeiné Dr. Horváth Judit, Dr. Szűcs László, Dr. Szegő Livia: Citrullinaemia. Esetismertetés, irodalmi áttekintés
Dr. Mikos Borbála, Dr. Btró Éva, Dr. Madácsy László: Nonketotikus hyperosmoláris diabeteses kóma gyermekkori esete
Dr. Szűcs Rozália, Dr. Baranyai Zsuzsanna, Dr. Kajár Pál, Dr. Klujber László: Szérum nukleozid koncentráció változása leukaemiás, malignus lymphomás és tumoros gyermekekben
Dr. Jakobovits Ákos: Fejlődési rendellenességek ikrekben
Dr. Borka Péter, Dr. Apor Péter: Mucoviscidosisos gyermekek fizikai terhelése
Dr. Kis Éva, Dr. Verebélyi Tibor, Dr. Mátyus István, Dr. Balogh Lida: Az ureterátulat diagnosztikája újszülöttkorban
Dr. Kövesi Tamás, Dr. Adamovich Károly: Gastrocolicus fistula újszülöttkorban
42. sz. Módszertani levél
45. sz. Módszertani levél
Levél a szerkesztőséghez

KÓRHÁZ- ÉS ORVOSTECHNIKA 1992. 1. sz.

Az Országos Kórház és Orvostechnikai Intézet közleménye: Javaslat az egészségügyi alapellátást biztosító orvosi rendelők (orvosi munkahelyek) kialakításának
A) technológiai követelményeire,
B) orvosi gép-műszer, eszköz felszerelésére
Gecser Ottó: A levegő recirkulációja kórházi műtőkben
Kovács Zoltán: Az egészségügyi technikai eszközparkját érintő döntések

LEGE ARTIS MEDICINAE 1992. 2. sz.

Dr. Gulyás Gusztáv: A plasztikai sebészet újabb lehetőségei a daganat miatt eltávolított emlő pótlására
Dr. Szirmai Imre, Dr. Juhász Csaba, Surek György, Dologh Ervin: EEG mapping használata a neurológiai diagnosztikában
Dr. Pokorny Lajos, Dr. Bali Ilona, Dr. Nagy Endre, Dr. Szöllősi János, Dr. Vadon Gábor: Eredményeink a varicocele scleroterápiájában

Dr. Farkas Katalin, Dr. Horváth Péter, Dr. Kusztos Dénes: Az arteria carotis interna véráramlásának bidirectional Doppler vizsgálata
Dr. Csókási Zoltán, Dr. Morvay Zita, Dr. Vadon Gábor: A térd ultrahang vizsgálata
Dr. Szabó György, Dr. Novák László, Dr. Schmidt Béla: Az allogén csontátültetések immunológiai vonatkozásai
Dr. Magdics Mária, Dr. Schmidt Béla: Mozgásszervi betegségek gyakorisága bányászok között
EGYÉB KÖZLEMÉNYEK
ETT állásfoglalás az orvosbiológiai kutatások szakmai-etikai kérdéséről
ETT állásfoglalás a természetgyógyászati ténykedésről és eljárásokról, valamint a nem bizonyított gyógyhatású, gyógyszerként el nem fogadott szerek orvosi alkalmazásáról
Dr. István Lajos, Dr. Rák Kálmán, Dr. Petrányi Győző: Csontvelő-transzplantáció felnőttekben
Dr. Eugen Hauke (fordította: Dr. Köves Ervin): Minőségbiztosítás a kórházi szolgáltatásokban — egy kihívás
Dr. Császár Gyula: Kritikai megjegyzések dr. Harmat Pál: Visszaélés a pszichoszomatikával című cikkéhez
Dr. Brassányi Pál: Mi lesz velünk, csapatorvosok?
Dr. Sas Géza: Jó étvágyat!
Dr. Gábor Zsuzsa: Másféppen az emberközpon-tú gyógyításról
Listákat ne!!!
A frontonálról jelentik
Arcok a Parlamentből: Fáklya Csaba
András László: Néhány mondat a betegszabadságról
Péli Gábor: A számítógépek megjelenése az egészségügyben II.
Dr. Bordás István: Egészségügyi Számítástechnikai Alapítvány és a Népjóléti Minisztérium Informatikai Koncepcióterve
Válogatás magyar kongresszusokból
Dr. Reichert Ursula: Munkaegészségügyi konferencia
Szj Ildikó, Józsa György, Dr. Vajda Miklós: Menedzserképző tanfolyam Hollandiában
Dr. Kiss László: A vérátömlesztésről — magyarul
Kovács Zoltán: A Dioszkuridész-kódex
Dr. Benedek György, Dr. Bóti Zsuzsanna, Dombi György: Vita az idegennyelv-oktatásról
Dr. Buda Béla: A magyar születés bántos szociológiája
LAM hírek

MAGYAR SEBÉSZET 1992. 1. sz.

Dr. Popovits József, Dr. Freili Géza, Dr. Szabó Gábor, Dr. Orbán Lajos: Gyomorműtétet követő postoperatív pancreatitis eseteink elemzése
Dr. Bartek István, Dr. Lukács László, Dr. Kassai Imre: Az arteria gastropiploica dextra használata myocardium revascularizációs műtétknél
Dr. Vitos Attila, Dr. Lúdin Andreas: A hasfal ventro-laterális vagy Spiegel sérvéről eseteink kapcsán
Dr. Antal András, Dr. Ezer Péter, Dr. Bártfai László, Dr. Kiss Tibor: A laparoscopus cholecystectomy hatásosságáról, gazdasági jelentőségéről
Dr. Bártfai László, Antal András, Dr. Ezer Péter, Dr. Kiss Tibor: A laparoscopus sebészeti beavatkozások kezdeti technikai nehézségei

Dr. Sándor Tamás, Dr. Fáy Kálmán, Dr. Hunyi László: A mélyvénás thrombosis diagnosztikája duplex scanning segítségével
 Dr. Joós Gyula, Dr. Pálffy András, Dr. Sáy Péter: Ascitese okozó belső pancreas-fistula sebészeti kezelése
 Dr. Simó Gábor, Dr. Kaholics István, Dr. Réfi Miklós: Perforatio a mesocolonon keresztül — gastroduodenalis hátsófalú fekélyek ritka szövődésének eseteinkben
 Dr. Gyurkovics Endre, Dr. Kiss Lajos: Sigma diverticulum perforációt követő subcutan és mediastinalis emphysema
 Dr. Orgován György, Dr. Szabados István, Dr. Vigh Lajos, Dr. Tóth Zoltán, Dr. Pap Ákos, Dr. Fehérvári Imre, Dr. Flautner Lajos: Áttöltésre előkészített pancreas cauda secretio vizsgálata léphilus ligatúra és lienalis erek arteriovenosus shunt-je után
 Dr. Endre Ferenc, Dr. Labancz Tibor, Dr. Gyórfi Adrienn, Dr. Furka István, Dr. Rosivall László: Captopril hatása a kísérletesen létrehozott hasúri adhéziók kialakulására
 Levelek a szerkesztőséghez
 Gondolatok a vitakultúráról
 MST hírek

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET 1992. 1. sz.

Dr. Lovász György, Dr. Bellyei Árpád: Korai térdízületi synovectomia a juvenilis rheumatoid arthritis kezelésében
 Dr. Manninger Jenő, Dr. Frenyó Sándor, Dr. Kazár György, Dr. Takács Erzsébet: A Garden-beosztás jelentősége a combnyaktörés dislocációjának meghatározásában
 Dr. Salamon Antal, Dr. Ihász Miklós, Dr. Sarang István, Dr. Mézes Miklós, Dr. Aryee Charles, Dr. Köfalvi István: Hasi sérülések polytraumatizációban
 Dr. Szepesi János, Dr. Szabó Edit, Dr. Hattyár Alpár: Rizikó-csoportú csecsemők sonographiás csípővizsgálatának eredményei
 Dr. Esztergályos János, Dr. Bohár László, Dr. Kerekes Viktória: A válltájék lágyrész-sérüléseinek ultrahangvizsgálata
 Dr. Montskó Péter: A felnőttkori idiopátiás combfej elhalás kezelése konzerv csontléc beültetésével

Dr. Kalmár István, Dr. Zách István, Dr. Tóth István: Lábszártörések kezelése Ender-szegezéssel
 Dr. Kósa János, Dr. Jakabos Péter, Dr. Pajzs Tamás: Súlyos égési sérültek első ellátása a napi gyakorlatban
 Dr. Szepesi András, Dr. Kazár György, Dr. Sarang István: Kerékpáros balesetek
 Dr. Magyari Zoltán, Dr. Kadas István, Dr. Salacz Tamás: Lábszártörések kezelése fixateur externe és thermoplastikus sín alkalmazásával
 Dr. Palkonyay Gábor, Dr. Dömötör Gábor: Csípőízületi chondromatosis
 Dr. Bárány István, Dr. Kazacsay Ferenc: Lapoc-katektómia műtéti kezelésének lehetőségei
 Dr. Szabó György: A csontátültetés módszere
 Könyvismertetés
 Hírek

MEDICINA THORACALIS 1992. 1. sz.

Köszöntő

Ajkay Zoltán: Konfliktuskezelés egy egészségügyi intézmény menedzsmentjében
 Kánitz Éva, Károly Alice: A bronchioloalveoláris carcinoma lefolyása, terápiája és prognózisa
 Károlyi Alice, Krompecher Éva: A Streptococcus pneumoniae kórokozó szerepe és gyógyszer-érzékenysége
 Kozma Dezső, Kormos Tamás: A Mycobacterium xenopi okozta tüdőmegbetegedés prognózisa
 Naszlady Attila: A kisvérkő hypertonia prevalenciája Magyarországon (10 éves követés WHO vizsgálat alapján)
 Pataki Géza: EF szűrési statisztika tanulságai
 Pálffy Gyula, Kostic Szilárd, Csekeő Attila, Agocs László, Vadász Pál: Változások és tendenciák a tüdőtuberculosis műtéti kezelésében
 Strausz János: Bronchologia '91
 Előzetes értesítés

MEDICUS UNIVERSALIS 1992. 1. sz.

Dr. Andor Miklós: Számvetés és remények 25 éve
 Dr. Margittay Erzsébet: AIDS — A családorvos szemével
 Dr. Balogh Sándor: Praxis-analízis, játék vagy valóság?

Dr. Domán Vera: Elvek és módszerek a családorvoslás oktatásához
 Dr. Forster Tamás—Dr. Csanády Miklós: Színkódolt Doppler echokardiográfia
 Dr. Halmos Tamás—Dr. Kautzky László—Dr. Grósz Andrea: A 2. típusú cukorbetegség (NIDDM) kezelésének javallatai és elgondolkodtató ellenjavallatai
 Dr. Dévai Judit: Az ismeretlen eredetű áttételes rák belgyógyászati vonatkozásai
 Dr. Vadász Imre: A tartós otthoni oxigénkezelésről
 Dr. Császár Gyula: A gyakori orvos pszichoterápiás lehetősége: „Flash-technika”
 Dr. Antal Géza: Ketoconazol 2%-os krém (Nizoral) alkalmazása a vaginovulvaris mikózisokban

ORVOSKÉPZÉS 1992. 1. sz.

Dr. Nyerges Gáborné, Dr. Bodza Zsuzsa, Dr. Nyerges Gábor: A pertussis oltások idegrendszeri szövődményei. Vége egy mítosznak?
 Dr. Rényi-Vámos Ferenc, Dr. Jansen Judit, Dr. Frang Dezső: A diabeteses nephropathia eredetű idült veseelégtelenség kezelése
 Dr. Szekanez Zoltán, Dr. Szegedi Gyula: Lymphocyt-endothelium kölcsönhatások poliszisztémás autoimmun betegségekben. I. Irodalmi áttekintés
 Dr. Juhász Béla, Dr. Kurjak Asim, Dr. Lampé László, Dr. Zalud Ivica, Dr. Crvenkovic Gordan, Dr. Hernádi Zoltán: Nőgyógyászati daganatok in vivo szövettani karakterizációja transzvaginális color Doppler-ultraszonográfia segítségével. Saját tapasztalatok
 Dr. Szántó Ferenc, Dr. Bártfai György, Dr. Kovács László: Az emlő stimulációs teszt egy újabb diagnosztikus lehetőség a modern szülészeti gyakorlatban
 Dr. Bálint Gábor Sándor: A népi gyógyászat (tradicionális medicina) szerepe az afrikai betegellátásban
 Dr. Nagy György: Polycythaemia rubra vera lefolyása, stádium beosztása, kezelése és gondozása
 Dr. Regöly-Mérei János, Dr. Ihász Mihály, Dr. Záborszky András, Dr. Dubecz Sándor: A real-time szonográfia lehetőségei az akut hasi kórképek differenciáldiagnosztikájában és posztoperatív szövődmények felismerésében (Tapasztalataink 1609 kontrollált vizsgálat alapján)

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
- Véranalizátorok
- Intelligens EKG-készülékek
- Szemfenéktükrök
- Elektromos akupunktúrás kezelők
- Spiroanalizátorok
- Fogászati kezelőegységek
- Fogászati anyagok
- Anaesthesiológiai berendezések
- Őrőmonitorok

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 Hayashi Denki Co. által gyártott HADECO ES-100X Mini Doppler ultrahangos véráramlásmérő készülék és az AIKA Medical Corp. anaesthesiológiai készülékeinek magyarországi kizárólagos forgalmazója: INTERCOOPERATION RT.

Gyermekek- és felnőttkori bakteriális légúti fertőzések kezelésére:

Ceclor[®]

cefaclor

Maximális előnyök. . .



98%

klinikai hatékonyság¹

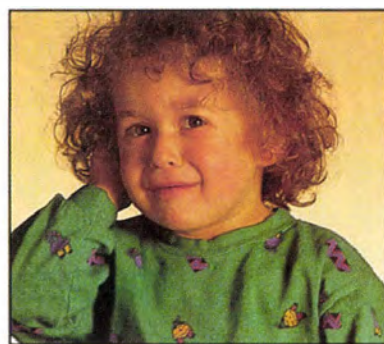
béta-laktamase termelő
és nem termelő
Haemophilus Influenzae okozta
bronchitisben



92%

klinikai hatékonyság¹

gyermek- és felnőttkori
akut bakteriális sinusitisben



95%

klinikai hatékonyság¹

otitis mediában



Íze alapján egyedül
a Ceclor[®] bizonyult
100%-osan elfogadottnak.
(otitis media kezelésében,
377 gyermek esetén)²



LILLY HUNGÁRIA

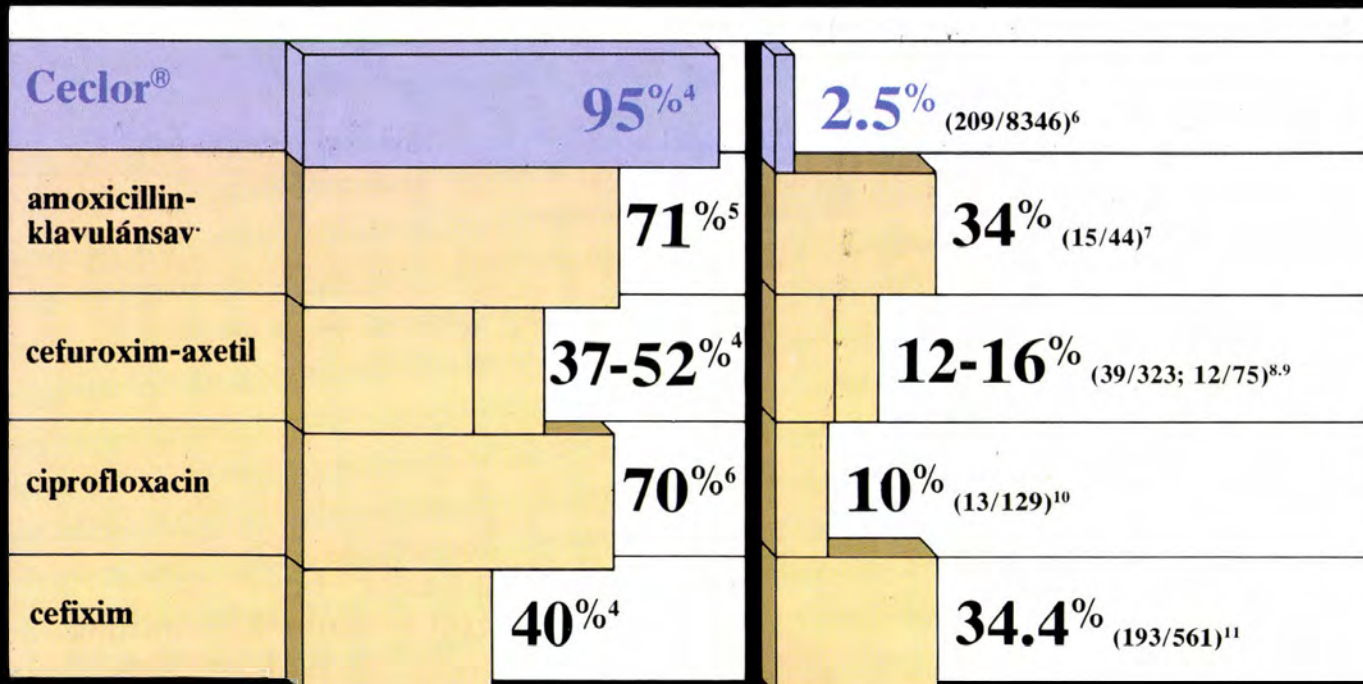
H-1072 Budapest, Nyár utca 32.

Tel.: 252-4095, 252-4175, 252-4299. Fax: 252-4376

„A cefaclor nagyon jól szívódik fel és igen csekély a gastrointestinalis mellékhatások gyakorisága.”³

Felszívódási adatok, más antibiotikumokkal összehasonlítva:

Gastrointestinalis mellékhatások gyakorisága, más antibiotikumokkal összehasonlítva:



Irodalom:

1. Data on file, Lilly Research Laboratories.
2. *South Med J.* 1990;83:1174-1177.
3. *Clin Ther.* 1991;13:189-193.
4. *DICP, Ann Pharmacother.* 1990;24:45-51.
5. *Drugs.* 1988;35(suppl 7):29-33.

6. *PDR.* 1991.
7. *Antimicrob Agents Chemother.* 1983;24:856-859.
8. *Royal Society of Medicine Services International Congress and Symposium Series No. 124.* Royal Society of Medicine Services Limited; 1987: 45-52.

9. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1989;115:1430-1433.
10. *J Antimicrob Chemother.* 1986;18(suppl D): 139-145.
11. *Pediatr Infect Dis J.* 1987;6:976-980.

Az 1992 augusztusában törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (II. rész)

Az Augmentin 1,2 g iv. injekcióról:

Az Augmentin baktericid hatású számos Gram-pozitív és Gram-negatív baktériumra, beleértve a kórházi és területi gyakorlatban előforduló klinikailag fontos béta-laktamáz termelő, penicillin rezisztens kórokozó baktériumokat is. A baktericid hatású, széles spektrumú penicillin, az amoxicillin és egy progresszív és irreverzibilis béta-laktamáz gátló anyag, a kálium klavulanát keverékből álló készítmény. A kálium klavulanát megvédi az amoxicillint sok Gram-negatív és Gram-pozitív baktérium által termelt béta-laktamáz enzimek destruktív hatásától, és így antibakteriális aktivitásának elvesztésétől. Az amoxicillin hatásspektruma ily módon azokra a mikroorganizmusokra is kiterjed, amelyek egyébként béta-laktamáz termelésük révén az amoxicillinnal szemben rezisztensek lennének. Az Augmentin eliminálja az elsődleges kórokozót és a fertőzés helyén lévő béta-laktamáz termelő, nem patogén mikroorganizmusok nem inaktíválják.

Hatásspektruma a következő:

Gram-pozitívok

Aerobok: * Staphylococcus aureus
Streptococcus pneumoniae
* Staphylococcus epidermidis
Streptococcus viridans
Streptococcus pyogenes
Streptococcus faecalis
Bacillus anthracis
Listeria monocytogenes
Corynebacterium fajok
Anaerobok: Clostridium fajok
Peptostreptococcus és Peptococcus fajok

Gram-negatívok

Aerobok: * Escherichia coli
Brucella fajok
* Proteus mirabilis
Neisseria meningitidis
* Proteus vulgaris
* Neisseria gonorrhoeae
* Klebsiella fajok
* Branhamella catarrhalis
* Salmonella fajok
* Haemophilus influenzae
* Shigella fajok
* Haemophilus ducreyi
Bordetella pertussis
Pasteurella multocida
* Yersinia enterocolitica
Campylobacter jejuni
Gardnerella vaginalis
Vibrio cholerae
Anaerobok: * Bacteroides fajok, ideértve a Bacteroides fragilis is.

Megjegyzés:

* — A béta-laktamáz termelő ampicillin és amoxicillin rezisztens törzsek is beleértve.

Hatóanyag: 1000 mg amoxycillinum (amoxycillinum natrium formájában) és 200 mg acidum clavulanicum (kalium clavulanicum formájában) porampullánként.

Javallatok: Az alábbi bakteriális fertőzések kezelése.

Felső légúti fertőzések: pl. sinusitis, tonsillitis, otitis media.

Alsó légúti fertőzések: pl. akut és krónikus bronchitis, lobaris és bronchopneumonia, empyema, tüdőtályog.

Bőr- és lágyrész fertőzések: pl. furunculok/tályogok, cellulitis, sebfertőzések, intra-abdominalis sepsis. Húgy-ivarszervi fertőzések: pl. cystitis, urethritis, pyelonephritis, széptikus abortusz, puerperalis sepsis, medencei fertőzések, chancroid, gonorrhoea.

Egyéb fertőzések: pl. osteomyelitis, septicaemia, peritonitis, műtét utáni fertőzések.

Profilaktikusan: Nagyobb sebészeti beavatkozások, pl. gasztrointesztinális, medencei, fej és nyaki, szív, vese, epeúti műtétek, valamint ízületi át-, illetve beültetések során előforduló fertőzések megelőzésére.

Ellenjavallat: penicillin túlérzékenység.

Adagolás: adagolás kizárólag iv. injekcióban vagy szakaszos infúzióban. Im. nem adható!

Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek:

Beadás módja	Adagolás
iv. injekció vagy infúzió	A szokásos adag 1,2 g 8 óránként, súlyosabb fertőzésekben 6 óránként.

Felnőtteknek maximális napi adagja 7,2 g iv.
(Az egyszeri maximális adag 1,2 g)

Gyermekeknek:

iv. injekció vagy infúzió	A szokásos adag 30 mg/ttkg* 8 óránként, súlyosabb fertőzésekben 6 óránként.
3 hó–12 év közötti gyermekeknek:	Koraszülöttek és újszülöttek szokásos adagja a perinatális időszakban 30 mg/ttkg* 12 óránként, a későbbiekben 8 óránként.
0–3 hónapos csecsemőknek:	

* 30 mg intravénás Augmentin 25 mg amoxicillint és 5 mg klavulánsavat tartalmaz.

A parenterálisan kezdett kezelés orális Augmentin készítménnyel folytatható. A kezelés 14 napon túl csak a hatásosság és a mellékhatások alapos mérlegelése után folytatható.

Adagolás sebészeti profilaxisban. Sebészeti profilaxisban az Augmentin alkalmazásának célja a beteg védelme abban az időszakban, amikor a fertőzés kockázata fennáll.

Felnőtteknek 1 óránál rövidebb beavatkozások esetén az altatás kezdetekor elegendő 1,2 g iv. Augmentin. Hosszabb műtétek esetén további (legfeljebb 4-szer 1,2 g 24 órán belül) iv. adagok adhatók. Ha a fertőzés veszélye jelentősen fokozott, ez a kezelés néhány napig folytatható. Ha műtét során a fertőzés egyértelmű klinikai jelei mutatkoznak, a műtét után iv. vagy orális Augmentin kezelés javallt.

Adagolás károsodott veseműködés esetén

Enyhe károsodás	Közepesen súlyos károsodás kreatinin clearance	Súlyos károsodás
> 30 ml/perc	10–30 ml/perc	< 10 ml/perc
Felnőtteknek:		
iv. szokásos adagolás	kezdő adag 1,2 g iv. majd 600 mg iv. 12 óránként	kezdő adag 1,2 g iv. majd 600 mg. iv. 24 óránként

A dialízis csökkenti az Augmentin szérumszintjét, így újabb 600 mg adagra lehet szükség a dialízis alatt és végén.

Gyermekeknek:

Gyermekek adagja hasonló mértékben csökkentendő.

Elkészítés és beadás: Az 1,2 g-os porampulla tartalma 20 ml injekcióhoz való desztillált vízben oldandó (végtér fogat 20,9 ml). Az oldás során átmeneti rózsaszín elszíneződés előfordulhat. A kész oldat rendszeren világos szalmasárga színű. Ettől eltérő színű oldat nem használható!

Intravénás injekció: Az Augmentin iv. oldat stabilitása koncentrációfüggő, ezért az iv. Augmentint rögtön az elkészítés után lassú iv. injekcióban — 3–4 perc alatt — kell beadni közvetlenül a vénába vagy infúziós szereléken keresztül.

Intravénás infúzió: Az Augmentin infúzióként beadható injekcióhoz való desztillált vízben vagy 0,9%-os nátrium klorid infúzióban. Az 1,2 g-os porampulla vizes oldata 100 ml infúziós folyadékhoz adandó (célszerű ilyenkor infúziós zacskót vagy infúziós burettát használni). Az infúziót 30–40 perc alatt kell beadni és a beadást az infúziós oldat elkészítésétől számított 4 órán belül be kell fejezni. Az infúzió készítésekor a porampulla feloldása után az oldatot azonnal az infúziós oldat teljes mennyiségéhez kell adni. A fel nem használt antibiotikum-oldatot ki kell önteni.

Stabilitás és kompatibilitás. Az Augmentin iv. infúzió többféle iv. folyadékban is beadható. A megfelelő antibiotikum koncentráció 5 °C-on tartható meg, vagy szobahőmérsékleten (25 °C) az ajánlott térfogatok betartásával a felsorolt infúziós oldatok esetében. Az elkészített és szobahőmérsékleten tárolt infúziók beadását a megadott időn belül kell elvégezni. Az elkészített oldatokat nem szabad lefagyasztani.

Iv. infúziós oldat	A stabilitás időtartama 25 °C-on
Injekcióhoz való desztillált víz	4 óra
0,9%-os nátrium klorid iv. infúzió	4 óra
1/6 mólos nátrium laktát iv. infúzió	4 óra
Ringer-oldat	3 óra
Ringer-laktát oldat	3 óra
Kálium klorid, nátrium klorid iv. infúzió	3 óra

Az Augmentin kevésbé stabil glükóz, dextrán és bikarbonát tartalmú infúziós oldatokban. Ezért oldott poranyaga ilyen infúziókhoz nem adható, de infúziós szereléken keresztül befecskendezhető 3–4 perces időtartam alatt. 5 °C-on történő tárolás esetén az elkészített oldatokat az előre lehűtött infúziós zacskókhoz kell adni. Az oldatokat legfeljebb 8 órán át tárolhatók. Ezt követően a szobahőmérsékletet elérő hőmérsékletű infúzió beadását azonnal meg kell kezdeni.

Iv. infúziós oldat	A stabilitás időtartama 5 °C-on
injekcióhoz való desztillált víz	8 óra
0,9%-os nátrium klorid iv. infúzió	8 óra

Az Augmentin vérvérkészítményekkel, protein tartalmú folyadékokkal, protein-hidrolizátumokkal, vagy iv. lipid emulziókkal együtt nem adható!

Amennyiben Augmentin és aminoglikozid egyidejű adását írja elő az orvos, az antibiotikumokat *nem szabad elegyíteni* sem a fecskendőben, sem az iv. oldat tartályában, sem pedig a beadáshoz használt szerelékben, mivel ez az aminoglikozid aktivitásának csökkenésével járhat.

Mellékhatások. A mellékhatások — mint az amoxicillinnél — ritkák, és többnyire enyhe múltó jellegűek.

Hasmenés, alhártyás colitis, emésztési zavarok, nausea, hányás és candidiasis előfordulhatnak. A nausea, jóllehet ritka, leginkább nagyobb orális adagoknál jelentkezik. Phlebitis az injekció helyén előfordulhat. Csalán és kanyarószerű kiütés néha előfordulhat, de gyakoriságuk a klinikai vizsgálatok során nagyon csekély volt. A csalánkiütés penicillin-túlérzékenységre utal, ilyenkor a kezelést be kell szüntetni. A kanyarószerű kiütés többnyire enyhe és múltó, de egyidejű mononucleosis infectiosa esetén súlyos is lehet. Ilyenkor a kezelést abba kell hagyni. Ritkán előfordult még erythema multiforme, Stevens—Johnson-szindróma és kivételes esetben exfoliatív dermatitis.

A penicillin terápián lévő betegeknél súlyos és esetenként halálos túlérzékenységi (anafilaxiás) reakciókat és angioneurotikus ödémát is jelentettek. Bár az anafilaxia parenterális kezelés után gyakoribb, előfordult orális penicillint szedő betegeknél is. Ezen reakciók fellépése a legvalószínűbb a penicillin hiperszenzitív és/vagy a többszörös allergén szenzitív betegeknél. Hepatitis és cholestaticus sárgaság is előfordulhat.

Az Augmentin 375 mg filmtablettáról és az Augmentin 156 mg/5 ml szirup készítéséhez szükséges porról:

Hatásspektruma: lásd az Augmentin 1,2 g injekciónál
Hatóanyagok: 250 mg amoxycillinum (amoxycillinum trihydricum formájában) és 125 mg acidum clavulanicum (kalium clavulanicum formájában) filmbevonatú tablettaként.

2500 mg amoxycillinum (amoxycillinum trihydricum formájában) és 656 mg acidum clavulanicum (kalium clavulanicum formájában) 100 ml sziruphoz való porban üvegenként.

Javallatok: az Augmentin olyan bakteriális fertőzések kezelésére javallt, amelyekben antibiotikum terápia szükséges.

Felső légúti fertőzések: pl. sinusitis, tonsillitis, otitis media.

Alsó légúti fertőzések: pl. akut és krónikus bronchitis, lobaris és bronchopneumonia, empyema, tüdőtályog.

Bőr- és lágyrész fertőzések: pl. furunculosisok/tályogok, cellulitis, sebfertőzések, intraabdominális sepszis. Húgy-ivarszervi fertőzések: pl. cystitis, urethritis, pyelonephritis, széptikus abortusz, puerperális sepszis, medencei fertőzések, chancroid, gonorrhoea. Egyéb fertőzések: pl. osteomyelitis, septicemia, peritonitis, műtét utáni fertőzések.

Ellenjavallatok: penicillin-túlérzékenység. 0–9 hónapos csecsemőknek nem adható!

Adagolás: Felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek: Enyhe és közepesen súlyos fertőzések esetén napi 3-szor 1 Augmentin 375 mg tableta.

Súlyos fertőzések esetén napi 3-szor 2 Augmentin 375 mg tableta.

Gyermekeknek: 7–12 év közötti gyermekeknek: napi 3-szor 10 ml szirup

2–7 év közötti gyermekeknek: napi 3-szor 5 ml szirup

9 hó–2 év közötti gyermekeknek: napi 3-szor 2,5 ml szirup.

0–9 hó közötti gyermekeknek: Ennek a korcsoportnak jelenleg nincs megfelelő orális készítmény.

Súlyos fertőzés esetén a fenti adagok kétszerese adható. Az Augmentin kezelés 14 napon túl csak a hatás és mellékhatások mérlegelése után folytatható. A gyógyszer étkezés előtt vagy alatt javasolt bevenni.

Adagolás károsodott veseműködés esetén:

	Enyhe	Közepesen súlyos károsodás	Súlyos
Kreatinin clearance érték			
	>30 ml/perc	10–30 ml/perc	<10 ml/perc
Felnőttek: a szokásos adagolás	12 óránként 375–750 mg	12 óránként max. 375 mg	
Gyermekek: az adagolás hasonló mértékben csökkentendő.			

Mellékhatás: A mellékhatások ritkák, enyhék és múltó lefolyásúak. Hasmenés, pseudomembranosus colitis, emésztési zavarok, nausea, hányás és candidiasis előfordulhatnak. A nausea, jóllehet ritka, csak nagyobb orális adagoknál jelentkezik. Ha az orális terápia során gasztrointesztinális tünetek jelentkeznek, az Augmentin étkezés kezdetekor való bevitelével ezek csökkenthetők.

Csalán- és kanyarószerű kiütés néha előfordulhat, de gyakoriságuk a klinikai vizsgálatok során nagyon csekély volt. A csalánkiütés penicillinérzékenységre utal, ilyenkor a kezelést abba kell

hagyni. A kanyarószervi kiütés gyakran enyhe és múló, de súlyos is lehet egyidejű mononucleosis infectiosa esetén, ilyenkor a kezelést le kell állítani.

Ritkán előfordult még erythema multiforme, Stevens—Johnson-szindróma és kivételes esetben exfoliativ dermatitis.

A penicillin-terápiában lévő betegeken súlyos és esetenként halálos túlérzékenységi (anafilaxiás) reakciókat és angioneurotikus oedematát okoztak. Bár az anaphylaxia parenterális alkalmazás után gyakoribb, előfordult orális penicillint szedő betegekben is. Ezen reakciók fellépése a legvalószínűbb a penicillin hiperszenzitiv és/vagy a többszörös allergén szenzitív betegeknél.

Hepatitis és cholestaticus sárgaság is előfordult.

A Frisium 10 és a Frisium 20 tablettákról:

Nyugtató, anxiolitikus és agresszolitikus hatású benzodiazepin származék. Antikonvulzív hatása a klordiazepoxidnál erősebb. Gyakorlatilag teljesen felszívódik. Egy-két órával a bevétel után mérhető a maximális szérumszint. A metabolizáció N-dezmetilálás és hidroxilálás útján történik. A szérumból az elimináció felezési ideje 18 óra, az N-metilklobazam főmetabolit felezési ideje kb. 50 óra. Terápiás körülmények között a steady state 3–6 nap alatt alakul ki. A klobazam 85%-a szérumszintet kötődik.

Biohasznosulása: A különböző módszerekkel nyert eredmények szerint a clobazam kb. 90%-os, azaz szinte teljes reszorpciója megtörténik.

Hatóanyag: 10 mg, ill. 20 mg clobazam tablettaként.

Javallatok: Akut és krónikus félelmi állapotok: félelemérzet, feszültség, belső nyugtalanság, izgatottság, ingerlékenység, emocionális eredetű alvászavarok, pszichovegetatív és pszichoszomatikus zavarok (pl. a szív és a keringés, illetve a gyomor-bélrendszer területén), valamint hangulati labilitás.

Pszichovegetatív és pszichoszomatikus zavarok esetén az orvosnak esetleges organikus ok jelenlétét tisztázni kell. Hangulati labilitással járó félelmi állapotok kezelése előtt ki kell vizsgálni, nincs-e olyan depressziós megbetegedés, amely kiegészítő vagy egyéb kezelést tesz szükségessé.

Kiegészítő kezelés olyan epilepsia esetén, ami bázisterápiával nem állítható be kielégítően.

Ellenjavallatok: A készítmény iránti túlérzékenység és az anamnézisben szereplő gyógyszerfüggőség. Szoptatás időszakában kényszerítő indikáció esetén ablatálás szükséges. A terhesség első harmada. Ezt követően is csak kényszerítő indikáció esetén alkalmazható.

Különös óvatossággal alkalmazható myasthenia gravis, mozgási és járási bizonytalanság esetén, melynek oka gerincvelői és kisagyi eredetű (spinalis és cerebrális ataxiák), akut alkoholemgezésben, altatók, fájdalomcsillapítók, neuroleptikumok és lítium okozta mérgezésekben, súlyos májkárosodás esetén (pl. cholestaticus icterusban) és alvás során fellépő időszakos légzéskimaradáskor (alvás-apnoe-szindróma). A légzés akut súlyos károsodása esetén (respiratorikus insufficiencia) a légzésfunkciót figyelni kell.

6 hónaptól 3 éves gyermekek görcsgátló kezelésében csak kényszerítő indikáció esetén, kivételes esetben alkalmazható.

Adagolás: Amennyiben egyedi megfontolás mást nem igényel, az alábbi kezelési irányvonal javasolt: a kezelés kezdetén általá-

ban napi 20 mg. Szükség esetén ez az adag napi 30 mg-ig emelhető. További emelés a tünetek jellege és súlyossága alapján, indokolt esetben lehetséges.

Három év feletti gyermekek a felnőtteknek javasolt napi adag felét kaphatják. Idősebb betegek számára is gyakran elég napi 10–15 mg.

A panaszok javulása után az adag csökkenthető.

Epilepsia kezelése: Óvatos bevezető adagolás után (5–15 mg/nap kezdő adag után) a napi gyógyszer mennyiség fokozatosan maximum 80 mg-ig növelhető. Az állandó adagolás mellett (pl. 20 mg/nap) a megszakításos kezelés (időszakos kihagyások, majd ismételt kezelés) is bevált.

Egy kezelés befejezésekor — és nem megfelelő terápiás eredmény esetén is — az adagot fokozatosan kell csökkenteni, különben a fokozott görcskészség nem zárható ki.

A tablettákat szétrágás nélkül, kevés vízzel kell bevenni. Amennyiben az adag napi több részletben kerül bevételre, a nagyobb mennyiséget este kell bevenni. 30 mg napi adagig lehet a Frisiumot egy adagban, este bevenni.

A kezelés időtartama a szükséges minimális legyen. Legkésőbb, négy hét után újból mérlegelendő, hogy a kezelés folytatása szükséges-e. Folyamatos, hosszú ideig történő szedést a függőség kialakulásának lehetősége miatt kerülni kell.

Mellékhatások: Elsősorban a kezelés elején és magasabb adagok alkalmazásakor alkalmanként fáradékonyság. Egyes esetekben — általában átmenetileg — szájszárazság, székrekedés, étvágycsökkenés, émelygés vagy finom hullámú ujjremegés (tremor) léphet fel.

Paradox reakciók (pl. nyugtalanság, ingerlékenység, akut izgalmi állapotok, félelem, szuicid-veszély, többszörös izomspasmus, elalvási és átalvási zavarok) fellépése is lehetséges. Ilyen jellegű reakciók jelentkezése esetén a Frisium kezelést be kell fejezni.

Alkalmilag jelentkezhet a reakcióidő meghosszabbodása, ataxia, fáradékonyság, zavartság és fejfájás.

Egyes esetekben bőrreakció (exanthema, urticaria). Légúti obstrukcióban (mint pl. asthma bronchialisban) és agysérülések esetén a légzésfunkció beszűkülhet.

Benzodiazepinek hosszabb használata után, nagyon ritkán elsősorban idősebb betegekben tudatzavarokat írtak le, melyek részben hosszabb ideig tartottak és légzésszavarokkal kombinálódtak. Különösen nagy adagú és hosszú ideig tartó kezelés során reverzibilis eltérések, mint pl. lelassult vagy elkenet beszéd (artikulációs zavarok), mozgási és járási bizonytalanság, látászavarok (kettős látás, nystagmus), súlygyarapodás és libidocsökkenés léphet fel.

Epilepsziás betegek kiegészítő kezelésekor ritkán nyugtalanság vagy izomgyengeség jelentkezhet.

A hozzászokás és a függőség kialakulásának veszélye mérlegelendő!

Megjegyezzük, hogy a gyógyszerkölcsonhatásokra, az elővigyázatosági intézkedésekre (figyelmeztetésekre), a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI (Budapest, Zrínyi u. 3. 1051)

A „Számítástechnika az Egészségért”

Alapítvány

„Számítástechnika a háziorvosi gyakorlatban” címmel

tanfolyamot indít háziorvosok, házi gyermekorvosok, asszisztenseik és orvostanhallgatók számára

Az első tanfolyam időpontja: 1992. október 21–24.

Kérje részletes tájékoztatónkat!

Címünk: H-1395 Bp. 62 Pf. 405

Tel.: 11-24-874

Fax: 13-22-574

HÍREK

A Magyar Katonai-Katasztróforvostani Társaság Tudományos Konferenciát szervez 1992. november 12-én 9.00 órától a Központi Honvédkórház tanácstermében (Budapest XIII., Róbert Károly krt. 44.) „Katasztrófák és vármegabalesetek egészségügyi ellátásának kérdései” címmel.

Minden érdeklődőt szeretettel vár a Szervező Bizottság.

Felvilágosítást ad: Dr. Szedresi István titkár. Tel.: 129-1645.

Levélcím: Magyar Katonai-Katasztróforvostani Társaság, 1387 Budapest, Pf. 50.

Meghívó a Magyar Gerontológiai Társaság ünnepi, 175. üléseire, amelyet a Magyar Orvosírók és Képzőművészek Körével rendez „Az Idősek Napján”.

Téma: Az idősök az irodalomban és a képzőművészetben

Időpont: 1992. október 12., hétfő, 14.00 óra
Hely: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Gerontológiai Központ, Budapest VIII., Röck Szilárd utca 13.

Megnyitó: Prof. Dr. Beregi Edit
Üdvözlés: Dr. Csapláros Zsuzsanna

„Az idősök az orvosképzőművészek alkotásai-ban” című kiállítást bemutatja: Dr. Vértess László
A kiállító művészek és alkotásai:

Dr. Csapláros Zsuzsanna (Kaposvár): Öregek (kispasztikák)

Dr. Szemenyei Klára (Budapest): Dr. Haranghy László professzor (portré), T. A. (portré), Van-e kiút? (zsánerkép)

Dr. Tóth Marianne (Budapest): Yama és Szavitr (varrott falikép)

Dr. Bognár Ilona (Budapest): Várakozás (festmény)

Üléselnökök:
Prof. Dr. Donáth Tibor, Dr. Gergely István

Előadások:
Dr. Csapláros Zsuzsanna: Magányosok (novella)

Dr. Boga Bálint: Az öregedés biológiája és patológiája a magyar lírában

Dr. Vértess László: Giacomo Puccini verse az öregedéssről

Dr. Veress László: Utópisztikus gerontochiurgia (humoreszk)

Üléselnökök:
Dr. Ferenczy Miklós, Dr. Vértess László

Előadások:
Dr. Tóth Marianne: Mózes VI. könyve, Salutatio Angelica (Versciklusrészletek)

Dr. Nagy Imre: A felszabadító naplemente (novella)

Dr. Szakolczai Éva: Önéletrajz (vers)

Dr. Karácsony István: Téli ünnepe (vers), Tündé-ri utazás (elbeszélésrészletek)

Dr. Sárny Gyula: Karácsonyi történet (elbeszélés)

Zárszó: Dr. Veress Sándor

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1992. október 5-én 15 órai kezdettel tartja szon következő tudományos ülést.

A tudományos ülés helye: ORFI Lukács Klub

Program: NN Holland Biztosító bemutatkozása: Szűcs Péter igazgató

Dr. Réti Péter (RTG), Dr. Lakatos Tamás (Ortopédia) Dr. Bély Miklós (Patológia): Hosszú csőves csontokra lokalizált csonttumorkok és daganatszerű elváltozások

A Magyar Rehabilitációs Társaság Mozgásszervi és Gyermekrehabilitációs Sectio közös tudományos ülése.

A tudományos ülés időpontja: 1992. október 9.

Helyszín: a Borsod-A-Z. Megyei Kórház (Miskolc, Szentpéteri kapu) kultúrterme

Gyermekrehabilitációs Sectio

Dél előtt 10 óra

Megnyitó: a kórház igazgatósága részéről

1. Beszámoló a miskolci gyermekrehabilitációs osztály 10 éves működéséről. Dr. Peja Márta osztályvezető főorvos

2. Az úszás élettana. Dr. Pavlik Gábor, Budapest, Sportkórház

3. A gyógyulás ellenőrzési paraméterei. Dr. Martos Éva, Budapest, Sportkórház

Szűnet

A szünetben a Pharmavit Gyógyszergyár termékbemutatóval egybekötött büfével várja a Sectioülés résztvevőit.

A Mozgásszervi Sectio előadásai

13 óra

1. A miskolci Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály múltja, jelene, jövője. Dr. Simon György osztályvezető főorvos

2. Posttraumás betegek rehabilitációja. Dr. Lám-fulusi Péter adjunktus

3. Gyógytornász feladatok osztályunkon. Urbán József vezető gyógytornász

4. Ápolási, szervezési gondok, feladatok megoldása. Sándor György osztályvezető főnővér

5. Szabad előadás vendég előadókkal.

Cerebrovasculáris betegek rehabilitációjával szerzett tapasztalataink chronikus belgyógyászati osztályon.

Kovács A. dr., Hriczidu R. dr., Ruzsa P. dr., Husza Béláné, Németh L. (Budapest fővárosi önkormányzat Úzsoki utcai kórházának chronikus és rehabilitációs „C” bel. oszt. o.v. fő. Ruzsa P. dr.)

Ebédre előzetes jelentkezéseket elfogadunk Sándor György osztályvezető főnővértől tétis el- lenében.

A Gyermekek és Felnőtt Rehabilitációs Osztály megtekinthető az előadások előtt és után, valamint a közbeszó szünetben.

A Sectioülést a Pharmavit Gyógyszergyár szponzorálja.

Körzeti orvosok számára ősszel magánkiadásban megjelenik a „Röntgenológia háziorvosok számára” c. jegyzet. Megrendelés: Dr. Oláh József, 3100 Salgótarján, Füleki u. 64.

Orvosok, egészségügyi intézmények szakszertő jogi védelme, képviselése „műhiba” perekben és peren kívüli eljárásban, gazdasági társaságok (Kkt.; Bt.; Kft.; Rt.) és egészségügyi vállalkozások alapítása, szerződéses elkészítése. 384. J. M. K. Ügyvédi Iroda, 1107 Budapest, Somfa köz 10. hétköznap 15—18 óra, telefon: 177-8988 egész nap.

99% 120 l/min. teljesítményű orvosi szívóköszülék eladó. Tel.: 165-9354.

A Magyar Nephrologiai Társaság, az Orvostovábbképző Egyetem és a Szent Margit Kórház az 1992—93-as tanévben is folytatja a Nephrologiai Szemináriumokat. Cél a nephrologia iránt érdeklődő orvosok képzése és a nephrologus szakorvosok továbbképzése.

Az I. félévi szemináriumok programja:

Október 22. Prof. S. Massry (Los Angeles): Clinical syndrom of phosphate depletion

Prof. Rosivall László: Az akut veseelégtelenség pathomechanizmusa

November 19. Dr. Tulassay Tivadar: Reflux nephropathia

Prof. Török László: A krónikus veseelégtelenség, a dialízis és a vesetranszplantáció után szövődésményei

December 10. Prof. Gál György: A dializátorok regenerálása

Prof. Nagy Judit: IgA nephropathia.

Az előadások helye: Kossuth Zsuzsa Egészségügyi Szakközépiskola, 1032 Budapest, Bécsi út 134.

Kezdesi időpont: du. 14.30

További információ: Dr. Walter Judit. (Szent Margit Kórház, Nephrologia, 1032 Budapest, Bécsi u. 132.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinikája 1992. október 12—22. között Debrecenben szervez UH tanfolyamot, amely a hagyományos ultrahangdiagnosztika kérdésein túl néhány speciális témakört (nőgyógyászati, gyermekgyógyászati, urológiai ultrahangvizsgálatok stb.) is felölel.

A tanfolyamra radiológusok és ultrahangdiagnosztika iránt érdeklődő más szakorvosok jelentkezését várjuk. Jelentkezni lehet 1992. október 5-ig a DOTE Radiológiai Klinikán, 4012 Debrecen, Pf. 4.

Részvételi díj 5000.— Ft, mely befizethető az MNB 349—90149—2869 DOTE, Debrecen. „Ultrahangtanfolyam díja” elnevezésű számlára.

A tanfolyam végén letehető vizsga alapján ultrahang-jártassági bizonyítvány szerezhető.

Szállást Debrecenben az Idegenforgalmi Hivatalnál (Hajdútourist, Kálvin tér 2. a) lehet igényelni. Kívánságra üzemeltet tudunk biztosítani.

Német traumatológus, sebészorvos partnert keres budapesti magánrendelő, illetve napi klinika (Tárgyaló) létesítéséhez. Arthroscopias kéz- és érsé- bészeti. A rendelő saját röntgennel és laboratórium- mal lesz felszerelve.

Érdeklődés a III-0786 telefonon.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem 1992. október 12-én tudományos ülést rendez.

Program: Julius Schuth (ESSEX Pharma GmbH, München): Az alfa-interferon kezelés jelentősége nőgyógyászati daganatokban (25 perc).

Lakatos József, Schmelzer Matild, Burger Tibor, Matolcsy András, Takáts Zoltán (POTE II. sz. Belgyógyászati Klinika, Patológiai Intézet, II. sz. Sebészeti Klinika: „Hairy Cell” leukémiás beteg kom- plett remissziója alfa-interferon kezelés után (15 perc).

Melegh Béla, Kosaku Uyeda (POTE Gyermek- klinika és University of Texas Southwestern Medi- cal Center, Dallas): Molekuláris hőshock- és „cha- peron”-fehérjék (20 perc).

Az ülés helye: POTE Központi Épület III. tanterem

Az ülés kezdete: du. 4 óra.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Kli- nikája 1992. október 5-én „A Reproaktív Endo- rinológia Klinikuma — III. Az emberi reprodukció zavarainak funkcionális diagnóza és gyógyszeres terápiaja” címmel tudományos ülést rendez a kli- nika tantermében.

Program:

Moderátor: Dr. Balogh Ádám

Dr. Csizsár Péter: Az anovulációs meddőség en- dokrin kivizsgálása

Dr. Bodnár Béla: Az ovulációkiváltás klinikai gyakorlat

Dr. Harsányi Ágnes: A petefészek- és hereműkö- dés zavarainak genetikai vizsgálata

Dr. Gödény Sándor: A női funkcionális hyper- androgén állapotok vizsgálata és kezelése

Dr. Sályom János: Hyperandrogén kórkepek le- ánygyermekekben

Dr. Jenei Katalin: A másodlagos amenorrhoea pszichoszomatikája

Dr. Szeverényi Péter: A másodlagos amenorrhoea pszichoszomatikája

Dr. Kéry Sándor: A férfi infertilitás endokrin di- agnosztikája és kezelése.



DOXYCYCLIN-CHINOIN

KAPSZULA



ANTIBIOTICUM CUM SPECTRO LATO

Hatóanyag:

100 mg doxycyclinum (sósavas só formájában) kapszulánként.

Javallat:

Elsősorban légúti-, urogenitális-, légyszöveti-, szemészeti-, gastrointestinális-, epehólyag- és epeúti fertőzésekben.

Ellenjavallat:

Tetracyclin túlérzékenység.

Relatív ellenjavallat:

Terhesség, szoptatás, 8 éven aluli életkor esetén csak nagyon indokolt esetben adagolható, ha más antibiotikummal véggépp nem lehet célt elérni.

Adagolás:

Stokásos adagja és az adagolás gyakorisága különbözik más tetracyclinektől!

Stokásos adagja felnőtteknek a kezelés 1. napján 2 kapszula (napi 2-szer 100 mg, 12 óránként adva), majd napi 1 kapszula (100 mg) fenntartó adag. Súlyosabb esetekben (főleg a húgyutak krónikus gyulladásában) 12 óránként 100 mg az ajánlott adag.

Nyelőcső-irritáció és fekély kialakulásának elkerülése érdekében a kapszulát sok folyadékkal kell bevenni.

A Doxycyclin felszívódását nem befolyásolja jelentősen a táplálék- és tejfogyasztás.

Gyomorirritáció esetén a gyógyszert táplálékkal vagy tejjel együtt kell bevenni.

Mellékhatások:

- gastrointestinális tünetek
- bőrtünetek
- allergiás reakciók
- vérképzőszervi mellékhatások
- a vér karbamidnitrogén-szintjének emelkedése
- a plazma prothrombin-szintjének csökkenése

- májkárosodás, elsősorban vese- és májinsufficiencia esetén és vesebeteg terheseken fordulhat elő.
- nem érzékeny kórokozók (elsősorban gombák) elszaporodása miatt szekunder infekciók kialakulása
- a fejlődő csontrendszerbe beépül, a csontfejlődést gátolja, a fogfejlődés alatt a fogakat sárgásan elszínezi, és a fogzománc hypoplasziáját okozhatja.

Gyógyszerkölsönhatások:

Nem adható együtt alumínium-, kalcium-, magnéziumtartalmú

- antacidumokkal, valamint orális vaskészítményekkel
- Methoxyfluran (Penthuran) narkotikummal
- Carbamazepin (Stazepine), Phenytoin (Diphedan), barbiturátok

Kerülendő az együtt adása:

hepatotoxikus szerekkel, penicillinkészítményekkel

Óvatosan adható együtt:

antikoagulánsokkal

Figyelmeztetés:

Csont- és fogkárosító hatása miatt a terhesség 2. felében és 8 éven aluli gyermekeknek lehetőleg ne adják, kivéve, ha más antibiotikum nem hatékony vagy ellenjavallt. Tartós adagolás esetén a vérképzőrendszer, a vese- és májfunkció ellenőrzése szükséges.

Fotoszenzitív betegeket a napfénytől és az UV-sugárzástól óvni kell, a bőrrythema megjelenésekor a kezelést abba kell hagyni.

Megjegyzés:

✖✖✖Csak vényre adható ki.

Csomagolás:

8 db kapszula (100 mg)



CHINOIN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

DORMICUM[®] injekció

5 mg/1 ml és 15 mg/3 ml Midazolam ATC: N 05 CD 08

- gyors hatás
- rövid hatástartam
- kitűnő helyi tolerancia
- széles terápiás tartomány
- minimális légzésdepressziós hatás
- kardiovaszkuláris stabilitás
- jelentős anterográd amnézia (előny közös vizsgálatoknál).

Gyors hatású, a szervezetből gyorsan kiürülő altatószer. Antikonvulzív, anxiolitikus, izomgörcsoldó tulajdonsággal is rendelkezik.

Terápiás tartománya széles.

A midazolam gyorsan és teljes mértékben felszívódik, 30–50%-a májon át történő első áthaladás során le bomlik. Im. vagy iv. alkalmazás után rövid időtartamú anterográd amnézia lép fel.

A midazolam 95%-a kötődik plazmafehérjékhez. A kiválasztás felezési ideje 1,5–2,5 óra.

HATÓANYAG: 5 mg midazolamum 1 ml vizes oldatban, 15 mg midazolamum 3 ml vizes oldatban.

JAVALLATOK: Műtét előtti premedikáció, narkózisbevezetés, narkózis fenntartása.

ELLENJAVALLATOK: Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység, valamint a terhesség első trimesztere.

ADAGOLÁS: Im., iv. alkalmazásra.

Az intravénás injekciót lassan kell beadni (narkózisbevezetésre körülbelül 2,5 mg-ot 10 sec alatt, bázis-szedáció esetén 1 mg-ot 10 sec alatt).

MŰTÉT ELŐTTI PREMEDIKÁCIÓ:

1. Intravénás alkalmazás: Premedikáció: helyi érzéstelenítésben végzett beavatkozás esetén nyugtatásra 2,5 mg iv., 5–10 perccel a műtét előtt. Szükség esetén további 1 mg-os dózisokat lehet beadni.

2. Intramuszkuláris alkalmazás: Műtét előtt fájdalmat érző betegek esetén, a narkózis megkezdése előtt 30 perccel im. adva, önmagában, vagy antikolinerg szerekekkel, esetleg analgetikumokkal kombinálva:

Felnőtt dózis: 0,07–0,1 mg/ttkg im.,

Gyermekeknek: 0,15–0,20 mg/ttkg im.

E dózisokat 30 perccel a narkózis megkezdése előtt be kell adni.

NARKÓZIS BEVEZETÉSE:

1. Intravénás alkalmazás: Indukáló szerként a dózis 10–15 iv.

2. Intramuszkuláris alkalmazás gyermekeknek: Ajánlott az altató és amnéziát kiváltó Dormicum® kombinációja ketaminnal (ataranalgésia). (Dormicum® 0,15–0,20 mg/ttkg im., ketamin 4–8 mg/ttkg im.)

NARKÓZIS FENNTARTÁSA:

Intravénás alkalmazás: A megfelelő mélységű alvás fenntartásához további kis, iv. alkalmazott adagokra van szükség.

MELLÉKHATÁSOK:

A betegek általában jól tűrik. Az artériás vérnyomás, a pulzus és a légzés többnyire csak csekély mértékben változik.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS: Óvatosan adható:

— neuroleptikumokkal, trankvillánsokkal, antidepresszánsokkal, hipnotikumokkal, analgetikumokkal.

FIGYELMEZTETÉS:

Agyi organikus eltérés vagy keringési, légzési elégtelenségben szenvedő idősebb betegek esetében az adagját körültekintően kell meghatározni.

Dormicum® alkalmazása — más gyógyszerekhez hasonlóan — a terhesség első három hónapjában ellenjavallt.

Túladagolás esetén a Dormicum® hatását a benzodiazepin-antagonista Anexate® (flumazenil) felfüggeszti.

MEGJEGYZÉS: ✱ Járóbeteg-ellátásban nem rendelhető, kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetben (gondozóintézetben) alkalmazható.

CSOMAGOLÁS: 10 db 1 ml-es amp. (5 mg), 5 db 3 ml-es amp. (15 mg).

A készítményről részletes információ az Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelkezésre c. kiadvány pótlapján található.

OGYI eng. száma: 3779/40/91.

Gyártja és forgalomba hozza:

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT. az F. Hoffmann-La Roche AG, Basel licence alapján.



EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT., Budapest