

Net Körös R.

Orvosi Hetilap

135 - 1994

I-

Az 1994. évi 135. évfolyam tartalomjegyzéke



Springer

Markusovszky Alapítvány



- A bölcsődékben és oktatási intézetekben alkalmazható vegetáriánus és hasonló jellegű étrendek. 365
- A myeloid rendszerek malignus és premalignus folyamatai. 2775
- Arató András dr., Savilahti Erkki dr.: Az immunglobulin-tartalmú sejtek alosztálymegoszlása a coeliakiás gyermekek vékonybél-nyálkahártyájában. 351
- Baki Márta dr., Bodrogi István dr., Horti József dr., Géczy Lajos dr.: Citosztatikus kezelést követő neutropeniás időszakban alkalmazott gyógyszerek ismertetése és tapasztalataink doxycyclin és ofloxacin összehasonlító vizsgálatáról heredaganatos betegek kezelése során. 2815
- Bakos Noémi dr.: Második generációs, nonszedatív antihisztaminok. 1475
- Balázs Márta dr., Rigler András dr., Faller József dr.: Fogazott („serrated”) adenoma — a colorectalis daganatok kevéssé ismert típusa. 21
- Balázs Márta dr., Svastics Egon dr.: Malignus cytosarcoma phyllodes: klinikopatológiai áttekintés két eset kapcsán. 2259
- Balázs Márta dr.: Hypothermia kísérletek a dachau koncentrációs táborban. 2208-H
- Bálint Gábor Sándor dr.: A malária kemoprofilaxis jelenlegi lehetőségei. 241
- Bálint Gábor Sándor dr.: A szerzett immunhiányos tünetegyüttes gyógyszeres kezelésének jövőbeni lehetőségei. 1235
- Bálint Gábor Sándor dr.: Az „időzónafáradtság”. 1755
- Balogh Gábor dr.: Recidiv extraszfinkterikus perianális sipolyok „hurok”-drenázs kezelése. 2705
- Bán András dr.: Retinoid terápia vérképzőszervi betegségeken és malignus tumorokban. 1527
- Baltás Béla dr., Bajusz Huba dr., Bende János dr., Vattay Péter dr., Lázár György dr., Vangel Róbert dr., Ónodi János dr., F. Kiss Zoltán dr., Takács Tamás dr.: Laparoscopus cholecystectomy: 1122 műtét elemzése. 1627
- Barzó Pál dr., Tuka Piroška dr., Minik Károly dr., Kiss János István dr.: Az alsó légutak és a tüdő primaer malignus melanómája. 245
- Batári Gyula dr.: Giuseppe Basso-Arnoux — Kossuth Lajos orvosa. 1201-H
- Bátorfi József dr., Kovács Vendel dr., Fenyves Béla dr., Bajtai Attila dr., Hidvégi Judit dr., Dabasi Gabriella dr.: A gyomron végzett kisgörbületi seromyotomia hatásának vizsgálata állatkísérletekben. 469
- Battyány István dr., Hertelendy Ágnes dr., Pár Alajos dr., Horváth László dr.: Polycystás máj kezelése cystapunctióval és alkoholos sclerotisációval. 1423
- Bazsa Sándor dr.: A szülészeti és nőgyógyászati vérzések csillapítása az arteria hypogastrica transzkatéteres embolizációjával. 2867
- Bazsáné Kassai Zsuzsa dr., Kőrösi Tamás dr., Varga Emese: Programozott préembrió fagyasztás pronukleusz állapotban. 731
- Bedernjak József dr.: Leptospirozis a Muravidéken és Szlovéniában. 409
- Bély Miklós dr., Apáthy Ágnes dr.: Halál-okok, szövödmények rheumatoid arthritisben. 2029
- Benke József dr.: A Németországba kitelepített egyetemi gyógyszerész tanfolyam sorsa. 533-H
- Berger Zoltán dr., Tópa Lajos dr., Pap Ákos dr.: Empyema vesicae felleae kezelése endoscopos úton az epehólyagba vezetett drainen át. 185
- Berki Csaba dr., Mosonyi Tamás dr.: A colon akut pseudoobstrukciója. 2091
- Bernát Sándor Iván dr., Pongrácz Endre dr.: Haemorheologiai változások daganatos megbetegedésekben. 961
- Beró Tamás dr., Jávör Tibor dr.: Neopanpur és Kreon összehasonlító klinikai vizsgálata. 7
- Birtalan Győző dr.: Laennec és Skoda, a belgyógyászati diagnosztika klasszikusai. 418-H
- Birtalan Győző dr.: Az orvostörténelem kialakulása és befogadásának kérdései. 2657-H
- Boda Domokos dr.: Megemlékezés Ferencz Pálról. 647-H
- Bodnár Béla dr., Bazsáné Kassai Zsuzsa dr., Kőrösi Tamás dr., Varga Emese, Lampé László dr.: A humán préembriók fagyasztásával foglalkozó laboratóriumok működési feltételei. 1923
- Bodnár Béla dr., Bazsáné Kassai Zsuzsa dr., Varga Emese dr., Borsos Antal dr.: Korlátozható-e a humán préembriók fagyasztva tárolásának időtartama? 2201
- Bogyó Gábor dr., Fehér János dr., Alfthan, Georg Ph. D., Aro, Antti Ph. D.: A szelénhiány és a magas szív és érrendszeri mortalitás, morbiditás kapcsolata. 115
- Borda Lóránt dr., Dóczi Tamás dr., Tarján János dr.: A trigeminus neuralgia kezelése a Meckel-tasakba adott glicerinrel. 181
- Boron-Kaczmarzka, Anna., Kozłowska, Hanna., Swiderska, Jolanta., Szmitkowski, Maciej., Szymanski, Jacek.: Endotoxaemia patkányban etanollal kiváltott májkárosodás során. 1705
- Böhm Ádám dr., Székely Ádám dr., Fiók János dr., Préda István dr.: Tartós pitvari pacemaker kezeléssel szerzett tapasztalataink. 2137
- Bősze Péter dr., Ungár László dr., Pálfalvi László dr., Mészáros István dr.: Az alhólyag (vizelet conduit) képzés módszereivel szerzett megfigyeléseink. 2755
- Bősze Péter dr.: Családi petefészekrák syndroma 459
- Bősze Péter dr.: Autoimmun petefészekgyulladás. 1403
- Buday László dr.: Onkogének és tumor szuppresszor gének a növekedési faktorok jelátvivő pályáiban. 2579
- Buzás György dr.: Növekedési faktorok kísérletes fekélyben. 2765
- Corradi Gyula dr., Jaszovszky Ildikó: A pyospermia hatása a fertilitásra. Vizsgálatok szelektív fehérvérsejt festéssel, elasztáz meghatározással és hagyományos ondóparaméterekkel. 573
- Czalbert H. János dr.: Alternatív kezelési módok az aranyeresség ambuláns gyógyításában: infravörös koagulációval szerzett megfigyelések. 859
- Czeleldi Ferenc dr., Baki Márta dr.: Melanomás betegek citosztatikus kezelése során fellépő hányinger és hányás vizsgálata metoclopramid és corticosteroid, illetve ondansetron alkalmazásával. 2415
- Czeizel Endre dr.: Frederik Hendrik Sobels (1922—1993). 193-H
- Czeizel Endre dr.: Szabó Lőrinc pathographiája „versben elbeszélve”. 2547-H
- Czeizel Endre dr., Dudás István dr.: Az anencephalia-spina bifida első előfordulásának megelőzése multivitamin periconceptionális adásával (záró értékelés). 2313
- Czinner Antal dr., Major Emőke dr.: A modern képalkotó eljárásokon alapuló zsírszövetmennyiség meghatározás helye a gyermekkori kövérség diagnosztikájában. 1585
- Csaba János dr., Orbán Imre dr.: Laparoscopus cholecystectomy 25 hetes terhességben. 1421
- Császár Tamás dr., Patakfalvi Albert dr.: Differenciáldiagnosztikai problémák Lyme-kórban (Borrelia fertőzés okozta akut exogen reakciós típusú psychosis). 2269
- Csáthy László dr., V. Oláh Anna dr., Pócsi István dr., Varga József dr., Balla György dr., Price R. G. dr.: Vizelet N-acetil-beta-D-glükózaminidáz aktivitás korfüggése egészséges gyermekekben. 1301
- Cserhalmi Livia dr.: A szívelégtelenség korszerű kezelése. 1683
- Csönge Lajos dr.: A csont és egyéb kollagén alapú szövetek transzplantációs immunológiája. 1394
- Deák Judit dr., Nedelkovics Zsuzsanna dr., Földes József dr.: Összehasonlító vizsgálatok a Chlamydia trachomatis fertőzések diagnosztikájában. 465

- Diószeghy Péter dr., Molnár Mária dr., Mechler Ferenc dr.: Izomkárosodás Crohn-betegségben. 1259
- Dobi Sándor dr., Horváth Andrea dr., Szunyogh Ildikó dr., Józsa Terézia dr., Antóny Annamária dr., Várnai Ferenc dr., Latif Kassas, Abdul dr.: Invazív amebiasis. 1083
- Donáth Tibor dr.: A Rinecker-díj története. 1541-H
- Donáth Tibor dr.: Mihalkovics Géza emlékezete (1844—1899). 2777-H
- Egres Jenő dr.: A névadó képmásai a hatvani Schweitzer Kórházban. 980-H
- Élő János dr., Arató Gabriella dr., Koppány Judit dr.: Szemcsés sejtes daganatok (Abrikosov) CO₂ laser kezelése. 635
- Endreffy Emőke dr., László Aranka dr., Kálmán Miklós dr., Krenács Tibor dr., Raskó István dr.: Génteletlők molekuláris diagnosztikai vizsgálata Duchenne-és Becker-izomdistrophiában. 399
- Erős Erika dr., Czeizel Endre dr.: Olivopontocerebellaris atrophia IV. típusának családi halmozódása. 801
- Esztergályos János dr.: A vizsgálati síkok jelentősége a térdzületi meniscus sérülések ultrahangos felismerésében. 295
- Faludi Gábor dr.: Buspiron: a szorongás kezelésének új lehetősége. 1807
- Faredin Imre dr., Tóth István dr., Husz Sándor dr.: Sztteroidok és kötőfehérjék vizsgálata androgen alopeciás nők szőrűmájában. 1589
- Farkas L. Gyula dr.: Ábrahám Ambrus centenáriuma. 1429-H
- Fazekas Tamás dr., Kiss József dr., Pap Ilona dr., Rudas László dr.: Propafenon (Rythmonorm) által kiváltott tartós pitvarlebegés. 1819
- Fazekas Tamás dr., Szabó S. Tibor dr., Schoen, Jeffrey, W. dr., Jackman, Warren M. dr., Scherlag, Benjamin, J. dr.: AV-nodalis reentry tachycardia gyógyítása transzkatéteres radiofrekvenciás ablációval. 1853
- Fehér János dr.: Antall József, az orvostörténész (1932—1993). 475-H
- Fehér János dr.: Dr. Figus Illinyi Albert (1927—1994). 1205*
- Fehér János dr.: Korszakok az Orvosi Hetilap pályafutásában. 1649-H
- Fekete Ferenc dr., Tamás Katalin dr., Kemény János dr.: Csecsemőkori paracetamol mérgezés. — Veszélytelen-e a paracetamol? 2487
- Fogarasi Miklós dr., Kubala Éva dr., Bíró Judit dr., Falus András dr., Nemesánszky Elemér dr.: Interleukin-6: Értünk vagy ellenünk? Újabb eredmények az IL-6 klinikai vonatkozásairól. 2075
- Folyovich András dr., Simó Magdolna dr., Afra Judit dr., Thomka Magdolna dr.: Fejfájás ischaemiás cerebrovasculáris megbetegedésekben. 681
- Fónay Károly dr., Zámbo Katalin dr., Radnai Béla dr.: Secunder polycythaemia okozta hyperviscositas hatása a kisvérköri haemodinamikára és gázcsereire idült cor pulmonales betegeknél. 1017
- Forrai Gábor dr., Baki Márta dr., Bodrogi István dr.: Osteoporosis és asepticus combfejnekrosz előfordulása csírasejtes heredaganatok komplex kezelését követően. 1695
- Földes Iván dr., Lévy Annamária dr.: Pajzsmirigy peroxidáz enzim és thyreoglobulin elleni autoantitestek előfordulása különböző pajzsmirigy betegségekben. 1579
- Földi János dr., Páldi Haris Piroksa, Poros Anna dr., Fekete Sándor dr., Pálóczi Katalin dr., Demeter Judit dr.: Philadelphia chromosoma chimera géne molekuláris genetikai kimutatásának tapasztalatai. 171
- Fülesdi Béla dr., Csépany Tünde dr., Hegedűs Ida dr., Mórocz István dr., Sikula Judit dr., Kollár József dr.: Bal pitvari myxoma által okozott ischaemiás cerebrovascularis laesio. 1981
- Fülöp Vilmos dr., Szigetvári Iván dr., Szepesi János dr., Gáti István dr.: A gamma-interferon mRNS kimutatása JEG-3 choriocarcinoma sejtvonalban polimeráz láncreakcióval. 1027
- Gábor Zsuzsa dr.: A kórszövettani vizsgálat mint értékmérő. 2263
- Gál István dr., Hatházi László dr., Nemes Zoltán dr., Solymosi Tamás dr.: Papillaris pajzsmirigyrák anaplasticus transformatiója. 581
- Gárdai Miklós dr.: Medikalizáció és etika. 305-H
- Gárdó Sándor dr.: Gondolatok a szülészeti-nőgyógyászatról az ezredforduló közeledtével. 1651
- Garzuly Ferenc dr.: A neuroleukaemia patológiai jellemzői. 1291
- Gerevich József dr.: Az addikció fogalmaköre és diagnózisa. Új tendenciák az addiktív kórképek terminológiájában. 2805
- Gergely Péter dr.: Systemás lupus erythematosusban szenvedő betegek cyclosporin kezelése. 2591
- Dr. Giacinto Miklós (1929—1994). 675*
- Gömör Béla dr.: 100 éve született Bilkei Pap Lajos. 2099-H
- Görög Dénes dr., Tóth András dr., Szabó József dr., Weltner János dr.: A localis excisio helye a végbélrák sebészeti kezelésében. 2635
- Groák Lajos dr.: Egy elfelejtett debreceni orvos: Zelizy Dániel (1847—1889). 81-H
- Gruber Noémi dr., Varga Albert dr., Forster Tamás dr., Varga Lajos dr., Borthaiser Angela dr., Csanády Miklós dr.: Dipyridamol és dobutamin terheléses 2 dimenziós echocardiographia összehasonlító értékelése ischaemiás szívbetegségben. 67
- Gurzó Mihály dr., Varga Gyula dr., Dobos Károly dr., Náfrádi József dr., Petri András dr.: Terápiás lehetőségek thrombocytopeniás beteg gastrointestinalis vérzésének kezelésében. 805
- Gyenes Gábor dr., Bajcsay András dr.: Besugárzás okozta szívbetegség. 1907
- Gyuris Jenő dr., Poller Imre dr., Felber Magdolna dr.: Granulosasejtes ováriumtumor spinális metastasisa — 23 év után. 1701
- Gyurkó György dr.: Szokatlan arteria subclavia rendellenesség műtéti kezelése. 77
- Habon Tamás dr., Tóth Kálmán dr., Juricskay István dr., Zámbo Katalin dr., Mezey Béla dr.: Ergometria, haemorheologiai és szívműködés-perfúziós vizsgálatok értékelése sokváltozós alakfelismerő módszerrel ischaemiás szívbetegségeknél. 1357
- Halasy Kálmán dr.: A felső gasztrointesztinális rendszer akut fekélyvérzéseinek injekciós szklerotizáló kezeléséről. 1243
- Hámori József dr.: Meghalt Szentágotthai János dr. 2355*
- Hamvas Antal dr., Berényi Mihály dr., Vánik Miklós dr., Frang Dezső dr.: Extrakorporális lökéshullám-vesekővázás renális tubuláris acidózisban. 2825
- Hanisch József dr.: Igazságügyi orvosszakértői tevékenység a szemészeti gyakorlatban. 1363
- Hargitai Rezső dr.: Adatok a gyermekbénulás leküzdésének hazai történetéből. 1539-H
- Haris Ágnes dr., Radó János dr.: Atriális natriureticus factor: a „physiologiás diureticum”. 339
- Hernádi László dr., Törőcsik Miklósné, Pláyerne Dorkó Ágnes: Magzati fejlődési rendellenességek rutin transvaginalis ultrahang szűrővizsgálata a terhesség 12. hetében. 1521
- Hidvégi Jenő dr.: Ötven éve halt meg Richter Gedeon. 2881-H
- Hidvégi Jenő dr.: A tudós és a költő. Genersich Antal emlékére. 1091-H
- Honti József dr.: Arányi Lajos (1812—1887) élete és munkássága. 2655-H
- Horváth Erika dr.: Magyar húskészítmények koleszterintartalma. 2087
- Horváth Gyula dr., Boda Andor dr., Repa Imre dr.: Psoas tályogok kezelése CT vezérelt percutan drénezzéssel. 2597
- Horváth István dr., Puskás Éva, Horváth Anna, Balázs Éva dr., Horváth Attila dr.: Autoantitest, vagy immunológiai védekezés a cholesterinnel szemben? 965
- Horváth Magdolna dr., Weisenbach János dr.: Az epehólyag akut hydropsa gyermekkorban. 2829
- Horváth Magdolna dr., Farkas András dr., Dávidovics Sándor dr.: Hiatus hernia gyermekkorban. 347
- Hunyadi János dr., Szabó Imre dr., Simon Miklós dr. jr.: A bőr mint immunszerv. 2749
- Hunyady Béla dr., Cziráki Attila dr., Vincze Áron dr., Garamszegi Mária dr., Nagy Lajos dr., Jávör Tibor dr.: Tisacid szuszpenzió és tabletták savkötő képességének vizsgálata intragasztrikus pH-méréssel hiperacid betegekben. 1353
- Hutás Imre dr., Kraszkó Pál dr., Böszörményi Nagy György dr.: Immunmodulációs

- terápia időült hörghurutban (Multicentrikus vizsgálat). 1251
- Hüttl Kálmán dr., Szilágyi László dr., Repa Imre dr., Simonffy Árpád dr.: Az arteria subclavia perkután transzluminális angioplasztikája. 235
- Ihász Mihály dr.: Theodor Billroth (1829–1894) halálának 100. évfordulójára. 2545-H
- Illés Árpád dr., Bányai Anikó dr., Szegedi Gyula dr.: Előrehaladott stádiumú Hodgkin-kóros betegek kezelése CCNU, etoposide és prednimustine (CEP) terápiával. 1187
- Ilyés István dr., Nagy Edit dr., Sári Bálintné dr.: A derék- és csípőkörfogat hányadosának értéke serdülők elhízásában. 1467
- Ilyés István dr., Mahunka Imréné dr., Sári Bálintné dr.: Összefüggés a szérum immunreaktív insulin (IRI) és a plazma somatomedin-C/insulin-like growth factor-I (SM-C/IGF-I) koncentrációk között gyermekkori elhízásban. 1633
- Inovay János dr., Szabó István dr., Szendrei György dr., Papp Zoltán dr.: A méhen kívüli terhesség laparoszkópos kezelése salpingotomiával. 357
- Irányi Jenőné dr., Somogyi Endre dr., Verzár Rezső dr.: A syncope megítélése az orvosszakértői gyakorlatban. 2539
- Jainsch Michael dr., Jászai Veronika dr., Pintér András dr., Farkas András dr.: Gyermekkori vesicoureteralis reflux kezelése Teflon-paszta suburetericus injekciójával. 75
- Jakovovits Ákos dr., Jörg Hendrik dr.: Az anyai és magzati vérkeringés színes Doppler szonográfiai vizsgálata HELLP szindrómában. 1975
- Jakó János dr., Nagy Péter dr., Dauda György dr., Szeráfin László dr., Francz Mónika dr., László Ágnes dr., Smánykó Dimitrij dr.: Malignus haematologiai kórképek és carcinoma társulása. 2585
- Jánosi András dr., Sári Anna dr.: Szív műtét után kialakult constrictiv pericarditis. 861
- Járay Balázs dr., Balogh Zsolt dr.: Az Ewing-sarcoma citodiagnosztikája. 2151
- Józsa László dr.: A finnugor népek orvosai közötti kapcsolatok a két világháború között. 1313-H
- Józsa László dr.: Volt-e leprabetegség a középkori Magyarországon? 1763-H
- Juhász Ferenc dr., Balázs György dr., Lukács Géza dr., Lenkey Ágota dr., Györfi Ferenc dr.: Thyreoglobulin meghatározások értéke differenciált pajzsmirigycarcinómában szenvedő betegek utókezelésében. 849
- Kádár Krisztina dr., Király László dr., Fodor Ferenc dr., Szabó Miklós dr.: Magzati és újszülöttkori endocarditis. 2305
- Kádár Krisztina dr., Melegh Béla dr., Szendrei Etelka dr., Herczegfalvi Ágnes dr.: Karnitinhiányos cardiomyopathia. 473
- Kádás István dr.: 100 éves a siklósi kórház. 2207-H
- Kadocs Edit dr.: Specifikus immunterápia előtti diagnosztikus problémák nyárvégi-őszi szezonális rhinitis allergiás betegeken. 1963
- Kalapos Miklós Péter dr.: D-laktát, D-laktacidózis. A D-tejsav anyagcsere biokémiai áttekintése és klinikai vonatkozásai. 1459
- Kálmánchey Rozália dr., Schuler Dezső dr.: Gyermekkori malignitások neurológiai szövődései. 1739
- Kapronczay Katalin dr.: Az orvostudományi tájékoztatás kialakulásának főbb álmásai a 19. századi Magyarországon. 1430-H
- Kapronczay Károly dr.: A krakkói Jagelló Egyetem orvoskara múltjából. 867-H
- Kapronczay Károly dr.: Janny Gyula és a magyar vöröskeresztes nővéreképzés. 2100-H
- Karasszon Dénes dr., Csaba Béla dr.: A neuroallergia, illetve a neuroimmunológia magyar kutatói. 757-H
- Karasszon Dénes dr.: A kórbonctan magyar mesterei. Scheuthauer Gusztáv emlékezete. 2882-H
- Kardos Róbert dr., Magasi Péter dr., Karcsa Attila dr.: A hólyagdaganatok Nd. Yag lézer kezelése. 395
- Kazár György dr., Kósa János dr., Köfalvi István dr., Pestessy József dr.: Sérülések a serdülőkorban. 797
- Kecskés Borbála dr.: A kallikrein-kinin rendszer jelentősége a leptospirosis patogenezisében. 1913
- Kékes Ede dr.: A transzdermalis isosorbiddinitrát antianginás hatásáról (multicentrikus vizsgálat). 2421
- Kemenes Pál dr.: Fracastoro (1478–1553) modern epidemiológiája. 2780-H
- Kende Éva dr.: Minőségi indikátor-e a nosocomiális fertőzések aránya? 2859
- Király László dr., Loszádi Károly dr.: Homografit szívbillentyűk begyűjtési és beültetési rendszerének kifejlesztése. A Magyar Homografit Bank felállítása. 2425
- Kis Sándor dr., Naszály Attila dr., Szima Barna dr., Strausz János dr.: Endobronchialis magas dózisú afterloading sugárkezelés és percutan besugárzás kombinációja nagylégúti daganatok kezelésében. 71
- Kiss Attila dr., Telek Béla dr., Rák Kálmán dr.: Hypocholesterinaemia és egyéb lipoprotein-rendellenességek myelofibrosisban. 2643
- Kiss Klára dr., Nagy Kálmán dr., Hunyadi Katalin dr., Simkó Róbert dr.: Nephropathia ifoszfamidval kezelt betegekben. 1023
- Kiss László dr.: Az 1894-es budapesti kongresszus szerepe a diftéria szérumterápiájának térhódításában. 1314-H
- Kiss László dr.: Az antropológia úttörője Ales Hrdlicka (1869–1943). 194-H
- Kiss László dr.: Vidéki orvospálya a reformkorban. Horvát József (1794–1849) 865-H
- Kiss Mária dr., Husz Sándor dr., Doboz Attila dr.: Az immunoblot technika eredményessége a hólyagos bõrgyógyászati kórképek diagnosztikájában. 2197
- Klein Ágnes dr.: A szakirodalom útvesztői. 46
- Konc János dr.: Intact ectopiás terhesség kezelése transvaginalis aspirációval és methotrexate helyi alkalmazásával. 2147
- Kondás József dr., Szentgyörgyi Ervin dr., Diószeghy Gábor dr., Váczi László dr., Kiss Attila dr.: Cystectomy a hólyagrák kezelésében. 119
- Kónya András dr., Vigváry Zoltán dr.: Az intervenció radiológia lehetőségei gyermekkorban. 2243
- Kónya András dr., Vigváry Zoltán dr.: Epe-úti endoprotézisek rendellenes működésének kezelési módjairól. 693
- Kónya András dr., Vigváry Zoltán dr.: Olajos kontrasztanyaggal végzett kemoembolizáció nagy kiterjedésű inoperabilis primer hepatocellularis carcinomák palliatív kezelésében. 227
- Kósa Ágnes dr., Mátyus János dr., Horkay Irén dr.: Pseudoporphyria. 25
- Kószó Ferenc dr., Földes Márta dr., Morvay Márta dr., Judák Rita dr., Vakis Georgios dr., Doboz Attila dr.: Krónikus hemodialízissel kapcsolatos porphyria/pseudoporphyria. 2131
- Kovács András dr., Szapanidisz Jorgosz dr., Böcskei Béla dr.: A középső és alsó ureterszakasz köveinek kezelése ureterorenoscoppal. 1143
- Kovácsné Török Zsuzsa, Szeverényi Péter dr., Forgács Attila dr.: Perinatális gyszreakció. 1863
- Krútsay Miklós dr., Vigh Éva dr.: A polyganglioradiculitis patológiai diagnosztikájáról, egy eset kapcsán. 1637
- Kuncz Ádám dr., Horváth Zoltán dr., Bodósi Mihály dr., Kövér Ferenc dr., Dóczi Tamás dr.: A központi idegrendszer cavernosus angiomáiról. 1571
- Lampé László dr., Bodnár Béla dr.: A petesejt-adományozás etikai kérdései. 1641
- Landi Anna dr., Osgyan Tibor dr., Gálos Gizella dr., Keller László dr.: Prognosztikai vizsgálatok arteriosclerosis obliterans betegekben. 2253
- László Aranka dr., Sümegi Balázs dr., Alkonyi István dr., Horváth Emese dr., Sztriha László dr., Várkonyi Ágnes dr., Zombori János dr.: Mitochondriális myopathiák/encephalomyopathiák specifikus enzimdiagnosztikája. 747
- László Gergely dr., Kullmann Lajos dr.: Megfigyelések a kórházi osztályok reális gyógyszerigényéről. 2095
- Lengyel Gabriella dr., Fehér János dr.: Thymostimulin a klinikai gyakorlatban. 2871
- Lengyel Gabriella dr., Fehér János dr.: A famotidin alkalmazása fekélybetegségben. 2299
- Lengyel Mária dr., Wladika Zsuzsanna dr., Borbala József dr., Vándor László dr., Keltai Mátyás dr., Dékány Péter dr.: A transoesophagealis echocardiographia szerepe a mitralis mechanikus műbillentyű thrombosis fibrinolytikus kezelésében. 955

- Leővey András dr.: A pajzsmirigy göbös megbetegedéseinek klinikai jelentősége. 1011
- Lőcsei Zoltán dr., Toldy Erzsébet dr., Varga László dr., Kovács L. Gábor dr.: A TSH ultrasensitiv-assay alkalmazásának klinikai jelentősége. 2477
- Lőrincz István dr., Wórum Ferenc dr., Kovács Péter dr., Polgár Péter dr., Mohácsi Attila dr., Nagy Endre dr.: Klinikai szív-elektrofiziológiai vizsgálatok carotis sinus syndromában szenvedő betegekben. 1743
- Ludwig Endre dr., Székely Éva dr., Csiba András dr.: Klinikofarmakológiai vizsgálatok Péflacine-nal. 687
- Magyar László András dr.: Galénosz: A jó orvos filozófus is. 2437-H
- Márk László dr., Nagy Erzsébet dr., Deli László dr., Tóth Károly dr.: Fel nem ismert akut myocardialis infarctusok előfordulása 9 év sétiós anyagában. 1411
- Merksz Miklós dr., Csontai Ágoston dr., Tóth József dr.: A gyermekkori vesicoureteralis reflux konzervatív kezelésének lehetőségeiről. 2363
- Messay Balcha dr., Schneider Imre dr., Mojzes Jenő dr.: A D₃-vitamin és analogjai: egy új korszak a psoriasis vulgaris kezelésében? 2647
- Mezei Györgyi dr., Cserháti Endre dr., Pusztai Anikó dr.: Atkaölő szer hatása a háziorra és a házior allergiások tüneteire. 969
- Mihály Ilona dr., Budai József dr., Gerő Anna dr., Kukán Eszter dr.: Akut parotitis mumps védőoltásban részesült gyermekekben. 287
- Mihály Ilona dr., Kukán Eszter dr., Gellért Mária dr., Gerő Anna dr., Mándoky Fülöp dr.: A parotitis epidemica etiológiája. 3
- Mogyoróssy Gábor dr., Kovács Ilona dr., Sulyok Katalin dr.: Mediastinalis sugárterápia következtében kialakult átmeneti hypertrophiás cardiomyopathia 3 éves gyermeknél. 1195
- Molnár Tamás dr., Jelic Ágnes dr., Benkő István dr., Kercsó Klára dr., Alföldi Ferenc dr.: A másodlagos légmell kezeléséről. 1137
- Monos Emil dr.: Örökségünk. Gondolatok a Semmelweis Orvostudományi Egyetem első Dies Academicus-án. 977-H
- Montskó Péter dr., Schmidt Béla dr.: Vele született pattanó ujj ritka esete. 639
- Morvay Zita dr., Iványi Béla dr., Marofka Ferenc dr., Csajbók Ernő dr., Szenohradzky Pál dr., Ormos Jenő dr.: Ultrahangvizsgálatok, kórszövettani eredmények és klinikai paraméterek összehasonlító elemzése transzplantált vese diszfunkció esetén. 2467
- Mózes Imre dr., Kéki Kálmán dr., Koroknai Géza dr., Böhm Klára dr., Tamás Erzsébet dr.: Differenciáldiagnosztikus problémát okozó extrapulmonalis tuberculos két esete. 1367
- Muzsnai Ágota dr., Péter Ferenc dr., Tarján Gábor dr., Holló István dr.: A szérum osteocalcin-szint változása növekedési hormon-hiányos gyermekek szubsztitúciós kezelése során. 291
- Nagy Attila dr.: Kontinenciát biztosító rekonstrukcióval végzett totalcolectomiák hosszú távú eredményei. 625
- Nagy Gyula dr.: Dr. Frankl József (1908–1994) emlékezete. 585*
- Nagy Péter dr., Szabó Rudolf dr.: 28. hét előtti idő előtti burokrepedés kezelése intraamniális infúzióval. 129
- Nagy Péter dr., Tállér András dr., Iliás Lajos dr.: Az eosinophil gastroenteritisről. 699
- Nemes Balázs, Lázár Norbert dr., Járay Jenő dr.: Transplantációs glomerulopathia, Hodgkin típusú malignus lymphoma és ajakrák együttes előfordulása immunsupprimált betegekben. 1309
- Németh Attila dr., Dinya Elek dr., Audikovsky Mária dr., Pados Gyula dr., Hüttlinger, Manfred: A Gevilon-terápia hatása az apolipoprotein E polimorfizmus függvényében. 735
- Németh György dr., Esik Olga dr.: Háromdimenziós besugárzástervezés. 1795
- Novák János dr., Ottlakán Aurél dr., Pásztor Pál dr., Gurzó Zoltán dr., Kovács József dr., Libor János dr.: A transscysticus drainage ritka késői szövődménye. 2651
- Oláh Attila dr., Pardavi Gábor dr., Lukácsy András dr., Varga Gyula dr., Mátrai Tamás dr.: Akut nekrotizáló pancreatitishez társuló vastagbéliszövődmények. 1297
- Orosz István dr., Márk László dr., Nagy Erika dr., Nagy Erzsébet dr.: A műbilyentyűs betegek gondozásával szerzett tapasztalatok. (A Békés megyei Kardiológiai Szakrendelés anyagának elemzése.) 2523
- Orosz Péter dr., Juhász László dr., Nagy György dr.: Extracorporalis lökéshullám-kezelés egyéves eredményei epehólyag-kövességben. 2357
- Orosz Péter dr., Juhász László dr.: Az extracorporalis lökéshullám-kezelés szerepe nagyméretű choledochus kövek eltávolításában. 1971
- Orosz Zsolt dr., Udvarhelyi Nóra dr., Riedl Erika dr., Rahótyi Pál dr.: A tüdő úgynévezett sclerotizáló haemangioma. 133
- Osváth Pál dr., Kelenhegyi Katalin dr., Szánthó András dr.: Gyermekkori pseudocroup kezelése inhalatív budesoniddal. 2535
- Ottlakán Aurél dr., Varga István dr., Olasz Mária dr., Satori Ödön dr.: Pitvarfibrilláció szövődményeként kialakuló lépinfarktus és tályog. 189
- Ördög Szilveszter: Öt perc beszélgetés. 2326-H
- Paál Krisztina dr., Erdélyi-Tóth Valéria dr., Pap Éva dr., Csáki Csilla dr., Ferencz Tamás dr., Schuler Dezső dr., Borsi József dr.: A díbrómdulciit farmakokinetikai vizsgálata agytumoros gyermekekben. 2527
- Pál Attila dr., Borthaiser Zoltán dr.: Az endometrium transvaginalis ultrahangvizsgálatával nyert tapasztalataink metrorrhagiás betegekben. 1305
- Pál Attila dr., Vajda György dr.: Non-immun hydrops foetalis sikeres kezelése intrauterin transzfúzióval. 1147
- Pálffy Gyula dr., Vadász Pál dr., Kostic Szilárd dr.: Minimális invazív mellkasi műtétek. Tapasztalataink a standard video-thoracoscopos és mini-thoracotomiás módszerrel. 913
- Pallagi Edina dr., Oláh László dr.: A „cluster” fejfájás. 1515
- Papp Zoltán dr., Paulin Ferenc dr.: Születésnap köszöntő: Zoltán Imre professzor 85, Csömör Sándor professzor 75 éves. 2803
- Pár Alajos dr., Mihály Ilona dr., Kómvics Katalin dr.: Egyszerű ELISA módszer a HBsAg kimutatására: Organon Technika HBsAg Uniform II szűrő- és konfirmációs teszt. Összehasonlító vizsgálat a HBsAg Hepanostika eljárással. Multicentrikus tanulmány. 2143
- Péter Iván dr., Schneider Imre dr.: A kolhicin farmakológiája és dermatológiai alkalmazási területei. 283
- Péter Sándor dr., Horváth Örs Péter dr., Bogár Lajos dr., Hertelendy Ágnes dr.: Oesophagus kirekesztéssel végzett total gastrectomia a felső gastrointestinalis tractus korrozív sérülése után. 751
- Péterffy Miklós dr.: Thrombopoetin: Magyarországon leírt életfontos haemopoetikus hormon előállítás külföldön, 36 év után. 2747
- Pintér Arnold dr., Zámolyi Károly dr., Székely Ádám dr., Préda István dr.: Amiodaron okozta hyperthyreosis által kiváltott arrhythmia-progresszió. 1535
- Polgár Péter dr., Kovács Péter dr., Lőrincz István dr., Wórum Ferenc dr.: Gyógyszer rezisztens supraventricularis tachycardia kezelése az AV-junctio radiofrekvenciás ablációjával. 1859
- Pongrácz Kálmán dr., Varga Levente dr., Sáfrány Beatrix dr., Rajkai Irén dr.: A selectiv IgA-hiány klinikuma. 2863
- Pósán Emőke dr., Tornai István dr., Udvardy Miklós dr.: A fibrinolysis vizsgálata krónikus májbetegségekben in vitro alvadékkoldási próba segítségével. 2821
- Puskás Tivadar dr., Morvay Balázs dr.: Akut myocardialis infarctusban szenvedő betegek helyszínen megkezdett fibrinolitikus kezelése. 2193
- Radó János dr., Pató Éva dr., Haris Ágnes dr., Balogh Ildikó dr.: D-vitamin-készítmény (calcitriol) hatása distalis renalis tubularis acidosishoz társuló csontbetegségben. 2319
- Radó János dr., Pató Éva dr.: A distalis renalis tubularis acidosis klinikai spectuma és vizsgálata bicarbonat terheléssel. 2695
- Rák Kálmán dr.: A nagy malignitású nem-Hodgkin lymphoma kezelésének mai lehetőségei, különös tekintettel az autológ haemopoetikus őssejt transzplantációra. 843
- Rákóczy György dr.: Polyorchidia. 1929

- Regöly-Mérei János dr., Landgraf, Rüdiger dr., Illner, Wolf-Dieter dr., Land, Walter dr., Nagy-Dani Éva dr.: A pancreas transzplantáció technikája és eredményei. 1123
- Reiber István dr., Gógl Árpád dr.: A low density lipoprotein-cholesterin csökkentése apheresis segítségével. 563
- Rihmer Zoltán dr., Barsi Judit dr., Rutz Wolfgang dr.: A dolgozó orvosok, a felismert depressziók és az öngyilkossági mortalitás regionális megoszlása Magyarországon. 125
- Romics Imre dr., Kaldenbach, Raimund dr., Bach, Dietmar dr.: Különböző vizsgálati módszerek jelentősége a prosztaták kórismézésében. 1191
- Romics László dr., Karádi István dr., Csánády Miklós dr., Gógl Árpád dr., Jánosi András dr., Ofner Péter dr., Tarján Jenő dr., Varga László dr., Wörum Ferenc dr., Zeltner György dr.: Lovastatin kezelés hatása a serum lipidekre és lipoproteineknek. 2187
- Rozsos István dr., Rumi György dr.: Cholelithiasis nem sebészeti kezelése után tapasztalt recidívák és szövődmények kezeléséről. 1803
- Rozsos István dr.: Fibroma okozta ilealis intussusceptio microlaparotomiában végzett cholecystectomy után. 1645
- Rumi György dr., Imre László dr., Sülle Csaba dr., Lassuné Merényi Zsuzsa, Sarudi Imre dr., Kelemen János dr.: Szélnéplótlás kenyerrel. 2371
- Sárosi Zsuzsanna dr., Bösze Péter dr., Danczig Ágnes dr., Ringwald Gábor dr.: Kiterjesztett szeméremtest- és környéki nyirokcsomó-eltávolítás szövődményei 58 szeméremtestrák esete alapján. 743
- Scheuer, Peter, J.: A májbíopsziák értékelése krónikus hepatitis esetén. 2309
- Schneider Imre dr., Magyarlaki Márta dr., R. Tóth Klára dr.: Az eosinophil cationos protein meghatározás jelentősége különböző dermatosisokban. 2411
- Schneider Tamás dr., Molnár Zsuzsanna dr., Várady Erika dr., Ringwald Gábor dr., Fleischmann Tamás dr.: Kifejezett malignitású non-Hodgkin lymphomák beteg CHOP-Bleo kezelése. 2759
- Schulteis Ferenc dr., György Aranka dr.: Appendicitis tüneteit utánzó izolált csepesz actinomyosis. 973
- Sikula Judit dr., Kollár József dr.: Ceolat (dimethylpolysiloxan) rágótabletta alkalmazása radiológiai vizsgálatok előkészítésére. 177
- Simkó Róbert dr., Lombay Béla dr., Velkey Imre dr., Kiss Ákos dr., Gyurcsik András dr., Váradi Katalin dr., Nagy Kálmán dr.: A Menkes-betegség. 2877
- Simkó Róbert dr., Nagy Kálmán dr., Tamáska Júlia dr., Zsíros József dr., Hunyadi Katalin dr., Velkey László dr., Fodor Bertalan: Cutan T-sejtes lymphoma progressiója leukaemiában. 1595
- Simon Miklós dr.: Megemlékezés dr. Rávnay Tamásról (1893–1963). 1199-H
- Soltész Pál dr., Zehér Margit dr., Muszbek László dr., Szegedi Gyula dr.: Lupus anticoagulans és szerzett thrombocytopenia „storage pool” megbetegedés egyidejű előfordulása. 1031
- Somogyi Anikó dr., Pusztai Péter dr., Prechl József dr., Fehér János dr.: A diabetes mellitus és szabad gyökök reakciók feltételezett kapcsolata az érmezesedéssel. 1815
- Somogyi Anikó dr., Werling Klára dr., Rosita András dr., Láng István dr.: Metothyrin indukált agranulocytosis kezelése granulocyt-macrophag colonia stimúláló faktorról. 2483
- Somorjai Béla dr., Orosz Ernő dr., Horváth Tibor dr., Krasznay Péter dr.: Felvételt nem traumás eredetű intrahepaticus epeút perforáció. 361
- Somos Zsuzsanna dr., Schneider Imre dr., Raskó István dr.: Xeroderma pigmentosum variáns: Pigmentált xerodermoid két kórese. 1759
- Strausz János dr., Bölskei Pál dr., Häußinger Karl dr.: Trachea és hörgődaganatok sebészeti eltávolítása endobronchialis Nd-YAG laser photocoagulation után. 2373
- Strausz János dr., Kis Sándor dr., Szima Barna dr., Pápai Zsolt dr., Kiss Katalin dr.: Neodymium-YAG laser szerepe a tracheobronchialis szűkületek kezelésében. 471
- Surányi Sándor dr., Porcsin Istvánné: Bábák, szülésznők — egy nagy múltú „mesterség”. 536-H
- Surján László dr.: Az új finanszírozási renddel kapcsolatos eddigi tapasztalataink és terveink a szakellátás területén. 507
- Sülle Tamás dr.: Orvosi etika egykor és ma. 649-H
- Svastics Egon dr., Számel Irén dr., Ringwald Gábor dr., Vincze Borbála dr., Besznayk István dr., Tóth József dr.: Az emlőrák szteroid receptorainak klinikai jelentősége. 513
- Szabados Sándor dr., Kardos Attila dr., Simon Judit dr., Gingl Zoltán dr., Hegedűs Zoltán dr., Rudas László dr.: Folyamatos, noninvasív vérnyomásmérés a pacemaker szindróma diagnosztikájában. 1255
- Szabó András dr.: Az uterus ikonográfiája az ókortól Vesaliusig. 1989-H
- Szabó István dr., Hajdú Júlia dr., Csabay László dr., Német János dr., Papp Zoltán dr.: Magzati tachyarrhythmia prae-natalis nyomon követése. 2603
- Szabó Pál dr., Túry Ferenc dr.: A pszichoszomatikus táplálkozásszavarok szövődményei. 1067
- Szabó Tibor dr.: Lang Jakab Ambrus (1663–1725) II. Rákóczi Ferenc orvosa. 1873-H
- Szabolcs Zoltán dr., Bodor Elek dr., Hüttl Kálmán dr.: Arteria carotis interna szűkületek gyakorisága coronaria műtetre váró betegek között. 1073
- Szállási Árpád dr.: Egy orvostörténeti munka jubileuma. 2435-H
- Szállási Árpád dr.: A Batthyány család orvostörténeti szerepe. 531-H
- Szállási Árpád dr.: A hazai dermatológia kiválósága: Beck Soma (1872–1930). 79-H
- Szállási Árpád dr.: Hints Elek pályaképe (1893–1966). 303-H
- Szállási Árpád dr.: A magyar szemészet szemész története. 755-H
- Szállási Árpád dr.: Az inzulin pályafutása. 1764-H
- Szállási Árpád dr.: Egy nagy budapesti nemzetközi orvoskongresszus centenáriuma. 1875-H
- Számel Irén dr., Budai Barna dr., Daubner Kornél dr., Kralovánszky Judit dr., Csetényi János, Ottó Szabolcs dr., Besznayk István dr.: A nagycisztás mastopathia cisztafolyadékának hormonális és biokémiai jellemzése. 907
- Számel Irén dr., Budai Barna, Gyergyay Fruzsina dr., Erdélyi-Tóth Valéria dr., Kralovánszky Judit dr., Drabant Sándor dr., Csörgő Margit dr., Zsarnóczy Péterné dr.: Az antiösztrogén hatású új vegyület (EGIS-5650, panomifene) endokrin hatásairól egészséges önkénteseken: fázis I/a vizsgálat. 1077
- Szántai Gábor dr., Pávics László dr., Wittmann Tibor dr., Oláh Tibor dr., Szendrői Vilmos dr., Csernay László dr.: Radioizotópos oesophagus passzázs vizsgálat. 853
- Szánthó András dr., Demeter Attila dr., Papp Zoltán dr.: A méhtrákos betegek ellátásának helyzete hazánkban. 2473
- Szánthó András dr., Demeter Attila dr., Papp Zoltán dr.: A méhnyakrákos betegek ellátásának aktuális helyzete hazánkban (A felismerés). 899
- Szánthó András dr., Demeter Attila dr., Papp Zoltán dr.: A méhnyakrákos betegek kezelése hazánkban. 1179
- Szántó Dezső dr., Szűcs Gabriella dr., Biró Barna dr., Priska Mária dr.: Degeneratív chondroarthropathia a sternocostalis ízületekben szívűműtétek után. 2639
- Szántó Imre dr., Riesz Tamás dr., Gönczi Judit dr., Molnár Ferenc dr.: Haemosuccus pancreaticus. 2205
- Szatmáry László János dr.: Azonnali és tervezett percutan rekanalizáció ischaemiás szívbetegségeken. 451
- Székelgy György dr., Kupcsulik Péter dr.: A vena hepatica keringésének vizsgálata duplex ultrasonográfiával diffúz májbetegségeken. 2083
- Szell Kálmán dr.: Az előadás. 643
- Szell Kálmán dr.: Az írásos közlés főbb elvi és gyakorlati kérdései. 251
- Szénási József dr.: Országos Stefánia Szövetség (1915–1941). 415-H
- Szeverényi Mihály dr., Osmers, Rüdiger dr., Rath, Werner dr., Kuhn, Walter dr., Lampé László dr.: Szialidáz aktivitás alakulása a cervix uteri kötőszövetében a terhesség alatti érés és a szülés alatti dilatáció során. 15
- Szeverényi Mihály dr., Osmers, Rüdiger dr., Rath, Werner dr., Kuhn, Walter dr., Lampé László dr.: A cervix uteri fibro-nektin tartalmának változása terhesség-

- ben, a szülés alatt és közvetlenül a szülés után. 519
- Szilágyi Károly dr., Papp Zsuzsanna dr., Répási István dr.: Extraterin terhesség rúptúrája intrauterin terhesség mellett. 2543
- Szilágyi Szabolcs dr.: Pulsoxymetria a belek életképességének és az intestinalis anastomosisok microcirculációjának vizsgálatára. 1531
- Szima Barna dr., Pápai Zsolt dr., Kis Sándor dr., Soltész Ibolya dr., Egervári Márta dr., Moldvay Judit dr., Strausz János dr.: Transbronchialis tüdőbiopsziával szerzett tapasztalataink. 1919
- Szobor Albert dr., Kas József dr., Klein Magda dr., Rigler András dr., Rakonczai Gyula dr., Vincze Lajos dr.: Tumorhoz társult myasthenia gravis és myasthenia syndroma. 59
- Takács Tamás dr., Hajnal Ferenc dr., Balázs Béla dr., Montet, Jean-Claude dr., Lonovics János dr.: Az epeúti kövesség direkt oldószeres kezelése. 2691
- Tar Attila dr., Szécsényi Nagy István dr., Péter Ferenc dr.: A növekedési hormon kezelés hatása és a radiális metaphysis szélessége közötti összefüggés elemzése. 793
- Tariska Péter dr., Knolmayer Johanna dr., Kiss Éva dr., Mészáros Ágota dr., Angyalosné Takó Emőke, Baranyai Zsuzsa: Memória klinika: új speciális profilú egység működésének alapelvei és első tapasztalatai. 2019
- Telek Béla dr., Kiss Jolán dr., D. Tóth Ferenc dr., Krasznai Géza dr., Ujj György dr., Rejtő László dr., Kiss Attila dr., Rák Kálmán dr.: Eosinophil leukaemia: a Philadelphia chromosoma negatív krónikus myeloid leukaemia ritka formája? 1087
- Temesvári András dr., Voci, Paolo dr., Bi-lotta, Federico dr., Caretta, Quintilio dr., Mercanti, Corrado dr.: Vena saphena koronária graft ellátási területének mérése miokardiális kontraszt echokardiográfia segítségével műtét alatt. 577
- Tenczer József dr.: Az AV junctio radiofrekvenciás energiával történő ablációja, mint a supraventricularis tachycardiák kezelésének új módszere. 1851
- Tényi Tamás dr., Trixler Mátyás dr., Verreczkey Gábor dr., Dorka András dr.: Clozapine alkalmazásáról terhesség során. 1967
- Tényi Tamás dr., Trixler Mátyás dr.: Pszichotikus couvade esete (Pszichodinamikai elemzés). 527
- Tényi Tamás dr.: Adatok az obesitas tudománytörténetéhez. 1092-H
- Timár László dr., Kriván Gergely dr., Kövesdi Rita dr.: Immunglobulinok profilaktikus és terápiás alkalmazása csontvelőtranszplantált betegekben. 405
- Tislér András dr., Barna István dr., de Châtel Rudolf dr.: 24 órás ambuláns vérnyomásmonitorozó készülék összehasonlító vizsgálata standard zéró és random zéró vérnyomásmérővel. 1415
- Topa Lajos dr., Berger Zoltán dr., Pap Akos dr.: Pancreas anulare felnőttkorban. 1481
- Tóth Csaba dr., Lengyel Mária dr., Véréb József dr., Kádár András dr., Richter Tamás dr.: Cerebrális embóliát okozó bal pitvari myxoma sikeresen operált esete. 299
- Tóth Kása Izabella dr., Hunyadi János dr., Farkas Beatrix dr., Jancsó Gábor dr., Obál Ferenc jr. dr., Husz Sándor dr., Doboz Attila dr.: Idegrostok regenerációjának funkcionális vizsgálata keratinocita transzplantáció után. 903
- Tóth Miklós dr., Rácz Károly dr., Kiss Róbert dr., Fűtő László dr., Varga Ibolya dr., Karlinger Kinga dr., Dékány Erzsébet dr., Czirják Sándor dr., Pásztor Emil dr., Gláz Edit dr.: Thyreoidea stimuláló hormont termelő hypophysis adenoma. 2709
- Tóth Péter dr.: A kisdedkori urticariaszerű toxicoallergoderma összefüggése a toxintermelő Staphylococcus infekciókkal. 2701
- Török László dr., Simon Gyula dr., Csornai Ágnes dr., Tápai Mária dr., Török Ibolya: Lympho-cutan sporotrichosis formájában jelentkező Scedosporium apiospermum fertőzés myelo-monocyta leukaemiás betegen. 2377
- Török László dr.: A bőrtünetek jelentősége a korszerű orvosi diagnosztikában. 619
- Túry Ferenc dr., Rathner, Günther dr., Szabó Pál dr., Forgács Attila dr.: A táplálkozási magatartás zavarainak hazai epidemiológiai adatai: újabb eredmények. 787
- Tusnádi Anna dr., Uhrin Katalin dr., Bényei Magdolna dr., Krasznai Géza dr.: Pyoderma gangrenosummal járó colitis ulcerosa. 917
- Udvardy Miklós dr., Hársfalvi Jolán dr., Pósné Emőke dr., Káplár Miklós dr., Katona Éva dr., Rák Kálmán dr.: A primer haemostasis adhezív tényezői és a máj fibrogenesis kapcsolata alkoholos májcirrhosisban. 523
- Udvardy Miklós dr., Pósné Emőke dr.: Diabetes mellitus és fibrinolysis (Tapasztalatok in vitro alvadék oldási próbával). 2025
- Udvardy Miklós dr., Pósné Emőke dr., Rák Kálmán dr.: A thrombocyták és a fibrinolysis kapcsolata. 677
- Vadász György dr.: Analgesia congenita. IV. Serdülőkor, felnőttkor, szülés (Nyomon követéses esettanulmány). 2431
- Vajda György dr., Pál Attila dr.: A magzati artéria renalis keringés vizsgálata a terhesség harmadik trimeszterében. 1751
- Vajtai István dr., Varga Zsuzsanna dr., Ormos Jenő dr., Vörös Erika dr., Kuncz Ádám dr.: Centralis neurocytoma: az agykamrák ritka daganata. 1869
- Varga Fatima dr., Tarján Gábor dr., Steczek Katalin dr., Földes János dr.: Vörösvérsejt Zn-tartalom vizsgálata manifest és szubklinikus hyperthyreosisban. 1183
- Varga István dr., Szabó Olga dr., Gergely Péter dr., Papp Zoltán dr.: Antiphospholipid syndromás habitualis vetélő nő sikeres terhességének esete. 413
- Varga László dr., Baranyai Marietta dr., Lőcsei Zoltán dr., Toldy Erzsébet dr., Brittig Ferenc dr.: Hepatitis B- és C-vírus marker vizsgálatok alkohol okozta májbetegségekben. 1691
- Varró Vince dr.: Hetényi Géza 2325-H
- Vástyán Attila dr., Gulácsy István dr., Fazekas Zoltán dr.: Prostata punctiót követően kialakuló Fournier-gangraena. 2039
- Veress Gábor dr.: Alacsony Wenckebach-pontot szimuláló bigemin elrendeződésű blockolt pitvari extrasystolia. 2771
- Veress Gábor dr.: Intermittáló szárblokkal járó A-V reciprok tachycardia rejtett Wolff-Parkinson-White-syndromában. 1131
- Vincze Károly dr., Herke László dr., Pécsi Balázs dr.: A késői túlélés és a shunt vezetőképességének kapcsolata refrakter ascites miatt operált betegekben. 569
- Wallach, Daniel dr.: Kaposi Mór és az első dermatológiai-syphiligraphiai világkongresszus. 1987-H
- Weber György dr., Jakó Géza dr., Kalmár Nagy Károly dr., Cseke László dr., Kasza Gábor dr.: Aorto-bifemorális bypass műtét retroperitoneális „mini” feltárásból (Előzetes közlemény). 2035

Table of contents

- Arató, A., Savilahti, E.: The distribution of the different IgG and IgA subclass containing cells in the small intestinal mucosa of children with coeliac disease. 351
- Baki, M., Bodrogi, I., Horti, J., Géczi, L.:

- Medicaments review applied during the neutropenic periods after cytostatic therapy and our experiments compared the doxycycline and ofloxacin by the treatment of testicular cancer patients. 2815
- Bakos, N.: Second generation, nonsedative antihistamines. 1475

- Balázs, M.: Experiences on hypothermia concentration camp of Dachau. 2208-H
- Balázs, M., Rigler, A., Faller, J.: Serrated adenoma — the less known type of colorectal tumors. 21
- Balázs, M., Svastics, E.: Malignant cystosarcoma phyllodes: clinicopathologi-

- cal review in connection with two cases. 2259
- Bálint, G. S.: Jet lag syndrome. 1755
- Bálint, G. S.: Malaria chemoprophylaxis: a present-day overview. 241
- Bálint, G. S.: Possible new drugs in AIDS-therapy. 1235
- Balogh, G.: Tube loop (seton) drainage treatment of recurrent extrasphincteric perianal fistulas 2705
- Baltás, B., Bajusz, H., Bende, J., Vattay, F., Lázár, Gy., Vangel, R., Onodi, J., F. Kiss, Z., Takács, T.: Laparoscopic cholecystectomy: analysis of 1122 operations. 1627
- Bán, A.: Retinoids in the treatment of haematopoietic disorders and malignant tumors. 1527
- Barzó, P., Tuka, P., Minik, K., Kiss, J. I.: Primary malignant melanoma of the lower respiratory tract and of the lung. 245
- Batári, Gy.: Giuseppe Basso-Arnoux — Lajos Kossuth's doctor. 1201-H
- Bátorfi, J., Kovács, V., Fenyves, B., Bajtai, A., Hidvégi, J., Dabasi, G., Pósfai, G., Ihász, M.: The effect of lesser curve seromyotomy of the stomach in animal experiments. 469
- Battyány, I., Hertelendy, Á., Pár, A., Horváth, L.: Treatment of polycystic liver disease with cyst puncture and ethanol sclerotherapy. 1423
- Bazsa, S.: Transcatheter embolisation of the hypogastric artery. A method for arrest of bleeding in obstetrics and gynecology. 2867
- Bedernjak, J.: Leptospirosis in Pomurje and Slovenia. 409
- Bély, M., Apáthy, Á.: Causes of death, complications in rheumatoid arthritis. 2029
- Benke, J.: The fate of the Pharmaceutical Faculty removed to Germany. 533-H
- Berger, Z., Topa, L., Pap, A.: Endoscopic treatment for empyema of gallbladder by naso-cholecystic drainage. 185
- Berki, Cs., Mosonyi, T.: Acute colonic pseudo-obstruction. 2091
- Bernát, S. I., Pongrácz, E.: Hemorheological changes in malignant tumors. 961
- Beró, T., Jávör, T.: Comparative study on the clinical efficacy of Neopanpur and Creon in patients with chronic pancreatitis. 7
- Birtalan, Gy.: Evolution of medical history and questions of its reception. 2657-H
- Birtalan, Gy.: Laennec and Skoda, the classics of internal diagnostics. 418-H
- Boda, D.: In memoriam Pál Ferencz. 647-H
- Bodnár, B., B. Kassai, Zs., Kőrösi, T., Varga, E., Lampé, L.: Functioning conditions of laboratories dealing with the cryopreservation of the human preembryos. 1923
- Bodnár, B., B. Kassai, Zs., Varga, E., Boros, A.: Can the duration be limited for the storage of time necessary for human cryopreserved preembryos? 2201
- Bogyé, G., Fehér, J., Alfthan, G., Aro, A.: Relationship between selenium deficiency and high vascular mortality, morbidity. 115
- Borda, L., Dóczi, T., Tarjányi, J.: Treatment of trigeminal neuralgia by glycerol injection into the Meckel's cave. 181
- Boron-Kaczmarek, A., Kozłowska, H., Swiderska, J., Szmikowski, M., Szymanski, J.: Endotoxin concentration in the pre- and posthepatic blood plasma of rats in ethanol induced liver injury. 1705
- Böhm, Á., Székely, Á., Fiók, J., Préda, I.: Long-term results of permanent atrial pacing. 2137
- Bősze, P.: Autoimmune oophoritis. 1403
- Bősze, P.: Familial ovarian cancer. 459
- Bősze, P., Ungár, L., Pálfalvi, L., Mészáros, I.: Experience with urinary conduit procedures. 2755
- Buday, L.: Oncogenes and tumour suppressor genes in the signal transduction pathways of growth factors. 2579
- Buzás, Gy.: Growth factors in experimentally induced ulcers. 2765
- Corradi, Gy., Jaszovszky, I.: The effect of pyospermia on fertility. Investigation by selective granulocyte staining, PMN elastase ELISA and by conventional perm parameters. 573
- Csaba, J., Orbán, I.: Laparoscopic cholecystectomy in the 25th week of pregnancy. 1421
- Cserhalmi, L.: Current concept on treatment of heart failure. 1683
- Császár, T., Patakfalvi, A.: Differential diagnostic problems in Lyme disease (acute exogenic type of psychosis caused by Borrelia infection). 2269
- Csáthy, L., V. Oláh, A., Pócsi, I., Varga, J., Balla, Gy., Price, R. G.: Age-dependent urinary N-acetyl-beta-D-glucosaminidase activity in healthy children. 1301
- Csöngé, L.: Transplantation-immunology of bone and other collagen-based tissues. 1347
- Czabbert, H. J.: Ambulatory alternative treatments of haemorrhoids. Infrared coagulation. 859
- Czeplédi, F., Baki, M.: Nausea and vomiting during the cytostatic treatment of melanoma patients given metoclopramide and corticosteroid or ondansetron. 2415
- Czeizel, E., Dudás, I.: Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional multivitamin supplementation (Final report). 2313
- Czeizel, E.: In memoriam Frederik Hendrik Sobels (1922–1993). 193-H
- Czeizel, E.: Lőrinc Szabó's pathography "told in poems". 2547-H
- Czinner, A., Major, E.: The role of modern, imaging methods in the determination of body fat quantity in childhood obesity. 1585
- Deák, J., Nedelkovics, Zs., Földes, J.: Comparative examinations for diagnosis of Chlamydial infections. 465
- Diószeghy, P., Molnár, M., Mechler, F.: Muscle involvement in Chron's disease — case report. 1259
- Dobi, S., Horváth, Á., Szunyogh, I., Józsa, T., Antóny, A., Várnai, F., Kassas, A. L.: Invasive amoebiasis. 1083
- Donáth, T.: In memoriam Géza Mihalkovics (1844–1899). 2777-H
- Donáth, T.: The history of Rinecker's award. 1541-H
- Egres, J.: Albert Schweitzer portraits in Albert Schweitzer Hospital. 980-H
- Élő, J., Arató, G., Koppány, J.: Granular-cell-Abrakosoff-tumors treated with CO₂-laser. 635
- Endreffy, E., László, A., Kálmán, M., Krendács, T., Raskó, I.: Gene deletion analysis of Duchenne and Becker muscular dystrophy with polymerase chain reaction. 399
- Erős, E., Czeizel, E.: Familial cluster of olivopontocerebellar atrophy IV. 801
- Esztergályos, J.: Significance of the examination method in the diagnosis of injuries to the knee joint menisci. 295
- Faludi, G.: Buspiron: the advent of a new generation of anxiolytics. 1807
- Faredin, I., Tóth, I., Husz, S.: Study of steroids and their binding proteins in serum of women with androgenetic alopecia. 1589
- Farkas, L. Gy.: Ambrus Ábrahám's centenary. 1429-H
- Fazekas, T., Kiss, J., Pap, I., Rudas, L.: Propafenone-induced proarrhythmic atrial flutter. 1819
- Fazekas, T., Szabó, S. T., Schoen, J. W., Jackman, W. M., Scherlag, B. J.: Treatment of AV-nodal reentrant tachycardia by transcatheter radiofrequency ablation. 1853
- Fehér, J.: Albert Figus M. D. (1927–1994). 1205-H
- Fehér, J.: József Antall, the medical historian (1932–1993). 475-H
- Fehér, J.: Periods in life of Orvosi Hetilap (Hungarian Medical Journal). 1649-H
- Fekete, F., Tamas, K., Kemény, J.: Paracetamol toxicity in an infant — Is paracetamol really safe? 2487
- Fogarasi, M., Kubala, E., Biró, J., Falus, A., Nemesdánky, E.: Interleukin-6: Friend or enemy? Recent data in clinical aspects of IL-6. 2075
- Folyovich, A., Simó, M., Áfra, J., Thomka, M.: Headache in ischemic cerebrovascular diseases. 681
- Fónay, K., Zámbo, K., Radnai, B.: Effect of high viscosity on pulmonary circulation at patients with hypoxic polycythemia secondary. 1017
- Forrai, G., Baki, M., Bodrogi, I.: Incidence of osteoporosis and aseptic femoral head necrosis after complex cytostatic therapy in germ cell testicular cancer patients. 1695
- Földes, I., Lévy, A.: Prevalence of anti-thyroid peroxidase and anti-thyroglobulin antibodies in various thyroid disorders. 1579
- Földi, J., Páldi Haris, P., Poros, A.,

- Fekete, S., Pálóczi, K., Demeter, J., Dénes, R., Mód, A., Ádám, E., Tamáska, J., Szélenyi, J., Kelemen, E.: Experiences with the molecular genetical detection of Philadelphia chromosome. 171
- Fülesdi, B., Csépany, T., Hegedűs, I., Mórocz, I., Sikula, J., Kollár, J.: Ischemic cerebrovascular lesion caused by myxoma of the left atrium. 1981
- Fülöp, V., Szigetvári, I., Szepesi, J., Gáti, I.: Detection of gamma-interferon mRNA in JEG-3 choriocarcinoma cell line by polymerase chain reaction. 1027
- Gábor, Zs.: Diagnostic histopathology in quality control and quality assessment. 2263
- Gál, I., Hatházi, L., Nemes, Z., Solymosi, T.: Anaplastic transformation of papillary carcinoma of the thyroid. 581
- Gárdai, M.: Medicalization and ethics. 305-H
- Gárdó, S.: Thinking on obstetrics and gynecology near to the 21st century 1651-H
- Garzuly, F.: Pathological features of neuroleukaemia. Changes and lessons. 1291
- Gerevich, J.: The concept of addiction and its diagnosis. New trends in the terminology of addictive syndromes. 2805
- Gergely, P.: Treatment by cyclosporin of patients suffering from systemic lupus erythematosus. 2591
- Gömör, B.: 100 years ago was born Lajos Bilkei Pap. 2099-H
- Görög, D., Tóth, A., Szabó, J., Weltner, J.: The role of local excision in the treatment of rectal carcinoma. 2635
- Groák, L.: A forgotten doctor from Debrecen: Dániel Zelizy (1847–1889). 81-H
- Gruber, N., Varga, A., Forster, T., Varga, L., Borthaiser, A., Csányi, M.: Comparison of dipyridamole and dobutamine echocardiography tests in ischaemic heart disease. 67
- Gurzó, M., Varga, Gy., Dobos, K., Náfrádi, J., Petri, A.: Control of gastrointestinal bleeding in thrombocytopenic patient. 805
- Gyenes, G., Bajcsay, A.: Radiation-induced heart disease. 1907
- Gyuris, J., Poller, I., Felber, M.: Spinal metastasis of ovarian granular cell tumor — after 23 years. 1701
- Gyurkó, Gy.: Surgical treatment of unusual abnormality of the subclavian artery. 77
- Habon, T., Tóth, K., Juricskay, I., Zámbo, K., Mezey, B.: Ergometric, hemorheologic and cardiac perfusion studies and their analysis by pattern recognition method in ischemic heart disease. 1357
- Halasy, K.: Injection sclerotherapy in acute bleeding peptic ulcers of the upper gastrointestinal tract. 1243
- Hámori, J.: In memoriam János Szentágothai (1912–1994). 2355*
- Hamvas, A., Berényi, M., Vánik, M., Frang, D.: ESWL in renal tubular acidosis. 2825
- Hanisch, J.: Forensic medical expertise in ophthalmologic practice. 1363
- Hargitai, R.: Data to the history of struggle against poliomyelitis. 1539-H
- Haris, A., Radó, J.: Atrial natriuretic factor: a „physiological diuretic”. 339
- Hernádi, L., Töröcsik, M., P. Dorkó, Á.: Routine screening for fetal anomalies in the first trimester of pregnancy by transvaginal sonography. 1521
- Hidvégi, J.: Gedeon Richter died 50 years ago. 2881-H
- Hidvégi, J.: In memoriam Antal Gener-sich, the scientist and poet. 1091-H
- Honti, J.: Lajos Arányi's life and activity (1812–1887). 2655—H
- Horváth, E.: Cholesterol content of the Hungarian meat products. 2087
- Horváth, Gy., Boda, A., Repa, I.: CT guided percutaneous drainage of psoas abscesses. 2597
- Horváth, I., Puszkás, E., Horváth, A., Balázs, E., Horváth, A.: Anticholesterol antibody is and autoantibody of immunological protection against hypercholesterol? 965
- Horváth, M., Farkas, A., Davidovics, S.: Hiatal hernia in children. 347
- Horváth, M., Weisenbach, J.: Acute hydriops of the gallbladder in childhood. 2829
- Hunyadi, J., Szabó, I., Simon, M. jr.: Skin immune system. 2749
- Hunyady, B., Cziráki, A., Vincze, Á., Garamszegi, M., Nagy, L., Jávors, T.: Investigation of Tisacid tablet or suspension in hyperacid patients using intragastric pH-metry. 1353
- Hulás, I., Kraszkó, P., Böszörményi Nagy, Gy.: Immunomodulatory therapy of chronic bronchitis (A multicentre clinical trial). 1251
- Hüttl, K., Szilágyi, L., Repa, I., Simonffy, Á.: Percutaneous transluminal angioplasty of the subclavian arteries. 235
- Ihász, M.: Theodor Billroth (1829–1894) died 100 years ago. 2545-H
- Illés, Á., Bányai, A., Szegedi, Gy.: Treatment of advanced Hodgkin's disease with CCNU, etoposide and prednisone (CEP). 1187
- Ilyés, I., Mahunka, I., Sári, B.: Relationship between serum immunoreactive insulin (IRI) and plasma somatomedine-C/insulin-like growth factor-I (SM-C/IGF-I) concentrations in childhood obesity. 1633
- Ilyés, I., Nagy, E., Sári, B.: Value of waist-hip ratio in adolescent obesity. 1467
- In memoriam Miklós Giacinto M. D. (1929–1994). 675
- Inovay, J., Szabó, I., Csabay, L., Szendei, Gy., Papp, Z.: Treatment of tubal pregnancy by microsurgical salpingotomy. 357
- Irányi, J., Somogyi, E., Verzár, R.: The evaluation of syncope in the medical expert practice. 2539
- Jainisch, M., Jászai, V., Pintér, A., Farkas, A.: Treatment of vesico-ureteric reflux with subureteric Teflon injection in childhood. 75
- Jakó, J., Nagy, P., Dauda, Gy., Szeráfin, L., Francz, M., László, A., Sztanykó, D.: Association between haematologic malignancies and cancers. 2585
- Jakovits, Á., Jörn, H.: Color Doppler ultrasonographic studies in HELLP syndrome. 1975
- Jánosi, A., Sári, A.: Constrictive pericarditis after open heart surgery. 861
- Járay, B., Balogh, Zs.: Fine needle aspiration biopsy of Ewing's sarcoma. Report of two cases. 2151
- Józsa, L.: Connections among doctors of Finno-Ugric people between the First and Second World War. 1313
- Józsa, L.: Was there leprosy in the medieval Hungary? 1763-H
- Juhász, F., Balázs, Gy., Lukács, G., Lenkey, Á., György, F.: Value of thyroglobulin measurements in the postoperative follow up of differentiated thyroid cancer. 849
- K. Török, Zs., Szevényi, P., Forgács, Á.: Perinatal grief reaction. 1863
- Kádas, I.: For 100 year anniversary of hospital in Siklós. 2207-H
- Kádár, K., Király, L., Fodor, F., Szabó, M.: Neonatal endocarditis. 2305
- Kádár, K., Meleg, B., Szendrei, E., Herczegfalvi, Á.: Carnitine deficiency cardiomyopathy. 473
- Kadocs, E.: Diagnostic problems in late summer seasonal allergic rhinitis patients before immunotherapy. 1963
- Kalapos, M. P.: D-lactate, D-lactacidosis. Biochemical overview and clinical aspects of D-lactate metabolism. 1459
- Kálmánchey, R., Schuler, D.: Neurological complications of childhood malignancies. 1739
- Kapronczay, K.: Gyula Janny and the nurse education by Hungarian Red Cross. 2100-H
- Kapronczay, K.: On the history of Medical Department of Jagello University in Cracow. 867-H
- Kapronczay, K.: The main phases of development of Hungarian medical information in the 19th century. 1430-H
- Karasszon, D., Csaba, B.: Hungarian scientists of neuroallergy and neuroimmunology. 757-H
- Karasszon, D.: Hungarian masters of pathological anatomy: Cheuthauer, G. 2882-H
- Kardos, R., Magasi, P., Karsza, A.: Nd. Yag laser treatment of bladder tumours. 395
- Kassai, Zs., Kőrösi, T., Varga, E.: Freezing procedure of pronucleus stage praembryos. 731
- Kazár, Gy., Kósa, J., Köfalvi, I., Pestessy, J.: Injuries in the adolescent age-group. 797
- Kecskés, B.: The pathogenic importance of kallikrein-kinin system in leptospirosis. 1913
- Kékes, E.: The antianginal effect of trans-

- dermal isosorbide-dinitrate preparation (a multicenter study). 2421
- Kemenes, P.: Fracastoro's (1478—1553) modern epidemiology. 2780-H
- Kende, E.: Can the rates of the nosocomial infections be considered as quality indicators? 2859
- Király, L., Loszádi, K.: Developing of nationwide system for harvesting and processing homograft heart valves: establishing the Hungarian Homograft Bank. 2425
- Kis, S., Naszály, A., Szima, B., Strausz, J.: Combined high dose rate (HDR) afterloading and external beam irradiation in the treatment of the main airway malignant tumors. 71
- Kiss, A., Telek, B., Rák, K.: Hypocholesterolaemia and other lipoprotein abnormalities in myelofibrosis. 2643
- Kiss, K., Nagy, K., Hunyadi, K., Simkó, R.: Nephropathy after ifosfamide treatment in patients with malignant disease. 1023
- Kiss, L.: Medical cancer in the country. József, Horvát (1794—1849). 865-H
- Kiss, L.: The pioneer of the anthropology — Ales Hrdlicka (1869—1943). 194-H
- Kiss, L.: The role of congress, held in Budapest in 1894, on the spreading of serotherapy in the treatment of diphtheria. 1314
- Kiss, M., Husz, S., Doboz, A.: Effectivity of the immunoblot technique in the diagnosis of bullous skin diseases. 2197
- Konc, J.: Treatment of intact ectopic pregnancy by transvaginal aspiration and local methotrexate application (case report). 2147
- Kondás, J., Szentgyörgyi, E., Diószeghy, G., Vácz, L., Kiss, A.: Cystectomy in the treatment of bladder cancer. 119
- Kónya, A., Vigváry, Z.: Oily chemoembolization for the palliative treatment of huge inoperable primary hepatocellular carcinomas. 227
- Kónya, A., Vigváry, Z.: On treatment modalities of malfunctioning biliary endoprostheses. 693
- Kónya, A., Vigváry, Z.: Pediatric interventional radiology. 2243
- Kósa, A., Mátyus, J., Horkay, I.: Pseudoporphyria. 25
- Koszó, F., Földes, M., Morvay, M., Judák, R., Vakis, G., Doboz, A.: Chronic hemodialysis-related porphyria/pseudoporphyria. 2131
- Kovács, A., Szapanidisz, J., Böcskei, B.: Treatment of middle and lower ureteric stones with ureterorenoscopy. 1143
- Krutsay, M., Vigh, E.: The pathological diagnosis of polyganglioradiculitis — report of a case. 1637
- Kuncz, A., Horváth, Z., Bodosi, M., Kövér, F., Dóczi, T.: Cavernous angiomas of the central nervous system. 1571
- Lampé, L., Bodnár, B.: Ethical aspects of oocyte donation. 1641
- Landi, A., Osgyán, T., Gálos, G., Keller, L.: Long term prognosis of patients with peripheral arterial obliterative disease. 2253
- László, A., Sümegi, B., Alkonyi, I., Horváth, E., Sztrihá, L., Várkonyi, A., Zombori, J.: Mitochondrial enzyme activities in mitochondrial myopathies /encephalomyopathies. 747
- László, G., Kullmann, L.: Advised way to create in-patient drug-cost rationing. 2095
- Lengyel, G., Fehér, J.: Famotidine in the treatment of gastroduodenal ulceration. 2299
- Lengyel, G., Fehér, J.: Thymostimulin in clinical practice. 2871
- lengyel, M., Wladika, Zs., Borbola, J., Vándor, L., Keltai, M., Dékány, P.: The role of transesophageal echocardiography in the fibrinolytic treatment of mitral mechanical prosthetic valve thrombosis. 955
- Leövey, A.: The clinical importance of nodular goitres. 1011
- Lőcsei, Z., Tóldy, E., Varga, L., Kovács, L. G.: The clinical value of the ultrasensitive TSH assay. 2477
- Lőrincz, I., Wörum, F., Kovács, P., Polgár, P., Mohácsi, A., Nagy, E.: Importance of clinical cardiac electrophysiological study in patients with carotid sinus syndrome. 1743
- Ludwig, E., Székely, E., Csiba, A.: Clinicopharmacological studies with pefloxacin. 687
- Magyar, A. L.: Galenosz: The good doctor is a philosopher, too. 2437-H
- Malignant and premalignant processes of myeloid systems. 2775
- Márk, L., Nagy, E., Deli, L., Tóth, K.: The occurrence of the unrecognized myocardial infarctions proved by autopsies during a 9 year period. 1411
- Merksz, M., Csontai, A., Tóth, J.: Nonsurgical approach to the management of the vesicoureteric reflux in childhood. 2363
- Messay, B., Schneider, I., Mojzes, J.: Vitamin D₃ and its analogs: a new age in the treatment of psoriasis vulgaris? 2647
- Mezei, Gy., Cserháti, E., Pusztai, A.: Effect of benzyl-benzoate on house dust mite and on the clinical signs of patients with house dust mite allergy. 969
- Mihály, I., Kukán, E., Gellért, M., Gerő, A., Mándoky, F.: Parotitis acuta caused by other than mumpsvirus. 3
- Mihály, I., Budai, J., Gerő, A., Kukán, E.: Acute parotitis in children with mumps vaccination. 287
- Mogyorósy, G., Kovács, I., Sulyok, K.: Transient hyperthrophic cardiomyopathy as a consequence of mediastinal radiotherapy in a three years old child. 1195
- Molnár, T., Jelics, Á., Benkő, I., Kercsó, K., Alföldi, F.: Secondary spontaneous pneumothorax. 1137
- Monos, E.: Our inheritance. The first Dies Academicus of the Semmelweis University Medical School. 977-H
- Montskó, P., Schmidt, B.: Rare case of congenital trigger finger. 639
- Morvay, Z., Iványi, B., Marofka, F., Csajbók, E., Szenohradsky, P., Ormos, J.: Comparative analysis of sonographic parameters and histological and clinical data in renal transplant dysfunction. 2467
- Mózes, I., Kéki, K., Koroknai, G., Böhm, K., Tamás, E.: Two cases of extrapulmonary tuberculosis causing differential diagnostic problem. 1367
- Muzsnai, A., Péter, F., Tarján, G., Holló, I.: Serum osteocalcin levels in growth hormone deficient children during growth hormone therapy. 291
- Nagy, A.: Early postoperative and long term results of total colectomies with continence reconstruction. 625
- Nagy, Gy.: Frankl József M. D. (1908—1994). 585*
- Nagy, P., Szabó, R.: The treatment with intraamniotic infusion of the premature rupture of the membranes before the 28th week. 129
- Nagy, P., Tállar, A., Iliás, L.: On the eosinophilic gastroenteritis. 699
- Nemes, B., Lázár, N., Járny, J.: Transplantation glomerulopathy, lymphogranulomatosis (Hodgkin's lymphoma) and lip cancer in one patient under immunosuppressive treatment. 1309
- Németh, A., Dinya, E., Audikovsky, M., Pados, Gy., Hüttinger, M.: Apo E polymorphism and its role in the response to gemfibrozil and low fat, low cholesterol therapy. 735
- Németh, Gy., Esik, Ö.: Three-dimensional radiation treatment planning. 1795
- Novák, J., Ottlakán, A., Pásztor, P., Gurzó, Z., Kovács, J., Libor, J.: Rare late complication of transcystic drainage following cholecystectomy. 2651
- Oláh, A., Pardavi, G., Lukácsy, A., Varga, Gy., Mátrai, T.: Colonic complications of acute necrotizing pancreatitis. 1297
- Orosz, I., Márk, L., Nagy, E., Nagy, E.: Experiences in the care of patients with artificial heart valve. 2523
- Orosz, P., Juhász, L., Nagy, Gy.: One year results after extracorporeal shock wave lithotripsy of gallbladder stones. 2357
- Orosz, P., Juhász, L.: Extracorporeal shock wave lithotripsy in the management of large common bile duct stones. 1971
- Orosz, Zs., Udvarhelyi, N., Riedl, E., Ráthó, P.: So-called sclerosing haemangioma of the lung. 133
- Osváth, P., Kelenhegyi, K., Szánthó, A.: Inhalative budesonide prophylaxis in pseudocroup syndrome of childhood. 2535
- Ottlakán, A., Varga, I., Olasz, M., Satori, Ö.: Spleen infarction and abscess as a complication of atrial fibrillation. 189
- Ördög, Sz.: Five minutes talk. 2326-H
- Paál, K., Erdélyi-Tóth, V., Pap, E., Csáki, Cs., Ferencz, T., Schuler, D., Borsi, J.: Pharmacokinetic study of dibromodulcitol in children with brain tumors. 2527
- Pál, A., Borthaiser, Z.: Experiences with

- transvaginal ultrasound examinations in cases of metrorrhagia. 1305
- Pál, A., Vajda, Gy.:** Non-immune hydrops fetalis successfully treated with intrauterine transfusion. 1147
- Pálffy, Gy., Vadasz, P., Kostic, Sz.:** Minimal invasive thoracic surgery. Experiences with standard video thoracoscopic and mini-thoracotomy methods. 913
- Pallagi, E., Oláh, L.:** Cluster headache. 1515
- Papp, Z., Paulin, F.:** Birthday greeting Prof. Imre Zoltán 85, Prof. Sándor Csömör 75 years old. 2803
- Pár, A., Mihály, I., Kómvics, K.:** A simple method for the detection of serum HBsAg: Organon Teknika HBsAg Uniform II screening and confirmatory test. A comparison with the HBsAg Hepanostika. A multicentre study. 2143
- Péter, I., Schneider, I.:** Pharmacology of colchicine and its use in dermatology. 283
- Péter, S., Horváth, Ö. P., Bogár, L., Hertelendy, A.:** Total gastrectomy with esophagus exclusion after upper gastrointestinal corrosive injury. 751
- Péterffy, M.:** Thrombopoietin: a hemopoietic hormone first written in Hungary and synthesised abroad after 36 years. 2747
- Pintér, A., Zámolyi, K., Székely, Á., Prédá, I.:** Amiodarone induced hyperthyroidism attended by arrhythmia-progression. 1535
- Polgár, P., Kovács, P., Lőrincz, I., Wórum, F.:** Treatment of drug resistant supraventricular tachycardia by radiofrequency ablation of atrioventricular junction. 1859
- Pongrácz, K., Varga, L., Sáfrány, B., Rajkai, I.:** Clinical characteristics of selective IgA deficiency. 2863
- Pósán, E., Tornai, I., Udvardy, M.:** Investigation of fibrinolysis in chronic liver disease with an in vitro clot lysis test. 2821
- Puskás, T., Morvay, B.:** Prehospital fibrinolysis of patients with acute myocardial infarction. 2193
- Radó, J., Pató, E., Haris, Á., Balogh, I.:** Effect of vitamin D (calcitriol) in metabolic bone disease associated with distal renal tubular acidosis. 2319
- Radó, J., Pató, E.:** The clinical spectrum of distal renal tubular acidosis and its investigation with bicarbonate loading. 2695
- Rák, K.:** Today's treatment of high-grade non-Hodgkin's lymphoma in special consideration of the autologous stem-cell transplantation. 843
- Rákóczy, Gy.:** Polyorchidism. 1929
- Rakonczi, Gy., Vincze, L.:** Myasthenia gravis and myasthenic syndromes associated with tumours. 59
- Regöly-Mérei, J., Landgraf, R., Illner, W. D., Land, W., Nagy-Dani, E.:** The technique and results of pancreas transplantation. 1123
- Reiber, I., Gögl, Á.:** Low density lipoprotein-cholesterol lowering by aphe- resis. 563
- Richter, T.:** A case of successfully operated left atrial myxoma having induced cerebral embolism. 299
- Rihmer, Z., Barsi, J., Rutz, W.:** Regional distribution of working physicians, recognized depressions and the suicide mortality in Hungary. 125
- Romics, I., Kaldenbach, R., Bach, D.:** Importance of different methods in the diagnosis of prostatic cancer. 1191
- Romics, L., Karádi, I., Csanády, M., Gögl, Á., Jánosi, A., Ofner, P., Tarján, J., Varga, L., Wórum, F., Zeltner, Gy.:** Effect of lovastatin on serum lipids and lipoproteins. A multicenter study. 2187
- Rozsos, I., Rumi, Gy.:** The treatment of re- occurrence and complications encountered after non-operative management of gallstone diseases. 1803
- Rozsos, I.:** Ileal intussusception due to fibroma after microlaparotomy cholecystectomy. 1645
- Rumi, Gy., Imre, L., Sülle, Cs., L. Merényi, Zs., Sarudi, I., Kelemen, J.:** Selenium supplementation with bread. 2371
- Sárosi, Zs., Bószé, P., Danczig, Á., Ringwald, G.:** Complications of radical vulvectomy with bilateral inguinal lymphadenectomy in patients with carcinoma of the vulva. 743
- Scheuer, P. J.:** The assessment of liver biopsies in chronic hepatitis. 2309
- Schneider, I., Magyarlák, M., R. Tóth, K.:** The importance of the detection of the eosinophil cationic protein in several dermatoses. 2411
- Schneider, T., Molnár, Zs., Várady, E., Ringwald, G., Fleischmann, T.:** CHOP-Bleo chemotherapy for non-Hodgkin's lymphomas with high-grade malignancy. 2759
- Schulteis, F., György, A.:** Isolated actinomycosis of the greater omentum resembling appendicitis. 973
- Sikula, J., Kollár, J.:** Administration of Celolat (dimethylpolysiloxan) chewing tablet for preparation of patients before X-ray examinations. 177
- Simkó, R., Lombay, B., Velkey, I., Kiss, Á., Gyurcsik, A., Váradi, K., Nagy, K.:** The Menkes disease. 2877
- Simkó, R., Nagy, K., Tamáska, J., Zsíros, J., Hunyadi, K., Velkey, L., Fodor, B.:** Transition of a non-Hodgkin's lymphoma with skin involvement to T-stem cell leukaemia in childhood. 1595
- Simon, M.:** In memoriam Tamás Rávnay M. D. (1893–1963). 1199-H
- Soltész, P., Zeher, M., Muszbek, L., Szege- di, Gy.:** The simultaneous occurrence of lupus anticoagulant and acquired "storage pool" disease. 1031
- Somogyi, A., Pusztai, P., Prechl, J., Fehér, J.:** The hypothetical connection of diabetes mellitus and free radical reactions with atherosclerosis. 1815
- Somogyi, A., Werling, K., Rosta, A., Láng, I.:** Therapy of methimazole (Metothyrin)-induced agranulocytosis with human recombinant granulocyte-macrophage colony stimulating factor (GM-CSF). 2483
- Somorjai, B., Orosz, E., Horváth, T., Krasznay, P.:** Non-traumatic intrahepatic bile duct perforation in adult. 361
- Somos, Zs., Schneider, I., Raskó, I.:** A variant of xeroderma pigmentosum: two cases of pigmented xerodermod. 1759
- Strausz, J., Bölcskei, P., Hűbinger, K.:** Surgery of the tracheal and bronchial tumours after Nd-YAG photocoagulation. 2373
- Strausz, J., Kis, S., Szima, B., Pápai, Zs., Kiss, K.:** The role of Nd-YAG laser therapy in the management of the main airway stenosis. 1471
- Surján, L.:** First experiences of the new reimbursement system in special health care. 507
- Surányi, S., Porcsin, I.:** Midwives and maternity nurses — a "profession" with a history. 536-H
- Süle, T.:** The medical ethics formerly and nowadays. 649-H
- Svastics, E., Számel, I., Ringwald, G., Vincze, B., Besznay, I., Tóth, J.:** The importance of steroid receptor determination in breast cancer. 513
- Szabados, S., Kardos, A., Simon, J., Gingl, Z., Hegedüs, Z., Rudas, L.:** The role of continuous non invasive blood pressure monitoring in the diagnosis of pacemaker syndrome. 1255
- Szabolcs, Z., Bodor, E., Hüttl, K.:** The frequency of coexisting carotid stenoses at patients undergoing coronary artery bypass surgery. 1073
- Szabó, A.:** The iconography of uterus from antiquity to Vesalius. 1989-H
- Szabó, I., Hajdú, J., Csabay, L., Németh, J., Papp, Z.:** Prenatal follow up of fetal tachyarrhythmia. 2603
- Szabó, P., Türy, F.:** Medical complications of eating disorders. 1067
- Szabó, T.:** J. A. Lang (1663–1725), the doctor of II. Ferenc Rákóczi. 1873-H
- Szállási, Á.:** Anniversary of a publication of medical history. 2435-H
- Szállási, Á.:** Centenary of a large international medical congress in Budapest. 1875-H
- Szállási, Á.:** In memoriam Elek Hints M. D. (1893–1966). 303-H
- Szállási, Á.:** Notability of the Hungarian dermatology: Soma Beck (1872–1930). 79-H
- Szállási, Á.:** Ophthalmologist historians in the Hungarian ophthalmology. 755-H
- Szállási, Á.:** Role of Batthyány family in the medical history. 531-H
- Szállási, Á.:** The career of insulin. 1764-H
- Számel, I., Budai, B., Daubner, K., Kralovszky, J., Csetényi, J., Ottó, Sz., Besznay, I.:** Hormonal and biochemical characterization of breast cyst fluid in gross cystic mastopathy. 907
- Számel, I., Budai, B., Gyergay, F., Erdélyi-Tóth, V., Kralovszky, J., Drabant, S., Csörgő, M., Zsarnóczay, P.:** Endocrine effects of panomifene (EGIS-5650) on healthy volunteers: a phase I/a study. 1077
- Szántai, G., Pávics, L., Wittmann, T.,**

- Oláh, T., Szendrői, V., Csernay, L.: Radionuclide esophageal transit. 853
- Szánthó, A., Demeter, A., Papp, Z.: Management of cervical cancer patients in Hungary (The detection). 899
- Szánthó, A., Demeter, A., Papp, Z.: Management of cervical cancer patients in Hungary (The therapy). 1179
- Szánthó, A., Demeter, A., Papp, Z.: Management of endometrial cancer patients of Hungary. 2473
- Szántó, D., Szűcs, G., Biró, B. P., Priska, M.: Degenerative chondroarthropathy in sternocostal joints following heart surgical interventions. 2639
- Szántó, I., Riesz, T., Gönczi, J., Molnár, F.: Haemosuccus pancreaticus. 2205
- Szatmári, L. J.: Ad hoc and elective coronary angioplasty. 451
- Székely, Gy., Kupcsulik, P.: Hepatic venous circulation in diffuse liver lesion assessed by duplex ultrasonography. 2083
- Széll, K.: The lecture. 643
- Széll, K.: Theoretical and practical aspects of publications. 251
- Szénási, J.: National Stephany Federation (1915–1941). 415-H
- Szeverényi, M., Osmers, R., Rath, W., Kuhn, W., Lampé, L.: Immunohistochemical evaluation of human cervical fibronectin content during pregnancy, parturition and after delivery. 519
- Szeverényi, M., Osmers, R., Rath, W., Kuhn, W., Lampé, L.: Changes in binding capacity of sialic acid-specific lectins in the connective tissue of the uterine cervix during its physiological maturation. 15
- Szilágyi, K., Papp, Zs., Répási, I.: Rupture of extrauterine pregnancy during simultaneous intrauterine pregnancy. 2543
- Szilágyi, Sz.: Pulsoxymetry used for examination of bowel viability and the microcirculation of intestinal anastomosis. 1531
- Szima, B., Pápai, Zs., Kis, S., Soltész, I., Egervári, M., Moldvay, J., Strausz, J.: Experiences with transbronchial lung biopsy. 1919
- Takács, T., Hajnal, F., Baltás, B., Montet, J. C., Lonovics, J.: Direct dissolution therapy in biliary duct stone disease. 2691
- Tar, A., Szécsényi Nagy, I., Péter, F.: Analysis of the relationship between growth hormone treatment and radial metaphyseal band width. 793
- Tariska, P., Knolmayer, J., Kiss, E., Méssáros, A., A. Takó, E., Baranyai, Zs.: Memory Clinic: a new special unit. Experiences based on the data of the first year. 2019
- Telek, B., Kiss, J., D. Tóth, F., Krasznai, G., Ujj, Gy., Rejtő, L., Kiss, A., Rák, K.: Eosinophil leukaemia: an uncommon form of Philadelphia chromosome negative chronic myelogenous leukaemia? 1087
- Temesvári, A., Voci, P., Bilotta, F., Caretta, Q., Mercanti, C.: Intraoperative evaluation of venous coronary graft perfusion visualized by contrast echocardiography. 577
- Tenczer, J.: Transcatheter radiofrequency ablation of atrioventricular junction, as a new method for treatment of supraventricular tachycardia. 1851
- Tényi, T., Trixler, M., Vereczkey, G., Dorca, A.: On the use of clozapine during pregnancy. 1967
- Tényi, T., Trixler, M.: The couvade syndrome (Analysis of a case). 527
- Tényi, T.: Data to history of obesity. 1092-H
- Timár, L., Kriván, G., Kövesdi, R.: Preventive and therapeutic use of immunoglobulins in bone marrow transplant recipients. 405
- Tislér, A., Barna, I., de Châtel, R.: Accuracy testing of a 24-hour ambulatory blood pressure monitor using standard zero and random zero sphygmomanometer. 1415
- Topa, L., Berger, Z., Pap, Á.: Annular pancreas in adults. 1481
- Tóth Kása, I., Hunyadi, J., Farkas, B., Jancsó, G., Obál, F., Husz, S., Dóbozy, A.: Investigation of the functional regeneration of the sensory nerves after keratinocyte transplantation. 903
- Tóth, M., Rácz, K., Kiss, R., Fűtő, L., Varga, I., Karlinger, K., Dékány, E., Cziráj, S., Pásztor, E., Gláz, E.: Thyrotropin secreting pituitary adenoma. 2709
- Tóth, P.: Relationship between urticaria-like toxic-allergic exanthema in little childhood and upper respiratory tract infections caused by toxin-producing strains of *Staphylococcus aureus*. 2701
- Török, L., Simon, Gy., Csornai, Á., Tápai, M., Török, I.: Scedosporium apiospermum infection in myelo-monocytic leukemia patient presenting in the form of lympho-cutaneous sporotrichosis. 2377
- Török, L.: The importance of cutaneous changes in current medical diagnostics. 619
- Túry, F., Rahner, G., Szabó, P., Forgács, A.: Hungarian epidemiological data of eating disorders: recent results. 787
- Tusnádi, A., Uhrin, K., Bényei, M., Krasznai, G.: Chronic ulcerative colitis with pyoderma gangrenosum. 917
- Udvardy, M., Hársfalvi, J., Pósn, E., Káplár, M., Katona, E., Rák, K.: The possible interactions between the adhesive proteins of primary haemostasis and the fibrogenesis of alcoholic liver cirrhosis. 523
- Udvardy, M., Pósn, E., Rák, K.: Interference of platelets with in vitro clot lysis. 677
- Udvardy, M., Pósn, E.: Diabetes mellitus and fibrinolysis. (Experience with an in vitro clot lysis assay). 2025
- Vadász, Gy.: Congenital analgesia. Fourth communication. 2431
- Vajda, Gy., Pál, A.: Examination of the fetal blood flow velocity waveforms of the fetal renal artery during the third trimester of the pregnancy. 1751
- Vajtai, I., Varga, Zs., Ormos, J., Vörös, E., Kuncz, Á.: Central neurocytoma: a rare tumour of the cerebral ventricles. 1869
- Varga, F., Tarján, G., Steczek, K., Földes, J.: Zn-concentration of red-blood cells in overt and subclinical hyperthyroidism. 1183
- Varga, I., Szabó, O., Gergely, P., Papp, Z.: Successful pregnancy in a woman with anti-phospholipid syndrome and habitual abortions. 413
- Varga, L., Baranyai, M., Lőcsei, Z., Toldy, E., Brittig, F.: Hepatitis B and C virus antibodies in alcoholic liver disease. 1691
- Varró, V.: Géza Hetényi. 2325-H
- Vástyán, A., Gulácsy, I., Fazekas, Z.: Fournier's gangrene following prostatic puncture. 2039
- Veress, G.: Atrioventricular reciprocating tachycardia with intermittent functional bundle branch block in concealed Wolff-Parkinson-White syndrome. 1131
- Veress, G.: Blocked premature atrial contractions simulating impaired anterograde conduction during atrial stimulation. 2771
- Vincze, K., Herke, L., Pécsi, B.: The connection of late survival and shunt patency in patients operated on for refractory ascites. 569
- Wallach, D.: Mór Kaposi and the first world congress on dermatology-syphiligraphy. 1987-H
- Weber, Gy., Jakó, G., Kalmár Nagy, K., Cseke, L., Kasza, G.: Retroperitoneal "mini" approach for aortoiliac reconstructive surgery. 2035

Cikkek, Horus (-H), beszámolók (x), levelek (-L) — tárgymutató

Ábrahám Ambrus 1429-H
Abrikoszov 635
Actinomyces, cseplesz 793
Addiktív kórképek 2805
Adenoma, „serrated” 21

Adrenalis hyperplasia 2679-L
Agranulocytosis 2483
Agyhalál 383x
Agytumor, gyermek 2527
AIDS terápia 1235

Ajakrák 1309
Alkoholizmus, öngyilkosság 830-L
Allergia, háziorvos 969
Alopecia, androgen 1589
Amiodaron, hyperthyreosis 1535

- Amnioninfusio 129
Amoebiasis 1083
Analgesia congenita 2431
Anencephalia-spina bifida 2313
Angina pectoris, isosorbíd-dinitrát 2421
Angioma, cavernosus 1571
Angioplastika, komplex 451
—, percutan transluminális 235
Antall József 475-H
Anticholesterin antitest 965
Antihisztaminok 1475
Anti-phospholipid syndroma 413
Aorto-bifemoralis bypass 2035
Apolipoprotein E polimorfizmus 735
Aranyér, infravörös koaguláció 859
Arányi Lajos 2655-H
Arrhythmia, amiodaron 1535
Arteria carotis interna stenosis 1073
— hypogastrica embolisatio 2867
— subclavia rendellenesség 77
Arteriosclerosis obliterans 2253
Ascites, refrakter 569
ASTRA Gyógyszergyár 98x
Atkaölő, házipor 969
Atrialis natriureticus factor 339
Atrophia, olivopontocerebellaris 801
AV junctio abláció 1851, 1859
AV-nodalis reentry tachycardia 1853
- Bábák, szülésznek 536-H
Basso-Arnoux, Giuseppe 1201-H
Batthyány család 531-H
Beck Soma 79-H
Becker-izomdystrophia 399
Beszélgetés 2326-H
Bilkei Pap Lajos 2099-H
Billroth, Theodor 2545-H
Billroth-szimposium 2172x
Biztosítási orvosszakértői tanfolyam 324x
Borrelia fertőzés 2269
Bőrtünetek 619
Bőr-immunrendszer 2749
Bronchitis, idült 1251
Bronchooesophagológiai kongresszus 2349x
Budesonid, pseudocroup 2535
Burokrepedés, idő előtti 129
Buspiron 1807
- Calcitriol 2319
Carcinoma, haematológiai kórképek 2585
Cardiomyopathia 473
—, hypertrophiás 1195
Carotis sinus syndroma 1743
Ceolat (dimethylpolysiloxan) 177
CEP polychemoterapia 1187
Cerebrális embolia 299
Cerebrovascularis laesio, ischaemiás 1981
— megbetegedés, ischaemiás 681
Cervix érés 15, 519
Chlamydia trachomatis 465
Cholecystectomy, laparoscopus 1627
—, microlaparotomia 1645
—, terhesség 1421
Choledochus kő, ESWL 1971
Cholelithiasis 1803
Cholesterin autoantitest 1557-L, 2172-L
Chondroarthropathia, degeneratív 2639
CHOP-Bleo, non-Hodgkin lymphoma 2759
Choriocarcinoma 1027
Ciba Hungária 1449x
Clozapine 1967
- Cluster fejfájás 1515
Coeliakia 351
Colectomia, totalis 625
Colitis ulcerosa 917
Colon pseudoobstructio 2091
Colorectalis daganatok 21
Combfejnekroszis 1695
Cor pulmonale 1017
Coronaria graft áramlás 577
Couvade syndrome 527
Crohn-betegség 1259
CT vezérelt tályog drénezés 2597
Cyclosporin, SLE 2591
Cystectomy 119
Cystosarcoma phyllodes 2259
Cytokinek 323x
Cytostatikus kezelés 43-L
—, hányinger 2415
Családtervezés 601-L
Csésemőtlálás 1956x
Csonttranszplantáció 1347
Csontbetegség, calcitriol 2319
Csontvelő-transzplantáció 405
Csömör Sándor 2803
- Daganatos betegségek 961
Depressio 125
Derék/csőpőrkőfog, elhízás 1467
Dermatológiai-syphiligraphiai kongresszus 1987-H
Dermatosisok, eosinophil sejtek 2411
Diabetes mellitus 1229x, 1815
—, fibrinolysis 2025
Dibrómdulcit, agytumor 2527
Diftéria szérumterápia 1314-H
Dohányzás vagy Egészség szeminárium 271x
—, kongresszus 941x
Doppler, v. hepatica keringés 2083
Doxycyclin 2815
Duchenne-izomdystrophia 399
D-tejsav anyagszere 1459
- Echocardiographia, 2 dimenziós 67
—, myocardialis 577
—, transoesophagealis 955
Egészségnevelési Tudományos Nap, Győr 1500x
Egészségügy, gazdaságosság 2067x
Egészségügyi reform 507
Elhízás, gyermekkori 1633
—, serdülők 1467
Előadások 643
Emlőcysta folyadék 907
Emlőrák 513
Empyema vesicae felleae 185
Encephalomyopathia, mitochondrialis 747
Endocarditis, újszülött 2305
Endotoxinaemia, májkárosodás 1705
Enoxaparin-kongresszus 2903x
EORTC Breast konferencia 2739x
Eosinophil cationos protein 2411
Epehólyag drain 185
— hydrops 2829
— kövesség, ESWL 2357
Epeút perforatio 361
Epeút endoprotézis 693
— kövesség 2691
Ewing-sarcoma 2151
Extracorporalis lökéshullám-kezelés 2357
Extrasystolia, pitvari 2771
Extrauterin terhesség ruptura 2543
- Élet 2117-L
Érelmeszesedés 1815
Étrendek 365
- Famotidin, fekélybetegség 2299
Fejfájás 681
Fejldési rendellenességek, UH szűrővizsgálat 1521
Fekélybetegség, famotidin 2299
—, növekedési faktorok 2765
Ferencz Pál 647-H
Fertilizáció, in vitro 731
Fibrinolysis 677, 955, 2193, 2821
—, diabetes mellitus 2025
Fibronektin változás 519
Figus Illinyi Albert 1205*
Finanszírozási rend 507
Finnugor orvoskapcsolatok 1313-H
Fournier-gangraena 2039
Fracastoro 2780-H
Frankl József 585*
- Galactosaemia symposium 495x
Galénosz 2437-H
Gammopathiák 491-L
Gastrectomia, oesophagus kirekesztés 751
Gastroenteritis, eosinophil 699, 1499-L
Gastrointestinalis fekélyvérzés 1243
— sérülés 751
— vérzés 805
Géndeletio 399
Genersich Antal 1091-H
Gevilon-terápia 735
Giacinto Miklós 675*
Glomerulopathia, transplantációs 1309
Golyva, multinodularis 2851-L
Granulocyt-macrophag colonia 2483
- Gyászreakció, perinatális 1863
Gyermekekbenulás 1539-H
Gyermekekészítési kongresszus 2173x
Gyógyszerész tanfolyam, kitelepített 533-H, 1838-L
Gyógyszergyártók és Nagykereskedők tájékoztatója 45x
Gyógyszerigény, kórház 2095
Gyógyszerkészítmények 887-L
Gyógyszertörvény 2067x
Gyomor endoscopia 2625-L, 2852-L
- Haemangioma, sclerotizáló 133
Haematológiai kórképek, malignus 2585
Haemophilia 1339x, 2173x
Haemorheologia, daganatos betegségek 961
Haemosuccus pancreaticus 2205
Hasonszervi lapok 2453-L
HBsAg Hepanostika 2143
HBsAg Uniform II. teszt 2143
HEK Pharma konferencia 1338x
Helicobacter pylori 95-L
HELLP szindróma, Doppler 1975
Hematológiai és onkológiai kongresszus 44x
Hematopatológiai továbbképzés 2853x
Hemodialízis 2131
Hepatitis B- és C-vírus marker 1691
Hepatitis, májbíopsia 2209
Hepatocellularis carcinoma 227
Heredaganatok 1695
—, cytostaticus kezelés 2815
Hestag Hungaria 384x

- Hetényi Géza 2325-H
Hiatus hernia 347
Hints Elek 303-H
Hodgkin lymphoma 1309
Hodgkin-kór 1187
Hólyagdaganatok 395
Hólyagrák 119
Home care program 601-L
Homograft Bank 2425
— szívbíllentyűk 2425
Horvát József 865-H
Hospice-gondozás 2455x
Hrdlicka, Ales 194-H
Huminsavak, ólom, kadmium 2348-L
Húsevő baktériumok 2396-L
Hydrops foetalis 1147
Hyperthyreosis 1183
—, T₃ 491-L, 887-L
Hypertonia, életminőség 379-L
Hypocholesterinaemia 2643
Hypophysis adenoma, TSH termelő 2709
Hypothermia 2208-H
- Idegrost regeneráció 903
Időzóna-fáradtság 1755
Ifoszfamid nephropathia 1023
IgA-hiány 2863
Ileum fibroma 1645
Immunológiai kongresszus 2795x
Immunoglobulin profilaxis 405
— tartalmú sejtek 351
Immunmodulációs terápia 1251
Immunblot technika, pemphigus 2197
Immunterápia, rhinitis 1963
Impedancia kardiográfia 272x
Infertilitas 573
Insulin, immunreaktív 1633
Intenzív és Sürgősségi Ellátási szimpózium 889x
Interferon-gamma mRNS 1027
Interleukin-6 2075
Intrauterin transfúzió 1147
Inzulin 1764-H
Irodalom, hazai 1337-L
Isosorbid-dinitrát, transdermalis 2421
- Jagello Egyetem 867-H
Janny Gyula 2100-H
- Kadmium, huminsavak 2348-L
Kallikrein-kinin rendszer 1913
Kaposi Mór 1987-H
Kardiológiai kongresszus 97x
Karnitinhány 473
Keratinocita transplantatio 903
Klinikai Táplálkozás Tudomány kongresszus 211x
Koleszterin, hús-készítmények 2087
Kolhicin 283
Kontaktlencse 1338x
Korányi Sándor Társaság nagygyűlése 383x
Kórszövettani vizsgálat 2263
Kötőszövet transzplantáció 1347
Kövértség, UH, CT 1585
Közlemény 251
Központi idegrendszer, angioma 1571
Kreon, Neopanpur 7
- Laennec, G. F. 418-H
Lang Jakab Ambrus 1873-H
Laparo-endoscopus sebészet 153x
- Laser, CO₂ 635
—, Nd: Yag 395, 2373
Lepra 1763-H
Leptospirosis 409, 1913
Leukaemia 43-L, 171
—, eosinophil 1087
—, myeloid 1087
—, myelo-monocyta 2377
—, T-sejtes 1595
Légmell 1137
Légúti daganatok 71
Lépfarkat 189
Léptályog 189
Lipidanyagcsere szimpózium 1393x
Lipoprotein apheresis 563
— cholesterolin, low density 563
— rendellenességek, myelofibrosis 2643
Lovastatin kezelés, lipidek 2187
Lupus anticoagulans 1031
Lyme-kór 2269
- Magnézium szimpózium 1939x, 2853x
Makrolidek 323x
Malária 241
Mastopathia 907
Máj fibrogenesis 523
Májbetegségek, alkohol 1691
—, fibrinolysis 2821
—, v. hepatica keringés 2083
Májbiopsia, hepatitis 2309
Májcirrhosis, alkoholos 523
Máj, polycystás 1423
Májtranszplantáció 2290x
Mediastinalis sugárterápia 1195
Melanoma malignum, légúti 245
—, hányinger, hányás 2415
Mellkasi műtétek 913
Memória klinika 2019
Meniscus sérülés 295
Menkes-betegség 2877
Menopauza-kutatás 1957x
Metothyrin 2483
Metrorrhagia, UH 1305
Méhén kívüli terhesség 357
Méhnyakrák 899, 1179
Méhtestrák 2473
Mihalkovics Géza 2777-H
MSD tudományos oktatási központ 44x
Mumps védőoltás 287
Műbillentyű, gondozás 2523
— thrombosis 955
Műholdas konzílium 95-L
Myasthenia gravis 59
— syndrome 59
Myelofibrosis, lipoprotein 2643
Myeloid rendszerek 2775
Myocardialis infarctus 1411, 2193
Myopathia, mitochondriális 747
Myxoma, pitvari 299, 1981
- N-acetil-beta-D-glükózaminidáz, vizelet 1301
Neodymium-YAG laser 1471
Neopanpur, Kreon 7
Nephropathia, ifoszfamid 1023
Neuroallergia 757-H
Neuroanestéziák gyakorlat 717x
Neurocytoma, centralis 1869
Neuroleukaemia 1291
Neurológiai szövődmények, gyermekkori 1739
Neuropathia szimpózium 1841x
- Népegészségügy és Betegségmegelőzés 2903x
Nizatidin konferencia 667x
Non-Hodgkin lymphoma 843, 1595, 2759
Nosocomialis fertőzések 2859
Növekedési faktorok 323x, 2765
— faktor, onkogének 2579
— hormon 291, 793
Nőgyógyászati daganatok 98x
Nővérképzés 2100-H
- Obesitas 1092-H
Oesophagus passzázs 853
Ofloxacin 2815
Olajos kontrasztanyag embolizáció 227
Ólom, huminsavak 2348-L
—, magzat 2626-L
Ondansetron, hányinger 2415
Orotsav és Magnézium szimpózium 1940x
Orvosi etika 305-H, 649-H
— Hetilap 1649-H
— Barát Kör 1448x, 1500x
— kamarák 209-L
Orvosíró és képzőművész találkozó 2795x
Orvoskongresszus, 1894, 1875-H
Orvostörténelem 2657-H
Orvostörténet 2435-H
Orvostudomány 44x
Orvostudományi tájékoztatás 1430-H
Orvostudománytörténet, számítógép 1393-L
Osteocalcin 291
Osteoporosis 1695
— és Osteoarthritis Társaság kongresszusa 384x
Ováriumtumor, granulosa-sejtes 1701
- Öngyilkosság 125, 830-L
Össejt transzplantáció, NHL 843
- Pacemaker syndroma 1255
—, pitvari 2137
Pajzsmirigy carcinoma 849
— göbös megbetegedései 1011
— peroxidáz autoantitestek 1579
Pajzsmirigybetegségek, autoantitestek 1579
Pajzsmirigyfunkció 2477
Pajzsmirigyrák, papillaris 581
Pancreas anulare 1481
— transplantatio 1123
Pancreatitis 2205
—, erythrocyták 1165-L
—, vastagbél-szövődmények 1297
Pannon konferencia 154x
Panomifene 1077
Paracetamol mérgezés 2487
Paramedicina 2395-L
Parkinson syndroma 271x
Parotitis epidemica 3
—, akut 287
Pattanó ujj 639
PECEMS (mentőszolgálatok) konferencia 2739x
Pemphigus, autoantitestek 2197
Perianalis sipoly, „hurok-drenázs” 2705
Pericarditis, constrictiv 861
Petefészekrák syndroma 459
Petefészek-gyulladás, autoimmun 1403
Petesejt-adományozás 1641
Péflacine 687
pH-mérés, intragastrikus 1353
Phenylketonuria 2397x

- Philadelphiachromosoma 171
Pitvarfibrillatio 189
Pitvari ingerlés, extrasystolia 2771
Pitvarlebegés 1819
Pneumothorax 1137
Polycythaemia, secunda 1017
Polyganglioradiculitis 1637
Polyorchidia 1929
Porphyria/pseudoporphyria 2131
Prevenió 1836-L
Prémbró fagyasztás 731, 1923, 2201
Propafenon 1819
Prostata megnagyobbodás 379-L
— punctio 2039
Prostatárák 1191
Pseudocroup, budesonid 2535
Pseudoporphyria 25
Psoas tályogok, CT 2597
Psoriasis vulgaris 2647
Pszichoszomatikus Szülészeti-Nőgyógyászati kongresszus 211x
Pszichózis pszichodinamika 527
Pulmicort Turbuhaler 1566x
Pulsoxymetria, belek 1531
Pyoderma gangrenosum 917
Pyospermia 573
- Radiális metaphysis sáv 793
Radiológia, intervenció 2243
Rávnay Tamás 1199-H
Renalis tubularis acidosis 2319, 2695, 2825
Retinoidok 1527
Rheumatoid arthritis 2029
Rhinitis allergica 1963
Richter Gedeon 2881-H
Rinecker-díj 1541-H
- Sajtótájékoztató, népjóléti miniszter 1955x
Salpingotomia 357
Scedosporium apiospermum fertőzés 2377
Scheuthauer Gusztáv 2882-H
Schweitzer Kórház, Hatvan 980-H
Sclerosis multiplex világkongresszus 2738x
Sclerotherapia, injekció 1243
Sebészek, fiatal 2855x
Sebészeti konferencia 1501x
Simmelweis Orvostudományi Egyetem 977-H
Seromyotomia 469
Sérülések, serdülőkor 797
Shunt vezetőképesség 569, 1337-L
Siklósi Kórház 2207-H
Skoda, József 418-H
- Sobels, F. H. 193-H
Somatomedin-C/insulin-like growth factor-I. 1633
Spinalis metastasis, ováriumtumor 1701
SSIEM Symposium 495x
Staphylococcus infectio, toxicoallergoderma 2701
Stefánia Szövetség 415-H
Subclavian steal syndroma 235
Sugárkezelés, tüdődaganatok 71
Sugárterápia 1907
—, háromdimenziós 1795
Syncope 2539
Systemás lupus erythematosus 2591
- Szabad gyökök 1815
Szabó Lőrinc 2547-H
Szakirodalom 46
Szelén 115
Szelénpótlás 2371
Szemcsés sejtes daganatok 635
Szeméremestrák 743
Szemészet, magyar 755-H
—, orvosszakértő 1363
Szentágothai János 2355*
Szent-Györgyi Albert megemlékezés 211x
Szalidáz aktivitás 15, 829-L
Szívbeteg, ischaemiás 1357
Szívbetegség, besugárzás 1907
—, ischaemiás 67, 451
Szívelégtelenség 1683
Szívműtét 861
—, ACI stenosis 1073
—, chondroarthropathia 2639
Szív-érrendszeri betegségek 115
Szorongás, buspiron 1807
Szteroid receptorok 513
Szülészeti-nőgyógyászati 1651-H
Szülész-Nőgyógyász kongresszus 831x
- Tachyarrhythmia, magzati 2603
Tachycardia, A-V reciprok 1131
—, supraventricularis 1851, 1853, 1859
Tanulmányút, Bécs 2348x
—, Izrael 1955x
—, Japán 2854x
—, Németország 2903x
—, Tel-Aviv 1394x
Taylor-műtét 469
Táplálkozási magatartás 787
— zavarok, pszichoszomatikus 1067
Teflon-paszta 75
Terhesség 43-L
—, APS 413
- , cholecystectomy 1421
—, clozapine 1967
—, ectopiás 2147
—, magzati a. renalis 1751
—, szimultán 2543
Thrombocytá „storage pool” 1031
Thrombocyták 677
Thrombocytopenia 805
Thrombopoetin 2747
Thymostimulin 2871
Thyreoglobulin 849
— autoantitestek 1579
Tisacid 1353
Toxicoallergoderma 2701
Török Miklós Intézet 2117-L
Trachea-, hörgődaganatok, laser 2373
Tracheobronchialis szűkület, laser 1471
Transcysticus draenage 2651
Trigeminus neuralgia 181
TSH ultrasensitiv-assay 2477
Tuberculosis, extrapulmonalis 1367
Tuberkulózis 1337-L, 1565x
Tumork, retinoid terápia 1527
Tüdőbiopsia, transbronchialis 1919
- Ultrahang, térdízület 295
—, transvaginalis 1305, 1521
Ultrahangvizsgálatok, vese 2467
Ureterorenoscopia 1143
Ureter-kő 1143
Urogenitalis infekciók 323x
Uterus ikonográfia 1989-H
- Vastagbéliszövődmények 1297
Vegetáriánus étrendek 365
Vesekőzúzás, ESWL 2825
Vesetransplantatio 2467
Vesicoureteralis reflux 75, 2363, 2679-L
Végbélrák, localis excisio 2635
Vérképzőszervi betegségek 1527
Vérkészítmények, vírusmentes 601-L
Vérnyomásmérés, folyamatos 1255
Vérnyomásmérő monitor, ambulans 1415
Vérzéscsillapítás, szülészet 2867
Video-thoracoscopy 913
Világbanki Népegészségügyi Projekt 98x
Vizelet conduit képzés 2755
Vörösvértest Zn-tartalom 1183
- Wolff—Parkinson—White-szindróma 1131
Xeroderma pigmentosum 1759
- Zelizy Dániel 81-H
Zoltán Imre 2803

Cikkek — rovatmutató

- | | | |
|--|--|--|
| A Demeter-Verlag kongresszusi naptárából
215, 331, 1397 | II. félév II. rész 1725 | ganaptára (1995. február 13.—június
02-ig) 1878 |
| A diagnosztika kérdései 747, 853 | A klinikus és a laboratórium 1589 | Az Orvosi Hetilap egykor és ma 2511 |
| A gyakorlat kérdései 2087 | A prevenció kérdései 969, 2313 | |
| A Haynal Imre Egészségtudományi Egye-
tem Továbbképző Kar 1994/95. évi tan-
rendje (I. félév) 1603 | A Springer-Verlag újdonságai III, 161,
1954, 2171, 2342, 2677, 2736 | Beszámolók 44, 97, 153, 211, 271, 323, 383,
495, 667, 717, 831, 889, 941, 1229, 1338,
1394, 1448, 1502, 1565, 1839, 1955,
2067, 2172, 2289, 2348, 2397, 2455,
2738, 2795, 2853, 2903 |
| II. félév I. rész 1668 | A terápia kérdései 1695 | |
| | Aktuális kérdések 2871 | |
| | Az asszisztált reprodukció kérdései 1923, 2201 | |
| | Az Országos Szakképesítő Bizottság vizs- | |

- Diagnosztikai eljárások 1191, 2083, 2477
 Diagnosztikai problémák 465, 1305, 1585, 1919, 2269
- Egészségügyi szervezés kérdései 2425
 Epidemiológiai tanulmányok 125, 409, 797
 Eredeti közlemények 15, 291, 399, 519, 573, 735, 849, 903, 965, 1183, 1301, 1357, 1691, 2371, 2643, 2701, 2821
 Esszé 251, 643, 2095
 Etikai kérdések 1641
 Experimentális közlemények 1027
- Folyóiratreferátumok 31, 85, 139, 199, 259, 311, 369, 423, 479, 541, 587, 653, 705, 763, 811, 873, 927, 984, 1037, 1097, 1151, 1207, 1265, 1319, 1373, 1435, 1485, 1545, 1599, 1657, 1711, 1769, 1823, 1881, 1933, 1997, 2043, 2105, 2157, 2213, 2275, 2331, 2383, 2441, 2493, 2553, 2611, 2663, 2715, 2783, 2835, 2887
- Genetikai tanulmányok 801
- Gyógyszer híradó 50, 105, 163, 220, 277, 325, 387, 443, 497, 613, 721, 775, 825, 947, 1054, 1108, 1171, 1221, 1281, 1331, 1387, 1450, 1559, 1783, 1843, 1899, 1949, 2009, 2057, 2122, 2177, 2233, 2291, 2401, 2460, 2627, 2681, 2731, 2797, 2909
- Halottaink 196, 552, 667, 1167, 1753, 2168, 2906
- Hírek 45, 109, 167, 208, 276, 333, 391, 447, 503, 556, 609, 668, 726, 782, 836, 893, 943, 999, 1062, 1120, 1169, 1230, 1258, 1343, 1384, 1456, 1507, 1567, 1636, 1789, 1847, 1896, 1959, 1985, 2070, 2086, 2183, 2237, 2296, 2352, 2406, 2463, 2516, 2574, 2602, 2687, 2740, 2773, 2875
- Horus 79, 81, 193, 194, 303, 305, 415, 418, 473, 475, 531, 533, 536, 647, 649, 755, 757, 865, 867, 977, 980, 1091, 1092, 1199, 1201, 1313, 1314, 1429, 1430, 1539, 1541, 1649, 1651, 1763, 1764, 1873, 1875, 1987, 1989, 2099, 2100, 2207, 2208, 2325, 2326, 2435, 2437, 2545, 2547, 2655, 2657, 2777, 2780, 2881, 2882
- Iatrogen ártalmak 1023
 In memoriam 585, 1205
 Intervenciós radiológia 693
- Kazuisztika 25, 46, 77, 189, 245, 299, 361, 413, 473, 527, 581, 751, 805, 917, 973, 1087, 1147, 1195, 1309, 1367, 1423, 1535, 1595, 1645, 1701, 1819, 1869, 1929, 1981, 2039, 2151, 2205, 2319, 2377, 2487, 2543, 2603, 2651, 2771, 2829
- Klinikai epidemiológia 907
 Klinikai farmakológia 2421
 Klinikai kutatások 351, 523, 1751, 2025
 Klinikai pszichológiai tanulmányok 1863
 Klinikai tanulmányok 67, 119, 177, 235, 287, 347, 513, 569, 625, 681, 793, 961, 1017, 1073, 1131, 1243, 1297, 1353, 1411, 1467, 1521, 1579, 1633, 1743, 1803, 1913, 1967, 2137, 2193, 2253, 2305, 2363, 2415, 2473, 2527, 2585, 2639, 2695, 2755, 2815, 2863
- Klinikofarmakológiai tanulmányok 7, 687
 Klinikopathológiai tanulmányok 21, 2029, 2259
- Könyvismertetések 101, 157, 219, 274, 385, 437, 492, 602, 720, 890, 1057, 1340, 1395, 1957, 2068, 2118, 2175, 2290, 2351, 2399, 2458, 2515, 2571, 2678, 2796, 2855, 2905
- Levelek a szerkesztőhöz 43, 95, 209, 379, 491, 601, 829, 887, 1165, 1337, 1393, 1499, 1557, 1836, 2117, 2172, 2348, 2395, 2453, 2625, 2679, 2851
- Markusovszky Lajos emlékülés '94 921
 Megjelent 439, 1279, 2227, 2514, 2729
 Miről szól a gyógyszer-kommunikáció etikai kódexe? 2343
 Módszertani levelek 365, 2775
- OH-quiz 55, 335, 559, 783, 1007, 1287, 1511, 1719, 2015, 2239, 2519, 2743
- Orvos és jog 1363, 2539
 Orvosi technika 185, 295, 1415
- Összefoglaló referátumok 459, 1755, 2309
- Pályázati hirdetések 54, 109, 149, 276, 333, 392, 448, 504, 558, 610, 727, 835, 885, 946, 1003, 1064, 1112, 1226, 1275, 1344, 1400, 1456, 1507, 1568, 1584, 1694, 1790, 1813, 1867, 1947, 1993, 2040, 2089, 2149, 2238, 2271, 2323, 2407, 2464, 2518, 2576, 2622, 2688, 2741, 2794, 2869
- Patológiai diagnosztika 1637
- Referátumok 1527, 1815, 2765, 2867
 Ritka körképek 133, 639, 699, 861, 1031, 1259, 1481, 1759, 2431, 2709, 2877
 Rövid experimentális közlemények 469, 1705
- Syndromák 2091
- Szerkesztőség közlemények 1851
- Teljesítménymérés az egészségügyben 2263
 Terápiás kérdések 2535
 Terápiás közlemények 71, 181, 405, 635, 743, 1137, 1187, 1251, 1471, 2591, 2759
 Továbbképzés 1475
 Trópusi betegségek 241, 1083
- Új gyógyszerek 1077, 1807
 Új módszerek 577, 1255, 1853, 1859, 2197
 Újabb diagnosztikai eljárások 1975, 2143, 2197
 Újabb gyógyeljárások 2647
 Újabb műtéti eljárások 357, 913, 1421, 2035, 2147, 2373
 Újabb terápiás eljárások 75, 129, 859, 1143, 1971, 2483, 2705, 2825
 Újabb vizsgáló eljárások 1531
 Útmutató az Orvosi Hetilap szerzői számára 104, 217, 442, 611, 2405

Cikkek, Horus (-H), Levelek (-L), Beszámolók (x) Könyvismertetés (") — névmutató —

- Ádám Emma 171
 Áfra Judit dr. 681
 Alföldi Ferenc dr. 1137
 Alfthan, Georg. Ph. D. 115
 Alkonyi István dr. 747
 Andréka Péter dr. 384x
 Angyalosné Takó Emőke 2019
 Antóni Annamária dr. 1083
 Apáthy Ágnes dr. 2029
 Arató András dr. 351
 Arató Gabriella dr. 635
 Aro, Antti Ph. D. 115
 Aszalós Zsuzsa dr. 275", 2738x
 Audikowszky Mária dr. 735
- Bach Katalin dr. 157", 211x
- Bach, Dietmar dr. 1191
 Back Frigyes dr. 2172x
 Bajcsay András dr. 1907
 Bajtai Attila dr. 469
 Bajusz Huba dr. 1627
 Baki Márta dr. 1695, 2415, 2815
 Bakos Noémi dr. 1475
 Balázs Éva dr. 965
 Balázs Márta dr. 21, 2208-H, 2259
 Balázs György dr. 849
 Bálint Gábor Sándor dr. 241, 1235, 1755
 Balla György dr. 1301
 Baló-Banga J. Máttyás dr. 2515"
 Balogh Gábor dr. 2705
 Balogh Ildikó dr. 2319
 Balogh István dr. 1499-L, 2625-L
- Balogh Zsolt dr. 2151, 2571"
 Baltás Béla dr. 1627, 2691
 Bán András dr. 1527
 Bánhidi Endre dr. 1337-L
 Bányai Anikó dr. 1187
 Baranyai Marietta dr. 1691
 Baranyai Zsuzsa 2019
 Barna István dr. 1415
 Barsi Judit dr. 125
 Barzó Pál dr. 245, 274", 2349x
 Bastranak Mária dr. 154x
 Batári Gyula dr. 1201-H
 Bátorfi József dr. 469
 Battyány István dr. 1423
 Bazsa Sándor dr. 2867
 Bazsáné Kassai Zsuzsa dr. 731, 1923, 2201

- Bedernjak József dr. 409
 Bély Miklós dr. 2029
 Bende János dr. 1627
 Benke József dr. 533-H
 Benkő István dr. 1137
 Bényei Magdolna dr. 917
 Berentey György dr. 1341"
 Berényi Mihály dr. 2825
 Berger Zoltán dr. 185, 1481
 Berki Csaba dr. 2091
 Berkó Péter dr. 831x
 Bernát Sándor Iván dr. 961
 Beró Tamás dr. 7
 Besznyák István dr. 102", 157", 513, 907, 2176"
 Betkó János dr. 157", 1338x, 1958", 2796"
 Bilotta, Federico dr. 577
 Birtalan Győző dr. 418-H, 1393-L, 2657-H
 Biró Barna dr. 2639
 Biró Judit dr. 2075
 Boda Andor dr. 2597
 Boda Domokos dr. 647-H
 Bodnár Béla dr. 1641, 1923, 2201
 Bodor Elek dr. 1073
 Bodosi Mihály dr. 1571
 Bodrogi István dr. 1695, 2815
 Bogár Lajos dr. 751
 Bogye Gábor dr. 115
 Borbola József dr. 955
 Borda Lóránt dr. 181
 Boron-Kaczmarska, Anna 1705
 Borsi József dr. 2527
 Borsos Antal dr. 2201
 Borthaiser Angela dr. 67
 Borthaiser Zoltán dr. 1305
 Böcskei Béla dr. 1143
 Böhm Ádám dr. 2137
 Böhm Klára dr. 1367
 Bölcskei Pál dr. 2373
 Bősze Péter dr. 459, 743, 1403, 2755
 Böszörményi Nagy György dr. 1251
 Brittig Ferenc dr. 1691
 Brooser Gábor dr. 2176", 2458"
 Budai Barna dr. 907, 1077
 Budai József dr. 287
 Budai József dr. 1058"
 Buday László dr. 2579
 Buzás György dr. 2765

 Caretta, Quintilio dr. 577
 Corradi Gyula dr. 573
 Czalbért H. János dr. 859
 Czeplédi Ferenc dr. 2415
 Czeizel Endre dr. 193-H, 214", 801, 2313, 2547-H, 2626-L, 2679-L
 Czimmerman Márton dr. 2455x
 Czinne Antal dr. 1585
 Cziráki Attila dr. 1353
 Czirják Sándor dr. 2709

 Csabá Béla dr. 757-H
 Csaba János dr. 1421
 Csabay László dr. 2603
 Csajbók Ernő dr. 2467
 Csáki Csilla dr. 2627
 Csanády Miklós dr. 67, 2187
 Császár Tamás dr. 2269
 Csáthy László dr. 1301
 Csécsei Béla 601-L
 Cseh Imre dr. 1958"
 Cseke László dr. 2035
 Csépany Tünde dr. 1981

 Csépli József dr. 2458"
 Cserhalmi Livia dr. 1683
 Cserháti Endre dr. 969
 Csernay László dr. 853
 Cserni Gábor dr. 385"
 Csetényi János 907
 Csiba András dr. 687
 Csonka Csaba dr. 153x
 Csontai Ágoston dr. 1957", 2363
 Csornai Ágnes dr. 2377
 Csornai Márta dr. 437"
 Csörgő Lajos dr. 1394
 Csörgő Margit dr. 1077

 D. Tóth Ferenc dr. 1087
 Dabasi Gabriella dr. 469
 Danczigt Ágnes dr. 743
 Daubner Kornél dr. 907
 Dauda György dr. 2585
 Dávid Gábor dr. 2796"
 Dávidovics Sándor dr. 347
 de Châtel Rudolf dr. 1415
 Deák Judit dr. 465
 Debreceni Loránd dr. 2348-L
 Dékány Erzsébet dr. 2709
 Dékány Péter dr. 955
 Deli László dr. 1411
 Demeter Attila dr. 899, 1179, 2473
 Demeter Judit dr. 171
 Dénes Róbert dr. 171
 Dinya Elek dr. 735
 Diószeghy Gábor dr. 119
 Diószeghy Péter dr. 1259
 Dobi Sándor dr. 1083
 Dobos Károly dr. 805
 Dobozy Attila dr. 903, 2131, 2197
 Dóczy Tamás dr. 181, 1571
 Donáth Tibor dr. 1541-H, 2777-H
 Dorka András dr. 1967
 Drabant Sándor dr. 1077
 Dudás István dr. 2313
 Dudás Mihály dr. 379-L

 Egervári Márta dr. 1919
 Egres Jenő dr. 980-H
 Élő János dr. 635
 Emődy Levente dr. 1957"
 Endreffy Emőke dr. 399
 Erdélyi-Tóth Valéria dr. 1077, 2527
 Erős Erika dr. 801
 Esik Olga dr. 1795
 Esztergályos János dr. 295

 F. Kiss Zoltán dr. 1627
 Faller József dr. 21
 Faludi Gábor dr. 1807
 Falus András dr. 2075
 Faredin Imre dr. 1589
 Farkas András dr. 75, 347
 Farkas Beatrix dr. 903
 Farkas L. Gyula dr. 1429-H
 Farkasfalvi Klára dr. 383x
 Fazekas Tamás dr. 1819, 1853
 Fazekas Zoltán dr. 2039
 Fehér János dr. 44x, 98x, 103", 115, 475-H, 1205, 1566x, 1649-H, 1815, 1955x, 2067x, 2069", 2290x, 2299, 2871
 Fehér Tibor dr. 2679-L
 Fekete Ferenc dr. 2487
 Fekete Sándor dr. 171
 Felber Magdolna dr. 1701
 Fenyes Béla dr. 469

 Ferencz Tamás dr. 2527
 Fiók János dr. 2137
 Fleischmann Tamás dr. 2759
 Fodor Bertalan 1595
 Fodor Ferenc dr. 2305
 Fogarasi Miklós dr. 2075
 Folyovich András dr. 681
 Fónay Károly dr. 1017
 Forgács Attila dr. 787, 1863
 Forrai Gábor dr. 1695
 Forster Tamás dr. 67
 Földes Iván dr. 1579
 Földes János dr. 1183
 Földes József dr. 465
 Földes Márta dr. 2131
 Földi János dr. 171
 Francz Mónika dr. 2585
 Frang Dezső dr. 274", 2825
 Fülesdi Béla dr. 1981
 Fülöp Vilmos dr. 1027
 Fűtő László dr. 2709
 Fűzesi Kristóf dr. 2173x

 Gábor Zsuzsa dr. 1955x, 2263, 2395-L
 Gál István dr. 581
 Gálos Gizella dr. 2253
 Garamszegi Mária dr. 1353
 Gárdai Miklós dr. 305-H
 Gardó Sándor dr. 1651
 Garzuly Ferenc dr. 1291
 Gáti István dr. 1027
 Gaulieder József dr. 154x
 Géczi Lajos dr. 2815
 Gellért Mária dr. 3
 Gerencsér Ferenc dr. 2856"
 Gerevich József dr. 2805
 Gergely Péter dr. 413, 2175", 2591
 Gerő Anna dr. 3, 287
 Gingl Zoltán dr. 1255
 Gion Gábor dr. 889x, 2739x
 Gláz Edit dr. 2709
 Gögl Árpád dr. 563, 2187
 Gömör Béla dr. 2099-H
 Gömör Pál dr. 2348-L
 Gönczi Judit dr. 2205
 Görög Dénes dr. 2635
 Groák Lajos dr. 81-H
 Gruber Noémi dr. 67
 Gulácsy István dr. 2039
 Gurzó Mihály dr. 805
 Gurzó Zoltán dr. 2651

 Gyarmathy Anna 2626-L
 Gyenes Gábor dr. 1907
 Gyergyay Fruzsina dr. 1077
 György Aranka dr. 973
 Győry Ferenc dr. 849
 Gyurcsik András dr. 2877
 Gyuris Jenő dr. 1701
 Gyurkó György dr. 77

 Habon Tamás dr. 1357
 Hajdú Júlia dr. 2603
 Hajnal Ferenc dr. 2691
 Halasy Kálmán dr. 1243
 Hámosi József dr. 2355*
 Hamvas Antal dr. 2825
 Hanisch József dr. 1363
 Hankiss János dr. 209-L, 437", 492", 602", 720", 890", 1448x, 1500x, 2070", 2118", 2678", 2795x
 Hargitai Rezső dr. 1539-H

Haris Ágnes dr. 339, 2319
 Hársfalvi Jolán dr. 523
 Hatházi László dr. 581
 Häubinger Karl dr. 2373
 Hegedűs Ida dr. 1981
 Hegedűs Zoltán dr. 1255
 Herczegfalvi Ágnes dr. 473
 Herke László dr. 569
 Hernádi László dr. 1521
 Hertelendy Ágnes dr. 751, 1423
 Hidvégi Jenő 1091-H, 1342'', 2118'', 2881-H
 Hidvégi Judit dr. 469
 Holló István dr. 291
 Honti József dr. 2655-H
 Horkay Irén dr. 25
 Horti József dr. 2815
 Horváth Andrea dr. 1083
 Horváth Anna 965
 Horváth Attila dr. 965
 Horváth Emese dr. 747
 Horváth Erika dr. 2087
 Horváth Gyula dr. 2597
 Horváth István dr. 965, 1557-L, 2172-L
 Horváth László dr. 1423
 Horváth Magdolna dr. 347, 2829
 Horváth Örs Péter dr. 751
 Horváth Tibor dr. 361
 Horváth Zoltán dr. 1571
 Hunyadi János dr. 903, 2749
 Hunyadi Katalin dr. 1023, 1595
 Hunyady Béla dr. 1353
 Husz Sándor dr. 903, 1589, 2197
 Hutás Imre dr. 1251
 Hüttinger, Mannfred 735
 Hüttl Kálmán dr. 235, 1073

Ihász Mihály dr. 469, 2545-H
 Iliás Lajos dr. 699, 1499-L
 Illés Árpád dr. 1187
 Illner, Wolf-Dieter dr. 1123
 Ilyés István dr. 1467, 1633
 Imre László dr. 2371
 Inovay János dr. 357, 2399''
 Irányi Jenőné dr. 2539
 István Lajos dr. 491-L
 Iványi Béla dr. 2467
 Iványi János dr. 379-L
 Iványi János László dr. 44x, 2853x

Jackman, Warren M. dr. 1853
 Jainsch Michael dr. 75
 Jakab Lajos dr. 829-L, 1557-L
 Jako Géza dr. 2035
 Jakobovits Ákos dr. 1975
 Jakó János dr. 43-L, 2585
 Jakó János dr. 2172-L
 Jámbor Gyula dr. 2903x
 Jancsó Gábor dr. 903
 Jánosi András dr. 861, 2187
 Járny Balázs dr. 2151
 Járny Jenő dr. 1309
 Jászai Veronika dr. 75
 Jaszovszky Ildikó 573
 Jávör Tibor dr. 7, 101'', 1353
 Jelics Ágnes dr. 1137
 Jobbágyi Péter dr. 1058''
 Jörg Hendrik dr. 1975
 Judák Rita dr. 2131
 Juhász Ferenc dr. 849
 Juhász István dr. 2351''
 Juhász László dr. 1971, 2357
 Juricskay István dr. 1357

Józsa László dr. 1313-H, 1763-H
 Józsa Terézia dr. 1083
 Kádár András dr. 299
 Kádár Krisztina dr. 473, 2305
 Kádas István dr. 1337-L, 2207-H
 Kadocska Edit dr. 1963
 Kalapos Miklós Péter dr. 1229x, 1459
 Kaldenbach, Raimund dr. 1191
 Kálmán Miklós dr. 399
 Kálmánchey Rozália dr. 1739
 Kalmár Nagy Károly dr. 2035
 Káplár Miklós dr. 523
 Kapronczay Károly dr. 867-H, 2100-H
 Kapronczay Katalin dr. 1430-H, 2453-L
 Karádi István dr. 2187
 Karasszon Dénes dr. 757-H, 2856'', 2882-H
 Kardos Attila dr. 1255
 Kardos Róbert dr. 395
 Karlinger Kinga dr. 2709
 Karsza Attila dr. 395
 Kas József dr. 59
 Kasza Gábor dr. 2035
 Katona Éva dr. 523
 Kazár György dr. 797
 Kecskés Borbála dr. 1913
 Kékes Ede dr. 2421
 Kéki Kálmán dr. 1367
 Kelemen Endre dr. 171
 Kelemen Gábor dr. 2289''
 Kelemen János dr. 2371
 Kelenhegyi Katalin dr. 2535
 Keller László dr. 2253
 Keltai Mátyás dr. 955
 Kemenes Pál dr. 2780-H
 Kemény János dr. 2487
 Kende Éva dr. 2859
 Kercsó Klára dr. 1137
 Kerekes László dr. 272x
 Király László dr. 2305, 2425
 Kis Sándor dr. 71, 1471, 1919
 Kiss A. Sándor dr. 1940x, 2853x
 Kiss Ákos dr. 2877
 Kiss Attila dr. 119, 1087, 2643
 Kiss Éva dr. 1956x, 2019
 Kiss János István dr. 245
 Kiss Jolán dr. 1087
 Kiss József dr. 1819
 Kiss Katalin dr. 1471
 Kiss Klára dr. 1023
 Kiss László dr. 194-H, 865-H, 1314-H
 Kiss Márta dr. 2197
 Kiss Péter dr. 2738x
 Kiss Róbert dr. 2709
 Klein Ágnes 46
 Klein Magda dr. 59
 Knolmayer Johanna dr. 2019
 Kohán Zsuzsanna dr. 2738x
 Kollár József dr. 177, 1981
 Konc János dr. 2147
 Kondás József dr. 119
 Konkoly-Thege Aladár dr. 44x
 Kónya András dr. 227, 693, 2243
 Kónya Tibor dr. 2853x
 Konrády András dr. 491-L
 Koppány Judit dr. 635
 Koroknai Géza dr. 1367
 Kósa Ágnes dr. 25
 Kósa János dr. 797
 Kostic Szilárd dr. 913
 Kószó Ferenc dr. 2131

Kovács András dr. 1143
 Kovács Bálint dr. 213''
 Kovács Ilona dr. 1195
 Kovács József dr. 2651
 Kovács L. Gábor dr. 2477
 Kovács László dr. 43-L
 Kovács Péter dr. 1743, 1859
 Kovács Vendel dr. 469
 Kovácsné Török Zsuzsa 1863
 Kovács Jenő dr. 1838-L
 Kozłowska, Hanna 1705
 Kófalvi István dr. 797
 Kőmives Katalin dr. 2143
 Kőrösi Tamás dr. 731, 1923
 Kövér Ferenc dr. 1571
 Kövesdi Rita dr. 405
 Kralovánszky Judit dr. 907, 1077
 Kraszkó Pál dr. 1251
 Krasznai Géza dr. 917, 1087
 Krasznay Péter dr. 361
 Krenács Tibor dr. 399
 Kriván Gergely dr. 405
 Krutsay Miklós dr. 1637
 Kubala Éva dr. 2075
 Kuhn, Walter dr. 15, 519
 Kukán Eszter dr. 3, 287
 Kullmann Lajos dr. 2095
 Kuncz Ádám dr. 1571, 1869
 Kupcsulik Péter dr. 2083, 2855''

Laczay András dr. 2118''
 Lampé László dr. 15, 519, 1641, 1923, 2905''
 Land, Walter dr. 1123
 Landgraf, Rüdiger dr. 1123
 Landi Anna dr. 2253
 Láng István dr. 2483
 Lassuné Merényi Zsuzsa 2371
 László Ágnes dr. 2585
 László Aranka dr. 399, 747, 495x, 2397x
 László Gergely dr. 2095
 Latif Kassas, Abdul dr. 1083
 Lázár György dr. 1627
 Lázár Norbert dr. 1309
 Lehoczky Győző dr. 829-L
 Lengyel Gabriella dr. 324x, 667x, 720'', 1338x, 2069'', 2176'', 2299, 2871
 Lengyel Mária dr. 299, 955
 Lenkey Ágota dr. 849
 Leővey András dr. 1011, 2851-L
 Leprán István dr. 1057''
 Lévy Annamária dr. 1579
 Libor János dr. 2651
 Lipcsey Attila dr. 2678''
 Lipták Márta dr. 1341''
 Lombay Béla dr. 2877
 Lonovics János dr. 2691
 Lozsádi Károly dr. 2425
 Lőcsei Zoltán dr. 887-L, 1691, 2477
 Lőrincz István dr. 1743, 1859
 Ludwig Endre dr. 323x, 687
 Lukács Géza dr. 849
 Lukácsy András dr. 1297

Mádi-Szabó László dr. 95-L
 Magasi Péter dr. 395
 Magyar László András dr. 2437-H
 Magyar Pál dr. 158''
 Magyarlaci Márta dr. 2411
 Mahunka Imréné dr. 1633
 Major Emőke dr. 1585
 Mándoky Fülöp dr. 3

- Márk László dr. 1411, 2523
Márkus Béla dr. 2348x
Marofka Ferenc dr. 2467
Marosi Anikó dr. 1339x
Marton István dr. 98x, 383x
Matejka Zsuzsanna dr. 1837-L
Mátrai Tamás dr. 102", 1297
Mátyus János dr. 25
Mechler Ferenc dr. 271x, 1259
Melegh Béla dr. 473
Mercanti, Corrado dr. 577
Merköz Miklós dr. 2363, 2679-L
Meskó Kálmán dr. 830-L
Messay Balcha dr. 2647
Mészáros Ágota dr. 2019
Mészáros István dr. 2755
Mezei Györgyi dr. 969
Mezey Béla dr. 1357
Mihály Ilona dr. 3, 287, 2143
Minik Károly dr. 245
Miskovits Gusztáv dr. 214"
Mód Anna dr. 171
Mogyoróssy Gábor dr. 1195
Mohácsi Attila dr. 1743
Mojzes Jenő dr. 2647
Moldvay Judit dr. 1919
Molnár Erika dr. 1501x, 2855x
Molnár Ferenc dr. 2205
Molnár Károlyné dr. 45x
Molnár Lenke dr. 2905"
Molnár Mária dr. 1259
Molnár Miklós dr. 2348-L
Molnár Tamás dr. 1137
Molnár Zsuzsanna dr. 2759
Monos Emil dr. 977-H
Montet, Jean-Claude dr. 2691
Montskó Péter dr. 639
Mórocz István dr. 1981
Morvay Balázs dr. 2193
Morvay Márta dr. 2131
Morvay Zita dr. 2467
Mosonyi Tamás dr. 2091
Mózes Imre dr. 1367
Muszbek László dr. 1031
Muzsnai Ágota dr. 291
Mühl Diána dr. 383x, 717x
Münnich Dénes dr. 2396-L
- Náfrádi József dr. 805
Nagy Attila dr. 625
Nagy Edit dr. 1467
Nagy Endre dr. 1743
Nagy Erika dr. 2523
Nagy Erzsébet dr. 1411, 2523
Nagy György dr. 2357
Nagy Gyula dr. 585*
Nagy Kálmán dr. 1023, 1595, 2877
Nagy Lajos dr. 1353, 2515"
Nagy Péter dr. 129, 699, 1499-L, 2585
Nagy-Dani Éva dr. 1123
Naszály Attila dr. 71
Nedelkovics Zsuzsanna dr. 465
Nékám Kristóf dr. 2571"
Nemes Balázs 1309
Nemes János dr. 44x
Nemes László dr. 2173x
Nemes Zoltán dr. 581
Nemesánszky Elemér dr. 2075
Német János dr. 2603
Németh Attila dr. 735
Németh Csaba 95-L
Németh György dr. 1795
- Niederland Vilmos dr. 1448x
Novák János dr. 2651
- Obál Ferenc jr. dr. 903
Ofner Péter dr. 2187
Oláh Attila dr. 1297"
Oláh Csaba dr. 2289"
Oláh László dr. 1515
Oláh Tibor dr. 853
Oláh Vilmos dr. 1836-L
Olasz Mária dr. 189
Ónodi János dr. 1627
Orbán Imre dr. 1421
Ormos Jenő dr. 1869, 2467
Orosz Ernő dr. 361
Orosz István dr. 2523
Orosz Péter dr. 1971, 2357
Orosz Zsolt dr. 133
Osgyán Tibor dr. 2253
Osmers, Rüdiger dr. 15, 519
Osváth Pál dr. 2535
Ottlakán Aurél dr. 189, 2651
Ottó Szabolcs dr. 907
Ozsváth Károly dr. 2069"
- Ördögh Szilveszter 2326-H
Óri Zsolt dr. 2796"
- Paál Krisztina dr. 2527
Paál Tamás dr. 887-L
Pados Gyula dr. 735
Pál Attila dr. 1147, 1305, 1751
Páldi Haris Pirooska 171
Pálfalvi László dr. 2755
Pálffy Gyula dr. 913
Pallagi Edina dr. 1515
Pálóczi Katalin dr. 171
Pap Ákos dr. 185, 1481
Pap Éva dr. 2527
Pap Ilona dr. 1819
Pápai Zsolt dr. 1471, 1919
Papp János dr. 2852-L
Papp Zoltán dr. 357, 413, 899, 1179, 2473, 2603, 2803
Papp Zsuzsanna dr. 2543
Pár Alajos dr. 1423, 2143
Pardavi Gábor dr. 1297
Pásztor Emil dr. 2709
Pásztor Pál dr. 2651
Patakfalvi Albert dr. 2269
Pató Éva dr. 2319, 2695
Paulin Ferenc dr. 2803
Pávics László dr. 853
Pécsi Balázs dr. 569
Pestessy József dr. 797
Péter Ferenc dr. 291, 793, 2068"
Péter Iván dr. 283
Péter Sándor dr. 601-L, 751
Péterfy Miklós dr. 2747
Petrányi Gyula ifj. dr. 2851-L
Petri András dr. 805
Pintér András dr. 75
Pintér Arnold dr. 1535
Pintér József dr. 379-L
Pisztora Ferenc dr. 1395"
Pláyerne Dorkó Ágnes 1521
Pócsi István dr. 1301
Polgár Péter dr. 1743, 1859
Poller Imre dr. 1701
Pongrácz Endre dr. 961
Pongrácz Kálmán dr. 2863
Popik Ervin dr. 1165-L
- Porcsin Istvánné 536-H
Poór Gyula dr. 383x, 384x, 1957x
Poros Anna dr. 171
Pósán Emőke dr. 523, 677, 2025, 2821
Pósfai Gábor dr. 469
Prechl József dr. 1815
Préda István dr. 1535, 2137
Price R. G. dr. 1301
Priska Mária dr. 2639
Puskás Éva 965
Puskás Tivadar dr. 2193
Pusztai Anikó dr. 969, 1815
- R. Tóth Klára dr. 2411
Rácz Károly dr. 2709
Radnai Béla dr. 1017
Radó János dr. 339, 2319, 2695
Radó Júlia dr. 97x
Rahóty Pál dr. 133
Rajkai Irén dr. 2863
Rák Kálmán dr. 523, 677, 843, 1087, 2173x, 2643
Rákóczy György dr. 1929
Rakonczi Gyula dr. 59
Raskó István dr. 399, 1759
Rath, Werner dr. 15, 519
Rathner, Günther dr. 787
Regöly-Mérei János dr. 1123
Reiber István dr. 563, 1393x
Rejtő László dr. 1087
Repa Imre dr. 235, 2597
Répási István dr. 2543
Richter Tamás dr. 299
Riedl Erika dr. 133
Rieszt Tamás dr. 2205
Rigler András dr. 21, 59
Rihmer Zoltán dr. 125, 830-L
Ringwald Gábor dr. 513, 743, 2759
Romics Imre dr. 1191
Romics László dr. 2187
Rontó Györgyi dr. 2399"
Rosta András dr. 2483
Rozsos István dr. 1645, 1803
Rudas László dr. 1255, 1819
Rumi György dr. 1803, 2371
Rutz Wolfgang dr. 125
- Sáfrány Beatrix dr. 2863
Sándor Csaba dr. 601-L
Sárai Anna dr. 861
Sári Bálintné dr. 1467, 1633
Sárosi Zsuzsanna dr. 743
Sarudi Imre dr. 2371
Sáry Gyula dr. 2117-L
Sátori Ödön dr. 189
Savilahti Erkki dr. 351
Scherlag, Benjamin, J. dr. 1853
Scheuer, Peter, J. 2309
Schmidt Béla dr. 639
Schmidt Péter dr. 1500x
Schneider Imre dr. 283, 1759, 2411, 2647
Schneider Tamás dr. 2759
Schnitzer Ferenc dr. 601-L
Schoen, Jeffrey, W. dr. 1853
Schuler Ágnes dr. 2397x
Schuler Dezső dr. 1739, 2527
Schulteisz Ferenc dr. 973
Sikula Judit dr. 177, 1981
Simkó Róbert dr. 1023, 1595, 2877
Simon Gyula dr. 2377
Simon Judit dr. 1255
Simon Miklós dr. 1199-H

- Simon Miklós dr. jr. dr. 2749
 Simon Tamás dr. 1393-L
 Simonffy Árpád dr. 235
 Simó Magdolna dr. 681
 Sipos Péter dr. 2903x
 Smanykó Dimitrij dr. 2585
 Soltész Ibolya dr. 1919
 Soltész Pál dr. 1031
 Solymosi Tamás dr. 581
 Somogyi Anikó dr. 1393x, 1815, 2483, 2903x
 Somogyi Csilla dr. 2397x
 Somogyi Endre dr. 2539
 Somorjai Béla dr. 361
 Somos Zsuzsanna dr. 1759
 Sréter Lidia dr. 323x
 Steczek Katalin dr. 1183
 Strausz János dr. 71, 1471, 1919, 2373
 Sulyok Katalin dr. 1195
 Surányi Sándor dr. 536-H
 Surján László dr. 507
 Süle Tamás dr. 649-H
 Sülle Csaba dr. 2371
 Sümegi Balázs dr. 747
 Svastics Egon dr. 513, 2259
 Swiderska, Jolanta 1705
- Szabados Sándor dr. 1255
 Szabolcs Zoltán dr. 1073
 Szabó András dr. 1989-H
 Szabó Gyula dr. 887-L
 Szabó Imre dr. 2749
 Szabó István dr. 357, 2603
 Szabó József dr. 2635
 Szabó Miklós dr. 2305
 Szabó Olga dr. 413
 Szabó Pál dr. 787, 1067
 Szabó Rudolf dr. 129
 Szabó S. Tibor dr. 1853
 Szabó Tibor dr. 1873-H
 Szállási Árpád dr. 79-H, 303-H, 531-H, 755-H, 1764-H, 1875-H, 2435-H
 Szalóki Tibor dr. 2854x
 Számel Irén dr. 513, 907, 1077
 Szántai Gábor dr. 853
 Szánthó András dr. 899, 1179, 2473, 2535
 Szántó Dezső dr. 2639
 Szántó Imre dr. 2205
 Szapanidisz Jorgosz dr. 1143
 Szarvas Ferenc dr. 211x
 Szatmáry László János dr. 451
 Szécsényi Nagy István dr. 793
 Szegedi Gyula dr. 1031, 1187
 Székely Ádám dr. 1535, 2137
 Székely Éva dr. 687
 Székely György dr. 2083
 Szelényi Judit dr. 171
 Széll Kálmán dr. 251, 643
 Szendrei Etelka dr. 473
 Szendrei György dr. 357
 Szendrői Vilmos dr. 853
 Szénásy József dr. 415-H
 Szenohradzky Pál dr. 2467
 Szentgyörgyi Ervin dr. 119
 Szepesi János dr. 1027
 Szerafin László dr. 2585
- Szeverényi Mihály dr. 15, 519, 829-L
 Szeverényi Péter dr. 211x, 1863
 Szigetvári Iván dr. 1027
 Szilágyi Károly dr. 2543
 Szilágyi Szabolcs dr. 1531
 Szima Barna dr. 71, 1471, 1919
 Szilágyi László dr. 235
 Szmitkowski, Maciej 1705
 Szobor Albert dr. 59
 Szombathy Gábor dr. 1340''
 Sztriha László dr. 747
 Szunyogh Ildikó dr. 1083
 Szűcs Gabriella dr. 2639
 Szymanski, Jacek 1705
- Takács Éva dr. 1940x
 Takács Tamás dr. 2691
 Tallér András dr. 699
 Tamás Erzsébet dr. 1367
 Tamás Katalin dr. 2487
 Tamáska Júlia dr. 171, 1595
 Tápai Mária dr. 2377
 Tar Attila 793
 Tariska Péter dr. 2019
 Tarján Gábor dr. 291, 1183
 Tarján Jenő dr. 2187
 Tarjányi János dr. 181
 Telek Béla dr. 1087, 2643
 Temesvári András dr. 577
 Tenczer József dr. 1851
 Tényi Tamás dr. 527, 1092-H, 1967
 Thomka Magdolna dr. 681
 Tihanyi Miklós dr. 1337-L
 Timár László dr. 405
 Tislér András dr. 1415
 Toldy Erzsébet dr. 887-L, 1691, 2477
 Topa Lajos dr. 185, 1481
 Tornai István dr. 2821
 Tóth András dr. 2635, 2856''
 Tóth Csaba dr. 299
 Tóth István dr. 1589
 Tóth József dr. 513, 2363
 Tóth Kálmán dr. 1357
 Tóth Károly dr. 1411
 Tóth Kása Izabella dr. 903
 Tóth Miklós dr. 2709
 Tóth Péter dr. 2701
 Töröcsik Miklósné 1521
 Török Ibolya 2377
 Török László dr. 619, 2377
 Trixler Mátyás dr. 527, 1967
 Tuka Piroška dr. 245
 Túry Ferenc dr. 787, 1067
 Tusnádi Anna dr. 917
- Udvardy Miklós dr. 523, 677, 2025, 2821
 Udvarhelyi Nóra dr. 133
 Uhrin Katalin dr. 917
 Ujj György dr. 1087
 Ungár László dr. 2755
- V. Oláh Anna dr. 1301
 Váczi László dr. 119
 Vadász György dr. 2431
 Vadász Imre dr. 271x, 941x, 1337-L, 1565x
- Vadász Pál dr. 913
 Vajda György dr. 1147, 1751
 Vajtai István dr. 1869
 Vajó Zoltán dr. 379-L
 Vakis Georgios dr. 2131
 Vallent Károly dr. 890'', 1341''
 Vándor László dr. 955
 Vangel Róbert dr. 1627
 Vanik Miklós dr. 380-L, 2825
 Váradi Katalin dr. 2877
 Várady Erika dr. 2759
 Varga Albert dr. 67
 Varga Emese dr. 731, 1923, 2201
 Varga Fatima dr. 1183
 Varga Gyula dr. 805, 1297
 Varga Ibolya dr. 2709
 Varga István dr. 189, 413
 Varga József dr. 1301
 Varga Lajos dr. 67
 Varga László dr. 1691, 2187, 2477
 Varga Levente dr. 2863
 Varga Mihály dr. 1394x
 Varga Péter dr. 2795x
 Varga Zsuzsanna dr. 1869
 Várkonyi Ágnes dr. 747
 Várnai Ferenc dr. 1083
 Varró Vince dr. 2325-H
 Vástyán Attila dr. 2039
 Vattay Péter dr. 1627
 Velkey Imre dr. 2877
 Velkey László dr. 1595
 Veréb József dr. 299
 Verebely Tibor dr. 2679-L
 Vereczkey Gábor dr. 1967
 Veress Gábor dr. 1131, 2771
 Verzár Rezső dr. 2539
 Vigh Éva dr. 1637
 Vigváry Zoltán dr. 227, 693, 2243
 Vincze Áron dr. 1353
 Vincze Borbála dr. 513
 Vincze Károly dr. 569, 1337-L
 Vincze Lajos dr. 59
 Voci, Paolo dr. 577
 Votisky Péter dr. 2400''
 Vörös Erika dr. 1869
- Wabrosch Géza dr. 380-L, 2458''
 Wallach, Daniel dr. 1987-H
 Walsa Róbert dr. 101'', 1838-L
 Weber György dr. 2035
 Weisenbach János dr. 2829
 Weltner János dr. 2635
 Werling Klára dr. 157'', 1449x, 2483
 Wittmann Tibor dr. 853
 Wladika Zsuzsanna dr. 955
 Wórum Ferenc dr. 1743, 1859, 2187
- Zajta Erik dr. 2453-L
 Zámbo Katalin dr. 1017, 1357
 Zámolyi Károly dr. 1535
 Zeher Margit dr. 1031
 Zeltner György dr. 2187
 Zombori János dr. 747
- Zsarnóczay Péterné dr. 1077
 Zsíros József dr. 1595

Folyóiratreferátumok — rovatmutató

- A dohányzás ártalmai 658, 1832, 2113
A gyakorlat kérdései 86, 590, 989, 1492, 2835
A klinikus és a laboratórium 144
A prevenció kérdései 140, 311, 541, 934, 2107, 2615
A resuscitatio kérdései 2392
Allergológia 819, 1106, 1373, 2668
Alternatív medicina 2794
Anaesthesiológia 35, 2723
Anyagcserebetegségek 146, 813, 1152, 1490, 1715, 1936, 2002, 2217, 2663, 2783
Belgyógyászat 203, 986, 1435
Bioetika 139, 2620, 2673, 2793
Computer tomographia (CT) 930, 1662, 1890
Családtervezés 660, 1944
Csecsemő- és gyermekgyógyászat 147, 268, 769, 1154, 1602, 1769, 1997, 2275, 2441, 2789
Dermatológia-venerológia 1157, 1665, 2668
Diagnosztikai kérdések 1834, 2043
Diétetika 1047, 2843
Egészségügyi szervezéstudomány 1444, 2507
Élettan 1208
Endokrinológia 1045, 1553, 2388
Endoscopia 1097
Érbetegségek 1712, 1888
Fejlődési rendellenességek 480, 1211
Fog- és szájbetegségek 90, 1042
Gastroenterológia 429, 709, 1159, 1327, 1713, 2158, 2284, 2493, 2839
Genetika 428, 1439, 2566, 2617
Gerontológia és geriátria 991, 2050
Haematologia 423, 653, 880, 1047, 1211, 1437, 1770, 1933, 2112, 2221, 2279, 2448, 2496
Hygiéne 547, 1666
Iatrogén ártalmak 85, 587, 985, 1941, 2007
Idegsebészet 266
Igazságügyi orvostan 705
Immunológia 1485, 1824, 2160, 2444, 2790
Intenzív betegellátás 707, 1657, 2792
Katasztrófa medicina 1037, 1494, 1998, 2504
Klinikai farmakológia 927, 1039, 1717
Klinikus és a laboratórium 1943
Körbonctan 662, 1099, 2501, 2725
Költség és haszon 1663, 2890
Környezetvédelem 1945
Mágneses rezonancia (MR) 319, 1892
Máj- és epeútbetegségek 372, 1380, 1827, 2000, 2046, 2446
Mellkassebészet 937
Mikrobiológia és fertőző betegségek 316, 938, 1272, 1777, 2442, 2613, 2670
Munkaegészségügy 1720
Neurológia 205, 482, 1265, 1658, 2332, 2611
Onkológia 37, 594, 656, 1100, 1442, 1773, 1881, 2048, 2109, 2219, 2560, 2665, 2784
Orr-fül-gégebetegségek 988, 1321, 1895, 2052, 2845
Ortopédia 876
Orvosi pszichológia 1375, 1831
Orvosi szociológia 1718
Orvosképzés 1207, 1829
Orvostörténelem 429
Orvostudomány 369
Paramedicína 1043, 2004
Perinatalis kérdések 31, 879, 1440, 2386, 2892
Pszichiátria 318, 1319, 2053, 2281, 2721
Radiológia 141, 1043, 1775, 2164, 2387, 2887
Rehabilitáció 993
Rheumatologia 714
Sebészet 592, 1711, 1884, 2334
Sportorvostan 485, 1215, 2723
Sugárbiológia 2616
Szemészet 1320, 1824, 2717
Szexológia, szexuálpatológia 549, 2335, 2618
Szervátültetés 487, 2390, 2719, 2897
Szerzett immundefektus (AIDS) 259, 763, 1382, 1939, 2384, 2672
Szív- és keringési betegségek 91, 263, 543, 873, 1323, 1599, 1882, 2213, 1553, 2715
Szív- és érsebészet 1886, 2166
Szülészeti és nőgyógyászat 39, 199, 374, 811, 1268, 1377, 1547, 2337, 2559, 2785
Terápiás kérdések 2331, 2837
Termékenység, meddőség 2450
Toxicomania 2894
Toxicológia 313, 1830
Transzfúzió 1322, 1838
Traumatológia 376, 1266, 2162, 2901
Trópusi medicina 87, 1325, 1893
Tüdőgyógyászat 370, 769, 1273, 1545, 1716, 2214, 2383, 2557, 2715, 2841
Urológia 768, 1823
Véralvadás, thrombosis 1660
Vesebetegségek 2612
Vírushepatitis 548, 1151, 1551
WHO tájékoztató 1779, 1946, 2157

Folyóiratreferátumok — tárgymutató

- Abortus, gyászreakció 1377
Acarbose 816, 2218
Acetabulum-porc, UH 1045
Acetilsalicilsav 929
Achalasia 1884
Acidosis, magzat 2386, 2387
Acralis psoriasiform papulosis 2670
Actinomyces, mellkasi 371
Acyclovir 1041, 2331
Addison-kór 1554
Adenoid szövet 1321
Adnex műtét 2784
Adrenoleukodystrophia 429, 1439
Adrenomyeloneuropathia 656, 1554
Aerob kapacitás 1217
Agranulocytosis 985, 1942
Agyfélteke dominancia 1832
Agyhalál 1659
Agyhűdéses gyermekek 2790
Agyi aneurysma, spirál-CT 1890
— ischaemia 875
— ischaemiás infarctus 2715
— vérkeringés, hypoglykaemia 1492
Agyidegsérülés, szülés 2387
Agytumorok, gyermekkori 267
Agyvérzés, sport 485
AIDS 259, 260, 261, 262, 263, 763, 764, 1382, 1384, 1662, 1780, 1939, 1940, 1941, 2004, 2157, 2384, 2385, 2672, 2673, 2716
Aknaszerűlések 1998
Akupressúra, terhesség 2794
Albumin, újszülöttkori icterus 33
Alhási betegségek 1097
— fájdalom 2337
Alkohol 1265
—, prenatalis ártalom 481
Alkoholfogyasztás 2503
—, halálozás 1833
—, idősök 1436
Alkoholisták, neuronok 482
Alkoholizmus 2053
Alkoholmérgezés 376
Allergia 2053
—, latex 821, 822, 2668
—, szőrös hernyók 821
Alprazolam 318
Alternatív gyógyászat 1043
— gyógyszerek 2005
— kezelés 2004, 2005, 2006
Alvadástgátló kezelés 990
Alvadási faktorok 874
Alvajárás 2722
Alvás, vérnyomás 2555

- Alvászavarok, melatonin 2441
 Alveolitis 2717
 Alzheimer-demenciák 2282
 — kór 484, 1266, 2332
 Amalgam tömések 1157
 Aminolevulinsav 1042
 Amiodaron 2106, 2553
 Amoeboma 1328
 Amyloidosis 205, 265
 Anaemia, aplasticus 2498, 2499
 —, haemolyticus 883, 2565
 —, sarlósejtes 2223
 —, vashiányos 709
 Analgesia 35
 —, perifériás 2723
 Anaphylaxiás reakció, echinococcus 373
 — —, latex 2668
 — —, rovarcsípés 1373
 Aneurysma, agyi 1890
 —, aorta, abdominalis 1888
 —, pitvari 1601
 Angiographia 319, 320
 Angiooedema, myeloma multiplex 1320
 Angioplastika, „prima-vista”-PTCA 1887
 Angiotensin gén, hypertensio 2213
 — convertáló enzim 817, 2213, 2497
 — — enzim-gátlók 1493, 1545, 2107, 2612
 Antiarrhythmias gyógyszerek 92, 927, 928
 — kezelés 1600
 Antibiotikum profilaxis 2615
 Antibiotikus terápia 1663
 Anticoagulans kezelés 2105
 Anticoagulansok, vérzés 714
 Anticoncipiens, emlőrák 2219
 Antinukleáris ellenanyagok 2791
 Antioxidáns vitaminok 1774
 Antioxidánsok 1208, 1209, 2836
 —, infarctus 1599
 Antiphospholipid syndroma 2444
 Antitest hiányok 1374
 Anus carcinoma 1106
 Anyagcsere mérése 1938
 Anyatej 2442
 Anyatejes táplálás, SM 2160
 Aorta dissectio, AG 2165
 — tárgulat 2213
 Aorto-coronaria bypass 2555
 APACHE II tanulmány 1657
 Appendagitis epiploica 2165
 Appendectomia 142, 593
 Appendicitis 593, 1885, 2335
 —, granulomatosus 433
 Arachnoid granulatio 662
 Arteria carotis elzáródás 1267
 — communicans posterior 2715
 — uterina ruptura 375
 Arthrosteitis, pustulosus 2043
 Ascites, CT 931
 Aspergillosis 2383
 —, pulmonalis 2216
 Asphyxia, magzat 2386
 Aspirin 85, 91, 431, 432, 2106, 2837
 Asthma 985, 1106, 1545, 2053, 2557
 —, allergének 2214
 —, atopiás 2215, 2446
 —, beklametazon 821
 —, bronchiale 819
 —, csecsemőkori 268
 —, dohányfüst 658
 —, életminőség 820
 —, gyermekkori 820
 —, hidrogénperoxid 1547
 —, kezelés 1827
 —, Saiboku-to 1375
 —, só 1374
 —, steroid resistens 821
 —, steroidfüggő 1374
 —, szűrés 2715
 —, terhelés 487, 1216, 1373, 2557
 —, thrombocyták 2214
 Asthmás környezet 1826
 — roham 2214
 Asthmások, NO 1947
 —, oktatás-kezelés 2890
 Atenolol 2663
 Atlétanők 2723
 Atranszferrinaemia 1936
 Atrialis natriuretikus faktor 2389
 A-vitamin 88
 — — pótlás 2789
 — —, terhesek 1271
 Ápolási ház 1444, 1666, 1667
 BACOP kezelés, NHL 1104
 Beclometason-dipropionat 713
 Behcet-kór 143, 2888
 Belgógyászat 1207
 Bernaud—Soulier-szindróma 1772
 Beta-blokkoló kezelés 2213
 Beta-galactosidase, epilepsia 483
 Beta-HCG szűrés 375
 Beta-karotin 2220
 — —, carcinomák 1773
 Beteg épület szindróma 547
 Betegek, kórház 2793
 Betegellátás, beszélgetés 1375
 Betegségváltozás, marokkóiak 2045
 Bilirubin, újszülöttek 1154
 Biológiai ritmusok, szaporodás 2450
 Biomedicalis kutatás 140
 Biphotonialis X-sugaras absorptiometria 770
 Bisexualitás 549
 Blastomycosis pulmonalis 938
 Bleomycin 38
 Boerhaave-szindróma 1436
 Bokatorések 376
 Boka/kar vérnyomás index 203
 Botalli-vezeték elzárása 1886
 Bőr histoplasmosis, AIDS 1383
 Bőrfertőtlenítés 2836
 Broca-mező vérátáramlása 1319
 Bronchialis hyperreagibilitás 1106
 — hyperreaktivitás 2716
 Bronchiolitis epidemia 2384
 —, obliteratív 767
 Bronchitis, chronicus 1275
 Bronchoscopia, száloptikás 1662
 Bronchospasmus 1545, 2331
 Bronchuscarcinoma, basaloid 2501
 Bronchus-obstructio 86
 Burkitt-lymphoma, orbitalis 1320
 Burokrepedés, idő előtti 1379, 1441, 1549
 Busulfan 1049
 B₁₂-vitamin-hiány 2441
 CAG trinukleotid 2332
 Calcitonin antitestek 1716
 Calmette—Guérin-bacillus fertőzés, AIDS 1383
 Cannabis 2896
 Captopril 1153, 2218, 2663
 Carbamazepine, magzat 2333
 Carbimazol 588
 Carboxylesterase-ellenes antitest 1380
 Cardiopulmonalis újraélesztés 2392
 Cardiovascularis beavatkozások, fajok 1324
 — halálozás 2166
 — kockázat 543
 — történések, circadian 1943
 Carotis endarterectomia 1887
 — stenosis 1887
 Castleman-betegség 38, 663
 CD34 expresszió 1438
 Cerclage 1550
 Cerebrális funkció, diabetes 2277
 — hydatidosis 1266
 — ischaemiák 266
 — véráramlás 483
 Cerebrovascularis történések 2105
 — —, ischaemiás 1265
 Cervicalis dyskaryosis 2220
 — gerincvelőkárosodás 2716
 — kórképek, G-O-G 1895
 Cervico-vaginalis kenet 2107
 Cervix carcinoma 2157
 Cervixrák, HLA antigénak 2111
 Charles Bonnet-syndroma 1320
 Chlamydia trachomatis 2339, 2787
 Chlamydia-fertőzés, férfiak 2451
 Cholangiopancreatographia, endoscopes 1711
 Cholangiopathia, HIV 2385
 Cholangitis, sclerotizáló 2047
 Cholecystectomy 143, 1044, 2445
 —, ERCP 1711
 —, laparoscopes 1828, 2334, 2891
 —, oestrogen 1942
 Cholecystitis 372
 Cholecystopathia, interleukin 2, 2890
 Cholelithiasis 2448
 Cholera 2613, 2614
 Cholestasis, intrahepatikus 1380
 Cholesterin 1490, 2281
 — programok 93
 Cholesterinkristály-embolisatio 2715
 Chondrosarcoma 1776
 Chromosoma trisomia, 21-es 2616, 2617
 Churg—Strauss-syndroma 1888
 Cianobaktériumok 548
 Ciánhidrogén 315
 Ciánkáli 2621
 Cigarettafüst 660
 Circopharyngealis dysphagia 658
 Cirrhosis, biliaris, UDCA 2447
 —, szűrés 2047
 Cisplatin 38
 Cisztás fibrosis, szűrés 2618
 Clonidin 589
 Clostridium-perfringens sepsis 1834
 Coccidioides mycosis járvány 2444
 Coeliacia 1770
 Coffein elvonás 990
 Cogan-syndroma 987
 Colitis ulcerosa 141, 710, 1714, 2277, 2495, 2496
 Coloboma, n. opticus 1891
 Colon CT 2387
 Colonoscopes polypectomia 2109
 Colorectalis carcinoma 596, 2048, 2109, 2560, 2889
 — rákok, p53 mutáció 2111
 — rák, aspirin 431, 432
 — —, familiaris 431
 — —, sajátvér transfusio 2838

- resectio 2335
- Combsont-diaphysis törés 2163
- Combnyaktáji törés 2900
- Combnyaktörés 1267, 1775, 2163
- Comb törés 378
- Computer tomographia 143, 144, 931, 932, 933, 934, 1662, 1663, 1890, 1891, 2053, 2164, 2387, 2888, 2890
- Coronaris angioplastica 265, 1886, 2555
- betegség 2553, 2554
- bypass 546, 1886
- halálozás, triglycerid 1938
- megbetegedés, étrend 547
- thrombolysis 545
- Coronariasclerosis 2553
- Coronaria, intramuralis 876
- Cortex aktivitás 322
- Corticoidok 713
- Corticosteroid, inhalatio 371
- kezelés 2386
- , osteoporosis 146, 147
- Coxarthrosis 1216
- CRIB (klinikai kockázati index csecsemőkben) 32
- Crohn-betegség 141, 1714, 1777, 2277, 2493, 2494
- , appendix 433
- Croup, budsonid 2789
- , steroid aerosol 2789
- Cryoglobulinaemia 548
- Cukorbeteg, nem insulin-dependens 816, 818, 1152, 2218
- Cukorbetegség, insulinfüggő 2663
- , I. típus 816, 818, 203
- C-3 csigolya 142
- C-reaktív protein 1885
- Cyclosporin 2494, 2495
- , veseátültetés 2899
- Cysticus fibrosis 1158
- Cytokin 654
- Cytokinek, fertőző betegségek 1272
- Cytomegalovírus gastritis 1268
- Családtervezés 661
- Császármetszés 200, 202, 811, 812, 1269, 1271, 1548, 2385
- , dystocia 2786
- , HIV fertőzés 2385
- , szükségtelen 2787
- Csecsemőkori hirtelen halál 1603
- Cserebél, gyermekek 2616, 2617
- Csigolya compressio, törés 2783
- Csípő dysplasia, UH 1045
- Csípőízületi protézis 2164
- Csípőtáji törések 2901
- Csípő- és térdízületi pótlások 877
- Csont ásványianyag-sűrűség 714
- Csontdenzitás, vetélések 374
- Csont-lymphoma 144
- Csontrendszer radiológia 2888
- Csontvelő biopsia, HCL 1772
- elégtelenség 654
- reconversio, dohányosok 1892
- Csontvelővizsgálatok 1213
- Csontvelő-transplantatio 423, 424, 1212, 1771, 2223
- Csúcsáramlás-sebesség mérés 1716
- Dactyloscopia 370
- Decubitus 1493
- Dehydratio 591
- Depressio 1039, 1040, 1046, 1831, 2281, 2282
- Derékfájás 590, 714, 1721
- Dermatitis 1158
- , atopiás 1374
- Dermatoglyphia 370
- Dermatomyositis 657
- Desmoid tumorok 1102
- Dexamethason 147, 2222
- Diabetes 1946
- , életminőség 1715
- , gestációs 816
- gondozás 2217
- , időskori 814, 1939
- , juvenilis 813
- , lábinfectiók 2278
- mellitus 268, 1152, 2217, 2277
- , enalapril 2002
- , fogamzásgátlók 1715
- , genetika 428
- , ID, fogamzásgátlók 2217
- , insulin dependens 814, 1153, 1491, 1492
- , NID 1491
- , oesophagus motilitás 817
- , serdülőkor 815
- , szűrés 815
- , NIDDM 2219, 2663
- , öngyilkosság 1491
- , szívkoszorúér betegség 2783
- , szociális helyzet 1719
- Diabeteses ketoacidosis 2002
- , serdülő terhes 2783
- lábfejek 2278
- láb, MRI 2277
- nephropathia 2218, 2663
- Dibenzepin 85
- Didanosine, AIDS 2384
- Dietil-stilboestrol (DES) 587
- Diéta, vérlipidek 1047
- Diftéria 2671
- Dimethylsulfoxid 711
- Dioxin 315
- Diphtheria—Tetanus—Pertussis vaccina 2444
- Disulfiram-hepatitis 589
- Diuretikum rezisztencia 546
- DNA technika, tbc 1274
- DNS vizsgálatok, igazságügy 706
- DNS, rekombináns 2566
- Dohányosok, gyulladás 2113
- Dohány-specifikus tüdő karcinogén 2113
- Dohányzás 659, 660, 1832, 1833
- , passzív 2114
- , terhesség 2339
- Donorok 2721
- Donovanosis 1158
- Dopamin D₂ receptor 2053
- Dopamin-β-hydroxylase 319
- Doppler, hüvelyi 1269
- Doppler-echocardiographia 1599
- Doppler-sonographia 203
- Doppler-ultrahang 2107
- Down-syndroma 39, 375, 541
- Doxorubicin 1104
- Drepanocytás gyermekek 1994
- Drog- és alkoholbetegség 2894
- Ductus carcinoma 2111
- Duodenalis sérülések, CT 933
- tumorok 2840
- Duodeno-pancreatectomia 1885
- Dupuytren-contractura 146
- Durapunctio 35, 36
- Dysorexia mentalis 2276
- Dyspepsia 1327
- Dysplasia bronchopulmonalis 1156
- Dyspnoe 1107, 1545
- Dystrophia, reflexes-sympathicus 711
- Echinococcus cysta 2284
- Echocardiographia, transoesophagealis 875
- Eclampsia 1270, 1379
- Edzés 714
- , diasztolés telődés 1601
- , lipoproteinek 486
- , oxidáns stressz 1208
- EEG, gyermekkorban 207, 208
- Egészségügy, ausztrál 2507
- , lengyel 2508
- , német 1445
- Egyszerhasználatos eszközök 2836
- Együttélés 660
- Ehrlichia chaffeensis 146
- Ekcéma 2669
- , gyermekkori 2160
- EKG 264
- Elhízás, női halálozás 1937
- , serdülők 2442
- , terhesség 2559
- Elsberg-syndroma 1823
- Embolia, pulmonalis 1545, 1601, 2331
- Embolisatio, vérzések 1043
- Emésztőcsatorna dekontamináció 2158
- Emlő microcalcificatio 2890
- oedema 2043
- periprotecticus metaplasia 2503
- vékonytű aspiratio 1545
- Emlőbiopsia 1102
- Emlőrák 594, 595, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1443, 1774, 1775, 2219, 2562, 2563, 2564
- , anticoncipiens 2219
- , genetika 428
- , markerek 2110
- , műtét 2784
- , sugárkezelés 2665
- , túlélés 2784
- Emlővizsgálat 1103
- Enalapril, NIDDM 2002
- Encephalitis carcinomatosa 321
- , japán 1327
- Encephalomyopathia, mitokondriális 2664
- Endobronchialis tüdő-aspiratio 2717
- Endocrin neoplasia, multiplex 2389
- Endometrialis rák, tamoxifen 2564
- Endometriosis 200
- Endothelinek, NIDDM 2219
- Eosinophil cationic protein 1158, 1374, 1375
- Eosinophilia 2053
- Epehólyag kontrakció 372
- szűrcsapolás 372
- varix 1828
- Epekövek, kismencede 2334
- Epilepsia 205, 206, 207, 483, 706, 985
- , myoclonusos, juvenilis 1659
- Epilepsia roham 482, 483
- Episiotomia 1550
- Epstein—Barr-vírus 1104, 1773, 2498
- Erekció zavarok, rtg 550
- Ergotismus 86
- Erőszakos cselekmények 2162
- Erythrasma 2669
- Erythrocyta autoantitestek 2565
- Escherichia coli O157:H7 316, 317
- Etretinat, acitretin 2669

25

- Hodgkin-kór 1773
 Homocysteinaemia 992
 Hormonterápia, mellrák 1101
 Hólyagrák 768
 Hörgőgörcs 1107
 Hörgőrák, kissejtes 2049, 2717
 Huntington-kór 2332
 Húgyhólyag-transitocellularis rák 663
 Húgyhólyagrák 2889
 Húgyivarszervi tumorok 2561
 Húgyút urothelcarcinoma 768
 Húgyúti fertőzések, gyermekkori 1155
 — rendellenességek, magzat 1211
 Hüvelyi vizsgálat 200
 Hyaluronsav, emlő 2110
 Hydrocephalus, alloimmun thrombocyto-
 penia 2894
 Hydroxyurea 1049
 Hygiene, ápolási ház 1666, 1667
 Hyperaktivitás 2722
 Hypercalcaemia, tüdőmeszesedés 1890
 Hypercholesterinaemia 94, 2553
 —, familiaris 2002
 Hypercortisolismus 2044
 Hyperparathyreoidismus 2159, 2721
 Hyperreninismus 204
 Hypertensio 2213
 Hyperthyreosis 85
 Hypertonia 986, 2107
 — kezelése 1882
 —, boka/kar vérnyomás index 203
 —, EDRF 2556
 Hypoglykaemia 2783
 Hypogonadotrop hypogonadismus 1893
 Hyponatraemia 712
 Hyponatraemiás coma 2049
 Hypothermia, gyermek reanimáció 2392
 Hypothyreosis 1046
 Hypotonia, halláscsökkenés 988, 989
 Hypoxaemia, magzati 32
 Hysteroscopia 1270

 Idegengyűlölet 1376
 Idősek, alkohol, drog 2050
 —, fibrinogen, VII faktor 2166
 — gondozása 2050
 Időskorúak medikációja 2332
 IgG alosztályok 1374
 IgG antitestek 1159
 Ikerterhesség 1270, 1271, 1379, 1550
 —, egyik méhen belül elhalt 2893
 —, sokmagzatos 2338
 Ikre, autoimmunitás 2617
 Ileus, obstrukció 1711
 Iliopsoas-compartment CT 1663
 Imipramin 318
 Immunocytoma, lymphoplasmocytoid 1105
 Immunothrombocytopeniás purpura 1211
 Immunválasz 771, 1488
 Impotencia 2337
 In situ hibridizáció (ISH) 145, 1438
 Indometacin 33, 202
 —, kamrai vérzés 2386
 Infarktus rizikó 874
 Influenzaoltás 1488
 Inhalációs hatóanyagok 1274
 Inseminatio 662
 Insulin rezisztencia 2783
 Integrinek, α_5 , β_1 2109
 Intenzív ellátás, gyermekgyógyászat 1664
 — osztály 1657
 — —, idősek 707, 708

 — —, pszichológia 708
 Interferon 1214
 — α_{2a} 1553, 1934
 — β , SM 1658
 — gamma 2160
 —, krioglobulinaemia 2046
 Interleukin-1 423
 — — receptor antagonista 2792
 Interleukin-2 2890
 — — receptor 1824
 Interleukin-2, -6, égés 2445
 Interleukin-10 425
 Interleukin-6 expresszió 425, 663
 Intoxikációk 314
 Invaginatio 1156
 Inzulínrezisztencia 818
 Ipratropium 370
 Isoniazid profilaxis 371
 Isosorbid-5-mononitrát 373
 ISS 1266
 Ízületi betegségek, sugárkezelés 142

 Jód, kontrasztanyagok 85

 Kahler-betegség 2449
 Kallman-szindróma 1893
 Kamra hypertrophia 2213
 Kanyaró 2790
 — védőoltás 1602
 Kardiális rehabilitáció 994
 Katarakta 985
 Kawasaki-szindróma 1489
 Kennedy-gyilkosság 705, 706
 Keratosis, solaris 1666
 Kerékpárbaesetek 377
 Kesztyűviselés 989
 Ketotifen 1158
 Kimura-betegség 1375
 Ki-67 festődés 1105
 Klinefelter-szindróma 1440
 Kockázati felvilágosítás 2835
 Kokain, meconium drog analízis 1831
 —, terhesség 2339
 Kolera 87
 Koleszterinszint 311, 312, 1210, 1267
 Komplement rendszer 2043
 Kondom 549
 —, női 662, 2618
 Kontrasztanyag, iv. 1776
 Kontrasztanyagok, corticosteroid 1826
 —, gyermekek 2166
 Koponyalaesio 662
 Koponyasérülés, újraélesztés 1492
 Koraszülés 200, 202, 203, 2339
 Koraszülött retinopathia 32
 Koraszülöttek, iv. immunglobulin 2837
 Koraszülöttség 1379
 Korsakoff-szindróma 319
 Koszorúér betegség 876, 2554
 Kórház, betegkezelés 1665
 Kórházahajók, USA 1496
 Kórházi betegek, elesés 990
 — halálozás 1099
 — költségek 1664
 Köldökzsinór 2786
 — arteria, egy 1549
 Körülmetélt nők 550
 Kóvér gyermekek, energiafelhasználás
 486
 Közvéleménykutatás, gyógyítás 86
 K-vitamin 2275, 2564
 — —, újszülöttkori 541

 Laktacidosis 2664
 Laparoscopia 199
 —, belgyógyászati 986
 Laphámrákok, orális 2109, 2110
 Laryngealis maszk 36
 Laryngotrachealis stenosis 989
 Laser, fénytörés correctio 2717
 Latex allergia 2668
 Lábpoliklinika, diabetesesek 2279
 Lábszárfekély, aspirin 2837
 Lábszárfekélyek 1440
 Láz, csecsemők 1769
 Lázgörcsök 208
 Lecitin/szfingomielin 2786
 Legionella pneumophila 1273
 Lepényelégtelenség, vérárvadás rendszer
 1550
 Lepényleválás, idő előtti 1549, 2786
 Leukaemia 1933
 —, akut 425
 —, Csernobil 2616
 —, graft-versus 1935
 —, granulocytás 1212, 1213
 —, hajás-sejtes 1437, 1772, 2221
 —, lymphoblastos 1438, 1770, 1771, 2279
 —, lymphocytás 1437
 —, lymphoid 426, 427, 883, 1934
 —, myeloid 1049, 1213, 1323, 1934, 2501
 —, progenitor transplantatio 2221
 — —, promyelocytás 1047, 1771, 2280
 —, secundaer 2007
 —, sejtpusztulás 1048
 Leukaemiás blast sejt glucocorticoid re-
 ceptor 1934
 Leukocyták phagocytosis 880
 Leukoencephalopathia, multifocalis 588
 Leukomalacia, periventricularis 1441
 Leukotrien-E4, asthma 2215
 Leuprolid 2787
 Levegőszennyezés, csecsemő mortalitás
 547
 Légszennyezés 1945
 Légszomj 1156
 Légutak, ionmilió 2557
 Légúti fertőzések 87, 2789
 Légzésfunkció, dohányzás 659
 — vizsgálat 370
 Légzési betegségek 1106, 1156
 — megbetegedések, obstructiv 2842
 Lépsérülések, CT 1890
 Libéria 1038
 Lipase 1161
 Lipoprotein 876
 Liquor drainage, lumbalis 1322
 Lithokelyphos 199
 Li—Fraumeni-szindróma p53 expressio
 596
 Lobularis carcinoma, invasiv 2562, 2563
 Lorenzo olaj 656
 Lumbal punctio 591
 Lumpectomia 594
 Lupus erythematosus 2444
 — — visceralis 589
 Lyme psychosis 939
 Lyme-kór 1941
 Lymphadenopathia, angioimmunoblastos
 2049
 Lymphocyták, idősek 2052
 Lymphographia, hasi nyirokcsomók 1044
 Lymphoma, gastrointestinalis 2500
 —, gyomor 2494
 —, májtransplantatio 489

- , pemphigus 1665
- Lymphomák 2280
- , progenitor transplantatio 2221
- Lymphoproliferatív betegségek 2498
- Magnézium 876
- , NIDDM 2003
- Magzat bioprofil 1379
- , dohányfüst 2113
- fejrefordítás 201
- növekedés 2785
- , sebészi kezelés 2387
- Magzatboholy mintavétel 2560
- Magzati alkalmazkodás 2892
- anomáliák 1211
- hypoxaemia 32
- petefészektümlők 2893
- urothia, elzáródásos 2894
- vérvétel 41
- Magzatvíz 201
- rendellenesség 1378
- Magzat-vizsgálat, hypoxia 1440
- Makroszómia 1441
- Malária 88, 936, 1325, 2442
- , HRP-2 antigén 1489
- kezelés 1894
- , quinghaos 2837
- , tetanusz antitest 1489
- Mammographia 1102, 1775
- , férfi 2166
- Maratoni futás, diabetes 818
- Marfan-syndroma 2213
- Mastectomia, radikális 595
- Mágneses magrezonancia 93, 319, 320, 321, 322, 485, 875, 1891, 1892, 1893, 2166, 2887
- rezonancia, SM 485
- Májátültetés 1269
- Májbetegség, peribiliaris cysta 1827
- Májbetegségek AgNOR 1099
- , alkoholos 92, 2047
- , UDCA 2446
- Májbiopsia 373
- , PCNA 1099
- Májcirrhosis, CT 933
- Máj echinococcus cysta 373
- Májelégtelenség 2000, 2720
- , sulfasalazin 2840
- Májhaemangioma 374, 2001
- Máj hydatid cysta 2448
- Májkóma 2447
- Májlebens pseudolaesio 322
- Máj, mesterséges 2719
- Májresectio, angio-CT 2388
- Májtransplantatio 489, 2720
- , Hepatitis B 2001
- Máj tumor erek 1891
- Májvéna thrombosis 882
- Meconium analízis, nikotin 2113
- aspirációs syndroma 203
- Meddőség, női 2788
- Medencevégű szülés 1379
- Mediastinalis biopsia, CT 2164
- Mediastinum, transsternalis biopsia 934
- Melanoma, hegek 1442
- malignum 37, 1442
- metastasis 2666, 2667
- Melatonin 1209, 2441
- Mellékvesevérzés, bántalmazás 1775
- Mellhártya betegségei 765
- Mellkasi elváltozások, finomtü biopsia 1098
- Mellrák, terhesség 2665
- Menarche 1271
- Menekültek 1494
- , erőszak 1999
- , gyűjtőhelyek 1999, 2000
- Meningitis 147
- Menière-kór 1321, 2847
- Menopausa, oestradiol 1717
- Menstruatio, emlőrák műtét 2784
- Mercaptopurine anyagcsere 2279
- Mesenterialis cysta 431
- ischaemia 2284
- Mesothelioma, peritonealis 2890
- Methionyl-granulocita kolónia stimuláló faktor 426
- Methotrexat 41, 1270
- Metoclopramid 817
- Méhaktivitás 1550
- Méhespés 2506
- Méheltávolítás 2336
- , identitás krízis 1550
- Méhen kívüli terhesség 1270, 2337
- Méhnyak carcinoma, PCNA, AgNOR 2725
- kimetszés 1271
- laphámrák 38
- Méhnyakrák 1882, 2665
- , pseudoínvasio 2564
- Méhrák, endometrioid 1105
- Mélyvénás thrombosis 1661, 2105, 2221
- Mérgezés, toxikus élelem 1667
- Microalbumin kiválasztás 200, 268
- Microalbuminuria 371, 814, 818
- , diabetes 1153, 1154, 2003
- Mifepriston 813, 2787
- Mitochondriális defektusok 2664
- Mitomycin-C 38
- Moclobemid 1039, 1040
- Molecularis medicina 2566
- Monoclonalis antitestek 2162
- ellenanyag, autoantitestek 2496
- Morbiditás, USA 2107
- felügyelet 1495
- Morbilli vaccina 542
- Morbilli-parotitis-rubeola védőoltás 141
- Morbus Menière 1321, 2847
- Morfin 2897
- Mortalitás, stressz 1718
- MR gazdaságossága 1893
- sérülések 1892
- Mumps 2790
- Myasthenia gravis 2005
- Mycobacterialis DNS 2503
- fertőzések 2160
- Mycobacterium tuberculosis DNS 2725
- Myeloablátív kezelés 2450
- Myelodysplasia, anaemia 2224
- Myelodysplasiás syndroma 425
- Myelofibrosis 2049
- Myeloma multiplex 653, 1211, 1320, 2450, 2784
- Myocardialis infarctus 91, 263, 264, 544, 545, 930, 1599, 2106
- , perioperatív 1836
- ischaemia 93
- Myoma, méharteria véráramlás 2787
- , szülés 202
- Myopia, szemnagyszög 2718
- Nagyothallás, szabadidőzaj 2845
- Napégés 148
- Napsugárzás 2668
- Natriuretikus peptidek 1718
- Nemi erőszak 1494
- szervek csontkítása 199
- szervi daganatok, Doppler 1269
- Nemzeti rák adatbázis 2565
- Nemzőképesség 1823
- Neonatalógia 31
- Nephropathia, diabeteses 817, 1153
- Neurosarcoidosis 2611
- Neurosis, vallás 1376
- Neutropenia 2499
- , autoimmun 654
- Neutrophil granulák hiánya 881
- Nifedipin 767
- Nitrazepam 658
- Nitrogén-oxid 1942, 1947
- Non-Hodgkin lymphoma 145, 595, 1104, 1268, 2495, 2499
- Növekedési hormonkezelés, veseátültetés 2391
- Növekedésretardáció, magzat 1377, 1378
- Nővédelem 39
- N-acetylcystein 767
- N-acetyl-beta-glucosaminidase, epilepsia 483
- Nyalóka, bódító 2723
- Nyálkövek, lithotripsia 91
- Nyelőcső, ectopiás gyomornyálkahártya 2165
- Nyelőcsőrák 38
- , multiplex 2502
- Nyelőcső varix vérzés 433
- Nyirokcsomó inclusio 1882
- Nyombélfekély 2158
- Obesitas 2835
- Obstructio, kilégzési idő 767
- Octreotid 433
- Oesophagealis mellkasi fájdalom 1713
- Oesophagialis-gastralis reflux, pH-mérés 2839
- Oesophago-enterikus anastomosis 1714
- Oesophagus laphámrák 1885
- Oestradiol 1717
- Oestrogen, coronariabetegség 93
- Ogilvie-syndroma 202
- Oligohydramnion 1378
- Ölommérgezés 313, 314
- Onchocercosis 1779
- Opioid peptidek, endogen 2723
- Opticus neuritis 1320
- Opticus-papilla, UH 1824
- Orchidopexia 771
- Orrvérzés 87
- Orvosképzés 2793
- Orvosok 1208
- Határ Nélkül 1998
- Orvostovábbképzés 1207
- Orvostudomány, zene 479
- Orvosválasztás, Belgium 1445
- Osler-kór 204
- Osteoid osteoma 1891
- Osteoporosis 146, 147, 321, 817, 934, 935, 1046, 1154
- , kávé 2003
- Osteosynthesis, polytraumatizáltak 2163
- Ovarium, polycystás 985
- Oxigén, hyperbarikus 708
- Oxyuriasis 317
- Ökölvívás 487
- Öngyilkosság, antidepressánsok 2282

Őssejt-transzplantáció 1773
Őszülés 87

Paget-kór 37, 1716
Pajzsmirigy daganat, UH 1881
— finomtűbiopsia 1835
Panarteriitis nodosa 1711
Pancreas áttét, vesetumor 2003
— carcinoma 1161
— pseudocysta, CT 931
— rák 429
Pancreatitis 429, 432, 592, 1161, 2159, 2284
—, biliaris 1828
Pancytopenia, ACE-gátlás 2497
Paraneoplasticus neurológiai szindrómák 596
Parathyreoidea adenomák 2045
Parkinson-kór 657
Parotitis epidemica 313
Partnerkapcsolat 2335
Parvovírus 819, 2162
Pánikbetegség 318
Peak-flow-meter 1716
Peanut tumorok 2667
Pempfigus, paraneoplasias 1665
Pericarditis constrictiva 2555
Perinatalis halál, agysérülés 1547
Peru 1038
Petefészek microcysták 2790
— működés 203
— rák 200, 428
Petesejt-adományozás 2451
Petróleum-aspiratio 315
Phaeochromocytoma 1046, 1835, 2390
Phenytoin, magzat 2333
Phlebothrombosis 2107
Pica, vashiány 770
Pitvarfibrilláció 2105, 2556
Placebo kontrollcsoport 2673
Placenta praevia 2339
Plasmasejtes tumorok, amyloid 1776
Plexus cöliakusz bloká 933
Pneumococcus vaccinatio 2113
Pneumocystis carinii pneumonia 763, 1043
Pneumonia, CT 932
—, intenzív osztály 707
—, nosocomialis 1546
Pneumopenis 2336
Pneumoscrotum 2336
Pneumothorax 1545
Poliomyelitis 1780
Polyangiitis szindróma 1889
Polycythaemia vera 2281, 2496
Polymerase chain reactin 2671
Polymyalgia rheumatica, rekedtség 1488
Polymyositis 657
Polypectomia, colonoscopus 593
Polyposis adenomatosa 1102, 1160, 2109
—, familiaris 2285
Polytraumatizáltak 993
Porckorongsér, ápolók 1720
Postmenopausa, ösztrogén 934, 935, 1046
Postmenopausal hormon 1942
Praeclampsia, endothel funkció 2339
Pretranszplantációs immunoabsorptio 488
Prolaktinszint 375
Proliferáló Sejt Nukleáris Antigen (PCNA) 1099
Propranolol 373
Prostacyclin aerosol 1273
Prostaglandin E1 86
Prostata carcinoma 1823

Prostatárak 768, 2561, 2889
Protein C 882
Proteinuria, diabetes 1153
Prozac-érzés 2895
Psoriasis 1157
—, dohányzás 1832
Psychés zavarok, háziorvos 1492
Psychopharmacoonok 2895
—, potencia 2336
—, terhesség 880
Pszichogén 1439
Pszichoterápiás tanácsadás 1376
Purbetas 1218
— praecox 2275
—, szellemi fogyatékosok 552
Pulmonalis embolisatio 2105
— hypertonia 1274
— megbetegedések, PEEP 1546
Pulzus-oximetria 709
Purkinje-sejtek, alkohol 2503
Pyramen, impotencia 2337
Pyrimidin-5'-nucleotidase hiány 883

QT megnyúlás 92

Rabies 313, 2157
Rachitis, koraszülött 2442
Radiographia, digitalis 2887
Radiológusok, sugárterhelés 1720
Radionuklid tesztelés 875
Ramipril 930
Ranitidin 588
Raynaud-szindróma 1711, 1712
Rák, alternatív kezelés 2004, 2794
—, étrend 2844
—, táplálék 37
Repülőgép baleset 1037
Respirációs distress syndrome 879, 938, 1273, 2386
Resuscitatio, kórház 2792
Retinopathia, diabetes 815
—, koraszülött 32
Reverz-transzkriptációs polymerase láncreakció 1771
Ritmuszavarok 92
Rosszindulatú betegségek, terhesség 38
Rotavírus, nosocomialis fertőzések 1997
Rovarcsípés 1373
Rövidbél-szindróma 2839
Rubeola 2790

Sacroiliacalis ízület 320
Salbutamol 370
Salmonella enteritidis 1272
Sarcoidosis 2503, 2558, 2716, 2725
Saválló baktériumok festése 144
Schizophrenia 319, 1319, 2053, 2054
Schizophreniás hanghallások 1319
Scleroderma 1486
Sclerosis multiplex 484, 485, 1485, 1658, 2004, 2160
—, systemás 2717
Scoliosis 320
Sejtpusztulás, programozott 1048
Seminoma, spermatocytás 1485
Sepsis 938, 2112
—, centralis vénás katéter 1658
—, neonatalis 2892
— syndrome 2792
—, gyermekgyógyászat 769
Septikus shock 769
Serdülők, AIDS 763

Sérülés, alkohol 377
Sérülések, söröspoharak 2901
Sérvműtét, inguinalis 2334
Shulman-szindróma 988
Simian immunodeficientia vírus 2443
Simvastatin 589
Sinusitis 2053, 2214
—, krónikus 1374
— maxillaris 1896
Sjögren-betegség 2791
Skorbut 2664
SNAP (újszülöttek akut pszichológiai szűrése) 32
Somatizációs zavarok 2283
Somatostatin-receptor scintigraphia 2563
Spacer (ködkiegyenlítő tartály) 713
Sphincterotomia, endoscopus 432
Splenectomia 2112, 2113, 2223
—, AIDS 764
Splenosis, mellkasi 1045
Sport, halálesetek 2724
Sportolás 485
ST eleváció 1887
Staphylococcus aureus 2670, 2671
Status epilepticus 208, 482
Sternumtörések 377
Streptococcus B 34, 317, 879
— pneumoniae 712
Streptokinase 1660
Stressz vizelet incontinentia 2788
Stroke 1265
—, ischaemiás 1660
—, NIDD 2663
Subependymalis cysták, újszülöttkori 1997
Sudeck-atrophia 878
Sugárkezelés, Ki-67 immunfestődés 2110
Sugárterápia, teljes test 2504
Sulfadiazin, vesebetegség 1384
Sulfasalazin 2840
Sumatriptan 1718
Surfactant peroxidáció 879
Sweet-szindróma 1665
Symphysiskárosodás 201
Syphilis, perinatalis halálozás 1548

Szabad gyökök 1274
Szakorvosi továbbképzés 1829
Szamárköhögés 1778
Szájnyálkahártya betegségek 1210
Szájtoalett 86
Szájüreg neoplasias 1042
Szembetegségek 2719
Szemészeti traumatológia 2718
Szemsebészet 1824
Szervátültetés, magzati 2391
Szerveltávolítás, cadaver 2390
Szexológia, orvosi 2619
Szexualitás, erőszak 551
—, fiatalok 551
—, házasság 549
Szexuális abusus 148
— magatartás 2619
— úton terjedő betegségek 2335
— zaklatás 2336
Szélütés 990
Szénmonoxid mérgezés 1325
Szívátültetés 2167
—, endocrin működés 488
—, vérnyomás 2391
Szívbetegség, dohányzás 1833
—, fajok 1324
—, ischaemiás 93, 874, 1601, 2554, 2844

- rizikó 991
- Szívelégtelenség 546, 929, 930
- , digoxin 1435
- Szívhalál, hirtelen 92
- Szívinfarktus 92, 264, 265, 543, 544, 545, 873, 874, 876, 2715
- , CO 1325
- Szízvominfarktus 543, 544, 660, 993, 1599, 1600
- , depressio 1884
- Szízvizomscintigraphia 266
- , dipyrídamol-tallium 1663
- , 99mTc-MIBI, 201-Tl 1601
- Szív-műtétek, haemodialysis 2167
- Szív-érrendszeri betegségek 148
- Szív- és keringésmegállás, fajok 1323
- Szív-tüdő-transplantatio 488
- Szoptatás 1774, 1944
- Szorongásos betegségek 2281
- Szukróz-permeabilitás 2158
- Születési stressz 1441
- Szülés-indítás 2559
- , partográf 2785
- Szülők, illegális 2340
- Szűrés 2108
- Tachyarrhythmia, kamrai 927, 928
- Tamoxifen 2564
- Tau-fehérje 2332
- Táplálék 1947
- Tbc 1274, 2558
- , AIDS 2716
- , kórházi ápolás 1547
- , saválló pálcika 766
- , vizsgálatok 1546
- Tefogyasztás, csont 2843
- Teratoma, adenocarcinoma 1881
- Terhesek, vérszegénység 1271
- Terhesgondozás 40
- Terhesség, a. uterina ruptura 375
- , elhízás 2559
- , emlőrák 2562
- , epilepsia 206, 207
- , 40 év felett 1549
- , hüvelyi vérzés 374
- , inzulin 1715
- , mellrák 2665
- , méhkürt 41
- , nem meghatározás 1270
- , rák 38
- , redukció 40
- , SM 484
- , thrombosis 1660
- , tizenéves 374
- , üszög 1271
- Terhességmegszakítás 41, 813, 1211, 2620, 2621
- Testmagasság/testtömeg index 2277
- Tesztoszteron, élettartam 1553
- Thalassaemia, hepatitis C 2838
- Theophyllin 588, 2215
- , intoxikáció 1830
- Thermographia 142
- Thoracalis laesiók 1044
- Thoracic-outlet syndrome 2611
- Thoracoscopy 937
- Thorium-X 2049
- Thrombocytaemia, essentialis 882
- Thrombocytopótlás 881
- Thrombocytopenia, alloimmun 2894
- , autoimmun 2112
- , újszülött 34
- Thrombocytopeniás purpura 1486, 2007, 2222
- Thrombocytosis idiopathiás 2281
- Thromboembolia, agyi 587
- , emlőrák 2219
- Thrombolysis 264, 543, 2106, 2613
- Thrombolytikus kezelés 92, 264, 544, 545, 873
- Thrombophilia, daganatok 1443
- Thrombosis, terhesség 1660
- , v. portae 1776, 1828
- Thymuscarcinoid 2389
- Thyreostaticum, agranulocytosis 1942
- Tibia törés 993
- , vizenyő 2889
- Ticlopidin 929
- Tinnitus aurium 1895
- Tojásallergia, kanyaró immunitás 2791
- Torokfájás 86
- Toxoplasmosis, AIDS 1384
- Tracheotomia 1657
- Transfusio, légzési rendellenesség 1322
- Transzsexuálisok 2620
- Transzfúziós filter 591
- Traumaregiszter 2163
- Tretinoin toxicitás 1047
- Trigliceridek 2553
- Triglycerid, coronaria halálozás 1938
- TRISS 1266
- Tuberculosis 370, 371, 1946, 2383, 2725, 2841
- , agyi 932
- , F-O-G 1321
- , HIV-1 1940
- Tudatzavarok, akut 2333
- Tudomány nyelve 1829
- Tudományos hozzáállás 369
- Tüledzés 486
- Tumorok, dohányzás 2220
- Tüdőbetegségek 1274
- Tüdőembolia 1098, 1435, 2388
- , CT 931
- Tüdőfibrosis 767
- Tüdőgranulomatosis 2725
- Tüdőkárosodás, p-selectin dependens 1943
- Tüdőrák 2785
- , bronchoscopy 2841
- , diagnózis 1881
- , sugárkezelés 2563
- Tüdősarcomatosis, CT 932
- Tüdőtransplantatio 2900
- Tűzvész, menekültek 2505
- T-lymphocyták 1211
- T-sejtek 425
- Typhlitis, neutropenia 1442
- Újszülött immunitás 2160
- , nagysága, vérnyomás 2893
- Újszülöttek, kis súlyú 2386
- , kockázata 32
- , K-vitamin 2275
- Újszülöttkori fertőzések 34
- , icterus 33
- , thrombocytopeniák 34
- Ulcus pepticum 1097
- Ultrahang, nyaki 2045
- , petefészekműködő magzatban 2893
- , subependymalis cysták 1997
- , terhesség 812, 813
- , vesebetegség 2045
- Ultrahangvizsgálat, appendectomia 142
- , colon 141
- , májhaemangioma 374
- , nőgyógyászat 376
- , vese 142, 143, 144
- Ultraibolya B besugárzás 1157
- Ultrasonographia 2163
- Urodeoxikólsav 2047
- Urographia, colorectalis resectio 2335
- Ursodeoxycholsav 2446, 2447
- Uterus fejlődési rendellenességek 480
- Uveitis 2718
- Xenotransplantatio 487
- Vakság, trópusi 1893
- Valproat 985
- , epilepsia 483
- Varicella, terhesség 1441, 2614
- Varicocele 142
- Varix vérzés 373
- Vasculitis, systemás, necrotizáló 2162
- Vasopressin 2389
- Vasrák 2554
- Vastagbélrák, Dukes C 2162
- Vater-ampulla carcinoid 2560
- Válás 1376
- Váll dystocia recidiva 1550
- Vegetáriánusok, rák, szívbetegség 2844
- Vesézületett rendellenesség 2338
- Velősőzáródási hibák 481
- Vena portae thrombosis, radiológia 1776
- Ventriculographia, radionuklid 1663
- Versenyzés, terhelés 487
- Vesearteria elzáródás 2613
- , stenosisok 1044
- Veseátültetés 2391, 2897, 2899
- Vesebetegség, polycystás 769, 2045
- , krónikus 2612
- Vesedonorok 2390
- Veseelégtelenség, H. pylori 144
- , praealbumin 1944
- Vesesejtes tumor, CT 934
- Vesesejtesek 144
- Vesetransplantatio 1268, 2109, 2391
- Vesetumörök 142, 143
- Vesevéna-thrombosis 2613
- Vesico-amnialis shunt 2894
- Vesnarinon 929
- Vesztség 936
- Vetélés 201, 374
- Védőoltás, gyermekkori 140
- Védőoltások 1779
- Vékonybélbetegség, immunproliferatív 2500
- Vénás graft, szövettan 663
- Vér progenitorsejt autotransplantatio 2449
- Véralvadás, circadian 1943
- Vércsere, hepatitis C 2838
- Vérképzés, idősok 2051
- Vérképző sejtek 423
- Vérképzőszervi betegségek 1438
- Vérképzőszervi fertőzések 1323
- Vérnyomás 1269, 1718
- , alvás 2555
- Vérzés, posttraumás, CT 1662
- Vibrio cholerae sepsis 2613
- Vietnam 1445
- Viralis gének 1042
- Vitamin status 992
- Vizelet incontinentia 1270
- Vizeletretentio 1823
- Vulvacarcinoma 1104

Waldenstrom-f. makroglobulinaemia
2046, 2448
Warfarin 1661, 2219
Wegener-granulomatosis 2670

Whipple-kór 205
— műtét 1885
Wilson-kór 2047
Wiscott—Aldrich-szindróma 2223

Zalcitabine, AIDS 2384
Zidovudin 764

Folyóiratreferátumok — névmutató

Ágoston Márta dr. 2106, 2553
Alföldy Ferenc dr. 2897, 2899, 2900
Altai János dr. 1039, 1040, 1041
Apor Péter dr. 484, 485, 486, 487, 488, 590,
714, 715, 767, 817, 820, 821, 875, 878,
994, 1106, 1107, 1154, 1155, 1208, 1209,
1215, 1216, 1217, 1218, 1274, 1373, 1374,
1375, 1547, 1601, 1721, 1826, 1887, 1938,
2214, 2331, 2391, 2443, 2446, 2554,
2557, 2715, 2724, 2847, 2890
Apró György dr. 1046
Aszódi Imre dr. 549, 550, 551, 552, 660,
661, 662, 1375, 1376, 1377, 1439, 1443,
1550, 2335, 2336, 2337, 2451, 2618,
2619, 2620, 2621, 2716, 2835

Badics Andrea dr. 543
Bajkay Gábor dr. 320
Balázs Éva dr. 259, 260
Balázs Mihály dr. 1102, 2564
Baldzsi Imre dr. 1946, 1947
Balikó Zoltán dr. 92, 873, 2556
Balogh István dr. 141, 710, 1770, 2045
Bán András dr. 34, 85, 86, 204, 205, 266,
315, 317, 371, 373, 423, 424, 425, 426,
427, 431, 432, 482, 489, 588, 589, 591,
653, 654, 655, 657, 709, 764, 769, 874,
880, 881, 882, 883, 986, 987, 988, 990,
991, 1041, 1042, 1046, 1047, 1048, 1049,
1097, 1103, 1104, 1105, 1151, 1157, 1160,
1161, 1162, 1211, 1212, 1213, 1214, 1268,
1272, 1322, 1323, 1327, 1383, 1384,
1436, 1437, 1438, 1442, 1443, 1486, 1487,
1488, 1493, 1554, 1600, 1660, 1712, 1713,
1714, 1716, 1771, 1772, 1773, 1774, 1777,
1825, 1830, 1834, 1885, 1889, 1934,
1935, 1936, 2007, 2046, 2048, 2049,
2051, 2052, 2112, 2215, 2216, 2219, 2221,
2222, 2223, 2280, 2281, 2284, 2385,
2391, 2392, 2444, 2446, 2448, 2449,
2450, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501,
2504, 2611, 2613, 2664, 2666, 2668,
2715, 2721, 2723, 2784, 2840, 2891

Bánk József dr. 484, 656, 657
Bánki M. Csaba dr. 1319, 2053
Baranyai Elza dr. 32, 147, 1780
Bárdosi László dr. 35
Barna István dr. 2612
Barzó Pál dr. 712, 713, 765, 767, 819, 821,
1106, 1273, 1274, 1275, 1381, 1545, 1546,
1716, 1717, 1827, 2215, 2216, 2716, 2717,
2841, 2842
Battyányi István dr. 2887
Becker Krisztina dr. 261, 262
Bedő Magdolna dr. 1047
Berencsi György dr. 2615
Berényi Mihály dr. 768
Besznyák István dr. 2784
Betléri István dr. 1885, 2219, 2444
B. Kovács Judit dr. 2789, 2790

Blasszauer Béla dr. 140, 2673
Boda Márta dr. 316, 317
Bódor Csilla dr. 2617
Boér Ildikó dr. 2669
Bodza Zsuzsanna dr. 2284
Bognár Zoltán dr. 2337
Bogyi Gábor dr. 2554
Bodó Alajos dr. 1550
Bodosi Mihály dr. 1492
Bóna Renáta dr. 39, 374, 375, 812, 813
Borka Péter dr. 2897
Brenner Ferenc dr. 92, 1323, 1324, 2105
Budai József dr. 140, 1779, 1780, 2157,
2385, 2443
Buday László dr. 2566

Czeizel Endre dr. 428, 541, 2618
Czenkár Béla dr. 429
Czigler Jenő dr. 2052
Czirók Éva dr. 2162

Cselkó László dr. 377, 708, 709, 993, 1037,
1038, 1494, 1495, 1496, 2505
Cserhalmi Péter dr. 260
Cserni Gábor dr. 37, 144, 145, 146, 430,
433, 596, 662, 663, 706, 712, 876, 1042,
1099, 1104, 1105, 1319, 1327, 1485, 1545,
1601, 1775, 1823, 1835, 1881, 1882,
1884, 1888, 1944, 2109, 2110, 2111, 2285,
2495, 2496, 2501, 2502, 2503, 2560,
2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2725,
2838
Csóka József dr. 1380

Danyi Péter dr. 1718, 1719
Darnó Gábor dr. 2046, 2720, 2840
Deák György Gábor dr. 2673
Decsi Tamás dr. 2837
Demeter Jolán dr. 141, 710, 1770, 2045
Dési Illés dr. 547
Dibó György dr. 1265
Dobó István dr. 593
Donáth Tibor dr. 2715
Döngölő László dr. 2446, 2447

Együd Ferenc dr. 91, 929, 930, 1554, 1718,
2217
Egri Piroška dr. 1266
Eperjessy Katalin dr. 311, 312, 2166, 2213
Fábián György dr. 595, 1773, 2221
Faller Károly dr. 1886, 2275, 2564
Farkas Éva dr. 141, 481, 541, 542, 879,
1383, 1548, 1602, 1603, 1779, 2277,
2444, 2790
Farkas Ildikó dr. 2220
Fáy Andrea dr. 260
Ferencz Antal dr. 259, 2668
Fodor Miklós dr. 2503
Folyovich András dr. 587

Földes Márta dr. 262, 263
Freisleben András dr. 90
Funk Sándor dr. 2895
ifj. Fülzi Miklós dr. 317, 938, 989, 2670,
2671

Gábor Zsuzsa dr. 1207, 2107, 2108
Gardó Sándor dr. 812, 813
Gellén János dr. 879
Göblyös Péter dr. 594, 595, 1100, 1774
Greschik István dr. 546

Gyenes György dr. 2219
Gyenis Gyula dr. 370
Györgyi Katalin 548, 1945
Gyódi Gyula dr. 712

Hadrovics Gábor 479
Hajdú Júlia dr. 2333
Hajós Márta dr. 2107
Haris Ágnes dr. 146, 147, 369, 2388, 2389,
2556
Hatrani István dr. 1320
Hencz Péter dr. 148
Hertelendy Ágnes dr. 2387
Hirschberg Andor dr. 2053
Holländer Erzsébet dr. 428, 548, 2000,
2001, 2049, 2612
Horváth Aliz dr. 929
Horváth Imre dr. 2844
Horváth Tünde dr. 2217
Horváth Tibor dr. 592
Hosszúfalusi Nóra dr. 2843
Hutás Imre dr. 370, 2383

Ibrányi Endre dr. 373, 549, 1152, 1553
Ilyés István dr. 763
Incze Ferenc dr. 707, 1657, 1658, 2723, 2792
Inovay János dr. 2614, 2665, 2788
Iványi János dr. 714, 814, 815, 816, 817, 818,
1099, 1152, 1153, 1154, 1207, 1211, 1320,
1435, 1491, 1660, 1715, 1835, 1939, 1942,
2002, 2003, 2107, 2159, 2218, 2219,
2224, 2277, 2331, 2390, 2663, 2783

Jakab Ferenc dr. 2719, 2720
Jakobovits Antal dr. 32, 38, 40, 41, 148,
199, 200, 201, 202, 203, 481, 661, 1098,
1103, 1211, 1269, 1270, 1271, 1377, 1378,
1379, 1440, 1441, 1547, 1548, 1549, 1550,
1553, 1554, 1830, 1942, 1944, 2113,
2275, 2337, 2338, 2339, 2386, 2387,
2442, 2559, 2560, 2784, 2785, 2786,
2787, 2788, 2790, 2794, 2892, 2893,
2894
Jánosi András dr. 264
Jánoskúti Livia dr. 1661

Kádár János dr. 1934
ifj. Kalabay László dr. 2043

- Káldi Gábor dr. 2494
 Kalina Ákos dr. 204, 1267
 Kálló Kamill dr. 1599
 Kálmánchey Rozália dr. 2789
 Kammerer László dr. 817
 Kara József dr. 433, 708, 934, 935, 991, 992, 1552, 1553, 2050, 2112, 2113
 Károvi János dr. 35, 36
 Katona András dr. 2555
 Kazár György dr. 376, 377, 378, 877, 1266, 1267, 1829, 2162, 2163, 2164, 2900
 Keltai Mátyás dr. 263
 Keresztes László dr. 36
 Keresztúri Attila dr. 879
 Kirdy Ágnes dr. 318, 1770, 1771, 2222, 2223
 Kisfalvi István dr. 1159, 1160, 2158
 Kiss Lajos dr. 2159, 2334
 Kiszely Katalin dr. 205, 206, 207, 208, 483, 658, 985, 1717
 Koffler Sándor dr. 318, 2281, 2282
 Kollár Lajos dr. 314, 769, 1381, 1712, 1942, 2218, 2334, 2447, 2556, 2836
 Komáromi Ibolya dr. 2213
 Kónya László dr. 2837
 Kopper László dr. 2162, 2565, 2785
 Korom Irma dr. 37, 1666
 Kósa Zsuzsanna dr. 2384
 Kovács Bálint dr. 2718, 2719
 Kovács Péter dr. 2157
 Kövér Béla dr. 31, 33, 34, 140, 148, 266, 267, 268, 480, 770, 771, 813, 1151, 1154, 1156, 1439, 1489, 1770, 1777, 1778, 1997, 2114, 2160, 2276, 2384, 2839
 Köves István dr. 2839
 Kullmann Lajos dr. 993
- Lacay András dr. 85, 142, 143, 144, 320, 321, 322, 374, 931, 932, 933, 985, 989, 1043, 1044, 1045, 1102, 1156, 1662, 1663, 1712, 1714, 1720, 1776, 1824, 1826, 1827, 1828, 1881, 1890, 1891, 1892, 1893, 1997, 2043, 2164, 2165, 2166, 2388, 2613, 2888, 2889, 2890
 Lakos András dr. 316
 Lampé László dr. 2451
 Löbl Tibor dr. 2838
- Magyar László dr. 2335
 Major László dr. 371, 547, 1161, 1265, 1436, 1488, 1490, 1717, 1829, 1937, 1938, 2113, 2493, 2841
 Makay Sándor dr. 2106, 2282, 2332
 Márk László dr. 2553
 Marosvári István dr. 1663, 1664
 Méhes Károly dr. 1441, 2561
 Mészáros Magdolna dr. 372
 Menyhei Gábor dr. 1886, 1887
 Méray Judit dr. 2158
 Meitzl János dr. 489, 2045, 2493
- Mezei Györgyi dr. 658, 659, 2791
 Mike György dr. 878
 Mikó Péter dr. 488, 1660, 1943
 M. Odorfer Magdolna dr. 319, 880, 1209, 1210, 1269, 1824, 1832, 2044, 2159, 2391, 2441, 2450
 Mojzes Jenő dr. 1939
 Monos Ákos dr. 90
 Morava Éva dr. 2275
- Nagy Attila dr. 596
 Nagy Mária dr. 548
 Nagy Zoltán Zsolt dr. 1152
 Nagy Zsuzsanna dr. 1155
 Nehéz Mária dr. 313, 314, 547
 Németh József dr. 319, 320
 Novák László dr. 2334
- Oldh Csaba dr. 2559
 Ongrádi József dr. 2498
 Orosz István dr. 92, 93, 266, 875, 986, 993, 1599, 1601, 1663, 1835, 1883, 1884, 1887, 2554
- Pákozdi Lajos dr. 659
 Pálffy György dr. 485
 Pálóssy Béla dr. 94, 1435
 Pásztor Tamás dr. 932, 1044
 Pék László dr. 985
 Péter Árpád dr. 2051, 2054
 Piko Béla dr. 38, 85, 142, 373, 481, 768, 1320, 2001, 2044, 2049
 Piko Bettina dr. 1832, 1833
 Pogácsa Gábor dr. 816, 2167, 2663
 Pollák Richárd dr. 431, 432, 1941
 Popovits József dr. 2891
 Prechl József dr. 2553
 Preusser Tibor dr. 2106
 Prugberger Emil dr. 2558, 2725, 2841
 Puskás Márton dr. 371, 763
 Puskás Tamás dr. 321, 376, 933, 934, 1044, 1098, 1662, 1775, 1776, 1828, 2164, 2388
- Radó János dr. 369
 Ribiczey Sándor dr. 37, 86, 87, 93, 265, 268, 312, 313, 315, 319, 370, 371, 429, 487, 488, 545, 546, 547, 587, 588, 589, 591, 593, 596, 597, 709, 711, 764, 766, 770, 771, 820, 821, 822, 873, 876, 880, 937, 939, 985, 990, 1038, 1043, 1046, 1047, 1098, 1100, 1101, 1156, 1157, 1158, 1208, 1266, 1267, 1273, 1274, 1323, 1325, 1326, 1327, 1328, 1373, 1382, 1440, 1444, 1445, 1487, 1492, 1493, 1546, 1547, 1548, 1658, 1659, 1664, 1665, 1666, 1667, 1711, 1720, 1823, 1824, 1829, 1831, 1941, 1943, 1998, 1999, 2000, 2004, 2005, 2006, 2045, 2277, 2278, 2279, 2283, 2334, 2335, 2338, 2340, 2383, 2390, 2441, 2442, 2443, 2444, 2446, 2507, 2508, 2555, 2558, 2611, 2613, 2614, 2615, 2616, 2621, 2669, 2671, 2672, 2717, 2718, 2721, 2722, 2723, 2726, 2791, 2793, 2794, 2835, 2836, 2837, 2887, 2892, 2895, 2896, 2897, 2901
- Ringelhann Béla dr. 87, 88, 89, 936, 1489, 1893, 1894, 1933, 1940, 1941, 2506
 Rozsos István dr. 372
 Rusznák Miklós dr. 927, 928
- Salacz Tamás dr. 877, 2901
 Sándor Tamás dr. 2665
 Schneider Imre dr. 1158, 1374, 1375, 1442, 1665, 2667, 2669, 2670
 Schulz-Várszegi Mária dr. 482, 2281, 2331, 2621
 Sike Teodóra dr. 2448
 Síró Béla dr. 2791
 Solti Erika dr. 260
 Sréter Lida dr. 2616, 2617, 2792
 Suddár Zsuzsanna dr. 1382
 Sugár István dr. 593, 1711
- Szabados Tamás dr. 264
 Szabó Jenő dr. 1045, 2217, 2389
 Szabó Rezső dr. 874
 Szalók Imre dr. 426, 2279
 Szalóki Tibor dr. 1551, 1552
 Szeberényi József dr. 2332
 Szelényi Zoltán dr. 2158, 2332
 Szilágyi András dr. 93, 811, 2160, 2220
 Szilágyi A. Katalin dr. 2282
 Szövérfy Géza dr. 818, 1491, 1492, 2002, 2160, 2664
- Tábornok András dr. 1769
 Tárnok András dr. 1769
 Tekeres Miklós dr. 2392
 Temesvári Erzsébet dr. 2160, 2668
 Tényi Tamás dr. 1320
 Tisza Tímea dr. 261
 Tolnay Sándor dr. 91, 988, 989, 1321, 1322, 1657, 1895, 1896, 2835, 2845, 2846, 2847
 Tompos Gábor dr. 2047
 Tóth Levente dr. 543, 544, 545, 1882
- Udvardy Miklós dr. 876
 Ungi Imre dr. 1601
- Vadász Imre dr. 659, 660, 2113
 Vajda Kornél dr. 1102, 1106, 1711, 1828, 1885, 2445, 2448
 Vámosi-Nagy István dr. 2109
 Varga Mihály dr. 705, 706, 2390
 Várszegi Barna dr. 1380
 Verebelyi András dr. 768
 ifj. Völgyi Zoltán dr. 2494, 2495
- Wéber György dr. 2555
- Zalatnai Attila dr. 2667
 Zámori Csaba dr. 2331

Könyvismertetés — tartalomjegyzék

A nyombélfekély (szerk.: Ihász—Bátorfi) 890"

Alwein, J. E., Rübben, H.: Urologie. 274"

Anemüller, H.: Grunddiät System. 157"

Arentewich, G., Schmidt, G., Bul-la-Küchler, R., Gaschae, M., Jauch, M., Pfäfflin, F., Thiessen, G. (szerk.): Sexuell Gestörte Beziehungen. Kon-

zept und Technik der Paartherapie 1395"

Back Frigyes: Az eltűnt gyógyvíz nyomában... 1342"

- Baenkler, H.-W.: Bűvös — lenyűgöző immunológia. 2289"
- Baenkler, H.-W.: Faszination Immunologie. 2571"
- Balás Piri László: Emberek fehérben, 1956. 2118"
- Barolin, G. S.: Patientenratgeber Kopfschmerzen. 2678"
- Beck, T., Knapstein, P. G., Kreienberg, R. (szerk.): Das Mammakarzinom. 2176"
- Beyer-Macule, C. K., Riedel, K. G.: Plastische Chirurgie der Lider. 213"
- Brackenridge, R. D. C., Elder, J. W. (szerk.): Medical Selection of Life Risks. 2069"
- Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társadalomlélektan tárgyköréből. 2289"
- Czinner Antal, Rodé Magda: Csecsemő- és gyermekgyógyászat. 1340"
- De Châtel, Rácz: Gyógyszeres therapia. 492"
- Debrunner, H. U., Hepp, W. R. (szerk.): Orthopedisches Diagnostikum. 2070"
- Dedié, K., Bockemühl, J., Kühn, H., Volkmann, K. J., Weinke, T.: Bakterielle Zoonosen bei Tier und Mensch. 1058"
- Dermer, G. B.: A halhatatlan sejt (avagy: Miért eredménytelen a rákkutatás). 2175"
- Duin, N., Sutcliffe, J.: Az orvoslás története. 101"
- Eckhardt Sándor: Onkológia. 157"
- Elkington, A. R., Khaw, P. T.: ABC of Eyes. 2796"
- Fehér János, Nakazawa Hiroe, Prónai László, Matsuzaki Shohei (szerk.): Oxygen stress and tissue damage. 2176"
- Fehér János: Pathophysiology of the Eye 1. The Preocular Tear Film. 1058"
- Fehér János: Pathophysiology of the Eye 2. Defense of the ocular surface. 2176"
- Ferri, F. F.: The Internal Medicine Companion. 2069"
- Friedman, H. H. (szerk.): Tünetorientált diagnosztika. 101"
- Gaál Csaba, ifj. Széll Kálmán: Sebészeti zsebkönyv. 102"
- Gáspár Lajos, Kásler Miklós: Laserek az orvosi gyakorlatban 1341"
- Gramberg-Danielsen, B.: Rechtliche Grundlagen der augenärztlichen. 2458"
- Gyógyszerkódex '92. 602"
- Haid, C. T. (szerk.): HNO-Heilkunde für den Kinderarzt. 2400"
- Hautmann, R., Kleinschmidt, K.: Therapie urologischer Erkrankungen. 1957"
- Herausgegeben von Balder Gloor: Perimetrie mit besonderer Berücksichtigung der Automatischen Perimetrie. 2796"
- Herjavec Irén, Böszörményi-Nagy, Gy.: Asthma bronchiale. 158"
- Hutás Imre (szerk.): Pulmonologia. 274"
- Hutás Imre: „A tuberculosis ma”. 214"
- Ihász, Bátorfi (szerk.): A nyombélfekély. 890"
- Illing, S.: Das Gesunde und das Kranke Neugeborene. 1341"
- Kézikönyv gyógyszerek rendeléséhez. 720"
- Knorr, H. L. J., Seitz, B., Nautmann, G. O. H.: MEMO Augenheilkunde. 157"
- Kruse, K. (szerk.): Pädiatrische Endokriologie. 2068"
- Lellé, R. J., Dohnke, H., Hoffmeister, U.: Ambulante Operationen in der Gynäkologie. 2458"
- Lock, S., Wells, F. (szerk.): Freud and misconduct in medical research. 385"
- Lorenz, K., Oppermann, J.: Kinder-rheumatologie. 2571"
- Lux, G., Matek, W., Riemann, J. F., Rösch, W. (szerk.): Checkliste der aktuellen Medizin: Gastroenterologie. 2678"
- Magyar Gyógyszerkönyv VII. 438"
- Magyary-Kossa Gyula: Magyar Orvosi Emlékek. 2856"
- Mayer, U. M.: Pädiatrische Ophthalmologie. 213"
- Mezei Géza, Aslam, M.: Gyógyszeres interakciók. 1057"
- Molnár Péter, Csabai Márta: A gyógyítás pszichológiája. 2069"
- Mózsik, G., Emerit, I., Fehér, J., Matkovich, B., Vincze, A. (szerk.): Oxygen free radicals and scavengers in the natural sciences. 720"
- Möller, H.-J. (szerk.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. 275"
- Nyerges Gábor, Szálka András: Infektológiai differenciáldiagnózis. 2796"
- Paquet, K. J., Dieckhöfer, K. (szerk.): Fizikális vizsgálatok. 2905"
- Popik Ervin, Kaurzky Rita, Tuzkó Béla: A has auscultatioja. 2856"
- Reichelt, A. (szerk.): Orthopädie. 1341"
- Reim, M.: Augenheilkunde. 1958"
- Romics Imre, Goepel, M. (szerk.): A hólyagdaganatok diagnosztikája és terápiája. 2458"
- Rozgonyi Ferenc: Háziiorvosi és járóbeteg-szakorvosi mikrobiológiai gyorsdiagnosztika. 1. Bakteriális fertőzések diagnosztikája. 1957"
- Röntgen, Lütz, Bernward, Ulrich: Neue Hilfsmittel und Techniken in der Allgemein-chirurgie. 2854"
- Schmidt, H.-M., Lanz, U.: Chirurgische Anatomie der Hand. 102"
- Scholz, Schwalbe, U. (szerk.): Taschenbuch der Arzneibehandlung. 2118"
- Schröder, U. G.: Physik für Mediziner. 2399"
- Schumpelick, V., Bleese, N. M., Mommensen, V.: Chirurgie, 2515"
- Seuffer, R. H.: Memo Labordiagnostik. 890"
- Simon László, Kiss János: Gastrooesophagealis reflux betegség: válogatott kérdések és vezérfonal a kezeléshez. 103"
- Somós, S.: Essential Dermatology "Hand-out". 2515"
- Stegner, H.-E.: Gynäkologie und Geburtshilfe. 2399"
- Stodmeister, R., Pillunat, E.: Mikrozirkulation in Gehirn und Sinnesorganen. 437"
- Székács Béla, de Châtel Rudolf (szerk.): Nephrologia. 2351"
- Új gyógyszerkönyveink. I. 437"
- Urbancsek János, Rabe, T.: Asszisztált reprodukció. Az in vitro fertilizáció elmélete és gyakorlata. 1958"
- Virágh Zoltán (szerk.): Honoris Causa — Fodor József születése 150. évfordulójára. 2118"
- Weerda, Hilko: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. 2856"
- Wieacker, Peter, F.: Genetik in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2905"
- Zerres, K., Rüdel, R. (szerk.): Selbsthilfegruppen und Humangenetiker im Dialog. Erwartungen und Befürchtungen. 214"

Orvosi Hetilap

1994. január 2.

135. évfolyam — 1. szám

A parotitis epidemica etiológiája

Mihály Ilona dr., Kukán Eszter dr., Gellért Mária dr., Gerő Anna dr., Mándoky Fülöp dr.

3

KLINIKOFARMAKOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Neopanpur és Kreon összehasonlító klinikai vizsgálata

Beró Tamás dr., Jávör Tibor dr.

7

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Szialidáz aktivitás alakulása a cervix uteri kötőszövetében a terhesség alatti érés és a szülés alatti dilatáció során

Szeverényi Mihály dr., Osmers, Rüdiger dr., Rath, Werner dr., Kuhn, Walter dr., Lampé László dr.

15

KLINIKOPATOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Fogazott („serrated”) adenoma — a colorectalis daganatok kevésbé ismert típusa

Balázs Márta dr., Rigler András dr., Faller József dr.

21

KAZUISZTIKA

Pseudoporphyria

Kósa Ágnes dr., Mátyus János dr., Horkay Irén dr.

25

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

31

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

43

BESZÁMOLÓK

44

HÍREK

45

GYÓGYSZER HÍRADÓ

50

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

54

OH-QUIZ

55



Springer Hungarica



Markusovszky Alapítvány



SEMICILLIN®

kapszula

a legolcsóbb kezelés
a hosszú légúti
fertőzésekben is



250 mg ampicillinum (288 mg ampicillinum trihydricum alakjában) kapszulánként

SEMICILLIN® kapszula

Hatóanyag 250 mg ampicillinum (288 mg ampicillinum trihydricum alakjában) kapszulánként.

Javallatok Belső fertőzések, az epe, lég- és húgyutak, valamint az ivarszervek fertőzéseinek kezelése az alábbi kórokozók esetében: *Gram-negatív*: Haemophilus influenzae, Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Salmonella, Shigella, Proteus mirabilis és E. coli; *Gram-positív*: az alfa és béta-hemolitikus streptococcusok, enterococcusok egyes törzsei, Diplococcus pneumoniae, penicillináz-negatív staphylococcusok, Clostridium, Bacillus anthracis. A kezelés lehetőleg bakteriológiai vizsgálat eredménye alapján történjen.

Ellenjavallat Penicillin-allergia.

Adagolás Szokásos adagja 20 ttkg felett: bél, epeúti és húgy-ivarszervi fertőzésekben naponta 2 g (4-szer 2 kapszula); légúti fertőzésekben naponta 1 g (4-szer 1 kapszula); gyer-

meknek 20 ttkg alatt: bél, epeúti és húgy-ivarszervi fertőzésekben: 100 mg / ttkg / nap; légúti fertőzésekben: 50 mg / ttkg / nap, négy részre elosztva. Súlyos fertőzések esetén az adagok növelhetők.

Felszívódása akkor a legkedvezőbb, ha a beteg a kapszulákat étkezés előtt kb. egy órával veszi be.

Mellékhatások Túlerzékenységi reakciók: eritéma, urtikária, erythema multiforme, anafilaxiás sokk, exantéma; gasztrointesztinális tünetek: glosszitisz, sztomatitisz, hányinger, hányás, hasmenés, enyhe átmeneti SGOT-emelkedés. Ígen ritkán vér-képzőszervi károsodás, anémia, trombocitopénia, leukopénia.

Gyógyszerkölcsönhatás Együttadása kerülendő: — bakteriosztatikus antibiotikumokkal (hatáscsökkenés).

Figyelmeztetés Penicillinkezelés közben (per os adáskor ritkábban, mint parenterális adagolás esetén) súlyos sötét halálos anafilaxiás sokk előfordulhat, elsősorban az allergiás hajlamú

egyénekben. Ezért asztmás, allergiás anamnézis esetén fokozott óvatosság ajánlott. Cefalosporinok és penicillinek közötti keresztallergia ritkán előfordul. Májkárosodás és elégtelen veseműködés esetén az adagokat különös gondossággal kell megállapítani. Hosszan tartó kezelés során ajánlatos a máj- és a vese-funkció, valamint a vérképzőrendszer időnkénti ellenőrzése.

Csomagolás 20 kapszula.



Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt

H-1045 Budapest, Tó u. 1-5.
Telefon: 169-1390, 169-0900 Fax: 169-0282

Hungarian Medical Journal

January 2, 1994. Volume 135. No. 1.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Parotitis acuta caused by other than
mumpsvirus

Mihály, I., Kukán E., Gellért, M., Gerő, A.,
Mándoky, F.

3

CLINICOPHARMACOLOGICAL STUDIES

Comparative study on the clinical efficacy of
Neopanpur and Creon in patients with
chronic pancreatitis

Berő, T., Jávör, T.

7

ORIGINAL ARTICLES

Changes in binding capacity of sialic acid-specific
lectins in the connective tissue of the uterine
cervix during its physiological maturation

Szeverényi, M., Osmers, R., Rath, W., Kuhn, W.,
Lampé, L.

15

CLINICOPATHOLOGICAL STUDIES

Serrated adenoma — the less known type of
colorectal tumors

Balázs, M., Rigler, A., Faller, J.

21

CASE REPORTS

Pseudoporphyria

Kósa, A., Mátyus, J., Horkay, I.

25

FROM THE LITERATURE

31

LETTERS TO THE EDITOR

43

CONGRESS REPORTS

44

NEWS

45

DRUG NEWS

50

OH-QUIZ

55

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.: 270-2229) közvetlenül,

vagy postautalványon, valamint átutalással

a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft,

1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

135. évfolyam 1. szám — 1994. január 2.

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

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., Giacinto Miklós dr., Hidvégi
Jenő, Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp
Miklós dr. (fnts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr.
és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

Brooser Gábor dr., de Châtel Rudolf dr., Forgács
Iván dr. és Lépes Péter dr.

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berens-
mann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci
(Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey),
N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (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 94.23444.

Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató

INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

TRI-REGOL[®]

tabletta



Trifázisos orális kontraceptívum

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

Összetétel:

Sárga színű tabletták: 0,05mg levonorgestrelum és 0,03mg aethinyloestradiolum

Barack színű tabletták: 0,075mg levonorgestrelum és 0,04mg aethinyloestradiolum



RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT.

1103 Budapest Gyömrői út 19-21.

Klinikai Kutatás 147-0602, Orvoslátogató Hálózat 269-9777

A parotitis epidemica etiológiája

Mihály Ilona dr., Kukán Eszter dr., Gellért Mária dr.¹, Gerő Anna dr.² és Mándoky Fülöp dr.³

Fővárosi Szt. László Kórház Mikrobiológiai Osztály (főorvos: Bán Éva dr.)

IV. sz. Gyermekgyógyászati Osztály (főorvos: Nyerges Gábor dr.)¹

Lázambulancia (főorvos: Bodor György dr.)²

IV. sz. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Ferencz Adrienn dr.)³

A szerzők 1991 márciusa és 1992 júniusa között parotitisben szenvedő 204 beteg mumpszvírus és parainfluenzavírus 1, 2, 3 IgM, IgA, IgG immunofluoreszens tesztvizsgálatainak és a laboratórium spektrumába tartozó egyéb virológiai vizsgálatainak eredményeit elemzik. A betegek 76,0%-ában a mumpszvírus, 9,3%-ában a parainfluenzavírusok (PIV1—1,5%, PIV2—6,3%, PIV3—1,5%), 4,9%-ában egyéb vírusok voltak a parotitis kóroki ágensei. 9,8%-ban a kórokozó kiderítetlen maradt. A parainfluenzavírus okozta parotitisek klinikai tünetei között meningitis, orchitis is előfordult, ill. gyakran szerepelt nyirokcsomóduzzanat. A szerzők megállapítják, hogy parotitist a mumpszvíruson kívül leggyakrabban a parainfluenzavírusok okoznak. A Respiratory Syncytial Virus (RSV) parotitisben játszott szerepének tisztázása további vizsgálatokat igényel. Felhívják a figyelmet a vírusserológiai vizsgálatok buktatóira a paramyxovírusok (PMV) okozta infekciók diagnosztikájában.

Kulcsszavak: parotitis epidemica, mumpszvírus, parainfluenzavírus (PIV), Respiratory Syncytial Virus (RSV), vírusserológia

Parotitis acuta caused by other than mumpsvirus. Blood samples of 204 acute parotitis patients in a fifteen month period (1991—1992) were systematically examined for IgM, IgA, IgG antibodies of mumps and parainfluenzavírus 1, 2, 3 (PIV) by immunofluorescent test (IFT) and, in special cases several other virological examinations have been done. The etiological role of mumpsvirus, parainfluenzavírus 1, 2, 3, one of the other viruses was confirmed in 76.0%, 1.5%, 6.3%, 1.5%, 4.9% of the cases, respectively. The etiology remained unknown in 9.8%. There were clinical symptoms of meningitis or orchitis in some and lymphadenopathia in several of the parainfluenzavírus caused parotitis patients. The authors conclude, that the parainfluenzavíruses are the second most frequent etiological agents of parotitis next to mumpsvirus. They found that the Respiratory Syncytial Virus (RSV) also play etiological role in parotitis. This observation should be confirmed in the future by some other kind of virological tool too. The authors call attention to the difficulties and pitfalls of the virological serology in the infections caused by paramyxoviruses (PMV).

Key words: parotitis epidemica, mumpszvírus, parainfluenzavírus, Respiratory Syncytial Virus, virological serology

A parotitis epidemiciát Hippokratész írta le az i. e. 5. században. Elsődleges és leggyakoribb kórokozóját, a mumpszvírust Habel fedezte fel 1945-ben (8, 9, 17, 23, 26). Howlett J. G. és mtsai 1957-ben közölték az első akut parotitises esetet, amelyet nem mumpszvírus okozott, hanem Cocksackie-A vírus (18). Az azóta eltelt évtizedek alatt az ECHO-vírust (27), a lymphocytás choriomeningitis vírust (21), a parainfluenzavírus 1 és 3 szerotípusát (4, 7, 11, 32), valamint az influenzavírust (5, 19) írták le a mumpszvíruson kívül, mint az akut vírusos eredetű parotitis igazolt vagy feltételezett kórokozóját. A parotitis epidemica vagy parotitis acuta diagnózissal laboratóriumunkba küldött vérmin-

tákból 1982 óta végzünk rendszeres PIV IgM szűrést a szabályszerűen kivitelezett mumpsz szerológia mellett. Dolgozatunkban az 1991 márciusától 1992 júniusáig kórházunkba került akut parotitisek etiológiáját igyekeztünk felderíteni a rendelkezésünkre álló virológiai eszközök segítségével.

Betegek és vizsgálati módszerek

Az 1991. március 1. és 1992. június 1. között kórházunkban ápolat 204 akut parotitises beteg átlagéletkora 11 év, a legfiatalabb beteg 1 hónapos, a legidősebb 62 éves volt, a férfiak és a nők aránya $7/3$ (N = 142 σ /62 φ). 13,7%-ban meningitis, ill. meningoencephalitis (N = 28), 4,9%-ban orchitis (N = 10) szövődménye kísérte az alapbetegséget. Huszonegy betegben (5,8%) nyirokcsomó megnagyobbodást is észleltünk a parotisduzzanat mellett.

Minden betegnél végeztünk mumpszvírus IgM, IgA, IgG, valamint PIV 1, 2, 3 IgM IFT-t (2, 3, 13), a mumpszvírus IgM nega-

Rövidítések: PIV = parainfluenza vírus; PMV = paramyxovírus; RSV = respiratory syncytial virus; EBV = Epstein-Barr vírus; ELISA = enzim-linked-immunosorbent-assay; IFT = immunofluoreszens teszt; KKR = komplementkötési reakció; NT = neutralizációs teszt; vvt = vörösvértest; RF = rheuma faktor

tív savókból IgM, IgG ELISA-t (HUMAN — Germany) végeztünk. A mumpsvírus antigén Jeryl-Lynn oltóanyag törzsből, a PIV 1 antigén a 128/88 jelű pseudocroup vírustörzsből, a PIV 2 antigén az U-711-22-GREER jelű, a PIV 3 antigén az U-628-36-HA1-47885 jelű vírustörzsből készült GMK szövetkultúrán. A PIV 1, 2 vagy 3 IgM pozitív savókat párhuzamosan titráljuk mumpsvírus és PIV IgM, IgA, IgG osztályú antitestekre nézve. A mumpsvírus és PIV szeronegatív betegeknél elvégeztük a Respiratory Syncytial Virus (RSV) IgM, IgA, IgG, az Epstein-Barr vírus capsid antigén specifikus (EBVCA) IgM, IgA, IgG IFT-t, az Epstein-Barr vírus early antigén (EBV EA) specifikus IgG IFT-t, valamint az adenovírus komplementkötési reakciót (KKR), járványos időszakban pedig influenza A, B KKR-t. Az RSV antigén a 276/86 jelű izolátumból, az EBVCA antigén EBV által transzformált B95-8 jelű majom lymphoblastoid sejtvonalból készült laboratóriumunkban (a vírusantigén törzseket az OKI Vírusdiagnosztikai Osztálytól kaptuk). Az EBV EA-t az Organon Teknika cégtől, a komplementkötő antigéneket a Behring cégtől vásároltuk. Az IF készítmények leolvasását Jenalumar mikroszkópon 315× nagyítással, KP490, B228 gerjesztőszűrő és G247 zárószűrő alkalmazásával végeztük. 32 betegről érkezett vírusizolálási vizsgálati anyag: 34 garatváladék, ill. a Stenon vezeték szájadékából préselt nyál, 8 liquor és 9 széklet. A vírusizolálást csövkultúrában GMK és „293” passzálható szövetkultúrán kíséreltük meg, átlag 2–3 vakpasszázst végeztünk, egy-egy leoltás megfigyelési időtartama 2 hét volt. Haemadszorpciós ágens jelenlétét a szöveten 0,5%-os 3× mosott tengerimalac vörösvértest heti egy-kétszeri alkalmazásával kerestük. A csövkultúrákat másodnaponta vizsgáltuk cytopathias hatás kimutatása céljából. A haemadszorpciót és a szövetkárosító hatást 120–200× nagyításon fénymikroszkópon vizsgáltuk. A rheumafaktor tartalmú savókból a rheumafaktor kivonása után megismerteltük az IgM teszteket (29). A PIV-ok és a mumpsvírus között KKR-val, NT-tel, IFT-tel, ELISA-val egyaránt észlelhető erőteljes keresztreakció, az ún. „heterogenetikus” antitest titeremelkedés miatt a kórokozó szerotípus pontos meghatározása így is időnként gondot jelentett (30). Emiatt a következő diagnosztikus kritériumokat állítottuk fel: A csak mumpsvírus IgM, IgG pozitív savókat, valamint azokat a mumpsvírus IgM, IgG pozitív savókat, amelyekben a PIV egyik, ill. több szerotípusával szemben ugyancsak észleltünk IgM típusú antitestválaszt, „aktuális mumpsz infekció”-nak tekintettük. Azokat a mumpsvírus IgM negatív savókat, amelyek a PIV valamelyik szerotípusával erőteljes IgM IgG, gyakran IgA pozitívítást, páros savó beállításakor PIV IgG-ben szignifikáns titeremelkedést vagy magas titer mutattak, „aktuális PIV infekció”-nak tartottuk. A mumpsvírus IgM negatív és PIV IgM negatív betegeket az „aktuális mumpsz, aktuális PIV infekció kizárt” mondattal véleményeztük. Ezek között a savók között találtunk néhány más aktuális vírusinfekciót.

Eredmények

Vírusizolálással egyetlen beteg első liquorából sikerült mumpsvírust kimutatnunk (1. táblázat). A néhány nappal később érkezett liquorban már a mumpsvírus specifikus antitestválasz volt detektálható. Egy másik beteg liquorából Coxsackie A vírus—9 szerotípusát izoláltuk, ennek a betegnek nem volt parotitise, viszont meningitise az óvodában zajló mumpsjárvány idején alakult ki. Az etiológiát összesítő 2. táblázaton látható, hogy a mumpsvírus kóroki szerepét az akut parotitisek 76%-ában tudtuk igazolni. 9,3%-ban PIV-ok valamelyik szerotípusa, 4,9%-ban egyéb vírus kóroki szerepe merült fel. Összesen a parotitisek 90,2%-ában sikerült a kóroki ágens tisztázása. A tisztázatlan eredetű parotitisek felében a vizsgálatra érkező vérminta a betegség igen korai fázisából, a betegség 1–3. napjáról származott. A mumpsvírus szeronegatív betegek

1. táblázat: Vírusizolálási kísérletek eredménye parotitis acuta vagy mumps-meningitis gyanúja esetén

Pozitív / össz	Vizsgálati anyag			
	garatv. v. nyál	liquor	széklet	összes
Mumpsvírus	0/34	1/8	0/9	1/51
Coxsackie-A vírus — 9	0/34	1*/8	0/9	1/51

* Meningitis sine parotitide — óvodában mumpsjárvány

2. táblázat: Az akut parotitisek etiológiája szerológiai vizsgálatok alapján

Etiológia	„n”	%
Mumpsvírus	155	76
PIV	19	9,3
Egyéb	10	4,9
Ismeretlen	20	9,8
Összesen	204	100

3. táblázat: Parainfluenzavírus okozta akut parotitisek megoszlása szerotípus szerint

Aktuális PIV infekció igazolt	Betegszám	Összes parotitisek %-a „n” = 204	Mumpsvírus negatív parotitisek %-a „n” = 49
PIV-1	3	1,5	6,1
PIV-2	13	6,3	26,5
PIV-3	3	1,5	6,1
Összesen	19	9,3	38,7

38,7%-ában állapítottunk meg PIV okozta aktuális parotitist (3. táblázat). 3 betegben a PIV—1, 13 betegben a PIV—2, 3 betegben a PIV—3 szerotípus kóroki szerepét erősítettük meg. Az RSV szerológia elvégzését egy minden más szerológiával negatívnak talált betegnél kíséreltük meg először annak ellenére, hogy az RSV etiológiai szerepére vonatkozóan csak indirekt irodalmi utalást találtunk (12). Választásunkban az a tény vezetett, hogy az RSV van legszorosabb rokonságban a Paramyxoviridae család leggyakrabban parotitist okozó vírusaival. 5 betegnél találtunk RSV specifikus IgM-t és IgG-t, ezenfelül 6 betegben észleltünk RSV specifikus IgA-t (4. táblázat). Ennek alapján 5 betegben véleményeztük az RSV-t a parotitis kóroka-ként, ez az összes parotitisek 2,4%-a, a mumpsvírus negatív parotitisek 10,5%-a. EBVCA IgM és EBV EA IgG pozitívítást 4 betegben észleltünk, azonban mind a négy betegben más vírus: 2 betegben mumpsvírus, 1—1 betegben PIV—2, RSV szeropozitivitással együtt. Influenza A, B szeropozitív parotitist nem találtunk. 2 betegben az adeno KKR 1 : 64 ± 128 volt, ami megfelel az aktuális adeno-vírus infekció kritériumának, egyikükben mumps IgM ELISA pozitívítással együtt. 31 betegben a mumpsvírus parotitisek 18%-ában (N = 28) és a PIV parotitisek 5,2%-ában (N = 1) lépett fel meningitis vagy meningoencephalitis

4. táblázat: Respiratory syncytial vírus, Epstein Barr vírus, adenovírus, influenzavírus A, B, szerológiai eredmények akut parotitisekben

Aktuális infekció igazolt	Betegszám	Összes parotitisek %-a „n” = 204	Mumpszvírus negatív parotitisek %-a „n” = 49
RSV	5	2,4	10,2
EBV	4*	2,0	8,2
Adenovírus	2**	1,0	4,1
Influenza A, B	0	0,0	0,0
Összesen	11	5,4	22,5

* 2 betegben mumpszvírus, 1-1 betegben PIV-2, RSV szeropozitivitás együttes előfordulása

** 1 betegben mumpszvírus szeropozitivitás mellett

5. táblázat: Parotitisekhez társuló meningitisek etiológiája

Vírus	Parotitis	Meningitis	
	„N”	„N”	%
Mumpszvírus	155	28	18,2
PIV-1	19	1	5,2
Ismeretlen	20	2	10,0
Összesen	204	31	15,2

6. táblázat: Orchitisek etiológiája

Mumpszvírus	8*
PIV	1
Etiológia ismeretlen	1
Összesen	10

* Egy betegben parotitis tünetei nélkül mononucleosis inf. rekonvaleszcenciájában fellépő orchitis

(5. táblázat) (16), két parotitishez társuló meningitis kórelőfordulása ismeretlen maradt. Parotitis tünetei nélkül a vizsgált időszakban 3 mumpszvírus eredetű, 7 PIV-2 eredetű és 1 PIV-3 eredetű meningitist észleltünk (31). Mindegyik beteg maradványtünet nélkül gyógyult. A mumpszvírus eredetű parotitises betegek 9,6%-ában (N = 15), a PIV eredetű parotitises betegek 21%-ában (N = 4), a 3 RSV szeropozitív beteg közül kettőben észleltünk nyirokcsomó duzzanatot. Tíz férfi betegünkben lépett fel orchitis (6. táblázat). 8 betegben a mumpszvírus, 1 betegben parainfluenza-vírus játszott etiológiai szerepet. Ezek a betegek is tünetmentesen gyógyultak. 8 betegben észleltük parotitis előfordulását ismételt: kettőben mumps, háromban PIV-2, egyben RSV IgA pozitívítást találtunk. Kettőben nem találtunk virális kórokozót.

Megbeszélés

A mumpszvíruson kívül, amely kétségtelenül a parotitisek leggyakoribb kórokozója, számos faktor kiválthatja a nyálmirigyek gyulladását. Kórházunkba az infekciós eredetű parotitisre gyanús betegek, ezek közül is a súlyosabb vagy

differentiáldiagnosztikai szempontból vizsgálandó esetek kerülnek felvételre, ezért dolgozatunk nem tekinthető a populációra jellemző reprezentatív felmérésnek.

A Paramyxoviridae családba tartozó vírusok közül a szerológiai keresztreakciók a mumps és a PIV-ok között a leggyakoribbak és legerőteljesebbek (14, 15, 20). A csak titeremelkedést detektáló módszerekkel — KKR, HAG, IgG—IFT, IgG—ELISA — az aktuális PIV infekciók jelentős részében a PIV titeremelkedés mellett szignifikáns mumpszvírus titeremelkedést is találunk, és ez érvényes fordítva a mumpszvírus infekciókban talált PIV titerekre is. Azonban az IgM és IgA antitestet detektáló tesztekkel a mumpszvírus vagy a PIV-ok valamelyik szerotípusának kóroki szerepe gyakran eldönthető. Eredményeink egyértelműen igazolják, hogy a parotitist ugyan leggyakrabban mumpszvírus okozza, de ritkán egyéb vírusok is létrehozhatják, akár meningitissel — orchitissel együtt is (31). Vizsgálatainkban a parainfluenzavírusokat találtuk a parotitisek mumpszvíruson kívüli leggyakoribb etiológiai ágenseként 9,3%-ban. A PIV-2-t 6,3%-ban, a PIV-1 és 2 szerotípusát 1,5–1,5%-ban, az RSV-t 2,4%-ban észleltük (4, 7, 11, 32). A PIV és RSV okozta parotitisekben gyakrabban észleltünk nyirokmirigy duzzanatot, mint mumpszvírus parotitisekben. A PIV 2 szerotípusát és az RSV-t eddig még nem írták le a parotitisek etiológiai ágenseként. Ez azonban nyilvánvalóan abból a hiányosságból fakad, hogy módszeres etiológiai tanulmány ebben a témában csak elvétve készült (6, 22, 24), ill. hogy a mumps diagnózisa legtöbb esetben klinikai és/vagy epidemiológiai alapon születik meg (10, 28). A megjelent közlemények többsége egy-egy izolált eset ismertetésére szorítkozik (7, 18, 21, 32) vagy influenza. A járvány idején észlelt influenza vírusizolálással, illetve influenza A szignifikáns titeremelkedéssel igazolt parotitisek leírása (5, 19). Krilov L. R. és mtsai az influenza A vizsgálatokon kívül egyéb irányú vírusdiagnosztikai vizsgálatokat egyáltalán nem végeztek. A mumpszvírus IgG szignifikáns titeremelkedése primer mumpszvírus infekción kívül származhat más paramyxovírus indukálta anamnesztikus mumps immunválasz és mumps-keresztreakció különböző mértékű kombinációjából (14). Ennek ismeretében érthető, hogy az ismételt virális parotitisekben mumpszvírusnál gyakrabban észleltünk PIV szeropozitivitást (25). Ebből következik az is, hogy az élet során két (vagy akár több) ízben észlelt parotitis nem feltétlenül klinikusi tévedés. Tapasztalataink és eredményeink arra figyelmeztetnek, hogy a jövőben a Morbilli/Mumps/Rubeola védőoltás bevezetésének következményeképpen az eddigieknél gyakrabban számíthatunk nem mumpszvírus eredetű parotitis előfordulására, vagyis az egyéb vírusok részvételi aránya magasabb lesz a parotitisek etiológiájában (1, 6, 10, 12).

IRODALOM: 1. Biedel, W. C.: Recurrent mumps following natural infection and immunization. *AJDC*, 1979, 132, 678. — 2. Bjotvarn, B., Wolontis, S.: Laboratory diagnosis of mumps by immunofluorescence on experimentally inoculated cell cultures. *Scand. J. Inf. Dis.*, 1972, 4, 105–108. — 3. Bjotvarn, B.: Incidence and persistence of mumps-specific IgM and IgA in the sera of mumps patients. *Scand. J. Inf. Dis.*, 1974, 6, 125–129. — 4. Bloom, H. H., Johnson, K. M., Jacobsen, R. és mtsai: Recovery

of Parainfluenza Viruses from adults with upper respiratory illness. *Am. J. Hygiene*, 1961, 74, 50. — 5. Brill, S. J., Gilfillan, R. F.: Acute Parotitis Associated with Influenza Type A. *N. Engl. J. Med.*, 1977, 296, 1391. — 6. Brunell, P. A., Brickman, A., Steinberg, S. és mtsai: Parotitis in children who had previously received mumps vaccine. *Pediatrics*, 1972, 50, 441. — 7. Buckley, J. M., Poche, P., McIntosh, K.: Parotitis and Parainfluenza 3 Virus. *AJDC*, 1972, 142, 798. — 8. Budai József: Parotitis epidemica a Fertőző betegségek c. könyvben. Szerk.: Binder L., Budai J., Kátay A., Nyerges G., Medicina Kiadó, 1981, 259–263. old. — 9. Budai József: Parotitis epidemica az Infektológia c. könyvben. Szerk.: Nyerges G., Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, 1992, 350–352. old. — 10. Cochi, S. L., Preblud, S. R., Orenstein, W. A.: Perspectives on the Relative Resurgence of Mumps in the United States. *AJDC*, 1988, 142, 499–507. — 11. Cullen, S. J., Baublis, J. V.: Parainfluenza type 3 parotitis in two immunodeficient children. *J. Pediatr.*, 1980, 96, 437–438. — 12. Davis, J.: Cases of mumps following previous vaccinations. *AJDC*, 1988, 142, 1022. — 13. Daugharty, H., Warfield, D. T., Hemingway, W. D. és mtsai: Mumps class-specific immunoglobulins in radioimmunoassay and conventional serology. *Infection and Immunity*, 1973, 7, 380–385. — 14. Drew, W. L.: Controversies in viral diagnosis. *Rev. Inf. Dis.*, 1986, 8, 814–824. — 15. Frankova, V., Holubova, J., Grubhoffer, L. és mtsai: Contribution to laboratory diagnosis of mumps and parainfluenza. *Acta virol.*, 1988, 32, 503. — 16. Granström, M.: Viral vaccines in Immunotherapy and Vaccines. Edited by Gryz S. J., Springer-Verlag, 1991, 47. old. — 17. Habel, K.: Cultivation of mumps virus in a developing chick embryo and its application of immunity to mumps in man. *Public Health Reports*, 60, 201–212. — 18. Howlett, J. G., Somlo, F., Kalz, F.: A new Syndrome of Parotitis with Herpangina caused by Coxsackie Virus. *Can. Med. Assoc. J.*, 1957, 77, 5–7. — 19. Krilov, L. R., Swenson, P.: Acute Parotitis Associated with Influenza A Infection. *J. Inf. Dis.*, 1985, 152,

853. — 20. Lehtonen, O.-P. J., Meurman, O. H.: Avidity of IgG antibodies against mumps, parainfluenza 2 and Newcastle disease viruses after mumps infection. *J. V. M.*, 1986, 14, 1–7. — 21. Lewis, J. M., Uitz, J. P.: Orchitis, Parotitis and meningoencephalitis due to lymphocytic-choriomeningitis virus. *New Engl. J. Med.*, 1961, 265, 776–778. — 22. Meurman, O., Vainionpää, R., Rossi, T.: Viral Etiology of Parotitis. *Scand. J. Inf. Dis.*, 1983, 15, 145–148. — 23. Nyerges G.: Mumps a Gyermekgyógyászat c. könyvben. Szerk. Schuler D. Medicina Kiadó, 1992, 570–571. old. — 24. Ray, R., Matsuoka, Y., Burnett, T. L. és mtsai: Human Parainfluenza Virus Induces a Type-Specific Protective Immune Response. *J. Inf. Dis.*, 1990, 162, 746. — 25. Ray, C. G.: Mumps In: Harrison's Principles of Internal Medicine. Ed. Wilson, J. D., Braunwald, E., Isselbacher, K. J. et al. Mc Graw-Hill Inc., 1991, 717–718. old. — 26. Révész Gy.: A vírusfertőzések fül-orr-gégészeti szövődményei. Az orvosi virológia aktuális kérdései. Szerk.: Lapis Károly: Medicina Kiadó, Budapest, 1984, old. — 27. Sanford, J. P., Sulkin, S. E.: Clinical spectrum of ECHO-virus infection. *New Engl. J. Med.*, 1959, 261, 1113–1122. — 28. Sosin, D. M., Cochi, S. L., Gunn, R. A.: Changing Epidemiology of Mumps and Impact on University Campus. *Pediatrics*, 1989, 84, 779–784. — 29. Stagno, S., Britt, W. J., Pass, R. F.: Cytomegalovirus. In: Schmidt, N. J., Emmons, R. W. eds. Diagnostic Procedures For Viral, Rickettsial And Chlamydial Infections. Washington DC, American Public Health Association, 1989, 361. old. — 30. Welliver, R., Wong, D. T., Choi T. S.: Natural history of PIV infection in childhood. *J. Pediatr.*, 1982, 101, 180–197. — 31. Wong, V. K., Steinberg, E., Warford, A.: Parainfluenzavirus type 3 meningitis in an 11-month. old infant. *Ped. Inf. Dis.*, 1988, 7, 300. — 32. Zollar, L. M., Mufson, M. A.: Acute Parotitis Associated with Parainfluenza 3 infection. *AJDC*, 1970, 119, 147.

(Mihály Ilona dr., Budapest, Gyáli út 5–7. 1097)

Boldog Új Esztendőt kívánunk!

Reméljük, 1994-ben is
rendeltkezésére állhatunk.

A Meditech Kft. a noninvasív vérnyomásmonitorozás
teljes skáláját kínálja a hypertóniával foglalkozóknak.



Meditech Kft.

Budapest 1194 Seregvári u. 4.

Tel/fax: (06 1) 126 880

Neopanpur és Kreon összehasonlító klinikai vizsgálata

Beró Tamás dr. és Jávör Tibor dr.

Pécsi Orvostudományi Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Jávör Tibor dr.)

A szerzők vizsgálatainak fő célkitűzése a Neopanpur (EGIS) hatásának megállapítása és összehasonlítása a Kreon (Kalichemie) hatásával az idült pancreatitis betegekben kialakult maldigestióra. A vizsgálatban 15 beteg vett részt, az elrendezés típusa nyílt, randomizált, önkontrollós, cross-over volt. A betegek 2×10 napig kapták az enzimpótló gyógyszereket. A periódus: Neopanpur 3×2 , B periódus: Kreon 3×2 . Regisztrálták a betegek panaszait (score-okban), a székletjellemzőket (napi súly, zsírtartalom, habosság, szag), keményítőtörhelés (ATT), H_2 -kilégzési teszt, lipjodol-teszt, Lundh-teszt, Schilling-teszt vizsgálatok eredményeit a kezelés előtt és a kezelési periódusokban. Mindkét alkalmazott gyógyszer eredményesen csökkentette a panaszokat, a széklet frequentiát és jellemzőit, valamint a pancreas functiókat jellemző laboratóriumi értékeket. Klinikailag szignifikáns különbség nem volt kimutatható a Kreon és a Neopanpur hatásossága között. Mindkét enzimpótló gyógyszer így eredményesen alkalmazható a chronikus pancreatitisben kialakult maldigestio kezelésére.

Kulcsszavak: chronikus pancreatitis, pancreas exocrin insuffitientia, maldigestio, pancreas enzimpótló kezelés

Exocrin pancreas insuffitientia számos pancreas betegség és gastrointestinalis rendellenesség okozhat: chronikus pancreatitis és chronikus recurráló pancreatitis, acut pancreatitis és recurráló acut pancreatitis (általában csak átmeneti a pancreas elégtelenség), pancreas carcinoma, pancreas- és gyomorsectio utáni állapot, pancreas trauma utáni állapot (átmeneti functio-elégtelenség), primer sclerotizáló cholangitis, mucoviscidosis (pancreas cystás fibrosis), congenitalis enzimelégtelenség, haemochromatosis, kwashiorkor.

Minden decompenzált pancreas elégtelenséggel járó rendellenességet, amely emésztési zavarokat okoz, aktívan kezelni kell. A kezelésben a hiányzó enzimeket kell pótolni. Enzim substitutio indokolt, ha a napi széklettel történő zsírvetés mértéke meghaladja a 15 g-ot, vagy ha a betegek hasmenésről, dyspepsiás panaszokról, progresszív súlyvesztésről panaszkodnak.

A hatásos pancreas enzimpótlás átlagosan követendő szabályai a következők: a pancreatint minden esetben magas dózisban kell biztosítani, olyan készítményt kell választani, amelynek a pancreatin tartalma (azaz az enzimek

Comparative study on the clinical efficacy of Neopanpur and Creon in patients with chronic pancreatitis. The aim of the study was to compare the clinical efficacy of Neopanpur (EGIS) and Creon (Kalichemie) in patients with chronic pancreatitis. Fifteen patients were examined for 2×10 days. A period: Neopanpur 3×2 , B period: Creon $10\ 000\ 3 \times 2$. The type of the trial was: randomized, open, crossover study. The complaints of the patients (in score), the characters of the stool (daily weight, fat content, foamy, smell), amylum tolerance test (ATT), H_2 -breath test, lipjodol-test, Lundh-test and Schilling-test were determined before and during the treatment periods. Both enzyme preparates could effectively decrease the anamnestic complaints, the stool frequency and characteristics together with the laboratory results of pancreatic functions. There is no clinically significant difference between the clinical efficacy of Creon and Neopanpur. Both enzyme preparates can be applied in the treatment of maldigestion in patients with chronic pancreatic insufficiency.

Key words: chronic pancreatitis, exocrine pancreatic insufficiency, maldigestio, pancreatic enzyme substitution

aktivitása) magas, az alkalmazott dózis a steatorrhoea súlyosságától függ, legyen lehetőség a betegek súlyának, a napi széklet súly- és a napi zsírrítés monitorozására.

Ezeknek a követelményeknek ma már számos forgalomban lévő gyógyszer megfelel.

Betegek és módszer

Vizsgálataink fő célkitűzése a Neopanpur (EGIS) hatásának megállapítása és összehasonlítása a Kreon (Kalichemie) hatásával az idült pancreatitis betegekben kialakult maldigestióra.

A vizsgálat elrendezése: nyílt, randomizált, önkontrollós, cross-over volt.

A betegek kiválasztása: a vizsgált betegek száma: 15; a vizsgálatra történő kiválasztás feltételei: a) típusos anamnézis; b) a pancreas elégtelenség olyan foka, melyben a napi zsírrítés meghaladja a 10 g-ot; c) kóros pancreas functiók tesztek (keményítő próba, lipjodol próba); d) képalkotó eljárások kóros lelete (hasi UH, ERCP); e) 60 évnél fiatalabb életkor. Kizáró okok: a) idült pancreatitis akut schubja; b) primer malabsorptio; c) biliaris eredetű steatorrhoea; d) máj- és veselégtelenség; e) keringési elégtelenség; f) egyéb emésztőrendszeri betegség. Drop out: a) a beteg

bármilyen okból nem kívánta a program folytatását; b) a beteg egészségét veszélyeztető objektív és/vagy szubjektív mellékhatások jelentkezése; c) kellő kollaboráció hiánya; d) a program folytatását (értékelését) zavaró egyéb gyógyszeres kezelést igénylő interkurrens betegség. *A vizsgált gyógyszerek:* A: Neopanpur (EGIS), dózis: 3×2 tabl.; B: Kreon (Kalichemie), dózis: 3×2 caps. *Standardizálás:* a) a betegek a vizsgálat alatt standard étrendet fogyasztanak (napi 75 g zsír — 8 MJ); b) savsecretio gátlás céllal végig 3×1 Histodilt szedtek; c) nem szedtek alkáliákat (elkerülve azok esetleges luminalis adsorbeáló hatásának befolyását). *A vizsgálat menete:* A betegek kiválasztásakor a következő vizsgálatok történtek: a) Részletes belgyógyászati anamnézis, b) Fizikális status; c) a betegek panaszainak regisztrálása (score-okban: 0 = nincs, 1 = enyhe, 2 = mérsékelt, 3 = súlyos); d) Testsúly-, testmagasságmérés; e) Laboratóriumi vizsgálatok: *Vizelet:* N-Multistix + mikroszkópos üledékvizsgálat, *Süllyedés:* Westergreen módszer (norm: 10 mm/óra alatt), *Htc:* Janeczki heparinos kapilláris (norm: 0,38—0,50), *fvs:* automata sejtszámolóval, Laub 1974 norm: $5-8 \times 10^9/l$, *Se creatinin:* Fehérjemen-tetés nélkül Heinegard és mtsai pikrinsavval, norm.: 60—120 $\mu\text{mol/l}$, *Se húgysav:* Caraway-módszer szerint norm.: 400 $\mu\text{mol/l}$ alatt, *GOT:* Kinetikus UV teszt, Rick és mtsai, 1972. norm.: 4—44 IU, *GPT:* Optimált UV teszt, Rick és mtsai, 1972 norm.: 4—50 IU, *gamma-GT:* Optimált kinetikus módszer gamma-glutamin-p-nitroanilid szubsztáttal, Mestyán és Ludány 1977. norm.: 70 IU-ig, *Se cholesterin:* Rappaport, Eichorn módszer 1960. norm.: 3,7—6,2 mmol/l, *Vércukor:* Enzimatisz módszer, Trinder reagenssel norm.: 4—6,2 mmol/l, *Se amylase:* Phadebas amylase teszt norm.: 70—300 IU, *Carbamid Nitrogen:* Enzimatisz módszer ureaseval norm.: 2,0—9,0 mmol/l, *Se bilirubin:* Küffner—Richterich szerint, diklóranilinnel norm.: 5—20 $\mu\text{mol/l}$, *ALP:* Kinetikus p-nitrofenolszubsztát norm.: 13—60 U/l, *LDH:* Kinetikus UV teszt norm.: 450 IU/l-ig, *Se triglicerid:* Boehringer enzimatisz teszt norm.: 0,8—2,0 mmol/l, *Se Na:* Lángfotometria norm: 138—146 mmol/l, *Se Ca:* Lángfotometria norm.: 2,2—2,6 mmol/l, *Prothrombin:* Quick módszer norm.: 100%, *Se lipase:* Whitaker, J. F.: 1973. Clin. Chim. Acta 44, 133. norm.: 0,5—2,0 IU/l, *Se Trypsin:* Sero Diagnostic SA. Radio-immunoassay módszer; f) Széklet frekvencia, súly és jelleg meghatározása naponta. Frekvencia: bemondás alapján, súly: konyhai mérleg használatával; g) Széklet kvantitatív zsírtartalom kémiai meghatározása: Van de Kaamer és mtsai. 1949. (norm.: 7 g/nap alatt 75 g zsírt tartalmazó standard diéta mellett); h) Oralis glucose terhelés (100 g): Vércukor meghatározás kapilláris vérből 0—30—60—90—120—150—180 perckor. *Kilégzési H₂-teszt:* H₂-Analyser (Rolitron) eszközzel a glucose meghatározások idejével megegyezően; i) Oralis keményítő terhelés (100 g): Meghatározások megegyeznek a h) pontban leírtakkal; j) Lipidol-teszt: Gyurkovics K., Orv. Hetil., 1973, 114, 1545; norm: 2,5 $\mu\text{mol/nap}$; k) Lundh-teszt; l) Schilling teszt (Kvantitatív B₁₂-vitamin felszívódás vizsgálat); m) Hasi ultrahang vizsgálat; n) ERCP vizsgálat.

A kezelés időtartama: Az első 7 nap alatt a betegek enzimpótló kezelést nem kaptak, ekkor történtek meg az alapvizsgálatok. Ezt követően a random eloszlástól függően A = Neopanpur vagy B = Kreon kezelést indítottunk 10 napos időtartamra. Az első 3 napja ennek a periódusnak az egyensúlyállapot elérését célozta, ekkor vizsgálat nem történt. Az ezt követő 7 napon át történtek a laboratóriumi és pancreas funkciós vizsgálatok. Ezt követő 7 napon át a betegek ismét enzimpótló gyógykezelés nélkül töltötték a „kimosási” periódust. Ezután attól függően, hogy az első kezelési periódus melyik gyógyszerrel indult, a másik gyógyszeres kezelést indítottuk el 10 napra. Az első 3 nap itt is az egyensúlyi állapot elérését célozta, az ezt követő 7 napon történtek a vizsgálatok.

Az adatrögzítés és értékelés módja: a) Az eredmények rögzítése a végleges protokoll alapján készített magyar—angol nyelvű egyéni adatlapon naprakészen történt; b) A kezelési hatásának megállapítására a kezelés kezdetén, valamint az A és B periódusok után észlelt eredmények összehasonlításával történt.

Statistikai vizsgálat: Az egyes paraméterek közötti változások ellenőrzése AT-Turbo számítógéppel, Student-féle egymintás „t” próbával történt.

Randomizálás: A betegek érkezési sorrendtől függően random eloszlás szerint kapták az első kezelési periódusban az A = Neopanpur filmbevonatú tabletta vagy B = Kreon kapszulát. A második kezelési periódusban a cross-over elrendezésnek megfelelően a másik gyógyszert adtuk.

A random sort számgenerátor segítségével állítottuk elő.

A betegek a vizsgálatokba való beleegyezésüket előzetes felvilágosítást követően aláírásukkal igazolták.

Eredmények

A vizsgálatok 15 értékelhető betegen fejeződtek be. A betegek átlagos életkora 46,9 év volt (32—69 év között). Nemi megoszlás: 14 férfi és 1 nő. A vizsgálatok alatt drop outra nem került sor.

A 15 értékelhető beteg mindegyike már előzetesen gyógykezelve volt pancreas enzim készítménnyel. A vizsgálatba belépés előtt azonban az enzimpótló kezelést felfüggesztettük 7 napra.

Az anamnesztikus adatok szerint a chronikus hasnyálmirigy gyulladás kiváltásában aetiologiai faktorként szóba jövő tényezők a következők alakultak:

	igen	nem
dohányzás	8	7
alkoholfogyasztás	14	1
műtét (epekö miatt)	2	
(pseudocysta miatt)	4	

Az 1. táblázatban az anamnesztikus adatok (score $\pm$ SEM) változását tüntettük fel a vizsgálat kezdetekor, a Kreon és Neopanpur kezelési periódusok után.

Kreon kezelés után az alapfájdalom score értéke $2,66 \pm 0,12$ -ről $1,40 \pm 0,16$ -ra csökkent le és ez erősen szignifikánsnak bizonyult. A Neopanpur periódus végén a fájdalom score $1,60 \pm 0,13$ volt, mely szintén erősen szignifikánsan különbözött az alapértéktől. A Kreon és Neopanpur fájdalom score gyenge szignifikanciával különbözött egymástól a Kreon javára.

Kreon kezelés után az alap puffadás score értéke $2,86 \pm 0,09$ -ről $1,33 \pm 0,15$ -re, Neopanpur esetében $1,46 \pm 0,21$ -re csökkent. Mindkettő esetben a csökkenés erősen szignifikáns. A Kreon és Neopanpur puffadás score-ok között nincs szignifikáns különbség.

Kreon kezelés után az alap hasmenési score értéke $2,66 \pm 0,12$ -ről $0,60 \pm 0,19$ -re, Neopanpur esetében $0,80 \pm 0,20$ -ra csökkent. Mindkettő esetben a hasmenési score csökkenése erősen szignifikáns. A Kreon és Neopanpur hasmenési score-ok között nincs szignifikáns különbség.

Kreon kezelés után az alap hányinger score értéke $1,93 \pm 0,15$ -ről $0,40 \pm 0,13$ -ra, Neopanpur esetében $0,46 \pm 0,13$ -ra csökkent. Mindkettő esetben a csökkenés erősen szignifikáns. A Kreon és Neopanpur hasmenési score-ok között nincs szignifikáns különbség.

Kreon kezelés után az alap hányás score értéke $1,13 \pm 0,21$ -ről $0,06 \pm 0,06$ -ra, Neopanpur esetében hasonló értékre csökkent. A csökkenés mindkét gyógyszer eseté-

1. táblázat: Az anamnesztikus adatok változása pancreas enzimpótló kezelésre (score $\bar{x} \pm \text{SEM}$, n = 15)

	Alap	Kreon	Neopanpur
Fájdalom	2,66 ± 0,12	1,40 ± 0,16	1,60 ± 0,13
	p < 0,001		p < 0,05
Puffadás	2,86 ± 0,09	1,33 ± 0,15	1,46 ± 0,21
	p < 0,001		n. s.
Hasmenés	2,66 ± 0,12	0,60 ± 0,19	0,80 ± 0,20
	p < 0,001		n. s.
Hányinger	1,93 ± 0,15	0,40 ± 0,13	0,46 ± 0,13
	p < 0,001		n. s.
Hányás	1,13 ± 0,21	0,06 ± 0,06	0,06 ± 0,06
	p < 0,001		n. s.

2. táblázat: Anamnesztikus széklet jellemzők változása (score $\bar{x} \pm \text{SEM}$, n = 15)

	Alap	Kreon	Neopanpur
Bűzös	1,00	0,26 ± 0,11	0,46 ± 0,13
	p < 0,001		n. s.
Habos	1,00	0,06 ± 0,06	0,06 ± 0,06
	p < 0,001		n. s.
Zsírfényű	1,00	0,06 ± 0,06	0,20 ± 0,10
	p < 0,001		n. s.

3. táblázat: Laboratóriumi adatok változása ($\bar{x} \pm \text{SEM}$, n = 15)

	Alap	Kreon	Neopanpur
CN	8,22 ± 0,47	7,66 ± 0,31	7,80 ± 0,27
KRN	99 ± 5,0	86 ± 1,8*	89 ± 2,0
HUS	360 ± 23	328 ± 13	317 ± 17
Sebi	16,9 ± 1,6	14,2 ± 0,9*	14,6 ± 0,8
GOT	48 ± 8	33 ± 5**	30 ± 4**
GPT	42 ± 7	33 ± 5	32 ± 6
ALP	48 ± 3	45 ± 3	45 ± 2
LDH	322 ± 19	323 ± 14	305 ± 16
GGT	119 ± 28	102 ± 28	94 ± 24*
TCH	4,37 ± 0,28	4,79 ± 0,18*	4,63 ± 0,18
TGL	1,44 ± 0,20	1,43 ± 0,11	1,43 ± 0,14
Na	140 ± 0,39	141 ± 0,43	141 ± 0,49*
K	4,36 ± 0,11	4,32 ± 0,07	4,30 ± 0,08
Ca	2,16 ± 0,03	2,23 ± 0,02*	2,26 ± 0,02*
P	1,25 ± 0,03	1,28 ± 0,02	1,25 ± 0,02
PTR	90 ± 3,2	96 ± 1,6*	96 ± 1,6*
Vércukor	5,68 ± 0,22	5,37 ± 0,14	5,44 ± 0,11
Amylase	375 ± 51	267 ± 12*	266 ± 30*
Sz. zsír	10,21 ± 0,69	4,08 ± 0,50***	4,90 ± 0,48***

Jelmagyarázat: * = p < 0,05; ** = p < 0,01; *** = p < 0,001

ben erősen szignifikáns. A Kreon és Neopanpur hányás score-ok között nincs szignifikáns különbség.

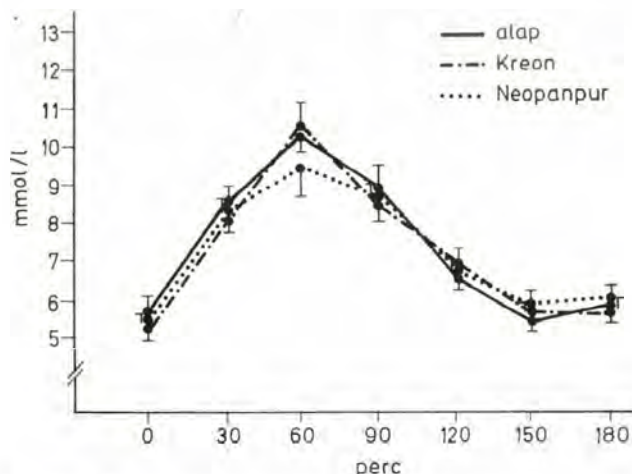
A 2. táblázat a kezelések előtti és az egyes kezelési periódusok utáni anamnesztikus széklet jellemzőket tünteti fel. Mindhárom jellemző adat (bűzösség, habosság és zsírfényűség) esetében azonos tendenciájú szignifikáns csökkenést észleltünk mind a Kreon, mind a Neopanpur periódus végén. A Kreon és Neopanpur periódus utáni értékek között nincs szignifikáns különbség.

A 3. táblázat a laboratóriumi adatokat tünteti fel. A táblázat alján a szignifikancia mértéke van feltüntetve. Kifejezetten szignifikánsan csökkent a Kreon és Neopanpur periódus után a széklet zsír ürítés átlaga a kiindulási értékhez 10,21 ± 0,69 viszonyítva. A Kreon periódus után észlelt széklet zsír ürítés (4,08 ± 0,50) és a Neopanpur periódus utáni széklet zsír ürítés átlagai (4,90 ± 0,48) között nincs szignifikáns különbség.

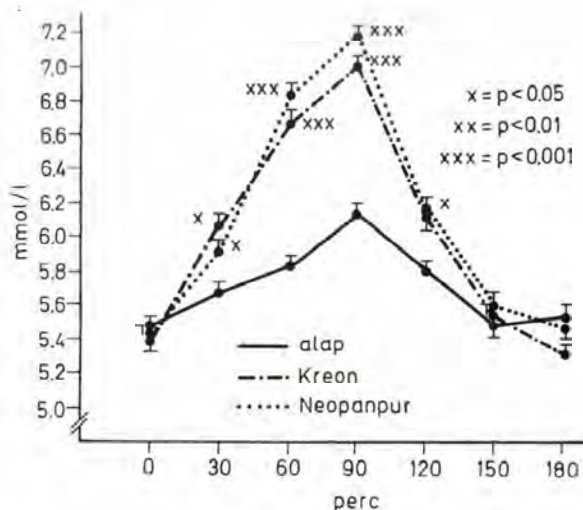
A labor adatok közül említésre méltó még a GOT érték mindkét gyógyszeres periódus utáni szignifikáns javulása.

Az 1. ábrán a per os glucose terhelés (100 g) változását tüntettük fel. Az ordinátán a vércukor értékek (μmol/l), az abszcisszán az idő (perc) van feltüntetve. A gyógyszeres kezelés előtti terhelési görbétől nem különbözött szignifikánsan sem a Kreon, sem a Neopanpur periódusban kapott görbe.

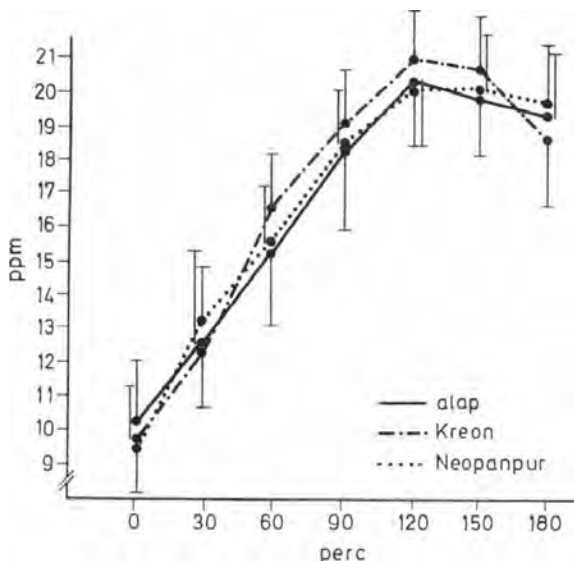
A 2. ábrán a kilégzési H₂-értékek változása van feltüntetve 100 g glucose orális elfogyasztását követően. Az ordi-



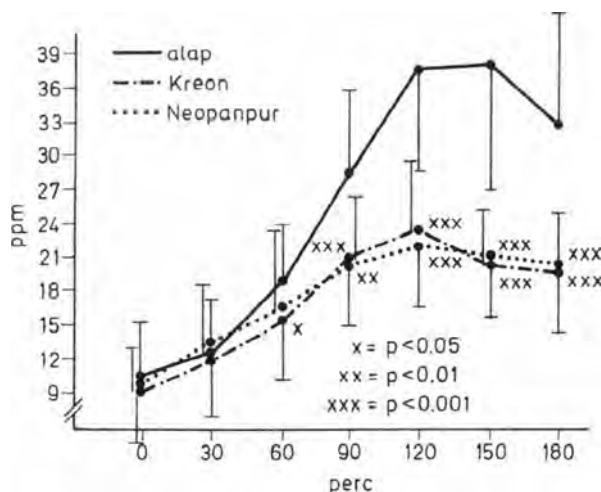
1. ábra: Per os glucose terhelés változása pancreas enzimpótló kezelésre



3. ábra: Per os keményítő terhelés változása pancreas enzimpótló kezelésre



2. ábra: Kilégzési H₂-értékek változása 100 g glucose per os adása után a különböző kezelési periódusokban



4. ábra: Kilégzési H₂-értékek változása 100 g keményítő per os adása után a különböző kezelési periódusokban

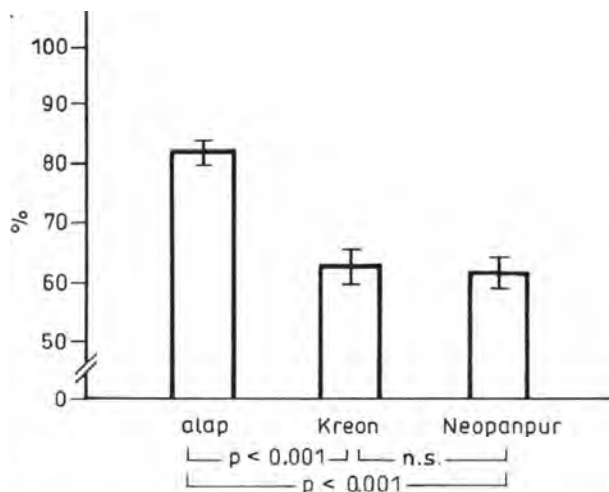
nátan a kilégzett H₂-koncentráció van ábrázolva (ppm), az abszcisszán az idő (perc). A gyógyszeres kezelés előtti kilégzési H₂-értékektől nem különböztek szignifikánsan sem a Kreon, sem a Neopanpur periódusban kapott H₂ koncentrációs értékek.

A 3. ábrán a keményítő terhelés (100 g) változását tüntettük fel. Az ordinátán a vércukor értékek ($\mu\text{mol/l}$) vannak feltüntetve. Az abszcisszán az időt jelezzük. A gyógyszeres kezelés előtti görbéhez (folyamatos vonallal jelezve) képest mind a Kreon, mind a Neopanpur kezelés alatt szignifikáns emelkedés mutatható ki a 30–60–90. percben a felszívódott glucose vonatkozásában. Ez a javuló absorpció a gyógyszerek amylase bontó hatásának köszönhető. A Kreon és Neopanpur hatása között nincs szignifikáns különbség. Az ábra alján a csillagok a szignifikancia erősségét jelzik.

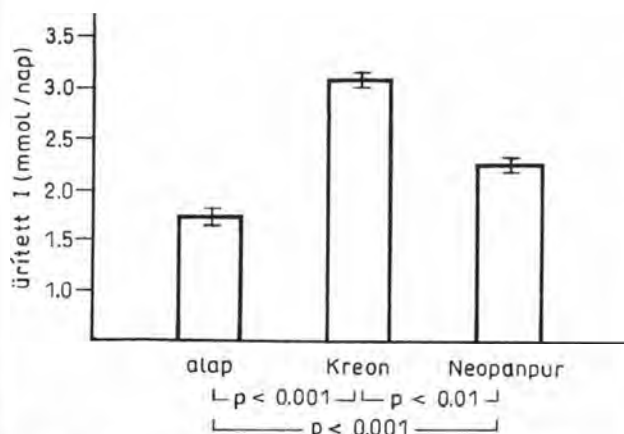
A 4. ábrán a kilégzési H₂-értékek változása van feltüntetve 100 g keményítő orális elfogyasztását követően. Az

ordinátán a kilégzett H₂-koncentráció van ábrázolva (ppm), az abszcisszán az idő (perc). A gyógyszeres kezelés előtti 90–120–150. és 180. percben észlelt kórosan magas H₂-koncentrációk arra utalnak, hogy a nem kellően bontott keményítő a colonba jutva az intestinalis bacteriumok által fermentálódva H₂-képződéshez vezetett, és az megjelent a kilégzett levegőben. Az alapgörbe értékeihez viszonyítva a 90–120–150. és 180. percben erősen szignifikánsan csökkent a kilégzett H₂-koncentráció Kreon és Neopanpur kezelés alatt. A két gyógyszer hatása között nem volt szignifikáns eltérés.

Az 5. ábrán a keményítő terhelés változását ábrázoljuk pancreas enzimpótló kezelésre. Az egyes oszlopok a kezelés előtt, majd a Kreon és Neopanpur periódusban kapott átlagokat $\pm \text{SEM}$ -t reprezentálják. Az alaphoz viszonyítva szignifikáns javulást kaptunk mind a Kreon periódusban, mind a Neopanpur szakaszban. A Kreon és Neopanpur átlagok között nincs szignifikáns különbség.



5. ábra: Keményítő terhelés változása pancreas enzimpótló kezelésre



6. ábra: Lipjodol értékek változása pancreas enzimpótló kezelésre

A 6. ábrán a lipjodol vizsgálatok értékeinek változását tüntettük fel pancreas enzimpótló kezelésre. Az ordinátán a napi vizelettel ürített jód mennyisége van ábrázolva (mmol/nap). Az oszlopok a kezelés előtt, majd a Kreon és Neopanpur periódusban kapott átlagokat $\pm$ SEM-t jelen-

tik. A kezelés nélküli kóros lipjodol értékhez képest mind a Kreon, mint a Neopanpur esetében kifejezett szignifikáns javulást észleltünk. A Kreon jobban normalizálta a lipjodol eredményeket, mind a Neopanpur, közöttük a különbség szignifikáns.

A 4. táblázat a Lundh-teszt során mért paraméterek változását tünteti fel pancreas enzimpótló kezelésre. Enzimpótló kezelés nélkül az alap excretált volumen $77,40 \pm 6,49$ ml volt. Kreon és Neopanpur kezelési periódusban a volumenek szignifikánsan megnövekedtek, Kreon esetében $137,80 \pm 12,06$, Neopanpur esetében $117,53 \pm 9,82$ ml-re, Kreon kezelés alatt szignifikánsan magasabb volumen elválasztást észleltünk, mint Neopanpur esetében.

Enzimpótló kezelés nélkül az alap bélnedv amylase koncentráció $64,30 \pm 11,26$ (az értékek 1000-rel megszorozandók, és IU egységben vannak kifejezve) IU volt. Kreon és Neopanpur kezelési periódusban az intraluminalis enzim koncentráció szignifikánsan növekedett, Kreon esetében $157,73 \pm 12,54$, míg Neopanpur esetében $131,66 \pm 12,68$ IU-re. A Kreon és Neopanpur értékek között nincs szignifikáns különbség.

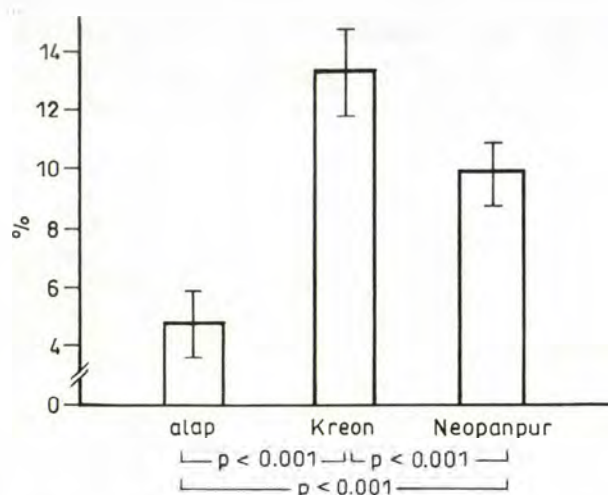
Hasonló tendenciát kaptunk a béltartalom lipase aktivitásának meghatározásakor. Enzimpótló kezelés nélkül az alap lipase érték $9,26 \pm 0,83$ IU volt, mely Kreon kezelés alatt szignifikánsan növekedett ($23,10 \pm 1,95$), úgyszintén szignifikánsan emelkedett az intraluminalis enzim tartalom Neopanpur kezelés alatt ($20,44 \pm 1,76$). A Kreon és Neopanpur értékek között nem észleltünk szignifikáns különbséget.

A serum tripsin az irodalmi adatoknak megfelelően az alkoholos chronikus pancreatitisekben igen alacsony volt mindhárom esetben.

A 7. ábrán a Schilling teszt (B_{12} -vitamin-felszívódás) változását tüntettük fel pancreas enzimpótló kezelésre. Az ordinátán a 24 óra alatt vizelettel excretált izotóp mennyisége van feltüntetve a beadott aktivitás százalékában. Az egyes oszlopok a kezelés előtt, majd a Kreon és Neopanpur periódusban kapott átlagokat $\pm$ SEM-t ábrázolják. A kezelés nélküli kóros B_{12} -vitamin-felszívódás szignifikánsan javult és normalizálódott Kreon és Neopanpur kezelésre. A Kreon esetében a B_{12} -vitamin felszívódás lényegesen jobban javult, mint a Neopanpur esetében. Közöttük a különbség szignifikáns.

4. táblázat: Lundh teszt változása pancreas enzimpótló kezelésre ($\bar{x} \pm$ SEM, n = 15)

	Alap	Kreon	Neopanpur
Volumen	$77,40 \pm 6,49$	$137,80 \pm 12,06$	$117,53 \pm 9,82$
	p < 0,001 (Alap vs Kreon) p < 0,01 (Kreon vs Neopanpur) p < 0,001 (Alap vs Neopanpur)		
Amylase	$64,30 \pm 11,26$	$157,73 \pm 12,54$	$131,66 \pm 12,68$
	p < 0,001 (Alap vs Kreon) p < 0,001 (Kreon vs Neopanpur) n. s. (Alap vs Neopanpur)		
Lipase	$9,26 \pm 0,83$	$23,10 \pm 1,95$	$20,44 \pm 1,76$
	p < 0,001 (Alap vs Kreon) p < 0,001 (Kreon vs Neopanpur) n. s. (Alap vs Neopanpur)		
Se. tripsin	$40,73 \pm 10,44$	$22,00 \pm 2,19$	$22,00 \pm 2,54$
	p < 0,001 (Alap vs Kreon) p < 0,001 (Kreon vs Neopanpur) n. s. (Alap vs Neopanpur)		



7. ábra: Schilling teszt változása pancreas enzimpótló kezelésre

Az 5. táblázat a széklet jellemzők változását tünteti fel pancreas enzimpótló kezelésre.

Enzimpótló kezelés nélkül az alapvizsgálatok periódusában a hét nap ürített széklet súly 2166 ± 124 g volt. A Kreon adagolás periódusában a vizsgálati 7 nap összszéklet súlya szignifikánsan alacsonyabb volt, 896 ± 65 g. Ez az összszéklet súlya a Neopanpur periódusban is szignifikánsan alacsonyabb volt az alaphoz viszonyítva, 1095 ± 96 g. A Kreon és Neopanpur értékek között a különbség a Kreon javára mérsékelt fokban, de szignifikáns.

Enzimpótló kezelés nélkül a frequentia alap esetben 20,6 volt. Mind a Kreon ($6,53 \pm 0,43$), mind a Neopanpur ($7,40 \pm 0,53$) esetében a székelési frequentia szignifikánsan csökkent az alaphoz viszonyítva. A két gyógyszer között nincs szignifikáns különbség.

Enzimpótló kezelés nélkül a széklet bűzössége az alap $6,00 \pm 0,23$ score-ról lecsökkent a Kreon periódusban $0,60 \pm 0,23$ -ra, a Neopanpur periódusban $1,73 \pm 0,28$ -ra. Mindkét esetben a csökkenés szignifikáns. A Kreon esetében a bűzösségi score szignifikánsan jobb volt, mint ugyanez a Neopanpur esetben.

Enzimpótló kezelés nélkül az alap periódusban a széklet habosság score $6,00 \pm 0,23$ volt. Mind a Kreon, mind a Neopanpur esetében a széklet habosság score értékei szignifikánsan javultak az alaphoz viszonyítva. A Kreon és Neopanpur hatása között nem volt szignifikáns különbség.

Hasonló eredmények voltak a széklet zsírfényességét jelző score-ban is megfigyelhetők. Alap esetben ez $5,60 \pm 0,21$ volt, Kreon periódusban $0,40 \pm 0,40$, a Neopanpur szakaszban $1,06 \pm 0,47$ volt. Mindkét gyógyszer szignifikánsan csökkentette a zsírfényességi score-t. A Kreon és Neopanpur között nem volt szignifikáns különbség.

Megbeszélés

A chronikus pancreatitisekhez társuló exocrin pancreas elégtelenség enzimszubsztitúciós kezelése sokáig megoldatlan probléma volt hazánkban. A korábban alkalmazott készítmények nem kellő hatásosságáért egyrészt a nem kellő arányú és mennyiségű enzimtartalom, az enzimek tárolás alatti gyors inaktiválódása, másrészt a hatóanyag gyomorban történő pepsin általi inaktiválódása volt okolható.

A chronikus pancreatitis konzervatív kezelésében három alapproblémát kell megoldani. 1. A fájdalom csillapítása. 2. Az exocrin pancreas insufficiencia kezelése. 3. Az endocrin pancreas insufficiencia kezelése.

1. A fájdalom csillapítása

A perifériásan és centrálisan ható fájdalomcsillapítók mellett igen hatékony ebben a megfelelő diéta adása. Természetesen az oki kezelés a legideálisabb, alkoholos eredet esetében a teljes abstinencia. Epebetegség esetében annak a megfelelő kezelése. Alkoholisták azonban csak ritkán képesek hosszabb időre mellőzni a szeszes italokat. Az alkohol abstinencia az esetek mintegy 50%-ában megszünteti a meglévő fájdalmat (14). A fájdalom befolyásolására az orálisan adott pancreas enzimszubsztitúció is jótékony hatású. Isacson és Ihse egy háromhetes megfigyelésben a fájdalom lényeges reduktójáról számoltak be (10). Slaff és

5. táblázat: Széklet jellemzők változása pancreas enzimpótló kezelésre ($\bar{x} \pm \text{SEM}$, n = 15)

	Alap	Kreon	Neopanpur
Súly	2166 ± 124	896 ± 65	1095 ± 96
	p < 0,001		p < 0,05
Frequentia	$20,6 \pm 2,0$	$6,53 \pm 0,43$	$7,40 \pm 0,53$
	p < 0,001		n. s.
Bűzösség	$6,00 \pm 0,18$	$0,60 \pm 0,23$	$1,73 \pm 0,28$
	p < 0,001		p < 0,01
Habosság	$6,00 \pm 0,23$	$0,40 \pm 0,16$	$0,60 \pm 0,16$
	p < 0,001		n. s.
Zsírfényűség	$5,60 \pm 0,21$	$0,40 \pm 0,40$	$1,06 \pm 0,47$
	p < 0,001		n. s.

mtsai közepes súlyosságú chronikus pancreatitis esetében az enzimpótlástól 75%-ban láttak fájdalom csillapodást, míg súlyos pancreatitis esetében, ha a steatorrhoea is kifejezett volt, az enzimpótlás csak 25%-ban volt hatékony (15).

Saját betegeink esetében egy betegben sem a Neopanpur, sem a Kreon adása nem javított a hasi fájdalom intenzitását. 14 betegben a fájdalom csökkenését észleltük mindkét gyógyszer adását követően. A fájdalom, a puffadás és a hasmenés javulása szignifikáns volt, a Kreon esetében minimálisan előnyösebb effectust észleltünk. Ez az effectus a fájdalom esetében matematikailag szignifikáns. A puffadás, hasmenés, hányinger és hányás vonatkozásában a Neopanpur és a Kreon között matematikailag sincs szignifikáns különbség.

2. Az exocrin pancreas insuffitientia kezelése

Ismert tény, hogy a pancreas secretio jelentős reserv kapacitással rendelkezik. Ezért ahhoz, hogy steatorrhoea, azotorrhoea alakuljon ki, a pancreas lipase és tripsin secretiónak a normális secretio 10%-a alá kell csökkennie, mely állapotban maldigestio és következményes, malabsorptio alakul ki (1).

Irodalmi felmérések azt igazolták, hogy alkoholisták esetében mintegy 10 év folyamatos alkoholfogyasztás szükséges ahhoz, hogy a pancreas secretio kritikusán lecsökkenjen (2). A lipase secretio sokkal hamarabb károsodik, mint a proteolitikus enzimek secretiója, ezért a chronikus pancreatitis esetében a fehérjék és szénhidrátok malabsorptiója kisebb klinikai jelentőségű, mint a steatorrhoea. A steatorrhoea kezelésében az enzimpótlás mellett igen nagy jelentőségű a diéta, amelynek lényege a következő: teljes alkohol megvonás; zsírok bevitelének a megszorítása; gyakori kis étkezések javasoltak; hagyjuk ki az étrendből azokat az ételeket, amelyek még egészségesekben is panaszokat okozhatnak (pl. hüvelyesek, zsírban sült ételek stb.), az ételek elkészítésekor a lehető legkevesebb zsír legyen felhasználva. Különböző technológiai módszerek javasoltak: pl. alufólia alkalmazása, római tál használata, grillezés javasolt; nem kompenzálható zsírszékelés és súlyvesztés esetében a kalóriabevitel biztosítása céljából középsznélancú zsírok adása javasolt; rostban szegény legyen az étrend (a diéta rostok mind in vitro, mind in vivo gátolják a pancreas enzimek aktivitását (4, 7, 9, 11); napi 15 g zsírvesztés esetében a zsírban oldódó vitaminok parenterális adása indokolt (13).

A steatorrhoea kezelésében a pancreas exocrin enzimeinek pótlása nagy jelentőségű. Nyhe steatorrhoea nem okoz klinikai tüneteket. Arra nincs elegendő adat, hogy meghatározzuk, milyen mértékű zsírszékelés képezi az enzimpótlás indikációját, de az általánosan elfogadott szabály, hogy ha ez eléri a napi 15 g-ot, akkor az enzimpótlásra szükség van. Enzimpótlást indikál az is, ha a beteg permanensen fogy, hasmenése van vagy dyspepsiás panaszokkal rendelkezik. Elegendő az is, ha a tünetek közül kettő vagy több együttesen fordul elő.

Enzimpótlásra számos új készítmény alkalmas, így ezek megtalálhatók tabletta, bélnedvben oldódó bevonattal rendelkező filmbevonatú tabletta, capsulák, microsphaera, granulátum és por formában (3).

Vizsgálatainkban egy bélnedvben oldódó tabletta (Neopanpur) és egy capsula formában kiszerelt (Kreon) enterosolvens védőburokkal ellátott granulátumokat tartalmazó enzimkészítmény hatását hasonlítottuk össze. Eredményeink azt igazolták, hogy mindkét gyógyszer szignifikánsan javította az anamnesztikus panaszokat, a széklet jellemzőket, a keményítő terhelést, a lipjodol teszt és a Lundh teszt, valamint a Schilling teszt eredményét. Mindkét gyógyszer eredményesen csökkentette a széklettel ürített napi zsír mennyiségét is. Matematikailag mérsékelt fokban eredményesebb volt a Kreon, ez azonban lényegi biológiai hatáskülönbséget nem eredményezett. A 15 betegből 3 beteg hatásosabbnak véleményezte a Neopanpur filmbevonatú tablettát, 5 beteg a két gyógyszer hatása között nem tudott különbséget tenni, míg 7 előnyösebbnek tartotta a Kreon capsulát.

Ismert, hogy az enzimpótló készítmények hatékonysága nagymértékben függ lipase tartalmuktól. E vonatkozásban a vizsgált készítmények között nem volt különbség. Irodalmi adatok megerősítették azt, hogy 10 000–12 000 lipase egység adással a steatorrhoea mértéke 50%-kal mérsékelhető (10).

Kölbel vizsgálatai szerint a készítmények lipase tartalmának emelése nem vezet dózisfüggően a steatorrhoea javulásához, ill. megszűnéséhez (12). A lipase dózis emelésével javulnak, de nem arányos mértékben a pancreas functiók. Számos beteg a dózisemelésre hasi görcsökkel reagál, így ennek a mértéke is limitált (5, 6, 8).

Vizsgálataink alatt nem észleltünk mellékhatást vagy nem kívánt hatást.

A Neopanpur filmbevonatú tabletta gyógyszerári forgalomba hozatalával a Kreon mellett egy új, klinikailag hatásos, pancreas enzimeket tartalmazó készítménnyel gya-rapíthatjuk az eddig oly hiányos gyógyszerválasztékot.

Köszönetnyilvánítás: A pancreas functiók próbák precíz elvégzéséért ezúton mondunk köszönetet Friedszám Jánosné szakasszisztensnek.

IRODALOM: 1. DiMagno, E. P., Go, V. L. W., Summerskill, W. H. J.: Relation between pancreatic enzyme outputs and malabsorption in severe pancreatic insufficiency. New Engl. J. Med., 1973, 288, 813. — 2. DiMagno, E. P., Malagelada, J. R., Go, V. L. W.: Relationship between alcoholism and pancreatic insufficiency. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1975, 252, 200. — 3. Drummond, S., Saunders, J. H. B., Leach, R. és mtsai: Enzymic activities of commercial preparations of pancreatic enzymes. Scott. med. J., 1977, 22, 221. — 4. Dunaif, G., Schneeman, B. O.: The effect of dietary fiber on human pancreatic enzyme activity in vitro. Am. J. clin. Nutr., 1981, 34, 1034. — 5. George, D. E., Pinero, R., Miller, A. B. és mtsai: Comparison of two pancreatic enzyme supplements in patients with cystic fibrosis. Adv. Ther., 1990, 7, 109. — 6. Graham, D. Y.: Treatment of exocrine pancreatic insufficiency. Pract. Gastroent., 1980, 4, 18. — 7. Hansen, W. W., Schulz, G.: The effect of dietary fiber on pancreatic amylase activity in vitro. Hepatogastroenterology, 1982, 29, 157. — 8. Ihse, I., Lilja, P., Lundquist, I.: Intestinal concentrations of pancreatic enzymes following pancreatic replacement therapy. Scand. J. Gastroent., 1980, 15, 137. — 9. Isaksson, G., Lundquist, I., Ihse, I.: Effect of dietary fiber on pancreatic enzyme activity in vitro. The importance of viscosity, pH, ionic strength, adsorption, and time of incubation. Gastroenterology, 1982, 82, 918. — 10. Isaksson, G., Ihse, I.: Pain reduction by an oral pancreatic enzy-

me preparation in chronic pancreatitis. Dig. Dis. Sci., 1983, 28, 97. — 11. Isaksson, G., Lilja, P., Lundquist, I. és mtsai: Influence of dietary fiber on exocrine pancreatic function in the rat. Digestion, 1983, 27, 57. — 12. Köbel, C., Layer, P., Hotz, J. és mtsai: Der Einfluss eines säuregeschützten, mikroverkapselten Pankreatinpräparats auf die pankreatogene Steatorrhö. Med. Klin., 1986, 81, 85. — 13. Lankisch, P. G.: Conservative treatment of chronic pancreatitis. Digestion, 1987, 37, suppl. 1. 47. — 14.

Sarles, H., Sahel, J.: Die chronische Pancreatitis; in Forell, Handbuch der inneren Medizin, (Springer, Berlin 1976), vol. 3. Pankreas, 737. — 15. Slaff, J., Jacobson, D., Tillman, C. R. és mtsai: Protease-specific suppression of pancreatic exocrine secretion. Gastroenterology, 1984, 87, 44.

(Beró Tamás dr., Pécs, Ifjúság u. 13. 7643)

Ha Ön szeretné pénzügyi helyzetét egy pillantással áttekinteni, akkor...

Drill

**Gazdasági
programcsomag
vállalkozó
orvosoknak**

Számítógép, program, helyszíni betanítás, év végéig előnyös pénzügyi konstrukció!

- Szolgáltatás: számlázás, bérszámfejtés, SZJA, útnyilvántartás, pénzforgalom, stb.
- Kapcsolódás: VIDEOTON INFORMATIKA betegnyilvántartó programjához

MAXOFT KERESKEDELMI és KONZULTÁCIÓS KFT.

1093 Budapest, Lónyay u. 29. Telefon/fax: 218-7091 és 218-7472.

... a szálat
kézben-
tartására ...

MEGHÍVÓ

KORSZERŰ FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS MST*, DHC* SYMPOSIUM

1994. január 13-án, 10 órákor.

BUDAPEST KONGRESSZUSI KÖZPONT, BARTÓK TEREM

Budapest XII., Jagelló u. 1-3. 2. bejárat

Mundipharma Ges.m.b.H. A-1072 Wien,

Apollogasse 16-18. Tel.: 00431/523 25 05

*MST-CONTINUS® retard tbl. (morphinsulfát)

A krónikus rákos fájdalom esetén választandó gyógyszer

*DHC-CONTINUS® retard tbl. (dihydrocodein)

Mérsékelttől erős fájdalom csillapítása



TUDOMÁNYOS PROGRAM

A retard morfin és a retard dihydrocodein farmakológiája és alkalmazása a WHO lépcsőzetes séma szerint

(Univ. Prof. Dr. Eckhard Beubler)

A retard morfin (MST continus) és a retard dihydrocodein (DHC continus) tbl. alkalmazásával szerzett tapasztalatok Ausztriában (Prim. Univ. Doz. Dr. Wilfried Ilias)

A krónikus fájdalom csillapítása különös tekintettel a daganatos fájdalomra.

(Dr. med. Ilse Windbacher)

A daganatos fájdalom korszerű kezelése

(Dr. Embey-Isztin Dezső)

Az MST continus tbl. és DHC continus tbl. rendelésével összefüggő gyakorlati ismeretek (Dr. Zajzon Ádám)

MEDKOM-LÍZING

KEDVEZŐ FELTÉTELEKKEL
MINDEN ÁLTALUNK FORGALMAZOTT MŰSZER
MEGVÁSÁROLHATÓ

Részletes információ:

MEDKOM International Kft.

1133 Gógol u. 34.

Telefon/fax: 140-2456. Telefon: 270-2931, (06-60) 326-315



Szialidáz aktivitás alakulása a cervix uteri kötőszövetében a terhesség alatti érés és a szülés alatti dilatáció során

Szeverényi Mihály dr., Osmers, Rüdiger dr. *, Rath, Werner dr. *, Kuhn, Walter dr. *
és Lampé László dr.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Lampé László dr.)
Göttingeni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Göttingen, Németország*

A szerzők 122 nőtől vettek — az orvostikai bizottság engedélyével — a portio vaginalis uteri szövetéből biopsziákat a premenopauzában, a terhesség különböző időszakaiban, a szülés alatt és közvetlenül a szülés után. A 30–200 mg súlyú anyagmintákból különböző biokémiai vizsgálatokat végeztek, amikkel a cervix uteri fiziológiai érésének biokémiai hátteréhez kívántak adatokat szolgáltatni. Jelen vizsgálataikban a végálló szialinsavakat bontó szialidáz enzim változásait elemezték a cervix érése során. Vizsgálataikat a szialinsavakhoz specifikusan kötődő FITC-tal jelzett *Triticum vulgaris* (WGA) és *Limulus polyphemus* (LPA) agglutininek (lektinek) felhasználásával végezték. A kiértékelés fluoreszcenciásmikroszkópos módszerrel történt. Ennek során értékelték az egyes kötőszöveti elemek fluoreszcencia erősségét, ill. a kötőszövet összfluoreszcenciáját. Megállapították, hogy a LPA és WGA kötőhelyek száma a cervix uteriben főleg az I. trimeszteri terhességekben növekszik a nem terhes állapothoz képest, míg a III. trimeszterben ez mérsékelten, ill. a szülés alatt jelentősen csökken. Ez az eredmény megegyezik a szerzők korábban leírt tapasztalataival, miszerint a szülés alatt szignifikánsan növekszik a szialidáz aktivitása. Ezek az adatok megerősítik azt a feltevést, hogy a végálló szialinsavak és az ezeket bontó szialidáz eddig még nem tisztázott szerepet játszik a cervix uteri terhesség alatti érésében és szülés alatti dilatációjában.

Kulcsszavak: cervix érés, szialinsav, szialidáz, LPA és WGA lektinek

Changes in binding capacity of sialic acid-specific lectins in the connective tissue of the uterine cervix during its physiological maturation. The authors obtained small pieces of materials from portio vaginalis uteri of 122 women being in postmenopause and premenopause, in different stages of pregnancy and parturition concerning directly after delivery. Different biochemical investigations of these 30–200 mgs specimens were performed to study the physiological background of its ripening process. They examined the changes in activity of sialidase which cleaves terminal sialic acids. The authors performed these investigations with the use of *Triticum vulgaris* (WGA) and *Limulus polyphemus* (LPA) agglutinins (lectins) marked with FITC. The evaluation of the lectin linkage happened with fluorescence microscope. They evaluated the whole fluorescence of extracellular matrix but separately of different extracellular matrix elements as well. From their investigations was stated that the number of WGA and LPA binding sites of the uterine cervix increases predominantly in the 1st trimester pregnancy compared to the non-pregnant state. As compared to the 1st trimester they described a slight reduction of LPA- and WGA-binding sites in the 3rd trimester. The most impressing changes of LPA and WGA binding sites in the extracellular matrix were observed during parturition. These results coincide with the authors' previous experience whereas the sialidase activity increases significantly during parturition. These data support the assumption that the terminal sialic acids and the sialidase play a recently yet not cleared role in the ripening of the human uterine cervix during pregnancy and in dilatation at the time of parturition.

Key words: cervical ripening, sialic acid, sialidase, LPA and WGA lectins

Szülészeti gyakorlatunkban sokszor találkozunk a méhnyak éretlensége (12, 23, 26), ill. túl korai érése miatti szülészeti problémákkal (13, 21, 24), amelyek felvetik a fiziológiai és patológiás cervix érés és gyógyszeres cervix érlelés kutatásának biokémiai szintű igényét. Ezek, a humán cervix uteri terhesség, ill. szülés alatti érésére vonatkozó vizsgálatok ma még nagyrészt hiányoznak az irodalomból.

Az emberi méhnyak érésével kapcsolatban a terhesség és a szülés teljes időszakára, valamint a posztpartális időszakra vonatkozóan végeztünk biokémiai vizsgálatokat, melynek során többféle enzim aktivitásának biokémiai elemzése történt. Ezek között a szialidáz is szerepelt. Jelen munkánkban célunk a cervix uteriben kimutatható szialidáz aktivitás hisztokémiai módszerekkel történő meghatározása volt a terhesség és a szülés alatt, ill. a szülés utáni időszakban. Vizsgálatainkat a szialidáz szubsztrátumára, a

Az 1460 sz. OTKA támogatás segítségével készült munka.

szialinsavra (neuraminsav) specifikusan kötődő, fluorescein-isothiocyanáttal (FITC) jelzett lektinokkal, a *Triticum vulgare* (WGA)- és *Limulus polyphemus* agglutinin (LPA) végeztük.

Anyag és módszer

Anyagvétele és feldolgozás: A Debreceni OTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika kutatásait bizottságának engedélyével (6/DOTE Női Klin./1987) 122 nő külső méhszája közelében a portio vaginalis uteriből származó, 2–3 mm széles és 2–3 mm mély, 20–200 mg súlyú mintát a portio vaginalis uteri hátsó ajkából 6 óra irányában vettük. A mintavételt mindig valamilyen, anesztéziában végzett hüvelyi beavatkozáshoz kötöttük. Az excízió előtt a nőt a munka lényegéről, tudományos fontosságáról felvilágosítottuk és az anyagvételehez írásos beleegyezésüket adták. Tudattuk velük, hogy a beavatkozásból később semmilyen kárunk nem származik, hiszen a külső méhszáj körüli kötőszövet felszínhez közeli 2–3 mm mélységű részének a méhnyak záró funkciójában a belső méhszájhoz képest elhanyagolható szerepe van. Ezt a feltevést az is megerősíti, hogy conisatio vagy rehabilitációs cervix plastica után a nők a terhességeket általában zavartalanul kiviselik.

A pre- és posztmenopauzában levő nők esetén nem kértük a beleegyezésüket, hiszen az anyagvétele műtéti preparátumból végeztük abdominális vagy vaginalis méheltávolítás kapcsán. Ebbe a két csoportba általában a myoma vagy uterus descensus miatt operáltakat soroltuk. Az I. trimeszteri terhességben az anyagvétele narkózisban történt, közvetlenül terhességmegszakítás után. Az III. trimeszteri terhességben a biopsziát minden esetben elektív császármetszés közben vettük. Anyagvétele csak azokban az esetekben történt, ahol a műtét indikációját a cervix anyagcserejének és érését nem befolyásoló anyai vagy magzati állapot képezte. A szülés alatt az excíziót kifejezett nyakcsatornánál végeztük, általában különböző okból végzett hüvelyi feltárással (fejbőr-vér pH mérés stb.). Ezekben az esetekben a kis anyagvétele kapcsán még vérzésmegelőző öltésre sem volt szükség. A szülés után a biopsziát a placenta távozását követő cervix revízió során vettük, miközben az esetleges cervix sérüléseket sutúrával elláttuk. Az excízióknak közvetlen, korai vagy késői szövődésménye nem volt.

A biopszia vételére beleegyező páciensek megoszlását az 1., 2. és 3. táblázat szemlélteti.

A biopsziákat savanyú formalinban fixáltuk (150 ml 37% formalin, 830 ml aqua bidestillata, 20 ml acidum aceticum és 9 g konyhasó/1000 ml), majd paraffinba ágyztuk a hisztokémiában szokásos eljárás szerint. A fluoreszcensmikroszkópos vizsgálatok céljára ultravékony (2–4 μ m) metszeteket készítettünk, amiket leszálló alkoholsorban (xylol 100%, ethanol —85%, —75%, —70%, Merck) deparaffináltunk, majd desztillált vízzel és PBS (phosphate-buffered saline)-sel mostuk.

Fluoreszcensmikroszkópos vizsgálatok: A metszeteket leszálló alkoholsorban xylol 100%, ethanol 85%, —75%, —70%, Merck) deparaffináltuk, majd desztillált vízzel és PBS (phosphate-buffered saline)-sel mostuk. Ezt követően szobahőmérsékleten nedves kamrában 40 percig FITC-tal jelzett lektinokkal inkubáltuk.

Ebből a célból *Triticum vulgare*- (WGA) (Sigma) és *Limulus polyphemus* agglutinin (LPA) (Sigma) használtunk. A lektint tartalmazó oldatot úgy preparáltuk, hogy 2 mg FITC-tal jelzett liophilizált WGA, ill. LPA lektint 2 ml aqua bidestillatával oldottuk és 10 ml-re egészítettük ki PBS oldattal. A lektinokkal történt inkubáció után a metszeteket PBS-sel alaposan mostuk, majd glicerín-PBS-be ágyztuk és fedőlemezrel borítottuk. A mikroszkópos kiértékelést Axiophot fluoreszcensmikroszkóppal (Zeiss) végeztük. A felhasznált gerjesztőfilter emisszióspektruma 450–490 nm között volt. A metszetek fluoreszcencia erősségét szemkvantitatív, komputer vezérelte digitális kijelzésű, az optimális megvilágítási idő szükségességét másodpercekben jelző fotométer segítségével ítéltük meg.

A fluoreszcencia erősségének konstans meghatározása: A mérés minden esetben 200-szoros nagyításnál történt. Minden metszet esetében öt, véletlenszerűen kiválasztott látómező fluoreszcencia erősségét mértük 400 ASA érzékenységgű film optimális megvilágítási idő igényére számítva. Ennek megfelelően a megvilágítási idő fordítottan arányos a fluoreszcencia erősségével.

A fluoreszcencia erősség kiértékelése az egyes szöveti alkotóelemek szintjén: Vizsgálataink során szubjektív skála alapján értékeltük az extracelluláris matrix, a fibroblasztok, a simaizomsejtek, a granulocyták és az ér-endothel fluoreszcenciáját. A fluoreszcencia erőssége szerint a következő fokozatokat különböztettük meg: 0 = fluoreszcencia nincs, (+) = nagyon gyenge, de még felismerhető fluoreszcencia, + = gyenge fluoreszcencia, ++ = közepes fluoreszcencia, +++ = erős fluoreszcencia. Vizsgálataink során ellenőriztük a két lektin specifikus kötődését is. A specifitást kontrollját két irányból végeztük:

Inhibíciós teszt: A deparaffinált metszeteket desztillált vízzel, majd PBS-sel mostuk és 2 M-os szialinsav (N-acetylneuraminsav) (Sigma) oldattal inkubáltuk nedves kamrában 40 percig. A szialinsavval kezelt tárgylemezre mosás nélkül FITC-tal jelzett WGA, ill. LPA lektint csepegtettünk, majd ezt követően a fluoreszcensmikroszkópos kiértékelés.

Neuraminidáz inkubáció: A WGA és LPA lektinek szialinsavakhoz történő specifikus kötődését a következőképpen bizonyítottuk: a deparaffinált metszeteket *Vibrio cholerae* neuraminidázzal (Chalbiochem) 4 órán keresztül nedves kamrában 37 °C-on inkubáltuk. Ezt követően a metszeteket PBS-sel alaposan öblítettük és a korábban leírtak szerint mindkét lektinnel inkubáltuk. A fluoreszcensmikroszkópos vizsgálattal igazolt hiányzó lektin kötődést úgy értékeltük, hogy az a *Vibrio cholerae* neuraminidáz által kiváltott terminalis elhelyezkedésű szialinsavak lebontásának következménye.

Eredmények

A cervix uteri extracelluláris állománya WGA-FITC-tal kezelve a pre- és posztmenopauzában közepes fluoreszcenciát mutat (++), ami az I. és III. trimeszteri terhességben erősen fokozódik (+++), míg a szülés alatt és után jelentősen csökken.

Ezzel ellentétesen viselkednek a granulocyták, melyek granulái a maximális fluoreszcenciát a terhesség III. trimeszterében, a szülés alatt és a posztpartális időszakban mutatják. Az összes többi — a cervix uterit alkotó — kötőszöveti elem a cervix érése során nem mutat lényeges eltérést a WGA lektinnel szemben mutatott kötőkapacitásában. Kivételt az ér-endothel képez, ahol egy folyamatos membrán fluoreszcencia fokozódás figyelhető meg a terhesség végén (1. táblázat és 1. ábra).

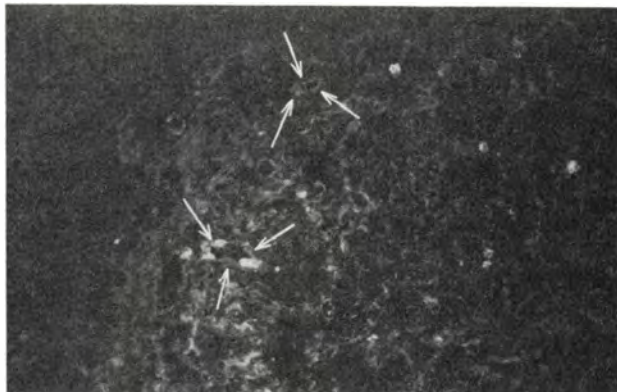
A *Limulus polyphemus* agglutinin inkubációjával szerzett tapasztalataink messzemenően megegyeznek a WGA lektinnel történt inkubáció során kapott eredményeinkkel. Itt hasonlóan a WGA-FITC-tal történt előkezelés során tapasztaltakhoz az extracelluláris matrix legerősebb fluoreszcenciája az I. és III. trimeszteri terhességben figyelhető meg. Ezzel párhuzamosan a polimorfonukleáris leukocyták fokozódó granuláris fluoreszcenciája mutatható ki a szülés alatt (2. táblázat és 2. ábra).

A WGA-FITC és LPA-FITC kezelés specifitást kontrollja — a metszetek szialinsav inkubációja és neuraminidáz kezelése — a fluoreszcencia teljes eltűnését mutatta (3. ábra).

Az Axiophot (Zeiss) fluoreszcensmikroszkóphoz csatolt — a 200-szoros nagyításnál szükséges megvilágítási időt mé-

1. táblázat: Az egyes kötőszöveti elemek és az extracellularis matrix össz-fluoreszcenciája a cervix uteriben *Triticum vulgare* (WGA)-FITC lektinnel történt előkezelés után, terhesekben és nem terhes állapotban

Anyagvétele időpontja	Fluoreszcencia erőssége										N Σ 122
	Extracell matrix	Fibroblasztok		Simaizomsejtek		Granulocyták			Ér-endothel		
		Cyto- plazma	Membrán	Cyto- plazma	Membrán	Cyto- plazma	Membrán	Granula	Cyto- plazma	Membrán	
Postmenopausa	++	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	(+)	Ø	(+)	24
Premenopausa	++	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+	Ø	+	17
I. trimeszteri terhesség	+++	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+	Ø	+	30
III. trimeszteri terhesség, kontrakciók nélkül	+++	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+++	Ø	++	10
Szülés alatt (2—3 cm cervix tágasság)	+	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+++	Ø	++	10
Szülés alatt (6—8 cm cervix tágasság)	+	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+++	Ø	++	13
Közvetlenül a szülés után	(+)	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+++	Ø	++	18



1. ábra: Szülés alatti 2–3 cm-es méhszájtágasságnál nyert cervix minta WGA-FITC lektinnel inkubálva. A szülés ezen stádiumában az extracellularis matrix fluoreszcenciája gyakorlatilag hiányzik. Csúpn a granulocyták és az ér-endothel (nyilakkal jelölve) mutat fluoreszcenciát (paraffinmetszet, 400-szoros nagyítás)

rő — fotométer által jelzett megvilágítási idők a LPA-FITC-tal történt kezelés után messzemenően megegyeznek a szubjektív megítéléssel. A legerősebb fluoreszcenciát — ami a legrövidebb megvilágítási időt jelenti — az I. trimeszteri terhességben mértük, míg a III. trimeszter végén és a szülés alatt a fluoreszcencia ismét jelentősen csökken (3. táblázat).

Vizsgálataink eredményei arra utalnak, hogy a terhesség III. trimeszterének végén és a szülés alatt a végálló szialinsavak mennyisége csökken az I. trimeszteri terhességhez viszonyítva.

Megbeszélés

A szialoglykokonjugátok a sejtek és az extracellularis matrix fontos alkotórészei, amelyeknek jellegzetes biológiai funkciójuk van (16, 18). A szialinsav makromolekulák katabolizmusának első lépcsőfokán, mint legfontosabb enzim a szialidáze áll. A szialooligosaccharidok lebontása általában egy fontos előfeltétele annak, hogy a különböző proteázok kifejthessék hatásukat (17, 19). A szialooligosaccharidok lebontásáért felelős enzim, a szialidáz a polimorfonukleáris leukocyták (PMNL) azurofil granuláiban található és a végálló szialinsavak lebontását végzi (18).

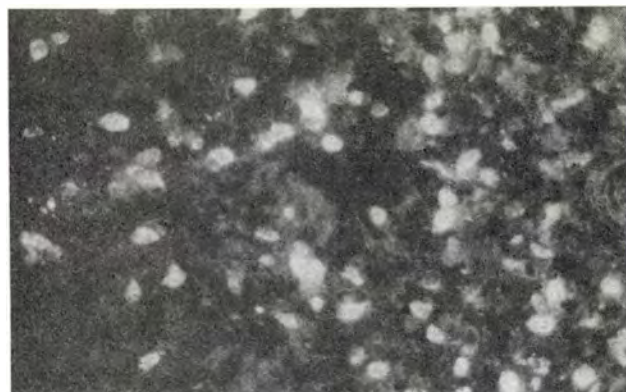
A szialidáz aktivitás biokémiai meghatározása során a szöveti extraktumban levő össz-aktivitást mérjük. Ez esetben azonban hibalehetőséget jelent, hogy az extrakciónyevés során a jelen lévő nagyszámú polimorfonukleáris leukocytából is felszabadulhat jelentős mennyiségű — fiziológiai hatás nélküli — szialidáz, ami megzavarhatja a cervix érés meghatározott stádiumára jellemző valóságos kötőszöveti szialidáz aktivitás megítélését. Ezt a hibalehetőséget a szialinsavakhoz specifikusan kötődő lektinek felhasználásával küszöbölhetjük ki.

A lektinek jellemző, hogy olyan proteínokkal vagy glycoproteínokkal rendelkeznek, melyek nem immunológiai alapon képesek a sejteket agglutinálni és komplex karbohidrátokat precipitálni. A lektinek kötődése erősen cukorspecifikus és alkalmasak a végálló mono-, oligo- vagy polisaccharidok jelenlétének kvalitatív kimutatására (4, 5, 10, 21).

A lektinek különböző — a természetben előforduló — forrásból izoláltak: magvakból, növényi gyökerekből, kérgekből, gombákból, baktériumokból, tengeri moszatokból, szivacsokból, puhatestűekből, számos gerinctelenből, alsóbbrendű gerincesekből és emlősök sejtmembránjából (4, 5).

2. táblázat: A különböző kötőszöveti elemek és az extracellularis matrix össz-fluoreszcenciája a cervix uteriben *Limulus polyphemus* (LPA)-FITC lektinnel történt előkezelés után, terhesekben és nem terhes állapotban

Anyagvétel időpontja	Fluoreszcencia erőssége										N Σ 122
	Extracell. matrix	Fibroblasztok		Simaizomsejtek		Granulocytál.			Ér-endothel		
		Cyto-plazma	Membrán	Cyto-plazma	Membrán	Cyto-plazma	Membrán	Granula	Cyto-plazma	Membrán	
Postmenopausa	+	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	(+)	Ø	(+)	24
Premenopausa	+	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	(+)	Ø	(+)	17
I. trimeszteri terhesség	++	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+	Ø	(+)	30
III. trimeszteri terhesség, kontrakciók nélkül	+	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	++	Ø	+	10
Szülés alatt (2—3 cm cervix tágasság)	(+)	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	++	Ø	+	10
Szülés alatt (6—8 cm cervix tágasság)	(+)	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	+++	Ø	+	13
Közvetlenül a szülés után	(+)	(+)	Ø	Ø	(+)	Ø	(+)	++	Ø	+	18

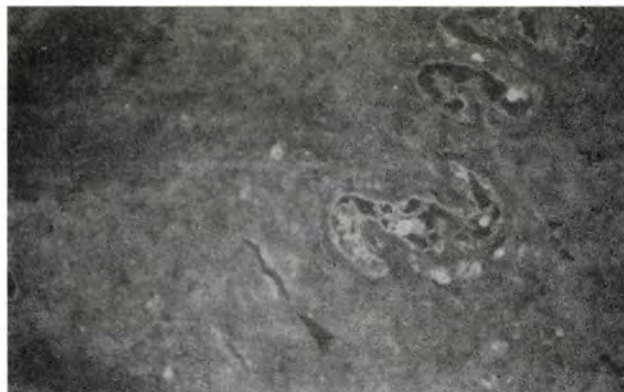


2. ábra: A polimorfonukleáris leukocyták inváziója az erekben és az extracellularis matrixban a szülés alatt 6–8 cm-es méhszájtágasságnál (LPA-FITC lektinnel kezelt metszet, 630-szoros nagyítás)

Munkánkban a végálló szialinsavak jelenlétét és ezzel indirekt módon a szialidáze aktivitásának alakulását, a *Triticum vulgare* és *Limulus polyphemus* agglutinin felhasználásával vizsgáltuk. Ezen lektineknek a szialinsavak vizsgálatára történő felhasználását több munkacsoport leírta és arra alkalmasnak találta (1–3, 14, 15, 18, 29).

A LPA és WGA kötőhelyek száma a cervix uteriben főleg az I. trimeszteri terhességben növekszik (+++) a nem terhes állapothoz képest (+ – ++). Mint okot, legvalószínűbben azt lehet felhozni, hogy a proteoglykánok mennyiségi növekedése és a szialinsavakkal fedett rövid oligosaccharidláncok mennyisége az extracellularis matrixban növekszik (7, 11, 22, 28).

Szülés alatt a WGA és LPA kötőhelyek erős csökkenése következik be. Ez a hisztokémiai jelenség egybeesik a cer-



3. ábra: I. trimeszteri terhességből származó cervix kötőszövet. A metszeteket *Vibrio Cholerae* neuraminidázzal kezeltük, majd LPA-FITC lektinnel inkubáltuk. A neuraminidáz által történt szialinsav lebontás következtében a fluoreszcencia teljes hiányát észleltük (paraffinmetszet, 400-szoros nagyítás)

vikális extraktumokban kimutatható emelkedett szialidáz aktivitással (19, 33).

Ezekből a vizsgálatokból egyértelmű, hogy a szialidáz aktivitás növekedése a végálló szialinsavak lehasításával az extracellularis matrix makromolekulát hozzáférhetővé teszi a különböző proteázok — kollagenáz, elasztáz, glykuronidázok stb. — számára.

A LPA és WGA specifikálását a *Vibrio cholerae* szialidáz (neuraminidáz) által enzimatikusan lebontott szialinsavak eltűnésének demonstrálásával mutathatjuk ki (8, 20).

Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy sok más enzim mellett a szialidáz is szerepet játszik a terhesség alatti cervix érés során. Vizsgálatainkban elsőként mutat-

3. táblázat: A human cervix uteriből származó metszetek fluoreszcencia erőssége LPA-FITC előkezelés után nem terheseknél, a terhesség és szülés alatt. (A mérés standardizált körülmények között történt automata fotométer segítségével. A jelzett megvilágítási idők fordítottan arányosak a fluoreszcencia erősséggel.)

Anyagvétele időpontja	Megvilágítási idő (másodperc)			
	n	$\bar{x}$	$\pm SD$	Érték- tartomány (min-max)
Posztmenopauza	24	219,0	83,0	89,0—370,0
Premenopauza	17	162,0	123,9	59,0—490,0
I. trimeszteri terhesség	30	150,5	43,0	94,0—202,0
III. trimeszteri terhesség, kontrakciók nélkül	10	285,0	97,3	160,0—512,0
Szülés alatt (2—3 cm cervix)	10	250,0	161,6	95,0—480,0
Szülés alatt (6—8 cm cervix)	13	176,0	16,4	155,0—220,0
Közvetlenül a szülés után	18	200,0	60,0	125,0—344,0

tuk ki, hogy a proteázokon kívül a glikozidázok is fontos szerepet játszanak a humán cervix uteri terhesség alatti érése és a szülés alatt bekövetkező dilatációjában.

IRODALOM: 1. Allison, R. T.: Lectins in diagnostic histopathology: a review. *Med. Labor. Sci.*, 1986, 43, 369. — 2. Beuth, J., Oette, K., Uhlenbruck, G.: Lektine-„Marker“-Moleküle tumor-assoziiert Antigenen und Mediatoren der Metastasierung. *Med. Welt*, 1986, 37, 543. — 3. Bhavanandan, V. P., Katlic, A. W.: The interaction of wheat germ agglutinin with sialoglycoproteins. The role of sialic acid. *J. Biol. Chem.*, 1979, 254, 4000. — 4. Bog-Hansen, T. C.: Lectins: biology, biochemistry, clinical biochemistry. Vol. 1. DeGruyter: Berlin, 1980. — 5. Bog-Hansen, T. C.: Lectins: biology, biochemistry, clinical biochemistry. Vol. 5. DeGruyter: Berlin, 1986. — 6. Campbell, P. N.: Biosynthesis of proteins. *Prog. Biophys. Mol. Biol.*, 1965, 15, 1. — 7. Carubelli, R., Yeh, A. K.: Neuraminidase activity in human lymphocytes and human polymorphonuclear leukocytes. *Behring. Inst. Mitt.*, 1974, 55, 88. — 8. Downing, S. J., Sherwood, O. D.: The physiological role of relaxin in the pregnant rat. IV.: The influence of relaxin on cervical collagen and glycosaminoglycans. *Endocrinology*, 1986, 118, 471. — 9. Drzeniek, R.: Neuraminidases of myxoviruses. *Behring. Inst. Mitt.*, 1974, 55, 1. — 10. Fritz, H., Jochum, M., Duswald, H.-H. és mtsai: Lyso-somale Proteinase als Mediatoren der unspezifischen Proteolyse bei Entzündung. Springer Verl. Berlin, 1984, 75. old. — 11. Goldstein, I. J., Hayes, C. E.: The lectins: carbohydrate-binding proteins of plants and animals. 1978, 35, 127. — 12. Golichowski, A. M., King, S. R., Mascaro, K.: Pregnancy related changes in rat cervical glycosaminoglycans. *Biochem. Soc.*, 1980, 192, 1. — 13. Herczeg, J., Borsodi, A.: Increased lysosomal fragility in the human uterine cervix following oestrogen therapy. *Arch. Gynecol.*, 1985, 236, 131. — 14. Klinger, A.: Demographic consequences of the legalisation of the induced abortion in Eastern Europe. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 1970, 8, 680. — 15. Klein, P. J., Osmers, R., Vierbuchen, M. és mtsai: The importance of lectin binding sites and carcinoembryonic antigen with regard to normal, hyperplastic, adenomatous and carcinomatous colonic mucosa.

Recent Results Canc. Res., 1981, 79, 1. — 16. Maget-Dana, R., Véh, R. W., Sander, M. és mtsai: Specificities of limulus polyphemus and wheat germ agglutinin towards some derivatives of GM3 gangliosides. *Eur. J. Biochem.*, 1981, 114, 11. — 17. Mon-signy, M., Roche, A.-C., Sene, C. és mtsai: Sugar-lectin interactions: how does wheat germ agglutinin bind sialoglycoconjugates. *Eur. J. Biochem.*, 1980, 104, 147. — 18. Nagata, Y., Burger, M. M.: Wheat germ agglutinin. Molecular characteristics and specificity for sugar binding. *J. Clin. Invest.*, 1974, 53, 3116. — 19. Os-mers, R.: Biochemische Veränderungen der Cervix uteri in der Gravidität und unter der Geburt. Habilitationsschrift, Göttingen, 1989. — 20. Osmers, R., Rath, W., Adelman-Grill, B. C., Fitt-kow, C. és mtsai: Origin of cervical collagenase during parturition. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1992, 166, 1455. — 21. Osmers, R., Rath, W., Adelman-Grill, B. C. és mtsai: Collagenase activity in the cervix of non-pregnant and pregnant women. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 1990, 248, 75. — 22. Peters, B. P., Ebisu, S., Goldstein, I. J. és mtsai: Interaction of wheat germ agglutinin with sialic acid. *Biochemistry (US)*, 1979, 18, 5505. — 23. Rath, W., Osmers, R., Adelman-Grill, B. C., Stuhlsatz, H. W. és mtsai: Biophysical and biochemical changes of cervical ripening. In: Egarter, C., Husslein, P. eds: Prostaglandins for cervical ripening and/or induction of labor. Vienna: Facultas Verlag, 1989, 32—41. old. — 24. Rath, W., Osmers, R., Adelman-Grill, B. C., Stuhlsatz, H. W. és mtsai: Grundlagen der physiologischen und medikamentös induzierten Zervixreifung — Neuere morphologische und biochemische Befunde. *Geburtsh. Frauenheilk.*, 1990, 50, 657. — 25. Schauer, R.: Chemistry metabolism and biological functions of sialic acid. *Adv. Carb. Chem. Biochem.*, 1982, 40, 311. — 26. Schauer, R., Wember, M., Tschesche, H.: Isolation and characterisation of an oligosaccharide- and glycoprotein-specific sialidase from human leukocytes. *Hoppe-Seyler's Z. Physiol. Chem.*, 1984, 365, 419. — 27. Schick, H.-J., Schmidt-Berger, R.: Affinity of *Vibrio cholerae* neuraminidase to different human sialoglycoproteins. *Behring Inst. Mitt.*, 1974, 55, 123. — 28. Schott, G., Ehring, E., Wulff, H.: Prospektive Untersuchungen der nachfolgenden Schwangerschaft nach induziertem und spontanem Abort bei Primigraviden sowie Beurteilung der Fertilität. III. Mitteilung. *Zbl. Gynäk.*, 1981, 103, 1220. — 29. Seki, H.: Studies on plasma proteins in normal pregnancy and gynecological malignancy. *Nippon. Sanka. Fujinka. Gakkai. Zasshi.*, 1986, 38, 317. — 30. Shimizu, T.: Correlation of human cervical ripening and glycoconjugates (glycosaminoglycans and glycoproteins). *Acta Obstet. Gynec. Jpn.*, 1980, 32, 1967. — 31. Stubblefield, P. G.: Present techniques for Cervical Dilatation. In: Naftolin, F. and Stubblefield, P. G.: Raven Press, New York, 1980, 335—42. old. — 32. Szeverényi, M., Lampé, L.: Examinations of gestations and deliveries subsequent to Rivanol-induced interruption of first trimester pregnancies. *Acta Med. Hung.*, 1986, 43, 187. — 33. Szeverényi, M., Osmers, R., Rath, W. és mtsai: Changes in activity of sialidase during the physiological ripening of the uterine cervix. *Eur. J. Obstet. Gynecol.* (in press). — 34. Szeverényi, M., Veres, L., Surányi, S. és mtsai: Interruption of pregnancy by cervical predilatation. *Acta Med. Hung.*, 1986, 43, 161. — 35. Uhlenbruck, G.: Lektine: Einführung, Entwicklungen und Aussichten. *J. Clin. Chem. Clin. Biochem.*, 1980, 18, 373. — 36. Uldbjerg, N., Ekman, G., Malmstroem, A. és mtsai: Ripening of the uterine cervix related to changes in collagen, glycosaminoglycans and collagenolytic activity. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1983, 147, 662. — 37. Uldbjerg, N., Ulmsten, U., Ekman, G.: The ripening of the human uterine cervix in terms of connective tissue biochemistry. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1983, 26, 14. — 38. Yamada, K. M., Shimizu, S.: The use of peroxidase-labelled Limulus polyphemus agglutinin for the histochemistry of sialic acid-containing glycoproteins in light microscopy. *Histochem. J.*, 1979, 11, 457.

(Szeverényi Mihály dr., Debreden, Pf. 37. 4012)

ROCEPHIN®

injekció

Antibioticum c. spectro lato



HATÓANYAG: 1 g; 2 g ceftriaxonum (ceftriaxonum dinatrium hydratum) poram-pullánként.

Oldószer: 1 g i.m. injekcióhoz; 3,5 ml Lidocain injekció 1% ampullánként
1 g i.v. injekcióhoz; 10 ml Aqua destillata pro injektionem ampullánként.

JAVALLATOK: Ceftriaxonra érzékeny kórokozók által okozott fertőzések: sepsis, meningitis, hasüregi fertőzések (peritonitis, gastrointestinális és epeúti gyulladások), a csontok, ízületek, kötőszövetek, bőr- és sérüléseinek fertőzései, infekciók csökkent immunitású betegeknél, a vese- és húgyutak fertőzései, légúti infekciók, különösen pneumonia, fül-, orr-, torok fertőzés, genitális infekciók, gonorrhea. A fertőzések perioperatív megelőzése.

ELLENJAVALLATOK: Cephalosporin túlérzékenység, penicillin érzékenység, terhesség első trimesztere.

ADAGOLÁS: Felnőttek és 12 évesnél idősebb gyerekek: Az átlagos adag naponta egyszer 1–2 g Rocephin (24 óránként). Súlyos esetekben az adag naponta egyszer 4 g.

Újszülöttek, csecsemők és 12 évesnél fiatalabb gyerekek: Napi egyszeri adagolásban: Újszülöttek (két hetes korig): napi 20–50 mg/ttkg, amely az 50 mg/ttkg-ot nem haladhatja meg. **Csecsemők és gyerekek** (három hetes kortól): A napi adag 20–80 mg/ttkg.

A kezelés időtartama: A betegség lefolyásától függ. Az antibiotikus terápia általános szabálya a Rocephin-kezelésre is érvényes.

Kombinációs kezelés: Kísérletes körülmények között számos Gram-negatív bacillusnál bizonyították be, hogy a Rocephin és az aminoglikozidok közt szinergizmus van. Fizikai inkompatibilitás miatt a két szert elkülönítve kell adni.

Meningitis: Csecsemők és gyerekek bakteriális meningitisét kezdő adagban 100 mg/ttkg-mal kell kezdeni, naponta egyszer (maximum 4 g).

Gonorrhea kezelésére 250 mg egyszeri i.m. adag ajánlott.

Perioperatív profilaxis: A műtéti beavatkozás előtt 30–90 perccel egyszeri 1–2 g Rocephin beadása javasolt.

MELLÉKHATÁSOK: Gastrointestinális panaszok, haematológiai eltérések, bőrreakciók. I.V. beadás után ritkán phlebitis.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Nem keverhető más antibiotikumot tartalmazó oldattal (kémiai inkomp.).

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

Forgalomba hozza: EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT. az F. Hoffmann-La Roche AG. Basel licence alapján.

A készítményről részletes információ az Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelkezésére c. kiadvány pótlapján található.

Fogazott („serrated”) adenoma — a colorectalis daganatok kevésbé ismert típusa

Balázs Márta dr.¹, Rigler András dr.² és Faller József dr.³

Budai MÁV Kórház Pathológiai Osztály (osztályvezető főorvos: Balázs Márta dr.)¹

Sebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Svastits Egon dr.)²

Semmelweis OTE III. Sebészeti Tanszék (tanszékvezető: Faller József dr.)³

A szerzők — nyolc betegük és az irodalmi adatok ismeretése kapcsán — felhívják a figyelmet a vastagbéladenomák különleges formájára, amely az utolsó években vált ismertté. A daganatok jellegzetessége, hogy hyperplasztikus és adenomatosus területeket tartalmaznak. Ezek a tumorok önálló entitásnak tekintendők és csoportjukat fogazott („serrated”) adenomának nevezik. Fontos tulajdonságuk, hogy ugyanolyan gyakorisággal malignizálódnak, mint az egyszerű adenomák, szemben a tiszta hyperplasztikus polypusokkal, amelyek benignus képződményeknek tekinthetők. Nyolc esetük közül három kócsányos volt, a szokásos hyperplasztikus polypusoknál jóval nagyobb kiterjedésű. Ezek endoszkópos polypectomiával kerültek eltávolításra. Öt esetben a tumor sessilis volt és több polypoid képlet összeolvadásából keletkezett. Ezek négy esetben szűkítették a bél lumenét, passzázszavarok miatt bélresectio történt. A resectum feldolgozása során három daganatban malignus átalakulást lehetett megfigyelni. A vastagbélresectiót több biopsia előzte meg, amelyekben nem voltak malignus területek. Fontosnak tartják több polypus szövettani vizsgálatát, illetve több helyről történő mintavételt, a pontos diagnózis érdekében. A daganatok elektronmikroszkópos vizsgálata folyamán feltűnt a sejtek nem megfelelő differenciálódása és kóros nyáktermelő tevékenysége.

Kulcsszavak: fogazott adenoma, vastagbél, hyperplasztikus polypus, colorectalis adenoma

Serrated adenoma — the less known type of colorectal tumors. Eight cases and review of the literature on serrated adenoma of the colon were reported. This distinct entity of colorectal tumors was described in recent years. The tumors contain hyperplastic and adenomatous areas. Their tendency for malignant transformation is similar to pure adenomas to contrary to benign hyperplastic polyps. Three tumors of eight reported cases were pedunculated, while five were sessile. Four patients were operated on because of narrowing of intestinal lumen by the tumors. Malignant transformation of tumors was observed in three cases. Several biopsies were performed before major operations. Histology showed false benign hyperplastic tumors. Importance of multiple tissue sample for histology was emphasised. Electron microscopy showed disturbed differentiation and pathological mucus production of tumor cells.

Key words: serrated adenoma, large bowel, hyperplastic polyp, colorectal adenoma

A vastagbél hyperplasztikus polypusait ártatlan, jóindulatú képződményeknek tartják. Több szerző nem is tekinti ezeket valódi daganatoknak, csupán metaplasztikus növedékeknek (1, 15, 17, 18). Jellegzetességük, hogy a crypták hosszabbak és tágabbak a normálisnál, hámbélésükben a sejtek száma megszorodott, ezért papillaris redőket alkotnak. Ezek a mikropapillaris növedékek okozzák a jellegzetes fogazott (fűrészfogas) rajzolatot (19).

A vastagbél adenomái valódi daganatok, ezekben sűrűn egymás mellé rendeződő mirigyek vannak, többnyire rosszul differenciált hengerhámsejtekkel bélelve. Gyakran válik a hám többmagsorossá, megszorodottak az oszlo alakok és az esetek nagy részében változó súlyosságú dysplasia is megfigyelhető. A colorectalis adenomák malignus átalakulását több szerző is bizonyította (7, 9, 13) és ezt a mindennapi gyakorlatban is gyakran látjuk.

Goldman és mtsai (12) figyelték meg először, hogy hyperplasztikus polypusok 36%-ában adenomatosus területek fordulnak elő. Estrada és Spjut (8) anyagában a polypusok 13%-ában voltak hyperplasztikus és adenomatosus területek.

Az utolsó években a hyperplasztikus-adenomatosus kevert tumorokat önálló pathológiai entitásnak tartják, amelyeknek különös jelentőséget ad, hogy ugyanolyan gyakorisággal malignizálódhatnak, mint az eddig ismert adenomák (6, 8–10, 14, 18). Ezeknek a tumoroknak Longacre és Fenoglio-Preiser (16) fogazott („serrated”) adenoma elnevezést ajánlottak és felhívják a figyelmet arra, hogy ezeket a tumorokat nem szabad hyperplasztikus polypusként alulértékelni.

Hazánkban hasonló eseteket még nem közöltek, ezért tartjuk eseteinket — és ezek kapcsán ezt az újonnan megismert entitást — közlésre érdemesnek.

1. táblázat: A betegek adatai

Sorszám	Kor (év)	Nem	Tumor helye	Vezető tünetek	Makroszkópos kép	Eltávolítás módja és a szövettan eredménye
1.	73	ffi.	Sigma-rectum határa	Obstipatio és hasmenés	6×6 cm sessilis, polyposus képlet, benne 3 cm átmérőjű cc.	Több negatív biopsia után resectio. Fogazott adenoma és mucinosus cc.
2.	67	nő	Rectum	Fogyás, obstipatio	8×6 cm átmérőjű, sessilis, körkörös daganat	Két biopsia (benignus) után resectio. Fogazott adenoma és mucinosus adenoc.
3.	72	ffi.	Colon descendens	Görcsök, obstipatio	3 cm átmérőjű, sessilis, polypoid képlet, a lument szűkíti	Laser kezelés után több ülésben endoscopos eltávolítás Fogazott adenoma.
4.	57	ffi.	Colon descendens	Hasmenés, görcsök	Két kocsányos képlet, 1 cm átmérőjűek	Colonoscopos polypectomia Benignus fogazott adenoma
5.	53	nő	Sigma-rectum átmenet	Obstipatio, Fogyás, görcsök	8×7 átmérőjű sessilis polypoid képlet. A bél lumenét szűkíti.	Két biopsia: Benignus adenoma Resectio: fogazott adenoma, mal. nélkül
6.	54	ffi.	Rectum	Véres széklet	2 cm átmérőjű kocsányos képlet	Endoscopos polypectomia: Benignus fogazott adenoma
7.	76	ffi.	Rectum	Véres széklet	1 cm átmérőjű kocsányos képlet	Rectoscopos polypectomia: Fogazott adenoma, enyhe dysplasiával.
8.	56	ffi.	Rectum	Hasmenés	4 polypus a sigmában és több a rectumban; 5 cm-es tumor a rectumban, nagy szűkülettel	Két biopsia után resectio: A kis képletek fogazott adenomák, a nagy tumor mucinosus adenoc.

Anyag és módszerek

Nyolc betegünk vastagbél-daganata szövettani vizsgálat folyamán fogazott adenomának bizonyult, hyperplasztikus és adenomatosus területekkel. A betegek főbb klinikai adatait és a fontosabb morfológiai adatokat az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A táblázatból kitűnik, hogy a betegek életkora 53–73 év között volt, nemük megoszlása: 6 férfi és 2 nő. Három daganat kocsányos volt, a tumorok átmérője 1–2 cm. Ezeket endoscopos polypectomia útján távolították el. Két daganat benignus fogazott adenoma volt, a harmadikban enyhe dysplasiát láttunk.

Öt további tumor kiterjedt és sessilis volt, a széli területeken úgy tűnt, hogy több polypus összeolvadásából keletkezett. Mindegyik erősen szűkítette a bél lumenét. Az öt közül négy daganat körkörös helyezkedett el a nyálkahártya teljes kerületén. Paszszaszavarok miatt három esetben bélresectio történt, egy esetben a beteg rossz kardiális állapota miatt műtét nem történthetett, a kiterjedt tumort laser kezelés után, több ülésben, endoscopos polypectomia segítségével távolították el (Török Attila dr.).

Morfológiai vizsgálatok módszerei

A daganatok darabkait 8%-os pufferolt formalinban rögzítettük, rutin szövettani módszerekkel dolgoztuk fel. Négy esetben történt elektronmikroszkópos feldolgozás. Ennek módszere a következő volt: A daganatok darabkait 1%-os Plade szerint pufferolt osmium tetroxidban fixáltuk, felszálló alkoholsorban víztelenítettük és aralditba ágyaztuk. A metszeteket Reichert-féle ultramikrotommal, a felvételeket JEM 100 CX elektronmikroszkóppal készítettük az ORFI Elektronmikroszkópos Osztályán. Tájékozódás céljára 0,5 nm félvékony metszeteket használtunk toluidinkék festéssel.

Eredmények

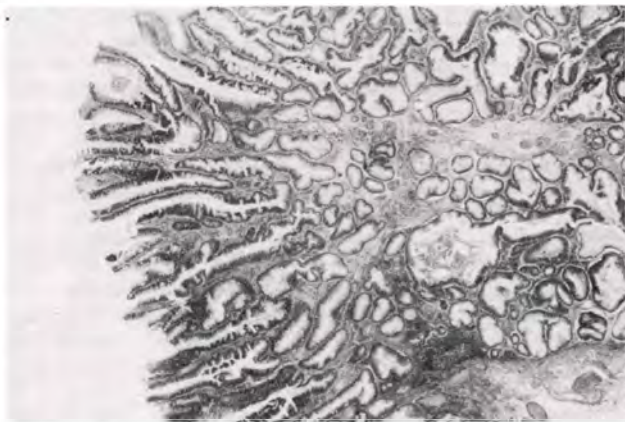
Fénymikroszkópos vizsgálatok

A daganatokban körülbelül egyenlő arányban keveredtek a hyperplasztikus és adenomatosus területek. A hyperplasztikus területeken a mirigyek tágak voltak, hámbélésük papillariszt, ezáltal keletkezett a fogazott rajzolat (1. ábra). A lumenben nyák volt. Az adenomatosus területeken a tubulusokat henger alakú, basophil festődésű sejtek bélelték, kevés nyákkal, hyperchrom magokkal. Sok helyen fordul elő többmagsoros elrendeződés és sok oszló alak (2. ábra). Egy alkalommal (8. eset) már a biopsiás anyagban látszott a fogazott polypus malignus átalakulása (3. ábra).

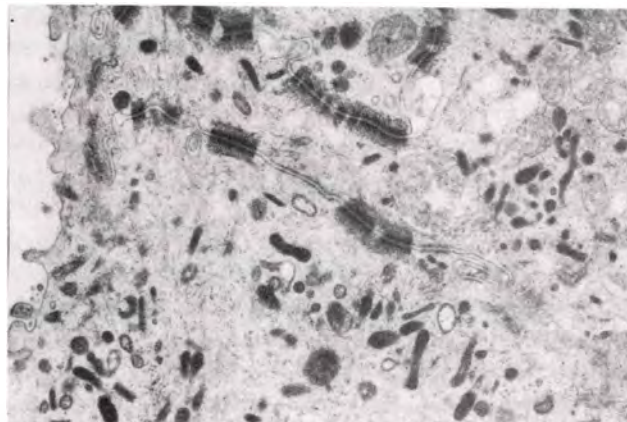
Három tumorban láttuk invazív carcinoma kialakulását. Mindhárom esetben nyáktermelő adenocarcinoma volt a daganatok típusa.

Elektronmikroszkópos vizsgálatok

Félvékony metszetekben megkerestük a crypták bázisát és a felszín felé haladva követtük a hámsejtek érési folyamatát. Azt tapasztaltuk, hogy a hámsejtek szokott érése tökéletlen volt. Az absorptív sejtek és kehelysejtek teljes elkülönülése nem következett be. A kehelysejtekben a nyák-cseppek nem olvadtak össze, hanem kis csoportokban mutatkoztak. Az absorptív sejtekben kevés cytoplasmikus organellum, sok szabad ribosoma, glycogenmezők és a



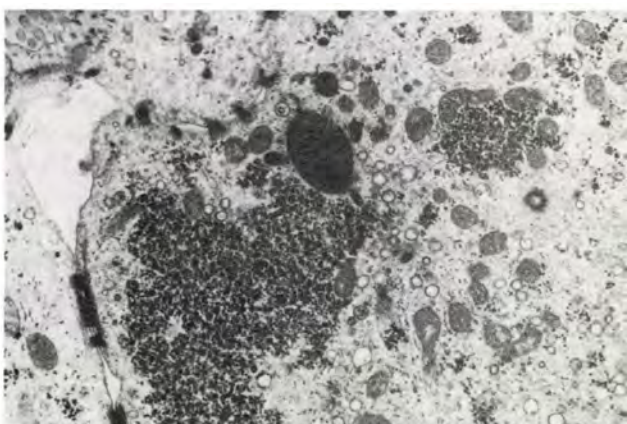
1. ábra: Fogazott adenoma részlete (5. eset). Az ábra bal oldalán hyperplastikus területek, fogazott mirigyekkel, jobb oldalon tiszta adenomának megfelelő terület. He eo festés, 120 ×



4. ábra: Elektronmikroszkópos felvételen fogazott adenoma hámsejtjeinek apicalis területe látható. A microvillusok gyengén fejlettek. A sejtek cytoplasmájában számos denz, ovalis test látható, kóros nyáksecretio jeleként. 20 750 ×



2. ábra: Nagyobb nagyítású ábrán jól látható a hámsejtek többmagsoros elrendeződése, továbbá feltűnik a kehelysejtek csekély száma. He eo festés, 160 ×



5. ábra: Az elektronmikroszkópos ábrán kevés szabályos cytoplasmaticus organelum és kiterjedt glycogenmezők vannak, amely éretlenségre utal. 20 750 ×



3. ábra: A 8. eset biopsiás vizsgálatánál fogazott adenoma malignus átalakulása látható. Az ábrán nyíllal megjelölt területen szűklumenű, dysplasiás hámmal bélelt mirigyek infiltratív növekedése figyelhető meg. He eo festés, 120 ×

felszín közelében dens granulumok voltak (4. ábra). A microvillusok csökevényesen fejlettek voltak (5. ábra). — A malignizálódott területeken nagy magpolymorphia látszott, kiterjedt nucleolusok mutatkoztak. A carcinómák mucinosus területein a daganatsejtek sok nyákos anyaggal körülvéve kis csoportokat alkottak, néhol mirigyes elrendezésben.

Megbeszélés

A fogazott adenomák makroszkóposan (endoscoposan) nem különböznek az egyéb adenomáktól. Szöveti képek jellegzetes és miután a prognózis jelentősen különbözik az egyszerű hyperplastikus polypusokétól, ismeretük jelentős. Ma még nem rendelkezünk elég adattal gyakoriságuk és a malignizálódás veszélyének mértékéről (8, 10, 17, 19). Szemben a jóindulatú, néhány mm átmérőjű tiszta hyperplastikus polypusokkal, a fogazott adenomák nagyra nőhetnek. Eseteinkben 1 cm-től 8 cm átmérőig terjedt

a daganatok kiterjedése. Ezek a tumorok gyakran multiplexek, ezért a biopsiás mintavételnél fontos, hogy lehetőleg több területről történjen szövettani feldolgozás. Három betegnél ismételt biopsia benignus elváltozást mutatott, csupán a resectum feldolgozásánál tudtunk malignizálódást megállapítani. Mindhárom esetben körkörös helyezkedtek el a polypoid képletek, jelentősen szűkítve a bél lumenét. A malignizálódás gyakoriságáról kevés irodalmi adat van. Longacre és Fenoglio-Preiser (16) 110 fogazott adenoma esetében 37%-ban mutattak ki jelentős dysplasiát, 11%-ában in situ carcinomát. Hasonló tapasztalatokról más szerzők is beszámoltak (6–9, 18, 19).

Immunhisztokémiai vizsgálatokban megállapították, hogy fogazott adenoma sejtei carcino-embryonalis antigén pozitívak, szemben a tiszta hyperplastikus polypusokkal (9). A hámsejtek érettségét jelző IgA tartalom és a szekretoros komponens hiányzik a hyperplastikus területeken (11), míg az adenomatosus területeken ezek a reakciók erősen pozitívak (10, 14).

Elektronmikroszkópos vizsgálatainkban a hámsejtek érési zavarát és kóros nyáktermelés megjelenését láttuk. A daganatok malignus átalakulása folyamán az éretlenség mellett nagy magpolymorphia és sok Leuchtenberger-test mutatkozott, hasonlóan az előző vizsgálataink eredményeihez, mikor villosus és adenomatosus daganatok malignizálódását vizsgáltuk (2, 3, 4, 5).

Összefoglalva eseteink tanulságát, az eddig ismert polypoid vastagbél-daganatok közé be kell sorolni a fogazott adenomát, amelyet nem szabad összetéveszteni jóindulatú hyperplastikus polypussal. Amennyiben hyperplastikus polypus szövettani diagnózis mellett szokatlanul nagy kiterjedésű növedék van a vastagbélben, további biopsiás vizsgálatok szükségesek. Ha a tumor multiplex vagy körkörös helyezkedik el, szűkítheti a lument. Ilyenkor radikális műtetre kerül sor, még jóindulatú szövettani eredmény esetében is. Ilyenkor a resectum részletes feldolgozása malignus átalakulást fedhet fel, mint azt három esetünkben tapasztaltuk.

IRODALOM: 1. Arthur, J. F.: Structure and significance of metaplastic nodules in the rectal mucosa. J. Clin. Pathol., 1968, 21, 735–743. — 2. Balázs, M.: Electron microscopic Study of the Villous Adenoma of the Colon. Virchows Arch. A Path. Anat. Histol., 1980, 387, 193–205. — 3. Balázs, M.: Electron microscopy of polyps of the colon. I. Comparative study of the epithelial cells of adenomatous and adenopapillary polyps. Exp. Pathol., 1981, 19, 112–121. — 4. Balázs, M.: Electron microscopy of polyps of the colon II. Inclusion bodies of Leuchtenberger. Exp. Pathol., 1981, 19, 164–171. — 5. Balázs, M., Kovács, A.: Electron microscopic study of carcinoma of the colon. Exp. Pathol., 1981, 20, 203–214. — 6. Cooper, H. S., Patchefsky, A. S., Marks, G.: Adenomatous and carcinomatous changes within hyperplastic colonic epithelium. Dis. Colon Rectum, 1979, 22, 152–156. — 7. Czernobilsky, B., Tsou, K. C.: Adenocarcinoma, adenomas and polyps of the colon. Cancer, 1968, 21, 165–177. — 8. Estrada, R. G., Spjut, H. J.: Hyperplastic polyps of the large bowel. Am. J. Surg. Pathol., 1980, 4, 127–133. — 9. Fenoglio-Preiser, C. M., Hutter, R. V. P.: Colorectal polyps: Pathologic diagnosis and clinical significance. Cancer, 1985, 35, 322–344. — 10. Franczin, G., Zamboni, G., Scarpa, A. és mtsai: Hyperplastic (metaplastic) polyps of the colon. A histologic and histochemical study. Am. J. Surg. Pathol., 1984, 8, 687–689. — 11. Gebbers, J. O., Laissue, J. A.: Mixed hyperplastic and neoplastic polyp of the colon. An immunohistological study. Virchows Arch. A., 1986, 410, 189–194. — 12. Goldman, H., Ming, S., Hickock, D. F.: Nature and significance of hyperplastic polyps of the human colon. Arch. Pathol., 1970, 89, 339–354. — 13. Haggitt, R. C., Pitcock, J. A., Glotzbach, R. E. és mtsai: Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implication for lesions removed by endoscopic polypectomy. Gastroenterology, 1985, 89, 328–336. — 14. Jass, J. R.: Relation between metaplastic polyp and carcinoma of the colorectum. Lancet, 1983, 1, 28–30. — 15. Lane, N., Kaplan, H., Pascal, R. R.: Minute adenomatous and hyperplastic polyps of the colon: divergent patterns of epithelial growth with specific associated mesenchymal changes. Contrasting roles in the pathogenesis of carcinoma. Gastroenterology, 1971, 60, 537–551. — 16. Longacre, T. A., Fenoglio-Preiser, C. M.: Mixed hyperplastic adenomatous polyps/Serrated adenomas. A distinct form of colorectal neoplasia. Am. J. Surg. Pathol., 1990, 14, 524–537. — 17. Morson, B. C.: Some peculiarities in the histology of intestinal polyps. Dis. Colon Rectum, 1962, 5, 337–344. — 18. Urbanski, S. J., Kossakowska, A. E., Marcon, N. és mtsai: Mixed hyperplastic adenomatous polyps an underdiagnosed entity. Am. J. Surg. Pathol., 1984, 8, 551–556. — 19. Williams, G. T., Arthur, J. F., Bussey, H. J. és mtsai: Metaplastic polyps and polyposis of the colorectum. Histopathology, 1980, 4, 155–170.

(Balázs Márta dr., Budapest, Szanatórium u. 2/a 1528)

Pályázat

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Szájsebészeti Szekciója meghirdeti a „Ferenczi Erzsébet”-ről elnevezett alapítvány pályázatát.

A jutalomra az pályázhat, aki:

- a szájüregi és fej-nyak daganatok gyógyításának elősegítése, az ilyen tárgyú nemzetközi elméleti és klinikai kutatások eredményeinek a hazai gyakorlatba történő átültetése és a hazai kutatások külföldi elismertetése érdekében többéves munkát fejtett ki,
- saját gyakorlati (sebészeti) és elméleti munkája együtteséből származó eredményt mutat fel, továbbá
- a jutalom esedékességét megelőző két éven belül, nemzetközi kongresszuson a kitűzött célokkal szoros összefüggésben álló előadást tartott.

Pályázati határidő: 1994. február 28.

A pályázatokat Dr. Orosz Mihály MFE főtitkár nevére (1085 Budapest, Mária u. 52.) kérjük beküldeni.

Pseudoporphyria

Kósa Ágnes dr., Mátyus János dr.¹ és Horkay Irén dr.

Debreceni Orvostudományi Egyetem Bőrgyógyászati Klinika (igazgató: Hunyadi János dr.)

Debreceni Orvostudományi Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Leövey András dr.)¹

A szerzők egy 46 éves pseudoporphyriás férfi esetét ismertetik, aki krónikus veseelégtelenség miatt 3 éve hemodialízis kezelésben részesül. Néhány hónapja mindkét arcfele, alkarokon, kéz hátakon bőre sérülékennyé vált, hólyagok, illetve pörkkel fedett eróziók, hegek alakultak ki rajta. A porphyria cutanea tarda (PCT) emlékeztető klinikai kép ellenére porfirin-anyagszere zavart nem lehetett igazolni.

Kulcsszavak: pseudoporphyria, krónikus veseelégtelenség, provokáló tényezők

Pseudoporphyria. A 46-year-old patient with chronic renal failure receiving maintenance haemodialysis for 3 years had a few months history of blister formation and skin fragility involving the face, arms and dorsa of the hands. In this case clinically mimicking porphyria cutanea tarda (PCT) no demonstrable abnormality in the porphyrin metabolism excretion was detected.

Key words: pseudoporphyria, chronic renal failure, provoking factors

A pseudoporphyria elnevezést számos olyan bőrbetegség esetén használják, melyekre a bőr fokozott sérülékenysége, hólyagképződés, hegek kialakulása, milium keletkezés jellemző, azonban laboratóriumi vizsgálatokkal (vér, plazma, vizelet, széklet-porfirin) porfirin-anyagszere zavart nem igazolható. A tünetegyüttest leggyakrabban krónikus veseelégtelenség kapcsán hemodializált betegeken (9, 24, 25), továbbá különböző gyógyszerek, pl.: tetracyclin (7), naprosyn (3, 10, 11, 12), furosemid (4), pyridoxin (2) alkalmazásakor, valamint szolárium kezelése (17, 21, 23) után írták le. A patogenezis nem tisztázott, a legelfogadottabb elmélet szerint direkt fototoxikus reakcióról van szó.

Esetismertetés

B. J. 46 éves férfi beteg anamnézisében 30 éves kora óta ingadozó magas vérnyomás, idült alkoholizmus szerepel. 1979-ben májbiopsziás vizsgálat alapján cirrhosis hepatitis igazolódott. 1989-ben heveny pancreatitis volt, ekkor derült ki idült veseelégtelensége. A klinikai kép alapján idült glomerulonephritist valószínűsítettek, vesebiopsziát az előrehaladott veseelégtelenség miatt nem végeztek. 1990 júniusában vált szükségessé a rendszeres hemodialízis elkezdése, melyet heti egy alkalommal cuprophan kapilláris dializátorral, acetát tartalmú mosófolyadékkal végeztek. A napi 3000 ml-nyi diurézis fenntartása miatt a Furosemid adagját napi 10 tablettára emelték. Ezenkívül rendszeresen Nitromint R. és Corinfar tablettát szedett, valamint calcium, folsav, B₁- és B₆-vitamin-pótlásban részesült. Anaemia miatt 2–3 havonta transzfúzióra szorult. A dialízis elkezdése után négy hónappal az arcon, karokon, kéz hátakon bőre sérülékennyé vált, apró hólyagok, sebek keletkeztek. PCT gyanúja miatt bőrgyógyászati véleményezést kérték.

Státusából kiemeljük, hogy mindkét arcfele, homlokon, orrháton, alkarokon, kéz hátakon lencsényi-füllérnyi pörkkel fedett eróziók, borsónyi víztiszta bennéki bullák voltak láthatók.

Mellkasi szervek részéről lényeges eltérés nem volt észlelhető, vérnyomás 160/90 Hgmm, pulzus 70/min. Fizikális vizsgálat: a máj egyenetlen felszíni, a lép nem tapintható.

Rutin laboratóriumi vizsgálatokkal anaemia, a veseelégtelenségnek megfelelően emelkedett szérum-urea, -kreatinin, -foszfor, -húgsav, valamint magas gamma-GT értéket észleltünk. A transzamináz értékek normálisak voltak, HBsAg negatív. A szérumvas és -ferritin szint mérsékelten emelkedett volt.

Mellkas röntgen és EKG vizsgálata során lényeges eltérés nem igazolódott. Szív ultrahang vizsgálat tágabb bal pitvar, hypertrophiás septum és hátsó fal, hasi ultrahang vizsgálat nagyobb, diffúz lézió képét mutató hepar, durvább echoszerkezetű pancreas, kisebb, echodús parenchymájú vesék ábrázolódtak.

Porfirinanyagszere-vizsgálat: a vörösvérsejtek protoporfirin és coproporfirin, valamint a vizelet coproporfirin tartalma normális, a vizeletben uroporfirin nem volt kimutatható. MED (minimális erythema dózis): normális, photopatch teszt (Furosemid): negatív. A beteg korábbi gyógyszeres és diétás kezelésén nem változtattunk, lokálisan dezinficiens és fényvédő kezelést (Sol. tricolorata, Ung. ad vulnera, Helia-D fényvédő) alkalmaztunk. Napfény kerülését javasoltuk. Fentiek mellett bőre átmenetileg tünetmentessé vált, a későbbiekben azonban ismételt jelentkeztek recidívák.

Az anaemia súlyosbodása miatt erythropoietin kezelést kezdték 1991 júliusában. 1992 őszén emellett ismét transzfúziós igény jelentkezett, melynek hátterében gyomor és duodenális eróziókból származó vérzés állt. A beteg gyógyszeres kezelését Ulceran-nal és antacidákkal egészítették ki. A bőrbetegségek kiújulása nem mutatott összefüggést a belgyógyászati státusában bekövetkezett változásokkal.

Megbeszélés

A porphyria cutanea tarda (PCT) a Magyarországon leggyakrabban előforduló hepatikus porphyria, melyet 1937-ben Waldenström írt le. Klinikailag a fénynek kitett területeken, elsősorban az arcon, homlokon, fejtetőn, kéz-

hátakon vesicula, bullaképződés, erózió kialakulás, hegetkezés jellemzi. A hólyagok helyén gyakoriak a miliumok. A betegek bőre sérülékenyebb, s a hólyagképződést nemcsak a napfényexpozíció, de mikrotraumák is kiválthatják. Az arc bőrreljölata kifejezettebb, a bőr sötétbarnán pigmentált, a temporális tájon hypertrichosis a jellemző. A PCT-nek laboratóriumi legalább két formáját különböztethetjük el. Az egyik autoszomális domináns módon öröklődik, s az uroporfirinogén dekarboxiláz enzim (URO-D) csökkent aktivitása jellemzi, mely a májban és a vörösvértestekben egyaránt kimutatható. Az enzimdefektus uroporfirinémiához és a porfirin felhalmozódásához vezet a bőrben, ami fotoszenzibilizál. A másik a szerzett forma, melyben a máj csökkent URO-D aktivitásához a vörösvértestek normális URO-D aktivitása társul. Ebben a típusban etilalkohol, ösztrogén vagy egyéb vegyi anyagok révén csökken az URO-D aktivitása, s vezet a jellegzetes bőrtünetekhez. Az enzimaktivitás csökkenése a vizelet uroporfirin I és III tartalmának nagyfokú, koproporfirin tartalmának mérsékelt emelkedéséhez vezet. A kórképet jellemzi továbbá a szövetek és a vér vastartalmának megemelkedése s a májfunkciós próbák pozitivitása (18, 19, 20).

A pseudoporphyria egyike azon bullózus dermatózisoknak, melyet bizonyos gyógyszerek hatására (2, 3, 4, 7), illetve krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek hemodialízis kezelése közben (22, 24), s újabban szolárium alkalmazásakor (17, 21, 23) írtak le.

A klinikai tünetek: az arcon, homlokon, kéz hátakon, fejtetőn vesicula, bullaképződés, erózió kialakulása, hegetkezés PCT-nek felelnek meg. A bőrtünetek hisztológiai, immunfluoreszcens és elektronmikroszkópos képe is azonos a PCT szövettani jellemzőivel: szubepidermális bullaképződés észlelhető gyulladás nélkül. Laboratóriumi vizsgálatokkal viszont porfirin-anyagszerezavar nem igazolható (8, 9, 26).

A pseudoporphyriát számos provokáló faktor válthatja ki (15, 20). PCT-t utánzó bőrléziókat, biokémiai abnormalitás nélkül első ízben 1964-ben Zelikson közölt (26) nalidixinsav hatására létrejött fototoxikus reakció kapcsán. Később hasonló megfigyelést tettek furosemid, tetracyclin szedése után is (4, 7). A bőrtünetek minden gyógyszer esetén hasonlóak voltak. A fototesztek és fotopatch teszt negatív eredményt adott (9). Az ilyen esetek prognózisa jó, mivel a bőrtünetek hosszabb-rövidebb időn belüli visszafejlődéséhez elegendő a gyógyszeresedés felfüggesztése.

A pseudoporphyria másik típusát Gilchrist (8) írta le, mint bullózus dermatózist hemodializált betegeken. Az ilyen esetek elnevezése pseudoporphyriának Kortingtól (13) származik, aki veseelégtelenség kapcsán hemodializált betegeken észlelte és közölte a kórképet 1975-ben. Azóta ritkán, de rendszeresen közölnek hasonló eseteket (1, 5, 6, 22, 24). Hazánkban Török I. és mtsai (25) számoltak be 43 vesetranszplantált beteg vizsgálatáról, akik közül 6 férfi bőrén észleltek PCT-re emlékeztető klinikai képet porfirin-anyagszerezavar nélkül. Morvay (16) 188 hemodializált beteg bőrgyógyászati vizsgálata során 5%-ban észlelt hólyagos eruptiókat számos egyéb bőrelváltozás mellett. A bőreljölések fellépésében ilyenkor a krónikus, évekig tartó vesebetegségnek elsődleges szerepet tulajdo-

nítanak. Jelen esetünk etiológiai szempontból a pseudoporphyria kevert típusának felel meg, mivel az évek óta hemodializált beteg tartósan fototoxikus hatású gyógyszeres (Furosemid) kezelést is kap.

A teljesség kedvéért megjegyzendő, hogy krónikus veseelégtelenség miatt hemodializált betegeken nemcsak pseudoporphyria, hanem valódi PCT is kialakulhat a kórképre jellemző kóros porfirinmetabolitok kíséretében (14, 18, 19).

A pseudoporphyria harmadik típusával az utóbbi években találkozunk az irodalomban (17, 21, 23). Szolárium kezelése során, excesszív UV-A dózis hatására bullózus bőrtünetek kialakulását észlelték kéz hátakon, ujjakon laboratóriumi eltérések nélkül. A pseudoporphyria egyik típusának sem megoldott a terápiája. Míg gyógyszer indukálta és szolárium kezelést követő esetekben elegendő a provokáló tényező felfüggesztése a végleges gyógyuláshoz, addig a hemodialízis kezelésben részesülőknél rendszeresen számíthatunk a recidívák jelentkezésére. Ezt példázza itt közölt esetünk is.

IRODALOM: 1. Anderson, C. D., Larsson, L., Skogh, M.: UVA photosensitivity in photosensitive bullous disease of chronic renal failure. *Photodermatology*, 1985, 2, 111–114. — 2. Baer, R. L., Stillman, M.: Cutaneous skin changes probably due to pyridoxine abuse. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1984, 10, 527–528. — 3. Birkett, D. A.: Phototoxic bullous eruptions due to nalidixic acid. *Br. J. Dermatol.*, 1969, 81, 342. — 4. Burry, J. N., Lawrence, J. R.: Phototoxic blisters from high furosemide dosage. *Br. J. Dermatol.*, 1976, 94, 495–499. — 5. Day, R. S., Eales, L.: Porphyrins in chronic renal failure. *Nephron*, 1980, 26, 90. — 6. Dymack, R. B.: Skin diseases associated with renal transplantation. *Aust. J. Dermatol.*, 1979, 20, 61–67. — 7. Epstein, J., H., Tuffanelli, D. L., Seibert, J. S. és mtsai: Porphyrin-like cutaneous changes induced by tetracycline hydrochloride photosensitization. *Arch. Dermatol.*, 1976, 112, 661–666. — 8. Gilchrist, B., Rowe, J. W., Mihm, M. C.: Bullous dermatosis of hemodialysis. *Ann. Intern. Med.*, 1975, 83, 481–483. — 9. Harber, L. C., Bickers, D. R.: Porphyrin and Pseudoporphyria (Editorial). *J. Invest. Derm.*, 1984, 82, 207–209. — 10. Howard, A. M., Dowling, J., Varigos, G.: Pseudoporphyria due to naproxen. *Lancet*, 1985, 1, 819–820. — 11. Judd, L. E., Henderson, D. W., Hill, D. C.: Naproxen-induced pseudoporphyria: A clinical and ultrastructural study. *Arch. Dermatol.*, 1986, 122, 451–454. — 12. Keane, J. T., Pearson, R. W., Malkinson, F. D.: Nalidixic acid-induced photosensitivity in mice: A model for pseudoporphyria. *J. Invest. Dermatol.*, 1984, 82, 210–213. — 13. Korting, G. W.: Über Porphyrin-cutanea-tarda-artige Hautveränderungen bei Langzeithämodialyse-Patienten. *Dermatologica*, 1975, 150, 58–61. — 14. Lichtenstein, J. R., Babb, E. J., Felsner, B. F.: Porphyrin cutanea tarda (PCT) in a patient with chronic renal failure on haemodialysis. *Br. J. Dermatol.*, 1981, 104, 575–578. — 15. Moore, M. R., McColl, K. E. L., Rimington, C. és mtsai: Disorders of porphyrin metabolism. Plenum Medical Book Company, 1987, 255. old. — 16. Morvay, M.: Haemodializáltak bőrtünetei MDT ülés, 1987. 02. 26. Budapest. — 17. Murphy, G. M., Wright, J., Nicholls, D. S. H. és mtsai: Sunbed-induced pseudoporphyria. *Br. J. Dermatol.*, 1989, 120, 555–562. — 18. Poh-Fitzpatrick, M. B., Bellet, N., Deleo, V. A. és mtsai: Porphyrin cutanea tarda in two patients treated with hemodialysis for chronic renal failure. *N. Engl. J. Med.*, 1978, 299, 292–295. — 19. Poh-Fitzpatrick, M. B., Masullo, A. S., Grossman, M. E.: Porphyrin cutanea tarda associated with chronic renal disease and hemodialysis. *Arch. Dermatol.*, 1980, 116, 191–195. — 20. Poh-Fitzpatrick, M. B.: Porphyrin, Pseudoporphyria, Pseudopseudoporphyria...? *Arch. Dermatol.*, 1986, 122, 403–407. — 21. Poh-Fitzpatrick, M. B., Ellis, D. L.: Porphyrin-like bullous dermatosis

sis after chronic intense tanning bed and/or sunlight exposure. Arch. Dermatol., 1989, 125, 1236–1238. — 22. Senger, E., Bernd, A., Kachel, H. G. és mtsai: Porphyrria cutanea uraemica: eine obligate Systemerkrankung bei chronischer Niereninsuffizienz? Hautarzt, 1991, 42, 764–769. — 23. Stenberg, A.: Pseudoporphyria and sunbeds. Acta Derm. Venereol., 1990, 70, 354–356. — 24. Thivolet, J.: Pseudoporphyria cutanea tarda bei

Hamodialysepatienten. Hautarzt, 1979, 30, 154–157. — 25. Török I., Alföldy F., Perner F. és mtsai: Pseudoporphyria cutanea tarda. MDT ülés, 1980. 01. 26. Budapest. — 26. Zelickson, A. S.: Phototoxic reactions with nalidixic acid. JAMA, 1964, 190, 556–557.

(Kósza Ágnes dr., Debrecen, Pf. 34 4012)

A Magyar Fitoterápiás Társaság — a MOTESZ tagja — 1993. november 9-én tartotta rendes közgyűlését. Levezető elnök Prof. Dr. Minker Emil volt. Elhangzott a társaság elnökének Prof. Dr. Petri Gizellának beszámolója és az állandó bizottságok elnökeinek Dr. Jancsó Sándor tudományos bizottság, Dr. Tóth László képzésfejlesztési és rendezvényszervezési állandó bizottság beszámolója.

A társaság elnöke megemlékezett arról, hogy az 1993. áprilisban megrendezésre került pécsi konferencia nagyon sikeres volt, címe: „Fitoterápia az orvosi gyakorlatban”. Ennek keretében a délelőtti néhány tudományos előadás után, — délután kerekasztal-konferencián mérte fel a társaság a fitoterápia alkalmazását a receptúraban és az engedélyezett hazai, ill. külföldi gyógytermékek, esetenként gyógyszerek (pl. Strogen forte) felhasználását, ill. az itt szerzett tapasztalatokat. A pécsi rendezvényen a társaság 2 tagját tiszteleti taggá választva emlékéremmel tüntették ki: Prof. Dr. Rácz Gábor és Prof. Dr. Rácz-Kotilla Erzsébetet.

A közgyűlésen említésre kerültek a pályadíjak, elnyert pályázatok is. I. díjban részesült Petrányi Ágota és Székely Judit V. éves áok hallgatók a „Gyógynövények alkalmazása a családorvosi gyakorlatban” c. pályamunkája. Közülük Petrányi Ágota residensként az újonnan megalakult családorvosi tanszékhez került állásba.

Mindkét állandó bizottság esetenként meghívott vendég szakemberek bevonásával számos tanácskozást tartott, a tudományos bizottság elkészített és benyújtott intézkedéseknek egy gyógyszertervvel kapcsolatos beadványt a gyógytermékek helyzetét illetően. A képzésfejlesztési és rendezvényszervezési bizottság pedig ismertette az orvosok, ill. gyógyszerészek, valamint a természetgyógyászok, ill. a drogisták részére tartott gyógynövényismereti tanfolyamokat.

A fitoterápiás társaság társrendezői feladatokat vállalt a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Gyógynövényosztályával, „Gyógynövénykutatás — gyógynövény alkalmazás” címen Székesfehérvárott a Természetgyógyász Kongresszuson egy fitoterápiás szekció ülést biztosított előadókkal is.

1994. április 2. hetében tervezzük ismét megrendezni Pécsen a tudományos napunkat. Szeretnénk az év novemberében pedig Hajdúszoboszlón az Egészséges élet alapítványhoz csatlakozva egy össz-tudományos ülésszakot biztosítani. Előreláthatólag hosszabb távra tervezzük ismétlődően ezeket a rendezvényeket.

A társaság örömmel fogad orvosokat és gyógyszerészeket tagjai sorába. Jelentkezni személyesen vagy írásban lehet.

A társaság címe: Budapest, Üllői u. 26. SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézet

Néhány személyi változásra is sor került. Társaságunk feladatokat vállalt választott tagjai jelenleg az alábbiak:

Elnök: Prof. Dr. Petri Gizella gyógyszerész, egyetemi tanár, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógynövény és Drogismereti Intézet igazgatója, Budapest

Főtitkár: Dr. Dávid Zoltán gyakorló gyermekorvos, Nagykovácsi

Elnökség: Elnök, főtitkár a három állandó bizottság elnöke. Jelenleg Prof. Dr. Petri Gizella, Dr. Dávid Zoltán, Dr. Tóth László, Dr. Jancsó Sándor, Prof. Dr. Minker Emil

Vezetőség: Elnök, főtitkár a három állandó bizottság elnöke és nyolc választott tag

Választott tagok a következők (8)

Dr. Endrédi Sándor családorvos, Budapest

Dr. Dános Béla gyógyszerész, docens, ELTE Növényismereti Tanszék, Budapest

Prof. Dr. Miriszlai Ernő fül, orr, gégész, SOTE II. Gyermekklinika, Budapest

Prof. Dr. Frang Dezső urológus, SOTE Urológiai Klinika igazgatója, Budapest

Dr. Láng István belgyógyász, immunológus, tudományos tanácsadó, SOTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Dr. Satori Éva docens, gyógyszerész, farmakológus, SOTE, Budapest, kincstárnok

Dr. Brezó Magdolna gyakorló gyógyszerész, szakgyógyszerész, Veszprém

Szabó Erzsébet gyógyszerész, BIOGAL, Gyógytermék kutató osztály, Debrecen

Állandó bizottságok

1. Tudományos bizottság

Elnök: Dr. Jancsó Sándor farmakológus orvos, BIOGAL Gyógyszergyár orvosi osztályának vezetője, Debrecen

Tagok: Dr. Mozsai Katalin termékfejlesztési főgyógyszerész, PHARMAFONTANA Gyógyszertári Központ, Budapest

Dr. Cserhalmi Livia cardiológus orvos, docens, SOTE Budapest

Dr. Gacs Mária orvos, mikrobiológus, főorvos, KÖJÁL,

Veszprém

Dr. Guseo András főorvos neurológus, Székesfehérvári Kórház

2. Képzésfejlesztési és rendezvényszervező bizottság

Elnök: Dr. Tóth László docens, gyógyszerész, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Gyógynövény és Drogismereti Intézet

Tagok: Dr. Kéry Ágnes gyógyszerész, adjunktus, SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézet, Budapest

Dr. Romics Imre, SOTE Urológiai Klinika

Dr. Boronkai Piroška toxikológus, Kórházi gyógyszerész, Szolnok

Dr. Szalkai Iván, Honvéd Kórház, Pécs

Ellenőrző bizottság

Elnök: Prof. Dr. Minker Emil, farmakológus orvos, Gyógyszertani Intézet vezetője, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged

Tagok: Dr. Csurgai Ildikó, bőrgyógyász szakorvos, Tétényi úti Kórház

Dr. Varga Erzsébet adjunktus, gyógyszerész, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Gyógynövény és Drogismereti Intézet, Szeged

Dr. Korhely Ildikó mikrobiológus gyógyszerész, Psoricur Gyógyszergyár

Dr. Polner Zsuzsa belgyógyász gyakorló orvos, Balatonfüred

Tisztelt Doktornő! Tisztelt Doktor Úr!

Ismerkedjen meg a többszörhasználatos Drytex textíliák rendkívül előnyös tulajdonságaival! Betegei hálásak lesznek Önnek!

A cégünk által forgalmazott Drytex termékcsalád Nyugat-Európában egyedülálló minőséget képvisel környezetvédő textíliáival. Az inkontinenciában szenvedők önellátását és az önellátásra képtel ágyhoz kötött betegek ápolását könnyítik meg a könnyen mosható Drytex lepedők, betétek és fehéreneműk.

A Drytex textíliák garantáltan nem engedik kiszivárogni a nedvességet, a magukba szívják, mert egyedülállóan nagy folyadéktároló kapacitással rendelkeznek. Ennek következtében a bőrfelszín tökéletesen száraz marad, így a Drytex textíliák lehetővé teszik a decubitusok megelőzését. A Drytex fehéreneműk nemcsak higiénikusak, de tökéletes záródásúak, megakadályozzák a kellemetlen szagok terjedését, így a járóképes inkontinens beteg életminőségét javítják, lehetővé teszik társadalmi, családi beilleszkedésüket.

A Drytex textíliák viselése kellemes és biztonságos, az inkontinens betegség magánügy marad.

A Drytex textíliák alkalmazása egyidejűleg megoldja az inkontinens beteg ápolása során keletkező környezetszennyező hulladék eltávolításával kapcsolatos problémákat is. Textíliáink környezetbarátok; alkotóanyag polipropilén, mely toxikus anyagot nem tartalmaz, elégetésekor vízgőz és széndioxid keletkezik.

A Drytex textíliák mindenféle ágyneművel, fehéreneművel együtt mosható, fertőtleníthetők, minőségüket 300 főzőmosás után is megőrzik.

A Drytex textíliák ára rövid idő alatt megtérül, tartós használatuk lényegesen olcsóbb, mint az egyszerhasználatos termékek alkalmazása.

Az általunk forgalmazott Drytex termékek:

- ágybetét (100x100 cm visszahajtóval),
- ágybetét (75x85 cm)
- tolókoksira való betét (38x38 cm)
- matracra húzható gumírozott lepedő
- egészségügyi betét
- inkontinens nadrág
- hátul nyitott hálóing
- egészségügyi kombidressz

A Drytex termékcsalád kizárólagos magyarországi forgalmazója a

GeronTex

Gyógyászati Segédeszközök Kereskedelmi Kft.

1121 Budapest, Mártonhegyi út 31/c A/1 ép. fszt. 1. Telefon/Fax: 202-5478



Kiváló minőség! Biztonság!

Világ színvonal!

**Sok évtizedes tapasztalat alapján kidolgozott
mindenkori legmodernebb technikával gyártott
készítményskála!**

Ezt biztosítja a magyar cukorbetegek gyógyításában

**a HUMAN OLTÓANYAGTERMELO ÉS GYÓGYSZERGYÁRTÓ
RÉSZVÉNYTÁRSASÁG**

a

NOVO NORDISK A/S

licensze alapján a MAGYARORSZÁGON előállított és forgalmazott
alább felsorolt inzulin készítményekkel

Actrapid® MC inzulin 40 NE/ml 10 ml inj.

Monotard® MC inzulin 40 NE/ml 10 ml inj.

Lente® MC inzulinok 40 NE/ml 10 ml inj.

Actrapid® HMge inzulin 40 NE/ml 10 ml inj.

Mixtard® 30 HMge (volt Actraphane® HMge) inzulin 40 NE/ml 10 ml inj.

Insulatard® HMge (volt Protaphane® HMge) inzulin 40 NE/ml 10 ml inj.

Monotard® HMge inzulin 40 NE/ml 10 ml inj.

Ultratard® HMge inzulin 40 NE/ml 10 ml inj.

Actrapid® HMge Penfill® inzulin 100 NE/ml patron 5x1,5 ml

Insulatard® HMge Penfill® (volt Protaphane® HMge Penfill®) inzulin 100 NE/ml patron 5x1,5 ml

Mixtard® 30 HMge Penfill® (volt Actraphane® HMge Penfill®) inzulin 100 NE/ml patron 5x1,5 ml

és az új előkevert **Penfill®** inzulinok 100 NE/ml patron 5x1,5 ml:

Mixtard® 10 HMge 10/90

Mixtard® 20 HMge 20/80

Mixtard® 30 HMge 30/70

Mixtard® 40 HMge 40/60

Mixtard® 50 HMge 50/50

A termékekkel kapcsolatos információ az alábbi címen kérhető:



**HUMAN
OLTÓANYAGTERMELO
ÉS GYÓGYSZERGYÁRTÓ RT.**

1107 Budapest, Szállás u. 5.

Telefon: 178-2666.



**NOVO-NORDISK A/S DÁNIA
MAGYARORSZÁGI INFORMÁCIÓS
ÉS SZERVIZ IRODA**

1025 Budapest, Ferenchegyí út 13.

Telefon: 135-7109.

HUMAN

Az Első R.I.M.A. Antidepresszáns

moclobemide

AUORIX®

- ☐ Valamennyi depressziós szindrómában hatékony
- ☐ Nincs anticholinerg mellékhatása
- ☐ Időseknek is biztonságosan adható



- ☐ Kimagaslóan jó tolerabilitás
- ☐ Egyszerű beállítás
- ☐ Jó compliance



- ☐ Nem okoz nappali álmoságot
- ☐ Az alkohol hatását nem potenciózza
- ☐ Kiválóan alkalmazható a járóbeteg ellátásban



Adagolás: napi 300-600 mg, két vagy három részre osztva, étkezés után. A tervezett fenntartó adag kezdettől fogva adható. Súlyos májfunkciózavar esetén a szokásos adag fele, harmada adható.

Mellékhatások: ritkán átmeneti alvászavar, szédülés, hányinger, fejfájás. Nagyon ritkán zavart tudatállapot, ami azonban a kezelés megszakítását követően gyorsan megszűnik.

Gyógyszerkölcsönhatás: felerősítheti az ibuprofen és az opiátok hatását. Cimetidint szedő betegeknek a szokásos adag felét kell adni.

Csomagolás: 150 mg (30x, 100x, osztott filmtabletták).

Rendelhetőség: ideg-elme szakrendelés térítésmentesen írhatja föl. Kezelőorvos, családorvos - a szakrendelés javaslata alapján - egy évig térítésmentesen rendelheti a készítményt.

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előírat tartalmazza.

További információkkal állunk rendelkezésére:



F. Hoffmann - La Roche Ltd. Kereskedelmi Képviselő,
1088 Budapest, Rákóczi út 1-3. Tel.: 266-2180

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

PERINATALIS KÉRDÉSEK

Új eredmények a neonatológiában. Dehan, M. és mtsai (Service de Pédiatrie et Réanimation Néonatale, de la Maternité et du SMUR Pédiatrique, Hôpital Antoine-Béclère, F-92141 Clamart): Arch. Fr. Pédiatr., 1993, 50, 163.

A neonatológia (n.) kialakulása, fejlődése számos szakma gyorsult menetének is módját adott. A szerzők jelen átfogó közleményükben az utóbbi öt év fejlődését mutatják be különböző szakágakban. A következőkben az említett hat nagy klinikai szakterületen elért vázlatos eredményeket ismertetik.

Az első kérdésben a koraszülöttek életképességének határait törekszik a szerzőcsoport meghatározni: A „praematurus” mortalitási szint az utóbbi évtizedekben jelentősen csökkent: a 27 gestációs hétnél fiatalabbnál ez 50% alatti. A kedvező eredmény nem valami alapvető terápiás haladásnak a következménye, hanem számos összehangolt tényező gyümölcse (területi hatékony szülész-gyermekgyógyász kollaboráció, a szülés előtt adott corticoidok, amelyek meggyorsítják az enzimek érését, a császármetszéses szülések visszaszorulása stb.). A mortalitás nagyobb része ante- és perinatalis, szemben a neonatalis és postnatalis.

A szerzők egy külön fejezetben foglalkoznak a foetalis tüdőérés meggyorsításával. Megállapítják, hogy itt az exogen surfactantok (SE) játszanak döntő szerepet. Bár alkalmazásukkal az RDS-ek prognózisa javult, ez nem érvényes a DBP-ra (dysplasia bronchopulmonaris). Az RDS megelőzésében fontos szerepet játszik a korai extractio, a speciális szülőotthonban szülés lehetőség és a foetalis tüdőérés meggyorsítása. Ezt leggyakrabban a corticoidok alkalmazásával érték el. Az egyéb hormonális behatás mellett a TRH jelentősége lomberodott ki, ami gyorsította a pulmonaris érését. A TRH-nak kevés mellékhatása van: nem gátolja gyermekében a hypophysis-hypothalamus tengelyt.

Az egyéb antenatalis terápiás beavatkozások a tüdő gyorsabb érését célozták: nethylxanthin, ambroxol — ez a corticoid alternatívja — kitűnően volt alkalmazható a említett időszakban.

A szerzők külön fejezetben foglalkoznak koraszülöttek periventricularis leukomaciájával. Gyakorisága elég magas: 2 éves korban 23%. Az echographia — a cerebralis transfontanellaris korai echographia — eterogén hyperechogenecitas révén —, tiltárja a confláló sűrű pontok útján, az szimmetria segítségével, amelyek később átvészlenek és perisztáltnak, már az első apon vagy héten az elváltozást. Az echographiás üregek a 10. életnapról diagnosztizálhatók. Az esetek 1/3-ában észlelhető

másodlagos, intraparenchymás leukomacia csak a transfontanellaris echographia révén analizálható. A leukomacia periventricularis koraszülöttekben (LPV) később is jelentkezhet, a postnatalis élet 7. hetében, a korai vizsgálatok ellenére is. A korábbi vizsgálatok megerősítik, hogy a korai cerebralis echographiának igen nagy jelentősége van, és már nagyon korán, az első életnapon kell kezdeni és folytatni a következő napokon, különösen a 30. gestációs hétnél korábban születetteknél.

A szerzők elemzik az EEG szerepét, helyét, jelentőségét az LPV-ben. Utalnak arra, hogy megerősítették Rouen munkacsoportjának 301 koraszülöttön végzett tanulmánya eredményeit: a súlyos LPV-ben a módszernek 97%-os értéke van.

A nuclearis mágneses rezonancia képalkotása (IRMN) az LPV-ben igen komoly jelentőségű, ezt már számos vizsgálat megerősítette. Az IRM lehetővé teszi olyan anomáliák diagnosztizálását, amelyek vagy csak átmeneti jellegűek, vagy már üregképződést mutatnak, s ennek méreteit értékelik. Állítják, hogy ez a módszer olyan anomáliák diagnosztizálását is lehetővé teszi, amelyek vagy átmenetiek, vagy üregképződéssel járnak. Alkalmazására a legjobb időpont a 36–40. gestációs hét. A szerzők megállapítása: az IRMN alkalmas módszer arra, hogy motoros vagy szenzoros hiányosságot is felfedjenek, a fenyegető következményekkel együtt, s ennek alapján a szükségesnek vélt kinesiás-ophthalmológias, orthoptikás speciális terápiát már korán beindítsák.

A szerzők foglalkoznak a cerebralis anoxiával, annak terápiás eszközeivel és pathológiájával: a neuroexcitációs aminosavak toxicitásával (AAN). Az AAN (glutamat és aspartat) nagyon fontos szerepet játszanak az excitációs neurotransmisszióban. Hangsúlyozzák, hogy az O₂ metabolitok már a reperfusio alatt is toxikusak, az ischaemia által kiváltott xanthin anyagcsere módosulása révén. Így a súlyos cerebralis hypoxia egy elnyújtott cerebralis autoregulációt von maga után a cerebralis vízmennyiségben.

Az újabb physiopathologiai megállapítások terápiás következménnyel is jártak: az AAN különböző antagonistái és az O₂ metabolitjairól kiderült, hogy a Ca-csatornák blokkoló. De az AAN-(glutamat, aspartat)-ek szerepet játszanak a neurotransmissio fontos folyamatában is, a synaptikus stabilizációban, a cerebralis plasticitásban, és az emlékezet tanulmányozásában is. Az AAN-ek kétfajta receptoron fixálódnak: egyik az ún. non-NMDA receptorok, amelyek felelősek a Na⁺-ok sejtekbe való beáramlásáért, és az NMDA receptorok, amelyek tömeges Ca⁺⁺ beáramlást engedélyeznek.

Az O₂ metabolitok toxicitása módosítja a xanthin-anyagcserét, ami az ischaemia következménye. Mindezek, és egyéb életta-

ni megállapítások eredményezték annak felismerését, hogy a cerebralis vérellátás zavara súlyos cerebralis hypoxiát hoz létre.

Az elmondottak, ill. vázlatosan érintettek arra a következtetésre juttatták a szerzőket, hogy az AAN antagonistákat a minél korábbi postischemiás fázisban kell adagolni, amikor még az O₂ metabolitok korlátozhatják a cerebralis léziók jelentőségét. Ami a konvencionális terápiát illeti, a corticoidok és az antioedemás hyperosmolaris anyagok semmi jótékony hatást nem fejtenek ki.

A postanoxiás görcsök kezelésében a phenobarbitalt és/vagy a hydantoint ajánlják — bár ezek hatása egzakt bebizonyítást máig sem nyert — a neonatológusok. Koraszülötteknél a fájdalom azonosítása nehéz, ez a reanimatio alatt lehet heveny, vagy kellemetlenül perzisztáló. Ezek szerint a kezelés is más és más. Az előbbi kezelése könnyebb, tüneti, míg az utóbbinak diagnosztizálása, de kezelése is nehéz. A kezelés meghatározása nagymértékben függ az orvos szubjektivitásától. Az elfogadott, használt szedáló gyógyszerek két csoportba sorolhatók: 1. a benzodiazepinek szedáló, szorongást oldó, de nem fájdalommentes gyógyszerek; 2. a morfinomimetikus szerek: ezek erős, fájdalomcsökkentő, de szedáló gyógyszerek is. Nagy számuk felsorolhatatlan, alkalmazásuk megválasztása az orvos kezében van. Még jó szándék mellett is nagyon nehéz egy adott kezelő együttesnek napi munkájában felhasználható gyógyszerelő módszert előírni.

A következő fejezetben a gondozásba vett újszülött betegeknek a szülőotthoni ellenőrzésével foglalkoznak. A gyermekgyógyásznak a szülőotthoni munkában való részvétele nélkülözhetetlen, sőt részese kell hogy legyen az „antenatalis medicina”-nak. Ez sajnos még sok megoldásra váró feladattal terhelt.

A jelentős eredmények között a szerzők foglalkoznak a súlyos betegek speciális intézetbe szállításának kérdésével is. Ezek számát 2–3%-ra teszik, de további 10–15% igényel nagyon komoly ellenőrzést. Bár ezek a kíváncsok anya-gyermek együttes megbontásával járnak, a speciális intézet jelentősen jobb feltételeket biztosít, mégis az említett 10–15%-ának a szállítását, a jól ismert anya-gyermek kontaktus elvesztése miatt, lehetőleg el kell kerülni. „A gyermeket az anya mellett kell kezelni”: az 1989–90-es évektől vitatott téma; konklúziója az, hogy ez csak a vitálisan kevésbé fenyegetett kora-újszülötteknél oldható meg.

Még néhány kezdeményezésről is szó esik a közleményben: „csészéből való táplálás”, olyan szobák kialakítása, ahol az újszülöttosztályon az anya és az újszülött együtt van, egy olyan egység kialakítása, ahol a vitálisan fenyegetett újszülött mellett ott van az anya is és a gondozásban szerepet is vállal. Ezzel kapcsolatban említik szimbólumként az „anya-kenguru” kapcsolatot.

Az előbbihez hasonló egységet teremtettek 1987-ben Franciaországban, a Béclère-ről elnevezett clamart-i kórházban, amely

évente átlag 400 ilyen gyermeket vesz fel, akik az újszülöttek 15%-át reprezentálják, 7 napos ápolási átlaggal. Innen csak az újszülöttek 3%-át szállítják tovább, speciális intézetbe. Az ideális, hogy a mama csak addig maradhat a szülőthetben, amíg a gyermeket hazaadásra alkalmasnak nem ítélik: átlag 14 nap. Az anya-gyermek egységekre létrehozása nagy áldás, de áldozat is, úgy személyekben, mint anyagiakban, mégis ez az elérendő: a jövő útja.

Kóvér Béla dr.

Újszülöttek kockázatának felmérése: CRIB, illetve SNAP. Bard, H. (Neonatal Service, Hôpital Sainte-Justine, Montreal, Quebec, Canada): Lancet, 1993, 342, 450.

CRIB = klinikai kockázati index csecsemőkben (Clinical risk index for babies). SNAP = újszülöttek akut physiologiai szűrése (Score for neonatal acute physiology). Az újszülöttekkel foglalkozó nemzetközi munkacsoport a kockázati különbségek mérésére egyszerű, gyakorlati módszert kínál olyan koraszülötteknél, akiknek születési súlya kisebb, mint 1500 g és gesztációs idejük kevesebb, mint 31 hét. A CRIB hat változót vesz figyelembe 12 órával a születés után, míg a SNAP 26 változóval dolgozik 24 órával a születés után. Ugyanakkor a két módszer értéke hasonló.

A halálzási arány nem az egyetlen mutatója az újszülöttsztyályok teljesítményének. Új kiegészítő kezelések bevezetése és a modern monitorizálási technika a halálzás lényeges csökkenését eredményezték koraszülöttekben. Az 1200 g és 1500 g súlyú és 29–31. gesztációs héten születettek 85%-ban, a 700–1000 g súlyú és 26–28. gesztációs héten születettek 70%-ban maradnak életben. A megítélésben nehézséget okoz annak megállapítása, hogy mi az alsó határa a gesztációs kornak, illetve a születési súlynak, miután a modern technika lehetővé teszi extrém alacsony súlyú koraszülöttek életben tartását. Ez a körülmény utal a gondozás megtartására vagy visszavonására.

A CRIB szűrés hasznos a perinatalis gondozás vizsgálatára, de a halálzás nem az egyetlen értékes végpontja az összehasonlításoknak, az életben maradtak életminőségét is fel kell becsülni. Számításba kell venni a szövôdményeket (pl. intracranialis vérzések, retinopathiák fokát, periventricularis leukomaláciát), melyek hosszan tartó következményekkel járnak. Minden szűrést megfelelő feltételek mellett fel lehet használni összehasonlításokra, de nem használhatók egyéni prognózis becslésére, sem a kezelés megtartására vagy visszavonására. Hasznos a szűrés mint eszköz a kezdeti kockázatok mennyiségi meghatározására és megkönnyíti a kórházi csoportok közötti összehasonlítást. Nagyon hasznos a monitorizálásban a gondozás minőségének, árának és az elfogadható standard teljesítménynek meghatározására.

A CRIB kutatók további célja, hogy meg-

határozzák a kezdeti kockázat és a végső morbiditás között a kapcsolatot.

Baranyai Elza dr.

A koraszülöttek retinopathiája. Holmström, G. (Department of Ophthalmology, Huddinge University Hospital, Stockholm, Svédország): Br. med. J., 1993, 307, 694.

A koraszülöttek retinopathiája (amit ezelőtt retrolentális fibroplasiának hívtak) látási zavart idéz elő. A kórkép 1942 óta ismert. Az 1950-es évek elején az oxigén azonosították mint kóroktani tényezőt. Az oxigén koncentráció alacsony volta a kórkép gyakoriságát lényegesen csökkentette. A javuló újszülött gondozás növeli az extrém éretlen magzatok világrajövetele után az életben maradási, ezért a retinopathia gyakorisága ismét növekszik. Epidemiológiai felmérések a kórkép előfordulását az 1700 g-os vagy kisebb újszülöttek között 30–50%-ra becsülik. Az éretlenebbek között a leggyakoribb.

A retinopathia az éretlen retina erei betegsége. A koraszülöttekben a belső retina vascularisatioja nem komplett. A normális fejlődés megszakad, kóros elváltozások, mint a vascularis shunt, fibrovascularis proliferatio és a legelőrehaladottabb stádiumban traktiós retina leválás következik be. Enyhe esetekben spontán visszafejlődés bekövetkezhet és nem befolyásolja a normális fejlődést. A súlyosabb esetekben látászavar, nagy töréshibák, főleg myopia és vakság következhet be.

A pathogenesis nem tisztázott. Előfordul, hogy oxigénadás nélkül is kifejlődik, máskor nagy dózis oxigénadás után sem következik be.

Az 1970-es évek közepe óta krioterápiát használnak, amit a sclerán át a retina perifériás, ischaemiás részén alkalmaznak. Amerikai, több centrumban történt vizsgálatok kimutatták, hogy előrehaladott retinopathia esetén a kedvezőtlen kimenetelt a felére képes csökkenteni. A kezelésnek szerkezeti és funkcionális haszna van, ennek ellenére a gyermekek jelentős részének súlyosan zavart a látása. Az előrehaladott retinopathia másik kezelési módja a lézer, amely a közlések szerint legalább olyan hatásos, mint a krioterápia. Némelyik beteg betegsége a krioterápia vagy lézer kezelés ellenére előrehalad, és sebészi beavatkozás válik szükségessé. A műtétek anatómiailag jók, de a funkcionális eredmények szegényesek.

Jakovits Antal dr.

A magzati hypoxaemia kórisméje. Künzel, W. (Univ.-Frauenklinik, W-6300 Gießen, Németország): Geburtsh. Frauenheilk., 1993, 53, 590.

A Német Szövetségi Köztársaság államaiban a születés körüli halálzás az utóbbi húsz évben egyre csökkent, jelenleg 0,5–0,6%. A perinatalis halálzás elemzé-

se azt mutatja, hogy a szülés közben történt halálzás gyakorisága elhanyagolhatóan csekély. Ez a szülés kardiokardiográfiás intenzív felügyeletének az eredménye. A perinatalis halálzás jelenleg a szülés előtti és utáni elhalásra összpontosul. A szülés utáni halálzást lényegében a koraszülöttség idézi elő. A szülés előtti mortalitás rendszerint a magzat csökkenő növekedésével társul. A terhességzavarok ezért a szülés előtti hypoxaemia okának a lehetőség szerint korai felismerésére kell irányulnia.

A magzat növekedése a méh vérátáramlásának és a lepény érrendszerének fokozódásával jár együtt. A retardált növekedés oka, ha nincs genetikai vagy fertőző ok, az elégtelen oxigénellátás. Extrém esetben az oxigénhiány méhen belüli elhaláshoz vezet. A klinikai szűrővizsgálatok a symphysis-méhfenék távolság, a falcsonok közötti átmérő, a mellkas haránt átmérő és az ultrahanggal kimutatott magzatmozgások becsléséből állnak. Oxigénhiány kifejlődése esetén csökken a magzat növekedése és mozgása.

A magzat szív-működésének gyakorisága felvilágosítást ad a méhen belüli mozgásról és a magzat oxigénellátottságáról a méhösszehúzódások alatt. A magzat veszélyeztetettsége esetén a szív-működés gyakoriságának alapvonala nő, az oszcilláció csökken és a méhkontrakciók alatt lassulások lépnek fel. A fájásoktól függő decelerációk rendszerint megelőzik az oszcillációvesztést. A méhösszehúzódások akár indukáltak, akár spontán következnek be, a haemodinamias tartalék kapacitás meghatározására jelentősek.

A magzat oxigénellátottságának megítélésére új módszer a magzat hasi aortájának és a köldökarteria véráramlás gyorsaságának meghatározása. Állatkísérletek bizonyítják, hogy a magzat shock szindrómájának kialakulásánál a véráramlás gyorsaság profiljának maximális systolés frekvenciája és a diastole végi frekvencia egyidejűleg csökken, de a diastole végi frekvencia csökkenés kifejezettebb. A végdiastolés véráramlás sebesség csökkenés az ellátó érterületek ellenállásának változásán alapul. Magzati shock esetén azon szervekben következik be perfúzió csökkenés, amellyel az élet fenntartásában alárendelt jelentőségűek: a bőr, az izomzat, a gyomor bélhuzam. Ezért a véráramlás profil mérése helye meghatározó. A perfúzióban előnyben részesülnek az agy, a szív és mellékvese. Közepes helyen áll a lepény. A magzati keringésének centralizációjánál hypoxaemia esetén a lepény áramlás profil változás később mutatható ki, mint a magzat aortájának hasi szakaszában, mivel ez az érterület az alsó testfél izomzatát és bőrét látja.

Retardált emberi magzatoknál a véráramlás változás a hasi aorta mért helyén diastolában korábban lép fel, mint az orumbilicalisban. Ikerterhességben felfelé növekedési retardációban ugyanez figyelhető meg. Különösen érdekes a kardiokardiográfiás értékek és a végdiastolés áramlás gyorsaság változása közti összefüggés. kardiokardiográfiás értékek csökkenésével

hasi aorta végdiastolés áramlás sebesség is csökken. E két paraméter között jelentős összhang van.

A körélmény és a klinikai lelet a kiválasztási kritérium a szív működés gyakoriság-ellenőrzés és Doppler szonográfia alkalmazására a magzati hypoxaemia kóris-mézése céljából.

A méh haemodinamias tartalék kapacitásának hatását az oxigénellátottságra csak a méhösszehúzódnások alatt lehet megállapítani. A magzat szív működésének decelerációi jelzik a magzat oxigénellátottságának határát. Ezek megelőzik az oszcilláció és gyorsulásvesztést.

A Doppler szonográfias vizsgálat a magzat hasi aortájában a diastole végi áramlás csökkenését jelzi a magzat keringésének centralizációját. A centralizáció az oxigénhiány következménye.

Jakobovits Antal dr.

A terhesség alatt adagolt indometacinnak az aránya és újszülöttjére gyakorolt hatása, 18 észlelés alapján. Jacqz-Aigrain, E. és mtsai (Unité de Pharmacologie Clinique, des Services de Maternité et de Réanimation Pédiatrique Polyvalente, Hôpital Robert-Debré, F-75019 Paris): Arch. Fr. Pédiatr., 1993, 50, 307.

A prostaglandinoknak (pr. d.) számos fiziológiai hatása van. Egyebek mellett nagy szerepet játszanak a terhesség lefolyásában, előrehaladásában.

Az indometacin (IM) nem steroid, gyulladásellenes szer, amely gátolja a prostaglandinok synthesisét, amelynek erőteljes tocolytikus aktivitását már kimutatták. Kezdetben nagy reményeket fűztek az IM szülészetben való alkalmazásához, főleg fenygető koraszülésekben.

A szerzők közleményükben 18 terhes nő adatairól számolnak be, akiknél a szükséges kontroll mellett történtek a vizsgálatok a Debré-kórházban. Közik azt a retrospektív tanulmányt, amelyet 1989-ben a szülőotthonban végeztek 18 terhes nőnél, IM-kezeléssel. Ezeket részletesen elemzik és táblázatban is bemutatják. — Az IM indikációi: fenygető koraszülés (MAP), ami nem reagált a szokásos tocolytikus gyógyszerekre, és egyedüli, vagy társult hydramnion. Az IM-kezelés jellemzőit táblázaton tüntetik fel, 1. fenygető koraszülés, hydramnion, a kettő együtt; 2. a terhesség formája, a kezelés kezdetének időpontja, az IM adagolt összmennyisége, a kezelés tartama, a kezelés beszüntetése (hetekben), a kezelés abbahagyása és a szülés közötti intervallum, a szülés (hetekben rögzítve), a terhesség előrehaladása.

A szerzők megadják az IM napi adagját és az átlagot. A kezelést átlagban $18,1 \pm 16,4$ napban szabják meg.

A fenygető szülés esetén (MAP) az IM legfeljebb 8 napig adható. Anyagukban a kezelés 10 esetben hatásos, 6 esetben hatástalan volt. Ami a 25 foetust illeti, kettő közülük halva született, 4 pedig az újszülött

időszakban halt meg. A gyermekek közül 13 (57%) igényelt reanimációt, akut foetalis légzési, keringési elégtelenség miatt. Az újszülöttek átlagsúlya 2072 ± 820 g volt.

Külön foglalkoznak a szerzők azzal az öt koraszülöttel, akik veseelégtelenség képét mutatták. Ezek IM-kezelését táblázatban is értékeli. Kiemelik, hogy az IM szerepet játszhat az öt kiemelt beteg neonatalis renalis insufficienciájában. Hangsúlyozzák, hogy egyetlen betegük sem halt meg veseelégtelenségben.

A megbeszélésben a szerzők legfontosabb megállapításai: A prostaglandinok synthetizálását egyetlen praecursor végzi, az arachidonsav. Ezt a membrán phospholipidek szabadítják fel. Az endoperoxidok transformálását (PGG₂, PGH₂) a cyclooxygenase katalizálja, hatását blokkolják a nem steroid gyulladás elleni szerek.

A prostaglandinok fiziológiai hatása többre: az E és F szériák erőteljes vasodilatív ágensek. A nem steroid gyulladásellenes gátló prostaglandinok cyclooxygenase gátló szerek. Ennek segítségével az IM reverzibilis hatást fejt ki. Az IM egy nem steroid gyulladásellenes szer, amely a terhesség alatt leggyakrabban használt, s amelynek klinikai hatását legjobban tanulmányozták. A terhes nőnél az IM biofelhasználhatósága 80% feletti.

A szerzők tanulmánya 24 élő gyermeket érint és 5 veseelégtelenségben szenvedőt is magába foglal, ahol az IM hatása vitatott.

Az IM-hez kapcsolódó neonatalis eredmények előfordulási gyakorisága vese- és cardialis vonatkozású, és az irodalomban nehezen értékelhető.

Egy biztos: az IM-hoz kapcsolt újszülöttkori események — renalisak vagy cardiovascularisak — az irodalomban nehezen értelmezhetők.

Amennyiben az IM tocolytikus tulajdonságai révén a gyógyszerhasználatos, úgy a várt terápiás jó hatás annál inkább remélhető, minél korábban jelentkezik a fenygető szülés. Úgy tűnik, hogy öt esetből négyenél következik be a veszélyeztetettség.

A prostaglandinok synthesisének gátlóit felhasználva, így az IM-et is nagyon nehéz feladat elé állítja a kezelés előny/hátrány egyenleg értékelését. Az IM kétségtelenül csökkenti a fenygető koraszülés esélyét, s így elkerülhető a koraszülés. A kezelés azonban számos súlyos foetalis és neonatalis mellékhatással jár. A következő vizsgálatok feladata, hogy az IM szülészeti indikációit korlátozzák, az alkalmazás módját, gyakoriságát, az IM rizikójának súlyosságát csökkentsék.

Kövér Béla dr.

A humán albumin hatásának tanulmányozása az újszülöttkori icterusra, együtt alkalmazva az intenzív fényterápiával. Caldera, R. és mtsai (Service de Pédiatrie Générale et Néonatalogie, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, F-75674 Paris): Arch. Fr. Pédiatr., 1993, 50, 399.

A nem conjugált bilirubin (Bi.) a felelős az újszülöttkori icterusért (ú. i.), s ez a plazma albuminhoz kötődve transzportálódik. A kötődés fő helyének affinitása a bilirubinhoz fokozott, de nem specifikus. A Bi. egy része azonban kötődés nélkül marad (BNL-B — non liée). Ez a veszélyes rész, mert liposolubilis és a sejtekhez kötődve felelős a „magicterusért”. Logikus ezek alapján, hogy az icterusos újszülött, a Bi. kötődési helyek számának növelésére, a kötetlen frakció csökkentésére albumint kapjon. Ezt a terápiát azonban sokan vitatják, különösen azért, hogy az ú. i. kezelésében színre lépett a hatásos phototerápia.

A kérdésben felmerülő kételyek tisztázására a szerzők összehasonlító vizsgálatokat végeztek ú. i. -ban intenzív fénykezeléssel, ill. albuminterápiával kiegészített phototerápiával kezelt icterusos csecsemőknel mért BNL változások között.

Részletesen leírják a vizsgált újszülött anyagot (kórházukban intenzív icterus miatt ápolott 211 újszülött), akiknél a vizsgálat előtt kizárták a Rhesus alloimmunizáltságot és a fertőzések eredetét, a 34 gestációs hét alatti koraszülötteket. 113 betegnél találtak OA- és OB-incompatibilitást. 92 betegben az eredet ismeretlen, hatnál konstitucionális haemolysis volt. Valamennyi újszülött kórházi felvétele után intenzív phototerápiát kapott, amelynek energiája $3,5-4$ mW/cm² volt; 4 órával később egy $1,5-2$ mW/cm² standard értékre álltak át. A 211 újszülött közül 97 az első két órában humán albumin iv. infúziót kapott, 5% glukózzal dúsítva a 20%-os oldatot, $1,5$ g/kg mennyiségben. Így alakult ki a két csoport — I. phototerápiás és II. phototerápiás + albuminos csoport. A szerzők ezek adatait részletesen közlik két táblázatban, ugyanígy az alkalmazott statisztikai módszert is, valamint a nem kötött és az össz. Bi. eredményeket.

Az elemzésekből kiderült, hogy a BNL csökkenése szignifikánsan jelentősebb a II. csoportban a kombinált kezelés hatására, amint az a harmadik táblázatból is leolvasható.

A kapott adatok részletes elemzése alapján a szerzők a megbeszélésben az alábbi fontosabb megállapításokat teszik, szembe-ítve az irodalomból ismertekkel: Az albumin-terápiának, mint adjuvánsnak a phototerápiával való összekapcsolása az ú. i. -ban nem minden esetben alkalmazható, részben veszélyei, részben vitatott hatásossága miatt. A veszély: a plazmavolumen megnövekedése, az albumin adagolásának elnyújtásával, kiküszöbölhető; továbbá, hogy ez meggyorsítja a szöveti és extravascularis Bi.-nak a keringésbe való beáramlását, ami a bilirubin/albumin viszonyt is veszélyesen kedvezőtlenül megváltoztatja, amellyel csökken a Bi. transfer a hepatocyták felé, így az icterus prolongálódik. De csökkenti az albumin a phototerápia hatását is a bőrben.

Az elmondottakon túl a phototerápia in vitro nem változtatja meg az albumin/bilirubin kapcsolatot, in vivo hatása kevésbé ismert. Mindezek azonban elméleti ellenvetések.

Közismert az is, hogy az albumin hatássága az ú. i.-ban ellentmondásos. Erre jellemző, hogy ugyanaz a kutató, aki annak alkalmazását az ú. i. terápiájában kétségbe vonta, két évvel később a két gyógymód együttes alkalmazását a magisterus megelőzésére ajánlotta. Mások az albumin hatását a készítményekben felhasznált stabilizátorok miatt vonják kétségbe. A szerzők készítményében ez Na-caprylat volt. Abban a szerzők megegyeznek, hogy a natív humán albumin e célra a legalkalmasabb. Úgy tapasztalták, hogy a kombinált terápia hasznosabb a külön-külön alkalmazottnál. Ezt vitathatatlanul teszi a 4. órában mért BNL-érték. Az ilyen kezelési mód hozzájárul ahhoz, hogy a potenciálisan veszélyes Bi. frakció, ha csak átmenetileg is, gyorsan csökkenjen. Lehetőség teszi, hogy a Bi. szint ne érje el a veszélyes szintet s időt biztosítson arra, hogy a nagy energiájú fototerápia hatása érvényesüljön. A szerzők úgy vélik, hogy ez a kombinált terápia lehetőségét ad a neonatalis hyperbilirubinaemia okozta cerebrális károsodás kivédésére.

A szerzők statisztikai analízissel is igazolják, hogy a kombinált terápia hatása a Bi. faktorokra, a bilirubinaemia csökkentésére kétségtelen, főleg a BT-ra (totális) és a BNL-ra gyakorolt hatás révén. A neonatalis icterus kezelésében nagy haladást jelentő intenzív fototerápia hatását még növeli a lassú, két óra alatt adott albumin-infúzió, gyorsan csökkentve a BNL szintet az első négy órában. A hatás rövid ideig tart, 24 órával később már nem mutatható ki; alkalmazása mégis indokolt, ha a szérumból BNL szint egyenlő, vagy magasabb a 0,80 µg/dl határértéknél.

Kövecz Béla dr.

Az újszülöttkorban előforduló váratlan thrombocytopeniákról. Tuschmied, P., Duc, G. (Abt. Immunol. und Hämatol. Univ. Kinderklinik, Zürich, Klin. Neurol. Dep. Frauenheilkunde, Univ. Zürich, Svájc); Schweiz. med. Wschr., 1993, 123, 1650.

A magas morbiditás és mortalitás ellenére az újszülöttek thrombocytopeniájának minden formája sikeresen kezelhető, ilyenképpen a neonatalis alloimmun-thrombocytopenia is (nAIT). A közlemény tulajdonképpen mindazokat a diagnosztikus és terápiás eljárásokat foglalja össze, melyeknek jó része ismert. Az újszülött thrombocytaszám (TC) 150–250 G/l, de ha ez az érték 100 G/l alá esik, rögtön hozzá kell fogni az aetiológia feltáráshoz, viszont 30 G/l alatti TC szám és súlyos vérzés esetén erre gyakorlatilag nincs idő, mert a fenyegető agyvérzést minél előbb el kell hártani. A tünetek ismertek: bőrnálkahártya-, gastrointestinalis haemorrhagiák, elhúzódozó köldökzsinórvérzés és egyéb belső vérzések, melyek közül az agy 10–30%-ban is érintve lehet.

Az anamnesis felvételekor ki kell térni a családi, elsősorban az anya kórelőzménye-

re (ITP, SLE) beleszámítva a gyógyszeres kezelést és az előző szülésénél talált komplikációkat. A vizsgálatoknak ki kell terjedniük különböző infekciókra, csontvelő-hypoplasiára, fejlődési rendellenességekre, vitiumokra és ami igen fontos, haemangiómák jelenlétére is. A képzőanyag közös módszereken kívül, lényeges a TC-k morfológiája, a különböző véralvadási vizsgálatok és a C-reaktív protein.

A differenciáldiagnosztikában felhívják a figyelmet a kromoszóma rendellenességekre (13 és 18-as trisómia), a Diamond-Schwachmann-szindrómára (itt leukopenia is kimutatható), a Fanconi- és a Wiskott-Aldrich-szindrómára, valamint egyéb ritka alakokra, pl. amegakaryocytás thrombocytopeniára.

A közlemény gerincét a szerzett thrombocytopeniák képezik, melyek közül az alábbiakat kell kiemelni: intrauterin vagy perinatalis fertőzés, DIC, alloimmun-thrombocytopenia és passzív autoimmun-thrombocytopenia, vitiumokkal együtt járó formák, haemolyticus ureaemiás szindróma és kiterjedt haemangiómák.

Mindezek közül a nAIT és a ritkább ún. passzív forma a legfontosabb, ahol az anya betegségei közül ITP-t és SLE-t kell keresni.

Infekciós eredetű thrombocytopeniában a C-reaktív protein emelkedett, de ugyanúgy társulhat DIC-val is.

Immun-thrombocytopeniákban egyéb betegségekre utaló tünetek hiányoznak és a plasmatisz alvadási faktorok normálisak. Passzív autoimmun folyamatban a placentán áthaladó anyai ellenanyagoknak van kiemelkedő szerepük.

A nAIT pathomechanizmusában az anyai alloantigének a foetalis TC-antigének ellen irányulnak. Az anya thrombocytaszáma rendszerint normális. Felismerése nehéz, gyakorlatilag a többi forma kizárásával lehetséges.

A terápiában kiemelkedő szerepe van a különböző thrombocyta-készítményeknek. Mire kell ügyelni? A kockázati tényezők több spender esetében fokozottak. Ha recidiváról van szó, akkor több egységet kell adni; 1 egységnyi TC koncentráum hatására mintegy 30–50 G/l-rel emelkedik az újszülött thrombocytaszáma. Amennyiben a TC-k felszíni antigénjei az újszülöttével azonosak, a folyamat korrigálható; itt gyakorlatilag az anya lehet az egyedüli spender, lehetőleg olyan intézetben kell végezni, ahol a sejtszeparálás és rítg besugárzás minél gyorsabban elvégezhető.

A nAIT tulajdonképpen egyetlen indikációja az anyai TC-k transzfúziójának, ahol a sejtek gyakorlatilag választottak. Amennyiben nem választott TC koncentráumok adásáról határoznak, ez a kezelés akár nAIT, akár felhasználásos thrombocytopeniában hatástalan.

Eredményes azonban az immunglobulin kezelés, akár nAIT-ról, akár passzív betegségről van szó, különösen akkor, ha az anyában ITP vagy SLE derült ki. Az adag általában 0,4 g/kg/d 1–5 napon át folyamatosan, de a teljes adag 48 órán belül ne

haladja meg a 2,0 g-ot. Nem immunológiai formákban teljesen felesleges. Steroidok nAIT-ben hatástalanok, viszont anyai passzív thrombocytopeniában IgG-vel együtt nyugodtan adhatók és eredményesek. A felvilágosítás ugyancsak lényeges, hiszen a beteg nem szedhet antiplatelet készítményeket, K-vitamin ugyan csökkenti a haemorrhagiás rizikót, de magát az alapbetegséget nem befolyásolja. A kezelést addig kell folytatni, amíg a TC szám el nem éri a 100 G/l-t.

Bán András dr.

Streptococcus B okozta fertőzések az újszülöttkorban. Epidemiológia és megelőzés. Vanclaire, J. és mtsai (Service de Pédiatrie, Clinique Générale Saint-Jean, G-1000, Bruxelles); Arch. Fr. Pédiatr., 1993, 50, 427.

Lancefield a streptococcus agalactiae-t (s. ag.) osztályozásában a B csoportba sorolta. Gram-pozitív diplococcus. Sokáig azt hitték, hogy ez a kórokozó nem fertőzi meg az embert s nem felelős a marhák mastitiséért sem. Már 1938-ban Fry beszámolt ezen kórokozó által kiváltott puerperalis infekcióról — elsőként tehát arról, hogy a Streptococcus B (Str. B) emberre pathogen. Miután a következő évtizedekben csak szórványos közlések jelentek meg, 1960-ban már részletes beszámolók írták le a Str. B-nek a foetalis és maternalis fertőzésekben játszott szerepét. Az 1970-es évek óta ez a β -haemolytikus streptococcus fő ágense lett az újszülöttkori septicæmiáknak és meningitiseknek. Ezt a kiemelkedő szerepet ábra mutatja be, amely végül is a belga Közegészségügyi és Epidemiológiai Intézet adatait tükrözi 30, az újszülöttkori infekciókkal foglalkozó intézményben. Ezekért a fertőzésekért 37%-ban a Str. B, 20%-ban az Escherichia coli a felelős. A fertőzések mortalitása magas, csökkentése különleges intenzív ellátást igényel.

A szerzők közleményükben foglalkoznak a klinikai tünetekkel. Megállapítják, hogy a Str. B okozta fertőzés két különböző klinikai formában jelentkezhet: korai (főleg koraszülötteknél) az esetek $2/3$ -ában (septicæmia, pneumonia, meningitis); a második megjelenési forma a késői, 7 nap–3 hónap közötti idő, leggyakoribb klinikai megnyilvánulási formája a meningitis. Valamennyi serotípus felelős ezért. A mortalitás 20–50% körül ingadozik. A meningitis az esetek $1/3$ -ában (60%) fordul elő. Emellett a septikus arthritis, osteomyelitis, adenitis, facialis cellulitis ezen késői jelentkezés főbb tünetei. Csaknem minden esetben fellelhető a III-as serotípus, a mortalitás 10%-os nagyságrendű. A túlélők 20–50%-ánál neurológiai károsodások észlelhetők. Az adatok változnak aszerint, hogy a leginkább veszélyeztetett koraszülött csoportokban a mortalitás az intenzív ellátás hatására csökken.

Az epidemiológiával kapcsolatban a legfontosabb általános megállapításai: átlagban 1000 élő újszülöttről kettő mutat korai

súlyos fertőzést. 1000 szülésre átlagosan egy késői fertőzött újszülött esik. Az USA-ban évenként 7500 esetben a korai septicaemia okozója a Str. B újszülötteknél és fiatal csecsemőknél, míg a Str. B okozta késői fertőzések száma évenként csak 2400; Európában ez csupán közel fele, mint az USA-ban, a B okozta fertőzéseknek.

A szerzők a maternalis hordozó és a kolonizáció jelentőségét értékelve megállapítják: 1. A kórokozó rezervoárja anorectalis. 2. Elsőrendű fontosságú, hogy a kórokozó tenyésztésére olyan táptalajt használjanak, ami kizárja a hibás eredményt. 3. A terhes nők kórokozó hordozó volta nem különbözik az általános nő-populációtól. 4. Fontos, hogy a kórokozó tenyésztésében a selektív legjobb és az álnegatív eredményeket kizáró táptalajokat alkalmazzanak. 5. A csíráhordozás különböző a terhesség fázisváltozatai szerint.

A fentebb említett tanulmányok alapján a terhes nők 10–36%-a pozitív eredményt mutatott. Az elmondottak szerint a maternalis csíráhordozás intenzitása egy olyan elem, amit figyelembe kell venni az újszülöttkori fertőzések rizikójában.

Ami az anya-gyermek Str. B transzmisszióját érinti, a szerzők úgy vélik, hogy az kezdetben a genitáliákon keresztül megy végbe. A szüléskor 30–70% pozitív Str. B — szülő nő arány mellett az újszülöttek kolonizációja 6% körül ingadozik. Ami a fertőzés forrását illeti, az sokkal inkább az anya, mint a kórházi környezet.

Az újszülöttkori fertőzések kockázatával kapcsolatban az a véleményük, hogy számos fenyegető tényező észlelhető az újszülöttkorban. Így a korai terhesség, ill. szülés, burokrepedés az első 24 órában, szülés közben 38,5 °C-ot meghaladó hőmérséklet, chorioamnionitis és többes terhesség. A Str. B-vel szembeni maternalis immunisatio a neonatalis fertőzés elleni védelem egyik része. Összefoglalásként a szerzők hangsúlyozzák a megelőzésben folytatott magatartás jelentőségét. Kiemelik, hogy egy újszülöttnél kockázatot rejlik abban, hogy a következő feltételek mellett fertőzést szenvedjen. 1. Ha az anyát az érintett kórokozó elárasztotta; 2. ha a csecsemőben a kolonizált helyek száma megemelkedett; 3. ha arányos részben, vagy egészében hiányt szenved a specifikus antitestekben; 4. ha a terhes nő veszélyeztetett; 5. ha az anyánál késői a kolonizáció.

A fertőzés megelőzésével kapcsolatban, egy történeti áttekintés után, a jelen gyakorlati magatartásával foglalkoznak. Miután az anyai kolonizáció közismerten rizikófaktor, régebben az anyai pathogen kórokozó eradikálásával foglalkoztak. Az esetleges rekolonizáció elkerülése céljából — a kezdetben használt penicillin eredménytelennek bizonyult — többhetes antibioterápiát írtak elő; ennek hatására a terhes nőknek csak egyharmada maradt fertőzött. Úgy gondolták, hogy a recontaminációban a szexuális partner játszik szerepet. A 3 hetes kezelés befejezése után a nők 70%-ánál, férfiaknál 40%-ban volt észlelhető a rekolonizáció. A preventív antibioterápia így hatástalannak bizonyult.

1979-ben Yow és mtsai a kérdésnek egy valóban új megközelítését adták: a szülés alatt a fertőzött nőknél egy prophylaktikus ampicillin-terápiát vezettek be. Ennek eredménye, hogy a tanulmányozott csoportban egyetlen fertőzés sem fordult elő. Ezt újabb tanulmányok is eredményesnek ítélték meg. Elgondolkodtatók azok a vizsgálatok, hogy ha az anyánál Str. B kolonizáció észlelhető, a szülési kockázat 4,6%-os. Ugyanez a vizsgálati csoport kimutatta, hogy az újszülötteknél 62%-ban lehetett találni korai, súlyos, 94%-os mortalitással járó Str. B fertőzést. A Gram-festésekre épülő Gram-tesztnek megfelelően érzékenyek, specifikitásuk azonban nem kielégítő.

A gyakorlati magatartást illetően — a Str. B fertőzések ellen — úgy vélik, hogy még ma is nehéz egy következetes álláspontot a kérdésben kialakítani. Ezért is azon a nézeten vannak a szerzők, hogy a Str. B fertőzések alakulását az újszülöttkorban az összes terhes nőre kiterjesztik, vizsgálataik eredményét egy táblázatban adják közre. Ez bemutatja a szüléstől a gyógykezelés végéig észlelt, talált eredményeket. A szisztematikus kutatások alapján úgy vélik, megállapítható, hogy a rizikós csoportokban a legjobb eljárás az antibioterápia; ez csökkenti az újszülött-fertőzések számát, bár az esetleges hátrányok is mérlegelendők: anaphylaxiás reakciók, az antibiotikumok rezisztenciájának fokozódása.

Egy további kérdés: mi az álláspont arra nézve, hogy az antibioterápia jobb kihasználása érdekében, a veszélyeztetetteket jobban kiszűrjük. A fertőzés kockázata 1,5/1000 szülés; 666 anyát kell szűrni azért, hogy egy fertőzést feltárjunk, ami nem ésszerű, függetlenül az anaphylaxiás reakciók veszélyétől és az antibiotikum-rezisztenciától.

Az antenatalis szűrés eredményei és következményei általában ismertek: passzív prophylaxis, aminek mértéke a maternalis kolonizáció fókától, másrészt a jelen levő rizikófaktoroktól függ: 1. Ha az anya erősen fertőzött (50-nél több kolónia látóterenként), ampicillin-terápiát alkalmaznak a szülés megindulásától és a szülés alatt. Születés után, az újszülött ellátását követően, az újszülött vizeletében Str. antigen után kell kutatni. Közvetlenül ettől, a klinikai tünetektől és egy biológiai tesztől (CRP formula szerinti leukocytosis...) függ a kezelés, ha az újszülöttkori fertőzés megállapítását nyert — haemocultura, lumbal-punctatum révén —, úgy intravénás terápiát kell alkalmazni. Hasznos lehet a diagnózisban az urina-antigen vizsgálata is. 2. Az anya enyhe kolonizációja esetén, és ha kisebb rizikójú szülésműtét elterelése is észlelhető, passzív prophylaxist ajánlanak, perifériás váladék- és vizeletvételt az újszülöttnél, de nem kezelik az újszülöttet, csak klinikai tünetek esetén. 3. Semmiféle beavatkozást nem ajánlanak, ha a terhes nők normálisak, mind a tenyésztés, mind az antigenvizsgálat esetén.

A jövő kilátásait a Str. B fertőzésekkel úgy ítélik meg, hogy ezek annál biztatób-

bak, minél érzékenyebbek, gyorsabbak a vizsgáló módszerek, és minél sikeresebben alkalmazzuk az antibio- és immunterápiát. Bátorítók az anyánál, de újszülöttnél végzett aktív prophylaxis kísérletek is. Eredményes továbbá a specifikus hyperimmun immunglobulinokkal végzett kezelés is.

Kövér Béla dr.

ANAESTHESIOLOGIA

Pre-emptív analgesia. Bush, D. (Dept. Anaesthesia, St. James's Hosp. Leeds LS9 7TF): Br. med. J., 1993, 306, 285.

Az általános érzéstelenítést megelőzően a műtési terület helyi érzéstelenítése csökkenti a postoperatív fájdalom mértékét.

Decerebrált patkányokon végzett megfigyelések arra utalnak, hogy fájdalomgersek hyperexcitabilitást váltanak ki a gerincvelő hátsó szarvában, és a fájdalom nagyságának (hyperalgesia), tartamának növekedését, eszkalációját, a fájdalomküszöb csökkenését (allodynia) váltják ki. Ez a centrális szenzitizáció a hátsó szarv N-methyl-D-asparaginsav (NMDD) receptorok aktivitásának függvénye. A receptorok antagonistái képesek a centrális szenzitizáció megállítására. (Jelenleg klinikai használatban csupán a ketamin elérhető.)

Hyperalgesiát okozó perifériás szenzitizáció a károsodott szövetekből származó mediátorok (leukotriének, bradykinin, histamin, arachidonsav, sympathomimetikumok) hatásai révén, valamint a nemrégiben felfedezett fájdalom afferensek az ún. „alvó nociceptorok” aktiválódásának következtében szintén előfordulhat.

Az említett mechanizmusokat gátló ágensek pre-emptív analgesia létrehozására alkalmasak. Klinikai megfigyelések során mind ópioid premedikáció, mind local anaestheticumoknak a műtési területben történő alkalmazása, nem steroid gyulladáscsökkentők preoperatív és intraoperatív epidural analgesia a postoperatív fájdalomcsillapító igényt csökkentette. Ennek ellenére még számos nyitott kérdés vár válasza: milyen időtartamú afferens blokádnak szükséges műtét alatt és után a neurogén plaszticitás megállításához, mi az optimális ágens, dózis, időzítés?

Az alacsony koncentrációjú inhalációs narcoticumokat alkalmazó anaesthesiológiai gyakorlat a tudatot kikapcsolja, de megengedi a gerincvelő szenzitizációját, ha a nociceptív afferenciáció érintetlen. Klinikai gyakorlatunkban az általános érzéstelenítést gyakrabban kellene lokál-regionál technikákkal kombinálni.

Bárdosi László dr.

Véletlen durapunkció és tartós tünetek szülészeti betegekben. MacArthur, C., Lewis, M., Knox, E. G. (Birmingham Maternity Hospital, Birmingham B152TG): Br. med. J., 1993, 306, 883.

A lumbalpunkciót, pontosabban a durapunkciót követő fejfájás mind az epidurális, mind a spinális érzéstelenítés ismert szövdménye. A véletlen durapunkció gyakoriságát az irodalom 1%-ban jelöli meg. A punkciót követő jellegzetes fejfájás 6–8 napig tarthat. A szerzők 1978 és 1985 között született 30 096 asszony adatait nézték át és a postázott kérdőívek 11 701 válaszát értékelték. A kérdőíveket az asszonyok a szülést követő 13. hónap–9. év után kapták. Csak a tartós panaszokat értékelték, azaz azokat, melyek a szülést követő 3 hónapon belül keletkeztek és több mint 6 hétig tartottak. A válaszolók közül 4766-nál volt epidurális érzéstelenítés és végül a teljes dokumentációval rendelkező 4700 esetet vizsgálták.

Megállapították, hogy 74 asszonynál (1,6%) volt véletlen durapunkció. Ennek valószínűsége egyértelmű összefüggést mutatott az anesztéziológus gyakorlottságával és a MacIntosh ballontechnikát használók között volt a legnagyobb. A tartós fejfájás, migrén és nyaki fájdalom szignifikánsan gyakrabban jelentkezett a durapunkciót követően mint anélkül. Más vizsgált paraméterekben nem volt szignifikáns eltérés. Fel-tűnő volt, hogy a 17 asszony (23%) közül, akik tartós fejfájásról panaszkodtak a durapunkciót követően, 11-nél (65%) a panasz egy évnél is tovább fennállt és 10-nél a kérdőív kitöltésekor is megvolt még! A vizsgálat nem tért ki a panaszok súlyosságára, de megállapítható volt, hogy 17-ből 7 beteg orvost is felkeresett panaszaiért.

A szerzők elismerik, hogy vizsgálatuk hiányosságaként értékelhető az, hogy nem volt elég részletes, és a válaszolók becslött magas aránya (78%) ellenére relatíve jelentős a nem válaszolók (s így feltehetően a panaszmentesek) száma. A fejfájás magyarázatoként a már ismert liquorvesztést, vaszkuláris változásokat, illetve a durasérülés elégtelen gyógyulását említik. Végül is az állapítható meg, hogy a durapunkciót követő fejfájás valószínűleg tartósabb, mint azt eddig gondolták, de a teljes képhez még további vizsgálatokra lesz szükség.

Károvi János dr.

Durapunkció és fejfájás. Kerüld az előbit, de kezeld az utóbbit. Reynolds, F. (St. Thomas's Hospital, London SE1 7EH): Br. med. J., 1993, 306, 874.

A londoni St. Thomas Kórház szülészeti anesztéziájának vezetője, Prof. F. Reynolds rövid összefoglalóban fejti ki véleményét az akaratlan durapunkcióról és az azt követő fejfájás diagnózisáról, kezeléséről. Véleménye szerint téves az az irodalom által is hirdetett felfogás, hogy az 1%-os gyakoriságú akaratlan durapunkció elkerülhetetlen velejárója az epidurális érzéstelenítésnek. Az ilyen, vagy ennél még magasabb előfordulási gyakoriság elfogadhatatlan, és nem megfelelő felügyelet mellett végzett oktatásra, ill. hibás technika alkalmazására vezethető vissza. Jó felügyelet mellett a véletlen durapunkció gyakorisága 0,3–0,4%-ra szorítható vissza.

Az eredményesség fokozása érdekében javasolja levegő helyett folyadékkal töltött fecskendő használatát az epidurális tér felkeresésekor. Egyértelmű az is, hogy spinális anesztézia végzésekor a 24–29-es kaliberű Spotte tű használata jelentősen mérsékelheti a posztpunkciós fejfájások gyakoriságát. Ez annál is fontosabb, mert MacArthur fenti cikkben referált cikke is mutatja, hogy a fejfájás tartósan fennmaradhat.

Subduralis hematoma kialakulása is követheti az eseményt, de ez myelographia, discographia és diagnosztikus lumbalpunkció után is felléphet! Beékelődés okozta halálokról is beszámol az irodalom diagnosztikus lumbalpunkciót vagy spinális érzéstelenítést követően. Éppen ezért fontos a korai és pontos diagnózis. Ennek jelentőségére a kórházi és kórházon kívüli egészségügyi személyzet figyelmét egyaránt fel kell hívni!

A fejfájást jellemzi, hogy a koponya bármelyik részén jelentkezhet, általában erős nyakfájdalom és esetenként auditorikus és vizuális tünetek is kísérhetik. A VI. agyideg vonaglója kettős látáshoz vezethet. A tüneteket a függőleges testhelyzet súlyosbítja, a vízszintes pedig enyhíti. A diagnózis felállításánál igénybe vehető esetleg a mágneses rezonancia vizsgálat is, bár az abdominális kompresszió alapuló klinikai vizsgálat olcsósága és egyszerűsége miatt előnyben részesítendő. A felültetésre fejjel reagáló beteg mögé állva, hátulról átkarolva, a hasra fokozatosan erősödő nyomást kell gyakorolni. Ez az epidurális véreozsítás megváltoztatása révén a beteg számára is meglepő módon a fejfájás enyhülésére vezet. A fejfájás csökkenése diagnosztikus jelként értékelhető.

A szimptomatikus kezelés (infúzió, vasopressin, fájdalomcsillapítók, koffein) veszélyes lehet, amennyiben a tüneteket elfedi. A kezelés célja a liquoráramlás fokozása helyett annak mérséklése, ill. a durasérülés gyógyulásának elősegítése kell hogy legyen. Ez epidurális krisztalloid infúzióval, a szülés alatti préselést megelőző elektív fogóműtéttel, ágynyugalommal és hűtőalkalmazásával segíthető elő. Tartós fektetésnek azonban nincs értelme! A durapunkciós nyílás átjárhatósága az epidurális adott saját vér injekcióval (blood patch) szüntethető meg. Ez igen hatékony eljárás.

Végül a szerző azt javasolja, hogy folyamatosan figyelemmel kell kísérni az akaratlan durapunkció gyakoriságának alakulását. Nem szabad belenyugodni az 1%-nál magasabb előfordulási arányba, mert megengedhetetlen, hogy a szülés alatti fájdalomcsillapítás ezen kétségtelenül hatékony módszerét az elfogadhatatlanul magas morbiditás miatt esetleg ritkábban alkalmazzák. A morbiditás csökkentésére irányuló erőfeszítéseket a peres eljárások gyakoriságának növekedése is indokolja.

Károvi János dr.

A laryngealis maszk. O'Meara, M. E. és mtsa (Cambridge Univ. Dept. of Anaesthesia): Br. med. J., 1993, 306, 224.

A felső légutak elzáródása az általános anesztézia leggyakoribb szövdménye, a felső légúti reflexek hiánya pedig az aspiráció veszélyét hordozza magában. A fenti szövdmények elkerülésére számos technikai lehetőséget alakítottak ki, ezek közül leggyakrabban az endotracheális intubációt alkalmazzák. Az arcmaszk segítségével vezetett általános anesztéziák során az átjárható légutakat pl. Guedel-tubus segítségével lehet nagy valószínűséggel fenntartani. Minden fenti módszernek lehet azonban szövdménye: endotracheális tubus használata esetén sérülhetnek a hangszalagok, a nyálkahártya, a Guedel-tubus alkalmazása során is tapasztalhatjuk a felső légutak elzáródását, az arcmaszk illeszthetősége egyenetlen felületre nem tökéletes, ill. megtartása néha igen fáradságos stb.

A fenti gondok ismerete alapján dr. A. I. J. Brain új eszközt fejlesztett ki: egy olyan, redukált méretű maszkot, amit nem az arcra, hanem a gégeire lehet illeszteni. Brain cadaver gégei gipszmásolatát elkészítve tanulmányozta a glottis körüli térség alakját. E hajó alakú tér sarkallta őt arra, hogy egy trachea tubushoz, egy felfújható gumimandzsettával ellátott Goldman-féle fogászati maszkot illeszsen. Az így kialakított eszközt 1981-ben próbálta ki sikeresen: mély halothan anesztéziában a gégeire illesztve a maszkot, a tüdő — lágyan végzett pozitív nyomással lélegeztetve — felfújhatónak bizonyult.

Kellő tapasztalat megszerzése után a maszkot latexből, majd később szilikonból állították elő. Az első klinikai kísérleteket 1987-ben végezték, majd még ebben az évben a maszk 4-féle mérethez kereskedelmi forgalomba került, 1990-től az angol kórházakban, napjainkban az egész világon elterjedten használják.

A laryngealis maszk szerepe hármas. Spontán légzés esetén biztosítja az átjárható légutakat, egy biztos eszköz lélegeztetésekor és egy alternatív eszköz olyan betegeknek, akiket nehéz intubálni. Használatával csökken a frissgáz-igény, biztosabban monitorozható az ETCO₂ és szabad marad az altatóorvos keze. Csökken a felső légúti folyadékok aspirációjának lehetősége. A fel-találó javaslata alapján a maszk mindaddig a gégeben tartható, amíg az ébredő beteg nem kezd maga sóhajtozni.

A maszk alkalmazása nehéz intubálás eseteiben már ellentmondásosabb. Behe-lyezése biztosabb, mint egy endotracheális tubusé, nem kell relaxáns alkalmazni és az átjárható légút is fenntartható ezáltal. Behelyezhető vakon, ha elég mély az anesztézia, ti. hogy ne lépjen fel köhögés vagy gégegörcs. Propofol anesztéziában a maszk biztonságosan felhelyezhető, nem így thio-pental alkalmazásakor. A hemodinamikai változások és a szem belnyomásának növekedése kisebb, mint intubálásnál. Hogy a gyomor felfújását elkerüljék, kisebb térfogattal és 25 víz-cm alatti nyomásokkal

kell lélegeztetni. Ajánlatos a kilétezett volument és a szén-dioxid monitorozása.

A laryngealis maszk inkorrekt helyzete klinikailag nem mindig jelentős, korrekt pozíció csak fiberoszkópos ellenőrzés mellett lehetséges. Mivel a cuff dinitrogén-oxidra átjárható, használat közben felfújódhat, így a jól beillesztett maszk néha ki-mozdul. A leggyakoribb probléma az epiglottis megtöretése, ill. az, hogy a maszk betolja a gégebe, ami ezáltal részlegesen elzáródik. Ez a szövödmény elsősorban gyerekeken fordul elő.

Számos közlemény támogatja a laryngealis maszk alkalmazását nehéz, avagy lehetetlen intubálás esetén. Bár a feltaláló nem ajánlotta használatát olyan esetekben, ahol fennáll a gyomortartalom aspirációjának lehetősége vagy veszélye, több cikk javasolja alternatív lehetőségként a cricothyroidomia mellett szülészeti anesztézia során, ha az intubálás lehetetlen. A tekintetben, hogy a gyűrűporcra gyakorolt egyidejű nyomással kivédhető-e a regurgitáció, ill. hogy a nyomás megnehezíti-e a maszk biztos felhelyezését, megoszlik az irodalom véleménye.

Keresztes László dr.

ONKOLÓGIA

Táplálék és rák: kemopreventív tápkiegészítők. Burg, J., Van Poppel, G. (Maastrecht): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 779.

A malignus elváltozások okozta fokozódó halálozás növelte a megelőzés iránti érdeklődést. A táplálékban nemcsak rákra hajlamosító, hanem védőhatású anyagok is vannak. Az essentialis és a nutritív tápanyagokban levő kemopreventív hatású alkotórészekre vonatkozó irodalmi adatokat ismertetik. A rák fejlődésében megismert fázisok közül a legismertebbek az initialis és a promotiós fázis. Az initialis fázisban irreversibilis genetikai tényezők, a promotiósban reversibilis tényezők: sugárzás, kémiai vegyületek, vírusok szerepelnek. Az initialis fázisban a DNA és a carcinogen agens interakciója eredményez DNA replikációval stabil biológiai sérülést, ami a promotiós fázisban a sejtpopuláció szaporodásával a DNA mutációk kumulálódását és a malignus conversio fokozását eredményezi. A kemoprevenzió a promotiós fázisban a leghatékonyabb, ez a fázis évtizedekig tarthat, a folyamat benne megfordítható.

A kemopreventív hatást epidemiológiai vizsgálattal lehet kimutatni: bizonyos táplálék fogyasztásával a rák kockázata csökken. Az anyagok hatását in vitro, állatkísérletekben, egészséges embereken, végül betegeken vizsgálják. A legtöbb preventív anyag antioxidáns hatású (caroten, C-, E-vitaminok, szelén és polyfenolok). Az A-vitamin és derivátumai, a retinoidok sejt-differenciáló hatásúak, a calcium megköti az epe- és zsírsavakat, a D-vitamin elősegíti a calcium felszívódását, a rostanyagok

megköti a praecarcinogéneket, gyorsítja a bélpassage-t, a glukóz-inolátok gátolják a praecarcinogének aktivizációját, az A-vitamin és a retinoidok a száj-torok és tüdő cc-nál védőhatásúak, de az A-vitamin nagy adagban toxikus. A carcinogenesis promotiós fázisában a száj praemalignus elváltozásainál, a leukoplakiánál hatásos, és a fejnyaktájú primer tumorok kezelése után várható új primer tumor megjelenését ritkítja.

A carotinoidokra a sok gyümölcsöt, főzelleket fogyasztóknál ritkábban előforduló tüdő és gyomor cc előfordulása hívta fel a figyelmet, az antioxidáns hatásukkal a carcinogenesisben fontos szerepet játszó szabad gyököket teszik ártalmatlanná. Bőséges C-vitamin-fogyasztással főleg a gyomor és nyelőcső cc incidencia csökken, az E-vitamin a gyomorban blokkolja a nitrózamin képződést. A talaj kis szelén tartalmánál növekszik a cc incidencia, állatkísérletben nagy adag szelén védőhatású bizonyos rákokban, a glutathion peroxidázban fejt ki antioxidáns hatását. A calcium és a D-vitamin hasznossága a colon cc praeventiójánál mutatkozik, a földrajzi szélesség nagyobb voltánál (kevesebb napfény) egyenes arányban nő a colon cc halálozása. A nem nutritív kemopreventívumok közül a rostanyagok a legismertebbek, szintén a colon cc megelőzésében szerepelnek a bél-tartalom pH-jának csökkentésével, savanyú közegben a carcinogének hatástalanodnak. A kelbimbóban, káposztában, broccoliban található glukozinolatokból képződő izotiocianátok és indolok indukálják a májban a detoxifikáló enzimeket, ártalmatlanná teszik a carcinogéneket. A növényi sejtekben a cukrokhoz konjugált polyfenolok, melyek a tea és a kávé csersavához is kötődnek, és a flavonoidok, melyek a zöldségekben, gyümölcsökben, gabonákban fordulnak elő, szintén antioxidánsok és a nitrózamin, carcinogéneket, a szabad gyököket ártalmatlannítják. Mindezen anyagok hatásai szinergizálódnak.

Ribiczey Sándor dr.

A bőr malignus melanómájára nagy rizikóval rendelkező betegek prospektív ellenőrzése. MacKie, R. M. és mtsai (Department of Dermatology, Robertson Building, University of Glasgow): Lancet, 1993, 341, 1618.

A szerzők egy 1983-ban Kraemer és mtsai által az atípusos naevusokkal rendelkező betegek osztályozására javasolt sémát alkalmazták nagy rizikójú primer melanomás betegek prospektív ellenőrzésére. Glasgow-ban legalább 5 évig követték 116 atípusos naevussal rendelkező betegüket (3 vagy több, >5 mm átmérőjű, szabálytalan szélű és pigmentációjú, gyulladt naevus). Minden 3–6 hónapban ellenőrizték, lefényképezték betegeiket, ha naevusaik változást mutattak, illetve újak jelentek meg, kimetszették azokat. Betegeiket három csoportra osztották.

85 betegnek az atípusos naevusokon ki-

vül több mint 20 benignus naevusa is volt, viszont sem a saját, sem a családi anamnézisükben nem fordult elő melanoma. Közülük a megfigyelési időszakban 5 invazív melanoma alakult ki szemben a várható 0,054-del, a relatív rizikó 92.

24 atípusos naevussal rendelkező, korábbi anamnézisében pozitív melanomás egyénben ugyancsak kifejezetten emelkedett volt a rizikó a második melanómára, 2 új melanomát észleltek a várható 0,022-vel szemben, a relatív rizikó 91. Ebben a csoportban 25 kontroll beteg is vizsgáltak, akik korábban melanomásak is voltak, de sem nagyszámú, sem atípusos naevussal nem rendelkeztek; közöttük nem találtak második malignus primer melanomát.

A melanoma rizikó legnagyobb abban a betegcsoportban volt, ahová 6 melanomás család 7, atípusos naevusokkal bíró beteg tartozott, akiknél az első fókú rokonok között fordult elő melanoma; itt 4 betegen 6 invazív melanoma alakult ki a várható 0,009 helyett, a relatív rizikó 444. Ez a csoport biológiailag különleges alcsoportot jelent, számukra az egész életen át tartó ellenőrzés szükséges.

Vizsgálataik során megerősítést nyert az a korábban már leírt tény, hogy nagyszámú benignus naevus rizikófaktor jelent a második és ezt követő primer tumorokra. Atípusos naevusos egyéneknél valószínűleg léteznek vagy genetikusan, vagy a korai életkorban ható környezeti tényezők, melyek elősegítik a melanoma kialakulását (korai gyermekkorban elszenvedett napfényexpozíció).

A közlemény hangsúlyozza a fotodokumentáció szükségességét (költséges volta ellenére), mely a változásokra, új naevusok megjelenésére, a gyulladáshoz kapcsolódó fontos prognosztikai jelentőségére fényt derít. Minden megelőző eljárás, a melanoma korai stádiumában való helyes diagnózis fontos, mivel nincs lényeges előrelépés a már kiterjedt betegség kezelésében.

Korom Irma dr.

Az emlő Paget-betegsége és a társuló rák. Immunhistochemiai vizsgálat. Cohen, C. és mtsai (Emory University School of Medicine, Atlanta): Arch. Pathol. Lab. Med., 1993, 117, 291.

Az emlő Paget-betegségét többnyire a háttérben rejlő ductuscarcinoma epidermalis terjedésének tartjuk. Néha azonban az utóbbi nem igazolható; ezekben az esetekben a Paget-sejteket az epidermis világos sejteiből, eccrin vagy apocrin bőrelemekből vagy multipotens epidermalis sejtekből származtatják. A szerzők 20 Paget-kóros beteg anyagában IHC-módszerekkel vizsgálták a Paget-sejteket és intraductális és/vagy invazív ductuscarcinoma-sejtek eredetét a következő markerekkel: kis és nagy molekulású citokeratint, EMA-t és CEA-t vizsgáltak epithelialis és glandularis eredet vonatkozásában; a GCDFP-15 (macroscopos cystás betegség foliadékból

nyert fehérje) és a lysozim elsősorban apocrin, a CEA és S-100-fehérje pedig eccrin eredetre utalhat; a szintén vizsgált kappa-kazein és alpha-lactalbumin emlőeredetű secretoros termékek. A szteroid receptorok az emlőrákok $\frac{2}{3}$ -ában mutathatók ki IHC-val. A mucin emlő Paget-kórjában 40%-ban, extramammalis esetek 90%-ában van jelen.

18 esetben (90%) az IHC profil azonos volt a Paget-sejteken és a ductuscarcinoma-sejteken a legtöbb markerrel. A két sejttípus közt akadt azért discordans festődés is, leginkább a nagy molekulású keratin. 2 esetben a discordantia 4 vagy több markert érintett; az egyikben csak a Paget-sejtek voltak S-100 és kappa-kazein pozitívak és csak az intraductalis carcinomasejtek voltak CEA és keratin pozitívak — a másikban S-100 és alpha-lactalbumin pozitivitással csak a Paget-sejtek rendelkeztek, keratin, GCDPF-15 és kappa-kazein pozitívást csak az infiltráló carcinoma sejtei mutattak. A mucin festés az esetek 75%-ában concordans volt (10 pozitív és 5 negatív eset).

A fentiek alapján Paget-betegség esetén valószínű, hogy ductuscarcinoma intraepidermalis terjedéséről van szó. A Paget-sejtek egyéb eredete csak ritkán merül fel.

Cserni Gábor dr.

Az előrehaladott vagy recidiváló méhnyak laphámák kezelése mitomycin-C, bleomycin és cisplatin kemoterápiával. Smith, H. O. és mtsai (Department of Gynecology, University of Texas System Cancer Center, Anderson Hospital and Tumor Institute, Houston TX 77030, USA): Gynecol. Oncol., 1993, 48, 11.

A szerzők 59 előrehaladott stádiumban lévő vagy recidiváló portio rákos beteget kezeltek mitomycin-C, cisplatin, bleomycin cytotaticumokkal. Tíz beteg előkezelést nem kapott, a többiek sugár és/vagy műtéti kezelésben részesültek már. A kiértékelhető 44 előkezelte beteg közül 7-nél remisszió következett be. A kezelésre érzékeny betegek daganat progressziómentes időszaka 4,5 hónapig, az érzéketleneké 2,6 hónapig tartott. A sikeresen kezelt átlagos túlélési ideje 15,9, a terápia rezisztenseké 5,9 hónap. Az onkológiai előkezelés nélküli tíz beteg közül négyenél sikerült remissziót kiváltani, míg hat daganatos státusa változatlan maradt. A kemoterápia toxicitása csekély vagy mérsékelt volt.

Jakovovits Antal dr.

A terhesség befolyása a rosszindulatú betegségek incidenciájára és kórlefolására. Du Bois, A. és mtsai (Univ.-Frauenklinik, Inst. med. Biometrie u. Statistik, Tumorzentrum, Freiburg): Geburtsh. u. Frauenheilk., 1993, 53, 619.

A rosszindulatú folyamatok az idős kor betegségei, 20–40 év közötti nőkön csak

8%-uk lép fel, ezért a terhesség és malignoma incidenciája ritka, irodalmi adatok szerint 1,5–2,0 tumor jut 100 000 terhességre. A szóba jövő tumorkok — csökkenő gyakorisággal — a következők: cervix, mamma, lymphomák, ovarium, emésztőtractus tumorai, leukaemiák, melanoma malignum. Az irodalomban ellentmondóan ítélik meg a graviditás hatását a kórlefolásra (pl. irodalmi adatok szerint az emlőrákot kedvezőtlenül, míg a Hodgkin-kórt kedvezően befolyásolja, s cervix carcinomában közömbös). A szerzők az 1980. és 1990. közötti időszakban vizsgálták meg a 16–35 éves korcsoportba tartozó tumoros betegek szereplését a nőgyógyászati osztályok anyagában és a szülési statisztikákban.

280, a feltételeknek megfelelő daganatos beteg közül 28-nak cc. in situ-ját volt, 5-nél kettős tumort találtak. A maradék 247 beteg közül 23%-ban cervixcarcinoma, 22%-ban emlőrák, 21%-ban petefészekrák, 13%-ban lymphoma volt a diagnózis (kiemelik, hogy Freiburg az ovariumtumoros betegek kezelési centruma). 118 beteg korábban kihordta terhességét, 24 fő graviditása alatt fedezték fel tumorát, 28-an a daganatkezelés után estek teherbe. 77 fő nem volt eddig terhes. Az ellátási körzetben történt születekre vonatkoztatva a tumor gyakorisága 1 : 1235, azaz frekvenciája 0,08%.

Statisztikai elemzésekkel megállapítják, hogy a terhesek túlélési valószínűsége nem különbözik a megfelelő stádiumú folyamatban szenvedő tumorosokétól. Eredményeiket értékelve hangsúlyozzák, hogy a prognosztikus faktorok szempontjából inhomogén csoportokat vizsgáltak, s valódi, a terápiastratégiát is érdemben befolyásolni képes következtetések levonására a regionális tumorcentrumnál nagyobb egységek betegségeinek vizsgálata szükséges.

Pikó Béla dr.

Morbus Castleman. Genoni, M. és mtsai (Ospedale San Giovanni, Bellinzona, Inst. Canton. Patol., Locarno): Dtsch. med. Wschr., 1993, 118, 1316.

Castleman és mtsai 1956-ban írták le azt a tisztázatlan eredetű lymphoid tumort, mely általában a mediastinumból indul ki, s melyet ők maguk „angiomatosus lymphoid hamartomának” neveztek. A szerzők a kórkép ritka, mesenterialis kiindulását ismertetik.

Egy 17 éves nőt beteget köldök körüli colica-szerű fájdalmak és microhaematuria miatt vizsgáltak, s a köldök környékén 10 cm-es tumort tapintottak. Labor eredményeiből gyorsult szülledés, microcyter anaemia és pozitív Coombs-próba volt kiemelhető. Az UH hypodens térfoglaló folyamatot, a CT kontrasztanyagot halmozó, nem infiltratív növekvő tumort igazolt. Mellékletként a bal vese súlyos hydronephrosist jelezte. Az UH-vezérelt tübiopsia malignus lymphoma, feltehetőleg Morbus Castleman gyanúját vetette fel. Az elváltás sikeres sebészeti eltávolítása után (a szövettani lelet a feltételezett diagnózist igazol-

ta) második ülésben bal oldali nephroureterectomiát végeztek, az eltávolított szervet és az ureter szűkületét okozó klinikailag fibrosistnak imponáló szövetben ugyan csak Castleman-betegség szöveti képe volt látható.

Postoperative a labor leletek normalizálódtak, s a korábbi retroperitonealis folyamat által okozott tágtult kismedencei vénák és szűkebb vena cava inferior képe sem változott. A beteg 38 hónappal és egy szövődmenymentes szüléssel a műtét után jelenleg is panaszmentes.

A Morbus Castleman szövettanilag az „angiomatosus lymphoid hamartoma” (90%, általában mediastinalis, gyakran tünetmentes) és a „giant follicular lymph node hyperplasia” (10%, extrathoracalis, gyakran generalizált, klinikai tünetekkel jár) alcsoportra osztható fel. Klinikailag soliter (kedvező prognózis, sebészileg általában megoldható) és multicentrikus (rosszabb prognózis, steroidot, kemoterápiát, immunosuppressív kezelést igényel) formákról beszélhetünk. A szerzők esetében szövettanilag kevert jellegű elváltozásról volt szó. Irodalmi adatok szerint a folyamat követésére az interleukin-6 szérumszintjének meghatározása alkalmas.

Pikó Béla dr.

Sugárkezelt nyelöcsőrakos betegek endoscopy, biopsiás és funkcionális eredményei. Kern, Th. és mtsai (Strahlenther., Gastroenterol., Kantonsspital Aarau): Schweiz. med. Wochenschr., 1993, 123, 1753.

Lokoregionális daganatkezelési módszerek sikere csak azokban az esetekben mérhető a túléléssel, ha a folyamat nem disseminált. Mivel a diagnózis felállításakor a nyelöcsőrakos betegek felében már áttétek állnak fenn, a helyi lelet és életminőség változása a korrekt paraméter.

A szerzők 83 beteget (13 nő, 70 férfi), átlagosan 64 (36–86) éves korban részesítettek nyelöcsőrak miatt sugárkezelésben. A teljes nyelöcsővet 40 Gy-vel irradiálták, majd a tumorterületen a dózist 60 (70) Gy-re egészítették ki. A vizsgálatokat 0, 20, 40 és 60 Gy leadása után végezték.

27 betegnél (52%) a tumor mind makro-, mint mikroszkóposan eltűnt, náluk az átlagos túlélés 13,5 hónap volt; látható, de szövettanilag nem igazolható tumornál 9,5 hónap; negatív endoscopy mellett pozitív biopsia esetén 7,3 hónap; mindkét módszerrel persisztáló folyamatban 3,5 hó. Teljes értékű táplálkozásra („késell-villával enni”) 57 beteg vált képtessé 60 Gy után.

A szerzők véleménye szerint a radioterápia — kevésbé megterhelő volta és tagadhatatlan hatékonysága mellett — a betegek elszigetelődését is gátolja, mivel a kezelés során nap mint nap kapcsolatba kerülnek az asszisztensekkel és orvosokkal (valamint más betegekkel is — Ref.), s ez az életminőség további javulásával jár.

Pikó Béla dr.

A Down-szindróma szérumban monitorizálása az asszonyok tapasztalatai alapján. Statham, H., Green, J. (Centre for Family Research, University of Cambridge): Br. med. J., 1993, 307, 174.

A szerzők leírják azon asszonyok tapasztalatait, akik a Down-sy-ra történt szűrővizsgálatok pozitívak lettek. 20 pozitív asszonyt kérdeztek meg telefonon, interjú, vagy levelezés útján a Down-sy szérumban szűrővizsgálatáról. A fő kérdések: a teszt ismerete és értéke, a személyzettel való kapcsolat, az eredmények közlése, viszonyulás a teszt-hez, és a kóros magzat terminálásához. 5 asszony állította, hogy jól informált a tesztéről.

Minden asszonyt félelem fogta el a pozitív szűrési eredmény hallatán. Tapasztalataik szerint a személyzet sem volt tisztában, hogyan kell a rizikót elmagyarázni. Még a negatív amniocentesis után is néhány asszonyban maradt félelem. A személyzet nem mindig ismerte fel az asszonyok aggodalmait, az amniocentesis eredményét várva. A pozitív eredmény elfogadása legalább 8 asszonynál jelentett nehézséget. Egyikük valóságos „sokk”-ban töltötte a hétvégét az amniocentesisre várva. Mások a személyzet siettetését érezték a teljes információ elmondása nélkül. A pozitív diagnózis kimondása után bonyolult döntés előtt álltak az asszonyok a terhesség terminálását illetően. Negatív eredmény után az asszonyok megkönnyebbültek, később bizonyos aggodás újra felmerült. Néhányat aggasztotta az első eredmény: Ha a bérinek nincs Down-sy-ja, akkor mi baja van?

E tanulmány 3 kérdést vet fel: Van-e a Down-sy-nak szűrőmodszere? Ha van, elég-e a szérumban teszt? Ha igen, hogyan kellene végrehajtani? A legtöbb terhes tudni akarja, van-e baj a magzattal, ezért szeretné a tesztet igénybe venni. Minél jobban informáltak az asszonyok, annál többet kérik a prénatalis szűrőmodszereket.

Minden szűrővizsgálat ad álpozitív és álnegatív eredményt. Hogyan kell ezeket kezelni, ez a jelen nagy kihívása. Az asszonyok félelmét gyakran nem ismerik fel, megemlítik az invazív beavatkozás vetéléssel járó rizikóját, a beteget hazaküldik, hogy ne aggódjon. Az asszonyok már a beavatkozás, és annak eredménye előtt terminálásra gondolnak, de erről akkor még nem kapnak információt, pedig döntésükhöz az összes információ szükséges. Ezért fordulnak a SATFA-hoz (Support After Termination for Fetal Abnormality) és a Down-sy Egyesülethez.

Bármilyen szűrővizsgálatnál nagyon fontos a személyzet magatartása, jó információ közlése a pozitív érintettekkel. Pszichoszociális támaszt kell nyújtani, hogy az asszonyok képesek legyenek megbirkózni distresszüikkel.

Bóna Renáta dr.

Pszichológiai következtetések a Down-szindróma szűrésével kapcsolatban. (Még mindig kevés figyelmet szentelünk neki.) Marteau, T. M. (United Medical and Dental Schools of Guy's and St. Thomas's London): Br. med. J., 1993, 307, 146.

A Down-sy szűrésével kapcsolatos félrevezetés gyorsan elterjedt az utóbbi néhány évben. Bármilyen teszt felfedezése csak az első lépés a klinikum számára. Mint minden szűrőtesztre, erre főleg érvényes: „nem ártani a betegnek”. Ezt a követelményt néhányszor mellőzik, a program mai gyors végrehajtása közben. Statham és Green közleménye a kiszűrt pozitív asszonyok problémáit elemzi. Hasonló nehézségeket 10 éves periódusban más prénatalis szűrőmodszerekkel is leírtak. Ezen problémával még mindig szemben állunk, mely kérdéseket vet fel: Miért fordulnak elő ezek a problémák? Mit kell tenni, hogy legyőzzük őket? A distressz okai között említendő a kívánt terhességben kapott pozitív szűrési eredmény, a terminálás problémája. Álpozitív eredményt kézhez kapók is aggódnak tovább, még a magzat megszületése után is. A distressz nagyon magas a pozitív asszonyoknál, különösen terminálás után, legalább egynegyedük distresszben van még két évvel utána is.

A szűrés időpontjában felmerül a kétség: folytatható-e a terhesség. Ez függ a kapott információtól, és az érzelmi támasz érzésétől. Az irányelvek ellenére az asszonyoknak nincs mindig tudomásuk a tesztéről, és az eredmények jelentéséről. Az érzelmi támasz inadekvát lehet, mivel néhány szülésznek és szülészasszisztensnek nehézséget jelent a betegek segítése fájdalmas döntésükben, pozitív teszt eredményt követően. A kapott pozitív eredmények problémáinak ismeretében, miért csak olyan keveset tettek meg erősítésükért? A klinikai gyakorlatot megváltoztató kutatási eredmények hiánya már felismert tény, mely nem korlátozza a prénatalis szűrés. Néhány asszony az egészségügyön kívül keres segítséget: (SATFA = Support After Termination for Fetal Abnormality, Down-Syndrome Association, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists).

A diagnosztizált Down-sy-t követően az asszonynak döntenie kell a terhesség terminálásáról, már megszűnik az antenatális védelem. Mi a teendő?

Szükséges a gondozásban a különböző megközelítések hatásosságának értékelése, a distressz csökkentése céljából, és hogy a terhesség folytatása vagy megszakítása mellett való döntésben maximális legyen a hozzáállás és az elégedettség. A prénatalis szűrőprogram klinikai vizsgálatban szükséges felmérni mind az asszonyok elégedettségét a szolgáltatással, mind a pszichológiai kimenetelt. Akármilyen jó is a teszt technikailag, ha a felkészületlen személyzet nem informálja róla, és nem támogatja a betegeket érzelmileg, az eredmény zűrzavar és nagyfokú distressz lesz. És ez elkezdhető.

Bóna Renáta dr.

Nővédelem. Lényeges-e az orvos neve? Lurie, N. és mtsai (Dep. of Medicine, Hennepin County Medical Center and University of Minnesota Minneapolis): N. Engl. J. Med., 1993, 329, 478.

Az utóbbi évtizedben megkülönböztetett érdeklődés tapasztalható a nők egészségvédelme területén. Minőségi mutatóként fontos markernek tartják az emlő- és cervixszűrés. Ennek sokféle összetevője van. A nők szerint a részvétel hiányának leggyakoribb oka az, hogy az orvosuk nem javasolta nekik. Gyanítható, hogy az orvos neve fontos szerepet játszik ebben. Már más tanulmányok is leírták, hogy a preventív ellátást befolyásolja az orvos neve. Az orvosnők általában fiatalabbak a férfiaknál, akiknek több a megelőzésben szerzett tapasztalatuk. Idősebb orvosok szívesebben foglalkoznak idősebb asszonyokkal, akiknek más a magatartásuk a rákszűréssel kapcsolatban. E tanulmányban a szerzők megvizsgálták a különbségeket a mammogram és a Pap-kenet szűrővizsgálatban orvosnőket és férfi orvosokat összehasonlítva egy nagy egészségügyi terv keretében.

1990-ben 97 962, 18–75 év közötti asszony elvégzett mammográfiája és Pap-tesztje került a vizsgálatba. Kódolták az orvos nemét, kora adott volt. Kiszámították minden orvosra a mammográfia és a Pap-teszt frekvenciáját, valamint egy valószínűségi arányszámot a mammogram és Pap-kenet birtokában az orvosnőkre, majd összehasonlítva a férfi orvosokra, az orvos és a beteg korát kontrollálva. A durva arányok alapján a Pap-kenet és mammográfia magasabb volt az orvosnőknél az orvosok összes korosztályában. A legnagyobb különbség a Pap-kenetekben a fiatalabb orvosok között volt. Egy alcsoportban, akit csak egy orvos látott, a Pap-kenet valószínűségi aránya 1,99 volt az orvosnők javára. A 40 és ennél idősebbek mammogramjának valószínűségi aránya 1,41. A belgyógyászok és családorvosok alacsony szűrési rátája nemre való tekintet nélkül azt sugallja, hogy adminisztratív intézkedések szükségesek a szűrés fokozására.

Sok beteg előnyben részesíti az azonos nemű orvosát, ez főleg rectalis és genitális vizsgálatot igénylő klinikai szituációkra érvényes. Ez tükröződik abban is, hogy több nő választ orvosnőt, ezek a betegek több figyelmet fordítanak a megelőzésre, másoktól más egyéb faktorokban is különböznek (szociális, gazdasági helyzet, megelőzéssel kapcsolatos magatartás). Az orvosnők szívesebben ajánlják a szűrővizsgálatokat, nagyobb szorgalommal ismételtet is felhívják a figyelmet a szűrés fontosságára, határozottabban mondják el betegeiknek a rák rizikóját. A nőbetegek szívesebben mennek utána a szűrés eredményének, mivel könnyelműbben meg tudják vitatni nyugtalanságuk okát, és a kivezető utat az orvosnővel, szívesebben vizsgáltatják meg velük magukat (emlővizsgálat, Pap-kenet-vétel).

Főleg a fiatal férfi orvos lehet kellemetlen a beteg számára a női nemi szervek

vizsgálatánál, a szexualitással kapcsolatos gondok megbeszélésénél, és a ráksűrű vizsgálatok ajánlásakor. Ez a diszkomfort érzés csökkenhet az orvos korával, gyakorlatszerzéssel, és ez magyarázza, miért magasabb a szűrési arány az idősebb orvosoknál, mint a fiatal orvosok között. A férfi orvos érintve lehet a szexuális zaklatás vádjával, ezért van kevesebb Pap-kenete és klinikai emlővizsgálata, mely a mammogrammal együtt jár. A szülész-nőgyógyász orvosoknál sokkal kevesebb különbség látható.

Az adatok alapján az orvosnők megelőző munkája sokkal hatékonyabb a nőbetegekre nézve. Hasznos lenne a különbségért felelős faktorok azonosítása, és főleg az orvosi munkába való beépítése, nemre való tekintet nélkül.

Bóna Renáta dr.

Szertartások a terhesgondozásban — szükség van-e rájuk? Steer, P. (Academic Department of Obstetrics and Gynaecology, Charing Cross and Westminster Medical School, London SW10 9NH, Anglia): Br. med. J., 1993, 307, 697.

A terhesek Nagy-Britanniában átlagosan 15-ször mennek terhesgondozásra. Minden vizit alkalmával méri a testsúlyt, a vérnyomást, a méhfenék magasságát, vizsgálják a vizeletet cukorra és fehérjére. Némelyek hallgatják a magzati szívhangokat vagy a Pinard-féle sztetoszkóppal vagy hordozható Doppler ultrahang készülékkel, megkérdezik a terhest a magzatmozgásokról. Mindezek a rutineljárások kétes értékűek.

A **testtömeg index** (a súly kg-okban osztva a testmagassággal m)² kora terheségben kimutatja, azokat a terheseket, akiknek nagyobb a kockázata a retardált magzatokra. A jó testsúlygyarapodás (15 kg-ig) javítja ezekben az asszonyoknak a terhességi kimenetelét. Az angol Orvostani Intézet szerint viszont az anya súlygyarapodásának jósló értéke alacsony.

A **méh nagyságának becslése** csak 15–30%-os érzékenységgel, azon magzatok kimutatására, akik 10. percentilis alatti súlyúak a gestációs korhoz viszonyítva. A szülés alatti és újszülöttkori morbiditás valószínűleg sokkal inkább a növekedés gyorsaságával van összefüggésben, amit a haskörfogat sorozatos szonográfiai mérésével lehet kimutatni.

A **vizeletcukor-vizsgálat** nem hatásos szűrővizsgálat a gestációs diabetes kimutatására. Normális terhes nők 2/3-ának glycosuriája van a terhesség egyes szakaszaiban. A glukóz tolerancia teszt, azokra az asszonyokra korlátozva, akiknek ismételt van glycosuriájuk, még így is a kémiai diabeteseseknek csupán 1/10-ét mutatja ki. Az egyetlen vércukor-meghatározás egy órával a glukózzterhelés után valószínűleg a legköltségesebb szűrési módszer.

A **vizeletfehérje-kimutatás** fontos módja a toxemia kiderítésének. A pozitív lelet normális vérnyomás jelenlétében a hüvely-

váladékkal való keveredés következménye is lehet.

A **szívhanghallgatás** egy másik szertartás, aminek újabb vizsgálatok szerint nincs nagyobb jelentősége, mint az anya észleléseinek megerősítése. Hasonló információt ad a magzatmozgások tapintási lelete vagy az anya beszámolója. 68 000 asszony naponta végzett magzatmozgás-számolása nem csökkentette a halvaszülések számát.

Angliában jelenleg elmozdulás tapasztalható a demedikalizációs és decentralizációs szülés irányában. Gyökeres változások szükségesek a terhesgondozás szervezésében. Ez nem egyszerűen áttérés az orvosoktól a szülész-nőkre, hanem lehetőség az idejélműlt rituálék elhagyására. Így több idő jut sok új szűrőmódra, amelyek kora terhességben használhatók.

Jakobovits Antal dr.

131 többmagzatos terhesség redukciójáról. Tabs, K. M. A. (Division of Maternal-Fetal Medicine, 10833 Le Conte Avenue, Los Angeles, CA 90024-1740, USA): Obstet. Gynecol., 1993, 82, 57.

A multifoetalis terhesség növeli a koraszülést, a toxæmia, a terhesség indukálta hypertonia, gestációs diabetes, vérszegénység, szülés után vérzés, thrombophlebitis, retardált magzat-növekedés, fekvési rendellenesség, köldökzsínör szövödmény és fejlődési rendellenesség gyakoriságát. A szövödmények miatt számos több magzattal terhes választja a magzatredukciót.

A szerző 131 magzatredukcióról számol be, amelyeket kettő kivételével a 11–13. terhességi héten végeztek. A hasfalán és méhén keresztül, ultrahang ellenőrzés mellett a magzat mellkasába, ha lehetett a szívébe 0,3–0,5 ml KCl oldatot fecskendeztek. A szív működés megszűnte után a punkciós tűn keresztül a magzatot körülvevő magzatvizet leszívták. Az ilyen módon kezelt terhesek közül csak egy fogamzott spontán, a többiek 3/4 része in vitro fertilisatio, game-ta tuba transzport, zygot tuba transzport, vagy embryo tuba transzport, 1/4 része pedig clomiphen, menotropin, hCG kezelés segítségével esett teherbe. A terhesek kora 24–46 év között volt. A magzatok száma 3 és 7 között ingadozott. A 131 terhes közül 103 szült, ötven a terhesség 24. hete előtt. A maradék 98 asszony 196 élő magzatot hozott világra, átlagosan 35,5. héten. 55 terhesnek volt szövödménye: koraszülés (37%), idő előtti burokpedés (16%), terhesség indukálta hypertonia (10%) és többszörös anyai komplikáció (12%). A terhességi veszteség kevesebb mint 7%.

A szerző a multifoetalis terhesség redukciót viszonylag biztonságos eljárásnak ítéli. Ezeknek a terhességeknek jobb a kimenetel-e, mint a redukálatlan multifoetalis terhességeké.

Jakobovits Antal dr.

A transzabdominális sokmagzatos terhességcsökkentés hatásossága: a világ legnagyobb centrumainak kollaboratív tapasztalatai. Evans, M. I. és mtsai (Division of Reproductive Genetics, 4707 St. Antoine Boulevard, Detroit, MI 48201, USA): Obstet. Gynecol., 1993, 82, 61.

A szerzők 1986–1991 között végzett 463 magzat redukciós beavatkozásról számolnak be. A műtétet átlagosan a 10,8. héten végezték. A legtöbb esetben 1 ml KCl oldatot fecskendeztek az embriókba. A 463 terhesség közül 49 (10,5%) szakadt meg a 20. terhességi hét előtt. A terhesség 24. hete előtti veszteség közel 16%-os.

Az életképes terhességek közül a 28. héten túl 7,1% és a 29–32. hét között 9,4% született. Az idő előtti burokpedés, toxæmia, retardált növekedés és egyéb anyai vagy magzati szövödmény jelentősen nem különbözött a kezelték és a spontán fogamzás utáni terhességek között.

A szerzők adatai bizonyítják a magzatredukció biztonságát és hatásosságát. Így a 4 és több magzatos terhességek veszélyét csökkenteni lehet. A szerzők a magzatredukciót ideiglenes szükségletnek tekintik mindaddig, amíg az asszisztált reprodukciós technika haladása elkerülhetővé nem teszi.

Jakobovits Antal dr.

Transabdominális terhesség redukció az első trimeszterben: beszámoló kétszáz véghezvitt esetről. Berkowitz, R. L. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, One Gustave L. Levy Place, New York, NY 10029, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 17.

A szerzők intézetében 1986. január óta végzik multifoetalis terhesség redukciót az első trimeszterben. A beavatkozásokat túlnyomórészt transabdominális kálium-klorid oldat injekciójával végezték. A magzatok számát általában kettőre csökkentették, kivéve ha a terhes hármas ikerhez ragaszkodott, vagy ha orvosi javallat volt egyetlen magzatra.

A beavatkozás kezdetekor 88 hármas, 89 négyes, 16 ötös és 7 hatos-kilences iker-magzat volt. Ezeket 189 terhesnél kettő, 5-nél hármas ikerre és 6 asszonynál egy magzatra redukálták. A 200 kezelt terhes közül 181 szült egy vagy több élő magzatot a terhesség 24. hete után és 19 asszony (9,5%) a 24. hét előtt elvetélt. A szülések átlagosan a terhességek 35,1 hetes korában következtek be. A 19 vetélés a beavatkozás után több mint 4 héttel történt. Két újszülött az első héten és egy gyermek tíz hónapos korában halt meg koraszülöttség következményei miatt. A retardált növekedésű magzatok gyakorisága a várhatónál nem volt nagyobb.

Jakobovits Antal dr.

A gyógyszeres és vacuum aspirációs terhességmegszakítás összehasonlítása az asszonyok szemszögéből. Henshaw, R. C. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynaecology, Aberdeen Maternity Hospital, Aberdeen AB9 9ZD, Skócia): Br. med. J., 1993, 307, 714.

Nagy-Britanniában az összes legális terhességmegszakítás $\frac{1}{3}$ -át a 9. terhességi hétnél korábban végzik. E korai vetélések 99%-át vacuum aspirációval végzik altatásban. A mifepriston (RU 486) és gemeprost csak újabban állnak rendelkezésre. A szerzők e kétféle interruptiós módról kívánták az asszonyok véleményét értékelni.

A szerzők 363 kilenchesnél korábbi terhes művi vetélését dolgozták fel. A gyógyszeres terhességmegszakítás 600 mg mifepriston adásából állott, amit 48 órával később 1 mg gemeprost hüvelyi pessarium alkalmazása követett. Az asszonyokat megkérdezve 73 (20%) a gyógyszeres, 95 (23%) a vacuum aspirációt kívánta, míg 195 (54%) nem foglalt állást. Ez utóbbiakat találmra osztályozták: 99 (27%) terhest a gyógyszeres és 96% (26%) -ot a vacuumos csoportba soroltak.

Az asszonyokat a vetélés után két héttel megkérdezték, hogyan ítélik meg az alkalmazott módszert és a jövőben mit választanának. Mindkét csoportba tartozók közül 3–3 (4%) a másik módszert tartotta kívánatosabbnak. A többiek elfogadhatónak tartották az alkalmazott módszert. Az 50–63. napon a vetélés után az asszonyok többsége a vacuum aspirációt jobban elfogadhatónak ítélte.

Jakovovits Antal dr.

A méhkürt terhesség kezelése methotrexattal. Goldenberg, M. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, the Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, 52621 Izrael): Hum. Reprod., 1993, 8, 660.

A méhkürt terhesség kezelésében a hangsúly az élet kíméléséről áttevődött a kürtkímélő törekvésre, miután sok beteget az életveszélyes állapot előtt kóriszméznak. Az érzékeny B HCG meghatározási módszerek és a nagy feloldóképességű ultrahang technika lehetővé teszik a korai diagnózist. A meg nem repetált méhen kívüli terhesség kezelésében a cél a kürt és a fertilitas képességének megőrzése.

A methotrexat folsav analóg, gátolja az enzim dehidrofolát-reduktázt és így megelőzi a DNA szintézist. A methotrexat mellékhatása korlátot szab a kezelésben: a leukopenia, a csontvelő aplasia, thrombocytopenia, vérzések a száj-, gyomor- és bélhuzamban kedvezőtlen kísérő jelenségek lehetnek.

Eddig több mint 300 esetben alkalmaztak methotrexat kezelést tubaterhességben. A mellékhatásokat elkerülendő helyileg, direkt a petezsákba adták a methotrexatot. A citrovorum faktor lényegesen csökkentette a mellékhatások gyakoriságát. Alkalmazták szájon át is.

A terhesség felszívódása elégtelen, ha a methotrexat alkalmazása idején a szív működés már kimutatható.

Jakovovits Antal dr.

Hátrálás a magzati vérvételben. Fisk, N. M., Bower, S. (Institute of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, London W60XG, Anglia): Br. med. J., 1993, 307, 143.

A magzat a beteg státusát az 1980-as években szerezte meg. Az ultrahang technika fejlődése lehetővé tette, hogy az egyszerű ábrázolás, illetve szemléltetés helyett a magzatot vizsgálni és számos esetben kezelni lehet. A méhen belüli vérvétel nagy haladásnak bizonyult a megszületés előtt a genetikai betegek kóriszmézésében és a jóllétének becslésében. Paradox módon a magzat vérvételével kapott információkat a magzat jóllétének becslésének nem invazív módszerei megerősítették, a molekuláris és cytogenetikai technikák haladásával együtt pedig nagymértékben csökkent a vérvétel javallatainak száma.

A magzati vérvételt az öröklődő betegségek születés előtti kóriszmézése céljából fejlesztették ki, mint a haemoglobinopathiák, haemophilia, thrombastheniák, anyagcsere-betegségek, immun elégtelenségek. Ezek legtöbbje jelenleg a DNS analízissel kideríthető, amit az első trimeszterben az egyszerű magzatboholy mintavétel lehetővé tesz. A magzati vérvételt használták még a retardált magzatok vérgáz mennyiségének meghatározására. Az acidaemia és hypoxaemia azonban csak olyan fokon észlelhető, amikor már a köldök artéria véráramlás sebesség (Doppler) hullámformák és a magzat szív működése is abnormális (tehát ilyenkor már felesleges végezni — Ref.) Franciaországban és Angliában a köldök-vért toxoplazmosis szűrésre kezdték alkalmazni, de a módszer a fertőzötteknek csupán 60%-át mutatta ki.

A magzati vérvétel kockázata a magzat elvesztése, illetve a terhesség megszakadása, ami 1–3%-tól a nagy kockázatú terheségekben 25%-ot is elérhet, illetve addig terjedhet. A valódi ügyesség a jövőben lehet, hogy nem a manualitásában, hanem annak tudásában rejlik, hogy kinél nem kell a procedúrát elvégezni.

Jakovovits Antal dr.

Cégünk magyarországi tevékenységének kiterjesztésére lehetőleg debreceni (munkaterület: Észak-Magyarország) és győri (munkaterület: Észak-Dunántúl) illetőségű, jó megjelenésű,

gyógyszerész(nő)/orvos(nő)

munkatársakat keres 35 éves korig, képviseleti — **ORVOSLÁTOGATÓ** — munkakör 1994. február 1-jével történő betöltésére, német és/vagy angolnyelv-tudással.

Megfelelő klinikai vagy kórházi szakmai gyakorlattal rendelkezők előnyben.

Munkatársainknak szakmailag vonzó munkakört, állandó továbbképzést, magas kereseti lehetőséget, szolgálati kocsit biztosítunk.

Amennyiben Ön egy dinamikus fejlődő világ cég magyarországi céljai megvalósításának részese kíván lenni, angolul vagy németül írott önéletrajzát fényképpel ellátva, 1994. január 15-ig az alábbi címre küldje el:

Dr. Péter Sándor, **HOECHST HUNGARIA KFT.**, 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 12.

Telefon: 117-9011

Reflotron® IV

Reflotron® IV

a jól bevált Reflotron készülékek továbbfejlesztett változata új mikroelektronikus egységgel.

Reflotron® IV

ujjhegyből nyert vérből vagy vénás vérből azonnali vizsgálati eredményt kapunk, még a beteg jelenlétében. A vérminta nem igényel semmiféle előkészítést (alvást, centrifugálást stb.).

Reflotron® IV

kis mérete ellenére teljes laboratóriumi háttérrel biztosít. Ideális sürgősségi ellátásban, körzeti orvosi rendelőben, kisebb laboratóriumokban, nagy laborokban mint háttér készülék, szűrővizsgálatokban.

Reflotron® IV

hordozható „kislabor”. Kis mérete, kis súlya, valamint az, hogy akkumulátorról (pl. autóakkumulátor) is működtethető, lehetővé teszi, hogy a szakrendelőn kívül is használják.

Reflotron® IV

a készülékbe épített mikroelektronika lehetővé teszi, hogy computerhálózathoz is csatlakoztathassuk. A betegek személyi vagy egyéb adatai a rendelkezésre álló billentyű segítségével betáplálhatók, a vizsgálati eredményekről nyomtatott leletet kapunk.

Reflotron® IV

egyebek között infarktus rizikófaktor számításához szükséges programot is tartalmaz.

Reflotron® IV

Gyors és megbízható segítséget nyújt az alábbi megbetegedések diagnosztikájában.

Diabetes

Reflotron® Glucose, Reflotron® Triglycerides, Reflotron® HDL Cholesterol, Reflotron® Creatinine

Lipidanyagcsere-zavarok

Reflotron® Cholesterol, Reflotron® Triglycerides, Reflotron® HDL Cholesterol, Reflotron® Glucose

Szívinfarktus

Reflotron® CK, Reflotron® GOT, Reflotron® GPT

Köszvény

Reflotron® Uric Acid, Reflotron® Urea, Reflotron® Creatinine

Májbántalmak

Reflotron® GOT, Reflotron® GPT, Reflotron® GGT, Reflotron® Bilirubin

Vesebántalmak

Reflotron® Urea, Reflotron® Creatinine, Reflotron® Hemoglobin, Reflotron® Uric Acid, Reflotron® K

Pancreatitis

Reflotron® Pancreatic Amylase, Reflotron® Amylase

Anaemie

Reflotron® Hemoglobin, Reflotron® Bilirubin

Ionháztartás zavarai

Reflotron® K⁺

További információkkal készséggel állunk rendelkezésre.



**BOEHRINGER
MANNHEIM**
ÖSTERREICH



Szakmai felvilágosítás:
BOEHRINGER MANNHEIM
Magyarországi Információs és Szerviziroda
1014 Bp. Országház u. 30.
Telefon/fax: 156-9899. Telefon: 201-4641.

Forgalmazó:
Akadimpex Kft.
1014 Bp. Országház u. 30.
Telefon: 175-5373. Fax: 156-5655.

Szerviz:
Analyzer Kft.
1133 Bp. Kárpát u. 38.
Telefon/fax: 120-6621.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Leukaemia, cytostatikus kezelés és terhesség

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam az Orvosi Hetilap 10. számában *Szántó Ferenc dr. és Kovács László dr.* „Sikeres szülés leukémiás terhes folyamatos cytostatikus kezelése után” című közlését. Folyamatos cytostatikus kezelés alatt álló krónikus myeloid leukaemiás (CML) anya sikeres szüléssel végződő terhességéről magyar közlés eddig még nem jelent meg. A külföldi tapasztalatok többnyire Busulphan-nal történt kezelésre vonatkoznak, a szerzők viszont Litalirkezelés (hydroxyurea) alatt bekövetkezett terhességéről, zavartalan terhességről és egészséges, érett újszülött születéséről számolnak be. Munkájuk figyelmet érdemel, mondanivalójuk azonban több szempontból is elgondolkasztó.

Elsősorban *szakmai gondolatok* merülnek fel a dolgozat olvasása során. A szerzők meg nem nevezett haematológus munkatársaikkal együtt elfogadták a genetikai konzilium véleményét, s a 10% körüli becsülhető magzati ártalom lehetősége, valamint az anya terhességéhez történő ragaszkodása miatt a terhesség kiviseléséhez hozzájárultak. Ismerve a CML [miután Philadelphia pozitívitás is igazolódott, a betegséget helyesebb lenne krónikus granulocytás leukaemiának (CGL) nevezni] várható lefolyását, az átlagos élettartamot, döntésük idején ugyanakkor az az is tisztában kellett legyenek, hogy az *anyának minimális az esélye gyermeke felnevelésére.* (Minden bizonnyal nem nyílt lehetőségük csontvelő transzplantációra, s interferon-kezelést sem alkalmaztak, így viszont, a két, gyógyulást eredményezhető kezelési módról lemondva az anya sorsa már a diagnózis felállítását követően rövid, a cytostatikus kezelést elkezdekori eldől...! [Joggal merülhet fel az a kérdés is az olvasóban, hogy az *újszülött valóban egészségesnek nyilvánítható-e?* „Az újszülöttnél elvégzett gyermekgyógyászati és laboratóriumi vizsgálatok eltérést nem mutattak (fejlődési rendellenesség, leukocytosis, hepato-splenomegalia nem fordult elő)”, írják, s megjegyzik, hogy „A csecsemő zavartalanul fejlődik”. Ez a megállapításuk feltehetően hat héttel a szülés utáni időpontra vonatkozik. Nos, mindezek nem győznek meg arról, hogy valóban minden ártalom nélküli volt-e az anya Litalirkezelése? Történt-e részletes haematológiai és mindenekelőtt cytogenetikai vizsgálat? Ez utóbbi nélkül a tartós cytostatikus kezelés ártalmatlanságát kimondani nem lehet, s még ennek esetleges negativitása esetén is jóval hosszabb megfigyelési idő lenne szükséges megállapításuk alátámasztására.

Ami egy-egy dolgozatról — legyen az akár kazuisztika is — az olvasó számára a tényleges hasznát jelentené: *állásfoglalás* egy adott betegség adott körülmények között történő kezelését illetően, így jelen esetben a CML-ás terhes kezelésével kapcsolatos ismeretek összefoglalása, nos, az meglehetősen sok kívánnivalót hagy maga után. A hivatkozott 16. és 14. irodalom alapján úgy tűnik, hogy kezdetben valóban a CML kezeléséről írnak (a javasolt teendőket illetően), később azonban

heveny myeloid leukaemiára vonatkozó tanácsokkal látják el az olvasót.

Irodalmi áttekintést (is) szerettek volna nyújtani, mint írják, ez azonban, úgy tűnik, nem teljesen sikerült. A leukaemia és terhesség kérdésének hazai irodalmát figyelmen kívül hagyják, jóllehet hazai szerzők munkáiban bizonyos, a szerzők által felvetett kérdések már évekkel korábban megoldást nyertek. Egyértelmű, jól hasznosítható állásfoglalás született — saját tapasztalatokra és irodalmi hivatkozásokra támaszkodva — mindazon elméleti és gyakorlati kérdésekben, amelyek a szülést és a haematológust foglalkoztathatják leukaemia és graviditás társulása esetén, legyen az terhesség alatt manifestálódó leukaemia, vagy leukaemiás folyamat során bekövetkező terhesség.

Jakó J. dr. és mtsai 1978-ban (Orv. Hetil., 1978, 119, 3249—3254.) az alábbiakat tanácsolják: „Ha CGL-t kórimizunk a terhesség során, teendőinket a terhesség kora, a leukaemiás folyamat aktivitása, a progressio üteme szabja meg. Korai terhességben felismert, chemoterápiát igénylő esetekben helyesnek látszik, ha a *terhesség megszakítását* javasoljuk. Ugyanezt kell tegyük akkor is, ha betegsége miatt cytostatikus kezelésben részesülő nő esik teherbe. Kevésbé előrehaladott esetekben a *kezelés nélküli observatio* ajánlható, míg előrehaladottabbakban, a második trimesterben szóba kerülhet az *uterus védelme mellett a lép besugárzása.* (A harmadik trimesterben a méh jelentős nagysága miatt a magzat is számottevő szórt sugárzásban részesülne, emiatt a sugárkezelés nem javasolható.) A graviditás későbbi időszakában felismert, kezelést igénylő folyamat esetén a *Myleran* adását általában megengedhetőnek tartják.” Az újabb terápiás lehetőségekről (csontvelő transzplantáció, hydroxyurea, interferon) akkor természetesen még nem eshetett szó (a leukapheresis csupán átmeneti, tüneti megoldásként jöhet szóba, érdemi megoldást nem jelent).

A CML-ás terhesek adatainak egy *központban* történő összegyűjtését javasolják a szerzők, ennek ellenére az első lépést sem tették meg a javasolt cél elérése érdekében. *Jakó J. dr. és mtsai* (már említett) közleményében két, *Lux János dr. és mtsai* 1979-es dolgozatában (Leukaemia és terhesség. Magyar Nőorv. Lapja, 1979, 42, 448—450.) egy beteg adatai máris rendelkezésükre álltak volna.

Nyilván adódik magyarázat, hogy miért is nem említették a szerzők a két magyar, „üttörő” jellegű munkát (s a továbbiakban már „taktikai” jellegű kérdések következnek): 1. *Régiék?* A szerzők 16 irodalmi hivatkozása közül egy 1978-as, öt pedig annál régebbi. 2. *Szakmailag érdektelenek,* nem méltóak említésre? A téma után érdeklődők feladata a kérdés megválaszolása. 3. *Magyarok?* Sajnos, ez is baj. Lassacskán nem „sikk” magyar szerzőknek hazai folyóiratokban publikálni, s ugyancsak nem kellően „előkelő” dolog hazai munkákra hivatkozni. *Impakt faktorokkal és citációs indexekkel* „terhes” tudományos életünkben nehéz helyzetben van a magyarul, magyar folyóiratokban, magyar olvasók számára publikáló kutató és/v. klinikus. Munkáját, törekvéseit nem becsülik kellően, sem

azok, akik tudományos munkásságukat értékelik, sem pedig azok, akik hasonló témakörben munkálkodnak és publikálnak, de nem méltatják figyelemre honfitársaik — olykor nem érdektelen — megállapításait.

Egy olyan kedvezőtlen tendencia figyelhető meg a magyar publikációs gyakorlatban, hogy egyre kevésbé méltányolják a hazai szerzők munkásságát (jóllehet az szakmai és erkölcsi kötelességünk lenne, ugyanakkor tájékozottságunk bizonyítéka is, s emellett a lektorok és a szerkesztőbizottságok feladata és kötelessége is lenne annak elvárása és biztosítása, hogy a magyar szerzők arra érdemes munkái egy-egy téma áttekintése kapcsán kelendő súllyal essenek latba, ne merülhessenek — olykor tendenciosusan is megengedve vagy elősegítve e folyamatot — érdemtelenül és korán a feledés homályába!). Egy CD-ROM adatbázis körének bővülését reklámozó ismertetésben az alábbiak olvashatók: „Ma a magyar tudományos életben minden pályázathoz kérik a hivatkozási indexet, illetve a közlemények folyóiratainak impakt faktorát.” Félős, hogy ez a nyomásztó elvárás és igény, párhuzamosan a magyar szerzők munkáinak figyelmen kívül hagyásával, egy olyan tendencia megerősödéséhez vezet hamarosan, hogy *magyar szerzők egyre ritkábban fognak hazai folyóiratokat megkeresni munkáikkal.* Ezt pedig *nem szabad megengednünk!* Hiszem és vallom, hogy munkáinkkal elsősorban a magyar orvostársadalom ismeret- és tudásanyagát kell bővítenünk, s ez a ténykedésünk meggyőződésünk szerint egybe kell essen a magyar folyóiratok szerkesztőségének a törekvéseivel.

Jakó János dr.

T. Szerkesztőség! Köszönjük Jakó János dr. hozzászólását közleményünkhöz. Szeretném hangsúlyozni, hogy a terhesség kiviseléséhez nem hozzájárultunk. A terhes haematológus kollégáinkkal együtt nagyon részletesen felvilágosítottuk a terhesség kiviselésével kapcsolatos kockázatokról, ő ragaszkodott terhessége kiviseléséhez, ebben voltunk segítségére. Hasonló esetek szerencsére ritkán adódnak, ezért úgy gondoltuk, hogy nem érdektelen rövid kazuisztikában ismertetni észlelésünket.

Az irodalmi áttekintésből kimaradt két magyar közlés sajnos nem léltük fel az irodalom keresése során. Csupán ezért és nem „taktikai”, vagy egyéb szempontból nem idéztük őket. Ezért ezúton kérem a szerzők elnézését, és Jakó dr.-nak köszönöm, hogy levelével ezt a kiegészítést megtette.

Kovács László dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: Az Orvosi Hetilap szerkesztősége a lektorok segítségét kéri a felkérés 12. pontjában: „Mélytárlásban részesülnek-e a hazai szerzők idevonatkozó jelentősebb munkái?” Számos esetben kapunk kiegészítést az irodalomjegyzékhez. Ez mutatja, hogy a szerkesztőség Jakó János dr.-ral azonos állásponton van: a magyar szerzők Magyarországon, magyar lapokban (is) publikáljanak. Fontos az is, hogy a szerzők hivatkozzanak kollégáik korábbi munkáira.

BESZÁMOLÓK

Német és osztrák hematológiai és onkológiai kongresszus

1993. október 10. és 13. között részt vehetett a német és osztrák hematológiai és onkológiai társaság közös évi vándorgyűlésén, melyet most Essenben (prof. dr. Brittinger elnöklétével) rendeztek meg.

A kongresszus a nagy számban regisztrált német és osztrák hemato/onkológusok jelenlétében kezdődött, a megnyitó előadások a retrovírusok által modulált génátvitellel kifejlesztett tumor-vakcinákkal foglalkoztak, illetve a citokinekkel indukált tumorellenes immunterápiás módszerek legújabb eredményeit foglalták össze.

A következő napokban több párhuzamos szekcióban a szolid tumorok (mammakarcinóma, kis- és nagysejtes tüdőrákok, tápcsatorna-daganatok, szarkómák) kuratív kezelési lehetőségeiről, a hematológiai és molekuláris citogenetika, a citokin-kutatás legújabb eredményeiről hallhattunk. A kongresszust azonban elsősorban a malignus hematológiai betegségek kezelési lehetőségeiről szóló előadások és poszterek uralták. Fő témaként a kis és nagy malignitású lymphomák, az akut és krónikus leukémiák kerültek terítékre. Az újabb szerekek (fludarabin, 2-CdA) a kis malignitású lymphomákban tartós komplett remisszió érhető el, míg a nagy malignitású lymphomákban adott agresszív polikemoterápiás protokollok súlyos mellékhatásai (fatális infekciók) miatt hatásosan csak adjuváns csontvelő-stimuláló faktorokkal együtt alkalmazhatók. Diehl (Köln) két előadásában a Hodgkin-lymphoma epidemiológiai vonatkozásait és az EB-vírus kóroki szerepét részletezte, majd pedig az előrehaladott, terápia-rezisztens betegeknek bevezetett intenzív protokollok (BEACOPP, Dexam-BEAM) eredményeiről számolt be. Több előadás (mint pl. S. Tura, Bologna vagy H. Gerhartz, München) foglalkozott az interferonok és más citokinek (IL-2, IL-6) hatásaival, így myelomában kemoterápiás szünetekben adott adjuváns interferon a komplett remisszió tartamát ugyan megnyújtja, de a betegségmentes túlélést nem befolyásolja. Legjobb az eredmények krónikus myeloid leukémiában, ahol interferon az elsőként választandó szer (hydroxyurea helyett), mivel mintegy másfél évig tartó adása során nemcsak citogenetikai remisszió érhető el, de a blastos fázis is szignifikánsan kitolódik. Az akut leukémiák kezelési eredményeit pedig intenzív indukcióval és konszolidációs kezeléssel lehet javítani. Tartalmas diszkusszió folyt még ezeken kívül az összejt, allogén és autológ csontvelő-átültetés tapasztalatairól (CMV-fertőzés jelentősége), a hemoterápia kockázatairól, a kezelési rezisztencia korai felismeréséről és a hematológiai betegek (úm. TTP, PNH, krónikus myeloproliferatív betegségek, promyelocytás leukémia) thrombohaemorrhagiás szövődményeiről.

Társasági programok és a kongresszussal azonos helyszínen rendezett orvostörténeti kiállítás szolgáltak még frissítőül. Összességében a vándorgyűlés azt a magas színvonalú német-osztrák onko-hematológiai munkát mutatta be, melyre alapozó kezelési eredményeikkel méltán tartoznak a világ élvonalához.

Iványi János László dr.

Új MSD tudományos oktatási központ Pécsen

Az MSD, az Egyesült Államok legnagyobb gyógyszertrösztje — napra debreceni centrumának egyéves évfordulóján —, megnyitotta második Tudományos Oktatási Központját Pécsen.

E két központ közös sajátossága, hogy az MSD új stratégiájának megfelelően oktatási és tudományos ismeretterjesztő tevékenységét nem egyszerűen az egyetemi városokban, hanem a vidéki orvostudományi egyetemeken belül, mintegy azok keretei közt fejtik ki. E terjeszkedés utolsó állomása Szeged lesz, ahol jövőre tervezik harmadik centrumuk beindítását.

Az új debreceni scientific study center két elegánsan felújított helyisége az egyetem főépületében foglal helyet. Felszerelése irigylésre méltó: több computer, köztük ún. touch screen típusú számítógép, video, vetítők, tv és nem utolsósorban gazdag kézikönyvtár és folyóíratár áll reggeltől délutánig az érdeklődő kollégák rendelkezésére. Ezenkívül minden héten két délután, hónapokra lebontott „kiscsoportos” továbbképzésekre, kerekasztal-megbeszélésekre is sort kerítenek. Ezek mintegy beépülnek a POTE továbbképző munkájába, az újonnan egyetemi feladatkörbe is tartozó rezidens és háziorvosi elméleti oktatásba. Dr. Kelényi Gábor rektor úr elmondta, hogy a centrum ez utóbbi szerepvállalásának különösen örülnek, de nem titkolta, hogy az éves terembér, na meg az új könyvek, folyóiratok is kapóra jöttek a szűkös anyagi kerettel gazdálkodó alma maternek. Dr. Urbán Péter, az MSD magyarországi vezetője arról tájékoztatott, hogy a központ egészében nonprofit vállalkozás, temékeikhez semmilyen módon nem kapcsolódik. Közvetett hasznuk csak abból adódhat, hogy hosszú távon az orvosok szakképzettségének emelkedése az egész egészségügynek, így nekik is hasznukra válhat. Azt reméli, hogy egy új szellemi központot sikerül létesíteni, melyet hamarosan megkedvelnek az egyetem oktatói. Ebben a legnagyobb munka dr. Nagy Lászlóra, a központ vezetőjére, az egyetem hajdani adjunktusára hárul, aki arról is tájékoztatta, hogy nemcsak az ország legjobb szakembereit, de külföldi specialistákat is fel fognak kérni továbbképző előadások megtartására. A programokról minden hónapban részletesen tájékoztatni fogják az egyetem munkatársait.

Nemes János dr.

Az Orvos-Írók és Művészek Világsszövetségének (UMEM) kongresszusa. Fulda, 1993. szeptember 22–26.

AZ UMEM ez évben a Német Orvos-Írók és Művészek Szövetségének (BDSD) vendége volt Fuldában. Fő témái: Az orvos az idők változásában, melyről bevezető referátumot Jost Benedum orvos-irodalomtörténész és filozófiai doktor tartott; Embri méltóság és a hírközlés; A „nyilvánosság lármája”; Az „IDILL” mint irodalmi téma. Természetesen helyet kapott a szabad próza és a mindig népszerű „költők kerekasztala”.

Az orvos-művészek bemutatták egy év termését, képeket, fametszeteket, szobrokat, plasztikát, kerámiát.

A gazdag, színes program Bernard Schmitt, az UMEM elnöke és Horst Joachim Rheindorf német elnök vezetésével gördülékeny, változatos és érdekes volt.

Túlnyomórészt német előadók voltak, főleg a költők közt. Nehéz bármelyik előadást kiemelni, mégis talán a legnagyobb sikert az jelentette, hogy a Gerhard Viscovi által moderált, válogatott és levezetett „Idill, mint az irodalom egyik támaja” monstre műsor a késő esti órákban három órán keresztül „fogva tartotta” a hallgatóságot. Veronika Dreichlinger és Alfred Rottler rövid prózái, valamint Otto Bolte „A magány és mi” c. előadása nyújtott maradandó élményt. Újra találkozhattunk a francia társaság elnökével, Goriannal, La-coste fanyar humorával, Voogd érdekes megfigyeléseivel az orvosi praxis gyakorlatából, az olasz Zorini ismét talált érdekes orvostörténelmi témát. Jóleső figyelem volt, hogy „Taigetosz” című könyvem német fordításából Fritz Bretschneider — aki a könyvet illusztrálta — szemelvényeket adott elő.

Sajnos Közép-Európát Ljuben Stanev bolgár elnökkel csak ketten képviselték.

Az UMEM kongresszusokon megszokott kirándulások helyett az irodalom és a kollegális együttlét kapott hangsúlyt Fuldában, az ősrégi és a háborúban épen maradt város patinás környezetében.

Konkoly-Thege Aladár dr.

OrvosTudomány orvostanhallgatók részére

1993. október 4-én a Glaxo szervezésében és székházában sajtótájékoztatót tartottak. A Glaxo és az OrvosTudomány közös vállalkozását ismertették, amelynek lényege, hogy az ország négy orvostudományi egyetemén egy-egy évfolyam hallgatói 1900 forintot áron juthatnak az OrvosTudomány című könyvhöz. A mű eredeti ára 12 500,— Ft, a fennmaradó összegben fele-fele arányban osztozik a Tudomány Kiadó és a Glaxo Gyógyszergyár.

Az orvostársadalom által jól ismert és kedvelt kiadványról a főszerkesztő, dr. Nagy Judit elmondta, hogy a sebészet és a nőgyógyászat kivételével valamennyi disz-

cipőnél helyet kapott a műben. A tankönyveknek oly sok gondot okozó elavulás ezt a művet nem fenyegeti; a Harvard és Stanford egyetem professzorai folyamatosan folyóirat- és konferenciafigyelést végeznek és a legújabb terápiás, diagnosztikus eljárásokat a következő kiadásba már beépítik.

A sajtótájékoztatóra a rendezők meghívták az ország orvosgyógyászainak képviselőit, akik elmondták, hogy évek óta használják a könyvet, elsősorban annak igen jó ábráit és táblázatait, azonban a könyv magas ára miatt még az ajánlott irodalom között sem szerepeltethetik.

Az orvosképzés tankönyvellátása az egyetemek feladatává vált, melynek anyagi nehézségei ismertek. Bár az OrvosTudomány nem pótolja a magyar szerzők által írt speciális magyar tankönyveket, jó háttérnyal szolgál, mely a folyamatos felújítások által folyamatosan tanulásra is ösztönöz.

Üdvözölhetjük tehát a Glaxo 1 éve megalkult Medicom Orvosi Kommunikációs Centrum újabb tevékenységi körét, mellyel az orvosi alapképzést támogatja.

Fehér János dr.

A Magyar Gyógyszergyártók és Nagykereskedők Országos Szövetségének tájékoztatója. Budapest, 1993. október 14.

A magyar gyógyszeripar 18 000 főt foglalkoztató szakágazat. A kutatóintézetek, a háttérparok és a gyógyszerkereskedelem további több tízezer dolgozónak biztosít munkahelyet.

Gyógyszeriparunk az ipar átlagánál jóval hatékonyabban működik. 1992-ben az ipari alkalmazottak mindössze 3,1%-át foglalkoztató gyógyszeripar állította elő az ipar bruttó termelési értékének 5,5%-át, hozzáadott értékének 7,5%-át, exportjának 10%-át. 1992-ben a termelés 44%-a a hazai piacra, 56%-a exportra került.

Mind az iparban, mind a kutatóhelyeken megbízható szakmai, szellemi tudás halmozódott fel. Jelentős a vállalatok K + F tevékenysége, az originális kutatás irányában is. Ez a jelentősen innovatív, hagyományosan a leghatékonyabbak közé tartozó ágazat sikeresen alkalmazkodik a hazai és a világpiac diktálta új körülményekhez.

A vállalatok tartják megszerzett pozíciójukat a nyugati piacokon. Átgondolt marketing stratégiájukat dicséri, hogy az originális kutatásból születő eredményeiket előnyös együttműködések keretében fejlesztik tovább, jelentős piacokon — USA, Japán — történő bevezetésig. Szellemi exportjuk számottevő részt tesz ki árbevételükben. A hazai kutatógárda eredményeit a szakma világszerte ismeri.

A volt KGST-piac mennyiségileg nagyon beszűkült, de intenzív munkával, vállalatközi együttműködések kialakításával, az orvoslátogatói és ügynöki tevékenység kiépítésével vállalatunk sikerrel elmozdultak az 1991. évi mélypontról.

Belföldön — az import előretörése ellenére — az alapellátás tekintélyes részét továbbra is a tradicionális hazai gyártók szolgáltatják. Szinte minden terápiás területen vannak jó hatásfokú és közismerten mérsékelt árszintű termékeik. Ezek jobb megismertetése végett szimpóziumokat tartanak és egyre kiterjedtebb orvoslátogatói hálózatot működtetnek.

Mind az originális, mind a generikus vegyületek kifejlesztése, új gyógyszerformák bevezetése megkívánja a K + F infrastruktúra és a klinikai munka színvonalának növelését. Ezért az ipar törekvése arra irányul, hogy az árbevételből kutatásfejlesztésre fordított hányad a jelenlegi 6–7%-ról mielőbb 10% fölé emelkedjen.

Vállalatunk továbbra is folyamatosan megújítja termékválasztékát, és az eddigi kreativitással építik piacukat. Itthon új promóciós módszerekkel és árelőnyük megtartásával veszik fel a versenyt az importtal.

Molnár Károlyné dr.

HÍREK

Könyvelés—Bér—TB-ügyintézésrel mérleg, adóbevallás-tanácsadás. Rácz Andrásné, mérlegképes könyvelő, adótanácsadó 1194 Bp., Jázmin u. 12. Tel.: 158-5487.

Orvosi rendelő az V. ker., Váci utcában kiadó. Tel.: 163-6029 (este).

Bőrgyógyász Miskolcon bérelne, keddenként 17–19 óráig, működő orvosi rendelőt. Tel.: 52 310-681, este.

Magánpraxist folytató orvosok, egészségügyi dolgozók vállalkozásainak könyvelését, adóbevallását vállaljuk.

LáVa Kft. Tel.: 134-1317. Cím: 1085 Bp., Üllői út 32.

Az OTE rendezésében **fitoterapiás tanfolyam** indul orvosok részére. I. rész 1994. január 17–21., II. rész március 7–11-ig. Helye Gyógyszertári Központ, Budapest, V., Zrínyi u. 3.

A tanfolyamot tartja *Prof. Dr. Petri Gizella*, vendég előadókkal.

A tanfolyamon szeretettel látunk gyógyszerészeket is.

A Magyar Gyermekegyorvosok Társasága Dél-Magyarországi Területi Szervezete 1994. évi Tudományos Ülését április 7–8-án Kiskunhalasban rendezi. Szabadon választott témájú előadások bejelenthetők 1994. január 31-ig.

Cím: *Virág István dr.*, SZOTE Gyermekgyógyászati Osztály, 6701 Szeged, Pf.: 471.

Meghívó

A Szent János Kórház Tudományos Bizottsága és a Központi Radiológiai Diagnosztikai Osztálya a kórház régi éttermében 1994. január 27-én (csütörtökön) 14 órai kezdettel tudományos ülést rendez. Üléselnök: *prof. Faller József dr.* Előadások:

1. *Balogh István dr., Demeter Jolán dr., Kutas Piroška dr., Felkai Ildikó dr., Sági Sarolta dr. és Tóka Magdolna dr.*

A Központi Radiológiai Diagnosztikai Osztály 5 éve a tudományos munka tükrében

2. *Balogh István dr., Demeter Jolán dr., Hidas Katalin dr., Négyesi Mária dr., Solymosi Diana dr. és Rajnai Vilmos dr.*

A racionális algoritmusok gyakorlati jelentősége az emésztőtraktus megbetegedéseinek diagnosztikájában

3. *Tóka Magdolna dr. és Koteles György dr.*

Radio-gastroenterológia a csecsemő- és gyermekkorban

4. *Sági Sarolta dr., Demeter Jolán dr., Felkai Ildikó dr., Kutas Piroška dr. és Balogh István dr.*

A CT helye és jelentősége a gastrointestinalis kórfolyamatainak feltárásában

5. *Demeter Jolán dr., Balogh István dr., Hidas Katalin dr., Négyesi Mária dr. és Solymosi Diana dr.*

Van-e jelentősége az ultrasonográfiás vizsgálatnak az emésztőtraktus megbetegedéseinek a kórismézésben?

6. *Simon László dr. (Szekszárd), Domján Lajos dr. (Kecskemét) és Balogh István dr.*

Az emésztőszervi endoszkópia és a radio-gastroenterológia aktuális problémái

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

A tudományos ülés után a NYCOMED HUNGÁRIA vendégül látja résztvevőket.

A szakirodalom útvesztői

Évtizedek óta mondjuk, hogy az orvosi szakirodalom követhetetlen, a naponta világszerte megjelenő több ezer cikket nem-hogy elolvasni, de címek szerint áttekinteni és ennek alapján az olvasó számára fontosnak ítélt közleményt kiválasztani sem lehet. A számítógépeknek a széles közönség számára való hozzáférhetősége, valamint a felhasználó-barát programok megalkotása tette lehetővé az első számítógépes adatbázis megjelenését a könyvtárakban, mely a korábban rabszolga-munka jellegű irodalmazást szinte szórakozássá változtatta.

Az első adatbázisokat újabbak követték, és napjainkra már ezen adatbázisok rengetegében való eligazodás jelent gondot. A Magyar Tudományos Akadémia könyvtárában rendelkezésre álló rendszerek rövid ismertetésével szeretnénk segítséget nyújtani ahhoz, hogy a legkevesebb fáradsággal a legtöbb és legfrisebb információhoz juthassanak.

DAO

A UMI (University Microfilms International) Dissertation Abstracts adatbázisának CD-ROM-on hozzáférhető változata. Az adatbázis több mint 500 észak-amerikai és számtalan európai egyetemen megvédett disszertáció — többek között az *orvostudomány*, *élettudomány* és *biológia* területeiről — adatait tartalmazza, általában 350 szavas összefoglalóval. A disszertációk a Könyvtáron keresztül megrendelhetők. *Kereshető időszak:* 1982—1993.

SCI

Jólismert magas színvonalú információs szolgáltatást nyújt a kutatóknak az Institute for Scientific Information (ISI) adatbázisa, a Science Citation Index (SCI), amelynek 1980—93. évi része CD-ROM-on szintén hozzáférhető. A lemezek a természettudományi és kiemelten az *orvos-* és *élettudományi* publikációk bibliográfiai adatai találhatóak és lehetőség van szerzői idézettség követésére is. Az adatbázis negyedévenként bővülve áll előfizetőink rendelkezésére.

SSCI

Social Sciences Citation Index az ISI társadalomtudományi adatbázisa, felépítése azonos az SCI-ével. Az 1989—93-as évek kereshetők. Az adatbázis mintegy 2000 társadalomtudományi — melyen belül jelentős hányadot képviselnek az *egészségügyi politikai*, *orvos-jogi*, *közegészségügyi* és *kábítószer* kérdést feldolgozó — folyóirat tartalomjegyzékét tartalmazza a cikkek referencialistájával együtt.

MEDLINE

Az adatbázis 3200 orvostudományi folyóirat cikkeinek 1966—93 közötti adatait öleli fel. Az *orvostudomány* valamennyi területén megjelent legfontosabb publikációk összes bibliográfiai adatain kívül többnyire az adott cikkek rövid összefoglalóját is tartalmazza. Évente 500 000 új tételel dolgoz fel, a kiegészítések havonta jutnak el hozzánk.

AGRICOLA

A National Agricultural Library 1970-től kezdődően dolgozza fel CD-ROM-on szakirodalmi adatait. Az adatbázis elsődlegesen az USA mezőgazdasági szakirodalmát reprezentálja, azonban jelentős mértékben szolgáltat szakirodalmat a *toxikológiával*, a *táplálkozástudománnyal*, a *farmakológiával* és a *munkahelyi ártalmakkal* foglalkozó szakembereknek is. Az adatbázis 90%-át folyóiratok és könyvfejezetek bibliográfiai adatai alkotják, 10%-a pedig monográfiák, sorozatok, mikrofilmek és egyéb anyagok feldolgozása. *Kereshető időszak:* 1970—1989.

PASCAL

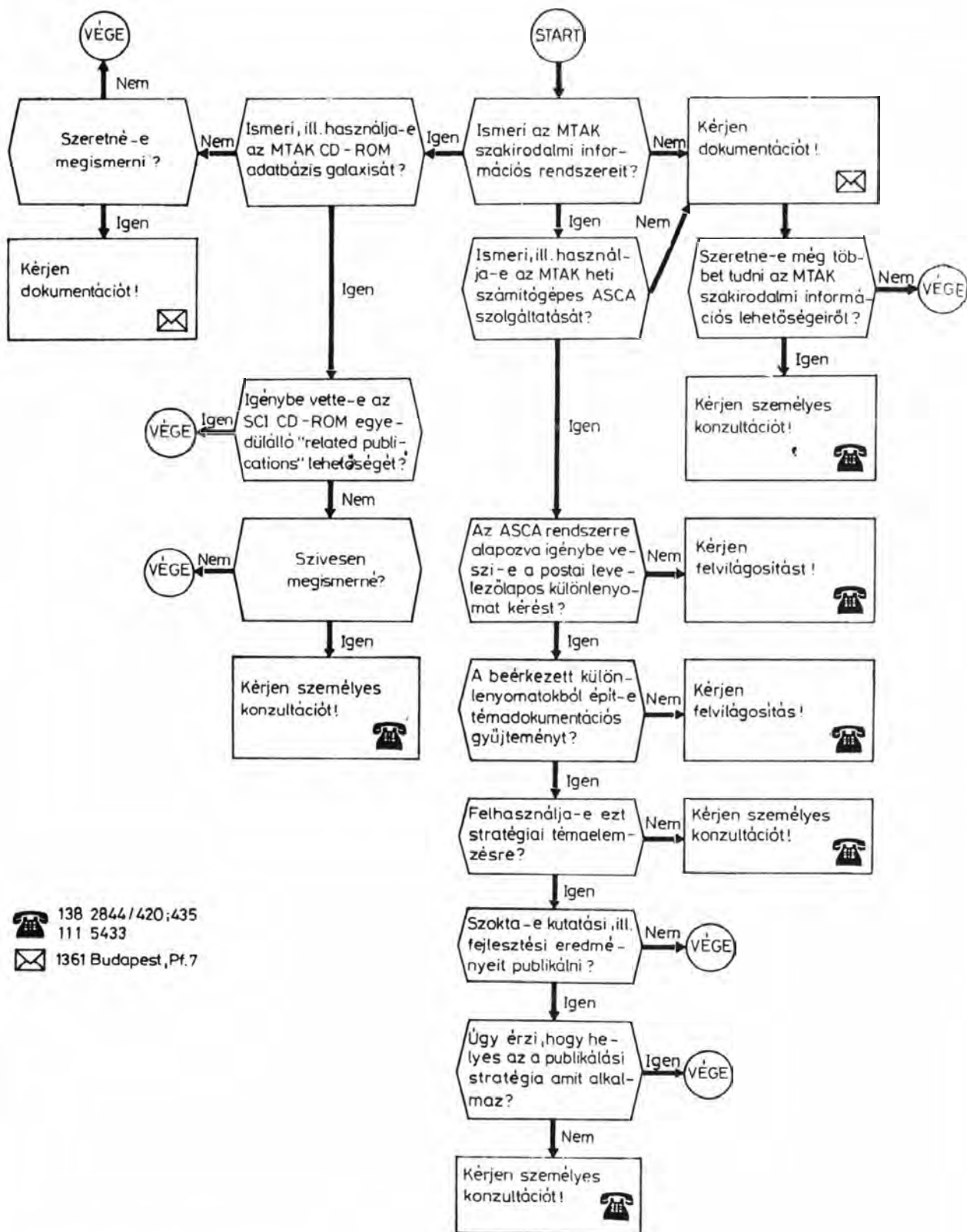
Egy többnyelvű nemzetközi, multi-diszciplináris adatbázis, mely 20 000 folyóirat feldolgozásával készül és a természettudományokat, *élettudományt*, *orvostudományt* és mérnöki tudományokat reprezentálja. Az adatbázis a publikációk legfontosabb bibliográfiai adatain kívül összefoglalóval is rendelkezik. Az adatbázis előállítója a CNRS Institut de l'Information Scientifique et Technique. *Kereshető időszak:* 1987—1992.

ANALYTICAL ABSTRACT

A világ legjelentősebb szakirodalmi adatbázisa az analitikai kémia területén. A feldolgozott fontosabb tudományterületek, melyek között jelentős szerepet kap a *klinikai-* és *biokémiai* analitika, széles skálája interdiszciplináris keresési lehetőségeket biztosít az 1980—1993. közötti időszakban.

INIS

Az IAEA (International Atomic Energy Agency) bibliográfiai adatbázisa. Az adatbázis kb. 10 000 folyóirat feldolgozásával, melyek a nukleáris tudományok, azon belül a *biológia*, *alkalmazott élettudományok*, *orvostudomány* legfontosabb területeit képviselik, ad szakirodalmi információt, mely a publikációk bibliográfiai adatai mellett rövid összefoglalót is tartalmaz. Az adatbázis a folyóirat cikkek mellett könyveket és konferencia anyagokat is feldolgoz. *Kereshető időszak:* 1976—1992.



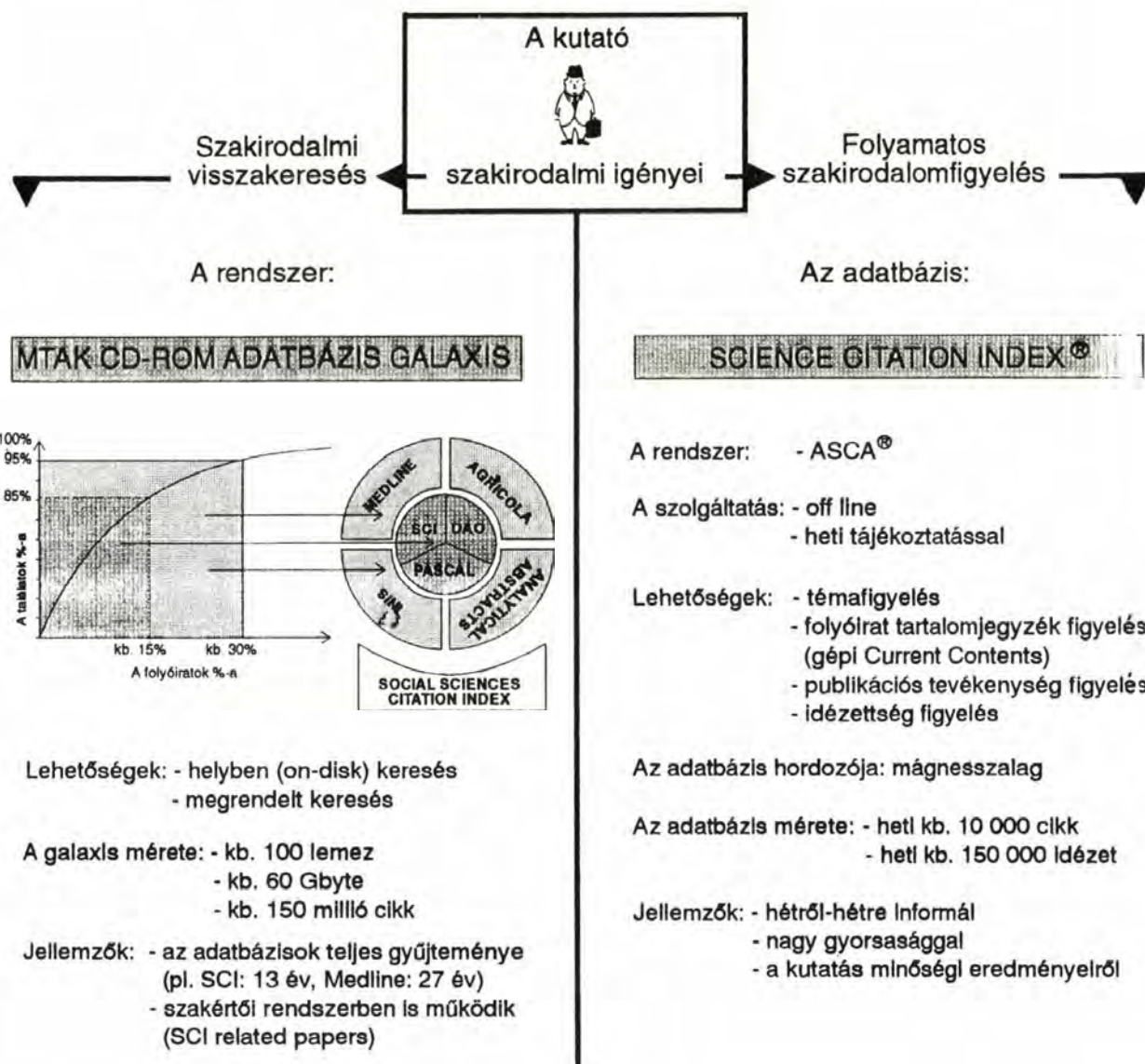
1. ábra: Párbeszéd a szolgáltatásokról

Címszavak
az MTA Könyvtár számítógépes szakirodalmi rendszereiről és szolgáltatásairól
 különös tekintettel az orvos- és élettudományokra

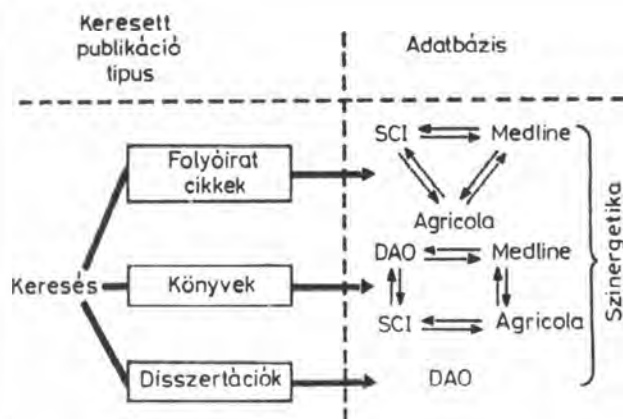
Braun Tibor, MTA Könyvtára

Kit szolgál a rendszer?

-  A természettudományi és társadalomtudományi alapkutatót
-  A tudományos kutatót



2. ábra: Címszavak az MTA Könyvtár számítógépes szakirodalmi rendszeréről és szolgáltatásairól, különös tekintettel az orvos- és élettudományokra



3. ábra: Szinergikus szakirodalomfeltárási lehetőségek több, egymást tematikailag átfedő, kiegészítő CD-ROM adatbázisban való egyidejű kereséssel

IRODALOM: Rózsa Gy., Braun T.: A szakirodalmi információ korszerűsítése a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudomány, 1978, 12, 3–10. — 2. Braun T., Bujdosó E., Rózsa Gy.:

A természet- és a társadalomtudományi információellátás és a Magyar Tudományos Akadémia, Könyvtáros, 1980, 30, 187–192. — 3. Bujdosó E., Braun T.: A publikálás és kommunikálás szerepe és jelentősége a korszerű természettudományos kutatásban. Magyar Tudomány, 1981, 26, 351–357. — 4. Garfield, E.: Library of the Hungarian Academy of Sciences Builds Computerized Information Services on ISI's Data Base Current Comments, January 12 (1981) No. 2. — 5. Bujdosó, E., Braun T.: A hazai természettudományos kutatás szakirodalmi információ-szükséglete. Tudományos és Műszaki Tájékoztatás, 1982, 29, 447–450. — 6. Braun, T. Rózsa, Gy., Telcs, A.: Doktori disszertációk mint a szakirodalmi információ kihasználatlan tartaléka. Tudományos és Műszaki Tájékoztatás, 1987, 34, 573–628. — 7. Braun T., Rózsa Gy., Telcs A.: CD-ROM ante portas. Az MTA Könyvtárának kapuja kitérve. Magyar Tudomány, 1988, 2, 119–124. — 8. Braun T., Klein Á., Kovács Zs.: ASCA-tól a BITS-ig. Az MTA Könyvtára új számítógépes szakirodalmi szolgáltatásairól. Tudományos és Műszaki Tájékoztatás, 1989, 36, 161–167. — 9. Braun T., Klein Á., Telcs A.: Szakirodalmi Informatikai fejlesztés az MTA Könyvtárában. Magyar Tudomány, 1989, 2, 135–137. — 10. Braun T., Klein Á., Rózsáné Nagydiósi S., Telcs A.: A szinergika jelentősége a lézerlemezen (CD-ROM) rögzített szakirodalmi adatbázisok használatában. Tudományos és Műszaki Tájékoztatás, 1990, 37, 514–519.

Klein Ágnes

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.

Mercury

MERCURY KFT.

Budapest XII., Diósárok utca 1.
Telefon: 156-1122
12-07 m.

Kórházak, klinikák, beruházók,
viszonteladók, magánszemélyek
részére

**kiváló
minőségű
acél
kéziműszerek**

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza területén az Idegosztály mellett található az állandó bemutatóterem és raktár

- Nőgyógyászat, sebészet, szemészet, orr-, fül-, gége, urológia, mikrosebészet, garanciával.
- Kórházi ágyak, intenzív ágyak, traumatológiai ágyak, betegszállító és emelőeszközök, éjjeli szekrények, etető asztalok.
- Gyógyászati segédeszközök, járókeret, mankók, kádkapaszkodók.
- Egyszerhasználatos eszközök, eü. betétek, eü. nadrágok.
- Új, használt és felújított mechanikus műszerek, valamint az egészségügyben használt berendezések megrendelhetők.

A mindenkor világszerte, illetve a hazai árak alatt garanciával, szervizhálózattal. Igény esetén részletfizetési lehetőség!

**Diszkont
áron!**

Nyitva: hétfőtől péntekig, 8 órától 15 óráig, vagy előzetesen telefonon történő egyeztetés esetén más időpontban is!

Az 1993. novemberében törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (III. rész)

A Cordipin retard filmtablettáról:

A nifedipin dihydropyridin csoportba tartozó kalcium antagonist, amely gátolja a kalcium ionok beáramlását a szívizomsejtbe, a coronaria artériák és perifériás erek simaizom sejtjeibe. A szív munkájának csökkentése révén közvetlenül csökkenti az oxigén fogyasztást. A perifériás ellenállás, valamint a vérnyomás csökkentése által közvetve csökkenti az oxigén szükségletet, és így kíméli a szívet.

A nifedipine spasmolyticus hatást fejt ki a koronáriákon, és javítja a poststenoticus keringést az atheroscleroticus szűkületekben.

Hatóanyag: 20 mg nifedipinum retard tablettánként.

Javallatok: Artériás hypertonia. Hypertrophias cardiomyopathia (obstrukcióval, vagy anélkül). Angina pectoris minden formája.

Ellenjavallatok: Nifedipin túlérzékenység. Cardiogen shock, instabil keringési állapot. Terhesség. Szoptatás. Akut myocardialis infarctus utáni első 8 nap.

Adagolás: Egyénileg kell meghatározni. Szokásos adagja felnőtteknek naponta 2-szer 1 elhúzódo felszívódású tablettát. Szükség esetén az adag napi 2-szer 2 tablettára növelhető 12 órák időközben, de legalább 4 óra minimális időközben. Szedését — nagy adagok esetén különösen — fokozatosan kell abbahagyni!

Mellékhatások: Általában enyhék és átmenetiek. Fejfájás, arckipirulás, szédülés, bőrkütiés, émelygés, gyengeség, szapora szívdobogás és szívritmus égető érzés, hypotonia, perifériás vizenyő ritkán előfordulhat. Ritka esetben a nifedipin hatására röviddel a bevétel után angina pectoris-szerű panaszok léphetnek fel, oki összefüggés esetén a készítmény adását fel kell függeszteni. Az erek kitágulása következtében lábszárodema, magasabb adagok esetén gyomor-bél zavarok, fáradtság, bőrreakciók, paraesthesia, myalgia, tremor (ujjremegés), átmeneti látászavar ritkán előfordulhat. Vérbőrtváltozások anaemia, thrombopenia, májfunkció változások, transzaminase szint emelkedés, cholestasis, glukoztolerancia csökkenés, fogínyváltozás is egyes esetekben előfordulhat.

Gyógyszerkölcsonhatások. Óvatosan adható:

- más vérnyomás csökkentőkkel, ill. diuretikumokkal (színergista hatás, hatásérősödés),
- β -receptor blokkolókkal (fokozott vérnyomásesés, esetleg szívelégtelenség alakulhat ki),
- digoxinnal (digoxin plazmaszintje emelkedhet),
- nitrát készítményekkel (hatásérősödés),
- cimetidinnel (vérnyomáscsökkentő hatás erősödhet),
- kinidinnel (ennek plazmaszintje a vártnál alacsonyabb lehet, majd nifedipin elhagyásakor emelkedhet, dózis újrabéállítás szükséges).

Figyelmeztetés: Ha különösen gyors hatás szükséges, akut angina pectoris roham vagy hipertoniás sürgősségi állapot, a retard tablettát helyett gyorsan ható (nem retard hatású) kell alkalmazni. Hypotónia esetén csak fokozott óvatosság mellett alkalmazható.

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

Túlادagolás: a kifejezett vasodilatatio miatt jelentős tartós vérnyomásesés léphet fel, melynek kezelése döntően tüneti. Adott esetben gyomormosás, 1–2 g Ca glukonát adása, perifériás

vasoconstrictor (pl. noradrenalin, ill. dopamin) lehet szükséges.

A gyógyszer szedésének ideje alatt alkohol nem fogyasztható!

A Sabril 500 mg filmtablettáról

Bizonyított, hogy az epilepsiák minden formájában a GABA-erg gátló neuronális rendszer hypofunctioja áll fenn. A vigabatrin — a Sabril hatóanyaga — a GABA-transzamináz szelektív irreverzibilis inhibitora. A vigabatrinnal történő kezelés az agyi GABA-szint emelkedését eredményezi, tehát hatásmechanizmusának alapja az agy legfontosabb gátló neurotranszmitter szintjének az emelése.

Hatóanyag: 500 mg vigabatrinum filmtablettánként.

Javallatok: Kiegészítő terápia idült epilepsia különböző formáiban, különösen komplex parciális, illetve generalizált tonusos-clonusos roham fennállásakor. West-syndroma (eclampsia nutans, Salaam-görcsök, „infantile spasmus”).

Ellenjavallatok: A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Terhesség és szoptatás időszaka, a kezelés biztonságára vonatkozó kielégítő adatok hiányában.

Adagolás: Naponta egyszer vagy kétszer, étkezés előtt vagy után, bő folyadékkal kell bevenni. A tapasztalatgyűjtés jelen fázisában a vigabatrin adjuváns alkalmazásáról állnak rendelkezésre adatok. E szerint farmakorezisztens epilepsia minden típusában eredményesen alkalmazható, elsősorban kombinált farmakoterápia összetevőjeként.

Felnőtteknek: az ajánlott kezdő napi adag 2 g (4 tabl.). Szükség esetén az adag — a klinikai hatástól és a türeklépességtől függően — lépcsőzetesen napi 0,5–1 g-mal növelhető, illetve csökkenthető. Az adag 4 g/nap fölé emelése általában már nem fokozza a klinikai hatást. A plazmakoncentráció és a hatékonyság között nincs egyenes korreláció. A készítmény hatásának időtartama inkább függ az enzimresztézisétől, mint a hatóanyag plazmakoncentrációjától.

Gyermekeknek: az ajánlott kezdő adag 40 mg/ttkg/nap. Ez az eredménytől függően 80–100 mg/ttkg/nap adagig emelhető.

Egész tablettára vonatkoztatva a következők ajánlhatók:

Testsúly	Adag
10–15 kg	1–2 tabl./nap
15–30 kg	2–3 tabl./nap
30–50 kg	3–6 tabl./nap
> 50 kg	4–8 tabl./nap (felnőtt adag).

West-syndromában szenvedő gyermekeknek 100 mg/ttkg/nap. Esetenként ennél nagyobb napi adag is szükséges lehet.

Időskorúaknak: beszűkült vesefunkciójú betegeknek kisebb adagokat (1 g/napi kezdő adag) kell adni, különösen azoknak, akiknek kreatinin-clearance 60 ml/perc alatti. A mellékhatások felérték fokozottan kell ellenőrizni. Más antiepilepticumokhoz hasonlóan előfordulhat, hogy a krónikus alkalmazás során a kezdetben elért terápiás hatás csökken. Ilyenkor — fokozott ellenőrzés mellett — célszerű lehet a vigabatrin adagját emelni.

Mellékhatások: A GABA-koncentráció emelkedésének következményeként előfordulhat bogyadtság, fáradékonyság, szédülés, idegesség, irritabilitás, depressio, fejfájás és ritkán confusio, emlekezetzavar, psychosis; látási panaszok, pl. diplopia; esetleg súlygyarapodás, gyomor-bélpanaszok; gyermekeken pedig izgalom, agitáltság. Ritkán, arra hajlamos egyéneken egyes roham-

formák, elsősorban a myoclonusos rosszullétek gyakorisága fokozódhat. Laboratóriumi adatok tanúsága szerint a Sabril kezelés nem okoz vese-, ill. májtoxicitást. Az SGOT és SGPT csökkenését figyelték meg, ami a Sabril által okozott általános transzamináz-gátlás következménye lehet.

Krónikus Sabril-kezelés során néha a haemoglobinszint kissé csökkenése fordul elő, ennek azonban ritkán van klinikai jelentősége.

Gyógyszerkölsönhatások: A Sabril nem metabolizálódik, nem kötődik a vérfehérjéhez és nem indukálja a cytochrom P450-et, ill. a metabolizáló enzimeket, ezért interakció létrejötte valószínűtlen.

Klinikai vizsgálatokban a fenitoin vérszintjének mintegy 20%-os csökkenését figyelték meg. Ennek mechanizmusa nem ismeretes, de nem valószínű, hogy terápiás szempontból jelentősége lenne. A klinikai vizsgálatok során nem észleltek szignifikáns interakciót karbamazepinnel, fenobarbitallal és Nalvalproáttal.

Figyelmeztetés: Hasonlóan más antiepilepticumokhoz, a kezelés megvonása rebound rohamokhoz vezethet. Amennyiben a kezelést meg kell szüntetni, ajánlatos a gyógyszert fokozatosan, 2–4 hét alatt megvonni.

Néhány esetben a fokozott kezelés elején magatartászavar, illetve psychosis fellépéséről számoltak be. Ezért főleg olyan betegeknek, akiknek kórelőzményében magatartászavar, pszichiai tünetek, hyperkinesis, öngyilkossági veszélyeztetettség, gyermekeken kifejezett organikus agyi elváltozás szerepel, a gyógyszert fokozott gondossággal, alacsonyabb kezdőadaggal és szorosabb kontroll mellett kell alkalmazni.

Szedatív hatás vagy confusio, mint mellékhatások, szükséges teszik az adagok csökkentését és az érintett betegek gondos megfigyelését.

Betegek myoclonusos rohamokkal szintén veszélyeztetettek. Endocrinopathia fennállása esetén nem zárható ki az endocrin mirigyek működésének romlása. Légzési elégtelenség esetén a gyermekek respiratorikus funkcióját befolyásolhatja. A haemoglobinszint csökkenését okozhatja. Csökkent haematokritérték, pl. anaemia, valamint a fokozott gondosságot igénylő esetekben megfelelő ellenőrző vizsgálatok elvégzése szükséges (pl. havonta), különösen tartós alkalmazása során.

Túladagolás: Specifikus antidotuma nincs, így supportív terápiát kell alkalmazni. 14 g-os, ill. 30 g-os túladagolások következmény nélküli lefolyásáról vannak beszámolók. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyedileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt szeszcsitalt fogyasztani tilos!

Az Isoket 0,1% oldatról (infúzióhoz)

Az izosorbiddinitrát elsődleges hatása a simaizomzat elernyesztése, főként a vénás rendszerben hoz létre vasodilatációt. Ezáltal csökken a szív előterhelése (preload), kevésbé kifejezetten az utóterhelés (afterload).

A szív fal feszülésének csökkenése a myocardium oxigén igényének mérséklődését eredményezi. Az iv. infundált izosorbiddinitrát felezési ideje kb. 10 perc, a hatékony metabolitok felezési ideje 1,5–2 óra, ill. 4–6 óra.

Hatóanyag: Isosorbidum dinitricum 1 mg/ml; 10 mg isosorbidum dinitricum 10 ml-es ampullánként; 50 mg isosorbidum dinitricum (50 ml) üvegenként; 100 mg isosorbidum dinitricum (100 ml) üvegenként steril izotóniás nátrium-klorid oldatokban.

Javallatok: Acut szívizominfarctus balszívfél elégtelenséggel, bármely eredetű acut balszívfél elégtelenség, súlyos angina pectoris, instabil angina pectoris, preinfarctus szindróma, fenyegető szívizominfarctus.

Ellenjavallatok: Hatóanyag vagy más szerves nitráttal szembeni túlérzékenység; akut keringési elégtelenség (keringési colapsus), kifejezett hypotonia (systoles vérnyomás <90 Hgmm); hypertrophiás obstructiv cardiomyopathia, cardiogen shock,

amennyiben intraaortás ellenpulzáció vagy pozitív inotróp gyógyszerek nem biztosítanak elegendően magas balkamrai végdiastolés nyomást; alacsony töltőnyomással járó akut szívinfarctus; intracranialis nyomásfokozódás; zárt zúgú glaukóma; súlyos anaemia; artériás hypoxaemia; konstriktív pericarditis, pericardialis tamponad. Aorta és mitralstenosis.

Primer tüdőbetegségek (emphysema), krónikus obstruktív légúti megbetegedések.

Terhesség és szoptatás alatt csak a haszon/ártalom szigorú mérlegelése után alkalmazható.

Adagolás: Kizárólag hígítva tartós iv. cseppinfúzióban, automata infúziós pumpával állandó szív és keringés ellenőrzés mellett kórházi fekvőbetegeknek adható. Az adagolás egyéni megítélést igényel, a klinikai haemodinamikai vizsgálati értékekhez kell igazítani. A kezelést alacsonyabb dózissal kell kezdeni és lassan a szükséges adagra emelni. A kezdő dózis általában 1–2 mg/óra egyedi adagolással folytatva. Ajánlott dózistartomány 2–7 mg/óra. Maximális dózis általában 8–10 mg/óra. Szívelégtelenség esetén magasabb adag is szükségessé válhat. Egyedi esetekben 10 mg/óra adagig emelhető, nagyon ritkán 50 mg/óra lehet a felső határ. Átlagos adag kb. 7,5 mg/óra.

A hígítás a klinikai használatban lévő infúziós oldatokkal, (izotóniás nátrium-klorid, 5–30%-os glükóz, ringer oldatok) történhet. Ajánlott koncentrációk 50 ml Isoket oldat vagy 5 ampulla á 10 ml 500 ml-re hígítva 100 µg/ml (0,01%) izosorbiddinitrát konc. infúziót ad. Ha a folyadék terhelés csökkentése kívánatos, koncentráltabb oldat; 100 ml Isoket oldat vagy 10 ampulla á 10 ml 500 ml-re hígítva 200 µg/ml (0,02%) izosorbiddinitrát konc. infúziót ad.

Az Isoket oldatot közvetlenül a felnyitás után kell a megfelelő infúziós oldatba vinni aseptikus körülmények között. Előzőleg az Isoket oldat térfogatának megfelelő folyadékmennyiség eltávolítandó az infúziós üvegből.

Adagolási táblázat

1-szer 50 ml vagy 5 amp. á 10 ml Isoket oldat 0,1%	ISDN adag	1-szer 100 ml vagy 2-szer 50 ml Isoket oldat 0,1 %		
500 ml-re hígítva 100 µg/ml = (1 mg/10 ml)		500 ml-re hígítva 200 µg/ml = (2 mg/10 ml)		
Infúzió sebesség ml/óra	csepp/perc	mg/óra	Infúzió sebesség ml/óra	csepp/perc
10	3–4	1	5	1–2
20	7	2	10	3
30	10	3	15	5
40	13	4	20	7
50	17	5	25	8
60	20	6	30	10
70	23	7	35	12
80	27	8	40	13
90	30	9	45	15
100	33	10	50	17

1 ml 20 cseppnek felel meg.

Mellékhatások: Esetenként, a kezelés kezdetén, vagy dózismeléskor vérnyomásesés és/vagy orthostaticus hypotonia, reflektoros tachycardia szédülés, gyengeségérzettel, a kezelés kezdetén „nitrát” fejfájás. Ritkán colapsus, bradycardia syncope, erős vérnyomásesés, mely az angina pectoris súlyosbodásához vezet, egyes esetekben dermatitis exfoliativa.

Gyógyszerkölsönhatások: Más értágítók, vérnyomáscsökkentők, β-blokkolók, kalcium-antagonisták, triciklikus antidepresszánsok neuroleptikumok egyidejű adása, valamint az alkohol erősítheti az Isoket oldat vérnyomáscsökkentő hatását.

A disopyramid és a noradrenalin hatását csökkentheti. Dihidroergotamin egyidejű adagolása esetén emelheti ennek vérszintjét és vérnyomásemelő hatását növelheti.

Figyelmeztetés: Csak hígítva alkalmazható natrium-klorid vagy glükóz oldatban.

Akut szívinfarktust esetén csak szigorú orvosi ellenőrzés mellett adható, nehogy a vérnyomás 90 Hgmm alá csökkenjen. Akut szívinfarktushoz alacsony töltőnyomás esetén a készítmény csak óvatosan adható.

Ellenőrizendő paraméterek: vérnyomás (100 Hgmm alá ne essen), EKG, szívfrekvencia, vizeletmennyiség.

A klinikai kép, haemodinamikai eredmények és az EKG szerint a kezelés 3 napig vagy tovább is folytatható.

Isoket 0,1% oldat infúzióhoz kompatibilis fiziológiás natrium-klorid, 5–30% glükóz, Ringer oldat. Ha az isoket oldatban esetleges hatóanyag kiválás, kikristályosodás tapasztalható, az oldat nem használható fel. Infúziós szerelvények alkalmazására bevált a polietilén, polipropilén, politetra fluoroetilén anyagok alkalmazása, a polivinilklorid és poliuretán szerelék alkalmazása hatóanyag abszorpcióval jár. Az oldat steril, de nem konzervált, ezért az üveget záró gumidugót csak egyszer szabad átszúrni. Az oldat maradékát el kell dobni.

Tüladagolás tünetei: a fejfájás és orthostaticus regulációzavar, illetve tachycardiával járó hypotonia. Igen magas dózis (>20 mg/kg) esetén számolni kell methaemoglobin-képzéssel, valamint cyanosis, illetve tachypnoe megjelenésével is.

A hatóanyagnak speciális antidotuma nincs, így súlyos esetekben a mérgezés kezelésének általános irányelvei alkalmazandók.

Egyszerűbb esetben a hypotóniás tünetek a vízszintes helyzetben lévő beteg lábainak megemelésével megszűnnek. Súlyos hypotóniában volumenpótlásra, kivételes esetekben szimpatomimetikumok alkalmazására kerülhet sor.

A methaemoglobinaemia — amennyiben szükséges — redox anyagokkal kezelendő (pl. toluidinkek 2–4 mg/ttkg iv., methilénkek 1%-os oldat iv. 50 ml-ig, C-vitamin 1 g per os vagy iv.)

A Perlinganit oldatról (infúzióhoz)

A nitroglicerint az érfal simaizomzatára hatva tágítja a perifériás vénákat és artériákat, a coronaria ereket, ezáltal csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szív munkáját, oxigénigényét, javítja a coronaria keringést, az ischaemiás szívinfarktust oxigénellátását.

Hatására javul a szív teljesítménye, nő a terhelési tolerancia. Iv. nitroglicerint infúzió eliminációs felezési ideje 2–3 perc.

Hatóanyag: 10 mg nitroglycerinum 10 ml izotóniás glükóz oldatban ampullánként (1 mg/ml); 50 mg nitroglycerinum 50 ml izotóniás glükóz oldatban üvegenként (1 mg/ml). Segédanyag: propilénlikol.

Javallatok: Súlyos angina pectoris, Prinzmetal angina, bal szívfél elégtelenség akut és subacut tüdőödemával szívinfarktust esetén is, hypertóniás krízis keringési elégtelenséggel, kontrollált hypotonia sebészeti beavatkozás alatt.

Ellenjavallatok: A hatóanyagra való túlérzékenység. Kifejezett hypotonia (ha a vérnyomás 100/60 Hgmm érték alatt van), cardiogen shock, (amennyiben az intraaortalis ellenpulsáció vagy pozitív inotrop gyógyszerek nem biztosítottak megfelelő magas balkamrai végdiastolés nyomást), krónikus obstructív légúti megbetegedések, emphysema, hypovolaemia, alacsony töltőnyomással járó akut szívinfarktust és akut bal szívfél elégtelenség, intracranialis nyomásfokozódás, zárt zúgú glaucoma, súlyos anaemia, artériás hypoxemia, hypertrophias obstructiv cardiomyopathia, konstriktív pericarditis, pericardialis tamponad. Aorta és/vagy mitralstenosis. Glükóz-6 foszfátdihidrogénáz hiány.

Terhesség alatt csak az előny/kockázat gondos mérlegelése után adható, különösen a terhesség első 3 hónapjában.

Adagolás és alkalmazás: A Perlinganit oldat hígítva és hígítatlanul is alkalmazható, hígítva iv. tartós infúzióban automata infúziós készülékkel, állandó szív és keringési ellenőrzés mellett intenzív osztályon.

A beteg állapota és az ellenőrizendő paraméterek változása szerint a dózistaromány általában 0,75–8 mg/óra között van, ritkán 10 mg/óra.

Súlyos angina pectoris esetén: Kórházi kezelés során intenzív osztályon 2–8 mg/óra (33–133 µg/perc) adag javallt infúzióban. Adagolás közben folyamatos vérnyomás, szívfrekvencia és haemodinamikai értékek (jobb szívfél katéter), mint systoles és diastoles arteria pulmonalis nyomás, bal kamrai töltőnyomás, perctérfigat és EKG (ST szakasz) folyamatos ellenőrzése szükséges.

Akut bal szívfél elégtelenség (tüdőödem): kezdő adag: 1 mg nitroglicerint 3 perc alatt lassan iv., majd 2–8 mg/óra tartós infúzió formájában egy-két napon át.

Hypotóniás krízis keringési elégtelenséggel: a vérnyomás és szívfrekvencia folyamatos ellenőrzése mellett 2–8 mg/óra (átlag 5 mg/óra) adagban infúzió formájában.

Kontrollált hypotónia: a narkózis eljárásától és a célzott alacsony vérnyomás értéktől függően 2–10 µg/ttkg/perc adag javallt, EKG ellenőrzés és invazív vérnyomás ellenőrzése mellett.

Hígított oldat alkalmazása: 100 µg/ml 0,01% koncentrációjú oldatot kapunk 50 ml Perlinganit oldatot (vagy 5 ampulla á 10 ml ampullát) 500 ml-re hígítva a megfelelő infúziós oldatban.

200 µg/ml 0,02% koncentráció: 100 ml Perlinganit oldat (10 ampulla á 10 ml, ill. 2 flakon á 50 ml) 500 ml-re hígítva a megfelelő infúziós oldatban. A hígításhoz fiziológiás nátrium-klorid, 5% és 10% glükóz inf. oldat használható.

Hígítatlan oldat alkalmazása: Perfusoron keresztül hígítatlanul is alkalmazható (1 ml oldat 1 mg nitroglicerint tartalmaz).

Az infúziós táblázat hígított oldattal:

100 µg/ml 5 amp. á 10 ml v. 1 flakon 50 ml oldat 500 ml-re hígítva	200 µg/ml 10 amp. á 10 ml v. 2 flakon á 50 ml 500 ml-re hígítva	
Infúzió sebesség csepp/perc	Kívánt nitro- glicerint dózis mg/óra	Infúzió sebesség csepp/perc
3— 4	1	1— 2
7	2	3
10	3	5
13	4	7
17	5	8
20	6	10
23	7	10
27	8	12
30	9	15
33	10	17

1 ml = 20 csepp

Mellékhatások: Esetenként a kezelés kezdetén vagy dózismeléskor vérnyomásesés és/vagy orthostaticus hypotensio és reflexorikus szívfrekvencia szaporulat. A kezelés kezdetén fejfájás. Ritkán émelygés, hányinger, hányás, szédülés, gyengeségérzés, flush, collapsus, bradycardia, syncope, allergiás bőrreakciók, egyes esetekben dermatitis exfoliativa. A vérnyomás erős csökkenésekor az agyi keringés romlása és a coronaria perfúzió csökkenése is bekövetkezhet (angina pectoris veszélye).

Gyógyszerköcsönhatások:

— Vérnyomáscsökkentők, értágítók, triciklikus antidepresszánsok, kalcium antagonisták, béta-receptor blokkolók, diuretikumok és alkohol egyidejű adása vérnyomáscsökkenést okozhat.

— Dihidroergotamin egyidejű adása álló helyzetben a systoles vérnyomást erősebben emelheti mint DHE egyedüli adásakor, a nitroglicerint hatása csökken.

— Heparinnal (heparin hatás gyengülése).

Figyelmeztetés: Ha a systolés vérnyomás 100 Hgmm alá esik a Perlinganit infúzió adását azonnal be kell fejezni, mert a coro-

naria perfusio csökkenése miatt az angina pectoris roham rizikója megnövekszik.

Tolerancia kifejlődés elkerülésére a hosszú ideig tartó magas dózisú adagolást kerülni kell.

A klinikai kép, a haemodynamika és EKG eredmények szerint a kezelés 3 napig vagy hosszabb ideig folytatható.

A Pereinganit oldat hígítás nélkül megfelelő eszközzel vagy hígítva intravénás infúzió formájában adható. A hígításra fiziológiás nátrium-klorid, 5 és 10%-os glükóz oldat alkalmazható. A hígított oldatot 24 órán belül fel kell használni. Az oldatot felnyitás után azonnal az infúziós oldatba kell vinni aseptikus körülmények között. A gumidugó többszöri átszúrása (többszöri oldatkiszívás) nem alkalmazható a sterilizált oldat miatt. Infúziós szerekként polietilén vagy politetrafluoro-etilén anyag alkalmazása javasolt, a PVC infúziós szerelék adszorpció miatt hatóanyagvesztést okoz. A Perlinganit oldat kompatibilis fiziológiás nátrium klorid, 5–30% glükóz és Ringer oldatokkal.

Cukorbetegknél az oldat glükóz tartalmát figyelembe kell venni.

Túladagolás esetén a vezető tünet: vérnyomásesés, orthostaticus regulációzavar, reflektorikus tachycardia és fejfájás, gyengeségérzés, szédülés, hányás, hasmenés léphet fel. Igen magas dózis (>20 mg/ttkg) esetén methemoglobin képződés, cyanosis, illetve tachypnoe jelentkezhet. Speciális antidotuma nincs, így súlyos esetekben a mérgezés kezelésének általános irányelvei alkalmazandók. Enyhe hypotonia tünetei a vízszintes helyzetben levő beteg lábainak emelésével megszűnnek, súlyos hypotoniában, volumenpótlás, kivételes esetekben szimpatomimetikumok alkalmazására kerülhet sor. A methemoglobinaemia, amennyiben szükséges, redox anyagokkal kezelendő (pl. toluidénkék 2–4 mg/ttkg iv., methylenkék 1%-os oldat iv. 50 mg-ig, C-vitamin 1 g per os vagy iv.)

Az A. T. 10 oldatokról (15 ml; 100 ml)

Az A. T. 10 a D-vitamin 5,6-transz-analógja. Sztereokémiai szerkezete révén anélkül is hatásos, hogy parathormon jelenlétében a veseszövetben aktiválódna.

Az A. T. 10 a szérumszintet azáltal emeli, hogy fokozza a kalcium felszívódását a belekben és mobilizációját a csontokból. Pontosabb farmakológiai adatok nem állnak rendelkezésre. Feltételezhető, hogy a D₃-vitamin 5,6-transz-analógjaihoz hasonlóan az orálisan adott A. T. 10 a vékonybélben szívódik fel és a májban 25. helyzhetben hidroxilálódik. Egyszeri orális adás után 7 nappal tapasztalható a maximális szérumszint; a hatás kb. 28 napig marad fenn.

Az A. T. 10 akut túladagolásakor — ugyanúgy, mint nagy iv. kalciumdózsit követően — bágyadság, étvágytalanság, hányás, hasmenés, keringési zavarok, gyomorvérzés, bénulások, kóros veseelégtelenségek és máslerakódások alakulnak ki az állatokban, majd a kísérleti állatok elhullanak.

Az A. T. 10 krónikus túladagolásakor a vesék károsodnak, a vizeletben erythrocyták és fehérjék jelennek meg, mészkristályok keletkeznek, s azok a vesékben konkrementumok alakjában rakódnak le. A kalcium veszteség miatt a csontváz jelentős mértékben elszegényedik ásványi anyagokban. Ezt az orális kalcium bevitel ellensúlyozza, de ugyanakkor a vesékben fokozza és gyorsítja a mészlerakódást is. A tartós hypercalcaemia hatására mész rakódik le egyéb, egészséges szövetekben is, pl. a gyomor-bél csatorna falában, a tüdőben, a szívdoboz interstitialis kötőszövetében és az erek falában. Ezen metastatikus elmeszesedések nagymértékben reverzibilisek, és nincsenek összefüggésben az arteriosclerosisokkal.

Hatóanyag: 1 mg dihydrotachysterolum 1 ml olajos oldatban. 1 ml = kb. 30 csepp.

Javallatok: Hypoparathyreoidismus (idiopátiás és posztoperatív), pseudohypoparathyreoidismus.

Ellenjavallatok: Hypercalcaemia, D-vitamin túladagolás. Az A. T. 10 nem alkalmas hiperventilációs tetánia kezelésére. Vesekő-anamnézis esetén a szérumszint fokozottabb el-

lenőrzésére van szükség. Ha az A. T. 10-et terhesség, vagy szoptatás idején kell alkalmazni, a szérumszint kalciumszint gyakori ellenőrzését kell biztosítani.

Adagolás: Az adagot egyedileg, a szérumszint kalcium ellenőrzése mellett kell megállapítani. A napi adag 15–45 csepp, kevés folyadékkal bevéve, étkezés után, de lehet éhgyomorra is. Nagyobb adagot célszerű az ételhez keverni.

Mellékhatások: Különösen az A. T. 10 túladagolása esetén léphet fel hypercalcaemia. Ez többek között étvágytalanságban, émelygésben, hányásban, hasmenésben, sápadtságban, fejfájásban, szívdobogás- és szomjúságérzésben nyilvánul meg. Ilyen esetben a dózist csökkenteni kell, vagy az A. T. 10 adását 2–3 napra meg kell szakítani. Tartós hypercalcaemia vesekárosodást, vagy a lágy szövetek meszesedését okozhatja.

Gyógyszerkölcsönhatások: Tiazidokkal együttadva hypercalcaemia léphet fel.

Figyelmeztetés: El kell kerülni az A. T. 10 és a D-vitamin, ill. metabolitjainak együttes adását, azok hasonló hatásmechanizmusa miatt.

A gyógyszernek nincsen specifikus antidotuma. A hypercalcaemia akut életveszélyt jelenthet, s fennmaradhat az A. T. 10 megvonása után is. A kezelés történhet húgyhajtással, kalciummentes táplálékkal, kortikoszteroidokkal és kalcitoninnal.

A Mucosolvan infúziósoldat-koncentrátumról

A Mucosolvan infúziósoldat-koncentrátum serkenti a felületaktív anyagok (surfactant) képződését és felszabadulását az alveolaris és bronchialis tartományban, és ilyen módon támogatja a praenatalis stádiumban a magzati tüdőérési folyamatot. Kellő időben történő alkalmazása révén csökkenthető a koraszülöttek és az újszülöttek respiratorikus distressz szindróma kockázata.

Magas dózisok esetén sem mutat fertilitási-, ill. csíra károsító hatást.

Az eddigi tapasztalatok alapján kizárható, hogy a méh fájdéstevékenységet befolyásolná.

1000 mg ambroxol-hidroklorid hatóanyag 4 órán át történő iv. beadása után a plazmaszint kb. 2200 ng/ml-re megy fel, 12 órán belül 1000 ng/ml-re esik vissza, 24 óra múlva pedig kb. 400 ng/ml-re. Több napon át történő adás után sem lép fel említésre méltó kumuláció.

A domináns felezési idő 7–12 óra.

A fehérjekötődése kb. 90%. A lipophil és a hydrophil szerkezeti elemek következtében hatóanyaga jól eloszlik a különböző szövetekben, és jelentős mértékben áthatol a placenta-barrieren.

Hatóanyag: 1000 mg ambroxolium chloratum (50 ml) üvegenként.

Javallatok: A praenatalis tüdőérés elősegítésére és a respiratorikus distressz szindróma megelőzésére

— fenyegető koraszülés esetében, a terhesség 28–34. hetében

— indikált időelőtti terhességbejezés esetében a terhesség 28–34. hetében a magzat vagy az anya vészhelyzete miatt (pl. RH-incompatibilitás, diabetes mellitus, EPH-terhességi toxosis)

— amennyiben indokolt, a tüdő érésének magzatvíz-vizsgálat alapján a terhesség 36. hetéig is.

A Mucosolvan idő előtti burokrepedés esetében is indikált, amennyiben klinikailag valószínűsíthető, hogy még legalább 3 nappal meghosszabbítható a kihordási idő.

Ellenjavallatok: Különböző eredetű görcsös megbetegedések.

Adagolás: kizárólag lassú iv. infúzió formájában. Az ajánlott napi adag 1000 mg. Ez 3–5 napig adható, intravénás tartós cseppinfúzió formájában.

A kezelés 10 nap múlva ismételhető, ha még fennáll a praenatalis tüdőérés-elősegítés indikációja.

Az 50 ml-es infúziósoldat-koncentrátumot 500 ml infúziós oldattal kell hígítani és 4 óra alatt, lassan, intravénásan infundálni. Ez 42 csepp/perc, ill. 2,1 ml/perc infúziósebességnek felel meg. Hígítható 250 ml vagy 500 ml 5%-os glükóz-oldattal, 5%-os levulóz-oldattal, fiziológiás konyhasó oldattal vagy Ringer-

oldattal. A beteg állapotától függően döntendő el, hogy melyik vívdoldat alkalmazása célszerű.

Amennyiben szükséges, az infúziósoldat-koncentrátumot 250 ml vívdoldatban is be lehet adni. Ebben az esetben az infúziósebesség 21 csepp/perc, ill. 1,0 ml/perc.

Kivételes esetekben (pl. nagy dózisú iv. tocolysis) az infúziósoldat-koncentrátum *hígítatlanul is infundálható 4 óra alatt*, lassan, intravénásan. Ez 0,21 ml/perc infúzió sebességnek felel meg. Ennél az alkalmazási módnál feltétlenül automata infúziós pumpát kell kihasználni.

Mellékhatások: Ha az ajánlott 4 órás infundálási időtartam helyett rövidebb idő alatt adják be az infúziót, egyes esetekben intolerancia-tünetek léphetnek fel, így pl. enyhe kábultság, émelygés, hányás és keringési panaszok.

Az ambroxolhidro-klorid beadása után igen ritkán allergiás reakció (bőrreakció, az arc megduzzadása, légyszomj, hőemelkedés hidegrázással) és egyes esetekben akut anaphylaxia léphet fel.

Gyógyszerkölsönhatások: A koncentrátum pH-ja 5. Tilos összekeverni olyan injekciós, vagy infúziós oldatokkal, amelyek pH-ja magasabb mint 6,3, mert a pH-eltolódás hatására szabad ambroxol-bázis válhat ki. Ez az elválkozás az oldat zavarosodásával ismerhető fel.

Figyelmeztetés: A Mucosolvan infúziósoldat-koncentrátum kizárólag lassú, intravénás beadásra szánt gyógyszerkészítmény. Ha véletlenül hígítatlanul, bolusként kerül beadásra, a magas hatóanyagkoncentráció a beadás helyén haemolysist okozhat. Gyors iv. bolusinjekció adásakor nem zárható ki a központi idegrendszeri reakciók sem.

Ugyancsak kerülendő az intraarteriális bevitel, mert helyi oedemat és kismértékű hegesedéseket okoz a bevitel régiójában. A Mucosolvan infúziósoldat-koncentrátum kompatibilis az egyidejű fájástevékenység-gátló kezeléssel, ezért a fájástevékenység-gátló készítmény és az infúziósoldat-koncentrátum közös vénás kanülön át is beadható. Az esetleges folyadékterhelés elkerülése érdekében a Mucosolvan infúziósoldat-koncentrátum a fenti esetben hígítás nélkül, automata infúziós pumpával adandó be. Közös vívdoldatban történő bevitelük azonban az eltérő előírt beadási idők miatt nem ajánlatos.

Csak teljesen homogén Mucosolvan infúziósoldat-koncentrátumból és vívdoldatból készült elegy adható be!

A használatra kész infúziós oldat 12 óránál hosszabb időn át nem tárolható.

Túladagolás: A preklinikai vizsgálatok alapján, a túladagolás, vagy a gyorsabb iv. bolusinjekció a következőket okozhatja: vérnyomásesés, fokozott nyálérválasztás, öklendezési (fulladási) inger, hányás, görcskészség.

Teendők: a készítmény adásának leállítás; a keringés stabilizálása és az adott körülményeknek megfelelő tüneti kezelés, szoros felügyelet.

Megjegyezzük, hogy a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI (Budapest, Zrínyi u. 3. 1051)

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

A szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézet főigazgató főorvosa (5001 Szolnok, Verseghy u. 6–8.) pályázatot hirdet *1 fő részére a baleseti sebészeti osztályra* szakorvos, esetleg pályakezdő orvos részére, meghatározott időre.

Felvétel esetén a MÁV-menetkedvezmény biztosít.

Pályázatok beküldési határideje a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

Lőke Miklós dr.

A Vas megyei Markusovszky Kórház (9700 Szombathely, Markusovszky u. 3.) *Baleseti Sebészeti Osztályra* pályázatot hirdet *2 fő orvos részére*. Traumatológiai szakvizsga megléte előnyt jelent, de közvetlen szakvizsga előtt álló pályázó is jelentkezhet. Szakvizsga megszerzését biztosítjuk.

Bérezés: megegyezés szerint. Az állás azonnal elfoglalható.

Pályázati határidő a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

Az Országos Kardiológia Intézet pályázatot hirdet szakvizsgával, vagy előtte álló orvosok részére szívsebészeti, illetve anaesthesiológiai munkakörben. Jelentkezés a főigazgatóságon. Telefon: 215-2139.

Lozádi Károly dr.
egyetemi tanár

A Kunszentmártoni Szakorvosi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet, *1 fő neurológus szakorvos*, illetve *1 fő pszichiáter szakorvos* állásra. Pályázati feltétel: szakorvosok jelentkezését várjuk. A pszichiáter szakorvos feladata a Pszichiátriai Gondozó vezetésé.

Az állások azonnal elfoglalhatóak. Lakás és bér megegyezés szerint.

Érdeklődni a következő címen lehet: Kunszentmárton, Kossuth u. 5. 5440. Pf. 80. Tel.: (56) 350-190/286

Menyhárt Miklós dr.
igazgató főorvos

Az Ajkai Magyar Imre Kórház orvos igazgatója pályázatot hirdet *infektológiai (fertőző) és belgyógyászati* osztályon megüresedő orvosi állás betöltésére. Pályakezdők és szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk.

Pályázathoz csatolni kell: részletes szakmai önéletrajzt, végzettségről, szakképzettségről szóló okiratokat, orvosi nyilvántartás igazolását.

Pályázatot a Magyar Imre Kórház orvos igazgatójához (8401 Ajka, Korányi F. u. 1.) kell benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Patológiai Intézet pályázatot hirdet *orvosi állás* betöltésére, 1994. januártól, 26 500,— Ft/hó illetménnyel.

Pályázati feltétel: jeles vagy jó körbontan szigorlat, angol vagy német nyelvismeret.

A pályázatokat a DOTE Személyzeti Csoporthoz (4012 Debrecen, Pf. 33.) kérjük benyújtani.

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

OH-QUIZ

XXII. sorozat megoldásai:

XXII/1 : A, XXII/2 : D, XXII/3 : E, XXII/4 : B, XXII/5 : A, XXII/6 : A, XXII/7 : A, XXII/8 : A, XXII/9 : E, XXII/10 : C

Indoklások:

XXII/1 : A Az elhízás nem hajlamosít hypothyreosisra! A hypothyreosisos betegek ritkán kövérek!

XXII/2 : D Primer aldosteronizmus aldosteron-termelő mellékesetumor (adenoma vagy ritkán carcinoma), illetve bilaterális hyperplasia következménye. A diagnózishoz az első lépés a plasma aldosteron meghatározása. (A hypokalemia, izomgyengeség, hypertonia kelti a gyanút! Ha sóterheléssel nem suppressálható az aldosteronsecretio, az adenoma vagy carcinoma lokalizációja lesz a soron következő feladat, vagy a hyperplasia dokumentálása.

XXII/3 : E Wilson-kórban folyamatos, élethosszig tartó kezelésre van szükség! A terapia csak indokolt esetben szakítható meg, pl. túlérzékenységi reakció miatt. Ha D-penicillamin súlyos mellékhatása pl. nephrosis syndroma alakul ki, más terápiára kell áttérni, ilyen lehetőség a Trientin hydrochlorid, szintén chelátképző. A kezelés felfüggesztését kerülni kell, mert ez irreverzibilis relapsus kockázatával járhat.

XXII/4 : B A magas 24 órás szabad cortisol ürítés diagnosztikus értékű! Az éjszakai dexamethason suppressió teszt is hasznos, azonban ez a kövér betegben álpozitív lehet. Ha a hormonmeghatározások eredménye pozitív, azután következhetnek a radiológiai vizsgálatok (CT stb).

XXII/5 : A A súlyos neutropenia ritka „idiosyncrasiás” reakció lehet propylthiouracilra. Ezt nyálkahártya-fekélyek is kísérhetik, de életet fenyegető fertőzés is lehet a következmény. Azonban ha a beteg nem lázas és semmi jel nem utal fertőzésre, úgy a szer elhagyásán kívül a további gondos ambuláns ellenőrzés elegendő! Nem kell „preventive” antibiotikumot adni, sem steroidot, és fehérvérsejt transzfúzió sem indokolt. Mivel pedig általában a gyógyszer megvonására a vérkép rendeződik, nincs szó csontvelő-transzplantáció szükségességéről sem!

XXII/6 : A A beteg tünetcsoportja a haemolytikus anaemia és a thrombocytopenia kombinációját mutatja, lázzal, a mentális és a renalis funkciók zavarával. Mindez

thrombotikus thrombocytopeniás purpurának (TTP) felel meg. Ismeretlen etiológiájú betegség. A betegek 70%-a javul plasmapheresis alkalmazására. Csak az esetek kis részében hasznos a corticosteroid, ill. a splenectomia, de sokkal kevésbé effektív, mint a plasmapheresis.

XXII/7 : A A paroxizmosus éjszakai hemoglobinuria olyan szerzett betegség, ami csontvelői őssejt (stem cell)-pool károsodásával vagy mutációjával kapcsolatos. Kifejlődhet pl. az aplastikus anaemia gyógyulását követően, de manifestálódhat pancytopeniás betegben is. A krónikus intermittáló intravasculáris haemolysis következtében a vizelettel történő vasürítés (vasvesztés!) vashiány állapothoz is vezethet. Thrombocitopenia is járhat a baj. Ritkán akut myeloid leukaemiába transformálódhat! A granulocytákkal alkalikus phosphatase (GAP) aktivitás nem magas, hanem épp alacsony lehet (mint krónikus myeloid leukaemiában!)

XXII/8 : A Ólommérgezésben a hem szintézis zavara hypochrom anaemiához vezet ugyan, de nem vashiányos anaemiához! (A serum vas még inkább magasabb!) Vashiányhoz vezethet viszont a hereditár hemorrhagiás teleangiectasiából történő krónikus gastrointestinális vérzés, akárcsak a tüdővérzés idiopathiás pulmonalis haemosiderosisban. Műszívbillentyű okozta hemolysisben a hemoglobin intravasculárisan felszabadul a vörösvértestekből, a haemoglobinuria révén azután vasat veszít a szervezet. Haemodialysis kapcsán is kialakulhat vashiány, recurrens vérvesztések következtében.

XXII/9 : E Perniciosás betegek 90%-ában előfordul a parietális sejt elleni autoantitest. A folsav okozhat egyedül is javulást a vérképben, bár nem fog hatni az idegrendszeri elváltozásokra. A B₁₂-vitamin-terapia kapcsán nem hyper-, hanem hypokalaemia léphet fel! A csontvelő hypercellularis! A serum gastrin szint pedig rendszerint magas perniciosában (achlorhydria, negatív feedback hiánya!)

XXII/10 : C Polycythemias betegekben, 45% haematokrit felett csökkenni fog a cerebrális véráramlás, ez egyúttal a thrombotikus komplikációk kockázatával is jár, míg a thrombocytá-funkció zavarok vérzéses problémákat okozhatnak. Az erythropoetin termelés suppressált polycythemia verában. A csontvelő hypercellularis!

Instrukció: minden kérdés esetén az öt válasz közül válassza ki a legmegfelelőbbet!

- XXIII/1. 23 éves nő krónikus sinusitis miatt ment orvoshoz, egyéb panasa nem volt. A radiológiai vizsgálat nagyobb sella turcicát mutatott. Mi a következő lépés?
 A) plasma prolactin meghatározás
 B) CT a hypophysisről
 C) plasma gonadotropin meghatározás
 D) Goldmann látótér vizsgálat
 E) 6 hónap múlva megismételni a rtg-vizsgálatot, addig várni
- XXIII/2. 28 éves diabeteses férfi korábban évekig reggel adott 30 E NPH inzulinra volt beállítva, így tartósan negatív volt a vizelete. Az utóbbi hetekben 38 E-re emelte a dózist, az esti glycosuria fokozódása miatt. Azóta most hízott 3 kg-ot, étkezések előtt fokozott éhségérzete van és fáj a feje. Ugyanakkor az esti glucosuria nem csökkent. Mi a teendő?
 A) Délután 5 órakor vércukortól függően még kristályos inzulin adni.
 B) Emelni a reggeli NPH inzulin dózist
 C) Fokozatosan csökkenteni a reggeli inzulin adagját
 D) Az emelt inzulin dózist megtartani, de csökkenteni a kalóriabevitelt
 E) Más típusú inzulinra váltani
- XXIII/3. 42 éves alkoholista férfi az utolsó két hétben alig táplálkozott, csak bort ivott. Zavartság miatt vitték ügyeletre, ahol 2,8 mmol/l vércukor értéket állapítottak meg. I. v. bólusban 50%-os glukóz oldatot adtak. Erre zavartsága még fokozódott, horizontális nystagmus lett, ataxiája fokozódott, pulzusa 130/min. Mit tegyen az orvos?
 A) rendeljen azonban koponya CT vizsgálatot
 B) végezzen lumbal-punctiót
 C) tovább adjon még glukóz infúziót
 D) adjon i. v. folsavat
 E) adjon i. m. 50 mg thiamint (B₁-vitamint)
- XXIII/4. 78 éves, egyedül élő férfi, aki ételeit maga készíti el, testszerte számos ecchymosissal kerül orvoshoz. Szőrzete, haja töredezett, a szőrtüszők és a körömágyak körül is bevérzések látszanak. Egyéb fizikális eltérés nem észlelhető. Laboratóriumi leletei közül kóros a hematokrit (28%), de normális a thrombocyta szám, a prothrombin, thrombin és PTT érték is. A vvt indexek is normálisak. Milyen hiánybetegségről lehet szó?
 A) A-vitamin
 B) C-vitamin
 C) folsav
 D) K-vitamin
 E) pyridoxin
- XXIII/5. Sarcoidosishoz társuló hypercalcaemia esetén várható eltérések, KIVÉVE:
 A) kóros mellkas rtg lelet
 B) fokozott Ca-felszívódás a gastrointestinalis tractusból
 C) hypercalcuria
 D) magas serum parathormon szint
 E) serum gammaglobulin szint emelkedés
- XXIII/6. 67 éves férfi krónikus ízületi bántalmakkal és ismételt veseköves görcsroham után került orvoshoz. A nephrolith urat-kőnek bizonyult, a serum húgysav érték 580 $\mu\text{mol/l}$, a serum creatinin 180 $\mu\text{mol/l}$ volt. Tartós therapiaként mit ajánl?
 A) probenecidet
 B) probenecidet plusz natrium bicarbonatot
 C) allopurinolt
 D) colchicint
 E) sulfingyrazolt
- XXIII/7. Elhízott nőbetegnek hypertriglyceridaemiája van anélkül, hogy serum cholesterol szintje magasabb lenne. Mi az első lépés a kezelésben?
 A) alkoholabsztinencia
 B) testsúlycsökkentés
 C) orális anticoncipiens elhagyása
 D) clofibrat
 E) cholestyramin
- XXIII/8. 35 éves klinikailag euthyreoid nő pajzsmirigyének bal lebenyében egy két cm átmérőjű göböt tapintottak. Finomtű aspirációs cytológia follicularis sejteket mutatott. Mi a következő lépés?
 A) subtotalis thyroidectomy
 B) levothyroxin suppressió kezelés
 C) ismételni a biopsiát
 D) hat hónapig megfigyelni
 E) pajzsmirigy scintigraphiát végezni, és „hideg göb” esetén műteni
- XXIII/9. Hypercholesterinaemiában a serum cholesterol szint csökkentésére alkalmazzák a cholestyramint is. Miként fejt ki az ilyen hatását ez a gyógyszer?
 A) hasmenést és enyhe zsír malabsorptiót okoz
 B) megköti a cholesterolint a bélben, így csökkenti annak felszívódását
 C) csökkenti a VLDL intestinalis szintézisét
 D) megköti az epesavakat a bélben így gátolja a cholesterol enterohepatikus körforgását
 E) egyik révén sem
- XXIII/10. Húszéves férfibeteget asthma bronchiale exacerbatiója miatt három héten át nagy dózis corticosteroiddal kezeltek. Ezután áttértek a másnaponta adott prednisonra. Négy nappal később izomgyengeség, ízületi panaszok, láz lépett fel. Mi az orvos teendője?
 A) antinuclearis antitest (ANA) vizsgálatot rendelni
 B) CPK meghatározást kérni
 C) occult infekció után kutatni
 D) azonnal visszatérni napi nagy dózis steroidra
 E) megnyugtani a beteget, hogy ez a tünetcsoport elég általános a steroiddózis csökkentésekor és rendszerint magától megszűnik.

A megfejtések beküldési határideje 1994. január 15.

(A megfejtések 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.

Orvosi Hetilap

1994. január 9.

135. évfolyam — 2. szám

Tumorhoz társult myasthenia gravis és myasthenia syndroma

Szobor Albert dr., Kas József dr., Klein Magda dr., Rigler András dr., Rakonczai Gyula dr., Vincze Lajos dr.

59

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Dipyridamol és dobutamin terheléses 2 dimenziós echocardiographia összehasonlító értékelése ischaemiás szívbetegekben

Gruber Noémi dr., Varga Albert dr., Forster Tamás dr., Varga Lajos dr., Borthaiser Angela dr., Csanády Miklós dr.

67

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Endobronchialis magas dózisú afterloading sugárkezelés és percutan besugárzás kombinációja nagylégúti daganatok kezelésében

Kis Sándor dr., Naszály Attila dr., Szima Barna dr., Strausz János dr.

71

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

Gyermekekori vesicoureteralis reflux kezelése Teflon-paszta suburetericus injektálásával

Jainsch Michael dr., Jászai Veronika dr., Pintér András dr., Farkas András dr.

75

KAZUISZTIKA

Szokatlan arteria subclavia rendellenesség műtéti kezelése

Gyurkó György dr.

77

HORUS

A hazai dermatologia kiválósága: Beck Soma (1872—1930)

Szállási Árpád dr.

79

Egy elfelejtett debreceni orvos: Zelizy Dániel (1847—1889)

Groák Lajos dr.

81

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

85

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

95

BESZÁMOLÓK

97

KÖNYVISMERTETÉSEK

101

ÚTMUTATÓ AZ ORVOSI HETILAP SZERZŐI SZÁMÁRA

104

GYÓGYSZER HÍRADÓ

105

HÍREK

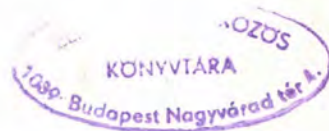
109

PÁLYÁZATI HIRDETÉNYEK

109

A SPRINGER-VERLAG ÚJDONSÁGAI

111



Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány



JUMEX®

selegilinium chloratum

Antiparkinsonicum Kezdje időben, hogy ne legyen késő...



JUMEX® tabletta, selegilinium chloratum

A Parkinson-betegség pathológiai alapja a nigro-striatalis dopaminerg neuronok számának csökkenése. A Jumex a MAO-B bénítása révén növeli a dopaminszintet, levodopával együtt adva magas dopaminkoncentrációt biztosít a nigro-striatalis régióban. Fokozza a levodopa hatását, ezáltal csökkenti a szükséges levodopa adagot, lerövidíti a kedvező hatás kialakulásának latencia idejét, megnyújtja a hatástartamot. Mivel nem gátolja egyéb monoaminok metabolizmusát, adása mellett nem jön létre hypertóniás reakció (ún. sajteffektus).

Orálisan jól felszívódik, gyorsan metabolizálódik, az irreversible MAO-B gátlás miatt a klinikai hatás nem függ az eliminációs időtől, ezért napi egyszeri adagban is alkalmazható.

HATÓANYAG: 5 mg selegilinium chloratum tablettánként.
JAVALLATOK: A Parkinson-betegség kezdeti (korai) szakában monoterápiaként alkalmazva jelentősen késlelteti a levodopa-kezelés bevezetésének időpontját, kivédheti az "on-off" periódusok megjelenését, lehetővé teszi a beteg munkaképességének teljes vagy részleges megtartását. Levodopa szubsztitúció mellett alkalmazva adjuváns hatású, erősíti, illetve megnyújtja a levodopa hatását, lehetővé teszi a levodopa adagjának csökkentését. Súlyos Parkinson-szindrómában adása egyes esetekben jó eredményt nyújt.

ELLENJAVALLATOK: dopaminhiánnyal nem járó extrapiramidális megbetegedések (essenciális tremor, Hunting-ton chorea stb.) selegilin iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS: szokásos kezdő adagja napi 5-10 mg (1-2 tbl.) reggel, esetleg reggel és kora délutáni elosztásban. A kezelés során az adag a felére csökkenthető. Kombinált kezelés esetén a korábbi levodopa adag többnyire csökkenthető. Más antiparkinson szerek adagját nem befolyásolja.

MELLÉKHATÁSOK: monoterápiaként rendszerint jól tolerálható, ritkán szájszárazság, átmeneti enyhe alvászavar, szérum alanin-aminotranszferáz emelkedés előfordulhat. Kombinációs kezelés esetén a levodopa cerebrális mellékhatásai erősödhetnek, ez a levodopa dózis csökkentésével (akár 30%-kal) kiküszöbölhető.

FIGYELMEZTETÉS: fokozott óvatossággal adható gyomor és nyombélfekély, labilis hypertónia, ritmuszavar, súlyos angina pectoris és psychosis Parkinson betegség egyidejű fennállása esetén. A betegség előrehaladott szakában a levodopa-kezelés hatékonyságát a motoros teljesítményben gyógyszerfüggő ingadozások nehezítik (end of dose akinesia, wearing-off jelenség).

Jumex adagolásával a teljesítményjavító hatás egyenletessé tehető. Amennyiben a teljesítményingadozások nagyobb amplitúdójúvá válnak ("on-off") és az "on" stádiumban hyperkinesisek jelentkeznek, alkalmazása a

beteg motoros teljesítményét ugyan javítja, az "off" fázisokat lerövidíti, de a hyperkinesiseket is fokozhatja.

A levodopa kezelés Jumex-szel történő kiegészítése – a várhatóan jelentkező levodopa mellékhatások miatt – fokozott szakorvosi ellenőrzés mellett történjen. A kezelés beállítását követően a beteget lehetőség szerint leg-
alább 3 havonta ellenőrizni kell.

Magasabb adag (több mint 20 mg) esetén elveszti MAO-B gátló szelektivitását.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS: együttadása kerülendő indirekt szimpatomimetikumokkal, MAO-A gátlókkal, pe-thidinnel. Nem adható együtt fluoxetinnel.

MEGJEGYZÉS: ++ csak vényre adható ki. Az orvos szabadon rendelheti. Parkinson-betegségben, illetve szindrómában szenvedő betegének kezelőorvos, körzeti, üzemorvos, ideg-elmészakrendelés szakorvosa térítésmentesen rendeli.

CSOMAGOLÁS: 50 tabletta (Chinoín)

OGYI eng.szám: 3573/80

A gyógyszeralkalmazási előírat teljes szövegét az "Útmu-tató a gyógyszerkészítmények rendelésére" c. kiadvány tartalmazza.



CHINOÍN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

H-1045 Budapest, Tó u. 1-5. Tel: 169-1390, 169-0900 Fax: 169-0282

Hungarian Medical Journal

January 9, 1994. Volume 135. No. 2.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Myasthenia gravis and myasthenic syndromes
associated with tumours
Szobor, A., Kas, J., Klein, M., Rigler, A.,
Rakonczai, Gy., Vincze, L.

59

CLINICAL STUDIES

Comparison of dipyridamole and dobutamine
echocardiography tests in ischaemic
heart disease

Gruber, N., Varga, A., Forster, T., Varga, L.,
Borthaiser, A., Csanády, M.

67

THERAPEUTIC STUDIES

Combined high dose rate (HDR) afterloading
and external beam irradiation in the treatment
of the main airway malignant tumors

Kis, S., Naszály, A., Szima, B., Strausz, J.

71

NEWER THERAPEUTIC METHODS

Treatment of vesico-ureteric reflux with
subureteric Teflon injection in childhood
Jainsch, M., Jászai, V., Pintér, A., Farkas, A.

75

CASE REPORTS

Surgical treatment of unusual abnormality
of the subclavian artery
Gyurkó, Gy.

77

HORUS

Notability of the Hungarian dermatology:
Soma Beck (1872—1930)
Szállási, Á.

79

A forgotten doctor from Debrecen:
Dániel Zelizy (1847—1889)
Groák, L.

81

FROM THE LITERATURE

85

LETTERS TO THE EDITOR

95

CONGRESS REPORTS

97

BOOK REVIEW

101

TO THE AUTHORS

104

DRUG NEWS

105

NEWS

109

NEW BOOKS OF SPRINGER-VERLAG

111

Orvosi Hetilap

135. évfolyam 2. szám — 1994. január 9.

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

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., Giacinto Miklós dr., Hidvégi
Jenő, Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp
Miklós dr. (fmts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr.
és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

Brooser Gábor dr., de Châtel Rudolf dr., Forgács
Iván dr. és Lépes Péter dr.

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berens-
mann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci
(Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey),
N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (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 94.23481.

Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető 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.: 270-2229) közvetlenül,

vagy postautalványon, valamint átutalással

a HELIR 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámmra.

Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft,

1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

TRI-REGOL[®]

tabletta



Trifázisos orális kontraceptívum

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

Összetétel:

Sárga színű tabletta: 0,05mg levonorgestrelum és 0,03mg aethinyloestradiolum
Barack színű tabletta: 0,075mg levonorgestrelum és 0,04mg aethinyloestradiolum
Fehér színű tabletta: 0,125mg levonorgestrelum és 0,03mg aethinyloestradiolum



RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT.

1103 Budapest Gyömrői út 19-21.

Klinikai Kutatás 147-0602, Orvoslátogató Hálózat 269-9777

© Reklám

Tumorhoz társult myasthenia gravis és myasthenia syndroma

Szobor Albert dr., Kas József dr.¹, Klein Magda dr., Rigler András dr.¹, Rakonczai Gyula dr.² és Vincze Lajos dr.

Budapest Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza Organikus Idegosztály (osztályvezető főorvos: Szobor Albert dr.)

Budai MÁV Kórház Sebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Svastics Egon dr.)¹

Péterfy u. Kórház Radiológiai Osztály (osztályvezető főorvos: Rakonczai Gyula dr.)²

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Pathológiai Osztály (mb. főorvos: Vincze Lajos dr.)

Myasthenia gravis miatt operált 700 beteg közül 144 tumoros beteg (20,57%) adata került feldolgozásra. Osztályozásuk 5 csoportban történt: 1. Thymoma és myasthenia gravis; 2. Thymus cysták és myasthenia gravis; 3. Thymoma és latens myasthenia gravis; 4. Paraneoplasias myasthenia-syndroma; 5. Thymoma, myasthenia gravis és myasthenia-syndroma. A thymomák korszerű felosztása: epithelioma minimális, erős és túlnyomó lymphaticus reakcióval. Sötétsejtes és világossejtes epitheliomák egyaránt társulnak myastheniával. A tumor szerkezeténél fontosabb helyzete a környezethez, a thymus tokjához, a perithymikus szövethez a prognózis szempontjából. Mediastinális tumor műtete esetén előzetes vizsgálat latens, nem ismert myastheniát tárhat fel, így a post-thymectomiás myasthenia fogalma nem igazolható. A myasthenia-syndromák között heterogenitás van mind histológiai, mind klinikai vonatkozásban. Tumoros myasthenia esetén a műtéti indicatio kettős: a tumor és a betegség. Totális műtéttel, műtét utáni sugárkezeléssel és egyéb, aktív terápiás módszerekkel jó eredmény érhető el tumorral társult myasthenia gravisban is, ami alig marad el a nem tumoros betegek elért eredmény mögött.

Kulcsszavak: myasthenia gravis, myasthenia-syndroma, thymoma, paraneoplasia, thymectomy, komplex terapia

A myasthenia gravis (MG), mint betegség, nagyon régóta ismert (13, 17, 50). A századforduló óta az is, hogy a betegség nemcsak thymus persistensszel vagy hyperplasiával, hanem thymus tumorral is kapcsolatos lehet (1, 5, 22). Az évtizedek során nagy sorozatok váltak ismertté, amikben a MG thymomával társult (10, 29, 30–32, 43, 47), másrészt azonban nem ismert, hogy a mediastinális tumorok hány százalékában fordul elő MG vagy myasthenia-syndroma, és milyen tumorok társulnak leginkább MG-szal (21, 43). Nem pontosan ismert az sem, hogy a tumoros MG esetek prognózisa mennyiben különbözik — ha egyáltalán — a csak hyperplasiás thymusos esetek prognózisától.

Myasthenia gravis and myasthenic syndromes associated with tumours. Out of 700 patients operated on account of myasthenia gravis, 144 cases with tumours (20.57%) were evaluated. Classification took place in five groups: 1. Thymoma and myasthenia gravis; 2. Thymic cysts and myasthenia gravis; 3. Thymoma and latent myasthenia gravis; 4. Paraneoplastic myasthenia-syndrome; 5. Thymoma, myasthenia gravis and myasthenia-syndrome. Up-to-date classification of thymomas is: epithelioma with minimal, marked or overwhelming lymphatic reaction. Dark-cell and light-cell epitheliomas equally associate with myasthenia. Concerning prognosis, location of the tumour to thymic capsula, surrounding, perithymic tissue is more important than the histologic structure of the tumour. Previous examination in the case of mediastinal tumour can reveal latent, mild myasthenia which was not known till that time. Term of postthymectomic myasthenia can be excluded on the basis of these examinations. Heterogeneity is considerable among myasthenia-syndromes concerning both histopathologic and clinical features. There is a double indication of operation in the case of myasthenia with tumour: the tumour and the disease. Good results can be achieved in myasthenia gravis associated with tumour by means of total operation, post-operative radiation and by other up-to-date therapeutical procedures. The results are hardly beyond those of non-tumours myasthenia gravis.

Key words: myasthenia gravis, myasthenia-syndrome, thymoma, paraneoplasia, thymectomy, complex therapy

E tekintetben az irodalom nem egyetért. Ez háromféle nézetben gyökerezik. Az első természetesen az, hogy a tumoros betegek sorsa általában rosszabb, mint a nem tumoros betegeké. Az irodalom e felfogásától a mi tapasztalatunk sem tér el, legfeljebb nem olyan mértékben tartjuk rosszabbnak a prognózist, mint az irodalom jelentős része. Ennek egyik oka az lehet, hogy míg a régebbi irodalom a thymomás MG esetekben a műtétet általában kontraindikálnak tekintette (a tumor miatt), mi elsőként hangsúlyoztuk, hogy a tumoros MG esetekben nem ellenjavallat áll fenn, hanem éppen kettős indicatio thymoma és a MG miatt (8, 9, 43). E nézet később általánosan elfogadott lett. — A második ok és nézetkülönbség az, hogy az irodalom egy

részében a thymomával kapcsolatos MG klinikai entitás-ként is különbözik a „csak” hyperplasiás thymussal járó MG-tól (15, 28, 30). E nézetnek az a pathológiai lelet adott bizonyos valószínűséget, hogy 40 éves kor fölött gyakrabban fordul elő az addig csak hyperplasiás thymus tumoros elfajulása (24, 28). E tekintetben a klinikai tapasztalatok csak bizonyos (nem meggyőző) statisztikai valószínűséget mutatnak, de a kérdés eldöntésére nem alkalmasak. Szövetkultúrában észleltük egy fiatal nőbeteg thymus sejtjeinek tumor irányú elfajulását (43); kérdés, hogy ez megtörtént volna-e in situ. A tumor irányú fejlődésnek bizonyos valószínűséget ad az az adat is, ami szerint az extrém mértékű hyperplasia és a laza szerkezetű epithelioma között nincs éles határ, az átmenet folyamatos lehet (6). — A harmadik ok a leginkább problematikus: a paraneoplasziás (vagy parapathológiás) myasthenia-syndromák tartoznak e csoportba. Az alap természetesen ismert: 1956-ban leírták a bronchus tumorokhoz csatlakozó myasthenia-syndromát (20), később egyéb tumorokhoz is társuló, hasonló syndromát. Más myasthenia-syndromák gyermekkorban váltak ismertté (12), ezek azonban nem társulnak tumorokhoz. Klinikailag alig különíthetők el egymásból, csak pathológiai, ill. — esetleg — elektrofiziológiai vonatkozásban. E csoportban gyakran keveredik össze a thymomával kapcsolatos, valódi MG és a tumoros myasthenia-syndroma, a tumor olykor mediastinális tumor is lehet. Tovább bonyolítja a helyzetet az, hogy olykor ugyanazon a betegen fordulhat elő MG és myasthenia-syndroma is, időben egymást előzve, ill. felváltva (43), nagyon ritkán egyidejűen is.

Mindezen problémák miatt és még számos, a gyakorlatban felvetődő kérdés miatt érdemesnek látszik megvizsgálni nagy beteganyagunkban az igazoltan thymomával vagy más tumorról társult MG betegeink kórtörténetét, klinikumának, prognózisának alakulását.

Beteganyag

Feldolgozásra kerültek 1951 és 1993 között operált 700 *myasthenia* beteg közül 144 tumoros beteg adatai (20,57%), kizárólag olyanok, akiknek tumorát műtét és pathológiai vizsgálat során igazolni lehetett. Nem kerültek tanulmányunkba azok a betegek, akiknek thymus vagy mediastinális tumora ugyan nyilvánvalóan megállapítható volt, valamilyen ok miatt azonban nem kerültek műtetre. A betegek: 69 férfi, 75 nő, életkoruk: $\bar{x}$ = 40,86 év (σ = 8,12), a legfiatalabb operált beteg 8 éves, a legidősebb 68 éves volt.

Betegeinket 5 csoportban értékeltük:

I. *Thymoma és MG*. E csoportba tartozott 87 beteg, 40 férfi és 47 nő, életkoruk: $\bar{x}$ = 38,27 év (σ = 9,79). — II. *MG és thymus cysták* (pseudotumorok). E csoportba 17 beteg került, 8 férfi és 9 nő, életkoruk: $\bar{x}$ = 29,28 év (σ = 7,74). Azokat a betegeket, akiknél a cysta vagy cysták a thymomában voltak — 9 ilyen betegünk volt —, nem e csoportba soroltuk, hanem a valódi tumorok közé. — III. *Thymoma és latens MG*. E csoportba 16 beteg került, 8 férfi és 8 nő, életkoruk: $\bar{x}$ = 39,6 év (σ = 10,9). — IV. *Paraneoplasziás myasthenia-syndroma*. E csoportban 18 betegünk volt, 9 férfi és 9 nő, életkoruk: $\bar{x}$ = 49,8 év (σ = 10,87). — V. *Thymoma, MG és myasthenia-syndroma*. Ide sorolható 6 betegünk, 2 férfi és 4 nő, életkoruk: $\bar{x}$ = 47,33 év (σ = 15,7). — Néhány beteget a leg gondosabb vizsgálat és megfigyelés ellenére sem sikerült besorolnunk, e betegek tehát nem

szerepelnek az előző csoportokban. Egész myastheniás beteg-anyagunkat — 1500 beteget — tekintve az elemzett anyag 9,6%-ot jelent; ezen arány nyilvánvalóan alacsony volta a feldolgozás és értékelés ismertetett kritériumaiból ered.

Módszer

Valamennyi beteg részletes vizsgálata idegostályunkon történt a MG diagnosztikájában elfogadott elvek és gyakorlat szerint (43). A diagnózis alapja természetesen a körelőzmény és a jellemző klinikai kép, a betegsége pathoplasztikus napszaki tünetingadozással, emellett elektrofiziológiai vizsgálat és tesztek egészítik ki a diagnosztikai tervet. Tekintettel a thymoma lehetőségére, minden betegen megtörtént a mellkas sagittális tomographiája Gimes (16) 1954 óta alkalmazott, velünk kidolgozott módszere szerint, ami a tumor diagnosztikában különösen hasznosnak bizonyult 80–90%-os eredménnyel. Mintegy 10 éven át volt lehetőségünk alkalmazni a thymus, ill. a thymoma seleno-methionin scan vizsgálatát is, ami a radiológiai módszert kiegészítette, megerősítette, és bizonyos mértékben még funkcionális értéke is volt (43, 46). Nagy kár, hogy izotóp anyag hiányában e vizsgálatra már nincs lehetőségünk. Helyette újabban számos esetben mellkasi CT-vizsgálat történt. Az utóbbi években az acetylcholin receptor elleni antitest vizsgálatát rendszeresen végezzük, általában egy betegen többször is, főként az aktív kezelések eredményének ellenőrzése céljából (39, 49).

A betegek műtete tervezetten történt, ahogyan ezt már *Blacklock* (4) hangsúlyozta, és magunk is követtük műtési programunk során, még crisis-veszélyű MG-ban is (9, 25, 40, 47). A műtési előkészítésben jelentős szerepe van a góccok eliminálásának, különösen a szájüregben, garatban, arcüregekben, (foggyökerek, granulatiók, alveolitis, tonsillitis chr., sinusitisek, szájüregi soor stb.) a mediastinitis elkerülése céljából. A többnyire súlyos állapotú tumoros vagy tumorgyanús betegek műtési előkészítésében a modern, aktív terápiás módszerek — a plasmapheresis, szteroid pulzus infusio, intravénás immunglobulin, ill. ezek kombinációja — igen jelentős segítséget jelentenek, úgynevezett „időnyerő” gyógykezelések, amik súlyos esetekben is lehetővé teszik a műtétet (14, 43, 44).

Valamennyi beteg műtete a klasszikus sternum-felezési módszer (4) szerint történt. Bár műteteink az eltelt idő — több mint 4 évtized — nyomán nyilván számos vonatkozásban változtak, és nemcsak a sebészeti technikája miatt, hanem a közben kimunkált műtési előkészítés és utókezelés, a modern anaesthesia és postoperatív intenzív megfigyelés és kezelés vonatkozásában is, ill. a crisesek modern ellátásában, a sebészi megoldás azonban lényegében nem változott. A mediastinum jó áttekintését biztosító sternum-felezési módszer ma is a legjobb, különösen, ha mint szükséges, „maximális” vagy „totális” thymectomiára törekszünk, tehát a thymusmirigy eltávolítása mellett a perithymikus zsírszövetet is eltávolítjuk az ektópiás, aberráló thymusszövet lehetőleg teljes extirpációjára érdekében (18). Thymoma esetén különösen fontos a tumor körüli thymus és zsírszövet eltávolítása, mert a thymus általában aktívabb a MG szempontjából, mint a tumor.

Az eltávolított tumor több részéből történt fénymikroszkópos feldolgozás, valamint a thymus nem tumoros részeiből és a perithymikus szövetből is. Az anyag jelentős részéből finomszerkezeti metszetek is készültek, több esetben immunhisztokémiai feldolgozással is (21, 33). A rutin diagnózis céljára a hagyományos fénymikroszkópos metszetképek alkalmasak. Minden műtétkor vizsgáltuk az izommintát is valamelyik légzési segédizomból, a műtét azonos fázisában távolítván el az izomrészletet.

A betegek klinikai állapotának értékelése, rögzítése, a követség során regisztrálása egyikünk által kidolgozott rendszerben történt (41). E Disability Status Scale (DSS) pontrendszer 6 funkcionális systema tüneteinek értékelésén alapul. E 6 rendszer az ocularis, facialis, bulbaris, skeletális, respirációs és vegetatív tüneteket öleli fel, a kórkép súlyosságát 1-től 10-ig jelezzük a tünetek növekvő súlyossága szerint. A betegek katamnesztikus köve-

tése, kezelésük irányítása és gondozásuk egész betegségük alatt megtörtént. A postoperatív kezelés és gyógyszerbeállítás ugyanúgy történt, mint a nem tumoros betegek esetében. Lényeges különbség viszont az, hogy minden tumoros beteg a műtét után rögtön sugárkezelésben részesült, függetlenül attól, hogy a tumor csak a mirigyállományon belül volt, elérte vagy beszűrte a thymus tokját, vagy lokális propagációt mutatott. Az infiltratív jellegű vagy metasztatikus tumorok esetében általában ismételt sugárkezelés történt, nagyon ritkán cytostaticus gyógyszeres kezeléssel kombináltan. A sugárkezelést hagyományos módon, a mellkas felől, mélytherapiás feltételekkel, destruktív sugárdózissal végeztük el 10–12 alkalommal. — Betegeink pszichés állapotának vizsgálatát, szükség esetén kezelését, a betegek gondozását, életvezetésük irányítását csakúgy magunk végeztük az évtizedek során, mint ezt egyéb betegeinkkel is tettük (43).

Eredmények

I. *A thymoma és MG képviseli a legnagyobb beteganyagot.* A tumorok túlnyomó részben, 81/87 esetben, epitheliomának bizonyultak. A lymphatikus reakció mindhárom formája — a minimális, a kifejezett („marked”) és a túlnyomó („overwhelming”) — előfordult, érdekes módon leggyakrabban a minimális lymphatikus reakció, mint ahogyan ezt előző munkánkban is észleltük (21). A kifejezett és túlnyomó lymphatikus szövetű epitheliomák aránya együttesen kb. annyi, mint a minimális lymphatikus reakciójú epitheliomáké, bár természetesen a reakció mértékében átmenetek, megítélésében átfedések vannak. Az elektronmikroszkopos képeken — ami az anyag mintegy felére vonatkozik — a sötétsejtes és világossejtes epitheliomák kb. azonos arányban szerepelnek; így az előfordulás arányában nem, a kapcsolatos MG súlyosságában azonban észleltünk értékelhető különbséget: a világossejtes thymomákhoz csatlakozó MG klinikailag általában súlyosabb, malignusabb, mint a sötétsejtes thymomákhoz társuló betegség (21). — A finomszerkezeti vizsgálatok révén lehetőségünk volt további megfigyelésre is: A thymomák struktúrájában észlelhető sejtkapcsolatok — a desmosomák vagy „szoros” kapcsolatok — szerint nem volt különbség a MG klinikai képében, zajlásában vagy prognózisában. Ugyanez vonatkozik a tömött, sűrűsejtes, vagy a laza, hézagsejtes epitheliomákra. Másrészt azonban úgy tűnik, hogy a finomszerkezeti képen látható, szerkezet nélküli osmophil cseppek — nagy részük az extracelluláris térben — esetleg szerepet játszhatnak a morfológiai-funkcionális kép alakulásában, s így a kórkép pathomechanizmusában is (43).

E csoportban 6 esetben nem epithelioma volt a pathológiai lelet, 2 esetben non-Hodgkin-granuloma, 2 esetben Hodgkin-granuloma, egy esetben teratoma és egy esetben nehezen karakterizálható tumor, feltehetően Castleman-tumor (3). A MG-ban előforduló thymomák közül a ritka megjelenésűnek tartott orsósejtes epithelioma 4 esetünkben fordult elő; 5 esetben a tumor kettős volt, egymással nem függött össze annak ellenére, hogy hisztológiai jellegük azonos volt. Három esetben találtunk az epithelioma belsejében vérrrel telt üreget (feltehetően bevezetett cystát), amit thymus „apoplexiának” nevezhetünk, intrathymikus pathológiai folyamatként értékelhetünk, és a betegség kezdetében szerepet játszó tényezőként foghatunk fel (43).

Az ún. óriástumor 10 esetünkben fordult elő. A radiológiai vizsgálat alapján valamennyi esetről pontos adatunk volt. A tu-

mor nagysága azonban sem a hisztológiai jelleggel, sem a klinikai és prognosztikai adatokkal nem mutatott összefüggést, sem a lokális propagatio, sem a capsula tumoros infiltrációja nem volt jellemző. A tumor nagysága, terjedése, infiltratív volta miatt 5 esetben a műtét csak részleges, ill. palliatív lehetett, postoperatív, (tehát 3 héten belüli) exitus azonban csak egy esetben fordult elő.

E csoportba tartozó betegeink közül 12 beteg túlélése 20 éven felüli, 19 betegé 10 évet meghalad, a többiek követése jelenleg 10 év alatt van. E vonatkozásban nem találtunk értékelhető különbséget az epitheliomák lymphatikus reakciója szerint, sem a tumor sötét- vagy világossejtes szerkezete szerint, vagy a tumor szoros vagy laza sejtkapcsolat struktúrája szerint. A prognózis a tumor elhelyezkedésétől, infiltratív természetétől, esetleges lokális metasztázisaitól függött inkább; e tekintetben viszont a minden tumoros esetben elvégzett postoperatív sugárkezelés — egy vagy több sorozatban — nyilván döntően befolyásoló tényező volt — még az inoperábilisnak bizonyult esetekben is.

E tumoros anyagban rethymectomiára 6 esetben került sor; az első műtétet nem mi végeztük. Érdekes módon a második műtétet csak egy esetben indokolta a tumor recidívja, míg a többi esetben a MG súlyos, nem javuló vagy éppen romló állapota. Ez esetekben tumor maradványt vagy recidívát nem találtunk; a baj az volt, hogy az első műtét során csak a thymomát (vagy annak egy részét) távolították el, az egyébként lényegesen aktívabb thymus szövetet nem. Rethymectomiás betegeinken — egy kivétellel — valamennyi esetben javulás következett be, igazolva a részleges műtét eredménytelen voltára vonatkozó nézetünket (18, 25, 43). Az első műtét, (közülük 3 külföldön történt), és a második műtét között 1–10 év telt el.

A tumoros betegek között gyakoribb a légzési elégtelenség, precrisis és respirációs crisis, ezek gyógyhajlama azonban meglehetősen jó. E vonatkozásban hangsúlyozzuk a műtét előtti légzésfunkciós vizsgálatok prognosztikai jelentőségét (38). Itt említjük meg, hogy az első, nagy, respirációs crisiseket tárgyaló anyagunkban a thymomák aránya 10% volt (40), e jelenlegi anyagban 13,7%. A módszertani részben említett modern, aktív kezelési eljárásoknak éppen ebben a csoportban, a crisis-veszélyeztetett betegek műtét előkészítésében van nagy szerepe és haszna. — E csoportba tartozó betegeink műtétét minden esetben indikálnak tekintettük akkor is, ha klinikailag „csak” az ocularis izmok voltak érintettek. (Gondos EMG-vizsgálattal ez esetekben is kimutatható volt egyéb izmok alterált volta, az ún. myastheniás alapzavar.) — A thymomás betegek műtét utáni sorsa gyakorlatilag alig rosszabb, mint a hyperplasiás thymusos betegeké. A műtét indokolt volta nem kérdőjelezhető meg, hiszen az indicatio nyilvánvalóan kettős. A betegek érdeke a korai diagnózis és a radikális műtét, ami csak sternumfelezési módon valósítható meg.

II. *Thymus cysta és MG.* A cysta pseudotumornak tekinthető (2, 3); előfordul a thymus persistensben, a hyperplaziás thymusban és a thymomában is.

Hét esetben két vagy több cystát találtunk, két esetben olyan formát, amit a cysta és a valódi tumor közötti átmenetként értékelünk. Nem ritka az aktív thymusban a mikrocystás szerkezet, ami feltehetően összefügg a thymus secretiók aktivitásával, és

esetleg jelzi a nagyobb cysták kialakulásának mechanizmusát, különösen fiatalabb életkorban. — A valódi tumoros esetek között 9 betegen találtunk cystát vagy cystákat. A véreltelt cysták pathomechanizmusban esetleg betöltött szerepét már említettük. A cysták önmagukban nem jelentenek olyan pathológiai leletet, ami a MG klinikai képét, lefolyását, prognózisát befolyásolná.

III. *Thymoma (mediastinális tumor) és latens MG; ez nagyon jelentős csoportnak tekinthető, mind elméleti, mind gyakorlati szempontból. Előző tanulmányunkban (45) már foglalkoztunk a mediastinális tumorokkal kapcsolatos, latens, enyhe és ezért nem vizsgált vagy fel nem ismert MG-szal, ami a tumor műtete után manifesztálódott. Mediastinális tumor miatt műtetre kerülő betegek részletes, előzetes vizsgálata során 50 beteg közül 7 betegen (14%) tudtunk MG-t diagnosztizálni, s ezen ismeret birtokában a műtét tervezését is befolyásolni, valamint a betegeket is előkészíteni. Ez a vizsgálatsorozat vezetett bennünket ahhoz a felismeréshez, hogy az irodalomban olykor tárgyalt „post-thymectomiás” MG valójában nem létezik, csak olyan latens, enyhe, fel nem ismert MG, ami a tumor műtete után nyilvánul meg kifejezettebb, már felismerhető formában. Ezen előző vizsgálati munkát folytatva most már 107 olyan mediastinális tumoros beteget tartunk számon, akik közül 16 betegen lehetett kimutatni latens, addig nem ismert, olykor nem is nagyon enyhe MG-t; ez az arány jelenleg már 14,9%. — A latens MG-szal kapcsolatos tumorok nagyobb része thymoma, epithelioma volt (4 esetben kifejezett malignus szöveti jelekkel, egy esetben a tüdőben valódi metastasisokkal), de volt közöttük sarcoma típusú tumor, teratoma, thymolipoma, Hodgkin-granuloma is. Egyik esetünkben kettős thymomát észleltünk. Radikális műtét szempontjából 4 beteg tumora inoperábilis volt, 4 esetben viszont sikeres második műtét történt. Postoperative betegeink röntgen sugárkezelésben részesültek egy vagy több sorozatban. Cytosztatikus kezelésre — onkológiai javaslat alapján — két eset került.*

E csoportból különlegesen érdekes kéttagú, familiáris esetünk: 16 éves lány óriási, inoperábilis mediastinális tumorának műteti kísérlete után alakult ki myastheniás légzési crísis, ami e vizsgálatsorozatot valójában elindította. A beteg a műtét után meghalt. A beteg 23 éves anyai unokabátyja két évvel később malignus mediastinális tumor tünete során meghalt (MG tünete nélkül; erre idő sem lett volna).

IV. *Paraneoplasias myasthenia-syndroma. Az eredeti leírásnak megfelelő (20), bronchuscarcinomához, ill. tüdődumorhoz csatlakozó myasthenia-syndroma 10 betegen fordult elő, 7 betegen eleve inoperábilis formában, részben a tumor elhelyezkedése (hátsó mediastinum), részben nagysága, ill. infiltratív természete miatt. Két esetben a műtét sikeres volt (többéves túléléssel), egy esetben palliatív jellegű (részleges sikerrel). Három esetben a tumor az eredeti leírásnak megfelelően bronchuscarcinoma volt, de nem mindegyik esetben kissejtű carcinoma, a többi esetben tüdődumorról volt szó, ami három esetben a thymust is involválta. Érdekességként és klinikailag jelentős adatként említendő, hogy 5 esetben a myasthenia-syndroma — valójában inkább proximális myopathia — volt az elsődleges tünet, aminek vizsgálata során jutottunk el a para-*

neoplasias syndroma, tehát a primaer tumor diagnózisához. Hét betegünk exitusa az észlelés első évében bekövetkezett. — A paraneoplasias myasthenia-syndroma másik csoportja 8 betegen nem a tüdő-, ill. bronchustumorokhoz társult. Két esetben mammacarcinoma, egy esetben prostatarák, egy-egy esetben uterus, ill. pancreas tumor volt az eredeti betegség, míg egy familiáris esetünkben a hypophysis fősejtű tumora (a beteg anyai unokatestvérének MG-a volt). Egy esetünkben csak a leletek utaltak malignus tumorra, ennek eredetét megállapítanunk nem sikerült. Egy további betegünk multiplex, benignus, Recklinghausen-típusú tumorok miatt ismételt műtéten esett át, a csatlakozó myasthenia-syndroma éppen „nyugalmi” időszakban alakult ki. — Érdekes módon e második paraneoplasias betegcsoport lényegesen jobb prognózisú volt, (kivéve a pancreas tumort), mint a bronchus- vagy tüdődumoros betegek.

V. *Thymoma és MG, mediastinális tumor és myasthenia-syndroma. E betegcsoport a leginkább problematikus. Nehéz ugyanis eldönteni, hogy először a tumorhoz csatlakozó myasthenia-syndroma jelentkezett-e vagy thymomás MG, amit később a syndroma követett. Hat betegünkön ugyanis mind a MG, mind a myasthenia-syndroma tünetei és jellegzetességei felismerhetők voltak.*

Egy 40 éves férfin — 3 éven át követett MG után — rezisztens myasthenia-syndroma alakult ki; műtétkor malignus, fusocellularis thymomát találtunk; a beteg meghalt. — Egy 46 éves nőbetegen viszont — 10 évvel az eredményes thymectomia után — súlyos tünetek miatt végzett rethymectomia során sarcomás jellegű tumort találtunk. E második műtét is sikeres volt, többéves túlélést eredményezett. — Egy idős nőbetegen egyszerre volt észlelhető a predilectio izomterületeket érintő MG és a myopathiás jellegű myasthenia-syndroma. A kórkép alapja tüdődumor volt. — Két, e csoportba tartozó betegünk kórtörténete rendkívül egyedi, ismertetésre érdemes. Egy 27 éves nő súlyos, generalizált MG tünete miatt operálva — váratlanul — diónyi thymomát találtunk az egyébként hyperplasiás thymus belsejében. E tumor tömött szerkezetű volt, erős lymphatikus reakciójú epithelioma, ami sem a thymus tokját, sem kergét nem érte el, s amiben a finomszerkezeti képeknél már említett, szerkezet nélküli, osmophil cseppek tömegét találtuk. A műtét után a beteg igen jó remissio állapotában dolgozott, két egészséges gyermeket szült zavartalanul. Mérsékelt légzésszavarok és esetleges myopathiás izombetegség miatt 9 évvel később vizsgáltuk; thymoma recidivát és számos intrapulmonális metastasist észleltünk. Ezek közül csak néhány, felszínközeli metastatis műteti eltávolítása volt lehetséges, így betegünk sugárterápiában és tartós cytosztatikus kezelésben részesült. Jelenleg — 5 évvel a második, palliatív műtete után és 14 évvel első műtete után — teljes remissióban van, minimális gyógyszerrel szed, munkakörében dolgozik. — Második betegünk kórtörténete nem kevésbé tanulságos és meglepő: 42 éves férfi bronchustumorának sikeres műtete után általunk igazolt myasthenia-syndromája javult, majd megszűnt. Mintegy 10 évi panasz- és tünetmentes időszak után valódi MG-ra utaló tünetek alakultak ki. Tumor recidiva nem volt fellelhető, a beteg myastheniás tünetei gyógyszerrel jól befolyásolhatók, a beteg eredeti hivatásában tanárként dolgozik. — Legsomorúbb fiatal nőbetegünk kórtörténete: egészen nyilvánvaló myastheniás tüneteit nem ismerték fel. Előzetes vizsgálatunk nélkül operálták mediastinális tumorát, ami malignus thymomának bizonyult, több pulmonális metastasissal. Mi születe nyomán kialakuló respirációs crísis tünete miatt vizsgáltuk, s átmenetileg jó eredményt értünk el gyógyszeres kezeléssel. A kórkép a tumor műtete előtti vizsgálattal nyilvánvalóan felismerhető lett volna.

Már előzően említettük, hogy néhány esetben a betegek, ill. az eltávolított tumorok besorolása is problémát jelentett, vagy éppen nem volt lehetséges. Ilyen például egy familiárisan előforduló, multiplex thymoma, amit egy esetben viszonylag jól kezelhető MG kísért; egy nőbeteg konzervatív jól kezelhető, benignus MG, fiatal inoperabilis pancreas carcinoma, unokahúgán nem tumoros MG és haematológiai betegség. — A különleges formák közé sorolhatjuk a hyperplasia-tumor közötti átmeneti formákat, az orsósejtes epitheliomákat, a rethymectomiára szoruló eseteket, a Hodgkin- és non-Hodgkin-típusú granulatiókat, és főként azokat, akiket az V. csoportban ismertettünk. Részben ide sorolhatók a kettős thymomát mutató klinikai esetek is. A nehezen besorolható tumorok között a Castleman-tumort már említettük.

Megbeszélés

A MG meglehetősen egységes szemléleti entitása megváltozott az elmúlt évtizedek során. A legjelentősebb változást természetesen a betegség pathomechanizmusában bekövetkezett haladás, az immun-, ill. autoimmun kórszármasz igazolása hozta (34, 35, 37). E változás a klinikai képre kevésbé vonatkozott, mint a pathológiára, pathomechanizmusra, diagnosztikai módszerekre és a terápiás lehetőségekre. A klinikai képet ugyanis ma is a predilektios harántcsíkolt izomterületek pathológiai fáradással jellemzett, átmeneti paresise, a tünetek félre nem ismerhető, napszaki ingadozása, a pihenés gyors restitutiót okozó hatása és a cholinergias gyógyszerek jelentős, jótékony hatása jellemzi. Egyszerűen azt mondhatjuk: a MG csak akkor ismerhető fel, ha a panaszok alapján gondolunk rá. E tüneti kép nem érvényes azonban a különböző eredetű myasthenia-syndromákra, nemcsak a paraneoplasias syndromára, hanem a toxikus, gyógyszerek, antibiotikumok vagy fizikai és pszichés kórokok provokálta myasthenia-syndromákra sem. (Nem érdektelen megjegyeznünk, hogy a provokatív fizikai és kémiai okok száma egyre növekszik.)

A diagnózist igazoló vagy kizáró tesztek sora nagy és pontos. Az elektrofiziológiai vizsgálat jelentősége növekedett, lehetőségei gazdagodtak, a MG és myasthenia-syndromák differenciálásában a módszerek finomodtak (7, 11, 36), ami különösen fontos a congenitálisan keletkező, tehát genetikusan feltételezett myasthenia-syndromákban (12). Az edrophonium-teszt (Tensilon®) szerepe évtizedek óta változatlanul nagy, különösen különböző fizikai, ergométeres vagy elektrofizikai, ill. elektrofiziológiai vizsgálatokkal kombinálva (43). Az ACh-receptor elleni antitest vizsgálata rutinná lett hazánkban is (39, 49). A vizsgálati eredmény értéke pozitív esetben jelentős, negatív esetben azonban nem kizáró jellegű; fontos adat, hogy nem mutat korrelációt a MG klinikai formáival, stádiumaival, zajlásával vagy a terapia eredményével. A thymomás esetekben elvégzett ellenanyag vizsgálatok eredménye gyakrabban pozitív, mint a nem tumoros esetekben, de nagyságrendben semmi jelentősége nem mutatkozott. Hasonlóképpen nem volt jellemző az ellenanyag szintjének változása az eredményes műtét után. Az egyéb antitestek vizsgálata (anti-filamin, anti-vinculin stb.) a tumor diagnosztikában nem szerepel, arra azonban van adatunk, hogy thymomás esetben a harántcsíkolt izom elleni antitest titer általában magasabb (27).

A morfológiai fejlődés leginkább jelentős mozzanata az, hogy az epitheliomák beosztása a lymphatikus reakció mértéke szerint egyszerűsítette a tumor diagnosztikát, és úgy tűnik, nélkülözhetővé teszi a thymuscarcinoma, sarcoma vagy egyéb elnevezést. Változatlan viszont a granulatiók jelentősége, amik tumorként értékelhetők. — Az izmok pathológiai alterációja nem bizonyult jelentősnek; a régebben jellemzőnek tartott izom-lymphorrhagia elvesztette diagnosztikai jelentőségét. Az izomzat valamilyen alterációja viszont nagyobb arányban található meg (19, 25, 43, 47, 48), de nem MG-ra jellemző módon. — A mitochondriális elváltozások azt látszanak igazolni, hogy a mega- vagy pleiomitochondriális lelet egyáltalán nem specifikus (19), ép esetekben is előfordul, sőt újabban nemcsak epiphenom előfordulása, hanem esetleg szélesebb körű pathológiai jelentősége is gyanítható. — A morfológiai alterációk főként a congenitális vagy gyermekkori myasthenia-syndromákban jelentettek értelmezési vagy differenciálódási hasznát (12). Mindez azonban nem érintette a tumorról kapcsolatos MG-t vagy myasthenia-syndromát; gyermekkorban a MG-t kísérő thymoma extrém ritka, anyagunkban csak egy esetben fordult elő, egy 8 éves kislányon.

A thymomával kapcsolatos MG ismerete — mint láttuk — régi. E tekintetben alig van szemléleti változás, csupán annyi — és ez a leginkább lényeges —, hogy a thymomás MG műtete is abszolút indikált, ha a műtét feltételei adottak. E tekintetben nem lényeges, milyen tumorról van szó: a variációkat és lehetőségeket az eredményekben közölt adatok jól illusztrálják, ismétlésük felesleges lenne. Hangsúlyozandó, hogy viszonylag ritka a malignus daganat, még akkor is, ha a thymus tokját elérte vagy beszűrte.

E vonatkozásban célszerűnek látszik a következő besorolás (24, 27, 43): A malignus szerkezetű tumor intrathymikus marad (I. fokozat), eléri a thymus tokját (II. fokozat), infiltrálja a tokot (III. fokozat), infiltratív túlterjed a tokon (IV. fokozat), lokális vagy általános metastasisokat okoz (V. fokozat). Mivel az egyes fokozatok között átmenetek vannak, sőt még lokális (I. vagy II. fokozatú) tumor esetén sem zárható ki a tumorsejtek szóródása a műtét nyomán, minden tumoros esetben szükségesnek tartjuk a nagy dózisu, postoperatív röntgen besugárzást, aminek jelentős eredményéről meggyőződhetünk nagy beteganyagunk észlelése során.

Nincs a MG-ra jellemző, pathognosztikus szerkezetű tumor. A thymus tumorok osztályozásának problémái jól ismertek (3, 6, 23); az általunk használt beosztás (43, 45, 48) — főként az epitheliomák három típusára vonatkozóan — jól használhatónak látszik, és viszonylag egyszerű. Lényeges az a tapasztalatunk, hogy az epitheliomák lymphatikus reakciója inkább fordítva arányos a MG előfordulásával, ill. súlyosságával. Ez felhívja a figyelmet a lymphatikus reakció ismert szerepén túl, az epitheliális tumorok secretiós aktivitásának jelentőségére, ami a finomszerkezeti képeken intracelluláris, szerkezet nélkül cseppek formájában látható (43).

A thymomás betegek súlyosabb kórtörténete, rövidebb anamnesise, gyógyszer-rezisztenciája és kevésbé kedvező reagálása a műtetre általában ismert (29–32), és anyagunkban is igazolható (25, 47). Az is igazolható az iroda-

lom adataival egyetértésben, hogy a tumoros esetek leginkább a 40. életév körül fordulnak elő, anyagunkban azonban több volt a nőbeteg, mint a férfi, és ez már eltér az irodalmi adatoktól. Klinikai vonatkozásban gyanítható a thymoma, ha a beteg kora 40 év körül vagy a felett van, ha viszonylag gyorsan progrediál a kórkép és generalizálódik, ha a cholinergiasz gyógyszerek hatása szegényesebb, és rezisztencia vagy intolerancia (vagy mindkettő) észlelhető; kifejezettebb a respirációs crisis hajlama is (38, 40, 43). Másrészt viszont jelentős megfigyelésünk, hogy a totális műtét + sugártherápia eredménye (korai műtét esetén) együttesen alig marad el az egyéb, nem tumoros betegek terápiás eredménye mögött. Mindezek alapján nem látjuk megalapozottnak azt az időnként felmerülő nézetet (28, 30, 31), hogy a 40. év alatt keletkező MG más klinikai entitást képviselne, mint a 40. év fölött keletkező.

Mint az eredmények között említettük, a thymus cysták szerepe — önmagukban — jelentéktelen. Csupán meglepő, milyen gyakran fordul elő mind valódi tumorokkal kapcsolatban, mind a nem tumoros thymusban. A pathomechanizmusban esetleg betöltött szerepét — bevérzett thymus cysta = thymus apoplexia — említettük. — A thymoma és más mediastinális tumor és a latens MG kapcsolatával ismételtén foglalkoztunk. Jelentősége az, hogy gondos előzetes vizsgálattal kizárható az irodalom „post-thymectomiás” MG fogalma, másrészt a MG ismeretében mind a beteg sorsa, mind a műtétet végző sebész helyzete sokkal jobb: a latens MG ismeretében tervezhető az anaesthesia, a műtét és az utókezelés.

A paraneoplasias myasthenia-syndroma — mint ismételtén hangsúlyoztuk — valójában proximális myopathia (43); a kórkép hasonló lehet akár a bronchus, akár a tüdő tumorához csatlakozik, akár egyéb tumorhoz. Jelentős klinikai adat, hogy nemritkán előbb észlelhető a myopathia, s ennek ismeretében kezdhethetjük a primaer tumor (vagy egyéb betegség) keresését (43), amit azonban olykor nem találunk meg. A MG és myasthenia-syndroma összefonódása, együttes vagy egymás utáni előfordulása pedig valóban olyan konfúzus állapotot teremthet, aminek kibogozása nehéz feladat, esetleg nem is sikerül.

Megállapítható tehát, hogy a MG jelentős arányban társul thymomával, és egyéb tumoros esetek is színesítik a myasthenia-syndroma klinikumát. A diagnózis megfelelő lehetőségei adódtak, s a modern műtéti előkészítés, anaesthesia, műtéti technika, respirációs higiéné és gondos utókezelés — beleértve az immár hagyományos sugárkezelést, valamint az újabb, aktív kezelések lehetőségeit — együttesen igen jó eredmény elérését teszi lehetővé thymus tumoros MG esetekben is.

IRODALOM: 1. Bell, E. T.: Tumor of the thymus in myasthenia gravis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1917, 45, 130—151. — 2. Besznayk I.: A thymus cystákról. *Orv. Hetil.*, 1975, 116, 1933—1935. — 3. Besznayk I., Szende B., Lapis K.: A mediastinum tumorai és pseudotumorai. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1985, 56—94. old. — 4. Blalock, A.: Thymectomy in the treatment of myasthenia gravis. Report of twenty cases. *J. Thorac. Surg.*, 1944, 13, 316—339. — 5. Buzzard, E. F.: The clinical history and post-mortem examination of five cases of myasthenia gravis. *Brain*, 1905, 28, 438—483. — 6. Castleman, B., Norris, E. H.: The pathology of the thymus gland in myasthenia gravis. A study of 35 cases. *Medicine*, 1949, 28, 27—58. — 7. Desmedt, J. E., Borenstein, S.:

Double-step nerve stimulation test for myasthenia gravis block: Sensitization of post-activation exhaustion by ischemia. *Ann. Neurol.*, 1977, 11, 55—64. — 8. Drobní, S.: Thymektomie bei Myasthenia gravis. *Chirurg*, 1968, 39, 175—178. — 9. Drobní S., Tóth L., Káli G. és mtsai: Crisis-veszélyű myasthenia műtéti és utókezelése. *Orv. Hetil.*, 1971, 112, 1512—1514. — 10. Eaton, L. M., Clagett, O. T.: Present status of thymectomy in treatment of myasthenia gravis. *Am. J. Med.*, 1955, 19, 703—717. — 11. Elmquist, D., Hofman, W. W., Kugelberg, J. és mtsai: An electrophysiological investigation of neuromuscular transmission in myasthenia gravis. *J. Physiol. (Lond.)*, 1964, 174, 417—434. — 12. Engel, A. G., Lambert, E. H., Mulder, D. M.: Recently recognized myasthenic syndromes: (A) End-plate acetylcholine (ACh) esterase deficiency, (B) Putative abnormality of the ACh-induced ion-channel, (C) Putative defect of ACh resynthesis or mobilisation. Clinical features, ultrastructure and cytochemistry. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1981, 377, 614—623. — 13. Erb, W.: Zur Kasuistik der bulbären Lehmnungen. Über einen neuen, wahrscheinlich bulbären Symptomenkomplex. *Arch. Psychiat. Nervenkrankheit.*, 1878—79, 9, 336—350. — 14. Fornádi, L., Horváth, R., Szobor, A.: Myasthenia gravis: Treatment with plasma exchange. Experiences over 10 years. *Acta Med. Hung.*, 1991, 48, 137—144. — 15. Jenkins, G., Papatestas, E. A., Horowitz, S. H. és mtsai: Studies in myasthenia gravis: Early thymectomy. *Am. J. Med.*, 1975, 58, 517—524. — 16. Gimes, B.: Die radiologischen Beziehungen der Myasthenia gravis. *Fortschr. Röntgenstrahl. Nuklearmed.*, 1961, 94, 643—650. — 17. Goldflam, S.: Über einen scheinbar heilbaren bulbär-paralytischen Symptomenkomplex mit Beteiligung der Extremitäten. *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 1893, 4, 312—352. — 18. Kas J., Szirmai K., Rigler A. és mtsai: Myasthenia gravis: Ektópiás, perithymikus thymus-szigetek hatása a post-thymectomiás állapotra. *Ideggyógy. Szemle*, 1992, 45, 78—82. — 19. Korényi-Both, A., Szobor, A., Lapis, K. és mtsai: Fine structural studies in myasthenia gravis I. Muscle fibre lesions. *Eur. Neurol.*, 1973, 10, 215—236. — 20. Lambert, E. H., Eaton, L. M., Rooke, E. D.: Defect of neuromuscular conduction associated with malignant neoplasms. *Am. J. Physiol.*, 1956, 187, 612—615. — 21. Lapis, K., Szende, B., Répássy, G. és mtsai: Morphologic and clinicopathologic features of thymus tumours. *Acta Morphol. Acad. Sci. Hung.*, 1981, 29, 109—125. — 22. Laquer, L., Weigert, W. C.: Beiträge zur Lehre von der Erb'schen Krankheit. *Neurol. Zbl.*, 1901, 20, 594—604. — 23. Lattes, R.: Thymoma and other tumors of the thymus. An analysis of 107 cases. *Cancer*, 1962, 15, 1224—1260. — 24. Masaoka, A., Monden, Y., Nakahara, K. és mtsai: Follow-up study of thymomas with special reference to their clinical stages. *Cancer*, 1981, 48, 2485—2492. — 25. Molnár, J., Szobor, A.: Myasthenia gravis: Effect of thymectomy in 425 patients. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.*, 1990, 4, 8—14. — 26. Monden, Y., Nakahara, K., Kagotani, K. és mtsai: Myasthenia gravis with thymoma: Analysis of and postoperative prognosis for 65 patients with thymomatous myasthenia gravis. *Ann. Thorac. Surg.*, 1984, 38, 45—52. — 27. Oosterhuis, H. J. G. H.: Myasthenia Gravis. Churchill Livingstone, Edinburgh/London/Melbourne/New York, 1984, 59—62, 68—74. old. — 28. Osserman, K. E., Jenkins, G.: Studies in myasthenia gravis: Review of a twenty-year experience in over 1200 patients. *Mt. Sinai J. Med.*, 1971, 38, 497—537. — 29. Paletto, A. E., Maggi, C.: Thymectomy in the treatment of myasthenia gravis. Results of 320 patients. *Int. Surg.*, 1982, 67, 13—21. — 30. Papatestas, A. E., Jenkins, G., Horowitz, S. H. és mtsai: Thymectomy in myasthenia gravis: Pathologic, clinical and electrophysiologic correlations. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1976, 274, 555—573. — 31. Perlo, V. P., Arnason, B., Poskanzer, D. és mtsai: The role of thymectomy in the treatment of myasthenia gravis. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1971, 183, 308—315. — 32. Perlo, V. P., Poskanzer, D. C., Schwab, R. S. és mtsai: Myasthenia gravis: Evaluation of treatment in 1355 patients. *Neurology*, 1966, 16, 431—439. — 33. Répássy G., Szende B., Lapis K. és mtsai: Az epitheliális thymomák ultrastrukturájá és felosztása. *Morph. Ig. Orv. Szemle*, 1979, 19, 192—198. — 34. Simpson, J. A.: Myasthenia gravis: A new hypothesis. *Scot. Med. J.*, 1960, 5, 419—436. — 35. Smithers, D. W.: Tumours of

the thyroid gland in relation of some general concepts of neoplasia. J. Fác. Radiol., 1959, 10, 3—16. — 36. *Stralberg, E., Ekstedt, J., Brodman, A.*: Neuromuscular transmission in myasthenia gravis studied with single fibre electromyography. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1974, 37, 540—547. — 37. *Strauss, A. J. L., Seegal, B. C., Hsu, H. C. és mtsai*: Immunofluorescence demonstration of a muscle binding, complement fixing serum globulin fraction in myasthenia gravis. Proc. Soc. exp. Biol., Med., 1960, 105, 184—191. — 38. *Szathmáry, I., Selmei, L., Pösch, E. és mtsai*: Myasthenia gravis: Long-term prognostic value of thymus lactate dehydrogenase isoenzyme pattern of hyperplastic thymus and thymoma. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1985, 48, 757—761. — 39. *Szelényi, G. J., Páldi-Haris, P., Pálóczi, K. és mtsai*: Altered function and nicotinic acetylcholine receptor (NaChR) of lymphocytes in myasthenia gravis. Internat. J. Immunopathol. Pharmacol., 1990, 3, 19—27. — 40. *Szobor, A.*: Crises in Myasthenia Gravis. Akadémiai Kiadó, Budapest, Hafner, New York, 1970, pp. 40—43. — 41. *Szobor, A.*: Myasthenia gravis: A quantitative evaluation system. Eur. Neurol., 1976, 14, 439—446. — 42. *Szobor, A.*: Myasthenia gravis: Betegség-társulások irodalmi adatok és 1000 beteg észlelése alapján. Ideggyógy. Szemle, 1987, 40, 481—499. — 43. *Szobor, A.*: Myasthenia Gravis. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1990, 11—23., 38—67.,

95—96., 140—141., 152—153., 175—184. old. — 44. *Szobor, A., Bárdosi, Z., Klátyik, M. és mtsai*: Myasthenia gravis: nagy dózisú, intravénás methylprednisolon életmentő hatása. Orv. Hetil., 1988, 129, 495—497. — 45. *Szobor, A., Besznyák, I., Molnár, J. és mtsai*: Myasthenia gravis after removal of mediastinal tumours. Does „post-thymectomy” myasthenia gravis really exist? Acta Med. Acad. Sci. Hung., 1981, 38, 179—188. — 46. *Szobor, A., Fornet, B.*: Myasthenia gravis: ⁷⁵Selenomethionine scanning of thymus gland. Acta Med. Hung., 1986, 43, 243—248. — 47. *Szobor, A., Molnár, J., Klein, M.*: Myasthenia gravis: thymectomy eredménye 550 betegen. Orv. Hetil., 1990, 131, 2519—2527. — 48. *Szobor, A., Molnár, J., Szepesházi, K.*: Myasthenia gravis: Influence of thymic changes on clinical parameters. A study on the basis of 364 thymectomies. Acta Med. Hung., 1986, 43, 229—241. — 49. *Szobor, A., Szelényi, J., Klein, M. és mtsai*: Myasthenia gravis: Acetylcholin receptor-elleni antitestek vizsgálata és azok klinikai-patológiai jelentősége. Ideggyógy. Szemle, 1990, 43, 49—58. — 50. *Willis, Th.*: De Anima Brutorum. Oxford 1672. cit.: Guthrie, L. B.: Myasthenia gravis in the 17th century. Lancet, 1903, 1, 330—331.

(Szobor Albert dr., Budapest, Köves u. 2—4. 1204)

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.



MERCURY KFT.

Budapest XII., Diósárok utca 1.
Telefon: 156-1122
12-07 m.

Kórházak, klinikák, beruházók,
viszonteladók, magánszemélyek
részére

**kiváló
minőségű
acél
kéziműszerek**

**Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza
területén az Idegostály mellett
található az állandó bemutatóterem és raktár**

- Nőgyógyászat, sebészet, szemészet, orr-, fül-, gége, urológia, mikrosebészet, garanciával.
- Kórházi ágyak, intenzív ágyak, traumatológiai ágyak, betegszállító és emelőeszközök, éjjeli szekrények, etető asztalok.
- Gyógyászati segédeszközök, járókeret, mankók, kádkapaszok.
- Egyszerhasználatos eszközök, eü. betétek, eü. nadrágok.
- Új, használt és felújított mechanikus műszerek, valamint az egészségügyben használt berendezések megrendelhetők.

A mindenkor világsági,
illetve a hazai árak alatt
garanciával,
szervizhálózattal.
Igény esetén részletfizetési
lehetőség!

**Diszkont
áron!**

**Nyitva: hétfőtől péntekig, 8 órától 15 óráig, vagy
előzetesen telefonon történő egyeztetés esetén más időpontban is!**



HUMA-Pronol tabletta

40 mg

HATÓANYAG: 40 mg propranololium chloratum tablettánként.

JAVALLATOK: Szívritmuszavarok: fibrilláció, pitvarlebegés, szupraventrikuláris paroxizmális tachikardia. Angina pectoris. Feokromocitóma esetén az α -receptor-bénítók alkalmazása során fellépő tachikardia gátlása.

ELLENJAVALLATOK: Asthma bronchiale, kifejezett bradikardia, cor pulmonale, atrioventrikuláris blokk, arteriális hipotenzió, miokardiális elégtelenség, ulcus ventriculi et duodeni, metabolikus acidózis. Terhesség.

ADAGOLÁS: *Aritmia kezelésére felnőtteknek* naponta 40-120 mg (1-3 tabl.), étkezés előtt. *Koronáriás betegség kezelésében* naponta 60-160 mg (3-4-szer 1/2-1 tabl.) étkezés előtt. A kezelést a kisebb adaggal kell kezdeni, és 7-10 nap alatt fokozatosan emelni.

Feokromocitóma esetén a sebészeti beavatkozást megelőzően 3 nappal, naponta 60 mg-ot kell adni, α -adrenerg-receptorokat gátló készítménnyel együtt.

Gyermekek adagok: 2-6 éveseknek általában a felnőttekének 1/4-1/3 része, iskoláskorúaknak 1/2-2/3 része.

MELLÉKHATÁSOK: Hányinger, hányás, hasmenés, székrekedés, fejfájás, álmatlanság, fáradtság, gyengeség, depresszió, légzési zavar, a vér karbamid- vagy a szérum transzamináz-mennyiségének növekedése. Örökletes gyógyszerérzékenység előfordulhat.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK:

Együttadás tilos!

MAO-bénítók (ezek hatását fokozza);

verapamil (fokozott bradikardia, vérnyomásesés);

Óvatosan adható!

katekolamindepléciót okozó vérnyomáscsökkentőkkel (hatását fokozzák).

FIGYELMEZTETÉS: Beállításakor orvosi ellenőrzést igényel: fokozatosságot az adagolás kezdetén és a HUMA-Pronol kezelés befejezésekor. Hirtelen abbahagyása - elsősorban isémiás szívbetegség esetében - hirtelen rosszabbodáshoz vezethet. Gáznarkózist a műtét előtti napokban fokozatosan abbahagyott adagolás után szabad végezni. Elővigyázatosan kell alkalmazni manifeszt vagy kezdődő szív-, illetve keringési elégtelenségben (megfelelő digitalizálás után) miokardiális infarktus után, továbbá máj- és vesefunkciócsökkenés esetén. — MAO inhibitor után 2 hét szünet közbeiktatásával adható. Diabetes mellitusban a vércukorszintet időnként ellenőrizni kell.

MEGJEGYZÉS: ☼

Csak vénre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 50 tabletta

GYÁRTJA: Pharmamed Ltd/Málta

CSOMAGOLJA: HUMAN Oltóanyagtermelő és Gyógyszergyártó Rt., Gödöllő

Dipyridamol és dobutamin terheléses 2 dimenziós echocardiographia összehasonlító értékelése ischaemiás szívbetegségben

Gruber Noémi dr., Varga Albert dr., Forster Tamás dr., Varga Lajos dr., Borthaiser Angela dr. és Csanády Miklós dr.

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

A szerzők ugyanazon 41 ischaemiás szívbetegség gyanúja miatt észlelt és coronarographiára került betegben elvégezték mind a dipyridamol, mind a dobutamin terheléses 2 dimenziós echocardiographiás vizsgálatot. A dipyridamol maximális dózisa 0,84 mg/kg/10 perc volt. A dobutamin dózisa 10–20–30–40–40 µg/kg/perc volt, 3 percenként emelve. A submaximális szívfrekvencia eléréséhez 13 esetben kiegészítésként 0,25 mg/perc Atropint adtak bolusban 4 percig. A coronarographia során 15 betegben 1 ér betegséget, míg 2 esetben 2 ér betegséget találtak. A coronarographia negatívnak bizonyult 24 beteg esetében. A sensitivitási és specificitási értékek mindkét terheléses vizsgálat esetében 70%-nak és 91%-nak, míg a pozitív és negatív predictív értékek 85%-nak és 81%-nak adódtak. Két esetben kaptak téves pozitív eredményt a balkamra-falszegmensek mozgászavarának megítélésében, téves negatív eredményt pedig 5 esetben észleltek, ez utóbbit főleg ramus descendens anterior stenosisban. A terhelésre kialakult falmozgászavar és a szűkület anatómiai helye között mindkét gyógyszer esetében jó egyezést találtak. A kétféle terhelést egyaránt alkalmasnak tartják az ischaemiás szívbetegség noninvaszív diagnosztikájára.

Kulcsszavak: gyógyszeres terhelések, 2 dimenziós echocardiographia, ischaemiás szívbetegség

Comparison of dipyridamole and dobutamine echocardiography tests in ischaemic heart disease. Dipyridamole and dobutamine stress were performed in the same 41 angiographically controlled patients. Both tests were followed by 2 dimensional echocardiography. The dose of dipyridamole was 0.56 mg/kg/4 min. or 0.84 mg/kg over 10 min., while the dose of dobutamine was 10–20–30–40 and 40 µg/kg/min. over 3 min. each step. In addition, to reach the submaximal heart rate 0.25 mg/min Atropine was also injected for 4 minutes in 13 cases. One vessel disease was found in 15 cases, and 2 vessel disease was in 2 cases. The number of coronarography negative cases was 24. The sensitivity, specificity, positive and negative predictive values for both tests were 70%, 91%, 85% and 81%, respectively. False positive results were observed in 2 cases and false negative ones were found in 5 cases, mainly at left anterior descendent stenosis. There was a good agreement between the wall motion abnormality and the anatomic localization of stenoses. Both non-invasive tests are suitable for the diagnosis of ischaemic heart disease.

Key words: pharmacological tests, 2 dimensional echocardiography, ischaemic heart disease

Az ischaemiás szívbetegség diagnosztikájában leginkább elterjedt noninvaszív módszer a dinamikus fizikai (kerékpár, futószőnyeg) terhelés (8, 9). A terhelés során az emelkedő pulzusszám és vérnyomás függvényében nő a myocardium oxigénigénye és így significans koszorúér-szűkület esetében jól kimutathatóak az ischaemia jelei. A módszer hátránya egyrészt, hogy a terhelés nem minden betegben végezhető el adequat módon (mozgásszervi panaszok, kooperáció hiány stb.), másrészt a 12 elvezetéses EKG diagnosztikai értéke változó (8). Képkalkotó eljárások alkalmazása (2 dimenziós echocardiographia, nuclearis módszerek) ugyan növeli a vizsgálatok érzékenységét, de az olcsóbb echocardiographia és a fizikai terhelés együttes alkalmazása technikailag gyakran nehézségekbe ütközik (18). Ezen tényezők figyelembevételével előtérbe kerültek olyan gyógyszeres terhelési formák, melyek szintén provo-

kálhatják a szívizom vérellátási zavarát. A pharmacologiai tesztek közül a leginkább elterjedt a vasodilatator hatású dipyridamol és a myocardium oxigén igényét a fizikai terheléshez hasonlóan fokozó dobutamin alkalmazása. A gyógyszeres terhelések értékelése a beteg mellkasi fájdalomnak figyelembevétele mellett történhet a szokásos 12 elvezetéses EKG-val (25, 26), 2 dimenziós echocardiographiával (6, 15) vagy nuclearis képkalkotó módszerrel (1, 5, 7, 14). A 2 dimenziós echocardiographia értékelésével több munkacsoport is foglalkozott (3, 10, 16, 24), de csak az utóbbi időben kezdik összehasonlítani ezen gyógyszeres tesztek klinikai diagnosztikus értékét (11, 20, 22). Jelen munkánkban a dipyridamol és a dobutamin echocardiographia teszt (DET és DOBET) klinikai használhatóságát prospective vizsgáltuk és hasonlítottuk össze 41 ischaemiás szívbetegség gyanúja miatt katéterezett betegben.

Módszerek

Betegek

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinikáján ugyanazon 41 betegben mind a DET, mind a DOBET megtörtént. A 41 beteg [36 férfi és 5 nő, átlagéletkor 52,8 év (32–76 év)] coronarographiás vizsgálata és a gyógyszeres terhelések között maximum két hét telt el. 13 beteg anamnesisében szerepelt előzetesen egy transmuralis myocardialis infarctus. Ezek a betegek az infarctust követően mellkasi fájdalom miatt kerültek cardiologiai kivizsgálásra. A betegekben a 2 dimenziós echocardiographiával monitorozott gyógyszeres terheléseket és coronarographiát az Etikai Bizottság engedélye (eng. sz.: 220/91) és a betegek részletes felvilágosítását követő beleegyező nyilatkozatuk után végeztük el.

Gyógyszeres terhelések

A DET és DOBET között átlagosan 1 hét telt el, a sorrendiség nem volt meghatározott. A betegek mindkét esetben éhgyomorra, DOBET előtt a Ca^{2+} -antagonista, nitrát 12 órára, a béta-blockoló kezelés 48 órára előzetes kihagyásával kerültek vizsgálatra. DET előtt ezen gyógyszereken kívül a kávé, tea és egyéb theophyllin származékok (dipyridamol antagonisták hatás) 24 órára felfüggesztése is megtörtént. A betegek dipyridamol terhelésnél 0,56 mg/kg/4 perc dózist kaptak iv., majd negatív esetben 4 perc szünet után az adagot 0,28 mg/kg/2 perc dózissal emeltük (összdózis 0,84 mg/kg/10 perc) az előzőekben már részletesen leírt protokoll szerint (17). Dobutamin terhelés esetében infúziós pumpában 10–20–30–40–40 μ g/kg/perc dózist alkalmaztunk, az adagot 3 percenként emelve. Ha az életkornak megfelelő submaximalis pulusszámot nem tudtuk elérni, akkor kiegészítésként percenként 0,25 mg Atropin sulfuricumot adtunk bolusban, összesen négy alkalommal McNeil ajánlata alapján (13).

Mindkét gyógyszeres terhelés során a vizsgálatot befejeztük, ha a teszt közben az echocardiographiás felvételen falmozgászavar, az EKG-n 3 mm-t meghaladó ST depressio, típusos mellkasi fájdalom, esetleg kamrai tachycardia alakult ki. A vizsgálat félbeszakításakor antiodotumként DET-ben 240 mg aminophyllint, míg a DOBET-ben 1–5 mg metoprololt adtunk iv.

2 dimenziós echocardiographia

A betegeket bal oldalukra fektettük és nyugalomban, részletes echocardiographiás felvétel történt, Toshiba SSH 65A echocardiographfál. A terhelés alatt folyamatos echomonitorozást végeztünk apicalis megközelítésből, a síkokat folyamatosan váltva csúcsi 4 üregű, 2 üregű és hossztenyelyi felvételekkel. A monitorozást a dipyridamol terhelés esetében legalább 13 percig, míg a dobutamin teszt végzésénél legalább 20 percig folytattuk.

Echocardiographiás vizsgálat értékelése

A videoszalagon rögzített felvételeket a visszajátzás során 2 szemléző értékelte consensus alapján. A bal kamra falát 5 segmensre osztottuk (elülső fal, septum, lateralis, posterior és apicalis segmens). A 3 fő koszorúér ellátási területének megfelelően az elülső falat és a septum elülső részét a RDA-hoz, a lateralis falat a CX-hoz, a posterior segmens pedig a jobb coronariához rendeltük. Az apicalis segmens aspecificusnak tekintettük. A felvétel során a vizsgálatot pozitívnak értékeltük, ha a nyugalomban normokinetikus rész a terhelésre hypo-, a- vagy dyskinetikusá vált, vagy a nyugalomban már meglévő mozgászavar fokozódott, illetve kiterjedtebb lett.

EKG és tensiomonitorozás

Nyugalomban 12 elvezetési EKG és vérnyomásmérés történt. A terhelés alatt V_{2-5-9} elvezetéseket alkalmazva $1/2$ percenként készült felvétel és a terhelés végén újra vérnyomást mértünk. Amennyiben a betegnek a teszt alatt mellkasi fájdalma lépett fel, természetesen azonnal EKG és tensio ellenőrzés történt és ezeket

folyamatosan kontrolláltuk a beteg panaszainak megszűntéig és a stressz indukálta EKG eltérések nyugalmihoz hasonló visszaállításáig.

Szívkatéterezés

Seldinger technikát alkalmazva először bal kamrai angiocardio-graphia, majd selectiv jobb és bal coronarographia történt több síkból. A felvételeket 2 szemléző értékelte consensus alapján. Signifikansnak a főágak legalább 70%-os szűkületét tekintettük. Így 15 beteg esetében 1 ér betegséget, míg 2 esetben 2 ér betegséget találtunk. 3 ér beteg és főtörzs szűkület anyagunkban nem fordult elő.

Eredmények

A dipyridamol és dobutamin maximálisan alkalmazott dózisát az 1. táblázatban tüntettük fel. A terhelések során 25 beteg kapott emelt dipyridamol adagot, míg 27 beteg esetében alkalmaztunk maximális dobutamin dózist. Ezen utóbbi betegek közül 13 esetben atropin adására is sor került. Eredményeinket a 2. táblázatban foglaltuk össze. A DET a 17 coronaria pozitív betegben 12 esetben bizonyult pozitívnak (sensitivitás 70%), míg a 24 coronaria negatív esetben 22 esetben nem alakult ki új falmozgászavar a terhelés hatására (specificitás 91%). A DOBET végzésekor ugyanezen értékeket kaptuk. Így a pozitív és negatív predictív értékek mindkét terhelés esetében 85 és 81%-nak bizonyultak.

Megvizsgáltuk, mely esetekben kaptunk téves pozitív és negatív eredményeket. Mindkét teszt után téves pozitív eredményt 2–2 esetben észleltünk. Egy betegben, mind a két módszerrel, az anteroseptalis falnak megfelelően ábrázolódott hypokinesis. Téves negatív echo eredményt 5–5 alkalommal, elsősorban az RDA significans szűkületében tapasztaltunk. Két beteg RDA szűkülete esetében mind a dipyridamol, mint a dobutamin terhelés téves negatív eredményű volt (3. és 4. táblázat).

1. táblázat: A terhelés során alkalmazott dipyridamol és dobutamin dózisok

Alkalmazott gyógyszer	(n)	Coronarographia	
		pozitív	negatív
<i>Dipyridamol</i>			
0,56 mg/kg/4 perc	16	12	4
0,84 mg/kg/10 perc	25	5	20
<i>Dobutamin</i> (μ g/kg/perc)			
20 (SMfr)	3	0	3
30 (SMfr előtt)	2	1	1
30 (SMfr)	9	3	6
40 (SMfr előtt)	3	2	1
40 (SMfr)	11	5	6
40 és atropin 1 mg/4 perc (SMfr)	11	4	7
1 mg/4 perc*	2	2	0

Rövidítések: n = betegszám; SMfr = submaximalis frekvencia elérése; SMfr előtt = a terhelést a submaximalis frekvencia előtt pozitívitása miatt megszakítottuk; * = a submaximalis frekvenciát nem érték el.

2. táblázat: DET és DOBET diagnosztikus értéke (n = 41)

	DET	DOBET
Sensitivitas	12/17 (70%)	12/17 (70%)
Specificitas	22/24 (91%)	22/24 (91%)
Pozitív predictív érték	12/14 (85%)	12/14 (85%)
Negatív predictív érték	22/27 (81%)	22/27 (81%)

3. táblázat: Téves pozitív eredmények

	DET n = 2	DOBET n = 2
Anterior	1	1
Septalis	1	1
Posterior	1	1
Lateralis	—	—
Apicalis	—	1

A két-két téves pozitív esetben több falsegmensnek megfelelően is észleltünk falmozgászavart.

4. táblázat: Téves negatív eredmények

	DET n = 5	DOBET n = 5
CD	—	1
CX	1	1
RDA	4	3

Rövidítések: CD: coronaria dextra; CX: ramus circumflexus; RDA: ramus descendens anterior

5. táblázat: Egyezés a falmozgászavar helye és a szűkület anatómiai localisatiója között

	DET n = 12	DOBET n = 12
Teljes	10	12
Részleges	2	—

A valódi pozitív esetekben mindkét terhelés során jó egyezés alakult ki a terhelés indukálta falmozgászavar és a szűkület anatómiai helye között (5. táblázat). Mindkét gyógyszeres terhelési formát a betegek jól tűrték, a mellékhatások kivédhetők voltak: DET esetében 8 beteg kapott aminophyllint, míg a DOBET végén 4 beteg szorult antidotum adására (1–5 mg Betaloc, ill. 0,5 mg sublingualis Nitroglycerin).

Megbeszélés

A dipiridamol terheléses 2 dimenziós echocardiographiát először Picano alkalmazta az ischaemiás szívbetegség diagnosztikájában (15). A dobutamin terheléses 2 dimenziós echocardiographiát is számos szerző javasolta az ischaemia okozta falmozgászavar kialakulásának megfigyelésére (13, 21). A két gyógyszer eltérő hatásmechanizmusa jól ismert. A dobutamin elsősorban béta-1 adrenerg izgató (enyhe béta-2 és alfa-1 agonista hatásokkal is rendelkezik), növeli a myocardium O₂ igényét, fokozza a contractilitást,

a szívfrekvenciát és a vérnyomást (4). Coronaria szűkületben a terhelés okozta fokozott O₂ igényt a stenoticus coronaria nem tudja biztosítani, így a megfelelő falszegmensben mozgászavar alakul ki. A dobutamin egyre inkább használják (10 µg/kg/perc dózisban) a myocardium viabilitásának megítélésére is súlyos ischaemiás szívbetegségben, thrombolysis, myocardialis infarctus után, mivel fokozza a még életképes szívizom tartalék contractilitását (19).

A dipiridamol szintén fokozza a szívfrekvenciát, de kisebb mértékben, mint a dobutamin. A dipiridamol elsősorban az adenosin anyagcsere befolyásolásával fejti ki hatását. Gátolja az adenosin lebomlását és a sejtekbe történő felvételét. A fokozott adenosin vérszint pedig erőteljes vasodilatációt hoz létre. Ez a fokozott vasodilatatio csökkenti a coronaria véráramlást azáltal, hogy csökkenti a perfusiós nyomást a szűkülettől distalisán. A perfusiós nyomás csökkenése és a „coronaria steal” kialakulása következtében létrejövő relatív ischaemia magyarázhatja a dipiridamol okozta balkamra-dysfunctiót, a falmozgászavart (18).

A DOBET sensitivitását ischaemiás szívbetegségben különböző munkacsoportok vizsgálták: Berthe 30 beteg eredménye alapján, acut myocardialis infarctus után, 85%-nak találta (2), Sawada pedig 89%-os sensitivitásról számolt be (23). A fajlagosságot ez utóbbi szerző 85%-nak adta meg. DET esetében emelt dózisu dipiridamolt adva az irodalomban 50–80% közötti érzékenységről számoltak be (17, 20, 22). Martin ugyanazon 40 beteg összehasonlító vizsgálata során a DET és DOBET érzékenységét 56 és 76%-nak, míg a fajlagosságát 67 és 60%-nak találta (11). Previtali 35 beteg összehasonlító adatai alapján ezen értékeket 57 és 68%-nak, illetve 100 és 100%-nak adta meg (20). Salustri 46 beteg DET és DOBET adatainak összehasonlítása kapcsán ezen adatokat 82 és 79%-nak, míg a specificitási értékeket 89 és 78%-nak találta (22).

Több közlemény adatai alapján a DOBET érzékenysége többér-betegségben magasabb: Clarke 100%-os sensitivitásról számolt be, míg Mazeika 2 ér betegségben 60, 3 ér betegségben 86%-os sensitivitási értékeket ad meg (4, 12). Saját anyagunkban főleg 1 ér betegek szerepeltek, így vizsgálati eredményeink jó egyezést mutatnak az irodalomban leírtakkal. Valószínűleg többér-betegségben szenvedő betegekben ezen értékek magasabbnak bizonyultak volna. Egyér-betegségben DOBET esetében nem volt jelentős különbség a három koszorúér ág szűkületének sensitivitási értékei között (24). Salustri DOBET téves negatív esetekben kevésbé súlyos diffúz érbetegséget talált, a valódi pozitív eredményekhez képest (21). A téves pozitív esetekben pedig balkamra-hypertrophiát észlelt dilatált balkamra-üreggel, melynek alakjával és a bal kamra megváltozott terhelésével magyarázza a falmozgás asynchroniáját. Saját anyagunkban valamennyi ér, de dominálón RDA szűkületében láttunk téves negatív eredményt. Ezen megfigyelésünket az RDA szűkület mellett kialakult intenzív collaterális keringés magyarázhatja. Marcowitz és msai DOBET-ben az elülső és hátsó fal mozgászavarainak megítélésében — hozzánk hasonlóan — nem találtak jelentős különbséget (10). A DET 2 téves pozitív eredményünkben

mindkét esetben, míg a DOBET esetében az egyik alkalommal igazolt a coronarographia 30%-os koszorúér szűkületet. A falmozgászavar helye és a szűkület anatómiai localisatioja között jó összefüggést írtak le mind egy-, mind többér-betegségben (2, 24), saját eredményeinkhez hasonlóan. Valamennyi szerző egyetért abban, hogy a terhelések okozta cardialis és extracardialis mellékhatások enyhék, spontán szűnnek, vagy antidotummal kivédhetőek (2, 11, 20, 21).

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy mindkét gyógyszeres terhelés — echocardiographiás monitorozással — alkalmas noninvasív módszer az ischaemiás szívbetegség kivizsgálásában. A dipiridamol és dobutamin anyagunkban hasonló diagnosztikai értékűnek bizonyult. A két gyógyszeres terhelési forma egyaránt ajánlható mindazon betegekben, ahol a fizikai terhelés nem végezhető el és megfelelő eszközzel, szakemberrel felszerelt echocardiographiás laboratórium áll rendelkezésre. Figyelembe kell venni azonban a dipiridamol és dobutamin contraindicációit. Súlyos kamrai ritmuszavar és hypertonia esetén a dipiridamol, míg theophyllinre és származékaira beállított asthma bronchiale esetén, valamint a myocardium viabilitásának a megítélésére a dobutamin a választandó terhelési forma.

Köszönetnyilvánítás: köszönetet mondunk Szárazajtai Tamásnak az adatok számítógépes feldolgozásáért.

IRODALOM: 1. Albro, P. C., Gould, K. L., Westcott, R. J. és mtsai: Noninvasive assessment of coronary stenoses by myocardial imaging during pharmacologic coronary vasodilatation. III. clinical trial. Am. J. Cardiol., 1978, 42, 751–760. — 2. Berthe, C., Pierard, L. A., Hiernaux, M. és mtsai: Predicting the extent and location of coronary artery disease in acute myocardial infarction by echocardiography during dobutamine infusion. Am. J. Cardiol., 1986, 58, 1167–1172. — 3. Buchalter, M. B., Bourke, J. P., Heads, A. és mtsai: Dipiridamole echocardiography: the bedside stress test for coronary artery disease. Postgrad. Med. J., 1990, 66, 531–535. — 4. Clarke, G. B., Sawada, S. G.: Dobutamine echocardiography for evaluating coronary artery disease. Primary Cardiology, 1992, 18 (4), 87–95. — 5. Forster, T., McNeil, A. J., Salustri, A. és mtsai: Simultaneous dobutamine stress echocardiography and 99m-technetium isonitrite single photon emission computed tomography in patients with suspected coronary artery disease. J. Am. Coll. Cardiol., 1993, 21, 1591–1596. — 6. Gruber N., Forster T., Varga A. és mtsai: Dipiridamol — echokardiográfia teszt jelentősége iszkémiás szívbetegségben. Orv. Hetil., 1991, 132, 2717–2720. — 7. Gruber N., Mester J., Forster T. és mtsai: Dipiridamol teszt: azonos időben végzett 2-dimenziós echocardiographia és 201–Tl szívizimscintigraphia ischaemiás szívbetegségben. LAM, 1992, 2, 228–234. — 8. Jánosi A., Váraljai T., Hankóczy J. és mtsai: A terheléses EKG-vizsgálat érzékenysége és fajlagossága a koszorú-

ér szűkület felismerésében. Orv. Hetil., 1986, 127, 203–205. — 9. Kékes, E., Préda, I., Antalóczy, Z.: Terheléses vizsgálatok a kardiológiában. Az Orvostud. Aktuális problémái, 1983, 47, 135–189. — 10. Marcovitz, P. A., Armstrong, W. F.: Accuracy of dobutamine stress echocardiography in detecting coronary artery disease. Am. J. Cardiol., 1992, 69, 1269–1273. — 11. Martin, T. W., Seaworth, J. F., Johns, J. P. és mtsai: Comparison of adenosine, dipiridamole, and dobutamine in stress echocardiography. Ann. Int. Med., 1992, 116, 190–196. — 12. Mazeika, P. K., Naddadin, A., Oakley, C. M.: Dobutamine stress echocardiography for detection and assessment of coronary artery disease. J. Am. Coll. Cardiol., 1992, 19, 1203–1211. — 13. McNeil, A. J., Fioretti, P. M., El-Said, E. M. és mtsai: Enhanced sensitivity for detection of coronary artery disease by addition of atropine to dobutamine stress echocardiography. Am. J. Cardiol., 1992, 70, 41–46. — 14. Mester, J., Gruber, N., Almási, L. és mtsai: The role of dipiridamole 201–Tl scintigraphy in the investigation of myocardial perfusion before and soon after by-pass surgery. J. Nucl. Med., 1987, 26, 250–251. — 15. Picano, E., Distante, A., Masini, M. és mtsai: Dipiridamole-echocardiography test in effort angina pectoris. Am. J. Cardiol., 1985, 56, 452–456. — 16. Picano, E., Severi, S., Michelassi, C. és mtsai: Prognostic importance of dipiridamole-echocardiography test in coronary artery disease. Circulation, 1989, 80, 450–457. — 17. Picano, E.: Dipiridamole-echocardiography test: historical background and physiologic basis. Eur. Heart J., 1989, 10, 365–376. — 18. Picano, E., Lattanzi, F.: Dipiridamole echocardiography. A new diagnostic window on coronary artery disease. Circulation, 1991, 83 (suppl. III.), III, 19–III, 26. — 19. Piérard, L. A., Landsheere, C. M., Berthe, C. és mtsai: Identification of viable myocardium by echocardiography during dobutamine infusion in patients with myocardial infarction after thrombolytic therapy: comparison with positron emission tomography. J. Am. Coll. Cardiol., 1990, 15, 1021–1031. — 20. Previtali, M., Lanzarini, L., Ferrario, M. és mtsai: Dobutamine versus dipiridamole echocardiography in coronary artery disease. Circulation, 1991, 83 (suppl. III.), III, 27–III, 31. — 21. Salustri, A., Fioretti, P. M., Pozzoli, M. M. A. és mtsai: Dobutamine stress echocardiography: its role in the diagnosis of coronary artery disease. Eur. Heart J., 1992, 13, 70–77. — 22. Salustri, A., Fioretti, P. M., McNeil, A. J. és mtsai: Pharmacological stress echocardiography in the diagnosis of coronary artery disease and myocardial ischaemia: a comparison between dobutamine and dipiridamole. Eur. Heart J., 1992, 13, 1356–1362. — 23. Sawada, G. S., Segar, D. S., Ryan, T. és mtsai: Echocardiographic detection of coronary artery disease during dobutamine infusion. Circulation, 1991, 83, 1605–1614. — 24. Segar, D. S., Brown, S. E., Sawada, G. S. és mtsai: Dobutamine stress echocardiography: correlation with coronary lesion severity as determined by quantitative angiography. J. Am. Coll. Cardiol., 1992, 19, 1197–1202. — 25. Tavazzi, L., Previtali, M., Salerno, J. A. és mtsai: Dipiridamole test in angina pectoris: diagnostic value and pathophysiological implications. Cardiology, 1982, 69, 34–41. — 26. Vértes A., Hankóczy J., Kolonics I. és mtsai: Dobutamin stressz teszt alkalmazása a restenosis előjelzésére coronaria angioplastica után. Lege Artis Medicinae, 1992, 2 (6), 544–549.

(Gruber Noémi dr., Szeged, Pf. 480. 6701)

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

Endobronchialis magas dózisú afterloading sugárkezelés és percutan besugárzás kombinációja nagylégúti daganatok kezelésében

Kis Sándor dr.¹, Naszály Attila dr.², Szima Barna dr.¹ és Strausz János dr.^{1,3}

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest, VI. Pulmonológiai Osztály (osztályvezető: Strausz János dr.)¹

Uzsoki úti Kórház Onkoradiológiai Központ (osztályvezető főorvos: Mayer Árpád dr.)²

Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, Tüdőgyógyászati Tanszék (igazgató: Böszörményi-Nagy György dr.)³

A szerzők 17 nagylégúti obstrukciót okozó malignus daganatot kezeltek high dose rate afterloading és percutan sugárkezelés kombinációjával. Az alkalmazott eljárás minden esetben javította a betegek általános állapotát és jelentősen csökkentette a dyspnoes és köhögéses panaszokat. Az eddigi tapasztalataik szerint a módszer eredményesen illeszthető be a malignus nagylégúti betegségek palliatív kezelésének eddig ismert egyéb módjai közé endoluminális, exophyticus tumornövekedés esetén.

Kulcsszavak: nagylégúti tumorok, high dose rate afterloading kezelés, kombinált sugárkezelés

Combined high dose rate (HDR) afterloading and external beam irradiation in the treatment of the main airway malignant tumors. 17 patients with malignant main airway tumours were treated with combined high dose rate afterloading and external beam irradiation. The improvement of the general conditions of the patients and that of the leading symptoms (dyspnoe, cough) were observed in all cases. First experiences corresponding with those of others suggest that this method should be integrated routinely in the management of main airway malignancies with endoluminal exophytic involvement.

Key words: main airway tumor, high dose rate afterloading treatment, combined irradiation

A malignus tüdődaganatok majd $\frac{3}{4}$ része már felfedezésekor inoperábilis, egyéb kezelési módszereink kuratív céllal pedig kevésbé hatásosak. Az inoperábilis nem kissejtes tüdőrák kezelése kérdésében jelenleg is sok vita folyik. Egy kérdésben az álláspont azonban egységes: mindent el kell követnünk az élet minőségének javítása érdekében. Az e célra alkalmas palliatív módszerek ezért rohamosan fejlődnek és terjednek. A bronchoskopos palliatív módszerek a laser-, az afterloading-kezelés (1, 5, 12), és a különböző endoprothesisek beültetése az elmúlt évtizedben váltak a klinikai gyakorlat számára elfogadottá. Az első endobronchiális sugárkezelés 1921-ben *Yankauer* nevéhez fűződik (13), 1933-ban *Kernan* közölt hasonló radon kapszula implantációs kezelési eljárást (4). A legújabb, már számítógéppel vezérelt lokális brachytherapiás úgynevezett afterloading (utántöltéses) kezelés az 1980-as évek elején kezdett elterjedni. A módszer indikációi az 1. táblázaton láthatók (2, 3, 7, 11). Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet VI. Tüdőosztálya 1991 augusztusa óta az Uzsoki Kórház Onkoradiológiai Központtal együttműködve végez endobronchiális high dose rate (HDR) afterloading-kezelést.

Célkitűzéseink között szerepelt a kombinált afterloading és percutan sugárkezelés hatásosságának vizsgálata elsősorban laphámrákos inoperábilis betegeknél.

1. táblázat: Az afterloading kezelés indikációi

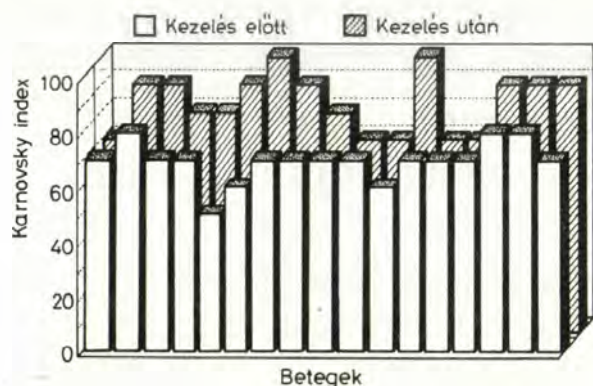
Igazolt malignus tumor
Inoperabilitás
Intra-, és/vagy extrabronchialis tumor
Nem teljes bronchus elzáródás
Karnofsky index > 60

2. táblázat: A beavatkozás szövödményei

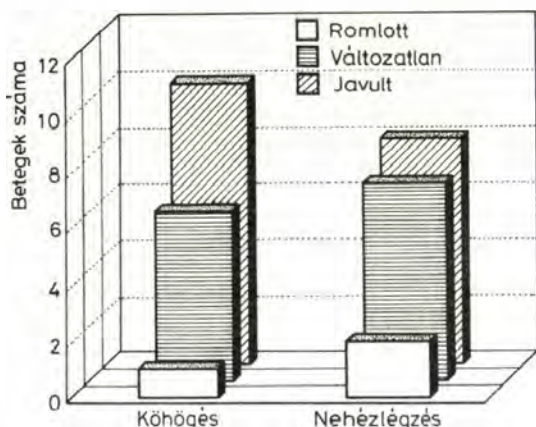
Vérzés
Fistula képződés
Bronchus sérülés
Bronchitis

Beteganyag és módszer

Betegeink előzetesen nem kezelt, újonnan felfedezett, szövettanilag igazolt, inoperábilis, nem kissejtes carcinomás betegek voltak. 1991 augusztusa óta 17 beteget kezeltünk, 14 férfit és 3 nőt, átlagéletkoruk a kezelés kezdetén 59,3 év volt (45–77 év). Az elváltozások közül 4 tumor a tracheában, 4 a jobb főhörgőben, 5 a bal főhörgőben, 3 mindkét főhörgőben, 1 pedig a bifurcatiós carinán helyezkedett el. A bronchoskopos biopsia szövettani eredménye 15 esetben laphámrák, 1 esetben adenoid cysticus carcinoma, 1 esetben pedig malignizálódott papilloma volt. A sugárforrás vezetésére alkalmas hajlékony műanyag katétert (appli-



1. ábra: A betegek Karnofsky indexe kezelés előtt és 3 héttel a kezelés után



2. ábra: A betegek panaszainak javulása szubjektív megítélésük alapján kezelés előtt és 3 héttel a kezelés után

kátort) helyi érzéstelenítésben bronchofiberscop segítségével vettük be úgy, hogy a katéter vége túlérjen a daganatos szűkületen. Az applikátor helyét képerősítő átvilágítással és röntgenfelvételen ellenőriztük és a diagnosztika felállításakor készült videoendoscopy felvételekkel összevetve határoztuk meg a besugárzandó terület hosszát. Az afterloading-kezelést Gammamed III készülékkel (Sauerwein, Németország) végeztük. A cég által szállított sugárforrás paraméterei: Ir-192 izotóp, 370 GBq. A kezelés során 3 egymást követő napon egy applikátorral 8–8 Gy dózisfrakciót alkalmaztunk a tracheában 1 cm, főhörgőkben pedig 0,5 cm referencia mélységre. Az endobronchiális sugárkezelést 3 héttel később percutan fracionált, 50 Gy összgyógydózisú, homogenizáló sugárkezeléssel egészítettük ki (Kobalt 60 teleterápiás készülék). A kezelés után a rutinszerű radiológiai és labor-kontrollt a 3., a 7. és a 21. napon videoendoscopy kontrollal egészítettük ki. A kezelési eredmények mérése és értékelése céljából a Karnofsky-skálát és a betegek állapotát értékelő szubjektív skálát alkalmaztuk.

Eredmények

Az átlagos túlélési idő 6,5 hónap volt. 20%-os vagy annál nagyobb Karnofsky-index-javulást 7 betegnél észleltünk (1. ábra). Annak ellenére, hogy a rutin mellkasfelvétel során (1 héttel az afterloading-kezelés után) mindössze 5 esetben volt regressio, az endoscopy követés során 14 esetben láttuk a hörgő lumen szabaddá, illetve átjárhatóvá válását. Az

érintettek szubjektív értékelése alapján a köhögés 10 betegnél mérséklődött, a nehézlégzés pedig 8 esetben csökkent (2. ábra). Az eddigi kezelések során 2 alkalommal alakult ki bronchitis, 1 esetben pedig bronchopneumonia. Egyéb mellékhatást nem észleltünk.

Megbeszélés

A malignus tüdődaganatok világszerte emelkedő incidenciája, valamint az ennek következtében elindított kutatómunka ellenére a sebészeti eltávolításán kívül hatásos kuratív eljárás nem áll rendelkezésünkre.

A nem kissejtes tüdődaganatok párhuzamosan fejlődő palliatív kezelési eljárásai eredményesnek bizonyultak, mert habár a túlélési időt nem befolyásolják számottevően, hatásuk gyorsan kialakul, s a panaszok csökkenésével javul a betegek életminősége is (6, 8, 9).

Kezelt betegeink átlagos túlélési ideje nem haladta meg az irodalomban közölt értékeket (11), a Karnofsky-index javulása, valamint a betegek panaszainak alakulása is tükrözi, hogy az életminőségük javul. A malignus, inoperábilis, nem kissejtes tüdődaganatok kezelési tervének kialakításakor mindenképpen gondolni kell az afterloading-technikára, mint alkalmazható palliatív eljárásra, mert helyes indikáció esetén a kezeléssel járó megterhelés arányban áll az elérhető életminőség-javulással.

A módszer elterjedésének objektív akadályai a hazánkban található HDR afterloading-készülékek kis száma.

Eddigi tapasztalataink szerint az eljárás a többi palliatív eljáráshoz hasonlóan és azokkal kombinálva jelentősen javíthatja a nagylégúti obstrukciót okozó nem kissejtes, inoperábilis tüdőrákos betegek életminőségét.

IRODALOM: 1. Burt, P. A., O'Driscoll, B. R., Notley, H. M. és mtsai: Intraluminal irradiation for the palliation of lung cancer with the high dose rate micro-Selectron. *Thorax*, 1990, 45, 765–768. — 2. Chetty, K. G., Moran, E. M., Sassoon, C. és mtsai: Effect of radiation therapy on bronchial obstruction due to bronchogenic carcinoma. *Chest*, 1989, 95, 582–584. — 3. Hilaris, B. S.: The role of interstitial brachytherapy in the management of cancer in the lung. *Activity Selectron Brachytherapy Journal*, 1990, 1, (Suppl.) 4–7. — 4. Kernan, J. D.: Carcinoma of the lung and bronchus. Treatment with radon implantation and diathermy. *Arch. Otolaryng.*, 1993, 17, 457–475. — 5. Krell, W. S.: An overview of endobronchial brachytherapy. *Activity Selectron Brachytherapy Journal*, 1990, 1, (Suppl.) 33–37. — 6. Macha, H. N., Koch, K., Stadler, M. és mtsai: New technique for treating occlusive and stenosing tumours of the trachea and main bronchi: endobronchial irradiation by high dose iridium-192 combined with laser canalisation. *Thorax*, 1987, 42, 511–515. — 7. Macha, H. N., Koch, K., Wählers, B.: Endoluminal irradiation in obstructing bronchial tumors. *Activity Selectron Brachytherapy Journal*, 1990, 1, (Suppl.) 38–38. — 8. Paradello, J. C., Waxman, M. J., Throne, B. J. és mtsai: Endobronchial irradiation with Iridium-192 in the treatment of malignant endobronchial obstruction. *Chest*, 1992, 102, 1072–1074. — 9. Schray, M. F., McDougall, J. C., Martinez, A. és mtsai: Management of malignant airway compromise with laser and low dose rate brachytherapy. *Chest*, 1988, 93, 264–269. — 10. Seagren, S. L., Harell, J. H., Horn, R. A.: High dose rate intraluminal irradiation in recurrent endobronchial carcinoma. *Chest*, 1985, 88, 810–814. — 11. Speiser, B., Spratling, L.: High dose rate remote afterloading brachytherapy in the control of en-

dobronchial carcinoma. Activity Selectron Brachytherapy Journal, 1990, 1, (Suppl.) 7-9. — 12. *Spratling, L.*: The role of brachytherapy in the treatment of bronchogenic carcinoma: a pulmonologists perspective. Activity Selectron Brachytherapy Journal,

1990, 1, (Suppl.) 3. — 13. *Yankauer, S.*: Two cases of lung tumour treated bronchoscopically. New York, Med. J., 1992, 115, 741-742.

(Kis Sándor dr., Budapest, Pihenő út 1. 1529)

Ha Ön szeretné pénzügyi helyzetét egy pillantással áttekinteni, akkor...

Drill

**Gazdasági
programcsomag
vállalkozó
orvosoknak**

Számítógép, program, helyszíni betanítás, év végéig előnyös pénzügyi konstrukció!

... a szálak
kézben-
tartására ...

- Szolgáltatás: számlázás, bérszámfejtés, SZJA, útnyilvántartás, pénzforgalom, stb.
- Kapcsolódás: VIDEOTON INFORMATIKA betegnyilvántartó programjához

MAXOFT KERESKEDELMI és KONZULTÁCIÓS KFT.
1093 Budapest, Lónyay u. 29. Telefon/fax: 218-7091 és 218-7472.

MEDITECH ABPM-02 ambuláns vérnyomásmérő monitor

(Teljesíti a Brit Hypertonia Társaság előírásait.)

Most új számítógép programokkal - DOS, Windows, Macintosh verzió!

OMRON (HEM 705C és 705CP)

a svéd SPRIMA cég tesztje alapján az Európai Gazdasági Közösség országaiban professzionális alkalmazásra elfogadott digitális, oscillometriás, automata vérnyomásmérők.

1194 Budapest, Segesvári u. 45. Tel./fax: 128-8809



TELHÍVÁS!

Az újjáalakult INSTANT CONGR-EX Kft. az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Országos Egyesülete fővédnöksége mellett

GAZDASÁGI KIHÍVÁSOK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN címmel országos konferenciát szervez

Szakmai instruktorként: Heves István

Ideje: 1994. február 25-26.

Helye: Villányi úti Konferencia Központ
(Budapest, Villányi út 11-13.)

Részvételi díj: 4 350 Ft

Körlevelet igényelni illetve jelentkezni a következő címen lehet:

INSTANT CONGR-EX Kft. (Sárvári Barbara, 1053 Bp., Ferenciek tere 4-8. Tel.: 266-4066, 266-4067. Tel./fax: 137-6256).

CSAK NÉHÁNY A 16 FŐ TÉMÁBÓL:

- Az orvosok és a kórház szervezeti struktúrája
- Vállalkozó orvos a kórházi betegellátásban
- A kórházi infrastruktúra és üzemeltetése
- Minőség és gazdaságosság
- Vállalkozó orvos a kórházi betegellátásban
- Vállalkozási formák az egészségügy különböző területein
- A finanszírozás és privatizáció

Éber nyugalom...



Anxiron[®]

Buspiron

- Nem benzodiazepin típusú anxiolitikum
- Nincs számottevő szedatív mellékhatása
- Tartós alkalmazása során sem alakul ki tolerancia
- Nem potenciálja az alkohol pszichés hatásait



ALKALOIDA

További információk a részletes alkalmazási előiratban. ALKALOIDA RT Marketing Szervezet Tiszavasvári 4440 Pf. 1. 42-72-511

Gyermeckori vesicoureteralis reflux kezelése Teflon-paszta suburetericus injektálásával

Jainsch Michael dr., Jászai Veronika dr.¹, Pintér András dr. és Farkas András dr.

Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika (igazgató: Méhes Károly dr.)

Pécs Város Önkormányzatának Egyesített Egészségügyi Intézményei (igazgató: Ütő Tamás dr.)¹

A szerzők 1989. március óta 25 betegben (35 ureter) alkalmazták a Teflon-paszta suburetericus injektálását a gyermeckori vesicoureteralis reflux kezelésében. A sikeres kezelés aránya az első injektálást követően 54% volt. Ismertetik a módszer lényegét, kritikusan elemzik eredményeiket. Az eljárás helyettesítheti a vesicoureteralis reflux kezelésében rutinszerűen végzett antireflux (ureter-neoimplantatio) műtétet.

Kulcsszavak: vesicoureteralis reflux, suburetericus Teflon-paszta injectio

A Teflon-paszta szövetekbe történő injektálását klinikai gyakorlatban először 1962-ben alkalmazták dysphonia kezelésében (1). A vesicoureteralis reflux (VUR) gyógyítására az eljárást 10 éve vezették be, és azóta számos országban kiterjedten alkalmazzák (3, 4, 5). A módszer állatkísérletekben történő kidolgozása és betegeken (gyermekeken) történő alkalmazása Puri és O'Donnell nevéhez fűződik (6).

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika sebészeti osztályán 1989. március 1. óta végzik a Teflon-paszta injektálását, az angol irodalomban subureteric Teflon injectionnak nevezett, és STING-nek rövidített módszert gyermekek kezelésében. Közleményünk célja, hogy a kórkép korábban sebészeti eljárással kezelt eseteiben konzervatív kezeléssel (STING) szerzett tapasztalatokról hazánkban elsőként számoljunk be.

Beteganyag és módszer

1989. március 1. és 1990. október 31. között 25 betegben (35 ureter) alkalmaztuk a suburetericus Teflon injektálást VUR kezelésében. A betegek nem szerinti megoszlása (leány/fiú) 23/2 volt. Az átlagéletkor a STING alkalmazásakor 5,3 év (2–14 év) volt. A VUR felismerése és a STING alkalmazása között átlagosan 1,5 év (1 hó–5 év) telt el. Ezen időszakban minden beteg tartós antibakteriális kezelésben részesült. Ennek ellenére a betegek 3/4 részében a bakteriuria és/vagy pyelonephritis recidivált vagy persistált.

A VUR súlyosságának megítélésére a nemzetközi csoportosítást alkalmaztuk (2). A STING alkalmazására általában a kórkép

Treatment of vesico-ureteric reflux with subureteric Teflon injection in childhood. From March 1989 to October 1990, 35 refluxing ureters in 25 children were treated by submucosal injection of Teflon (STING). The overall success rate was 54% after the first injection. The authors detail the procedure and analyse their results which demonstrate that Teflon injection can be safe and effective treatment of vesicoureteral reflux in most cases can replace antireflux surgery.

Key words: vesico-ureteric reflux (VUR), subureteric Teflon injection (STING)

1. táblázat: A vesicoureteralis reflux súlyossági foka a suburetericus Teflon-paszta injektálása előtt

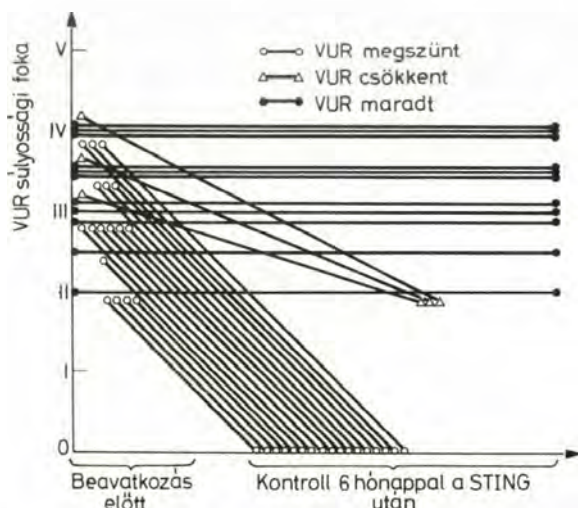
Súlyossági fok	Esetszám
I. fokú VUR	1 ureter
II. fokú VUR	5 ureter
II–III. fokú VUR	3 ureter
III. fokú VUR	12 ureter
III–IV. fokú VUR	6 ureter
IV. fokú VUR	6 ureter
V. fokú VUR	2 ureter
Összesen	35 ureter

középsúlyosságú eseteiben (II–III. fokozat) került sor. 35 VUR súlyossági fokát az 1. táblázat demonstrálja.

A beavatkozást minden esetben parenterális antibiotikus védelemben és narcosisban végeztük. A 13 Ch cystoscopot (Storz, 30 fok) vezettük a hólyagba, és felkerestük az ureterszájadékokat. Egy beteg kivételével minden esetben az ureterszájadékok konfigurációját és/vagy localisációját kórosnak ítéltük meg. A cystoscop munkacsatornáján keresztül, végén éles tűvel ellátott, 3 charrière-es műanyag katétert vezettünk a hólyagba. A tű segítségével az ureterszájadék alá submucosusan átlagosan 0,45 ml (0,2–1,0 ml) Teflon-pasztát injektáltunk. A beavatkozás után a parenterális antibiotikus kezelést 2 napig folytattuk, majd orális chemoprophilaxisra tértünk át. A közvetlen postoperatív időszakban végzett UH vizsgálat egy esetben mutatott közepes fokú átmeneti obstrukciót, mely 3 nap alatt megszűnt. Egyéb szövődeményt nem észleltünk. A kórházi tartózkodás átlagos ideje 3,5 nap volt. A betegek vizeletét 2 hét, 1 hónapos időközökben ellenőriztük. A nephrologiai gondozás során a beavatkozás után 6 héttel, 3 és 6 hónappal történt UH vizsgálat, a 6. hónapban mictiós cystourethrographiát végeztünk.

Az orális antibakteriális kezelést fenntartó adagban a beavatkozás után 6 hónappal minden esetben, a persistáló refluxos betegekben ezen túl is folytattuk.

Rövidítések: VUR = vesicoureteralis reflux; STING (suburetric Teflon injection) = suburetericus Teflon-paszta injectio



1. ábra: A vesicoureteralis reflux alakulása a suburetericus Teflon-paszta alkalmazásától követően; a 6 hónapos utánvizsgálatok eredményei

Eredmények

Azoknak a betegeknek az eredményeit értékeltük, akikben a beavatkozás után legalább 6 hónapos nyomon követés történt. 23 ilyen gyermek 31 kezelt ureteréből 17-ben (54%) a VUR megszűnt, 3 ureterben annak súlyossági foka csökkent, 11 ureterben a VUR változatlan maradt (1. ábra). Progressziót egy betegben sem észleltünk. A 3 javult esetből 2-ben, a 11 változatlan esetből 3-ban a Teflon kezelést megismételtük. Ezeket a betegeket az eredmény nélküli (VUR persistált) csoportba soroltuk. Egy betegben az eredménytelen Teflon kezelést követően Cohen szerinti neoimplantációt végeztünk. 7 betegben tervezzük a Teflon kezelés ismétlését.

A gyógyult gyermekek közül 2 betegben, a persistáló VUR-os betegek közül 4 gyermekben fordult elő ismételt húgyúti infectio a STING és az értékelés közötti időszakban.

Megbeszélés

A gyermekekben irodalmi adatok szerint a VUR STING-et követően 60%-ban az első beavatkozás után megszűnik. Az első beavatkozás eredménytelensége esetén végzett második, illetve szükség esetén a harmadik STING után az eredményesség eléri a 90%-ot (3, 4, 5).

Anyagunkban a módszer hatásfoka nem éri el az irodalomban közölt adatokat. Ezt részben azzal magyarázzuk, hogy a felső húgyúti obstrukciótól való félelem miatt kis volumenű Teflont injektáltunk. Első betegeinknél csak a javasolt mennyiség alsó határaként megadott 0,2–0,3 ml Teflont adtuk be. Ebben a csoportban kevesebb sikert értünk el, mint amikor a több Teflont injektáltuk. Az utóbbi csoportban az első injektálást követően az eredményesség 65% volt. Úgy gondoljuk, hogy gyakorlatunkban is tovább javítható ez a gyógyulási arány.

A beavatkozás indikációs területei elsősorban a gyógyszeres kezelésre nem javuló, középsúlyos VUR esetek (II–III. súlyosságú fokozatok), de újabban jelentek meg közlések, melyek az eljárás sikeres alkalmazásáról számolnak be súlyos fokú VUR (IV. fokozat) kezelésében (4), sőt a módszert alkalmasnak tartják neurogen hólyag talaján kialakult vizeletvisszafolyás gyógyításában is (5).

A STING elsődleges előnye, hogy az antireflux műtétet megközelítőleg azonos értékű, nem sebészi beavatkozással helyettesíthetjük. A STING saját megfigyeléseink és irodalmi adatok alapján szövődégmentes, ismételt, eredménytelensége esetén elvégezhető a sebészeti beavatkozás. Erre anyagunkban eddig 1 alkalommal került sor. További anyagi és emocionális előny, hogy a STING igen rövid kórházi bentfekvést igényel, egyesek szerint az eljárás járóbeteg-ellátás keretében is végezhető (4). Amennyiben már rendelkezésre áll az endoscopiás műszerpark, a STING költsége csekély. A módszer végzéséhez viszont elengedhetetlenül szükséges a gyermekurologiai endoscopiai vizsgálatokban való jártasság.

A dolgozat a Népjóléti Minisztérium TKT (6 T–06 T–626/1990) történő támogatással készült.

IRODALOM: 1. Arnold, G. E.: Vocal rehabilitation of paralytic dysphonia. Technique of intracardial injection. Arch. Otolaryngol., 1962, 76, 358. — 2. Lebowitz, R. L., Olbing, H., Parkkulainen, K. V., Semllie, J. M. és mtsai: International system of radiographic grading of vesicoureteric reflux. Pediatr. Radiol., 1985, 15, 105. — 3. O'Donnel, B., Puri, P.: Endoscopic correction of primary vesicoureteric reflux. Br. J. Urol., 1986, 58, 601. — 4. O'Donnel, B., Puri, P.: Endoscopic correction of primary vesicoureteric reflux: results in 94 ureters. Br. Med. J., 1986, 293, 1404. — 5. Puri, P., Guiney, E. J.: Endoscopic correction of vesicoureteric reflux secondary to neuropathic bladder. Br. J. Urol., 1986, 58, 504. — 6. Puri, P., O'Donell, B.: Treatment of experimentally induced vesicoureteric reflux in the piglet by intravesical injection of teflon. Br. Med. J., 1984, 289, 5. — 7. Report of the International Reflux Study Committee; Medical versus surgical treatment of primary vesicoureteric reflux. J. Pediatr., 1980, 67, 392.

(Jainsch Michael dr., Pécs, József A. u. 7. 7623)

„Tért, jelentőséget és tekintélyt azonban az orvosi kar ne a kormánytól várjon: saját tevékenysége által kell és lehet azt megszereznie”

Markusovszky Lajos

Szokatlan arteria subclavia rendellenesség műtéti kezelése

Gyurkó György dr.

Nógrád Megyei Önkormányzat Kórháza, Salgótarján, Sebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Csiky Miklós dr.)

A szerző egy 36 éves nőbeteg esetét ismerteti, aki a jobb kéz gyöngesége miatt került felvételre. A nyomás a jobb karban 100, a balban 140 Hgmm. Az arteriographia a jobb arteria subclavia kezdeti, mintegy 6 cm-es szakaszának kanyargósságát és a lumen jelentős, átlagosan 61%-os, a legszűkebb helyeken 75%-os beszűkülését mutatta. A többi aortából eredő nagyér normális volt. A műtétnél a szűk arteria subclaviát az arteria vertebralis leágazódása után lekötötte és 8 mm-es Gore-tex prothesist interponált centralisan az arteria carotis communisba vég az oldalhoz, perifériásan az arteria subclaviával lebe-nyes vég a véghez anastomosissal. A beteg panaszmentesen gyógyult. Elbocsátáskor és a 4 éves követés alatt az arteria radialis jól tapintható, a vérnyomás mindkét karban egyforma. Az elváltozást veleszületett rendellenességnek tartja, amelyhez hasonlót az irodalomban nem talált.

Kulcsszavak: arteria subclavia rendellenesség, helyreállítás Gore-tex prothesissal

Az a. subclavia súlyos szűkülete vagy elzáródása felső végtagi vérellátási zavart vagy cerebrovascularis elégtelenséget idéz elő, vagy mindkettőt. Az ok ritka kivételtől eltekintve atherosclerosis vagy arteritis. A fejlődési rendellenesség igen ritkán fordul elő. Az alábbiakban saját esetünket ismertetjük.

Betegismertetés

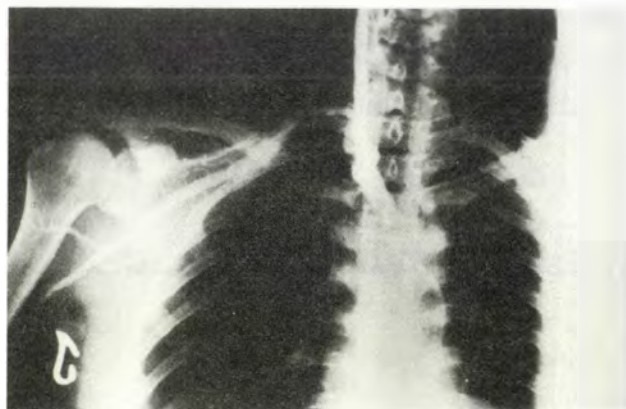
36 éves nőbeteg, a jobb kéz gyöngesége, zsibbadása miatt került felvételre. Pulzus statusa a jobb felső végtagban ++—, bal felső végtagban +++++. Doppler nyomás jo. 100 Hgmm, bo. 140 Hgmm. Alsó végtagok pulzus statusa +++++. Aortaív és jobb subclavia arteriographia: a jobb oldali subclavia eredésétől kezdve, mintegy 6 cm-es szakaszon kanyargós és a lumene az eredeti átmérőjének mintegy felé. A többi aortaívből eredő nagy ér normális (1. ábra). A jobb áttekinthetőség céljából az arteriogramokon látható helyzetet és a mért lumen átmérőket sémás ábrán tüntettük fel (2. ábra). Az arteriogramon végzett mérések alapján az a. subclavia keresztmetszete a normális folytatásához viszonyítva 39%, legszűkebb helye 25%, tehát a beszűkülés 61, illetve

Surgical treatment of unusual abnormality of the subclavian artery. Surgical treatment of an unusual abnormality of the subclavian artery. The author presents a case of a 36 year-old female admitted with complaints of weakness of the right hand. Doppler pressure on the right and left arms was 100 mmHg and 140 mmHg respectively. Arteriography of the right subclavian artery showed a 6 cm-long tortuous area with a significantly narrowed (average 61%, maximum 75%) lumen. Other major arteries originating from the aorta did not exhibit pathological alterations. At surgery an 8 mm bore Gore-tex prosthesis was centrally anastomosed end-to-side to the common carotid artery, and the narrowed subclavian artery was ligated under the branching of the vertebral artery. A pedunculated end-to-end anastomosis was performed with the subclavian artery. The patient was released complaint-free. After a 4-year follow-up period the radial artery is palpable, the pressure in both extremities shows no alterations. The described pathology is regarded a congenital vascular alteration, which has never been described in the literature.

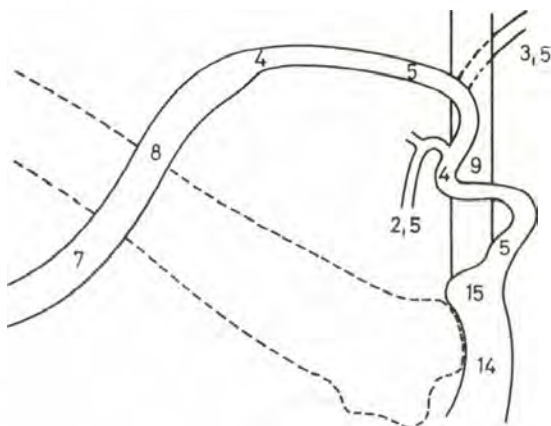
Key words: abnormality of the subclavian artery, reconstruction with Gore-tex prosthesis

75%-os. Így érthető, hogy a hosszú, kanyargós, szűk érpálya nyugalmi, de különösen működési fázisban haemodynamikailag jelentős beszűkülést jelent. Intratrachealis narcosisban műtétet végeztünk. Supraclavicularis metszésből felkerestük az atípusos elhelyezkedésű, szűk, kanyargós a. subclaviát. Az a. subclavia a kulcsfont közelében már normális méretű volt. A centralis csontot az a. vertebralis leágazása után lekötöttük. Az a. carotis communis kirekesztve 8 mm-es Gore-tex prothesist implantáltunk vég az oldalhoz anastomosissal, 5/0-s Gore-tex fonállal. Az a. subclaviát a kulcsfont magasságában ferdén átvágtuk és lebe-nyes vég a véghez anastomosist készítettünk, ugyanúgy 5/0-s Gore-tex fonállal (3. ábra). A helyreállítás után a keresztmetszeti viszonyokat elemezve az a. carotis communis közös szakaszának területe 48%-a az anonymsa keresztmetszet, mínusz megmaradt a. subclavia keresztmetszetének, vagyis a beszűkülés 52%-os. A kiáramlási pályához viszonyítva 56%-os a carotis keresztmetszet, vagyis a beszűkülés 44%-os. Tulajdonképpen minden subclavia transposíciós műtétnél hasonló helyzetet állítottunk elő, amely azonban haemodynamikailag jól kompenzált.

A postoperatív kórlefolyás zavartalan volt. Műtéti sebe pp. gyógyult. Pulzus statusa a jobb felső végtagon +++++. Doppler nyomás: 130 Hgmm, bo. változatlan. A szövettani vizsgálat az izomrétegben észlelt kiskókú collagen rost felszaporodáson kívül más kórosat nem mutatott.



1. ábra: Az a. anonyma és ágainak szelektív műtét előtti arteriogramja

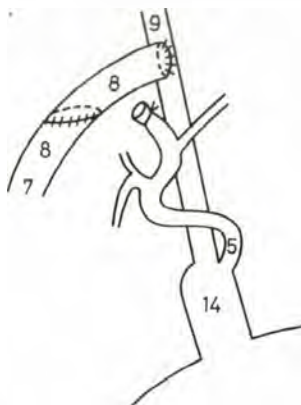


2. ábra: Az a. anonyma és ágainak sémája a méretek feltüntetésével

Egy hónap után végzet kontroll vizsgálatkor a beteg panaszmentes. Vérnyomása mko. 140 Hgmm. A fél év után végzett vizsgálat a jobb carotis és subclavia felett halk zörejt észlelt, a vérnyomás mko. 130 Hgmm. A 4 éves megfigyelés alatt a beteg panaszmentes.

Megbeszélés

Az aberrans jobb arteria subclaviát *Felson és mtsai* (2) írták le 1950-ben. *Volmar és mtsai* (6) a jobb a. subclavia proximalis harmadának atresiáját közölték 1965-ben, circulus Willisii hypoplasiával kombinálódva. *Becquemin és mtsai* (1) egy 35 éves férfi beteg esetét ismertették, akinek fibromuscularis dysplasia miatt többszörös jobb a. subclavia szűkülete okozott panaszokat. Carotis-subclavia by-



3. ábra: A műtét után létrehozott helyzet és a méret viszonyok

passal sikeresen megoperálták. *Mogan és mtsai* (4) egy 14 éves nőbeteg aorta descendensből eredő, a nyelőcső mögött jobbra haladó, nyelőcső compressióval dysphagiát okozó jobb a. subclavia rendellenességét írták le, amelyet transposícióval gyógyítottak. *Rowe és mtsai* (5) két esetet ismertetik, akiknél az aortából rendellenesen a bal subclavia után eredő jobb a. subclavia szűkülete, illetve elzáródása jobb oldali subclavián stealt okozott. Az egyik esetüket carotis-subclavia bypasssal kezelték.

Saját esetünk érdekessége a következő: a betegnek az elváltozása, amelyhez hasonló az irodalomban nem találunk, veleszületett lehet, azonban kifejezettebb panaszokat csak később okozott. A műtét megoldás előzetesen a subclavia transposíciók terén szerzett tapasztalataink alapján (3) egyedi. Kvantitativ elemeztük a műtét előtt és után az érpálya geometriai viszonyait. A műtét sikerét a mért vérnyomás értékek, valamint a beteg 4 éves követése alatti panaszmentesség igazolja.

IRODALOM: 1. *Becquemin, J. P., Lejonec, J. L., Melliére, D. és mtsai*: Fibromuscular Dysplasia of the Right Subclavian Artery. *Europ. J.*, 1988, 3, 378—379. — 2. *Felson B., Cohen S., Courter S. és mtsai*: Anomalous Right Subclavian Artery. *Radiology*, 1950, 54, 340—348. — 3. *Gyurkó Gy.*: Haemodynamikai vizsgálatok a. subclavia transposíciók kapcsán. *Nógrád Megye Orvosainak és Gyógyszerészeinek Közleményei*, 1988, 2, 87—96. — 4. *Mogan J., Dzsinich Cs., Acsády Gy. és mtsai*: Az arteria subclavia transposíciója az arteria carotis communisban: indicatio, technika, irodalmi áttekintés. *Magy. Seb.*, 1983, 36, 205—207. — 5. *Rowe, D. M., Becker, G. J., Scott, J. A. és mtsai*: Right Subclavian Steal Associated with Aberrant Right Subclavian Artery. *Amer. J. Neuroradiol.*, 1988, 9, 604—606. — 6. *Völlmar, J., El Bayar, M., Kolmar, D. és mtsai*: Cerebrale Durchblutungsinsuffizienz bei Verschlussprozessen der A. subclavia (Subclavian steal effect) *Dtsch. med. Wschr.*, 1965, 90, 8—14.

(Gyurkó György dr., *Salgótarján*, Füleki út 64. 3100)

„Nem a betű, hanem az... egyes emberek törekvése, a munkásság és szellem teremti a tudományt s mindazt, mi naggyá és nemessé tehet egy nemzetet”

Markusovszky Lajos

A hazai dermatológia kiválósága: Beck Soma (1872–1930)

Az ezerkilencszázötvenes évek elején még csak 28 dermatovenerológus specialistát sorol fel fővárosunk orvosi címtára (1), a *Néka*m Lajos vezetése alatt működő bőr- és bújakórtani intézet pedig összesen hét szakorvossal látta el a reá háruló feladatokat. A hirtelen felduzzadt város szükségletét, az iparosodással járó foglalkozási ártalmak fokozódását és az életmódváltással megjelenő nemi szokások káros következményeit egyaránt. Kevesen gondoltak még ekkor a fenyegető nagy próbatételre, hogy egy évtized múltán a harmadára zsugorodott ország háromszor annyi szakembert fog képezni (és az is kevés lesz), miközben a felállított *poszonyi* egyetem majd a *Mecsek*alján fogja megtalálni végleges helyét. A kettős korszakba aszimmetrikus fejlődésébe belejátszott a *Spirochaeta pallida* és a Wassermann-reakció felfedezése, valamint új gyógyszerek (pl. a Salvarsan) bevetése, miközben a klasszikus bőrgyógyászat a bevált kenések és színes festések területe maradt, a ríktó kórokozók, indiános ecseteléssel. Legalábbis látványosan, mert a hagyományosan leíró dermatológiát kezdte felváltani a szövettani szemlélet, kóroktani kutatásban a funkciózavarok kialakulása, s *Leloir* szavaival a bőrgyógyászok lassan észrevették a megváltozott kultúrában a beteg embert (2). A neuropatológiai irányzat is bekerült a dermatológiába, a bécsi *Auspitz* tanár a bőraffekciókat vasomotoros, trophoneurosisos és idioneurosisos csoportokra osztotta (3), *Hebra* tanítványai közül *Ehrmann* már szövettani laboratóriumot rendezett be, miként Párizsban *Ranvier* és *Malassez*, Hamburg klinikáján *Unna*, hogy egymással versengve mutassák be a bőr szövettani mikrostruktúráját, melynek a színes fotózás adott új látványokat. A századelő Budapesten *Havas* Adolf, *Róna* Sámuel és különösen *Gusztav* József lendítette korszerűvé a hazai venerológiát, a dermatológia szövettan kínálta új lehetőségeit viszont egy fiatal patológus ismerte fel, aki *Pertik* professzor kórbonctani intézetéből indult el, s a zseniális *Krompecher* Ödön munkatársaként már 31 évesen nagy feltűnést keltő dolgozatot közöl a primer bőrrákok finom szerkezetéről (4). Beck Soma volt ez a tehetséges kutató, kinek személyében a hazai szövettani szemlélet megteremtőjét és Pécs első bőrgyógyászprofesszorát tiszteljük. Hat évtizeddel ezelőtt hunyt el aránylag fiatalon, nevét azonban beírta a magyar dermatológia történetébe.

Beck Soma 1872. aug. 3-án született Keszthelyen, gyermek- és ifjúkorát a tanulás töltötte ki. Így került a budapesti orvosi karra, ahol 1895-ben *Krompecher* Ödönnel együtt orvosdoktorrá avatták. A két évfolyamelső rövidesen egymásra talált, *Pertik* Ottó tanár kórbonctani intézete volt az a kitűnő műhely, ahol *Kelen* Béla, *Krompecher* Ödön és *Winternitz* Arnold kutatói társaságában Beck Soma a bakteriológiával kiegészített kórszövettan területén az első ígéretes lépéseket megtette. Önálló bakteriológiai intézet akkor még nem létezett. A „szeretett főnök” rövidesen *Schordann*-ösztöndíjat szerzett az orvosdoktori oklevéllel egy időben kinevezett tanársegéd számára, hogy Bécsben *Ehrmann* mellett bőrgyógyászati kórszövettan,

Kaposi híres osztályán magas szintű klinikumot tanuljon. A Strauss-zenés és Schnitzler-színház császárváros után a szellem és a szakma legfényesebb Mekkája, Párizs következett, ahol a gyermekkorából magyar kapcsolatokat ápoló J. F. *Darier* professzor (5) és a Ch. *Ricord* szifilidológiai örökségét felvállaló *Fournier* bővkörében tágította tovább hivatásának horizontját. Az *Hôpital St. Louis* körtermében, illetve a *Collège de France* speciális laboratóriumában, ahol *Ranvier* és *Malassez* irányítása alatt sajátíthatta el a hisztopatológia legújabb eredményeit. Kiugró teljesítményére jellemző, hogy 1898-ban a Francia Dermatológiai Társaság a levelező tagjává választotta (6). A franciával konkurálni kívánó német dermatovenerológiában ekkor *Unna* hamburgi intézete haladt az élen, ahol elsőként jelent meg monográfia a bőr biokémiájáról (7). Beck Soma szakmai elismerése a Hanza-városban sem maradt el, 1900-ban az *Unna* szerkesztésében megjelenő *Monatshefte für praktische Dermatologie*, majd ennek folytatásaként a *Dermatologische Wochenschrift* belső munkatársa lett, s nem utolsósorban *Unna* volt a szerkesztője annak a *Dermatologische Studien* című rangos kiadványsorozatnak, amely a még névtelen magyar szerzőpáros, Beck és *Krompecher* bőrgyógyászati (bőrrákokról szóló) művét megjelentette.

A fiatal tudós szakmai tekintélyére jellemző, hogy 1897-ben az első magyar bőrgyógyászprofesszor, *Schwimmer* Ernő 25 éves tanársága alkalmából kiadott reprezentatív kötetben (8) a világhírű *Campana*, *Radcliffe*, *Hallopeau* és *Jullien*, *Kaposi* és *Neisser* külföldi professzorok, *Marschalkó* Tamás, *Havas* Adolf, *Róna* Sámuel és *Török* Lajos hazai tanároké mellett Beck Soma neve is megtalálható. Az emlékkönyv cikke: *A resorcin befolyása alatt lehamlott szaruréteg szerkezetéről*, melynek górcsővi vizsgálatát szintén *Unna* laboratóriumában végezte. Az *akne* és *seborrhoea faciei* resorcinos hámlasztása után, érdekes részletmegfigyelésekkel, ám óvakodva a végkövetkeztésektől. Jelezvén, hogy a fiatal tudósnál az elmélet már átterelődött a gyógyító gyakorlat területére. A már említett 1903-as kiadású „*Hautcarcinome*” (1. ábra), elkülönít tüskés sejtekből álló spinocelluláris rákokat, a basalsejtekből kiinduló, degeneratív és regressív folyamatokat mutató basocelluláris rákokat, valamint átmeneti spinocelluláris változatokat. *Unna* nézetével egyetértve konstatálták, hogy a pigmentált *naevus-sejtfészkekből* kiinduló daganatok *nem naevo-sarcomák*, hanem *naevo-carcinomák*, miután a sejtfészkek epitheliális eredetéről meggyőződtek (9).

Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome

und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen
Beziehungen zwischen Epithelwucherung und
Bindegewebswiderstand.

Von

Dr. Cornelius Beck,
ordnender Arzt für Hautkrankheiten am
Adolf Brody Kinderhospital

und Dr. Edmund Krompecher,
Dozent der pathol. Histologie und Bakteriologie an der Universität zu Budapest,
Adjunkt am II. pathol. anatomischen Institut.

Motto: Prudente interrogatio dimidium est
scientiae. Bacon.

Mit 4 Tafeln.

Gekürztes Proisarbeit.

(Aus dem II. pathologisch-anatomischen Institut der Universität zu Budapest
Direktor: Prof. Dr. Otto Pertik.)

Hamburg und Leipzig,
Verlag von Leopold Voss.
1908.

Beck Soma hazatérése után visszakerült Pertik professzor intézetébe, ám „beteganyagot” látni ájtárt a *Bródy* Adél gyermekkórház ambulanciájára, ahol 1900-ban rendelő orvos, 1908-ban pedig főorvossá választották. Ezek után érthetően megsaporodtak a gyermekgyógyászati vonatkozású bőrgyógyászati tanulmányai, pl. a *Budapesti Orvosi Újságban* A csecsemő és gyermekkori eczémák kezelése a törzsön és a végtagokon, Lichen simplex krónikus esete 9 éves fiúnál (10), A bőr reakcióképességéről a gyermekkorban, hogy csak pár jellemző közleményt említsünk. Az ambuláns vizsgálatokon természetesen nem kerülhetett meg a venerológiai eseteket sem, így szifilidológiai kazuisztika is bekerült a reportárjába.

Magántanár 1905-ben habilitálták a bőr- és bujakór- tan és gyógytan tárgyköréből. Próbaeladásának címe: *Gyermekekori bőrbajok összefüggése a belső szervek megbetegedéseivel* (11), szavait idézve: „Észleléseimnél egy heterogén túlérzékenységről lehet szó, amidőn egymástól teljesen különböző anyagok — egyrészt az akut fertőző betegségek toxinjai, másrészt az emésztés közben a bélben fejlődő toxinok — váltják ki az anaphylaxiás tüneteket.” Igen jelentős felismerést közölt 1913-ban, amikor az *Újabb adatok az erythema mycoticum infantile ismeretéhez* című dolgozatában (12) a csecsemők hámló bőrének nativkészítményében soormykosis jelenlétét mutatta ki, bár a fartájék hámlása látszólag bélműködési zavarokra utalt. Noha ezt német nyelven is leközölte (13), a *szakirodalom mégis más nevéhez köti a prioritást*. Beck Somának viszont soha nem volt kedve elsőbbségi vitákba keveredni, sajnos.

Sokat foglalkozott az égések és fagyások kezelésével, s amikor az *Ehrlich—Hata-féle Neosalvarsan* megjelent, foglalkozott annak lokális és gyermekgyógyászati alkalmazásával. Megállapította, hogy a bőrgyógyászati ödémaképződés elsősorban a véredények fokozott átjárhatóságának a következménye. Minden hisztológiai elváltozásban kereste a bakteriológiai komponens, ám tisztában volt annak másodlagos voltával. Azért is javasolta a felülfertőzések csökkentésére a permangános borogatást, ami akkor még egyáltalán nem volt kezelési evidencia. A korabeli at-laszok ijesztő bõrgennyedésekrõl árulkodnak. Ő volt a Budapesti Orvosi Újság ügyeletes dermatovenerológiai referense az első világháború kitöréséig. Egyértelmű tekintélynek számított, a szakirodalomban rendszeresen idézték.

A nagy világégés Beck Soma magántanárt is váratlanul érintette, a törekény fizikuma ellenére mégis vállalkozott hadi szolgálatra. Az 1915. március 18-án megtartott XIII. hadisebészeti értekezleten a háborús fagyásokról tartott előadást, szemléltetést a *Manninger Vilmos* és *Milkó Vilmos* sebésztanárakéval összehangolva. Az 1916-ban kiadott vaskos kötetben (14) jelent meg *A háborús bőrbetegségekről* szóló nagy tanulmánya a Pénzüntézetek Hadikórházából, ahol ő maga a bőrosztályt vezette. A hadikórházat a Fehérvári úton a Magyar Villamossági Rt. gyáépületében állították fel, élére a kiváló sebész *Manninger Vilmos* nevezték ki. Beck dolgozata ijesztő ábrákkal és statisztikákkal mutatta be a háború bőrgyógyászati „tükörképét”. A Monarchia bomlásának kritikus esztendeje, 1918 már a fővárosi *Zita-kórház* főorvosaként éri el, ahová az újonnan felállított (15) pozsonyi egyetem nyert átmeneti és háborús elhelyezést. A negyedik egyetem dermatovenerológiai tanszékére 1921-ben választották meg Beck Somát. A kinevezése hivatalosan 1922. január 5-én történt, 1924-ben pedig intézetével Pécsre költözött.

Ő lett a pécsi diákjóléti intézmény vezetője, képkiallításokat és teadélutánokat rendezett, hogy a menekült diákok menzájához hozzájáruljon. Tanítványai kedvelték benne a kitűnő előadót és színes egyéniséget, aki nemcsak tudásával, de bölcs ítélőképességével és hallatlanul sokoldalú műveltségével is lenyűgözte környezetét. Épp mert szerényen, azért hatásosan. A teljes odaadással oktató, betegeivel már-már pszichiáterként törődő professzor a mecsekalji évei alatt sem engedett a publikációs szintjéből.

Fontos közleménye jelent meg a dispositio szerepéről a bőrbetegségeknél (16), a bőrsorvadással járó idült tüszőgyulladásokról (17), valamint német nyelvű cikkek a *Salvarsan-kezelésről*. *Jadassohn* őt kérte fel a nagy bőrgyógyászati kézikönyv (18) epithelioma-fejezetének írására.

Amikor 1929-ben szeretett mesterét, *Unna* professzort búcsúztatta, kevesen gondolták, hogy egy év múlva már az ő emléke előtt fognak fejet hajtani pécsi tanítványai egy markáns kötetrel, melyet *Sabouraud* és *Delbanco* is megtisztelt egy-egy tanulmánnyal. Tanártársai nevében *Entz Béla* búcsúztatta (18), születésének centenáriuma *Szodoray Lajos* (1903—1980) emlékezett meg róla (19). Alig élt 58 évet, és már több mint hat évtizede nincs az élők sorában.

Emlékét jó lenne emléklappal is őrizni.

IRODALOM: 1. Magyarország orvosainak évkönyve és címtára. 82. Bp., 1910. — 2. *Póór Ferenc*: Dermatológia, 21. o., Bp., 1922. — 3. *Schönbauer*: Das medizinische Wien, 1947, Wien. — 4. *Beck-Krompecher*: Die feinere Architektur der primären Hautcarcinoma, Hamburg und Leipzig, 1903. — 5. *Szállási Árpád*: Emlékezés egy nagy dermatológusra. Orvosi Hetilap, 1978, 990. o. — 6. Beck Emlékkönyv, 4. o., Pécs, 1930. — 7. *P. G. Unna*: Biochemie der Haut, Jena, 1913. — 8. Tudományos dolgozatok Schwimmer Ernő betöltött 25 éves tanársága alkalmából. Bp., 1897. — 9. *Lang Mihály*: Beck Soma professzor. Emlékkönyv, Pécs, 1930. — 10. Orvosi Hetilap Gyermekorvosi Melléklete 1905. — 11. *Szabó Pál*: A M. Kir. Erzsébet Tudományegye-

tem és irodalmi munkássága. Pécs, 1940. — 12. Bőr és Bujakórtan, 1913. — 13. Über das Erythema mycoticum infantile. Balneologiai Egy. Évk. Bp. 1906. — 14. Pénztézetek hadi-kórházának első évkönyve. 444–475. o. Bp., 1916. — 15. A debreceni és pozsonyi egyetemről szóló törvény. Bp., 1912. — 16. Bőrbetegség és dispositio. Orvostudomány, 15., 1925. — 17. Folliculitis fistulosa nuchae atrophicans. O. H., 1925. — 18. *Entz Béla*: Beck Soma, Orvosi Hetilap, 1930. — 19. *Szodoray Lajos*: Megemlékezés Dr. Beck Somáról. Bőrgyógy. Szemle. 134. o., 1972.

Szállási Árpád dr.

Egy elfelejtett debreceni orvos: Zelizy Dániel (1847–1889)

Az 1867-es kiegyezés után néhány békés évtized következik, amikor végre hozzáláthat az ország, hogy civilizációban, tudományban utolérje a szerencsésebb történelmű Nyugat-Európát.

Ez a kései reneszánsz az orvostudomány terén számos kiváló ember előtt nyitotta meg képességei szabadabb érvényesítésének útját — még a múlt század ötvenes éveinek második felében —, hogy csak *Balassa, Markusovszky, Fodor József és Korányi* Frigyes nevét említsük. És ugyanez az áramlat a szülője a kevésbé nagy formátumú, ám Debrecen számára jelentős és orvostörténeti szempontból is figyelemre méltó *Zelizy Dánielnek* is.

A Bihar megyei Sáp községben született református lelkész fiaként. Középiskoláit a debreceni *Református Kollégiumban* végezte, majd orvostanhallgató lett; a budapesti egyetem orvosi karánál *Album medicorum* igazolja, hogy 1870. nov. 28-án *Wachtel* Dávid dékán orvosdoktorrá avatta.

Valószínűleg *Debrecenbe* nősült és itt kezdett magánorvosi gyakorlatot, ahol „hamar igen keresett orvos lett és tevékeny szerepet vitt a város közéletében” (14). 1875-ben már a *Kollégium* jogakadémiáján a törvényszéki orvostan helyettes előadója, és ugyanekkor jelenik meg első könyve: *Gramm és grán... a pontos átszámítás megkönnyítésére* (5). A régi mértékegységről az újra való áttéréshez kívánt segítséget nyújtani a már ekkor is közügyekben gondolkozó fiatal orvos — „az áttérés ugyanis felzaklatta a kedélyeket”. Célja azonban több ennél: „törekvésem az volt, hogy nemzetem szent ügyét... a csálhatatlan számok hatalmával védelmezem”. Ez a kiegyezéskori lelkesültség ma talán szokatlan, de egész életét végigkísérő vezérelve volt a tudomány eszközeivel a nemzet felemelkedése, a közös érdekében munkálkodni.

1876-ban ő ismerteti a *Debreceni Orvos-Gyógyszerész Egyesületben* a parlament előtt fekvő egészségügyi törvényjavaslatot. Fiatal kora nem gátolja, hogy kritikusan mérlegelje a készülő törvényt és szűrés nélkül felsorolja a súlyos hiányosságokat, melyek az akkori viszonyokat jellemezték: a sok áldozatot szedő járványokat, a népesedést

gátló alkoholizmust, az elburjánzott, agresszív, életeket veszélyeztető kuruzslást. Egészségtelenek a lakóházak, csakúgy, mint a városok levegője; nincs csatornázás, nem megfelelő az ivóvíz, egészségtelenek az iparosműhelyek. Nincs lelencház, szegénykórház, szegénygondozás. Különösen lesújtó a véleménye az iskolák állapotáról: „nálunk az iskolának olyan hely is jó, mely más célra nem használható”. Mindezek ellenére optimista. Bíz benne, hogy a törvény hatására néhány év alatt kedvező fordulat várható. Végül hivatkozik a jogtudós *Stein* Lőrincire, aki a 18. sz. végén már a betegségmegelőzés fontosságát hangsúlyozta, és felhívja a figyelmet arra az ellentmondásra, hogy mindenki egészséges, hosszú életre vágyik, de hogy ezért tenni is kell valamit, senki sem gondol.

Még ugyanez évben a gyógyítás úttörőjeként is bemutatkozik. Mint „*A heveny csúszos ízületi lob és legújabb gyógyszer*” című, 1876. febr. 26-án Debrecenben megtartott előadásában (6) elmondta, Berlinben értesült arról, hogy az *acut rheumás polyarthritis salicylsavval* kitűnően gyógyítható. Itthon rögtön ki is próbálta két betegén. Kétóránként 0,40 g-ot adva „a moccanni sem tudó beteg másnap felkelt”. Egyébként is a legmodernebb ismeretekkel felfegyverkezve állt szemben a reumás láznak ezzel az akkoriban igen gyakori, súlyos manifesztációjával: valószínűsítette, hogy baktériumok okozzák, hogy „bámulatos összefüggésben van a szívet érintő gyulladással” és hogy a bajt *nem* a húgysav felszaporodása okozza. *Zelizy* történeti érdeme, hogy azonnal felismerte a szalicilban rejlő nagy terápiás lehetőséget, ami hasonlítható a cortison 75 évvel későbbi bevezetéséhez. Publikációja egyazon évben jelent meg a skót *MacLaganéval* (1) és a német *Strickerével* (3).

Az *acut polyarthritisben* elért biztató eredmény hatására próbálta ki a salicylt a sokkal ijesztőbb, mert jelentős mortalitást okozó *diphtheriában*. Erről az 1879-ben megjelent monográfiában számol be (9) (*l. ábra*). A pathológiára alapozott hármas felosztása lényegében egyezik a mai osztályozással. Felismerte, hogy a fertőzés fő veszélye a „vérmérgezés” — toxicosis —, ez sokkal több gyermek



halálát okozza, mint a *gége-croup*. Ez indította arra, hogy szakítson a barbár ezüstitrátos és sósavas ecsetelésekkel, mert „helyi kezeléssel sok életet tudnak kioltani”; és helyettük salicylt adjon, amely „igen becses életmentő szer a torok diphteria azon alakjai ellen, melyek torokgyík nélkül folynak le”. Helyes ítélőképességét tanúsítja, hogy nem tartotta külön betegségeknek a „roncsoló toroklobot” és a gége-croupot („torokgyík”), amint akkoriban szokás volt és amit még egy évekkel később megjelent tankönyv is vallott (2). Könyvében 170 salicyllal kezelt esetről számol be, közülük 9 halt meg. Hogy ez az adat mennyire megbízható, nem különösen lényeges; a *diphteria antitoxin* 1890-es bevezetése után minden egyéb gyógymód ugyanis szinte elvesztette jelentőségét. A lényeg az, hogy Zelizynek volt bátorsága szakítani az ecseteléssel, és helyette egy gyulladásátló, láz- és fájdalomcsillapító gyógymódot alkalmazni. Öt évvel a kórokozó azonosítása előtt már meggyőződése, hogy a bajt baktériumok okozzák, és az is, hogy a salicyl nem antibakteriális szer. „Olyan szer kell — írja —, mely alacsonyabb organismusokat öl és pusztít.” *Behring* a hatásos antitoxint 1890-ben állította elő. Zelizy másfél évtizeddel előbb nem gondolhatott ilyesmire, viszont megfogalmazódott benne az *antibakteriális therapia* igénye 60 évvel a sulfonamidok felfedezése előtt.

1878-ban elhunyt *Kátai* Gábor, Jász-Nagykun-Szolnok megye tisztí főorvosa; Zelizy az orvos-gyógyszerész egyetben állít neki emléket (8), jóllehet Kátait sem születése,

sem munkássága nem kötötte Debrecenhez. A szövetségnek szól a főhajtás. Kátai az ország szomorú elmardottságát az oktatás silány voltában, a magyar nyelvű természettudományos tankönyvek és szakirodalom hiányában látja. Nála is nagy hangsúlyt kaptak a járványok. „A járvány ellen szükséges rendszabályok pontos teljesítésének útjában népünk míveltségi, illetve míveletlenségi állapotát találja legfőbb akadálnak” továbbá „a bibliai történetek helyett egészségtant kellene az iskolában tanítani” — idézi a nekrológ Kátait.

Szelele sokoldalú volt, munkabírása — úgy tűnik — kimeríthetetlen. A *Magyar Orvosok és Természettudósok* 1882-ben Debrecenben tartott nagygyűlése alkalmából a város reprezentatív kötetet adott ki: *Debreczen Szabad Kir. Város egyetemes leírása*; a vaskos kötetet Zelizy szerkesztette és ő írta több fejezetét is (10). A *Népleírás* című fejezetben mint műkedvelő néprajzos remekel. Színes, életteli, bár némileg idealizált képet fest a debreceni *cívist*ről, erről a minden bizonnyal egyszervolt társadalmi formációról, melynek gerincét a földjükön gazdálkodó, de a városban lakó paraszt-polgárok képezték. Zelizy maga így határozza meg a *cívist*: gazdálkodó, vagy vagyonos iparos, kereskedő. Majd e réteg jellemzése következik, amelyből megtudjuk, hogy a debreceni polgár a legjózanabb gondolkodású, puritán, fáradhatatlan szorgalmú, „vallásos és erkölcsi élete még mindig a letűnt századok tiszta nyomdoka-in jár”. Az asszonyok is bőven kivették a részüket a vagyongyarapító munkából. Női iparágak léteztek mint a bundahímzés, perec-, bélessütés, vásárookra fonatossütés (*Pereces*, *Fonatos* utca őrzi emléküket). Debreceni polgárnak csak az mondhatta magát, aki *polgári oklevelet* kapott. A polgárjog azonban nem öröklődött: ki kellett érdemelni.

Egyik legfőbb feladatának Zelizy a járványok elleni küzdelmet tartotta. 1884-ben elkészítette egy járványügyi szabályrendelet tervezetét (11). Ez járvány esetén a főbb teendőket így összegzi: bejelentési kötelezettség; a fertőtlenítés módjának, eszközeinek előírása (igen alaposan részletezett, csupán az ivóvíz fertőtlenítéséről nem esik szó); járványorvosok kirendelése; járványkórház. Elrendelendő a vesztetgár, ami kiterjed a vasúton, postán szállított javakra is. Gyógyíttatási kötelezettség a családfő, ill. munkaadó részéről.

Hogy a fertőzés módját illetően még az 1880-as években is voltak tisztázatlanságok, illusztrálja a betegségek csoportosítása. Ugyanis még nem volt közismert az enterális fertőzések terjedési módja, a vektorokról pedig 1898-ig semmit sem tudtak. Tehát a *miasma*-teóriának még voltak sértetlen hadállásai. A szabályrendelet azonban hiányosságai mellett is sok megbetegedést elkerülhetővé tehetett (nem tudjuk, hatályba lépett-e).

Az orvostörténet iránti vonzalma korán jelentkezett. Már a diftéria-monográfiához csatolt egy fejezetet a mikrobiológia kialakulásáról és a nagy járványok történetéről. 1887-ben a himlőoltás történetét írja meg (12) több, kevésbé ismert körülmény közlésével.

Megtudjuk pl., hogy már *Jenner* fellépte előtt „rebesgették” a tehénhimlővel való fertőzés védő hatását; hogy 1765-ben két orvos tehénhimlőn átesetteket fertőzött meg variolával, anélkül,

hogy megbetegedtek volna. (Ártatlan képpel fűzi hozzá Zelizy, hogy Londonban ezt a hírt semmibe vették, „mert talán a múlt században olyan volt a divat Angliában, hogy a fővárosban kívül nagy jelentőségű dolgot mívelni nem lehetett”.)

Skóciában, ahol Jenner született, szintén léteztek népi ismeretek a tehénhimlő védő hatásáról [akárcsak Erdélyben (4)].

Ilyen előzményekre támaszkodva kezdte meg kísérleteit Jenner 1776–79 között, s tette közzé módszerét 1798-ban.

Utolsó megjelent munkája Zelizynek az 1831. évi debreceni kolera-járvány leírása (13). A kór közeledtével a hatóságok igyekeztek elejét venni, hogy járványos vidékről érkezők bejussanak a városba (ohati provizor, mátai komisszárius). Aki gyanús volt, vesztégház alá helyezték, sőt járványkórház is várta a már beteg érkezőket. De mindez nem bizonyult elegendőnek. Az első megbetegedések július 12-e táján történtek a Péterfia utcán, onnan terjedt szét a kolera. Rabok „bántak” az egyedülállókkal és ásták a sírokat amnesztia ellenében. A kolera házakat karantén alá helyezték, ellátásukat hatóságilag szervezték meg. Elrendelték az éjszakai kijárási tilalmat. A patikák hitelbe adták a gyógyszert, a halottakat pedig szertartás nélkül temették. Városrészenként szükségkórházakat nyitottak. A piacokon az élelem napról napra kevesebb lett, ennek pótlása is a hatóság gondjait szaporította. Adakozásra is felszólítottak, a „szűkölködők” számára pedig ingyenkonyhákat szerveztek. Augusztus 19-én kezdett a helyzet javulni, a „Csapó utcán és a Péterfián a sűrű halálozás alábbhagyott”. Ekkor feloldották a vesztégházat és már istentiszteletet is tartottak a szabadban. Szeptember

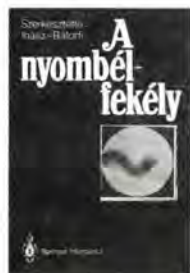
végére pedig le is zajlott a járvány, 28-án a halottakat végtisztességben részesítették.

Zelizy végtisztességére is sor került alig két évvel az érdekes orvostörténeti dolgozatok megjelenése után. 1889 májusában halt meg, a nekrológ tanúsága szerint hosszú, kínos betegségben. A halotti anyakönyv *hashártyalobot* jelelt meg haláluként, s a kettő egybevetése *peritonitis tuberculosát* valószínűsít. „Városa benne kedvelt orvosát, közéletének tevékeny harcosát, a hazai közegészségügy egyik lelkes szószólóját veszítette el” — írta az *Orvosi Hetilap* búcsúztatójában. Negyvenkét évesen halt meg s ez meghiúsította életműve kiteljesedését.

IRODALOM: 1. *MacLagan, T.*: The Treatment of acute Rheumatism by Salicin, *Lancet*, 1876, i. 324–325. — 2. *Purjesz Zs.*: A belgyógyászati tankönyve. Bp., 1885. — 3. *Stricker*: Über die Resultate der Behandlung der Polyarthrits rheumatica mit Salicylsäure. *Berliner Klin. Wochschr.*, 1876, 13, 1–2, 15–16, 99–103. — 4. *Szabó T. A.*: Nép és nyelv. *Kriterion*, 1980, p. 353. — 5. *Zelizy D.*: Gramm és grán. A grán rendszerből a gramm rendszerbe történő pontos átszámítás megkönnyítése végett stb. Debrecen, 1875. — 6. *Zelizy D.*: A heveny csúzos ízületi lob és legújabb gyógyszere. *Gyógyászat*, 1876, 16, 181–184, 199–204. — 7. *Zelizy D.*: Miről szól a közegészségügyi törvény? *Db.* 1876. — 8. *Zelizy D.*: Megemlékezés Kátai Gáborról. *Db.* 1878. — 9. *Zelizy D.*: Vihar a gyermekkor felett *Db.* 1878. — 10. *Zelizy D.* (szerk.): Debreczen Sz. Kir. város egyetemes leírása, pp. 246–300, *Db.* 1882. — 11. *Zelizy D.*: Járványügyi szabályrendelet. *Db.* 1884. — 12. *Zelizy D.*: A himlőoltásról. Fővárosi lapok 1887, IV. 21. sz. — 13. *Zelizy D.*: A kholeráról. Fővárosi lapok 1887, VII. 15. sz. — 14. *Zelizy D.*: nekrológja. *Orv. Hetil.* 1889, 33, 273.

Groák Lajos dr.

SPRINGER ÚJDONSÁG — SPRINGER ÚJDONSÁG — SPRINGER ÚJDONSÁG — SPRINGER ÚJDONSÁG



Ihász Mihály—Bátorfi József (szerk.)

A NYOMBÉLFEKÉLY

A kiváló szerzőgárda ebben a könyvben összefoglalja a nyombélfekély kóroktanát, diagnosztikájának, korszerű belgyógyászati és sebészeti kezelésének elveit és gyakorlatát, a szövődmények és a műtét utáni recidívák kérdéskörét.



Mezey Géza—Mohamed Aslam:

GYÓGYSZERES INTERAKCIÓK

A kötet alfabetikus sorrendben dolgozza fel a magyar forgalomban levő gyógyszerek interakcióit ezek elkerülésének lehetőségeit, az interakciók súlyosságát és gyakoriságát. A gyors visszakeresést részletes gyógyszerindex segíti.

Megrendelőlap

Alulírott megrendelem az alábbi könyveket:

..... pld. A nyombélfekély 980,— Ft

..... pld. Gyógyszeres interakciók 1290,— Ft

Megrendelő neve:

Címe:

Tensiomin®



tabletta 12,5 25, 50, 100 mg

antihypertensivum

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

Esszenciális hipertónia, malignus hipertónia, renovaszkuláris hipertónia; hipertóniás sürgősségi állapotokban, ha nifedipin nem elérhető, vagy nem eléggé hatásos, akkor szublingválisan Tensiomin adása is megkísérelhető; autoimmun nephropathiák; asthma bronchialeban szenvedő vagy idős hipertóniásokban első vagy második választandó szer; szívelégtelenségben az elő- és utóterhelés csökkentésére; cardiomyopathiák bizonyos formáiban; diagnosztikumként renovaszkuláris hipertenzióban és Conn-szindrómában.

ELLENJAVALLATOK

Terhesség. Szoptatás (ha adása ilyenkor elkerülhetetlen, akkor a szoptatást fel kell függeszteni). Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Leuko-, illetve thrombopénia.

ADAGOLÁS

Egyéni elbírálást igényel. **Szokásos adag felnőtteknek:**

Hipertónia: kezdő adag naponta 3-szor 12,5 mg. Ha a vérnyomáscsökkenés 2 napos kezelés után nem kiélezhető, az adag fokozatosan naponta 3-szor 50 mg-ig emelhető. 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.

Szívelégtelenségben: a kezelést 2–3-szor 6,25–12,5 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!

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS: vesekárosodás, szívelégtelenség esetén a kezelést kisebb adagokkal kell kezdeni. A fehérvérsejtszámot rendszeresen kell ellenőrizni.

CSOMAGOLÁS

30 tabl. (25 mg), 20 tabl. (50 mg); 20 tabl. (100 mg)

A készítményről részletes ismertetés az Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelésére c. kiadványban található.

OGYI eng. szám: 5007/62/88.



GYÓGYSZERGYÁR, RT. BUDAPEST

IATROGÉN ÁRTALMAK

Jód okozta hyperthyreosis az urológiában röntgenkontrasztanyagok alkalmazása után — kockázat és megelőzés. Schürholz, Th., Schulze, H. (Urol. Klin. Ruhr-Univ. Bochum, Marienhosp. Herne): *Urologe (A)*, 1993, 32, 300.

Jódtartalmú röntgenkontrasztanyagok alkalmazása esetén az allergiás reakciókon túl fennáll a struma veszélye is latens vagy manifest hyperthyreosissal. Ennek kockázata az autonóm pajzsmirigyszövet és a bejuttatott jód mennyiségétől, illetve ez utóbbi kinetikájától függ. Az irodalomban az összes hyperthyreosis 15–27–(60%) %-áért tesznek jódtartalmú kontrasztanyagot felelőssé. Intravénás kontrasztanyagok 5,3%-ban, orális (epeutak megítélésére alkalmazott) készítmények 27,9%-ban játszanak szerepet.

Az ép pajzsmirigy a jódfeszültséget szemenként kompenzálni képes, de megbetegedése (elsősorban latens Basedow-kór) esetén a jelenséggel számolni kell. Különösen nagy kockázatot jelent az alacsony alimenteris jódbevitelű vidékekről származó, nodosus strumában szenvedő idős beteg vizsgálata, illetve az ismert hyperthyreotikus beteg, akinél akár thyreotoxikus crisis is kialakulhat.

Természetesen nem lehet minden jódos kontrasztanyag beadása előtt endokrinológiai vizsgálatot végezni, de a haszon/kockázat mérlegelése alapján, autonóm pajzsmirigyszövet gyanúja esetén el kell végezni a basális TSH és pajzsmirigyhormon szintek meghatározását. Ha ezek az aktuális normális tartományba esnek és a betegnek nincsen megnagyobbodott pajzsmirigye, további vizsgálatok általában nem szükségesek. Alacsony vagy határértékek esetén általában TRH-meghatározás, TRH-stimulatio utáni TSH-meghatározás vihet előre. Ha rizikócsoporthoz tartozó betegen el kell végezni a vizsgálatot, akkor vagy thyreostatisz védelem, vagy retrograd pyelographia (kevesebb felszívódás az intact mucosáról) javasolt.

Pikó Béla dr.

Az aszpirin növekvő szerepe a gastrocolikus sipolyok kialakulásában. Levine, M. S. és mtsai (Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia): *Radiology*, 1993, 187, 359.

Régebben a gastrocolikus sipolyok leggyakoribb okának a gyomorráknak a vastagbélre való terjedését tartották vagy ennek fordítottját, a coloncarcinoma gyomorra való terjedését. A szerzők azonban felfigyeltek arra, hogy rendszeresen aszpirint szedőkben a gyomor nagy görbületének fe-

kélye vezethet gyomor-vastagbél sipoly kialakulásához. Tíz év alatt végzett 43 000 báriumos gyomor-bél vizsgálat és irrigoscopia anyagában retrospektíve 8 gastrocolikus sipolyt találtak, azaz ez a vizsgálatok 0,19 ezrelékében fordult elő. A sipoly oka egy esetben gyomorresektió után kialakult anastomosis-fekély penetrálása volt, egyben tuberculosis, egyben colitis granulomatosa, és csak egy esetben a colon transversum rákjának a gyomorra terjedése. További négy betegükben tartós aszpirin-szedés következtében kialakult jóindulatú nagygörbületi fekély következményeként jött létre a fistula. A betegek 6 hónaptól 2 évig terjedő időtartamban szedtek rendszeresen naponta 2–10 tablettát aszpirint, átlagidőtartam 1 év és 2 hónap, átlag napi mennyiség 4,8 tablettát volt. A nyolcból csak két betegben jelentkeztek a gyomor-vastagbél sipoly klasszikus klinikai tünetei, a bűzös felbőgös és a bélsárhányás, a többiek csak nem jellegzetes hasi panaszai voltak. A négy aszpirin-szedőben a kóris-mét a gyomor-bél passage vizsgálat derítette ki, kimutatva a nagygörbületen lévő óriásfekélyt és annak közlekedését a colon transversummal. A négyből három beteg konzervatív kezelésre jól reagált, egy esetben azonban subtotalis gastrectomiát és partialis colon-resectiót kellett végezni. Eszerint gyakrabban alakul ki aszpirinindukálta fekély talaján gastrocolikus sipoly, mint malignus folyamat következtében.

Laczay András dr.

Halálos szövődemény ferromágneses intracerebrális érkapocs mágneses térbe helyezésének következtében. Klucznik, R. P. és mtsai (Wilford Hall Medical Center, San Antonio): *Radiology*, 1993, 187, 855.

Az agyi erek lezorítására használatos régebbi típusú érkapcsok („clip”) rozsdamentes acélból készültek, ferromágneses tulajdonságokkal rendelkeznek. Ennek következtében erős mágneses térben elmozdulhatnak, elfordulhatnak, ami elméletileg eddig is ismert súlyos következményekkel járhat. A mágnesrezonanciás vizsgálatoknál alkalmazott erős mágneses térre való tekintettel magas nikkeltartalmú érkapcsokat vezettek be, melyeknél nem kell ilyen veszéllyel számolni. A szerzők valószínűleg az első, ferromágneses clip okozta halálos szövődeményről számolnak be MR vizsgálat során.

A 74 éves nőbetegnek korábban a cerebri media aneurysmáját operálták. A MR vizsgálat előtt kapott információk szerint a műtétnél új típusú, nem ferromágneses érkapcsot alkalmaztak. Mikor a beteg feje bekerült a készülék mágneses terébe, hirtelen fejfájásról panaszodott. Azonnal meg-

szakították a vizsgálatot. A beteg állapota gyorsan romlott, azonnal elvégzett CT vizsgálat kiterjedt vérzést mutatott a jobb Sylvius-árok környékén a korábbi aneurysma területén. A beteg másnap meghalt. Agyának boncolásakor a clipnek megfelelően szakadást találtak az artéria falában. A clip megvizsgálásakor kiderült, hogy az előzetes információtól eltérően az régebbi, ferromágneses típusú volt. Agyi MR vizsgálat előtt ezért feltétlenül tájékozódni kell az esetleges előző agyműtét során alkalmazott érkapcsok minőségéről.

Laczay András dr.

Akut mérgezések dibenzepin készítményekkel. Donatini, B. és mtsai (Drug Monitoring Centre der Sandoz Pharma AG, Basel, Svájc): *Dtsch. med. Wschr.*, 1993, 118, 1097.

Az akut mérgezést kiváltó gyógyszerek közül egyre inkább szerepelnek a dibenzepin tartalmú készítmények (Noveril); ezek gyakran súlyos lefolyásúak. A szerzők 1992 óta, 135 mérgezésről szóló adatokat dolgoztak fel, melyeknek az eredményeit rövid közleményben teszik közzé. Jóllehet a Noveril hatóanyaga 80 mg, az intoxikációk legnagyobb részében az adag a napi 20 mg/kg-ot sőt 40 mg/kg-ot is meghaladta, ami 70 kg-os átlagos testsúlyánál 1400, illetve 2800 mg-nak felel meg. Részletes táblázatban a rendes és az elhúzó hatású készítmény bevétele utáni tünetek gyakoriságát hasonlítják össze 70, ill. 65 betegben. A gyorsan felszívódó drázsé okozta tünetek közül cerebrális görcsrohamok, szomnolencia, szopor/kóma a leggyakoribbak, melyeket cardiopulmonalis komplikációk követnek: vérnyomáscsökkenés, EKG-n a QRS-idő megnyúlása, sinus- és kamrai tachycardia, ventricularis bradyarrhythmia, asystolia, sőt szívinfarktus és légzésbénulás is. Az elhúzó hatású drázsék intoxikációs tünetei a gyakorisága valamivel mérsékeltebb. (Két szívinfarktust viszont ebben a betegcsoportban találtak.) A fenti szövődemények általában az első két órában jelentkeznek, egyedül a cardialis panaszok valamivel később. Az elhúzó hatású drázsék átlagosan 1 órával későbbi időpontban figyelhető meg. A halál oka leggyakrabban bradyarrhythmia és az ezt követő asystolia.

A beállított beteg gyomormosását megelőző el kell végezni, ami még órák múlva is elvégezhető, hiszen a beteg gyomrában ekkor is lehetnek tablettamaradványok, melyek sz. e. gastrocoppal eltávolíthatók. Ezenkívül carbo animalis és colestyramin is adható, míg a haemoperfúzió és a forszírozott diuresis hatása vitatott. Rhythmuszavarok esetében lidocain, isoproterenol segíthet, míg asystoliában pacemaker v. intraaortális ballonpumpa.

A 135 mérgezett közül 40-en haltak meg; legtöbben asystolia és kamraremegés következtében. Befolyásolhatatlan hypotonia, szívelégtelenség, kamrai bradyarrhythmia, pneumonia+tüdőtályog, légzésbénulás,

agyoedema és az agytörzs irreverzibilis károsodása szerepelt még a halálokok között. Néhány szóval ismertetik a szövődmények terápiáját is.

Bán András dr.

Ergotismus következtében keletkezett végtag-ischaemia kritikus állapotban. Intraarteriális prostaglandin-E₁ infúziós terápia. Horstmann, R. és mtsai (Allg. Krankenhaus, Hamburg-Harburg, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1993, 118, 1067.

Az ergot alkaloidokat tartalmazó gyógyszerek hatására a simaizmok, így az artériák összehúzódnak, de nagy adag esetében α -receptor blokádnak következtében vasodilatatio is létrejöhet (véna). Az ergotismus kezelésében különböző kezelési eljárásokat alkalmaztak, melyek közül egy prostaglandin-E₁-gyel (PGE₁) kezelt betegről számolnak be.

A 42 éves nőbetegnek 6 éves kora óta voltak változó súlyosságú és gyakoriságú migraines rohamai, melyek hetenként már 2–3-szor ismétlődtek. 18–32. életéve közötti időben naponta 5–6 tabletta Cafegot kúpot használt, aminek az ergotamin-tartarát mennyisége 10–12 mg. Felvétele előtt 4 nappal igen erős fejfájása miatt 6 kúpot helyezett végbélebe. Egy órával ezután először bal hüvelykujában érzett bizsergő fájdalmat, ami gyorsan átterjedt az egész alkarra; egyéb tünetei nem voltak. Csak 4 nap után került a klinikára, de a kezelést első tünetek jelentkezésekor megszakította. Felvételi statusából: az egész bal oldali alkar halvány és hűvös tapintatú, az art. brachialis gyengén, az a. radialis és ulnaris viszont egyáltalában nem tapintható. A kez-ujjak proximális végén az érzékszerv felfelé terjedt. A vérnyomás a bal a. radialisban nem mérhető.

Artériás digitális subtractió angiográfiával sikerült kideríteni, hogy az a. brachialis spasmus elég jelentős, és a könyökig terjed, az alkar artériái pedig szegmens-tálasan el is voltak záródva, a kéz artériáin pedig artériás keringést nem is lehetett észlelni.

A kezelést az art. subclaviába vezetett állandó katéteren keresztül PGE₁ infúzióval kezdték el — 0,3 ng/kg/min —, amit 10 órán keresztül folytattak. A javulás első jelei már 10 perc múlva bekövetkeztek, melyeket később a fájdalom és az érzékszervi teljes megszűnése követett. Az infúziót azonban megismételték. A beteg teljesen tünet- és panaszmentes lett, az artériás keringés normalizálódott.

A megbeszélésben sorra veszik a különböző terápiás eljárásokat, kitérve a gyógyhatásra; i. a. adott Na-nitroprussidról és nitroglycerintől észlelt mérsékelt javulást, de prompt effektus csak PGE₁-gyel volt elérhető, amit több közlemény is megerősített. Beadás után az artériák relaxálódnak, a vénák viszont kontrahálódnak; PGE₁ hatására a véráramlás javul az ischaemiás

végtag anyagcseréjével, oxigén és glukóz felhasználással együtt. Mellékhatása gyakorlatilag nincs, 90%-a a tüdőben metabolizálódik. Úgy gondolják, hogy ez a kezelés olyan hatásos, amihez nem kell kommentár.

Bán András dr.

A GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Súlyos betegek szájoalelettéről. Hornstein, O. P. (Dermatol. Klin. Univ. Erlangen-Nürnberg, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1993, 118, 1174.

A folyóirat kérdés-felelet rovatában röviden tájékoztatja mindazokat, akiket ez a probléma súlyos, rendszerint szájon keresztül lélegző betegek ápolásával kapcsolatosan érint. Hogyan történik a lokális kezelés és miképpen kell a száraz szájnálkahártyát és a nyelvet vajjal ecsetelni?

A szájon keresztül lélegző betegek ápolása intenzív és kompetens feladat, aminek első lépése a száraz ajkak bezsírozása és a szájüreg óvatos kitörlése nedves tuffelrel, amit ajánlatos vajjal vékonyan bekenni; súlyos máj- vagy pancreasbetegség esetén vaj helyett méz is alkalmazható. Súlyos betegek szájának a kiszáradása gyakorlatilag Candida-stomatitissal jár együtt, amit tanácsos profilaktikusan lokális antimycotikumokkal pl. Nystatin oldat öblögetéssel megelőzni, amire tartós antibiotikus kezelésnél is fel kell figyelni. Tekintetbe kell venni a nyállevezetés csökkenését is, amin természetes anyagokkal lehet segíteni — citromszeletek szopogatása, rágógumi, adstringens szájvizek. Nem szabad mindenáron antibiotikumokhoz nyúlni, mert egyszerű kamillateás öblítés vagy vazelin is nagyon jó eredménnyel jár, csak éppen rendszeresen kell végezni különösen étkezések után; jó szolgálatot teljesíthet az elektromos fogkefe, és a szájtűs. A protéziseket éjszakára mindig ki kell venni, mivel a Candida itt bújik meg. Az intenzív szájoalelettnek mindig a beteg napi statusához kell igazodnia.

Bán András dr.

Torokfájdalomnál talált bakteriális flóra a háziorvosi gyakorlatban. Dagnelie C. F. és mtsai (Utrecht): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1117.

1990 közepétől 1992 közepéig a maximálisan 14 napon át tartó torokfájás 4–60 év közötti betegektől az anamnesis és fizikai vizsgálaton kívül torokkenetet és vért is vettek a kórokozók felderítésére. A klinikai tünetek alapján két csoportra osztották a betegeket. Láz, nyirokcsomóduzzanat a nyakon, exsudátum — és a köhögés elmaradása esetén —, 3–4 tünet megléténél valószínűsíthető a haemolyticus streptococcus fertőzés, a kettőnél kevesebb tünet esetén ez kevésbé valószínű. A gyanús csoport

81%-ánál pozitív lett a tenyésztés, a másik csoportban csak 21%-nál tenyésztett ki az A streptococcus, szemben a gyanús csoport 51%-os eredményével. A két csoport megkülönböztetése megkönnyíti az A streptococcus felismerését.

Ribiczey Sándor dr.

Jól tükrözik-e az írásban közölt esetekre adott válaszok a valóságos gyógytevékenységet? Kuykenhoven, M. M. és mtsai (Utrecht): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1116.

Megadott casusokra kapott írásbeli megoldások kis költséggel járó és gyors tájékozódást lehetővé tevő módszer, de elmarad a szociális kérdésekre és a valódi betegállapotra vonatkozó információ, pedig orvosi ténykedésben gyakran ez a döntő. 367 háziorvostól érkezett válasz három ismertett beteg kezeléséhez használt gyógyszerekre és szakorvosi vizsgálatra való beutalás kérdésében. Egy 3,5 éves gyermek otitis media acuta, egy 14 éves lázzal, lepedékes tonsillákkal, fájdalmas és duzzadt nyaki nyirokcsomókkal járó tonsillitis és egy 52 éves férfi sinusitis maxillarisra utaló panaszokkal. A válaszokat összehasonlították egy előbbi vizsgálat adataival, melyet 161 háziorvosnál végzett a Holland Eü. Intézet az első vonalbeli eü. ellátás felmérésére. Az otitis media acuta és a sinusitis ellátásában alig volt különbség az ellátásban, de a tonsillitisnél jóval gyakrabban rendeltek antibiotikumot ezen vizsgálatnál (73% a régi vizsgálat 52%-ával szemben). Az antibioticum kiválasztásában sem volt különbség: amoxycillin volt az első választott szer az otitis media acutánál (92% a régi vizsgálat 84%-ával szemben). A tonsillitisnél a penicillint használták 72%-nál. Sinusitisnél a doxycyclin 70%-ban szerepelt a régi 67%-os aránnyal szemben. A specialistához való küldésben nem volt különbség a régi és az új felmérés között. Az írásos feleletes módszer előnye a vizsgálat kiterjeszhetősége nagy létszámú csoportra.

Ribiczey Sándor dr.

Képes-e a háziorvos fizikális vizsgálattal felkutatni a bronchus-obstruktív beteget? Hekelaar N. és mtsai (Nijmegen): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1120.

A háziorvosnak az anamnesisen és fizikális vizsgálaton kívül kevés módszer áll rendelkezésre az idült, nem specifikus légúti betegségek felkutatásához. Az anamnesis alapján kapott információkból nem lehet következtetni az obstruktio fokára. 418 betegnél, akik 4 háziorvos praxisához tartoztak, 90-nél találtak inspectióval, auscultatioval és percussióval egy vagy több eltérést, ezeknél a FEV₁ értéke 86%-os volt, szemben a fizikális vizsgálattal negatívnak találtak, akiknél a FEV₁ 96%-os volt. A tüdőfunctio alapján kettéosztott csoport

közül az obstruktív csoportban 4,4%-nál találtak behúzódtott fossa supraclaviculáris, szemben a másik csoportban talált 0,3%-kal, az obstruktív csoportban nem volt vesicularis légzési hang hallható (23,5% szemben a 10%-kal), meghosszabbodott az expirium (8,8% szemben a 0,9%-kal), auscultatós zöreje 19,1% szemben a 4,4%-kal, és búgás volt hallható 8,8%-nál, szemben 0,9%-kal. Az obstruktív csoport 41,2%-ánál legalább 1 fizikális vizsgálattal megállapítható elváltozást találtak, a bronchusobstruktio nélküli csoportban előfordult 17,8%-kal szemben. Az alacsony sensitivitás miatt a fizikális vizsgálat nem alkalmas a bronchusobstruktio korai felkutatásához.

Ribiczey Sándor dr.

Orrvérzés a háziorvosi gyakorlatban. de Melker, R. A. és mtsai (Utrecht): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1117.

Egy továbbképző kurzus 73 résztvevőjét megkérdezték, mit tennének orrvérzésnél. A résztvevők fiatalok, többségükben nők és közösségekben dolgozó háziorvosok voltak. Az első tanácsokat telefonon adták meg, negyedrész a csoportnak orrkifűvést, az orrszármag összenyomását és a fej hátrahajtatását javasolta. Hatástalanság esetén ezek megismétlését tanácsolták, de ekkor már a társaság fele tamponádot ajánlott vattával vagy gézzel. Ha ez is hatástalan volt, a nagyobb részük szakorvoshoz való beutalást vélt szükségesnek, csak 15%-uk ajánlott coagulatiót, amihez trichloreccet-savat használna, de az ezt javasolókat fele nem használna orrtükröt ehhez. Az anamnesisben az érdekelte őket, hogy használnak-e alvadással szembe fordított gyógyszert, hogyan állnak a véralvadással, a hipertensióval, gyógyszerrel, orrsérülésekkel, meghűléssel.

A vizsgálatban a legfeltűnőbb, hogy az orvosok negyede rossz tanácsokkal látta el a betegeket: hátrahajtott fejnél a vért lenyelik, ez hányingert válthat ki, az pedig aspirációhoz vezethet. Orrtükrő nélküli coagulatió a trichloreccet-sav súlyos komplikációt okozhat. Bár a kurzuscsoport összetétele nem felel meg a háziorvosi átlagnak, a felhozott példa megmutatta, hogy a háziorvosi képzésnél a fül-orr-torokgyógyászati ismeretek megszerzése is szükséges.

Ribiczey Sándor dr.

Háziorvosi ténykedés felső légúti fertőzéseknél. de Melker, R. A. és mtsai (Utrecht): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1116.

A háziorvosi ténykedésben a hatásosságot és a hatékonyságot kiértékelni legjobban az antibiotikumok használatánál és a beteg szakorvosokhoz való továbbutalásánál lehetséges. Az antibiotikumok kétharmadát a felső légúti fertőzéseknél rendelik. A szer-

zők a Holland Eü. Intézet vizsgálatainak adatait elemzik, melyet az első vonalbeli ellátás vizsgálata céljából végeztek 161 háziorvos 335 000 beteget ellátó praxisában.

Az első consultatióknál az otitis mediás betegek 27%-ánál, az akut felső légúti fertőzések 19%-ánál, a sinusitis 72%-ánál, a tonsillitis 73%-ánál rendeltek antibiotikumot. Lázas epizódoknál gyakrabban került sor antibiotikum rendelésére. A gyógyszerelés terén a különbség csak a felső légúti fertőzéseknél volt tekintetbe véve: a fiatal gyerekek 11%-a kapott csak antibiotikumot, szemben az idősebbek 25%-ával. A leggyakrabban rendelt antibiotikum a doxycyclin, az amoxicillin és a penicillin, ezek együttesen a rendelt antimicrobás szerek 87%-át teszik ki. A sinusitisnél az első választott gyógyszer a doxycyclin volt (63%), — az otitis media acutánál 79%-ban az amoxicillint használták —, a tonsillitis acutánál a penicillint került az első helyre (64%). Az első vizitnél a betegek kevesebb mint 5%-a került szakorvosi beutalásra, kivéve az otitis media cum effusione eseteket, ezek 13%-ban kerültek szakorvoshoz.

A háziorvosok eléggé visszafogottak a felső légúti fertőzések antimicrobás kezelésében, ez egybevág a Háziorvosi Egyesület és a nemzetközi szakvélemény felfogásával. Az a tény, hogy a holland háziorvosok 3 antibiotikumra korlátozzák gyakorlatukat, mutatja a racionális beállítottságukat.

Ribiczey Sándor dr.

Megőszülés egy éjszaka alatt lehetséges-e? Plinck, E. Ph. B. és mtsai (Rotterdam—Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1207.

Régóta ismertek titokzatossággal burkolt történetek hirtelen megőszülésekről. Az egyik ilyen egy V. Károly udvarában élő fiatalemberről szól, aki egy éjszakát töltött egy fiatal szűz szobájában annak akarata ellenére. Emiatt vetették börtönbe, ahol a kivégzése előtti éjszakán megőszült. Hasonló megőszülésekről történt említés Navarrai Henriknél, Thomas Moore-nál és Marie Antoinette-nél. Shakespeare IV. Henrikjében Sir Falstaff mondja Hotspurnak: „Worcester ma éjjel eltűnt, a híre apjának megőszült a szakállal.” Híres személyeknél a hirtelen megőszülés szimbolikus és morális mellékértelmelemmel bír. Marie Antoinette állítólag nem a kivégzése előtti éjszakán őszült meg, hanem két évvel azelőtt, a Varennes-be való meneküléskor. McCarthy 1940-ben megjelent Disease of the hair című könyvében írja, hogy a hirtelen megőszülés fiatal lányok megerősökölésénél észlelhető.

A szerzők praxisukban előfordult egy esetüket ismertetik. Hetekkel azelőtt a 64 éves nő hajhullása miatt jelentkezett az ambulancián. Pár napja vette észre hirtelen megőszülését. Hajas fejbőrén nem keletkeztek kopasz foltok, testszőrzetének színe

sem változott meg. Családi nehézségek miatt az utóbbi időben sok izgalmon ment át. 43 éves korában egyoldali ovariectomián esett át, akkor kezdődött hirsutismusa, hormonális vizsgálata nem mutatott ki kórosat; a családban sem atopia, sem alopecia nem fordult elő. Hajzata ritkul, frontotemporalisan regressált, a haj színe fehér, elvértve néhány sötétebb hajszál, elvértve felkiáltójelszerű hajcsomók, melyek sötétebb színűek. A „hajtépés-próbánál” főleg a sötétebb hajszálak szakadnak ki. A felkiáltójelszerű haj, bár nem a kopasz folt szélén, hanem diffúze helyezkednek el, és a histopathologiai vizsgálat megfelel az alopecia areatának, annak egy diffúz változatának. Szürke hajúaknál, akiknél a sötétebb hajszálak törékenyebbek és előbb hajlamosak a kihullásra, a fehér hajszálak pedig marandóbbak, előfordulhat a hirtelen megőszülés benyomása. Az ok ismeretlen, arra gondolnak, hogy esetleg immunopathológias folyamat miatt infiltrálódnak a hajfolliculusokban a makrofágok, melyek előkésztik a melanocytákban az elváltozásokat.

Ribiczey Sándor dr.

TRÓPUSI MEDICINA

Kolerához hasonló nagy kiterjedésű járvány, amelyet Bangladesben a Vibrio cholerae 0139 Bengal okozott. Kolora Munkacsoport Banglades: Lancet, 1993, 341, 387. Vibrio cholerae „nem 01” — a 8. pandémia? Swerdlow, D. és mtsai, uo. 382. A vér elárasztása Vibrio cholerae 0139-cel. Jesudason, M. Y. és mtsai, uo. 431. Vibrio cholerae 0139 Bengal kitegyezés Bangladesben. Islam, M. S.: uo. 430. Vibrio cholerae 0139 Bengal Bangkokban. Chongsanguan, N. és mtsai, uo. 430.

1992-ben Bangladesben 300 000 kolera megbetegedés történt, és a halálozási száma kb. 8000 volt. E járványban a Bangladesi Diarrhoea Közp. Lab.-ban a „nem 01” kolerások száma 1—3% volt. A szerzők egy kolerához hasonló súlyos betegségről számolnak be. Ugyanez a törzs más országokban, pl. Indiában nagy kiterjedésű járványt okozott. A megbetegedést 0139 Vibrio cholerae (V. chol) agglutináló kolera törzs okozta, és melléknévül „Bengal” nevet adták, mert a Bengáli-öblöt körülvevő területeken fordult elő.

A kórházban fekvő betegeket a bangladesi kórházban vizsgálták, ahol minden 25. betegnél részletes vizsgálatokat végeztek (ebben a kórházban 90 000 hasonló beteget vizsgáltak meg évente). Klinikai adatokat ezen kívül egy másik falusi orvosi központban: Matlabból (46 km-re Dhakától délre) is észleltek. A laboratóriumi vizsgálatokat dhakai és matlabi laboratóriumokban végezték. A vérmintákat a kolera minden csoportjának elkülönítésére javasolt eljárásokkal megvizsgálták (többek között El Tor törzsre is), de ebben a csoportban ezek eredménytelenek voltak. A szérum ellen-

anyag választ ELISA módszerrel ellenőrizték.

Összesen 618 kolerához hasonló beteget és 124 rectalis kenetet vizsgáltak; 87 (65%) széklet pozitív volt *nem O1 szerotípussal reagáló vizsgálatokra* és ezek, mint kitűnt, szerológiailag O139-cel pozitív eredményt adtak. Az első pozitív székletvizsgálat 1992. dec. 22-én Dhakában (és Perujpurban) történt. Az eredmények alapján az ország déli részén fellépő betegséget V. chol. O139-nek minősítették. 1993 márciusában a középső és északi részekben hasonló betegséget észleltek. Március végén, beleértve az O139-es eseteket, 107 297 kolerá esetéről számoltak be, és ezekből 1473 halt meg. Pl. 1993 második és harmadik hetében 550–613 beteget vettek fel *naponta*, ez 2–3-szorosa a más években ugyanebben az időben kezelt betegeknek. A felvett betegek kora lényegesen különbözött más kolerajárványoktól, mert a *legtöbb beteg felnőtt volt* és szignifikánsan több férfi, mint nőbeteg jelentkezett. Családi járvány nem fordult elő, és a környezetben vizsgált vizek 5–54-ban pozitív eredményt mutattak. A tünetek jellemzőek a kolerá csoportokra: súlyos magas víztartalmú széklet majdnem mindig hasmenéssel, hányással és igen gyakori a dehydratio. A felnőtt betegeket orális vagy infúziós folyadékkal és tetracyclin adással gyógyították. Volt néhány beteg (összesen 11), akinek az antibiotikum adása előtt kisebb rehydratio után szondával a jejunumból folyadékot vettek és 8 : O139 V. chol. leletet találtak.

Úgy tűnik, egy nagyobb járványt fedeztek fel, amely kiterjedt India városaira is: Madrasra, Madurára, Villorera és Calcuttára. Egy klón okozhatta a betegséget, mert a szerotípus Indiában és Bangladesben ugyanaz volt. Klinikai tünetek azonosak a kolerával és a kezelés is ugyanaz volt, az antibiotikumok rövidítették a betegség lefolyását. A betegség átvitele víz útján történt, de valószínűleg még több adat szükséges ennek megerősítésére.

A kérdés mikrobiológiai szempontból rendkívül fontos. Az epidémia most is terjed Bangladesben, de nem tudjuk megmondani az irányát. *Vakcinát csak V. chol O1 ellen készítették*, és ez nem hat erre a betegségre.

Ugyanebben a Lancet-számban *Sverdlov és mtsai* rámutatnak, hogy ez a törzs új, és az immunitás hiánya számos országban (Ázsia, Afrika, Latin-Amerika) az egészségügyi minisztériumokat különleges feladatok elé állítja, mert kezdte lehet a *nyolcadik kolerajárvány*nak. Eddig úgy tudták, csak a O1-es törzs okozhat epidémiás kolerát, de úgy tűnik, a fenti O139 V. chol. hasonlóképpen széles körben elterjedt járványokat idézhet elő. Az ún. hetedik kolerajárvány (az 1960-as években) Nyugat-Afrikában 1 év alatt 150 000 megbetegedést okozott és 20 000-en haltak meg. Peruban 15 hónap alatt 420 000 betegség fordult elő és 3300 halálozás történt. Az O139 által okozott vízvezetési vasculáris kollapszust okozhat, és néhány óra alatt halálhoz vezet. A gyors vízfelvétel a halálozást 50%-ról 1%

alá csökkentheti. A fertőzés továbbterjedésének megakadályozásában a tiszta víznek és az egészséges elosztásnak fontos szerepe lehet. A kolerá elleni védekezés a felnőttekben immunitást alakít ki, de amint látjuk az O139-es V. chol. esetén hiányzik és a felnőttek is megbetegednek. A jelenlegi laboratóriumi vizsgálatok nem tudják elválasztani a O1 és O139 törzseket, de mint látjuk, *ez utóbbi ellen van antiszérum*. Karantén és kemoprofilaxis nem segít a betegség megakadályozásában. Csak új technológiával lehet vakcinát az O139 ellen kidolgozni.

Egy másik közlemény ugyanitt: *Chongsanguan és mtsai* a Bangladeshez közel fekvő Thaiföldön, a nonthaburi kórházban megvizsgálták a O139-re gyanús fertőző betegeket. Tizenhat betegből 1993 júniusában összesen 9 „Bengal–O139” esetet találtak. Ez az első elterjedés Indián és Bengálián kívül. Az első fertőzés után, amely nem egészen egy évvel ezelőtt volt Madrasban, pandémiára is lehet gondolni. Az El-Tor O1 V. chol. 1961-ben való felbukkanása óta Celebes szigetéről Indonéziába (Bangladesen keresztül) az áttérési idő 3 évig tartott; az O139 elterjedése Indiába sokkal gyorsabb volt. Thaiföldön és más környező országokban nagy figyelemmel kell ellenőrizni a betegség megjelenését.

Még mindig ugyanebben a számban *Islam és mtsai* 1993 júniusában 11 V. chol. O139 megjelenése után 92 vízmintából (pocsolyák, tavak, folyók) Dhaka és Matlaba területén 11 pozitív esetet észleltek. E vízmintákat Amerikába küldték, és bonyolult eljárás után úgy tűnt, a V. chol. O139 vízmintában hosszabb túlélési mutatót a O1-es törzsnél; a vízminták fertőzőképességére irányítja a kutatók figyelmét.

Jesudason végül ugyanitt egy esetre hívja fel a figyelmet, ahol szerotípusával sikerült O139 V. chol. egyént kimutatni. A közlemény Tamilnaduból származik, ez India legdélibb részén fekszik, vagyis ide is eljutott a betegség. Lehet, hogy a cholera toxint (CT) más baktérium is termeli; az is előfordulhat, hogy ez egy izolált eset.

Ringelmann Béla dr.

A vitamin adagolás hatása a klinikák látogatására, kórházi felvételre és a gyermekhalandóságra Észak-Ghanában. Ghanai orvosok és a London School of Trop. Med. orvosai: Lancet, 1993, 342, 7.

A szerzők betegeiket két csoportra osztották: A vitaminnal (A vit.) kezeltre és kontroll egyénekre, A vit. nélkül 21 906 egyént (6–90 hónaposak) 26 hónapig vizsgálták, közülük 14 855 gyermeket egy éven át hetenként ellenőriztek. Összesen 200 000 I. U. A vit.-t, a 12 hónap alatt 100 000 I. U. gyógyszert kaptak. A másik csoport placebo adásában részesült. Azt találták, hogy az A vit.-t kapott gyermekek szignifikánsan kevesebb alkalommal kerültek fel a kórházba és kevesebben haltak meg. A hasmenésben meghalt gyermekek száma az A vit.-nal kezelt között alacsonyabb volt, mint a placebo csoportban. A halálozás, kivéve az akut légúti fertőzést és a maláriát, ugyancsak alacsonyabb volt az A vit.-osoknál, de ez a különbség nem volt szignifikáns. Xerophthalmia gyermekeknél, akik e területen erre mérsékeltén hajlamosak voltak: nem fejlődött ki.

Úgy tűnik, az A vit. csökkenti a súlyos betegség halálozását, mert két módon is növelheti a szervezet ellenállását: 1. Fenn tartja a bőrhámsejtek biológiai és fizikai integritását, amelyek a fertőzés elsősorban kivédik. 2. Fokozza az immunválaszt, ha már az infekció átlépte a bőr védő hatását. A szerzők úgy látják, a védekezés a felhám áttörése után A vit. adására sokkal eredményesebb. A vizsgálat alatt talált 19%-os csökkenés a halálozásban és a kórházak, betegellátó intézmények kisebb számban történő felkeresése egybeesik öt, Ázsiában végzett hasonló vizsgálattal. Ugyancsak hatása van a marginálisan e környezetben előforduló xerophthalmiára, amelynek száma csökken.

A hasmenést okozó fertőzések csaknem 30%-os csökkenése minden hasonló vizsgálatban észlelhető volt, és az okokra is következtetést enged. A szerzők nem találtak különbséget a légzőszervek fertőzésében, hasonlóan más vizsgálatokhoz. Ugyancsak nem találtak csökkenést a malária fertőzésében sem, *pedig ez fontos és súlyos betegség a gyermekek között*. A másik fontos oka a halálozásnak a kanyaró volt.

A vizsgálatok arra utalnak, hogy A vit. adása olyan területen, ahol a xerophthalmia akár marginálisan is előfordul, nagyon előnyös. Minthogy a gyógyszer alkalmazása a költségkihatásokról is függ, fontos volna ennek felmérése is.

Ringelmann Béla dr.

A malária chemoprophylaxisa utazók számára. Wyler, D. J.: New Engl. J. Med., 1993, 329, 31.

A turisták száma egyre növekedik és ez fokozza a malária (ma.) megelőzése iránti érdeklődést is. A helytelen diagnózis vagy kezelés (amely halálhoz is vezethet) ráirányítja a figyelmet az *utazás előtti tanácsadásra és az ajánlott gyógyszerek használatára*.

A Pl. falciparum (Pl. falc.) gyógyszerreszistentiájának kifejlődését észleljük, ami miatt kérdéssé vált az 1960-as még általában elismert és elfogadott chloroquin prophylactikus (pro). adása. Újabbban Fansidart (pyrimethamin+sulfadoxin) és mefloquint ajánlottak, de ezek túl toxikusak ahhoz, hogy személyek megválogatása nélkül utasoknak adják. Chloroquin resistens Pl. falc. esetén pro.-ként mefloquint és doxycyclint ajánlanak. *Válójában egyetlen pro. sem véd tökéletesen malária ellen.*

Az utasok fertőződése függ az útitervtől, a szállító járműtől és az egyes vidékek fertőzöttségétől is. Minthogy a nőstény ma.-terjesztő parazita leginkább estétől reggelig szívja magába a vért, ez a legfontosabb fer-

tőzési időszak. A WHO és az USA-ban a CDC az alábbi eredményeket közölte: leggyakoribb a ma. a Szahara alatti, ún. Közép-Afrikában, Pápua és Új-Guineában és a Salamon-szigeteken. Közepes a fertőzés az indiai kontinensen és Haitiban, enyhe a fertőzés Délkelet-Ázsiában és Latin-Amerikában. Azokban az országokban, ahol a fertőzés enyhe, egyes régiókban súlyosabb alakok is előfordulnak (pl. Kenyában a Viktória-tó közelében). Az utazás alatti magatartás is fontos tényező: pl. Nyugat-Afrikában az ismerősöket látogató turisták gyakrabban fertőződnek, mint azok, akik csoportokban utaznak. A Nyugat-Afrikában születettek — akik tanulmányi vagy egyéb okokból hosszabb időt töltenek külföldön, — visszatérés után, miután hosszú ideig nem szedtek pro.-t, könnyebben fertőződnek ma.-val.

Meglehetősen bonyolult lett a pro. alkalmazása a különböző területeken; ott is, ahol a chloroquin resistens ma. kifejlődött. Pl. Lausanne-ban (Svájc) az orvosoknak csak 20%-a tudott pro.-ként alkalmazandó kellő gyógyszert adni. Ezért egészségügyileg is elő kell készíteni az utazókat, de a drogokra is fel kell hívni a figyelmet, amelyek a gyógyszerérzékenységet és a plasmodiumok ellenállását csökkentik, vagy fokozzák.

Pro. alkalmazása előtt olyan országokban, ahol chloroquin adnak (Latin-Amerika, Mediterraneum stb.) 2 héttel az utazás előtt el kell kezdeni az adást, hogy a mellékhatásokat megismerjék. Ha a hetenként adott Fansidar adását esetleges toxicitás miatt el kell hagyni, helyette mefloquin adjunk. Ha azonban a mefloquin adásával mellékhatások is együtt járnak: fejfájás, szédülés, hallucináció, görcsök, figyelemmel kell lenni a legújabb csoportos vizsgálatokra, ahol a mefloquin és chloroquin mellékhatásai nagyon hasonlóak. Ha kétséges a mefloquin biztos adása, akkor doxycyclint adjunk.

A mefloquin hatásos a chloroquin resistens plasmodium ellen, és hetenként egyszeri adása hasznosnak bizonyult. Mellékhatásként a fentebb említett (agyi) tüneteken kívül hasmenés, hasi fájdalom és remegés is gyakori. *Nem ajánlatos a mefloquin:* béta-blokkoló, vagy quinidin szedésénél, továbbá olyanoknál, akik gyors mozgásváltozásoknak vannak kitéve (pl. pilóták). Ugyancsak nem adható terhes nőknek és gyermekeknek sem. Mefloquin resistens törzsek átvitele megfigyelhető Thaiföldön és a burmai határ mentén. Ezek a helyeken utazóknak a napenkénti doxycyclin védelmet nyújt. Nyugat-Afrikában is találtak már mefloquin resistens törzseket.

Doxycyclin pro. adása naponta szükséges. A gyógyszer adása e célra csak átutazóknál érvényes, főleg olyan helyeken, ahol mefloquin resistens fennáll. A trópusokon ne adjunk doxycyclint trópusi hasmenés esetén.

Chloroquin adnak olyan területeken, ahol nincsenek resistens Pl. falciparum törzsek (pl. a Szahara alatti afrikai területeken). Egyes kutatók chloroguanid-chloroquin helyett csak Fansidar adnak, vagy Halofantrint. Ezt „önkezelésnek” hívják, és

azért jó, mert ha egy utazó ma.-s vidéken halad át és nincs orvos, lázas megbetegedés esetén önmagát gyógyíthatja. Arról, hogy hány ilyen betegség fordult elő, nincs statisztikai adat, de az bizonyos, hogy a Fansidar elleni resistencia egyre jobban terjed.

Chloroguanid hydrochlorid vagy más néven proguanil adása pro.-ként naponta egyszer elegendő. Hetenként egyszeri chloroquinval együtt 50%-os biztonságot ad. A kezdeti sikereket csökkentette, hogy Pl. falc. ellen nem hat, és a mefloquin eredményesebb. Egyes orvosok ezt ajánlják, főleg akik a mefloquin toxikusnak tartják. A fenti kezelés (proguanil + chloroquin) jó hatású terhes nőknél, gyermekeknél és azoknál, akik számára toxikus a mefloquin és doxycyclin.

Pyrimethamin magában nem alkalmas pro.-ként, de sulfadoxinnal együtt igen eredményes. Sulfonamidra érzékeny betegek és terhesek ne szedjenek Fansidar. Az ilyen kombináció után Stevens-Johnson-szindróma, bőr-nekrózis, agranulocytosis, pneumonia és hepatitis is előfordulhat. Egyesek az USA-ban nem kapható gyógyszert használnak pro.-ként. A maloprim: pyrimethamin + dapsone, de az adás nem ad biztos eredményt.

A halofantrint mint „önkezelést” ajánlják Fansidar (kezelés) helyett, különösen sulfonamid resistencia esetén. Halofantrint Európában és néhány afrikai országban hoznak forgalomba, de rövidesen az USA-ban is kapható lesz. Ezt a gyógyszert 1940-ben fedezték fel, de csak újabban használják chloroquin resistens malária gyógyítására.

Terhes nők lehetőleg kerüljék el a ma. vidéket. Fansidar és halofantrint sohasem szedjenek. Terhes nőket mindig legeredményesebben kell kezelni, mert az anya és a fœtus egyaránt veszélyeztetett helyzetben van. Terhes anyák hetenként chloroquin kapjanak pro.-ként, és szülés után primaquin szedjenek. Újszülöttek chloroquin kezelést kapjanak. Gyermekeknek 15 kg testsúly alatt sohasem szabad mefloquin adni, mert a kezelés biztonsága még nincs megállapítva. Ezeknek a gyermekeknek chloroquin vagy chloroquin + chloroguanid adása javallt. Kaphatnak Fansidar és halofantrint, amennyiben ez szükséges. Doxycyclint sohasem adjunk 8 év alatti gyermekeknek, vagy terhes anyának.

Összefoglalásul azt mondhatjuk: chloroguanid hydrochlorid rövid hatású sulfonamidval együtt megakadályozza a „semi-immun” malária fejlődését és ez figyelemre méltó hatásos lehet „nem-immun” átutazóknál is. A Fansidar antimaláriás szerepén kívül hatásos pro.-ként. Egy hagyományos kínai gyógyszer: a qinghaosu esetleg jó eredményt adhat olyan maláriában, amelyet eddig sok más gyógyszerrel hatástalanul kezeltek. Nagyon fontos tehát a jövőben az információk kicserélése a gyógyszerekről különböző körülmények között.

Ringelmann Béla dr.

Trópusi utazás és a szexuálisan átvihető betegségek. Eichmann, E.: Schw. med. Wschr., 1993, 123, 1240.

1988-ban a svájciak 7 450 000 külföldi utazást végeztek, ebből 750 000-en fejlődő országokban jártak. A turizmus fontos szerepet játszik a szexuálisan átvihető betegségek terjedésében. A mai légi forgalomban nem lehetetlen, hogy a turista külföldi fertőzés után, láthatólag egészségesen tér vissza hazájába. Az ún. „üzleti” utazásokat számos svájci turista igénybe: kereskedelmi társaságok, mérnökök, újságírók stb. A „business” utazók másképpen viselkednek idegenben, mint a saját hazájukban. A szexuális kapcsolatok könnyebbek, és a fertőzés gyakoribb. A világszerte elterjedt penicillin resistens gonorrhoea mutatja a betegség szóródását a világon. Az utazások szerepe ismert a HIV betegség terjedésében is. Az intenzív AIDS-ellenes kampány ellenére számos svájci turista nincs tisztában e betegséggel, és csak kevesen tudják, hogy a fertőzés szexuális kontaktus útján is történik. Brazíliába vagy Kenyába utazók 56,8%-a helyi szexuális érintkezésben vett részt, és csak 26,8% használt kondomot. Külföldön szerzett szexuális betegségekben 1990-ben 24,6%, 1991-ben 22,1% szenvedett. A külföldi országokban igen gyakori a gonorrhoea, sokkal gyakoribb, mint Svájcban. Azok az európaiak, akik hosszabb időt töltöttek Afrikában és ott szexuális érintkezésük volt, magas számban szereztek HIV betegséget is. Egy kutatócsoport Afrikából visszatért légiutasoknál 258-ból 4-nél HIV antitestet talált.

Olyan utasok közül, akik az utolsó három évben letelepedtek (n = 278), 37,4% külföldön szerzett gonorrhoeát, ennek 15,6%-a ázsiai eredetű volt. Penicillinresistens törzsek 1989-ben 27,9%-ban, 1991-ben 21,4%-ban fordultak elő. Nem komplikált ellenállású törzsek kezelésére a ceftriaxont ajánlják, 0,25 g i. m. Hasonló gyógyszer a spektinomycin, 2 g, ugyancsak i. m.

Az *ulcus molle* (u. m.) szexuális úton terjedő fekélyképző betegség, amely megnövekedett nyirokcsomókkal jár együtt (bubo). A betegség trópusi és nem trópusi országokban is elterjedt. Afrikában az alacsony szocioökonómikus életforma között a leggyakoribb. Újabb vizsgálatok egyértelműen azt mutatják, hogy a heteroszexuális HIV fertőzés egyik rizikófaktor az a betegség. Az inkubáció 3–7, ritkán 10 napos. A behatolás helyén lágy, fájdalmas fekélyek keletkeznek. Férfiaknál gyakran a fityma belső részén, nőknél a kisajkakban és a vagina bejáratánál keletkezik. Fájdalmas lymphadenitis a betegek 50%-ánál keletkezik, néhány nappal vagy legfeljebb 2 héttel a fertőzés után. A bubo néhány nap múlva kezelés nélkül kifakadhat. A felismeréshez legfontosabb a bakteriológiai vizsgálat, anyagot a fekély széléből vagy a fluktuáló nyirokcsomóból kell venni. A direkt kimutatás (a baktériumok „halvonulat”-ban láthatók) csak kb. 50%-ban eredményes, ezért inkább tenyésztést célszerű végezni. Eddig nem találtak szerológiai próbát.

Gyógykezelésre ceftriaxont 250 mg i. m. (egyszeri adag), vagy orálisan erythromycinből 4-szer 500 mg-ot hét napig adnak. A fluktuáló nyirokcsomókat ajánlatos fecskendővel leszívni.

Lymphogranuloma venereum v. inguinale. Kórokozója a Chlamydia trachomatis, L1, L2 és L3 szexuálisan is átvihető. Az inkubációs idő 10–30 nap. Endémiás Kelet- és Nyugat-Afrikában, Indiában, Latin-Amerikában és a Karib-országokban. A kezdeti tünetek 1–3 napig tartanak, fájdalomlanok, a beteg alig, vagy egyáltalán nem veszi azokat észre. Kezdeti tünet lehet erosio vagy ulcus; hólyagok; herpeses és nem gonorrhoeás fekély. Ez utóbbi intraurethralis laesióként is felfogható. A másodlagos tünetek a regionális nyirokcsomó duzzanata. Nőknél, ha az elsődleges fertőzés intravaginális volt, a pararectális nyirokcsomó duzzadhat. A nyirokcsomók fluktuálnak (1/3-ban) és kifikadhatnak. Ha a retroperitoneális nyirokcsomók is érintve vannak, a betegséget sokáig nem ismerik fel. Krónikus nyirokcsomó duzzanat esetében az anogenitális régióban elzáródásos lymphangitis lép fel, ilyenkor a genitáliák „elefántszervé” válnak. Képződhet fistula, és rectalis elzáródás is kialakulhat. Ennek előjele a proctitis stricturák nélkül. Ha időben felismerik, jól gyógyítható; de ha nem tudják az eredetét, sok komplikációt okoz.

A betegség felismeréséhez a kitenyésztés a nyirokcsomó punktatúrából, vagy a fistula-szekréumból McCoy-sejt-tenyésztéssel történhet. Komplement kötési reakció is segítséget nyújt, de ez trachománál és psittacosisnál is pozitív lehet. Mikroimmunofluorescentia vizsgálata IgM és IgA-antianyaggal ugyancsak lehetséges. Hisztológiai vizsgálat is végezhető. Gyógykezelésre doxycyclin (2-szer 100 mg, szájon keresztül 21 napig), tetracyclin (4-szer 500 mg szájon keresztül 21 napig) és erythromycin is alkalmazható.

A donovanosis fertőző anyaga a Calymmatobacterium granulomatis, fakultatív anaerob pálcikák capsulával. Elterjedt főleg Pápua-földön, Délkelet-Ázsiában, a Karib-szigeteken, Guyanában, Braziliában és Közép-Ausztrália egyik középső törzsi vidékén. Az átvitel főleg szexuális úton történik, de a fertőzés aránya alacsony. Inkubációs idő 8–80 nap. A betegség viszkető papulával kezdődik, mely megrögzött, egyes esetekben hússzerű granulomatosis képződik. A subcutan terjedés „pseudo-bubo” kialakulásához vezet, férfiaknál a preputiumon és a glanson, nőknél az introitusban és a kisajkakon. Differenciál-diagnosztikában a genitális carcinomát kell először kizárni. Elkülönítendő elevatum, késői condyloma és bőrtuberculosis. A klinikai felismeréshez az utazás iránya és tipikus klinikai adatok fontosak. Giemsa-festést használunk és a készítményen (amelyet kürettel vettünk) felismerjük a kórokozót. A donovan-alakok intracellulárisan a makrophagokban találhatóak, és bipoláris alakúak. Kitenyésztés, vagy serológiai reakció eddig nem ismeretes. Hisztológiai leletek támogatják a diagnózist. A gyógykezelés

még mindig „empirikus”. A szerzők többsége tetracyclint javasol; vagy doxycyclint 2-szer naponta 21 napig. Eddig nem bizonyított, hogy a donovan-betegség, hasonlóan az u. m.-hoz, HIV átvitelét elősegítené.

A szexuálisan terjedő betegségek felismeréséhez a következőket kell figyelembe venni: 1. pontos utazási és szexuális anamnézis, 2. alapos vizsgálata az anogenitális régióknak és a nyirokcsomó rendszernek, 3. áttekintés a bejárat terület endémiás, szexuálisan is átvihető betegségeiről.

Ringelmann Béla dr.

FOG- ÉS SZÁJBETEGSÉGEK

Prevenció a fogászatban — a WHO szakértői bizottságának jelentése. (World Health Organization, Geneva): WHO Technical Report Series No. 826, 1992, 1–7.

1991 decemberében Genfben ülésezett a WHO szájüregi egészségüggyel foglalkozó szakértői bizottsága. Megállapították: az elmúlt évtizedekben jelentős eltolódás ment végbe a gyógyítástól a prevenció felé. A caries mint legfőbb szájüregi betegség kivédésére ma már számos módszer áll rendelkezésre vagy van kísérleti stádiumban.

A legszélesebb körben használt prevenció módszer a különböző fluortartalmú termékek (fogkrémek, szájvizek, gélek, lakkok) lokális alkalmazása ill. a só-, víz-, tejfluorozás és a fluorabletták mint szisztémás felhasználás. Lokálisan alkalmazva a fluor gyorsítja a remineralizációs folyamatokat, gátolja a cariogen baktériumtörzsek anyagcserefolyamatait. Szisztémás felhasználása során ezen túlmenően a még elő nem tört fogak is ellenállóbbak lesznek a fogszuvasodással szemben. Ügyelni kell az adagolásra: fluortúladagolás káros hatással van a fogzománcra.

A barázdázárók alkalmazása a frissen előtört fogak barázdáiból kiinduló caries megelőzésének igen hatásos módszere. A nyál magas kalcium- és foszfátion-tartalma nagyban segíti a korai carieses léziók remineralizálódását, míg pufferekapacitása a savas hatások kivédésében játszik szerepet.

A műnyál Sjögren-szindrómában és gyógyszeres vagy sugárkezelés mellékhatásaként xerostomiában szenvedő betegek nyál hiányában bekövetkező gyors fogromlását gátolja meg.

A cukorpótlók és édesítőszeresek a szacharóz helyett alkalmazva csökkentik a caries kialakulásának lehetőségét. A kalóriamentes édesítőszeresek (aszpartám, ciklamát, szacharin) íze és stabilitása sajnos nem teljesen megfelelő. A kalóriadús cukorpótlók (szorbit, xilit, maltit, mannit) íze jobb, cariogen aktivitásuk igen alacsony, sőt, a xilitnek anticariogen hatást tulajdonítanak. Ezek használatosak az ún. cukormentes rágógumikban, édességekben, fogkrémekben. Sajnos, használatukat korlátozza kedvezőtlen gastrointestinalis és elektrolit-egyensúlyt befolyásoló hatásuk.

Az újszülött szájflóráját, a cariogen tör-

zseket is, édesanyjától szerzi. Ez az átvitel antibakteriális hatású szájöblítővel (pl. chlorhexidin) jelentősen gátolható ill. időben eltolható.

A cariogen baktériumok a foghoz egy sejtfelszíni fehérje, az adhezin segítségével kötődnek. Kísérletek folynak olyan anyagokkal, amelyek az adhezin blokkolása útján gátolják a baktériumtapadást a fogon.

Egy Streptococcus mutans törzsből kivont faktort sikerült átvinni egy, a normál bélflóra részét képező baktériumtörzsre. A remények szerint ez a rekombináns törzs vakcinaként használható lesz a caries ellen.

A fogszuvasodás kialakulásában szerepet játszó tényezők egyénekre történő pontos meghatározása lehetőséget teremt egyéni prevenció program, kezelési terv készítésére. A jelenlegi prevenció módszerek mellett tehát a jövőben előreláthatólag még több lehetőség nyílik a caries megelőzésére, figyelembe véve a helyi viszonyokat, anyagi lehetőségeket, egyéni igényeket is. A hatékonyabb prevenció egyúttal jobb fogazatú embereket, olcsóbb és kevésbé időigényes fogászati ellátást is jelent majd.

Freisleben András dr.

A fogorvosok fokozódó veszélyeztetettsége a tuberkulózisos betegek növekvő száma miatt. Faecher, R. S., Thomas, J. E., Bender, B. S. (Department of Comm. Dentistry, Univ. of Florida, USA): JADA, 1993, 124, 94.

A tuberkulózisos (tbc-s) megbetegedések növekvő száma újabb kihívást jelent a fogorvosok számára. Az Egyesült Államokban 1989-ben közel 10%-os esetenövekedést jelentettek, ami 1953 óta a legjelentősebb évi növekedés. Ezt az emelkedést a HIV fertőzés elterjedése okozza, és ezzel a betegség a tuberkulózis elsődleges rizikótényezőjévé vált.

A tbc elsősorban a hajléktalanok, az elhanyagolt idős betegek, az alkoholisták és az iv. kábítószerélvezők között terjed. (Egyéb rizikócsoporthoz: bevándorlók, immun-suppresszáns betegek, reaktíváltott tbc-s betegek, szisztémás betegségben szenvedő diabetesesek stb.) A fertőző betegek növekvő száma új szemléletet kíván a fogászatban dolgozóktól. A tbc-s esetek felismerésénél a diagnózis legfőbb kritériumai: fáradtság, fogyás (–10%), láz, éjszakai izzadás, produktív köhögés, mellkas röntgen pulmonális infiltrátumok, pozitív tuberkulin bőrpróba stb. Fogékony egyéneknél akkor jön létre fertőzés, ha kórokozókat tartalmazó porlasztott cseppeket lélegez be (vízhűtő fogászati eszközök!). Közvetlenül is létrejöhet fertőződés. Az irodalomból ismert egy aktív tbc-s fogorvos esete, aki 15 betegét fertőzte meg foghúzás közben — a vizsgálat szerint — az extraktív seb kézzel történő comprimálása során.

A fogorvos számára eligazítást nyújthat, ha a betegek rizikócsoporthoz tartozik, ha

anamnézisében tbc-s előzmény szerepel, ill. ha észleli a tüneteket. A fogászati víz-hűtéses kézi darabok használatakor keletkező finom lebegő aeroszolban a mycobacteriumok 9 órán keresztül is életképesek, de beszáradt köpetben akár hetekig is megőrzik vitalitásukat. E tulajdonságok indokolják és határozzák meg a védelem irányát.

Elsősorban fontos a higiénés rendszabályok pontos betartása annak érdekében, hogy a tbc-s betegek fogászati kezelése során elkerüljük a baktériumok szóródását a kezelőegység légterében. Ha lehetséges izoláltan dolgozzunk, kerüljük a gyorsfordulatú kézidarabok, ill. az ultrahangos depurátor használatát: alkalmazzunk nyálrekeszt, megfelelően záró arcmaszkot. Helyesen válasszuk meg a kezelési stratégiát, figyelembe véve a betegség stádiumát. Az aktív tbc-s betegek fogászati kezelése eltér az egyéb tbc-s esetektől. Aktív tbc-ben csak elsősegély nyújtható kórházban a legszigorúbb védekezés mellett. A vizsgálatok szerint megfelelő kombinált antituberkulotikus terápiában részesülő betegekben a pulmonális baktériumflóra 2 hét alatt 99,9%-kal csökken, így nyilvánvaló, hogy a fertőzés megakadályozásának legfőbb eszköze a hatékony terápia (a betegek együttműködését feltételezve), ezt követően a betegek a higiénés előírásokat betartva biztonságosan kezelhetők.

Monos Ákos dr.

Nyálkövek kezelése extracorporalis lökéshullámmal. Iro, H. és mtsai (Fül-orr-gege Klinika Erlangen-Nürnberg): HNO, 1993, 41, 311.

A nyálkövesség incidenciája 1,2%. Leggyakrabban a submandibularis nyálmirigyben (70–80%) található, a parotisban 10–20%-ban, a sublingualis nyálmirigyben 5–10%-ban fordul elő. Ha a nyálkő a kivezetőnyíláshoz közel helyezkedik el, tágitással vagy a kivezetőnyílás melletti incízióval eltávolítható. Egyébként a mirigy eltávolítását végzik.

A szerzők az epe és veseköveknek alkalmasított nem sebészi beavatkozást, az extracorporalis lithotripsziát alkalmazták a nyálkövek eltávolítására. E tanulmányban ilyen irányú eredményeikről számolnak be. Klinikájukon 51 betegnél, akiknél soliter nyálkő volt és akiknél a szondázás vagy incízió nem volt elvégezhető, piezoelektromos extracorporalis lökéshullám kezelést alkalmaztak. A nyálkövek 4–18 mm közötti nagyságúak voltak és a glandula submandibularisban 69%-ban és a parotisban 31%-ban helyezkedtek el. Összességében 72 lökéshullám kezelést (maximálisan 3 kezelést betegenként) végeztek folyamatosan szonografikus ellenőrzés mellett. 45 betegnél (88%) a kövek teljes szétaprósítását érték el. A piezoelektromos lökéshullám kezelést sem anesztéziát, sem szedatívumot vagy fájdalomcsillapítót nem igényelt. A 72 kezelés során nemkívánatos mellékhatás csak

10 betegnél volt petechiális bőrvérzések képeiben, és 2 betegnél átmeneti mirigyduzzanatot lépett fel rögtön a kezelés után.

Az első kezelés után 20 héttel a betegek 90%-a tünetmentes és 53%-a kömentes volt. A parotis köves betegek kömentességi százaléka szignifikánsan magasabb volt, mint a submandibularis nyálkővel kezelt betegeké, (85% : 40%, $p < 0,01$). Kiegészítő kezelési eljárásként nyálmirigytagítás vagy incízió csak a submandibularis nyálkövek 20%-ában volt szükséges. Az átlagos megfigyelési idő alatt (9 hónap) a kezelt nyálmirigyek szövetszerkezetében nem találtak kései károsodást.

Véleményük szerint az extracorporalis nyálkő lithotripsziával a nyálkövek kezelésében új fejezet kezdődik.

Tolnay Sándor dr.

SZÍV- ÉS KERINGÉSI BETEGSÉGEK

Aszpirin és heparin, mint a trombolitikus terápia adjuvánsai akut miokardiális infarktusbán. Ridker, M. és mtsai: Lancet, 1993, 341, 1574.

Az aszpirin és a heparin szükségessége akut miokardiális infarktus trombolitikus kezelésében vitatott. A két vegyület gátolja a vérlemezke funkciót és a koaguláció kaskádját. A kombináció ésszerű, azonban patofiziológiai előnyeit csak randomizált vizsgálatokkal, melyekben az előny/rizikó arányt vizsgálják, lehet meghatározni.

Orálisan, vagy intravénásan adva 2 mg/kg (162,5 mg átlagos testsúlyú felnőttnek) aszpirint, gyorsan kialakul az anti-trombotikus hatás, a vérlemezke aggregáció és a tromboxán funkció gátlása. Az ISIS-2 (Második Nemzetközi Infarktus Túlélési Vizsgálat) végső eredménye az volt, hogy mind önmagában, mint trombolitikus terápiával együtt az aszpirin hatékony szer akut miokardiális infarktusbán.

A randomizált, kettős vak, placeboval kontrollált vizsgálatban 17 187 betegnek (24 órán belül volt infarktusa) 162,5 mg aszpirint, illetve 1,5 millió egység intravénás sztreptokinázt, valamint ezen szerek kombinációját adták.

Az elsődleges végpont a teljes vaszkuláris mortalitás a csak aszpirint kapottaknál 23%-kal, a sztreptokináz csoportban 25%-kal, a kombinált kezelésben részesülteknel 42%-kal volt alacsonyabb, mint a placebo csoportban. Azon betegekkel, akiknél a szimptóma megjelenését követő 6 órán belül a kezelést elkezdték, a mortalitás a sztreptokináz csoportban 30%-kal, a kombinációt kapottaknál 53%-kal csökkent. Ha az aszpirinterápiát a 0–4. órában, 5–12. órában, ill. a 13–24. órában kezdték el, a csökkenés 25%, 21%, 21% volt. Az aszpirin szignifikánsan csökkentette a nem fatális reinfarktust (49%) és a nem fatális stroke-ot (46%). Kevesebb volt a reinfarktuskok száma a kombinált kezelés-kor, mint amikor csak sztreptokinázt alkalmaztak. A mellékhatások tekintetében nem

volt szignifikáns különbség a placebo és az aszpirin csoport között.

A SCATI (Heparin Anginában és Infarktusbán) vizsgálatban 433 betegnek sztreptokinázt subcutan (sc.) heparin-kalciummal, vagy anélkül adtak. Nem volt különbség a két csoport között a mortalitásában, a reinfarktusbán, a reischémiában.

Az ISIS-2-ben a sztreptokináz csoportban 8,3% volt a mortalitás az intravénás (iv.) heparint kapottaknál, 9% a sc. heparin esetében. A sztreptokináz és aszpirin heparin nélküli kombinációban azonban 8% volt.

Néhány randomizált vizsgálat eredménye a heparin mortalitást csökkentő hatását mutatja, egyes országokban az infarktus rutin terápiajában számít az iv. heparin.

Bleich és mtsai szöveti plazminogén aktivátort (tPA) adtak önmagában, vagy iv. heparinnal kombinálva. A kezdeti angiogram nagyobb koronária átáramlást mutatott a heparin csoportban (71% versus 43%). A recurrens ischémiában és az éréjraezelőzésben nem volt különbség a két csoport között.

A HART (Heparin Aszpirin Reperfüziós Vizsgálat) vizsgálatban a heparint aszpirinnel hasonlították össze. A koronária átáramlás nagyobb volt a heparin csoportban (82% vs. 52%).

A GISSI-2 (Olasz Miokardiális Infarktus Túlélési Vizsgálat) és az ISIS-3 megbízható adatokkal szolgált az aszpirin és a heparin subcutan heparin alkalmazásának előnyeiről és veszélyeiről. A GISSI-2-ben mind a 20 891 beteg kapott per os, napi 300–325 mg aszpirint még a randomizálás kezdetén, majd egy csoport sc. heparint is. A vizsgálatban összehasonlították a sztreptokináz és a tPA hatását. A mortalitásában különbséget nem találtak, bár a sztreptokináz csoportban szignifikánsan kevesebb stroke fordult elő. Az elhalálozás az aszpirin és az aszpirin és heparin csoportban sem különbözött (9,3% vs. 9,4%). Ezek az adatok megegyeznek az ISIS-2 analízis eredményeivel.

Az ISIS-3-ban a sztreptokinázt, tPA-t és az anistreplázt hasonlították össze. A 41 299 miokardiális infarktusos beteg napi 162 mg aszpirint kapott. Nem volt különbség az aszpirin és a heparin-aszpirin csoportban a mortalitás vonatkozásában. A mellékhatások megjelenése (haemorrhagia) a kombinált kezelést kapottaknál magasabb volt (1,6% vs. 1,2%). Három angiográfias nem randomizált vizsgálatban iv. heparint alkalmazva csak az egyik vizsgálatban bizonyult kedvezőnek a heparin trombolitikus terápia kiegészítőjeként. Az ISIS-3-ban 4852 betegnek iv. heparint adtak. A mortalitás magasabb volt, mint a sc. heparin esetében, de alacsonyabb volt, mint akik nem kaptak heparint.

Összefoglalva: néhány vizsgálatban kifejezetten előnyös volt az aszpirin és sc. heparin alkalmazása, de a mellékhatások megjelenésével számolni kell.

Együd Ferenc

QT megnyúlás és hirtelen szívhalál alkoholos eredetű májbetegségekben. Day, Ch. P. és mtsai (Departments of Academic Cardiology, Medicine and Medical Statistics, Medical School, University of Newcastle, Newcastle upon Tyne NE2 4HH, UK): *Lancet*, 1993, 341, 1423.

Alkoholistákban a legfontosabb halálok szívérrendszer eredetű, mégis egyre több adat utal arra, hogy az alkohol védhet az iszkémiás szívbetegségekkel. Az ellentmondás feloldható az alkoholos cardiomyopathiával, valamint a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás és a hirtelen szívhalál közti összefüggéssel. Az alkohollal összefüggő hirtelen szívhalál pontos mechanizmusa nem ismeretes, de az alkohol közismerten különböző pitvari és kamrai aritmiákhoz vezet. A tünetmentes alkoholistákban a cardiomyopathia korai jeleiként számos eltérés ismeretes, egy eltérés sem utal azonban a hirtelen szívhalál veszélyeztetettségére.

A QT szakasz megnyúlása súlyos kamrai aritmiákkal és hirtelen szívhalállal társul mind veleszületett, mind szerzett esetekben. QT megnyúlást közölték túlzott alkoholfogyasztással kapcsolatban, de ennek eddig nem tulajdonítottak különös jelentőséget. A szerzők azt vizsgálták, hogy a QT szakasz lehet-e korai jelzője az alkohol okozta szívizomkárosodásnak. 69 beteg adatait hasonlították össze korban és nemben egyező 40 egyén EKG adataival. A betegek legalább 5 éve napi 80 g vagy felett fogyasztottak alkoholt és szövettanilag az egyszerű zsírmájnál súlyosabb alkoholos májkárosodásuk volt. A QT szakaszt a kórházi felvételt követő egy héten túl vizsgálták, 12 elvezetési EKG-t készítették, a papírsebesség 50 mm/sec volt. 3 érték átlagból adták meg a QT értéket és a szívfrekvenciára a korrekciót a Bazett-formula alapján végezték el, emellett ún. köbgyök korrekció is történt. A vizsgált négyéves periódusban a halálokokat részben a klinikai, részben a szekciós feljegyzésekből, ill. otthoni elhalálozás esetén a kezelőorvos feljegyzéséből állapították meg.

A két csoportban a nemeket és a dohányzási szokásokat chi-négyzet módszerrel hasonlították össze. Többesrörös regressziós analízissel vizsgálták, hogy a QT eltérés minden egyéb változótól független adatnak bizonyult-e.

A kezdeti időpontot követő négy év során a 69 beteg közül 14 halt meg (közülük 6 hirtelen halál volt), a kontrollok közül senki sem halt meg. Az EKG eltéréseken kívül egyedül a nem szerepelt független változóként a halálokok között (több nő halt meg, mint férfi). A QT szakasz megnyúlása a nemtől függetlenül függött össze a halálózással.

Eredményeik arra utalnak, hogy megfelelő súlyosságú májeltérést okozó mennyiségű alkoholt fogyasztó betegekben QT szakasz megnyúlás mutatható ki, mely, ha eléggé kifejezett, az alkoholt továbbra is túlzóan fogyasztók között előre jelzi a hirtelen szívhalál fokozott kockázatát. Tudomá-

suk szerint a jelen közleményig nem volt közlés a QT megnyúlás és a hirtelen halál fokozott kockázatáról alkoholistákban. Úgy találták, hogy a szívfrekvenciával történt QT szakasz korrekcióra a Bazett-formulánál jobb a köbgyök formula.

A megnyúlt QT szakasz és a hirtelen halál közti összefüggésre utal alkoholistákban, hogy a QT megnyúlás független prognosztikai faktornak bizonyult, különösen azért, mert megnyúlt QT szakaszt találtak hirtelen szívhalálban elhunytak esetében. Feltételezik, hogy a hirtelen halál rejtett szívbetegség következménye volt, melyet a QT szakasz megnyúlása jelzett. A hirtelen halál alkoholizmusban a halálozás nagy részét adja.

A jelen tanulmány az első, mely kimutatta, hogy a QT szakasz megnyúlása előrejelzi a hirtelen halál fokozott lehetőségét idült alkoholista betegekben. Egyéb esetekben a QT szakasz megnyúlása közismerten vezet halálos aritmiákhoz. Kérdés, hogy ezt a fokozott veszélyeztetettséget csökkenti-e a tartós absztinencia vagy van-e egyéb beavatkozási lehetőség. Újabb a béta-blokkolók, melyek kedvező hatásúak egyéb eredetű QT szakasz megnyúlás esetén, a túlélést javították olyan alkoholistákban, akik a szert portális hypertonia miatt szedték.

Balikó Zoltán dr.

A kórházi thrombolytikus kezelés bevezetésének hatása a szívinfarktus gyanús betegek praehospitális ellátására. Gray, D. és mtsai (Division of Cardiovascular Medicine, Univ. Hosp., Nottingham, UK): *Lancet*, 1993, 341, 654.

A szerzők a Nottinghami Infarktus-regiszter alapján az 1982–84 és az 1989–90 között infarktusgyanúval beutalt betegek adatait hasonlították össze. Az első időszakban thrombolytikus kezelést még nem alkalmaztak, a második periódusban pedig a coronaria-örzében a systemás thrombolysis már rutinkezeléssé vált. 1982–84 között 6712 beteget (2237/év), 1989–90 között 7855 beteget (3927/év) vettek fel. A két időszak között a myocardialis infarktus gyanújával beutalt betegek száma 75%-kal emelkedett, ami főleg a „lehetséges” infarktus esetek számának növekedésével magyarázható. Utóbbi diagnózist akkor állították fel, ha az EKG-eltérések között pathológiás Q-hullám nem szerepelt, és az enzimemelkedés kisebb volt a normálérték kétszeresénél (non-Q infarktus). A beutalt betegek 1/5-ében a panaszokat nem coronariabetegség okozta.

Háziorvos utalta be a betegek 68%-át 1982–84-ben, ill. 88%-át 1989–90 között. A beteg vagy környezete kezdeményezte a kórházi felvételt az esetek 27, ill. 8%-ában. A mentőszolgálat szállította be a betegek 92, ill. 85%-át. A praehospitális fázis szállítással kapcsolatos részidő a két periódusban azonosak voltak: a mentőszol-

gálat átlagosan 7 perc alatt ért a helyszínre, és innen 22 (4–120) perc alatt az osztályra.

A tünetek kezdete és a kórházi felvétel között eltelt idő tekintetében sem volt számottevő különbség a két vizsgálati periódus között: 6 órán belül került be a betegek 60, ill. 57%-a; 12 órán belül 71, ill. 66%-a; 24 órán belül 79, ill. 80%-a. A praehospitális fázis tartama azoknál volt a legrövidebb (89, ill. 75 perc), akik a háziorvosi szolgálatot nem vették igénybe. Háziorvos hívása esetén a globális praehospitális idő átlaga 1982–84-ben 229, 1989–90-ben 210 perc volt. A praehospitális fázis elhúzódságát az esetek túlnyomó többségében a hosszú döntési, tanakodási idő volt felelős.

Az 1989–90-ben 6 órán belül felvett 4465 beteg közül 736 (16%) részesült thrombolytikus (streptokinase) kezelésben. Az alacsony arányt főleg az a körülmény magyarázza, hogy a betegek 42%-át csak általános belosztályon tudták elhelyezni, ahol a thrombolytikus kezelés feltételei nem adóttak. A coronaria-örzökben elhelyezett 2560 beteg közül 389-nél (15%) kontraindikáció képezte a thrombolysis akadályát. A coronaria-örzöbe történő felvételkor 790 esetben diagnosztizáltak „kétségtelen” myocardialis infarktust (Q-infarktust) és 509 esetben (64%) alkalmaztak streptokinase kezelést. A fennmaradó 281 betegben invazív monitorozás, vagy sürgős pacemakerkezelés miatt nem került sor a thrombolytikus terápia alkalmazására. A thrombolytikus kezelésben részesültek halálozása 9,2%, a streptokinaset nem kapóké 24,5% volt. A thrombolytikus kezelés előtti időszakban a „kétségtelen” myocardialis infarktus kórházi halálozása 17% volt. A thrombolytikus kezelés bevezetésével ugyan évente 8 beteg életét mentik meg, ez mégsem tükröződik a globális beteganyag halálozásának alakulásában, mivel az eljárás csak a betegek kis hányadánál került alkalmazásra.

Brenner Ferenc dr.

Antiaritmiás gyógyszerek kombinációja ritmuszavarokban. Manz, M., Jung, W., Lüderitz, B. (Medizinische Klinik, Bonn): *Internist*, 1993, 34, 444.

Az antiaritmiás gyógyszerek kombinációjának célja a proaritmiás mellékhatások csökkentése, és a terápiás hatás fokozása, amely a tartós kezelést figyelembe véve nem elhanyagolható szempont. A hatásosság fokozása a különböző hatásmechanizmusú szerek egyidejű hatása révén (pl. béta-blokkoló + I. típus antiaritmikum), illetve a különböző ioncsatorna blokkolók együttes hatására (verapamil + chinidin) érvényesül, a gyógyszerek kisebb adagjai mellett. Ezáltal kevesebb mellékhatásra kell számítani.

Az antiaritmiikumok kombinálása végül is empirikus jellegű, amelynek eredményeit Holter-EKG és programozott elektrostimulációs vizsgálatok adatai igazolták. A kombinációk alkalmazásának indikációi azonosak a monoterápia indikációs területeivel.

A kombinációs kezelés patofiziológiai alapjai ismertek, az együttadás során a szerek hatásai jól kiegészítik egymást. A szerzők a kamrai extraszisztolia és a kamrai tachycardia kombinált antiaritmiás kezelésének klinikai tapasztalatait tekintik át irodalmi adatok alapján.

A legmegbízhatóbb kombinációk a következők voltak: 1. Sotalol és mexiletin, 2. Amiodaron és mexiletin, 3. Chinidin és mexiletin, 4. Disopyramid és mexiletin és 5. Béta-blokkoló (propranolol vagy metoprolol) és az I. osztály szereit (Vaughan-Williams szerint) vagy amiodaron. Chinidin és verapamil kombináció főleg pitvarfibrilláció kezelésében hatásos. Jó szernek bizonyult a sotalol, amely két izomér keveréke. Az I-sotalol béta-blokkoló tulajdonságú, míg a D-sotalol III. csoport tulajdonságú. Önmagában alkalmazva 27%-ban volt hatásos kamrai tachycardia megszüntetésében, de mexiletinnel kombinálva ez az arány 40% fölé nőtt.

A kombinációk alkalmazásának szempontjai: 1. Az alapbetegség, a bal kamra funkció ismerete alapvető fontosságú.

2. Fontos a vese- és májfunkció nyomon követése.

3. Csak különböző hatástani csoportú szereket kombináljunk.

4. Kamrai tachycardiában az I. B osztály szereit álljanak az első helyen a kombinációban.

5. Béta-blokkoló lehetőleg mindig legyen a kombinációban (az amiodaron és a propafenon hasonló tulajdonságaira figyelemmel kell lenni).

6. Az egyes szerek dózisát lehetőleg a legminimálisabb, de még hatásos adagig csökkentjük.

7. A hatásság folyamatos ellenőrzése mellett sz. szerint a gyógyszerek vérszintjének a meghatározása is szükséges.

Kombinációban kerüljük a következőket: Chinidin és disopyramid, sotalol és amiodaron, sotalol és egyéb béta-blokkoló, valamint parenterálisan béta-blokkoló és Ca-antagonista (pl. verapamil) együttadását.

Orosz István dr.

Az oestrogenadás kedvező hatása a fizikai terhelés okozta myocardialis ischaemiára coronariabetegségben szenvedő nőknél. Rosano, G. M. C. és mtsai: (National Heart and Lung Institute and Royal Brompton National Heart and Lung Hospital, London SW3 6LY, UK): Lancet, 1993, 342, 133.

A menopausát követően a coronariabetegség, az angina pectoris, a vasomotoros zavarok incidenciája megnő. Számos prospektív tanulmány bizonyította, hogy az oestrogen hormonszubsztitúció postmenopausális nőknél csökkenti a cardiovascularis megbetegedések gyakoriságát. A cardiovascularis protectív hatás nem magyarázható teljes mértékben az oestrogenek lipidanyagcserére kifejtett jól ismert kedvező hatásával. További magyarázatot jelenthet-

nek azok az in vitro adatok, melyek szerint az oestradiol-17 β potens vasodilatator; valószínűleg calcium antagonistá hatás alapján. Amennyiben ez a vascularis relaxáló hatás in vivo is érvényesül, akkor az oestrogeneknek kedvező hatást kell gyakorolniuk a myocardialis ischaemiára. Az oestradiol-17 β ilyen irányú akut hatását eddig nem vizsgálták, ezért a jelen közlemény szerzői a sublingualisan adott oestradiol-17 β akut hatását tanulmányozták a fizikai terhelés okozta myocardialis ischaemiára II coronariabetegségben szenvedő peri- ill. postmenopausában lévő nőnél.

A betegek két különböző napon 40 perccel fizikai terheléses teszt előtt random módon 1 mg oestradiol-17 β -t vagy placebót kaptak sublingualisan. A vizsgálat során a serum oestradiol-17 β koncentrációt is mérték, mely sublingualis oestradiol adás után szignifikánsan magasabb volt, mint placebót követően. A fizikai terhelés alatt az EKG választ pozitívnak értékelték, ha 1 mm-nél nagyobb ST depresszió alakult ki. A terhelést befejezték, ha 3 mm-nél nagyobb ST depresszió, angina, vagy fizikai kimerülés lépett fel. A kísérlet során mérték a myocardialis ischaemia kialakulásáig eltelt időt, valamint a pulzust és vérnyomást az 1 mm-es ST depresszió kialakulásának időpontjában. Pozitív EKG válasz (1 mm-es ST depresszió) valamennyi esetben kialakult, ha a betegek placebót kaptak, de csak 7 esetben oestradiol-17 β adása után. Az ST depresszió kialakulásáig eltelt idő is szignifikánsan hosszabb volt oestrogen adását követően.

Az eredmények alapján az oestradiol-17 β akut adásának kedvező hatása van a myocardialis ischaemiára coronariabetegségben szenvedő nőknél. Ez létrejöhet direkt coronaria relaxáló hatás, perifériás vasodilatatio, vagy ezek kombinációja következtében. Mindezek alapján az oestradiol-17 β az angina hasznos adjuváns kezelése lehet postmenopausában.

Szilágyi András dr.

Ischaemiás szívbetegségek diagnosztikája a magrezonanciás technikákkal. de Doorn, A. van der Waal E. E. (Leiden): Ned. Tijdschr. Geneesk. 1993, 37, 902.

A mágneses rezonancia vizsgálat (MRI) az eddig használatos vizsgálatoknál jóval több információt ad és valószínűleg feleslegessé fog tenni több, eddig használt képalkotó technikát. MRI-vel nemcsak az infarctus nagyságát, a myocardium szöveti összetételét, hanem a gyorstechnikájú MRI felvételeken a paramagnetikus kontrasztanyag, a gadopentetinsav felhasználásával a myocardium perfúziójáról, a szívizomzat vitalitásáról is tájékozódhatunk vizuálisan, és a foszfor-31 spectroscopiával a szívizomzat energiaháztartását is megismerhetjük. Ismereteink bővülésével az egy ülésben — nem invazív vizsgálattal — kapott információk javítani fogják a szívbetegségek kezelését, javulni fog a prognózis is. A szerzők átte-

kintik a MRI eredményeit és jelentőségüket.

Ha a coronaria-thrombosisnál 20–40 perccel belül nem áll helyre a keringés, pár óra alatt kifejlődik a szövetelhalál, a necrosis. A korai stádiumban adott thrombolyticummal korlátozható az infarctus nagysága. Az oedema és a granulatio megnöveli a magrezonancia relaxációs idejét, és ez láthatóvá teszi az MRI felvételen a kóros elváltozást. A relaxációs időt a lipidek fajtája, a felhalmozódásuk, a makromolekulák megjelenése, a szövetelektrolitok összetétele és hőmérséklete is befolyásolja. A kapott képen látható az infarctus nagysága, reperfusionál pedig a terápiás hatás. Akut infarctusnál az első 24 órában végzett MRI vizsgálat szenzitivitása és specificitása 93, ill. 80%-os. Randomizált vizsgálatnál 41 beteg kapott streptokinázt, 25 beteg placebót. MRI-vel vizsgálva a streptokináz csoportban az infarctusok nagysága szignifikánsan kisebb volt a placebo-csoportnál. Paramagnetikus kontrasztanyag, a gadopentetinsav használatával végzett MRI képen a perfúzió is meghatározható. Korai szakban az ép és a perfúzióból kiesett terület határa éles, sikeres reperfusionál a festett terület megkisebbedik. A szívizom vitalitásánál kisebb az elszíneződés; a regionális kamrafal mozgásából — melyet cine-felvételekkel lehet láthatóvá tenni — megkülönböztethető a necrotikus terület, esetleg ép szív hasonló cine-felvételeivel összehasonlítva; a perfúziót egy nagyon gyors felvételeket lehetővé tevő technikával egy szívdobbanáson belül lehet kontrasztanyag felvételeket készíteni, és ki lehet mutatni a revascularisatio utáni perfusio helyreállítását, de ugyanígy kimutatható a kamraműködés zavara is. Cine-MRI-kontrasztos felvételeken, dobutaminnal szimulálva stresszt, korán kimutatható az infarctus. A szív működéséhez szükséges energiához elegendő ATP-ra van szüksége a szívnek, a Foszfor-31 spektroszkópia láthatóvá teszi a myocardiumban a nagyenergiájú foszfátokat, így mérni lehet a szívizom energia-háztartását; a kóros állapot stressznél, megerőltetésnél könnyebben mutatható ki.

Ribiczey Sándor dr.

Nemzeti koleszterinprogramok. (Szerkesztési közlemény.) Oliver, M. F. (Wynn Institute, London): Eur. Heart J., 1993, 14, 581.

Vége van egy felelősségteljes és bölcs ajánlás az USA vezető kutatóitól a magas koleszterin (továbbiakban chol) szint csökkentésével kapcsolatos jövőbeni teendőkről. Javasolják a chol szűrés korlátozását, elsősorban azon kis létszámú népességre, akiknél az elsődleges megelőzés valóban előnyös; a hypercholesterinaemia miatt ISZB szempontjából veszélyeztetettek. Ez a tanács az amerikai National Heart, Lung and Blood Institute alacsony chol szint és a halálozás összefüggéseit tárgyaló konferenciájáról ered.

Ez a változás abból a felismerésből fakad (elsősorban az MRFIT 361 662 férfi eredményeinek elemzése alapján), hogy nem lineáris az összefüggés a vér chol szint és az ISZB között abból a szempontból, hogy a magasabb chol szint nagyobb rizikót, az alacsonyabb szint kisebb rizikót jelent. Legújabbban 68 406 haláleset elemzése alapján kiderült, hogy 4,2 mmol/l se chol szint alatt nagyobb számú haláleset fordult elő nem szívveredeti betegségben. Hasonló eredményt adott a Honolulu Heart Programme is. 10 év alatt 40%-kal volt nagyobb a nem kardiovaszkuláris és nem rákos halálesetek száma 4,2 mmol/l chol szint alatt, összehasonlítva a 4,2–5,2 mmol/l értékű csoporttal; nagyobb volt a sérülésből, öngyilkosságból, légző-, és emésztőtraktus betegségeiből és a haemorrhagiás strokeból eredő halálesetek száma.

Egy svéd tanulmány alapján (26 693 férfi) az alacsony chol szint kapcsolatos volt idősebbekben depressziós tünetekkel. Egyik lehetséges magyarázat az volna, hogy ezeknél a betegeknél csökkent az agy szerotonin működése.

Számos magyarázat lehetséges az alacsony se chol szint és halálesetek emelkedése közötti összefüggésre. Az egyik az, hogy preklinikai rákbetegség áll fenn, bár ez nem vonatkoztatható az akut történésekre (stroke vagy trauma következtében pl.). A másik lehetőség az lehetne, hogy az alacsony se chol szint és az emelkedett nem kardiovaszkuláris halálozás harmadik faktornak számítana, de erre nincs okszerű hipotézis.

Aggasztóbbak azok a tanulmányok, amelyek a se chol szint csökkenését vizsgálták az ISZB elsődleges megelőzése kapcsán, és azt találták, hogy a nem szívveredeti halálozás növekedett, a nem rákos megbetegedéseket is beleértve. Az nem valószínű, hogy speciális gyógyszerrel lehetne ennek az oka. A chol szint csökkenés átmenetileg a szabad chol szint csökkenéséhez vezet a sejthártyában és a mitochondriumok membránjában. Bár a szervezet homeostasisa ezt az eltérést feltehetően gyorsan korrigálja, de feltételezhető bizonyos fokú változás a permeabilitásban, és az enzim- és receptorfunkció, illetve immunológiai funkció változásában. További vizsgálatok szükségesek a lehetséges biológiai mechanizmusok tisztázására.

Jelenleg az a kérdés, hogy a közepes fokban emelkedett chol szint csökkentése alacsonyabb szintre káros lehet a népesség egy részére, megválaszolhatatlan és nyitott. De az etikai dilemma az, hogy a hypercholesterinaemia csökkentésével a teljes halálozás nem változik, és támogatnánk az egyik halál-otok a másik rovására? A másik dilemma a gyógyszeres kezelés a jó egészségnek örvendő hypercholesterinaemiásokon. Hallható igény a gyógyszerek átmeneti moratóriumára is, de ez alábecsüli a chol csökkentés kedvező hatásait a koszorúsér-betegségben. A fentiekre remélhetően választ adnak majd a jelenleg is folyó klinikai tanulmányok eredményei. Nők és 65 év feletti férfiak hypercholesterinaemiájának kezelése is alapos vizsgálat tárgya.

A csökkenő lelkesedést a mérsékelt emelkedett se chol szint esetében üdvözlölni

lehet, és az egészségnevelés figyelemmel lesz erre, és a gyógyszergyárak rábeszélő hatása is mérsékelhető lesz.

Mit csináljunk most? A legjobb a biztos tényekre hallgatni, azaz kezelni a súlyos hypercholesterinaemiákat, nemkülönben az érintett családtagokat. A legnagyobb klinikai tanulmányok igazolták, hogy az ISZB incidenciája csökkenthető a chol szint csökkentésével; kevesebb a szívizominfarktus és kisebb ezek halálozása is. Ez vonatkozik a fiatal és középkorú férfiakra az ISZB elsődleges prevenciója szempontjából, különösen ha egyéb veszélyeztető tényezők is fennállnak.

Közben a nyugtalanító kérdésekre is választ fogunk kapni a jelenleg is tartó klinikai vizsgálatokból, bár ezek végleges eredménye 1998 illetve 1999 előtt nem várható. Felsőszékteljes politika addig is csökkenteni az ISZB incidenciáját minden lehetséges módon, beleértve a chol szint csökkentését is.

Orosz István dr.

A cholesterolin csökkentő kezelés kedvező hatása hypercholesterinaemiás betegek endothelium függő coronaria relaxációjára. Wing-Hung Leung és mtsai (Cardiology Division, Department of Medicine, University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Pokufum Road, Hong Kong): Lancet, 1993, 341, 1496.

Az acetylcholin és több más vegyület az endothelium sejtekből vasodilatációt okozó anyag felszabadulását stimulálja (EDRF = endothelből származó relaxáló faktor). Az acetylcholin (AC) ép endothelium esetében értágulatot eredményez, ennek sérülése után érszűkítő hatású. Ez utóbbit angiographiás vizsgálatok is igazolták (coronaria atherosclerosisban az intracoronarián adott AC érszűkületet okoz).

A kísérletesen előidézett hypercholesterinaemia az endothelium dependens vasodilatációt károsítja; alacsony cholesterolin tartalmú étrend hatására ez megszüntethető. A szerzők azt vizsgálták, hogy hypercholesterinaemiás betegeken anatómiailag ép coronariák esetében a cholesterolin szint csökkentése képes-e javítani az endothelialis dysfunctiót.

A vizsgálatokat 25 hypercholesterinaemiás (összcholesterolin szint 6,2 mmol/l felett) férfi betegen végezték el. A coronariographia indicatója az atypusos mellkasi fájdalom.

A coronaria vasomotor reactio megítélésére intracoronarián alkalmazott AC, illetve nitroglycerin szolgált. Az alapvizsgálat után a betegek cholesterolin szegény étrend, ill. cholestiramin segítségével törekedtek a cholesterolin szint csökkentésére. 6 hónapos kezelés után történtek a kontroll vizsgálatok (vérzsírszint, ill. vasomotor reactio alakulása).

A vizsgálat kezdetekor az átlag összcholesterolin szint 7,1 mmol/l, ez 6 hónap eltelté-

vel 5,1 mmol-ra csökkent. Az LDL cholesterolin kiindulási átlagértéke 5,7 mmol/l, a kezelés befejezésekor 3,7 mmol/l. Az összcholesterolin/HDL arány 6,9-ről 4,9-re csökkent — mindhárom esetben a változás szignifikáns. A HDL cholesterolin, ill. triglycerid koncentráció nem változott.

Az AC az alapvizsgálat során jelentősen csökkentette a coronaria átmérőt (átlagban 21,7%-kal), 6 hónap után ezzel szemben az átlagátmérő növekedett (átlag 6,16%-kal). A nitroglycerin mindkét alkalommal közel azonos mértékben növelte az átmérőt.

Az alapvizsgálat során az összcholesterolin, ill. LDH cholesterolin szint és az AC-ra adott válasz közt szignifikáns correlatio nem volt, ezzel szemben e 2 paraméter 6 hónap után jól correlált az AC-nal provokálható érreactióval.

A szerzők vizsgálata azt mutatja, hogy az endothelium dependens (AC indukálta) coronaria dilatatio károsodik már olyan hypercholesterinaemiás betegen is, ahol coronaria-betegségre utaló angiographiás elváltozás még nincsen. A leglényegesebb adat, hogy az endothelialis dysfunctio reversibilis — a cholesterolin szint csökkentése az endothelium működésének javulását eredményezi.

Az AC az EDRF felszabadulás elősegítésével értágító hatású, ugyanakkor a vascularis simaizomzat contrahálása révén érszűkítő is. A tényleges válasz e 2 hatás eredője. Mechanikai sérülés, ill. az endotheliumra ható egyéb kórfolyamat károsíthatja a vasodilatator választ, ill. átfordíthatja vasoconstrictióba. Ez utóbbit látható angiographián igazolt coronaria atherosclerosisban. A vasodilatator functio károsodásáért elsősorban a károsodott EDRF kiáramlás felelős.

A hypercholesterinaemia károsítja az endothelium dependens értágulatot. Ez a hatás már jóval az atherosclerotikus laesiók kialakulása előtt kimutatható. Az endothelium működési zavarának helyreállítása megakadályozhatja a dysfunctiótól endothel sejtek működésének későbbi következményeit.

A coronaria rizikó faktorokról kimutatták, hogy endothelialis dysfunctiót okoznak (mind kísérleti körülmények, mind klinikai körülmények közt AC-ra vasoconstrictor reactio detektálható). E vizsgálatok szerint az endothelialis dysfunctio már jóval az angiographiás vizsgálattal kimutatható érfalkárosodás előtt észlelhető. E vizsgálat a korai atherosclerosis, ill. a teljes érrendszer diffúz érintettségének megítélésére nem sensitiv módszer. E célra sokkal érzékenyebb az AC által kiváltott vasomotor reactio értékelése.

A szerzők vizsgálatának leglényegesebb adata, hogy a hypercholesterinaemiával társuló károsodott, endotheliumfüggő relaxatio a cholesterolin szint csökkentésével megszüntethető, még mielőtt angiographiailag kimutatható atherosclerosis alakulna ki. Eppen ezért a hypercholesterinaemia (mely a Framingham-tanulmány szerint a legjelentősebb rizikófaktor) korai kimutatása és ezt követő erélyes kezelése megelőzheti az anatómiai károsodások létrejöttét.

Pálossy Béla dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Orvosi segítség a világűrben

T. Szerkesztőség! Arthur C. Clarke, napjaink Jules Vernéje, a nagy sikerű 2001 Űr-odisszeia szerzője, a science-fiction irodalom világhírű művelője, a távközlési műholdak atyja. Az 1945 októberében a Wireless Word című folyóiratban megjelent tanulmányában elsőként vetette fel a műholdas távközlés alapötletét. Az űrkutatás eredménye, hogy a merész álomból valóság lett. A rádió- és tévéprogramok átjátszása és a kontinensek közötti telefonkapcsolatok megvalósítása mellett a távközlési hordok jól alkalmazhatóknak bizonyultak a távközlés, a nemzetközi konferenciák és konzultációk lebonyolítása területén is.

1969 derekán az egyik svájci szanatóriumban halaszthatatlanul el kellett végezni egy szívűtműtétet, amely azonban annyira komplikált és veszélyes volt, hogy a jelen lévő orvosok egyike sem vállalta. Ekkor valaki felvetette, hogy az akkortájt kipróbált, a világűrön át kiépített hírközlőlánc segítségével tartsonak konzíliumot az angol és amerikai szívspeciálisták bevonásával. Az első nemzetközi műholdas konzílium kialakítása gyorsan és tökéletesen sikerült, s a kétoldalú hang- és képösszeköttetés birtokában nyugodtan megtárgyalhatták a műtét legfontosabb mozzanatait, s felkészülhettek a lehetséges komplikációkra. Egy szó mint száz: a műtét sikerült.

Ezt követően további sikeres interaktív nemzetközi videokonferenciákat, sőt műtétet hajtottak végre műholdas közvetítések segítségével. A legutóbbi ilyen esetről az oroszországi „kis októberi forradalmat” követő napokban érkeztek hírek. A NASA (Amerikai Űrhajózási Hivatal) közleményéből kiderül, hogy az egyik moszkvai kórház orvosai fordultak hozzájuk azzal a kéréssel, hogy a műholdas konzílium keretei között segítsék őket az összetűzésük sebesültjeinek kezelésében. Az „űrhíd Moszkvában” elnevezésű orosz–amerikai együttműködési program során négy amerikai klinika orvosai segítettek hasznos tanácsaikkal orosz kollégáikat. Újabb példáját szolgáltatva ezzel az űrkutatás, az

űrtávközlés nyújtotta lehetőségeknek és a nemes célokat szolgáló űregyüttműködésnek.

Németh Csaba
a Magyar Asztronautikai
Társaság tagja

A Helicobacter pylori pozitívításról...

T. Szerkesztőség! A gyomor, duodenum Helicobacter pylori (H. p.) fertőzöttsége és az ulcogenesis kapcsolata ma is vita tárgya, különösen a hyperacid formánál. Magam is úgy tapasztaltam, hogy a H. p. inkább a nyákos, hypacid gyomorbennékben mutatható ki, abban, mint „táptalajon” szabadon, nem szövethöz kötötten is kimutatható. A kérdés közismertsége és nagyszámú irodalma miatt irodalmi hivatkozásoktól eltekintek. A vitában nem kívánok állást foglalni, s elfogadom azt a nézetet, hogy a sterilnek ismert tápcsatorna-szakaszban jelenléte nem kívánatos, potenciálisan betegségek kialakulásának kedvez. Technikai jellegű reflexióim vannak.

A baktérium kimutatására ma a legelterjedtebb klinikai módszer a biopsziás anyag szövettani vizsgálata. Rendelkezésünkre állnak külföldi, meglehetősen költséges teszt-anyagok is, amelyek a szövet felszínén, illetve a nyert folyékony mintában vizsgálják a baktérium jelenlétét. Utóbbiak a H. p. ureumbontó képességén alapulnak. Az nyilvánvaló, hogy a gyomorbennék analízisét gyakrabban végzik, mint a gyomor endoszkópos vizsgálatát, tehát elvileg hasznosabb lenne az utóbbi módszerek egyikét használni. Csak pénzügyi okok szólnak ez ellen. Laboratóriumunkban azonban évek óta végezzük a gyomorbennék H. p. urease-reakción alapuló vizsgálatát. Ehhez a hetvenes években gyakrabban használt, igen olcsó, hazai gyártású indol-urease táptalajt használjuk. A port felfőzzük, a táptalajt (reagenst) a készítményhez mellékelt alkalmazási útmutató szerint készítjük el. Mintegy 4–5 ml narancsszínű reagenshez 1–2 ml gyomor-duodenum-

nedvet adunk, szobahőmérsékleten, ledugóztott kémcsőben tároljuk, s 6–12 óra múlva nézzük meg azt, hogy az oranzsvörös szín a pozitívítást jelző lilászvörös színbe átszaporított-e. Az eljárás során az a legfontosabb, hogy a levegőben ubiquiter urease-pozitív baktériumokkal történő szennyeződést kizárjuk, a gyomor-duodenum nedvében más urease aktivitást mutató baktérium nem várható.

Hasonlóan problematikus a kimutatott H. p. fertőzöttség kezelése. Legelterjedtebbnek a kombinált, széles spektrumú antibiotikus kezelés tekinthető, amely általános kezelési elveink és anyagi szempontok szerint sem szerencsés. A De-Nol tableta (Janssen) létrejötté azon a felismerésen alapul, hogy a disszociált bizmut a H. p.-ra bactericid hatású. A De-Nol azonban hazánkban nincs forgalomban és ára sem tekinthető elfogadhatónak. Az a megfigyelés, miszerint a H. p. a nyákos-hypacid gyomorbennékben gyakrabban fordul elő, mint az alacsony nyáktartalmú, hyperacid secretumban a nyák promotív hatására utalhat. Ezért a bizmut adása mellett kedvező adjuváns hatást várhatunk nyákkoldó természetű anyagok adagolásáról. A rövidesen forgalomba kerülő, a Fahrvitex Kft. által forgalmazandó, Gastritec nevű rágótableta növényi kivonatokat (nyákkoldó hatású enzimek és olajok), valamint 50 mg bizmuthum subsalicilicumot tartalmaz. Tapasztalataink szerint 3–4 hetes szedése a korábbi H. p. pozitívítást negatívvá teszi. Jól tolerálható áhízású készítmény, amelynél mellékhatást nem tapasztaltunk. A nyák csökkenését — s így a kezelés abbahagyásának optimális idejét — általában hyperacid panaszok fellépése jelzi. A szer várhatóan 1994 elején kerül gyógyszerári forgalomba, — nem gyógyszerként, hanem gyógyhatású készítmény minősítéssel. Említését a fenti körkép kezelésének problémái miatt tartom fontosnak és időszerűnek.

A H. p. pozitívítás diagnosztikájában és kezelésében alkalmazott fenti módszereket olcsóságuk, egyszerűségük miatt írtam le. Remélem, ezzel másoknak is hasznos tanácsot, ötletet adok.

Mádi-Szabó László dr.
Budagyöngye Kórház
Gastroenterológia

Cégünk magyarországi tevékenységének kiterjesztésére lehetőleg debreceni (munkaterület: Észak-Magyarország) és győri (munkaterület: Észak-Dunántúl) illetőségű, jó megjelenésű gyógyszerész(nő)/orvos(nő) munkatársakat keres 35 éves korig képviselői

ORVOSLÁTOGATÓ

munkakör 1994. február 1-jével történő betöltésére, német és/vagy angol nyelvtudással.

Megfelelő klinikai vagy kórházi szakmai gyakorlattal rendelkezők előnyben.

Munkatársainknak szakmailag vonzó munkakört, állandó továbbképzést, magas kereseti lehetőséget, szolgálati kocsit biztosítunk. Amennyiben Ön egy dinamikus fejlődő világcég magyarországi céljai megvalósításának részese kíván lenni, angolul vagy németül írott önéletrajzát fényképpel ellátva 1994. január 20-ig az alábbi címre küldje el:

Dr. Péter Sándor

HOECHST HUNGARIA KFT.

1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 12.

Tel.: 117-9011



Gyártó és forgalmazó:
BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
H-4042 Debrecen, Pallagi út 13.

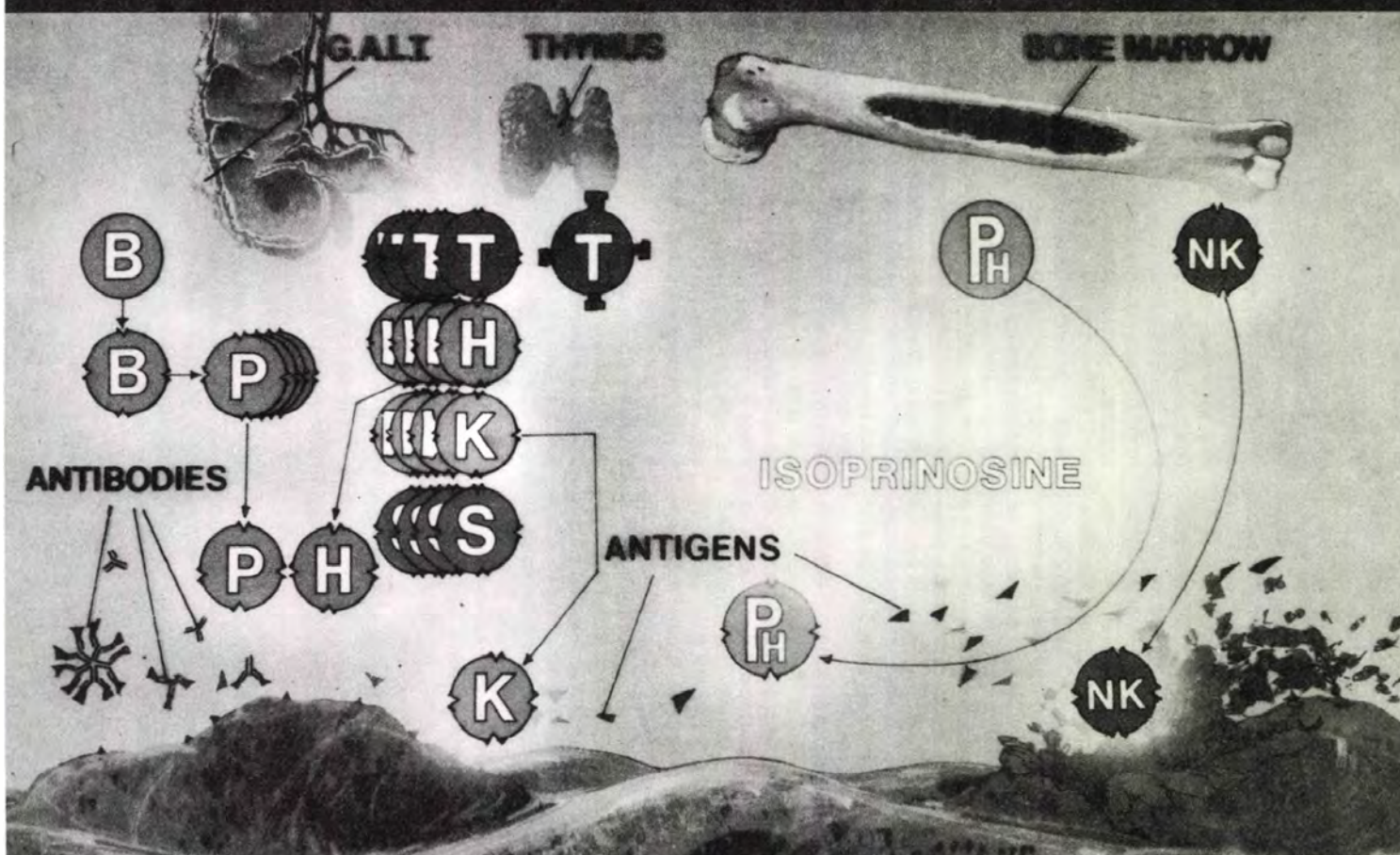
Isoprinosine®

az immunstimulátor

Az ISOPRINOSINE immunstimuláló
hatásának ábrázolása a
Newport Pharmaceuticals
International, Inc.
tulajdona
897 West 16th Street
Newport Beach,
California 92660 0147 USA

G.A.L.T. = Peyer-plakkok
Antibodies = antitestek
Thymus = thymus
Antigens = antigének
Bone marrow = csontvelő

B = B-sejt
P = Plazmasejt
T = T-sejt
H = Helper T-sejt
K = Killer sejt
S = Supresszor T-sejt
Ph = Fagocita
NK = Természetes Killer sejt



Az antigének, bejutva a szervezetbe, kóros esetben megtámadják az egészséges szöveteket. Ennek során az immunrendszer sejtjei szupresszálódnak. Különböző kórokozók, daganatos megbetegedések, citosztatikumok és sugárkezelés hatására a T, a B és a fagocita sejtek elvesztik integrált működésüket. Ilyenkor az Isoprinosine alkalmazása stimulálja az immunrendszer sejtjeit:

Az ISOPRINOSINE® a thymus-hormonokhoz hasonló módon segíti elő a sejtfelzíni marker megjelenését. Ezek adják a normális T-sejtek azonosító jellegét.

Az ISOPRINOSINE® fokozza a T-sejt proliferációt. A T-sejtek számának és működésének fokozásával növeli a gazdaszervezet képességét arra, hogy felismerje az idegen antigéneket.

Az ISOPRINOSINE® növeli a killer T-sejt funkciót, s ezzel jelentősen csökkenti az antigénbevonatú célsejtek (pl. tumorsejt) megsemmisítését.

Az ISOPRINOSINE® stimulálja a természetes killer-sejteket, melyek létfontosságú szerepet játszanak a célsejtek megsemmisítésében.

Az ISOPRINOSINE® erősíti a fagocitálműködést. A fagociták intenzívebben keresik az antigének keresésében és bekebelezésében, s így nagyobb számú kórokozót hatékonyabban pusztítanak el.

Az ISOPRINOSINE® növeli a B-sejt vagy plazma-sejt aktivitását. A B-sejt reakciók módosulnak, a T-helper sejtek segítségével növelik az antitest-termelést és közvetlenül gátolják a vírus-replikációt.

Az ISOPRINOSINE® az immunválasz fokozásával és szabályozásával erősíti a szervezet természetes védekező folyamatait.

BESZÁMOLÓK

XV. Európai Kardiológiai Kongresszus
Nizza, 1993. augusztus 29. – szeptember 2.

Az Európai Kardiológiai Társaság 1993. augusztus 29. és szeptember 2. között tartotta már szokásosnak mondható évi kongresszusát Nizzában. A francia Riviera fővárosában – akárcsak 1989-ben – szervezésileg és technikailag gördülékeny, nagyszabású kongresszus zajlott. A szervezők nagy tapasztalatára utal, hogy úgy a plenáris ülések, felkért előadások, mint az absztraktok fennakadás nélkül, a programnak megfelelően követték egymást. A vetítések és más megjelenítési lehetőségek hibátlanok voltak, az előadók külön termekben biztosítottak lehetőséget az előadások előtti felkészülésre.

A plenáris üléseket nem számítva, 19 szekcióban 4 napon keresztül 890 előadás és 1026 poszter szerepelt abból a 6242 absztraktból, mely a szervezőkhöz beérkezett. A legnagyobb érdeklődés – az összes előadás 52%-a – a klinikai aritmia, a koronáriakeringés, az echocardiographia, miokardiális infarktus és az intervencionális kardiológia témaköréből adódott. Az előadások teljes áttekintése még egy munkacsoport számára is megoldhatatlan feladat lett volna, ezért csak szemelvényeket tudunk kiemelni az általunk érdekesnek talált témák sokaságából.

A szívritmuszavarokat klinikai megközelítésben tárgyaló nagyszámú előadás közül kiemelni azokat, amelyek az abláció jelentőségével foglalkoztak a szupraventrikuláris aritmiák gyógykezelésében. Egyes kórképekben a beavatkozás prioritást élvez a gyógyszeres kezeléssel szemben. Az elektrofiziológiai előadások fókuszában az ún. „III. osztályba” sorolt antiaritmikumok jelentős előretörése volt tapasztalható. Több beszámoló hangzott el a kamrai utópotenciálkor értékelő sick sinus syndromában, pitvarfibrillációban és ischaemiás betegekben, az utóbbiaknál elsősorban a posztinfarktusos aritmiák prognosztizálásával kapcsolatban. Súlyos, életveszélyes kamrai ritmuszavarok kezelésében előtérbe került a beépíthető automata defibrillátorok alkalmazása.

Kiemelten izgalmas téma volt a kongresszuson a koronáriakeringés, ezen belül elsősorban a koronária mikrocirkuláció és a mikrovaskuláris angina pectoris, az ún. „X syndroma” problémaköre. Nagy szerepet tulajdonítottak a szerzők az életképes miokardium kimutatásának ischaemiás szívbetegségben; a diagnosztikus módszerek közül az alacsony dózisú Dobutamin stressz echocardiographiás módszert több munkacsoport preferálta.

Az intervencionális kardiológia diszciplínája nagy hangsúlyt kapott a kongresszuson. Számos előadás foglalkozott az angioplasztika mellett a coronaria-stent alkalmazásával. Ehhez a témakörhöz kapcsolód-

dott a „Hot line” ülések fő témája, a multicentrikus nagy klinikai tanulmányok ismertetése: „PTCA (coronaria angioplasztika), versus CABG (coronaria arteria bypass graft) műtétek több ág betegségben”.

A kongresszus valamennyi napján több szekcióban ülésezett az echocardiographiás munkacsoport. A fő témakörök a műbilitás-funkció megítéléséről, a stressz echocardiographiáról, a diagnosztikus hibaforrásokról folytak. A transoesophagealis echón belül az emboliaforrás-kutatás, az endocarditis megítélése, valamint a coronariabetegségek kimutathatósága és az intraoperatív miokardium-funkció megítélése jelentette a legizgalmasabb kérdéseket.

A technikai újítások közül az egyik nagy szakmai élményt az intravaszkuláris Doppler-echocardiographia megjelenése jelentette. Az angioscopia új távlatokat nyit a coronariastenosisok kvantitatív és kvalitatív értékelésében. A képkötés új dimenzióit jelenti az ultranagy sebességű computer tomographia, a multiplan transoesophagealis echocardiographia és a nukleáris magrezonancia alkalmazása a különböző kórképekben.

A „How to” szekció keretében igen sok kérdést vitattak meg: a korszerű terheléses vizsgálatokról, a transzplantált szív rejecciójáról, a non-coronariás thrombolysisről, a restenosis celluláris biológiájáról – hogy csak néhányat említsünk az igen sok témából.

A 43 beküldött magyar absztrakt közül 3 előadást és 6 posztert fogadott el a szervezőbizottság.

Édes I., Csanádi M., Papp J. Gy.: „The effects of new calcium sensitizers (levosimendan, pimobendan and EMD 53998) on myocardial protein phosphorylation” című előadásukban arra a következtetésre jutottak, hogy a levosimendan pozitív inotrop hatása elsősorban calcium szenzitizációnak tulajdonítható, míg a pimobendan és EMD 53998 készítmények phosphodiesterase gátlóként fejtik ki hasonló hatásukat.

Szilvassy J., Ferdinandy P., Koltai M., Szilvassy Z., Tarrade T., Braquet P.: „Interaction between cimetidine and preconditioning. A new possibility for drug-potentiated adaptation to myocardial ischaemia” című előadásukban beszámoltak a cimetamin kifejezett antiischaemiás és antiaritmias hatásáról, melyet feltehetően a miokardium ischaemiához történő endogen adaptációjának támogatásával, a cGMP phosphodiesterase gátló hatása révén fejt ki.

Saját klinikai tárgyú előadásunkban (Radó J., Szatmári L., Horváth M., Gonda F., Varga M.): „The role of transoesophageal Doppler Echocardiography to indicate coronary angioplasty” értékeljük a transoesophagealis Doppler-Echocardiographia szerepét LAD proximális stenosis kimutatásában, PTCA effektivitásának megítélésében, alkalmazhatóságát restenosis detektálására LAD–PTCA után.

Lengyel M., Temesvári A., Villányi J., Kassai J.: „Transoesophageal Echocardiography in 17 adult sinus venous defect pati-

ents” című poszterükön 17 eset kapcsán számoltak be a transoesophagealis echocardiographia értékéről transthoracalisán alig diagnosztizálható sinus venosus defektusban. Megállapították, hogy a felnőttkori ASD populációban gyakori a sinus venosus típusú defektus (19%), melyek 50%-ban nem tekintendők ASD-nek (hiányzik a vena cava posterior széle), ezekben az esetekben gyakran fordul elő jobb-bal shunt.

Högye M., Bali I., Forster T., Öri Zs., Csanádi M.: „Natural course of biopsy-confirmed dilated cardiomyopathy with particular respect to the onset of cardiomegaly” című poszterükön DCM familiáris formájáról számoltak be, mely a leginkább malignusnak tekinthető cardiomyopathia, korai életkorban jelentkezik és rapid progressziót mutat.

Gyöngyösi M., Németh J., Szilvassy Z., Várkonyi T. T., Lonovics J.: „Gastrointestinal regulatory peptid level changes in patients with acute myocardial infarction or respiratory insufficiency” című munkájukban a plazma gastrin szignifikáns emelkedéséről számoltak be akut miokardiális infarktus első óráiban, ill. légzési elégtelenség első néhány napján. A jelenség klinikai jelentősége még nem ismert, nem észleltek kapcsolatot a haemodinamikai paraméterekkel, ritmuszavar előfordulási gyakoriságával.

Tomcsányi J., Karlócai K., Naszly A.: „Theophyllin treatment in Cheyne–Stokes breathing” című poszterükben megállapították, hogy a kongesztív keringési elégtelenségben kialakuló Cheyne–Stokes-légzés kiváltásában az emelkedett adenosin szintnek van igen fontos szerepe, és theophyllinnel eredményesen csökkenthető.

Simon K., Szélier A., Szabó P., Szépvölgyi A., Türi T., Sereg M., Szatmári L.: „The natural history of patients with post-ischemic inverted T waves: does resolution of inverted T waves designate improved prognosis”: postischaemiás negatív T-hullámok prognosztikai jelentőségét vizsgálták 40 instabil angina pectorisban szenvedő betegnél. Legtöbb esetben gyógyszeres kezelés mellett 3 hét alatt a postischaemiás negatív T-hullámok visszafordultak, ugyanakkor a negatív T periódus magas rizikójú időszaknak tekintendő.

Reuter M., Szatmári Gy.: „The long-term follow-up status of patients operated upon for the common forms of congenital heart diseases” címmel 15 év során veleszületett szívbetegség miatt operált 263 beteg 20–30 éves utánkövetéséről számoltak be.

Vereckei A.: „What determine the ventricular rate during atrial fibrillation: conduction and automaticity” c. poszteren Indianapolisban (USA) végzett vizsgálatairól számolt be; eredményeik nem támasztják alá az AV csomó pacemakerként való működését.

Sotonyi P. svéd munkacsoporttal közösen 1 előadás és 2 poszter társszerzőjeként szerepelt, mely munkák kardiológiai alaputatást képviselnek a molekuláris és celluláris biológia szintjén. („Increased beta-I recep-

tor expression at mRNS is upregulated in dilated cardiomyopathy", „Ventricular adenine nucleotide translocator mRNA is upregulated in dilated cardiomyopathy", „Increased expression in heart failure of myocardial T3r subtype beta-1 mRNA but not beta-2, alfa-1 or alfa-2 mRNA.)

A Solvey farma által rendezett satellita ülésen *Leprán L. és Papp J. G.* előadása hangzott el „Effect of moxonidine on arrhythmias induced by coronary occlusion and reperfusion” címmel.

A kongresszusi előadásokhoz szervesen kapcsolódott a nagyszámú kiállító cég által rendezett bemutató, mely a technikai újdonságok egész sorával és büféivel végig nagy nézőközönséget vonzott.

Az idei nizzai kongresszus még egy szempontból különleges helyet foglal el a magyar kardiológusok eseménynaptárában. Az Inthera AG, mint a Heinrich MACK Nachf. cég magyarországi képviselője már eddig is több színvonalas tudományos rendezvényt hívta fel magára a figyelmet, ezúttal 52 magyar kardiológus számára tette lehetővé a kongresszuson való részvételt. Túlnyomórészt a magas színvonalú elhelyezéssel és ellátással, a cég tulajdonosai és munkatársai sok apró figyelmességgel és kedvességgel segítettek a delegátusok munkáját, tették gördülékennyé a szerteágazó programokon való részvételt és a kevés szabadidő kihasználását. Külön kiemeljük a hajókirándulással egybekötött monacói látogatást, mely a turisztikai élményeken túlmenően nagyszerű alkalom volt arra, hogy a társaság tagjai közelebb kerüljenek egymáshoz, kicserélhessék emberei és szakmai tapasztalataikat.

Úgy gondoljuk az 52 meghívott teljes egyetértéssel fejezzük ki, amikor még egyszer megköszönjük az Inthera AG-nek a kongresszusra való meghívást.

Radó Júlia dr.

Sajtótájékoztató a Világbanki Népegészségügyi Projektet felügyelő bizottság munkájáról

1993. október 11-én dr. Kertai Pál egyetemi tanár, országos tisztifőorvos elnökletével a bizottság tagjai ismertették a két évre szóló világbanki kölcsön hazai felhasználásának módjait. Nógrádi Tóth Erzsébet nyitotta meg a konferenciát és mutatta be a kuratórium tagjait. A kuratórium 10 tagja közül 4 külföldi és 6 magyar, nemzetközileg ismert nagy tekintélyű szakember. A kuratórium elnöke Sir Donald Ericson, az Egyesült Királyság kiemelkedő szaktekintélye.

Jávör András államtitkár tájékoztatta a résztvevőket arról, hogy a projekt kidolgozása komoly munkát jelentett, hosszú időt vett igénybe, számos belső és külső szakember segítségével. A világbanki kölcsön teljes összege 91 millió dollár, s ebből 14 millió dollár szolgál a népegészségügyi projekt megvalósítására.

Kertai Pál országos tisztifőorvos ismertette a program célkitűzését: a magyar la-

kosság egészségének megővése, a betegségek megelőzése, az egészségi állapot mutatóinak a javítása. Mindehhez szükség van (1) iskolai nevelés terén korszerű tájékoztatásra, (2) szív- és érrendszeri betegségek mortalitásának csökkentésére, (3) a daganatos betegségek korai kiszűrésére, (4) a lakosság egészségügyi állapotának a felmérésére, valamint (5) az egész lakosság aktív részvételére. Különösen fontos a dohányzás- és alkoholelles propaganda, a környezeti ártalmak (kémiai, sugárzás) jelentős csökkentése.

A projekttel kapcsolatos pályázat konkrét időpontja még nem került meghatározásra. Pályázhatnak intézmények, kutatócsoportok, önálló kutatók, azonban a komplex kutatási program miatt nyilván kutatói közösségeknek lesz nagyobb lehetőségük. Ha a konkrét kutatási programot megkapjuk, olvasóinkat a Lap hasábjain tájékoztatni fogjuk.

Fehér János dr.

Tájékoztató az ASTRA Gyógyszergyár Közép-európai Kutatási Egységének magyarországi megnyitásáról

1993. október 11-én szakemberek és a sajtó tájékoztatásával nyitotta meg kutatási egységét Budapesten a világszerte jól ismert vezető svéd Astra gyógyszergyár.

A gyógyszergyárat a cég vezető szakemberei mutatták be, köztük Lone Aagaard, a cég magyarországi igazgatója, valamint Anders Roth, közép-európai igazgató.

Az Astra több mint 30 országban létesített leányvállalatot és közel 100 országban — köztük Magyarországon, Lengyelországban és a Cseh Köztársaságban — működött képviselői. Kiterjedt kutatási és fejlesztési feladatait elsősorban négy svédországi kutatóintézet végzi. Az Astra tudatosan törekszik arra, hogy kutatói szervezeteit jó hírű biológiai és orvosi fakultásokkal rendelkező egyetemekhez, kutatóbázisokhoz kapcsolja, ezért azok munkájuk során szoros kapcsolatot tartanak fenn svéd és külföldi egyetemekkel.

A négy kutatóintézet munkáját az Astra erre szakosodott kutatóközpontjai segítik Kanadában, Indiában, Angliában, az USA-ban és most már Közép-Európában — Budapesten is.

Magyarország a biológiai és orvosi kutatások területén kiemelkedő hagyományokkal rendelkezik. Csatlakozott a klinikai kutatásokra vonatkozó európai etikai és minőségi követelményeket támazó egyezményhez (Good Clinical Practice), ami alapkövetelmény valamennyi Astra kutatási program számára.

Azzal a céllal jött létre Budapesten az Astra Central European Clinical Research Unit, hogy magyar specialistákkal együttműködve a kutatórészt olyan klinikai kutatásokat végezzen, mely része az Astra nemzetközi fejlesztési programjának. Ezáltal lehetővé válik a magyar kutatók számára, hogy nemzetközi kutatási programok-

ban vegyenek részt és így az Astra ki-magasló színvonalú kutatási projektjeinek részeseivé váljanak. Ez a munka Magyarországon indult el s a későbbiekben kiterjesztik Lengyelországra és a Cseh Köztársaságra is.

A nyolc évtizedes múltú visszatekintő cég az utóbbi években a világ egyik legdinamikusabban fejlődő gyógyszergyártó lépett elő. Olyan gyógyszerek fémjelzik a céget, mint a világhírű érzéstelenítő, a Xylocaine® (lidocaine); a savtúltermeléssel járó betegségek kezelésére szolgáló Losec® (omeprazole), amely világszerte klinikai sikernek bizonyul a gyomorfekély és gyomorfőzés kezelésénél; valamint az asztma elleni hatékony szer, a Pulmicort® (budesonide) kiváltképp, ha az Astra által kifejlesztett Turbuhaler® belélegző készülék segítségével használják.

Az Astra régóta tevékenykedik a szív-érrendszeri megbetegedések területén. Jól ismert a Betaloc® (metoprolol) készítménye, amelyik a legszélesebb körben alkalmazott β -blokkoló és egyben szinte az egyedüli, amelyik bizonyítottan hatásos lehet a hirtelen halál megelőzésében. Nem kevésbé ismert az érrendszerre szelektíven ható Ca-antagonista, a Plendil® (felodipine) és az anginák kezelésénél használt Imdur® (isosorbide mononitrate).

Az Astra bízik abban, hogy a közép-európai országokban hozzájárulhat az ott élő emberek egészségének védelméhez, a betegségek leküzdéséhez.

A sajtóbemutatót „Betegközpontú gyógyszerfejlesztés” címmel tudományos szeminárium követte, Paál Tamás dr., Börje Johansson dr., John Sjögren dr., Borvendég János dr., Peter Hertzman dr. előadásaival.

Fehér János dr.

Nőgyógyászati malignus folyamatok gyógyszeres kezelése

A European School of Oncology 1993. szept. 17–18-án 2 napos szemináriumot tartott a nőgyógyászati malignus folyamatok gyógyszeres kezelésének témájában. Nem éppen megszokott dolog, hogy hétfőgén angol nyelven tartott tudományos továbbképzésen zsúfolt terem fogadta az előadókat, azonban a magas szintű, nemzetközileg jegyzett, színvonalas előadások igazolták az érdeklődést.

Eckhardt professzor bevezetője után a petefészekdaganatok modern kemoterápiájáról *Vermoren*en tartott igen színvonalas, jól demonstrált előadást.

Non-epithelialis petefészekrákokról a téma iránt érdeklődő magyar kollégák által jól ismert Adams kolléga beszámolója a szokásos kitűnő prezentáció volt, és nagyon érdekes és termékeny vita alakult ki az előadást követően nemcsak a hallgatóság és az előadó, de az egyes előadók között is. Anélkül, hogy a vita lényegét, tudományos értékét elemezni kívánám, a gyakorló klinikus számára egyértelművé vált, hogy a

műtétes tumor redukciót követően a petefészekdaganatok gyógyszeres kezelése már minden esetben elengedhetetlennek tűnik.

Dittrich dr. az interferon szerepéről, jelentőségéről számolt be, azonban az eredmények és az alkalmazás körülményessége ma még a széles körű klinikai alkalmazást megkérdőjelezi.

Igen érdekes és újszerű adatokat ismertettünk meg *Bösze dr.* előadásában a nőgyógyászati tumorok miatt kezelt betegek hormonpótló kezelésével kapcsolatban.

Megemlíthető és elgondolkodtató azon álláspont, miszerint a malignus folyamatok kezelése után a tartós hormonpótló kezelés széles körben alkalmazható és ennek elsődleges pozitív hatása van a betegek életminősége és a másodlagos problémák, mint pl. az osteoporózis profilaxisa szempontjából.

A második napon hasonló népes hallgatóság előtt *Pálfalvi dr.* a regionális, intraarteriális kemoterápia lehetőségeit ismertette annak buktatóival és alkalmazási nehézségeivel egyetemben.

Laphám carcinomák előrehaladott formáiban, a sugárkezelést követően alkalmazott kemoterápia eredményei bár nem látványosak, hiszen rendkívül előrehaladott, súlyos állapotú betegekről van szó, azonban az alkalmazás bővíti a terápiás variánsokat. Ezen betegcsoportnál mindenképpen elgondolkodtató a cost/benefit ráció.

Az endometrium carcinoma kemoterápiája, illetve az ehhez kapcsolódó, ezt kiegészítő hormonkezelés, valamint ezek kombinációja, pezsgő vitát váltott ki.

Nagy öröm volt a hallgatóság számára Eckhardt professzor élénk, szellemes előadását és aktivitását látni mind az előadás, mind a vita során.

Sarcomák kemoterápiája vonatkozásában, illetve a kiegészítő, supportív kezelések és az erythropoietin alkalmazása vonatkozásában a hallgatóság érdekes, újszerű, bár teljesen újnak nem mondható információkkal ismerkedhetett meg.

Összességében ezen sikeres rendezvény, mely végre a hazai érdeklődők számára Bu-

dapesten, megfelelően kulturált milióban volt követhető, lehetőséget nyújt arra, hogy betegeink az európai szinten elfogadott terápiás elvek figyelembevételével kerüljenek ellátásra.

A rendezvény szervezője és az esemény házigazdája, *Bösze* professzor háttérbe húzódva, de észlelhető gondossággal irányította mind a hazai, mind a nemzetközi szinten jelentősnek mondható tudományos továbbképző előadás-sorozatát. Jelentős segítség, hogy az előadók anyaga könyv formájában is hozzáférhető.

Remélhetőleg hasonló rendezvényekre a közeljövőben is sor kerül, talán nemcsak a szorosan vett kemoterápia, de a nőgyógyászati daganatos betegségek egyéb ellátási formája vonatkozásában is. Külön meg kell még említeni azt a tényt, hogy a magyar hallgatók számára az előadások követése a szervezők és a szponzorok jóvoltából díjtalan volt.

Marton István dr.



• KEDVEZŐ LÍZINGSZORZÓK

GÉPEK, JÁRMŰVEK,
INGATLANOK, valamint
ORVOSI MŰSZEREK,
FOGORVOSI és
KÓRHÁZTECHNIKAI
BERENDEZÉSEK
GYORS RUGALMAS
LÍZING ÜGYINTÉZÉSE

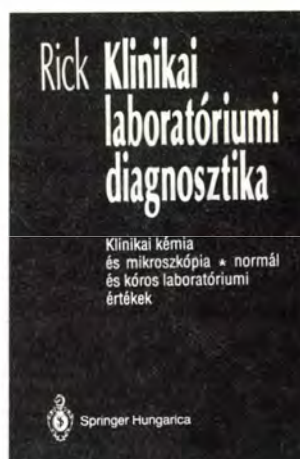
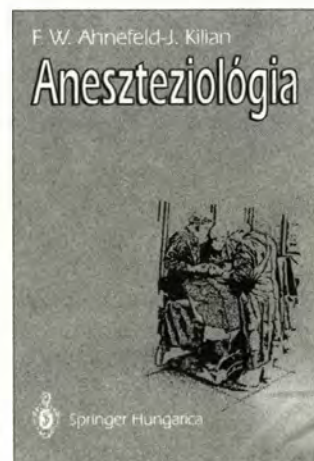
- BIZTOSÍTÁSOK MEGKÖTÉSE
- RÉSZLETFIZETÉSI LEHETŐSÉG

argenta

Lizing

H-1025 Budapest, Kapy u. 20/a
Telefon: 176-2522, 176-0894, 176-1403,
176-1244, 176-4989, 176-2659,
Telefax: 176-2322

SPRINGER AJÁNLAT AZ ORVOSI HETILAP OLVASÓINAK



Megrendelőlap

Alulírott megrendelem az alábbi könyveket:

..... pld. Bevezetés a klinikai farmakológiába	2200,— Ft
..... pld. Sebészeti zsebkönyv	2055,— Ft
..... pld. Klinikopatológiai konzílium	979,— Ft
..... pld. Aneszteziológia	1650,— Ft
..... pld. TNM-Atlasz	2090,— Ft
..... pld. Klinikai laboratóriumi diagnosztika	3135,— Ft

Megrendelő neve:

Címe:

A rendeléseket kérjük: Springer Hungarica Kiadó Kft., 1075 Budapest, Wesselényi u. 28. küldeni.

KÖNYVISMERTETÉSEK

Nancy Duin és Dr. Jenny Sutcliffe: Az orvoslás története (Az ősidőktől 2020-ig). Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1993. 255 oldal, 2750 Ft.

Különösen értékes és szép kivitellű kiadvánnyal lepte meg a Medicina Kiadó az orvostársadalmat és az igényes könyvszerető közönséget, amikor a közelmúltban közreadta N. Duin amerikai történész, újságíró és dr. J. Sutcliffe orvos művét, aki a medicinát a Sorbonne-on és Londonban tanulta. Az eredeti, angol nyelvű változat Nagy-Britanniában, 1992-ben jelent meg History of Medicine címmel Simon és Schuster (London) kiadásában.

A bevezetőt H. van Urk professzor, a rotterdami Erasmus Egyetem érsebsz tanára írta. Bevezetőjében megállapítja, hogy egy hivatás fejlődésének megismeréséhez elengedhetetlen a történelmi távlat, mert a múlt ismerete nélkül nem lehet megérteni a jelen és előre látni jövőt.

A fordítók: dr. Cholnoky Péter és dr. Török János alapos és gondos munkát végeztek, amikor irodalmi színvonalon, igényesen és szakmailag is érteően oldották meg feladatukat.

A szerzők izgalmasan érdekes utazásra invitálják az olvasót, amelynek során egyfelől átéljük azokat a kudarokat és keserű csalódásokat, amelynek következményeképpen évezredek alatt a betegek milliói fízettek az életükkel, másfelől megismerhetjük azt a megszállottságot és mérhetetlenül sok erőfeszítést és gyötörést, ami kijutott az orvoslás hőseinek a kezdeti próbálkozásoktól a Nobel-díjig, a borbélyoktól az ünnepektől sebész diadaláig.

Fejezetenként villanásnyit nyújt a világtörténelem párhuzamaiból. Ebből világossá válik, hogy az orvoslás története valójában az emberiség örök küzdelme a fennmaradásért. Sokáig tartott, amíg megtanultuk, hogy a betegség nem ártó szellemek vagy az istenek büntetése, hanem megelőzendő és gyógyítandó feladat. Az orvoslás története az emberi művelődés sajátos története: célzott ismeretek, tapasztalatok gyűjtésének és sikeres alkalmazásának ígéretes kalandjai.

Az orvostörténelem orvos-papok, mágusok, elméleti és gyakorlati szakemberek életéről és sorsáról szóló beszámoló izgalmas gyűjteménye, anélkül azonban, hogy — amint azt a szerzők példája is tanúsítja — fárasztó adathalmaz lenne, sokkal inkább érdekes történetek egymásutánja. Elsősorban a nyugati világ orvoshőseit állítják reflektorfénybe, de az ősi kelet ún. alternatív gyógyászatát is igyekeznek a korszerűen képzett orvossal elfogadhatóvá tenni, annál is inkább, minthogy a modern gyógyszer, vizsgáló és gyógyító eljárások gyakran feleslegesen terhelik túl a társadalom gazdasági tűrőképességét.

Egyes szövegrészek hangsúlyozása érdekében színes háttérre nyomtatott kiemelések szolgál, hogy ily módon figyelmeztesse az olvasót egy-egy jelentős tudósra, fontos felfedezésre. A könyv szerkesztését jellemzi, hogy — számos újabb, népszerű, enciklopédikus mű mintájára — az egyes témaköröket két, egymással szemközt oldalra korlátozza, ily módon szabva határt a felesleges terjengősségnek, egyszersmind megteremtve az egyazon tárgyhöz tartozó részeket egységét.

Találó alcímek segítik dióhéjban összefoglalni az egyes fejezetek lényegét: ezek közül, érdeklődést keltő mondanivalójuk miatt csak néhányat emelnék ki: „... a tengeraltjárók azonosítása a háborúban segítette a nem invazív vizsgálóeljárások fejlesztését...”, „... egész életében Mercurius segítségére szorult, aki egyetlen éjszakát Vénusz karjaiban töltött...”, „... a mellékhatásoktól való félelem az új gyógyszerrel szemben...”, „... az egyház-községi szivattyú karjának eltávolítása akadályozta meg a járvány visszatérését...”, „... aki 45 másodperc alatt tudott hólyagkövet eltávolítani fájdalomcsillapítás nélkül...”, „... a kis indiai majom segített megoldani a halvaszületés rejtélyét...”.

A könyv legerjedelmesebb része a 19. század orvosi és egészségügyi történetére és a két világháború közötti időszakra utal. — Érdeklődésre tarthat számot a „Kudarcok és áttörések a háború óta” című fejezet, amely az új nyugtatók ígéretét hozta az elmebetegek részére. De új gyógyszerekkel segítettek a javuláshoz a Parkinson-kóros betegeket, oltóanyagokkal előzték meg a járványos gyermekbénulást. A gyógyulás elősegítésében, az egészség megőrzésében is találtak új megközelítési módokat: az ún. alternatív és kiegészítő eljárásokat. Ezek a régi, mégis újra divatosabbá vált, vagy újra felfedezett próbálkozások: az akupunktúra, a meditáció, a masszázs, a gyógyfűvek, biológiai módszerek, amelyek Ázsiában és másutt is, mindig divatosak maradtak.

Kialakult annak filozófiája, hogy az egész embert kell gyógyítani, a test, az egyes szervek, a lélek gyógyítása ugyanis önmagában nem hozhat elégséges eredményt. Ezt az igényt szolgálja a holisztikus medicina térhódítása. De sor kerül a közegészségügy, az egészségnevelés kérdéseire is. Megelégedéssel állapítják meg, hogy az orvoslás élen jár a legkorszerűbb műszaki fejlesztés eredményeinek az alkalmazásában.

A mű egyik érdeme, hogy míg a korábbi orvostörténeti munkák csupán a múltba tekintenek, a szerzőpáros a jövőbe is próbál egy pillantást vetni. Kiemelt tudósokat faggattak, hogy mit tartanak szakterületük megoldandó feladatainak. Milyen perspektívái lehetnek a közeljövő fejlődésének? Sok egymásnak ellentmondó tényezővel

kell számolni annak következtében, hogy a világ népessége növekszik, a lakosság elöregedik, a környezetszennyeződés fokozódik, az egészségügyre fordítható pénzforrások ugyanakkor egyre inkább elapadnak. Bár egyidejűleg új egészségügyi és technológiai lehetőségek is megnyílhatnak.

Az egészben szemre szép, olvasni lebilincselő könyv a pusztán lapozgatónak is örömet okoz. Szórakoztatón előadott páratlan információgazdagságával nemcsak a szakember, hanem a laikus érdeklődő számára is könnyen érthető és tanulságos ismeretek elsajátítására ad módot.

Tárgyához méltó a nemesen egyszerű, fekete egészvászon kötés és az ízléses borító. A kötet egészében a szerkesztő, a kiadó és a nyomda kivételesen szerencsés együttműködését dicséri. — A közel 350, jól válogatott, színvonalas, színes illusztráció nagyban emeli a könyv vonzó megjelenését. A kötetet gondos tárgy- és névmutató és az illusztrációk forrásjegyzéke zárja. — Az album alakú kötet árát a szokástól eltérően nem tüntetik fel sem a kötésen, sem a borítón.

Walsa Róbert dr.

H. H. Friedman (szerkesztő): Tünetorientált diagnosztika. (Fordította: Prof. Dr. Cholnoky Péter) Springer Hungarica 1993. Ára: 2600,— Ft.

A könyv az 1991. évi ötödik kiadás fordítása. Az első kiadás 1975-ben íródott. Eredeti címe: Problem-oriented medical diagnosis.

A címből egyenesen következik a könyv megírásának valódi célja — amit a szerző előszava is elárul —, a Weed által ajánlott problémaorientált orvosi gondolkodásra, kórlapvezetésre tanítás. Egyébként a belgyógyászat bibliája, a Harrison's Principles... az előző kiadásaiban is ezt a kórlapvezetést (Weed-féle) ajánlja. Folytatva az előszóra hivatkozást, ebben orvostanhallgatóknak, szigorlóknak, valamint belgyógyászoknak, háziorvosoknak kezébe kívánják a szerzők a könyvet adni. Ugyanis ez a könyv tankönyv. A vermonti egyetemen dolgozó Weednek, a medikusképzés nagy reformerének elveit a tanításba ültető reformtankönyv. Miután a hallgatók a belgyógyászatot az általános és rendszeres belgyógyászat tankönyvéből elsajátították, azután haszonnal forgathatják. Különösen akkor, ha az Egészségügyi Világszervezet által is ajánlott Competency Based Medical Curriculum szerint a beteg melletti diagnosztikus tevékenység gyakorlásával végzik a stúdiumot. Ezt a rendszert onnan ismerem, hogy Pécsen, a vezetésem alatt az I. Belklinika a hetvenes években bevezették. A rendszer lényege az, hogy a beteg anamnézisének felvételével pontokba szedjük a beteg problémáit (innen a rendszer neve: problem-oriented medical diagnosis). Majd minden problémához a medikus „diagnosztikus teendők” tervét készíti el. Ennek elősegítésére szolgál ez a könyv. Mára, sajnos, az orvosképzésnek a betegellátást

fókuszba állító ezen módszere olyannyira elfelejtődött, hogy e könyv reformtankönyv jellege senkinek fel sem tűnt.

Cholnoky Péter professzor ragyogó fordítói teljesítménye, filológiai szakértelme révén világos, magyaros és olvasható könyvet tart kezében az olvasó. A magyar értelmezés szerint ez differenciál-diagnosztika és nem reformtankönyv. A könyv végeredményben ennek is elmegy és nem is akármilyen színvonalon.

A könyv sokszerzős mű, szerkezete sem egységes. Lehetséges, hogy az endokrinológiát és a haematológiát nem lehet azonos módszerrel tárgyalni problémaorientált szempont szerint. Így aztán a különböző fejezetek másként tesznek eleget az adott didaktikus elvnek. Egyes részeket a szerző — sajnálva az 1975-ben leírtak rövidítését — nagy részletességgel ír le, ilyenek a szívhangok és zörejek — ugyanebben a fejezetben az ultrahangos szívvizsgálatnak kevesebb teret szentel. A legtöbb fejezet kis műremek, amelyből rengeteget lehet tanulni mindenkinek. Így kiemelném a mozgásszervek betegségei fejezetet. Ami az egyes fejezetek szerkezetét illeti, mint már írtam, nem egységes. Példaként vázolom Friedman egyik rövid szakaszát a székrekedésről. Ennek struktúrája: 1. meghatározás, mit értünk székrekedés alatt. 2. Etiológia: részletes táblázat sorolja fel az okokat. 3. Klinikai jellegzetességek: ebben a részben az anamnesisből értékelhető adatokat gyűjti össze külön az idült és külön a heveny székrekedés vonatkozásában. 4. Diagnosztikus megközelítés: felsorolja a szükséges tennivalókat, vizsgálatokat, amelyek a diagnózishoz elvezetnek.

A könyv fejezetei: Általános tünetek (köztük fáradékonyság, ismeretlen eredetű láz, szorongás, AIDS, alvászavarok). Bőrtünetek. Szív- és érrendszeri tünetek. Légúti tünetek. Gastrointestinalis tünetek. Vértképzőrendszeri tünetek. Idegrendszeri tünetek. Végül kitűnő függelék zárja a könyvet, amely a laboratóriumi és funkcionális vizsgálatok értékeit közli. Az egészet jól összeállított tárgymutató zárja.

Mivel a könyv ötödik kiadás, ezért óhatatlanul is előfordulnak olyan bennmaradt diagnosztikai avulságok (a szívhangok és zörejek esetén már említettem egyet), amit néhány esetben a lektor korigált. Így főleg az endokrin és az idegrendszer fejezetben található fontos és értékes lektori megjegyzések. Ezekkel valóban sikerült korszerűbbé tenni az ajánlott diagnosztikai teendőket. Személyesen úgy érzem, hogy a kardiológiai és egyes hasi diagnosztikai ajánlásokban több és előbb álló ultrahang ajánlás lehetett volna.

Végül is a könyv kitűnő, szinte nélkülözhetetlen, használata révén célszerűbb diagnosztikai vizsgálatokat végzünk, illetve rendelünk el. Így a betegeknek kevesebb tortúrával, az egészségügynek pedig olcsóbban — kiküszöbölve a felesleges vizsgálatokat — nyújtunk tökéletesebb diagnózist. Általános orvosok, családorvosok, belgyógyászok, ideggyógyászok minden betegük esetén ettől kaphatnak tanácsot a

további teendőkre. Ha a medikusképzés-nevelés problémáit egyetemeink, illetékes szerveink ismételtén átgondolják és a betegség melletti képzés felé irányítják, akkor e könyv alaptankönyvként szolgálhat a medikusképzésben, de a továbbképzésben is.

Végül, akit tényleg érdekel, hogy miről is van szó, irodalmat ajánlok:

Jávör T.: Tervezet a felsőéves orvosképzés tudományos módszerének kidolgozására. Didactica Medica, 1979, 1, 33–38 (SOTE kiadvány). — Jávör T.: Az orvosképzés elméleti problémái. Az Orvostudomány aktuális problémái. 1981, 40, 5–30. — Weed, L. W.: Your Health Care and How to Manage It. Essex Publ. Vermont 1975.

Jávör Tibor dr.

Gaál Csaba—ifj. Széll Kálmán: Sebészeti zsebkönyv. Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 1993. 485 oldal. Ára: 1980,— Ft.

Alig két éve jelent meg Németországban dolgozó honfitársunk, dr. Gaál Csaba szerkesztésében, 35 társszerző munkájaként a Sebészet című könyv, amely szakmai körökben megérdemelten aratott osztatlan elismerést. Rövid idő alatt Gaál doktor ifj. dr. Széll Kálmánnal együtt ismét letette névjegyét a magyar sebész irodalomban, a Springer Hungarica kiadásában megjelent Sebészeti zsebkönyv megírásával. Az orvosi — elsősorban német nyelvű — irodalomban jól ismert „Checkliste” típusú könyvek egy újabb, első magyar nyelvű példányát állították össze a szerzők. Ezen zsebkönyvek a mindennapok gyakorlatában kitűnő szolgálatot tesznek, kicsiny formátumuk miatt könnyen kezelhetők, s mint a szerzők ajánlásában is szerepel, hatékony segítséget jelentenek a sebészeti osztályos, ambuláns és ügyeleti munkában, érintik a határterületek egyes vonatkozásait is.

A munkáról általában véve az elismerés hangján lehet szólni. Hatalmas ismeretanyagot tárgyaló, lényegre törő, könnyen áttekinthető, rendkívül didaktikus, kiemelkedően jól és esztétikusan illusztrált zsebkönyvvel gazdagodott a magyar nyelvű sebész irodalom. Napjainkban az ilyen széles szakmai területet felölelő könyv 2 szerző tollából nem megszokott gyakorlat. Hatalmas munka, kiváló ítéletképeség, szorgalom és ambíció rejlik mögötte. Csak az elismerés hangján lehet szólni a szerzők munkájáról.

A jól sikerült munka természetesen nem mentes kisebb hiányosságoktól, amelyek közül néhányat — a remélhetőleg hamarosan megjelenő újabb kiadásban történő megfontolás céljából — felsorolok.

Egyes részek aránytalanul hosszúak, mások jelentőségükhöz mérten rövidre sikerülten (például a tüdő- és mellhártya fejezet csak 10 oldal, viszont az oesophagus és cardia 22, a hasnyálmirigy-endocrín tumorok nélkül 24. A Crohn-betegség 5 oldalon kerül tárgyalásra, míg az appendicitis csak 3 oldalon, a yersinosisnak viszont 2 oldalt szentelnek). Hiányzik a lép, mediasti-

num, retroperitoneum, bőr, lágyrésztumorkok, csonttumorkokkal foglalkozó részek, úgyszintén nem történik említés a plasztikai, a szív- és a gyermeksebészetről még „határterületi szinten” sem. Az epekőveség kezelési lehetőségei között a mindenképp elterjedő laparoscopos műtét éppen csak említve van, míg a konzervatív terapiás eljárások (amelyek jelentősége napjainkban elenyésző) részletesebben kerülnek tárgyalásra. A 190. oldalon a Patey-műtét leírása nem helyes. Ugyancsak nem tekinthető az emlékmegtartásos műtét egyik feltételének a receptor status meghatározása (191. oldal). A szerzők meglehetősen mostohán bánnak a tüdő fejezettel, a herniákról pedig — jóllehet ezek a mindennapos sebészeti gyakorlat egyik leggyakoribb feladatai — nem olvashatunk.

A könyv végén található „Fejezetek szerinti irodalom” igen hasznos kiegészítője lehetne a munkának. Jelen formájában a döntő többségben német nyelvű irodalom alapul, nem mindig a legalapvetőbb és legértékesebb publikációk említésével. A könyv 24 fejezete közül 7-nél ez is elmarad.

A fenti hiányosságok ellenére szilárd meggyőződése, hogy a könyv már jelen formájában is hasznos, mindennapi társa lesz a magyar sebészeknek, a kezdőktől a tapasztaltakig. Csak őszinte örömmel és elismeréssel lehet üdvözölni megjelenését és kívánni, hogy sok új kiadást érjen meg. Értéke alapján erre minden kilátása megvan.

Bestnyák István dr.

Hans-Martin Schmidt., Ulrich Lanz: Chirurgische Anatomie der Hand. Hippokrates Verlag Stuttgart 1992.

Az anatómus és klinikus professzorok által alkotott könyv 11 fejezetből és tárgymutatóból áll. A 212 ábra, melyből 150 kétszínű, nagy részletességgel tükrözi és közérthetővé teszi az adott fejezetek mondanóit.

Tárgyalja a kéz kifejlődését az embriótól annak végső befejeződéséig.

Részletesen foglalkozik az alkar bőrének idegi, artériás és vénás ellátásával, ezek tenyéri és az ujjakon lévő folytatásával. Bemutatja az a. radialis és ulnaris, valamint interossea lefutását, esetleges variációit, de ábrázolja a felületes nyirokerek lefutását is.

Külön fejezet foglalkozik a m. flexor carpi radialisal, illetve variációival.

Szép ábrák mutatják be a canalis carpi, valamint az ujjak innhüvelyeit, illetőleg azok variációs lehetőségeit. Canalis carpi részletes anatómiai leírása során ismerteti a retinaculum flexorum felépítését, a canalis carpi beszűkülésének következményeit a n. medianus működésére. Részletesen mutatja be a n. medianus lefutását, thenaris leágazásának és magas oszlásának variációit.

Nagy gondossággal ismerteti az egyes középsőcsontokat, azok vérellátását, valamint az egész csuklótáji vérellátását mind dorsál, mind palmar felől.

Az ulno-carpalis komplex, a radiocarpalis artikulatio a középsőcsontok közötti

ízesülések, szag- és izomrendszerek részletes anatómiáján kívül, azok funkcionális egységét, kinematikáját is ismerteti.

Kiterjedt fejezet foglalkozik a hüvelykujj mindenre kiterjedő részletes anatómiájával: a bőr, erek, idegek és ezek variációinak ismertetésével. Kimerítően tárgyalja izomzatát, az egyes izmok működését, működési irányát az ujj funkciójában, de részletesen ismerteti a thenaris izomzat beidegzését és annak variációit is. Külön alfejezet ismerteti a hüvelykujj izmokat, ínhüvelyeket, azok lehetséges variációit, a variációk jelentőségét, adott esetben a finom mozgásokra. Az ízesülések ismertetése során bemutatja a hüvelykujj mozgási lehetőségeit.

Másik fejezet foglalkozik a n. ulnaris lefutásával, annak variációival, beidegzési területével. Teljes keresztmetszetben láthatjuk a hypothenar izomzatát, az izomlétet esetleges variációit; a variációk jelentőségét egy lehetséges n. ulnaris compressióban.

A 7. fejezet a palmaris aponeurózissal kezdődik, azt részletesen ábrázolja. Kitér jelentőségére a Dupuytren contractura kialakulásában.

A mesothénar tárgyalásakor részletesen ismerteti az itt lefutó ínhüvelyzást, az arcus palmaris superficialist és profundát, ezek ulnaris és radialis eredését, a digitalis arteriák leágazódásait és a variációs lehetőségeket.

Külön alfejezet foglalkozik a lumbricalis és inter-ossealis izomzatokkal. Az ujjak hajlítási mechanizmusában tárgyalja a n. medianus és ulnaris, illetve ezek együttes sérüléseinek következményeit a kéz, illetőleg ujjak funkciójára.

A 8–9. fejezet az ujjak teljes anatómiáját tartalmazza: idegek, erek, ízületek és a szalagszerkezet feltüntetésével, funkciójuk ismertetésével. Részletesen bemutatja az ujjak hajlító oldali ínhüvelyeket, az azokat rögzítő szalagokat. De nem marad ki a hajlító inak részletes ismertetése, illetőleg azok vérellátása az ínhüvelyen belül sem.

A 10. fejezet már a kéz háti oldalával, foglalkozik: ismerteti a bőr beidegződését, arteriális és vénás ellátását. Az a. radialis és az a. interossea anterior lefutását és szerepét, valamint változatait. Nem marad ki a fejezetből a nyirokellátás sem.

Részletesen ábrázolja a dorsalis inak és tartószerkezetük anatómiáját és funkcióját,

de szerepelnek itt az egyes izmok leírásai és variációi is. Külön fejezet (11.) mutatja be az ujjak részletes anatómiáját, a körömperc felépítésével.

Összefoglalva elmondható, hogy az igen részletes, gyönyörű kiállítású könyv a kéz minden anatómiai és funkcionális kérdéséről ismerteti. Az egyes fejezeteknél kitér a terület bizonyos megbetegedéseire, kezelési lehetőségeire. Ismerteti a funkciók esetleges zavarait.

Mindenkihez szól a könyv, akik a kéz valamilyen kezelésével foglalkoznak, legyenek azok kezdők, vagy tapasztalt klinikusok. Ebben nagy segítséget nyújt az egyes fejezetek, illetőleg alfejezetek végén közölt bőséges irodalomjegyzék is.

Mátrai Tamás dr.

Simon László dr. és Kiss János dr.: Gastro-oesophagealis reflux betegség: válogatott kérdések és vezérfonal a kezeléshez. Magyar Gasztroenterológiai Társaság és Medicom Glaxo kiadás. 1993. 239 oldal

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság 1993. évi balatonaligai nagygyűlésén az egyik vezető témakör a gastro-oesophagealis reflux betegség volt. A konferencia moderátora teendőit Simon László és Kiss János látták el. Az érdeklődés felülmúlta az előzetes várakozásokat. A konferencia időtartama nem tette lehetővé a több szakmát is érintő kérdések teljes részletességű megtárgyalását, és éppen ezért öröndetes, hogy a Medicom — a Glaxo magyarországi leányvállalata — lehetővé tette e tudományos anyag gyors megjelenését.

A könyv 11 kisebb-nagyobb fejezetre osztott. A „Bevezetés” Kiss János munkája, rövid betegségmeghatározást és történeti áttekintést tartalmaz. A második fejezetben Lonovics János a gastro-oesophagealis reflux betegség (GERD) élettanát és kórtanát ismerteti, jól áttekinthető ábrákkal mutatja be a betegség kialakulásának hátterét, pathomechanizmusát. Kiemeli, hogy a reflux laryngitis, bronchitis (asthma is), aspirációs pneumonia és az ún. nem cardialis eredetű mellkasi fájdalom a refluxatum direkt hatásával és reflexes mechanizmusokkal magyarázhatók. Az oesophagus kemo-receptorainak savas ingerlése a vagus

cholinerg rostjainak közvetítésével hozhat létre bronchospasmust, ill. koszorúér görcsöt.

A reflux oesophagitis pathológiáját (3. fejezet) Bajtai Attila írja le. Fontosnak tartja aláhúzni, hogy a biopsiás mintában látható eltérés kizárólag az endoscopos lelettel összhangban értékelhető. A kórszövet-tani kép függ a gyulladás stádiumától, annak súlyossági fokától.

A klinikai áttekintést a reflux betegség nyitott kérdéseiről (4. fejezet) Varró Vince adja meg. Szükségesnek tartja elmondani, hogy a nyelőcső reflux, reflux oesophagitis és a reflux betegség (RB) különböző fogalmak. A nomenclatura ismerete fontos a mindennapi gyakorlatban. A klinikai kérdések áttekintése során kitér a belgyógyászati kezelés szempontjaira, a H₂-receptor antagonistákkal kapcsolatos problémákra, az egyéb vitatott kérdésekre, a Barrett-jelenségre és az RB műtéti megoldására.

Az ötödik rész a könyv legrészletesebb és leghosszabb fejezete. Ebben a részben öt alfejezetben és számos alponthoz tárgyalják ismert hazai szakemberek a GERD kérdéskörét (epidemiologia, diagnosztika, belgyógyászati és sebészeti kezelés, Barrett-nyelőcső, nyelőcső fekély és carcinoma kérdésköre). E fejezet szerzői: Végh Márta, Banai János, B. Kovács Judit, Bohák Ágnes, Bajtai Attila, Forgács András, Wittmann Tibor, Szilvási István, Németh Annamária, Jávorski Tibor, Lonovics János, Újszászy László, Sáfrány László, Szabó Sándor, Horváth Örs Péter, Kupcsulik Péter, Solt Jenő, Domján Lajos.

A könyv további része (6–11. fejezet) a gyakorlat számára ad hasznos útmutatást a szerzők összefoglalása alapján. A könyv tartalmi részének kiemelését ábrák, köztük több kiváló minőségű színes felvétel és táblázatok segítik elő.

A hátsó fedőlaphoz csatoltan megtaláljuk a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium 1. számú módszertani levelét, mely a gastro-oesophagealis reflux betegség kóris-mezésére és kezelésére vonatkozó állásfoglalást tartalmazza.

A könyvet messzemenően ajánlom belgyógyászoknak, sebészeknek, gasztroenterológiai szakvizsgára készülőknek, de hasznos olvasmány a háziorvosi szolgálatban dolgozó kollégák számára is.

Fehér János dr.

„A tudomány mai állásánál az orvos nem érheti be többé azzal, hogy a betegséget leküzdje, a szenvedést enyhítse, s az egészséget helyreállítsa, hanem oda kell törekednie, hogy a nemzedékek egészségi állapota általán emeltessék”

Markusovszky Lajos

Útmutató az Orvosi Hetilap szerzői számára

A folyóirat célja. Az Orvosi Hetilap összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és rövid kísérletes tanulmányokat, esetismertetéseket közöl a klinikai kutatás bármely területéről. Előnyben részesülnek azok a közlemények, amelyek a mindennapos klinikai orvosi gyakorlattal szoros kapcsolatban vannak.

Közlünk még folyóiratreferátumokat, leveleket a Szerkesztőhöz, beszámolókat, könyvismertetéseket, valamint egyéb, az orvostudománnyal kapcsolatos aktuális írásokat.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőségé. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kéziratok. A kéziratokat magyar nyelven kell beküldeni gépírással, 2-es sorközzel a lap egy oldalán gépelve. Valamennyi szerzőnek rendelkeznie kell egy kéziratpéldánnyal arra az esetre, ha a szerkesztőségbe küldött példány elveszne.

A kézirat tartalmazza: 1. címodalt; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzéke (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Az oldalszámozást a címodaltól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címodalon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve — az utolsó szerző neve előtt „és” —, a szerzők munkahelye (feltüntetve a várost is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2—3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

Célkitűzés, módszer, eredmények és következtetés(ek) lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. A magyar és az angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt — külön-külön — ne haladják meg. Új bekezdések egyik összefoglalóban sem szerepelhetnek.

Az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni. Ha ilyen nincs (pl. új gyógyszer esetén), akkor az Index Medicus alapelvei az irányadók.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. A bevezetés külön alcímet nem kap.

A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell megjelölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A kéziratához csatolni kell klinikofarmakológiai vizsgálatok esetén az illetékes etikai bizottság állásfoglalását, és ezt a módszertani részben fel kell tüntetni.

Állatkísérletek esetén a Magyar Tudományos Akadémia — Egészségügyi Tudományos Tanács állatkísérletekre vonatkozó etikai kódexe érvényes. A metodikai részben erre utalni kell.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni. Százalék értékek csak 50 feletti esetszámnál adhatók meg.

Az eredmények és megbeszélés részeit külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az ide vonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemény hossza. A konkrét szöveges rész az összefoglaló referátumoknál a 15, az eredeti közleményeknél a 10, a rövid kísérletes közlemények és az esetismertetések esetén a 6, minden egyéb kéziratnál a 10 szabvány (30 sor, 60 leütés) gépelt oldalt nem haladhatja meg. Az ábrák és a táblázatok száma együttesen az összefoglaló referátumok és eredeti közlemények esetén 6, a rövid közlemények és esetismertetés során 3 lehet maximálisan.

6. Irodalmi hivatkozások. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat abc sorrendben kell megadni, folyamatosan gépelve, az egyes tételeket gondolatjellel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai” (4 szerző esetén a három szerző neve után „és mtsa”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példák:

Bajusz, S.: Interaction of trypsin like enzymes with small inhibitors. In Proteinase action. Szerk.: Elődi Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1984, 277-298. old.

Casolaro, M. A., Fells, G., Wewers, M. és mtsai: Augmentation of lung antineutrophil elastase capacity with recombinant human alpha-1-antitrypsin. J. Appl. Physiol., 1987, 63, 2015-2023.

Rónai P., Daubner K.: A Dixon műtét szerzett tapasztalataink. Orv. Hetil., 1982, 123, 2293-2298.

Az idézett hivatkozások száma maximálisan 50 lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjék.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

7. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

8. Valamennyi ábra címét és a hozzá tartozó esetleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

9. A fotók mérete lehetőleg 8 vagy 17 cm széles legyen. Színes ábrák közlésére jelenleg nem tudunk vállalkozni. Korábban már közölt ábra csak a szerző és a kiadó engedélyével közölhető.

Kémiai nevek és rövidítések. Valamennyi gyógyszer esetén a nemzetközileg elfogadott kémiai nevet kell használni. Ha márkanev említésre kerül, meg kell adni a kémiai összetételt és a gyár nevét is.

Ortográfia. A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írástól magyar helyesírás szerint, egyébként az etimologikus írásmód követendő.

A kézirat beküldési helye: Orvosi Hetilap Szerkesztősége Budapest 7, Pf.: 142. 1410.

A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek ezen útmutatásnak.

Az el nem fogadott kéziratokat nem küldjük vissza.

Az 1993 novemberében törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (IV. rész)

A Penglobe 400 mg filmtablettáról:

A Penglobe hatóanyaga, a bacampicillin, széles hatásspektrumú antibiotikum, az ampicillin pro-drug-ja. Mint pro-drug önmagában nem rendelkezik antibakteriális aktivitással. A felszívódás során a bacampicillin enzimatikusan hidrolizálódik és az aktív ampicillin a véráramba jut. Így antibakteriális spektruma és in vitro aktivitása az ampicillinének felel meg. A következő Gram-pozitív baktériumok legtöbb törzse érzékeny a Penglobe-ra; α - és β -hemolizáló streptococcusok, pneumococcusok, penicillináz nem termelő staphylococcusok és enterococcusok. Igen magas aktivitással rendelkezik különböző Gram-negatív baktériumtörzsek iránt is, mint a Haemophilus influenzae, Branhamella catarrhalis, Escherichia coli, Proteus mirabilis, Neisseria gonorrhoeae, salmonella és shigella fajok.

A Penglobe-nak nincs hatása a penicillináztermelő baktériumokra, a pseudomonasokra vagy a klebsiellák legtöbb törzsére.

Orális alkalmazást követően a Penglobe gyorsan és majdnem teljesen felszívódik aktív ampicillin formájában. A szérumszükséglet koncentráció a bevitel utáni 30–60 percen érhető el. 400 mg után a maximális szérumszükséglet koncentráció átlagosan 7 mg/l, amely 1000 mg orális ampicillin adásának felel meg. A Penglobe dózisának duplájára emelésével a szérumszükséglet koncentráció is körülbelül kétszeresére emelkedik. A Penglobe adását követő 8 óra múlva a beadott adag 70–75%-a nyerhető vissza a vizeletből aktív ampicillin formájában. A fehérvérképződés a szérumban alacsony, kb. 18%. Normál vesefunkcióval rendelkező egyénekben a szérumszükséglet felezési idő 60 perc. A szérumszükséglet felezési idő szignifikáns növekedést csak azon betegeknek mutat, akik kreatinin clearance értéke alacsonyabb, mint 30 ml/min/1,73 m². A probenecid csökkenti az ampicillin tubuláris szekrécióját a vesében. Penglobe-bal együtt adva az ampicillin vérszintgörbe emelkedett és elhúzódnak jellegűvé válik.

Hatóanyag: 400 mg bacampicillinium chloratum filmtablettaként.

Javallatok: Ampicillin érzékeny Gram-pozitív és Gram-negatív mikroorganizmusok okozta légúti, húgyúti, bőr- és lágyrész-fertőzések.

Ellenjavallatok: Ismert penicillin és/vagy cefalosporin allergia. Mononucleosis infectiosa.

Adagolás: Felnőttek és 14 év feletti fiatalok: Szokásos adag napi 2-szer 400 mg, súlyos fertőzések esetén napi 2-szer 600–800 mg.

Nem komplikált gonorrhoea esetén egyszeri 1600 mg Penglobe + 1 g probenecid.

Gyermekek: 6–14 éves gyermekeknek 1–2-szer naponta 400 mg, illetve 25–50 mg/ttkg/nap.

A Penglobe tablettát fél pohár vízzel vagy más folyadékkal kell bevenni.

Mellékhatások: Azonosak más aminopenicillinekkel megfigyelt mellékhatásokkal, így ritkán főként gastrointestinalis tünetek és bőrreakciók jelentkezhetnek. A bőrtünetek a betegek kb. 4%-ánál várhatóak, főként kiütés, ritkábban urticaria formájában. Mononucleosis infectiosában és leukaemiában szenvedő betegek esetén az exanthema veszélye nagyobb.

Gastrointestinalis tünetek, hányás és hányinger kb. 3%-ban jelentkezhetnek. Néhány esetben oesophagealis fekélyt észleltek, amely összefüggésbe hozható a tablettá nem megfelelő mennyiségű folyadékkal való bevitelével.

A betegek kb. 2–4%-ánál lágy széklet és hasmenés jelentkeznek. Néhány esetben pseudomembranosus colitist is megfigyeltek bakteriális felülfertőződéssel összefüggésben.

A penicillin csoportba tartozó antibiotikumok adását követően súlyos túlérzékenységi reakciókról számoltak be, pl.: anaphylaxiáról, angio-oedemáról, szérumbetegségről, gyógyszerlázról, érgyulladásról, Stevens–Johnson-szindrómáról.

Gyógyszerkölcsönhatások:

— Allopurinol és ampicillin együtt adásakor a bőrkiütések megjelenése lényegesen gyakoribb, összehasonlítva azon betegekkel, akik csak ampicillint kapnak.

(Arról nincs adat, hogy a Penglobe és az allopurinol együttes alkalmazása kiütést idézett volna elő.)

Figyelmeztetés: Az ampicillin átjut a placentán és bekerül a magzati vérkeringésbe. Bejut az anyatejbe is, de a szoptatás idején nem jelent veszélyt a csecsemőre, ha a terápiás dózisban alkalmazzák. Terhességben adható, ha az anya nem penicillinérzékeny.

A Drotaverine—Chinoin 40 mg tablettáról és injekcióról

A drotaverin izokinolin származék, közvetlenül a simaizomokra ható spazmolitikum. A simaizomzat felszínéhez kötődve annak membránpotenciálját és permeabilitását változtatja meg. A hatásmechanizmusban a foszfodiészteráz enzim gátlása, következményes cAMP szint növekedés és a sejtek megnövekedett kezdeti kalciumfelvétele játszik szerepet. A papaverinnél erősebb hatású, felszívódása gyorsabb és tökéletesebb, kevésbé kötődik a szérumszükséglet fehérjékhez. Előnye, hogy a papaverin parenterális adagolásakor észlelt légzéstartató mellékhatás a drotaverinnél nem jelentkezik.

Mind idegi, mind izomeredetű simaizomgörcs esetén hatékony.

A drotaverin simaizomgörcs-oldó hatása független a vegetatív beidegzés jellegétől, egyaránt hat a gastrointestinalis, biliaris, urogenitalis és vascularis rendszer simaizomzatára. Értágító hatása révén fokozza a szöveti vérellátást.

A drotaverint a máj metabolizálja és az epén keresztül a széklettel ürül ki 50%-ban, 30%-át a vese eliminálja a vizelettel.

Biológiai felezési ideje iv. és per os alkalmazás esetén egyaránt 16 óra.

Hatóanyag: 40 mg drotaverinium chloratum alkoholos-vizes oldatban (2 ml) ampullaként, illetve tablettaként.

Javallatok: Simaizomgörcsök a biliaris eredetű megbetegedéseknél; cholecystolithiasis, cholangiolithiasis, cholecystitis, pericholecystitis, cholangitis, papillitis.

Húgyúti eredetű simaizomgörcsök: nephrolithiasis, ureterolithiasis, pyelitis, cystitis, hólyag tenesmus.

Adjuvánsként:

— Gastrointestinalis eredetű simaizomgörcsök esetén; ulcus ventriculi és duodeni, gastritis, enteritis, colitis, cardia és pylorus spazmus, irritabilis colon syndroma spasztikus obstrukciós, illetve meteorisztikus formái esetén, pancreatitisben.

— Gynecologiai betegségeknél; dysmenorrhoea, adnexitis, túl erős, viharos fájástevékenység, tetanus uteri, fenyegető vetélés.

— Hypertonia betegségnél; acut hypertoniás krízis esetén adjuvánsként.

Ellenjavallatok: Súlyos máj-, vese- és szívelégtelenség.

Adagolás: Szokásos adagja felnőtteknek naponta 20–240 mg

(1–3-szor 2–4 ml) sc. vagy im., illetve 120–240 mg (3-szor 1–2 tabl.). Heveny kólikai megszüntetésére 40–80 mg (2–4 ml) iv. Gyermeknek 1–6 éves korig napi 40–120 mg (2–3-szor 1/2–1 tabletta), iskoláskorúaknak napi 80–200 mg (2–5-ször 1 tabletta).

Mellékhatások: Fejfájás, szédülés, hányinger, palpítatio, vérnyomásesés.

Gyógyszerkölcsonhatás: Levodopa (antiparkinson hatás csökken, illetve a rigiditás és a tremor rosszabbodik).

Figyelmeztetés: Parenterálisan csak fekvő helyzetű betegek szabad beadni.

A Gastrodomina 20 mg és 40 mg tablettákról

A famotidin kompetitíve gátolja a hisztamin-H₂-receptorokat. Csökkenti a gyomornedv szekréciót, mind a gyomornedv mennyisége, mind a szekréció savkoncentrációja mérséklődik. Az alap, a stimulált és az éjszakai szekréciót egyaránt gátolja. Orálisan adva a szekréciógátló hatás egy órán belül jelentkezik, a maximális hatás 1–3 óra múlva alakul ki, szokásos adagolás mellett a hatástartam 10–12 óra. A famotidin orális adagolás mellett 40–45%-ban szívódik fel, csúcsplazmaszintje 1–3 óra múlva jelentkezik, eliminációs felezési ideje 2,5–3,5 óra. Nagyobb részben a vesén, kisebb részben a széklettel ürül ki.

Hatóanyag: Famotidinum 20 mg, ill. 40 mg tablettánként.

Javallatok: Jóindulatú gyomorfekély, nyombélfekély, kóros hypersecretiós állapotok, pl. a Zollinger–Ellison-szindróma.

Ellenjavallatok: A készítménnyel szembeni túlérzékenység; súlyos veseelégtelenség, terhesség és szoptatás (l. Figyelmeztetés).

Adagolás: Gyomor- vagy nyombélfekélyben felnőttek szokásos adagja naponta 1-szer 40 mg lefekvéskor. Alkalmazható naponta 2-szer 20 mg-os dózisban is. A kezelés általában 4–8 hét. Ha endoszkópiával bizonyítható, hogy a fekély gyógyult, rövidebb ideig tartó kezelés is elégséges lehet. Az esetek többségében a nyombélfekély 4 hét alatt gyógyul.

Zollinger–Ellison-szindrómában a szokásos kezdő adag 4-szer 20 mg/nap. Az adagolást a beteg egyéni szükséglete szerint kell módosítani; szükség esetén maximum 480 mg/nap dózisban adható. Az adagolást mindaddig folytatni kell, míg a beteg állapota ezt indokolja.

Más H₂-receptor antagonistával már kezelt betegek magasabb kezdő adagot is kaphatnak; ezekben az esetekben az adag az állapot súlyosságától és a már alkalmazott szekréciógátló adagjától függ.

Beszűkült vesefunkció esetén (ha a kreatinin-clearance <30 ml/perc, vagy a szérumkreatinin-szint meghaladja a 3 mg/100 ml-t) a famotidin napi adagja 20 mg-ra csökkentendő. Az adag mérséklése csökkent májfunkció esetén is szükséges.

Mellékhatások: Ritkán hasmenés, fejfájás és fáradtság, esetenként székrekedés, szájszárazság, hányinger, hányás, hasi diszkomfortérzés, puffadás, étvágytalanság, bőrkütiés.

Átmenetileg reverzibilisen változhatnak a májfunkciós értékek; leukopenia, thrombocytopenia, túlérzékenységi reakciók, bradycardia, mentális confusio előfordulhat.

Gyógyszerkölcsonhatások: Nem ismeretesek. Warfarinnal, propranolollal, teofillinnel és diazepammal nem észleltek kölcsönhatást.

A famotidin és ketokonazol együtt adásakor azonban a ketokonazol felszívódása csökkenhet.

Figyelmeztetés: Famotidin kezelés előtt az esetleges malignus folyamat kizárása szükséges.

Fokozott óvatossággal adható máj- vagy vesebetegség esetén (l. Adagolás).

Alkalmazása nem javasolt terhességben és szoptatás alatt, valamint gyermekkorban, ugyanis gyermekekben nem bizonyított hatásossága és ártalmatlansága.

A kezelést mindig fokozatosan kell abbahagyni, hogy ne következzen be visszaesés.

Túlادagolás esetén aktív szénrel, hánytatással vagy gyomormosással el kell távolítani a fel nem szívódott gyógyszert a gyomor-béltraktusból. A beteget gondosan obszerválni kell és tüneti kezelést kell alkalmazni.

Az Angiopurin 400 mg filmtablettáról

A pentoxifillin javítja a vörösvértestek flexibilitását, csökkenti a vér viszkozitását, gátolja a thrombocytá-aggregációt, ezáltal javítja a mikrocirkulációt, a szövetek oxigénellátását.

Az Angiopurin nyújtott hatóanyagleadású tabletta, melyből folyamatosan szabadul fel a hatóanyag, így a pentoxifillin és metabolitjai 2–4 órán belül érik el a legmagasabb koncentrációt a plazmában és vérszintjük tartósan magas marad.

Jól felszívódik, a májban metabolizálódik, plazmafehérjéhez nem kötődik. Szinte teljes mértékben (96%) a vizelettel ürül ki, metabolitok formájában.

Hatóanyag: 400 mg pentoxifillinum filmtablettánként.

Javallatok: Perifériás keringési zavarok különböző súlyossági fokai (claudicatio intermitens, ulcus cruris, gangraena). Agyi keringési (elsősorban időskori) zavarok okozta tünetek: szédülés, fejfájás, feledékenység, csökkent koncentrációképesség.

Ellenjavallatok: Pentoxifillin vagy egyéb xantinszármazékok (pl. koffein, teobromin, teofillin) iránti túlérzékenység. Friss szívinfarktus. Retinavérzés vagy egyéb, nagyobb éről történő vérzés. Terhesség.

Adagolás: Napi 3-szor 1 tabletta étkezéskor, egészben lenyelve. Bár a terápiás hatás általában 2–4 hét múlva észlelhető, ajánlott a kezelést legalább 8 héten át folytatni, hogy a terápia hatásossága értékelhető legyen. Idősebb, ill. beszűkült vesefunkciójú betegeknek a megnyúlt eliminációs felezési idő miatt egyéni dózisbeállítás javasolt.

Mellékhatások: Gastrointestinalis: hasi diszkomfortérzés, hasmenés, émelygés, hányinger, hányás. Központi idegrendszeri: nyugtalanság, fejfájás, szédülés, álmatlanság, látási zavarok. Szív és keringés: angina, arrhythmia, vérnyomásesés, arckipírulás, hőhullám. Ilyen esetekben a dózis csökkentése, ill. egyes esetekben a kezelés megszakítása szükséges.

Ritkán túlérzékenységi reakció (bőrpír, viszketés), thrombocytopenia. Igen ritkán bőr- és nyálkahártyavérzések (főként egyidejű antikoaguláns kezelés mellett).

Gyógyszerkölcsonhatások: Vérnyomáscsökkentő szerek, inzulin, orális antidiabetikumok, antikoagulánsok hatását erősítheti. Egyéb xantinszármazékokkal együtt adva azok központi idegrendszeri mellékhatásait fokozhatja.

Figyelmeztetés: Fokozott elővigyázatosság, egyéni dózisbeállítás ajánlott károsodott vese-, májműködés, coagulációs zavarral társuló vasculáris károsodás, súlyosabb coronaria- és cerebriális sclerosis, súlyos szívritmuszavarok, súlyos hypotensio, ingadozó vérnyomás, ill. a „Gyógyszerkölcsonhatás” címszó alatt szereplő gyógyszerekkel történő együttadás esetén.

Antikoagulánsokkal történő együtt adása esetén a vérzési és a protrombinidő megnyúlhat, ezért az alvadási paraméterek fokozott ellenőrzése szükséges.

Szoptatás idején, ill. 18 év alatti életkorban csak az előny/kockázat igen gondos mérlegelése után adható, mert biztonságos alkalmazhatósága nem kellően bizonyított.

Nagymértékben beszűkült vesefunkció esetén csak fokozott ellenőrzés mellett alkalmazható.

Gépjárművezetés és/vagy balesetveszéllyel járó munka végzése esetén — szédülés fellépésének veszélye miatt — fokozott elővigyázatosság szükséges.

Túlادagolás esetén eszméletlenség, hypotonia, kávéalszerű hányás, areflexia, tónusos-clonusos görcsök léphetnek fel. Gyomormosás, aktív szén adása, légzéztámogatás, ill. lélegeztetés, súlyos vérnyomásesés esetén plazmaexpander adása, görcsök felléptekor diazepam adása javasolt.

A vizeletben alpozitiv pregnandiolt reakciót ad.

Az Insulin Mixtard 10 NovoLet 100 NE/ml, az Insulin Mixtard 20 NovoLet 100 NE/ml, az Insulin Mixtard 30 NovoLet 100 NE/ml, az Insulin Mixtard 40 NovoLet 100 NE/ml és az Insulin Mixtard 50 NovoLet 100 NE/ml injekciókról

A NovoLet egyszerűhasználatos fecskendő, mely bioszintetikus humán monokomponensű inzult (HMc) tartalmaz. A bioszint-

tetikus humán inzulin éslesztősejtekben állítják elő rekombináns DNS technológiával. A HM₉₆ azonos a természetes humán inzulinnal.

A Mixtard intermedier hatású inzulin erős kezdeti hatással.

Hatóanyag: 100 NE/ml humán monokomponensű inzulin semleges kémhatású vizes szuszpenzióban.

1 rész oldható inzulin és 9 rész izofán inzulin kristály,

2 rész oldható inzulin és 8 rész izofán inzulin kristály,

3 rész oldható inzulin és 7 rész izofán inzulin kristály,

4 rész oldható inzulin és 6 rész izofán inzulin kristály,

5 rész oldható inzulin és 5 rész izofán inzulin kristály.

Enyhén rázogattva a készítmény fehéren opálos.

Javallat: Diabetes mellitus.

A humán monokomponensű inzulin alkalmazásával az allergiás reakciók, a lipotrophia és az inzulin rezisztencia általában elkerülhető. Mixtard NovoLet olyan cukorbeteg kezelésére ajánlott, akinek a hagyományos inzulin készítményekkel végzett kezelést a fent említett nemkívánatos kockázatok nehezítik.

Ellenjavallat: Hypoglykaemia. A Mixtard NovoLet nem alkalmas a diabeteses kóma kezelésére.

Adagolás és adagolási mód: Általában szubkután. Az adagolás individuális, a beteg inzulin szükségletének megfelelően az orvos határozza meg. Beszúrás után a tűt néhány másodpercig a bőr alatt kell tartani, hogy a tökéletes bejuttatás biztosítva legyen. Minden egyes NovoLet fecskendő csak egyetlen személy kezelésére használható.

Hatástartam szubkután injekció után (hozzávetőleges adatok): hatáskezdet: 1/2 óra múlva, maximális hatás: 2–8 óra között, teljes hatástartam: 24 óra.

Az injekció beadása: Az injekciót a gyógyszer „Betegtájékoztató”-jában leírtak szerint kell beadni. A NovoLet előretöltött fecskendőket csak a speciális NovoFine tűkkel szabad beadni.

Gyógyszerkölcsonhatás: Az inzulin más gyógyszerekkel együtt adva nemkívánatos vércukorszint emelkedés vagy vércukorszint csökkenés jöhet létre. Ezért óvatosan adható együtt az alábbiakkal:

— béta-receptor blokkolók, amfetaminok, anabolikus szteroidok, alfa-receptor blokkolók, klorofibrát, ciklofoszfamid, fenfluramin, MAO-gátlók, metildopa, tetraciklinek (erősítik az inzulin hatást, hypoglykaemiás reakciót okozhatnak),

— klóroprotxen, diazoxid, heparin, kortikoidok, kontraceptívumok, litiumkarbonát, nikotinsav, fenoltalein, fenotiazin-származékok, fenitoin, szaluretikumok, pajzsmirigyhormonok, szimpatomimetikumok, triciklikus antidepresszánsok (csökkenthetik az inzulin hatást, hyperglykaemiát okozhatnak),

— reszerpin és szalicilátok (hatáscsökkenést és hatáserősödést egyaránt okozhatnak).

A betegek átállítása humán monokomponensű inzulinra: A cukorbeteg kezeléséhez és átállításához az „Országos Közeti Orvosi Intézet és az Országos Belgyógyászati Intézet módszertani levele, Budapest, 1987” ad irányelveket.

Általános irányelvek: Azon betegek esetében, akik megelőzően humán monokomponensű, sertés monokomponensű vagy más, nagyfokban tisztított humán, vagy sertés inzulin kaptak, csak annyi rutinszerű dózismódosítás szükséges, amennyi a stabil szénhidrát-anyagcsere fenntartásához szükséges.

Azon betegeknek, akik megelőzően kevert fajú, vagy szarvasmarha inzulin kaptak, az előzőleg adagolt inzulin adagjától, tisztaságától, fajtájától függően szükséges az adag változtatása. Ha az átállítás kristályos és elhúzó hatású inzulin egyedi kombinációjáról történik, és az összetevők aránya éppen két Mixtard NovoLet készítmény keverési aránya közé esik, úgy a beteg számára a legközelebbi arányú Mixtard NovoLet készítmény ajánlott.

A beteg új beállítását orvos végzi és szükség szerint változtathat a kezelésen. Bármely beteget, aki napi 100 NE-nél több inzulinra szorul, kórházban kell a humán inzulinra átállítani.

Figyelmeztetés: Lehetőség szerint fekvőbeteg-gyógyintézetben történő beállítás után és csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

Az Mixtard NovoLet csak akkor alkalmazható, ha az inzulin szuszpenzió rázás után teljesen homogéné válik.

Túladagolás esetén, ha a beteg tudatánál van, pe os glükózt kell adagolni. Ha a beteg eszméletlen, iv. glükózt kell adagolni. Amennyiben rendelkezésre áll, a kezelést glukagon sc. im. vagy iv. adásával is lehet kezdeni, és ha ez eredményes volt, per os kell szénhidrátot bevenni. Ha glukagonra a beteg nem reagál, iv. glükózt kell adagolni.

Néhány beteg arról számolt be, hogy a humán inzulinra történő átállítás után a hypoglykaemia korai figyelmeztető tünetei kevésbé voltak kifejezettek, mint az állati inzulinok használatakor. Inzulinkezelésben részesülőknél szeszest italt fogyasztani tilos! Cukorbeteg gépjárművezetésre való alkalmasságát az 1/1976. sz. EüM rendelet szerint kell megítélni.

A Lomir iv. inf. concentratumról

Hatóanyaga az isradipin a dihidropiridin csoportba tartozó kalciumantagonista. Kalciumcsatorna-blokkoló hatása erősebben érvényesül az artériák simaizomzatában, mint a szívizomban. Tágítja az artériás véredényeket (különösen a szívben, agyban és a vázizomzatban) anélkül, hogy gyengítene a szív működését.

A perifériás értágulat következtében az artériás vérnyomás csökken. Állatkísérletekben szelektív gátló hatást fejt ki a sinus-csomóra, de nem nyújtja meg az átvezetési időt és nem gyengíti a szívizom kontrakciós képességét. Ezért a reflex tachycardia mérsékel, és a PQ intervallum nem nyúlik meg.

Hypertóniás betegeken az intravénásan adagolt Lomir a dózistól és az infúzió sebességétől függő mértékű artériás vérnyomáscsökkenést okoz néhány percen belül, mely enyhe reflex tachycardiával társul. Az intravénás Lomir erőlyes, főként az arteriolákra ható értágító, ami a perctérfogatot, pulzustérfogatot és a koszorúerek véráramlását növeli, miközben az arteria pulmonalisban a vérnyomás, valamint a szívizomzat oxigénfogyasztása nem változik. Még β -blokkád mellett is a szívizomzat összehúzó képessége és a bal kamrai ejekciós fractio növekszik vagy változatlan marad; diastole alatt a bal kamra relaxációja javul.

Farmakokinetikája 0,1 mg és 2,9 mg dózishatárok között lineáris. A központi kompartment eloszlásának átlagos térfogata 50 liter, a változatlan hatóanyag teljes clearance 0,7–1,0 liter/perc, kiürülésének felezési ideje kb. 6 óra.

Károsodott májfunkciós betegeken a plazmakoncentrációkat kissé magasabbnak találták, mint egészséges önkéntesekben, krónikus szívelégtelenségben szenvedő betegek plazmakoncentrációi viszont lényegesen alacsonyabbak voltak.

A Lomir orálisan adagolható gyógyszerformáival kapott adatok azt mutatják, hogy metabolizmusa teljes: a vizeletben változatlan hatóanyag nem mutatható ki. 60–65%-a inaktív metabolitként ürül a vizelettel és 25–30%-a a széklettel. Az isradipin 95%-ban plazmafehérjéhez kötődik.

Hatóanyag: 1 mg isradipin (10 ml) ampullánként.

Inaktív komponensként etanol, polietilénlikolt, mannitot és injekcióhoz való vizet tartalmaz.

Javallat: : Coronaria-műtétet követő hypertonia.

Ellenjavallatok: A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Arteriális hypotensio és csökkent szöveti átáramlás, pl. shock esetén.

Adagolás: A Lomir iv. inf. conc. alkalmazása infúzióban javasolt. Az adagot egyénileg kell beállítani a hypertonia súlyosságának és a klinikai helyzet sürgősségének megfelelően.

Általában az alábbi irányelvek követhetők:

— az intravénás infúziót perccenként 0,6 μ g/ttkg sebességgel kell indítani,

— mihamar a vérnyomáskontroll megtörtént, a perccenkénti sebesség 0,15 μ g/ttkg-ra csökkentendő, és ezt kell a vérnyomásválasz és türethetőség szerinti megfelelő irányban változtatni (0,6 μ g/ttkg/percnél nagyobb infúziós sebesség ritkán szükséges),

— teljes kumulatív dózisként 6 óra alatt az 5 mg, és 24 óra alatt a 10 mg túllépése nem ajánlatos.

Károsodott vese- vagy májfunkciós betegek esetében általában nem szükséges a dózistartomány módosítása. Időskorúak számára a vérnyomás szabályozására alkalmas kumulatív dózis kissé csökkenthető. Krónikus szívelégtelenségben szenvedő betegek kezelése eseténként a fentieknél nagyobb adagokat igényelhet.

Felhasználás előtt az ampulla tartalmát (1 mg isradipinum 10 ml-ben, azaz 100 µg/ml) hígítani kell intravénás infúzióra alkalmazható fiziológiás oldattal, például fiziológiás konyhasóoldattal, 5%-os dextrózoldattal vagy Ringer-laktát oldattal. Ha erre a célra 50 ml térfogatú injekciós fecskendő kerül alkalmazásra, akkor az ampulla tartalmát 40 ml hígítószerhez kell adni, s így az isradipin koncentrációja 20 µg/ml lesz.

Ebben az esetben az alábbi infúziós sebességek alkalmazandók:

Testsúly kg	Kezdő adag 0,6 µg/ttkg/perc		Fenntartó adag 0,15 µg/ttkg/perc	
	µg/perc	ml/perc	µg/perc	ml/perc
60	36	1,8	9	0,45
80	48	2,4	12	0,60
100	60	3,0	15	0,75

Ügyelni kell arra, hogy a Lomir tökéletesen keveredjen a hígítószerrel. Mivel a hatóanyag a lágy műanyagban erősen adszorbeálódik, a fecskendőnek kemény műanyagból vagy üvegből kell lennie és a csomagban az ampullákkal együtt elhelyezett polietilén csövet mindig külön infúziós vezetéként kell alkalmazni. Ha azonosan két egyidejűleg több infúzió céljára szolgál, akkor a Lomir-vezeték a vénába történő bevezetési pont közelébe kell beszúrni.

Mellékhatások: Nem altatott egyénekben a dózistól függően és többnyire a hatóanyag értágító hatásával függenek össze: pl. fejfájás, arckipirulás, palpitió, szédülés, hypotonia, hányinger és hányás.

Ritka esetben — csupán súlyos hypotoniában vagy csaknem teljes koszorúér-elzáródásban szenvedő betegeken, vagy olyan esetekben, amikor a Lomir iv.-t bolus-injekcióban adagolták — a koszorúerek hiányos átáramlását (anginás és/vagy EKG-elváltozásokat) jelezték.

Egy esetben nagy kumulatív Lomir iv. adaggal (6 óra alatt 7,3 mg) kezelt betegen az infúzió után 3,5 órával nodalis ritmus előfordulását észlelték.

Gyógyszerkölsönhatások: Klinikai vizsgálatok, amikor a Lomir iv.-t benzodiazepinek (diazepam, flunitrazepam, midazolam), narcoticumokkal (ópiátokkal és rokon vegyületekkel, például fentanillal), nitroglicerinnel, β-gátlókkal, furosemiddel, pankuróniummal vagy nitrogén-oxidos érzéstelenítéssel együttesen alkalmazták, nem utaltak kedvezőtlen kölcsönhatásokra.

Óvatosan kell eljárni olyan esetekben, amikor a Lomir iv.-t más vérnyomáscsökkentőkkel egyidejűleg alkalmazzák, valamint halogénezett, belélegeztetéssel adagolt altatók esetében, mivel ezek túlzott vérnyomáscsökkentő hatást eredményezhetnek. Az orálisan adagolt Lomirral kapott eredmények arra utalnak, hogy a Lomir farmakokinetikáját digoxin, propranolol vagy hidroklorotiazid egyidejű adagolása nem módosítja és a Lomir sem befolyásolja a digoxin, warfarin és hidroklorotiazid kinetikáját, ezzel szemben növeli a propranolol biohasznosulását.

Cimetidin egyidejű adagolása — ez az anyag gátolja a CYP2D6 P-450 enzimrendszer működését — mintegy 50%-kal növeli az orálisan adagolt Lomir biohasznosulását. Ezzel szemben rifampicinnel végzett előkezelés — ez az anyag ismert erélyes enziminduktor — nagymértékben csökkenti a Lomir plazmakoncentrációját.

Figyelmeztetés: Adagolása során a vérnyomás gondos ellenőrzése alapvetően fontos.

A súlyos artériás hypotonia veszélye miatt (aminek lehetséges következménye a coronaria hiányos átáramlása) és/vagy a sinus-csomó gátlásának elkerülése miatt a *bolus-injekciót kerülni kell*. Mivel a vérnyomás hirtelen csökkenése akut szívizom-ischaemiát okozhat, különös gonddal kell végezni olyan betegek kezelését, akiknek az esetében igazolt vagy gyanítható a subtotális coronariaelzáródás, valamint olyan betegek kezelését, akik súlyosan hypertóniások. Ügyelni kell továbbá olyan betegekre is, akik sick sinus syndromában szenvednek és pacemakert nem viselnek.

Túladagolás: Amennyiben ez előfordulna, jelentős és hosszán tartó vérnyomáscsökkenés és a sinuscsomó esetleges depressiója várható, ami szükségessé teszi a cardiovascularis támogatást (folyadékok, például plazmapótlók intravénás infúzióját, vasoconstrictorok adagolását, vagy súlyos bradycardia esetében β-sympathomimeticum adagolását), a szív- és légzési funkciók, valamint a keringő vértér fogat gondos figyeléssel.

Eltartása: Szobahőmérsékleten, 25 °C alatt, napfénytől védve. Hígítás után az elkészített oldatot 24 órán belül fel kell használni és a közvetlen napfény hatásától óvni kell, további fény elleni védelme azonban nem szükséges.

Megjegyezzük, hogy a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI (Budapest, Zrínyi u. 3. 1051)



Még olcsóbban a gyártótól MEDKOM EKG-CSALÁD

kórházak, rendelőintézetek és magánorvosok részére

- 1, 3 és 6 csatornás hagyományos, vagy komputer-kiértékelésű készülékek
- terheléses EKG készülékek
- Holterek
- folyamatos papírutánpótlással • 1 éves garancia •
- országos szervízhálózat •

MEDKOM International Kft
1133 Gogol u. 34. Telefon/fax: 140-2456. Telefon: 270-2931, (06-60) 326-315

A Magyar Gerontológiai Társaság, a Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat, a Budapest Főváros Terézvárosi Polgármesteri Hivatal egészségügyi szakigazgatási szerve, a Füstli Molnár Sándor Egészségvédelmi Emléktár és a Magyar Kalobiotikai Társaság 1994. január 20-án csütörtökön 14.00 órától Budapest VI. kerület, Eötvös utca 3. sz. alatt „Az idősök egészségnevelése — 2.” címmel előadás-sorozatot és emlékkiállítását rendez.

Megnyitó: *Prof. Simon Tamás dr.* egyetemi tanár, tanszékvezető, intézeti igazgató, az Egészségnevelés felelős szerkesztője

Üdvözlés: *Sebes Gábor dr.* orvos-igazgató

„Dr. Füstli Molnár Sándor emlékére” — tárlat, bemutatja: *Vértes László dr.* főtitkár, az Egészségnevelés szerkesztőbizottsági tagja.

Ülésezők:

Csonka Mária, Az Egészségnevelés szerkesztője

Vértes László dr.

Előadások:

Prof. Iván László dr.: az egészségnevelés jelentősége a pszichogeriatriában

Baricza Sarolta dr.: Idős sebészeti betegek egészségnevelése

Aszódi Ágnes dr.: Egészségvédelem és csontritkulás

Aszódi Imre dr.: Szexuális gondok idősödő korban

Tárpataky Éva dr.: Fogászat és egészségnevelés a lírában

Csonka Mária, Vértes László dr.: Dr. Füstli Molnár Sándor életművéről

Csonka Mária, Vértes László dr.: A Füstli Molnár Sándor Egészségvédelmi Emléktár alapításáról

Barizs Józsefné, Kiss Jánosné, Vértes László dr.: Az ápolónők és az idősök egészségvédelme a szakirodalomban.

A menopauza klinikuma — továbbképző tanfolyam

Kedves Kolléga!

A menopauza, mint hormonhiányos állapot az utóbbi időben világszerte a figyelem középpontjába került. Ennek oka, hogy a kardiovaszkuláris és az oszteoporózisos megbetegedések száma a hormonhiány következtében a menopauzában hirtelen megemelkedik. Az orvosi megelőzés és gondozás összehangolt munkaként képzelhető el. A teamben a családorvos szerepe nagyon fontos. Az Országos Háziiorvosi Intézet, a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, valamint az Oszteoporózis Társaság ennek érdekében hivatalos továbbképző tanfolyamot szervez. A tanfolyam előadásainak témái:

— A menopauza nőgyógyászati vonatkozásai

— A kardiovaszkuláris megbetegedések és a hormonhiány

— Oszteoporózis-klimaktérium

— A menopauza onkológiai vonatkozásai

— A menopauza pszichés problémái.

A témakörök előadói: *Prof. Dr. Arató Mihály*, *Dr. Bitter István*, *Prof. Dr. Bősze Péter*, *Prof. Dr. Gardó Sándor*, *Prof. Dr. Holló István*, *Dr. Korányi László*, *Prof. Dr. Marton István*, *Dr. Vincze Gábor*

Időpontok:

1994. jan. 22. Győr (Honvéd Kórház, Kongresszusi Terem, Vasvári Pál u. 2—4.)

1994. febr. 12. Szeged

1994. febr. 26. Salgótarján

1994. márc. 12. Miskolc

1994. márc. 26. Kecskemét

1994. ápr. 16. Pécs

1994. ápr. 30. Nyíregyháza

1994. máj. 7. Budapest

1994. máj. 14. Gyula
1994. máj. 28. Szombathely
1994. jún. 4. Balatonfüred

Az előadások 9.00—14.00 óráig tartanak. A téma fontosságára való tekintettel mindenkit szeretettel várunk!

Prof. Dr. Marton István

Az előadások után a résztvevőket a Ciba Hungaria Kft. és az Upjohn Magyarországi Közvetlen Kereskedelmi Képviselete állófogadáson látja vendégül.

Könyvelés-, Bér-, TB-ügyintézővel mérleg, adóbevallás-tanácsadás.

Rácz Andrásné, mérlegképes könyvelő, adótanácsadó, 1194 Bp., Jázmin u. 12. Tel.: 158-5487.

Orvosi rendelő az V. ker., Váci utcában kiadó. Tel.: 163-6029 (este).

Magánpraxist folytató orvosok, egészségügyi dolgozók vállalkozásainak könyvelését, adóbevallását vállaljuk.

LáVa Kft. Tel.: 134-1317. Cím: 1085 Bp., Üllői út. 32.

Az OTE rendezésében fitoterápiás tanfolyam indul orvosok részére. Gyógyszerészek is jelentkezhetnek.

I. rész január 17—21-ig

II. rész március 7—11-ig.

Helye: Gyógyszertári Központ, Budapest, Zrínyi u. 4.

A tanfolyamot tartja: *Prof. Dr. Petri Gizella* a Magyar Fitoterápiás Társaság elnöke.

A bővebb tematika az Orvos Továbbképző Egyetemen megtalálható, jelentkezés ugyanott történik.

PÁLYÁZATI HIRDETMEÉNYEK

A ceglédi Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója (2701 Cegléd, Törteli út 1—3.) pályázatot hirdet *anaesthesiológiai-intenzív terápiás osztályra* szakorvosi állásra.

Szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk. Bérézés kiemelten. Az állás-

hoz kétszoba-összkomfortos önkormányzati lakást biztosítunk.

Dr. Mohos György
orvos-igazgató

Az Országos Traumatológiai Intézet főigazgatója (Budapest VIII., Fiumei út 17.) pályázatot hirdet az intézet Központi Rtg Osztályára 1 fő szakorvos részére.

A felvétel feltétele: UH, CT és angiográfias vizsgálatokban való jártasság.

A pályázatot az intézet főigazgatójához kell benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Prof. Dr. Renner Antal
főigazgató

SH atlasz

W. Müller-G. Vogel:
Építőművészet

A kötet időrendben vezeti végig olvasóit az építészeti stílusokon, és pontos művészettörténeti áttekintést nyújtva bepillantást enged az építészet technikájába is. Könyvünk színes tábláin ábrák, vázlatok, térképek és táblázatok teszik könnyen érthetővé a szemközti tömör, igen alapos fogalmazású szövegoldalakat. A tartalomból: Az építészet mint öntörvényű folyamat. Épületelemek. Az építmény mint szerkezet (fachwerk, dór templom, kupola, vázas építkezés). Az építőművészet története.

Érdeklődési kör: középiskolában, főiskolán vagy egyetemen tanulók és tanítók, művészettörténészek, építészek, építőmérnökök, könyvbarátok



Méret: 132 × 210 mm
Terjedelem: kb. 570 oldal
Ábra: 264 színes oldal
ISBN 963 7775 48 X

SH atlasz

P. F. Kunzmann-F. P. Burkard-F. Wiedmann:
Filozófia

Filozófia

Kötetünk végigköveti a filozófiai gondolkodás alakulását és az egyes filozófusok munkásságát a Védák korszakától a mai irányzatokig. A tartalomból: keleti filozófia (upanisádok, buddhizmus, konfucianizmus, taoizmus), ókori görög filozófia, patrisztika, skolasztika, arab filozófia, felvilágosodás, német idealizmus, Schopenhauer, Nietzsche, Husserl, Jasper, Sartre, Camus, Heidegger, Wittgenstein, kritikai elmélet, kritikai racionalizmus, antropológia, strukturalizmus.

Érdeklődési kör: középiskolában, főiskolán vagy egyetemen tanulók és tanítók, a filozófia iránt érdeklődők, könyvbarátok és gyűjtők



Méret: 132 × 210 mm
Terjedelem: kb. 240 oldal
Ábra: 111 színes oldal
ISBN 963 7775 57 9



Méret: 132 × 210 mm
Terjedelem: kb. 408 oldal
Ábra: 188 színes oldal
ISBN 963 7775 58 7

H. Breuer:
Fizika

Kézikönyvünk áttekintést nyújt a klasszikus és modern fizika alapjairól (sorozatunk külön kötet lesz majd az SH atlasz Atomfizika). A kötet első fele az alapismereteken kívül a mechanikával, az áramlásokkal, a hullámokkal, az akusztikával, a termodinamikával és az optikával foglalkozik. A második rész az elektrodinamikát, az elektrosztatikát, a mágnesességet, a szilárdtestfizikát, a relativitás- és a kvantumelméletet tartalmazza; a függelékben a legfontosabb felfedezésekről, a legismertebb fizikusokról és Nobel-díjasokról olvashatunk.

Érdeklődési kör: középiskolában, főiskolán vagy egyetemen tanulók és tanítók, mérnökök, fizikával foglalkozók, könyvbarátok és gyűjtők



Méret: 132 × 210 mm
Terjedelem: kb. 476 oldal
Ábra: 222 színes oldal
ISBN 963 7775 60 9

F. Reinhardt-H. Soeder:
Matematika

A szemléltető színes ábraoldalakkal párhuzamos szövegoldalak egymást kiegészítve feltárják a matematikai logikát, a halmazelméletet, a relációk és struktúrákat, a számrendszert, az algebra, a számelmélet, a geometria az analitikus geometria, a topológia, a gráfelmélet, a valószínűség, a differenciál- és integrálszámítás, a funkcionálművelés, a differenciálegyenletek, a differenciálgéometria, a függvénytan, a kombinatorika, a valószínűség-számítás és statisztika, valamint a lineáris programozás fogalmait, összefüggéseit és eredményeit.

Érdeklődési kör: középiskolában, főiskolán vagy egyetemen matematikát tanulók és tanítók, a matematikával „hivatalból” vagy kedvtelésből foglalkozók, könyvbarátok és gyűjtők

Alulírott megrendelem az alábbi könyveket:

..... pld. SH Építőművészet
..... pld. SH Fizika
..... pld. SH Filozófia
..... pld. SH Matematika

1754,— Ft
1754,— Ft
1050,— Ft
1690,— Ft

KEDVEZMÉNY! Amennyiben Ön mind a négy kötetet (1—1 példányban) megrendeli, 15% kedvezményben részesül a bolti árhoz képest. Így a négy kötethez összesen 5310,— Ft-ért juthat hozzá utánvétellel, vagy személyesen a Springer Szalonban (1075 Budapest, Wesselényi u. 28.)

Megrendelő neve:

Címe:

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.

Adverse Effects of Herbal Drugs

Vol. 2. 1993. 348 pp. 9 tabs. Softcover
ISBN 3-540-55800-4 DM 98,-

Artigas/Grosse/Niedobitek (Eds.): **The Central Nervous System in AIDS.** Neurology, Radiology, Pathology, Ophthalmology. 1993. 237 pp. 128 figs., 25 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-55839-X DM 282,-

Belghiti/Gillet (Réd.): **La chirurgie digestive chez le cirrhotique.** Rapport présenté au 95e Congrès Français de Chirurgie, Paris, octobre 1993. 1993. 133 p. (Monographies de l'Association Française de Chirurgie). Relié
ISBN 3-540-59609-7 DM 58,-

Bose, v.: **Krankheitslehre.** Lehrbuch für die Krankenpflegeberufe. 4., vollkommen überarb. u. erw. Aufl. 1993. 407 S. 53 überwiegend farb. Abb., 12 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56925-1 DM 42,-

Bühning/Kemper (Hrsg.): **Naturheilverfahren**
1. Ergänzungslieferung. Stand: September 1993. 1993. 220 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-57267-8 DM 93,50
Grundwerk + 1. Ergänzungslieferung: Stand August 1993. 2. Aufl. 1993. 650 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-57268-6 DM 179,-

Champault/Bourgeon (Réd.): **SIDA et chirurgie.** Rapport présenté au 95e Congrès Français de Chirurgie, Paris, octobre 1993. 1993. 227 p. (Monographies de l'Association Française de Chirurgie). Relié
ISBN 3-540-59606-2 DM 58,-

Computers in Health Care

Hannah/Ball/Edwards: **Introduction to Nursing Informatics.** 1994. 311 pp. 42 figs. Hardcover
ISBN 3-540-97983-2 DM 60,-

Escande/Standen (Eds.): **K+ Channels in Cardio-Vascular Medicine.** From Basic Science to Clinical Practice. 1993. 332 pp. Hardcover
ISBN 3-540-59598-8 DM 118,-

Hagers Handbuch der Pharmazeutischen Praxis

Band 7: Bruchhausen/Ebel/Frahm/Hackenthal (Hrsg.), **Stoffe A – D.** 5., vollst. Neubearb. Aufl. 1993. 1451 S. 1750 Formeln. Gebunden
ISBN 3-540-52632-3 DM 870,-
Subskriptionspreis DM 720,-

Hahn/Fischer/Gordon: **Atlas of Bone Scintigraphy in the Developing Paediatric Skeleton.** The Normal Skeleton, Variants and Pitfalls. Under the Auspices of the Paediatric Task Group of the European Association of Nuclear Medicine. 1993. 316 pp. 283 figs. in 888 sep. ills., 1 tab. Hardcover
ISBN 3-540-56578-7 DM 148,-

Hefte zur Zeitschrift „Der Unfallchirurg“

Heft 230: Havemann/Kuderna/Meine (Hrsg.), **6. Deutsch-Österreichisch-Schweizerische Unfalltagung in Wien, Mai 1991.** 1993. 1638 S. 501 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-56423-3 DM 280,-
Vorzugspr.f. Bez. d. Zt. DM 224,-

Hochuli: **Perioperative Gynäkologie.** Prävention und Therapie perioperativer Komplikationen. 1993. 335 S. 115 Abb., 88 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-56036-X DM 248,-
Vorst. pr. bis 30. 11. 93 DM 186,-

Husfeldt/Raschke (Hrsg.): **Thrombosen und Embolien. Arzthaftung.** 1993. 228 S. 37 zum Teil farbige Abb., 59 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56826-3 DM 89,-

Jörg/Hielscher (Hrsg.): **Evozierte Potentiale in Klinik und Praxis.** Eine Einführung in VEP, SEP, AEP, MEP, P300 und PAP. 3., überarb. u. erw. Aufl. 1993. 400 S. 122 Abb., 54 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56236-2 DM 58,-

Lage-Stehr/Helm (Hrsg.): **AIDS und die Vorstadien.** Ein Leitfaden für Praxis und Klinik. Grundwerk + 16. Ergänzungslieferung. Stand: Juli 1993. 1993. 690 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-57152-3 DM 177,-

Langenbecks Archiv für Chirurgie

Kongressbericht 1993: Wandel der Chirurgie in unserer Zeit. 110. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München, April 1993. 1993. 1154 S. 327 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-56566-3 DM 368,-

Marshall: **Praktische Duplexsonographie.** 1993. 184 S. 131 Abb. in 230 Einzeldarst., davon 22 in Farbe, 30 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-55979-5 DM 78,-

Müller (Hrsg.): **Die Gedanken werden handgreiflich.** Eine Sammlung psychopathologischer Texte. 2., korrig. Aufl. 1993. 160 S. Gebunden
ISBN 3-540-56636-8 DM 48,-

Müller (Hrsg.): **Manuale dell'osteosintesi.** Tecniche raccomandate dal gruppo AO. Gli aspetti biomeccanici sono stati curati da S. M. Perren. Terza edizione, ampliata e completamente aggiornata 1993. 750 pp. 500 ill., la maggior parte a colori. Gebunden
ISBN 3-540-56722-4 DM 360,-

Müller/Cocchi/Locatelli (Eds.): **Growth Hormone and Somatomedins during Lifespan.** 1993. 343 pp. 89 figs., 26 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-56690-2 DM 198,-

Neue Allgemeinmedizin – Angewandte Heilkunde – Praxisforschung

Goering: **Beratungsproblem Kinder und Jugendliche.** 1993. 197 S. 26 Abb., 8 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56626-0 DM 58,-

Orellana/Friedman: **Clinico-Pathological Atlas of Congenital Fundus Disorders.** 1993. 268 pp. 236 figs., 196 in color. Hardcover
ISBN 3-540-97936-0 DM 268,-

Peter/Penzel/Cassel/Wichert, v. (Hrsg.): **Schlaf – Atmung – Kreislauf.** 1993. 449 S. 178 Abb., 51 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56837-9 DM 128,-

Recent Results in Cancer Research

Vol. 133: Pfitzer/Grundmann (Eds.), **Current Status of Diagnostic Cytology.** 1993. 162 pp. 30 figs. Hardcover
ISBN 3-540-56618-X DM 128,-
Subscription price DM 102,40

Rühl: **Fit im Büro** durch Muskeltraining. 1993. 32 Übungskarten mit 80 Farbfotos u. zahlr. Zeichnungen d. Autors, 1 Musikkassette, 1 illustriertes Beiheft mit V, 25 S. Schachtel
ISBN 3-540-56839-5 DM 38,-

Schäberle: **Duplexsonographie in der Venendiagnostik.** 1993. 139 S. 81 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-57145-0 DM 58,-

Seeber/Schütte (Hrsg.): **Therapiekonzepte Onkologie.** 1993. 562 S. 49 Grafiken/Schemata, 143 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56872-7 DM 89,-

Sitzmann (Hrsg.): **Pflegehandbuch Herdecke.** 1993. 235 S. 74 Abb. Gebunden
ISBN 3-540-56360-1 DM 49,-

Spiessl/Beahrs/Hermanek/Hutter/Scheibe/Sobin/
Wagner (Hrsg.): **TNM-Atlas**. Illustrierter Leit-
faden zur TNM/pTNM-Klassifikation maligner
Tumoren. 3. Aufl. 1993. 359 S. 470 Abb., 1 Bei-
lage mit Kurzfassungen der T- und N-Kategorien.
(UICC International Union Against Cancer).
Broschiert
ISBN 3-540-56439-X DM 44,-

Spornitz: **Anatomie und Physiologie für Pflege-
berufe**. 1993. 607 S. 302 Abb., 29 Tab.
Gebunden
ISBN 3-540-56359-8 DM 48,-

Stemmermann (Hrsg.): **Der Arzt und sein Team**.
Erfolgreiche Mitarbeiterführung in der Praxis.
1993. 244 S. 6 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-57185-X DM 38,-

Stösser, v: **Pflegestandards**. Erneuerung der
Pflege durch Veränderung der Standards. 2.,
erw. Aufl. 1993. 242 S. 53 Abb., 16 Tab.
Broschiert
ISBN 3-540-57261-9 DM 48,-

Tropon-Symposium
Band 8: Schüttler (Hrsg.), **Organische Psycho-
syndrome**. 1993. 200 S. 28 Abb., 34 Tab.
Broschiert
ISBN 3-540-56771-2 DM 68,-

**Update in Intensive Care and Emergency
Medicine**

Vol. 17: Wilmore/Carpentier (Eds.), **Metabolic
Support of the Critically Ill Patient**. 1993.
441 pp. 89 figs., 68 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-57154-X DM 178,-

Zenner: **Allergologie in der Hals-Nasen-
Ohren-Heilkunde**. Pathogenese – Klinik –
Therapie. 2., korrig. u. aktualisierte Aufl. 1993.
143 S. 27 Abb., 29 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-55941-8 DM 98,-

Ciprobay Közlemények

A **Bayer Hungaria** Gyógyszerágazata által kiírt kvíz játék győztese:

Dr. Fél Pál
urológus
oszt. vez. főorvos
Dombóvár

Gratulálunk!

Egyben közöljük, hogy a **Ciprobay** tabletta 1994. január 1-től
ismét 80%-os támogatást élvez!

250 mg-os tabletta térítési díja: 210,30 Ft
500 mg-os tabletta térítési díja: 425,30 Ft



Orvosi Hetilap

1994. január 16. 135. évfolyam — 3. szám

75 Ft

A szelénhiány és a magas szív és érrendszeri mortalitás, morbiditás kapcsolata

Bogye Gábor dr., Fehér János dr., Georg Alifthan Ph. D., Antti Aro Ph. D.

115

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Cystectomy a hólyagrák kezelésében

Kondás József dr., Szentgyörgyi Ervin dr., Diószeghy Gábor dr., Váczi László dr., Kiss Attila dr.

119

EPIDEMIOLOGIAI TANULMÁNYOK

A dolgozó orvosok, a felismert depressziók és az öngyilkossági mortalitás regionális megoszlása Magyarországon

Rihmer Zoltán dr., Barsi Judit dr., Rutz Wolfgang dr.

125

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

28. hét előtti idő előtti burokrepedés kezelése intraamniális infúzióval

Nagy Péter dr., Szabó Rudolf dr. †

129

RITKA KÓRKÉPEK

A tüdő úgynevezett sclerotizáló haemangioma

Orosz Zsolt dr., Udvarhelyi Nóra dr., Riedl Erika dr., Rahóty Pál dr.

133

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

139

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

149

BESZÁMOLÓK

153

KÖNYVISMERTETÉSEK

157

A SPRINGER-VERLAG ÚJDONSÁGAI

161

GYÓGYSZER HÍRADÓ

163

HÍREK

167



Springer Hungarica

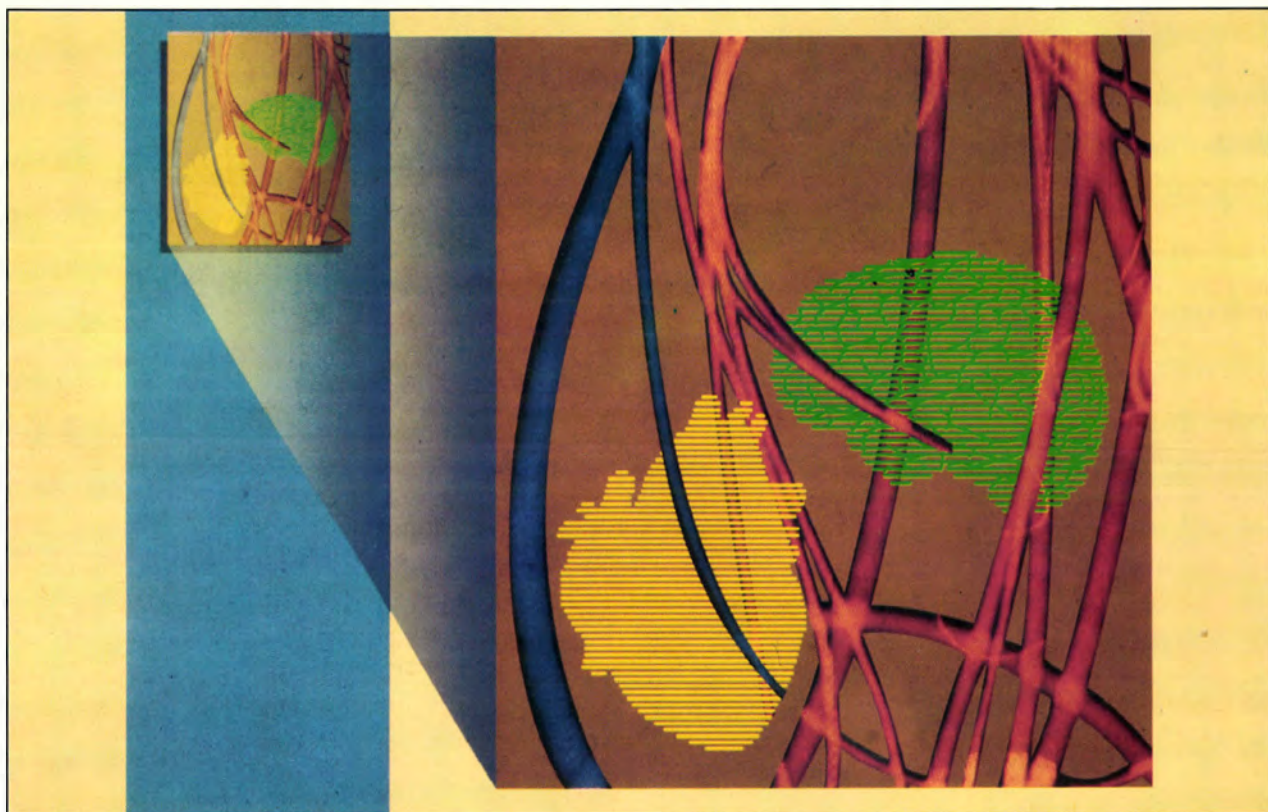
Markusovszky Alapítvány





VEZETŐ SZEREP A TROMBÓZIS ÉS A KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK KEZELÉSÉBEN

TICLID[®] 250 mg FILMTABLETTA



Vérlemezke-aggregáció gátló gyógyszer. A vérlemezék és vörösvértestek bizonyos funkcióira gyakorolt gátló hatása révén mérsékli az artériás és vénás trombózisok kialakulásának lehetőségét azáltal, hogy

- csökkenti a vérlemezék összetapadóképességét,
- gátolja mind a primér, mind a szekunder fázisban a vérlemezék ADP-indukálta aktivációját,
- megindítja vagy fokozza az összetapadt vérlemezék szétválását (diszaggregációját),

- csökkenti vagy gátolja a vörösvértestek protamin-szulfát indukálta hiperaggregációját,
- valamint javít a vörösvértestek deformabilitásán.

Szokásos adagja: napi 2 filmtabletta étkezés közben

Hatóanyag: 250 mg ticlopidinum (kloridsó formájában) filmtablettánként

Csomagolás: 20 filmtabletta



CHINOÏN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. H-1045 Budapest, Tó u. 1-5.

Hungarian Medical Journal

January 16, 1994. Volume 135. No. 3.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Relationship between selenium deficiency
and high vascular mortality, morbidity
Bogyé, G., Fehér, J., Alfthan, G., Aro, A. 115

CLINICAL STUDIES

Cystectomy in the treatment of bladder cancer
Kondás, J., Szentgyörgyi, E., Diószeghy, G.,
Váczi, L., Kiss, A. 119

EPIDEMIOLOGIC STUDIES

Regional distribution of working physicians,
recognized depressions and the suicide
mortality in Hungary
Rihmer, Z., Barsi, J., Rutz, W. 125

NEWER THERAPEUTIC METHODS

The treatment with intraamniotic infusion of
the premature rupture of the membranes
before the 28th week
Nagy, P., Szabó, R. † 129

RARITIES

So-called sclerosing haemangioma of the lung
Orosz, Zs., Udvarhelyi, N., Riedl, E., Rahóty, P. 133

FROM THE LITERATURE 139

CONGRESS REPORTS 153

BOOK REVIEW 157

NEW BOOKS OF SPRINGER-VERLAG 161

DRUG NEWS 163

NEWS 167

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.: 270-2229) közvetlenül,

vagy postautalványon, valamint átutalással

a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft,

1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

135. évfolyam 3. szám — 1994. január 16.

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

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., Giacinto Miklós dr., Hidvégi
Jenő, Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp
Miklós dr. (fms), Pár Alajos dr., Tenczer József dr.
és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

Brooser Gábor dr., de Châtel Rudolf dr., Forgács
Iván dr. és Lépes Péter dr.

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berens-
mann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci
(Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey),
N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (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. Árkay 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 94.23482.

Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató

INDEX: 25674

ISSN 0030-6002

TRI-REGOL[®]

tabletta



Trifázisos orális kontraceptívum

- Megbízható kontraceptív hatás
- Előnyös ciklusszabályozó hatás
- Fiziológias endokrin funkciónak megfelelő adagolás
- Alacsony hormontartalom = Jó tűrhetőség
- Széles korhatárok között alkalmazható

Összetétel:

Sárga színű tabletta: 0,05mg levonorgestrelum és 0,03mg aethinyloestradiolum

Barack színű tabletta: 0,075mg levonorgestrelum és 0,04mg aethinyloestradiolum

Fehér színű tabletta: 0,125mg levonorgestrelum és 0,03mg aethinyloestradiolum



RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT.

1103 Budapest Gyömrői út 19-21.

Klinikai Kutatás 147-0602, Orvoslátogató Hálózat 269-9777

A szelénhiány és a magas szív és érrendszeri mortalitás, morbiditás kapcsolata

Bogye Gábor dr.¹, Fehér János dr.¹, Georg Alfthan Ph. D.² és Antti Aro Ph. D.²

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika, Budapest (igazgató: Tulassay Zsolt dr.)¹

National Public Health Institute of Finland, Helsinki (igazgató: Jussi K. Huttunen Ph. D.)²

A szerzők kiemelkedően fontosnak tartják a hazai népesség egészségi állapotának romlásában a szelénhiány szerepét. Részletesen tárgyalják azokat a kóreléttani folyamatokat, amelyek révén a szeléndeficiencia szív és érrendszeri megbetegedésekhez vezethet. Összefoglalják azokat a humán megfigyeléseket, amelyek a szív és érrendszeri megbetegedések és a szeléndeficiencia kapcsolatát vizsgálták. Arra a következtetésre jutnak, hogy a szelénhiány önmagában nem, de más károsító (prooxidáns) hatásokkal együtt felelős lehet a magyarországi népesség rossz egészségi állapotáért, ezért hangsúlyozzák a tartós szelénpótlás fontosságát ezen kórkepek megelőzésében.

Kulcsszavak: szelén, Magyarország, deficiencia, szív és érrendszer, mortalitás, morbiditás, pathomechanizmus, rizikófaktor

A magyarországi lakosság egészségi állapota Európában kiemelkedően rossz, és a jelenlegi tendenciát ismerve további hanyatlásra számíthatunk (1). Demográfiai elemzések azt bizonyítják, hogy hazánkban a népesség csökkenésének fő oka a magas kardiovaszkuláris mortalitás (15). Ezen megbetegedések kialakulásáért elsősorban az ún. civilizációs ártalmakat (dohányzás, környezetszennyezés, stress, egészségtelen táplálkozás és életmód stb.) tesszük felelőssé. Alig van remény arra, hogy ezek közül bármelyiket is gyorsan, populációs szinten is mérhető eredménnyel megváltoztassuk. Más szerzők és magunk vizsgálatait azt bizonyítják, hogy honfitársaink egy része szelénhiányos (10, 31, 44). Ez a szív és érrendszeri megbetegedések kialakulásában olyan rizikótényező, amely — a többivel ellentétben — gyorsan és olcsón felszámolható, ezért tartjuk különösen fontosnak e téma összefoglalását.

Pathomechanizmus

Számos kóreléttani folyamat ismert, amely révén a humán szervezet szelénhiánya szív és érrendszeri megbetegedések kialakulásához vezethet:

Először a Keshan kardiomiopátiáról derült ki, hogy ott fordul elő, ahol a talaj szeléntartalma különösen alacsony

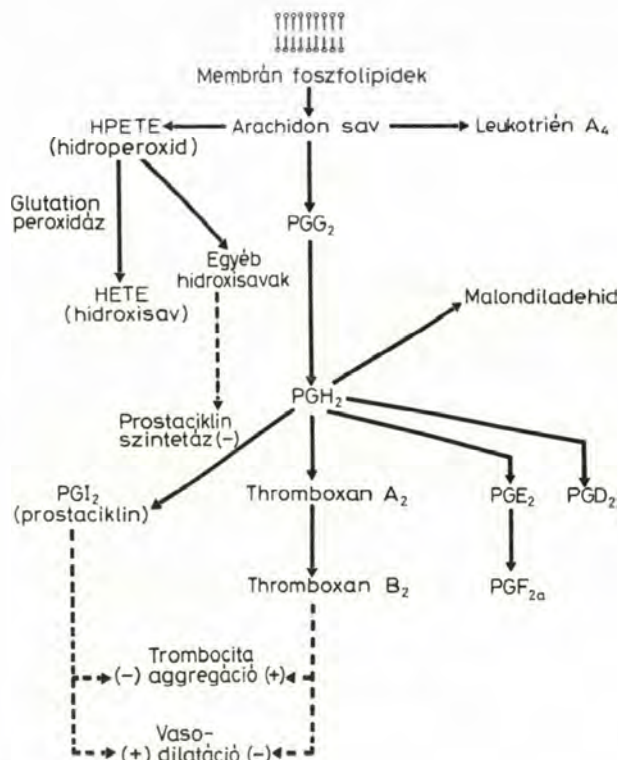
Relationship between selenium deficiency and high vascular mortality, morbidity. The authors consider the role of selenium deficiency to be of the uttermost importance in the deteriorating health status of the Hungarian population. The pathophysiological processes occurring in selenium deficiency and possibly leading to cardio- and cerebrovascular diseases are discussed in detail. The results of human studies investigating the relationship between vascular diseases and selenium deficiency are summarized. It is concluded that selenium deficiency together with other harmful (prooxidant) effects may be responsible for the poor health status of the Hungarian population and therefore the importance of long term selenium supplementation in the prevention of such diseases is stressed.

Key words: selenium, Hungary, deficiency, cardiovascular system, cerebrovascular system, mortality, morbidity, pathomechanism, risk factor

és ezért az ott élők szeléndeficiensek. A Keshan kardiomiopátia a dilatatív kardiomiopátiák egyik formája, amely Kína szelénhiányos területein, főként a 10 év alatti gyermekek és a reprodukív korú nők körében endémiás. Szövettanilag a szívizomzat többgócú nekrozisa és kötőszövetes átépülése jellemzi (2, 9, 45). A veszélyeztetett területeken 1974 óta alkalmazott Na-szelenites profilaxis az új esetek számát jelentősen csökkentette. Mivel bizonyos sajátosságai, mint pl. a szezonális, az endémiás góccok időről időre történő változása nem magyarázható egyedül a szelénhiánnyal, egyéb kardiotoxikus ágens, feltehetően vírus additív szerepe is felmerült (3, 14, 41).

A szelén a humán szervezet számára fontos nyomelem, amelynek mai ismereteink szerint legjelentősebb élettani szerepe, hogy az ún. szelén-dependens glutation peroxidáz enzim kofaktora. Ez az enzim a metallo (Cu-Zn, Mn)-protein szuperoxid-dizmutáz enzimsaláddal és a katalázzal együtt fontos tagja az aerob szervezetek fennmaradásához nélkülözhetetlen antioxidáns rendszernek, amely az állandóan képződő peroxidok hatástalanítását végzi (8, 20, 26).

A szöveti glutation peroxidáz aktivitása bizonyos határok között arányos a szelénellátottsággal (12, 19, 27, 32): a szelénhiányban mért enzimaktivitás a szelénstatus javításával párhuzamosan növelhető egészen a fiziológiai szint eléréséig; a további szelénbevitel már nem fokozza az enzimaktivitást.



1. ábra: A szelén-dependens glutation peroxidáz szerepe az arachidonsav metabolizmusban (4). Szelénhiány esetén a HPETE (L-12-hidroperoxi-5, 8, 11, 14-eicosatetraénsav) felhalmozódása hatékonyan gátolja a prostaciklin szintetáz aktivitását. [Ham, E. A. és mtsai nyomán (13)]

Újabban olyan kis molekulású, szeléntartalmú, peroxidáz aktivitású enzimet mutattak ki, amely közvetlenül is képes redukálni a lipid peroxidokat (46).

A szeléndeficienciában észlelt enzimaktivitás csökkenés a szervezet össz antioxidáns kapacitásának deprimált voltát jelenti; így válik érthetővé, hogy a szuboptimális szelén ellátottságú lakosság miért esendőbb a patológiás szabadgyökök képződését indukáló civilizációs ártalmak szemben.

A szelén dependens glutation peroxidáz részt vesz a trombociták arachidonsav-prostaglandin metabolizmusának szabályozásában (1. ábra): szelénhiány esetén gátlódik a prostaciklin képződés és ezzel párhuzamosan nő a trombocita aggregáció hajlama, ami növeli a szív és érrendszeri megbetegedések esélyét (13, 42).

A szeléntartalmú metallo-proteinek részt vesznek bizonyos detoxikáló folyamatokban is. Szelénhiányban egyes gyógyszerek, peszticidek, növényvédő szerek, halogénezett szénhidrogének (a prooxidánsok!) toxicitása megnő. A szelén bizonyos fémekkel (ólom, higany, tallium, kadmium) inaktív szelenideket képezve csökkenteni képes azok toxicitását, illetve szelén adagolással ezen fémek kiürülése fokozható (5, 7, 24).

Bár kevés adat áll rendelkezésre, de érdemes megemlíteni a szelén ellátottság és a lipid status kapcsolatát: alacsony szérumszelén szint mellett alacsony a szérums HDL

koncentrációja; szelén pótlás hatására szignifikánsan nő a HDL szintje, illetve javul az aterogén index (6, 21, 22).

Szeléndeficienciában emelkedik a szív catecholamin érzékenysége és nő elektromos instabilitása (11, 18, 26).

A kardiovaszkuláris mortalitás és a szelén status kapcsolata

Technikai okok miatt az első nagy populációt vizsgáló epidemiológiai tanulmányok a talaj szeléntartalmát és az ott élők mortalitási, morbiditási adatait hasonlították össze: azt találták, hogy az alacsony szeléntartalmú talajokon élő népességnél (Kína, Új-Zéland, Finnország, Svédország, USA és Dánia egyes részein) a szív és érrendszeri megbetegedések gyakorisága és a halandóság nagyobb (34, 39, 45).

A szelénhiány és a kardiovaszkuláris kórképek kapcsolatának vizsgálatához a talaj, illetve a táplálék és az ivóvíz szeléntartalmának a meghatározásán túl (40) in vivo is jelezni szükséges a humán szelén status. E feladat összetettsége lehet részben az oka, hogy a számos, nagy elemszámot felmutató vizsgálat ellenére a humán szelén status és a kardiovaszkuláris mortalitás, morbiditás kapcsolatának kérdése a mai napig sem lezárta: a kutatások többsége szoros korrelációt igazolt a népesség átlagos szelénellátottsága és mortalitási adatai között (16, 34, 35, 37); mások azonban nem tudtak ilyen összefüggést kimutatni (18, 20, 23, 33, 47, 48).

Az egyik legnagyobb epidemiológiai vizsgálat Finnországból származik, ahol az alacsony ($0,57 \mu\text{mol/l}$ alatti) szérumszelén szint mellett az össz kardiovaszkuláris halálozás relatív kockázata 2,2; az ischaemiás szívbetegségekből származó halálozás relatív kockázata pedig 2,9 volt (35).

A szív és érrendszeri morbiditás és a szelén status kapcsolata

Amerikai szerzők inverz korrelációt találtak a plazma szeléntartalma és a koszorúerek angiográfiával igazolt atherosclerosisának súlyossága között (25). Non-invazív vizsgálatokkal is sikerült igazolni, hogy a koszorúér betegség súlyossága és a plazma szelénszintje, illetve a bal kamra ejekciós frakciója között pozitív korreláció van (30). Finn szerzők szerint a plazma szelén és prooxidáns tartalma együttesen felelős az atherosclerosis progressziójáért (38). Alacsony szérumszelén szint esetén ($0,57 \mu\text{mol/l}$ alatt) a szívinfarktus előfordulásának relatív kockázata 2,1 (35). A koronária betegeknek nemcsak a széruma (25, 29, 34), hanem a szívizomzata is kevesebb szelént tartalmaz (28).

Mind epidemiológiai, mind eset kontrollált vizsgálatok összefüggést találtak az alacsony szelén ellátottság és az emelkedett stroke mortalitás között. A halálos kimenetelű stroke relatív kockázata alacsony szelén bevitel esetén 3,2–3,7 közötti (17, 47). Ezt részben magyarázhatja, hogy alacsony szérumszelén szint mellett eleve magasabb a nyugalmi tenzió (36).

Következtetések

K. Schwarz 1957-ben vetette fel először, hogy az egyébként igen toxikus szelén az élő szervezet számára létfontosságú nyomelem (43). Az azóta eltelt időszakban jelentős tudás és tapasztalat halmozódott fel a szelén élettani, kóreltani szerepéről.

A biokémiai ismeretek és — az itt nem részletezett — állatkísérletek adatainak birtokában kétségtelen, hogy a szelénhiány hajlamossító tényező a szív és érrendszeri megbetegedések kialakulásában. A szuboptimális szelén ellátottság azonban „csak” egy állapot, önmagában semmiképpen sem tekinthető betegségnak. Ez az elméleti alapja annak, hogy egyes humán megfigyelések miért nem találtak emelkedett szív és érrendszeri mortalitást, morbiditást szelénhiány mellett: ezen körképek kialakulásához a károsító hatások jelenléte is szükséges. Ott, ahol ezen hatások koncentráltan jelentkeznek, érthető módon eredményes a szelén status rendezése az érintett népesség egészségi állapotának védelmében, ahogyan ezt Finnországban és Kínában is láttuk. A magyarországi lakosok körében gyakori szív és érrendszeri megbetegedések, illetve az erre visszavezethető népességfogyás egyik oka — véleményünk szerint — a szuboptimális szelén ellátottság, ezért remélhető, hogy a tartós szelénpótlás kedvezően befolyásolja a szív és érrendszeri megbetegedések előfordulását hazánkban.

Köszönetnyilvánítás: Munkánkat a MTA OTKA III-1018, a NM ETK 2-209 számon és az „Egészséges Nemzetért” Alapítvány támogatta.

IRODALOM: 1. Boján F., Vargáné Hajdu P., Beliczka É.: Az elkerülhető halálozás. Népegészségügy, 1991, 72, 193—199. — 2. Chang, Y., Hang, J., Liu, R.: Analysis of 1,000 children cases of Keshan disease in Sichuan province. Symp. Third Etiol. Keshan Dis., 1979, 94. old. — 3. Cheng, Y., Quian, P. C.: The effects of selenium-fortified table salt in the prevention of Keshan disease on a population of 1.05 million. Biomed. Environ. Sci., 1990, 3, 422—428. — 4. Combs, G. F., Combs, S. B.: The role of selenium in nutrition. 1986, Academic Press Inc. 216. old. — 5. Combs, G. F., Combs, S. B.: Selenium effects on drug and foreign compounds toxicity. Pharmac Ther., 1987, 33, 303—315. — 6. Dequchi, Y., Ogata, A.: Relationship between serum selenium concentration and atherogenic index in Japanese adults. Tokoku J. Exp. Med., 1991, 165, 247—251. — 7. Diplock, A. T., Watkins, W. J., Heurson, M.: Selenium and heavy metals. Ann. clin. Res., 1986, 18, 55—60. — 8. Fehér J., Vereckei A.: Szabadgyökreakciók jelentősége az orvostudományban. Medicina, 1985, 26—31. old. — 9. Ge, K., Xue, A., Bai, J. és mtsai: Keshan disease — an endemic cardiomyopathy in China. Virchows Arch., 1983, 401, 1—9. — 10. Gondi F., Pantó Gy., Fehér J. és mtsai: Selenium in Hungary: the rock-soil-human system. Biol. Trace Elem. Res., 1992, 35, 299—306. — 11. Greeves, L. G., Carson, D. J., Craig, B. G. és mtsai: Potentially life-threatening cardiac dysrhythmia in a child with selenium deficiency and phenylketonuria. Acta Paediatr. Scand., 1990, 79, 1259—1262. — 12. Hafeman, D. G., Sunde, R. A. és mtsai: Effect of dietary selenium on erythrocyte and liver glutathione peroxidase in the rat. J. Nutr., 1983, 104, 580—587. — 13. Ham, E. A., Egan, R. W., Soderman, D. D. és mtsai: Peroxidase-dependent deactivation of prostacyclin synthetase. J. Biol. Chem., 1970, 245, 2191—2199. — 14. Keshan Disease Research Group of the Chinese Academy of Medical Sciences: Observation of effect of sodium selenite in prevention of Keshan Disease. Chin. Med. J., 1979, 92, 471—492. — 15. Klinger A.: Magyarország demográfiai helyzete Európában. Demográfia, 1991, 3—4, 32—67. — 16. Koehler, H., Peters, H. J.,

Pankau, H. és mtsai: Selenium in cardiology and angiology. Biol. Trace Elem. Res., 1988, 15, 157—166. — 17. Kok, F. J., Bruijn, A. M., Vermeeren R. és mtsai: Serum selenium, vitamin antioxidants and cardiovascular mortality: a 9-year follow-up study in the Netherlands. Am. J. Clin. Nutr., 1991, 45, 462—468. — 18. Kok, F. J., Hofman, A.: Selenium status and cardiovascular disease: Dutch Epidemiologic Data. In: Selenium in Biology and Medicine, Springer-Verlag, 1989, 214—218. old. — 19. Lane, H. W., Dudrick, S., Warren, D. C.: Blood selenium levels and glutathione peroxidase activities in university and chronic intravenous hyperalimentation subjects. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1981, 167, 383—389. — 20. Levander, O. A.: Selenium: biochemical actions, interactions, and some human health implications. In: Clinical, biochemical, and nutritional aspects of trace elements, 1982, 354—368. old. — 21. Louma, P. V., Sotaniemi, E. A., Korpela, H. és mtsai: Serum selenium, glutathione peroxidase activity and high density lipoprotein cholesterol. Effects of selenium supplementation. Res. Commun. Chem. Path. Pharmac., 1984, 46, 469—472. — 22. Louma, P. V., Stengard, J., Korpela, H. és mtsai: Lipid peroxides, glutathione peroxidase, high density lipoprotein subfractions and apolipoproteins in young adults. J. Intern. Med., 1990, 227, 287—289. — 23. Masironi, R., Parr, R.: Selenium and cardiovascular diseases: preliminary results of the WHO/IAEA joint research programme. In: Proceedings of the Symposium on Selenium — Tellurium in the environment, Pittsburgh, Industrial Health Foundation, 1976, 316—325. old. — 24. Mercurio, S. D., Combs, G. F.: Selenium-dependent glutathione peroxidase inhibitors increase the toxicity of prooxidants in chicks. J. Nutr., 1986, 116, 1726—1734. — 25. Moore, J. A., Noiva, R., Wells, I. C.: Selenium concentration in plasma of patients with arteriographically defined coronary atherosclerosis. Clin. Chem., 1984, 30, 1171—1173. — 26. Nève, J., Vertangen, F., Molle, L.: Selenium deficiency. Clin. Endocr. and Metabol., 1985, 14, 629—656. — 27. Oh, S. H., Pope, A. L., Hoekstra, W.: Dietary selenium requirement of sheep fed a practical-type diet as assessed by tissue glutathione peroxidase and other criteria. J. Anal. Sci., 1976, 42, 984—992. — 28. Oster, O., Dahm, M., Oelert, W. és mtsai: Concentration of some trace elements (Se, Zn, Cu, Fe, Mg, K) in blood and heart tissue of patients with coronary heart disease. Clin. Chem., 1989, 35, 851—856. — 29. Oster, O., Dexler, M., Schenk, J. és mtsai: The serum selenium concentration of patients with acute myocardial infarction. Ann. Clin. Res., 1986, 18, 36—42. — 30. Oster, O., Prellwitz, W., Kasper, W. és mtsai: Congestive cardiomyopathy and the selenium content of serum. Clin. Chim. Acta, 1983, 128, 125—132. — 31. Papp A., Németh I., Pelle Zs.: Az antioxidáns védekezőképesség retrospektív, biokémiai vizsgálata retinopathia praematurorumban. Orv. Hetil., 1993, 134, 1021—1026. — 32. Rea, H. M., Thomson, C. D., Campbell, D. R. és mtsai: Relation between erythrocyte selenium concentrations and glutathione peroxidase (E. C. 1. 11. 1. 9.) activities of New Zealand residents and visitors to New Zealand. Br. J. Nutr., 1979, 42, 201—209. — 33. Ringsstad, J., Thelle, D. S.: Risk of myocardial infarction in relation to serum concentration of selenium. Acta Pharmacol. Toxicol., 1986, 59, 336—339. — 34. Salonen, J. T.: Selenium in cardiovascular disease and cancer. Epidemiologic findings from Finland. In: Boström H. and Ljungstedt N. (ed): Trace elements in health and disease. Stockholm, Almquist and Wiksell International, 1985, 172—186. old. — 35. Salonen, J. T., Alfthan, G., Huttunen, J. K. és mtsai: Association between cardiovascular death and myocardial infarction and serum selenium in a matched-pair longitudinal study. Lancet, 1982, 1, 175—179. — 36. Salonen, J. T., Salonen, R., Ihainen, M. és mtsai: Blood pressure, dietary fats, and antioxidants. Am. J. Clin. Nutr., 1988, 48, 1226—1232. — 37. Salonen, J. T., Salonen, R., Pettilä, I. és mtsai: Serum fatty acids, apolipoproteins, selenium and vitamin antioxidants and the risk of death from ischaemic heart disease. Am. J. Cardiol., 1984, 56, 226—232. — 38. Salonen, J. T., Seppanen, K., Kanto, M. és mtsai: Interactions of serum copper, selenium, and low density lipoprotein cholesterol in atherosclerosis. Br. med. J., 1991, 302, 756—760. — 39. Shamberger, R. J., Gansch, M. S., Willis, C. E. és mtsai: Selenium and heart disease II: Selenium

and other trace metal intakes and heart disease in 25 countries. In: Hemphill D. D. (ed): Trace substances in environmental health XII. University of Missouri Press, Columbia, 1978, 48—52. old. — 40. Shamberger, R. J., Tytko, S. H., Willis, C. E.: Selenium and heart disease. In: Hemphill D. D. (ed): Trace substances in environmental health IX. University of Missouri Press, Columbia, 1975, 15—22. old. — 41. Su, C., Gong, C., Li, J. és mtsai: Preliminary results of viral etiological study of Keshan disease. Nat. Med. J. China, 1979, 59, 466—472. — 42. Schiavon, R., Freeman, G. E., Guidi, G. C. és mtsai: Selenium enhanced prostacyclin production by cultured endothelial cells: possible explanation for increased bleeding times in volunteers taking selenium as a dietary supplement. Thrombosis Res., 1984, 34, 389—395. — 43. Schwarz K., Flotz, C. M.: Selenium as an integral part of Factor 3 against dietary necrotic liver degeneration. J. Am. Chem. Soc., 1957, 79, 3293—3294. — 44. Szabó G., Bálint Sz., Nyeste E. és mtsai: Egészséges emberek hiányos nyomelem

ellátottsága a szérum és plazma multielemes analízise alapján. Orv. Hetil., 1991, 132, 395—400. — 45. Tan, J. A., Zheng, D. X., Hou, S. F. és mtsai: Selenium ecological chemogeography and endemic Keshan disease and Kaschin-Beck disease in China. In: Combs G. F., Spallholz, E. J., Levander, O. A. and Oldfield, J. E. (ed): Selenium in Biology and Medicine, Van Nostrand Reinhold Co., 1987, 859—876. old. — 46. Ursini, F., Maiorino, M., Gregolin, C.: Phospholipid hydroperoxide glutathione peroxidase. Int. J. Tissue React., 1986, 8, 99—103. — 47. Viramo, J., Vålkeila, E., Alfthan, G.: Serum selenium and the risk of coronary heart disease and stroke. Am. J. Epidemiol., 1985, 122, 276—282. — 48. Westermarck, T.: Consequences of low selenium intake for man. In: Schramel, P. and Brötter, P. (ed): Trace element analytical chemistry in Medicine and Biology., 1984, 3, 49—70.

(Bogyé Gábor dr., Budapest, Szentkirályi u. 46. 1088)

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.

Mercury

MERCURY KFT.

Budapest XII., Diósárok utca 1.
Telefon: 156-1122
12-07 m.

Kórházak, klinikák, beruházók,
viszonteladók, magánszemélyek
részére

**kiváló
minőségű
acél
kéziműszerek**

**Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza
területén az Idegostály mellett
található az állandó bemutatóterem és raktár**

- Nőgyógyászat, sebészet, szemészet, orr-, fül-, gége, urológia, mikrosebészet, garanciával.
- Kórházi ágyak, intenzív ágyak, traumatológiai ágyak, betegszállító és emelőeszközök, éjjeli szekrények, etető asztalok.
- Gyógyászati segédeszközök, járókeret, mankók, kádkapaszkodók.
- Egyszerhasználatos eszközök, eü. betétek, eü. nadrágok.
- Új, használt és felújított mechanikus műszerek, valamint az egészségügyben használt berendezések megrendelhetők.

**A mindenkor világszerte,
illetve a hazai árak alatt
garanciával,
szervizhálózattal.
Igény esetén részletfizetési
lehetőség!**

**Diszkont
áron!**

**Nyitva: hétfőtől péntekig, 8 órától 15 óráig, vagy
előzetesen telefonon történő egyeztetés esetén más időpontban is!**

Cystectomy a hólyagrák kezelésében

Kondás József dr., Szentgyörgyi Ervin dr. *, Diószeghy Gábor dr., Váczi László dr. és Kiss Attila dr.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet, Urológiai-sebészeti Osztály, Budapest (vezető: Kondás József dr.)

Húsz év alatt 83 húgyhólyagdaganatos betegen végeztek cystectomiát. Az eltávolított daganatok infiltrációja: 14 pT1, 12 pT2, 44 pT3 és 13 pT4. Tizenegy esetben (13%) voltak regionalis nyirokcsomó-áttétek. A vizeletelvezetés módja 64 betegen uretersigmoideostomia, 18 esetben ileum conduit és egy betegen ureterostomia cutanea volt. A perioperatív szövődmenyarány 48%, a mortalitás 12% volt. A 3 éves túlélés 50%-os, az 5 éves 44,4%-os volt. Huszonhárom beteg (28%) halt meg daganatrecidíva következtében. A hólyagfal tumoros infiltrációjának növekedésével emelkedett a nyirokcsomó-áttétek, valamint a tumoros halálozás aránya és csökkent a túlélés. A T3a és T3b daganatos betegek túlélésében (3 éves túlélés 12/23 vs 0/4; 5 éves túlélés 9/20 vs 0/2) és tumoros halálozásában (9/38 vs 4/6) tapasztalt szignifikáns különbség miatt a szerzők indokoltak tartják a két betegcsoport különválasztását a terápiás javallat és a prognózis szempontjából. T3a daganatoknál a cystectomiát monoterápiaként alkalmazzák, T3b stádiumban adjuváns kemoterápiát is javasolnak. A hólyagizomzaton túlterjedő daganat prognózisa rendkívül rossz. Kivételt képez a prostatát infiltráló hólyagrák, mely eltávolításával két betegnél, több mint tízéves túlélést tapasztaltak a szerzők.

Kulcsszavak: hólyagtumor, cystectomy, nyirokcsomó-áttét, vizeletelvezetés

Cystectomy in the treatment of bladder cancer. In the course of 20 years 83 patients with tumor of the bladder were treated by cystectomy. The infiltrations of the tumors were 14 pT1, 12 pT2, 44 pT3 and 13 pT4. There were metastatic regional lymph nodes in 11 cases (13%). The urinary diversions were 64 uretersigmoidostomies, 18 ileal conduits and one cutaneous ureterostomy. The perioperative complication rate was 48% and mortality rate was 12%. The 3-year and 5-year survivals were 50% and 44.4%, respectively. Twenty three patients (28%) died as a result of cancer recurrence. Parallel with the increase in the depth of neoplastic bladder wall infiltrations increases were observed in the rates of lymph node metastases and tumorous mortality while a decrease of survival was noted. Owing to the observed significant differences in survival (3-year survivals 12/23 vs 0/4, 5-year survivals 9/20 vs 0/2) and tumorous mortality (9/38 vs 4/6) of the T3a and T3b stage patients the authors think it has to be justified to separate the two patient groups as regarding therapy and prognosis. In T3a cases cystectomy is employed as monotherapy, while for T3b cases also adjuvant chemotherapy is recommended. The prognosis of tumors extending over the bladder wall is extremely poor. An exception to this in the bladder cancer infiltrating the prostate following whose extirpation authors have observed more than ten-year survivals in two cases.

Key words: bladder tumor, cystectomy, lymph node metastasis, urinary diversion

A magasabb malignitási fokozatú, hólyagizomzaton infiltráló húgyhólyagrák tartós gyógyításának módszereiben világszerte ellentmondások tapasztalhatók. A kezelések különböző módjai és azok kombinációi közül a legáltalánosabban elterjedt a daganatos hólyag radikális sebészeti kiirtása: a cystectomy.

A cystectomy csonkoló jellege, a műtét magas szövődmenyaránya, a hólyag hiányából származó vizeletelvezetés máig sem megoldott problémája, s ennek következtében az élet minőségét jelentősen rontó hatása miatt mind a beteg,

mind pedig a műtétet ajánló orvos részéről bizonyos ellenérzést támaszthat. Tekintettel azonban az invazív hólyagrák gyors terjedésére, a korai áttétképződésre, a rendkívül fájdalmas és megalázó végkimenetellel járó betegségre, mindenképpen a korai, agresszív, hatékony kezelési módot kell választani.

Az utóbbi 40 év alatt a diagnosztikai és terápiás eljárásokban bekövetkezett fejlődés ellenére vannak bizonyos betegcsoportok — köztük a hólyagrák —, amelyeknek gyógyítási eredményeiben ezen idő alatt lényeges, áttörő jellegű javulás nem következett be. A nagy beteganyagot feldolgozó, összefoglaló közlemények alapján megállapítható, hogy az „optimális” sebészeti kezelés mellett is az

* Jelenlegi munkahely: Jávorszky Ödön Kórház, Urológiai részleg, Vác

infiltráló hólyagrakos betegek mindössze felének, vagy még kisebb arányának van esélye a túlélésre (17).

Noszky Aurél európai szintű radikális műtési tevékenysége és eredményei, majd közvetlen tanítványainak munkássága egy időre meghatározó szerepet játszottak hazánkban. Jelenleg azonban bizonyos lemaradás tapasztalható a radikális műtét alkalmazásában. Annak ellenére, hogy Magyarországon valamennyi urológiai osztályon rendszeresen végeznek hólyagtumor gyógyítása céljából műtétet, a cystectomiát viszonylag kevés intézetben alkalmazzák. Az 1992. év folyamán hazánkban 124 cystectomiát végeztek 3269 hólyagtumor-TUR mellett (15). A témakörből megjelent átfogó publikációk (8, 9, 28) száma ennek megfelelően kevés. Az eredmények közlései, különösen a hosszabb távú értékelések hiányoznak, ill. ritkán alkalmassak arra, hogy összevethessük a nemzetközi szakirodalom eredményeivel.

Az utóbbi két évtizedben végzett 83 cystectomia értékelése alapján foglaljuk össze tapasztalatainkat és körvonalazzuk álláspontunkat a műtési típus szerepéről a hólyagrak kezelésében.

Betegek és módszer

1973. jún. 1. és 1993. márc. 31. között kezelt 910 hólyagdaganatos beteg közül 83 esetben (9,1%) végeztünk cystectomiát, 64 férfi és 19 nő betegen. Koruk 18 és 73 év közötti volt, átlag 60,4 év. Hatvankét esetben a műtét elsődleges volt, 21 betegen egyéb hólyagtumor miatt végzett műtét előzte meg. Nyolc alkalommal sugárkezelés után (45–55 Gy) került sor a cystectomiára (salvage műtét). A preoperatív vizsgálatok, a tumor kiterjedésének és patológiai tulajdonságainak meghatározása az alábbi alapvető diagnosztikus módszerek szerint történt: ultrahang (hasi és transrectalis) vizsgálat, kiválasztásos urographia, cystoscopia, TUR-biopszia és többszörös nyálkahártya-biopszia, érzéstelenítésben végzett bimanuális tapintás, computer tomographia. A felforralt vizsgálatok alapján 99 betegen indikáltuk a cystectomiát. A műtési feltárás és a nyirokcsomók gyorsfagyasztásos szövettani vizsgálata alapján 16 beteget inoperabilisnak ítéltünk és a radikális műtétől eltekintettünk. Negyvenhat esetben (55%) a hólyag trigonumából kiinduló invazív daganat, 11 esetben (13%) ún. diffúz papillomatózis miatt került sor cystectomiára.

A vizeletelvezetés módja 64 betegen ureterosigmoideostomia (módosított Coffey I: 16, Coffey II: 32, Leadbetter: 16), 18 esetben ureteroileocutaneostomia (ileum conduit, Bricker) és egy betegen ureterostomia cutanea volt. Az utolsó 3 évben vizeletelvezetésre általában az ureteroileocutaneostomiát választottuk, Wallace II.-féle anasztomózis-technikával és csak kivételes esetekben alkalmaztunk ureterosigmoideostomiát.

A műtéttechnikai részletekre nem térnénk ki. A hólyag kiirtására 24 esettől eltekintve az ún. radikális cystectomiát alkalmaztuk: férfiakban cysto-prostato-vesiculectomia kétoldali regionális lymphadenectomiával, nőkben cystectomia, salpingo-oophorectomia hysterectomiával, urethrectomiával és a hüvely mellőse falának rezekciójával, valamint regionalis lymphadenectomiával. Egy férfi betegen a cystectomiával egy ülésben totális urethrectomiát is végeztünk.

A műtét utáni erekció megtartása céljából egy 51 éves férfi betegen a corpus cavernosumokat ellátó neurovaszkuláris köteg megkímélésével (ún. nerve-sparing technika) (20, 30) végeztük a műtétet.

Az eltávolított szervek patológiai feldolgozása során a daganatos hólyag mellett külön szövettani vizsgálatra kerültek az egyes nyirokcsomó csoportok, az ureterek distalis végei, valamint a sebészi kimetszés széléről vett szövetminták. A hólyagtumor

1. táblázat: Az eltávolított daganatok infiltrációjának mértéke, sejttypusa és malignitási fokozata

	pT1	pT2	pT3a	pT3b	pT4	Összesen
Urothelialis carcinoma						
G1	2	—	—	—	—	2
G2	9	5	1	—	2	17
G3	1	3	23	4	7	38
Anaplasztikus carcinoma						
G4	1	1	10	1	3	16
Planocellularis carcinoma						
	1	3	4	1	1	10
Összesen	14	12	38	6	13	83
%	(17)	(14)	(46)	(7)	(16)	(100)

2. táblázat: Regionális nyirokcsomó-áttétek

Daganatos infiltráció	N1	N2	Összesen	Nyirokcsomó áttétek aránya
pT1	1	—	1	1/14
pT2	—	—	—	0/12
pT3a	—	2	2	2/38
pT3b	1	1	2	2/6
pT4	1	5	6	6/13
Összesen	3	8	11	11/83

pT1 — pT4 nyirokcsomó-áttétek arányában a különbség χ^2 próba szerint $p < 0,001$

mor infiltrációjának mértéke, valamint a grade meghatározása mellett szövettani vizsgálat tárgyát képezi az utóbbi időben az intramuralis nyirokerek, ill. kis vénák daganatos inváziójának megállapítása is.

Tíz beteg részesült 50–55 Gy posztoperatív telekobalt irradációs kezelésben. Hat esetben szisztémás (3 neoadjuvans) kemoterápiát alkalmaztunk.

A betegeket rendszeresen ellenőriztük, adataikat számítógépes nyilvántartásban rögzítettük, valamennyiük sorsát ismerjük. Az ellenőrző vizsgálatok a késői szövődmények felismerését, valamint az esetleges daganatrecidívák felfedezését célozták a betegek követése mellett.

Eredmények

Az eltávolított daganatok felosztását az infiltratio mértéke, valamint a sejttypus, ill. grade alapján az 1. táblázat mutatja.

Ötvennyolc betegen (70%) a klinikai stádium-meghatározás egyezett a daganat patológiai vizsgálatának eredményével, 18 esetben (22%) aláértékelés, 7 betegen (8%) pedig fölértékelés történt.

A cystectomiával műtött betegek 83%-ának izominvázióval járó daganata volt. Az esetek több mint felét (53%) T3 daganatok alkották. Regionalis nyirokcsomóáttétet 11 esetben (13%) mutatott ki a szövettani vizsgálat. A T kategóriához viszonyított előfordulásukat a 2. táblázat ismerteti. Az infiltráció növekedésével a regionális nyirokcsomók daganatos áttéteinek aránya fokozódott.

1988 előtt vizeletelvezetesként a módosított Coffey-féle ureterosigmoideostomiákat alkalmaztuk. Ezután az urete-

3. táblázat: Perioperatív szövődmények

Szövődmények	Ureterosigmoideostomia			Ileum conduit (n = 18)	Összesen
	Coffey I. (n = 16)	Coffey II. (n = 32)	Leadbetter (n = 16)		
Vérzés	—	2	—	—	2
Rectum sérülés	2	—	2	—	4
Cardialis	1	—	—	1	2
Pneumonia	—	1	—	—	1
Pyelonephritis ac.	3	9	—	—	12
Ileus	—	1	—	1	2
Sebinfekció	2	3	1	—	6
Hasfalszétválás	1	1	1	1	4
Abscessus pelvicalis	1	1	—	—	2
Ulcus ventriculi	2	—	—	—	2
Thrombosis	—	—	1	—	1
Vizelet-széklet fisztula	—	—	2	—	2
Összesen	12	18	7	3	40
Mortalitás	4	2	2	2	10

4. táblázat: Ötéves túlélési arányok

Szerzők	Betegszám	Ötéves túlélési arányok százalékban					Összesen
		pT1	pT2	pT3a	pT3b	pT4	
Whitmore, Marshall 1962 (31)	230	47	—	17	13	3	21
Bowles, Cordonnier 1963 (1)	73	52	—	50	20	0	41
Richie et al. 1975 (19)	113	79	40	40	20	6	44
Daughtry et al. 1977 (4)	55	50	37	67	33	0	49
Clark 1978 (3)	50	52	0	33	0	25	36
Pearse et al. 1978 (18)	52	64	—	50	20	18	38
Camey 1984 (2)	350	83,6	75,6	44	—	19	56
Zingg, Studer 1984 (35)	153	75	58	26	—	—	—
Giuliani et al. 1988 (6)	202	76	56	19	—	—	30
Pagano et al. 1991 (17)	261	75	63	50	15	21	54,5
Saját anyagunk	83	7/12	2/5	9/20	0/2	2/6	44,4

rosigmoideostomiák döntő többségét *Leadbetter* szerint refluxgátló tunelképzéssel és mucosa-mucosa anasztomó-zissal készítettük. Az utóbbi 3 évben az ureteroileocutaneostomia volt az általánosan alkalmazott vizeletelvezetési módszer.

Perioperatív szövődményeket összesen 40 betegen (48%) észleltünk, az össz mortalitás 10 beteg (12%) volt. A posztoperatív elhalálozások okai 3 akut keringési elégtelenség (1 infarctus myocardi), 1 embolia pulmonis, 1 akut veseelégtelenség, 4 peritonitis (2 ileus, 1 rectumperforatio, necrosis, 1 hasfalszétválás), 1 pneumonia.

A 3. táblázat a vizeletelvezetés módjai szerint mutatja a perioperatív szövődményeket és mortalitást. Megállapítható, hogy az ureterosigmoideostomiákkal végzett műtétek szövődményaránya magasabb volt, mint ileum conduit esetén. Az utóbbi évtizedben akut pyelonephritises szövődményt nem tapasztaltunk. A 4 rectumperforatio közül két esetben előzetes nagy dózisú irradiációs kezelés után került sor a cystectomiára.

A betegek közül jelenleg 26 (31%) él — túlélésük: 2 hónap—18 év. Huszonhárom beteg (28%) daganat miatt, 24 beteg (29%) egyéb nem tumoros betegségben halt meg. Kismencedei recidívát 18 esetben, lokális recidíva nélküli távoli metastasist 5 betegen, izolált húgycsőreci-

dívát 5 betegen észleltünk. A húgycsőrecidívák miatt totalis urethrectomiát végeztünk, melyeket követően 2 beteg tartósan (4 és 8 évvel az urethrectomia után) tumormentes lett, a másik 3 beteg azonban tumorgeneralizálódás következtében meghalt.

Az ureterosigmoideostomiás betegcsoportban késői szövődményként csaknem valamennyi betegen kimutatható volt a vesefunkció romlása, pyelonephritis chronica, veseüregrendszeri tárgulat. Ez utóbbiak miatt 3 esetben nephrectomiát végeztünk. Pyelonephritis chronica és szövődményei miatt 7 beteg halt meg. Ileum conduit alkalmazása után vesefunkció romlást, üregrendszeri tárgulatot eddig még nem tapasztaltunk.

A 3 éves túlélés 50%-os (T1 9/13, T2 5/6, T3 12/23, T3b 0/4, T4a 2/10), az 5 éves túlélés 44,4%-os volt (T1 7/12, T2 2/5, T3a 9/20, T3b 0/2, T4a 2/6), a tízéves túlélés 6/35 (T1 3/11, T2 0/3, T3a 1/16, T3b 0/2, T4a 2/3) volt.

Túlélési adatainkat összehasonlítva az irodalomban közöltekkel (4. táblázat) megállapítható, hogy eredményeink megközelítik azokat.

A regionális nyirokcsomókban kimutatott daganatos áttétek (N1—N2) esetén a túlélés csupán 2—7 hónap (átlag 4,4 hónap) volt — egy beteg jelenleg él kimutatható tu-

5. táblázat: Tumor miatti elhalálozások időbeni aránya

Tumor miatti elhalálozás ideje	pT1	pT2	pT3a	pT3b	pT4	Összesen
6 hónapon belül	—	—	4	2	3	9
6–12 hónap között	—	1	4	2	2	9
1–2 év között	1	—	—	—	2	3
2–3 év között	—	—	1	—	—	1
3–4 év között	—	1	—	—	—	1
Összesen	1	2	9	4	7	23
Arányok	1/14	2/12	9/38	4/6	7/13	23/83

χ^2 próba szerint (Atkins f. korrekcióval) a pT3a és pT3b közötti különbség $p < 0,01$

mor nélkül a műtét után 6 hónappal, de a többi beteg mind daganat miatt halt meg.

Huszonnyolc vizsgált betegből daganatos nyirokútinváziót szövettanilag 3 esetben, a kis vénák invázióját 3 esetben (összesen 5 beteg) mutatta ki a patológus. Ez utóbbi betegek közül kettő a műtétet követő 1, ill. 2,5 év múlva daganatgeneralizálódás következtében halt meg, a másik három beteg jelenlegi túlélése 4 és 6 hónap, ill. 1 év.

Az 5. táblázat a daganatos infiltráció szerint ismerteti a tumor miatti elhalálozások évenkénti arányát. A stádium növekedésével fokozódott a tumoros halálozás aránya. A T3 kategórián belül a két alcsoport halálozási aránya szignifikánsan különbözik ($p < 0,01$).

Megbeszélés

A cystectomy indikációjának kérdésében elvben nagyon hasonlóak az álláspontok. A hólyag eltávolítása indokolt:

1. a hólyagizomzatot infiltráló T2–T4a daganat;
2. felületes T1, gyakran recidiváló, recidívában a malignitás fokozódását mutató, vagy endoszkópos úton nem gyógyítható (carcinoma in situ, diffúz papillomatózis) tumor;
3. anaplasztikus G4, vagy nem urotheliális sejttípusú (papinocelluláris, adenocelluláris) hólyagrák;
4. recidiváló hólyagdaganat, ha előző beavatkozások — műtét, lokális kemo- vagy immunterápia, sugárkezelés — a hólyag funkcióját jelentősen károsító mellékhatásokhoz (zsugorhólyag, magas fokozatú reflux stb.) vezetnek (9, 28, 29).

A hólyagdaganatok szervmegtartó műtéti kezelésének javallatát röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

A felületes urotheliális daganatokat (Ta–T1 G0–G3) általában transurethralis rezekcióval távolítjuk el. Negatív multiplex nyálkahártya biopszia mellett a hólyag mobilis részein elhelyezkedő, szoliter, jól körülhatárolt, nem túl nagy, primer invazív daganatok (T2–T3a N0) eltávolítására a hólyagfal-rezekció is alkalmas műtéti módszer. Tekintettel azonban arra, hogy az utóbbi kritériumoknak nagyon kevés hólyagtumor felel meg, megállapítható, hogy a hólyagdaganat-sebészet két alapvető műtéti módszere a transurethralis rezekció és a cystectomy. A két műtét indikációs területét elsősorban a daganatok infiltrációja, másodsorban a szövettani malignitási fok határozza meg.

6. táblázat: Nyirokcsomó-áttétek gyakorisága

Szerzők	Nyirokcsomó-áttétek aránya százalékban			
	pT1	pT2	pT3	pT4
Skinner 1981 (22)	5	30	31–64	50
Smith, Whitmore 1981 (24)	3	8	47	42
Whitmore 1982 (33)	5	13	18	44
Giuliani et al. 1988 (6)	0	11	29	60
Fiorentini et al. 1984 (5)	7	7	28	69
Saját anyagunk	1/14	0/12	4/44	6/13

A cystoscopia és a többszörös biopszia (TUR és mapping) mellett a kiválasztásos urographia, cystographia, az ultrahang diagnosztika és a computer tomographia nyújt értékes információt a daganat kiterjedéséről. A CT értékelés azonban sokszor bizonytalan, különösen TUR vagy radioterápia után (35).

A preoperatív vizsgálatok nem tudták eddig megbízhatóan minden esetben helyettesíteni az intraoperatív diagnosztikát, a nyirokcsomók gyorsfagyasztásos szövettani vizsgálatát. Az intraoperatív kórismézés jelentőségét hangsúlyozta Smith és Whitmore (24), valamint erre utalnak saját tapasztalataink is (a betegek 16%-a a feltárás során inoperábilisnak bizonyult).

A hólyagrák környező szervekre terjedését, a T4a stádiumot egyes szerzők (12, 21) az inoperabilitás jelének tartják. Saját tapasztalataink szerint — két T4a daganatos betegünk több mint 10 éve él a cystectomy radicalis után — a prostata infiltrációja esetén jobb a gyógyulás esélyei, mintha más környező szervekre terjed a tumor, sőt a perivesicalis zsírszövet infiltrációját (T3b) is rosszabb prognózisúnak tartjuk. A prostatára terjedő T4a daganatok esetén javasoljuk a radikális cystectomiát, urethrectomiával kiegészítve.

A nyirokcsomók érintettségét biztosan csak szövettanilag lehet kimutatni, s ezért még felületes daganatok esetén is indokolt elvégezni a lymphadenectomiát. A daganatos infiltráció növekedésével fokozódik a nyirokcsomóáttétek gyakorisága (6. táblázat).

A lymphadenectomy a szerzők egy részének (6, 31) véleménye és saját tapasztalataink szerint nem növeli a műtéti szövődmények arányát. Egy vagy két nyirokcsomóban kimutatott áttét nem jelent inoperabilitást (7, 23, 31, 34). Nagyobb számú daganatos nyirokcsomó vagy a medencefalhoz kötött nyirokcsomó-konglomerátum eltávolítása után azonban csaknem mindig lokális recidíva jön létre.

A cysto-prostato-vesiculectomiával egyszerre elvégzett profilaktikus urethrectomiát csak hólyagnyaki lokalizáció, többszörös carcinoma in situ, a húgycső biopsziával igazolt daganata vagy súlyos dysplasiája esetén tartjuk indokoltnak (10). Egyéb esetekben elegendő a műtét utáni ellenőrzések során elvégzett tapintás, a húgycsőmosó folyadék citológiai vizsgálata, az urethrographia, az urethrospectia és biopszia, melyek lehetőséget nyújtanak a húgycsődaganat kimutatására.

A supravescalis vizeletelterelés kérdésének részletes tárgyalására jelenleg nem térünk ki. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy ma már csak a cystectomiával egyszerre elvégzett vizeletdeviálás in-

dokolt. Hazánkban leggyakrabban az ureterosigmoideostomiát és az ileum conduitot alkalmazzák. Az utóbbi években a magasabb életminőséget nyújtó kontinens stomával képzett, vagy ortotop vizelést biztosító detubularizált bélhólyagok készítése az érdeklődés középpontjába került. Egyes hazai intézetekben is végeztek ilyen műtéteket, s célunk, hogy válogatott esetekben alkalmazzuk ezeket az eljárásokat.

A radikális cystectomya vizeletdeviációval az egyik legnehezebb, legtöbb szövődémmel járó urológiai beavatkozás. A hosszú műteti idő, az egymást követő több műteti szakasz, a betegek többnyire magas kora és rosszabb általános egészségi állapota növelik a lehetséges szövődémmel arányát. Még a 60-as, 70-es években is magas, 14–20%-os műteti mortalitás, a 80-as években már 10% alá csökkent (13, 23, 25).

Magának a cystectomiának a vérzésen és rectumsérülésen kívül alig van jelentősebb szövődémmel. A lymphadenectomya során, ill. a *Walsch* és *mtai* által kidolgozott (20, 30) korai elsődleges érellátással jelentősen csökkenthető az intraoperatív vérvesztés. A vizeletdeviáció különböző módszerei (elsősorban az ureterosigmoideostomia) számos szövődémmel lehetséget rejtenek magukban.

A műteti technika finomítása, a kombinált anesztézia, a teljes perioperatív parenterális táplálás (hyperalimentation), az intenzív ellátás, a beteg monitorozása, modern volumenpótlók és vérkészítmények adása, a korai mobilizálás, antikoaguláns kezelés, a hatásos antibiotikumok alkalmazása szerepet játszhatnak a szövődémmel arány csökkentésében.

A műtét utáni túlélést, a prognózt elsősorban a tumor stádiuma, kevésbé a grade határozza meg. Betegeink túlélési adatai szerint az infiltráció növekedésével csökkent a túlélés és nőtt a recidívák gyakorisága, valamint a daganatos halálozások aránya. A T3 kategórián belül jelentős különbség tapasztalható a nyirokcsomókban való áttétképződés (2. táblázat), a túlélés (a 3 éves túlélés 12/23 vs 0/4, az 5 éves túlélés 9/20 vs 0/2) és a tumor miatti elhalálozás (5. táblázat) arányában attól függően, hogy a daganat csak az izomrétegre terjedt (T3a) vagy már a perivesicalis zsírszövetet is infiltrálta (T3b). Ha a daganat a hólyag határát túllépi, már nagyon rossz a prognózis. Mindezek alapján indokoltnak tartjuk a T3a és T3b alcsoportok lényeges elkülönítését mind a műteti indikáció, mind a prognózis szempontjából.

A sebészeti ablasktikusan elvégzett, radikális tumor kiirtás ellenére a gyógyulás esélyei korlátozottak. A sikertelenség oka többnyire a betegség gyors progressziója és már a műtét idején szisztémás jellege: helyi és távoli mikrometasztázisok jelenléte. A regionális nyirokcsomóáttétek többségénél már távoli áttétek is vannak (24). Előzetes szervmegtartó tumorműtétek vagy definitív célú irradiációs terápia után végzett cystectomiák szövődémmel aránya magasabb, és gyakoribbak a tumorrecidívák (24, 26, 27).

A prognózis javulhat a korai és pontos diagnózis alapján a cystectomiára *elsődleges műtétként* alkalmas betegek megfelelő kiválasztásával és a sebészeti kezelés más terápiás módszerekkel való kombinációjával. Bár a hólyagdaganatok egy része sugárérzékeny, a sebészeti kezeléssel kombinált sugárterápia csak a T3 daganatos betegek túlélésében eredményezett javulást (25, 32). A szisztémás kemoterápia alkalmas lehet a mikrometasztázisok elpusztítására. A néhány éve alkalmazott neoadjuvans (indukciós) kemoterápia eredményeit a rövid követési idő miatt pontosan felmérni még nem lehet. Neoadjuvans intraarteriális kemoterápiával jelentős stádiumcsökkenéseket (sőt teljes

daganatregressziót) észleltünk, esetszámunk azonban kevés a véleményalkotáshoz. A nagyobb betegszámon alapuló vizsgálatok eredményei biztatóak.

Jelenlegi álláspontunk szerint T3a stádiumig a cystectomiát monoterápiaként alkalmazzuk. Ezt meghaladó daganatterjedés, kimutatott nyirokér- vagy vénainvázio esetén elsősorban neoadjuvans, ritkábban adjuvans kemoterápiát végzünk a cystectomiával.

A jövőben feltétlenül törekednünk kell a cystectomizált betegek életminőségének javítására, melyet több módon is elérhetünk. Egyrészt a vizeletelterelés módszerében a testi fogyatékosra nem utaló eljárásokat (ortotopikus vizelést biztosító bélhólyag-hügcső anasztomózisok, kontinens, katéterrel ürített rezervoárok, rectumhólyagok képzése stb.) kell előnyben részesíteni. Másrészt a fiatal férfi betegek műtét utáni erekciójának elvesztése megelőzhető a műtét során alkalmazott idegkímélő technikával (20, 30). Ezen kívül is minden lehetőséget meg kell ragadni abból a célból, hogy a cystectomizált betegek számára a műtét után teljes életet tudjunk biztosítani. Ezáltal az invazív hólyagdaganatok kezelésében ma még alapvető műteti típus elfogadhatóbbá válik a betegek számára.

IRODALOM: 1. Bowles, W. T., Cordonnier, J. J.: Total cystectomy for carcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 1963, 90, 731–735. — 2. Casey, M.: How I treat invasive bladder carcinoma. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 1984, 162B, 231–235. — 3. Clark, P. B.: Radical cystectomy for carcinoma of the bladder. *Br. J. Urol.*, 1978, 50, 492–495. — 4. Daughtry, J. D., Susan, L. P., Stewart, B. M. és mtsai: Ileal conduit and cystectomy: A 10-year retrospective study of ileal conduit performed in conjunction with a minimum 5-year followup. *J. Urol.*, 1977, 118, 556–557. — 5. Fiorentini, L., Minervini, R., Mosca, F. és mtsai: Valore della limfadenectomia pelvica nel trattamento del carcinoma della vescia. *Minerva Urol. Nefrol.*, 1984, 36, 219–222. — 6. Giuliani, L., Gilberti, C., Martorana, G. és mtsai: Lymphadenectomy during radical cystectomy for bladder cancer. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 1988, 260, 329–339. — 7. Grossman, H. B., Konnak, J. W.: Is radical cystectomy indicated in patients with regional lymphatic metastases? *Urology*, 1988, 31, 214–216. — 8. Gyarmathy F., Noszkay A.: Hügyhólyagdaganat miatt végzett 66 cystectomia késői eredményei és tanulságai. *Orv. Hetil.*, 1968, 109, 17–21. — 9. Kondás J., Gyarmathy F.: Cystectomiával és ureterosigmoideostomiával szerzett tapasztalataink a hólyagrák kezelésében. *Urol. Nephrol. Szle.*, 1980, 7, 256–260. — 10. Kondás J., Szőke D., Szecskő L. és mtsai: Hügyhólyagrák miatt végzett cystectomiákat követő tumorrecidívák a hügcsőben. *Magy. Onkol.*, 1984, 28, 259–264. — 11. Kondás J., Szentgyörgyi E., Szőke D.: A cystectomiák szövődémeiről. *Urol. Nephrol. Szle.*, 1985, 12, 100–102. — 12. Laplante, M., Brice, M. II.: The upper limit of hopeful application of radical cystectomy for vesical carcinoma: Does nodal metastasis always indicate incurability? *J. Urol.*, 1973, 109, 261–264. — 13. Minervini, R., Carlino, F., Fiorentini, L.: Total cystectomy and ureterosigmoideostomy for carcinoma of the bladder. *Eur. Urol.*, 1983, 9, 80–83. — 14. Montie, J. E., Wood, D. P. Jr.: The risk of radical cystectomy. *Br. J. Urol.*, 1989, 63, 483–486. — 15. Országos Urológiai Intézet összesítése, 1993. — 16. Pagano, F., Guazzieri, S., Artibani, W. és mtsai: Prognosis of bladder cancer: III. The value of radical cystectomy in the management of invasive bladder cancer. *Eur. Urol.*, 1988, 16, 166–170. — 17. Pagano, F., Bassi, P., Galetti, T. P. és mtsai: Results of contemporary radical cystectomy for invasive bladder cancer: A clinicopathological study with an emphasis on the inadequacy of the tumor, nodes and metastases classification. *J. Urol.*, 1991, 145, 45–50. — 18. Pearse, H. D., Reed, R. R., Hodges, C. V.: Radical cystectomy for bladder cancer. *J. Urol.*, 1978, 119, 216–218. — 19. Ritchie, J. P., Skinner, D. G., Kaufman, J. J.: Radical cystectomy

for carcinoma of the bladder: 16 years of experience. *J. Urol.*, 1975, 113, 186–189. — 20. *Schlegel, P. N., Walsh, P. C.*: Neuroanatomical approach to radical cystoprostatectomy with preservation of sexual function. *J. Urol.*, 1987, 138, 1402–1406. — 21. *Schröder, F. H., Jellinghaus, W.*: Das Blasenkarzinom — Grenzen der Operabilität und Ursachen des Versagens der radikalen Cystektomie. *Urologe A*, 1975, 14, 60–64. — 22. *Skinner, D. G.*: Technique of radical cystectomy. *Urol. Clin. North Am.*, 1981, 8, 353–366. — 23. *Skinner, D. G.*: Management of invasive bladder cancer. A meticulous pelvic node dissection can make a difference. *J. Urol.*, 1982, 128, 34–36. — 24. *Smith, J. A., Jr., Whitmore, W. F., Jr.*: Salvage cystectomy for bladder cancer after failure of definitive irradiation. *J. Urol.*, 1981, 125, 643–645. — 25. *Smith, J. A., Batata, N., Grabstald, H. és mtsai*: Preoperative irradiation and cystectomy for bladder cancer. *Cancer*, 1982, 49, 869–873. — 26. *Stöckle, M., Alken, P., Engelmann, U. és mtsai*: Radical cystectomy — Often too late. *Eur. Urol.*, 1987, 13, 361–367. — 27. *Stöckle, M., Alken, P., Jacobi, G. H. és mtsai*: Retrospective analysis of 246 patients after radical cystectomy for treatment of bladder cancer without preoperative radiotherapy. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 1988, 260, 461–467. — 28. *Wabrosch G.*:

A húgyhólyagdaganatok klinikai megítélésében és kezelésében szerzett tapasztalataink. *Orvosképzés*, 1979, 54, 304–312. — 29. *Wabrosch G.*: Húgyhólyagdaganat. Sebészeti kezelés. *Pintér J., Wabrosch G., Eckhardt S. (eds): Az urológiai rosszindulatú daganatok. Medicina, Budapest, 1987, p. 176–207.* — 30. *Walsh, P. C., Schlegel, P. N.*: Radical pelvic surgery with preservation of sexual function. *Ann. Surg.*, 1988, 208, 391–400. — 31. *Whitmore, W. F. Jr., Marshall, V. F.*: Radical total cystectomy for cancer of the bladder: 230 consecutive cases five years later. *J. Urol.*, 1962, 87, 853–868. — 32. *Whitmore, W. F. Jr.*: Integrated irradiation and cystectomy for bladder cancer. *Br. J. Urol.*, 1980, 52, 1–9. — 33. *Whitmore, W. F. Jr.*: Editorial comment. *J. Urol.*, 1982, 128, 36. — 34. *Zincke, H., Patterson, D. E., Utz, C. C. és mtsai*: Pelvic lymphadenectomy and radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder with pelvic nodal disease. *Br. J. Urol.*, 1985, 57, 156–159. — 35. *Zingg, E. J., Studer, U.*: Gondolatok a húgyhólyagról. *Urol. Nephrol. Szle.*, 1984, 11, 14–17.

(Kondás József dr., Budapest, Pf. 76. 1441)

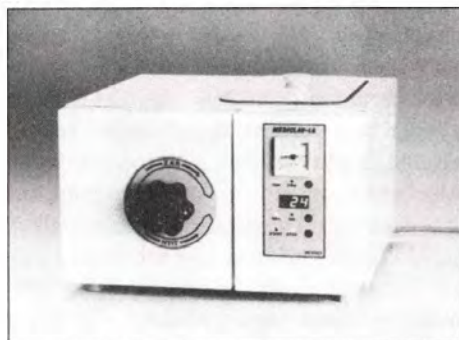
„A tanárok jeles szakemberek legyenek, és nemcsak azok, hanem olyan tanítók is, kik ösmereteiket másokkal közölni, hallgatókat a tudomány iránt lelkesíteni s a buvárlatba bevezetni képesek legyenek.”

Markusovszky Lajos

Kímélje drága eszközeit, már a magyar piacon is kapható az

ME9303 MEDICLAV-L6 GŐZSTERILIZÁTOR

- Felhasználása fogorvosi, szemészeti, fül-, orr-, gégeszeti eszközökhöz, gumi, műgumi, műanyag termékekhez, hőálló üveghez, porcelánhoz, vizsgálati és kezelési anyagokhoz, valamint arthroszkópok és egyéb kisműszerek sterilizálásához
- Telepíthető bármely kislaborban vagy magánpraxisban
- Kiválasztható 1 vagy 2 Bar-os üzemmód (121 °C vagy 134 °C)
- Automatikus, felügyelet nélküli, folyamatos működés
- Minimális fogyasztás (kb. 0.5 kW/ciklus)
- Belső űrtartalom 6 liter
- Kis külső méret, 400x270x450 mm (szxmxh)
- Mindenben megfelel a nemzetközi szabványoknak
- Amennyiben február 15-ig eljuttatja megrendelését a gyártó címére, akkor 1994. első felében még a kedvezményes 99 000 Ft áron hozzájuthat készülékéhez. Lízinglehetőség.



Gyártó: MINEL Gmk. 1081 Bp. Köztársaság tér 13. Telefon/fax: 114-5484.

11 éves tapasztalat az orvosműszer-fejlesztés és -gyártás területén (elektroterápiás és akupunktúrás műszerek, autoklávok).

A dolgozó orvosok, a felismert depressziók és az öngyilkossági mortalitás regionális megoszlása Magyarországon

Rihmer Zoltán dr.¹, Barsi Judit dr.¹ és Rutz Wolfgang dr.²

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest (főigazgató főorvos: Veér András dr.)¹

Department of Psychiatry, St. Olof's Hospital, Visby, Sweden (igazgató: Rutz Wolfgang dr.)²

Az öngyilkosság és depresszió régóta ismert, szoros kapcsolatából kiindulva, előző vizsgálatuk folytatásaként a szerzők a szuicid ráták, a felismert depressziók és a dolgozó orvosok arányának területi megoszlását vizsgálták Magyarországon. Erősen szignifikáns pozitív korrelációt találtak a dolgozó orvosok és a felismert depressziók aránya között, és ez a két tényező erős szignifikáns negatív korrelációt mutatott az öngyilkossági rátákkal. Minél több orvos jut 100 000 lakosra, annál jobb a depressziók felismerése és annál alacsonyabb a szuicid mortalitás az adott területen. A nyugati országrészben a 100 000 lakosra jutó orvosok száma szignifikánsan magasabb, és valószínűleg ennek is szerepe van ezen országrész alacsonyabb öngyilkossági mortalitásában.

Kulcsszavak: depresszió, orvosok száma, területi megoszlás, öngyilkossági mortalitás, öngyilkosság megelőzése

A depresszió, mint orvosi értelemben vett, tehát diagnosztizálható és kezelhető betegség változatos tünetei között igen gyakori a halálvágy, ill. az öngyilkossági kísérlet. Számos vizsgálat egybehangzó adatai szerint a befejezett öngyilkosságot elkövetők több mint 50 százalékában a tett depresszióra vezethető vissza (1, 3, 4, 7, 11, 16, 19). A depressziós betegek öngyilkossági rizikója 30–35-szöröse a populációénak (9, 15, 19) és több vizsgálat azt is igazolta, hogy a megfelelően kezelt, ill. gondozott depressziós betegek (beleértve a mániás-depresszióban szenvedőket is) öngyilkossági esélye azonos vagy kisebb, mint az átlagnépesség adataiból várható lenne (2, 5, 9, 13). A depresszió a leggyakoribb pszichiátriai betegség, és a felnőtt lakosság legalább 7–8 százalékában előforduló primer major depressziós betegek túlnyomó többségét családorvosok észlelik és kezelik (8, 15, 24). A fel nem ismert, vagy nem megfelelően kezelt depressziós betegek öngyilkossági rizikója különösen nagy (3, 9, 10, 11, 15, 17).

Az öngyilkosságok, és különösen a depresszióval kapcsolatos öngyilkosságok megelőzésében a pszichiáterek mellett a családorvosoknak van különösen fontos szerepük. Ezt felismerve Rutz és mtsai a Svédországhoz tartozó 68 000 lakosú Gotland sziget mind a 19 családorvosát rövid, intenzív továbbképzésben részesítették: az előadások

Regional distribution of working physicians, recognized depressions and the suicide mortality in Hungary. Based on the well-known and strong relationship between suicide and depression, the authors investigated the regional distribution of the suicide rates, rates of diagnosed depressions and rates of working physicians in Hungary. It was found a strong significant positive correlation between the of working doctors and rate of diagnosed depressions, and both the mentioned parameters showed a strong significant negative correlation with the suicide rates. The more is the number of doctors/100 000 inhabitants, the better is the recognition of depression and the lower is the suicide rate in the given region. The rate of working doctors was significantly higher in the counties located in the western part of Hungary, which may have a role in the lower suicide mortality of this area of the country.

Key words: depression, number of doctors, regional distribution, suicide mortality, suicide prevention

és szemináriumok a depressziók etiológiájára, felismerésére, korszerű kezelésére, ill. a depresszió és öngyilkosság kapcsolatára centráltak. Míg a továbbképzést megelőző évtizedekben mind Gotland, mind Svédország többi részének öngyilkossági rátája gyakorlatilag egyforma volt (21–25/100 000), a továbbképző programot követő évben a gotlandi öngyilkosságok száma a felére, majd ezután a harmadára esett (7,1/100 000), míg Svédország többi részén ez az arány változatlanul 23–25 között maradt. Ezzel párhuzamosan Gotlandon jelentősen lecsökkent a depresszió miatti kórházi felvételek száma, a betegállományban töltött napok aránya, ugyanakkor emelkedett az antidepresszánsok és a lithium felírásának mennyisége, míg a neuroleptikumoké és a hipno-szedatívumoké kismértékben csökkent. Svédország többi részére a jelzett időszak alatt ezek a tendenciák nem voltak jellemzők, sőt, ott a szedatohipnotikumok forgalmazásának további (nemkívánatos, de sajnos világszerte észlelhető) emelkedése volt megfigyelhető (20, 21).

A depressziók felismerése és megfelelő kezelése gyakran elmarad, vagy a depressziós betegek inadequat terápiában részesülnek. Öngyilkosságban meghalt depressziós betegek gyógykezelésének adatait utólagosan elemezve többen is azt találták, hogy bár a betegek legalább fele járt

orvosnál élete utolsó időszakában depressziós panaszai miatt, csak csekély hányaduk kapott antidepresszívumot (hatékony adagban még kevesebben), túlnyomó többségük a depresszióban hatástalan szedatívumokat, altatókat és vitaminokat szedett csupán (3, 9, 10, 15, 17). A depressziók „aluldiagnosztizálása” kifejezésre jut — legalábbis statisztikai értelemben — az adott terület magas öngyilkossági rátájában is (10). Egyik előző vizsgálatunkban elemeztük Magyarország 20 különböző régiójának öngyilkossági rátáit és összehasonlítottuk a diagnosztizált (kezelt) depressziók területi megoszlásával az 1985, 1986 és 1987-es naptári években (18). Az öngyilkossági rátákat illetően mintegy háromszoros (22,7 vs 68,0), a diagnosztizált depressziókat illetően pedig hatszoros (34,6 vs 5,4) különbség mutatkozott a szélső értékeket illetően. Az öngyilkossági ráták mind a három naptári évben igen erős szignifikáns negatív korrelációt mutattak a diagnosztizált (kezelt) depressziók arányával, vagyis minél több egy adott területen a 100 000 lakosra jutó felismert depressziók száma, annál alacsonyabb az öngyilkossági halálozás (18).

Mint *Rutz és mtsai* demonstrálták (20, 21), az orvosok szakmai ismeretének korszerűsítése rövid, lényegre törő továbbképzések segítségével jelentősen hozzájárul egy-egy betegség jobb felismeréséhez és hatékonyabb kezeléséhez. Ugyanakkor figyelembe véve a Magyarország területén belül megnyilvánuló háromszoros különbséget az öngyilkossági rátákban, mégsem feltételezhető, hogy azon orvosok szakmai szintje, akik a magas szuicid rátájú megyékben dolgoznak alacsonyabb lenne, mint azoké, akik olyan területen élnek, ahol az öngyilkossági mortalitás alacsony. Az öngyilkosságban meghalt depressziós betegek 40–60 százaléka jár orvosnál élete utolsó heteiben vagy hónapjaiban (3, 9, 10, 15, 17), és ez természetesen nem juthat kifejezésre az összesített öngyilkossági statisztikákban. Mivel igen erős szignifikáns összefüggést észleltünk a felismert depressziók aránya és az öngyilkossági ráták között (18), ugyanakkor statisztikai értelemben nem képzelhető el nagyságrendnyi különbség a magas, ill. alacsony szuicid rátájú megyék orvosainak szakmai színvonalát illetően, vizsgálat tárgyává tettük a dolgozó orvosok regionális megoszlását, vagyis sűrűségét Magyarország különböző területi egységeiben, és ezeket hasonlítottuk össze az öngyilkossági rátákkal és a felismert depressziók rátájával. Hipotézisünk az volt, hogy pozitív összefüggést fogunk kapni a praktizáló orvosok sűrűsége és a felismert depressziók aránya között, és ez a kettő fordítottan arányos az adott terület öngyilkossági mortalitásával.

Módszer

Vizsgálatunkat az 1986-os naptári évben már előzőleg gyűjtött adatokra alapoztuk (18). Az 1986-ban praktizáló orvosok számát, ill. 100 000 lakosra jutó arányát a Statisztikai Évkönyvből (Egészségügyi Minisztérium, 1986, 21), míg ugyanerre az évre vonatkozó öngyilkossági területi mutatókat a Demográfiai Évkönyv (6) adataiból nyertük. Az 1986 folyamán felismert, tehát pszichiátriai osztályon vagy ideggondozóban diagnosztizált primer major depressziók (WHO-9 szerinti összes 295 altípus együttesen) számát, ill. 100 000 lakosra számított arányát az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Szervezési és Módszertani osztálya

1. táblázat: A dolgozó orvosok, a felismert major depressziók és az öngyilkossági halálozás 100 000 főre jutó értékei Magyarország 16 megyéjében, 1986-ban*

Megye	Dolgozó orvosok	Felismert depressziók	Öngyilkossági halálozás
Zala	252	20,9	26,9
Vas	246	24,1	23,7
Győr-Moson-Sopron	242	14,8	22,7
Veszprém	238	18,1	35,4
Komárom	238	17,8	35,2
Tolna	235	12,5	44,5
Heves	234	13,0	32,8
Somogy	226	13,4	41,1
Nógrád	221	34,6	25,8
Bács-Kiskun	220	5,4	68,0
Fejér	209	9,9	43,2
Szolnok-Nagykún	209	8,6	52,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	206	6,6	41,8
Békés	190	5,3	52,8
Pest	178	9,5	49,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	168	6,9	58,4

* A táblázatban nem szerepelnek Budapest (490/13,3/42,3), Baranya megye (367/6,3/46,0), Csongrád megye (373/7,2/63,8) és Hajdú-Bihar megye (300/12,4/62,7) adatai. Magyarázatot l. a szövegben.

(oszt.-vez. főorvos: Dr. Pável Magda) bocsátotta rendelkezésünkre. Az adatok statisztikai értékelésénél Sperman-féle rank-korrelációs tesztet, χ^2 tesztet és kétmintás Student-féle t-tesztet használtunk.

Eredmények

Az adatok megtekintése után feltűnt, hogy négy régióban az orvosok aránya feltűnően magas. Ez a négy régió Budapest, Baranya megye, Csongrád megye és Hajdú-Bihar megye, ahol az ország négy orvosi egyeteme és több orvostudományi, biológiai kutató intézet, ill. egészségügyi főhivatal működik, sok orvossal, akik az alap kutatásban, oktatásban és adminisztratív területen dolgoznak, de betegellátó munkát nem végeznek, de akik a statisztikában természetesen mind dolgozó (tehát nem nyugdíjas) orvosként szerepelnek. Ezt a hibaforrást elkerülendő, az említett négy régió adatait kihagytuk a végső értékelésből. A megmaradt 16 megye ugyanis elég nagyszámú ahhoz, hogy megbízható statisztikai adatokhoz jussunk, és az így létrehozott 16 vizsgálandó terület relatíve homogén volta megbízhatóbban képviseli a reális helyzetet.

Az 1. táblázatban látható a dolgozó orvosok, a felismert primer major depressziók és a befejezett öngyilkosságok 100 000 lakosra eső aránya (rátája) az 1986-os évben, területi megoszlásban. Az öngyilkossági rátákban háromszoros (22,7 vs 68,0), a felismert depressziók rátájában hatszoros (34,6 vs 5,4), míg az orvosok arányában kevesebb mint kétszeres a különbség (252 vs 168) a szélső értékek között. Erős szignifikáns negatív korreláció észlelhető az orvosok rátája és az öngyilkossági ráták ($r_s = -0,776$, $p < 0,01$ és erős szignifikáns pozitív korreláció az orvosok rátája és a felismert depressziók között ($r_s = 0,788$, $p < 0,01$). Ugyancsak erősen szignifikáns, negatív korrelációt találtunk a felismert depressziók és az öngyilkossági ráták között, ennek részleteit előző vizsgálá-

tunkban közöltük (18). Az 1. táblázatból az is látható, hogy azon nyolc megyéből, ahol a dolgozó orvosok aránya a legmagasabb, 7 megye az ország nyugati felében található, míg a 8, orvossal kevésbé jól ellátott megyéből csak 1 ($\chi^2 = 5,347$, szf. = 1, $p < 0,02$). Másrészről viszont a nyolc nyugati megyében dolgozó orvosok rátája átlagosan 235,7, míg a keleti országrészekben tevékenykedőké 203,2 ($t = 5,10$, szf. = 14, $p < 0,001$).

Megbeszélés

Eredményeink szerint erős szignifikáns összefüggés van az orvosi ellátottság és a felismert depressziók között (pozitív kapcsolat), és ugyancsak erősen szignifikáns a viszony az orvosi ellátottság és a szuicid ráták között (negatív kapcsolat). A talált összefüggést kissé leegyszerűsítve: minél jobb az orvosi ellátottság, annál több a felismert depressziók aránya és annál kevesebb az öngyilkosság. Előző vizsgálatunkban a felismert depressziók és az öngyilkossági ráták negatív kapcsolatának kimutatásán túl azt is megfigyeltük, hogy a szuicid ráták és a depressziók rátájának megyénkénti megoszlása rendkívül konzisztens, stabil volt az 1985, 1986 és 1987-es naptári években (18). Nagyon valószínű tehát, hogy jelen adataink nemcsak az 1986-os évre érvényesek. Vizsgálatunkban nem különítettük el a dolgozó orvosokon belül a különböző szakmák képviselőit (családorvos, belgyógyász, pszichiáter stb.). Szuicid készlettel rendelkező, krízisben lévő vagy depressziós beteggel minden szakterület orvosa gyakran találkozhat, a családorvostól kezdve a különböző rendelőintézetekben vagy kórházi osztályon dolgozó orvosokig egyaránt, és az öngyilkossági veszélyt vagy a betegség pszichiátriai természetét többnyire felismerve szakemberhez irányítják az ilyen betegeket. Az öngyilkosságra veszélyeztetett emberek „kiszűrése” tehát elsősorban a családorvosi, általános orvosi (belgyógyászat, nőgyógyászat, sebészet stb.) szinten történik, az országban dolgozó alig 800 pszichiáter erre a feladatra egyedül nem képes és nem is vállalkozhat.

Természetesen nem gondoljuk, hogy az általunk talált összefüggések a magyarországi öngyilkosságok jelentős területi eltéréseinek egyetlen, kizárólagos magyarázatát adják. Kétségtelen, hogy számos más, elsősorban szociokulturális, vallási és egyéb komplex tényezők (mint pl. az alkohol, ill. alkoholizmus kérdése) is közrejátszanak (14, 23), bár ezek megragadása és orvosi (pszichiátriai) eszközökkel való befolyásolása sokkal nehezebb. Nem minden öngyilkos depressziós (1, 3, 4, 7, 11, 16, 19) és nem minden öngyilkosjelölt keresi fel halála előtt az orvost (3, 9, 10, 15, 17), így a kérdést nem lehet természetesen csupán a depresszióra redukálni. Ugyanakkor az öngyilkosok legalább 50 százaléka depressziós (1, 3, 4, 7, 11, 16, 19) és az esetek felében orvosnál (nem elsősorban pszichiáternél, hanem főleg családi orvosoknál) járnak a cselekményt megelőző hetekben (3, 9, 10, 15, 17), tehát a szuicidumok volumenében a depresszió és az orvos szerepe mégis olyan nagyságrendet képvisel, amely egyrészt statisztikailag is kimutatható (1. eredményeink), másrészt irányadó lehet a további konkrét teendőket illetően is.

Jól ismert, évszázados tendencia, hogy Magyarországon a nyugati megyékben lényegesen alacsonyabb az öngyilkossági mortalitás, mint az ország többi részén (12). Eredményeink szerint ez az ország nyugati területein dolgozó orvosok nagyobb számával és a depressziók jobb felismerésével is összefüggésbe hozható. Ez részben magyarázza a hazai öngyilkossági halálozás terén régóta megfigyelt és stabilnak mutató területi eltéréseket, hiszen a nyugati országrészekben a 100 000 lakosra jutó nagyobb orvosszám több évtizedre visszamenőleg is igazolható. A nyugati-északnyugati megyékben dolgozó orvosok relatíve nagyobb száma minden bizonnyal azzal az általános — főleg történelmi, gazdasági, kulturális — sajátossággal függhet össze, miszerint ezen régiók mindig is Magyarország gazdaságilag és kulturálisan legfejlettebb részét képezték. E területek szomatikus morbiditási és mortalitási mutatói is kedvezőbbek, mint a keleti országrészekéi.

Jelen vizsgálatunkban talált összefüggéseknek mindegyikre gyakorlati konzekvenciái is vannak: az orvossal gyengébben ellátott keleti területek fejlesztése jelentősen hozzájárulhat az ott észlelhető magas szuicid mortalitás csökkentéséhez is.

Ma Magyarországon minden 100 emberből több mint három öngyilkossággal fejezi be életét, és a 100 000 lakosra eső öngyilkossági halálozás 1986-ban országos átlagban 45,3 volt (6). Bár ez azóta csökkenő tendenciát mutat, még most is 40 körül van, és ezzel a magas aránnyal nagyon régóta az első helyet foglaljuk el a világon. A mögöttünk második helyen áll Ausztria (amely egyébként közutdotan nem tartozik a fejletlen, szegény országok közé) esetében ez a szám országos átlagban 27–29 között van, amit osztrák szakemberek természetesen rendkívül magasnak tartanak. Az emberi élet értéke anyagilag meghatározhatatlan. Rendkívül nagyra becsülhető tehát az a kár, amit országunk több mint 4000 ember elvesztésével minden évben ismételtelen elszennved. A katasztrofálisan súlyos hazai öngyilkossági mutatók csökkentése tehát alapvető népegészségügyi feladat, amelyben minden orvosnak (de nemcsak az orvosoknak!) megvan a maga szerepe és felelőssége.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők köszönetüket fejezik ki Rihmer Zoltán egyetemi hallgatónak a statisztikai számítások elvégzésében nyújtott segítségéért.

A tanulmány részben a Népjóléti Minisztérium támogatásával készült (ETT-430/1990 T-04, dr. Rihmer).

IRODALOM: 1. Arató, M., Demeter, E. Rihmer, Z. és mtsai: Retrospective psychiatric assessment of 200 consecutive suicides in Budapest. *Acta Psychiat. Scand.*, 1988, 77, 454–456. — 2. Avery, D., Winokur, G.: Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy and antidepressants. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1976, 33, 1029–1037. — 3. Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. és mtsai: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Brit. J. Psychiat.*, 1974, 125, 355–373. — 4. Chynoweth, R., Tonge, J. I., Armstrong, J.: Suicide in Brisbane—A retrospective psychosocial study. *Austr. N. Z. J. Psychiatry*, 1980, 14, 37–45. — 5. Coppen, A., Standisch-Barry, H., Bailey, J. és mtsai: Does lithium reduce the mortality of recurrent mood disorders? *J. Affect. Disord.*, 1991, 23, 1–7. — 6. Demográfiai Évkönyv, 1986. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1986, 286. old. — 7. Dorpat, T. L., Ripley, H. S.: A study of suicide in the Seattle area. *Compr. Psychiat.*, 1960, 1, 349–359. — 8. Glass, R. M.,

Freedman, D. X.: Psychiatry. J. Amer. Med. Assoc., 1985, 254, 2280—2283. — 9. Goodwin, F. K., Jamison, K. R.: Manic-Depressive Illness. Oxford University Press, New York, 1990. — 10. Isacson, G., Boethius, G., Bergman, U.: Low level of antidepressant prescription of people who later commit suicide: 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden. Acta Psychiat. Scand., 1992, 85, 444—448. — 11. Marttunen, J. M., Aro, H. M., Henrikson, M. M. és mtsai: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axex I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. Arch. Gen. Psychiat., 1991, 48, 834—839. — 12. Moksony, F.: Települési tényezők és öngyilkosság. In: Az öngyilkosság szociálpszichiátriai szempontból (Szerk.: Buda, B. és Füredi, J.) Magyar Pszichiátriai Társaság Budapest, 1986, 68—98. old. — 13. Müller-Oerlinghausen, B., Müser-Causemann, B., Volk, J.: Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. J. Affect. Disord., 1992, 25, 261—270. — 14. Ozsváth, K.: Az öngyilkosság a klinikus szemszögéből. Orv. Hetil., 1987, 128, 2565—2570. — 15. Regier, D. A., Boyd, J. H., Bruke, J. D. és mtsai: One month prevalence of mental disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiat., 1988, 45, 977—986. — 16. Rich, C. L., Ricketts, J. E., Young, D. és mtsai: Some differences between men and women who commit suicide. Amer. J. Psychiat., 1988, 145, 715—722. — 17. Rihmer, Z., Barsi, J., Arató, M. és mtsai: Suicide in subtypes of primary major depression.

J. Affect. Disord., 1990, 18, 2211—225. — 18. Rihmer, Z., Barsi, J., Vég, K. és mtsai: Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. J. Affect. Disord., 1990, 20, 87—91. — 19. Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson, R. H. és mtsai: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Amer. J. Publ. Health, 1959, 49, 888—899. — 20. Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G. és mtsai: An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: Background and evaluation. Acta Psychiat. Scand., 1989, 79, 19—26. — 21. Rutz, W., Von Knorring, L., Walinder, J.: Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and treatment of Depression. Acta Psychiat. Scand., 1992, 85, 83—88. — 22. Statisztikai Évkönyv. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 1986. — 23. Szigeti, P.: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon a hatvanas évek elejétől napjainkig a főbb demográfiai szempontok szerint. In: Az öngyilkosság szociálpszichiátriai szempontból (Szerk.: Buda, B. és Füredi, J.) Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1986, 68—98. old. — 24. Von Korff, M., Shapiro, S., Ruke, J. D. és mtsai: Anxiety and depression in a primary care clinic. Arch. Gen. Psychiat., 1987, 44, 152—156.

(Rihmer Zoltán dr., Budapest 27., Pf. 1. 1281)

„Az auctoritas és vakhit ideje épen oly határozottan lejárt a természettudomány terén, mint a tények számbavétele nélkül alkotott spekulatív rendszereké, s épen olyan neveléses a dogmatizmus azon epigonjainak erőlködése is az orvosi téren, kik a természettudományból kölcsönzött szavakkal és tétélekkel, de nem azok módszerén, hanem »spanyol cipőbe szorított szellemmel« vélik földeríteni a tudományt.”

Markusovszky Lajos



13. NEMZETKÖZI ORVOSTECHNIKAI KIÁLLÍTÁS ÉS SZIMPÓZIUM

Budapest, 1994. január 25-28.

SOTE Elméleti Tömb,
VIII., Nagyvárad tér 4.

"Folytatás - Váltás - Továbbfejlesztés?"
Egészségügyünk jövőjéről
Konferencia: 1994. január 26-28.

MEDICINA·PHARMA·DENTAL LABOR·HOSPITAL·REHA

hbm&p. Marketing Kft. Tel./Fax: 270-3661, 270-3662

28. hét előtti idő előtti burokrepedés kezelése intraamniális infúzióval

Nagy Péter dr. és Szabó Rudolf dr. †

Zala Megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg (főorvos: Nagy Péter dr.)

A szerzők 25–27. hét között bekövetkező idő előtti burokrepedés miatt összesen 5 esetben alkalmaztak intraamniális infúziót. A terhességeket 14–43 napig sikerült prolongálni. A négy túlélő újszülött közül jelenleg valamennyi kisgyermek több mint 2 év után él és egészséges. A módszert ajánlják azoknak az intézeteknek, amelyek megfelelő feltétellel rendelkeznek.

Kulcsszavak: amnioninfúzió, koraszülés, idő előtti burokrepedés

The treatment with intraamniatal infusion of the premature rupture of the membranes before the 28th week. The authors applied intraamniatal infusion in 5 cases altogether on account of the premature rupture of the membranes happened between the 25th–27th weeks. The pregnancies managed to be prolonged for 13–43 days. At present after 2 years, all the 4 survival children are alive and healthy. This method is advised to institutes with suitable conditions.

Key words: amnioninfusion, preterm delivery, premature rupture of membrans

Az idő előtti burokrepedés kezelése elsősorban kora magzatoknál a szülészeti gyakorlat egyik legvitatottabb területe (10). A magzatvíz mechanikus védőfunctiója gyakorlatilag megszűnik, és antibakteriális hatása sem érvényesül.

Míndez a terhesség rövid időn belüli terminálásának szükségességét vetheti fel, mivel a prolongálás a szövődemények egyre fokozódó kockázatával jár. 6–18 órával a burok megrepedése után általában lineárisan nő az ascendáló fertőzés veszélye (1, 3). Amennyiben intrauterin infectio nem következik be, és prolongálódik a terhesség, 2–3 héten belül jelentkezhetnek az oligohydramnion syndroma jelei (1, 11). Az arc dysmorphismusa, végtag deformitások mellett elsősorban tüdő hypoplasia az, ami a magzatra a legveszélyesebb, mely akár letális kimenetelű is lehet.

Különösen súlyos dilemma elé kerül a szülész, ha az idő előtti burokrepedés a terhesség olyan időszakában történik, amikor még a magzat életkilátásai kedvezőtlenek, amikor a megszületendő éretlen újszülöttek jelentős hányadát a neonatális időszakban elvesztjük (2). Tovább súlyozza a problémát, ha az anyának terhelő szülészeti anamnézise is van.

Számos próbálkozás történt ilyen terhességek tartósabb prolongálására, elsősorban szoros klinikai observációval és antibioticus kezeléssel (6, 12).

Az esetek 60%-ában így is kialakult a chorionamnionitis és a szülések idejének elfogadható eltolódására csak azokban az esetekben lehet számítani, ha a magzatvíz-nyomás viszonylag rövid időn belül megszűnik.

Az idő előtti burokrepedés 26. hét körüli előfordulása késztetett bennünket arra, hogy a 80-as években egyébként

más célból kifejlesztett intraamniális infúzió módszerét felhasználjuk a magzatvíz mennyiségi pótlására és az infectio direkt antibioticus megelőzése céljából.

Beteganyag és módszer

1988 augusztusától 1990 decemberéig öt esetben alkalmaztunk 28. hét előtt bekövetkezett idő előtti burokrepedést követően intraamniális infúziót. Tekintettel arra, hogy a módszer még világszerte sem volt elfogadott, hazai vonatkozásban pedig egyáltalán nem került rá sor, különös elővigyázatossággal kellett eljárunk.

Az infúziós kezelés lehetőségét természetesen csak azoknak a gravidáknak ajánlhattuk fel, akik elsősorban terhelő szülészeti anamnézisének vagy egyéb családi okok miatt psychésen rendkívül módon ragaszkodtak a terhesség esetleges továbbviseléséhez. Megfelelő tájékoztatás után az esetleges bizonytalan kimenetel ellenére vállalták a szigorú observációval járó, hetekig tartó fokozott megterheléseket.

A legfontosabb anamnesztikus adatokat az 1. táblázatban tüntettük fel. A terhesek életkora 30–40 év között volt. A burokrepedések a 25–27. hét között következtek be.

A különböző súlyosságú anamnesztikus adatok közül kiemelünk a 2 és 4-es számú esetet. A 40 éves gravidának eddig négy eredménytelen terhessége volt. A 36 éves, 6-szor terhes anya koraszülöttjét is elvesztette a neonatális időszakban. Mindketten az utolsó lehetőségként fogták fel, hogy jelen terhességükkel esetlegesen túlélő újszülöttet remélhessenek.

1. táblázat: Anamnesztikus adatok

Név	Kor	Szülészeti anamnézis	Burokrepedés ideje
1. B. A.	34 év	3 szülés, mélyen tapadó lepény	27. hét
2. B. M. K.	40 év	4 spontán vetélés	26. hét
3. T. Cs. M.	35 év	1 koraszülés (14 éve), amniocentesis	26. hét
4. Sz. Sz. I.	36 év	4 spontán vetélés, metroplastica, koraszülés (corp. sectio)	25. hét
5. Sz. E.	30 év	3 interruptio 1 koraszülés	25. hét

2. táblázat: Legfontosabb szülési adatok

Név	Terhességi kor	Magzat fekvése	Szülés módja	Születési súly (g)	Apgar (1, 5)
1. B. A.	29	Mvf	Corp. sectio	1390	5–6
2. B. M. K.	28	Haránt	Corp. sectio	1100	4–6
3. T. Cs. M.	30	Kpf.	Hüvelyi, LPDA	1650	5–7
4. Sz. Sz. I.	30	Kpf.	Sectio caes.	1350	5–7
5. Sz. E.	29	Mvf	Corp. sectio	990	3–4

Rövidítések: LPDA = Lumbalis periduralis anesthesia; Mvf = medencevégű fekvés; Kpf = Koponyavégű fekvés

Miután definitíve igazoltuk az idő előtti burokrepedés tényét, az ilyenkor szokásos és elfogadott szoros klinikai observációhoz folyamodtunk. Ennek legfontosabb paraméterei: rendszeres cervixleoltás, kezdetben 4, majd 8 óránként hőmérőzés, naponta, majd másnaponta-harmadnaponta fehérvérsejt-számlálás, rendszeres UH vizsgálat a magzatvíz mennyiségének megítélése céljából, az uterus esetleges érzékenységének direkt fizikális vizsgálata, illetve a contractiók regisztrálása, a magzat állapotának rendszeres NST-vel történő nyomon követése, ami a magzat intrauterin fertőzéséről is tájékoztatott bennünket.

A terhesek egy része a progresszív ellátás keretében belül más intézetből már megkezdett antibioticus kezelés, illetve steroid profilaxis után került osztályunkra. Ez utóbbi miatt kontrakciók esetén 24 óráig mindig iv. tocolysist alkalmaztunk, amit azonban 24 órán túl nem folytattunk, de további tocolysist nem alkalmaztunk.

Az intraamniális infusio indikációjának idejéről a magzatvíz mennyiségének megítélése alapján döntöttünk. A sterilitás szabályainak szigorú betartásával a nyakcsatornán keresztül az amnionürbe műanyag katétert vezetünk fel (8-as tápszonda). Biztosító öltéssel rögzítettük a méhszájhoz, hogy a kilökődés esélyét a minimálisra csökkentjük. A katétereket 3–5 nap után cseréltük. Egy-egy alkalommal 500 ml Salina infúziót adtunk átlagosan kb. 3 óra alatt, melybe fél gramm cephalosporin származékot (Rocephin vagy Mandokel) tettünk. Magzatvizet is a kanülön keresztül nyertünk bakteriális vizsgálat céljából.

A legfőbb klinikai adatokat a 2. táblázatban tüntettük fel. Tizennégy–negyvenhárom napig tudtuk a terhességet prolongálni, ami eseteiben azt jelentette, hogy a 28. és 30. héten került sor a terhesség terminálására.

Az infúziók száma nem áll arányban az eltelt idővel, mert azt kizárólag a magzatvízfolyás mértéke, a magzatvíz mennyisége szabta meg.

Az infúzió kezelésének időpontja és a kezelések frequentiája is változó volt. Egyes esetekben egy-két hétig sem volt szükség infúzióra, máskor szinte naponta kellett pótolni a magzatvizet. Feltűntettük egyes esetekben a bakteriológiai vizsgálat eredményeit, illetve a fogatosított antibioticus, illetve steroid terápiát. A kezelések alatt 37,3 °C-nál magasabb hőemelkedést nem észleltünk, 12 000 feletti fehérvérsejtszám sem fordult elő. A terminálást követően csak egy gyermekágyas lázasodott be, akinek az állapota öt napon belül antibioticus kúrára rendeződött.

A chorioamnionitis enyhébb tünetei előbb-utóbb valamennyi terhesnél felléptek, más esetekben spontán fájástevékenység kezdődött. Ekkor a továbbiakban az anyai kockázatot már nem vállaltuk, a terminálást, mint kényszerítényt fogtuk fel.

A 3. táblázatban a szüléssel kapcsolatos legfontosabb adatokat mutatjuk be. Három esetben a magzat rendellenes fekvésben helyezkedett el. A szülés levezetésének módjaként négy esetben választottuk a császármetszést, melyből három corporalis metszésből történt. Egy esetben kedvező méhszájjelet mellett 1650 g-os magzatnál lumbális PDA mellett hüvelyi szülésre vállalkoztunk. A magzatok közül valamennyi a neonatológus megítélése szerint kp. fokú asphyxiával jött a világra.

Nem közömbös a koraszülött magzatok sorsának ismerete, illetve nyomon követése. Valamennyinél kialakult az RDS különböző súlyosságú formája. Az 1965 g súlyú koraszülött kivételével valamennyi újszülött négy-tíz napos átmeneti gépi ventilációra szorult.

A 30. héten született 1330 g-os újszülöttet a gépi lélegeztetés ellenére a 20. életórában hyalinmembran betegségben elvesztették. A többi négy újszülött életben maradt. A korai neonatális időszakban a rendkívül éretlen 990 g-os újszülött retinopathia, illetve ablatio retinae miatt kryptoxia kezelésen esett át. Egyéb-ként a neonatális időszakban lázas állapot, klinikai tünetekkel járó infectio nem fordult elő, és oligohydramnion syndrome tüneteit sem észleltük. Először 1991-ben kongresszuson számoltunk be tapasztalatainkról (14).

3. táblázat: Főbb klinikai adatok

	Burokrepedés időtartama	Terhességi hét	Infúziók száma	Baktérium tenyésztés	Egyéb kezelés	Gyermek- ágy
B. Á.	14 nap	27–29	3	2 negatív Peptostreptococcus	Oradexon, Bricanyl infúzió, Pipolphen	lázatlan
B. M. K.	17 nap	26–28	6	Streptococcus faecalis 3 negatív	Mandokef Penbritin	5 napi lázas vacuum antibioticum
T. Cs. M.	32 nap	26–30	2	Proteus mirabilis E-coli 2 negatív	Bricanyl infúzió Semicillin, Brulamycin, Gentamycin	lázatlan
Sz. Sz. I.	43 nap	25–30	14	5 negatív, Streptococcus faecalis, Klebsiella	Ferrlecit, Penicillin, Ampicillin, Brulamycin	lázatlan
Sz. E.	31 nap	25–29	3	negatív, Klebsiella negatív	Oradexon, Bricanyl infúzió, Semicillin Brulamycin, Pyassan Mandokef	lázatlan anaemia

Jelenleg mind a négy gyermek él, testi és szellemi fejlődésük egészséges kortársaikéhoz hasonló.

Megbeszélés

Az intraamniális infúziót eddig amerikai és japán szerzők két elméleti megfontolásból alkalmazták. Az egyik terület az oligohydramnion következtében kialakuló variabilis deceleratio és magzati distress kivédése. Itt tisztán volumenpótlásról van szó (4, 5). A másik fontos alkalmazás antibioticum tartalmú kis mennyiségű infúzió intraamniális adásával a volumen pótláson kívül a chorionamnionitis profilaxisa (7, 8). Többfajta antibioticum kipróbálása után a cephalosporinok bizonyultak a legalkalmasabbnak (9). Szemben a transzplacentáris kezeléssel, azonnal magas magzatvíz koncentráció érhető el. Napi 500 mg-os infúzió esetén, annak koncentrációja 6 óra alatt feleződik és 20 óra múlva is eléri a 10 µg/ml-t. Közvetlenül érintkezve a magzat bőrével, testnyílásaival, tüdő felszínével elégséges az infectio megelőzésére. A foetalis és anyai keringésbe jutó koncentrációja a magzatvíz antibiotikum szintjének 1/200 részét sem éri el. Az infúziót emiatt elsősorban az infectio jeleinél az anya antibioticus kezelésével kell kiegészíteni.

Újabban az eljárást alkalmazzák az ante- és intrapartum periódusban meconiumos magzatvíznél is (14).

Összegzésül elmondhatjuk, hogy az intraamniális infúziót szigorú egyedi mérlegelés alapján szabad csak választani, mint kiegészítő módszert az idő előtti burokrepedés kezelésében. Ezekben az esetekben is a következő szigorú feltételeket és körülményeket kell biztosítani az anyai és magzati szövödmények minimális rizikójának biztosítása céljából:

1. A gravida részletes felvilágosítása és maximális kooperációja.

2. A szigorú observatio objektív és szubjektív feltételeinek biztosítása a szülészobán (koraszülés vezetésében gyakorlott szülész és megfelelő műszerezettség).

3. Megfelelő színvonalú laboratóriumi háttér.

4. A koraszülés elvének betartása, szükség esetén corporalis sectio mérlegelése.

5. Az éretlen koraszülöttek ellátására is felkészült intenzív neonatológiai háttér.

Több mint 2 év távlatából a módszert ajánljuk a fenti feltételekkel rendelkező intézeteknek.

IRODALOM: 1. Babson, S. G., Benson, R. C., Pernoll, M. L. és mtsai: Management of high-risk pregnancy and intensive care of the neonate. C. V. Mosby Co. Saint-Louis. 1975. — 2. Beydoun, S. N., Yasin, S. Y.: Premature rupture of the membranes before 28 weeks: Conservative management. Am. J. Obstet. Gynecol., 1986, 155, 471–478. — 3. Burcell, R. C.: Premature spontaneous rupture of the membranes. Am. J. Obstet. Gynecol., 1964, 88, 251–257. — 4. Hausmann, M., Chatterjee, M. S., Schuh, S. és mtsai: Multiple antepartum amnioninfusions in selected cases of oligohydramnions. J. Reprod. Med., 1991, 36, 847–851. — 5. Mivazaki, F. S., Navarez, F.: Saline amnioninfusion for relief of repetitive randomized study. Am. J. Obstet. Gynecol., 1985, 153, 301–306. — 6. Monif, G. R. G.: Recurrent chorioamnionitis and maternal septicemia: a case of successful in utero therapy. Am. J. Obstet. Gynecol., 1983, 146, 334–335. — 7. Nageotte, M. P., Freeman, R. K., Garite, T. J. és mtsai: Prophylactic intrapartum amnioninfusion in patients with preterm premature rupture of membranes. Am. J. Obstet. Gynecol., 1985, 153, 557–562. — 8. Ogita, S., Imanaka, M., Matsumoto, M. és mtsai: Premature of membranes manages with a new cervical catheter. Lancet, 1984, 1, 1330–1331. — 9. Ogita, S., Imanaka, M., Matsumoto, M. és mtsai: Transcervical amnion infusion of antibiotics: A basic study for managing premature rupture of membranes. Am. J. Obstet. Gynecol., 1988, 158, 23–27. — 10. Ohlsson, A.: Treatments of preterm premature rupture of the membranes: A meta-analysis. Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 160, 890–906. — 11. Perlman, M., Williams, J., Hirsch, M.: Neonatal pulmonary hypoplasia after prolonged leakage of amniotic fluid. Arch. Dis. Child., 1976, 51, 349–353. — 12. Romero, R., Scioscia, A. L., Edberg, S. C. és mtsai: Use of parenteral antibiotic therapy to eradicate bacterial colonization of amniotic fluid in premature rupture of membranes. Obstet. Gynecol., 1986, 67, 158–178. — 13. Sadovsky, Y., Amon, E., Bade, M. E. és mtsai: Prophylactic interpartum amnioninfusion during labor complicated by meconium: a preliminary report. Am. J. Obstet. Gynecol., 1992, 167, 1134–1136. — 14. Szabó, R., Nagy, P.: Intraamniális infúzió. A MNT és MGYT Perinatális Szekciójának Tudományos Ülése. Győr, 1991. május 30–31.

(Nagy Péter dr., Zalaegerszeg, Pf. 24. 8901)

Az MSD örömmel értesíti a családorvos kollégákat, hogy 1994-ben az orvostudományi egyetemekkel ill. a Győr-Sopron Megyei Kórházzal közösen megvalósított oktató központjainkban

*számos témában fogunk
családorvosok számára
továbbképzéseket szervezni,*

melyeket az egyetemekkel akkreditáltatunk. Terveink között kiemelten szerepel a

*kardiológia, neurológia,
anyagcsere betegségek,
infektológia, klinikai farmakológia,
gastroenterológia és szemészet.*

A TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONTOK CÍMEI:

MSD-DOTE Scientific Study Center: 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
(Egyetemi Gyógyszertár épületében). Telefon: 52/347-028.

MSD-POTE Scientific Study Center: 7624 Pécs, Szigeti u. 12. Telefon: 72/325-750.

MSD-SZOTE Scientific Study Center: 6720 Szeged, Szikra u. 8.
(Az új Egyetemi Gyógyszertár épületében). Telefon: 62/421-030.

MSD-GYŐR Scientific Study Center: Petz Aladár Megyei Kórház
9002 Győr, Vasvári Pál u. 2. Telefon: 96/329-369 (változás lehetséges).

A részletes programokról tudományos munkatársaink a központokban szívesen nyújtanak tájékoztatást.

*Fentiek mellett 1994-ben folytatjuk Családorvosi Akadémia előadássorozatunkat,
melynek programja a Praxisban, a Medicus Anonymusban,
a Postgraduate Medicineben és az Orvosi Hetilapban lesz olvasható.*

A tüdő úgynevezett sclerotisáló haemangiómája

Orosz Zsolt dr., Udvarhelyi Nóra dr., Riedl Erika dr.¹ és Rahóty Pál dr.²

Országos Onkológiai Intézet, Budapest (főigazgató: Kásler Miklós dr.)

Humán és Kísérletes Daganatpatológiai Osztály (osztályvezető: Szentirmay Zoltán dr.)

Röntgen-ultrahangdiagnosztikai Osztály (osztályvezető: Liszka György dr.)¹

Sebészeti Osztály (osztályvezető: Besznayk István dr.)²

A szerzők a tüdő úgynevezett sclerotisáló haemangiómájának hisztogenezisére vonatkozó elméleteket ismertetik, egy eset kapcsán. Immunhisztokémiai vizsgálataik [az epitheliális membrán antigén (EMA) pozitivitás és a vimentin, valamint VIII. factor antigén negativitás] a hám eredetet támasztják alá. Kitérnek a klinikai és patológiai differenciáldiagnosztikai problémákra is.

Kulcsszavak: sclerotisáló haemangioma, II. típusú pneumocytoma, immunhisztokémia, „kerek árnyék”

A tüdő ún. sclerotisáló haemangiómáját Liebow és Hubbel (11) írta le 1956-ban. Az elváltozást a bőr sclerotisáló haemangiómájával analóg pulmonális lézióknak tekintették, feltételezve a proliferáló sejtek endothel eredetét. A korábban használt elnevezések, úgymint pulmonális histiocytoma, plasmasejtes granuloma, xanthomatosus pseudotumor, alveolaris angioblastoma utalnak az elváltozás eredetének tisztázatlanságára és a hisztogenezisére vonatkozó különböző hipotézisekre. Az endothel eredet (4, 8, 11) mellett felmerült alveolus epithel (2, 3, 5, 6, 9, 10) mesothel (7), differenciálatlan alveoláris mesenchyma (15) kiindulás lehetősége is. Az újabb immunhisztokémiai és immunelektronmikroszkópos vizsgálatok a hám, nevezetesen a II. típusú pneumocytoma eredetét látszanak megerősíteni (1, 12, 13, 14, 17). Az elváltozás ismeretének fontosságát ritkasága ellenére az adja, hogy a mellkas röntgen képen kerek árnyékként („coin lesion”) ábrázolódik, esetenként malignus tumort utánozva és különösen megtévesztő lehet, ha haemoptysis vagy mellkasi fájdalom kíséri. A pathologus számára az összetett szöveti szerkezet okozhat diagnosztikai problémákat. Jelen munkánkban a tüdő sclerotisáló haemangiómájának egy esetét ismertetjük, kitérve a patológiai differenciáldiagnosztikára. Immunhisztokémiai vizsgálataink eredményei epithelialis eredet mellett szólnak.

Esetismertetés és módszerek

Az 52 éves nőbeteg anamnézisében 1979-ben tonsillectomia szerepelt. 1991 márciusában rutin mellkas röntgen vizsgálat során a jobb tüdő 4-es segmentumának vetületében éles szélű kerek árnyék ábrázolódott (1. ábra). Retrospective az elváltozás 1986 óta

So-called sclerosing haemangioma of the lung. The authors review the theories of origin of the so-called sclerosing haemangioma of the lung. The results of immunohistochemical studies — epithelial membran antigen positivity and vimentin and factor VIII. related antigen negativity — support the hypothesis of epithelial origin. The problems of clinical and pathological differential diagnosis are discussed.

Key words: sclerosing haemangioma of the lung, type II. pneumocytoma, immunohistochemistry, “coin lesion”

a mellkasi ernyőszűrő felvételeken is felfedezhető volt és lassú növekedést mutatott. Intézetünk Sebészeti Osztályára 1991 májusában vették fel. A computer tomograph vizsgálat a jobb tüdő 4. segmentumában 1,6 cm átmérőjű éles szélű, kerek, solitaer képletet írt le (2. ábra). Az elváltozás légyszűrésre jellemző sugárelnyelési értéke (67 HU) kontrasztanyag adása után csak kissé emelkedett (79 HU). A computer tomograph vizsgálat alapján adott vélemény érmalformatio (arterio-venosus shunt) lehetőségét kizárta. A hosszú anamnézis alapján jóindulatú elváltozás volt feltételezhető, amit a transthoracalis tübiopsia is alátámasztott.

1991. 05. 20-án jobb oldali axillaris thoracotomiát végeztünk. A leírt területből a kb. 1,5 cm átmérőjű tumort atypusos gépi resectióval távolítottuk el. Zavartalan postoperatív szak után a beteg az egyéves kontroll idején tünet- és panaszmentes.

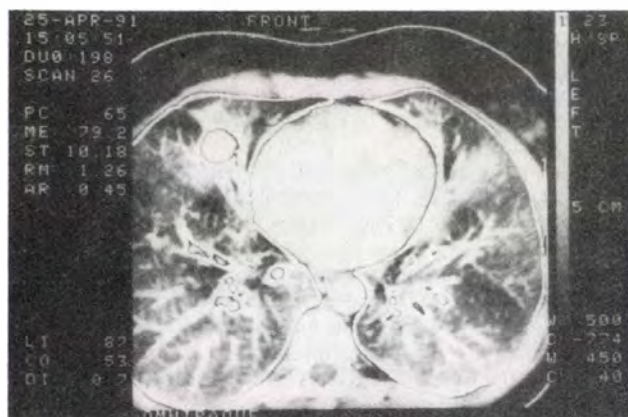
A vizsgálatra kapott tüdőrészből cryostattal metszetet készítettünk, rutinszerű haematoxylin-eosin (H. E.) festéssel. Utána a szövetet 10%-os pufferolt formalinban fixáltuk. Paraffinba ágyazás után a 4 µm vastag metszeten H. E., perjódsavas-Schiff (PAS), diastase PAS, Gömöri-féle reticulín rost és berlini-kék reakciókat végeztünk. Ugyanazon blockokat használtuk fel standard immunhisztokémiai reakciókra. A következő antigénekkel szembeni antitesteket alkalmaztuk: vimentin, epithelialis membrán antigén (EMA), cytokeratin (BioGenex Laboratories Dublin), VIII. factor antigén (Orth).

Eredmények

Macroscopia. Fagyasztásos vizsgálatra kaptunk 7 × 5 × 2 cm-es tüdőrészből, amelynek állományában a környezet-től élesen elhatárolódó, de tokkal nem rendelkező, közepe-sen tömött, 1,7 cm átmérőjű kerekded képlet volt, sárgás-vörhenyes metszéspapokkal. A fagyasztott metszet alapján az elváltozást nem tartottuk malignusnak, de hisztogenezisére vonatkozóan állást foglalni nem tudtunk.

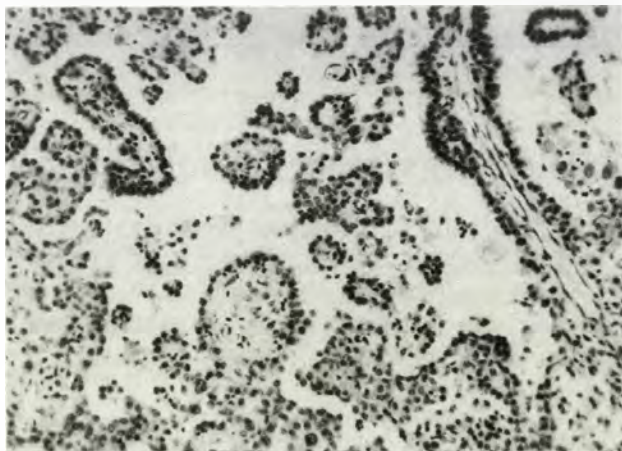


1. ábra: A summációs rtg. felvételen, a jobb oldalon az 4. segmentumban 1,5 cm nagyságú intenzív sugárelnyelést mutató képlet látható

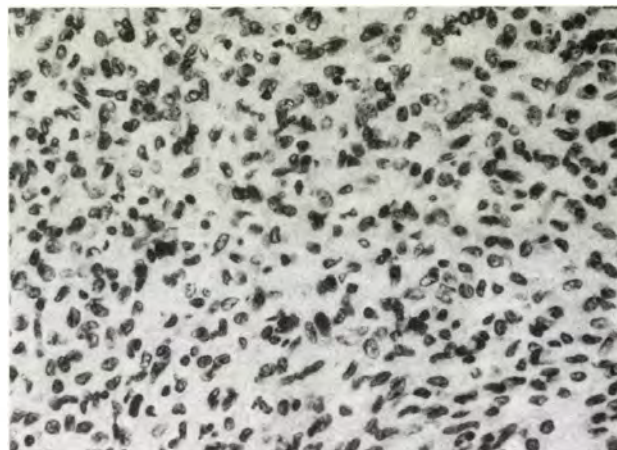


2. ábra: A CT vizsgálat során a jobb tüdő 4. segmentumában 1,6 cm átmérőjű, kontrasztanyagot halmozó lágyrész ábrázolódott

Microscopia. Microscopos vizsgálattal az elváltozásnak megfelelően sejtdús szövetszaporulat volt megfigyelhető. A centrális területen számos papilláris képződmény volt észlelhető, tengelyében megnyúlt, helyenként polygonális, világos cytoplasmájú, monomorph magvú sejtekkel. A papillák felszínén egy sorban köb alakú hámsejtek helyezkedtek el, kerek, halvány magokkal, halvány eosinophil cytoplasmával (3. ábra). A széli részeken a fenti sejtek a papillák helyett solid területeket alkottak (4. ábra). Osztdó alakok egyik területben sem mutatkoztak. Itt néhány ponton fibroblast jellegű sejtek felszaporodása is



3. ábra: A tumor papilláris része, a kötőszöveti tengelyben érátmetzetekkel. H. E. $\times 100$



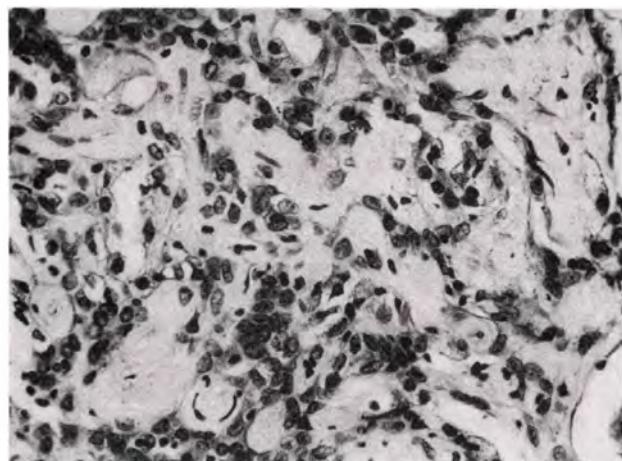
4. ábra: A széli, solid, sejtdús területeken a hámelemek és a histiocyták keveredése mutatkozik. H. E. $\times 200$

megfigyelhető volt, hyalinos területekkel, résszerű üregekkel, ill. szűk lumenű capillarissokkal (5. ábra). Feltűnő volt a habos cytoplasmájú histiocyták kisebb-nagyobb csoportjainak jelenléte mind a papilláris, mind a solid részeken, egy-egy sejt cytoplasmájában haemosiderinnel. PAS festéssel nyáktermelésre utaló jel nem volt látható.

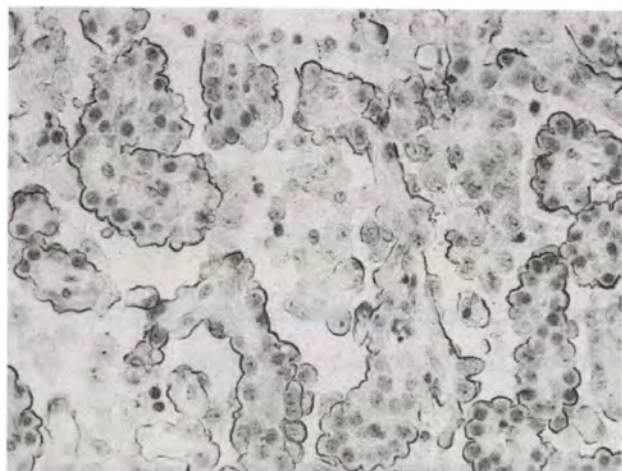
Immunhisztokémia. A solid és a papilláris részeket felépítő sejtek egyértelmű, kifejezett pozitivitást mutattak EMA-val (6. ábra). A cytokeratin elszórtan, egy-egy sejtben adott pozitivitást, míg a vimentin és a VIII. factor antigen reakció e területeken negatívnak bizonyult. A VIII. factor a tumoron belüli kiserek endotheljében volt pozitív (1. táblázat).

Megbeszélés

Liebow és Hubbell (11) eredeti leírása szerint az ún. sclerotizáló haemangiómának négy jellemző összetevője van: a) proliferáló erek, b) sclerosis, c) papilláris részek, d) vér-



5. ábra: A sclerotizáló részben fibroblastok és hyalinos kötőszövet felszaporodása látható. H. E. × 200



6. ábra: A papillaris részben a felszíni hámsejtekben kifejezett EMA pozitivitás látható. × 200

1. táblázat: Immunhisztokémiai reakciók

Antitestek	Solid területek	Papillák felszíne	Vérerek
Vimentin	—	—	+
Faktor VIII	—	—	+
Cytokeratin	+	—	—
EMA	+	+	—

zés. Elsődlegesnek az érelváltozást tartották, a lézió endothel eredetét feltételezve, amit secundaer epithel hyperplasia kísér. A fenti négy alkotóból legalább kettő mindig jelen van, bár esetenként más-más arányban. A solid és a papillaris részeken megfigyelhető habos cytoplasmájú histiocyták csupán jellegzetes kísérői, de nem integráns részei a tumornak. Az eredetre vonatkozóan az elváltozás complex jellege és ritka volta miatt számos, eltérő hipotézis látott napvilágot. Elektronmikroszkópos vizsgálatokkal többen alátámasztani vélték az eredeti elképzelést, részben a látott Weibel—Palade-testek (8), részben a sejtmorphologia alapján (4). Katzenstein és munkatársai (7) nagyobb

szérián végzett tanulmányuk alapján a sclerotizáló haemangioma mesotheliomához való hasonlóságát emelték ki. Hill és Egglestone (6) elsőként vetették fel az eredeti hipotézis „reciprokát”, nevezetesen, hogy az alapelváltozás az epithel burjánzás, míg az érproliferatio csupán másodlagos kísérőjelenség.

Az immunhisztokémia fejlődésével egyre több közlemény jelent meg, amely a solid areák, a cysticus részek és a papillaris projectiók sejteinek EMA és keratin immunreaktivitásáról számolt be, a hám eredetet alátámasztva. A human surfactant apoprotein-ellenes polyclonalis antitestekkel (5), valamint a nemrégiben izolált PE-10 monoclonalis anti surfactant antitesttel végzett reakciók (14) alapján a II. típusú pneumocytá eredet a legvalószínűbb. Az immunhisztokémiai, az elektronmikroszkópos, az immunelektronmikroszkópos eredmények alapján úgy tűnik, hogy a sclerotizáló haemangioma fő componense éretlen pneumocytákból származik, amelyek II. típusú pneumocytává képesek differenciálódni. Az elváltozás általában solitaer, benignus, de ismert multiplex forma (13, 15), és egy esetet közöltek, ami nyirokcsomó áttéteket adott (16).

Saját immunhisztokémiai eredményeink, a solid és a papillaris területek sejteinek EMA pozitivitása és vimentin negativitása szintén az elváltozás hám eredete mellett szólnak.

Esetünkben fagyasztásos vizsgálattal nem tudtunk definitív diagnózist adni, csak a tumor benignus jellegét állapítottuk meg. A beágyazás után a complex szövetszerkezet — papillaris, solid, scleroticus részek — segített a diagnózis felállításában. Haemorrhagia nem volt megfigyelhető, míg a habos cytoplasmájú histiocyták mindenütt nagy számban voltak jelen.

A tüdő ún. sclerotizáló haemangiómája szövettani diagnózisának felállítása során, különösen az általában gyengébb minőségű intraoperatív fagyasztásos metszetek értékelésekor több differenciáldiagnosztikai probléma merülhet fel. Ezek a domináló componenstől függően igen változatosak lehetnek. Első helyen említendő az adenocarcinoma, ha a papillaris rész a prominens. Az elkülönítésben segítséget nyújt a sclerotizáló haemangioma monomorph sejtkepe, az osztódások és a mucin termelés hiánya. Az angiomatosus rész előtérbe kerülésekor kizárandó az angiosarcoma és az epithelioid haemangioendothelioma. Ehhez támpontot ad a „nyugodt” cytologia és az alapos vizsgálattal mindig megtalálható két vagy több összetevő. A tüdő ún. inflammatoricus pseudotumora (ami önmagában is nehéz feladat elé állítja a pathologist) a lymphocyták esetenkénti nagy száma miatt jöhet szóba. A kísérőalakban megfigyelhető sclerosis, illetve a gyulladásos elemek mellett fellelhető hámelemek segítenek eljutni a helyes diagnózishoz.

IRODALOM: 1. Alvarez-Fernandez, E., Carretero-Albina, L., Menarguez-Palanca, J.: Sclerosing hemangioma of the lung. An immunohistochemical study of intermediate filaments and endothelial markers. Arch. Pathol. Lab. Med., 1989, 113, 121—124. — 2. Alvarez-Fernandez, E., Escalona-Zapata, J.: Sclerosing haemangioma of the lung: A histochemical, electron microscopical tissue culture and time-lapse cinematographic study. Histopathology, 1981, 5, 579—588. — 3. Chan, K. W., Gibbs, A. R., Lo,

W. S. és mtsai: Benign sclerosing pneumocytoma of the lung (sclerosing hemangioma). Thorax, 1982, 37, 402–412. — 4. Haas, J. E., Yunis, E. J., Totten, R. S.: Ultrastructure of a sclerosing hemangioma of the lung. Cancer, 1972, 30, 512–518. — 5. Haimoto, H., Tsutsumi, Y., Nagura, H. és mtsai: Immunohistochemical study of so-called sclerosing haemangioma of the lung. Virchow Arch. (A) 1985, 407, 419–430. — 6. Hill, G. S., Egglestone, J. C.: Electron microscopic study of so called „pulmonary sclerosing hemangioma”. Reporting of a case suggesting epithelial origin. Cancer, 1972, 30, 1092–1096. — 7. Katzenstein, A. L. A., Gmelich, J. T., Carrington, C. B.: Sclerosing hemangioma of the lung: A clinicopathologic study of 51 cases. Am. J. Surg. Pathol., 1980, 4, 343–356. — 8. Kay, S., Still, W. J. S., Borocho-witz, D.: Sclerosing hemangioma of the lung: an endothelial or epithelial neoplasm. Hum. Pathol., 1977, 8, 468–474. — 9. Kennedy, A.: „Sclerosing hemangioma” of the lung: An alternative view of its development. J. Clin. Pathol., 1973, 26, 792–799. — 10. Koide, T.: Ultrastructural analysis of 7 cases of sclerosing hemangioma of the lung (Liebow) with a special reference to histogenesis. Haigann, 1979, 19, 19–36. — 11. Liebow, A. A., Hubbell, D. S.: Sclerosing hemangioma (histiocytoma, xanthoma) of

the lung. Cancer, 1956, 9, 53–75. — 12. Nagata, N., Dairaku, M., Ishida, T. és mtsai: Sclerosing hemangioma of the lung. Immunohistochemical characterization of its origin as related to surfactant apoprotein. Cancer, 1985, 55, 116–123. — 13. Noguchi, M., Kodama, T., Morinaga, S. és mtsai: Multiple „sclerosing hemangioma” of the lung. Am. J. Surg. Pathol., 1986, 10, 429–435. — 14. Satoh, Y., Tsuchiya, E., Weng, S.-Y. és mtsai: Pulmonary sclerosing hemangioma of the lung. A type II pneumocytoma by immunohistochemical and immunoelectron microscopic studies. Cancer, 1989, 64, 1310–1317. — 15. Spencer, H.: Pathology of the Lung, ed. 4. New York: Pergamon Press, 1985, 1017–1020. old. — 16. Tanaka, I., Inoue, M., Matsui, Y. és mtsai: A case of pneumocytoma (so-called sclerosing hemangioma) with lymph node metastasis. Jpn. J. Clin. Oncol., 1986, 16, 77–86. — 17. Yousem, S. A., Wick, M. R., Singh, G. és mtsai: So-called sclerosing hemangiomias of lung. An immunohistochemical study supporting a respiratory epithelial origin. Am. J. Surg. Pathol., 1988, 12, 582–590.

(Orosz Zsolt dr., Budapest, Ráth György u. 7–9. 1122)

„Minden teoria csak nézet az igazságról, melyet az emberiség időszerinti ismeretei alapján magának alkot, de midőn azt teszi, azon tudattal kell tennie, hogy ezzel a buvárlat lezárva nincs, hogy nem övé a végső szó.

Markusovszky Lajos

A Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság védnökségével
a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Belklinikája külső előadók bevonásával

1994. március 28-29-30-án tanfolyamot tart

AZ OSTEOPOROSISOK ÉS ANYAGCSERE CSONTBETEGSÉGEK

témaköréből

(Megfelelő számú jelentkező esetén)

A tanfolyam helye: SOTE I. sz. Belklinika tanterme, 1083 Budapest, Korányi S. u. 2/a.

Jelentkezési határidő: 1994. február 15.

A tanfolyam költsége: 4 000 Ft+Áfa.

Ebédet az azt igénylők számára a klinika biztosítani tud, napi térítési költség mellett (kb. napi 120 Ft). Az ebédigényt a tanfolyamra való jelentkezéssel együtt lehet kérni.

Jelentkezni lehet levélben a fenti címen (SOTE I. Belklinika),
vagy faxon a 210-0279-es számon.

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

250 mg erythromycinum kapszulánként.

JAELLATOK

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 közepesúlyos infekciók kezelésére, megelőzésére.

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

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

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

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

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

ELLENJAVALLATOK

Erythromycin túlérzékenység, súlyos májkárosodás.

ADAGOLÁS

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

Szokásos adagja gyermekeknek: (súly, életkor és a fertőzés súlyosságától függően): enyhe és közepesúlyos 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, közepesúlyos esetekben felnőtteknek per os naponta 4 × 500 mg 14 napon át.

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

MELLÉKHATÁSOK

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

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Beszűkülő májfunkciójú beteg esetén adagolása fokozott figyelmet és ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS

✖✖ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

25 db kapszula



Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár RT., Debrecen
FAULDING (Ausztrália) licencia alapján

Tisztelt Doktornő! Tisztelt Doktor Úr!

Ismerkedjen meg a többszörhasználatos Drytex textíliák rendkívül előnyös tulajdonságaival! Betegei hálásak lesznek Önnek!

A cégünk által forgalmazott Drytex termékcsalád Nyugat-Európában egyedülálló minőséget képvisel környezetvédő textíliáival. A **inkontinenciában szenvedők** önellátását és az önellátásra képtelen ágyhoz kötött betegek ápolását könnyítik meg a könnyen mosható Drytex lepedők, betétek és fehérneműk.

A Drytex textíliák garantáltan nem engedik kiszivárogni a nedvességet, az magukba szívják, mert egyedülállóan nagy folyadéktároló kapacitással rendelkeznek. Ennek következtében a **bőrfelszín** tökéletesen **száraz** marad, így a Drytex textíliák lehetővé teszik a **decubitusok** megelőzését. A Drytex fehérneműk nemcsak higiénikusak, de tökéletes záródásúak, **megakadályozzák a kellemetlen szagok terjedését**, így a járóképes inkontinens betegek életminőségét javítják, lehetővé teszik társadalmi, családi beilleszkedésüket.

A Drytex textíliák viselése kellemes és biztonságos, az inkontinens betegség **magánügy marad**.

A Drytex textíliák alkalmazása egyidejűleg megoldja az inkontinens betegek ápolása során keletkező környezetszennyező hulladék eltávolításával kapcsolatos problémákat is. Textíliáink **környezetbarátok**; alkotóanyaga **polipropilén**, mely toxikus anyagot nem tartalmaz, elégetésekor vízgőz és széndioxid keletkezik.

A Drytex textíliák mindenféle ágyneművel, fehérneművel együtt **mosható** és **fertőtleníthetők**, minőségüket 300 főzőmosás után is megőrzik.

A Drytex textíliák ára rövid idő alatt megtérül, **tartós használatuk** lényegesen **olcsóbb**, mint az egyszerhasználatos termékek alkalmazása.

Az általunk forgalmazott Drytex termékek:

- *ágybetét (100x100 cm visszahajtóval),*
- *ágybetét (75x85 cm)*
- *tolókocsra való betét (38x38 cm)*
- *matracra húzható gumírozott lepedő*
- *egészségügyi betét*
- *inkontinens nadrág*
- *hátról nyitott hálóing*
- *egészségügyi kombidressz*

A Drytex termékcsalád kizárólagos magyarországi forgalmazója a

Gerontex

Gyógyászati Segédeszközök Kereskedelmi Kft.

1121 Budapest, Mártonhegyi út 31/c A/1 ép. fszt. 1. Telefon/Fax: 202-5478.



FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

BIOETIKA

Az autonómia korlátai — az életmeghosszabbító extrakorporális membrán oxigenizáció orvosi visszautasítása. Paris, J. J., és mtsai (Boston College, Chestnut Hill, MA; University of Chicago, Chicago, IL): N. Engl. J. Med., 1993, 329, 354.

Újabbban egyre gyakrabban napvilágot látnak olyan viták, amelyek valamilyen gyógykezelés hiábavalóságával, hasztalanságával és a beteg autonómiájának a korlátaival kapcsolatosak. A beteg autonómiája körüli véleménykülönbségek igazából filozófiai jellegű viták, míg a „kezelés hiábavalósága” magának a fogalomnak a meghatározása körül forog. Nem a szó jelentése, hanem az érintettek morális indoka az, ami a szerzők figyelmének a középpontjában van. Az erkölcsi értékek akkor ütköznek, amikor a beteg (vagy hozzátartozói) olyan terápiát kérnek, amely az orvosi megítélés szerint nem fordítja vissza és nem is javítja a beteg állapotát. Bár általában egyetértés van abban, hogy ilyen kezelést nem kell alkalmazni. Zussman azt bizonyítja, hogy az intenzív osztályokon az orvosok — kérésre — igenis folytatják többnyire azt a tevékenységet, amit *Fiel* úgy nevez, hogy a kétségbeesés miatt tett „end stage gesture” (végstádiumi gesztus). Ez annak tudható be, hogy az orvosok úgy érzik, a beteg ill. a hozzátartozók autonómiája magában foglalja az életfenntartó kezeléshez való jogot is. Az orvosetikai irodalomban több szerző kiáll amellett, hogy a „minden lehetséges eszköz” bevetésének a kérésével az orvosoknak egyet kell érteniük, mert minden más döntés érzéketlenségről, az autonómia korlátozásáról tenne tanúbizonyságot.

A végstádiumban lévő, tüdőelégtelenségben szenvedő beteg esete, aki extrakorporális membrán oxigenizációban részesült.

A következő eset jól illusztrálja a fentebbi megközelítés életszerű voltát. A beteg 5 éves kislány volt (az esetelemzés céljából a beteg akár felnőtt is lehetett volna), aki két emelet magasságból lezuhant. Légzési elégtelenség lépett fel nála már az ambulancián, azonnal intubálták és a gyermek intenzív osztályra szállították. Maximális ventilációs támogatás ellenére, megfelelő légzést nem sikerült fenntartani. Extrakorporális membrán oxigenizációt (ECMO), — amely magában foglalja a szív- és tüdőbypass gép alkalmazását, ami most már standard terápiának tekinthető számos elégtelen tüdőműködéssel bíró, időben született csecsemő kezelésében — javasoltak, mint az utolsó stádiumban elvégzendő heroikus lépést, hogy a beteg pulmonológiai státusán javítsanak. A szülők egyetértettek egy kéthetes próbával, amely idő alatt majd kiderül, hogy a kislánynak visszaáll-e a tüdőműködése. A beteg álla-

pota azonban tovább romlott. Bár amíg a tüdőbypass gépre helyezték, tudata tiszta volt, a nyolcadik napon azonban a kezelésre láthatóan egyre kevésbé reagált. Sőt, veseműködése is kezdte felmondani a szolgálatot, ami miatt dialízisre volt szüksége, és a májfunkciók elégtelenségének a jelei is mutatkoztak. A tizenharmadik napon egy rövid kísérletet tettek a hagyományos gépi lélegeztetési terápiával. Húsz másodperccel azután, hogy az ECMO kezelést felfüggesztették, a betegnél bradycardia és hypoxaemia lépett fel. Ekkor az orvosok úgy döntöttek, hogy miután a tüdőműködés visszaállítása sikertelennek bizonyult, az ECMO terápiát beszüntetik. A szülőket tájékoztatták, hogy mivel a beteg jobbulásának semmi jele nincs, így ezt a kezelési formát nem folytatják. A szülők erősen tiltakoztak, mondván, hogy ily módon magát az életfenntartó terápiát szüntetik meg. Nem akarták, hogy fiuk meghaljon. Azzal is fenyegetőztek, hogy értesítik ügyvédjeiket, és ha a terápiát beszüntetik, műhibát indítanak a kórház és az orvosok ellen.

Megjegyzés. Még akkor is, ha a beteg autonómiája megköveteli az orvosoktól a „végsőig” történő erőfeszítés kérésének teljesítését, a beteg életének a fenntartása két hétig csak az ECMO terápiával volt lehetséges, amelynek a további alkalmazása azonban céltalannak bizonyult. A tüdőfunkciókat nem lehetett helyreállítani. A szülők célja is változott, most már egyszerűen fiuk életének pusztá fenntartásában reménykedtek. Az orvosok tehát azzal a dilemmával néztek szembe, hogy az ECMO terápiát kötelesek-e alkalmazni az élet pusztá fenntartására is, túl azon, ami a terápia szándékolt célja, a beteg tüdejének újraműködtetése. Többen úgy gondolták, hogy az egyetlen alternatíva a kezelés beszüntetésére egy olyan bírósági állásfoglalás, amely a szülők kérését elutasítja.

A kezelőorvosok, a jogi felelősséggel kapcsolatos bizonytalanság közepette, a kórház jogtanácsosával konzultáltak, vajon forduljanak-e a bírósághoz a nézetkülönbségek tisztázása érdekében. A jogász arról tájékoztatta az orvosokat, hogy jogilag nem kötelesek bírósághoz fordulni azért, hogy a közösen eldöntött terápiás cél sikertelensége miatt a kezelést abbahagyják. Továbbá, jegyezte meg a jogász, a szülőknek nincs jogi alapjuk a standard kezelési formán túl további erőfeszítéseket követelni. A szülők óhaja az életmeghosszabbító beavatkozás folytatását illetően nem változott az orvosok azon felelősségén, hogy eldöntsék milyen kezelési formák alkalmazhatók az adott betegnél.

Az orvosok azt a tanácsot kapták, hogy konzultáljanak egy etikai bizottsággal, és tisztázzák a beteggel szembeni morális kötelességüket. Mind a szülők, mind az orvosok jelen voltak az etikai bizottság ülésén. A bizottság a jogi utat szükségtelennek tar-

totta, s azt javasolta, hogy az ECMO terápiával összefüggésben, a gyermek legfőbb érdekét szem előtt tartva, hozzák meg az orvosi döntést.

A döntéshozatali folyamat. Az a tény, hogy az orvosi paternalizmusról a hangsúly áttevődött a betegnek a döntési folyamatban való részvételére, nem jelenti azt, hogy az orvosoknak fel kellene adniuk saját ítéletalkotó tevékenységüket. Azt sem jelenti, hogy a beteg autonómiája abszolút lenne. Ma a döntéshozatal megoszlik. Az orvos végzi a diagnózist, felbecsüli a prognózist és javaslatokat tesz a betegnek. A beteg nem köteles a javasolt procedúrákat elfogadni, és megbeszélheti az orvossal a lehetséges egyéb megoldásokat. Ha egyik sem elfogadható, a beteg orvost változtathat, keveset nem hagyományos vagy házi recepteket, megoldásokat, vagy egyszerűen minden fajta kezeléstől elzárkózhat. A fentebbi esetben az orvosok szakmai megítélésük alapján utasították vissza a szülőket óhaját. A visszautasítás nem alapulhat részrehajlásra, hanem megalapozott orvosi kritériumokon, és még általánosabban fogalmazva, olyan társadalmi megfontolásokon, amelyek indokolják ill. korlátozzák az orvosi beavatkozások megtételét.

Az orvosi kritériumok következtetések abban, hogy a beavatkozást tudományos bizonyítékok támasszák alá, méghozzá olyanok, amelyek diagnosztikus vagy terápiás előnyökkel járnak. Amikor az ilyen előny jelentkezik vagy többé már az ésszerűség határain belül ilyen nem várható, akkor — a Kritikus Eseteket Ellátó Orvosi Társaság szavait idézve — „a beavatkozásnak már semmilyen indikációja nincs és azt be lehet szüntetni”. Számos amerikai bíróság döntése egyértelművé teszi, hogy nem követelhető meg az orvostól, hogy orvosilag vagy etikailag olyasmit tegyen, ami a megalapozott szakmai döntésének ellentmond.

A fentebbi esetben tehát az ECMO további alkalmazása helytelen lenne, mert nem tudja biztosítani az egyetlen ésszerű terápiás célt: a beteg tüdőműködésének a helyreállítását. Még akkor is, ha olyan szerzők, mint pl. Lantos és munkatársai azt állítják, hogy még néhány nap vagy hét az intenzív osztályon „legfőbb érték lehet” a haldokló vagy a hozzátartozók számára, nekünk az a véleményünk, hogy az életfenntartó beavatkozás folytatása ilyen esetben csak a hamis remények éltetésére és az irreális elvárások ében tartására alkalmas. Egy másodlagos, de lényeges aspektus, a társadalmi igazságosság kérdése, amely a források és a személyzet hefytelen felhasználásával kapcsolatos. Az ilyen hasztalan terápia felesleges és szükségtelen terheket róna a társadalomra.

Az esettörténet végkifejlődése. Ebben az esetben az orvosok megmondták a szülőknek, hogy a kezelés beszüntetése elleni tiltakozásuk ellenére is a következő napon leállítják az ECMO terápiát. Azt tanácsolták a szülőknek, hogy értesítsék papjukat, és ha kívánják, barátait és rokonságukat. Másnap a szülők, akik látszólag belenyugodtak abba a ténybe, hogy az orvosok,

akik egyes egyedül lennének csak képesek a terápia folytatására, fiuk életben tartására, beszúrtatják a kezelést. Jelen voltak papjukkal és az egészségügyi ellátó teammel, amikor az ECMO terápia próbálkozást leállították. A gyermek azonnal meghalt.

Végkövetkeztetés. Az orvosok a kezelés beállítását nem azért határozták el, mert szerintük a betegnek már nincs többé semmilyen értéke vagy mert az orvosok nem tisztelik a hozzátartozók kívánságát, hanem mindenekelőtt azért, mert a hippokratészi eskü kimondja: az orvosnak oly módon kell cselekednie, hogy képességével és szakmai ítéletével mindig a beteg javát szolgálja.

Blasszauer Béla dr.

Gyermekek részvétele a biomedicalis kutatásban. 541 szülővel tartott értekezlet alapján. Dutertre, J. P. és mtsai (Service de Pharmacologie Clinique, Hôpital Bretonneau, F — 37044 Tours): Arch. Fr. Pédiatr., 1993, 50, 533.

A szerzők két szülőthonban született gyermekek szüleivel beszélgettek azért, hogy megismerjék véleményüket a Huriet-törvényről, és hogy mennyiben értenek egyet gyermekük részvételével egy randomizált terápia kísérletben.

Az anketon résztvevő valamennyi szülőpár, akik közül az anya az említett szülőthonok egyikében szült, egy magyarázatot magában foglaló levelet és egy, a szülés után két nappal készült kérdőívet kapott, amelynek fő kérdései a szülők korát, származásának helyét (országát), tanultsági szintjét, hivatását, szociális körülményeit, orvosi konzultációk számát, a Huriet-törvény ismeretét, ennek eredetét, a szülők magatartását gyermeküknek a vizsgálatban való részvételével szemben, az ezzel való egyetértés, vagy elutasítás okait érintették.

582 szétosztott kérdőív közül csak 541 volt értékelhető. Mint kiderült, a szülők 73%-a tudott arról, hogy az érintett gyógyszerek tesztelése csak önkéntesen végezhető; 59%-uk ismerte a Huriet-törvényt, 75%-uk a médiumokon keresztül, 12%-uk a kezelőorvos révén, 8%-uk a környezetük útján. A szülők 21%-a értett egyet a terápia kísérlettel, 74%-uk visszautasította azt. Az elutasítások fő oka (75%) a gyógyszer kockázatos hatása, 49%-ban a hatásosság hiányára, vagy elvi okokra hivatkoztak. A beleegyezők főleg az idősebb anyákból adódtak, míg az elutasítók inkább a fiatalabbak közül; a „beleegyező” csoport tagjai magasabban iskolázottak voltak.

A szerzők kiemelik, hogy a Huriet-törvényt Franciaországban még nem eléggé ismerik. A gyermekgyógyászoknak kell gondoskodniuk a jobb információk feltételek megteremtéséről, a médiumoknak a propagandáról, hogy a szülők minél nagyobb számban adják hozzájárulásukat gyermekük bio-medicalis kísérletekbe való bevonásához.

Az előzőekben említett törvényt (Huriet-Sérusclat) 1988-ban hozták; ez egyrészt a

biomedicalis kísérletekben résztvenni kért egyedek védelmét szolgálta, az esetleges rizikókkal szemben, másrészt szabályozta az orvosi magatartást a terápia kísérletekben, különösképpen a gyermekgyógyászatban, meghatározva a kísérletek elvégezhetőségének feltételeit, a felvilágosítás szükségességét is megköveteli ezek esetleges veszélyeiről és a gyermekek egészségét szolgáló előnyeiről. A törvény szabad, felvilágosított írásban rögzített beleegyezést ír elő; foglalkozik — pontosan körülírva — az orvos szerepével, felelősségével a beleegyezés megszerzésében.

A szerzők az említett csecsemőanyag és szüleiknél szerzett tapasztalatokat, eredményeket négy táblázatban részletesen is bemutatják, majd az azok elemzéséből adódó következtetéseket foglalják össze.

1. A vizsgálatok arra utalnak, hogy a gyermekeknél végzett biomedicalis kutatásokról hozott törvények a szülők magatartásában, a gyermekek védelmében még nem igen tükröződnek.

2. A tanulmány hangsúlyozza, hogy a priori a szülőket kell megismertetni a kérdés jelentőségével, s meg kell akadályozni, hogy a kérdőívek kérdéseire túl gyorsan válaszoljanak. Ezért is fontos, hogy a szülők magatartását a gyermekükkel végzett kísérletekkel szemben részletesen tanulmányozzák.

3. A kérdőívek kérdéseire adott 59%-os válasz-szint magyarázható azzal is, hogy a kérdőív kitöltése nem kötelező, de mutatja azt is, hogy a szülők „kevésbé készségesek” arra, hogy gyermekük a biomedicalis kísérletben részt vegyen.

4. A vizsgálatok azt is mutatták, hogy a szülők 73%-a ismerős az ilyen gyógyszer-kutatások létezésével, 60%-uk ismeri az ezeket szabályozó törvényeket, bár nem értékelhető, hogy az mennyire reális.

5. A kérdéssel legtöbb információt a médiumok szállítják: tanulmányuk szerint 75%-os gyakorisággal, míg az orvosok ebben csak 12%-kal szerepelnek. Ez bizonyos konfliktusforrást is rejt magában az információk eltérő volta miatt, mivel az előbbieket értéke inkább a szenzáció, mint a valóság.

6. A tanulmány szerint a szülői egyetértés a terápia kísérlettel nem több, mint 12%. Ebben szerepet játszik a törvény pontatlansága is, mert pl. lehetővé teszi a beavatkozást egy szülő beleegyezése esetén is. Ez nem megfelelő eredmény esetében súlyos felfűzés forrása lehet a szülők között. A beleegyezés elutasítását motiválhatja a mellékhatásoktól való félelem és a kísérlet esetleges hatástalansága, eredménytelensége.

7. Különösen nehéz a biomedicalis tanulmányhoz való beleegyezés megszerzése az újszülöttkorban. Itt még nagyobb a hosszú távon jelentkező mellékhatásoktól való félelem, s még fokozottabb a törvény által is előírt orvosi felelősség abban, hogy a szülők megfelelően pontos információt kapjanak. Még a szülői írásos beleegyezés sem menti fel ez alól az orvost. A klinikai kutatásokban folytatott amerikai idea egy

finomabb, realisabb elképzelést vezetett be ezen a téren, amikor nem szülői beleegyezésről, hanem „autorisatio”-ról beszél.

8. A beleegyezést az esetek többségében az orvosba vetett bizalom motiválja, ebből következik a szülők igénye az orvostól kapott mélyreható információkra, és az, hogy az esetek többségében a szülők a döntést az orvosra bízzák.

9. Az elutasító és beleegyező szülők között a szocio-demográfiai jellemzők csak kevésbé különböznek, eltérés csak az életkorban van, mert a beleegyezők magasabb életkorúak, mint az elutasítók. Ellentétben az ausztrál kutatók eredményeivel a szerzők úgy találták, hogy nincs különbség a „beleegyezők”, illetve „elutasítók” számában az életszínvonal, a szociális különbség szerint. Számításba kell venni azonban azt, hogy a tanulmány szerzői az írástudatlanokat a kísérletükből kihagyták.

10. Megállapították azt is, hogy a „beleegyező” szülők jobban ismerték a vonatkozó törvényt, mint az „elutasítók”. Ebből adódik, hogy kellő felvilágosítással, információkkal növelhető a „beleegyezők” száma. Úgy tűnt, hogy az orvosok által adott információk — szemben a médiumokéval — közelebb álltak a valósághoz. Érdekes módon a szülők többsége elutasítja azt, hogy az orvos helyettük, vagy véleményük meghallgatása nélkül döntsön az őket illető beleegyezésről, vagy elutasításról.

11. A vizsgálatot CHU-intézményben (centre hospitalo-universitaire) különböző szociális-gazdasági körülmények között élő szülő nőknél végezték. Feltehető, hogy azok a családok, akik az anya kórházban születe mellett döntöttek, esetleges patológias gyermekektől félve, készségesebbek a terápia kísérletre beleegyezésük megadásában. Az kétségtelen az elmondottak alapján is, hogy a kísérletek és a velük kapcsolatos törvény ismerete még sok hiányságot mutat. Vonatkozik ez elsősorban a médiumok által közölt információkra, amelyeknek világosabbnak, a valósághoz hívebbeknek kell lenniük. Ezért is van különleges szerepe az orvosnak a szülők, a család számára nyújtott felvilágosításban, a döntés meghozatalában.

Kövér Béla dr.

A PREVENCIÓ KÉRDÉSEI

Szempontok a gyermekkorai védőoltások végzéséhez. Ad hoc munkacsoport: JAMA, 1993, 269, 1817.

Az 1989–1991-ben lezajlott nagy kanyaró-járvány (55 622 jelentett eset, 11 251 kórházi felvétel, 166 halál) hívta fel a figyelmet arra, hogy az USA-ban az iskolás kor alatti gyermekek átlagos aránya igen alacsony. Kiderült, hogy a morbilli elleni immunizálás mindössze 52–71 százalék, a kétéves korúak közül pedig csak 37–56 százalék a kornak megfelelően oltott. Négy millió gyermek tehát nem rendelkezik kellő immunitással.

E súlyosan kifogásolható állapot, hogy ti. a legérzékenyebb korosztályokban igen nagy a fertőzés veszélye, azonnali intézkedéseket tett szükségessé. A Centers for Disease Control and Prevention 22, e kérdésben illetékes szervezetből delegált 35 tagú ad hoc bizottságot állított fel. E bizottság 18 pontba gyűjtötte össze azokat a teendőket, amelyekkel az átoltási arányt javítani lehet, illetve kell:

1. El kell érni, hogy az oltási lehetőségek az aktuális igényeknek megfeleljenek (javítani az oltóhelyek elérhetőségét, növelni a nyitvatartást, a gyermekellátás integráns részévé kell tenni az oltások elvégzését).

2. Csökkenteni kell az akadályokat, a felesleges előfeltételeket (várakozási idő rövidítése, szükségtelen vizsgálatok elhagyása).

3. ingyenessé kell tenni a védőoltási szolgáltatást.

4. Bármely célú orvosi vizsgálat vagy ellátás alkalmával foglalkozni kell a védettségi állapottal is.

5. A szülők és gondozók figyelmét folyamatosan fel kell hívni az oltások fontosságára.

6. Korrekt és teljeskörű információt kell adni a valódi ellenjavallatokról, az oltási kockázatokról, valamint az újabb oltások nyújtotta lehetőségekről is (HBV, HIB).

7. Kizárólag a valódi ellenjavallatok kell figyelembe venni.

8. Azon vakcinákat, amelyek együttes adása általánosan elfogadott, felesleges külön-külön adni.

9. Pontos, könnyen reprodukálható nyilvántartást kell vezetni az oltásokról.

10. Az oltásokat be kell kapcsolni az egyéb céllal végzett egészségügyi ellátásba.

11. Az oltási szövődményeket pontosan, időben kell jelenteni.

12. Nyomonkövetési rendszert kell kialakítani (figyelmeztető üzenet, telefon a központi oltási időpontra stb.).

13. A vakcinák előírás szerinti tárolását és kezelését biztosítani kell.

14. Az oltási tevékenység félévenkénti értékelését meg kell szervezni.

15. Minden oltóhelyet el kell látni olyan ismertetővel, amelyek az oltásokkal kapcsolatos legfőbb tudnivalókat, teendőket tartalmazzák.

16. Az oltást végzők maguk is legyenek meggyőződve az immunizáció egyéni és közösségi fontosságáról.

17. Kellően képzett személyzet álljon rendelkezésre.

18. Biztosítani kell az oltást végzők folyamatos továbbképzését.

Budai József dr.

1988-ban váltotta fel a monokomponens morbilli elleni védőoltást a kombinált morbilli, mumps, rubeola elleni vakcináció az Egyesült Királyságban. Ettől főleg a morbilli (m) elleni oltás elterjedtségét, eredményességét várták. Az egységes védőoltási eljárás ellenére is különbségek voltak a területeken és nem érték el a teljes oltottság célját. Eddig nem volt széleskörű felmérés a hármas oltás eredményességére. Ezt pótolják a North East és North West Thames területek 5–5 kerületében végzett vizsgálatok.

A vizsgálatokban 7841 gyermek védőoltásával kapcsolatos eredményeket értékelik. 1990 január és március között született és 1991-ig a kérdéses területen tartózkodó gyermekek hármas védőoltási körülményeinek is tulajdonítanak jelentőséget. A 19–21 hónapos életkorú gyermekek lakóhelye hasonló szociodemográfiai és földrajzi szempontból. A védőoltást 15 hónapos kor előtt, 12 hónapos korban, legfeljebb 18 hónapos korban adják. A befolyásoló körülményeket széles skálán határozták meg a statisztikai számítások megalkotására. Az anya életkora, születési súlya, előző védőoltások, lakóhely változtatása is szerepelnek ezek között. A védőoltások elvégzése a cél, a védettség állapotát nem mérték fel.

A 10 kerületben az immunizálást átlagban 82%-ban végezték el. 308 gyermek (4,4%) nem részesült előzőleg pertussis elleni védőoltásban, csak 77,9% kapta a hármas oltást. A mobilis családok gyermekei nehezen érhetők el a védőoltások elvégzéséhez. Bizonytalan a valódi és ellenjavallatok megítélése a védőoltások mellőzésében, hasonlóan a szülők ellenkezése is. Hatékonyabb a magánorvosok tevékenysége, mint a nyilvános intézményeké, anyagi okok miatt is érdekeltek a védőoltások teljesítésében. A többgyermekes, nagyon elfoglalt szülőkre különös gondot kell fordítani, védőnők bevonásával. Az országos 90%-osan elvégzett hármas védőoltás a 19–21 hónapos korúaknál kedvezőbb eredmény, mint a két területen elért 82%-os átlag.

Ennek az oka az is lehet, hogy a tanulmányban nem kampányszerűek voltak a védőoltások, és az érdekeltek együttműködése hiányos, sok esetben. Különös gondot kell fordítani olyan családok gyermekeire, akik nem részesültek di-per-te és poliomyelitis elleni védőoltásban.

[Ref.: A tanulmány lényege statisztikai értékelése a hármas vakcináció elvégzésének, a számadatok dominálnak. Az oltások állapotáról, egészségéről nincs információ. Az immunizáció eredményéről remélhetőleg lesz folytatólag vizsgálat. A mi oltási fegyelmünk és szervezetségünk mellett nem okozhat gondot annak ismerete, hogy milyen védőoltásban részesült előzőleg a gyermek és hogyan érhető el a tervezett védőoltás elvégzéséhez.]

Farkas Éva dr.

RADIOLÓGIA

A Crohn betegség és a colitis ulcerosa diagnózisa és differenciáldiagnózisa a colon vízfeltöltés utáni ultrahangvizsgálattal. Limberg, B., Osswald, B. (Medizinische Klinik, Städtische Krankenhaus Wolfenbüttel-Braunschweig): Dtsch. med. Wschr., 1993, 118, 1181.

A vastagbél krónikus gyulladásainak, a Crohn betegségnek és a colitis ulcerosának morfológiai diagnosztikája eddig a colon röntgen és endoszkópos vizsgálattal volt lehetséges. Az utóbbi években az ultrahangkészülékek felbontásának javulása egyre nagyobb lehetőséget biztosított a béltraktus ultrahangdiagnosztikájához is. A szerzők már évek óta alkalmazzák a colon vízfeltöltés utáni transzabdominalis ultrahangvizsgálatát a tumorok diagnosztizálására. Jelen munkájukban a krónikus gyulladások elkülönítésében szerzett tapasztalataikat ismertetik.

Crohn betegségben a gyulladás transmurális, de a folyamat nem érint egyformán minden bélszakaszt és változó súlyosságú. Ép és nagymértékben károsított, infiltrált bélszakaszok helyezkednek el egymás mellett. Ultrahangvizsgálattal eltérés található a bélfal rétegeinek szélességében és echogenitásban, súlyos esetekben a bélfal 2–3-szorosára szélesedhet ki, és a bélfal rétegei egyáltalán nem ismerhetők fel. Colitis ulcerosában falmegvastagodás nincs vagy csak csekély, legfeljebb a normálisnak 50%-a, és a bélfal rétegei megtartottak. Ezek alapján ultrahangvizsgálattal a két típusú krónikus gyulladás jól elkülöníthető, bár a csak felületes gyulladást okozó Crohn betegség, valamint a kiterjedt pseudopolypissal járó colitis ulcerosa eseteiben a differenciáldiagnózis nem könnyű.

A szerzők 440 vizsgált betegből 41-ben találtak Crohn betegséget és 36-ban colitis ulcerosát. Hydrocolonosonographiával 39, illetve 33 esetben állították fel a helyes diagnózist (sensitivitás 95, illetve 91%, specificitás 100, illetve 99%). Az egészségeseken a bélfal 5. változó echogenitását rétege jól elkülöníthető. A 39 Crohn betegségben szenvedőn a bélfal erősen megvastagodott, 36-ban a normális rétegeződés megváltozott. Közülük 16-ban homogén falstruktúrát észleltek, az eredeti rétegek nem voltak felismerhetők, 20-ban az 1–3. réteg már felismerhetetlen, de a 4. és 5. még elkülöníthető volt. Ezekkel ellentétben a 33 colitis ulcerosában minden egyes réteg megtartott volt. A két betegséget tehát a sonomorfológia alapján 91%-ban el lehetett különböztetni. A colon vízfeltöltéses ultrahangvizsgálata tehát jól alkalmazható a két betegség diagnosztikájában, illetve differenciáldiagnosztikájában.

[Ref.: Magunk évek óta végezzük a colon vízfeltöltés alatti ultrahangvizsgálatot. Kezdeti eredményeinkről az Orvosi Hetilap hasábjain (Orv. Hetil. 1992, 133, 1493) már beszámoltunk. Saját tapasztalataink, megfigyeléseink a referált közlemény megállapításaival a legmesszebbmenőkig meg-

Morbilli, parotitis és rubeola elleni immunizációt megindító tényezők. Jun Li, Taylor, B. (Department of Community Child Health, Royal Free Hospital School of Medicine, London): Br. med. J., 1993, 307, 168.

egyeznek. Szándékaink szerint, az ilyen irányú megfigyeléseinket, a közeljövőben kiadjuk publikálni.]

Balogh István dr.
Demeter Jolán dr.

A varicocele percutan sclerotherapiája — gyermekeken és fiatalokon nyert eredmények. Alzen, G. és mtsai (Klin. Radiol. Diagn., RWTH Aachen): Klin. Pädiatr., 1993, 205, 357.

Az idiopathiás varicocele a pubertás kezdetén manifesztálódik. 95%-ban bal, 1%-ban a jobb oldalon, 4%-ban bilaterálisan lép fel, a betegek általában panaszmentesek. Az elváltozás gyakori következménye az infertilitás, ennek oka a here és mellékhere interstitiumában kialakuló idült vénás hypostasis és ebből eredő hyperthermia. A kezelés vagy sebészi (suprainguinalis-retroperitonealis lekötés) vagy a percutan sclerotherapia.

A szerzők 1987. és 1992. között 428 selektív phlebographiát és sclerotherapiát végeztek, ezek közül 68-at panaszmentes, 18 évnél fiatalabb fiúkon. Az átlagos életkor 14,7 (9,4–18) év volt. 57 esetben primer sclerotherapia történt, 4 főnél korábban ligaturát végeztek. 7 főnél csak kontroll phlebographia zajlott, korábbi sclerotizálás effektusának ellenőrzésére. A beavatkozást általában helyi érzéstelenítésben, Seldinger-módszerrel, 7 F-es vagy 5 F-es katéterrel végezték, maximálisan 5 ml Varicozid-et (Na-morrhuat) alkalmazva. A beavatkozást 53 főnél (91,4%) minden nehézség nélkül elvégezték, kettőnél anatómiai eltérések miatt, kettőnél extravasatio, egyenél pedig érszpaszus miatt hagyták félbe a katéterezést. 6 betegnél átlag 8 hét múlva a sclerotherapia sikeresen megtörtént. A szövődmények aránya 3,5% volt.

A szerzők véleménye szerint coaxialis technikát és a jól elviselhető Varicozid-et alkalmazva a sclerotherapia gyermekeken és fiatalokon is problémamentesen végezhető, s időbeni beavatkozással a spermato-gramon is jelentősebb javulást eredményez. Ennek megfelelően a sebészi ligatura indikációjának felállítását igen komolyan kell venni. Végleges értékelést a későbbiekben, a betegek követése után adhatnak meg, a beavatkozások számának növekedése inkább a módszer egyre több helyen való megismeréséből ered.

Pikó Béla dr.

Degeneratív és gyulladásos ízületi megbetegedések sugárkezelése — indikáció felállítása telethermographiával? Merte, H., Proske, H., Pfab, R. (Abt. Strahlenther., Med. Zentr. Radiol., Phillips-Univ. Marburg/Lahn): Med. Welt, 1993, 44, 273.

A jóindulatú ízületi betegségek sugárkezelése a konvencionális röntgen feltételeivel (100–200 kV, 0,5 cm Cu-filter, 30–40 cm-

es fókusz-bőr távolság) végezhető. Általában opponáló állómezőket alkalmaznak, s 0,5–1,0 Gy egyszeri dózist hetente 2–3 üléssel adnak le, 3–6 Gy felszíni összdózis eléréséig. A hatásban a korai acidosisnak majd később fellépő alkalosisnak, a felszabaduló mediátoroknak (histamin, prostaglandinok, bradykinin) tulajdonítanak szerepet.

Az arthrosis aktivitásának kimutatására alkalmas a felszíni hőmérséklet meghatározása, az egészséges és kóros ízület összehasonlításával. Ilyenkor 0,5–1,5 °C hőkülönbségek detektálhatók, s ezek korrelálnak a beteg panaszával. A sugárkezelés után a betegek 25–40%-a nem mutat szubjektív javulást, az objektív hatás leérése nehéz.

A szerzők jelen közleményben a thermographia értékét vizsgálják a sugárkezelés indikációjának felállításában, illetve a hatás leéréseben. 20 beteget vizsgáltak AGA-telethermovíziós berendezéssel, 20 °C-os helyiségben, 5 perces adaptáció után, 1 m-es távolságból. A sugárkezelést 6 × 1 Gy dózisban, konvencionális feltételekkel végezték. 11 betegnél érték el javulást a sugárkezeléssel, ezek közül 7-nek az irradiatio előtt 1 °C-szal magasabb hőmérséklete volt a kóros oldalon, mely a terápia után megszűnt. A kezelésre nem reagáló 9 beteg közül a hőkülönbséget 4 főnél észlelték, s 3-nál a besugárzás után is megmaradt. Ennek értelmében a telethermographia nem tartható biztos módszernek a sugárkezelés indikációjának felállításában, elvégzése nem feltétlenül szükséges.

Pikó Béla dr.

Ékalaku C-3 csigolya csecsemőben és gyermekben: Általában normál lelet és nem törés. Swischuk, L. E. és mtsai (University of Texas Medical Branch, Galveston): Radiology, 1993, 188, 523.

Nyaki gerinctraumát szenvedett gyermekekben gyakran nehéz eldönteni, hogy a C-3 csigolyatest ékalakja normál változat vagy kompressziós törés. A nyaki gerinc felső szakaszának sérülése gyermekekben gyakoribb, mint felnőtteken, ugyanakkor a C-3 kompressziós törése minden életkorban ritkaság. A szerzők 481 gyermekről készült nyaki gerinc röntgenfelvétel elemzésével kerestek választ az alábbi kérdésekre: Milyen gyakori a C-3 csigolyatest ventrál felé ékalakú elvékonyodása, milyen gyakran fordul elő ez a nyaki gerinc egyéb szakaszán, végül mi lehet ennek az oka. Három éves kor alatt a csigolyatestek gyakran ovális alakúak, de ez idősebb korban többnyire megváltozik. A lekerékített felső ventrális perem az egész nyakon gyakori a 7 éves korig, ezután inkább a felső csigolyán fordul elő. A C-3 még a 13–19 évesek körében is ilyen lehet, de az évek előrehaladásával kevésbé kifejezetten. Ékalakú C-3 csigolyatest a 481 között 34 esetben fordult elő, ugyanakkor ilyen alakú C-4-et csak két gyermekben találtak. Az alsóbb nyaki csi-

golyákon ékalak nem fordult elő. Az életkor előrehaladásával egyre inkább előtérbe került az érett, derékszögű csigolyaalak. A C-3 csigolyatest normál ékalakú változatának és a kompressziós törésnek biztos elkülönítése problémás esetben csak CT vizsgálattal lehetséges. Az alaki változatért feltehetően azok az idült, klinikailag nem megnyilvánuló traumák felelősek, melyek a C-3 csigolyatest felső ventrális peremének csontosodását zavarják.

Lacza András dr.

Hasi serosus folyadékgyülemek appendectomy után: normál ultrahanglelet. Aveline, B. és mtsai (Hopital Laennec, Paris): Amer. J. Roentgenol., 1993, 161, 71.

A szerzők 44 appendectomyt kapott beteg hasi ultrahangvizsgálatát végezték el a műtét utáni ötödik napon, különös tekintettel a kismencedei, a jobb iliacaalis, a máj és a rekesz alatti folyadékgyülemekre. Minden esetben heveny appendicitis miatt történt a műtét, a lefolyás a későbbi ellenőrző vizsgálatok szerint is szövődménymentes volt. Az anyagból kizárták azokat, akikben a műtét során ascitest vagy peritonitist találtak, vagy a hasüregben drént hagytak. Szöveti vizsgálat szerint az anyagban 20 suppurált, 19 inflamált és 5 ép appendix szerepelt. Az ultrahangvizsgálatot végző radiológus a műtét leletét a vizsgálat előtt nem ismerte. Tíz esetben, tehát az esetek 23%-ában találtak folyadékgyülemet a pericoecalis régióban. Appendicitis suppurativa után 6, non suppuratív inflamatio után 4 esetben fordult ez elő. A szövettani-
lag épnek talált appendixek eseteiben az ultrahangvizsgálat nem mutatott ki gyülemet. Az elváltozások kiterjedése 10 × 10 és 20 × 40 mm között volt, bennük echomentes vagy echoszegény.

Tanulság, hogy az appendectomy után kimutatható gyülem nem feltétlenül klinikai jelentőségű. Tályogtól való elkülönítésben némi segítséget jelenthet, hogy a tályog inkább ellipszoid vagy gömbölyded, míg az ártalmatlan serosus gyülem félhólyagalakú, nem letokolt. Egyéb hasi műtétek után hasonló gyakoriságban észleltek ultrahangvizsgálattal különböző elhelyezkedésű serosus gyülemeket. Postoperatív tályog gyanúja esetén ezek helyes értékelése gondot okozhat.

Lacza András dr.

Hyperechogen vesetumorkok: Echomentes szegély és daganaton belüli cysták a veserák és az angiomyolipoma ultrahangvizsgálattal való elkülönítésében. Yamashita, Y. és mtsai (Kumamoto University School of Medicine, Kumamoto, Japan): Radiology, 1993, 188, 179.

Ultrahangvizsgálattal egyre több tünetmentes, addig néma vesetumort találnak. A veseparenchyma leggyakoribb daganata a ve-

serák és az angiomyolipoma. Mindegyik előfordul echogen és echoszegény formában egyaránt, elkülönítésük gondot okoz. Ugyanakkor a rosszindulatú veserák természetesen egészen más kezelést igényel, mint a benignus hamartoma, tehát a kórisme pontosítása feltétlenül szükséges. Erre alkalmas jelek keresése végett 38 veserák és 31 angiomyolipoma ultrahangvizsgálatának képanyagát értékelte egymástól függetlenül három radiológus. A szövettani kórismét nem tudták, és figyelték a képlet echogenitását, belső echoszerkezetét és azt, van-e körülötte echomentes szegély. A veserák körül az esetek 84%-ában észleltek echomentes szegélyt, azaz a 38 közül 32 esetben. Tíz esetben a veserákon belül kis echomentes területeket találtak fokozott hangáteresztéssel, ezek intratumoralis cystának vagy kis cystás elhalásnak feleltek meg a daganaton belül. Angiomyolipomák körül egyetlen esetben sem láttak echomentes szegélyt, és nem fordult elő bennük cystaszerű felritkulás sem. Ezek észlelése a hyperechogen vesegőcon belül a képlet rákos jellege mellett szól nagy valószínűséggel. Pusztán az echogenitás alapján a kétféle elváltozás nem különíthető el. Mindegyik betegükön CT vizsgálatot is végeztek, ami a 31 angiomyolipoma közül 28-ban zsírszövetet mutatott ki. Mivel a veserákban sem CT-vel, sem szövettani vizsgálattal zsírt nem sikerült kimutatni, annak jelenléte ugyancsak a benignus elváltozás mellett értékelhető.

Laczay András dr.

Zsírt tartalmazó veserák kimutatása CT-vel. Hélénon, O. és mtsai (Hôpital Necker, Paris): Radiology, 1993, 188, 429.

A vesetumorban kimutatható zsír nagy valószínűséggel jóindulatú daganat, angiomyolipoma, lipoma vagy myolipoma mellett szól, és a gyakorlatban általában a rosszindulatúságot kizáró CT jelként értékelik. Ugyanakkor ritkán észleltek már zsírt egyéb vesedaganatokban is, mint Wilms-tumor, oncocytoma, liposarcoma és veserák. A szerzők egy 57 éves nőbetegről számolnak be, kinek urografiája és ultrahangvizsgálata tömör, meszes képletet talált jobb veséjében. CT vizsgálat a képletben belül a szabálytalan meszesedésen kívül kismennyiségű zsírszövetet is mutatott. Mivel angiomyolipomában szokatlan az intratumoralis meszesedés, műtéti biopsiát végeztek. Ez veserákra utalt, ezért nephrectomiára került sor. Általában igaz, hogy a zsírszövet benignus jellegű tumorra utal, de ha a nagy daganaton belül a zsír mennyisége jelentéktelen, vagy ha a tumorban szabálytalan meszesedés látszik, nem szabad elvetni veserák gyanúját.

Laczay András dr.

Ultrahangvizsgálattal felfedezett hyperechogen veserákok számának növekedése. Forman, H. P. és mtsai (Washington University School of Medicine, St. Louis): Radiology, 1993, 188, 431.

Az ultrahangdiagnosztika kezdeti korszakában úgy vélték, hogy a veserákok többnyire a környező veseparenchymához képest azonos vagy csökkent echogenitással ábrázolódnak, és ritkának tartották a hyperechogen megjelenési formát. Az echodenz képleteket elsősorban angiomyolipomának tartották a vesesinus zsírszövetével azonos echogenitásuk alapján. Később az ultrahangvizsgálati technika fejlődésének és a módszer terjedésének során egyre gyakrabban találtak kis, klinikailag néma veserákot, melyek az eredetileg hamartomára jellemzőnek tartott echodenz képet mutattak.

A szerzők retrospektíve elemezték az echogenitás és a nagyság figyelembevételével 82 beteg 90 kórszövetanyagilag igazolt veserájának ultrahangképeit. 31 tumor átmérője 3 cm vagy annál kisebb volt. Ezek közül 10 kifejezetten hyperechogen volt és angiomyolipomát utánozott. 59 tumor átmérője volt nagyobb mint 3 cm, ezek közül csak egy mutatta az angiomyolipomára utaló, erősen echogen szerkezetet. Kisebb mértékben hyperechogen volt a 3 cm és annál kisebb átmérőjű csoportban összesen 24, a nagyobbak között 19. Összességében tehát a felfedezett veserákok közel fele kisebb-nagyobb mértékben fokozott echogenitású volt, mint a környező veseparenchyma. Ebben döntő szerepe a 3 cm-nél kisebb képleteknek van. Ebben a nagyságrendben tehát különösen nagy az angiomyolipomával való összetévesztés veszélye. Nem szabad tehát belenyugodni az angiomyolipoma presztív kórisméjébe, hanem vékonyrétegű CT vizsgálattal kell keresni a kis tumorban a zsírszövetet.

Laczay András dr.

Intestinalis Behcet-kór elváltozásai sorozatos röntgenvizsgálatok alapján. Iida, M. és mtsai (Kyushu University, Fukuoka, Japan): Radiology, 1993, 188, 65.

A Behcet-kór alapvető diagnosztikai triász a stomatitis aphthosa, a genitális fekélyek és a szem gyulladásai, de érintett lehet számos szerv, így a bőr, az ízületek, erek, idegrendszer és a gyomor-bélrendszer. A szerzők hét Behcet-kóros beteg sorsát kísérték figyelemmel átlag 4,5 éven át. Valamennyinek volt stomatitis aphthosája, egy kivételével bőrtünetei, kettőnek szemtünetei, ötnek genitális fekélyei, négynek ízületei, egynek idegrendszeri problémái. Négynek voltak hasi panaszai, négynek véres széklete, kettőnek hasmenése, és csak egyiknek nem volt gyomor-bélrendszeri problémája. Valamennyinél ismételt történt báriumos gyomor-bélvizsgálat és kettős kontrasztos irrigoscopia. Öt betegben az első gyomor-bélvizsgálat a terminalis ileumban vagy az ileocecalis tájon egytől

háromig terjedő számú mély fekélyt talált. Az alapbetegség konzervatív kezelésének eredményeként az ellenőrző vizsgálat idejére ezek a fekélyek meggyógyultak, később azonban ismét kiújultak, vagy mellettük újabb fekélyek keletkeztek. További két betegükben a kettős kontraszt irrigoscopia számos kis aphthoid fekélyt mutatott ki az egész vastagbél területén. Ezek a kezelés során visszafejlődtek, majd később ismét megjelentek. Ezt a dinamikát kitűnően érzékelteti egyik betegük irrigoscopiás képsorozata, mely az első kiterjedt ulcerosus kép után a javulás, majd a visszaesés, majd ismét a szinte teljes normalizálódás képét mutatja. Elkülönítő kórisme szempontjából a Crohn-betegség és a colitis ulcerosa jön szóba. A Behcet-kór belfolyamataira ezekkel szemben éppen az a jellegzetes, hogy az alapbetegség dinamikáját a bél-elváltozások a fentiek értelmében szorosan követik.

Laczay András dr.

A laparoscopus cholecystectomya szövődményei: 21 beteg koordinált radiológiai és sebészeti kezelése. van Sonnenberg, E. és mtsai (University of California Medical Center, San Diego): Radiology, 1993, 188, 399.

A szerzők intézete referencia centrum epe-sebészeti és percutan epeúti intervenció vonatkozásában. Az intézetben 19 hónap alatt 280 laparoscopus cholecystectomya történt. Ugyanezen időszakban 21 ilyen műtét utáni szövődményt észleltek, ezek közül 3 saját intézetükből, 18 más intézetükből származott. 20 esetben epeútsérülés vagy cysticus-elégtelenség állott fenn, egy esetben pedig intraoperatív vérzés miatt a vérzés csillapítása után a műtétet abbahagyták. A szövődménnyel a betegek a műtét után 5–246 nappal jelentkeztek, átlag 51 nap. A klinikai tünetek között szerepelt sárgaság, sepsis, fájdalom, hasi distensio, bentmaradt epekövek okozta tünetek. A szövődmények felderítésében alkalmazott eljárások: CT 19, ultrahangvizsgálat 16, PTC 11, ERCP 4, HIDA scintigraphia 5 esetben. Három esetben nyílt cholecystectomyára váltottak át. A radiológiai intervenciók módszerek alkalmazása előtt 9 betegben összesen 12 reoperációt végeztek.

Az alkalmazott intervenciók radiológiai eljárások a következők voltak: diagnosztikus célú percutan transhepatikus cholangiographia 13, percutan epeúti drénezés 13, epeúti szűkület percutan tágitása 3, epeúti áthidaló stent behelyezése 1, epekőeltávolítás 1, tályog vagy epegyűlem percutan drénezése 19 esetben. A radiológiai intervenció eredményeként 10 esetben nem volt szükség reoperációra.

Az újabb műtétre szoruló betegek állapota a radiológiai intervenció eredményeként többnyire javult, és az epeutak sebészeti rekonstrukcióját megkönnyítette esetenként a behelyezett percutan epeúti drén. Egy beteg halt meg gomba-sepsis és tüdő-

szövődmények következtében. A laparoscopus cholecystectomy szövődményeinek megoldásában a sebészi és radiológiai módszerek célszerűen kombinált alkalmazása előnyös, sok esetben a reoperatio mellőzhető.

Lacza András dr.

A tompa vesesérülések kórisméje és stádium-meghatározása. A vizeletlelet, a kiválasztásos urographia, az ultrahang- és CT vizsgálat összehasonlítása. Buchberger, W. és mtsai (Universität Innsbruck) Fortschr. Röntgenstr., 1993, 158, 507.

A tompa vesesérülések kimutatására rendelkezésre álló vizsgálóeljárások célszerű alkalmazásának feltétele teljesíthetőségük pontos felmérése. Évgett a szerzők 1230 olyan beteg anyagát elemezték, akik vesesérülés gyanúja miatt kerültek radiológiai vizsgálatra. Minden esetben megtörtént a vizelet vizsgálata, az ultrahangvizsgálat, 212 esetben a kiválasztásos urographia és 45 esetben a CT vizsgálat is. Érsérülés gyanúja miatt 5 esetben végeztek angiographiát DSA technikával. 66 esetben a kórismét műtéttel igazolták, ezen belül szerepel 58 veseruptúra, 3 érsérülés, 4 vese-contusio intraparenchymás vérömlennyel és egy cysta-ruptura. A további esetekben a kórismét a körlefolyás és az ellenőrző ultrahangvizsgálatok támasztották alá. Összességében ilyen alapon az anyagban 92 vesesérülés szerepel, ebből 31 contusio, 58 ruptura és 3 érsérülés. Egy kis parenchyma-sérülés nem járt vérveléssel, a többi veseruptúra és érsérülés mindig haematuriával hívta fel magára a figyelmet. Kiválasztásos urographia a vesesérülések 72%-ában volt diagnosztikus értékű, az ultrahangvizsgálat 85%-ban. A kettő kombinációja a klinikailag jelentős sérülések terén 98% sensitivitást és 99% specificitást jelentett. A kontrasztfokozós computer tomographia minden esetben anatómiailag pontos diagnózishoz vezetett. Alapvető vizsgálati eljárás tompa hasi vagy vesetáji trauma esetén a mindenütt könnyen elérhető, viszonylag olcsó és a beteget nem terhelő ultrahangvizsgálat legyen. Vérvelés fennállása esetén ezt célszerű kiválasztásos urographiával kiegészíteni. Ha ezen két eljárás negatív leletet ad, klinikai jelentőségű vesesérülés nagy biztonsággal kizárható. Pozitív esetben az anatómiai viszonyok pontosítására jöhet szóba a CT vizsgálat. Angiographia csak érsérülés alapos gyanúja esetén indokolt.

Lacza András dr.

A primer csont-lymphoma radiológiai képe. Farres, M. T. és mtsai (Allgemeines Krankenhaus Wien): Fortschr. Röntgenstr., 1993, 158, 589.

A non-Hodgkin-lymphoma az esetek 7–25%-ában érinti a csontrendszert, és az esetek mintegy 9%-ában a csontfolyamat a NHL primer manifestációja. A csont NHL

magatartása eltér az egyéb szervi manifestációktól, mert általában soliter, és a kórisme megállapítását követő 6 hónapon belül többnyire egyéb helyen nem jelentkezik. A kórisme tisztázása ezért nagyon fontos, mert a kezelés elsőként választandó lehetősége a sugárkezelés.

A szerzők saját anyagukban észlelt 17 esetet ismertettek egybevetve az irodalomban talált további 97 hasonló eset adataival. A kórkép férfiakban és nőkben egyaránt előfordul a felnőtt kor bármely időszakában 15 és 90 éves kor között. Lokalizáció szempontjából dominál a hosszú csöves csontok metaphysise, ahol elsősorban osteolytikus elváltozások jelentkeznek szerény periosteális reakcióval. Az anyagban 30 femur, 24 humerus és 17 tibia lokalizáció vezet, ezt követi 14 medencefolyamat, 4–4 ulna, radius és mandibula, 3–3 borda, scapula, fibula, 2–2 csigolyatest és maxilla, végül 1–1 koponya, ujjperc, os innominatum és clavícula.

Ritkán előfordul az osteolysis mellett kevert lytikus-sclerotikus szerkezet is, főként a lapos csontokban. Klinikailag fájdalom, duzzanat, esetleg pathológiás törés hívhatja fel a figyelmet, általános tünetek hiányoznak, eltérően az egyéb szervi manifestációktól. A hasonló képet mutató csont-elváltozások, mint fibrosarcoma, malignus fibrosus histiocytoma, osteomyelitis, Ewing-sarcoma vagy metastasisok elkülönítése nehéz, többnyire nem lehetséges, néha a szövettani lelet is bizonytalan. Ezért az életkor, a röntgenmorfológia és a lokalizáció is támpont lehet a szövettan mellett a kórisme tisztázásában.

Lacza András dr.

A KLINIKUS ÉS A LABORATÓRIUM

Helicobacter pylori fertőzés hatása az intragastricus urea és ammónium koncentrációkra chronicus veseelégtelenségben szenvedő betegeknél. Neithercut, W. D. és mtsai (Wirral Hospital NHS Trust, Wirral, UK): J. Clin. Pathol., 1993, 46, 544.

A H. pylori a nyombélfekélyes betegek 95%-ában kimutatható. Kiirtása csökkenti a fekélyes relapsusokat és javítja a nem fekélyes dyspepsiát is. A fertőzés kimutatása, illetve a baktérium kiirtásának igazolása egyre nagyobb jelentőséghez jut. A baktérium magas urease aktivitása segít a kimutatásban. A fertőzött és nem fertőzött gyomornedv urea és ammónium koncentrációja közt különbség van, bár az alapértékek különbözőek laborok szerint mások. Utóbbi mennyisége függ az előzőtől, ami pedig a serum urea koncentráció függvénye.

A szerzők 23 chronicus veseelégtelenségben szenvedő dyspepsiás betegnél endoscopia során gyomornedvet nyertek, és közben két antrumbiopsiát végeztek, valamint vérmintát vettek. Az egyik szövettani mintát cresyl-fast-violet festés után vizsgálták, a H. pylori-szerű baktériumokat mu-

tatták így ki. Emellett urea kilégzési tesztet is végeztek. 11 betegnél mutatták ki szövet-tanilag és légzési tesztel a H. pylorit. A fennmaradó 12 betegnél egyik módszer sem utalt a baktérium jelenlétére. A fertőzötteknél a medián serum urea szint 18,3 mmol/l, az ammónium szint 300 μ mol/l volt, szemben a nem fertőzöttek 24,0 mmol/l, illetve 140 μ mol/l szintjeivel. A gyomornedv medián urea koncentrációja a fertőzötteknél 2,7 mmol/l, az ammónium pedig 18,9 mmol/l, szemben a nem fertőzöttek 13,4 mmol/l, illetve 3,7 mmol/l koncentrációival. Bár a medián értékek különböznek, átfedések voltak a csoportok között. Az urea/ammónium arány viszont 1 kivétellel eltért a fertőzötteknél (medián 0,16) és a nem fertőzötteknél (medián 1,63).

A gyomornedv ammónium koncentrációja H. pylori fertőzés nélküli vesebetegekben és H. pylori fertőzött nem vesebetegekben hasonló, akárcsak az urea koncentráció chronicus uraemiás fertőzötteknél és normális vesefunkciójú nem fertőzötteknél. Az urea/ammónium hányados hasonló volt a fertőzött chronicus vesebetegeknél és nem vesebetegeknél, és ugyanez igaz a nem fertőzötteknél is. Az arány mellett 1 téves negatív eredmény volt, ami a magas urea szintből adódott. Ezért az arány önmagában nem alkalmas a fertőzés igazolására, de második vizsgálatként szolgálhat annak megerősítésére, mivel egyre inkább bevett szokás a 2 módszerrel történő mikro-organizmus kimutatás.

Cserni Gábor dr.

Biztonságosabb festés saválló baktériumok kimutatására. Ellis, R. C., Zabrowarny, Z. A. (Queen Elizabeth Hospital, Woodville, South Australia): J. Clin. Pathol., 1993, 46, 559.

Bár számos alternatív festési eljárás létezik, a Ziehl-Neelsen féle carbol-fuchsinos festés szinte követelmény a saválló pálcák kimutatásánál. A Mycobacteriumok festődési sajátosságaiért főleg a sejtfal lipid alkotói felelősek, amelyek mind a festék felvételét, mind annak kioldódását akadályozzák. A phenol fokozza a festékek lipophilizációját és segíti a sejtfalon való átjutást, így ezek képesek a sejten megfesteni a megfelelő struktúrákat. Festődés után a lipophilizációt fokozó anyagot eltávolítva, majd a festéket differenciálás során szintén eltávolítva, csak a saválló baktériumok festődése marad meg az adott szövetben. A phenol kezelése és használata azonban veszélyezteti a vele dolgozók egészségét, ezért merül fel alternatív lipophil anyagok alkalmazásának lehetősége.

A szerzők az Amway által forgalmazott LOC High Suds 0,6%-os vízes oldatának és bázikus fuchsin 0,1%-os alkoholos oldatának megfelelő arányú elegyet használták festéshez. Az oldat ilyen formában is vagy 2 törzsoldat formájában is jól tárolható, eddigi tapasztalat szerint legalább 6 hónapig. M. tuberculosis fertőzött egérbőrben

vizsgálták a festést. A festőoldatot 60 °C-on előmelegítették, a formalinban fixált, paraffinba ágyazott metszeteket deparaffinálták, majd vizes közegben a festőoldatba helyezték 15 percig. Kimosást követően a differenciálás 3%-os HCl és 95%-os alkohol oldatban történt, amit vizes mosás és metilénkékkel történő ellenfestés követett. A saválló pálcák vörösre, a magok kékre, egyéb szöveti elemek szintén kékesre festődtek. A módszer értékelhetőségét, minőségét tekintve azonos a Ziehl-Neelsen festéssel. Humán anyagban is jónak bizonyult. Kisebbségi veszélyt jelent, mint a hagyományos phenolos festés.

Cserni Gábor dr.

Szállítási közeg és idő hatása *H. pylori* tenyésztésére gyomorbiopsiás anyagból. Veenendaal, R. A. és mtsai (Gastroenterology, University Hospital, Leiden): J. Clin. Pathol., 1993, 46, 561.

A *H. pylori* a human gastritisek egyik fő oka, s mint ilyen oki terápiára nyújt lehetőséget. Több antibiotikummal szembeni rezisztenciát írtak le a mikroorganizmussal kapcsolatban, (pl. makrolidok, nitroimidazolak, fluorokinolonok). Ez szükségessé teszi az érzékenységi vizsgálatokkal egybekötött tenyésztést is, ami néha nehézségekbe ütközhet. A jó diagnosztikus eredményhez gyors szállítást, többszörös biopsiás mintát és speciális szállítási közeget javasolnak, de ez nehezebbé és költségebbé teszi a vizsgálatot.

A szerzők 42 nem kezelt dyspepsiás betegnél 5–5 gastroscopos biopsiát vettek az antrumból. Az egyik mintát szövettani azonosításra használták. 2 mintát 2 órán belül izotóniás sóoldatban, illetve Cairry-Blair-közegben szállítottak a mikrobiológiai laborba, és 2 mintát 24 óra múlva, azonos közegekben juttattak el a tenyésztés helyére. A tenyésztés azonos véres agar lemezen történt. *H. pylori* specifikus IgA és IgG ellenanyagokat is meghatároztak ELISA-val a fertőzés igazolására. A fertőzést igazoltnak tekintették, ha a tenyésztés pozitív volt, vagy ennek hiányában a szövettan vagy a serológia pozitív volt. 23 betegnél sikerült a *H. pylori* kitenyésztési, további 1 betegnél a két másik eljárás adott pozitív eredményt, míg 2 esetben csak a szövettan utalt a fertőzésre. (Ref.: A csak szövettanilag történő azonosítás nem fogadható el egyértelmű diagnózisként, csak valószínűséget ad; célszerűbb speciális festéssel végezni a kimutatást — pl. módosított Giemsa —, mivel a felszínes coloniasatio haematoxylin eosin festéssel nemigen vehető észre.)

A 2 médiumot összevetve nem volt szignifikáns különbség a tenyésztési eredményességét illetően. A 2 órán belüli és a 24 óra elteltével szállított anyagok tenyésztési eredményei sem adtak szignifikáns különbséget; 24 óra után csak 4 mintából nem sikerült a tenyésztés (csak 1 volt sóoldatban ezek közül). Ez késedelemről és mintavétele-

li hibából egyaránt adódhat. Az eredmények alapján elégséges 1 minta vétele, amelyet izotóniás sóoldatban szobahőmérsékleten lehet tárolni, és 24 órán belül, a mikrobiológiai labor számára ideális időpontban lehet oda eljuttatni.

Cserni Gábor dr.

In situ hibridisatio. Kutatási technika vagy rutin diagnosztikus teszt? Stoler, M. H. (Cleveland Clinic Foundation, Ohio): Arch. Pathol. Lab. Med., 1993, 117, 478.

Az ISH olyan molekuláris metodika, amely nukleinsav részleteket lokalizál a histomorphológiai környezetben. Így mind a kutatás, mind a diagnosztika terén nagy lehetőségeket nyújt. Az intakt morphológiai környezet előnye, hogy komplex szövetekben is lehetővé teszi a pontos szövettani lokalizációt. Az mRNS ISH lehetővé teszi egyes gének expressiójának a kimutatását is, ami lényegesen több információt jelent, mint egy adott gén jelenléte a genomban. Hasonló értékű lehet az antigének immunhisztokémiai (IHC) kimutatása is, de a transcriptio és translatio közti idő- és helybeli, valamint szabályozásbeli különbségek a két módszer eredményeinek disszociációjához vezethet.

Az in situ megközelítést és a nukleinsav próbák alkalmazását a következők teszik vonzóvá: 1. a próba specifitása; ezek akkor is használhatók, ha az adott protein nem immunogén, antigén determinánsai rejtettek vagy roncsolódtak fixálás, beágyazás során. 2. legtöbb ISH metodika nem igényel fagyasztott metszeteket, így kisebb az ezzel járó műtermékek lehetősége; ugyanakkor követelmény a gyors fixálás, ami megakadályozza a nukleinsavak lebomlását és gyakorlatilag örökre stabilizálja azokat. (A fixálás a klinikai anyagokkal járó kockázatokat is lecsökkenti). 3. az ISH és IHC egymást kiegészítő vizsgálatok is lehetnek, olyan értelemben, hogy egyikkel lehet a másik specifitását ellenőrizni. 4. a rekombináns DNS technikával előállított próbák egyre nagyobb elterjedése, monoclonális ellenanyagoknál egyszerűbb előállítása és tárolása szintén nagy előny.

A jelenlegi alkalmazási területek 3 fő csoportja: 1. fertőző ágensek kimutatása — a számos elfogadott eljárás közül csak példaként említi a HIV, EBV, CMV, HSV és HPV típusok kimutatására szolgáló eljárásokat; 2. cytogenetika — chromosomal is gén lokalizáció, translocatio, deletio, amplificatio kimutatására; 3. gén expressio kimutatása, például oncogének esetében.

Az ISH számos metodikai kérdése még nem követ egységes koncepciót, és így a standard ISH hiánya akadályozza klinikai elterjedését, annak ellenére, hogy számos klinikailag is jelentős kutatás folyik a módszerrel. Mindazonáltal várható, hogy az ISH a technikai kérdések megoldása után a diagnosztikus fegyvertár hatékony eszköze lesz.

Cserni Gábor dr.

Human herpes virus 6 in situ hibridisatióval történő kimutatása non-Hodgkin lymphomák kínai betegek anyagában. Shen, Y. Y. és mtsai (Fujian Medical College, Fujian, Kína): Arch. Pathol. Lab. Med., 1993, 117, 502.

A HHV6 az exanthema subitum, a heterophil negatív mononucleosis infectiosa és hepatitis kóroki tényezője. Emellett lymphoproliferatív betegségekből is izolálták, és magasabb antitest titereket írtak le több más betegségben is. A HHV6 világszerte elterjedt, gyermekeket fertőz, de az immunválasz földrajzi variációt mutat; Kínában az ellene termelt ellenanyagok prevalenciája alacsony, ami a gazdaszervezetek választási különbségéből adódhat.

A szerzők 56 NHL-s beteg anyagát választották ki kb. 300 esetből az anyag minősége és mennyisége alapján. Ezek 4%-os formalinban fixált, paraffinba ágyazott minták voltak. Hagyományos festések mellett (a beágyazás miatt korlátozott skálán) végeztek immunhisztokémiai festéseket is a T és B sejtek elkülönítésére L-26 (CD20), UCHL-1 (CD45Ro) és Leu22 (CD43) monoclonális ellenanyagokkal. A lymphomákat a Working Formulation alapján osztályozták. A plasmidokból nyert HHV6, EBV és CMV próbákat digoxigeninnel jelelték. Az ISH proteinase-K előkezelés és praehibridisatio után 100 °C-on történt, ezt követően antidigoxigenin savóval való inkubálás után a reakciót BCIP/NBT-vel (bromo-chloro-indolyl-phosphat/nitroblue tetrazolium) hívták elő. Az 56 beteg közül 16-nak (29%) low grade, 11-nek (20%) intermediate grade, 28-nak (50%) high grade lymphomája volt, egyet nem tudtak besorolni. CD20 (B-marker) 33, CD45Ro és 43 pedig 16, illetve 9 esetben volt. A próbák specifitását fertőzött sejtvonalakon is ellenőrizték. Az 56 esetből 11 technikai okokból értékelhetetlen lett. A fennmaradó 45 NHL-ből 8-ban mutattak ki HHV6-ot. Ezekből 4 B-sejtes (csíráközpont sejtekből származó) kisesejtes, közepes vagy alacsony malignitású lymphoma volt; 2 T-sejtes (1 Lennert lymphoma és 1 lymphoblastos és 2 markerek alapján nem osztályozható).

A HHV6 sokféle sejtet fertőzhet (B-, CD4 + T-sejtek, megakaryocyta, hámsejtek). Sporadikus jelenléte egyes neoplasztiákban nem igazol etiológiai szerepet. Az itt tapasztalt 18%-os incidencia sem bizonyít ilyet. Néhány esetben a pozitív sejtek nem is daganatsejtek voltak, ami viszont arra hívja fel a figyelmet, hogy nem elég csupán a vírus jelenlétét igazolni egy szövetben (pl. Southern blot módszerrel), lokalizálni is kell azt. A tanulmány szerint a HHV6 etiológiai szerepe lymphomákban ellentmondásos, de a formalin fixált, paraffinban rögzített anyagokon is kivitelezhető ISH főlénye más módszerekkel szemben egyértelmű.

Cserni Gábor dr.

Rendellenes növekedési faktor és citokin expressio Dupuytren-contracturában. Baird, K. S. és mtsai (Western Infirmary, Glasgow): J. Clin. Pathol., 1993, 46, 425.

A Dupuytren-contractura ismeretlen eredetű betegség, amit abnormális fibroblast proliferatio és matrix depositio jellemez, a palmaris és plantaris fasciákat érinti. A betegség néha autoszomális domináns öröklődést mutat, de sérülések is előhozhatják; gyakoribb cirrhosis, diabetes mellitus, congenitalis epilepsia és HIV fertőzés mellett.

12 Dupuytren-contracturás beteg fasciectomiás anyagából vett mintát és 12 ép fasciát vizsgáltak a szerzők. A fagyasztott minták felmelegítése után a kivont RNS egységes mennyiséget reverz transcriptiónak vetették alá. Az így nyert cDNA-t használták templátként a 35 ciklusos PCR során. A következő növekedési faktorok (GF) és citokinek kimutatására alkalmas exon vagy intron-határai kötődésű primereket alkalmazták: IL-1 α , IL-1 β , TNF α , IL-6, TGF β , IGF-1, PDGF α , PDGF β , bFGF, β 2M. Az eredményt agarose gélelchromatographiával, ethidium bromid festéssel tették láthatóvá.

Bár voltak egyéni ingadozások, a regulátor peptidek (β 2M kivételével) expressiója magasabb volt a betegek körében. Leginkább az IL-1 α és β , TGF β és bFGF expressiója volt kifejezettebb a betegekben. A PDGF α és β is hasonló tendenciát mutatott, de nem volt szignifikáns a különbség. Az IL-6, TNF α és IGF hasonló arányban exprimálódott a betegek és kontrollok szöveteiben.

Bár a technika alkalmatlan az mRNS-ek pontos mérésére, mégis jó becslést nyújt a két csoport különbségének megítélésénél. Hasonló eredményeket lehetne gyógyuló sebekből is nyerni, de itt külső inger nélkül jön létre a regulátor peptidek fokozott expressiója, ami fibroblast proliferációt, chemotaxist, aktivítót eredményez. Az észlelt eltéréseket egyes betegek értékei között könnyű magyarázni a contracturára jellemző változatos szövettani képpel. Az eredmények némi betekintést adnak a Dupuytren-contractura pathomechanizmusába, ugyanakkor nem tudni, hogy az mRNS szinten kimutatott különbségek fehérrje szinten (azaz aktív növekedési faktor szinten) is jelen vannak-e, s ez további vizsgálatokat indokol. Ugyancsak ismeretlen a vizsgált faktorok pontos eredete.

Cserni Gábor dr.

Human ehrlichiosis: haematopathológia és az Ehrlichia chaffeensis histológiai kimutatása. Dumler, J. S és mtsai (University of Texas Medical Branch, Galveston): Hum. Pathol., 1993, 24, 391.

A kullancs expozíciót követő lázas betegség oka sokféle lehet, legtöbbjük specifikus diagnózis nélkül gyógyul meg. A leukocytákat fertőző Ehrlichia-közül, az *E. chaffeensis*

is szerepelhet okként. Az általa okozott betegség tünetei: láz, fejfájás, myalgia, esetleg kiütések. A laboratóriumi eltérések a következők: leukopenia, thrombocytopenia, anaemia, máj transzaminasek emelkedése. A klinikai spektrum tünetmentes seroconverziótól halálos betegségig terjed. A betegség pathomechanizmusa ismeretlen.

Serológiai igazolt ehrlichiosisban szenvedő betegek vérért és csontvelőjét vizsgálták. Ez 12 esetben állt rendelkezésre. Az eredmények megerősítették a fenti laboreltéréseket; szemben a mások által leírtakkal, a myeloid hyperplasia, megakaryocytosis és hypercellularis csontvelő gyakori lelet volt, ami a csökkent sejtképzés okozta peripheriás vérvégi eltérések ellen szól. Meglepő volt a relatív gyakori granulomatosis gyulladás (9/12), ami a monocytaphagocyt rendszer (MPS) sejtjeiben proliferáló kórokozókra adott jellegzetes reakció. Ezek alapján a gazdaszervezet immunitása lényeges tényezője a human ehrlichia fertőzés pathológiájának. Négy esetben sikerült a kórokozót is kimutatni histológiaiilag; egyéb esetekben ennek hiánya a sikeres védekezés eredménye lehet — a szerzők nem tulajdonítanak ebben hatást az antimicrobialis kezelésnek (tetracyclin 8, chloramphenicol 2, kombináció 1 esetben). A fertőzés leginkább a MPS sejtjeit érinti, ami egyes citokinek (IL-1, TNF α , gamma-interferon, IL-4, IL-6, IL-10, GM-CSF) megváltozott metabolizmusa révén a MPS-T-sejt kommunikációra is kihat, lehetővé teszi az ehrlichia szaporodását, esetleg a csontvelő hyperplasiáját.

A betegség pathológiai elváltozásai között perivascularis lymphocyt infiltratio, focalis májnecrosis, PMS proliferatio szerepel, de vasculitis, endothel károsodás, thrombosis nem jellemző. Mivel a kórokozóból relatív keveset tudtak kimutatni, a leukopenia, thrombocytopenia hátterében is inkább a MPS aktivációja valószínű, mint közvetlen károsító hatás. Ez a néhány hypoplasiás csontvelőt is megmagyarázná. A vázolt patomechanizmus részleteinek tisztázása, illetve igazolása további munkát igényel.

Cserni Gábor dr.

ANYAGCSEREBETEGSÉGEK

A corticosteroid okozta osteoporosis megelőzése. Calcium, calcitriol és calcitonin terápia összehasonlító vizsgálata. Sambrook, P. és mtsai (Bone and Mineral Research Division, Garvan Institute of Medical Research, St. Vincent's Hospital, Darlinghurst, NSW 2010, Australia): New Engl. J. Med., 1993, 328, 1747.

A 2 évig tartó vizsgálat célkitűzése a tartós corticosteroid terápia okozta osteoporosis prevenciójának lehetőségeit kutatta. Kezdetben 103 beteg, az első év végén 69, a második év végén 60 beteg vett részt a vizsgálatban. A betegeket, akik reumatológiai, immunológiai vagy légzőszervi betegség

miatt szorultak tartós steroid terápiára, 3 csoportba osztották, random módon. A prednisolon vagy prednison kezdő dózisa mindhárom csoportban 25 mg volt, mely adagot az első év során átlagosan 13,5 mg-ra csökkentették, majd a második évben az átlagdózis 7,5 mg volt. A preventív antiporotikus terápiát a steroid bevezetését követően maximum 4 héten belül megindították és folyamatosan alkalmazták az első év során, a második évben azonban már nem adták. Az első csoport napi 0,5–1 μ g calcitriolt, orrsprayben 400 IU lazac calcitonint és 1000 mg calciumot kapott. A 2. csoport betegei calcitriolt és calciumot ugyanekkora dózisban szedtek, de az orrspray-jük placebo-t tartalmazott, míg a 3. csoport csak calciumot és placebo-t kapott.

Rendszeresen ellenőrizték a serum calciumot, foszphatot, 25-hydroxyvitamin-D-t, calcitriolt, parathormon szintet és a vizelet hydroxyprolin: creatinin arányát. Ezekben az értékekben nem észleltek szignifikáns változást a vizsgálat során. A vizelet calcium az 1. és 2. csoportban meghaladta a 3. csoport betegeiben mért értékeket, de az első év végére a különbség eltűnt, a magas értékek normalizálódtak. Ezzel szemben a serum osteocalcin a 3. csoport betegeiben bizonyult legmagasabbnak, ami magas csont-turnover-re utalhat.

Photon-absorptiometriás vizsgálattal mérték a lumbális gerinc, a combnyak és a distalis radius densitását. Az első évben a lumbális csigolyák csontvesztése a csak calciumot kapó betegekben volt a legmagasabb, átlagosan -4,3%/év, az 1. csoportban ez -0,2, a 2. csoportban -1,3%/év volt. A calcitriol dózis dependens módon gátolta az ásványianyag csökkenését. Ezzel szemben a radius és a combnyak területén nem mutatkozott szignifikáns különbség a három csoport densitometriás eredményeiben. A második évben a lumbális gerinc területének csontvesztése folytatódott a 2. és 3. csoportban (átlagosan -3,6 és -2,3%/év), az 1. csoport betegeinek densitása azonban nem romlott. A radius és a combnyak területén mindhárom csoportban csökkent az ásványianyag tartalom, szignifikáns különbség nélkül. A betegek közül az első évben kettőnél fordult elő atraumatikus bordatörés (2. és 3. csoportból), a második év során csigolyacompresio 5 betegben alakult ki (kettő az 1. csoportból, egy a 2. csoportból és kettő a 3. csoportból).

Az antiporotikus preventív terápia viszonylag kevés mellékhatással járt: leginkább hypercalcaemia (17 betegben) és nasalis tünetek (25 betegben) fordultak elő.

Az eredmények alapján a calciummal együtt adagolt calcitriol meggátolta a lumbális gerinc ásványianyag veszteségét a steroidot szedő betegekben az antiporotikus terápia alatt. Amennyiben e kombináció calcitonint is tartalmazott, a második évben sem csappant meg a csont densitása. Ugyanakkor nem befolyásolta a radius és a proximalis femur csontdensitását. Mivel a folyamatos corticosteroid terápia legfenne-

getőbb mellékhatása, a csigolyacompressio leggyakrabban a terápia bevezetését követő 6–12 hónapban fordul elő, a szerzők prevencióként javasolják a terápia bevezetésével egyidőben elindított calcitriol, calcium, és lehetőség szerint calcitoninnal kiegészített antiporotikus prevenció alkalmazását.

Haris Ágnes dr.

Megelőzhető-e a steroid indukálta osteoporosis? Meunier, P. J. (Szerkesztőségi közlemény) (Hôpital Edouard Herriot, 69437 Lyon, France): *New Engl. J. Med.*, 1993, 328, 1781.

A tartós steroid terápia legsúlyosabb mellékhatása az osteoporosis. A csonttörmény csökkenése átlagosan 10–40%-os, és elsősorban a gerincet, az alkart és a proximális femurt érinti. A trabecularis csontszerkezet károsodása meghaladja a corticalisét. A tartósan steroidot szedők esélye a combnyaktörésre 50%-kal növekszik meg, a betegek 30–35%-ában csigolyacompressio alakul ki.

A corticosteroidok kétfajta patomechanizmuson keresztül vezetnek a csonttörmény megcsappanásához: az osteoblast működés, tehát a matrixképzés gátlása és a fokozott osteoclast resorpció révén. Az osteocalcin koncentráció mérése alapján megállapították, hogy az osteoblast funkció csökkenése már a steroid terápia bevezetése utáni első héten megindul, és a terápia fenntartása esetén mindvégig supprimált marad. A histomorphometriai vizsgálatokkal igazolt csontresorpciót jól jelzi a hydroxyprolin vizelettel történő fokozott ürítése. Okaként sekunder hyperparathyreosis valószínűsíthető, mely a steroid által direkt módon okozott bélbeli calcium felszívódás akadályozása miatt alakul ki.

Sambrook és mtsai kontrollált vizsgálatban tanulmányozták a tartósan steroidot szedők csontdensitását egy éven keresztül adagolt calcitriol és calcium supplementáció alkalmazása mellett, és azt találták, hogy ez a profilaktikus terápia megakadályozza az osteoporosis létrejöttét a lumbális gerincszakason, azonban nem hat a distalis radius és a combnyak területén. Napi 400 E lazac calcitonin intranasalis alkalmazása a calcitriol és calcium adagolás mellett tovább fokozta a lumbális gerincetre gyakorolt protektív hatást. A vizsgálat második évében, amikor a betegek már nem részesültek antiporotikus terápiában, de a steroidot továbbra is szedték, a korábban calcitriolt + calcitonint + calciumot kapó betegek lumbális gerincének densitása nem csökkent.

A calcitriol terápia legfőbb mellékhatása a hypercalcaemia kialakulása, ez a fenti vizsgálatban a betegek 25%-ában fordult elő. A D-vitamin alkalmazásának racionális célkitűzése lehet az intestinalis calcium felszívódás helyreállítása és az osteoblast működés serkentése. A calcifediol (25-hydroxy-vitamin D) kevésbé okoz hypercalcae-

miát, ugyanakkor a bélre gyakorolt hatása azonos a calcitrioléval.

A tartós steroid terápián lévő betegek antiporotikus kezelésében helyet kaphatnak az oestrogenek és a biphosphonatok is. Az előbbi javasolható minden steroidot szedő nőnek a menopause után. A biphosphonatok közül leírták az intermittáló etidronát, illetve pamidronát jótékony hatását. Az anabolikus steroidok virilizációt okozó mellékhatásuk miatt háttérbe szorulnak. Biztató terápiai alternatíva a csontokat kevésbé érintő corticosteroidok, például a deflazacort bevezetése.

A már kialakult, fracturákkal járó, steroid indukálta osteoporosis kezelésében alkalmazták a nátrium-fluoridot és a monofluorophosphatot, calciummal kiegészítve. Calcitonin és calcium adagolás is fokozta a csontok densitását egy randomizált, kontrollált vizsgálatban. Mindazonáltal a terápiai próbálkozások eredményessége korlátozott mértékű, tehát az ideális megoldás még felfedezésre vár.

Haris Ágnes dr.

CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Bakteriális meningitis kezelése dexamethasonnal gyermekeken. Schaad, U. B. és mtsai (Svájci Meningitis Tanulmányi Csoport): *Lancet*, 1993, 342, 457.

1990 július és 1992 február között 3 hónapostól 16 éves összesen 115, bakteriális meningitisben szenvedő gyermeket vontak be a vizsgálatokba, akiket Svájc 14 centrumának gyermekintézményeibe szállítottak. A bakteriális meningitis diagnózisát a liquor fehérvérsejt szám, kémiai vizsgálatok, Gram-festés és antigén meghatározások alapján állították fel. Minden beteget ceftriaxonnal kezeltek, napi 100 mg/kg adagban intravénásan, naponta 1 alkalommal. Más antibiotikumot nem adtak. A kezelés tartama a liquor sterilizálásán alapult. Haemophilus infl. vagy Neisseria mening. esetében 7 napig folytatták a kezelést, Streptococcus pn-ban 9 napig. A vizsgálatok kettős, vak, placebóval ellenőrzött módon történtek. A randomszerűen választott betegek közül 55 kapott placebót, 60 dexamethasonnal. Dexamethasonból 0,4 mg/kg mennyiséget adtak intravénásan 12 óránként 10 perccel a ceftriaxon beadása előtt összesen 2 napig. A betegség súlyosságát a Herson és Toddról elnevezett pontozás alapján állapították meg.

Beszállításkor minden betegből vért és liquort küldtek tenyésztésre és elvégezték a rutin vizsgálatokat. Második lumbálpunkcióra 24 órával az antibiotikus kezelés megkezdése után került sor és 24 óránként ismételték a liquor sterilizálásáig. A mintákból laktát, tumor nekrozis faktor és interleukin meghatározást is végeztek. Rutinszerűen tesztelték a kórokozó érzékenységét és meghatározták a minimális gátló titert ceftriaxonra, ampicillinre, cefuroximra, chloramphenicolra és rifampicinre.

Az antibiotikus kezelés előtt, majd a 2., 3. napon és a kezelés végén serum CRP vizsgálatot végeztek. A napi klinikai megfigyeléssel és laboratóriumi monitorizálással, amelyben teljes vérkép, elektrolytok, creatinin, májenzimek, vizelet cukor és okkult vér a székletben foglaltattak, keresték a kezelésre adott esetleges mellék reakciókat.

Hallásvizsgálatot a kezelés 2–4. napja között, a kórházból való távozásakor majd 3 és 9 hónap múlva végeztek. A hallás romlását enyhének minősítették, ha a küszöbérték 30–49 dB volt mérsékeltnek 50–79 dB esetén, súlyosnak 80–99 dB között és süketnek 100 dB felett. Minden olyan beteget, akinek audiogramja körös volt, távozás után 15 hónap múlva újra vizsgálták. Teljes fizikális és neurológiai ellenőrzés történt a beteg távozásakor, majd 3 és 9 hónap múlva. Bármilyen patológiás jelnél 15 hónap múlva is.

A szerzők eredményeiket táblázatokba foglalták. Az 1. táblázat a két csoport klinikai és laboratóriumi jellemzőit részletezi, kor, nem, hőmérséklet, beküldéskor a meningéalis jelek, göctüneteket, a tudatállapotot, comát, respirációs zavarokat, az állapot súlyosságát, a görcsök számát, a bakteriemiát, CRP értéket, a kórokozók típusát és megoszlásukat. A felsorolt jellemzőket illetően nem volt lényeges különbség a két csoport között. Az összes izolált baktérium (H. infl., N. mening., St. pn.) érzékeny volt ceftriaxonra.

A meningitis lefolyását a 2. táblázat tükrözi. Halálos lefolyású eset nem volt. A lázas állapot időtartama hasonlóan alakult és az antibiotikus kezelés végén a serum CRP értékek normalizálódtak mindkét csoportban. A ceftriaxon kezelés után 24 óra múlva 4–4 beteg liquora tartalmazott baktériumot, 48 óra múlva minden beteg gerincfolyadéká sterilizált. A dexamethason nem befolyásolta a liquor sterilizálásának arányát. A kezelés alatt összesen 19 szövődmenyt észleltek, közülük 14 egy hét és 3 hónap között megszűnt. 5 neurológiai komplikáció persistált.

Az intravénás kezelést a betegek jól tolerálták és gyógyszerek visszavonására nem került sor. A székletben okkult vérzést a placebóval kezeltékben ritkábban találtak mint a dexamethasonos csoportban, azonban ennek nem voltak következményei.

A 3. táblázat a neurológiai és audiológiai következményeket összegezi 15 hónappal a kórházakból való távozás után. A vizsgálatok szerint 2 enyhe és 3 súlyos eltérést észleltek a placebo csoportban és 1 súlyosat a másikban. Az audiológiai eltérések mindegyike nagyobb számú és súlyosabb volt a placeboval kezeltékben. Összességében a placebo kapottak 16%-ánál találtak 1 vagy több neurológiai vagy audiológiai eltérést (55-ből 9-et) míg a dexamethasonos csoportban 5% (60-ből 3) volt az arány. A táblázat a relatív kockázatot is feltünteti. Részletesen elemzik ennek a 12 betegnek a kórházi felvételtkor észlelt klinikai és laboratóriumi adatait összehasonlítva a többi 103 gyermek adataival, lényeges eltérés közöttük nem volt. A ceftriaxon alkalmazása bak-

terialis meningitisekben jól bevált. Az állatkísérletek és klinikai tanulmányok szerint pharmacokinetikailag a szerzők által használt módszer a dexamethason intravénás adására adja a legmagasabb koncentrációt a serumban. A rövid ideig tartó (2 nap) kezelés az esetleges mellékhatásokat minimalizálja.

Összegezve: a dexamethasonnal történő kezelés a liquor gyulladási folyamatát csökkenti, ami a cukor emelkedésében mutatkozik. Ugyanakkor nem csökkenti a kórokozók érzékenységet ceftriaxonnal szemben. A komplikációk nem voltak kapcsolatosak a liquor sterilis válásnak időpontjával. A végleges halláskárosodás közül 8 esett a placebo és 3 a dexamethasonos csoportra. Átmeneti hallásvesztéssel kapcsolatban a szerzők álláspontja az, hogy nem függ össze a dexamethason kezeléssel. A szövödmények elemzése, melyet a 4. sz. táblázat jelez, a dexamethason kezelés előnyét mutatja szemben a placebóval kezettekkel. Az antibakteriális terápia mellett a kiegészítő dexamethason ajánlják a szerzők a csecsemő- és gyermekkori bakteriális meningitisek kezelésében.

Baranyai Elza dr.

A szív és érrendszeri betegségek magzati és csecsemőkori eredete. Barker, D. J. P., Fall, C. H. D. (MRC Environmental Epidemiology Unit, Southampton General Hospital, Southampton SO9 4XY, Anglia): Arch. Dis. Childh., 1993, 68, 797.

Azoknak a gyermekeknek, akik méhen belül a retardált növekedést szenvedték el, strukturális és anyagcsere abnormalitásaik vannak. Aránytalanul csökkent némely szerv nagysága, beleértve a májat. Abnormális a glukóz-inzulin anyagcsere, emelkedtek a szérum trigliceridek, magas a plazma növekedési hormon és a kortizon koncentráció. Azoknak a fiúknak, akik testsúlyuk egy éves korukban 8,2 kg vagy kevesebb volt, háromszor nagyobb a halálózásuk, mint akik súlya 12,3 kg vagy annál több volt.

A szív koszorús érbetegség a magzat kedvezőtlen méhen belüli környezethez való alkalmazkodásából ered. A kedvezőtlen környezethez, különösen az elégtelen tápláltsághoz való alkalmazkodás bizonyos magzati szerveket és szöveteket beleértve a májat és hasnyálmirigyet háttérbe szorítanak, míg másokat beleértve az agyat megkímélnék. Számos állatkísérletben kimutatták, hogy a szegényes tápláltság a korai élet gyors növekedés periódusában marandó változásokat idézhet elő egy sor szerv és szövet szerkezetében és életében. Ez a tünet mint programozás ismeretes. Van egy kritikus periódus, amikor bizonyos érettséget el kell érni, mert az érettség hiánya bizonyos fokig be nem hozható.

A magas vérnyomás nem korlátozódik a méhen belül retardált előzményű emberekre. A születési adatok vizsgálata a csecse-

mők két csoportját azonosította. Az egyik csoport születési súlya a normális értékek belüli, de felnőtt korukban magas vérnyomásúak lesznek, ponderális indexük alacsony. A másik csoport alacsony, a testhossz rövidebb, mint amit a fejkörfogat alapján várni lehetne. A sovány csecsemők hajlamosak a súlygyarapodásra, míg a kis testmagasságúak nem. A csökkent magzati növekedés és vérnyomás a méhen kezdődik és azután az élet folyamán fokozódik.

Az inzulin nyilvánvalóan egy lehetséges láncszem a magzatnövekedés és a koszorúsér szívbetege között. Az alacsony születési súly és a glukóz-inzulin anyagcsere zavar a csökkent magzat növekedési ráta révén társulnak és a nagy lepény/születési súly hányados az anyai alultápláltság befolyását sejteti. A férfiak és nők, akiknek alacsony születési súlyuk volt, hajlamosak az X szindrómára, ami jelentős inzulin rezisztenciával társul. Ezeknek a glukóz toleranciájuk zavart és magas a vérnyomásuk.

Jakovits Antal dr.

Gyermekek védelme napégés ellen. Jarret, P., Sharp, Caroline, Mc Lelland Janet, (Department of Dermatology, Sunderland Royal Infirmary, Sunderland SR2 7JE, United Kingdom): Br. med. J., 1993, 306, 1448.

A napégés növeli a melanoma malignum kockázatát. Ebből a szempontból különösen fontosak a gyermekkorban elszenvedett leégések. Ausztráliában a lakosságot széles körben felvilágosítják a túlzásba vitt napozás veszélyeiről, hangsúlyozva többek között az ing és kalap viselésének és a napvédő krémek használatának fontosságát. Angliában ilyen kampány nincsen, ugyanakkor növekszik a melanoma malignum gyakorisága.

A tanulmány célja, hogy egy napfényes angol városban, Sunderlondon, felmérjék az ottani gyakorlatot.

416 20 éven aluli, válogatás nélküli gyermeket vettek be a tanulmányba. Leégésnek a testfelület több mint 1%-os pirját vették. 200 ilyen volt. A gyermekek $\frac{1}{3}$ -a nem viselt inget, több mint fele nem használt napvédő krémet és nem viselt kalapot. Az egy éven aluliakra vigyáztak legjobban.

Angliában a gyermekek több mint $\frac{1}{3}$ -a leég nyárra. A csecsemők védelme megfelelő, de a korrallal a gondosság csökken. Még a világosbőrűek szülei sem ismerik a veszélyt.

A lakosság felvilágosítása, különösen a gyermekek és szüleiké, nagyon fontos.

[Ref.: Hasonló átfogó program hazánkban is indokolt!]

Hencz Péter dr.

A gyermekek elleni szexuális abusus kezelése. Deltaglia, L. (2, allée des Feuillantes, F — 94800 Villejuif): Arch. Fr. Pediatr., 1993, 50, 459.

Az igazságügyi eljárási folyamat, nehézségei és kellemetlenségei ellenére, az esetek nagy részében hozzájárul ahhoz, hogy az áldozatként kezelt gyermek sérelmét megoldják. A törvény minden törekvése ebben az irányban hat. A Franciaországban folytatott ilyen irányú küzdelem már központosított, de most már el kell kezdeni a gyermekek elleni visszaélésekkel szembeni küzdelmet is. Franciaországban nagy figyelmet fordítottak a megfelelő hálózat kiépítésére, ennek egy része a szexuális abusus elleni küzdelem lesz. Erre a kérdésre eddig nem sok figyelmet fordítottak. Az irodalom ennek pszichológiai, szociális, jogi és általános vonatkozásait már korábban jól ismerte. A nagyközönség és a tudományos közlemények hallgatnak a javítás módzatairól.

Melyek is azok az ártalmak, amelyek ilyen módon létrejönnek: 1. A következményes károsodások a szexuális abusus révén nem csak az áldozatot, hanem annak okozóját is, és a társadalmat érintik. A gyermekáldozat először testileg sérült. 2. Az esetlegesen enyhe fizikai ártalom mellett az abusus főleg a pszichoszomatikus szférát érinti, ahol változó mértékű károsodások is jelentkeznek. A szervezet egésze reagál a behatásra. 3. A személyiség reakciója különböző — a kevésbé súlyostól a suicidumig —, toxicomania stb. Valójában a személyiséget érintő zavarok csak később, a serdülőkorban lesznek nyilvánvalók, amikor is az enyhe zavarok háttérben a korai abususok nyilvánulnak meg. 4. A szexuális élet zavarai csak a serdülőkorban jelentkeznek. Ezek rendkívül változatosak, valamennyi szervet érinthetik, a személyiség megváltozása jön létre — öngyilkosság, toxicomania stb. 5. Nagyon sokszor az újrálás zavarai egyes emlékek után, különböző phobiák és az ön-kép megromlása, a másokba vetett bizalom hiánya áll a súlyos válság háttérben. A szexuális abusus következményei nem automatikusak, nem egyértelműek, mint az agressziós tünetek. A normálisan védelmet jelentő felnőttek rablókként jelentkeznek a gyermek számára. 6. Maga a társadalom és az orvosok is „áldozatul” esnek. Náluk is el kell végezni a javítási eljárást. Mindazonáltal a szerző tudatában van annak, hogy egyes akciókat vadnak, brutálisnak, barbárnak kell minősíteni.

Miből áll a segítség és a javítás, kezelés? A javulás magából az áldozatból indul ki: a szükséglet, idő, védelem stb. ennek fenntartása. Fokozni kell minden vonalon a saját javulás — gyógyulás szükségességét. A szexuális abusus esetében semmi pszichikai konkrét gyógyítási eljárást nem javasolnak. Leggyakrabban egy hivatásos hálózat foglalkozik ezzel az egész folyamattal. Legtöbbször a szociális dolgozók tesznek ezen a területen a családlátogatásokon keresztül. Ugyanakkor ennek csak olyan esetben van értelme, ha a feltételek javításához a büntetőjogi következmények is társulnak.

A pszichoterapeuták részvétele gyakran, de nem mindig kívánatos. Az áldozatok segítségére létrejövő különböző társaságok nem minden esetben segítik elő a gyermek

javulását. Nagyon fontos szerepet játszik a környezet, bár ennek hatása nem mindig meggyőző. Hiányos a megfelelő nevelés, a megfelelő felvilágosítás, amiből következik a megfelelő gyógyítási program. Számos egyéni, szóbeli, társadalmi stb., meggyőzés segítheti a folyamatot. Sőt felvetődött az a kérdés is, hogy a jogi beavatkozás, eljárás nem súlyosbítja-e a gyermek által megélt negatív lelki folyamatot.

A pszichoterápia, bár sokszor kívánatos, nem mindig képes megoldani a tüneteket, esetleg csak a görcsök megszüntetése után. Az áldozatok segítésére alakult társaságok, vagy a régebbi áldozatok bevonása a gyógyító munkába ritkán hoztak sikereket. El-

sődleges szerepet a környezet játszhat, de ez sem mindig válik be.

A javulás és a jog kapcsolata: ennek élén elsősorban a bosszúállás áll. Másrészt ennek szocializált formája a jog. Két törvény is foglalkozik ezzel a kérdéssel és a felelősségre vonással.

A szerző felteszi a kérdést a bírósági eljárást illetően. A jelentős haladás ellenére hivatkozni kell arra, hogy a rendőrségnek kellő tapintattal kell végeznie feladatát. Segítségükre vannak ebben a feladatukban a párisi Hôtel-Dieu kórház egészségügyi igazságügyi intézetei, ahol megfelelő információt kapnak a fiatalok ellen elkövetett szexuális abususokról. Az ítélet nem vég-

zódhet csupán a „vádlott” elleni szimpla verdiktel, hanem az része kell hogy legyen az áldozat javulására, gyógyulására irányuló feladatnak. Vissza kell állítani az ember méltóságát.

Azok a küzdelmek, amelyek a gyermekek önvédelemre utaló fokozott érzékenységet érintik, megfelelő szűrés révén, utalnak a gondozásba vételre is. De mindez nem oldja meg a problémát. Így maradnak továbbra is a gyermekkori áldozatok. Ők azok, akik sürgető segítséget igényelnek. Erre a célra szerveződött a „Zémia” társaság, amely feltárja az elszennvedett ártalmakat és gondoskodik azok gyógyításáról.

Kövér Béla dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Asszisztált Reprodukciós Programjához pályázatot hirdet egy biológus állásra. Sejt-, illetve szövettényezési technikában való jártasság előnyt jelent.

A pályázati kérelmeket a közzétételtől számított 30 napon belül kell a klinika igazgatójához benyújtani (7624 Pécs, Édesanyák u. 17.).

A pályázathoz csatolni kell: diplomamásolatot, szakmai önéletrajzot, erkölcsi bizonyítványt, kitöltött személyi lapot.

Kelényi Gábor dr.

Az MH Központi Honvédkórház — igazgatója felvételre keres — III. Belgyógyászati osztályára — 1 adjunktust és 1 alorvost.

Az állások betöltéséhez belgyógyász vagy anesztéziológiai szakvizsga, többéves gyógyszer-tani vagy élettani gyakorlat szükséges. Angol nyelvvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek.

Jelentkezni személyesen az MH Központi Honvédkórház III. Belgyógyászati osztályán az osztályvezető főorvosnál. Cím: 1134 Bp., Róbert Károly krt. 44. sz.

A tatolcai Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója pályázatot hirdet az 1994. január 1-jétől újonnan induló belgyógyászati osztály másodfőorvosi állásának betöltésére.

Pályázati feltétel: gasztroenterológiából szakorvosi képesítés, többéves endoszkópos gyakorlat.

Bérezés: a közalkalmazotti törvény szerint.

Az álláshoz kétszobás lakás rendelkezésre áll.

Észely Ferenc dr.
orvos-igazgató

A Kisvárdai Városi Kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet csecsemő- és gyermekosztályára 1 orvosi állás betöltésére.

Az állásra pályakezdekők, szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk, szakvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek.

A pályázó részére kiemelt bérezést biztosítunk, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázatokat az orvos-igazgatóhoz kérjük benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Fazekas Imre dr.
orvos-igazgató

A Fővárosi Szent István Kórház és Intézményei orvos-igazgatója pályázatot hirdet:

I. Idegosztályára szakorvosi állás betöltésére.

Pályázati feltétel: intenzív betegellátásban való jártasság előnyt jelent. Szakvizsga előtt állók, pályakezdekő orvosok is pályázhatnak.

Merényi Gusztáv Kórháza Radiológiai Osztályára szakorvosi állás betöltésére.

Pályázati feltétel: szakorvosi képesítés. Szakvizsga előtt állók vagy pályakezdekő orvosok is pályázhatnak.

A pályázatokat Budapest IX., Nagyvárad tér 1. szám alá kérjük beküldeni.

Podhorányi György dr.
orvos-igazgató

A „Koch Róbert” Kórház (3780 Edelény, Dankó P. u. 80. sz.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra:

1. Osztályvezető főorvosi állásra, általános belgyógyászati osztályon.

Feltétel: belgyógyászati szakvizsga, legalább 10 éves szakmai gyakorlat.

A pályázathoz csatolandó: szakmai önéletrajz, tudományos tevékenység jegyzéke, bizonyítványok másolatai, erkölcsi bizonyítvány.

Az állás azonnal elfoglalható. Bér meg egyezés szerint.

Miskolcra való kijárást az intézet saját gépkocsijával biztosítjuk.

2. Egy orvosi állás, általános belgyógyászati osztályon.

3. Egy orvosi állás, tüdőbelosztályon.

Az állások azonnal elfoglalhatók, pályakezdekők is pályázhatnak. Férőhelyet vagy Miskolcra való kijárást biztosítjuk. Bér meg egyezés szerint.

Jónás József dr.
orvos-igazgató

Az ÁNTSZ Szeged Városi Intézetének tisztii főorvosa — közegészségügyi felügyelői állásra pályázatot hirdet.

Pályázati feltétel — szakirányú főiskolai végzettség.

Az állás azonnal betölthető.

Pályázati cím: Szeged, Súlyom u. 2.

Hunyady Ildikó dr.
városi tisztii főorvos

Reflotron® IV

Reflotron® IV

a jól bevált Reflotron készülékek továbbfejlesztett változata új mikroelektronikus egységgel.

Reflotron® IV

ujjhegyből nyert vérből vagy vénás vérből azonnali vizsgálati eredményt kapunk, még a beteg jelenlétében. A vérminta nem igényel semmiféle előkészítést (alvadás, centrifugálást stb.).

Reflotron® IV

kis mérete ellenére teljes laboratóriumi háttérrel biztosít. Ideális sürgősségi ellátásban, körzeti orvosi rendelőkben, kisebb laboratóriumokban, nagy laborokban mint háttér készülék, szűrővizsgálatokban.

Reflotron® IV

hordozható „kislabor”. Kis mérete, kis súlya, valamint az, hogy akkumulátorral (pl. autóakkumulátor) is működtethető, lehetővé teszi, hogy a szakrendelőn kívül is használják.

Reflotron® IV

a készülékbe épített mikroelektronika lehetővé teszi, hogy computerhálózathoz is csatlakoztathassuk. A betegek személyi vagy egyéb adatai a rendelkezésre álló billentyű segítségével betáplálhatók, a vizsgálati eredményekről nyomtatott leletet kapunk.

Reflotron® IV

egyebek között infarktus rizikófaktor számításához szükséges programot is tartalmaz.

Reflotron® IV

Gyors és megbízható segítséget nyújt az alábbi megbetegedések diagnosztikájában.

Diabetes

Reflotron® Glucose, Reflotron® Triglycerides, Reflotron® HDL Cholesterol, Reflotron® Creatinine

Lipidanyagcsere-zavarok

Reflotron® Cholesterol, Reflotron® Triglycerides, Reflotron® HDL Cholesterol, Reflotron® Glucose

Szívinfarktus

Reflotron® CK, Reflotron® GOT, Reflotron® GPT

Köszvény

Reflotron® Uric Acid, Reflotron® Urea, Reflotron® Creatinine

Májbántalmak

Reflotron® GOT, Reflotron® GPT, Reflotron® GGT, Reflotron® Bilirubin

Vesebántalmak

Reflotron® Urea, Reflotron® Creatinine, Reflotron® Hemoglobin, Reflotron® Uric Acid, Reflotron® K

Pancreatitis

Reflotron® Pancreatic Amylase, Reflotron® Amylase

Anaemie

Reflotron® Hemoglobin, Reflotron® Bilirubin

Ionháztartás zavarai

Reflotron® K⁺

További információkkal készséggel állunk rendelkezésre.



**BOEHRINGER
MANNHEIM
ÖSTERREICH**



Szakmai felvilágosítás:

BOEHRINGER MANNHEIM

Magyarországi Információs és Szerviziroda

1014 Bp. Országház u. 30.

Telefon/fax: 156-9899. Telefon: 201-4641.

Forgalmazó:

Akadimpex Kft.

1014 Bp. Országház u. 30.

Telefon: 175-5373. Fax: 156-5655.

Szervíz:

Analizer Kft.

1133 Bp. Kárpát u. 38.

Telefon/fax: 120-6821.

MEDITECH ABPM



Veliünk most könnyen juthat egyről a kettőre!

Új év, új modell -

*régi Meditech ABPM 01-es
ambuláns vérnyomásmérő monitorát*

50.000 Ft-ért új,

ABPM 02-es modellre cseréljük!

*A cseréért természetesen az új programot
és az egy év garanciát is tartalmazzuk.*



*A Meditech ABPM 02 megfelelt
a Brit Hypertonia Társaság minőségi követelményeinek*

MEDITECH Kft. 1194 Budapest, Segesvári u. 45. ☎ (06 1) 128 8809



Sorbifer® Durules®

filmtabletta

ANTIMICROCYTHAEMICUM

A készítményből a vas-(II)-ionok folyamatos leadását a tabletták előállítás technológiája biztosítja.

A gasztrointesztinális traktuson áthaladva a porózus matrixból a vas-(II)-ionok folyamatos felszabadulása átlagosan 6 órán keresztül tart. A lassú hatóanyagleadás következtében lokálisan nem alakul ki kórosan magas vasion koncentráció, így a Sorbifer® Durules® alkalmazásával a nyálkahártya irritáció elkerülhető.

Hatóanyagok:	Ferrosum sulfuricum siccatum	320 mg
	(megfelel 100 mg Fe (II)-nek)	
	Acidum ascorbicum	60 mg tablettánként.

Javallatok: Prelatens vashiánybetegség profilaktikus kezelésére, latens és manifest vashiánybetegség (vashiányos vérszegénység) megszüntetésére alkalmas.

Ellenjavallatok: Nyelőcső szűkülete és/vagy az emésztő traktus obstruktív változásai. Fokozott vastárolással járó körfolyamatok.

Adagolás: Felnőtteknek és serdülőkorúaknak (12 éves kor felett) átlagos adagja 2x1 tabletták naponta szétrágás nélkül 1/2 pohár vízzel lenyelve, étkezés előtt legalább 1/2 órával.

Csecsemőknek és kisgyermekeknek nem alkalmazható!

Mellékhatások jelentkezése esetén az adag felére csökkenthető; 1 tabl./nap.

A terhesség 1–6 hónapja alatt naponta 1 tabletták, a terhesség utolsó harmadában és szoptatás ideje alatt naponta 2x1 tabletták ajánlott.

A kezelés időtartamát egyénileg a vasanyagcsere vizsgálatok kontrolljával kell meghatározni.

A gyógyszer adását a hemoglobin koncentráció normalizálásakor abbahagyni nem szabad, hanem folytatni kell a vasraktárak telítődéséig (kb. 2 hónap).

A terápia átlagos időtartama manifest vashiány esetében 3–6 hónap.

Mellékhatások: Enyhe émelygés, hányinger, hasmenés vagy székrekedés, gyomortáji fájdalom.

Gyógyszerkölcsonhatások: Együttadása kerülendő:

- tetraciklinekkel, D-penicillammal (kelátképződés miatt mind ezek, mind a vas felszívódása csökken)
- alumínium-, magnézium-, kalciumsó tartalmú antacidumokkal (a vas felszívódása csökken)

Figyelmeztetés: A készítmény csak vashiánybetegségben hatásos. Adása előtt a vashiánybetegség diagnózisát (SeFe alacsony SeTVK magas érték) fel kell állítani.

Más nem vashiány miatti vérszegénységben (infekt anémia, krónikus betegségekhez társult vérszegénység) adni felesleges.

Megjegyzés: ✦ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

Csomagolás: 50 db filmtabletta

Gyártja és forgalomba hozza:



EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

az Astra Pharmaceuticals AB, Svédország licence alapján.

A Sorbifer® Durules® védjegy az Astra tulajdona.

BESZÁMOLÓK

International Symposium on Advanced Laparo-Endoscopic Surgery. 1993. július 1—3. Athén

Athénban (a Hilton Szállóban) a Yale Egyetem és az Athéni Egyetem közös szervezésében került megrendezésre az első nemzetközi symposium a laparo-endoscopus sebészet jelenéről és jövőjéről. A rendezvény sponzorai a Glaxo, Roussel, Vianex, U. S. B. Hellas — voltak, a kiállító cégek között szerepelt az U. S. S. C. Auto Suture Int., Johnson et Johnson, Karl Storz, Olympus Optical, valamint más nemzetközi és helyi cégek is. A magas színvonalú szervezést az Options Congress S. A. biztosította. A társasági programok között az első este „Hang és Fény Játékok”, a második este hajóút és állófogadás (Sounionig és vissza) szerepeltek.

A rendezvény sikerét és magas színvonalát a laparo-endoscopus sebészet világszerte elismert „nagyjai” biztosították. A plenáris ülések mellett panel szekciók, video forum, poszterek és előadások szerepeltek. Egy magyar résztvevővel találkoztunk (Tárfányi M. és mtsai: Changes of circulatory parameters and blood gases during laparoscopic cholecystectomy — SOTE I. sz. Sebészeti Klinika — poster —). Rajta kívül még ketten vettünk részt Magyarországról a kongresszuson (Szabó László fő. és Csonka Csaba).

A plenáris ülésen Zucker előadásában hallhattuk a laparoscopus sebészet fejlődését, előretörését, illetve azt, melyek azok a műtétek, melyeket kiterjedten végeznek laparoscopus úton (cholecystectomy, appendectomy, anti-reflux műtétek, choledochus exploratio, diagnosztikus laparoscopia), melyek azok, amelyek még klinikai vizsgálat alatt vannak (vagotomia, oesophagus, myotomia, biliaris, gastric bypass, hernia, splenectomia) és melyek azok amelyek még a korai kifejlesztés stádiumában tartanak (oesophagogastricomyotomia, aorto-bifemorális bypass, pancreatoduodenectomia, máj-resectio, adrenalectomia). A 3D technikát már alkalmazzák az USA-ban!

Ezt követően Greene számolt be a laparoscopus sebészeti képzés, továbbképzés jelentőségéről, lehetőségeiről.

Jakimowicz a laparoscopus sebészet európai eredményeiről és jelenlegi helyzetéről tartott egy nagyon jól dokumentált előadást, mely két, 3 év különbséggel végzett felmérés eredményeit öszegezte. A három év alatt a módszer robbanásszerűen terjedt szét Európában s a végzett műtétek száma megkétszereződött.

Cahow a laparoscopus cholecystectomy eredményeit foglalta össze — USA Connecticut államában, ahol csaknem valamennyi kórház közös számítógépes rendszerben kapcsolódik össze. A feltett kérdések: Biztonságos? Gazdaságos? — voltak. A választ két év alatt végzett 6515 laparoscopus cholecystectomy eredménye-

inek feldolgozása alapján adták meg (igen, igen). A konverziós ráta a chr. cholecystitis miatt végzett műtéteknél (ezek alkották az összes eset mintegy 80%-át) 5,5% volt, míg az akut cholecystitis miatt végzett műtéteknél 20%.

Később is elhangzott hangsúlyozottan, hogy a konverzió nem szövődmény és nem szabad hezitálni, ill. kockáztatni a beteget. A konverziók legnagyobb része az anatómiai szituáció miatt (65%), valamint vérzés, choledocholithiasis és sérülés miatt történt.

A sima, szövődmenyes laparoscopus cholecystectomy ára 7000 USD körül volt (3 napos ápolással), míg konverzió esetén ez 13 000 USD-ra emelkedett. Komplikáció 14,6%-ban lépett fel (nem sebészeti komplikációkkal együtt), a halálozás 0,1%-os volt. Reoperáció 0,4%-ban vált szükségessé (28 164 USD!), míg choledochus sérülés 0,6%-ban (19 164 USD) volt. Acut cholecystitisnél a szövődmények aránya kétszer akkora volt, mint chr. cholecystitis esetén. Egy sima LC 7000 USD-os költségénél a hagyományos cholecystectomy több mint 3 × annyiba került (24 000 USD) — a különbség a hosszabb ápolási időtartamból (13 nap) adódik. (A műtét költsége 4000 USD körüli, míg egy ápolási nap kb. 1100 USD körüli.)

Ezt követően lélegzetelállító képsorok következtek Colonel Satava tolmácsolásával — aki a 21. század sebészetéről és sebészeiről (telepresencia és Nintendo-surgeon) tartott előadást. Jelenleg kísérleti stádiumban tart az a fejlesztés, mely lehetővé teszi a sebész és „műteti alany” különválasztását térben telekommunikatív csatornák (pl. műhold) igénybevitelével. A távlatok elképzelések és beláthatatlanok. Jelenleg az állatkísérletek előtt állnak, de néhány év múlva sor kerülhet a human kipróbálásra is. A sebész egy képernyő előtt ülve, ujjait egy speciális, minden érzéket továbbító manipulátorba helyezve operál — akár több ezer kilométerről is.

A cholecystectomy panelban Russel tartott előadást a minilaparotómiából végzett cholecystectomyról, összevetve az LC-val. A konklúzió nem szembeállítás, hanem adott esetben mérlegelés és alkalmazás (pl. LC viatalok számára előnyösebb).

Zucker az akut cholecystitis műtéteinek speciális szempontjairól szövegezte. Ezek: óvatos preparálás, percutan lezárás, rutin i. op. cholangiographia, a d. cysticus suturája — mivel clip nem elegendő —, drének. Fontosnak tartják a 30°–50°-os optika alkalmazását, valamint kiegészítő (2–3) kanülök bevezetését.

Az akut és chr. cholecystitist összevetve jelentős különbség volt a konverzióban (acut: 27%, chr: 5%). Az acut cholecystitis laparoscopus és laparotómiás műtétét összevetve azt találták, hogy jelentős eltérés van az ápolásban (Lap: 6,8 nap, LC: 2,6 nap). Kisebbségi eltérés volt a műtét időben (Lap: 144 p, LC: 128 p). A choledocholithiasis aránya hasonló volt (Lap: 9%, LC: 8%). Biztonságosnak ítélik meg az LC-t

acut cholecystitis esetében is, de nagyobb gyakorlatot kíván (50 chr. LC alatt nem tanácsos végezni) és mind az orvosnak, mint a betegnek fel kell készülni a nagyobb konverziós rátára.

Bonatos az Athéni Egyetem tapasztalatairól számolt be, 8 sebész által végzett 1808 LC kapcsán. 82%-ban végeztek cholangiographiát, a műteti idő átlag 81 perc, átlagos ápolás 1,5 nap, a konverzió 2%, a mortalitás pedig 0,5% volt. Görögországban 3 év alatt mintegy 5000 LC-t végeztek. (Az Agios Savas kórházban múlt év októberé óta végzik az LC-t s számoltak be eredményeikről.)

Gigot előadásában az eredményekről és a szövődményekről beszélt Belgiumban 38 centrumban 68 sebész által végzett 3244 LC alapján (20 hónap alatt). Szövődmények 23%-ban léptek fel. 32%-ban végeztek intraop. cholangiographiát. Konverzió 6,5%-ban volt. A mortalitás 0,2%-os, a reoperáció aránya 0,5%-os volt. CBD-sérülés 0,5%-ban volt. A post. op. felismert sérüléseknél volt 2 halálozás, míg ha i. op. felismerték, nem volt mortalitás.

A sérülések okai: sebész gyakorlatlansága, gyulladás, részben a laparoscopus technikának tulajdoníthatóan (2D, érzés elvesztése, elektrocauter stb.). De: A sérülések 53%-a sima, nem komplikált epekövesség mellett következett be, és 34%-át gyakorlott sebészek okozták (akik több mint 100 műtétet végeztek már).

A gyakorlatlan sebészek okozták részben a szövődmenyes esetek sérüléseit, míg a gyakorlottak a szövődmenyes (gyulladás stb.) esetek szövődmenyeit. A sérüléseknek csak 40%-át ismerték fel műtét közben — pedig ez nagyon fontos — és a sérülések 67%-át cholangiographiával detektálták. Ahol nem csináltak i. op. graphiát, ott csak 17%-ban ismerték fel a sérüléseket i. op. A halálozásért zömmel a biliaris peritonitis felelős, ami a késői felismerés következménye. Az i. op. cholangiographia nem előzi meg a sérülést (choledochus), de segít a felismerésben. Rutin i. op. graphiát javasol. A központban a biztonság van — s ennek érdekében kell mindennek történnie. Abszolút kontraindikációja az LC-nek nem megfelelően képzett sebész! Nagyon fontos a szövődmények elkerülése érdekében a beteg gondos kiválasztása, a sebész gyakorlata (konverzió az nem szövődmény!), s a helyi komplikáció megelőzése, a Calot-háromszög gondos preparálása.

Az i. op. cholangiographia minimalisan növeli meg a műtét idejét (10–15 perc), de fontos elvégezni, mert sokkal többbe kerül egy elnézett choledochus sérülés. Ha nem tisztá az anatómia, a korai konverzió nagyon fontos!

Cahow az LC és a tanulási görbe kapcsolatáról beszélt. A műtét ideje csökken a gyakorlottsággal (129 perc—90 perc), a konverziós ráta is csökken (10%—4%). A műteti idő növekedésével viszont nő a konverziós ráta, a szövődmények aránya és a költség is. A nagy epeutak sérüléseinek száma csökken a gyakorlottsággal, de 50 eset felett ismét emelkedik (kétszácús görbe)

— nyilván a nehezebb esetek miatt. A gyakorlati csökken a szövődmények aránya és a conversio ráta. Jelenleg 3 nap az átlagos ápolási időtartam LC után, de arra törekednek, hogy még aznap hazamenjen a beteg.

Olsen az i. op. laparoscopus cholangiographia rutin vagy selectiv alkalmazásáról kialakult vita során elmondta, hogy ő a rutin alkalmazás mellett van — de a rutin nem jelenti azt, hogy mindig és a selectiv nem jelenti azt, hogy ritkán vagy soha.

Szinicz choledocholithiasis esetén fiataloknál inkább laparoscopus műtétet javasolt, a papilla épségének megőrzése miatt. Rutin i. op. graphia mellett van ő is.

Petelin szintén a rutin i. op. cholangiographia mellett foglalt állást. Saját maga által végzett 1000 LC során 87%-ban végeztek i. op. cholangiographiát és az esetek mintegy 10%-ában abnormalis volt a cholangiogram. Sikeres LCDE-t (Laparoscopus Common Duct Exploration) végzett az esetek 96%-ában. LCDE átlagban 142 perc, LC pedig 77 perc. Először a d. cysticuson próbálják feltágítás után eltávolítani a köveket, Fogarthy-katéterrel, ill. Dormia-kosárral. Ha nem megy, akkor choledochotomiát végeznek. Kehr-cső mellett történik a zárás. Bemutatták a video-mixer alkalmazását is, mely egy képernyőn jeleníti meg a laparoscopus képét, a choledochoscopus képét, ill. a cholangiographiás képet („picture in picture effect” [PIP]). Russel és Dudai a lágysérvek és a recidiv herniák laparoscopus műtéti megoldásáról számoltak be. Katkhouda (Franciaország) szintén a laparoscopus hernioplastica technikájáról, illetve az általa bevezetett új eljárásról számolt be, mely lehetővé teszi a lágysérvek műtétek lumbal érzéstelenítésben történő végzését „gasless abdomen”-nel. Rosser a laparoscopus technika gyermeksebészeti alkalmazásáról beszélt. Az elterjedésnek jelenleg gátat szab az, hogy nincsenek kialakítva a speciális eszközök, a hagyományosak pedig nem alkalmazhatók kellő sikerrel.

A kongresszus további részében tartott előadások felölelték a jelenleg végzett valamennyi műtéttípust, azok szövődményeit, a szövődmények kezelését, illetve elkerülésének lehetőségét. Minden előadó fontosnak tartotta a megfelelő képzést és a folyamatos továbbképzést is.

A távlatok jelenleg még beláthatatlanok, az elkövetkező évek fogják megmutatni, melyek azok a műtétek, melyek eredményesebben és biztonságosabban végezhetők laparoscopus úton s melyek azok, amelyeknél a

hagyományos technika alkalmazása célravezetőbb. A sebészek között folyó „versengésbe”, melynek a végső célja természetesen a betegek jobb ellátása, bekapcsolódnak a különböző cégek is újabb és újabb eszközök kifejlesztésével, valamint a hadikutatások is (telepresence, 3D technika innen származik).

Az bizonyos, hogy a nyilvánvaló jelentős gazdasági előnyök mellett a betegek számára egyértelműen kevesebb fájdalommal, megterheléssel és kellemesebb postoperatív szakkal, valamint gyors rekonvaleszcenciával jár a laparoscopus műtét és örvendetes az a tény, hogy hazánkban is egyre több kórházban van lehetőség végzésére. Remélhetőleg a TB is figyelembe veszi a fentebb említett jelentős gazdasági előnyöket a finanszírozásban, s így talán lehetővé válik, hogy felzárkózzunk a nyugati országokhoz ezen a területen.

Csonka Csaba dr.

I. Pannon konferencia Komáromban (Szlovákia)

A Magyarok Nemzetközi Orvostudományi Akadémiája (WHMA) által rendezett konferenciára 1993. július 30.—augusztus 1. között került sor Komáromban (Szlovákia). A WHMA (Worldwide Hungarian Medical Academy) által rendezett I. Pannon Konferencia színhelye ezúttal a Jókai Színház minden igényt kielégítő környezete volt. A mozgalom, mely 4 éve alakult és székhelye Boston, magába tömöríti a világ magyar (és nem csak magyar nemzetiségű) orvosainak egy részét, jelenleg 700 tagot számlál. Szellemi atyja, szíve, lelke és mozgató rugója az akadémiának dr. Szabó Sándor bostoni professzor, akinek az ötlete alapján kapcsolódott össze a konferencia a III. Selye Napokkal. Így a rendezvénysorozat két részből állt, egy társadalmi-kulturális műsorból és egy nemzetközi orvostudományi konferenciából.

Az orvoskonferencián hét országból 106 résztvevő regisztráltatta magát (Szlovákia 70, Magyarország 25, USA 5, Németország 3, Csehország 1, Kanada 1, Olaszország 1). A százhat résztvevőből 16 az orvostanhallgatók soraiból került ki. Az előadók száma 17 volt (USA 3, Kanada 1, Magyarország 5, Szlovákia 6, Németország 1, Olaszország 1).

A konferencia alapeszméje és célja — modern posztgraduális típusú képzést köz-

vetíteni a WHMA tagok és nem tagok számára, főleg a pannon régió országaiból. Az előadások angol, magyar és szlovák nyelven hangzottak el.

Az ideai konferencia tudományos színvonalát biztosították azok a jeles, szakmájukban világszerte elismert orvosok, kutatók és klinikai dolgozók akik a fent említett országokból érkeztek.

Szabó professzor (Boston) ünnepi megnyitójában áttekintést adott a WHMA megtett útjáról és a jövőendő feladatokról. Ezt követően a kongresszus előadás-sorozatokban végezte munkáját. Az előadások három témakört öleltek fel: diabetes mellitus, hepatológia és gastroenterológia, valamint újdonságok a kutatásban.

A diabetes mellitus patogenézisééről, diagnózisáról és korszerű kezeléséről R. Arky professzor Bostonból tartott értékes áttekintő előadást.

A gastroenterológia tárgykörben a hepatológia kapta az elsőbbséget. Itt Fehér professzor Budapestről, valamint Okolicsányi dr. Pármából ismertették, hogy hol tart ma a modern kutatás ezen a területen. Topál László dr. a Barrett-özofágusról tartott nagyon érdekes, szemléltető előadást.

Szabó professzor (Bostonból) a fekélybetegség etiopatogenézisével foglalkozott, hangsúlyozván a H. pylori szerepét a duodenális fekélybetegség kialakulásában és fenntartásában.

Beck professzor (Kanada) a gastroesophagealis refluxszal foglalkozott az előadásában. Pár Alajos dr. (Pécs), Sacks dr. (Boston) az újdonságokkal ismertették a hallgatókat a klinikai immunológia terén. A hazai előadók közül igen értékes előadásokat hallhattak a résztvevők Rácz dr. (Kassa), Michálek dr. (Lubochnya), Šimko dr. (Kassa), Mucha dr. (Komárom), Hulkó Beáta dr. (D-szerdahely). előadásai keretében.

A konferencia résztvevői aug. 1-jén, a zárónapon, közösen koszorúzták meg Selye János emléktábláját, majd ismét közösen részt vettek és hallgatták meg dr. Szarka László Trianonról szóló előadását, mely a kulturális és társadalmi műsor keretében hangzott el. A konferencia nagyon hasznos és szemléletformáló volt.

A nagyvonalú támogatás tette lehetővé a reprezentatív világkonferenciát, melyért a rendezőknek köszönet jár.

Bastránk Mária dr.
Gaulieder József dr.

„Még sok időbe fog kerülni, míg a közműveltség odáig fog fejlődni, . . . hogy orvosi iskolák s az ezekkel egybekötött kórházak . . . létrehozásának szükségét érezve erszényeinket azok létesítésére és fenntartására önszántunkból bőkezűleg megnyissuk.”

Markusovszky Lajos

Saridon

Trade Mark

10 tabletta

FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS LÁZCSILLAPÍTÁS

Fájdalomcsillapító, lázcsillapító hatóanyagok kombinációja koffeinnel kiegészítve. Az egyes hatóanyagok aránya biztosítja, hogy a hatás megfelelő erősségű legyen és a fájdalmat gyorsan és több órán át csillapítsa.

Hatóanyagok: 250 mg paracetamolum, 150 mg propyphenazonum és 50 mg coffeinum tablettánként.

Javallatok: Fájdalom, pl. fejfájás, fogfájás, menstruációs fájdalom, migrén, neuralgia, neuritis, műtét utáni és reumás fájdalom; lázas betegségek (influenza, stb.)

Ellenjavallatok: Az adása nem javallt súlyos veseelégtelenség, congenitalis glukóz-6-foszfátdehidrogenáz - hiány (haemeolytikus anaemia), akut májporphyria és a készítmény iránt ismert túlérzékenység esetén. Nem alkalmazható csecsemőknek és iskoláskorú fiatalabb gyermekeknek.

Adagolás: Felnőttek egyszeri adagja 1 vagy 2 tabletta; iskoláskorú gyermekeknek 1/2-1 tabletta.

Az egyszeri adag naponta 3-szor ismételtethető.

A tablettát egészben, nagyobb mennyiségű vízzel vagy más folyadékkal célszerű bevenni.

Fájdalomcsillapítóknak hosszabb ideig vagy nagyobb adagban történő alkalmazása fokozott orvosi megfontolást igényel.

Mellékhatások: Általában jól tolerálható. Ritkán allergiás bőrreakciót okozhat (bőrvörösség, urticaria).

Napi több tabletta bevétele esetén a koffein - az arra érzékeny egyéneken - a gyomor-bélcsatorna izgalmát, a központi idegrendszer ingerlését válthatja ki.

Figyelmeztetés: Terhes nőknek csak abszolút indokolt esetben szabad rendelni. Más fájdalomcsillapítókhoz hasonlóan, alkalmazása során az alkoholfogyasztás - az előre nem kiszámítható egyéni reakciók miatt - kerülendő.

Megjegyzés: Vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 10 tabletta

Előállító: F.Hoffmann - La Roche AG. BASEL Svájc

Csomagolja: HUMANPHARMA Gyógyszergyártó Kft. Gödöllő



BRONCHO-VAXOM®

Polyvalens

immunobiotherapeuticum

felnőtt, gyermek

kapszula



HATÁS

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

HATÓANYAG

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLAT

Eddigi tapasztalatok szerint nincs.

MELLÉKHATÁS

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

ADAGOLÁS

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

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

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

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

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

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

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre — egyszeri alkalommal — adható ki.

CSOMAGOLÁS

Broncho-Vaxom kapszula felnőtteknek 30 db

Broncho-Vaxom kapszula gyermekeknek 30 db



Forgalomba hozza:



Biogal Gyógyszergyár Rt, Debrecen
OM laboratórium, Genf licence alapján

KÖNYVISMERTETÉSEK

Eckhardt Sándor: *Onkológia*. Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 1993, 141 old., 23 táblázat, 10 ábra, 980,— Ft

A háziorvosi könyvsorozat újabb köteteként megjelent *Onkológia* kiadásának szükségességét indokolni bizonyára nem kell senki számára. A daganatos betegségek számának gyors szaporodása — ezen folyamat alól hazánk sem kivétel —, a velük kapcsolatos ismeretanyag bővülése és változása, új diagnosztikus és terápiás lehetőségek elterjedése magyarázzák azt a tényt, hogy daganatos beteggel a mindennapi gyakorlatban majdnem minden orvosi szakma művelője találkozik. Az egészségügyi ellátásunk alapját, első — gyakran meghatározó — lépcsőfokát jelentő háziorvos sem kivétel ez alól, sőt szerepe az utóbbi években e területen is megnőtt. Elsősorban számukra kíván e könyv rövid áttekintést adni, hasznos információkat közölni. Szerzője az onkológia nemzetközileg is ismert és elismert szaktekintélye, akit sok évtizedes tapasztalata, gyakorlata képessé tett arra, hogy a témát a családorvos mindennapi gyakorlata számára optimális szinten tárgyalja és tekintse át. A 4 fejezetre osztott munka foglalkozik a családorvos szerepével az onkológiai diagnosztikában, terápiában, elkülönítő kórisma felállításában, majd utat mutat új terápiás eljárások irányába. A fentieket ajánlót irodalom felsorolása követi, majd 21 alapvető teszt-kérdés megválaszolására nyílik módja a könyvet olvasónak.

Joggal tételezhetjük fel, hogy a könyvet haszonnal forgatják majd azok, akik számára íródott — az egészségügy egyre növekvő szerepet játszó „közkatonái”, a családorvosok.

Besznyák István dr.

Helmut Anemüller: *Grunddiät System*. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1993

Az „Alapdiéta Rendszer” c. német nyelvű dr. med. HELMUT ANEMÜELLER tollából származó kiadvány 1993-ban megjelenő második kiadása a Hippokrates Verlag Stuttgart gondozásában jelent meg. A könyv hat nagy fejezetben foglalkozik a diéta alapvető problémáival.

Az első fejezet a diéta, a táplálkozás és a táplálkozás terápia témakört öleli fel. Ezen belül a diéta hippokratészi koncepciójával, a diéta helyével és jelentőségével foglalkozik. Számba veszi a táplálkozással összefüggő betegségeket, mint pl. a kövérség, diabetes mellitus, húgysavkó, köszvény, arteriosclerosis, szív- és keringés betegségek, essentialis hypertonia, emésztési szervek betegségei, tumorok, allergiás betegségek, caries, osteoporosis, reumatológiai betegségek. Felsorolja a fontosnak tartott

rizikófaktorokat (anyagcsere zavarok, hypertonia, megnövelt bél passage...).

A táplálkozás terápia jelentőségéről mutatja, hogy kb. évi 80 milliárd DM-ra becsülik a táplálkozással összefüggő betegségek költségeit.

Továbbiakban adatokat közöl a Német Táplálkozási Társaság felméréséről a napi zsír, kalória, koleszterin, állati fehérje, finomított cukor, alkohol, konyhasó, rostanyagok, B-vitaminok, ásványi anyagok fogyasztásáról. Ezek alapján kiemelhető, hogy Németországban magas a kalória-bevitel, az állati fehérje, finomított cukor, konyhasó, alkohol fogyasztás, viszont az ásványi anyagok, rostok, vitaminok bevitel alacsony. A reform táplálkozás megvalósítása Bircher-Benner és Kolloth koncepcióján alapszik. Az új terápiás elvek lényege a teljes értékű alapdiéta fejlődése, amely kapcsán a táplálkozási faktorok befolyásolhatják az anyagcsere keringés és a védelmezési funkciókat.

A második fejezet a táplálkozás terápia teljes értékű alapdiétás koncepciójával foglalkozik. Ezen belül részletezi az indikációkat és változatokat. Az irányelvek II pontban történő felsorolása után a különböző betegségekre való utalásokat találhatjuk. Így a diéta módosítását adipositas, diabetes mellitus, ill. szövődményei, arteriosclerosis, zsírfogyasztás zavar, szív- és keringési betegségek, hypertonia, purin anyagcsere zavar, reumatológiai betegségek, terhesek, idős emberek esetén.

A harmadik fejezet az egyedi diéta eseteit részletezi coeliakia, M. Crohn, colitis ulcerosa, gyomorresektio, anus praeternaturalis, I. tip. zsírfogyasztás zavar, vesebetegség, haemolysis, phenylketonuria, diabeteses ketoacidosis, élelmiszer allergia, élelmiszer intolerancia jelenléte esetén.

A negyedik fejezet az intenzív táplálkozási terápiával foglalkozik. Kiemeli lényegét, céljait. Ismerteti módszereit: teljes éhezés (null diéta), fehérje substituációs diéta, klasszikus tej (savó), italok, szénhidrát pótló ital diéta, gyümölcs diéta, vegetáriánus teljes nyers diéta, bél „gyógyító” diéta — F. X. Mayr szerint, teljes gabona, szemcsés diéta, gastroenterológiai kímélő diéta, rizs, zöldség, gyümölcs diéta, száraznap — ivónap váltott diéta, karotta diéta, nyers alma diéta, burgonya diéta, szabvány diéta készítményekkel.

Az ötödik fejezetben az intenzív táplálkozás terápia kombinációja szerepel fitoterápiával.

Majd végül a hatodik fejezet konkrét adatokat tartalmaz élelmiszer anyagokra, ill. összetevőikre, alkoholra, vitaminokra, ásványi anyagokra vonatkozóan.

A 97 irodalmi utalás önmagában is segítséget adhat a diétetika iránt érdeklődőknek a részletek megismerésének segítségével.

A könyv érdeme, hogy részletesen foglalkozik a táplálkozás terápia teljes értékű

alapdiétás koncepciójával. E kapcsán támpontokkal szolgál úgy az egészséges táplálkozás, mint a különböző betegségek diétájának megvalósításához. A könyvben található pontos adatok ennek megvalósítását teszik könnyebbé és egyszerűbbé. A ma Magyarországon is előtérbe helyezett egészségvédő program részeként alkalmazható, így ajánlható mindenkinek, ki ezzel foglalkozik, ezen kívül belgyógyászoknak, dietetikusoknak, táplálkozástudományi szakembereknek.

Bach Katalin dr.
Wörling Klára dr.

Harald L. J. Knorr, Berthold Seitz, Gottfried O. H. Naumann: *MEMO Augenheilkunde*. Unter Mitarbeit von Alexander A. Bialasiewicz, Jost B. Jonas, Gabriele E. Lang, Klaus W. Rupprecht. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1993

Ez, a valóban zsebkönyv terjedelmű (14 × 10 cm, 128 oldal), ténylegesen zsebben hordandó, 9 fejezethez álló kompendium a szemészeti gyakorlatban — úgy a rendelésben, mint a betegágy mellett — nyújt kiválóan hasznosítható ismereteket.

Sikeresen használható az a rész, melyben a társszakmák művelői, elsősorban a háziorvosok a mindennapos praxisukban a sok gondot jelentő — a sajnálatos módon egyre szaporodó —, a szemészetben is használatos rövidítések közül 142-re kapunk magyarázatot.

Zsebnaptárszerűen kiképzett oldalain helye van azon munkatársak adatainak, kiknek segítségére speciális esetekben szükség lehet.

Az ambuláns és fekvőbeteg-ellátásban a legalapvetőbb tudnivalókat, mint a beteg elővizsgálatait, műteti előkészítést, a zárójelentések helyes megszerkesztését, a diagnózis felállítását, ápolási statisztikák, kórlapok vezetését, dekurzálását, a szemészetben előforduló kódszámokat stb. mellett még a varratvétellel kapcsolatos utalásokat is tartalmazza.

A könyvecske felsorolja a rutindiagnosztikai eljárásokat, a konzervatív terápiás lehetőségeket. A glaukóma fejezet különösen alapos és részletes (Jost B. Jonas professzornak köszönhetően, aki elsősorban a papilla elváltozásait hangsúlyozza ki). Pontosan megszerkesztett séma ábrázolja az anisocoria differenciáldiagnosztikáját.

Bőséges információt nyújt az anormális-kópos vizsgálatokról, valamint a fluoreszcens angiográfia jelentőségéről a retinopathia diabetica osztályozásában. Az argon lézerrel való koaguláció alapjait két ábra demonstrálja. Szemléletesen részletezi a kontaktlencse illesztését. A szem gyulladós betegségei között kitér az AIDS-szel kapcsolatos teendőkre. Összefoglalja az elsősegélynyújtás konzervatív terápiáját (maródások, contuziók, szekunder glaukómák, retinopathiák stb.).

Tájékoztató a rutinműtétek előtt és után alkalmazandó tennivalókról (keratoplasztika,

enukleáció, katarakta, glaukóma, ablatio retinae, perforáló sérülések, strabizmusel- lenes műtétek stb.).

Külön fejezet foglalkozik a szemészeti szakorvosi vélemények helyes megfogalmazásáról.

Tanácsokat ad a tudományos munkához való adatfeldolgozáshoz.

Felsorol 143 (német és angol nyelvű), 15 témakörben katalogizált alapvető kézikönyvet, valamint a legfontosabb (29) szemészeti folyóiratot, melyek mindegyike a szemesztályok rendelkezésére kell hogy álljon. (Ekkora irodalmi háttérrel alaposan kibontakoztathatja tudását a szemészet speciális ágai iránt érdeklődő szakember.)

A könyvecske feltételezi a már jól működő, a privatizáción alapuló egészségügyi ellátást. Ezek a körülmények hazánkban az egészségügyi reformnak köszönhetően már kialakulóban vannak, így a benne foglaltak jó részének meghonosítása túl van az előkészületeken.

A terápiás javaslatokat kritikával kell fogadnunk, mivel a felsorolt gyógyszerek nevei, hatóanyaguk összetétele változhat, adagolásuk egyéni mérlegelést igényel.

A zsebkönyvecske elsősorban a pályakezdő szemorvosnak ad gazdag információt, de a háziorvos is sok hasznosíthatót találhat magának a már nálunk is deklarált, a kompetenciájába tartozó területen.

Az itt összefoglalt ismeretek segítségével le lehet rövidíteni a sok pénzbe kerülő kórházi ápolási időt, amiből adódóan jelentős anyagi és munkamegtakarítás valószínűsíthető.

A kis terjedelem következtében a szerzők teljességre nem törekedhettek, de ezek ellenére a legalapvetőbb szemészeti ismereteket és tennivalókat is igen szerencsés arányban sikerült összefoglalni.

A konvencionális tipográfiának köszönhetően ezen kiadvány szintén jól illeszkedik az Enke sorozatba.

Betkó János dr.

Herjavec Irén—Böszörményi-Nagy György: Asthma bronchiale. Springer Hungarica, Budapest, 1993, 155 oldal. Ára: 1190,— Ft

Az elmúlt évtizedben a hörgi asthmával kapcsolatos ismereteink jelentősen bővültek, a pathomechanizmus, illetően a korábbi elképzeléseket az újabb ismeretek jelentősen módosították. Az egyszerű hízósejtcentrikus képet számos sejt interakcióját is magában foglaló komplex pathomechanikai szemlélet váltotta fel. Számos új gyógyszerrel és ezek hazai hozzáférhetőségével jelentősen bővültek a terápia lehetőségei is, módosultak a kezelés irányelvei. E magyar nyelven megjelent könyv megírásával a szerzők hiányt pótolva, a nemzetközi és hazai szakirodalom legújabb ismeretanyaga, valamint saját tapasztalataik alapján korszerű, átfogó képet adnak az asthma bronchialéről.

A könyv 15 fejezetre oszlik, melyek a betegség epidemiológiájával, diagnosztikájával, klinikai tüneteivel, tüdőfunkciós eltéréseivel, a bronchospasmust kiváltó tényezőkkel, az asthma akut romlását előidéző állapotokkal, a pathomechanizmus legfontosabb kérdéseivel, a bronchialis hyperreaktivitással, az asthma beteg kezelésével foglalkoznak. Külön fejezetben tárgyalják az akut súlyos asthmát (status asthmaticus), a terhelés indukálta asthmát, valamint a foglalkozási asthmát.

A könyv egyik fontos érdeme, hogy a korszerű elméleti ismeretek befogadásának

elősegítése mellett elsősorban a gyakorlati tudnivalókra, a tünetek fellépésének elkerülésére, a beteg állapotának, életminőségének javítása érdekében szükséges teendőkre összpontosít. A szerzők nem merev kezelési sémákat, hanem az asthma típusának, a beteg állapotának, tüneteinek és kísérő betegségeinek megfelelő egyedi kezelést tartanak szükségesnek. Ennek megválasztásához segítséget jelentenek az asthma bronchiale kezelésének a könyvben tárgyalt általános irányelvei és speciális helyzetekre megadott sajátosságai.

A gyógyszerek dozálásának, hatásának, lehetséges mellékhatásainak táblázatszerű felsorolása lehetővé teszi ezek gyors áttekintését. A kezelés fontos részeként tárgyalják a betegoktatás szempontjait, melyek hasznos segítséget nyújtanak a beteggel foglalkozó orvosok és szakszemélyzet számára.

A könyvön végigvonul a szakmai szempontból mértéktartó, kritikus szemléletmód, az egyes kérdések sokoldalú megvilágításának gyakorlata. A didaktikus felépítés, a jól megszerkesztett ábrák, táblázatok, a világos és a témához mértén olvasmányos fogalmazás elősegíti az olvasó számára a szép kivitelben készült könyv tartalmának elsajátítását.

A szerzők munkájának különös jelentőséget ad a hazai asthma betegek igen jelentős és évente mintegy 4000–5000-rel növekvő száma, mely fokozottan felhívja a figyelmet erre a krónikus betegségre. Bár a szerzők könyvükkel elsősorban az asthma betegek kivizsgálását, kezelését és gondozását végző pulmonológusok, allergológusok és családorvosok munkáját kívánják segíteni, hasznos lehet más szakterületen dolgozó, asthma beteggel nemritkán szembekeverülő orvos számára is.

Magyar Pál dr.

Ösztöndíj Almanach

A Kurzus Kft. megjelentette az "Első magyarországi Ösztöndíj Almanach 1993-1994" című könyvet, melyben hat ország (USA, Nagy-Britannia, Canada, Ausztria, Németország és Svájc) 370 oktatási- és kutatóintézete által meghirdetett, a világ minden polgára által megpályázható ösztöndíjakat gyűjtötte össze. A kiadvány valamennyi, a szerkesztők által fellelt tudományág ösztöndíj-lehetőségeit tartalmazza, mi csak az orvosi témájúak legfontosabb, a választáshoz szükséges információit választottuk ki és adjuk közre (sorrendben: a meghirdető intézmény neve, az ösztöndíj elnevezése, az ösztöndíj témája, a pályázók köre). Ez az összeállítás csak kis része annak, amit a teljes könyv ajánl, tervezzük, hogy a későbbiekben a könyvben szereplő további lehetőségeket is megjelentetjük. Bővebb felvilágosítást (és könyvet) a Kurzus Kft. irodájában (Budapest, József krt. 17, tel.: 1113-812) kaphatnak.

Alberta Heritage Foundation for Medical Research (Canada)
Full-Time Fellowship
Orvostudomány
Végzett orvosok felkészítése önálló kutatás végzésére

Heritage Clinical Investigatorships
Orvostudomány
Jól képzett orvosi szakemberek továbbképzése

Heritage Full-Time Studentship
Orvostudomány
Orvostanhallgatók tehetséggondozása

Heritage Medical Scholarships
Orvostudomány
Alberta tudományos életének fejlesztése

Heritage Medical Scientist Awards
Orvostudomány
Nemzetközileg elismert kutatók toborzása és foglalkoztatása Albertában

University of Alberta (Canada)
Izaak Walton Killam Memorial Scholarships
Orvostudomány
Orvostanhallgatóknak, oktatási kapcsolatok fejlesztése

American Epilepsy Society (USA)
Postdoctoral Fellowships on Epilepsy
Epilepszia kutatás
Kutatás elősegítése (diploma után)

American Heart Association (USA)
Grants-in-Aid
Kardiologia

American Otological Society (USA)
Research Grants
Otologia
Otosclerosis és más hallási rendellenességek

American Society for Medical Technology Education and Research Fund., Inc. (USA)
Baxter Healthcare Corporation, Dade Division
Scholarship in Clinical Chemistry
Orvosi Kémia, klinikai vegyészet
Klinikai gyakorlatvezetők oktatási programjainak támogatása

Anna Fuller Fund
Postdoctoral Fellowship
Rákkutatás
Rákkutatások szponzorálása

The Arthritis Society (Canada)
Metro A Ogryzlo International Fellowship
Reumatológia
Alap kutatások elősegítése

Arthritis Foundation
Doctoral Dissertation Award for Non-Physician Health Professionals
Reumatológia
Reumatikus betegségek kutatása

Postdoctoral Fellowship
Reumatológia
Izületi gyulladásos betegségekkel kapcsolatos kutatások

The Arthritis and Rheumatism Council (Nagy-Britannia)
Eponymous Travelling Fellowship
Reumatológia
Orvostovábbképzés

Benevolent Foundation of the Scottish Rite, Supreme Council, Northern Masonic Jurisdiction (USA)
Dissertation Research Fellowship Award
Pszichiátria
Skizofrénia alap kutatás és a skizofrénia lélektana

Research Grant Award
Pszichiátria
Skizofrénia alap kutatás és a skizofrénia lélektana

Brithright (Nagy-Britannia)
Grants
Gynecologia, Peditria
Gyermekszülés és csecsemő gondozás biztonságának fokozása orvosi eszközökkel

University of Bristol
Franklin-Adams Scholarships
Orvostudomány és rokontudományok
Fejlődő/közepesen fejlett országok orvosi szakembereinek továbbképzése

The British Digestive Foundation (Nagy-Britannia)
Fellowship and Grants
Gasztroenterologia
Gasztroenterologiai kutatások

British Heart Foundation (Nagy-Britannia)
Overseas Visiting Fellowships
Kardiologia
Kardiologiai kutatások továbbvitele

PhD Studentships
Kardiologia
PhD kardiologiai kutatások finanszírozása

British Medical Association (Nagy-Britannia)
Annie Clegg Research Award
Orvostudomány
Orvosi Kutatások

Vera Down Research Award
Idegrendszeri zavarok, Izomdystrophia
Orvosi kutatások

Charlotte Eyck Research Award
Orvostudomány
Orvosi kutatások

Gunton Research Award
Rákkutatással és diagnózissal kapcsolatos egészségügyi nevelés
Orvosi kutatások

Doris Hillier Research Award
Reumatológia, Parkinson kór, arthritis
Orvosi kutatások

Middlemore Research Award
Ophthalmikus orvostudomány
Orvosi kutatások

C.H. Milburn Research Award
Orvosi-egészségügyi jogalkotás
Orvosi, orvosetikai kutatások

Townsend Research Award
Orvostudomány
Orvosi kutatások

Elizabeth Wherry Research Award
Urológia
Orvosi kutatások

The Burroghs Wellcome Fund (USA)
Burroghs Wellcome Fund Fellowship in Dermatology
Bőrgyógyászat
Kutatások továbbvitele

The Burroghs Wellcome Fund (USA)
Burroghs Wellcome Scholar Award in
Pharmacoepidemiology
Járványtan
Kutatások, tanítási programok

The Burroghs Wellcome Fund (USA)
Burroghs Wellcome STD Postdoctoral Research
Fellowship
Nemi betegségek
Kutatások továbbvitele

The Burroghs Wellcome Fund (USA)
Burroghs Wellcome Toxicology Scholar Award

Toxicológia
Kutatások továbbvitele

The Burroghs Wellcome Fund (USA)
Burroghs Wellcome Urology Fellowship
Urológia
Kutatások továbbvitele

The Burroghs Wellcome Fund (USA)
John Huhllings Jackson Clinical Research Fellowship
Epilepsziás betegségek klinikai kutatása
Gyakorló kiinkai szakemberek

University of Cambridge (Nagy-Britannia)
Broodbank Fellowship
Biokémiai és biofizikai kutatások, különös tekintettel
az élelmiszer konzerválási folyamatokra

St John's College Meres Senior Studentship
Orvostudomány
Végzés előtt álló, valamint frissen végzett hallgatók

Chemical Industry Institute of Toxicology (USA)
Fellowship
Toxicológia

Toxicológiai kutatások

Chemical Industry Institute of Toxicology (USA)
Predoctoral Traineeship
Toxicológia
Nemrég diplomázott toxicologusok akik PhD
kurzuson vesznek részt

Chemical Industry Institute of Toxicology (USA)
Postdoctoral Fellowships
Toxicológia
Frissen doktorált kutatók

Chemical Industry Institute of Toxicology (USA)
Postdoctoral Traineeships
Toxicológia
Postdoctoralis toxicologus kutatók

**Jane Coffin Childs Memorial Fund for Medical
Research (USA)**
Fellowships
Orvostudomány és kapcsolt természettudományok
Max. 30 éves postdoctoralis szakemberek
Kutatások továbbvitele

Ciba Foundation
Bursaries
Biomedicina és társtudományok
Konferencia költségtérítés
25-30 éves kutatók

Council for Tobacco Research-USA, Inc. (USA)
Grants
Orvostudomány, szociálpolitika, pszichológia
A dohányzás és az egészségmegőrzés kapcsolatának
tudományos vizsgálata interdiszciplináris keretek
között

Cystic fibrosis Foundation (USA)
Clinical Fellowship
Orvostudomány, biológia
A cisztás fibrózis kutatásának elősegítése

Cystic fibrosis Foundation (USA)
Clinical Research Grants
Orvostudomány
Klinikai kutatások továbbvitele

Cystic fibrosis Foundation (USA)
Research Fellowship
Orvostudomány
Alapkutatások klinikai ellenőrzése cisztás fibrózis
esetében

Cystic fibrosis Foundation (USA)
Research Grants
A cisztás fibrózis és rokonbetegségeinek klinikai
kutatása
A cisztás fibrózis kezelése új eljárásainak tesztelése

Cystic fibrosis Foundation (USA)
Research Scholar Award
Cisztás fibrózis kutatása
Neves orvoskutatók

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.

- Adloff/Ollier: **Les stomies digestives de l'adulte**. 1993. 186 p. 180 dessins et 23 ill. couleurs. Broché
ISBN 3-540-59611-9 DM 158,-
- Baldwin: **Pathology of Multiple Pregnancy**. 1994. 409 pp. 199 figs. in 316 parts. Hardcover
ISBN 3-540-94011-1 DM 118,-
- Böcker/Kügelgen/Skiba (Hrsg.): **Neurotraumatologie**. Klinikaschenbuch. 1993. 164 S. 34 Abb., 22 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-55920-5 DM 28,-
- Busse/Garthoff/Seuter (Eds.): **Dihydropyridines**. Progress in Pharmacology and Therapy. 1993. 119 pp. 53 figs. Softcover
ISBN 3-540-57308-9 DM 68,-
- Caplan/Hopf (Eds.): **Brain-Stem Localization and Function**. 1993. 260 pp. 116 figs., 20 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-56608-2 DM 128,-
- Casas/Wiley (Eds.): **Diagnosis Related Groups in Europe**. Uses and Perspectives. 1993. 207 pp. 27 figs., 34 tabs. Softcover
ISBN 3-540-57168-X DM 78,-
- Clinical Perspectives in Obstetrics and Gynecology**
Lorrain/Plouffe/Ravnikar/Speroff/Watts (Eds.): **Comprehensive Management of Menopause**. 1994. 455 pp. 101 figs. Hardcover
ISBN 3-540-97972-7 DM 140,-
- Current Topics in Cardiovascular Diseases**. (Co-Prod. with Bi & Gi Publ., Verona, Italy)
DeCaterina/Endres/Kristensen/Schmidt (Eds.): **n-3 Fatty Acid and Vascular Disease**. 1993. 176 pp. 17 figs., 11 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-19837-7 DM 70,-
- Current Topics in Microbiology and Immunology**
Vol. 184: Dunon/Mackay/Imhof (Eds.): **Adhesion in Leukocyte Homing and Differentiation**. 1993. 260 pp. 37 figs., 13 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-56756-9 DM 170,-
- Current Topics in Rehabilitation**. Co.-Prod. with Bi & Gi Publ., Verona, Italy
Rampulla/Fracchia/Ambrosino (Eds.): **Cardiopulmonary Rehabilitation**. 1993. 178 pp. 24 figs., 22 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-19836-9 DM 88,-
- Diot/Baulieu/Lemarie: **Médecine nucléaire en pneumologie**. 1993. 128 p. 86 ill. Relié
ISBN 3-540-59621-6 DM 189,-
- Diot/Baulieu/Lemarie: **Nuclear Medicine and Lung Diseases**. 1993. 124 pp. 48 figs. in black and white and 38 in colour. Hardcover
ISBN 3-540-59605-4 DM 189,-
- EC Series for General Practitioners**
Hardcastle (Ed.): **Colorectal Cancer**. 1993. 30 pp. 15 figs., 2 tabs. Softcover
ISBN 3-540-56702-X DM 58,-
- Foster/Sainz de la Maza: **The Sclera**. 1994. 316 pp. 134 figs. Hardcover
ISBN 3-540-94058-8 DM 248,-
- Guslandi/Braga (Eds.): **Drug-Induced Injury to the Digestive System**. 1993. 216 pp. 13 figs. Hardcover
ISBN 3-540-56656-2 DM 148,-
- Hagers Handbuch der Pharmazeutischen Praxis**. 5., vollst. neubearb. Aufl.
Band 5: **Drogen E – O**. 1993. 970 S. 134 Abb., 554 Formeln. Mit 124 Arzneipflanzengattungen, 262 Arzneipflanzenarten und 618 Drogen. Gebunden
ISBN 3-540-52638-2 DM 600,-
Subskriptionspreis DM 545,-
- Hartmann/Cucci: **Les dysfonctions cranio-mandibulaires**. 1993. 180 p. 203 ill. Relié
ISBN 3-540-59602-X DM 138,-
- Hefte zur Zeitschrift „Der Unfallchirurg“**
Heft 232: Rehm (Hrsg.), **56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.** November 1992, Berlin. 1993. 845 S. 149 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-56782-8 DM 148,-
Vorzugspr.f.Bez.d.Zt. DM 118,-
Heft 233: Wenda/Ritter (Hrsg.), **Neue Aspekte der Marknagelung. Akutversorgung von Wirbelsäulenverletzungen**. Mainzer Symposium in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, Februar 1992. 1993. 103 S. 1 Abb., 1 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-57099-3 DM 68,-
Vorzugspr.f.Bez.d.Zt. DM 54,40
- Hermanek/Henson/Hutter/Sobin (Eds.): **TNM Supplement 1993**. A Commentary of Uniform Use. (UICC). 1993. 141 pp. 26 figs., 10 tabs. Softcover
ISBN 3-540-56556-6 DM 58,-
- Hosenpud/Greenberg (Eds.): **Congestive Heart Failure**. Pathophysiology, Diagnosis and Comprehensive Approach to Management. 1994. 769 pp. 327 figs. Hardcover
ISBN 3-540-94017-0 DM 248,-
- Imura/Akamatsu/Azuma/Sawai/Tanaka (Eds.): **Hip Biomechanics**. 1993. 348 pp. 276 figs. Hardcover
ISBN 3-540-70118-4 DM 328,-
- Kiessling/Kölsdorfer: **Joule**. Integriertes ernährungswissenschaftliches Informationssystem (Joule 1, Joule 2 Plus, Joule 3 Plus und Joule Manager). 1993. Disketten 3 1/2" und 5 1/4", deutsches Handbuch mit etwa 300 S. DIN A 5 Ringordner mit Schubler
ISBN 3-540-14139-1 fPr. DM 3848,-
- Kiessling/Kölsdorfer: **Joule Manager**. Ernährungswissenschaftliches Informationssystem: Integrierende Oberfläche. 1993. Disketten 3 1/2" und 5 1/4"
ISBN 3-540-14141-3 fPr. DM 398,-
- Kiessling/Kölsdorfer: **Joule 3 Plus**. Ernährungswissenschaftliches Informationssystem: Lebensmitteldatenbank mit BLS. 1993. Disketten 3 1/2" und 5 1/4", deutsches Handbuch mit etwa 300 S. DIN A 5 Ringordner mit Schubler
ISBN 3-540-14133-2 fPr. DM 1998,-
- Kiessling/Kölsdorfer: **Joule 2 Plus**. Ernährungswissenschaftliches Informationssystem: Rezeptberechnung mit BLS. 1993. Disketten 3 1/2" und 5 1/4", deutsches Handbuch mit etwa 100 S. DIN A 5 Ringordner mit Schubler
ISBN 3-540-14140-5 fPr. DM 1998,-
- Klinische Anästhesiologie und Intensivtherapie**
Band 45: Bergmann (Hrsg.), **Hämodialyse, Hämapherese**. 1993. 242 S. 36 Abb., 36 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56919-7 DM 78,-
- Kumar/Alexander-Williams: **Crohn's Disease and Ulcerative Colitis**. Surgical Management. 1993. 244 pp. 141 figs. Hardcover
ISBN 3-540-19730-3 DM 218,-
- Lage-Stein/Helm (Hrsg.): **AIDS und die Vorstadien**. Ein Leitfaden für Praxis und Klinik. 17. Ergänzungslieferung: Stand Oktober 1993. 1993. 120 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-57398-4 DM 58,85

Medical Radiology. Diagnostic Imaging and Radiation Oncology. Cont. of Diethelm et al. (Hrsg.): Handbuch der Medizin. Radiologie

Beck-Bornholdt (Ed.): **Current Topics in Clinical Radiobiology of Tumors.** 1993. 152 pp. 61 figs., 21 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-56512-4 DM 148,-

Fletcher/Levitt (Eds.): **Non-Disseminated Breast Cancer.** Controversial Issues in Management. 1993. 168 pp. 42 figs., 32 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-54514-X DM 180,-

Meier/Kaiser/Moir (Hrsg.): **Schmerz beim Kind.** Leitfaden für Klinik und Praxis. 1993. 244 S. 76 Abb., 29 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-56421-7 DM 58,-

Meyer/Ringe/Dralle (Hrsg.): **Entwicklungen in der Abdominal- und Transplantationschirurgie.** 1993. 181 S. 44 Abb., 40 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-57141-8 DM 98,-

Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie

Band 72: Maier/Philipp, **Reliabilität und Validität der Subtypisierung und Schweregradmessung.** 1993. 190 S. 3 Abb., 41 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-54797-5 DM 128,-

Nabeya/Hanaoka/Nogami (Eds.): **Recent Advances in Diseases of the Esophagus.** Selected Papers in 5th World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus, Kyoto, Japan, 1992. 1993. 1078 pp. 446 figs. Hardcover
ISBN 3-540-70121-4 DM 428,-

Nagel/Fuchs (Hrsg.): **Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.** Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin. 1993. 346 S. 15 Abb., 31 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-56892-1 DM 142,-

Pech/Cannoni/Zanaret/Thomassin/Triglia/Giovanni/Dessi: **La rhinoplastie personalisée.** 1993. 229 p. 206 dessins et 278 photos (en noir et en couleur). Relié
ISBN 3-540-59596-1 DM 178,-

Recherche clinique et décision thérapeutique
Gauvain-Piquard/Murat/Pons (Éd.): **La douleur chez l'enfant:** échelles d'évaluation, traitements médicamenteux. Comptes Rendus de la Quatrième Journée de Pharmacologie Clinique Pédiatrique, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris, juin 1993. 1993. 211 p. Broché
ISBN 3-540-59618-6 DM 68,-

Rehabilitation und Prävention
Band 22: Buck/Beckers/Adler, **PNF in der Praxis.** Eine Anleitung in Bildern. 2., überarb. u. erw. Aufl. 1993. 304 S. 177 Abb. in 464 Teilen. Broschiert
ISBN 3-540-56692-9 DM 68,-

Robbins: **Management of Headache and Headache Medications.** 1994. 217 pp. Hardcover
ISBN 3-540-94040-5 DM 88,-

Scharrer/Schramm (Hrsg.): **23. Hämophilie-Symposium Hamburg 1992.** Verhandlungsberichte: HIV-Infektion, Hämophile Arthropathie des Kniegelenks, Thrombophilie – Fibrinolyse, Virusinfektion bei Hämophilie. 1993. 339 S. 150 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-56955-3 DM 148,-

Schlossberg (Ed.): **Tuberculosis.** 3rd ed. 1994. 323 pp. 64 figs. Hardcover
ISBN 3-540-94026-X DM 158,-

Simons (Ed.): **The Clubfoot.** The Present and a View of the Future. 1994. 587 pp. 328 figs. in 523 parts, 3 figs. in color. Hardcover
ISBN 3-540-97876-3 DM 350,-

Taylor (Ed.): **Family Medicine.** Principles and Practice. Coeditors: David/Johnson/Phillips/Scherger. 4th ed. 1994. 1092 pp. 116 figs. Hardcover
ISBN 3-540-94025-1 DM 228,-

Texhammar/Colton (Eds.): **AO/ASIF Instruments and Implants.** A Technical Manual. 2nd, compl. rev. and enl. ed. 1994. 564 pp. 3000 figs. Hardcover
ISBN 3-540-56895-6 DM 148,-

Weber: **Atlas der Computerperimetrie.** 1993. 237 S. 257 z. Tl. farb. Abb. Gebunden
ISBN 3-540-56611-2 DM 148,-

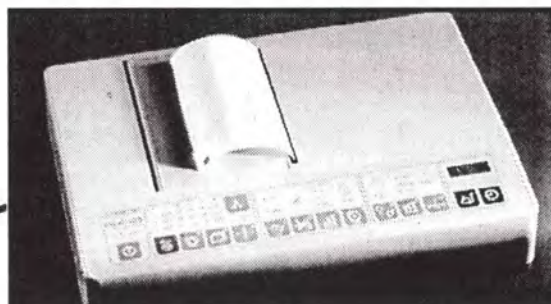
World Health Organization (Ed.): **International Histological Classification of Tumours**
Schajowicz: **Histological Typing of Bone Tumours.** 2nd ed. 1993. 129 pp. 166 figs., mostly in colour. (1st ed. published by WHO). Softcover
ISBN 3-540-56460-8 DM 89,-

Wunder/Henon (Eds.): **Peripheral Blood Stem Cell Autografts.** 1993. 273 pp. 49 figs., 31 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-52612-9 DM 178,-



ÚJ MEDKOM AJÁNLAT: EXCEL 103

A LEGKORSZERŰBB KOMPUTER EKG



- 3 csatornás komputeres EKG készülék
- automata kiértékelés és paraméter kiszámítás
- RS 232 csatlakozás (számítógéphez)
- hordozható feltölthető akkumulátorral
- defibrilláció elleni védelem
- elegáns formatervezés

- ergométer program
- ADF (Antidrift) szűrő
- pulzus kijelző
- könnyen kezelhető
- kedvező ár
- lízing lehetőség

Részletes információ: MEDKOM Kft. 1133 Bp., Gogol u. 34. Tel.: (06-60) 326315 Tel./fax: 140-2456.

Az 1993 novemberében törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (V. rész)

Az *Insulin Insulatard NovoLet 100 NE/ml injekcióról*

A NovoLet egyszerűhasználatos fecskendő, mely bioszintetikus humán monokomponensű inzulint (HM_{ge}) tartalmaz. A bioszintetikus humán inzulint élesztő sejtekben állítják elő rekombináns DNS technológiával. A HM_{ge} azonos a természetes humán inzulinnal. Az Insulatard intermedier hatású izofán inzulinnal.

Hatóanyag: 100 NE/ml humán monokomponensű izofán inzulinnal semleges kémhatású vizes szuszpenzióban. Enyhén rázogattva a készítmény fehéren opálos.

Javallat: Diabetes mellitus.

A humán monokomponensű inzulinnal alkalmazásával az allergiás reakciók, a lipotrophia és az inzulinnal rezisztencia általában elkerülhető. Insulatard NovoLet olyan cukorbeteg kezelésére javallt, akiknél a hagyományos inzulinnal készítményekkel végzett kezelést a fentiekben említett nemkívánatos kockázatok nehezítik.

Ellenjavallat: Hypoglykaemia.

Az Insulatard NovoLet nem alkalmas a diabeteses kóma kezelésére.

Adagolás és adagolási mód. Általában szubkután. Az adagolás individuális, a beteg inzulinnal-szükségletének megfelelően az orvos határozza meg. Beszúrás után a tűt néhány másodpercig a bőr alatt kell tartani, hogy a tökéletes bejuttatás biztosítva legyen. Minden egyes NovoLet fecskendő csak egyetlen személy kezelésére használható.

Hatástartam szubkután injekció után (hozzávetőleges adatok), hatáskészt: 1½ óra múlva, maximális hatás: 4–12 óra között, teljes hatástartam: 24 óra.

Az injekció beadása: Az injekciót a gyógyszer „Betegtájékoztató”-jában leírtak szerint kell beadni. A NovoLet előretöltött fecskendőket csak a speciális NovoFine tűvel szabad használni.

Gyógyszerköcsönhatás: Az inzulint más gyógyszerekkel együtt adva nemkívánatos vércukorszint emelkedés vagy vércukorszint csökkenés jöhet létre. Ezért óvatosan adható együtt az alábbiakkal:

- béta-receptor blokkolók, amfetaminok, anabolikus szteroidok, alfa-receptor blokkolók, klofibrát, ciklofoszfamid, fenfluramin, MAO-gátlók, metilpoda, tetraciklinek (erősítik az inzulinhatast, hypoglykaemiás reakciót okozhatnak),
- klóroproten, diazoxid, heparin, kortikoidok, kontraceptívumok, lítiumkarbonát, nikotinsav, fenoltalein, fenotiazin származékai, fenitoin, szaluretikumok, pajzsmirigy hormonok, szimpatomimetikumok, triciklikus antidepresszánsok (csökkenthetik az inzulinhatast, hyperglykaemiát okozhatnak),
- reszperin és szalicilátok (hatáscsökkenést és hatásérősödést egyaránt okozhatnak).

A betegek állítása humán monokomponensű inzulinnal: A cukorbeteg kezeléséhez és állításához az „Országos Közeti Orvosi Intézet és az Országos Belgyógyászati Intézet módszertani levele, Budapest 1987” ad irányelveket.

Általános irányelvek: Azon betegek esetében, akik megelőzően humán monokomponensű, sertés monokomponensű vagy más, nagyfokban tisztított humán, vagy sertés inzulint kaptak, csak annyi rutinszerű dózismódosítás szükséges, amennyi a stabil szénhidrát-anyagcsere fenntartásához szükséges.

Azon betegeknek, akik megelőzően kevert fajú vagy szarvasmarha inzulint kaptak, az előzőleg adagolt inzulinnal adagjától, tisztaságától, fajtájától függően szükséges az adag változtatása. A beteg új beállítását az orvos végzi és szükség szerint változtathat a kezelésén. Bármely beteget, aki napi 100 NE-nél több inzulinnal szorult kórházban kell állítani.

Figyelmeztetés: Lehetőség szerint fekvőbeteg gyógyintézetben történő beállítás után és csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

Az Insulatard NovoLet csak akkor alkalmazható, ha az inzulinnal szuszpenzió rázás után teljesen homogénnek válik.

Táladagolás esetén, ha a beteg tudatánál van, per os glükózt kell adagolni. Ha a beteg eszméletlen, iv. glükózt kell adagolni. Amennyiben rendelkezésre áll, a kezelést glukagon sc., im. vagy iv. adásával is lehet kezdeni és ha ez eredményes volt, per os kell szénhidrátot bevenni. Ha glukagonra a beteg nem reagál, iv. glükózt kell adagolni.

Néhány beteg arról számolt be, hogy a humán inzulinnal történő állítás után a hypoglykaemia figyelmeztető tünetei kevésbé voltak kifejezetek, mint az állati inzulinnal használatkor.

Inzulinkezelésben részesülőknek szeszesital fogyasztani tilos!

Cukorbeteg gépjárművezetésre való alkalmasságát az 1/1976. sz. EüM rendelet szerint kell megítélni.

A *Femoden dragséról*

Ösztrogén-gesztagén kombinációt tartalmazó monofázisú orális fogamzásgátló, melynek gesztagén komponense, a gesztoden mintegy 3-szor hatásosabb a levonorgesztrelnél. Hatását elsősorban az FSH és az LH szekréció megakadályozásával, az ovuláció gátlásával fejt ki. Gátolja továbbá a spermiumok cervix nyakon történő áthaladását, valamint a megtermékenyített petesejt beagyazódását.

Hatóanyag: 0,03 mg aethinyloestradiolum és 0,075 mg gestodenum dragséról.

Javallatok: Orális fogamzásgátlás.

Ellenjavallatok: Terhesség, súlyos májbetegség, Dubin-Johnson szindróma, Rotor szindróma; fennálló vagy az anamnézisben szereplő: cardiovascularis és cerebrovascularis elváltozások, thromboemboliás megbetegedések, májdaganatok, emlő- vagy endometrium carcinoma; lipidanyagcsere-zavarok, súlyos hypertonia, súlyos diabetes mellitus, sarlósejtes anaemia, ismeretlen eredetű hüvelyi vérzés, otosclerosis (mely a megelőző terhességek folyamán súlyosbodott); kórelőzményben szereplő idiopathiás terhességi icterus, súlyos terhességi pruritus, herpes gestationis.

Adagolás: Naponta 1 dragsé (lehetőleg mindig azonos időpontban) a menstruáció 1. napjától kezdve 21 napon át. Ezután 7 nap szünetet kell tartani, ez idő alatt menstruációszerű vérzés jelentkezik. A következő 21 dragsé szedését a 7 napos szünet utáni 8. napon (az első dragsé bevitelét követően 4 héttel, a hét ugyanazon napján) kell elkezdni.

Más orális fogamzásgátló szedéséről történő áttérés esetén is a fenti adagolást kell alkalmazni.

Szüles vagy abortusz után legkorábban az első bifázisú ciklust követő menstruáció 1. napján kell a dragsé szedését elkezdni.

Az első bifázisú ciklus az idő előtti ovuláció következtében általában megrövidül. Ha a dragsé szedése már az első spontán vérzés jelentkezésekor elkezdődik, lehet, hogy nem gátolja meg az idő előtti ovulációt, ezért a ciklus első 2 hetében előfordulhat, hogy nem biztos a fogamzásgátlás.

Ha a dragsé bevétele elmarad a szokott időben, úgy azt 12 órán belül pótolni kell. Az utolsó dragsé bevitelét követő 36 órán túl már nem megbízható a fogamzásgátlás. Az idő előtti vérzés elkezdése miatt azonban — az elfelejtett dragsé(k) kihagyásával — folytatni kell a szedést a megkezdett csomagból.

Ez idő alatt egyéb, nem hormonális fogamzásgátló módszer (kivéve a naptármódszert és a hőmérsékletmérési módszert) alkalmazása javasolt.

Mellékhatások: Hányinger, hányás, fejfájás, mellfeszülés, testsúly- és libido változások, lehangoltság, májfoltok, köztüvéresek, kontaktlencse viselési panaszok. Ritkán trigliceridszint emelkedés, vércukorszint emelkedés, glükóztolerancia csökkenés, vérnyomás-emelkedés, thromboembolia, hepatitis, hepatoadenoma, epehólyag megbetegedések, sárgaság, bőrkiütés, hajhullás, a hüvelyváladék megváltozása, hüvelygombásodás, szokatlan fáradtság, hasmenés.

Gyógyszerkölcsonhatások. Óvatosan adható együtt:

- ampicillinnel, kloramfenikollal, neomicinnel, penicillin V-vel, szulfonamidokkal, tetraciklinekkel, dihidroergotaminnal, trunkvillánsokkal (csökkenthet a fogamzásgátló hatás, ezért más nem hormonális fogamzásgátló módszer alkalmazása is javasolt),
- antikoagulánsokkal, kumarin- vagy indandion-származékokkal (prothrombinidő meghatározás és szükség esetén az antikoaguláns adagjának módosítása válhat szükségessé),
- triciklikus antidepresszánsokkal, maprotilinnel (növekedhet biohasznosulásuk, toxicitás veszélye),
- orális antidiabetikumokkal, inzulin (adagjuk módosítása válhat szükségessé),
- bromokriptinnel (amenorrhea és/vagy galactorrhea jelentkezhet),
- hepatotoxikus hatású gyógyszerekkel, főként dantrolennel (hepatotoxicitás fokozódás veszélye, különösen a 35 év feletti nők esetében).

Figyelmeztetés: Alkalmazásának megkezdése előtt általános orvosi vizsgálatot (elsősorban vérnyommérés, vizeletcukor meghatározás, májfunkció vizsgálat, emlővizsgálat, citológiai kenetvizsgálat) kell végezni a kockázatot jelentő betegségek, ill. a terhesség kizárása céljából.

Az alkalmazás időtartama alatt kb. félevenként orvosi ellenőrzés szükséges.

Vírushepatitis lezajlása (májparaméterek normalizálódása) után kb. 6 hónap múlva lehet orális hormonális fogamzásgátlást alkalmazni.

Nemi hormonokkal történő tartós kezelés során ritkán jóindulatú, igen ritkán rosszindulatú májdaganatok előfordulását észlelték, melyek egyes esetekben életveszélyes intraabdominális vérzésekhez vezettek. Ha súlyos fájdalmak jelentkeznek a hasi terület felső részén és májmegnagyobbodás vagy intraabdominális vérzés jelei mutatkoznak, májdaganat gyanúja merülhet fel. Szükség esetén a fogamzásgátló szedését le kell állítani. Szoptatás idején az ösztrogén komponens tejelválasztást csökkentő hatása miatt alkalmazása megfontolandó.

A megvonásos vérzés kimaradása esetén a gyógyszer szedése csak a terhesség kizárása után folytatható.

Köztüvéresek esetén a szedést folytatni kell, ezek a vérzések többnyire maguktól megszűnnek. Amennyiben a köztüvéresek nem szűnnek vagy ismétlődnek, orvosi kivizsgálás szükséges a szervi elváltozás kizárása céljából.

Hányás, hasmenés esetén a drasztikus szedését folytatni kell, de más mechanikus fogamzásgátló módszert is kell alkalmazni.

Az ösztrogént tartalmazó orális fogamzásgátlót szedők esetében megnevelkedhet a thromboemboliás megbetegedések, cerebrális és myocardialis infarktus, subarachnoidális haemorrhagia előfordulásának valószínűsége. Ez a kockázat magasabb a kor előrehaladtával, de főként dohányzók esetén. Ezért 30 év feletti nőknek a dohányzás teljes elhagyása javasolt. Nem szedhetik a gyógyszert olyan nők, akiknek családjában fiatalkori thromboemboliás megbetegedések vagy véralvadási zavarok fordultak elő.

Az adagolás azonnali leállításra szükséges:

- először fellépő vagy rosszabbodó migrén jellegű, szokatlanul erős fejfájások, akut látászavarok és érzékszervi zavarok, thrombozisos vagy infarktus gyanúja esetén,

- jelentős vérnyomás-emelkedés, icterus, ill. icterus nélküli hepatitis, generalizált pruritus jelentkezése, epilepszia, ill. az epilepsziás rohamok gyakoribb előfordulása esetén, valamint

- a tervezett műtét (előtte 6 héttel), hosszantartó immobilizáció (pl. balesetek után) és terhesség esetén.

A Cardioxan porról (infúzióhoz)

A dexrazoxan (ICRF—187) kelátképző vegyület, mely hatásosnak bizonyult a doxorubicin által kiváltott myocardialis toxicitás megelőzésében.

Bár a hatásmechanizmus nem teljesen tisztázott, a doxorubicin által kiváltott cardiotoxicitás létrejöttében elsődleges szerepet tulajdonítanak a Fe^{3+} -doxorubicin komplexnek. A komplexből redoxreakció során olyan szabad gyökök keletkeznek, melyek lipid peroxidáció kezdeményezésével, létfontosságú enzimek inaktiválásával és nukleinsavakkal történő interakciókkal toxikus hatást fejtenek ki a szívizomsejtekre.

A dexrazoxan kiszorítja a fémionokat doxorubicinnel képzett komplexekből és ezáltal megakadályozza a Fe^{3+} -doxorubicin komplex cardiotoxicitását.

A dexrazoxan nem nyújt védelmet a doxorubicin egyéb toxikus hatásaival szemben és nem csökkenti tumorelles hatását. Intravénás adagolását követően gyorsan eloszlik a szövetekben, legnagyobb mennyiségben a májban és a vesékben jelenik meg. A liquirorba nem jut klinikailag jelentős mennyiségben. Kevesebb mint 2%-a kötődik a plazmafehérjékhez: az alkalmazott adag 40%-a változatlan formában választódik ki a vizelettel.

Hatóanyag: 500 mg dexrazoxanum (sósavas só formájában) porüvegenként.

Javallatok: Cardiotoxicitás megelőzése doxorubicin kezelés esetén.

Ellenjavallatok: Dexrazoxan túlérzékenység, terhesség, szoptatás.

Adagolás: A dexrazoxant általában a doxorubicin adag 20-szorosának megfelelő dózisban, a doxorubicin alkalmazása előtt kb. 30 perccel kell beadni, rövid ideig (15 perc) tartó iv. infúzióban. Például 100 mg/testfelület m^2 dexrazoxan adag javasolt, ha a doxorubicint 21 naponként 50 mg/testfelület m^2 dózisban alkalmazzák.

Az egyszeri iv. dexrazoxan adag nem lépheti túl az 1000 mg/testfelület m^2 -t.

A dexrazoxan kezelést az első doxorubicin adag alkalmazásával egyidőben kell megkezdeni és a doxorubicin minden egyes beadása előtt meg kell ismételni.

Az infúzió előkészítéséhez a porampulla(k) tartalmát először 25 ml aqua dest. pro inj.-ben kell feloldani. Az ampullák tartalma enyhén rázogatás mellett néhány percen belül feloldódik ($pH = 1.6$). Thrombophlebitis veszélye miatt, a dexrazoxan további hígítás nélkül nem alkalmazható.

Az ampulla(k)ban lévő feloldott port aseptikus körülmények között 250 ml Ringer-laktát oldattal kell tovább hígítani.

A kész dexrazoxan infúziós oldatot 6 órán belül fel kell használni.

Zavaros vagy elszíneződött infúziós oldat nem használható fel. A dexrazoxan infúziós oldat nem adható együtt egy infúzióban más gyógyszerkészítményekkel.

Az infúzió elkészítése során gumikesztyű használata javasolt. Ha a dexrazoxan por, ill. oldat formájában bőrre vagy nyálkahártyára kerül, az érintett területet azonnal le kell mosni bő vízzel.

Mellékhatások: Leukopenia, thrombocytopenia, hányinger, hányás, alopecia, májfunkciózavarok, hőemelkedés, megnövekedett vas, és cink-clearance, anaemia, véralvadási zavarok, átmeneti szérum triglicerid- és amilázszint emelkedés, kalciumszint csökkenés fordulhatnak elő.

Gyógyszerkölcsonhatások: A dexrazoxan fokozhatja a citosztatikus kemoterápia egyéb gyógyszerei, ill. a sugárterápia okozta toxicitást.

Figyelmeztetés: Gyermekekben történő biztonságos alkalmazásával kapcsolatban nincs elegendő tapasztalat. Dexrazoxan kezelést csak a citosztatikus kemoterápiában jártas szakorvos végezhet.

A dexrazoxan (ICRF—187) mutagén hatású; karcinogénitását nem vizsgálták, azonban a racém származék (ICRF—159) — mely farmakológiai és toxikológiai tulajdonságait tekintve igen hasonlóan bizonyult —, tartós kezelést követően másodlagos tumorek megjelenését indukálta.

A kezelés során (különösen az első két kezelési ciklus alatt) a hematológiai paramétereket, valamint májelégtelenség esetén a májfunkciót rendszeresen kell ellenőrizni.

A kezelés alatt megfelelő fogamzásgátlást kell alkalmazni.

Túladagolás esetén leukopenia, thrombocytopenia, hányinger, hányás, hasmenés, bőrelváltozások, alopecia jelentkezhetnek. Nincs specifikus antidotum, ezért ilyen esetben tüneti kezelés javasolt.

A Propa 40 filmtablettáról

Antiarrhythmias hatását a szimpatikus idegrendszer béta-adrenerg receptorainak gátlásával fejt ki.

A szívre negatív inotrop és chronotrop hatású, gátolja a sinoatriális csomó és az ektópiás adrenerg függő pacemaker automatizációját, csökken a szívizom ingerelhetősége és az AV vezetés sebessége.

Nincs intrinsic sympathomimeticus aktivitása, terápiás adagban membránstabilizáló hatása gyenge.

Tartósan alkalmazva, mint minden béta-receptor blokkoló, a perctérfogat csökkentése, valamint a renin-elválasztás gátlása és a központi adrenerg béta-receptorokra gyakorolt hatása miatt vérnyomáscsökkentő hatással rendelkezik. Orálisan gyorsan és majdnem teljes mértékben felszívódik. A jelentős first pass effektus miatt biohasznosulása kb. 30 %-os.

Hatóanyag: 40 mg propranololum chloraum filmtablettaként.

Javallatok: Hyperkinetikus szív syndroma, tachycardiás szívritmuszavarok, pitvarfibrilláció, ill. pitvarlebegés, supraventricularis tachycardia, hypertonia, coronaria betegségek, angina pectoris, neuroleptikum okozta tremor, phaeochromocytoma esetén csak az α -receptor blokkolók alkalmazása után, a fellépő tachycardia gátlása, hyperthyreosis kezelésében kiegészítő terápiaként vagy a specifikus kezelésig különösen kritikusan fokozott pajzsmirigyműködés esetén, pajzsmirigy műtét előkészítése radioaktív jóddal alkalmazásakor, valamint ha a betegnél thyreostaticum adása ellenjavallt.

Ellenjavallatok: hatóanyagra való túlérzékenység, acut szívinfarctus, dekompenzált szívelégtelenség, cardiogen shock, II–III. fokú AV blokk, SA-blokk, sick-sinus syndroma, cor pulmonale bradycardia (55/perc alatti pulzusszám), hypotonia, beszűkült légzésfunkciók, asthma bronchiale, spasticus bronchitis, súlyos perifériás keringési zavar, metabolikus acidózis, terhesség, szoptatás.

Ha az egyéni vagy a családi anamnesisben psoriasis szerepel, csak az előny/kockázat szigorú mérlegelésével adható.

Adagolás: A filmtablettát szétrágás nélkül folyadékkal kell bevenni. Az adagolást egyénileg kell beállítani, a kezelés kezdetén a dózis fokozatos emelése ajánlatos.

Hypertonia: A kezelést felnőtteknek napi 2-szer 40 mg (2-szer 1 filmtabletta) alkalmazásával kell kezdeni, melyet szükség esetén hente lehet növelni. A fenntartó dózis naponta 160–320 mg (4–8 filmtabletta között van) napi 2–4 adagban. Tachycardiás szívritmuszavarok, angina pectoris: felnőtteknek napi 3-szor 40 mg (3-szor 1 filmtabletta), szükség esetén 2–3-szor 1–2 filmtabletta/nap-ig növelhető. A fenntartó dózist individuálisan kell beállítani.

Fokozott szimpatikus aktivitással járó szív- és keringési zavarok (hyperkinetikus syndroma): Felnőtteknek naponta 3-szor 40 mg (3-szor 1 filmtablettáig).

Hyperthyreosis: felnőtteknek naponta 80–120 mg (2–3-szor 1 filmtabletta).

Tremor: Kezdő adag felnőtteknek naponta 120–160 mg (3–4-szer 1 filmtabletta). Fenntartó adag általában 80–160 mg/nap (2–4 filmtabletta) naponta.

Mellékhatások: Esetenként hasmenés, székrekedés, fáradtság, szédülés, fejfájás, bizsergés és hidegérzés a végtagokban, izomgyengeség, izomgörcs (lábikragörcs), bronchospasmus, bőrpír, bőrvizketés felléphetnek. Ritkán alvászavarok, lidérces álmok, hallucinációk, látens depressio rosszabbodása jelentkezhet. A fennálló szívelégtelenség rosszabbodása és AV-átvezetési zavarok, bradycardia, nem kívánt vérnyomásemelés előfordul. Csökkenti a könnyelválasztást, erre különösen a kontaktlencsét

viselőknél kell figyelemmel lenni. Tartós alkalmazás esetén megváltoztatja a glukóztoleranciát különösen idősekben. Egyidejűleg fennálló cukorbetegségnél elnyomhatja a hypoglycaemia figyelmeztető tüneteit. Raynaud-kór és claudicatio intermittens esetén a kezelés kezdetén átmenetileg a panaszok erősödhetnek. Egyes esetekben psoriasis vulgaris válhat ki, ill. a meglévő psoriasis tünetei rosszabbodhatnak.

Egyes esetekben veseelégtelenségben a vesefunkció akut rosszabbodását írták le.

Gyógyszerkölcsönhatások:

Együttadása tilos:

— MAO bénítókkal (hatásfokozódás)

— Intravénás verapamil és diltiazem típusú kalcium antagonistákkal, antiarrhythmikumokkal (kinidin, ajmalin, fokozott bradycardia, vérnyomásemelés, fokozott cardiodepressív hatás).

Óvatosan adható:

— catekolamin depléciót okozó vérnyomáscsökkentőkkel: metildopa, clonidin, guanfacin (hatásfokozódás), a clonidint a propranolol szedés leállítását követően 1–2 napig még szedni kell,

— triciklikus antidepresszánsokkal, barbiturátokkal, diuretikumokkal, értágítókkal (fokozott vérnyomásemelés),

— digitális készítményekkel (ingerképzsére, ingerületvezetésre gyakorolt hatásuk összegeződhet),

— inzulinval és orális antidiabetikumokkal (ezek hatása erősödhet, az ellenreguláció gátlása révén a hypoglycaemiás tüneteket elfedheti),

— narcotikumokkal, (cardiodepressív hatás fokozódhat)

— cimetidinnel (first pass effektus fokozódásával megnő a propranolol plazmakoncentrációja, hatásfokozódás).

Figyelmeztetés: Alkalmazása alatt rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges. Ajánlott a rendszeres pulzusellenőrzés. A nyugalmi pulzusszám 55 ütés/perc alá ne csökkenjen. A terápiát — különösen szívkoszorúér megbetegedésben — nem szabad hirtelen megszakítani, hanem a dózis fokozatos csökkentése ajánlott. Diabetes mellitusban fokozott óvatossággal adható, rendszeres vércukorszint ellenőrzés mellett. Az anestheticumok cardiodepressív hatását növeli, az anaesthesiologust a műtét előtt a propranolol szedéséről tájékoztatni kell. Máj- és vesefunkció zavarok esetén a napi dózist individuálisan a funkciózavar mértékének megfelelően csökkenteni kell.

Phaeochromocytoma esetén kizárólag alfa blokkád után adható. Egyes esetekben vasospasticus angina pectoris esetén a rohamok fokozódásával kell számolni.

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

Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszesitalt fogyasztani.

Túladagolás: Szívelégtelenség esetén már alacsony dózisok is a kardiális állapot rosszabbodását okozhatják. A túladagolás tünetei az intoxikáció mértékétől függően lényegében cardiovascularis, vagy központi idegrendszeri tünetek; fáradtság, eszméletlenség, pupillatágulat, esetenként generalizált görcsroham, bradycardia egész asztolig, szív-keringés sokk.

Az intoxikáció jelenségek maximuma gyakran csak 12 óra után jelentkezik.

Az általános primer mérgezési intézkedések mellett a vitalis paraméterek fenntartása szükséges az intenzív osztályos körülmények között.

Ellenszerként adható atropin 1–2 mg iv. bolusban, beta szimpatomimetikumok, dopamin, dobutamin, isoprenalín, adrenalin, glukagon kezdő dózis 0,2 mg/tkg rövid infúzióban folytatva 0,5 mg/tkg dózissal 12 órás időközökre elosztva.

A Gingium filmtablettáról,

és a Gingium oldatokról

A ginkgo biloba extractum javítja a vér áramlási tulajdonságait, csökkenti viszkozitását, antihaemolytikus hatású, csökkenti a vörösvértestek aggregációs hajlamát, gátolja a thrombocitaaggregációt, gyorsítja a vér áramlási sebességét.

Javítja az arteriolák és venulák tónusát, helyreállítja a felborult thromboxan-prosztaciklin egyensúlyt.

Stabilizálja a kapilláris permeabilitást. Késlelteti az ischaemia által kiváltott cytotoxikus oedema kialakulását, növeli a hypoxiatoleranciát, javítja a szövetekben az oxigén- és a glukóz felvételét és utilizációját. A toxikus oxigényökök semlegesítése révén megakadályozza a kóros lipidperoxidációt.

A ginkgo biloba kivonat dózisfüggően befolyásolja az agyi elektromos aktivitást. Flavonoid hatóanyagai orálisan is jól felszívódnak. A ginkgolid-A biológiai hasznosulása 87–100%, maximális plazmakoncentrációja 15 µg/ml, felezési ideje 3,9 óra. A ginkgolid-B biológiai hasznosulása 71–93%, $C_{max} = 4$ µg/ml, felezési ideje 7 óra.

Hatóanyag: 40 mg extractum ginkgo bilobae siccum filmtabl. lettánként; 40 mg extractum ginkgo bilobae siccum 1 ml-enként.

Javallatok: Központi idegrendszeri zavarok (csökkent szellemi teljesítőképességgel és tudatéberségi szinttel) kezelése, ame-

lyek az alábbi tünetekkel járnak: szédülés, fülzúgás, fejfájás, memória- zavarok, szorongással kísért hangulati labilitás. Cervicalis syndroma okozta halláscsökkenés adjuváns kezelése.

Perifériás artériás keringési zavarok (claudicatio intermittens).

Ellenjavallat: A hatóanyag iránti ismert túlérzékenység.

Adagolás: Felnőtteknek általában naponta 3-szor 1 filmtabl., étkezés után, egészben lenyelve. Az oldatból naponta 3-szor 1 ml (azaz 16 csepp), kevés vízzel hígítva, étkezés után.

mellékhatások: Ritkán enyhe gyomor-bélpanasz, fejfájás, illetve allergiás bőrtünetek.

Gyógyszerkölcsönhatás: Ezideig nem ismeretes.

Figyelmeztetés: Eltartása szobahőmérsékleten (átlagosan 21 °C).

Megjegyezzük, hogy a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI Budapest, Zrínyi u. 3. 1051

Fiatal sebészek konferenciája

Az EUROCONSULT Alapítvány a SZEZON TOURIST segítségével konferenciát rendez a fiatal sebészek akut sebészeti, baleseti sebészeti ellátás terén lévő tapasztalatairól, gyakorlatukról.

Az előadásokat értékeljük, a legjobbnak ítélt 20 000 (húszezer) Ft 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 1959. január 1. után születettek (max. 35 év) adhatnak elő.

A konferencia helyszíne: FŐVÁROSI NYÍRŐ GYULA KÓRHÁZ

Igazgatósági épület (II.) I. em.

Budapest XIII., Lehel u. 59.

A jelentkezés határideje: 1994. május 1.

A konferencia ideje: 1994. május 26. 10.00–19.00

1994. május 27. 9.00–15.00 (pótnap)

Technikai értekezlet: 1994. május 26. 9.30

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.: 270-0611), vagy Molnár Erikánál (SZEZON TOURIST, 1077 Budapest VII., Almássy tér 10. Tel.: 122-5219, Fax: 122-9440) lehet írásban, a túloldali jelentkezési lappal.

Konferenciánkon bármely érdeklődő kitöltheti tesztlapunkat, mely legjobb megoldói között értékes könyvtalványt sorso-
lunk ki.

A jelentkezési lap elküldése minden egyéb értesítés nélkül jogot biztosít a részvételre.

A konferencia támogatói a MOL Rt., a MOTESZ, a SPRINGER HUNGARICA KIADÓ, A SAMO Kft. és a SZEZON TOURIST.

HÍREK

A Magyar Ortopéd Társaság és a Magyar Gerinc Társaság 1994. január 31-én, hétfő délután 3 órakor tudományos ülést tart az Ortopédiai Klinika nagytermében (XI., Karolina út 27.).

Tárgy: Gerincsebészet

Üléselnök: Prof. Dr. Szepesi Kálmán

1. Riskó T.: Gondolataim a magyarországi gerincsebészet kialakulásáról

2. Pentelényi T.: A gerincsebészet új útjai

3. Vánkos L., Faluhelyi Anikó, Varga P. P.: A haemodilutio jelentősége a nagy gerincműtéteknél

4. Esetismertetések.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belklinika Endokrin Részlegének továbbképző tanfolyama (a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem szervezésében)

1994. március 9. (szerda):

Endokrin krízisállapotok diagnosztikája és terapiája

10⁰⁰ Thyreotoxikus krízis Dr. Tóth Miklós egyetemi tanársegéd

10³⁰ Myxoedemátócoma Dr. Tóth Miklós egyetemi tanársegéd

11⁰⁰ Hypo- és hypercalcaemiás krízis Dr. Tóth Miklós egyetemi tanársegéd

11³⁰ Hypadreniás krízis Dr. Rácz Károly egyetemi docens

12⁰⁰ Pheochromocytomás krízis Dr. Kiss Róbert tud. főmunkatárs

12³⁰ Hypophysaer coma. Hypophysis apoplexia Dr. Gláz Edit egyetemi tanár

13⁰⁰—14⁰⁰ Szünet

14⁰⁰ Krízisállapothoz vezető nátrium- és kálium-háztartás zavarok Dr. Gláz Edit egyetemi tanár

14³⁰ Carcinoid krízis Dr. Gláz Edit egyetemi tanár

15⁰⁰ Akut psychés zavarok endokrin kórképekben Dr. Aszalós Zsuzsa egyetemi adjunktus

1994. március 30. (szerda):

Krónikus szubsztitúciós kezelés endokrin kórképekben

10⁰⁰ GH-hiány gyermekkorban Dr. Halász Zita egyetemi adjunktus (SOTE II. Gyermekklinika)

10³⁰ GH-hiány felnőttkorban Dr. Kiss Róbert tud. főmunkatárs

10⁴⁵ Női hypogonadismus Dr. Borsos Antal egyetemi tanár (DOTE Nőgyógyászati Klinika)

11³⁰ Férfi hypogonadismus Dr. Kiss Róbert tud. főmunkatárs

12⁰⁰ Hypothyreosis Dr. Tóth Miklós egyetemi tanársegéd

12³⁰ Hypoparathyreosis Dr. Tóth Miklós

egyetemi tanársegéd

12⁴⁵ Hypadrenia Dr. Rácz Károly egyetemi docens

13¹⁵—14¹⁵ Szünet

14¹⁵ Válogatott diagnosztikus és terápiás problémák az endokrinológiában Dr. Gláz Edit egyetemi tanár

A tanfolyam helye: Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest, Szentkirályi u. 46.

Orvosok! Frekvenciált helyen orvosi rendelőknek kialakított, ÁNTSZ-előírásoknak megfelelő helyiségek rendelés céljára kiadók!

Érdeklődni lehet a 175-9330 telefonszámon, 9—16 óra között.

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság Vezetősége tisztelettel meghívja a Társaság tagjait és minden további kedves érdeklődőt a 7. ALLERGIA NAPRA

Az ülés időpontja: 1994. január 27. (csütörtök) 10 óra

Az ülés helyszíne: A NIKEX Kereskedelmi Rt. előadóterme, Budapest I., Mészáros u. 48—54.)

Szervezők: Dr. Nékám Kristóf főtitkár, ORFI Klinikai Immunológiai és Allergológiai Osztály, 1525 Budapest, 114. Pf. 54. T.: 115-9850 és Dr. Endre László, MÁV Gyermekgyógyház, 1121 Budapest XII., Menyét u. 11. T.: 175-9973.

PROGRAM

10 óra

Üléselnökök: Prof. Szemere Pál

Prof. Böszörményi-Nagy György

1. Szemere Pál, Temesvári Erzsébet*, Berzy Ilona (HIETE és SOTE*): Szöveti fehérvérsejt megoszlás változása Cetirizin kezelés hatására idült urticariás betegekben (10')

2. Nardi H. Nieborg-Eshuis (LIVO, Hollandia és EFA): Possibilities to get organized, and different ways to give information on food hypersensitivity (15')

3. Kerekasztal az allergológiai ellátás szervezési, minőségellenőrzési, menedzsment, finanszírozási kérdéseiről. Moderátor: Nékám Kristóf (ORFI). Résztevők: Böszörményi-Nagy György, Hunyadi János, Kósa Lajos, Lun Katalin, Perjes Zsuzsanna, Szánthó András, Szemere Pál (90')

4. Falus András (ORFI): Pozitív és negatív szabályozási mechanizmusok az immunválaszban (15')
Kávészünet

12 óra 30'

Üléselnökök: Prof. Horváth Attila

Prof. Ledővegy András

5. Thomas T. Hubscher, F. (Sc.) ACA (USA): New high-speed ELISA method in allergy diagnosis (15')

6. Cserhádi Endre, Berta Gyula*, Márk Zsuzsa**, Mezei Györgyi és Győri Zsuzsa** (SOTE I. Gyermekklinika, Tüdő és Szívkórház, Mosdós*, SOTE Pulmonológiai Klinika**): Nasalis immuntherapia pollen-érzékeny betegekben (15')

7. Bodic Nykap (Uppsala, Svédország): Inflammation marker for asthma monitoring on Pharmacia CAP system (15')

8. Kósa Lajos (Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézet, Budapest): Pédiátriai tapasztalatok Claritine sziruppal (10')

13 óra 30': Fogadás az ülés résztvevőinek tiszteletére.

Az Országos Kardiológiai Intézet mint a közérdekű kötelezettségvállalás kezelője, pályázatot hirdet „Dr. Adorján Ferenc-díj és -emlékérem” elnyerésére.

„Dr. Adorján Ferenc-díj”-ban részesíthető az a fiatal kardiológus, aki 1993. évben orvostudományi tevékenységével kimagasló eredményt ért el.

A díj odaítélésére pályázatok és javaslatok alapján kerül sor.

A díj odaítélésére javaslatot tehetnek: — a Népjóléti Minisztérium ágazati felügyeletet ellátó főosztály vezetője — a Népjóléti Minisztérium közvetlen felügyelete alatt álló országos intézetek vezetői

— a szakmai kollégiumok vezetői — egészségügyi intézetek, egészségügyi szakigazgatási szervek vezetői — az orvostudományi egyetemek rektorai — szakszervezetek vezetői

A pályázatok és javaslatok alapján a díj odaítélése az erre a célra létrehozott 3 tagú bírálóbizottság hatáskörébe tartozik.

Ha az eredményt csoportmunkával érték el, a díj egyenlő arányban megosztható.

A díj és emlékérem az alapító születésnapja körüli időpontban 1994. március végén kerül átadásra.

A pályázatok — max. 12 szabvány szerint gépelt oldalon — vagy a javaslatokat 1994. február 15-ig kérjük beküldeni a következő címre: Országos Kardiológiai Intézet, 1450 Budapest, Pf. 88, „Dr. Adorján Ferenc alapítvány”.

Erdei klinika kialakítására alkalmas 400 m²-es kúria 2 ha ősparkkal + 9 db téliestett kétszobás faház eladó Bp.-től 30 km-re.

Tel.: 06-60-348-546.

Az Országos Sportegészségügyi Intézet Tudományos Bizottsága 1994. január 27-én 14.30 órakor tartja ülését az intézet dísztermében.

A tudományos ülés címe: Az arthroscopia tíz éve az Országos Sportegészségügyi Intézet Sportsebészeti osztályán.

Kerekasztal-konferencia

Moderátor: Berkes István dr.

Előadók: Balajti Noémi dr., Bartos Géza dr., Csépai Dezső dr., Hehl István dr.

A Magyar Onkológusok Társasága Mamológiai Szekciójának alakuló közgyűlése 1994. január 21-én pénteken 14^h-kor lesz az Országos Haematológiai, Vértranszfúziós és Immunológiai Intézet VII. emeleti előadótermében. (Megközelíthető a 12. autóbussz Ortopédiai Klinika megállójától, bejárat a Karolina úti „toronyház”-ban.)

Az ülés elnöke: Dr. Mayer Árpád főtitkár.

Program

1. Bevezető. Dr. Göblyös Péter, a szekció titkára
2. A vezetőség megválasztása.
3. „A családorvos szerepe az emlőrák felkutatásában és gondozásában” — kerekasztal-megbeszélés. Résztvevők: dr. Cseh Imre, dr. Varga Zoltán, Mikéné Bodor Mária, Lukács Agnes, dr. Fehér Amarilla. Moderátor: Dr. Göblyös Péter.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk.

Meghívó

a Pécsi Orvostudományi Egyetem 1994. február hónapban tartandó tudományos üléseire

1994. február 7.

Berta István (POTE Fogászati és Szájsebészeti Klinika): Protetikai rehabilitáció (video, 25 perc)

A POTE Ortopédiai Klinika előadásai

Szabó György és Schmidt Béla: Hallux valgus subcutan műtéti megoldása (10 perc)

Schmidt Béla és Szabó György: Subcutan metatarsus osteotomia (10 perc)

Illés Tamás és Bárdosi Attila (POTE AITI): A scoliosis anterior feltárása (20 perc)

1994. február 21.

A POTE Igazságügyi Orvostani Intézetének előadásai

Könczöl Franciska és Molnár Tamás (Barna Megyei Kórház Sebészeti Osztály): Halálos végű közlekedési balesetek és mellkassebészeti vonatkozásai (10 perc)

Jegesy Andrea: Az igazságügyi orvosszakértő szerepe a nem vagyoni kár megítélésében (10 perc)

Angyal Miklós és Jegesy Andrea: Az öngyilkosság, mint az erőszakos halál egyik formája (10 perc)

Guth Péter: Az F és A haemoglobin vérfoltokból történő elkülönítésének lehetősége és kriminalisztikai jelentősége (10 perc)

Bogner Barna és Angyal Miklós: Emberi és állati eredetű csontleletek igazságügyi orvosszakértői vizsgálata (10 perc)

Kozma Zsolt: PCR-VNTR rendszerek (AmpFLP, STR) vizsgálatai kriminalisztikai és származás megállapítási esetekben (10 perc)

Az ülések helye: POTE Központi Épület III. tanterem

Az ülések kezdete: du. 4 óra

Az Orvosi Hetilap 1993. 134. 2744. oldalán megjelent OH-QUIZ-re (XXII. sorozat) helyes megfejtés nem érkezett

Meghívó

Dr. Somfai Béla katolikus teológus, a kanadai Regis College professzora és a SOTE Magatartástudományi Intézet Bioetikai Részlege vendégprofesszora speciálkollégiumot hirdet „Teológia, vallás és orvostudomány” címmel orvositikából. A speciálkollégium tematikája felöleli a mai orvositika legfontosabb kérdéseit: az asszisztált reprodukció technikák etikai kérdéseit, az embriókísérletezés, génsebészet, abortusz, születésszabályozás problematikáját, az emberkísérletek, tájékozott beleegyezés, szervtranszplantáció kérdéskörét. Foglalkozik a halál és a haldoklás etikai kérdéseivel (euthanasia, élő végrendelet stb.), továbbá az orvos-beteg kapcsolat általános etikai kérdéseivel.

A fenti problémakör iránt érdeklődő hallgatókat (pl. orvos-, teológus-, filozófus-, ill. joghallgatókat), illetve szakembereket egyaránt szívesen látunk.

A speciálkollégium első előadása 1993. február 3-án csütörtökön lesz, majd ezt

követően folyamatosan, minden csütörtökön 15.00–17.00 között.

Helye: a SOTE Nagyvárad tér 4. alatti elméleti tőmbje fszt. Barna előadóterem.

Minden érdeklődőt szeretettel vár a SOTE Magatartástudományi Intézet, Bioetika Csoport

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet Tudományos Tanácsa 1994. januári tudományos üléseire az ORFI Lukács Klubjában 13³⁰ órai kezdettel kerül sor az alábbiak szerint:

1994. január 17-én: Neumark Tamás: Egyházi kórházak szerepe a változó, sokszínű világban (35 min)

1994. január 24-én: Poór Gyula: A Mayo-modell közelről.

A Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Tudományos Bizottsága 1994. január 27-én 14.00 órakor tudományos ülést tart a kórház tanácstermében.

Elnök: Dr. Bencsik Rózsa

Műsor:

1. Dr. Páder Katalin: Trials For Life — ACE gátlókkal folytatott multicentrikus vizsgálatokról cardiovascularis betegségeken
2. Dr. Szatmári Tibor: Transoesophagealis echocardiográfia
3. Dr. Pesti Imre: A kamrai utó-potenciál jelentősége myocardialis infarktust kiállott betegekben
4. Dr. Kozma Gábor—Sassy Dobray Magdolna: A Holter és a kvázi Holter vizsgálati jelentősége a cardiogen stroke-ban
5. Remzso Éva: Pharma-tanácsadó Bayer a Ciprobay klinikai alkalmazásáról.

Magánpraxist folytató orvosok, egészségügyi dolgozók vállalkozásainak könyvelését, adóbevallását vállaljuk.

LáVa Kft. Tel.: 134-1317. Cím: 1085 Bp., Üllői út 32.

Orvosi rendelő az V. ker., Váci utcában kiadó. Tel.: 163-6029 (este).

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

Orvosi Hetilap

1994. január 23.

135. évfolyam — 4. szám

Philadelphia chromosoma chimera génje molekuláris genetikai kimutatásának tapasztalatai

Földi János dr., Páldi Haris Piroska, Poros Anna dr., Fekete Sándor dr., Pálóczi Katalin dr.,
Demeter Judit dr., Dénes Róbert dr., Mód Anna dr., Ádám Emma, Tamáska Júlia dr., Szelényi Judit dr.,
Kelemen Endre dr.

171

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Ceolat® (dimethylpolysiloxan) rágótabletta alkalmazása radiológiai vizsgálatok előkészítésére

Sikula Judit dr., Kollár József dr.

177

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

A trigeminus neuralgia kezelése a Meckel-tasakba adott glicerinnel

Borda Lóránt dr., Dóczi Tamás dr., Tarjányi János dr.

181

ORVOSI TECHNIKA

Empyema vesicae felleae kezelése endoscopos úton az epehólyagba vezetett drainen át

Berger Zoltán dr., Topa Lajos dr., Pap Ákos dr.

185

KAZUISZTIKA

Pitvarfibrilláció szövődményeként kialakuló lépinfarktus és tályog

Ottlakán Aurél dr., Varga István dr., Olasz Mária dr., Sátori Ödön dr.

189

HORUS

Frederik Hendrik Sobels (1922—1993)

Czeizel Endre dr.

193

Az antropológia úttörője, Aleš Hrdlička (1869—1943)

Kiss László dr.

194

HALOTTAINK

196

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

199

HÍREK

208

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

209

BESZÁMOLÓK

211

KÖNYVISMERTETÉSEK

213

A DEMETER-VERLAG KONGRESSZUSI NAPTÁRÁBÓL

215

ÚTMUTATÓ AZ ORVOSI HETILAP SZERZŐI SZÁMÁRA

217

GYÓGYSZER HÍRADÓ

220

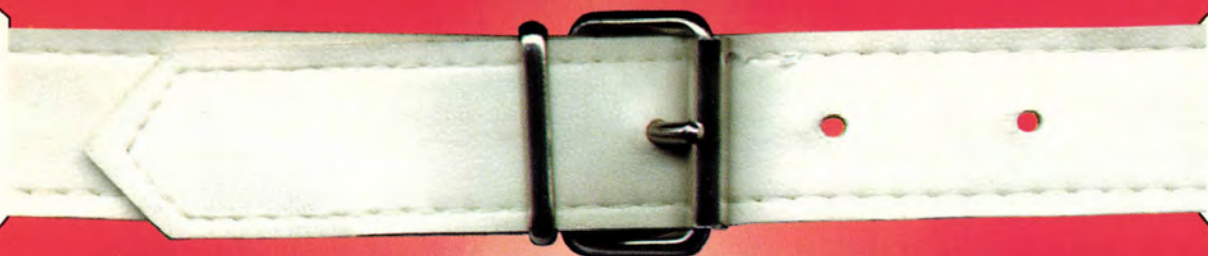


Springer Hungarica

Markusovszky Alapítvány



Övön aluli fertőzésekre is...



DOXYCYCLIN-CHINOIN® kapszula

Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum,
Chlamydia trachomatis okozta urogenitális gyulladások,
valamint következményes reprodukciós zavarok
kezelésére.

A gyógyszeralkalmazási előírat teljes szövegét az "Útmutató a gyógyszerkészítmények
rendelésére" c. kiadvány tartalmazza.

Bővebb információval készséggel állunk rendelkezésére.



CHINOIN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

H-1045 Budapest, Tó u. 1-5. Tel: 169-1390, 169-0900 Fax: 169-0282

Hungarian Medical Journal

January 23, 1994. Volume 135. No. 4.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Experiences with the molecular genetical
detection of Philadelphia chromosome
Földi, J., Páldi Haris, P., Poros, A., Fekete, S.,
Pálóczi, K., Demeter, J., Dénes, R., Mód, A.,
Ádám, E., Tamáska, J., Szelényi, J., Kelemen, E. 171

CLINICAL STUDIES

Administration of Ceolat® (dimethylpolysiloxan)
chewing tablet for preparation of patients
before X-ray examinations
Sikula, J., Kollár, J. 177

THERAPEUTIC STUDIES

Treatment of trigeminal neuralgia by glycerol
injection into the Meckel's cave
Borda, L., Dóczi, T., Tarjányi, J. 181

MEDICAL TECHNIQUE

Endoscopic treatment for empyema of
gallbladder by naso-cholecystic drainage
Berger, Z., Topa, L., Pap, Á. 185

CASE REPORTS

Spleen infarction and abscess as a complication
of atrial fibrillation
Otlakán, A., Varga, I., Olasz, M., Satori, Ö. 189

HORUS

In memoriam Frederik Hendrik Sobels
(1922—1993)
Czeizel, E. 193

The pioneer of the antropology — Aleš Hrdlička
(1869—1943)
Kiss, L. 194

IN MEMORIAM 196

FROM THE LITERATURE 199

NEWS 208

LETTERS TO THE EDITOR 209

CONGRESS REPORTS 211

BOOK REVIEW 213

CONGRES CALENDAR 215

TO THE AUTHORS 217

DRUG NEWS 220

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.: 270-2229) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámmal.
Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft,
1 hónapra 325,— Ft. egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

135. évfolyam 4. szám — 1994. január 23.

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

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., Giacinto Miklós dr., Hidvégi
Jenő, Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp
Miklós dr. (fnts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr.
és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

Brooser Gábor dr., de Châtel Rudolf dr., Forgács
Iván dr. és Lépes Péter dr.

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berens-
mann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci
(Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey),
N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (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.
Telefón: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973

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

Készült: Széchenyi Nyomda Kft., Győr 94.23483.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

ELMELETI TOMB KÖZÖS
KÖNYVTÁRA

TRI-REGOL[®]

tabletta



Trifázisos orális kontraceptívum

- Megbízható kontraceptív hatás
- Előnyös ciklusszabályozó hatás
- Fiziológias endokrin funkciónak megfelelő adagolás
- Alacsony hormontartalom = Jó tűrhetőség
- Széles korhatárok között alkalmazható

Összetétel:

Sárga színű tabletták: 0,05mg levonorgestrelum és 0,03mg aethinyloestradiolum
Barack színű tabletták: 0,075mg levonorgestrelum és 0,04mg aethinyloestradiolum
Fehér színű tabletták: 0,125mg levonorgestrelum és 0,03mg aethinyloestradiolum



RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT.

1103 Budapest Gyömrői út 19-21.

Klinikai Kutatás 147-0602, Orvoslátogató Hálózat 269-9777

© Reklám

Philadelphia chromosoma chimera génje molekuláris genetikai kimutatásának tapasztalatai

Földi János dr.¹, Páldi Haris Piroska¹, Poros Anna dr.¹, Fekete Sándor dr.^{2,4}, Pálóczi Katalin dr.¹, Demeter Judit dr.³, Dénes Róbert dr.¹, Mód Anna dr.¹, Ádám Emma¹, Tamáska Júlia dr.¹, Szelényi Judit dr.¹ és Kelemen Endre dr.¹

Országos Haematologiai, Vértranszfúziós és Immunológiai Intézet, Budapest (főigazgató: Petrányi Győző dr.)¹

Fővárosi Önkormányzat Szent László Kórháza, Belgyógyászat, Budapest (főorvos: Fekete Sándor dr.)²

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Belklinika, Budapest (igazgató: Holló István dr.)³

Semmelweis Orvostudományi Egyetem III. Belklinika, Budapest (igazgató: Romics László dr.)⁴

A Philadelphia (Ph) chromosoma chimera génjének konzervatív szerkezete lehetővé tette molekuláris genetikai módszerek bevezetését a jellegzetes chimera gén, illetve termékének detektálására. A szerzők az elmúlt két év során 106 beteg 123 vér-, illetve csontvelőmintáját vizsgálták sikeresen a nemzetközi irodalomból honosított technikákkal. A betegeket a beküldő diagnózisuk alapján csoportosították; 65 chronicus myeloid, 7 acut myeloid és 13 acut lymphoid leukaemiás beteg volt a vizsgáltak között. 12 beteget myeloproliferatív syndromával vettek fel a statisztikába és 9 beteget vizsgáltak csontvelő-átültetés után. Az összes vizsgált beteg 57%-a volt pozitív. Betegcsoportonként vizsgálva a statisztikát, a chronicus myeloid leukaemiás betegek 75%-a, az acut myeloid leukaemiás betegek 28, az acut lymphoid leukaemiás betegek 54, a csontvelő-átültetésen átesett betegek 33%-a mutatta a Philadelphia chromosomára jellemző chimera génszerkezetet, a myeloproliferatív syndromások mindegyike negatív volt. A szerzőknek lehetősége volt több esetben összehasonlítani ugyanazon beteg csontvelői és perifériás vérmintáját. A két minta pozitivitásának aránya egy és végtelen közt változott. Mődjükben volt interferon kezelés hatását követni, követhették egy acut lymphoid leukaemiás nőbeteg státusának, betegsége klonalitásának változását. Lehetőségük adódott egy acut myeloid leukaemiás és egy chronicus myeloid leukaemiás beteg vérmintájából, a más módszerekkel nem detektálható, két-két abnormális gén termékét egymás mellett kimutatni.

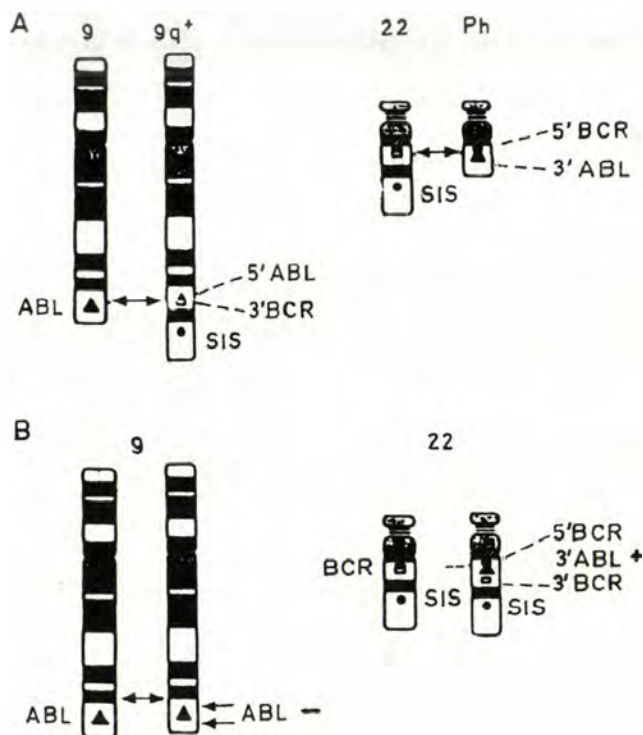
Kulcsszavak: Philadelphia chromosoma, leukaemiák, BCR—PCR, diagnosztika

A chronicus myeloid leukaemiák (CML) döntő többségében (90%), az acut myeloid leukaemiák (AML) kisebb hányadában (5%) és az acut lymphoid leukaemiák (ALL) 10–40%-ában (8, 21) markerchromosomaként ismerjük a 9. és 22. chromosomák transzlokációjának eredményeként létrejött Philadelphia chromosomát (17). A 9q34 és a 22q11 régiókban elhelyezkedő töréspontokon teljes kicserélődés történik, terméke mikroszkóposan felismerhető (Ph⁺) (19, 1/a ábra). A transzlokáció következtében a 9. chromosomán elhelyezkedő ABL (Abelson) onkogén és a 22. chromosomán található BCR gén egyesül egy chimera génné (2. ábra). Az ABL egy tirozinkináz aktivitású fehérjét kö-

Experiences with the molecular genetical detection of Philadelphia chromosome. Molecular genetical techniques could be developed for detection of the chimera gene of Philadelphia chromosome or that of its gene product, due to the relatively conserved structure of the chimera gene. The authors successfully analysed 123 blood/bone marrow samples from 106 patients using these molecular techniques adapted from the literature. Patients were classified by the first diagnosis, 65 CML, 7 AML, 13 ALL patients were studied. 12 patients had the diagnosis of myeloproliferative syndrome, and 9 patients were after bone marrow transplantation. 57% of the total, and by diagnosis, 74% of CML, 28% of AML, 54% of ALL, and 33% of post-transplant samples have shown the chimera gene structure characteristic for Philadelphia chromosome. All patients of myeloproliferative syndrome were negative. In some cases the authors had the opportunity to study simultaneously the peripheral blood and the bone marrow sample of the same patient and of the same date. The ratio of the positivity of the two samples varied from one to infinite. The authors could follow the effect of interferon in one case, the change of clonality of the leukemic cell line in an other case. They had the opportunity to detect two different abnormal gene structures in the sample of an AML patient.

Key words: Philadelphia chromosome, leukemias, BCR—PCR, diagnosis

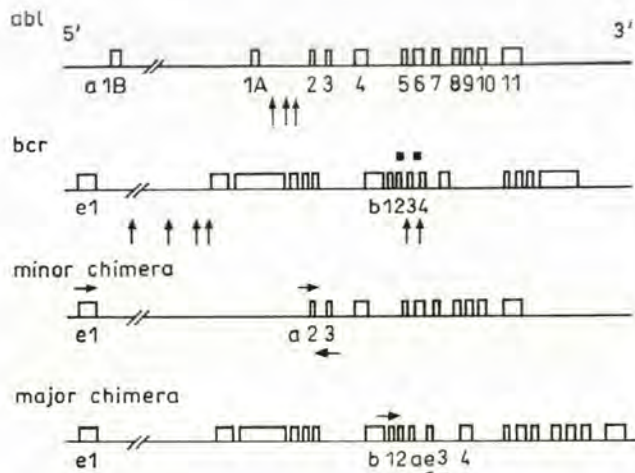
dol (1), a „töréspont régió” angol nyelvű rövidítéséből származtatott nevű BCR gén egy GTP-függő kináz fehérje génje (5, 14). A chimera gén termékeként megjelenő fehérje rendelkezik az ABL tirozinkináz aktivitásával, de expressziója szabályozatlanná, ezáltal a leukaemiás folyamat egyik okozójává válik (1, 10, 6). A chimera gén és fehérje finomszerkezete a töréspontok helyétől függ. Az ABL töréspontja a gén 5' vége és a második exon közé esik. Ez mintegy 200 kilobázis távolságot ölel fel, de a fehérje méretét nem lényegesen befolyásolja, mert az RNS érés során mindig az ABL gén második exonja kapcsolódik a BCR exonok valamelyikéhez (16). A BCR gén alap-



1. ábra: A BCR-ABL chimera gén kialakulásának ismert módjai Fitzgerald és munkatársai (6) alapján. A: cseretranszlokáció, melynek során a 9. és 22. chromoszomák hosszú karjainak telomerikus részei kicserélődnek. Eredménye a jellegzetesen megrövidült 22., a Philadelphia chromoszoma. Ennek során a 9. chromoszómán elhelyezkedő ABL onkogén kódoló része a 22. chromoszómán lévő BCR gén kódoló részének 5' vége mögé kapcsolódik, BCR-ABL chimera keletkezik. B: inzerció, melynek során a 9q34 régió inzertálódik a 22ql1 régióba. A transzlokáció eredményeként megváltozott hosszúságú két chromoszoma mikroszkóposan nem különböztethető meg normális megfelelőjétől. Az inzerció során az ABL gén kódoló része a BCR gén 5' végén lévő exonok közé ékelődik, a BCR-ABL-BCR „chimera” gén terméke a stop kodon miatt a cseretranszlokáció révén keletkező BCR-ABL chimera fehérjékkel azonos

vetően két szűkebb tartományban törik. Az ún. major töréspont a 11. vagy a 12. intronba esik, a minor az első intronba (11). Az előbbi génterméke 210 kilodaltonos fehérje, mely jellegzetesen kimutatható a CML kóros sejtjeiben chronicus fázisban és blasztos krízisben egyaránt.

A minor törésponton lezajló esemény eredménye egy 190 kilodaltonos fehérje megjelenése. A Ph⁺ AML-k és ALL-k mintegy felében található az egyik vagy másik törés, ennek megfelelően a kisebb vagy nagyobb géntermék (12). Az a tény, hogy a molekuláris események lényegében két nagy csoportra oszthatók, lehetővé tette, hogy nagyszámú vizsgálat elvégzésére alkalmas molekuláris genetikai módszereket fejlesszenek ki a BCR-ABL transzlokáció kimutatására (3, 11). Ezekkel a módszerekkel a cytogenetikailag Ph⁻ CML-k mintegy felénél is lehetett detektálni chimera gén jelenlétét (Ph⁻-BCR⁺). Ennek oka, hogy a transzlokációk egy része során ugyanazokat a géneket érintve a 9q34 régió inzertálódik a 22ql1 régióba (6) (1/b ábra). Ekkor sem a 9. chromoszoma rövidülése,



2. ábra: Az ABL és BCR gének, illetve a cseretranszlokációval létrejövő leggyakoribb BCR-ABL chimera gének sematikus rajza Hermans (11) és Groffen (9) alapján. Az exonokat üres téglalappal jelöltünk, → és ← a PCR reakcióban használt primerek helyét és irányát, a két vastag vonal a BCR gén felett az RFLP analízisnél használt próbák helyét jelzi, a leggyakoribb töréspontokat nyíllal (↑) jelöltük. Minor törésponton lezajló molekuláris esemény eredményeként a BCR gén e1 exonja mögé helyezkedik az ABL gén a2 exonja. Major típusú törés esetén az ABL a2 exonja a BCR b2 vagy b3 exonja mögé kerül, több BCR információt megahagyva a chimera génben

sem a 22. chromoszoma meghosszabbodása nem éri el a mikroszkóposan érzékelhető mértéket, ezeket a megváltozott méretű chromoszomákat ezért cytogenetikai módszerrel normálisnak értékelik, míg molekuláris genetikailag kimutathatók, jelenlétük igazolható.

Az Országos Haematológiai, Vértranszfúziós és Immunológiai Intézetben a leukaemiás betegek jobb diagnosztizálása, a kezelés és a transzplantáció utáni követés céljából bevezettük a Philadelphia chromoszoma transzlokációjára jellemző chimera gént kimutató molekuláris genetikai módszereket. Eddigi tapasztalatainkról számolunk be az alábbiakban.

Anyagok és módszerek

Betegek: Többségük intézeteinkből került ki, beküldő diagnózisuk alapja a morfológiai és felületi marker vizsgálat volt, illetve követéses vizsgálatnál vizsgálatukat megelőzte a cytogenetikai analízis.

Kariotípus vizsgálat: A cytogenetikai vizsgálatokat Sandberg összefoglalója alapján (20) csontvelő és/vagy perifériás vér sejtjeinek 24 órás spontán tenyésztésén végeztük, tripszin-Giemsa festéssel sávozott készítményeken.

DNS vizsgálat: Nagy molekulásúlyú DNS-t szeparátlan fehérvérsejtből állítottunk elő, restriktions fragment hossz analízist Southern módszerrel végeztünk, korábban leírtak szerint (7). Az analízisben Hind III, Bam HI enzimeket és G. Grosveldtől származó 5' és 3' próbákat használtunk (22).

RNS analízis: Teljes RNS populációt izoláltunk nem szeparált fehérvérsejtből Chomczynski (2) módszerével.

PCR analízis: Polimeráz láncreakció (polymerase chain reaction, PCR) célja, hogy általunk kiválasztott, specifikus DNS szakaszokat felszorzozzunk. Elvét Perl és Fehér összefoglalója (18) ismerteti. Lényege, hogy a hőhatásra egyláncúvá denaturált

DNS mindkét szálához (templát) megfelelő helyre hűtéssel oligonukleotidokat (primer) tapasztunk, majd enzimátikus úton, a primerekből kiindulva, a templát által meghatározott sorrendnek megfelelően kétláncúvá töltjük fel a DNS-t a jelen levő nukleotidok felhasználásával. Megismételve a denaturáció, összeillesztés, szintézis reakciósorát, ciklusonként elméletileg megduplázható a két oligonukleotid primer által közrezárt DNS szakasz mennyisége. Az enzim, amit a reakcióban használunk, egy magas hőmérsékleten élő baktériumból izolált DNS dependens DNS polimeráz, amely megfelel a reakció valamennyi feltételének. A reakció egyik legfontosabb feltétele, hogy a kétirányú reakció indító oligonukleotidjai, a primerek egymáshoz viszonyítva megfelelő irányítottságban és távolságban helyezkedjenek el. Esetünkben a Ph kromoszóma kimutatására a primereket úgy választottuk meg, hogy egyik az ABL, a másik a BCR génen legyen, a reakció csak akkor lehet pozitív, ha a két primer kötőhelye véges távolságra, a chimera chromosomára kerül. Számos PCR vizsgálatnál, így ABL/BCR vizsgálatnál is a gének intronjai túl nagyok, ezért az informatív primerek DNS-ben nagy távolságra kerülnek egymástól. Ezt hidalja át, ha a reakciót az RNS-ből indítják, abból reverz transzkriptázzal az intront nem tartalmazó cDNS-t szintetizáltatnak, a PCR-t ebből végzik. Vizsgálatainkban a reverz transzkriptáz reakcióban és a PCR-ben Grosfeld és munkatársai (11) által leírt primereket és módszerük módosított változatát használtuk. Pozitív kontrollként az ABL gén transzlokáció által nem érintett két szakaszával homológ primert alkalmaztunk. A chimera RNS mennyiségét a pozitív kontrollreakció termékének mennyiségéhez viszonyítottuk.

1–2 µg RNS-ből 20 µl végtérfigatban 1,7 U RAV–2 (Amersham) enzimmel 67 mM TRIS, pH 8,8, 17 mM ammóniumsulfát, 2 mM magnéziumklorid végkoncentrációjú, zselatint és béta-merkaptoetanol tartalmazó pufferban, egyenként 12,5 nmol mennyiségű nukleotid és 40 pmol primer jelenlétében 42 °C-on 30 percig szintetizáltattuk a cDNS-t, majd megfelelő második primerek hozzáadása után ugyanebben a pufferban végeztük el a PCR reakciót (Amersham, Taq DNA Polymerase). A termékeket 2%-os agaróz gélen választottuk el, Southern blotlal membránra vittük a DNS-t, majd hibridizáltuk. Próbaként a PCR pozitív kontrolljának termékét alkalmaztuk ³²P jelölés után. A hibridizált membrán különböző idejű exponálásával elértük, hogy a pozitív kontroll (100%) 10⁻⁵ részét becsülni tudtuk a filmen. Pozitívnek csak a méret és szekvencia szerint egyaránt megfelelő sávokat fogadtuk el.

Eredmények

Eredményeinket az 1. táblázatban foglaltuk össze. A mintákat beküldési diagnózisuk és a minta fajtája szerint csoportosítottuk, feltüntettük a génvizsgálat eredményeinek statisztikáját. 106 beteg 123 vér-, illetve csontvelőmintájában vizsgáltuk BCR–ABL transzlokáció jelenlétét.

A betegek közül 65 volt CML-s, 7 AML-s és 13 ALL-s. 12 beteg myeloproliferatív syndroma diagnózissal került intézetünkbe, 9 beteg 13 mintáját vizsgáltuk csontvelő-transzplantáció után.

52 beteg esetében volt lehetőség a cytogenetikai és molekuláris genetikai vizsgálatok egy időben történő elvégzésére. Ezek közül hét esetben adott értékelhető választ a molekuláris genetikai vizsgálat, amikor a cytogenetika nem volt értékelhető, két esetben ennek fordítottja történt. 4 esetben a cytogenetikailag Ph⁻-nak talált mintában BCR–ABL chimera gént mutattunk ki molekuláris genetikai módszerrel. Ez utóbbiak közül kettő beteget csontvelő-átültetés után vizsgáltunk, egy CML-s és egy AML-s beteg magas százalékban mutatta a BCR pozitivitást.

1. táblázat: Vizsgálati eredmények a betegek beküldő diagnózisa és minta fajtája alapján

Diagnózis	Minta	Eredmény	n	BCR ⁺ %
CML	csontvelő	BCR ⁺	19	95
		BCR ⁻	1	
	vér	BCR ⁺	30	66
		BCR ⁻	15	
	összes		65	75
AML	csontvelő	BCR ⁺	0	0
		BCR ⁻	2	
	vér	BCR ⁺	2	40
		BCR ⁻	3	
	összes		7	28
ALL	csontvelő	BCR ⁺	5	71
		BCR ⁻	2	
	vér	BCR ⁺	2	33
		BCR ⁻	4	
	összes		13	53
MPS	csontvelő	BCR ⁺	0	0
		BCR ⁻	3	
	vér	BCR ⁺	0	0
		BCR ⁻	9	
	összes		12	0
Csontvelő átültetettek	csontvelő	BCR ⁺	2	66
		BCR ⁻	1	
	vér	BCR ⁺	1	16
		BCR ⁻	5	
	összes		9	33

Megbeszélés

Chronicus myeloid leukaemia (CML)

65 CML diagnózissal beküldött mintából 20 csontvelői, a többi 45 perifériás vérminta volt. Az előbbieket egy kivétellel BCR⁺-k voltak (95%), míg az utóbbiak 33%-a negatívnak bizonyult. Nemzetközi adatoktól, Galton (8) ezeken alapuló átfogó statisztikájától (95% BCR⁺), összevont eredményeink (75% pozitív) jelentősen eltérnek.

Az ellentmondás feloldására két válasz adódik: a minta és a mintavétel helytelen megválasztása, illetve a beküldő diagnózis bizonytalan felállítása. Az előbbi mellett szól, hogy BCR⁻ eredményt CML-ben kizárólagosan perifériás vérminta esetén találtunk, feltehetőleg blasztok és Ph⁺ sejtek hiányában. (A beteg, akinél az egyetlen csontvelőből származó negatív eredményt kaptuk, kezelés előtt Ph⁺ volt, interferon hatására lett BCR⁻. Az interferon ilyen hatása az irodalomból ismert, hazánkban először értek el ilyen eredményt.) A különböző diagnózissal beküldött betegek közül, akik esetében egy időben kaptunk csontvelői és perifériás mintát, nyolc olyan beteg volt, akik csontvelője Ph⁺-nak adódott (a pozitív kontroll legalább 30%-a). Közülük kettő perifériás vére negatív volt, egyben ezerszer, egyben százszor kisebb volt a chimera mRNS mennyisége, mint a csontvelőben, a maradék négy esetben a perifériás minta pozitivitásának mértéke a csontvelőével azonos volt. Ez az adat felveti annak kérdését, hogy van-e diagnosztikus értéke egy negatív perifériás leletnek csontvelői minta nélkül, illetve a perifériás-csontvelői minták pozitivitás aránya hordoz-e valamilyen prognosztikai információt.

CML-s betegek közül 19-et tudunk egy időben cytogenetikai és molekuláris genetikai vizsgálatnak alávetni. Közülük egy esetben a cytogenetikai adatok nem voltak értékelhetők, a párhuzamos molekuláris vizsgálat egyértelmű negatív eredményt adott. Egy másik betegnél a cytogenetikai negativitás ellenére magas százaléku pozitivitást találtunk molekuláris genetikai módszerrel. Ez az arány megfelel a Ph^- BCR⁺ előfordulás nemzetközi statisztikáinak (8).

Betegek közül külön említést érdemel egy, akinek BCR pozitivitása kettős volt. A közel 100% major típusú transzlokációt hordozó sejt mellett 1–2%-ban minor típust hordozó sejt jelenlétére utaló génterméket találtunk. A beteget sajnos nem állt módunkban követni, így nem volt megállapítható, hogy a vizsgálatkor kisebbségben levő második sejtvonalnak volt-e valamilyen szerepe a vizsgálat után röviddel bekövetkezett blasztos krízisben.

Acut myeloid leukaemia (AML)

Öt beteg perifériás vérért és kettő csontvelőmintáját vizsgáltuk. Összesített adataink alapján 2 minta (28%) volt pozitív, ami összeegyeztethető a nemzetközi adatokkal.

Egyik BCR⁺ betegünk perifériás vérmintájában a major típusú transzlokáció két változata egymás mellett fordult elő. Hasonló esetekről számolnak be közleményükben *Miyamura és mtsai* (15), akik 64 átültetésre váró beteget vizsgálva 6 betegben találtak két független major transzlokációból származó, eltérő méretű mRNS-t egymás mellett.

A másik pozitív beteg minor típusú transzlokációt hordozott. Bár a kisszámú minta statisztikailag nem értékelhető, úgy tűnik, a minor transzlokáció előfordulása AML-s betegek között *Kantarjian és mtsai* (12) tapasztalataihoz hasonló.

Acut lymphoid leukaemia (ALL)

13 beteget vizsgáltunk fele-fele arányban perifériás vérből és csontvelőből. Az összesített adatok alapján a pozitívitas aránya 53%, ami megfelel a nemzetközi adatoknak.

A 13 beteg közül egyikük esetében követni tudtuk a kezelés hatását az elmúlt 10 hónap során. A 18 éves nőbetegnél felvételtkor minor típusú transzlokációt találtunk. A kezelés (Vincristin, Adriablastin, Prednisolon, Methotrexat és Leupurin) harmadik hónapjában ismételt vizsgálattal sem találtunk ilyen típusú transzlokációra utaló jelet, viszont a csontvelői minta major típusú transzlokációra pozitív volt. A kezelés ötödik és hatodik hónapjában két negatív eredményt kaptunk, míg a hetedik hónapban újra megjelent a minor transzlokációra utaló sáv. (Ez a relapszus a fegyelmetlen gyógyszereszedésnek lehet következménye.) A megszigorított kezelés hatására annak tizedik hónapjában a beteg mindkét transzlokációra ismételen negatív.

Feltételezésünk szerint betegünk szervezetében két abnormális klón található, amelyek a kezelésre kicsit eltérően, de pozitívan reagáltak.

Myeloproliferativ syndroma (MPS)

A betegségcsoport jellegéből adódóan — a CML-be, AML-be nem sorolható, bizonytalan diagnózisú, de myeloid eredetű betegségek csoportja — nem volt meglepő, hogy vala-

ennyi (9 perifériás vér és 2 csontvelő) minta negatív volt. A negatív eredmény csontvelői minták esetén egyértelműen, perifériás minták esetén fenntartással támogatta a CML diagnózis kizárását ezeknél a betegeknél.

Csontvelő-átültetés követése Ph^+ betegeknél

Kilenc, CML miatt átültetett beteg 12 mintáját vizsgáltuk BCR—PCR technikával. A betegek 1,5–10 évvel voltak az átültetés után. Mindössze három pozitív mintát találtunk. A periférián negatívnak talált 5 betegből háromnak csontvelőjét is meg tudtuk vizsgálni, mindhárom negatívnak adódott. A három pozitívnak talált minta közül kettőt cytogenetikailag Ph^- -nak találtunk. Ennek oka a két módszer érzékenysége közti különbség, valamint az a tény, hogy cytogenetikailag csak a mitózisra kényszeríthető sejtek vizsgálhatók, míg molekuláris genetikailag a proliferációra képtelen sejtek is. A pozitívak között szerepel a legrégebben és a legújabban átültetett beteg mintája. A tíz évvel ezelőtt átültetett, tartósan tünetmentes beteg pozitívítása a 10^{-5} nagyságrendbe esett. Itt is, mint más ilyen nagyságrendbe eső pozitívítás esetén, nem állt rendelkezésre sem kellő saját tapasztalat, sem irodalmi információ az ilyen mennyiségű maradék kóros sejt jelentőségének értékeléséhez. *Lion és munkatársai* (13) 28 átültetett beteg követése során azt tapasztalták, hogy relapszus azokban a betegeknél következett be, akiknek PCR-rel kimutatható BCR—ABL chimera mRNS relatív expressziója folyamatos növekvő tendenciát mutatott (PCR relapszus). Hasonló következtetésre jutottak *Delage és mtsai* (4), akik 8 beteg állapotát követték PCR mennyiségi kiértékelésével. Ennek alapján az átültetett betegek rendszeres vizsgálata nyújthatna segítséget a relapszus előrejelzéséhez, illetve megfelelő kezeléssel történő megelőzéséhez.

Következtetések

Nemzetközi tapasztalatokkal megegyezően két éves gyakorlatunk alapján a BCR—ABL transzlokáció molekuláris genetikai vizsgálata alkalmas

— CML diagnózis megerősítésére és a betegség követésére,

— Ph^+ vagy BCR⁺ AML és ALL betegek állapotának követésére,

— csontvelő-átültetés és chemoterapia után a maradék leukaemiás sejtek érzékeny meghatározására, az alapbetegség ellenőrzésére.

A módszerek közül a PCR érzékenysége meghaladja a korábbi, maradék leukaemia kimutatására alkalmas módszerekét, ezért az 1% alatti maradék leukaemiás sejt klinikai fontosságának és következményeinek értékeléséhez még további tapasztalatokat kell gyűjteni.

IRODALOM: 1. *Cannistra, S. A.*: Chronic myelogenous leukemia as a model for the genetic basis of cancer. *Haematology/Oncology Clinics of North America*, 1990, 4, 337. — 2. *Chomczynski, P., Sacchi, N.*: Single-step method of RNA isolation by acid guanidinium thiocyanate-phenol-chloroform extraction. *Anal. Biochem.*, 1987, 162, 156. — 3. *de Klein, A., Hagemeijer, A., Bartram, C. R. és mtsai*: bcr rearrangements and translocati-

ons of the c-abl oncogene in Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia. *Blood*, 1986, 68, 1369. — 4. *Delage, R., Soiffer, R. J., Dear, K. és mtsai*: Clinical significance of bcr-abl gene rearrangement detected by polymerase chain reaction after allogeneic bone marrow transplantation in chronic myelogenous leukemia. *Blood*, 1991, 78, 2759. — 5. *Diekmann, D., Brill, S., Garrett, M. D. és mtsai*: BCR encodes a GTPase activating protein for p21rac. *Nature*, 1991, 351, 400. — 6. *Fitzgerald, P. H., Morris, C. M.*: Ph-negative chronic myeloid leukemia: The nature of the breakpoint junction and mechanism of ABL transposition. *Leukemia & Lymphoma*, 1992, 6, 277. — 7. *Földi J., Kardos G., Kirdy Á. és mtsai*: Génátrendeződés leukémiákban. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 919. — 8. *Galton, D. A. G.*: Haematological differences between chronic granulocytic leukaemia, atypical chronic myeloid leukaemia, and chronic myelomonocytic leukaemia. *Leukemia & Lymphoma*, 1992, 7, 343. — 9. *Groffen, J., Stephenson, J. R., Heisterkamp, N. és mtsai*: Philadelphia chromosomal breakpoints are clustered within a limited region, bcr, on chromosome 22. *Cell*, 1984, 36, 93. — 10. *Grosveld, G., Verwoerd, T., van Agthoven, T. és mtsai*: The chronic myelocytic cell line K562 contains a breakpoint in bcr and produces a chimeric bcr/c-abl transcript. *Mol. Cell. Biol.*, 1986, 6, 607. — 11. *Hermans, A., Gow, J., Salleri, L. és mtsai*: bcr-abl oncogene activation in Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia. *Leukemia*, 1988, 2, 628. — 12. *Kantarjian, H. M., Talpaz, M., Dhingra, K. és mtsai*: Significance of P210 versus P190 molecular abnormalities in adults with Philadelphia chromosome-positive acute leukemia. *Blood*, 1991, 78, 2411. — 13. *Lion, T., Henn, T., Gaiger, A. és mtsai*: Early detection of

relapse after bone marrow transplantation in patients with chronic myelogenous leukaemia. *Lancet*, 1993, 341, 275. — 14. *Maru, Y., Witte, O. N.*: The BCR gene encodes a novel serine/threonine kinase activity within a single exon. *Cell*, 1991, 67, 459. — 15. *Miyamura, K., Tahara, T., Tanimoto, M. Y. és mtsai*: Long persistent bcr-abl positive transcript detected by polymerase chain reaction after bone marrow transplant for chronic myelogenous leukemia without clinical relapse: a study of 64 patients. *Blood*, 1993, 81, 1089. — 16. *Morris, C. M., Heisterkamp, N., Groffen, J. és mtsai*: Entire ABL gene is joined with 5'-BCR in some patients with Philadelphia-positive leukemia. *Blood*, 1991, 78, 1078. — 17. *Nowell, P. C., Hungerford, D. A.*: A minute chromosome in human chronic granulocytic leukemia. *Science*, 1960, 132, 1497. — 18. *Perl, A., Fehér J.*: Polimeráz láncreakció alkalmazása a klinikai diagnosztikában. *Orv. Hetil.*, 1990, 131, 671. — 19. *Rowley, J. D.*: A new consistent chromosomal abnormality in chronic myelogenous leukaemia identified by quinacrine fluorescence and Giemsa staining. *Nature*, 1973, 243, 290. — 20. *Sandberg, A. A.*: The Chromosomes in Human Cancer and Leukemia, 2nd Ed. Elsevier Science Publishing, New York. — 21. *Taylor, J. J., Middleton, P. G.*: The molecular genetic analysis of gene rearrangements in acute lymphoblastic leukaemia. *Baillière's Clinical Haematology*, 1991, 4, 695. — 22. *van der Plas, D. C., Soekarman, D., van Gent, A. M. és mtsai*: bcr-abl mRNA lacking abl exon A2 detected by polymerase chain reaction in a chronic myelogenous leukemia patient. *Leukemia*, 1991, 5, 457.

(Földi János dr. Budapest, Pf.: 44. 1502)



MERCURY KFT.

Budapest XII., Diósárok utca 1.
Telefon: 156-1122
12-07 m.

Kórházak, klinikák, beruházók,
vizsonteladók, magánszemélyek
részére

**kiváló
minőségű
acél
kéziműszerek**

**Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza
területén az Idegostály mellett
található az állandó bemutatóterem és raktár**

- Nőgyógyászat, sebészet, szemészet, orr-, fül-, gége, urológia, mikrosebészet, garanciával.
- Kórházi ágyak, intenzív ágyak, traumatológiai ágyak, betegszállító és emelőeszközök, éjjeli szekrények, etető asztalok.
- Gyógyászati segédeszközök, járókeret, mankók, kádkapaszkodók.
- Egyszerhasználatos eszközök, eü. betétek, eü. nadrágok.
- Új, használt és felújított mechanikus műszerek, valamint az egészségügyben használt berendezések megrendelhetők.

A mindenkor világszerte,
illetve a hazai árak alatt
garanciával,
szervizhálózattal.
Igény esetén részletfizetési
lehetőség!

**Diszkont
áron!**

**Nyitva: hétfőtől péntekig, 8 órától 15 óráig, vagy
előzetesen telefonon történő egyeztetés esetén más időpontban is!**

injekció 15 mg
tabletta 30 mg
retard kapszula 75 mg
oldat 7,5 mg/ml
szirup 15 mg/5 ml



... és miért
könnyebb a levegő?!

Secretoliticum. A nyákválasztó sejtekben kisebb viszkozitású nyák képződik, ami a légutak lumenében nyákelfolyósodáshoz vezet. Az ambroxol a májban nagymértékben metabolizálódik és mintegy 90%-ban a vizelettel választódik ki. Az Ambrobene retard kapszula 75 mg adása után a maximális plazmakoncentráció mintegy 9 órával a bevétel után érhető el.

Hatóanyag: 15 mg ambroxolium chloratum (2 ml) amp.-ként; 30 mg ambroxolium chloratum tablettként; 75 mg ambroxolium chloratum retard kapsz.-ként; 300 mg ambroxolium chloratum 40 ml, illetve 750 mg 100 ml oldatban; 300 mg ambroxolium chloratum 100 ml szirupban.

Javallatok: A nyák kóros besűrűsödése, a légutak akut és krónikus megbetegedéseiben, mint pl. bronchitis, asthmoid bronchitis, bronchialis asthma a váladékürítés zavarával, bronchiectasia, valamint a nyákköhdés elősegítése az orr- garatüreg gyulladásában. Az injekció alkalmazható kiegészítő kezelésként a surfactant szintézis stimulálására kora- és újszülöttek nehézlégzés szindrómájában.

Ellenjavallatok: A készítmény (inkább az oldat és szirup) iránti ritkán előforduló túlérzékenység. Gyomor- és bélulceratio. Terhesség és szoptatás időszaka. Az Ambrobene retard 75 mg kapszula alkalmazása 12 év alatti gyermekeknek nem javallt.

Adagolás: Az injekció alkalmazása: történhet lm. lassan iv., vagy sc. Az injekciós oldat tartós cseppinfúzió formájában alkalmazható (pl. izotóniás konyhasó oldat, levulóz oldat, Ringer-oldat, glükóz-oldat), ha az alap infúziós oldat pH értéke 6,3-t nem lépi túl. Felnteknek napi 2-3-szor 1 amp., súlyos esetekben az egyszeri adag magduplázható. Gyermekeknek a napi adag 1,2-1,6 mg/ttkg. Az alábbi adagolási séma javasolható: 0-2 éves korban naponta 2-szer 1/2 ampulla, 2-5 éves korban naponta 3-szor 1/2 ampulla, 5 éves kor felett naponta 2-3-szor 1 ampulla. Kora- és újszülöttek nehézlégzés szindrómájának kezelése: 10 mg/ttkg/napi, 3-4 adagra elosztva. A napi adag súlyos esetekben óvatosan 30 mg/ttkg-ig emelhető, 3-4 adagra elosztva.

A tabletta adagolása: Felnteknek az első 2-3 napon, naponta 3-szor 1 tabl., utána naponta 2-szer 1 tabl., vagy naponta 3-szor 1/2 tabl.

A retard kapszula adagolása: Felnteknek és 12 év feletti gyermekeknek naponta 1-szer 1 retard kapszula.

Az oldat adagolása: *Bevételtre:* Felnteknek az első 2-3 napon naponta 3-szor 4 ml, utána naponta 2-szer 4 ml, vagy naponta 3-szor 2 ml. Gyermekeknek: 0-2 éves korban naponta 2-szer 1 ml, 2-5 éves korban naponta 3-szor 1 ml, 5-12 éves korban naponta 2-3-szor 2 ml. Belégzésre: Felnteknek és gyerekeknek 5 éves kor felett naponta 1-2-szer 2-3 ml. Gyermekeknek 5 éves kor alatt naponta 1-2-szer 2 ml, alkalmas inhaláló készülékkel.

A szirup adagolása: *Felnteknek* az első 2-3 nap alatt naponta 3-szor 10 ml, utána naponta 2-szer 10 ml, vagy naponta 3-szor 5 ml. *Gyermekeknek:* 0-2 éves korban naponta 2-szer 2,5 ml, 2-5 éves korban naponta 3-szor 2,5 ml, 5-12 éves korban naponta 2-3-szor 5 ml. Az oldathoz és sziruphoz egy osztással ellátott mérőedény van mellékelve. Az Ambrobene-ét étkezések után előnyös bevenni, bőséges folyadékkal. A bőséges folyadék bevétele elősegíti az ambroxol nyákköhdő hatását.

Mellékhatások: Ritkán gyengeség, fejfájás, hasmenés, hányás, gyomor panaszok és bőrkütes. Inj. gyors iv. adása fejfájást, fáradtságot, végtaggyengeséget okozhat.

Gyógyszerkölcsönhatások: Nem ajánlatos egyidejűleg köhögéscsillapítókat (pl. kodein) is alkalmazni (az ambroxol által elfolyósított nyák kiköhögését gátolják). Ambrobene injekció más, pH = 6,3 feletti injekciós oldatokkal nem kombinálható, mivel az Ambrobene inj. savanyú kémhatása zavarodást és kicsapódást okozhat.

Figyelmeztetés: Az ambroxol injekciót a panaszok megszűnéséig, ill. az ambroxol orális gyógyszerformáira való áttállásig kell alkalmazni. Az ambroxol szirup cukorpótló anyagokat, sorbitot szacharint tartalmaz, így cukorbetegnek számára alkalmas. Tárolás fénytől védve, a külső csomagolásában. A szirup 8 °C alatt nem tárolható.

Megjegyzés: ❖ Csak vényre - egyszeri alkalommal - kiadható.

Csomagolás: 5 amp. (2 ml); 20 tabl. 30 mg-os; 10 ill. 20 retard kapszula 75 mg-os; 40 ml, ill. 100 ml oldat; 100 ml szirup (Merckle GmbH, Németország).

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: ~ 80%
OGYI eng. száma: 8753/40/91



Ludwig Merckle Ges.m.b.H., 1140 Wien
Magyarországi Információs Iroda:
1111 Budapest, Bercsényi u. 14. Tel./fax: 166-80-90



Ceolat® (dimethylpolysiloxan) rágótabletta alkalmazása radiológiai vizsgálatok előkészítésére

Sikula Judit dr. és Kollár József dr.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Radiológiai Klinika (igazgató: Péter Mózes dr.)

A szerzők statisztikus módszerekkel értékelik az előkészítési célból adott Ceolat® rágótabletta diagnosztikus teljesítőképességet fokozó hatását natív hasi felvételek, hasi ultrahang és CT vizsgálatokban. Önkontrollos módszerrel, statisztikai elemzés alapján megállapítják, hogy a Ceolat® mindhárom képalkotó eljárásban a gázmennyiség csökkentése révén szignifikánsan javítja a képminőséget.

Kulcsszavak: Ceolat® (dimethylpolysiloxan), radiológiai vizsgálat előkészítése, hasi CT, hasi UH, natív has röntgenvizsgálat

Administration of Ceolat® (dimethylpolysiloxan) chewing tablet for preparation of patients before X-ray examinations. Via statistic methods, the authors examine the capability of Ceolat® tablet in improving the diagnostic efficacy of plain abdominal films, US and CT examinations. It has been proved on the basis of self-control examinations that by decreasing the amount of intestinal gas, Ceolat® improves the quality of the images in all the three methods examined.

Key words: Ceolat® (dimethylpolysiloxan), preparation for X-ray examinations, abdominal computed tomography (CT), abdominal ultrasonography (US), plain abdominal films

A radiológiai vizsgálatok diagnosztikus biztonságát számos zavaró technikai tényező befolyásolja. A pontos diagnózis érdekében törekednünk kell ezeknek az okoknak a csökkentésére vagy megszüntetésére.

Az emésztés során képződő bélgázok a röntgensugárral történő képalkotás során negatív kontrasztanyagként viselkednek, amelyek a szummációs felvételeken kedvezőtlen addíciós viszonyokat hoznak létre. Az ultrahang vizsgálatok során a gáz alacsony akusztikus impedanciája akadályozza meg a mögöttes szervek vizsgálatát (6). Az alacsony attenuációjú gázok a nagyságrendekkel nagyobb denzitású környező szövetekből nyert CT adatok matematikai rekonstrukcióját a különböző projekciókba kerülő nem lineáris denzitás változások miatt zavarják (15).

In vivo és in vitro vizsgálatokkal igazolták, hogy a methylpolysiloxan a kis gázgömböcskék felületi feszültségének csökkentése révén elősegíti a gázbuborékok szétesését, ezáltal meggyorsítja az intestinalis gázok távozását (12).

Vizsgálatunk célja az volt, hogy meghatározzuk, a radiológiai beavatkozások előtt adott hazai gyártmányú Ceolat® tablettát milyen mértékben változtatja meg a bélgázok mennyiségét és mennyire csökkenti a zavaró artefaktumok jelenlétét.

Beteganyag és vizsgáló módszerek

Natív has vizsgálat 27 betegben, hasi szonográfia és CT vizsgálat 25–25 esetben történt. A kórdiagnózisok között nephrolithiasis, obstructív uropathia, pancreas és egyéb retroperitonealis

megbetegedések, valamint hasi tumor lehetősége szerepelt. Negyvenhárom férfi és harmincnégy nőbetegünk életkora 45–82 év között volt, az átlagéletkor 63,4 év.

A betegeinket hasi ultrahangvizsgálat eredménye alapján válassztottuk ki. Munkánkba csak azok az esetek kerültek, amelyekben az első ultrahangvizsgálat során a radiológiai diagnózist valamilyen mértékben zavaró mennyiségű intestinalis gázt találtunk. A betegek kiválasztásában a testsúly és a testalkat nem volt meghatározó szerepű.

Betegeink a Ceolat®-ból a vizsgálat előtti két napon naponta 4 × 2 tablettát szedtek, a vizsgálat napján pedig további két tablettát vettek be, amelyet vízben szétrágtak. Vizsgálataink során mellékhatást nem észleltünk, a terápiás célból rendelt különböző gyógyszerekkel interakció nem alakult ki. A betegek étrendjét, gyógyszerelését változtatlanul hagytuk. A radiológiai vizsgálatok mind a Ceolat® hatásban, mind a gyógyszert nem szedő betegek esetében azonos körülmények között folytak.

A Ceolat® képminőséget javító hatását három képalkotó eljárásban (natív has röntgenfelvétel, ultrahang, valamint hasi CT vizsgálatok esetében) elemeztük. Minden esetben önkontrollos kísérleteket folytattunk.

A natív has röntgenfelvételeket hagyományos technikával készítettük. Hasi ultrahangvizsgálatainkat Picker LSC 7000, nagy felbontóképességű, real-time készülékkel végeztük a délelőtti órákban, 3,5 MHz-es convex fejjel. A CT vizsgálatokat Somatom DR (Siemens) berendezéssel készítettük. A pancreas vizsgálatoknál négy milliméteres rétegvastagságot és direkt nagyítású technikát választottunk.

A tervezett intravénás urográfia előtt három nappal a betegekről natív has felvételt készítettünk, majd a Ceolat®-tal történt előkészítés után a szokásos technikával végeztük el a vizsgálatot.

A hasi ultrahangvizsgálatokat először gyógyszert nem szedő betegeken végeztük el, majd Ceolat® adás után a vizsgálatot megismételtük.

Betegeink előjegyzett hasi CT vizsgálata előtt — amikor gyógyszert még nem szedtek — a pancreas és a felső hasi régióról néhány natív scant készítettünk. Ezeket a képeket a későbbiekben

kontrollként használtuk a Ceolat® hatásban elvégzett komplett CT vizsgálat képeivel történt összehasonlítás során.

Betegeinket háromfokozatú skála alapján a vizsgáló módszereinkkel kimutatott gázosság mennyisége szerint csoportosítottuk. Enyhének minősítettük a gázosságot, ha a kimutatott gáz mennyisége a képek értékelését egyáltalán nem befolyásolta. Akkor véleményeztük a gázképződést kifejezettnek, amikor a kép minősége a csökkent információtartalom miatt a diagnosztikus biztonságot jelentősen zavarta. A közepes fokozat e két csoport közötti átmenetet jelenti.

Az enyhe, közepes és kifejezett fokúnak minősített gázosság külön-külön kategóriát alkotott. Az adatok feldolgozásakor az összehasonlításnál a fokozat változást vettük figyelembe.

A felvételek radiológiai értékelésekor nem tudtuk, hogy Ceolat®-tal előkészített vagy gyógyszerrel nem szedett beteg képeit véleményezzük, mert a felvételeken csak a beteg azonosító száma szerepelt. Vizsgálataink eredményének végső értékelésekor a nem gyógyszerhatásban készült felvételek leleteit egybevetettük ugyanazon beteg gyógyszer adás után készült röntgenfilmjének leleteivel. A kategória váltásokat táblázatban összesítettük, majd az adatok statisztikus feldolgozásra kerültek.

A vizsgálatok a DOTE Etikai Bizottságának 62/1992. számú engedélye alapján készültek.

Eredmények

Ceolat® kezelés hatására a gázossági index változása natív has felvételeknél $0,81 \pm 0,13$, ultrahang vizsgálatok esetében $0,96 \pm 0,11$, míg a CT vizsgálatok során $0,83 \pm 0,13$ volt. A feltüntetett szórási adatok a középérték közepes hibáját jelzik.

Az önkontrollos kísérletek Ceolat®-tal előkészített és kontroll értékeit Student-féle t-próbával összehasonlítva 99%-os szignifikancia szinten is hatásosnak találtuk. A javulás a két röntgensugárral történő képalkotást tekintve csaknem megegyezik (a gázosság 0,81, illetve 0,83 fokozatnyit csökkent), míg ugyanez az ultrahangvizsgálat esetében az előzőeknél jobb, közel egyfokozatnyi (0,96).

Megbeszélés

A Ceolat® rágótabletta 80 mg aktivált, mikrokapszulázott dimethylpolysiloxant (DMPS) tartalmaz. A hatóanyag kémiailag 20–25 000 D molekula tömegű szilikon-polimer, amelynek fő lánc (-Si-O-Si-O-) részekből épül fel, a szabad szilícium vegyérték -CH₃ csoportokat képes lekötöni. A szilikon származékok farmakológiailag inerteek, azaz a gyomor-bél traktusból nem szívódnak fel, nem változtatják meg a bélflórát, nem befolyásolják az enzimek aktivitását és a felszívódási viszonyokat. A DMPS aktivált és kellően diszperzált formában fejt ki hatását. A Ceolat® rágótablettát Magyarországon az EGIS Gyógyszergyár Rt. hozza forgalomba a Kali-Chemie A. G. Pharma GmbH-Hannover licence alapján. Szokásos napi adagja 1–2 rágótabletta étkezés után és lefekvés előtt. A gyógyszer alkalmazásának indikációs területe kiterjed meteorismus, hasi feszülés és diszpepsziás panaszok, máj-, epe-, illetve pancreas eredetű puffadásos tünetek mérséklésére.

Hagyományos röntgenvizsgálat során a negatív kontrasztanyagként viselkedő intraluminalis gáz kedvezőtlen abszorpciós viszonyokat teremthet, ezért a szummációs felvételeken az egymásra vetülő, különböző transzparen-

ciájú szövetek nem minden esetben különíthetők el egymástól. A pontos diagnózis felállításához szükséges fontos információk veszhetnek el emiatt.

Az ultrahang vizsgálat esetében a reflexió két különböző közeg határfelületéről jön létre. Minél nagyobb a különbség a két közeg impedanciája között, az ultrahang annál nagyobb hányadában verődik vissza. Az akusztikus impedancia a vizsgált anyag sűrűségének és a benne mért terjedési sebességnek a szorzatával egyenlő. A levegő akusztikus impedanciája a lágyrészhez viszonyítva nagyságrendekkel kisebb, ezért az ultrahang a lágyrész és levegő határfelületéről olyan nagy mértékben verődik vissza, ami a mögöttes területek vizsgálatát lehetetlenné teheti.

CT vizsgálatok során a jelentősen eltérő denzitású területek határfelületén igen nagy az abszorpciós különbség. A különböző projekciókban ez a különbség nagy szórással jelenik meg, amelyet a rekonstrukciós algoritmus nem tud figyelembe venni és mint nem valós adatokat kezel, ezért artefaktumként jelennek meg a scaneken.

Terápiás célra gyógyszerintéri forgalomban rendelkezésre állnak olyan hatóanyagú tabletták, amelyek a bélgázosságot csökkentik, a különböző megbetegedésekben leírt hatékonyságuk közismert (1, 2, 4, 5, 7–9, 11, 13). Ezek a vegyületek azonban a radiológiai diagnosztikában is felhasználhatók. *Pepper és Keene* (10) 1975-ben közölte, hogy a hasi ultrahangvizsgálat előtt 1–3 nappal adott simethicon a képminőséget javítja, a megismétlendő vizsgálatok számát csökkenti. Eredményeik statisztikus feldolgozása után a simethicon hatás ultrahang diagnosztikában kimutatható hatékonyságáról *Sommer és mtsai* (14) 1977-ben számoltak be. A Ceolat® premedikációt pancreas ultrahangdiagnosztikában hazai szerzők közül *Demeter* (3) 1989-ben alkalmazta.

Anyagunkban a Ceolat® hatékonynak bizonyult. Különösen jelentősnek tartjuk azt a tényt, hogy egyetlen olyan esetünk sem volt, amikor a gyógyszer alkalmazása után a nagyobb gázosság miatt a beteget magasabb fokozatot jelentő kategóriába kellett volna sorolni.

Vizsgálataink alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy hasi radiológiai vizsgálatok előtt előkészítésként adott Ceolat® rágótabletta a képalkotó módszerek információtartalmát a zavaró tényezők kiküszöbölése által fokozza, a diagnosztikus teljesítőképességet növeli. Kedvező tapasztalataink alapján az utóbbi időben myelographiás, valamint myelo-CT vizsgálatok előkészítésére is alkalmazzuk a Ceolat® rágótablettát.

Köszönetnyilvánítás: Szerzők megköszönik dr. Jóna István tannár úrnak, a DOTE KKL munkatársának az adatok statisztikai feldolgozásában nyújtott szíves segítségét.

IRODALOM: 1. *Bernstein, J. E., Schwartz, S. R.*: An evaluation of the effectiveness of Simethicone in acute upper gastrointestinal distress. *Current Therapeutic Research*. 1974, 16, 617–620. — 2. *Debray, Ch., Veyne, S., Laurre, M.*: Traitement du météorisme par certains silicones (dimethylpolysiloxane). *Sem. Hop. Paris*, 1962, 38, 2667–2671. — 3. *Demeter J.*: Ceolat® (dimethylpolysiloxan) premedikáció pancreas ultrahangvizsgálatban. *Magyar Radiológia*, 1989, 63, 17–21. — 4. *Gibstein, A., Cooper, J. J., Wisot, A. L. és mtsai.*: Prevention of postoperative abdominal distension and discomfort with simethicone. *Obstet. Gynecol.* 1971,

38, 386—390. — 5. Kimura, K. K., Treon, J. F., Benson F. R.: Therapeutic use of methylpolysiloxane. Current Therapeutic Research, (1964). 6, 202—216. — 6. Lele, P. P., Senapati, N.: Mechanism of tissue — ultrasound interaction. In: M. de Vlieger, D. N. White, V. R. McCready: Proceedings of the 2nd World Congress on Ultrasound in Medicine. Rotterdam 1973. Excerpta Med. (Amsterdam) 345—352. old. — 7. Lenhart, A.: Zur Wirkungsweise von Ceolat und Ceolat compositum. Eine klinisch-röntgenologische studie. Zeitschrift für Therapie, 1970, 3, 142—148. — 8. Myron, J.: Use of a simethicone/enzyme agent in relief of gastrointestinal gas. Current Therapeutic Research, 1979, 26, 55—61. — 9. Niedner, N.: Dimethylpolysiloxan bei der Meteorismustherapie. Doppelblinduntersuchung zur Dosis—Wirkungs—Beziehung. Therapiewoche, 1982, 32, 5390—5394. — 10. Pepper, H. W., Keene, J.: Use of simethicone in abdominal echotomography. Presented at the twentieth annual conference of

the American Institute of Ultrasound in Medicine. 1975. — 11. Rehs, H. U., Bermann, W.: Dimethylpolysiloxan als „Entschäumer“ bei der endoskopischen Untersuchung des Magens. Aktuelle Gastrologie, 1974, 3, 75—77. — 12. Rider, J. A.: Experience with the use of the defoaming agent in the treatment of gastrointestinal gas. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1968, 150, 170—177. — 13. Schröder, W.: Der therapeutische Wert einer Dimethylpolysiloxan-Enzym-Kombination bei Verdauungsinsuffizienz und Meteorismus. Therapiewoche, 1980, 30, 4945—4948. — 14. Sommer, G., Filly, R. A., Laing, F. C.: Use of simethicone as a patient preparation for abdominal sonography. Radiology, 1977, 125, 219—221. — 15. Wegener, O. H.: Artefakte in der Computertomographie. Fortschr. Röntgenstr., 1980, 132, 643—651.

(Sikula Judit dr., Debrecen, Pf. 4. 4012)

A FLAMAND KORMÁNY ANYAGI SEGÍTSÉGÉVEL A FŐVÁROSI ÖNKORMÁNYZAT EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SPORT BIZOTTSÁGÁNAK TÁMOGATÁSÁVAL ELŐADÁSSOROZATOT SZERVEZÜNK

- Január 24—28. Analysis and Design of Executive Information Systems
Előadó: Mrs. H. Ir. Zaida Ladha, MBA, MS Information Systems
- Január 31.—február 4. Logical Data Base Design + Exercises with SQL-Win NT
Előadó: Mr. Eric Buggenhout, MS Information Systems
- Február 21—25. LAN Design&Cabling Issues + Exercises with Win NT Advance Server
Előadó: Mr. Eric Buggenhout, MS Information Systems
- Előadás helye: Madarász utcai Gyermekkorház Könyvtára,
Bp. XIII., Madarász utca 22-24. (Gyöngyösi úti metró megálló)

Az előadások naponta 9-15 óráig, angol nyelven folynak.

JELENTKEZÉSÜKET VÁRJUK:

Telefon: 166-76-88, fax: 185-37-50, Fehér András/Bednai Judit.
Telefon: 120-88-25, fax: 129-66-80, Dr. Harmat György/Dr. Sült Tamás.

D. S. C. Business Consultants

PROTOMIX Kft.

Fővárosi Önkormányzat Egészségügyi és Sportbizottsága

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

DORMICUM®

7,5 mg és 15 mg midazolam

filmtabletta

hypnoticum, 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 kipihihtnek érzik magukat. Megfelelő adagolásban, kielégítő alvásmennyiséget követően a teljesítőképesség 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 vesén keresztül glukuronidként ürülnek ki. A farmakológiai aktív legfontosabb bomlástermék az alfa-hidroxi-midazolam, 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 plazmafehérjékhez kötődik.

HATÓANYAG

7,5 ill. 15 mg midazolamum filmtablettánként
(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 gyógyszerérékenységgel kell számolni); myasthenia gravis, a már fennálló izomgyengeség miatt.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek szokásos napi adagja 7,5-15 mg közvetlenül a lehetőleg zavartalan alvást biztosító lefekvés előtt. A tablettákat szétrágás nélkül, folyadékkal kell bevenni.

Idős és egyéb betegségben szenvedőknél a kezdő adagnak 7,5 mg javasolt. Ez a dózis érvényes károsodott máj- vagy veseműködésű betegekre is.

Premedikációként a műtét előtt 30-60 perccel 15 mg „Dormicum” tablettát kell beadni szájon át, hacsak a parenterális alkalmazás valamilyen okból nem tűnik kedvezőbbnek.

MELLÉKHATÁSOK

A szer ritkán észlelt mellékhatásai szedativ hatásának tulajdoníthatók, melyek dózis függők 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 beteget valamilyen szokatlan inger az alvás első két-három órájában felébreszti, előfordulhat, hogy a beteg valamilyen szokásos munkájába kezd (pl. főzés, levélírás) 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.

GYÓGYSZERKÖLCSONTHATÁSOK

Együttadása kerülendő:

— központi idegrendszerre ható szerekkel (hatástokozódás).

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!

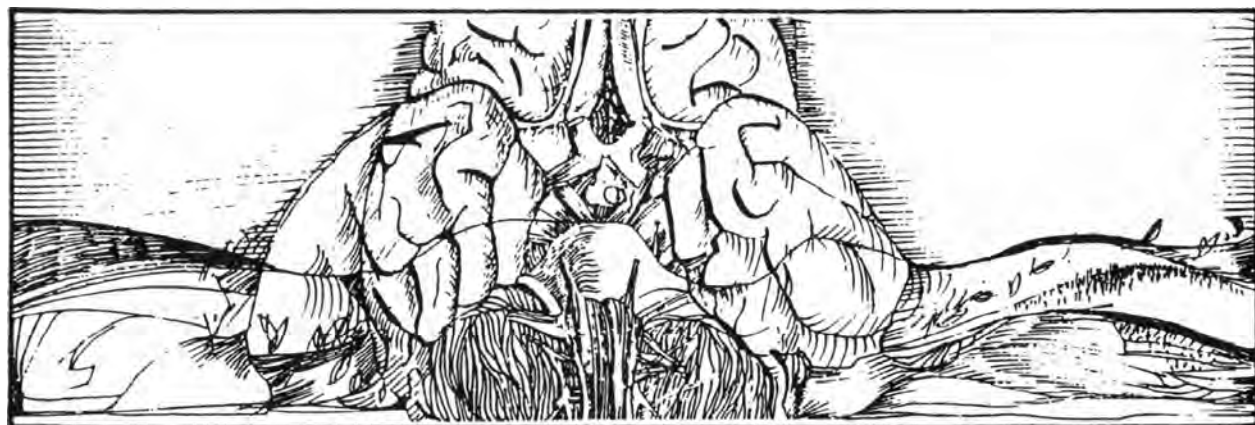
MEGJEGYZÉS

* Járóbeteg-ellátás keretében vényen rendelhető.

CSOMAGOLÁS

10 db 7,5 mg filmtabletta

10 db 15 mg filmtabletta



Gyártja és forgalomba hozza:



EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT., Budapest az F. Hoffmann—La Roche Co. Ag, Basel
licence alapján



A trigeminus neuralgia kezelése a Meckel-tasakba adott glicerinnel

Borda Lóránt dr.¹, Dóczi Tamás dr.² és Tarjányi János dr.¹

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Idegsebészeti Klinika, Szeged (igazgató: Bodosi Mihály dr.)¹

Jelenlegi munkahelye: Pécsi Orvostudományi Egyetem, Idegsebészeti Klinika (igazgató: Dóczi Tamás dr.)²

A szerzők trigeminus neuralgia miatt az elmúlt 9 év során 142 esetben elvégzett glicerines infiltráció eredményeit elemzik. A beavatkozást követően az esetek 64,5%-ában volt azonnali fájdalommentesség nyerhető. Az átlagos panaszmentes időtartam $18,6 \pm 5,4$ hónapnak bizonyult, azaz 15 hónappal a kezelést követően a betegek fele maradt tünetmentes. A típusos neuralgiában szenvedő betegek azon csoportjában, akiknél a kórelőzményben a glicerines kezeléssel kívül egyéb beavatkozás nem szerepelt, a fájdalommentesség féléletideje 23 hónap volt. Egy évnél tartósabban fennálló arcérezés csökkenés a betegek 9,6%-ában, cornea-érzékenység csökkenés 5,7%-ában jelentkezett. A viszonylag gyakori fájdalom recidíva ellenére a beavatkozás egyszerűsége és a szövődmények alacsony hányada avatja az eljárást a trigeminus neuralgia kezelésének hasznos eszközévé.

Kulcsszavak: trigeminus neuralgia, perkután glicerinnel infiltráció

A trigeminus neuralgia egyike a legkínzóbb fájdalmaknak, s hogy befolyásolására mind a mai napig nem alakult ki egységes és megbízható kezelési mód, arra a beavatkozások sokfélesége is utal. A gyógyszeres kezelés eredménytelensége sebészeti beavatkozást sürgethet. A nyílt koponya műtétet igénylő megoldásoknál kisebb megterhelést jelentenek a betegek számára a perkután módszerek. E beavatkozások során kell említeni a Meckel-tasakban helyet foglaló gyökök szelektív termokoagulációját, a mikrobiális kompressziót és a Meckel-tasak glicerinnel infiltrációját. Ez utóbbi módszert *Håkanson* vezette be 1981-ben (8), s ezzel a korábbiaknál kisebb szövődémenyarány mellett lehetett a fájdalommentességet létrehozni.

A glicerinnel befecskendezést néhány módosítással 1982 óta alkalmazzuk. A kezdeti tapasztalatokról *Dóczi és mtsai* számoltak be 1985-ben (6). Minthogy a módszer gyakorlatunkban rutin eljárássá vált a gyógyszeres kezeléssel dacoló trigeminus neuralgiás fájdalmak csillapítására, indokoltnak láttuk, hogy a bevezetés óta eltelt időszak alatt kezelt betegek utánvizsgálata és az anyag retrospektív elemzése alapján az eljárás valós értékét meghatározzuk, mivel a korábbi munkák jelentős részében a terápiás hatás, valamint a társuló szövődmények arányának megítélése

Treatment of trigeminal neuralgia by glycerol injection into the Meckel's cave. The authors of the present study report on their results with glycerol gained over the past 9 years in 142 cases of trigeminal neuralgia. Initial pain relief was achieved in 64.5% of the cases. The average pain-free interval was 18.6 ± 5.4 months, in other terms, 50% of the patients remained pain-free at 15 months after the procedure. However, a half-life of 23 months could be observed in a subgroup of patients with typical neuralgia if glycerol injection was the only way of operation during the course of the disease. Facial sensory loss which persisted for more than one year was found in 9.6% of the patients, corneal hypaesthesia occurred in 5.7%. Despite the relatively frequent recurrences, the technical simplicity and the low rate of complications may render this method to be useful in the treatment of trigeminal neuralgia.

Key words: trigeminal neuralgia, percutaneous glycerol injection

csupán egyes befecskendezések tapasztalatai alapján történtek. Magunk nem tekintettük a betegség állapotát és így a kezelést lezárhatónak akkor, amikor újabb fájdalom jelentkezett, hanem az alkalmazott módszer(ek) adott betegre vonatkoztatott hatását kívántuk megítélni, ezért néhány helyütt talán zavaró lehet a „beteg” és „eset” megjelölés, a korrekt adatszolgáltatás miatt azonban erre kényszerültünk.

Beteganyag és módszer

Az 1–9 éves utánkövetési időszakban 59 beteg adatait dolgoztuk fel. Értelemszerűen kiestek a felmérésből azok, akiknél nem nyílt lehetőség a részletes utánvizsgálatok elvégzésére. A betegek átlagéletkora $58,5 \pm 9,4$ év (átlag $\pm$ S.D.) volt. A nemek megoszlása: 32 nő; 27 férfi.

A vizsgált 59 beteg közül 48 típusos trigeminus neuralgiában szenvedett, míg 11 volt atípusos megjelenésű. Az ágak érintettségének megoszlását az 1. táblázat foglalja össze.

Anyagunkban 2 esetben szerepelt kétoldali trigeminus neuralgia, mindkét alkalommal típusos megjelenési formában. A két oldal érintettségének jelentkezése között eltelt idő 4, illetve 8 év volt.

Koponya CT vizsgálatot 25 betegnél végezhetünk. Közülük 4-nél enyhe vagy közepes fokú agyi atrófiát, 1-nél multiplex lakunaris infarktust láttunk.

1. táblázat: A betegek klinikai tünetek szerinti csoportosítása

Típusos fájdalom:	48 beteg
A típusos trigeminus neuralgia megoszlása a három idegág között	
Idegág:	Betegek száma:
1.	2
2.	20
3.	3
1.+2.	9
2.+3.	12
1.+3.	0
1.+2.+3.	2
Atípusos arcfájdalom:	11 beteg

A glicerín infiltrációt a Dóczi és mtsai (6) által módosított módszer szerint végeztük általános érzéstelenítésben, s általában 0,4–0,5 ml glicerint fecskendeztünk a Meckel-tasakba. Az infiltrációt minden esetben el tudtuk végezni, sikertelen beavatkozás alatt azt értjük, ha a fájdalom perzisztál. A betegeket eredményes, tehát fájdalommentességet hozó beavatkozás után rendszerint 2–3 nappal bocsátottuk el. A korábbi carbamazepin kezelést fokozatosan, 1–3 hét alatt függesztettük fel. Azokat a betegeket, akiknél a fájdalom perzisztált, vagy nem szűnt meg röviddel a beavatkozás után, illetve akiknél arc- vagy cornea-érzés csökkenés jelentkezett, értelemszerűen további megfigyelés alatt tartottuk.

Statistikai próbaként a Lee–Desu szerinti „túlélési” analízist (12) és kétmintás T-próbát alkalmaztunk. A szignifikancia fokaként a $p < 0,05$ értéket fogadtuk el.

Eredmények

A terápiás módszer eredményességének megítéléséhez három, e szempontból fontos kérdést elemeztünk: A) a beavatkozás fájdalomcsillapító hatását, B) az arc- és cornea-érzés minőségét és C) az eljárással biztosítható fájdalommentes időtartamot.

A) Fájdalomcsillapító effektus

A felmérés időtartama alatt 59 betegnél 142 alkalommal végeztük el a Gasser-dúc glicerines infiltrációját. Ebből 121 infiltráció történt a kínzó és gyógyszerrel már nem befolyásolható fájdalom első jelentkezésekor, illetve a hosszabb panaszmentesség után újra fellépő fájdalom miatt. Ezeket a beavatkozásokat illettük „első infiltráció” megjelöléssel. A további, második glicerín befecskendezést az első beavatkozás sikertelensége indokolta 21 esetben, s erre általában az első hét végén került sor.

Az első infiltráció 63 alkalommal 24 órán belül, további 15 esetben pár nap múltán alakított ki megnyugtató fájdalommentességet (64,5%). A nem vagy nem kellően szűnő fájdalom esetén alkalmazott második infiltráció (21 eset) hatására 14 alkalommal a beavatkozást követően, 1 további esetben 1 héten belül jött létre a fájdalommentesség. A 142 glicerín befecskendezésre vonatkoztatott fájdalomcsillapító effektus 65,4% volt. Minthogy a kétmintás T-próbával nem találtunk szignifikáns különbséget az egyszeri vagy csak a megismételt infiltrációval, azt kellett feltételeznünk, hogy az első kezelés eredménytelensége inkább a technikai kivitelezés mint a módszer hiányosságából adódott.

A sikertelen effektusú glicerín befecskendezés után 5 beteg (1 típusos, 4 atípusos neuralgia forma) gyógyszeres kezelés mellett vált panaszmentessé. További 16 alkalommal (13 esetben az első és 3 esetben a második befecskendezést követően) a ggl. sphenopalatinum Sevenal + Lidocain blokája bizonyult hatásosnak. Két betegnél mindkét alkalommal sikertelen befecskendezés után hátsó koponyagödri beavatkozást (1–1 Janetta-, ill. Dandy-műtét) végeztünk.

B) Az arc- és cornea-érzés megtartottsága

A glicerín infiltráció arcérzésre kifejtett hatását csak abban az 52 esetben tudtuk megítélni, akiknél korábban roncsoló jellegű beavatkozás (neuroexairézis, Sevenalos infiltráció, vinca alkaloida iontoforézis stb.) nem történt. A kezelést követően 41 esetben nem maradt vissza érzéscsökkenés (78,8%), további 6 alkalommal a kialakult hypaesthesia 1 héten belül megszűnt. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy az arcérzés megtartása mindkét érzéskvalitásra vonatkozóan 90,4%-nak bizonyult a glicerín befecskendezést követően. 5 esetben az érzéscsökkenés 1 éven túl is fennállt. A tartós érzéscsökkenés egy kivétellel a rohamok által érintett ág területére vonatkozott. Dysaesthesia, anaesthesia dolorosa egy esetben sem fordult elő.

A beavatkozást követően a cornea érzéscsökkenés 1 esetben 1 hét alatt elmúlt, 3 esetben (5,7%) viszont 1 éven túl is fennállt. Ez utóbbiaknál az első ág is kivétel nélkül érintett volt. Cornea reflex kiesést, keratitis neuroparalyticát egyetlen esetben sem észleltünk.

C) Fájdalommentes időtartam, recidíva

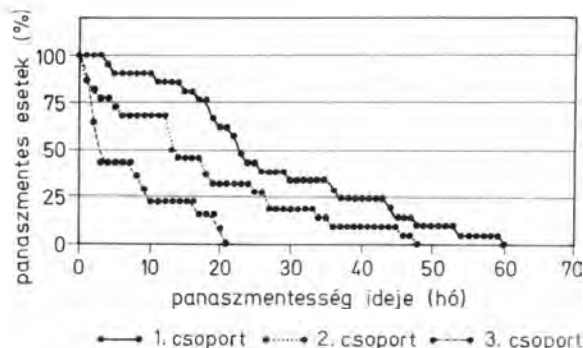
A recidív fájdalom ismételt megjelenéséig terjedő időtartamról 67 esetben nyertünk információt. A glicerines infiltrációval nyert átlagos panaszmentes időtartam $18,6 \pm 5,4$ hónap (2. táblázat), a fájdalommentesség félélet ideje 15 hónap volt, azaz a betegek fele 15 hónapon keresztül panaszmentes maradt.

A körelőzmény, valamint a kórkép jellege alapján indokoltak látszott az anyagot további csoportokra bontva is megvizsgálni.

1. Azokban a típusos trigeminus neuralgiás esetekben, amelyekben a glicerines kezelésen kívül egyéb beavatkozás nem történt, a panaszmentesség félélet ideje 23 hónap volt.

2. táblázat: A kezelést követő fájdalommentes időtartam

Beavatkozás jellege	Átlagos panaszmentes időtartam (hó) (átlag $\pm$ SD)	Esetszám
Egyszeri vagy megismételt glicerín infiltráció:	$18,6 \pm 5,4$	57
Glicerín infiltráció és ggl. sphenopalatinum bloká:	$8,2 \pm 8,6$	6
Glicerín infiltráció és neuroexairézis:	$27,3 \pm 22,5$	4
Összesen		67



1. ábra: A fájdalommentesség alakulása az egyes körcsoportokban az idő függvényében: 1. csoport: csak glicerinnel infiltrált típusos esetek, 2. csoport: a körlemezben a glicerinnel kívül egyéb beavatkozásban is részesülő típusos esetek, 3. csoport: atípusos esetek, 1. és 3.: $p < 0,001$, 1. és 2.: $p < 0,05$, 2. és 3.: nincs szignifikáns különbség

2. Azokban az esetekben, amelyekben a típusos arcidegszába glicerinnel infiltrációját egyéb beavatkozás (ggl. sphenopalatinum blokád, neuroexairézis stb.) előzte meg, a betegek fele 13 hónapon át bizonyult panaszmentesnek.

3. Atípusos arcfájdalmak esetén a fájdalommentesség félélet ideje 3,5 hónap volt (1. ábra).

Az első és harmadik csoport gyógyeredményei közötti különbség 0,001-nél kisebb „p” értéken volt szignifikáns. Az első és második csoport eredményei „p” $< 0,05$ szinten különböztek. A második és harmadik csoport között nem találtunk szignifikáns különbséget.

A beavatkozást követően 5 betegben igazolt meningitist a liquor laboratóriumi vizsgálata, kórokozó azonban csak egyetlen esetben tenyésztett (streptococcus alfa-haemolyticus).

Az elemzésből megállapítható, hogy a glicerinnel kezeléstől akkor várható a legjobb és legtartósabb eredmény, ha azt típusos trigeminus neuralgiában szenvedőnél első invazív beavatkozásként alkalmazzuk.

Megbeszélés

A trigeminus neuralgia oka még ma is ismeretlennek tekinthető, ennek folytán a gyógykezelés módjai is sokirányúak, elég ha a Janetta-féle mikrovaszkuláris dekompresszióra, a mikrobalonos kompresszióra vagy a Taarnhoj-féle Gasser-dúc dekompresszióra gondolunk. Neurológiai vizsgálatok (3, 8, 11) arra utalnak, hogy az alap ok a trigeminus rostok fokális demielinizáltsága lehet, amelynek révén kóros szinaptikus kapcsolatok (efapsziók) jöhetnek létre, illetve a demielinizált helyek ektópiás ingerképzési gócként szerepelve generálhatnak rohamokat. Håkanson (8) 1981-ben bevezetett módszere a Meckel-tasakba fecskendezett glicerinnel toxikus hatása révén lehet képes arra, hogy axonolízist létrehozva szüntesse meg, illetve függessze fel a fenti kóros mechanizmusokat. Azt is megfigyelték (4), hogy a gyógyszerpontonból előnyös károsító hatás csak a velőshüvely nélküli, tehát a roham generálásában résztvevő rostokra terjed ki, és érintetlenül

hagyja a vastag mielinhüvellyel rendelkező rostok ingervezető képességét. Ez szolgálhatna alappal annak, hogy az arc- és cornea-érzékenység az esetek jelentős részében megtartott maradt. Így módon a glicerinnel infiltráció új utat nyitott az arcidegszába kezelésében.

Håkanson első közleményében (8) szereplő 75 betegből 74 vált panaszmentessé, s az átlagosan 4 éves követési időszak alatt a betegek 42%-ánál jelentkezett recidíva (9). A glicerinnel befecskendezés azonnali fájdalomcsillapító effektusát az irodalom 67–95% közöttinek adja (1, 13), de a legtöbb közlemény 80–90%-os várható azonnali fájdalomcsillapító hatásról tesz említést (2, 5, 7, 16, 20). Klinikai tapasztalataink arra utalnak, hogy a glicerinnel infiltrációt követő kezdeti fájdalommentesség az esetek háromnegyedében biztosítható.

A gyógykezelés szempontjából azonban nemcsak az akut hatás fontos — bár a kínzó rohamokban szenvedő betegek számára ez az elsődleges —, hanem a fájdalomcsillapító hatás tartama is. A fájdalommentesség félélet ideje 16 hónaptól 3 évig terjedő az irodalomban (14, 16), a szerzők leggyakrabban a glicerinnel befecskendezés utáni másfél-két évet jelöli meg a jóslható tünetmentes időtartamnak (5, 7). Anyagunkban azt találtuk, hogy a leghosszabb panaszmentességet azon típusos trigeminus neuralgiában szenvedő betegeknél várhatjuk, akik előzetesen más beavatkozáson nem estek át. E csoportban a fájdalommentesség félélet ideje 23 hónap volt. Tapasztalataink arra utalnak, hogy más eljárások, mint pl. a ggl. sphenopalatinum blokád (19) kezdeti fájdalomcsillapító hatása ugyan jó lehet, mégis meggondolandó első alkalmazása, hiszen e viszonylag egyszerűbb beavatkozással a későbbi glicerinnel kezelés sikerének és tartósságának esélyét ronthatjuk. Nehéz állást foglalni abban a kérdésben, hogy az ismételt punkciók rövidítik-e a panaszmentes időszakot. North és msai (14) úgy vélik, hogy amíg az első sikeres infiltráció hatására a fájdalommentesség félélet ideje 3 év, további beavatkozások esetén ez az időtartam 1 évre rövidül. Burchiel (5) véleményét osztva, a várható fájdalommentesség szempontjából inkább tartjuk perdöntőnek a körkép jellegét, a tünetegyüttes típusos vagy atípusos voltát.

A trigeminus neuralgia esetében is szem előtt tartandó, hogy a fájdalommentesség milyen károsodás, funkcióvesztés kockázata mellett érhető el. Az irodalomban e tekintetben is meglehetősen eltérőek a tapasztalatok. A glicerinnel kezelést követően kialakuló arcérzés csökkenést 28–72% közöttinek jelölik (5, 13), anyagunkban 21%-nak találtuk a posztoperatív hipesztéziát, amely elsősorban a rohamok által érintett ág területén kifejezett mértékű. Ez a befecskendezést közvetlenül követő érzékszavar kiterjedésében és mértékében napok múltán fokozatosan csökken, illetve megszűnik. Håkanson (8) anyagában a kezdeti 60%-os hipesztézia teljesen megszűnt, az irodalom viszont 3,4–50%-nak jelöli a fél-egy éven túl is fennmaradó arcérzés csökkenést (1, 2, 7, 15, 16, 17). Beteganyagunkban a tartós érzéscsökkenést 10%-nak találtuk.

Hasonlóan eltérő eredményekről számol be az irodalom, ha a cornea-érzékenység csökkenését elemezzük. Bár az adatok 1,8–27% közöttiek (13, 18), a legtöbb szerző szerint cornea reflex kieséssel 2–7% gyakorisággal kell

számolni (2, 5, 14). Elemzésünkben a kezdeti 7,7%-os, illetve a tartósnak ítélt 5,7%-os cornea-érzécsökkenés illeszkedik a fenti tapasztalatokhoz.

Az érzécsökkenés halmozódását Burchiel (5) előnyösnek véli abban a tekintetben, hogy tapasztalatai szerint ezekben az esetekben várható hosszabb recidívamentes periódus. Ezzel az észleléssel áll szemben Sahni és mtsai (16) véleménye, amely szerint a beavatkozás sikere szempontjából az érzészavar fennállása negatív előjeldő, ugyanis, ha érzészavar alakul ki, a fájdalommentesség féltete ideje 7,4 hónap, míg az érzészavar nélküli csoportban ez 19,1 hónap.

Bár anaesthesia dolorosa, keratitis neuroparalytica, mint a trigeminus neuralgia műtéti kezelésének leg súlyosabb és legkínzóbb szövödménye extrém ritkán fordul elő, a tartósan fennmaradó dizesztéziák, a cornea-érzékenység esetenként jelentős csökkenése néhányakat arra késztetett, hogy az ún. glicerintesztet alkalmazzák. A glicerint frakcionált beadása az éber beteg szubjektív jelzései alapján az érintett ágra vonatkozó szelektivitás esélyét adta. Az eredmények azonban a teszt hasznosságát nem igazolták az elvárásoknak megfelelően, hiszen sem a fájdalomcsillapító effektus, sem a mellékhatások nem különböztek számottevően a tesztet alkalmazók (1, 5, 14, 17, 20) és az azt mellőzők (2, 7, 13, 16) beteganyagában. A beavatkozás mellékhatásait Beck és mtsai (2) inkább az infiltrációhoz használt tűvég direkt károsító hatásához, Fujimaki és mtsai (7) az ismételt műtétek hegeseledést okozó hatásához kötik.

Magunk a glicerintesztet nem alkalmaztuk, minthogy egyéb megfontolásokról a beavatkozásokat általános érzéstelenítésben végeztük: ily módon igyekeztünk kikapcsolni a befecskendezés okozta fájdalomérzetet, és elkerülni az ezzel társuló általános keringési következményeket (magas vérnyomásos krízis) (10).

Klinikai tapasztalataink mellett szólnak, hogy az arcidegzsába kezelésében a glicerint infiltráció előnyös tulajdonsága (kellő fájdalomcsillapító effektus, kicsiny szövödménnyel, nem megterhelő beavatkozás) miatt hasznos terápiás eljárásnak tekinthető, s a gyógyszeresen már nem, vagy nem kellően befolyásolható típusos neuralgiák esetében mint első beavatkozási forma alkalmazandó.

IRODALOM: 1. Arias, M. J.: Percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy for trigeminal neuralgia. J. Neurosurg., 1986, 68, 32–36. — 2. Beck, D. W., Olson, J. J., Urig, E. J.: Percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy for treatment of trigeminal neuralgia. J. Neurosurg., 1986, 65, 28–31. — 3. Burchiel, K. J.: Abnormal impulse generation in focally demyelinated trigeminal roots. J. Neurosurg., 1980, 53, 674–683. — 4. Burchiel, K. J.: Glycerol neurolysis: neurophysiological effects of topical glycerol application on rat saphenous nerve. J. Neurosurg., 1985, 63, 784–788. — 5. Burchiel, K. J.: Percutaneous retrogasserian glycerol rhizolysis in the management of trigeminal neuralgia. J. Neurosurg., 1988, 69, 361–366. — 6. Dóczi T., Huszka E., Tóth-Daru P. és mtsai: A trigeminus neuralgia kezelése a Meckel-tasakba fecskendezett glicerinnel. Orvosi Hetilap, 1985, 126, 151–153. — 7. Fujimaki, T., Fukushima, T., Miyazaki, S.: Percutaneous retrogasserian glycerol injection in the management of trigeminal neuralgia: long-term follow-up results. J. Neurosurg., 1990, 73, 212–216. — 8. Håkanson, S.: Trigeminal neuralgia treated by the injection of glycerol into the trigeminal cistern. Neurosurgery, 1981, 9, 638–646. — 9. Håkanson, S.: Tic douloureux treated by the injection of glycerol into the retrogasserian subarachnoid space. Long-term results. Acta Neurochirurgica Suppl., 1984, 33, 471–472. — 10. Kehler, C. H., Brodsky, J. B., Samuels, S. I. és mtsai: Blood pressure response during percutaneous rhizotomy for trigeminal neuralgia. Neurosurgery, 1982, 10, 200–202. — 11. Kerr, F. W. L., Miller, R. H.: The pathology of trigeminal neuralgia. Archives of Neurology, 1966, 15, 308–319. — 12. Lee, E. T., Desu, M. M.: A computer programme for comparing K samples with right-censored data. Computer Programmes in Biomedicine, 1972, 2, 315–321. — 13. Lunsford, L. D.: Percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy for tic douloureux: part 1 — Technique and results in 112 patients. Neurosurgery, 1984, 14, 424–430. — 14. North, R. B., Kidd, D. H., Piantadosi, S. és mtsai: Percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy. J. Neurosurg., 1990, 72, 851–856. — 15. Reganchary, S. S., Watanabe, I. S., Singer, P. és mtsai: Effect of glycerol on peripheral nerve: An experimental study. Neurosurgery, 1983, 13, 681–688. — 16. Sahni, K. S., Pieper, D. R., Anderson, R. és mtsai: Relation of hypesthesia to the outcome of glycerol rhizolysis for trigeminal neuralgia. J. Neurosurg., 1990, 72, 55–58. — 17. Sweet, W. H., Poletti, C. E., Macon, J. B.: Treatment of trigeminal neuralgia and other facial pains by retrogasserian injection of glycerol. Neurosurgery, 1981, 9, 647–653. — 18. Sweet, W. H., Poletti, C. E.: Problems with retrogasserian glycerol in the treatment of trigeminal neuralgia. Appl. Neurophysiol., 1985, 48, 252–257. — 19. Szabó Gy., Hoffmann J., Soós K.: Neuralgiiform fájdalom kezelése a nervus maxillaris és a ganglion sphenopalatinum együttes blokkrozásával. Ideggyógyászati Szemle, 1970, 23, 189–192. — 20. Young, R. F.: Glycerol rhizolysis for treatment of trigeminal neuralgia. J. Neurosurg., 1988, 69, 39–45.

(Borda Lóránt dr., Szeged, Pf.: 464., 6701)

Új év, új software!

*1994-től jelentősen nagyobb tudású programmal
kapható a Meditech ABPM-02*

Várjuk megtisztelő érdeklődésüket!

☐ Budapest 1194 Segesvári u. 45. ☎ (06 1) 128 8809



Empyema vesicae felleae kezelése endoscopos úton az epehólyagba vezetett drainen át

Berger Zoltán dr., Topa Lajos dr. és Pap Ákos dr.

Szent Imre Kórház II. Belgyógyászat, Budapest (osztályvezető: Pap Ákos dr.)

A szerzők idős, epeköves betegük kórtörténetét ismertetik. Epeúti kövességét 83 éves korban endoscopos papillotomia útján oldották meg. Másfél év múlva a ductus cysticus köves elzáródása mögött gennyes epehólyaggyulladás alakult ki. A ductus cysticusba vezetett katéterrel mechanikusan a követ az epehólyag felé kimozdítva szüntették meg az elzáródást. A passage biztosítása és lokális antibiotikum kezelés céljából naso-cholecysticus draint hagytak hat napon át az epehólyagban. A beteg láztalanul távozott, egy éve a cholecystitis nem ismétlődött. A szerzők felhívják a figyelmet, hogy az epehólyag is elérhetővé vált az endoscopos operatív beavatkozások számára. Eljárásuk alkalmazását nagy műtéti kockázattal járó esetekben megfontolásra érdemes lehetőségnek tartják.

Kulcsszavak: empyema vesicae felleae, endoscopos papillotomia, naso-cholecysticus drainage

Endoscopic treatment for empyema of gallbladder by naso-cholecystic drainage. Medical history of an old female patient is described. Gallstones were extracted from the main bile duct after endoscopic papillotomy when she was 83 ys old. Eighteen months later, she presented an obstruction of the cystic duct with a consecutive empyema of gallbladder. The obstruction was relieved mechanically by inserting a catheter through guide-wire in the cystic duct and moving the impacted stone into the gallbladder. A naso-cholecystic drain was placed and kept in the gallbladder for six days to assure free passage of bile and to administer local antibiotic treatment. The patient quickly recovered, she has not presented any repeated cholecystitis or cholangitis in the last year. It was pointed out, that the endoscopic access to the gallbladder became possible. This technique offers an alternative way in the treatment of patients with high operative risk.

Key words: empyema of the gallbladder, naso-cholecystic drainage

Az időskori heveny epeúti gyulladásokat sokszor szepszisek kísérik, melyek az egyébként sem egészséges betegek állapotát gyakran kritikussá, életveszélyessé teszik. Ma már elfogadott, hogy szepszisek cholangitisben a választandó első beavatkozás a lehető legsürgősebben elvégzett endoscopos papillotomia és nasobiliaris drainage a szabad epeelfolyás biztosítása és lokális antibiotikum-kezelés céljára; az epeúti obstructio megoldása nélkül ugyanis a szisztémásan adott, májban kiválasztódó antibiotikumok sem tudnak hatékony koncentrációban az epébe jutni a májsejtek károsodása miatt (6). Gennyes epehólyaggyulladás esetében az endoscopos kezelés lehetősége nem terjedt el, bár néhány közleményben beszámoltak előzetes papillotomián át a ductus cysticusba helyezett drain alkalmazásáról (11, 12). Tudomásunk szerint Magyarországon hasonló beavatkozás még nem történt, ezért tartottuk közlésre érdemesnek az alábbi terápiás próbálkozásunkat.

Betegismertetés

A 83 éves nőbeteg 1989 novemberében került első alkalommal felvételre felhasi fájdalmak miatt. Miután hasi ultrahang vizsgálattal köveket mutattunk ki az epehólyagban és a tágult epevezetékben, ERCP-t végeztünk, amely a choledocholithiasis fennállását igazolta. Papillotomia, majd kő-extractio után a cholecystectomy elvégzésétől eltekintettünk a társuló betegségek, főként az ismételt gyógyszeres kezelést igénylő ritmuszavar, cardialis decompensatio miatt. Emellett per os kezeléssel egyensúlyban tartható diabetes mellitus, substernalis struma szerepelt a társdiagnózisok közt. Másfél éves panaszmentes időszak után zsíros étkezést követően észleltük újra az akkor már 85 éves beteget közel egy hete fennálló görcsös jobb bordaív alatti fájdalmak, subfebrilitas miatt. Hatalmas, feszülő, érzékeny hydrops volt tapintható, súlya: 100 mm/óra, alk. phosphatase: 372 U/l, gamma GT: 169 U/l volt, egyéb laboratóriumi eltérést nem észleltünk. Kétnapos konzervatív kezelés nem hozott javulást, így ERCP-t végeztünk. A duodenumban a papilla magasságáig terjedően számos akut fekélyt láttunk a szepszisek-toxikus állapot jeleként. A korábbi papillotomia nyílása kb. 5–6 mm-es volt, az epe

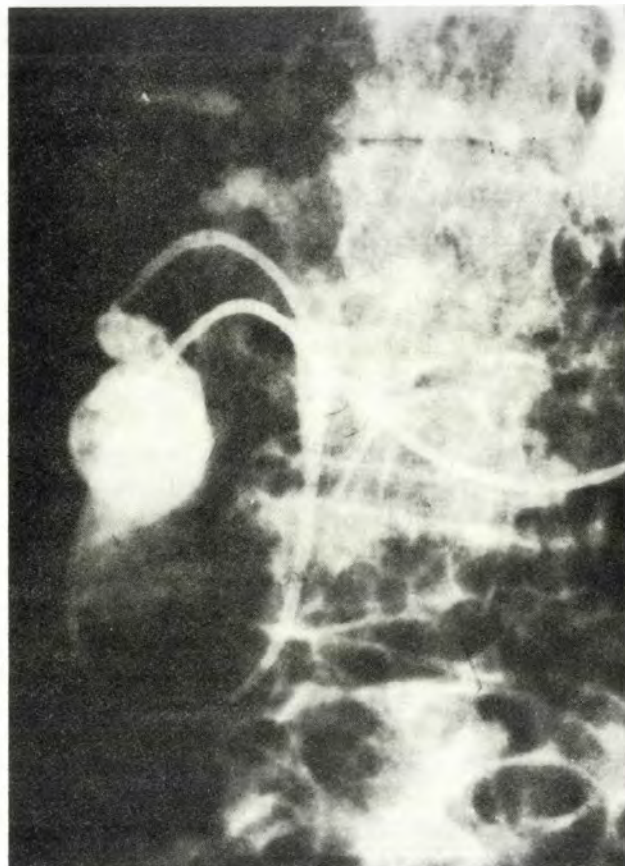


1. ábra: A kanül a d. cysticusban van, amely tág, kanyargós, kövekkel telt. Az epehólyag hydropsos jelleggel megnagyobbodott, különböző nagyságú kövek töltik ki

szabadon, gyorsan ürült. A kanült magasan felvezetve kontrasztanyaggal feltöltöttük az epeutakat, melyek normális tágasságúak, kőmentesek voltak. A ductus cysticusba nem jutott kontrasztanyag. Ezt követően vezetődrtöt juttattunk a cysticusba, ennek segítségével sikerült a beékelődött követ kimozdítani. A passage biztosításának pillanatában nagy nyomással jelentős mennyiségű gennyel kevert epe ürült a cholecystából. Ekkor már lehetővé vált, hogy kontrasztanyaggal feltöltsük az epehólyagot, amelyben számtalan, különböző nagyságú kőárnyék ábrázolódott (1. ábra). A vezetődrtöt segítségével a nasobiliaris drainage technikájával mindenben egyező módon öblítő draint hagyunk a cholecystában. Ezen keresztül nyert epehólyag tartalomról *E. coli* és *Klebsiella* tenyésztett ki. Napi $4 \times 0,5$ g Ampicillint adtunk a drainen át, emellett parenterálisan 2×2 g Cefobidot alkalmaztunk. A beteg gyorsan lázmentes lett, a tapintható resistencia a beavatkozás után órákon belül eltűnt. A drainen át kontrasztanyagot töltve az epehólyagba annak megkisebbedését észleltük (2. ábra). A draint a kezelés hatodik napján eltávolítottuk, a beteg étrendjét fokozatosan felépítettük, és jó általános állapotban bocsátottuk haza. Két héttel a drain eltávolítása után hydropsot nem tapintottunk, We: 22 mm/óra, alk. phosphatase 185 U/l, gamma-GT: 93 U/l volt. Az eltelt egy évben a cholecystitis nem ismétlődött.

Megbeszélés

A 83 éves, számos egyéb betegségben szenvedő nőbeteg hasi panaszait choledocholithiasissal magyarázva papillotomiát végeztünk az első észlelés alkalmával, amelyet nem követett cholecystectomy. Tanulmányok bizonyították, hogy az EST-t évekként követően is csak 5–6%-ban fordul



2. ábra: A drain eltávolítása előtti állapot. Az epehólyag jelentősen megkisebbedett, de kövekkel telt

elő cholecystitis (4). Bár a választott időben végzett cholecystectomyának idős kor sem képezi abszolút ellenjavallatát, más magyar szerzők (1, 2) sem tartják feltétlenül szükségesnek az epehólyag eltávolítását.

Az EST a papilla barrier-funkciójának megszüntetésével megteremti annak lehetőségét, hogy az epeútba a duodenum felől baktériumok jussanak, és ott megtelepedjenek (5). Az ascendáló fertőzés révén kialakuló heveny cholecystitis általában rövid időn belül követi az EST-t. A késői cholecystitis nem feltétlenül áll összefüggésben az EST-vel, az epekő-betegség szövődményének tekinthető, melyben a cholecysta obstrukciója is szerepet játszhat, mint betegünk esetében is. Ez a megfontolás vezetett arra néhány munkacsoportot, hogy az akut cholecystitis kezelésében a ductus cysticus átjárhatóságát stent behelyezésével biztosítsák (8, 11, 12).

Az endoscopos technika, főként a katéterek, vezetődrtök minőségi fejlődésével az epehólyag is megközelíthetővé vált (7, 9, 11). Ennek diagnosztikus és terápiás haszna egyaránt van: lehetőség nyílik az epehólyag fal elváltozásainak pontosabb radiológiai, esetleg citológiai vizsgálatára, másrészt naso-cholecysticus drainen át kémiai kőoldás is sikerrel kísérhető meg (3, 7, 10).

Magunk a hydrops-szal járó, konzervatív kezelésre nem javuló heveny cholecystitis miatt próbálkoztunk az endoscopos terápiával. A korábbi papillotomia technikailag megkönnyítette az epeutak kanülálását. A cysticusból

az elzáródást okozó követ a vezetődróttal, ill. a teflonbevonatú katéterrel mechanikusan sikerült kimozdítani. Hasonló helyzetben *Martin és mtsai* kontrasztanyag befecskendezésével érték el sikert Mirizzi-szindrómás betegükben (8). Az obstructio megszüntetése szinte azonnal megoldotta a kórképet, a sűrű gennyet tartalmazó hólyagepe másnapra feltisztult, betegünk állapota gyorsan javult. Mérlegeltük a kémiai kőoldást, de az alig lezajlott heveny gyulladást figyelembe véve ezt elvetettük. Az epehólyagot szinte teljesen kitöltő számtalan kő miatt az ESWL (extracorporalis shock wave lithotripsy) sem jött szóba. Így a drain eltávolítása után sem végeztünk újabb invazív beavatkozást.

Betegünket ismertetésre érdemesnek tartottuk, mert az elterjedt nasobiliaris drainage kis módosításával a leírt technika lehetőségei minden nagyobb endoscopos centrumban adóttak. Megfontolandó alkalmazása az antibiotikumra nem javuló cholecystitis olyan eseteiben, amikor egyéb társbetegségek növelik a műtéti kockázatot. Az epehólyagba bejutva végleges stentet is lehet alkalmazni, ill. az ismertetett módszerek egymással, kémiai kőoldással vagy ESWL-lel kombinálhatók.

Utóirat: a kézirat beküldése óta még két hasonló esetet oldottunk meg sikerrel.

IRODALOM: 1. *Domján L.*: Személyes közlés. — 2. *Farkas, I. E.*: Early and late results of endoscopic sphincterotomy for bile duct stones in patients with "in situ" gallbladder. *Endoscopy*, 1992, 24, 636–637. (Abstr.) — 3. *Foerster, E. C., Matek, W., Domschke, W.*: Endoscopic retrograde cannulation of the gall bladder: direct dissolution of gall stones. *Gastrointest. Endosc.*, 1990, 36, 444–450. — 4. *Hill, J., Martin, D. F., Tweedle, D. E. F.*: Risks of leaving the gallbladder in situ after sphincterotomy for bile duct stones. *Br. J. Surg.*, 1991, 78, 544–557. — 5. *Leung, J. W. C., Venezuela, R. R.*: Cholangiosepsis: endoscopic drainage and antibiotic therapy. *Endoscopy*, 1991, 23, 220–223. — 6. *Leung, J. W. C., Chan, R. C. Y., Cheung, S. W. és mtsai*: The effect of biliary obstruction on the excretion of cephalosporins. *J. Antimicrob. Chemother.*, 1990, 25, 399–406. — 7. *Malet, P. E.*: ERCS: the final frontier in gallstone dissolution? *Gastroenterology*, 1991, 100, 1780–1781. — 8. *Martin, D. F., Tweedle, D. E. F., Rao, P. N.*: Endoscopic gallbladder catheterisation and extracorporeal shockwave lithotripsy in the management of Mirizzi's syndrome. *Endoscopy*, 1988, 20, 321–322. — 9. *McCarthy, J. H., Miller, G. L., Lawrence, B. H.*: Cannulation of the cystic duct and gallbladder. *Endoscopy*, 1989, 21, 223–224. — 10. *Soehendra, N., Schulz, H., Nam, Ch. V. és mtsai*: ESWL and gallstone dissolution with MTBE via a naso-vesicular catheter. *Endoscopy*, 1990, 22, 176–179. — 11. *Soehendra, N.*: Access to the cystic duct: a new endoscopic therapy for gallbladder diseases. *Endoscopy*, 1991, 23, 36–37. — 12. *Tamada, K., Seki, H., Sato, K. és mtsai*: Efficacy of endoscopic retrograde cholecystoendoprosthesis for cholecystitis. *Endoscopy*, 1991, 23, 2–4.

(Pap Ákos dr., Budapest, Tétényi út 12–16. III/5)

„Minden teoria csak nézet az igazságról, melyet az emberiség időszerinti ismeretei alapján magának alkot, de midőn azt teszi, azon tudattal kell tennie, hogy ezzel a buvárlat lezárva nincs, hogy nem övé a végső szó.”

Markusovszky Lajos



13. NEMZETKÖZI ORVOSTECHNIKAI KIÁLLÍTÁS ÉS SZIMPÓZIUM

Budapest, 1994. január 25-28.

SOTE Elméleti Tömb,
VIII., Nagyvárad tér 4.

"Folytatás - Váltás - Továbbfejlesztés?"
Egészségügyünk jövőjéről
Konferencia: 1994. január 26-28.

MEDICINA·PHARMA·DENTAL LABOR·HOSPITAL·REHA

hbm&p. Marketing Kft. Tel./Fax: 270-3661, 270-3662

MUCOPRONT



*Már
bizonyított!*

ΜΟΥΚΟΠΡΟΝΤ

ΠΥΘΑΓΟΡΑΣ

MUCOPRONT kapszula, szirup - mukoreguláns

A carbocystein a légutak nyálkahártyájának szecernáló sejtjeiben lezajló szintézis folyamataira gyakorol reguláló hatást. Ennek következtében a képződő nyák mennyisége és minősége egyaránt normalizálódik, így a csillószorrendszer ismét akadálytalanul el tudja látni transzportfunkcióját. **HATÓANYAG:** 375 mg carbocystein (S-carboxymethyl-L-cystein) kapszulánként, 250 mg carbocystein 5 g 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, aktív gyomorfekély. **ADAGOLÁS:** Gyermekeknek: 1-5 éveseknek 2x5 ml, 5-12 éveseknek 3x5 ml szirup adható naponta. Felnőtteknek: Naponta 3x2 kapszula adható, a panaszok csökkenésével 4x1 kapszula ajánlott, melyet kevés vízzel, szétrágás nélkül kell lenyelni. A szirupból 3x15 ml, majd a tünetek javulása után 3x10 ml a napi adag. **MELLEKHATÁSOK:** Az előírt adagolás mellett ritkán jelentkeznek. Alkalmanként émelygés, fejfájás, bőrkíngés, hasmenés, gyomor- és bélpanaszok léphetnek fel, ezekben az esetekben csupán a dózis csökkentése szükséges. **GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS:** Mindeddig nem ismeretes. **FIGYELMEZTETÉS:** Terhesség alatt adagolása csak kivételes indikáció alapján történjék. Óvatosan adandó, ha az anamnézisben gyomor- ill. nyombélfekeély szerepel. **MEGJEGYZÉS:** A gyógyszer cukorbetegeknek is adható. **CSOMAGOLÁS:** 50 db kapszula, 200 ml szirup. **GYÁRTJA:** Heinrich Mack Nachf. Illertissen, Németország



Magyarországi képviselő:
INTHERA AG
1775 Budapest, Pf. 146
Tel: 06-60-321-992



Pitvarfibrilláció szövődményeként kialakuló lépinfarktus és tályog

Ottlakán Aurél dr.¹, Varga István dr.², Olasz Mária dr.³ és Satori Ödön dr.¹

Pándy Kálmán Megyei Kórház-Rendelőintézet, Gyula, Általános Sebészeti Osztály (ov. főorvos: Satori Ödön dr.)¹

Radiológiai Osztály (ov. főorvos: Kander Zoltán dr.)²

I. sz. Belgyógyászati Osztály (ov. főorvos: Iványi János dr.)³

A szerzők egy 64 éves férfi beteg esetét ismertetik, akinél a fennálló pitvarfibrilláció talaján kialakuló lépinfarktus az alkalmazott kezelés ellenére tályoggá alakult. Az irodalom áttekintése alapján elemzik e két, léppel kapcsolatos megbetegedés etiológiáját, tüneteit, diagnosztikus és terápiás lehetőségeit, valamint prognózisát.

Kulcsszavak: lépinfarktus, léptályog, pitvarfibrilláció

A lépinfarktus és az abból szövődményeként kialakuló léptályog ismert, de ritkán előforduló megbetegedés. Kialakult léptályogról a hazai irodalomban Verebély (36), Hedri (18), Nagy (26), Németh (28), Sándor (32), valamint Géczy és munkatársai (13) számoltak be egy-egy esetük kapcsán.

Az alábbiakban egy 64 éves férfi betegünk esetét ismertetjük, akinél arterioszklerotikus eredetű pitvarfibrilláció okozta embolisatio kapcsán létrejött lépinfarktus az alkalmazott konzervatív kezelés ellenére tályoggá alakult.

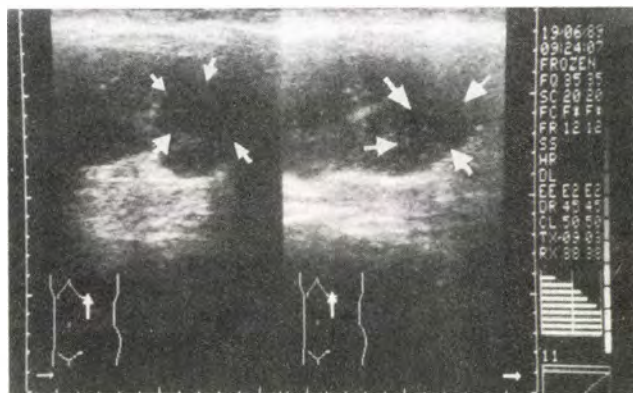
Esetismertetés

R. I. 64 éves férfi beteg szívjárási fájdalom, fulladás, köhögés és lázas állapot miatt került felvétellel belgyógyászati osztályra 1989. június 3-án. A felvételekor elvégzett laboratóriumi vizsgálatok közül a magasabb fehérvérsejtszám ($18,4 \times 10^9/l$) és az emelkedett SGOT szint (28 E/l) érdemelnek említést. Mellkasfelvételén a jobb rekesz-szívszögletben foltoz infiltrációt észleltek, amit pneumóniának vélelmeztek. EKG-ján pitvarfibrillációt írtak le, 78/min. kamrai frekvenciával. Pitvarfibrillációját egyéb bizonyított ok hiányában és az EKG-ján látott szívkoszorúér keringési zavar jeleinek alapján ischaemiás szívbetegség következményének tartották. A lépinfarktus okaként a pitvarfibrillációhoz társuló embóliát feltételezték. Etiológiai faktorként még felmerült az endocarditishez társuló bakteriális embolisatio is, de ez ellen szólt a klinikai kép és a betegség későbbi lefolyása (endocarditisre utaló jelek a későbbiek folyamán sem manifesztálódtak). Az elvégzett hasi ultrahang vizsgálat ekkor kórosat nem mutatott. Az alkalmazott kezelésre (2 $\times$ 80 mg Gentamycin, 4 $\times$ 500 mg Ampicillin, Digoxin, Nitromint-Retard, Diaphyllin, Paxirasol) állapota javult.

Bentartózkodása 6. napján hirtelen fellépő jobb alsó végtagi fájdalom miatt érsebészeti osztályra vették át, ahol akut embolisatio okozta jobb oldali arteria poplitea okklúzió miatt embole-

Spleen infarction and abscess as a complication of atrial fibrillation. The case of a 64 year old man is presented by the authors whose spleen infarction developed in connection with atrial fibrillation was transformed into splenic abscess in spite of the applied conservative treatment. According to the overreviewed literature the etiology, symptoms, diagnostic and therapeutic possibilities, as well as prognosis of these two entities related to spleen are described hereby.

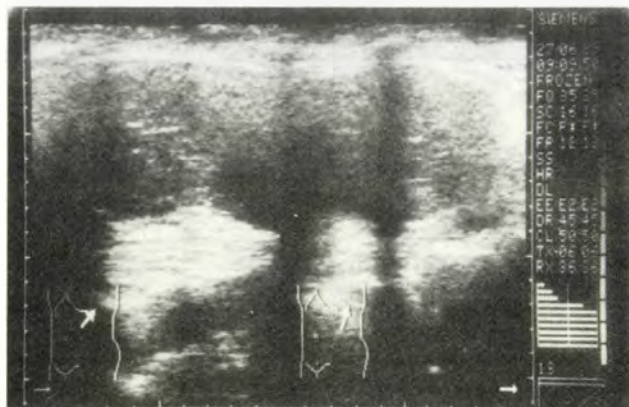
Key words: spleen infarction, spleen abscess, atrial fibrillation



1. ábra: Mérsékeltén megnagyobbodott lép. Benne több elmosódott határu, 2–3 cm nagyságú echoszegény terület (nyílak). Vélemény: Infarctus lienis

tomiát végeztek. Eseménytelen posztoperatív szak után javult végtagi keringéssel az átadó belgyógyászati osztályra került vissza. A belgyógyászok által beállított terápia mellé az érsebészek még napi 3 $\times$ 5000 NE Ca-heparin sc. adását javasolták. A két hete tartó antibiotikus terápia leállítása előtt és a tartós Syncumar kezelés elkezdését megelőzően a posztoperatív 9. napon erős bal felhási fájdalom jelentkezett. Ismét lázas lett. Az előzményeket ismerve és mivel hasi panaszait, valamint lázas állapotát magyarázó egyéb kóros eltérést az elvégzett vizsgálatok nem mutatnak ki, felmerült a lépinfarktus gyanúja.

A június 19-én elvégzett hasi ultrahang vizsgálat (1. ábra), a mérsékeltén megnagyobbodott lép és a benne több elmosódott határu, 2–3 cm átmérőjű echoszegény terület alapján lépinfarktus fennállását valószínűsítette. Az elvégzett tüdőszcintigráfia kórosat nem mutatott. Sebész konziliárius ekkor konzervatív terápiát javasolt. Antibiotikumokat (3 $\times$ 600 mg Dalacin-C és 3 $\times$ 1,5 g Zinacef) és terápiás adagban heparint kapott



2. ábra: A lép szerkezete homogénebbé vált, mérete nem változott. Vélemény: A folyamat regressziója figyelhető meg



3. ábra: A lép jelentősen megnagyobbodott. Ventro-medialis kétharmada (nyílak), egy $20 \times 10 \times 15$ cm-es területen kifejezetten echoszegény, belső echókat tartalmaz

(1000 NE/óra Na-heparin infúzió). Az alkalmazott kezelésre állapota fokozatosan javult, láztalan lett, hasi fájdalma megszűnt. Az elvégzett kontroll hasi ultrahang vizsgálat (2. ábra) az echoszegény területek eltűnését, a lép szerkezetének homogénebbé válását és méretének változatlanúságát mutatta. E leletek alapján a folyamat regresszióját valószínűsítették. Ekkor lépe egy harántujjal haladta meg a bal bordaívét és ugyanezen a helyen nyomásérzékenységet jelzett. Június 29-én az antibiotikumok adását abbahagyták és tartós Syncumar terápiát kezdtek el. Légzőszervi problémák miatt a belgyógyászati osztályról tüdőosztályra került további kezelés céljából, ahol antibiotikus kezelésben már nem részesült, mivel pneumóniáját gyógyultnak vélelmezték. Onnan július 10-én panaszmentes állapotban hazabocsátották. Ott honra Digoxin, Syncumar és Nitromint Retard szedését írták elő.

Távozását követően egy hét múlva tompa, bal felhasi fájdalmat érzett, de mivel ez nem súlyosbodott, csak később kereste fel körzeti orvosát. Július 28-án körzeti orvosa belgyógyászati szakrendelésre utalta be a bal bordaív alatt tapintható mérsékelt érzékeny rezisztencia és subfebrilitás miatt. Az elvégzett hasi ultrahang vizsgálat (3. ábra) jelentősen megnagyobbodott lépét mutatott, melynek ventromedialis kétharmada kifejezetten echoszegény volt. Mellkasfelvételen bal oldalon magasabban álló, kevésbé differenciálható kontúrú rekesz, kitöltött sinus és az alsó tüdőlebenyek megfelelően concomitáló pneumóniára utaló árnyék volt látható.

Július 31-én sebészeti osztályra nyert felvételt léptályog alapos gyanúja miatt. Felvételi statusából a 71%-os prothrombint, a $18,8 \times 10^9/l$ fehérvérsejtszámot, a bal bordaív alatt tapintható

mérsékelt érzékeny rezisztenciát és a felette hallható, légzéssel összefüggő dörzszőrejt emeljük ki. Rövid előkészítést követően műtétet végeztünk.

Műtét: Bal oldali felső harántlaparotomia. Hasüregi revízió kapcsán a bal hypochondriumban, a lép elhelyezkedésének megfelelően, egy körülbelül emberfejnyi nagyságú gyulladásos konglomerátum volt észlelhető, amelyet a lép alsó fele, a colon flexura lienalis és a bal oldalsó-hátsó hasfal alkotott. Preparálás közben egy tályogüregbe jutottunk, amelyből 2300 ml szürkés-sárga gennyet távolítottunk el. Splenectomiát végeztünk. A műtét terület átöblítését követően a bal hypochondriumot drenáltuk.

A makroszkópos patológiai vizsgálat elvégzésekor az eltávolított lép alsó felének megfelelően emberfejnyi, megvastagodott falú, piszkos szürkésbarna belfelületű tályogüreg volt észlelhető. A lép állományában több borsónyi-babnyi szürkés-sárga folt volt látható.

Kórszövettani diagnózis: Splenitis chronica fibrosa et purulenta partim necrotica. Abscessus vetustus lienis vero simile ex infarctu ordo.

Bakteriológiai vizsgálat során a gennyből *Streptococcus fecalis* tenyésztett ki. A posztoperatív körlefeljárás célzott antibiotikus kezelés mellett szövödménymentes volt. A műtét után preventív dózisban heparint kapott, majd az antikoaguláns kezelést Syncumarral folytattuk. Három hónappal a műtét után a beteg panaszmentes volt.

Megbeszélés

A lépinfarktus, mint a lép állományában előforduló ischaemiás történés végstádiuma, nem gyakori elváltozás (20). A belőle kialakuló tályog még ennél is ritkábban fordul elő (2, 13). Többnyire anémiás, ritkábban haemorrhagiás jellegű (35). Ha kis kiterjedésű, tünet- és panaszmentes lehet, így előfordulhat, hogy nem is diagnosztizálják. Legtöbbször a bal szívfélből leszakadó thrombus okozza (3). *Jaroch és munkatársai* szerint a leggyakoribb a 6. és 7. évtized körül és a hajlamosító tényezők az életkorral változnak. Negyven év feletti betegeknél 68%-ban az embólia a kóros tényező, negyven év alattiakon 80%-ban hematológiai betegség (20). A kardiovaszkuláris betegségekhez társuló lépinfarktusok 38%-áért embóliás esemény a felelős. A jobb szívfél nagyon ritkán, csak shunt fennállása esetén szerepelhet mint embóliaforrás. Az embólusok túlnyomó többsége a bal szívfélből származik. A ma már viszonylag ritka reumás láz esetén, ha egyidejűleg pitvarfibrilláció is fennáll, a lépinfarktus gyakorisága 37%, arterioszklerotikus keringési zavar és pitvarfibrilláció esetén pedig 2% (20). Ez utóbbi kombináció igen gyakori előfordulása miatt, mint esetünkben is, a lépinfarktusok egyik leggyakoribb oka. Transmurális myocardialis infarctus és bal kamrai thrombus esetén a lépinfarktus gyakorisága 8,8% (39). Embóliaforrás lehet még aorta aneurysma és beültetett fertőződő érprotézis (20). Az embólián kívül a lépinfarktus etiológiai tényezői lehetnek még hematológiai megbetegedések (sarlósejtes anémia, leukémia, lymphoma, polycytemia) (20, 24), a lép saját ereinek a megbetegedése (léparteria aneurizma, lépvenátrombózis) (18, 20, 35), kóros anatómiai viszonyok (léptorzió) (20, 35), anyagcsere-betegségek (11), septicus állapotok (20, 35), nem hematológiai eredetű malignus daganatok (4, 20). Egyéb ritka okok közé tartozik az elnyújtott hipotenzió, pancreas fibrosis, valamint iatrogén okok, mint vazo-presszin szelektív intraarterialis adása gastrointestinalis vér-

zésben (20), az arteria gastrica sinistra katéteres embolisatioja egyidejű arteria lienalis leköttetéssel (35), portalis hypertensióban alkalmazott szelektív arteria lienalis embolisatio (35). Kábítószer fogyasztó egyének hasi panaszai esetén gondolkodni kell lépfarktus vagy tályog lehetőségére is (17, 29). Bár az alapbetegség tünetei elfedhetik a lépfarktus tüneteit, mégis gondolkodni kell rá, ha erre hajlamosító primer tényező fennáll és a betegnek bal felhási tompa fájdalma, hőemelkedése, leukocytosis, esetleg lépmegnagyobbodása és perisplenitis lesz (35, 38). A clevelandi kórház 75 betegből álló anyagában a leggyakoribb tünet a fájdalom volt (67%). A panaszok kezdete óta eltelt időtartam a betegek 50%-ánál egy hétnél rövidebb volt, míg a másik felénél ennél hosszabb, ez utóbbi csoportból kerültek ki a szövődmenyes esetek. A kóros laboratóriumi leletek közül thrombocytosis, anémia, jelentős leukocytosis, Howel—Jolly-testek csak kiterjedt infarktus esetén fordultak elő. Üres hasi felvételen jelentkező bal felhási gázgyülem csak masszív infarktus esetén volt látható. Az esetek csaknem felében (43%) azonban nem, vagy csak nem jellegzetes elváltozások jelentkeztek (20).

A képkalkító eljárások közül lépfarktus diagnózisában a komputertomográfia, az ultrahang, a lépszintigráfia és az angiográfia nyújtanak segítséget (1, 20, 34, 35, 38).

A komputertomográfia a károsodás helyéről, mértékéről, valamint alakjáról ad információt. Az infarktus ék, ovális vagy vonalas formában jelenik meg. Az ezzel kombinált kontrasztanyag vizsgálat további útmutatást ad az infarktus heveny, szubakut vagy krónikus voltával kapcsolatban. Az utóbbi években az ultrahang jelentős teret nyert a lépdiaosztikában. Ismeretlen eredetű splenomegalia esetén a lépnagyság és vastagság meghatározható a segítségével (1, 34). Előnye, hogy Magyarországon még sok helyen jobban hozzáférhető, mint a komputertomográfia, de amíg a komputertomográfia érzékenysége egyes szerzők 96%-ra becsülik, addig az ultrahangé 76% (27). Az akut lépfarktus ultrahangképe fokális, echoszegény terület. Amikor krónikussá alakul, a hegesedés következtében echódús formába megy át. Többnyire a krónikus forma jelenik meg ék alakban, de egyesek az akut formát is ilyennek írják le (38). Lépszintigráfia során a lépfarktus, mint atípusos aktivitásszegény terület jelentkezik. E vizsgálat találati aránya 50 és 70% között mozog (27).

Angiogramon a lépfarktus képe ék alakú perfúziós hiány. A fenti diagnosztikus eszközök birtokában az angiográfia elvégzése lépfarktus esetében szervmegtartó műtét tervezése esetén mérlegelendő (20).

A lépfarktussal kapcsolatos szövődmenyes aránya 7 és 20% között mozog. A tályog és a vérzés a szövődmenyesek 90%-át alkotják (20). A nem fertőzött infarktus esetében az elhalt rész felszívódik, majd hegesen gyógyul (3, 35). Ha az infarktus elfolyósodott részét felszívódást követően nem helyettesíti hegyszövet, lép-pseudocysta jön létre. Ennek rupturája pneumoperitoneumot okozhat. Infarktus-sal kapcsolatos szövődmenyes lehet még a lép rupturáját kísérő haemoperitoneum is (35).

A lépfarktus diagnózisának felállítása után, ha a betegnél aktív beavatkozást igénylő eltérést nem észleltünk, úgy a konzervatív terápia (antibiotikumok, fájdalomcsilla-

pítás, folyadék-elektrolitpótlás, alvadésgátlók, szoros observáció) a követendő eljárás. A beteg állapotának monitorizálására az ultrahang biztonsággal megfelel (37). A panaszok, amennyiben nem alakul ki szövődmenyes, általában egy-két hét alatt megszűnnek. Bármely életveszélyt jelentő szövődmenyes esetén műtéti beavatkozás indikált. Perzisztáló panaszok (splenomegalia, krónikus fájdalom, hypersplenemia) esetén is szóba jöhet splenectomia, ez az állapot azonban egyéni elbírálást igényel (20, 35).

A léptályog a szövődmenyes lépfarktus egyik megjelenési formája. Gyakorisága boncolási anyagban 0,14 és 0,7% között mozog (12). Lehet szoliter vagy multiplex. *Nelken és munkatársai* szerint a multiplex forma általában negyven évnél fiatalabb, immunszuppressziós kezelés alatt álló, vagy kábítószer fogyasztó egyénekben, míg a szoliter forma hetven év körüli, diabetesben szenvedő vagy nem endocarditises egyéb szeptikus góccal rendelkező betegekben fordul elő (27).

A leggyakoribb kórokozók, az aerobok közül a *Streptococcus* és *Staphylococcus*, bár az utóbbi időben a széles spektrumú antibiotikumok kiterjedt használata és a kórházi benttartózkodások hatására az aerob Gram-negatív fertőzések száma megnőtt. Anaerobok között a *Bacteroides* csoport tagjai a leggyakoribbak. Az összes vizsgálat egy-negyedében baktérium nem tenyésztett ki (4, 8, 9, 12, 15, 17, 28, 37, 41). Gombák fordulhatnak elő mint kórokozók, immunkárosodott betegekben (19, 21).

A léptályog leggyakoribb tünete a láz (8, 9, 12). A panaszok között szerepelnek a bal felhási fájdalom, hányinger, fogyás, általános legyengülés. Az újabb képkalkító eljárások — akár a lépfarktus esetében is — nagy segítséget jelentenek a diagnosis felállításában (1, 9, 12, 25, 34). Előnyük noninvazivitásuk és magas szenzitivitásuk. A komputertomográfia szenzitivitása (96%) léptályog esetén is meghaladja az ultrahangét (76%) (27).

A léptályog szövődmenyesei közül a legfontosabb a fenyegető ruptura a vele járó peritonitissal (6, 9, 28).

A kezeletlen léptályog mortalitása megközelíti a 100%-ot.

Ellátása egyértelműen sebészeti feladat, s adekvát terápia ma is a splenectomia, annak ellenére, hogy az irodalomban említést tesznek csak konzervatív kezelésre gyógyult esetekről is (7, 22). Laparotómiából történő ellátás esetén a mortalitás 30% körüli (5). Az utóbbi években egyre több közlemény jelent meg a hasi tályogok, így a léptályog ellátásával kapcsolatban is alkalmazott új módszerekről: a komputertomográfia vagy az ultrahangvezérelt percutan drenálásokról (5, 7, 14—16, 24, 25, 40). E módszerek főleg diagnosztikus célból (bakteriológiai vizsgálat), célzott antibiotikus terápia bevezetésére, vagy időnyerés céljából, tehermentesítésre (ha a laparotomia valamilyen okból aktuálisan nem végezhető el) jönnek szóba (14, 15, 25). Kisebb invazivitásuk, a lépállomány részleges megmaradásának a lehetősége (postsplenectomiás infekciós syndroma megelőzésére) és az a tény, hogy elvégzésük gyakorlott kézben 70—80%-os sikerrel kecsegtet, elsődleges beavatkozásként a nagyobb rizikót jelentő laparotomia helyett mindazon sebészeti osztályok számára javasolt, ahol ennek feltételei adottak.

Esetünkkel egy ritka etiológiai faktor, az arteriosclerosis talaján fellépő pitvarfibrilláció okozta lépfarktusról, annak szövődmenyes abszcedáló formájáról és e megbetegedés még napjainkban is magas mortalitással járó, sikeres műtéti megoldásáról kívántunk beszámolni. Fontosnak tartottuk kihangsúlyozni a lépfarktusok szoros obszervációjának szükségességét még a klinikai és radio-szonográfiás kép alapján regressziót mutató esetekben is, az esetlegesen larváltan kialakuló szövődmenyek időbeni észlelése és megoldása céljából.

IRODALOM: 1. Adolph, W., Dachselt, K.: Die Ultraschalluntersuchung der Milz. Z. gesamte inn. Med., 1988, 43, 67–71. — 2. Ahmad, N., Shaikh, G. F., Lawrence, J. R.: Potentially fatal splenic involvement in infective endocarditis. The Lancet, 1988, II., 576. — 3. Barta I.: A lép belgyógyászati betegségeiben. Medicina, Budapest, 1969. — 4. Belinkie, A. S., Narayanan, N. C., Russel, J. C. és mtsai: Splenic abscess Associated with Streptococcus bovis Septicemia and Neoplastic Lesions of the Colon. Dis. Col. & Rect., 1983, Dec., 823–824. — 5. Berkman, W. A., Harris, S. A., Bernardino, M. E.: Nonsurgical Drainage of Splenic Abscess. AJR. 1983, 141, 395–396. — 6. Caspi, Y., Safadi, T., Merin, G. és mtsai: Rupture of Splenic Abscess Through the Diaphragm. Israel J. Med. Sci., 1985, 21, 370–372. — 7. Chesbrough, J. S., Jones, E. W., Finch, R. G.: The Management of Splenic Abscess. Quarterly Journal of Medicine, New Series 57., 1985, 222, 653–657. — 8. Chulay, J. D., Lankerani, M. R.: Splenic abscess. An. J. Med., 1976, 61, 513–522. — 9. Cohen, M. A. A., Galera, M. J., Ruiz, M. és mtsai: Splenic Abscess. World J. Surg., 1990, 14, 513–517. — 10. Conti, S.: Splenic Artery Ligation for Trauma. Am. J. Surg., 1980, 140, 444–446. — 11. Edelstein, R. A., Filling-Katz, M. R., Pentchev, P. és mtsai: Cholesteryl Ester Storage Disease: A Patient with Massive Splenomegaly and Splenic abscess. Am. J. Gastroenterology, 1988, 83, 687–691. — 12. Gadacz, R. T.: Splenic Abscess. World J. Surg., 1985, 9, 410–415. — 13. Géczy I., Ján H.: Az izolált léptályog. Orv. Hetil., 1971, 112, 1409–1410. — 14. Gerzof, S. G., Johnson, W. C., Robbins, A. H. és mtsai: Expanded Criteria for Percutaneous Abscess Drainage. Arch. Surg., 1985, 120, 227–232. — 15. Gleich, S., Wolin, D. A., Herbsman, H.: A Review of Percutaneous Drainage in Splenic Abscess. Surg. Gynec. & Obst., 1988, 167, 211–216. — 16. Göthlin, J. H., Larssen, T. B.: Perkutane CT-unterstützte Dränagen von Milzabszessen. Radiol. Diagn. 1987, 28, 93–96. — 17. Haber, S. W., Perlino, C. A.: Splenic Abscess from Fusobacterium nucleatum. Ann. Int. Med., 1989, 110, 948. — 18. Hedri E., Sztankay Cs., Kelemen E.: A splenektomia, indikációi és contraindikációi. Orv. Hetil., 1957,

17, 425–433. — 19. Helton, W. S., Carrico, C. J., Zaveruha, P. A.: Diagnosis and Treatment of Splenic Fungal Abscesses in the Immun-Suppressed Patient. Arch. Surg., 1986, 121, 580–586. — 20. Jaroch, M. T., Broughan, T. A., Hermann, R. E.: The natural history of splenic infarction. Surgery, 1986, 100, 743–749. — 21. Johnson, J. D., Raff, M. J.: Fungal Splenic Abscess. Arch. Intern. Med., 1984, 144, 1987–1993. — 22. Johnson, J. D., Raff, M. J., Barnwell, P. A.: Splenic Abscess Complicating Infectious Endocarditis. Arch. Intern. Med., 1983, 143, 906–912. — 23. Jolobe, O. M. P., Melnick, S. C.: Splenic abscess: successful non-surgical therapy. Postgrad. Med. J., 1983, 59, 386–387. — 24. Kreel, L.: Splenic abscess. Postgrad. Med. J., 1987, 61, 807–809. — 25. Laan, R. T., Verbeeten, B., Smits, N. J.: Computed Tomography in the Diagnosis and Treatment of Solitary Splenic Abscesses. J. of Computer Assisted Tomography, 1970, 13, 71–73. — 26. Nagy G., Rozsos I.: Izolált léptályog. Magyar Sebészet, 1970, 23, 245–246. — 27. Nelken, N., Ignatius, J., Skinner, M.: Changing Clinical Spectrum of Splenic Abscess. Am. J. Surg., 1987, 154, 27–34. — 28. Németh L.: Léptályog spontán rupturáját követő diffúz peritonitis. Magyar Sebészet, 1977, 30, 246–247. — 29. Novielli, K. D., Chambers, C. V.: Splenic Infarction after Cocaine Use. Ann. Int. Med., 1991, 114, 3, 251. — 30. Robinson, L. S., Saxe, J. M., Lucas, C. E. és mtsai: Splenic abscess associated with endocarditis. Surgery, 1992, 112, 781–787. — 31. Sámik, J., Vélín, D., Emődy, L. és mtsai: Salmonella cholerae suis var. Kunzendorf sepsis és lép-abszess. Orv. Hetil., 1976, 117, 413–415. — 32. Sándor T.: A léptályog. Magyar Sebészet, 1963, 16, 298–301. — 33. Schmidt, H., Peters, P. E., Lengerke, von H. J. és mtsai: Mikroabszesse in der Milz bei Patienten mit akuten Leukämien. Radiologie, 1987, 27, 20–24. — 34. Szebeni Á.: A lépvastagság ultrasonográfiás mérésének a jelentősége a hasi diagnosztikában. Orv. Hetil., 1982, 123, 38–42. — 35. Triller, J., Bona, E., Barbier, P.: Der Milzinfarkt im Computertomogramm. Fortschr. Röntgenstr., 1985, 142, 374–379. — 36. Verebély T.: Magy. Seb. Társ. Munk., 1923, 2, 4. — 37. Wechter, D. G., Wilson, R. A.: Splenic Abscess; A Rare Complication of Crohn's Colitis. Digestive Diseases and Sciences, 1985, 30, 802–806. — 38. Weingarten, M. J., Fakhry, J., McCarthy, J. és mtsai: Sonography after Splenic Embolization: The Wedge-Shaped Acute Infarct. AJR., 1984, 142, 957–959. — 39. Weinreich, D. J., Burke, J. F., Pauletto, F. J.: Left ventricular mural thrombi complicating acute myocardial infarction. Ann. Intern. Med., 1984, 100, 789–794. — 40. Westh, H., Reines, E., Skibsted, L.: Splenic Abscesses: A Review of 20 Cases. Scand. J. Infect. Dis., 1990, 22, 569–573. — 41. Wu, C. C., Chow, K. S., Lü, T. N. és mtsai: Tuberculous Splenic Abscess: Sonographic Detection and Follow-Up. J. Clin. Ultrasound, 1990, 18, 205–209.

(Ottlakán Aurél dr. Gyula Pf. 46. 5701)



EGÉSZSÉGÜGYI MAGÁNVÁLLALKOZÁSOK BENTLAKÁSOS TANFOLYAM

Esztergom-kertvárosban 1994. március 8–11. között.

Jelentkezés írásban.

Jelentkezési határidő: 1994. február 18.

Felvilágosítást adnak: Varga Ferenc főmunkatárs,

Kovács Ernőné tanfolyamszervező.

Telefon: 33/311-755. Telefax: 33/311-087.

OKTÁV Ipari Továbbképző Részvénytársaság

2509 Esztergom-kertváros, Wesselényi u. 35-39.

Frederik Hendrik Sobels (1922–1993)



Sobels professzor, rövid daganatos betegség után, 71 éves korában 1993. július 6-án meghalt. Vele a mutációk kialakulásával, az ún. *mutagenézissel* és ezek okaival, az ún. mutagénekkel foglalkozó nagy tudóst veszítettünk el. Legnagyobb — és pótolhatatlan — küldetése azonban e fontos új tudományterület nemzetközi elfogadtatása volt.

Sobels professzor 1922. február 22-én született a hollandiai *Lunteren*-ben. Biológiai tanulmányait az Utrechti Egyetemen végezte 1940 és 1948 között. E meglepő hosszú idő magyarázata a történelem: Hollandia náci megszállása alatt, 1943 és 1945 között, az egyetem padjai helyett, az aktív ellenállást választotta. „Ellenállási Érdemkereszt” kitüntetésére, sok elismerése között (így pl. a holland királynőtől és a belga királytól kapott legmagasabb érdemrend: a lovagrend) a legbüszkébb volt. 1949-ben házasodott meg, felesé-

gül Paula M. van Lynden bárónőt vette, akitől két fia és három lánya született. Tudományos pályája a nyugati genetikusok nemzetközi karrierjét tükrözi. Az egyetem elvégzése után Zürichben, *Hadorn* professzornál kezd dolgozni és a genetikusok kedvenc vizsgálati alanyának: a drozofiláknak (magyarul a muslicáknak) válik szakértőjévé. A Ph. D. fokozatát 1952-ben *Utrechtben* szerezte meg a drozofilák fejlődésgenetikai elemzésével. Ez után érdeklődése a mutációk külső okai felé fordult. 1953-ban ezért *Edinburghba* ment dolgozni Lotte *Auerbach*hoz, akiben a kémiai mutagének (mustárnitrogén) felfedezőjét tisztelhetjük. Közben szoros szakmai és emberi kapcsolatot alakított ki a genetika első Nobel-díjas tudósával, a sugárgenetika megalapítójával: H. J. *Muller*rel. 1959-ben nevezték ki az Utrechti Egyetem Sugárgenetikai Intézetének professzorává. (Ez volt az első és azóta is egyedülálló ilyen intézet Hollandiában.) Később az intézet megváltoztatott nevében a Sugárgenetika mellett a *Kémiai Mutagenézis* is szerepelt. Intézete a tudomány nemzetköziségét és Sobels professzor egyik legfontosabb képességét: „minőségérzékenységet” tükrözte. A világ legjobb genetikusait hívta meg munkatársainak (így pl. a német E. W. *Vogel*t és G. R. *Mohnt*-et, valamint az indiai A. T. *Natarajant* és K. *Sankaranarayanant*). Emellett sok szakember (pl. a magyar *Parádi Elemér*) dolgozott intézetében ösztöndíjként vagy sabbatical évük alatt. Sobels és csapata kutatási eredményeiket több mint 250 nívós nemzetközi szaklapban megjelenő közleményben tették közzé. Élete végén széles körű tudását elsősorban a mutációk kockázatbecslésében hasznosította. 1987-ben ment nyugdíjba, utódja prof. P. *Lohman* lett.

Az általa létrehozott szellemi műhely, de főleg széles látókörű, az újra különösen érzékeny mentalitása tette alkalmassá arra, hogy a mutagenézis nemzetközi kutatásainak fő koordinátorává váljon. 1964-ben megalapította a *Mutation Research*-t. E folyamatosan szélesedő profilú szaklapnak haláláig főszerkesztője volt és eddig megjelent több mint 300 kötetével e tudományterület meghatározó fórumává vált. 1969-ben hozta létre az *Európai Környezeti Mutagen Társaságot* (EEMS-t), amelynek 1974-ig elnöke volt. Az EEMS éves kongresszusait mindig valamelyik tagországban rendezik meg (1981-ben *Igali* dr. volt ennek házigazdája Budapesten), és ezek a mutagenézis fontos nemzetközi seregszemléi. Sobels professzor ösztönzésére, az EEMS mintájára, jöttek létre hasonló társaságok a többi kontinensen is és alakult meg ezek világszervezete, az

ICEM. Legnagyobb tetteinek az ICPEMC (*International Commission for Protection against Environmental Mutagens and Carcinogens*) megszervezését tartom 1977-ben a francia Marois professzor vezette *Institut de la Vie* anyagi támogatásával. Ahogy nekem is egyszer megfogalmazta: a hatékony kutatás csakis nemzetközi együttműködésben képzelhető el, a legjobb szakembereknek ezért személyesen ismerniük kell egymást és munkáikat. Emellett szükséges az adott tudományág legfontosabb aktuális kihívásait számba venni, a prioritásokat megállapítani és ezek komplex megközelítését elősegíteni. Erre az Egységes Nemzetek különböző szervei, így az Egészségügyi Világszervezet lennének hivatottak. De itt, mint köztudott, a tagállamok politikai céljai meghatározóak. Emellett a tagállamokat képviselő szakemberek általában ugyancsak célszerű szellemi (pl. minisztériumi emberek vagy az adott ország vezető szakintézményének igazgatói, akiknek kiválasztása sokkal inkább politikai megbízhatóságuk, mint nemzetközi tudományos rangjuk alapján történik) következményei. Sobels professzor megvalósult álma a politikai döntésektől nem befolyásolt, csak a nemzetközi tudományos reputáció alapján kiválasztott szakemberek nemzetközi csapata volt,

amely — ahogy ő mondta: „*think* (gondolkodás-ötlet) *tank*”-ként mutatja az utat és vezeti az adott tudományterületet. Az ICPEMC elnökségi állásfoglalásai és a Mutation Research révén közzétett helyzetelemzései és ajánlásai ezt a feladatot sikeresen oldották meg.

Sobels professzort a hetvenes évek közepén ismertem meg. Lenyűgöző ember volt széles látókörű szakmai ismeretével, nyelvtudásával (minden fontosabb európai nyelven beszélt), közvetlenségével (még a fiatal kutatók számára is csak „Fritz” volt) és barátságával (szüleimmel egyszer találkoztam, de később csaknem minden beszélgetésünk során érdeklődött irántuk). Személyesen is sokat köszönhetek neki: az EEMS-nek két évig elnöke, az ICPEMC-nek nyolc évig elnökségi tagja lehettem. A mutációs epidemiológia terén végzett munkáim és az emberiség genetikai terheltségét felmérni kívánó becsléseink prof. K. Sankaranarayanan nélkül nem születtek volna meg. Nehéz, szinte megoldhatatlan feladat lesz Fritz nélkül folytatni ezeket a munkákat.

Czeizel Endre dr.

Az antropológia úttörője Aleš Hrdlička (1869—1943)

Az elmúlt esztendő szeptember 5-én volt 50 éve, hogy elhunyt Washingtonban a legendás hírű, cseh származású orvos, az embertan amerikai úttörője: dr. Aleš Hrdlička. A halála idején fennálló háborús és politikai viszonyok miatt nem íródhatott Magyarországon nekrológ, méltatás Hrdličkáról. E mulasztást pótolja írásunk.

Aleš (Alois) Hrdlička egy közép-csehországi kisvárosban, Humpolechben, szegény asztalosmester első gyermekeként látta meg a napvilágot 1869. március 29-én. Tizenkét éves csupán, amikor a család Amerikába vándorol ki. New York szegénynegyedében találnak lakást és munkahelyet egy ottani dohányfeldolgozóban.

A kis Aleš nappal dolgozik, esténként s vasárnaponként tanul. Jó felfogású, gyorsan megtanul angolul — az üzleti pályára készülne, ha nem szól közbe a véletlen. A véletlent ezúttal egy Felvidékről származó zsidó orvos, dr. Rosenbleuth személyesíti meg: ő gyógyítja a tifuszban megbetegedett Aleš-t. Felfigyel beteg nem mindennapi intelligenciájára s rábeszéli a szülőket Aleš taníttatására. Rosenbleuth anyagi támogatásával Hrdlička New York állam orvosi iskolájában szerzi meg diplomáját, 1892-ben. Rövid ideig gyakorló orvosként dolgozik, majd a middletowni értelmi fogyatékosok intézetében kap állást.

Itt kerül először kapcsolatba az antropológiával, pontosabban az *antropometria* (emberméréstan) módszerével. Mivel orvosi tanulmányai során nem sok ismeretet kapott az akkortájt Amerikában még alig művelt embertanból, saját költségén Párizsba utazik, ahol a már világhírű *École d'anthropologie* tanáranak, Manouvrier-nek előadásait hallgatja.

Visszatérve második hazájába, pár évig a McDonald alapította *Állami Kórhonczani Intézetben* dolgozik. Itt kerül véglegesen az embertan bűvkörébe. Megkezdí az állami intézetekben élő kb. 40 000 szellemi fogyatékos antropometriai vizsgálatát. Alapos, tudományos kritériumokhoz szigorúan ragaszkodó tanulmányaira figyel fel W. H. Holmes az *Amerikai Etnológiai Hivatal* igazgatója, az akkoriban megnyílt *Nemzeti Múzeum* kurátora. A Nemzeti Múzeum — eltérően az európai hasonló nevű intézményektől — elsősorban a természettudományok bemutatására létesült. Antropológiai részlege, az Európában már túlhaladott koncepció szerint, felölelte a *régészetet* és a *néprajzot* is. Holmes, hogy fellendítse a részlegnek nevet adó, s még csak gyermekcipőben járó embertant, létrehozta a „*fizikai antropológia*” osztályt — így nevezték akko-

riban, a ma antropológiaként ismert tudományt —, s vezetésével az új, európai embertant már ismerő Hrdlička bízta meg.

Hrdlička 1903-ban kezdi meg tevékenységét, s ettől kezdve pályája íve merészen egyre magasabbra tör. Az embertan egyetemi tanára, az *Amerikai Antropológiai Szövetség* elnöke, az *Egyesült Államok Nemzeti Akadémiájának* tagja, a washingtoni *Tudományok Akadémiájának* elnöke, az első amerikai embertani szaklap, az *American Journal of Physical Anthropology* megalapítója és szerkesztője — íme Hrdlička pályafutásának legfényesebb pontjai. A sikert azonban sehol sem adják ingyen — még a korlátlan lehetőségek hazájában sem! Hrdlička pályakezdekésekor az amerikai embertan hőskorát éli.

Az amerikaiak igyekeznek a maguk sajátos módján behozni az európai antropológiával szembeni lemaradást. Amatőr „régészek” hada keresi Amerika őslakóit, az „amerikai ősembert”. Hiszen az lehetetlen, hogy csak Jáva szigetén találjanak ősembermaradványokat! Találnak is „özönvíz előtti” csontokat garadával, sőt egy 1860-ban Calavaresben talált koponyára ráfognak, hogy az legalább feleannyival idősebb lelet, mint Dubois híres „majomembere”.¹

Az antropológus Hrdlička s főnöke, a geológus és régész Holmes e tévhitek és tudománytalan állítások özönével kénytelen megküzdeni. Sorra cáfolják meg a dilettáns „kutatók” állításait. Ám nem csak az amatőrökkel gyűlik meg a bajuk. Egy olasz származású paleontológus, F. Ameghino — később a Nemzeti Múzeum igazgatója Buenos Airesben — azt állítja, hogy „harmadkori argentin ősemberek” leleteire bukkant. A derék olasz könnyedséggel teszi túl magát azon az ellenvetésen, hogy sehol a világon nem találtak harmadkorból származó emberi leletet: „Valahol csak el kellett kezdődnie az emberi életnek, s miért ne Argentína területén?” Hrdličkaék a helyszínrre utaznak s megállapítják Ameghino állításának komolytalanságát.

Az 1912-ben megjelent *Early Man in South America* (Az ősember Dél-Amerikában) c. tanulmánygyűjtemény végleg megalapozza Hrdlička antropológusi tekintélyét. Ám a sok elutasító vélemény, bármennyire valós és objektív, nem kis ellenszenvet vált ki az amerikaiakban. Rövidesen úgy kezdenek Hrdličkára tekinteni — s nem egy megemlékezés, antropológia-történet még ma is hangoztat ilyen véleményt — mint a vaskalaposság, a konzervativizmus megtestesítőjére.

Holott Hrdlička nem akart semmi egyebet, csupán azt, hogy egy-egy új lelet feltárasakor tudományos módszerességgel járjanak el, azaz készüljön fénykép a lelet eredeti helyzetéről, környezetéről s a leletet tartalmazó réteget szakember, geológus minősítse.

Ha Hrdlička valamiben vaskalapos, konok volt, akkor e kritériumok betartásában. Csak annak hitt, mit saját szemével látott, kezével tapintott. Szenvedélyes terepmunkás és utazó volt. 1898-as első mexikói útjától kezdve a 74 éves korában még tervezett, ám hirtelen halála miatt, már meg nem valósult *guatemalai* útja közti időszakban több mint ötven expedícióban vett részt. A két Amerika szinte vala-

mennyi országában ásatott és vizsgált, élőt s holtat egyaránt. *Egyiptom* királysírjaiból több csontvázat vitt haza — legyen összehasonlítási alapja —, tisztelgett a hollandiai *Haarlem*ben Dubois doktornál, hogy a legilletékesebb útmutatása alapján kutathasson Jáva szigetén, az elsőként csodálta meg 1924-ben Dél-Afrikában Dart professzor kincsét, a *Taungs-baby*,² bejárta *Szibériát*, *Mongóliát*, *Kínát* csakúgy mint *Ausztráliát*, *Tasmaniát* vagy éppen *Alaszkát*. Ez utóbbi földrésznyi terület 1926-tól került figyelem középpontjába, amikor teóriájához — Amerikának a Bering-szoroson át történt benépesítése elméletéhez — kutat bizonyítékokat. A több éven át ismétlődő, hetekig-hónapokig tartó expedíciók közül példaként csupán az 1929-est említjük. Ekkor a 60 éves Hrdlička egy *segédmotoros kenun 47 nap alatt 1300 km-nyi szakaszt járt be a Yukon folyón*: régi sírokat tárt fel, élő eszkimók arcáról készített gipszöntvényeket.

Hrdlička negyvenéves kutatómunkája során három fő területen hozott létre időtálló szellemi értéket. A húszas évek során dolgozta ki elméletét az *emberré válás Neander-völgyi szakaszáról*. Elméletével a világot 1927-ben ismertette meg, amikor Londonban *ő tartotta a Huxley-emlékelőadást a Huxley-emlékérem átvételekor*.³ Három év múlva könyvben is összefoglalta elmélete bizonyítékait: *The skeletal remains of early man* (Az ősember csontmaradványai). A művet ma is az *antropogenesis* egyik legjobb alampublikájaként tartják számon — nemrégiben az USA-ban, változatlan szöveggel, újra kiadták. Hrdlička előtt sokan úgy tartották — részben a *piltdowni*, angliai „ősemberlelet” hatására⁴ —, hogy a Neander-völgyiek egy külön fajt képviseltek és a *Homo sapiens* nem belőlük, hanem tőlük függetlenül, egy Ázsiából vagy Afrikából származó elődből fejlődött ki.

Hrdlička hatalmas mennyiségű antropológiai és archeológiai lelet feldolgozása, összevetése révén arra a következtetésre jutott, hogy a ma élő embereknek *csak egyetlen, közös őse* volt. Nem létezett Neander-völgyi faj, csak Neander-völgyi szakasz az emberré válás folyamatában. Hrdlička elmélete ma már természetesen korrekcióra szorul. A Neander-völgyi embert ma az *emberfélék* (Hominidae) családjában egy *oldalágnak* tekintik, amely viszonylag korán elvált a közös törzstől, és az utolsó jégkorszak második felében kihalt. Semmit sem veszített értékéből azonban Hrdličkanak a közös ősrre vonatkozó állítása! Mai tudásunk sze-

² R. A. Dart (1893–1988) Taungban egy gyermekkoponyára — „Taungs-baby” — bukkant, melyet „déli majomnak”, *Australopithecus*-nak nevezett el. Eredetileg ugyanis a legfejlettebb emberszabású majmok közé sorolták. Ma egyértelműen az emberfélék (Hominidae) családjának legősibb, származókat már használó tagja — innen mai neve *Homo habilis*, „ügyes ember”.

³ Th. H. Huxley (1825–1895), angol darwinista, a származástan kutatója és propagálója. A róla elnevezett Huxley-érem az egyik legrangosabb természettudományi kitüntetés.

⁴ Az 1908–1912 között talált mai jellegű koponyatető és az állítólag hozzá tartozó majomi állkapocsról csak 1953-ban derült ki, hogy hamisítvány. A lelet valódiságában hívők szerint ez az „*Eonthropus*” lett volna a mai fehér emberhez vezető ág kezdete, míg a színes bőrű fajták egy másik ágából, a *Pithecanthropus* és a neandervölgyi ősember ágából származtak volna.

¹ Eugen Dubois (1858–1940) holland paleontológus 1891-ben Jáva szigetén ásta ki a „jávai majomember”, a *Pithecanthropus* maradványait. Ma a leletet az *előember*, a *Homo erectus* (felegyenesedett ember) maradványának tekintjük. A mi *vértesszőlősi* leletünk is minden bizonnyal az előemberek közé sorolható.

rint a jelenleg élő emberfajták, a *Homo sapiens* képviselői, az utóbbi 20 000 év folyamán, az utolsó jégkorszak után alakultak ki, mégpedig valamennyi a *kőkorszaki emberből*, a *crómagnoniból*. Hrdlička-nak a húszas, harmincas években hirdetett *közös ős* elmélete érzékeny csapást jelentett a hitleri Németország rasszista megnyilvánulásaira.

Ázsiai útjai során figyelt fel Hrdlička a mongoloid nagyrasz és az általa korábban tanulmányozott indiánok embertani közös jellegeire. Már az első világháború idején, a *San Diego-i* (Kalifornia) *csonka világiállítás* embertani pavilonjában igyekezett meggyőzni a gondolatért nem éppen lelkesedő jenkiket: *nem létezett amerikai ősember*, az indiánok és eszkimók elődeinek bölcsője *Ázsiában* ringott.

E témához szervesen kapcsolódott a harmadik kutatási terület, melyben Hrdlička maradandót alkotott. Annak bizonyítása, hogy Amerika első benépesítői a *Bering-szoroson jutottak át Alaszka*ba, majd innen több hullámban, a folyóvölgyeken, ill. a part mentén fokozatosan nyomultak dél felé, egészen a *Tűzföldre*. Merész állítását azóta a *vércsoportokat*, a *vér izoenzimjeit* vizsgáló humángenetikai kutatások is megerősítették: *mind az indiánok, mind az eszkimók a mongoloid nagyraszhoz tartoznak*. Sokan ezt a felfedezést, ti. Amerika őslakói eredetének tisztázását, tekintik a Hrdlička-életmű egyik *legértékesebb* részének. Értékét nem kisebbíti az a korrekció, melyet a modern radiokarbonos vizsgálatok birtokában meg kellett tenni: a Hrdlička által 10–15 ezer évvel ezelőttre becsült Bering-szorosai átkelés *jóval korábban*, kb. 25 000 évvel ezelőtt zajlott le.

Az ismertetett tények birtokában is nagy tudósnak s nagy embernek kellene tartanunk Hrdličkákat. Volt azonban még egy jellemzője, mely emberi értékét még jobban kiemeli: *sosem feledkezett meg arról, honnan indult s kik voltak a saját ősei*.

A rá jellemző konoksággal s nevének jelentését — a „hrdlička” csehül *gerlét, galambot* jelent — meghazudtolva ragaszkodott például ahhoz, hogy nevét következetesen csehül, azaz a c-re helyezett hacsek jellel írják. Gyakran megfordult szülőházájában, sőt 1922-ben *Pozsonyban* is adott elő. Antropológiai munkássága *Magyarországon* is korán ismertté vált. *Poór Ferenc* már 1914-ben hivatkozik „*Herdlicskára*”, aki mivel a *prekolumbiánusi* csontleteken nem tudta kimutatni a *szifilisz* biztos jeleit, kétkedett a lues Amerikából való származásában.

Cseh honfitársait nemcsak tekintélyével, hanem anyagiilag is támogatta. Az ő segítségével jelenhetett meg a két világháború közti időben, a nemzetközi tekintélyű *Antropologie* szaklap Prágában. Segített a morvaországi „mamutvadászok” telepének feltárásában és máig megtekinthető a *Károly Egyetem* Antropológiai Intézetében az 1930-ban alapított *Hrdlička Antropológiai Múzeum*.

Tervét, hogy sikerei csúcsán térjen vissza hazájába, a második nagy világégés akadályozta meg. A „nyughatatlan kutatót” — ahogy kortársai olykor ironikusan nevezték — ötven évvel ezelőtt helyték örök nyugalomra a washingtoni Capitolium közelében.

IRODALOM: 1. *Gyenis Gy.*: Mikor és hol jelent meg a *Homo sapiens*. Élet és Tudomány, 1990, XLV., 4. és 5. szám. — 2. *Kleibl, J.*: Ádám nyomában. Madách, Bratislava, 1973. — 3. *Navrátil, J.*: Stručné dějiny USA. Svoboda, Praha, 1984. — 4. *Poór F.*: A syphilis kórtana és gyógyítása. Budapest, 1914. — 5. *Prokopec, M.*: Jak jedinéčně plný život. Zdravotnické noviny (Praha), 1984, 25. szám. — 6. *Rychlík, A. J.*: Rodák z Humpolce. Zdravotnické noviny (Praha), 1989, 2. szám. — 7. *Sklenár, K.*: Z Čech do Pompejí. Praha, 1989. — 8. *Windelband, A.*: Emberősök, ősemberek. Gondolat, Budapest, 1982.

Kiss László dr.

HALOTTAINK

Név	Születési idő	Munkahely	Elhalálozás ideje
Dr. Balásy Bese	1949	Tolnanémedi körzeti orvos	1993. 10. 10.
Dr. Bártfay Imre	1920	Bonyhád, körzeti főorvos nyd.	1993. 10. 27.
Dr. Csepregi János	1935	Miskolc, körzeti orvos	1993. 11. 12.
Dr. Kassay Zoltán	1906	Vásárosdombó, körzeti orvos nyd.	1993. 08. 27.
Dr. Kovács László	1938	Bp. MÁV Kh. Pathologia oszt. vez. főo.	1993. 09. 24.
Dr. Németh Árpád	1941	POTE Igazságügyi Orvost. Int. egy. tanár	1993. 09. 22.
Dr. Öcsödi Kiss József	1931	Heves, V. Ri. nőgyógy. főo.	1993. 10. 09.
Dr. Puskás Béla	1928	Kaposvár, körzeti orvos nyd.	1993. 10. 14.
Dr. Rosztóczy István	1942	SZOTE Mikrobiol. Int. egy. docens	1993. 10. 27.
Dr. Solymos Levente	1945	Bp. XV. ker., háziorvos	1993. 10. 30.
Dr. Szántó György	1910	Kecskemét, Kh. fog. főorvos nyd.	1993. 11. 14.
Dr. Tüttö Imre	1941	Budapest X. ker., háziorvos	1993. 10. 20.

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra.

Új Merckle -termék, amiről beszélnek

A Silymarin *plusz* Fumaria eredményesebb kezelést tesz lehetővé, mint a Silymarin magában.

Lehetővé teszi:

1. az epekapillárisok "eltömítése"
2. a májsejt membránok stabilizációja és
3. a fehérjeszintézis stimulációja révén,

a károsodott májsejtek regenerációját. Döntő előny a kezelés során!



Hepabene®

Hatóanyag: 275 mg extractum fumariae officinalis (megfelel legalább 4,13 mg protopinban kifejezett fumaria alkaloidnak), 70-100 mg extractum silybi Mariani fructus (megfelel legalább 50 mg silymarinnak, melyből legalább 22 mg szilibinin).

Javallatok: Az epeutak diszkinéziájának kiegészítő kezelése (kolecisztektómia után is), ha egyidejűleg májkárosodás is fennáll.

Ellenjavallatok: A készítmény bármely alkotórészével szembeni túlérzékenység, a máj és epeutak akut gyulladásai.

Adagolás: Felnőtteknek napi 3x1 kapszula, éjszakai panaszok esetén az esti lefekvéskor javallt még 1 kiegészítő kapszula bevétele. Legfeljebb napi 3x2 kapszula. A kapszulát kevés folyadékkal, szétrágás nélkül, étkezéskor kell bevenni.

Mellékhatások: Gyenge laxáns és diurézist fokozó hatás felléphet.

Figyelmeztetés: Minden májparenchima megbetegedésben az általános kezelési elveket, mint a pihenés és a teljes alkoholtilalom, különösen figyelembe kell venni. A gyógyszer terhességben és szoptatás idején történő biztonságos alkalmazására nincs kellő tapasztalat, ezért alkalmazásának szükségességét igen szigorúan mérlegelni kell!

Megjegyzés: Csak vényre- egyszeri alkalommal - kiadható.

Eltartás: Szobahőmérsékleten tartandó.

Csomagolás: 30 db. kapszula, 100 db. kapszula.

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 80%.

OGYI eng. szám: 6862/ 40/ 90.



Ludwig Merckle Ges.m.b.H., 1140 Wien
Magyarországi Információs Iroda:
1111 Budapest, Baross utca 24. Tel.: 1-261-1111

A Haynal Imre
Egészségtudományi Egyetem,
a Magyar Orvostudományi
Nukleáris Társaság
és a Magyar
Gastroenterológiai Társaság

OcrteoScan Symposiumot rendez

1994. február 24-én, 11-16 óra között a Thermal Hotel Hella Szállóban (1133 Bp. Kárpát u. 62-64.).

A rendezvényt a BSM Diagnostica és a Sandoz Pharma AG Képviselőt támogatja.

További információval rendelkezésére áll: DR. SZILVÁSI ISTVÁN, HIETE Izotóp Laboratórium,
telefon: 149-1146.



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 •

MEDKOM International Kft.

1133 Budapest, Gogol u. 34. • Telefon: (06-60) 326-315 • Tel./Fax: 140-2456



biztos tipp

• KEDVEZŐ LÍZINGSZORZÓK

GÉPEK, JÁRMŰVEK,
INGATLANOK, valamint
ORVOSI MŰSZEREK,
FOGORVOSI és
KÓRHÁZTECHNIKAI
BERENDEZÉSEK
GYORS RUGALMAS
LÍZING ÜGYINTÉZÉSE

- BIZTOSÍTÁSOK MEGKÖTÉSE
- RÉSZLETFIZETÉSI LEHETŐSÉG

argenta
Lizing

H-1025 Budapest, Kapy u. 20/a

Telefon: 176-2522, 176-0894, 176-1403,
176-1244, 176-4989, 176-2659,

Telefax: 176-2322

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Műtét laparoszkópia: kihívás az általános nőgyógyászatnak? Tadir, Y., Fisch, B. (Beckman Laser Institute and Medical Clinic, University of California, Irvine, CA 92715, USA): *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1993, 169, 7.

A szerzők idézik Pitkin mondását: „Az operatív laparoszkópia haladás a sebészeten vagy technikai átéjtés (gimmick)”. Utána is néztek a nem túl gyakran használt gimmick szó jelentésének. Az Oxford szótárban cseles eszközként említik, amelyet a figyelem felhívására vagy publicitás céljából alkalmaznak. A Merriam-Webster szótár szerint „fontos dolog, ami nem nyilvánvaló azonnal”. Egy olyan értelemben, amikor a tradicionális nőgyógyászati diagnosztikus eszközt, a kezét hatásosan lehet helyettesíteni az ultrahangvizsgáló fejjel, és a méh- vagy petefészekkiirtás klasszikus indikációját revidálni kell az in vitro fertilisatio és petesejt donáció bevezetése miatt, a döntést a legnagyobb óvatossággal kell megtenni. Miután az operatív laparoszkópia elfogadott a fő probléma a betegek kiválasztása.

Az in vitro fertilisatio bevezetése óta a klinikai szolgálatban lévő nőgyógyászok sokasága elvesztette érdeklődését a mikrosebészeti gyakorlat iránt. Általános nézet volt, hogy a méhkürt, petefészek és a hasbélcső élettani paramétereinek figyelembevétele, aprólékos szövetkezelés finom műszerekkel, „mikrosebészeti” tekinthető. Az operációs mikroszkóp nagyítása 6–20-szoros. Az optikai készülékhez kapcsolódó televíziós monitor a célszövetet 5–10-szeresre nagyítja. Majdnem minden beavatkozás, amit ezelőtt mikrosebészeti eljárással oldottak meg, hasonló módon laparoszkópon keresztül is elvégezhető. A tuba terhességet, amit gyakran a korai fázisban kórisméznek, laparoszkóppal elegánsan kezelhető, a megrepedt vagy károsodott kürt pedig azonos technikával eltávolítható. Az endometriosis laparoszkópos kezelése nagyjában hasonló a szokványos sebészetihez. Az enyhe és mérsékelt endometriosis kezelése még vitatott.

Két felmérés összehasonlította a laparoszkópiával asszisztált hüvelyi méhkürtírtást a hasi hysterectomiával. Amikor két gyakorlatot csoport végezte a laparoszkóppal asszisztált hüvelyi méhkürtírtást az átlagosan 160 percig, hasonló ideig 164 percig tartott a hasi méhkürtírtás, ezek jelentősen hosszabb ideig tartottak mint a konvencionális abdominális totál, 102 perc, vagy a konvencionális vaginalis totál, 86 perc. Megemlítik még Joel-Cohen 15 perces hüvelyi méhkürtírtás módszerét. Bár a sebesség nem kritériuma a sebési képességnek, a technika egyszerűségével, állandóságával, a nem veszteséges mozdulatokkal, a megfelelő műszereket használva hihetetlen időt lehet megtakarítani.

A kórházban töltött idő laparoszkópiával asszisztált hüvelyi méhkürtírtásnál rövidebb, mint a másik két említett módszernél. Rövid időn belül a hüvelyi beavatkozás visszanyerheti népszerűségét (a klipszek és endokoagulációs technikákkal). Hosszú távon viszont ez gátolhatja a sebési gyakorlatot a klasszikus beavatkozásokban, azonos módon, mint ahogy az eltűnt irányzat a császármetszés felé akadályozza a szülészek gyakorlatszerzését a medencevégei magzatok szülésének hüvelyi vezetésében.

A laparoszkópia nyilvánvalóan haladás a nőgyógyászati műtétek egy sorában, de vezérfonalat kell adni, hogy milyen típusú sebési beavatkozások hajthatók végre endoszkóposan, és milyen szintű szaktudást kell elsajátítani annak, aki ezzel foglalkozik. A kulcskérdés, hogy hol a határ. Még az agresszív endoszkópos sebészek is meg egyeznek abban, hogy az általuk közölt eljárások némelyike nem lesz standard eljárás.

A nyilvánvaló és világos sebési indikációtól eltekintve a laparoszkópos eljárásokat szélesebb körben propagálják. Laparoszkópiás petefészek-eltávolítást ajánlanak a rizikó betegeknek (családi anamnézis és nem invazív szűrőteszt alapján). Gyógyszeres kezeléssel kombinálva myomák vagy endometriosisos góccok esetén, amelyeket ezelőtt gonadotropin kibocsátó hormon (GnRH) analógokkal gyógyítottak, endoszkóposan rezeálni vagy vaporizálni lehet.

A sebési jártasság és a megfelelő beteg kiválasztás néha fontosabb minden más tényezőnél, amiket a sebészeti eredmények kiértékelésénél tekintetbe kell venni. Az in vitro fertilisatio elterjedése óta a salpingostomiák helyett előnyben részesítik a salpingectomiákat súlyosan károsodott kürtök esetén. Ennek oka az, hogy in vitro fertilisatio után is viszonylag gyakran következett be méhen kívüli terhesség.

Soha ezelőtt a nőgyógyászatot nem befolyásolta olyan sok változás rövid idő alatt. Ezek közé tartozik a laparoszkópia, amiről Steptoe azt írta könyvében: „A laparoszkópia értéke és biztonsága a sebési eljárásokban tapasztalt operatőrnek az ellenjavallatok megfelelő méltánylásától és a technika gondos alkalmazásától függ.”

Jakovits Antal dr.

A lithokelyphos háromezer éves régiség a lithopedion változata. Rotschild, B. M. és mtsai (Arthritis Center of Northeast Ohio, Youngstown, OH 44512, USA): *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1993, 169, 140.

A kőmagzat (lithopedion) ritka (1,5–2%-ban előforduló) jelensége a méhen kívüli terhességnek, az összes terhességnek pedig 0,0045%-át teszi ki. A magzatnak vagy a burkoknak a meszesedését

Albucasis (Kr. e. 1013–936) írta le először.

Izolált csontvázseleket hozzájuk tapadt pajzszerű meszesedéssel Texas állam egyik megyéjében a karsztban találtak. Ezt temetőként használták 2000–7000 évvel ezelőtt. A szomszédságban talált csontgömbök, hajítóeszközök, szarvasagancsok, kagylóléhejek, fűrók arra utaltak, hogy valószínűleg temető volt és nem szemétdomb. A lithopedion csipőcsontját és hat csigolyáját egy 3100 évvel ezelőtti szinten Közép-Texasban találtak. A hátsó tövisnyulványok nagyságának alapján a magzat 7–9 hónapos terhességből származónak becsülhető.

A lithopedionok 3 csoportba sorolhatók: lithokelyphos, lithokelyphopedion és lithotecnion. Az utóbbit a calciumsók infiltrációja és a körülvevő magzatburkok megővése jellemzi. A lithokelyphopedionban mind a magzat, mint a burkok elmeszesedtek. A lithokelyphos esetében csak a burkok meszesedtek el. A 3100 éves, 7–9 hónapos terhességben a csontváz és a megvastagodott, elmeszesedett burkok alapján kétségtelenül azonosították a lithokelyphost.

Jakovits Antal dr.

A női nemi szervek csontkítása. Mind a probléma, mind a megoldás a nőkön nyugszik. Ladjani, M. és mtsai (International Planned Parenthood Federation, Regent's College, London NW1 4NS, Anglia): *Br. med. J.*, 1993, 307, 460.

A női nemi szervi csontkítás, amit félrevezetően női körülmetélésnek is neveztek, a külső nemi szervek részleges vagy teljes eltávolítása borotvával, szertartási késsel vagy nem higiénés pengével érzéstelenítés nélkül. A beavatkozás ideje egyhetes kortól a pubertásig ingadozik.

Közvetlen szövődmények: a súlyos fájdalom, shock, fertőzés, a szomszédos szervek sérülése, csonttörés, vérzés, heveny húgyúti fertőzés, tetanus és halál. Távoli problémák: az idült fájdalom, vizeleti és menstruációs nehézségek, medencei fertőzések, amelyek infertilitáshoz vezetnek, elhúzódó vagy elakadó szülés.

Becslés szerint manapság 80 millió, olyan lány és asszony él, akik átélték a nemi szervek csontkítását. Ezt elsődlegesen a Szaharától délre eső Afrikában, az arab világban, Malaysiában, Indonéziában és a nyugati országokba elvándoroltak gyakorolják. Nagy-Britanniában egyedül 10 000-re becsülhető jelenleg a veszélyben lévő lányok száma. A gyakorlat igazolására vallási, kulturális, orvosi és erkölcsi érveket hoznak fel, de a Világ Egészségügyi Szervezet (WHO) kimutatása szerint szoros a kapcsolat a szegénység, írástudatlanság és a nők alacsony társadalmi helyzete és a gyakorlat között. Azok, akik megmenekülnek a csontkítás elől, megbélyegezettek és paradox módon a gyakorlat áldozatai a csontkítás legerősebb propagálói között vannak, a tradicionális szülésznőkkel együtt, akik végrehajtói az aktusnak.

Sok nemzetközi intézmény ellenzi a csonkítást. Nagy-Britanniában tiltják 1985 óta, mivel azonban ítéletek nem történtek, a törvényhozás a helyi hatóságokra bízta a beavatkozást, hogy megakadályozza a szülöket lányaik csonkíttatásában. Az elmúlt évtizedben nagyobb nyíltsággal beszélnek a kérdésről az afrikai és arab országok vezetői is, nemcsak a nemzetközi szervezetek, hogy hatásosan sikerüljön beszüntetni ezt az orvosi és emberi szempontból a nők életére törő kihívást.

Jakovovits Antal dr.

Vizelet mikroalbumin kiválasztás kora-terhességben és a gestatiós kor szüléskor. Perry, I. J. és mtsai (Department of Public Health and Primary Care, Royal Free Hospital School of Medicine, London NW3 2PF, Anglia): Br. med. J., 1993, 307, 420.

A szerzők 692 egészséges, nem szült terhessé vizsgáltak a 31. terhességi hét előtt. Ezek közül 241 terhesnek voltak meg az első terhesgondozási viziten talált mikroalbumin kiválasztási értékei. Kihagyva a hipertenziósokat, ikerterheseket, vesebetegeket, 233 terhes maradt a kiértékelésre.

Az átlagos terhességi kor a szüléskor 40 hét (28–42 hét). Az albumin-kreatinin hányados szignifikánsan növekedett azokban a nőkben, akik koraszültek, összehasonlítva a terminusban születettekkel. Jelentős fordított viszony volt a szüléskori gestatiós kor és az első terhesgondozási vizit albumin-kreatinin hányadosa között. Ez független volt a terhes korától, etnikai eredetétől, testmagasságától, súlytól, vérnyomástól, dohányzástól, gestatiós kortól. A vizelet kreatinin koncentráció és a szüléskori gestatiós kor nem függött össze. A szerzők véleménye szerint leleteik alapot adnak a koraszülés okának és megelőzésének kutatásához.

Jakovovits Antal dr.

Méhen belüli retardált növekedés és koraszülés. Ott, W. J. (Department of Obstetrics and Gynecology, St. John's Mercy Medical Center, St. Louis, MO 63141-8277, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 168, 1710.

A koraszülés (a <37. terhességi hét előtti világrajövetel) kóros folyamat és vannak szerzők, akik utalnak arra, hogy a 37. hét előtti születési görbék hibásak lehetnek. A koraszülött magzatok súlya kevesebb lehet, mint a hasonló gestatiós korú meg nem születettek. Más szóval a kora újszülötteknek jelentősen nagyobb részében fordulnak elő retardáltak, mint a terminusban születettek között.

A szerző az intézetében 1990–1991-ben világra jött újszülötteket vizsgálta. Az 1990-ben született 5757 élve világra jött újszülött súlya alapján állította össze a post-

natalis súlygörbét a gestatiós kor szerint. E görbe alapján analizálta az 1991-ben született 5908 újszülöttet és határozta meg a retardáltak (<10. percentilis) értékeit a terhesség minden hetében. Az ultrahang vizsgálatok görbéi a retardált növekedés gyakoriságának jelentős csökkenését mutatták a gestatiós kor előrehaladásával, míg a megszületés utáni görbék nem. A szerző a 37. hét előtti születettek 23,1%-ában, míg a <37. héten születettek között 8,3% retardált növekedésűt talált. A méhen belüli fertőzések, a magzat veleszületett anomáliái és más problémák jelentősen összefüggnek a koraszüléssel. A szerző vizsgálatainak eredményei azt mutatták, hogy a retardált növekedés koraszüléssel társul. Más szerzők rámutattak, hogy koraszülések esetén gyakori a lepény és decidua ér abnormalitása. A leletek a retardált növekedés és a koraszülés okának kölcsönös vonatkozására utalnak.

Jakovovits Antal dr.

Endometrios és petefészekrák. Vercellini, P. és mtsai (Clinica Ostetrica and Ginecologica „L. Mangiagalli”, 20122 Milano, Olaszország): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 181.

Néhány szerző szerint az endometrios gyakoribb az endometrioid és világos sejtes petefészekrákban szenvedőkben. A szerzők 1980–1991 között két milánói szülészeti és nőgyógyászati klinika petefészekrákos beteganyagát tekintették át. Összesen 556 beteget operáltak petefészekrák különböző stádiumában. 290 (52,2%) beteg volt menopausa előtt. Az endometriosisos góccok gyakorisága: 3,6–5,6% a serosus, a mucinosis és a kevert (vegyes) petefészekrákok esetén, ezzel szemben az endometrioid rákoknál 26,3%, világos sejteseknél 21,1% és 22,2% a vegyes altípusoknál. A fentiekből látható, hogy az endometrios gyakoribb volt az endometrioid, a világos sejtes és a vegyes ovarialis adenocarcinomák esetén, mint más szövettani típusokkal kapcsolatban. Az endometriosis és a szomszédos, de nem folyamatos átmenetel a rákba nehezen magyarázható. Szóba kerülhet az azonos kockázati vagy a hormonális milió, mely kedvez az endometrioid, a világos sejtes és kevert típusú petefészekrákok keletkezésének.

Jakovovits Antal dr.

A kis malignitású savós petefészekdaganatok hosszú távú utókezelése. Leake, J. F. és mtsai (Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD 21205, USA): Gynecol. Oncol., 1992, 47, 150.

A határvonal típusú petefészekdaganatos betegek hosszú távú lefolyása különösen érdekes, ennek ellenére még sincsen nagyobb beteganyagról hosszú távú megfigyelés. A szerzők több mint 200 betegről számolnak

be. Az átlagos megfigyelés tíz évet ölelt át. A 200 betegből 155 (77,5%) a kiértékelés idején recidívamentes. 11 (5,5%) beteg más kórházban meghalt. 34 (17%) betegben recidíva fejlődött ki, ami a III. stádiumban gyakrabban következett be, mint az I. és II. ban (54 versus 6, illetve 17%). A recidíva kezelés után 15 beteg daganatmentes, 6 beteg daganattal él és 13 a betegségben meghalt. Az 5-éves túlélés 97%-os, a 10-éves 95%, a 15 éves 92% és a 20-éves 89%-os.

Jakovovits Antal dr.

Megnövekedett anyai morbiditás a 28. terhességi hét előtt végzett császármetszések után. Evans, L. C., Combs, C. A. (Department of Obstetrics and Gynecology, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, OH 45267-0526, USA): Int. J. Gynecol. Obstet., 1993, 40, 227.

A szerzők felülvizsgálták azt a feltételezést, hogy a nagyon korai terhességi korban végzett császármetszés gyakoribb anyai mortalitással társul, mint a terminusban végzett. 80. a 28. terhességi hét előtt császármetszéssel szült asszonyt hasonlítottak össze 80 másikkal, akiknél a sectiót a terminusban végezték. Az első csoportbelieknek jelentősen gyakrabban (32%) fejlődött ki gyermekági endometritis, mint a második csoportbelieknek (9%). A transzfúzió adásának szükségessége szintén gyakoribb volt (14% vs. 1%). Jelentősen hosszabb volt a szülés utáni bentfekvés és antibiotikumhasználat is. Súlyos postpartalis szövődmények (endomyometritis, tüdőgyulladás, sepsis, thrombophlebitis, sebfertőzések) előfordulása a kora terhességi sectiók után 45%-ot, a kontroll csoportbeliekben csak 14%-ot tettek ki. A 28. hét előtti terhességekben gyakoribbak voltak a szülészeti komplikációk: a súlyos praecclampsia (9% vs. 0%), idő előtti lepényleválás (8% vs. 0%), amnionitis (20% vs. 5%), a medencevégi fekvés (51% vs. 10%) és ikerterhesség (16% vs. 0%) is gyakoribb.

Jakovovits Antal dr.

A rutinszülés utáni hathetes hüvelyi vizsgálat. Noble, T. (Royal Hampshire County Hospital, Winchester, Hampshire SO22 5DG, Anglia): Br. med. J., 1993, 307, 698.

Az orvosokat úgy oktatták, hogy higgyenek abban, miszerint szülés után hat héttel a rutin hüvelyi vizsgálat szükséges és a forgalomban lévő szülészeti tankönyvek ismétlik ezt a tanítást. Újabb szerzők rámutattak, hogy ez a rutin hüvelyi vizsgálat nem logikus, az asszonyok többre becsülik a csecsemőjükéről és fogamzásgátlásról folytatott beszélgetést és tanácsokat, mint fontosabbakat a fizikális vizsgálatnál.

Egyik szerző 150 szülés utáni asszony letétét tanulmányozta, akik közül csak 25-nek volt panasz, de mindet vizsgálták vaginálisan. A 125 panaszmentes közül há-

romnál találtak megnagyobbodott méhet és háromnál cervix ectopiát. Egy beteget sem kezeltek.

Sokan javasolják, hogy az első közösülés csak a hathetes ellenőrző vizsgálat után történjen, holott a legtöbb asszony ezt megelőzően, rendszerint a szülés után 2–4 héttel közösül. Némelyik asszonynak fájdalmat vagy vérzést okoz a közösülés a hüvelyi vagy gátszélből, de ennek jelentős veszélye nincs.

Számos asszonyt arra a gondolatra kondicionáltak, hogy a hüvelyi vizsgálat fontos, de a legtöbben, mint szükséges rosszat látnak benne és nem hasznosnak. Ezért a vizsgálatot csak indokolt esetben kell végezni, mint az abnormalis folyás és dyspareunia. Indokolt még a vizsgálat, ha az asszony méhen belüli eszközt kíván felhelyeztetni vagy ismételt hüvelykenetvételt esedékes.

A szülés utáni hat hétre történő vizit fontos lehetőség az általánosabb rendellenességek vizsgálatára, mint a hátfájás, depresszió, továbbá a csecsemő táplálását, immunizálását és a fogamzásgátlást megbeszélni. Ideális körülmények között a viziten jelen lenne az általános orvos és a körzeti védőnő. Hat héttel a szülés utáni vizit fontos tradíció, amit folytatni kell. A hangsúly azonban változnia kell, a hüvelyi vizsgálatot csak specifikusan indokolt esetekre kell korlátozni.

Jakobovits Antal dr.

A symphysiskárosodás megítélése a symphysis-rés szonográfias ábrázolásával. Bahlmann, F. és mtsai (Univ.-Frauenklinik Mainz, Németország): Geburtsh. Perinat., 1993, 197, 27.

A medence megítélését eddig külső méréssel és komputertomográfiával végezték. Újabban mágneses rezonancia tomográfiát és szonográfiát használnak a medencediagnosztikában. A szerzők 211 normális terhes adatai alapján állapították meg a normális symphysis-rés értékek görbét a terhesség folyamán. A normális rés a terhesség folyamán egyre nő, átlagosan 3 mm-t. Szonográfias összefüggés van a klinikailag bizonyított symphysiskárosodás és a normális meghaladó symphysis-rés között. A szonográfias symphysisábrázolás értékét a symphysiskárosodás két példáján át a röntgenképekkel való összehasonlítással teszik világossá. A szerzők szerint az ultrahang ideális módja a symphysis megítélésének mind a körisme, mind a symphysiskárosodás lefolyása szempontjából.

Jakobovits Antal dr.

A magzatvíz mennyisége mint a magzati distress előrejelzője terminuson túli terhességeknél. Tongsong, T., Srisomboon, J. (Division of Maternal-Fetal Medicine, Faculty of Medicine Chiang Mai University, Chiang Mai, 50002 Thaiföld): Int. J. Gynecol. Obstet., 1993, 40, 213.

A szerzők 252 terminuson túli terhesnél hetenként kétszer szonográfias magzatvíz mennyiségi meghatározást és nem-stress tesztet végeztek. A magzatvíz mennyiségét akkor ítélték normálisnak, ha a legnagyobb szabad tasak függőleges átmérője a méhfal mellett elérte a 3 cm-t. Feltűnő nem-stress teszt, vagy oligohydramnion esetén kontraktív, provokációs tesztet végeztek. A magzatvíz mennyiség jelentősen pontosabb előrejelzést adta a szülés alatti magzati distressnek, mint a nem-stress teszt; az érzékenysége 72,73 %, a fajlagossága 90,87 %, a pozitív előrejelzés 26,67 % és a negatív érték 98,65 %. A magzat veszélyeztetettségének ítélték a késői, valamint a súlyos változó decelerációkat, vagy az elhúzó magzati bradycardiát, ami egy méhen belüli reanimációra nem reagált. A szerzők véleménye szerint terminustúllépés esetén a magzatvízmennyiség szonográfias meghatározása hatásos módszer a magzat veszélyeztetettségének előrejelzésére.

Jakobovits Antal dr.

A külső fejrefordítás sikerének előrejelzése. Newman, R.B. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, Charleston, SC 29425, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 245.

A külső fejrefordítás Hippokratés leírása óta ismeretes, és gyakran végezték korábban, ebben az évszázadban is. Az el nem fogadható komplikációk gyakorisága és a relatív gyakori spontán verziókon nem javított, ezért elhagyták. Az utóbbi évtizedben ismét elővették ezt a beavatkozást, és 60–70%-os sikerről számoltak be, ezzel csökkentve a medencevégű fekvések előfordulását és a császármetszések gyakoriságát.

A szerzők 266 medencevégű, terminuson levő magzatot fordítottak fekvégre ritodrin hidroklorid, illetve terbutalin szulfát tokolízis mellett. A külső fordítás 166 (62,4 %) esetben volt sikeres. A sikert vagy kudarcot öt változó többsége jelezte: 1. a paritás, 2. a leány elhelyezkedése, 3. a méhnyak tágassága, 4. az elől fekvő rész helyzete és 5. a becsült magzatsúly. A Bishop-féle becsüléshez hasonlóan utalt a külső fordítás sikerére vagy sikertelenségére. A sikeres fordítások átlagos score-ja $6,6 \pm 1,5$, míg a sikerteleneké $5,1 \pm 1,8$ volt. A két vagy többször szültek sikere 87 %-os. A fejrefordítás nem sikeres, ha a magzat medenceje elérte a 1. helyzetet (az interspinális vonalhoz viszonyítva). A terhesek súlya, a tokolízis szer nem volt jelentős a siker szempontjából. A szerzők véleménye szerint a ≤ 4 -es score egyszerűen azt jelenti, hogy az illető terhes nem jelölt a külső fordításra. Az optimális jelöltek score-ja ≥ 8 .

Jakobovits Antal dr.

A magzat külső fordítása medencevégű fekvésből fekvégre. Saling, E. és mtsai (Institut für Perinatale Medizin, Mariendorfer Weg 28, 12051 Berlin, Németország): Geburtsh. Frauenheilk., 1993, 53, 597.

A hagyományos szülésetben medencevégű fekvésnél két lehetőség volt: 1. elsődleges császármetszés, vagy 2. hüvelyi szülés kísérlete. A szerzők a két rizikótényezőt: az anyait és magzati az 1947-ben bevezetett külső fordítás segítségével igyekeztek kiküszöbölni. A beavatkozást a terhesség 37. hete után, tokolízis alkalmazásával végezték. Az időpontot indokolja, hogy a spontán magzatfordulás medencevégű fekvésből fekvégre a 37. hét után alig remélhető. Az esetleges komplikációk miatt, ha szükséges a császármetszés, az már nem jár a koraszülöttség veszélyével. A későbbi fordítás az idő előtti burokrepedés nagyobb veszélyével társul.

A szerzők 1000 külső fordítást elemeztek, amelyeknek 52 %-a sikeres volt. Többször szülőknél és idősebbekben a sikeres fordítás gyakorisága nő, mivel a paritás bizonyos fokig nő a korrallal. Meglepően nagy arányban (77 %) sikerült a fordítás a nagy súlyú, hypertrophiás magzatok esetében, és ezek nagy százaléka hüvelyen át jött világra. A szerzők véleménye szerint a császármetszés utáni állapot nem jelent ellenjavallatot a külső fordításra.

A sikeres fordítás után a magzatok 88 %-a hüvelyen át és csak 12 % jött császármetszéssel világra. Itt megemlítik, hogy a sectio gyakoriságuk évek óta 9–10 % között van. Sikertelen fordítási kísérlet után a császármetszés-gyakoriság 88 %. Megemlítik még, hogy a medencevégű fekvésbe visszafordulás 5 %-ban és a medencevégű fekvésből 1,5 %-ban fordult elő spontán fekvégre fordulás.

A leggyakoribb komplikációk: az átmeneti szív működés-eltérés 123 (12,3 %), bradycardia 42 (40 %), és tachycardia 17 (1,7 %) esetben. Ellenjavallatot nem képeznek a retardált vagy túlfejlett magzatok sem. Ellenindikációk: az elől fekvő leány, az idő előtti leányváltás, idő előtti burokrepedés, kóros szív működés és egyértelmű téraánytalanság.

A sikeres fordítás elkerülhetővé teszi a szerzők szerint teljesen szükségtelen császármetszést.

Jakobovits Antal dr.

A nők reprodukció egészsége. Rosenfield, A. (Columbia School of Public Health, New York, NY 10032, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 128.

A közlemény a szerzőnek a New York-i Szülészeti Társaság 128. évi gyűlésén elhangzott elnöki előadása alapján készült.

Először a vetélés kérdésével foglalkozik: a történelmi áttekintéssel kezd, majd a közigazgatás és a legfelső bíróság hatásáról beszél, majd személyes megjegyzését írja,

végül röviden tárgyalja a nők helyzetét a reprodukció jogukra a legtöbb fejlődő országban.

A 19. század második fele előtt az abortus gyakorlatát Amerikában a brit általános törvény befolyásolta, amelyben lényegében nincs törvény az abortus ellen, amíg a magzatmozgás be nem következik. A magzatmozgás után a vetélés bűnös cselekedet. 1860 felé áttekintették a megelőző törvényt és keretet adtak a vetélés illegális státusának. Az új státus törvénytelennek vette a vetélést a terhesség bármelyik időszakában. Kivétel csupán az anya életének megmentése érdekében végzett abortus volt. Az abortus büntethetőségét nem is a katolikus egyház, hanem az újonnan (1847-ben) alakult Amerikai Orvosszövetség kívánta. 1900-ban már az Egyesült Államok egész területén büntették a vetélést. Ez a törvény lényegében az 1960-as évek végéig érvényben volt.

Az 1965-ös év mérőkövet jelentett. Connecticut állam törvénye tiltotta a fogamzásgátlók használatát és szétosztását. A helyi családtervezési fiók igazgatója és a Yale Egyetem női klinikájának igazgatója oktatóanyagot és kontraceptívumokat osztogattak nyilvánvalóan a törvény ellenére. A legfelső bíróság megerősítette a két igazgatót a fogamzásgátlók szétosztásának jogában, megjegyezve, hogy ez a házastársak magánjoga a házasságban. 1973-ban 4 állam törvényesítette a vetélést, és másik 15 némileg liberalizálta az abortus törvényt.

A szerző megemlíti, hogy a szülészek többsége az államokban támogatja a nők jogát a terhesség megszakításra. Az orvosvezetők többsége a terhességmegszakítás választhatósága mellett van, mert elég idős, és megértik azt az időszakot, amikor kezelni kellett a kriminális abortus következményeiben szenvedőket. A 45 évesnél fiatalabb nőgyógyászok nem láttak heveny betegeket sepsises shockban abortus kontárkodás után.

Ugyanakkor számos szülés a procedúrát nem kívánja véghezvinni. A megszakítás különösen a 2. trimeszterben nehéz tágitással és kiürítéssel, és jó ha tapasztalt szülés-nőgyógyász végzi. A rezidens gyakorlatprogram nem követeli a gyakorlatot ezen a téren. Ha lenne ilyen, nem kellene bevonnai azokat a szakorvosjelölteket, akik vallási vagy erkölcsi okokból ellene vannak a terhességmegszakításnak.

Világosra a vetéléseket megkísérlik gátolni, mindegy, hogy vallási, kulturális vagy erkölcsi okokból. A szenvedő fél mindig az asszony, aki reménytelenül nem kívánja a terhességet kihordani. A szerző emlékeztet arra, hogy a WHO kimutatása szerint évente a félmillió anyai halálozás 20–40%-a a kontár módon végzett vetélések következménye. Ez azt jelenti, hogy 100–200 ezer asszony hal meg ilyen módon. Ezek a tragikus és szűkségtelen halálozások elsősorban Afrikában, Latin-Amerikában és Ázsiában történnek, ahol illegális a terhességmegszakítás.

A szülész-nőgyógyászok nem lehetnek el ilyen nemzeti problémák mellett. Se-

gíteni és vezetni kell, mivel elsődleges küldetés megőrizni és javítani az egészséget, az asszonyok jóllétét, akiket gondoznak.

Jakobovits Antal dr.

Az indomethacin hatásossága és biztonsága összehasonlítva a magnézium-szulfáttal a koraszülés kezelésében. Morales, W. J., Madhav, H. (94 W Underwood St., Orlando, FL 32806, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 97.

Az idiopathiás koraszülés vezető szülészeti komplikáció marad továbbra is. Az Egyesült Államok gyógyszerhivatala (FDA) a ritortint engedélyezi, amely reaktíve gyakran okoz anyai cardiovascularis és anyagcsere-szövődményeket, ami számos klinikust a magnézium-szulfát használatához vezetett. Bizonyítást nyert, hogy a prosztaglandin szintetáz gátló indomethacin is hatásos tokolitikum.

A szerzők 114, a 32. terhességi hét előtt fenyegető koraszülést vontak be a vizsgálatukba, akik közül később 13-at kizártak. A maradék 101 terhes közül 40 indomethacint és 52 magnézium-szulfátot kapott. A két csoport a gestációs kort, a cervixleletet és kontrakciós gyakoriságot illetően nagyon hasonló volt. A magnézium-szulfátot 6 g-os mennyiségben adták 30 percen át, majd 2 g/óránként infúzióban. Az oldat 50 g magnézium-szulfátot tartalmazott 500 ml 5%-os dextrózoldatban. Az infúziót minden 30 percben 1 g/órával növelték, a maximális ütem 5 g/óra volt. Az indomethacint 100 mg-os adagban adták végbélkúpban 4 óránként 48 órán át. Az indomethacin és magnézium-szulfát hatásossága hasonló volt: a szülést több mint 48 órával sikerült késleltetni (90% versus 85%-ban). Orális terbutalinnal együtt a terhességet 22,9 versus 22,7 nappal sikerült meghosszabbítani. A magnézium-szulfát tokolízist a mellékhatások miatt meg kellett szakítani, ez viszont az indomethacinnal kezelteknél nem fordult elő. A szerzők ezért az indomethacint megfelelő alternatívának tartják 32. hétnél fiatalabb terhességekben a koraszülés kezelésében.

Jakobovits Antal dr.

A myomás méh szülészeti szövődményei, gyakorisága és a császármetszés javallatai. Kommos, F. és mtsai (Univ.-Frauenklinik, Hugstetter-str. 55, W-79106 Freiburg, Németország): Geburtsh. Frauenheilk., 1993, 53, 564.

A szerzők klinikáján 1970–79 között 47 (0,25%), 1980–89 között pedig 80 (0,64%) myomásos beteg szült. A gyakoriságban mutatkozó különbséget azzal magyarázzák, hogy gyakoribbá vált az idős, először szülő szülés, és hogy az 1980-as évektől kezdve gyakran rutinszerűen végzik az ultrahangvizsgálatokat. A terheseknek több mint a felében legalább egy szövő-

mény volt a következőkből észlelhető: fenyegető vetélés, fájdalom/idő előtti fájások, késői toxemia, koraszülés, lepény-elégtelenség, vagy atonia. A fájdalom és az idő előtti fájások gyakrabban léptek fel a 3 cm-nél nagyobb myomás góc esetén. Atoniás utóvérzés független a myomás góc elhelyezkedésétől, de mindenekelőtt a nagy gócnál lép fel. A császármetszések 51%-os gyakorisága nagyon magas. A spontán szülés különösen a sokgöbös méhben és az isthmusban elhelyezkedőknél ritka. A császármetszések javallata az esetek felében direkt vagy közvetlenül a myomával kapcsolatosak, és a másik felében általános szülészeti okok voltak. 1970–79 között 3 gócenukleációt végeztek a terhességben, 1980–89 között egyet sem. Az első periódusban kétszer került sor méhkiirtásra a császármetszés után, a második időszakban ez spontán szülés után egyszer, császármetszés után négyszer következett be. Az 1980-as években császármetszés után az esetek 1/3-ában végeztek góckiirtást. Magzati vagy újszülött halálozás nem volt. Az invazívabb myoma-műtöket későbbi időpontra halasztották, és nem a császármetszés kapcsán végezték.

Jakobovits Antal dr.

A vastagbél heveny átlazódása (Ogilvie-szindróma) császármetszés után. Kolben, M., Loos, W. (Frauenklinik, Ismaninger Str. 22, W-81675 München, Németország): Geburtsh. Frauenheilk., 1993, 53, 577.

A szerzők 3 császármetszés után bekövetkezett Ogilvie-szindrómáról számolnak be. A kórkép ritka ugyan, de a közötti esetek jelentős része nőgyógyászati és szülészeti beavatkozások után következett be. A betegek kora: 42, 32 és 26 év. A tünetek a sectio utáni 1. vagy 2. napon felfúvódással kezdődnek. A has puffadt, bélmozgás nem volt. A röntgen- és az ultrahangvizsgálat a colont rendkívül tágultnak (10–12 cm átmérőjűnek) mutatta. Az első beteget megoperálták. A jobb oldali flexura coli a nagy feszüléstől megrepedt. Hemicolectomiát végeztek ileotransversostomiával. A méh puha, márványszerű volt, felmerült az endomyometritis gyanúja, ezért eltávolították. A beteget a 11. napon engedték haza. A 2. és 3. betegnél endoszkópiás leszívást végeztek, majd parenterális táplálás és a bélperistaltica serkentése mellett később megindult a bélmozgás. A betegeket gyógyultan engedték haza.

A pseudo-obstruction tünetei hasonlóan a colon mechanikus ileuséra, de a passzázs-akadályt nem lehet kimutatni. A legfőbb tünet a nagyfokú puffadás, görcsös fájdalom, székrekedés, csekély hasfali védekezés, émelygés és hányinger. A coecum nagyfokú tágulata a legfontosabb diagnosztikus jel, amit röntgen vagy szonográfiai vizsgálattal lehet kimutatni. A diagnózist és kezelést korán kell elérni, mielőtt perfüziós zavar, a kitágult bélfal nek-

rózisa perforációhoz vezetne. Kezelés a coloscopiás dekompreszió, amit az esetek 15–40%-ában többszörösen kell végezni. A konzervatív kezelés sikertelensége vagy perforáció gyanúja esetén sebészeti kezelés szükséges.

Jakobovits Antal dr.

A Doppler-sonográfias vizsgálatok értéke inzulinfüggő cukorbetegségben. Hütter, W. és mtsai (Frauenklinik, Kreiskrankenhaus, Böblingen, Németország): Geburtsh. Perinat., 1993, 197, 38.

A szerzők a terhesek 2. és 3. trimeszterében folyamatos Doppler-hullám készülékkel határozták meg az arteria umbilicalis, uterina és arcuata véráramlásprofilját. Az inzulinhoz kötött cukorbetegség nagy részének méhereiben ellenállás-fokozódást és incisurát találtak, ezeknek terhességét a magzat retardált növekedése gestatio indukálta hypertonia komplikálta. A szerzők rámutatnak, hogy a folyamatos Doppler-sonográfia mint társvizsgálati módszer, mindenekelőtt diabetogen vascularis késői szövődményekben, rossz vércukor-beállításban, toxemiában nagyon ajánlható. A normális uteroplacentalis és foetoplacentalis véráramlásprofil jó paramétere a magzat jóllétének.

Jakobovits Antal dr.

A meconium aspirációs szindróma súlyosságának előrejelzése. Hernández, C. és mtsai (Department of Pediatrics, 5323 Harry Hines Blvd., Dallas, TX 75235–9063, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 61.

Az agresszív szülészeti és újszülöttellátás ellenére a meconium belégzéses szindróma az újszülött-morbiditás és -halálozás jelentős oka maradt. Széles körben elterjedt hiedelem, hogy a meconiummal festenyzett magzatvíz a magzat hypoxiáját vagy asphyxiáját tükrözi. A gestációs idő előrehaladásával növekszik a meconiumos magzatvíz gyakorisága és ez az összes szülés 10–15%-ában fordul elő. A meconium aspirációs szindróma a meconiummal festenyzett magzatvíz újszülöttek 10–30%-ában és az összes élő újszülött 1–3%-ában fordul elő. Függetlenül az aspiratio idejétől a szindróma különböző fokú respirációs distresszt vagy légzési elégtelenséget okoz a légutak elzáródása, alveolaris gyulladás vagy zavart gázcsere eredményeként. Bár a meconium aspirációs szindróma halálozása 50%-ról 4–18%-ra csökkent a súlyosságát és halálos veszélyét nem lehet mindig előre jelezni.

A szerzők klinikáján 1987–1989 között 43 906 élveszülés történt és ezek közül 8003 (18%) olyan élveszületett volt, akinek meconiummal szennyezett volt a magzatvíz. 82 újszülöttet meconium aspirációs szindróma diagnózisával speciális gondo-

zóba kellett küldeni, ahol 39 (47,6%) újszülött mechanikus ventilációt igényelt és 4 (5%) újszülött meghalt. A meghaltak mind a ventilációs csoportból kerültek ki.

A szerzők vizsgálatait szerint a ventiláció szükségének előrejelzői: a magzati tachycardia, a meconium kiderítése és szülés közti idő, az alacsony 5 perces Apgar-érték, intubációt igénylő respirációs distress és császármetszés. A prolongált ventiláció előrejelzői az ominózus szívhang gyakorisága, a köldökzsinór artériás vér pH < 7,20, 90. percentilis feletti születési súly, nulliparitás, a > 4-es 1 perces és ≤ 6-os 5 perces Apgar-érték. Ezek segítenek a súlyos meconium aspiratio veszélyében lévő újszülöttek kimutatásában, akiket intenzív újszülöttellátásban kell részesíteni.

Jakobovits Antal dr.

A koraszülés-megelőzés több központú randomizált, ellenőrzött kísérlete. Koraszülés-megelőzés kollaboratív csoport (Department of Obstetrics and Gynecology 6431 Fannin St., Suite 3 286, Houston, TX 77030, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 352.

A perinatális orvostan utolsó évtizedekben tett haladása ellenére a koraszülés megelőzésében jelentős javulás nem történt. A koraszülés továbbra is jelentős az újszülött-morbiditás és -halálozás gyakoriságában. Az új tokolitikus szerek bevezetése nem társult a koraszülés gyakoriságának lényeges csökkenésével. A sikertelenség oka lehet a koraszülés korai kimutatásának hiánya.

A szerzők vizsgálataikat öt orvosi központ hét kórházában végezték. A terhességek kora ≤ 20 hét volt. Összesen 2395 koraszülésre nagy kockázatú terhest vizsgáltak, illetve ellenőriztek hetenként. A vizsgált, illetve kezelt és a kontroll csoport gyakorisága között a spontán koraszülés terén a különbség elhanyagolható (16,1% versus 15,4%). A szerzők végső következtetése az, hogy a koraszülés-megelőzési program nem volt hasznos, és mivel ennek okát nem tudják magyarázni, a programot nem ajánlják, legalábbis a hasonló közepes osztályba tartozó népességben.

Jakobovits Antal dr.

A szülés utáni petefészekműködés jellegzetességei és meghatározói az Egyesült Államokban. Campbell, O. M. R., Gray, R. H. (London School of Hygiene, London WC1E 7HT, Anglia): Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169, 55.

Jelenleg az amerikai nőknek a szülés után azonnal vagy legkésőbb 6 héttel postpartálisan a fogamzásgátlók szedését ajánlják. A peteérés a nem szoptató nőkben 45 napon belül bekövetkezhet, a szoptató nőkben pedig kiszámíthatatlan. Vizsgálatok kimutat-

ták, hogy a szoptató nők emlőbimbóinak ingerlése gátolja a hypophysis gonadotrop hormonok kibocsátását, elnyomja a petefészek aktivitást és prolongált szülés utáni amenorrhoeát és infertilitást eredményez.

A szerzők 22 tejapasztott és 60 szoptató nőt vizsgáltak. A nem szoptató nőknek sokkal korábban állt vissza a petefészek-aktivitásuk, mint a szoptatóké. Az összes nem szoptató szülés után 12 héten belül menstruált, míg a szoptatóknak csak 20%-a. Mindkét csoportban az összes első vérzés 2/3-a ovulációs volt (a peteérés megelőzte a menstruációt), de a sárgatest fázis abnormális volt: a nem szoptatók 60% és a szoptatók 47%-ában. Az ovulációs első vérzés gyakorisága növekedett az eltelt idővel a szoptató nőkben. Az első 12 héten 45%, míg a következő 13–24. hét között 67%, a 28–48. héten 75% és végül a 49–72. hét között 100%. A szülés utáni ovulációt nem befolyásolja az életkor, a dohányzás, a terhesség előtti ciklusok szabályossága és az újszülött neme. A peteérést erősen befolyásolják a szoptatások száma, a szoptatási epizódok átlagos tartama és a szoptatás teljes ideje a nap folyamán. Az ovuláció kockázatát csökkentik a szükség szerinti szoptatás, a szoptás élénksége és a csecsemővel való együtt alvás. A tejpotlások száma jelentősen fokozza az ovuláció kockázatát.

Jakobovits Antal dr.

BELGYÓGYÁSZAT

A hypertoniás felnőttek alacsony boka/kar vérnyomás indexe és a mortalitás. Newman, Anne B. és mtsai (Medical College of Pennsylvania): JAMA, 1993, 270, 487.

A 65 éven felüli nőknél az atherosclerotikus cardiovascularis megbetegedés gyakori halálok. A szubklinikus atherosclerosis szűrése nehéz feladat. A boka/kar vérnyomás index (AAI = ankle/arm index) a systolés vérnyomást hasonlítja össze a boka és a kar artériáiban. Ez egy könnyen reprodukálható, az alsó végtag artériás betegség vizsgálatánál elterjedt módszer. Ezzel a méréssel a cardiovascularis állapot is jól becsülhető, ha szükséges, be lehet avatkozni.

Átlagosan 10 évvel rövidebb az élete azoknak a betegeknek, akiknek alsó végtagi érbetegsége érsebészeti beavatkozásra szorul. A halál oka gyakran myocardialis infarktus vagy egyéb cardiovascularis esemény. Az intermittáló klaudikáció egy kifejezett tünete az alsó végtagi artériás betegségnek, mely 2–4-szeresére növeli a mortalitási rizikót.

A szerzők ebben a tanulmányban az AAI-t és a 4–5 éven belüli mortalitást 1492 65 évnél idősebb nőnél vizsgálták. A felmérés az osteoporotikus fracturákat vizsgáló prospektív tanulmány egy mellékvizsgálata. Pittsburgh környékén 2401 vidéki fehér nőt vizsgáltak 1986 és 1988 között.

A tanulmányból kizárták azokat, akik csak segítséggel tudtak mozogni, vagy kétoldali csípőprotézisük volt. Így a betegek 2/3-a került be a vizsgálatba. A systolés vérnyomást a jobb és a bal art. tibialis posterioron és a jobb art. brachialisban mérték legalább kétszer öt perc pihenés után hanyatt fekvő helyzetben. A mérési eredményekből átlagot számoltak. A mérést gyakran zavarta a diabeteses láb, a mérési diszkomfort, az obesitas, az anasarca vagy egyéb oedema. Klaudikációnak a lábakra fájdalmát tekintették séta vagy torna után, mely 10 perc múlva sem szűnt. A cardiovascularis megbetegedés családi előfordulását nem vizsgálták. Vérnyomásmérésre hagyományos higanyos mérőt használtak. A halálozást 1992. márciusáig követték. A halálokat az ICD-9-CM kódja szerint osztályozták. A vezető halálok a szívinfarktus, a hirtelen halál és a stroke volt. Csak ezeket követte a tumoros megbetegedés. Az 1492 nőbeteg átlagéletkora 71 év volt (65–93 év). A 0,9-nél kisebb AAI-t és a 0,9-nél nagyobb AAI-t tartalmazó csoportot hasonlították össze. A 0,9-nél kisebb csoportban az idősebbek, a 140 Hgmm-nél magasabb systolés vérnyomás, az arthritis, a dohányzás, a napi több csésze kávé fogyasztása gyakoribb volt. Az utánkövetés alatt 84 nő halt meg. A mortalitásban a 0,9–1,0 közötti sávban a kontrollhoz képest nem volt szignifikáns különbség. A 0,9 AAI alatti csoportban a mortalitás ötször gyakoribb, mint a kontroll csoportban. A leggyakoribb halálok cardiovascularis betegség volt. Ebben a csoportban az elhalálozottak felének, az egész csoportban 18%-ban fordult elő klaudikáció.

Ebben a tanulmányban az alsó végtag artériás betegségét 0,9-nél kisebb AAI-szel definiálták. Itt szignifikáns összefüggést találtak különösen az előzőleg nem ismert cardiovascularis megbetegedés és az elhalálozás között. A 6,2 mmol/l feletti — magas — koleszterinszint szignifikánsan nem befolyásolta a mortalitást. A szubklinikus betegségnek az AAI jó monitora, mely egy non-invazív, drága eszközzel, 5 percnél több időt nem igénylő vizsgálat. Az art. tibialis posteriorban a nyomást Doppler-flowmeter segítségével (335 dollár) mérték. Ha az art. brachialisban is ezzel mérték, akkor 2–4 Hgmm-rel magasabb értéket kaptak, mint a hagyományos stethoscopus módszerrel.

Az alacsony, 0,9-nél kisebb indexű csoportban az alsó végtagi artériás megbetegedés 75%-ban enyhe mértékű volt (AAI 0,9 és 0,71 között), és tünetmentes volt. Különösen azoknál a betegeknél, akiknél a cardiovascularis betegség szubklinikus, nem ismert, a halálozási gyakoriság ebben a csoportban szignifikánsan magasabb, mint máshol. Ezért a cardiovascularis eredetű halál rizikóját ebben a csoportban hathatósan csökkenteni kell.

Kalina Ákos dr.

Primer hyperreninismus. Secunder arteriális hypertonia ritka oka. Kreutz, R. és mtsai (Innere Abt. des Malteser Krankenhauses und Pathol. Inst., Univ. Bonn, Németország; Laborat. Méd. Exp., Collège de France, Paris, Franciaország; Max-Delbrück-Centrum Molekular. Med., Berlin-Buch, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1993, 118, 1110.

A másodlagos arteriális hypertoniát elég ritkán a vesében keletkező renintermelő daganat váltja ki. A megszorodott renin egyrészt angiotensin II. és következményes aldosteron secretio útján vérnyomásemelkedést vált ki. A tumor általában jóindulatú, éppen ezért eltávolítása után a cardiovascularis elváltozások csökkennek, sőt teljesen meg is szűnnek.

Az eset azért figyelemre méltó, mert egy betegnél nephrectomiával együtt olyan daganatot távolítottak el, amit nem tudtak pontosan identifikálni. A szerzők egy 1984-ből származó közleményre hivatkoznak, ahol immunhisztokémiai és elektronmikroszkopos vizsgálatok segítségével derült ki, hogy *egyértelműen renintermelő daganatról* van szó.

Esetüket röviden ismertetik: egy 31 éves férfinél 250/140 Hgmm-es arteriális hypertonia derült ki, különösebb fizikális eltérés nélkül. A vizelet kálium koncentrációja minimálisan csökkent, a catecholaminok pedig ugyancsak kismértékben emelkedettek voltak. Minden egyéb lelet normális volt (vanilmandulasav, vércukor és vizelet, se. elektrolytok, vércukor kreatinin, húgysav stb.).

Az EKG balkamra-hypertrophiára utalt; a phentolamin-próba viszont pozitív volt, mert 5 mg iv. injekciója után a vérnyomás átmenetileg jelentősen csökkent. Abdominális aortographia alkalmával a bal mellékvese meg volt nagyobbodva, de maga a vese épnek mutatkozott. Scintigraphia mindezt alátámasztotta. Mivel a konzervatív terápia eredménytelennek bizonyult, a bal vesét phaeochromocytoma gyanúja miatt eltávolították. A postoperatív lefolyás eseménytelen volt, a vérnyomás pedig tartósan rendeződött, olyannyira, hogy 17 év elteltével is normális maradt.

Szövettani vizsgálat alkalmával először atípusos haemangiomas pericytoma vetődött fel, és csak a későbbi elektronmikroszkopos vizsgálatokkal tudták az intracelluláris prorenin és renin granulákra jellemző ún. *rhomboid testecskéket* kimutatni. A solid tumor vimentinellenes antitestekkel pozitív reakciót adott, viszont a többi ellenanyaggal szemben negatívnak bizonyult (pancreatin, epithelialis membrán-antigén, S-100 protein, desmin, aktin és VIII-faktor). A jelentős prorenin és renintartalmú polye- és monoklonális ellenanyagokkal is alátámasztották. Mindezt jól áttekinthető ábrákban lehet látni.

A renintermelő tumort sec. arteriális hypertoniával először Robertson és mtsai ismertették 1967-ben; azóta mintegy 50 eset közölték. A hypokalaemia gyakori jel, de nem kötelező, viszont a plasma reninaktivitása úgyszólván mindig emelkedett, ami

a differenciáldiagnosztikában azért fontos, mert ezzel a renovascularis hypertoniától el lehet különíteni. Legtöbbször, ahogy saját esetükben is, olyan daganatokról van szó, melyek a juxtaglomeruláris sejtekből indulnak ki, és ezért „*juxtaglomerular cell tumornak*” nevezték el (JGC). Arteriographia alkalmával a tumor kontúrjában az avascularis zóna felismerhető, ami azonban a vesén kívül van. Részletesen kitérnek a differenciáldiagnosztikus problémákra, melyeket tömören ismertetnek. A JGC tumor átmérője 1–5 cm, sokan javasolják a CT-t, amivel sikerülhet a hypodenz elváltozás lokalizálása.

Fokozott renintermelés, azonban veserákban, -hamartómban v. Wilms-tumorban ugyancsak előfordul, sőt extrarenalis is.

A tanulságot abban vonják le, hogy a diagnózis megállapításának az idejében a képalkotó és laborvizsgálatok semmiképpen nem voltak specifikusak, és csak később vált lehetségessé immunhisztokémiai vizsgálat és in situ hibridizációs módszer.

A JGC tumor különféleképpen differenciálódhat; solid növekedés mellett bifázisos formákat is találtak, melyeket *Furusato és mtsai* a nephroblastikus tumorokhoz soroltak (pl. Wilms-tumor). Az ismertetett esetben a renintermelő sejtek kizárólag a mesenchyma daganatkomponenseihez tartoztak. Az epithelsejtekben nem tudtak renint kimutatni; maga az elváltozás gyakorlatilag jóindulatú, malignus formát eddig nem észleltek, amit a beteg további ellenőrző vizsgálata mindaddig megerősített.

Tehát fiatalkori hypertoniákban ilyesmi is felvetődhet, és mivel a mai diagnosztikus eljárások jóval specifikusabbak, a daganat könnyen felismerhető, és a beteg nephrectomia nélkül is meggyógyul.

Bán András dr.

A máj haemangiomasos Osler-kórban. Selmaier, M. és mtsai (Med. Klin. I. mit Poliklin., und Rtg. Abt. Med. Kliniken Univ. Erlangen-Nürnberg, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1993, 118, 1015.

Az Osler-Weber-Rendu diagnózisa a bőr és nyálkahártyák felszínén megjelenő, kerek csomók megjelenése esetén elég könnyű, még akkor is, ha a családi előfordulást nem lehet bizonyítani. A kórfolyamatot különböző szervekben előforduló arteriovenosus fistulák is jellemzik, melyek a májban is kimutathatók. A betegismertetés azért érdekes, mert a májelváltozás több évtizeddel megelőzte az egyéb tüneteket és pozitív családi anamnesis hiányában a valódi kórisme rejtve maradt.

A beteg kezdeti panaszait jobbszívféltelenség okozta, enyhe dyspnoe és alszároedema formájában, ami digitális és furosemid adása után megszűnt. Ugyanakkor a jobb bordaívét 10 cm-rel meghaladó májat tapintottak, melyben üres rtg felvétel alkalmával számtalan apró mészárnék volt felfedezhető. Ekkor vetődött fel a szerv izo-

lált haemangioblastosisa egyidejű arterio-venosus shunttel, ami a cardialis panaszokat kiváltotta. Meg kell még említeni, hogy többször kezelték ulcus ventriculi és duodeni miatt, de angiodyplasiás elváltozásokat ekkor nem lehetett kimutatni. Közel 14 év elteltével a panaszok kezdete után, újra kórházba került ismét decompensatio miatt és súlyos anaemiával — hgb 5 g/dl. Csak ekkor tűnt fel a jobb szemhéjon egy lencse nagyságú teleangiectasiás csomó, amit eddig sohasem láttak. A máj nagysága változatlan, de a lép megnagyobbodott. A székletben nem lehetett vért kimutatni. A laboratóriumi vizsgálatok kifejezett mikrocytás hypochrom anaemiára utaltak, emellett magasabb volt a γ -GT, a se. alk. phosphatase és az LDH. Gastro- és rectoscopiával a duodenum és a sigma nyálkahártyáján angiodyplasiára utaló elváltozások voltak megfigyelhetők, a lépben pedig a májhoz hasonló meszesedést mutatott ki a rtg. Az anaemia oka egyértelműen az angiodyplasiából származó észrevétlen vérzés volt.

A hozzáférhető csomókat laserrel koagulálták. A beteg azóta panasz- és tünetmentes.

Osler-kórban a májváltozás a felismeréstől függően elég változó, 8–88%-os gyakoriságú, aminek jobb szív-elégtelenség a leggyakoribb tünete. Martini szerint 3 formát lehet megkülönböztetni:

1. Osler-kór teleangiectasiával, májfibrózis, ill. cirrhosis nélkül. 2. Teleangiectasiával és cirrhosisal együtt. 3. Osler-kór májcirrhosisal, de teleangiectasiák nélkül. Az egyes típusok között átfedések előfordulnak.

Visszatérve az ismertetett betegre, meg kell jegyezni, hogy a negatív családi anamnesis mellett sosem volt orrvérzése és az okkult vérzés okát nem tudták kimutatni. Differenciáldiagnosztikailag malignus haemangiomas is felvetődött, ami azonban a hosszú megfigyelés ismeretében teljesen valószínűtlen. A pontos diagnózist a szemhéjon megjelenő egyetlen Osler-csomó felismerésével lehetett megállapítani. Mivel a gastrointestinalis angiodyplasiás csomók csak időnként véreznek, tanácsos a széklet folyamatosan vizsgálni.

A szerzők ismeretei szerint ilyen hosszú ideig tartó Osler-kóros haemangiomasist a májban még nem írtak le jellemző bőr- és nyálkahártyatünetek nélkül.

Bán András dr.

Reaktív amyloidosisall szövődött Whipple-kór. Schmid, P. A. és mtsai (Med. Klin., Stadtsptal Wald, und Inst. klin. Pathol., Dep. Pathol. Univ. Zürich, Svájc): Dtsch. med. Wschr., 1993, 118, 1188.

Az intestinalis lipodystrophia vagy Whipple-kór a legkülönbözőbb szerveket érintő kórkép, elsősorban középkorú férfiakban fordul elő. Secunder amyloidosis eddig mindössze két esetben írtak le. A szerzőknek nemcsak az esetismertetése ta-

nulságos, hanem a kérdés jelenlegi állását ismertető összefoglalója is.

Egy 59 éves férfi beteg esetét ismertetik, akinek jóformán egyetlen tünete az emelkedett vörösvérsejt-süllyedés volt, amit egy-két évvel ezelőtti lázas infekció alkalmával észlelték először, de ennek gyógyulása után lényegében nem változott, sőt emelkedett.

Legújabb panaszait étkezés utáni epigastriális nyomásérzés, ismétlődő hányás és obstipatio képezte; a beteg fogyott, étvágytalanná vált. Az ambuláns vizsgálatok alkalmával a We. most is magas, 120 mm/óra, a vizeletben minimális fehérjét találtak, a bal kamra mérsékeltén meg volt nagyobbodva. Gyakorlatilag a coloscopia is negatív volt, jóllehet a colon ascendens, a caecum és a terminalis ileum nem került látótérbe. A has CT vizsgálata alkalmával kp. fokú nyiroksomó-nagyobbodást lehetett kimutatni, de másutt ilyesmit nem találtak. Mindezek alapján malignus lymphoma gyanúja miatt került intézetbe. Fizikális statusából mindössze annyit kell kiemelni, hogy a supraclav. nyiroksomók közül egy-némelyik 1 cm-es átmérőjű volt. Labor leletei közül a We 71 mm/óra, htk.: 0,32, valamint magasabb volt a se. kreatinin, mérsékelt hypalbuminaemia és hypergammaglobulinaemia volt még kimutatható normális α -1, α -2 és β -frakciókkal. A csontvelő enyhe megakaryocytosistól eltekintve normális volt. A gyanú most is malignus lymphoma irányába terelődött, és ennek igazolása végett nyiroksomóbiopszia történt. Az ileo-coloscopiát megisméltették, enyhe fokú erosiv proctosigmoiditist találtak. A beteget saját kívánására hazaengedték, de otthonába szállítása közben váratlanul meghalt.

A nyiroksomó szövettani lelete egyértelműen Whipple-kórt igazolt, míg a terminalis ileum és a colon nyálkahártyájában igen sok PAS pozitív zárványt tartalmazó macrophagot észlelték. Emellett a kongóvörös próba is pozitív volt, aminek az alapján ki lehetett mondani, hogy Whipple-kórhoz társuló amyloidosisról van szó. Amyloidot a szívfizomban is kimutattak, míg a Whipple-kórra jellemző elváltozásokat a többi nyiroksomóban is. Az immunhisztokémiai vizsgálat megerősítette, hogy reaktív amyloidosisról van szó, míg ennek egyéb formáit ki lehetett zárni (familiaris, senilis cardiovascularis és β_2 -mikroglobulin stb. okozta amyloidosis).

A Whipple-kór jelenleg is szövettani vizsgálattal diagnosztizálható, mindaddig specifikus kórokozót nem tudtak kimutatni, de legújabban polymerase láncreakció segítségével sikerült a Whipple-baktérium 16S-rRNA szekvenciáját meghatározni. A baktérium Gram-pozitív az aktinomyetákhoz sorolandó, de nincs olyan tulajdonsága, ami az eddig ismert kórokozókéhoz hasonlítana, ezért *Tropheryma whippelii*-nek nevezték el.

Az antibiotikus kezeléssel a betegek java része meggyógyítható, ha ezt megszakítják, gyakori a recidíva. Saját esetükben is elkezdtek a kezelést, de a beteg szívélgtelenségben hirtelen meghalt; szív-amyloido-

sisban azonban a halálos lefolyás a fenti kezeléssel alig védhető ki és ugyanilyen rossz a prognózis veseamyloidosisban is. Az átlagos túlélés egy év körül van. Ezután a különböző amyloidosisokkal foglalkoznak; többek között chr. infekciós betegségekhez társuló reaktív formával, ahol sikerült, a főleg a májsejtek által termelt A-proteint izolálni, ami a serum-amyloid-A-fehérje (SAA) hasadási terméke. Az antibiotikumok alkalmazása előtt a reaktív forma gyakoribb volt, hiszen itt csak a tuberkulózisra, osteomyelitisekre, leprára és bronchiectasiára kell utalni; ma mindez annyiban változott, hogy rheumás betegséggel, heroinizmussal, Crohn-betegséggel és colitis ulcerosával társulhat. Visszatérve a Whipple-kórra az utóbbi években HIV-betegekben hasonló elváltozásokat figyeltek meg, melyeket a *Mycobacterium avium-intracellulare* okoz; ez a baktérium szintén az aktinomyeták csoportjába sorolandó, tehát közeli rokona *Tropheryma whippelii*-nek.

Megszívlelendő tanulság, hogy az ismertetett betegnek jóformán nem volt szívpanasza, az EKG elváltozások nem jellegzetesek, mindössze low voltage és I. fokú a-v blokk volt kimutatható. A halált ritmuszavar okozhatta, mivel a coronariákban nem volt jelentős amyloid lerakódás, sem billentyűelváltozás.

A közlemény végén nyomatékosan hangsúlyozzák az immunhisztokémiai tipizálás jelentőségét, amivel a reaktív alak biztosan diagnosztizálható.

Bán András dr.

NEUROLÓGIA

Az epilepsia immunológiai vonatkozásai. Aarli, J. A. (Department of Neurology, University of Bergen, Haukeland Hospital, 5021 Bergen, Norway): Brain Dev., 1993, 15, 41.

Az epilepsiasok immunológiai zavarai nem csupán bizonyos gyógyszereknek az immunrendszerre gyakorolt suppressiv hatásából erednek, hanem szerepük lehet a betegség pathogenesisében is.

A szerző evvel kapcsolatban több kérdésre keres választ: 1. immunológiai eredetű cerebrális laesio válhat-e epileptogén fókusszá?

2. Rendelkezhet-e epilepsias agyszövet tel szemben ellenanyaggal?

3. Melyek a gyógyszeres kezelés immunológiai következményei?

4. Az immunterápia befolyásolja-e az epilepsiat?

5. Van-e genetikai kapcsolat az epilepsia és az immunrendszer zavarai közt?

Az epilepsia primeren az agysejtek paroxysmalis működése. Az agyállományból hiányoznak az immunrendszer elemei is. Ezért, bár az agy kitűnően védett mikroorganizmusok ellen, ha egyszer bejutottak, csaknem védtelen velük szemben.

Az agyat 3 rendszer is védi: a vér-agyagát, a nyirokrendszer hiánya és az idegsejtek histocompatibilitási antigénjeinek hiánya.

Az agyi capillarisek endothelje tömör falat alkot, nem fenestrált, mint a többi szervben, rohamok hatására azonban átjárhatóvá válhat lokálisan. Ezt kimutatták Evans-kék kísérletekkel. Infectio, vascularis sérülés szintén átjárhatóvá teheti ezt a falat, ennek következménye functionális immunrendszer kiépülése.

Az agy hiányzó nyirokrendszerét a Virchow-Robin-rések pótolják módosult formában. Ezekben a liquor felől és a liquor felé állandó az áramlás. A bennük levő leukocyták közül csak aktivált T-lymphocyták juthatnak az endothelfalon át az agyállományba.

A vér-agyagát sérülése keringő mikroorganizmusok, pl. vírusok bejutását is lehetővé teszi. A keringésben levő ellenanyagok a szabad vírust neutralizálhatják, de ha az bejutott az agysejtbe, akkor már nem. A T-lymphocyták a fertőzött agysejtet elpusztítják. Az idegsejt felszínén ugyanis hiányoznak a major histocompatibilitási komplex antigének. Ennek feladata lenne meggátolni a T-lymphocyták idegsejtet destruáló hatását.

Mindezek alapján nyilvánvaló, hogy a helyi immunreakciók hatására gócos organikus sérülések jöhetnek létre, melyek epileptogen fókusként szerepelhetnek.

Mikroorganizmusok közvetlen behatása nélkül, kizárólag immunológiai úton létrejövő epilepsia mintájául szolgál a *systemás lupus erythematosus*. Az SLE-sek 10%-a válik később epilepsiássá, további 5%-ban az epilepsia akár évekkel megelőzheti az SLE-t. Az SLE-sek közt az epilepsiások száma 8-szor több, mint az átlagnépességben. Ha a rohamok megelőzik a lupust, az intervallum lehet 20–30 év is, a rohamok generalizáltak. Az ilyen betegeket rendszerint kezelték. Az immunológiai eltérések lehetnek gyógyszeresek, vagy közös genetikai eredetűek. Fordított esetben az *SLE*-hez csatlakozó epilepsiák fokálisak vagy generalizáltak, *cerebralis lupus következményei*, a pontos pathomechanizmus azonban nem ismert.

Az immunológiai eredetű encephalitis speciális formája a *Rasmussen-encephalitis*. A kezdetben ép gyermeknek benignus fokális epilepsiája, majd epilepsia partialis continuája alakul ki, szellemileg leépül. A focus eltávolítása, mely akár hemispherectomia méretű is lehet, klinikai javulást eredményez. Ilyen beteg műtéti anyagában gyulladást, IgA depositumokat és C3 komplementet mutattak ki. Ez a körkép is bizonyítja, hogy immunológiai módon közvetített agyalesio szerepelhet epileptogen fókusként.

Nem bizonyított viszont agyszövetrel szembeni autoantitestek létezése és szerepe epilepsiás gócként.

Több évtized óta ismert a *gyógyszerek hatása az immunrendszerre*. Elsősorban a *phenytoin* okoz IgA hiányt, mely a szer elhagyására megszűnik. Vannak a kezelés megkezdése előtti primer IgA-hiányosok is.

Az IgA a serum immun-globulinoknak csak 10%-a, de domináns a secretumokban: nyál, tej, colostrum, könny, légutak, bél, húgy-ivar szervek. Feladata a mucosus hártályak infectio elleni védelme.

A phenytoin okozta IgA-hiánnyal szemben az IgG erősen megnő, amivel talán a gingiva hypertrophia függ össze. Utóbbi is reversibilis, carbamazepinre áttérve megszűnik mindkettő, ill. minimálissá válik.

Vírus infectio hatására egyesek a rohamok ritkulását figyelték meg. Péchadrenak sikerült első ízben (1977) terápiareซิสens epilepsiában immunoglobulinokkal javulást elérnie, az eljárás főleg Lennox-Gastaut-szindrómában hatásos (egyes intézetek hazánkban is alkalmaznak salaam-epilepsiában immunoglobulin kezelést. — Ref.). A hatásmechanizmusra vonatkozólag többféle nézet van: direkt befolyás az agyra, ehhez a vér-agyagának átjárhatóvá kell válnia. Számos megfigyelés szerint generalizált GM-ben a gát helyileg „betörnek”. Másik lehetőség lymphokinek felszabadulása az immunoglobulin hatására. Végül genetikai kapcsolat. *Alziumi* és mtsai primer IgA hiányban láttak jó hatást az immunoglobulinoktól.

Föltehető a genetikai kapcsolat az epilepsia és az immunrendszer zavarai közt. Látunk példaként az SLE-t, a selectiv IgA-hiányt, de ide sorolható a myasthenia is.

A gyógyszer kiváltotta IgA-hiányos betegek mindig a HLA-A2 csoportba tartoznak. Utóbbi gyakori, de a találkozás mégsem véletlen. Ha százalékos aránya magas a népességben és a phenytoin gyakran használják, magas lesz a phenytoin kiváltotta IgA hiány és megfordítva.

A primer IgA hiány nem ritka. HLA-A1B8 és DR2 pozitívek. A primer IgA-hiányos betegek között talált epilepsiások gyakran HLA-A1B8 pozitívak és gyakori köztük az autoimmun betegség is.

A HLA complex génjei a 6-os chromosomán található, ugyanott van az IgA-hiány kódja is.

Jóval kevesebb az ismeret az epilepsiák genetikai kódjáról. A primer myoclonus epilepsia a 21-es chromosomán, a jóindulatú újszülöttkori epilepsia a 20-as hosszú karján, a juvenilis myoclonus epilepsia a 6-os chromosomán, közel a HLA rendszerhez helyezkedik el.

A leírtak alapján valószínű, hogy az epilepsia, ill. bizonyos formái közös genetikai susceptibilitásra vezethetők vissza az immunzavarokkal.

Kiszely Katalin dr.

Epilepsia és terhesség. O'Brien, M. D., Gilmour-White, S. (Guy's Hospital, London): Brit. med. J., 1993, 307, 492.

A közlemény nem mond újat, de jól összefoglalja a kérdéssel kapcsolatos ismereteket.

Az epilepsiások a populáció 0,5–1%-a, akiknek a fele nő. A reproductiv életkor kezdetétől, tehát 15 évtől (a climaxig)

mindegyiküknél fennáll a terhesség lehetősége. Az antiepileptikus szerek hatása a terhesség első 28 napjában, az organogenesis idején a legtöbb ártalom okozója, pl. a velőcső záródási rendellenességeké.

Orális *contraceptiv* szert az epilepsia nő szedhet, de számos anticonvulsivum enzimiduktor hatása miatt adagjukat emelni kell. A serum progesteron tükröt 2 ciklusban meg kell mérni a ciklus 21. napján (részletekre vonatkozóan 1. az eredeti cikket). Szülés után 2–4 héttel kell újakezdeni progestagen tbl. szedését.

A *fertilitást* az epilepsia önmaga is csökkenti, ez fokozódik antiepileptikus szerek hatására a férfiban is (sperma motilitas redukcio, keringő testosteron megfogyása).

Az általános népességben 3% alatti a *fejlődési rendellenességek* aránya. A gyógyszereszedőkben ez növekszik, duplája a két-félét, tízszerese a négyfélét szedőkben. A koraszülések száma nem nő. Az apa terápiája kis fokban növelheti a rendellenességek számát.

A leggyakoribb fejlődési rendellenesség a *nyúlajak*, *farkastorok* és a *congenitalis szívfejlődési zavar*. *Phenytoin* az előbbi kettőt 1,8%-ban okozza szemben az átlag 0,7%-ával.

A *valproat* velőcsőzáródási rendellenességet 1,5%-ában hoz létre, ugyanez *carbamazepinnél* 0,5% alatt van. A *vigabatrin* és *lamotrigin* új gyógyszerek, róluk kevés még az adat.

Terhességben különösen fontos a gondos gyógyszerbeállítás, a színtek rendszeres követése. Lehetőleg *monoterápián* legyen az asszony s a legkisebb, de még hatásos adagon. Legkevesebb a *carbamazepin* mellékhatása. Ha a *valproatra* föltétlenül szükség van, meg kell nyugtatni az anyát, hogy 90% az egészséges újszülött valószínűsége. A serum alpha-fetoprotein rendszeres vizsgálata, valamint az *ultrahang* ellenőrzés nélkülözhetetlen.

A *folsav* csökkenti a velőcsőzáródás zavarait. Már hetekkel a terhesség előtt kezdék adni heti 2 alkalommal (ez csak tervezett terhességben lehetséges többé-kevésbé — Ref.).

Hyperemesisben gyógyszer váltásra, esetleg inj. beadásra lehet szükség.

Absence-ok nem befolyásolják a graviditást, de GM-ek okozhatnak hypoxiát. A terhesség önmagában fokozhatja a rohamok számát a megnőtt igény és rendszertelen szedés miatt.

A *toxæmiások* nőgyógyászati és neurológus ellátásra szorulnak.

Barbiturátokat és *benzodiazepineket* szedő anyák újszülötteinek lehetnek elvonási görcei.

Az enzimiduktor gyógyszerek *K-vitamin-szint* csökkenést okoznak, ezért szülés előtt 2 héttel napi 20 mg-ot kapjon az anya orálisan, szülés után az újszülött inj.-ban.

A *szojtatás* megengedett a legtöbb gyógyszerrel anyának, mert a tejbe a normális csecsemő adag kevesebb mint 5%-a jut. Kivéve a phenobarbitalt és a primidont, ott ugyanez több, mint 50%.

Az epilepsiás anya újszülöttjével ne maradjon egyedül (roham eredetű sérülés-veszély).

Epilepsiás szülőtől az öröklés lehetősége mindkét ágon 4%. Ez az arány 10%-ra nő, ha van epilepsiás testvér és 15–20%-ra, ha mindkét szülő beteg.

A szerzők természetesen nem számították ide az olyan genetikai betegségeket, melyeknek egyik tünete epilepsia, pl. neurofibromatosis, sclerosis tuberosa, továbbá a juvenilis myoclonus epilepsia.

Kiszely Katalin dr.

Epilepsiás anyák terhességének jobb kilátásai az utolsó évtizedben: összefüggés az anya anticonvulsiv kezelésével. Oguni, M. és mtsai (Department of Neurology, Montreal Neurological Hospital and Institute, Montreal): Brain Dev. Tokyo, 1992, 14, 371.

A hetvenes években szaporodó fejlődési rendellenességekről számoltak be epilepsiás terhesek utódaiban. Sokféle tényezőt vettek számításba: közös genetikai hajlamot epilepsiára és malformatiókra, a gyógyszerek és metabolitjaik hatását összefüggésben az elégtelen detoxicációval, a gyógyszerek befolyását a folat-anyagcserére, végül az anya görcseinek a terhes és vele együtt a magzat keringésére gyakorolt kedvezőtlen hatását.

A monoterápia és a gyógyszer plazmatűrő ellenőrzése az irodalmi adatok szerint kedvező változást eredményezett. Ennek a pontos meghatározására hasonlították össze a Montreali Neurológiai Klinikán 1971 és 84 között prospektíve vizsgált 94 epilepsiás nő 119 terhességét ugyanott 1982 és 89 közt ellenőrzött 103 epilepsiás 119 terhességével. Figyelemmel voltak az esetleges családi malformatiókra is mindkét szülő részéről.

A korábbi csoport 24,1%-os major fejlődési rendellenessége (fejlődési zavar 11,2%, posturalis defectus, hernia 12,9%) „drámaian” 8,8%-ra csökkent.

A nem gyógyszeres tényezők közül az anyai epilepsiás rohamok a terhességben nem fokozták a fejlődési rendellenességek számát. Ugyanakkor a rokonságban előforduló malformatióknak volt enyhe „szaporító” hatásuk, de természetesen különbség nélkül a két csoportban.

Lényeges volt viszont az eltérés a mono- és polyterápia arányában és a gyógyszerek összetételében. A korábban kezelték 40% mono- és 57% polyterápiára állt szemben a későbbi kezelték 68% mono- és 27% polyterápiájával (3. ill. 4% nem szedett gyógyszert).

Az 1. csoport főként phenobarbitalt, phenytoint és primidont (Sevenal, Diphe-dan, Sertan) szedett, míg a 2. carbamazepint és valproatot (Stazepin, Convulex). A primidon önállóan vagy kombinációban szokatlanul sok fejlődési zavart okozott, 50%-ot, különösen phenobarbitaltal vagy phenytoinnal együtt. A folat-tükör ennél a két kombinációnál volt a legalacsonyabb.

A valproat egymagában is okozott fejlődési zavart: 1–1 velőcső záródási rendellenességet (az irodalomban aránya 1,5% és 2,5% közt változik), továbbá több szívfejlődési rendellenességet. Az ilyen anyák terhességében a valproat-szint lényegesen magasabb volt, főként, ha egymagában adták a betegnek. Ilyenkor valószínűleg az inter-actio hiánya miatt.

A teratogenitás oka közvetlenül akár a gyógyszerek, akár metabolitjaik okoznak —, a szerzők szerint — részben az alacsony serum-folat-tükör lenne. Ez az első csoportban amikor az anyáknak még nem adták, szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a másodikban. A folat-szükséglet az első trimesenban a legmagasabb, utána fokozatosan csökken. Allatkísérletekkel is kimutatták az alacsony folat-szint malformatiót okozó hatását.

Összefoglalva a congenitalis fejlődési rendellenességek számának csökkenésére vezet a monoterápia, a phenobarbital, primidon és phenytoin ritkább használata terhesekben. Kevésbé veszélyes előbbieknél a carbamazepin. A genetikai hajlam sem mellőzhető teljesen (multifactorialis hatás).

Ideálisan: 1. Az anya carbamazepin, esetleg phenytoin monoterápián legyen, a lehető legkisebb, de még elégséges adagon. Lényeges a serum gyógyszer-szintek (beleértve a folatot is) állandó ellenőrzése és a terhesség ultrahang kontrollja. A gyógyszer-cserét a tervezett terhesség előtt kell elvégezni. 2. A folat pótlást már a graviditاس előtt kezdjék el. 3. Valproat monoterápiaként is csak akkor adható, ha más nem pótolja.

[Ref.: Meglepő, hogy a primidon és a phenobarbital relatíve több fejlődési rendellenesség okozója, mint a phenytoin. Sajnos, a succinimid-készítményekre és clonazepamra vonatkozólag nincs adat. Ezzel a hiánnyal együtt a cikk igen alapos munka, felnőtt- és gyermekneurológusok mellett nőgyógyászok is haszonnal olvashatják.]

Kiszely Katalin dr.

A rohamok remissiója kezeletlen epilepsiában. Keränen, T., Riekkinen, P. J. (Department of Neurology, University Hospital of Neurology, Kuopio, Finland): Brit. med. J., 1993, 307, 483.

Míg Gowers szerint a kezeletlen epilepsia remissiója nagyon ritka, más szerzők 30%-ot is elérő adatokról számoltak be.

A szerzők Finnország egyik kerületében 1220 epilepsiást vettek számba, akiknek a betegsége 1960 és 1977 között kezdődött. Olyan, akiknek legkevesebb 2 láztalan rohamuk volt és 2 évi rohammentességről számoltak be, ötvenet találtak, de 33-at sikerült tartósan követni, 76%-uk, 25 volt férfi. 20 év múlva a betegek fele volt rohammentes.

Ez a magas százalékarány nem vonatkoztatható természetesen minden epilepsiafor-

mára, mert a ritkán rohamozó betegek eleve nem szedtek gyógyszert. Nagy részük generalizált GM és „cryptogen” epilepsia volt.

Érdekes a kezeletlen férfiak nagy száma a nőkkel szemben. Ők valószínűleg ritkábban fordultak orvoshoz. (Nem szerepel a betegek kormegoszlása. Gyermekek és ifjúkorban a remissio aránya magasabb, mint felnőttekben. — Ref.)

Kiszely Katalin dr.

Klinikai tünetek nélküli EEG elváltozások jelentősége és kezelése gyermekkorban. Binnie, C. D. (Department of Clinical Neurophysiology, Maudsley Hospital, Denmark Hill, London): Brain Dev., 1993, 15, 23.

Kóros neuronális kislések alapvető tartozékai az epilepsiás rohamoknak. Kisebbségük jelentőségük interictalisan. Ezenkívül egészségesekben is előfordulhatnak tüskék az EEG-görbén.

Az ictalis EEG kérdése már évtizedekkel előbb bonyolulttá vált, amikor Schwab 1939-ben PM-es gyermekekben kimutatta egyszerű reakciós idő próbával, hogy a látszólag tünetmentesek kognitív funkciói finoman csökkentek. Azóta a hasonló közlemények száma már 40 fölött van. Ezt az állapotot Aarts és mtsai átmeneti kognitív zavar (ÁCZ) nevezték el. Az általuk vizsgált, nagy fokban szelektált csoportban számuk 50% fölött volt.

Fölmerül a kérdés, hogy az említett EEG-eltéréseket kísérő, bár finom klinikai tünetek tekinthetők-e valóban szubklinikusnak, vagy az ilyen ÁCZ nem inkább rövid roham-e? Klinikai földérítésük a szerzők szerint nagymértékben függ a közben használt pszichológiai tesztekkel. Kitént eközben alapos vizsgálatok szerint, hogy az ÁCZ nem a specifikus globális jelenség (ezt sokan megkérdőjelezzék — Ref.), hanem bizonyos mértékben specifikus annak a cerebrális régióknak a neuropsychológiai funkciójára, amely területen a kislés történt.

Ha a feltételezést mégis elfogadjuk, az ÁCZ segíthet az epileptogen góc lokalizálásában, amire a szerző több példát említ.

ÁCZ idején a gyermekek gyorsabban, de hibásan olvasnak, a gépkocsivezetők útközben elemi hibákat vétnek, beszélgetés közben a beteg elveszti a fonalat.

Természetesen az ÁCZ hátterében nincs minden esetben EEG-eltérés és megfordítva. Olyan személy szociális vagy kognitív zavarai azonban, akinek EEG-jében látszólag rohamok nélkül tüskék, paroxysmális csoportok találhatók, mérlegelni kell az ÁCZ lehetőségét, és el kell végezni a megfelelő vizsgálatokat.

Vajon kell-e a beteget kezelni, ha pszichoszociális funkciózavar hátterében az ÁCZ bizonyított? Ebben nem minden gyógyszer hatásos. Elhúzódó esetekben a gyógyszerek általában nehezen szüntetik meg az EEG-kisléseket (kivéve a 3 c/s tüske-hullám).

Ha kezelésre kerül sor, úgy legalkalmasabb a valproat, az ethosuximid vagy a benzodiazepinek. De e szerek, főként a benzodiazepinek, maguk is okozhatnak kognitív zavart. Ezért a kezelés megkezdése előtt majd közben nagyon lényeges a betegek pszichés vizsgálata. A szerző ilyen módon sok esetben egyértelműen bizonyította a kognitív és EEG-eltérések „drámai” eltűnését anélkül, hogy gyógyszer mellékhatás kimutatható lett volna.

A szerző azzal zárja munkáját, hogy az ÁCZ a klinikus-elektroencephalográfus paradox helyzetbe hozza. Eddig azt tanulta, hogy az EEG-felvételen látott tüskék *önmagukban* elégtelenek az epilepsia diagnózisához. El kell azonban fogadnia, hogy előfordulnak EEG-eltérések, amikor a beteg valóságban nem ép és a látszólag „szubklinikus” tüneteket gyógyszerrel kell megszüntetni.

[Ref.: Az utóbbi néhány évben hazánkból is vannak ilyen megfigyelések, amelyekről főként kongresszusi beszámolók tanúskodnak.]

Kiszely Katalin dr.

Gyermekkori status epilepticus és elhúzódozó lázgörcsök következménye országos csoportvizsgálatok alapján. Verity, C. M. és mtsai (Department of Paediatrics, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 2QQ): Brit. med. J., 1993, 307, 225.

A convulsiv status epilepticus ma is igen súlyos állapotnak tartják. Aicardi és Chevrie szerint legalább 57% a veszélyes szövődmény. Az utóbbi évek irodalmában

azonban — a szerzők szerint — kedvezőbb adatok is találhatók.

Az ellentmondás feltárására az 1970. áprilisban egy héten belül az Egyesült Királyságban világra jött 16 004 újszülött 82%-át vizsgálták meg 5, és 93%-át (közel 15 000) 10 év múlva is.

A fenti idő, tehát 10 év alatt, 84 gyermeknek volt egy vagy több láztalan és 398-nak egy vagy több lázas epileptiformis görcse.

Kiválasztották közülük a 30 percnél hosszabb tartamú láztalan convulsiókat (status epilepticus) és a 30 percnél tovább tartó lázasakat. Náluk az „elhúzódozó” lázgörcs megjelölést használták. Ha a gyermek gyógyszerrel vagy anélkül legalább 2 évig rohammentes maradt, úgy remissióban lévőnek számított. Klinikai és laboratóriumi vizsgálatok alapján encephalitisnek diagnosztizált eseteiket kihagyták a fölmérésből.

A 398 lázas convulsióból 19-nek (4,8%) volt a rohama elhúzódozó, míg a 84 láztalanból 18-nak (21%) volt egy vagy több status epilepticus. A lázas eclampsiák a gyermekek fiatalabb korában, átlag 11 hónaposan jelentkeztek, míg a status epilepticusos betegek átlagéletkora 2 év 6 hónap volt.

A lázas convulsiók között csak egy gyermeknek volt megelőző neurológiai betegsége, diplegia spasticája. Egy lázas grippes gyermeket a szülők „gyógyító” szándékkal meleg fürdőbe tettek. Négy óra elteltével a kórházban még mindig görcsölő gyermek hómalji hőmérséklete 41,7 °C volt. Enyhe j. o. centralis paresise maradt és debilis lett.

A 19 elhúzódozó lázgörcsből 4 epilepsia (21%) alakult ki a rohamok tartós következményeként, míg a 17 status epilepticusból 14 (82%).

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinikája, Családorvosi Tanszéke, valamint az „Illyés Géza Alapítvány”, „A vizelettartási és ürítési zavarok klinikuma, diagnosztikája és a kezelés lehetőségei” címmel továbbképző tanfolyamot szervez. A téma iránt érdeklődő, az alapellátásban dolgozó családorvosok, urológus szakorvosok és szakorvosjelöltek jelentkezését várjuk.

A tanfolyam 1994. márc. 23—24—25-én kerül megrendezésre az Urológiai Klinika Könyvtárában. A részvételi díj 4000 Ft, amelyet a visszaigazoláskor küldött csekken kérünk befizetni. Ezen összeg az adóalapból, mint alapítványi támogatás levonható.

A részvételi szándékot kérjük mielőbb dr. Hamvas Antal részére eljuttatni (SOTE Urológiai Klinika, 1082 Budapest, Üllői út 78/b, telefon: 210-0330/80-as személyhívó, vagy fax: 210-0305)

Program:

Márc. 23. (szerda)

Frang D. egyetemi tanár: Bevezető
Hamvas A.: A vizelettartás és ürítés fiziológiája, a kóros állapotok etiopatológiája, epidemiológiája

Az egyéb késői következményeket tekintve a 19 lázas convulsiós közül később 15-öt találtak épnak, egyről nincs adat, 3 maradt mentálisan károsodott.

A status epilepticus csoportból ketten haltak meg, de nem statusuk következtében (egy aneurysma repedés, egy pneumonia évek múlva).

A status epilepticusosok statusa 10 éven belül 8 esetben (47%) ismétlődött meg. A 16 előbbi szellemileg épnak találtak 10 évesen nyolcat, a 8 fogyatékosból 2 már kezdetől károsodott volt.

Mindenesetre a szerzők eredményei jobbak, mint amilyenekről eddig mások beszámoltak. Az irodalomban leírt katasztrófális vagy tartós károsodással járó rohamok szerintük ritkák.

Ritkán alakul ki epilepsia lázas convulsió után. A dolgozatban szereplő 398-ból — mint láttuk — 19 vált elhúzódozóvá, de közülük is csak négynek alakult ki epilepsiája. Szerzők egy közleményt idéznek már 1978-ból (Ellenberg és Nelson), amelyben az eredmények hasonlóak.

Nem áll fenn tehát a ma is uralkodó feltevés, hogy a status epilepticusok zöme tartós agykárosodást okoz. A kedvező eredményeket is figyelembe véve a szerzők hangsúlyozzák mielőbbi megszüntetésüknek fontosságát. Kimenetelük azonban — szerintük — nagyobb mértékben függ a neurológiai alapbetegségtől, mint egymagában a statustól.

Végül eseteiket összegezve a 33 elhúzódozó görcsölőből 5 és 10 év múlva 9 nem volt ép (3 lázgörcs, 6 status epilepticus után), de 8-nak közülük már korábban is volt valamilyen idegrendszeri károsodása.

Kiszely Katalin dr.

HÍREK

Erdei Klinika kialakítására alkalmas 400 m²-es kúria 2 ha ősparkkal + 9 db téliestett kétszobás faház eladó Bp.-től 30 km-re. Tel.: 06-60-348-546.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet tudományos ülést rendez 1994. január 31-én 13.30 órai kezdettel.

Helye: ORFI Lukács Klub

Program:

Szebenyi B., Bálint G., Fazekas L., Domján J. (ORFI—Margit Kórház): Dialysis okozta arthropathia (30 perc).

Orvosi rendelő az V. ker., Váci utcában kiadó. Tel.: 163-6029 (este).

Magánpraxist folytató orvosok, egészségügyi dolgozók vállalkozásainak könyvelését, adóbevallását vállaljuk.

LáVa Kft. Tel.: 134-1317

Cím: 1085 Bp., Üllői út 32.

Arnold Cs. egyetemi tanár: A vizezési panaszok — a családorvos gondja?

Simon Zs. e. docens: Hogyan juthatunk el a helyes diagnózishoz?

Nagy F. e. adjunktus: Az alapvető urodinamiai vizsgálatok gyakorlati bemutatása
A GERONTEXT Kft. termékbemutatója

Márc. 24. (csütörtök)

Szabó J. főorvos: A krónikus prosztatitisz jelentősége a vizeletürítési zavarokban
Romics I. e. docens: Alsó húgyúti obstrukciót okozó betegségek és kezelésük

Szűle E. e. adjunktus: A reflexinkontinenciák és a rehabilitáció kérdései

Nagy F. e. adjunktus: A stressz inkontinencia mint állapot megelőzésének és konzervatív kezelésének lehetőségei

Hamvas A. e. adjunktus: Az urge tünet és inkontinencia gyógyszeres kezelése

A MÖLNLYCKE cég termékbemutatója

Márc. 25. (péntek)

Hamvas A. A stressz inkontinencia műtéti kezelésének lehetőségei.

Hamvas A., Nagy F., Kálmán J.: Élő, ill. video műtéti bemutató
Összefoglaló megbeszélés.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Az orvosi kamarákról

Az Orvosi Hetilap kezdettől fogva fóruma volt az együtt gondolkodásnak. A tudományos kérdéseken, gyógyeljárásokon, diagnosztikus lehetőségeken túl foglalkozott az egészségügyi ellátottság, szervezés, etikai, orvos-egészségügyi, szakmai-elvi kérdéseivel.

Megváltozott világunk újabb és újabb kihívásokat dobott szakmánk elé. Ma különösen sok az olyan terület — akad bőven szakadék is, ha pl. a kórházi elkerülhetetlen átalakításokat és leépítéseket vesszük —, amely egészen, vagy legalábbis minőségileg új, pl. az, hogyan helyezzük el munkánkat az előrehaladó privatizáció és átalakuló egészségbiztosítás gyújtópontjában? Hogyan alkalmazkodjunk az egyre dráguló gyógyszerhez, meddig terjedjen toleranciánk — amellyel persze betegek anyagi érdekeit is szívünkön viseljük —, amikor új és generikus készítmények között döntünk? De új lesz az is, meddig bízzék a háziorvos magában és mikor látja elengedhetetlennek, hogy további fórumokhoz, szakorvoshoz vagy intézetbe küldje betegét.

És valami egészen új, kicsit ijesztő is: hogyan védekezzék az egyre amerikanizálódó világban az ügyvédeknek olyan jövedelmező orvospek ellen, milyen szervezetekben keresse biztonságát, kikre, mire támaszkodják, amikor pl. a „nagy finanszírozóval”, az egyelőre csaknem mindent kezében tartó „Egészségügyi Bankkal” áll szemben, amely nagyrészt eltartója is.

S hogyan őrizze meg ebben a felállásban szakmai önállóságát, orvosi hitelét, emberségét, valamint, aki szintén nem elhanyagolható, hogyan biztosíthatja magát a „nagy partnerrel” szemben. (E sorok írója nagyon jól tudja, a TB vagy Eü pénztár éppúgy az övé, legfontosabb partnere és nem ellenfele, és életét, munkáját, valamint feladatait csakis a legszorosabb együttműködésben építheti föl, így a fentiek csak arra vonatkoznak, hogy a közös rendszer két pontján állva elkerülhetetlen, hogy érdekelletének ne jelentkezzenek innen is, onnan is. Ez természetesen, s jó együttműködéssel, közös erőfeszítéssel vihetik előre szakmánk fejlesztésének ügyét.)

Nos, ebben a vitatkozó együttműködésben még fontosabbá válik, hogy egy-egy orvos ne magános farkasként küzdjön betege lehetőségeiért, hanem alkalomadtán legyen mögötte egy csoport, egy szervezet, amelyhez fordulhat, és amely súllyal képviseli érdekeit.

Itt jönnek be a szakmai kollégiumok, az orvosklubok, tudományos társaságok, folyóirataink, és itt lesz a helye az orvosi kamaráknak. Ezek fontos találkozási pontok számunkra.

Egy vagy több kamara?

Tudom, hogy ez kényes pontja a ma kamarában tisztséget betöltő kollégáinknak. Miközben álláspontjukat korrektnek, jóindulatúnak gondolom, fölvetem, vajon a mai, kompetícióra épülő világunkban nem hozna-e egészséges pezsgést a kamarai életbe, ha több kamara között választatnánk? Természetesen mindegyik kamarába azonos alapszabályok lennének érvényesek,

és mindegyiknek a beteg és orvos együttes érdekét kellene képviselnie. Persze igaz az is, hogy egyetlen orvoskamara már a nagysága miatt is nagyobb súlyt képvisel. Magam is úgy gondolom, hogy ha több kamara indulna, akkor is fontos kérdésekben ezek együttműködve képviselnék más fórumok felé az orvosok érdekeit. A részletekben viszont sokkal színesebb lenne a helyzet, alkalmazkodnék a szakmák, egyének kívánságaihoz, és elkerülné a túl nagy szervezet nehézségeit. A Magyar Orvosi Kamara (MOK) több kamara esetén is óriási előnyben lenne régebben működő szervezete, pénzügyi megalapozottsága miatt.

A másik alapvető kérdés, a *kötelező tagság* egyértelmű és abban a pillanatban elveszti életét, amint nem egyetlen kamara van, hanem több. Mert a tagság biztosítéka a felelősségre vonás lehetőségének is, a szakma színvonalának őrzésének sarlatánokkal, felkészületlennel, malignus elemekkel szemben.

Történelem

Az orvosok csoportosulása, érdekvédelme nálunk is korán indult, komoly szaktekintélyek álltak élére. Nagy kár, hogy a megindult munkát beárnyékolja a háború, amikor a kamara nem határozta el magát a szélsőséges mozgalmaktól és kizárta sorai közül zsidó kollégáinkat. Ezzel nemcsak szégyenletesen megtagadta elveit, de a nyomor felé sodorta orvos kollégáinkat, de ami még résebb, ezzel kiszolgáltatotta őket, védelem helyett az elhurcoltatásnak.

Ennek ismeretében kérem a Hetilap hasábjain annak idején a Kamara vezetőit, hogy a leghatározottabban határozzák el magukat a régi kamara ezen kisiklásától. Ez meg is történt.

A kamara megkezdte működését, tisztességes célokat tűzött zászlajára és elkezdte a munkát. Vagy a harcát? Mert joggal nevezhetjük annak. Hiszen működési feltételei több év alatt sem tisztázódtak teljesen.

Miben lehet ennek okát találni? Legfőképpen abban, hogy az orvosok nem kaptak mindenben megnyugtató választ arra, hogy mit várhatnak a kamarától, életük mely szektoraiban milyen módon avatkozik be ez az új intézmény. *Emlékeznék az előző korra, nem érezték magukat arról meggyőzve, hogy valóban az ő szájuk íze szerint fogják ügyeiket kezelni és továbbvinni.* Voltak, akik túlzott állami, mások talán pártbefolyástól tartottak, s voltak, akik az első választás időpontját túl közelesőnek találták a bekövetkezett nagy átrendeződéshez, amikor még kevesen rendelkeztek a magabiztossággal, amit egy szabad rendszer megad minden polgára számára. Ezért javasoltam a legutóbbi elnökválasztáson, induljon az új elnök tiszta lappal: írjunk ki országszerte új kamarai vezetőségválasztást, ezzel az orvostársadalom nagy többségét maguk mögé állítanák. Az akkori elnökválasztással stabilizálódott a MOK, ám megyei-városi területen nem mindenütt elégedett a tagság.

Valószínűleg ez vezetett arra, hogy országszerte fölbukkantak új kezdeményezések, szervezkedés. Így a Keresztény Orvoskamara, mely a fenti jogos elégedetlenségből indult önkéntes szerve-

ződéssel. Kifejtettem fenti véleményemet a pluriaritásról, de azt tanácsoltam, hogy a neve semmiképpen nem lehet keresztény, mert a leg gondosabban lefektetett elvek mellett sem szabadulhat a fent említett súlyosan negatív emlék alól. Legyen szellemében keresztény-zsidó, a felebaráti szereteten nyugvó, a veleérző emberi segíteni vágyáson alapuló betegcentrikus Orvosi Kamara, de nem viselhet zászlóján semmiféle címkét, mert ez elriaszthat jó gondolkodású, tisztességes kollégákat. Másfél-két óráshoz heves vitatkozás után a szavazáson a többség elfogadta az itt is kifejtett elveket és megszavazta az „Új Orvosi Kamara” megalapítását. Ekkor két-három kolléga heves hangon felszólította a megválasztott elnököt, nyilvánítsa ki: elfogadja-e az elnökséget akkor is, ha mégis Keresztény Kamara marad a neve. Erre nem lehetett más válasz, mint fölállni és elhagyni a termet.

Orvosainknak kellene dönteniük az egy vagy több kamara kérdésében, hogy szerveződésük mennyi hamarabb megindulhasson.

BIOSZ

Mit rejt ez a szó? Ezt javasoltam a megalakítandó Biztosító Orvosok Szövetsége rövidítésül.

Mi lenne ez a szervezet? Összefogná mindazokat az orvosokat, akik a Társadalombiztosítással állnak kapcsolatban, azaz akiket a TB partnerül elfogadott. Mert ma az a helyzet, hogy az a szerencsés, aki már bent van a rendszerben: jövője biztosított. Előbb-utóbb azonban szabadabb kell válnia a rendszernek, és a már volt körzeti orvosokon, mai háziorvosokon kívül bebocsátást kell kapniuk a szakellátás orvosainak vagy a szabad, független, privát orvosoknak és privát szakorvosoknak is. De ebben a viszonyban az orvos mindaddig kiszolgáltatót „munkáltatót” lesz, ameddig nem áll mögötte egy nagy, erős egyesülés, szövetség, amely a maga erejével hat a tárgyalásokon, amikor a pontok értékét évente megállapítják, vagy áll az orvos mögött, amikor támadják. *A praktizáló orvos csak úgy tudja érdekeit védeni az Egészségbiztosítási Önkormányzatokkal kapcsolatos munkaviszonyában, ha nem mint egyén, hanem mint egy nagy érdekképviseleti szervezet tagja áll szemben a pénz fölötti rendelkező szervezettel.*

Mint a Magyar Orvos-Gyógyszerész Klub életre hívója fölvettem a kapcsolatot a német hasonló szövetségekkel. Náluk sem része a biztosítónak dolgozó orvosok szövetsége az Orvosi Kamarának, de a két független szervezet sok kérdésben együtt dolgozik. Megkaptam szervezeti szabályzataikat, s véleményüket is. Az első lépéseket meg is tettük a vidéki szervezetek létrehozására, de erőnk, sem támogatásunk nem volt sehonnan sem, hogy ebben hathatós további lépéseket tegyünk.

Időközben megalakult a MOK biztosítással foglalkozó szakértői csoportja, s most ismét az a kérdés, melyik megoldás a helyesebb. Az alternatívát azért terjeszttem az orvosok széles rétege elé, hogy döntéseket kikérjünk. Csak ha nagy tömegben, több helyen mozogva, együttesen lépünk föl, várhatjuk azt, hogy szót kapunk a hatóságokkal, finanszírozó szervekkel való tárgyalásainkon. Vagy épp fölfigyelnek javaslatainkra a parlament, a szakmabizottsági munkákban.

Hankiss János dr.

BŐSÉG ZAVAR(J)A?!



Ez történt.....

1992-93-BAN:

1992. DECEMBER VÉGE:

1993. OKTÓBER VÉGE:

1993. OKTÓBER VÉGE:

a MOTESZ és a MOTESZ Kongresszus Szervező Irodája a változások éveit élte.

Először jelenik meg a MOTESZ-MAGAZIN.

A Magyarországon legnagyobb példányszámban megjelenő (25 000) orvosi szaklapot ezentúl negyedévente adjuk ki.

Megalakul a MOTESZ Utazási Iroda

Egy teadélutánon a MOTESZ néhány munkatársa a gyógyszergyártó cégek véleményét kikérve elhatározza, hogy megszervezi az első MEDIPHARMA szakkiallítást 1994-ben.

Ezt szeretnénk.....

Szeretnénk 1994. március 10-12-én megszervezni a MEDIPHARMA '94 gyógyszerészeti szakkiallítást.

Szeretnénk, ha Önt is a látogatók között üdvözölhetnénk.

Gondoljuk, hogy feltette magában a kérdést, miért jobb ez mint a többi kiállítás? Mi megválaszoljuk Önnek!

A szakkiallításon elsődleges célunk az INFORMÁCIÓ. INFORMÁCIÓ az Ön részére a gyógyszergyártó cégekről.

Mi biztosítjuk a gyógyszergyártóknak az előadás lehetőségét az általuk gyártott és forgalmazott termékekről. Önnek pedig az alkalmat, hogy mindezt INGYEN megtekintse, végighallgassa és tájékozódjon.

Fontosnak tartjuk, hogy a szakkiallítás után a **Bőség ne zavarja.**

További információ: Jánosi Gergely

1051 Budapest, Nádor u. 36. 1443 Budapest, P.O.B. 145.

Tel.: 111-6687, 112-3807, 132-4556 Fax: 183-7918

Prof. Berentey György
a MOTESZ elnöke

BESZÁMOLÓK

A Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti-Nőgyógyászati Társaság I. Kongresszusa

A Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti-Nőgyógyászati Társaság (MAPSZIG) 1993. október 14–15-én tartotta első tudományos konferenciáját. Az összejövetelre a Tiszántúli Református Egyházkerület Bereklúdon levő otthonában került sor. A „Megbékélés Háza” kedvező lehetőségeket biztosított a zárt pszichológiai tér megteremtéséhez, hiszen egy épületen belül volt a szállás és az étkezés, illetve ugyanitt került sor a tudományos programra és a csoportos foglalkozásokra. A kongresszus előkészítését és megszervezését a DOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának pszichológiai munkacsoportja vállalta.

A konferencia az orvos-beteg kapcsolat általános és sajátosan nőgyógyászati vonatkozásaival foglalkozott. A bevezető előadások a szülészeti-nőgyógyászati pszichoszomatika elméleti és a megvalósítás gyakorlati kérdéseit boncolgatták. Külön referátum ismertette azokat a megfigyeléseket, amelyek arra utalnak, hogy a nemiség a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlatban rendkívüli fontossággal, sajátos jelentőséggel bír. Kiváló összefoglaló hangzott el Bálint Mihály munkásságáról és az orvos-beteg kapcsolat bálinti alapelveiről. Megismerhettük azokat a kutatási eredményeket, amelyek az ún. „társas támasz” (social support) jelentőségére hívják fel a figyelmet. A társas támasz elméletével magyarázható az együtt szülés kedvező hatása is.

A referátumokhoz csatlakozó előadások a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlat számos mozzanatát érintették. A legtöbb előadás a szülésre történő pszichofizikális felkészítéssel, a családközpontú gyakorlat megvalósításának lehetőségeivel és nehézségeivel foglalkozott. Öröm volt hallani azt, hogy a megváltozott szemléletmód birtokában egyre több szülészeti osztály keresi a megvalósítás lehetőségeit. A szülészobák sok helyen nyitott a férfiak számára, terjed a rooming in rendszerű szermekágyas osztály. Ezzel szemben a szülészeti alkalmazása még mindig szörványos, a szülés utáni bőrkontaktus és a korai emlőre helyezés előnyeit még sok helyen nem használják ki. Összességében azonban mégis azt lehet mondani, hogy a korábbi merev szülészeti gyakorlat sokat változott, a szülészobai szemlézet egyre inkább tekintettel van a vajúdo, a pár, a család igényeire.

Megindult a hazai kutatás a nőgyógyászati területén is. Újdonságot jelentettek azok a pszichometriai felmérések, amelyeket nőgyógyászati csonkító műtéten átesett betegek csoportjában, a változás korában levő pácienseknél, infertilis és daganatos betegeknél végeztek. Reméljük, hogy a szerzők rövidesen szélesebb körben is bemutatják eredményeiket.

Lehetőség volt csoportos foglalkozásokon való részvételre is. A jelenlevők legnagyobb létszámmal a Bálint-csoporton vettek részt. A „Hogyan látjuk önmagunkat hivatásunkban?” címmel meghirdetett önismereti jellegű csoportot szintén nagy érdeklődés kísérte. Az onkológiai betegek pszichés vezetése a legtöbb osztályon megoldatlan. Ezért volt különösen jelentős az az esetmegbeszélő csoport, ahol a dagana-gos betegekkel történő — pszichológiai szempontból is helyes — foglalkozáshoz kaptak segítséget a résztvevők. A vártnál kevesebben vettek részt abban a csoportban, ahol a téma „a pszichológus tevékenysége a szülészeti-nőgyógyászati osztályon” címet viselte. Elképzelhető az is, hogy ez a kérdés mára aktualitását veszítette, de valószínűbb az, hogy a mérsékelt érdeklődés egyszerűen a jelen levő pszichológusok kis számával magyarázható. Az érdeklődők saját élményt, tapasztalatokat szerezhettek a relaxációs technikákról is.

A tudományos program sűrű és feszes volt. Lazításra a társasági est és a fürdőzés adott lehetőséget. A rendezvény a korábbi pszichoterápiás hétvégek hangulatát idézte. A mintegy 130 résztvevő elégedettségéhez jelentősen hozzájárult a „Megbékélés Háza” nevet viselő otthon dolgozóinak vendégszeretete. A szükséges technikai feltételeket a karcagi Kátai Gábor Kórház vezetőinek és munkatársainak segítségével sikerült megteremteni. Közreműködésüket ezúton is köszönjük. Az első kongresszus sikerét talán az jelzi legjobban, hogy megfogalmazódott az újabb rendezvények iránti igény. Mindazok, akik érdeklődnek a Társaság munkája iránt, főtítkárral jelezhetik belépési szándékukat (DOTE Női Klinika, Debrecen Pf. 37. 4012).

Szeverényi Péter dr.

A Klinikai Táplálkozás Tudomány 15. Kongresszusa Budapesten

Az ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) 1993. szeptember 12–15. között rendezte meg Budapesten a Clinical Nutrition and Metabolism 15. kongresszusát. A méreteiben és színvonalában is nagyszabású rendezvény helyszíne a Budapesti Kongresszusi Központ volt. A kongresszusnak 2200 résztvevője volt — a világ minden tájáról eljöttek a klinikai táplálás viszonylag új tudományágának prominens képviselői és a tudományág iránt érdeklődők — közöttük 150 magyar szakember. 81 előadás hangzott el, egyidejűleg három szekcióban, és 92 posztet lehetett megtekinteni.

Az első nap tudományos előadásai — egy történelmi bevezetés után, melyet Gyulai Ferenc prof. tartott — a pancreas betegségek és a rövidbél-szindróma enterális táplálási lehetőségeiről referáltak. Ezzel egy időben a satellit programok nővérek és dietetikusok számára nyújtottak lehetőséget továbbképző jellegű, de sok új információt tartal-

mazó előadások hallgatására. A további két napon a legújabb tudományos kutatások eredményeiről referáltak az Egyesült Államok, Egyesült Királyság, Hollandia ismert szakteknéi (Th. R. Ziegler, K. Feingold, W. A. Buurman) többek között. Több előadást lehetett hallani a tumoros betegségek táplálási problémáiról, az otthon kezelt betegek korszerű táplálkozási lehetőségeiről. Külön szekció foglalkozott a modern táplálkozástudomány és az immunrendszer kapcsolatával. Főleg gyermekgyógyászati, gyermeksebészeti és zsírfanyagcserevel kapcsolatos előadások hangzottak el.

A kongresszus területén 27 cég kiállítása fogadta a résztvevők élénk érdeklődését.

A kongresszus első napján, közvetlenül a megnyitó előadás elhangzása előtt adott módot a kongresszus rendezőbizottsága az Egis-Nutricia, holland–magyar kft. bemutatkozására. A jó hangulatú — pezsgős koccintással kísért — összejövetel lehetőséget adott az újonnan alakult magyar érdekeltségű cégnek, hogy bemutathassa klinikai és enterális tápszerait, melyek a közeljövőben kerülnek forgalomba hazánkban. Több kellemes társasági program, többek között az Operaházban tartott ünnepélyes megnyitó adott módot a résztvevőknek a tudományos programon kívüli találkozásra.

Bach Katalin dr.

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem névadójára emlékeztető születésének centenáriuma

A korábbi nevén Szegedi Orvostudományi Egyetem 1987. december 10-én vette fel Szent-Györgyi Albert nevét, pontosan 50 évvel azután, hogy akkori professzora Stockholmban átvette az orvosi Nobel-díjat azokért a felfedezésekért, amelyek a biológiai égési folyamatokra vonatkoznak, különös tekintettel a C-vitaminnal és a fumársavkatalízisre. Szent-Györgyi Albert a Nobel-díj elnyerése alkalmából 1937. december 10-én a svéd rádióban németül elhangzott nyilatkozatában többek között ezeket mondta: „Hogy egy távoli kis nép fiát oly sok szeretettel és jóakarattal fogadták, csak azt bizonyítja, hogy ebben az országban is igen nagyra becsülik a minden emberre kiterjedő szolidaritást és hitet a közös emberi kultúrában. A Nobel-alapítvány maga is ugyanennek a szellemnek az eredménye.

Nekem nagy magnyugvás tudni azt, hogy a mostani politikai feszültségek és gyűlölködések oka nem az emberi lélekben van, nem az egyes ember lelkében, tehát nem elkerülhetetlen. Nekünk mindnyájunknak erősebben kellene hinnünk a szeretet hatalmában, mint az erőszak erejében, jobban kellene figyelni emberek meggyilkolására, még akkor is, ha azt háborúnak nevezik, jobban a meggyőződésünkkel kellene hogy váljunk, hogy a leglényegesebb az emberben

nem a nyelve, az útlevele, vagy a születési bizonyítványa, hogy békés megegyezés csak akkor lehetséges, ha nemcsak elvenni, ha adni is képesek vagyunk, hogy együttműködéssel többet érünk el, mint kölcsönös pusztítással, hogy mi és a nemzeteink nemcsak egymás fölött állhatnak, hanem békésen egymás mellett kell élnünk, ha boldogok akarunk lenni. Nem szabadna abban kételkednünk, hogy az egyetlen biztos önvédelmi fegyver az egymással szembeni jóakarattal... (Az idézet Szabó T., Zallár A.: A Nobel-díj szegedi krónikája c. írásából való, amely a Szeged c. városi folyóirat 1993. szeptemberi számában jelent meg.)

Szent-Györgyi mindmáig az egyetlen a 9 magyar tudós között, aki negyediként — Magyarországon, Szegeden végzett kutatási eredményeinek elismeréséül kapta meg a legrangosabb tudományos kitüntetést. A magyar származású Nobel-díjasok névsora:

Lénárt Fülöp 1905
Bárany Róbert 1914
Zsigmondy Richárd 1925
Szent-Györgyi Albert 1937
Hevesi György 1943
Békésy György 1961
Wigner Jenő 1963
Gábor Dénes 1971
Polanyi, John Charles 1986

A Nobel-díjjal járó 64 mm átmérőjű, 207 g-os aranyérem, amelyet a Nemzeti Múzeum őriz, megtekinthető az ünnepségek alkalmából a szegedi Móra Ferenc Múzeum közreműködésével szerzett Szent-Györgyi Albert Centenárium Kiállításán (a „Fekete Ház”-ban, Szeged, Somogyi u. 13., nyitva: 1994. májusig). Itt látható a tudós családfája is; apja: Szent-Györgyi Miklós régi erdélyi család sarja, anyja: Lenhossék Jozefa, a hírneves anatómus tudós család leszármazottja. Nemes gesztusra vall, hogy az édesanya sírját a szegedi belvárosi temetőben az egyetem gondozásba vette, amint azt Fráter Loránd rektor az ünnepségek előtti sajtótájékoztatóján elmondotta. Az igényes kiállítást nagyszámú közönség jelenlétében Surján László népjóléti miniszter képviselőjében Andréka Bertalan helyettes államtitkár nyitotta meg szeptember 17-én délelőtt. A kiállított tárgyak, hiteles dokumentumok jelentős részét Szent-Györgyi Albert özvegye, Marcia Szent-Györgyi adományozta a Szegedi Orvostudományi Egyetemnek, és Zallár Andor, a SZOTE Központi Könyvtára igazgatója hozta haza az Egyesült Államokból, Woods Hole-ből. Az özvegy (korábbi nevén Marcia Houston) mindvégig részt vett a kétnapos rendezvényen és tiszteletreméltóan tartózkodó, szerény, meggyőző egyéniséggel hitelesítette azon nemes törekvését, hogy otthon az Egyesült Államokban is híven őrizi férjének nemcsak nevét, hanem ápolja szellemi örökségét és vele együtt mindazt, ami a humanista nagy tudós egyéniségét jellemezte, benne magyarságát is. Szép példája ennek, hogy 1986. október 22-én el-

hunyt — és kívánsága szerint Woods Hole-ban második felesége (Borbíró Márta) mellé eltemetett — férje sírkövén a felirat hibátlan magyarsággal olvasható. Köszönet érte, hogy Szent-Györgyi Albert esetében nem vált valóra Márai Sándornak az emigráns magyar sorsáról 1950-ben Halotti beszéd c. megrendítő, gyönyörű versében frott, komor vízióktól terhes jóslata: „...és lehull nevedről az ékezet. (...)” már él a kis sakál, Mely afrikai sírodon tíz körmével kapál. Már sarjad a vad kaktusz is, mely elfedi neved

A mexikói fejfán, hogy ne is keressenek.” Az emlékkiállításon láthatók a Woods Hole-i hagyatéék Bujákon őrzött részének egyes darabjai is; a mátraaljai kis falu iskolája 1989-ben vette fel Szent-Györgyi nevét, aki — 1893. szeptember 16-án Budapesten született, de — a gyermekkori nyarakat Buják mellett, Kiskörpusztán töltötte, ahol akkoriban apja jószágkormányzó volt.

A mindvégig nagy érdeklődéssel kísért kétnapos rendezvénysorozat a Szegedi Akadémiai Bizottság székházában, szeptember 16-án délelőtt ünnepi tudományos üléssel kezdődött, amely Dux László rektorhelyettes nyitott meg, és ahol Szent-Györgyi Albert egykori tanítványai, munkatársai és barátai, valamennyien neves tudósok tartottak előadást a következő program szerint:

Fodor Gábor (USA): Szent-Györgyi Albert szerepe a (magyar) szerves kémiában.

Ernst Lars (Svédország): Development of concepts in bioenergetics: A tribute to Albert Szent-Györgyi.

Bárany Michael and Bárany Kate (USA): Protein phosphorylation during smooth muscle contraction.

Pette Dirk (Németország): Plasticity of myofibrillar protein expression.

Martonosi Anthony N. (USA): Muscle biochemistry: The harvest of fifty years.

Schwartz Arnold (USA): Molecular studies of calcium channels.

Venetianer Pál (Szeged): A Szent-Györgyi-örökség; Szeged a molekuláris biológia fellegvára.

Muszbek László (Debrecen): Factor XIII of blood coagulation. The impact of a discovery in Albert Szent-Györgyi's Laboratory in blood coagulation research.

Jelen beszámolóknak nem lehet célja a nagy érdeklődéssel kísért kitűnő előadások méltatása, csupán annyit legyen szabad megjegyezni, hogy azok mindegyikén átsütött Szent-Györgyi szelleme, annak a tudósok gondolkodására, kutatás munkájára máig termékenyítőleg ható ereje. Egyetlen gondolat Fodor Gábor előadásából: Amikor a laboratóriumi mérések nem igazolták egyik hypothesisét, Szent-Györgyi nem csüggedt el, hanem azt mondta, nem baj, az a legfontosabb, hogy kiderüljön az igazság.

A délutáni ülésen Diczfalusi Egon (Svédország) tartott szakmai és nem szakmai kö-

zönség számára egyaránt igen érdekes előadást „Világnepeesség és reprodukciós egészség: quo vadis homo?” címmel. A human reprodukciónak — szintén Szegedről elszármazott — világszerte elismert szakembere meggyőző adatokkal, szuggesztív előadásban ecsetelte a tudomány számára az emberiség számának rohamos növekedéséből adódó kihívást; mostani becslés szerint 2100-ra 11,5 milliárd ember él majd a Földön!

A már említetteken (8) kívül további 26 neves külföldi professzor vett részt az ünnepségeken, közöttük Hetényi Géza (Kanada), Korényi-Both András (USA), Kovács Kálmán (Kanada), Nakamura, Mitsuri J. (USA), Szent-Györgyi, Andrew G. (USA) és de Wied, David (Hollandia).

A példásan megrendezett centenáriumi ünnepségeket a régi hagyományokat idéző Szent-Györgyi-bál és az alkalomhoz illő emlékeztető fogadások tették még bensőségesebbé.

Szeptember 17-én délelőtt 11 órakor volt a már említett Centenárium Kiállítás megnyitása, majd ezt követően került sor a Dóm téri panteonban Szent-Györgyi Albert egykori intézete bejáratánál 1987-ben felállított mellszobrának a megkoszorúzására, unokaöccse, Andrew Szent-Györgyi, Guba Ferenc és Ladik János professzor, Lippai Pál Szeged polgármestere, valamint Libik György, az Ellenállók Szövetségének egykori alapítója részvételével.

A rendezvénysorozat csúcspontja volt szeptember 17-én délután a Szegedi Nemzeti Színházban megtartott ünnepi nyilvános egyetemi tanácsülés, ahol felolvasták Antall József miniszterelnök köszöntőlevelét, és ahol megjelent és beszédet mondott Mádl Ferenc miniszter, annak a Klebelsberg Kuno kultuszminiszternek mai utóda, aki annak idején Szent-Györgyi Albertet Szegedre hívta. Gergely John és Mommaerts Willfried, F. H. amerikai tudósok előadása után a rektor bejelentette a Szent-Györgyi professzúrát, amelynek keretében elsőként Martonosi professzor jön Szegedre, majd átadta a Szent-Györgyi Emlékermet Straub F. Brúnó és Diczfalusi Egon professzornak. Az ülésen Fráter Loránd rektor többek között hangsúlyozta: „Nagy tisztesség egyetemünk számára, hogy az egyetemes kultúra olyan kiemelkedő alakjának nevét viselhes, mint Szent-Györgyi Albert... Szent-Györgyi Albert szellemének tovább kell élnie ezen az egyetemen: mindig többet, mindig jobbat, mindig valami újat kell akarnunk és... egymást segítenie kell építenünk a jövőt. Mert Szent-Györgyi Albert életének egyik érdekes tanulsága... hogy annyi tehetséges magyar tudós közül egynek idehaza is sikerült valami igazán nagyot alkotni. Higgyünk abban, hogy ez nemcsak egy embernek, de egy egész egyetemnek, az egész országnak, itt, még egyszer sikerülni fog!”

Szarvas Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉSEK

Beyer-Macule C. K., Riedel K. G.: Plasztische Chirurgie der Lider. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1993, második átdolgozott kiadás, 94 oldal, 263 ábra

A látás megőrzésének egyik feltétele a szemhéjak épsége. Az ózonlyuk és az átlagos életkor növekedésnek következtében a szemhéj daganatok száma nő. Az időskori szemhéj-állási rendellenességek is növekvő számot mutatnak. A szem körül végzett kozmetikai és funkcionális helyreállító sebészeti műtétek száma ezért növekszik.

A német (amerikai)—német szerzőpáros a „Bücherei des Augenarztes” sorozat 92. kötete a szemhéj plasztikai sebészetével foglalkozik. A szerzők a Münchener Szemklinikán évente megtartott nagy sikerű továbbképző előadás-sorozatok rendszeres előadói.

Rövid anatómiai bevezetést követően a szemhéj és a könnyutak sérüléseinek műtéti ellátása következik. A szemhéj sérülései primer ellátásának alapelveit követően részletesebben foglalkozik a könnyelvezető rendszer helyreállításának lehetőségeivel. A könnyutak intubációs rekonstrukciós eljárásai közül többet ismertek ezek hazánkban már ismertek, mégsem terjedtek el. A fejezetet átolvasva kiválasztható az az eljárás, ami az adott sérülés kiterjedésének, az intézet felszereltségének és a sebész felkészültségének megfelelő.

A könyv leghosszabb fejezete a szemhéjak hibás állásainak műtéti írja le. Az entropium (szemhéj befordulás) lehetséges műtéti megoldásait az okok (senilis, kongenitális, heges) és súlyosságuk szerint tárgyalja. Hasonló alapelvek szerint (senilis, heges, paralytikus) ismerteti az ektropium (szemhéj kifordulás) ellenes beavatkozásokat. A sebészeti technika és felhasznált varróanyagok tovább finomodnak; intermarginális sebzés esetén pl. 2 db 7/0-s és 1 db 6/0-s varrat alkalmazását javasolják 3 pár húzó varrat alkalmazásával az esetleges szemhéj coloboma elkerülésére).

A tumor excisiót követő helyreállító beavatkozásokkal foglalkozik a második legfontosabb fejezet. A gyakorlat számára hasznos az a bevezetés, hogy az ismert műtéti megoldásokat az alsó vagy felső szemhéjon excisiót követő defektusok nagysága szerint csoportosítja. A könyvben nem történik említés az Imre-féle plasztikáról, ami a bevezetőben lefektetett alapelvekkel magyarázható (a szerzők nem végeztek ilyen műtétet). A fejezetben külön rész foglalkozik a komplikációkkal és az új műtéti eljárásokkal. Ezek közül nem igényel nagy befektetést szabad transzplantáció esetén; szivacs felvarrása helyett — megfelelő nyomókötés használata, vagy a teljes vastagságú (tarsust is tartalmazó) szabad átültetés. Ez utóbbi eljárással a korábban csak igen kiterjedt rekonstrukciós módszerekkel helyreállítható szemhéj hiá-

nyok helyileg pótolhatók (igaz, annak árán, hogy az egészséges szemhéjból kimetszés történik).

A kozmetikai céllal végzett szemhéj plasztikák ismertetése kicsit részletes (preoperatív vizsgálatok, felvilágosítás, indikációk, anaesthesia, komplikációk), majd a választandó eljárások következnek (alsó-felső szemhéj, kor szerint). A fejezetben nem írják le a szerzők azt, ami müncheni előadásukban kimondtak — a kozmetikai céllal végzett szemhéj műtét nem az az egyszerű beavatkozás, amivel sok pénzt lehet keresni.

Végül két rövid fejezetet találtunk; a Basedow-kór során kialakuló szemhéjretakció műtéteiről és enukleációt követő bőr-zsír transzplantációról.

A könyv hiánypótlónak nevezhető, hiszen a szerzők egyik célja az elmúlt 10 év új eljárásait ismertetni. Ugyanakkor nem írják le minden eljárást, csak azokat, melyek tapasztalataik alapján biztonságosan elvégezhetők. A könyv szerkesztése áttekinthető, fő erénye jó beosztása. Az egyes betegségekkel a szemészeti osztályokon megszokott gyakoriságnak megfelelő terjedelemben foglalkozik. A közölt ábrák szemléletesek, az illusztrációk minősége megfelelő (259 sémás rajz és 4 fekete-fehér fotó). A műtéti leírásokat a rajzok jobban érthetővé teszik, mint ha fotókat közlőnek. A fejezetek végén — a sorozattól megszokottan — rövid, de friss irodalomjegyzék található, mely alapján az érdeklődő olvasó tovább kutathat. A könyv szemészeti szakvizsgára készülő és szemhéj plasztikai sebészettel foglalkozó orvosok számára ajánlható.

Kovács Bálint dr.

Mayer U. M.: Pädiatrische Ophthalmologie. Bücherei des Pädiaters, Band 96, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1993, 110 oldal, 66 ábra, 27 színes fotó, 13 táblázat

„Szemészeti szempontból a gyermekkor különleges jelentőséggel bír, mivel az emberi szem a születéskor anatómiailag már teljesen kifejlett, ugyanakkor a funkciók egy része csak születés után válik teljessé”. Ezzel a bevezetővel indul az Erlangeri Szemklinikai professzorának könyve, ami mindjárt rá is mutat a téma jelentőségére, kihangsúlyozva azt az elvet, hogy a szembetegségek korai felismerése és megelőzése a gyermekorvos és gyermekszemész közös feladata. A szerző a 16 fejezetre tagolt könyv bevezetőjében a gyermekkori szembetegségek spektrumának eltolódásáról ír és ennek megfelelően a familiáris és a degeneratív megbetegedések, a koraszülött retinopathia (ROP), valamint az amblyopia-
ák tárgyalására helyezi a hangsúlyt.

A könyv első fejezeteiben a szem anatómiai és funkcionális fejlődését ismerteti, amelynek megismerésében a koraszülöttek rendszeres vizsgálata is szerepet játszott. Fontosnak tartja, hogy a gyermekorvos is ismerje és vizsgálni tudja a meghatározott életkorokhoz kötődő fontosabb működéseket. Gyermekszeméti szempontból kilenc időpontban tartja szükségesnek a szűrővizsgálatokat és részletes táblázatban tünteti fel az adott életkorban vizsgálandó funkciókat, külön megjelölve a gyermekorvos és a gyermekszemész feladatait. Az első vizsgálat a születés után történik, az utolsó a beiskolázáskor. A 4—6 hetes korban történő harmadik ellenőrzésnek tulajdonítja a legnagyobb jelentőséget, mert ettől a kortól kezdve minden kancsalállás kóros és a féloldali szemlekötés, kenőcsözés és pupillatágítás az amblyopia kialakulásának veszélyével jár. Nagy jelentősége van még az iskoláskor előtti vizsgálatnak, amelynek során nézni kell a közeli és távoli látásélességet, az elválasztási képességet, a térlátást, a színlátást, a formálátást, a mozgáslátást, a szimultán felfogást és a két szem koordinációját.

A koraszülött retinopathiának — jelentőségének megfelelően — külön fejezetet szentel. Ismerteti az elváltozásokhoz vezető lehetséges okokat, a nemzetközi stádiumbeosztást, a terápiás lehetőségeket és a dokumentációhoz szükséges retinasémát.

A refrakciós anomáliák és a kancsalág fejezetek gyermekszemészek által jól ismert és alkalmazott elveket tartalmaznak. Egy kezdő gyermekszemész és a szűrővizsgálatot végző gyermekorvos is nagy haszonnal olvashatja, mivel pontról pontra követhető a vizsgálatok menete. A kancsalág konzervatív kezelésének modern formája 25 éve ismert és általánosan alkalmazott, aminek három fő célja van: 1. az amblyopia megelőzése, 2. anomális retinális korrespondencia kialakulásának megakadályozása, 3. kozmetikai segítség. Ezeknek a sikere a szülő és a gyermekszemész nyugodt és következetes együttműködésén alapszik.

A szem egyes részeinek korszpecifikus megbetegedései, valamint a veleszületett anomáliák és anyagcsere-betegségekhez társuló szemészeti eltérések leírása rendkívül részletes. A ritkábban előforduló szindrómák leírása is megtalálható, ami megkönnyítheti a differenciáldiagnózist. Táblázatokban ismerteti az örökletes macula dystrophiákat, a stasis papillae és a papillitis elkülönítő diagnosztikáját, az örökletes opticus atrophia és a phacomatososokat. Az általános megbetegedések szemészeti manifesztációját a hypertonia, a leukemiák esetében a betegség megítélése a felnőttkéhez hasonló, a gyermekkori rheumatismus különböző formáinál a látószerv specifikus tünetekkel válaszol. Míg felnőttkorban a diabetes mellitus a leggyakoribb vaksági ok, addig a látáscsökkenetek iskolában ez a diagnózis ritkán szerepel.

A gyermekkori sérülések közül említésre méltó a szemüveggel történt sérülés, mivel ez a szülők és tanárok számára fontos prob-

lémát jelent. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy ritkák az ilyen sérülések, a szemüveg tulajdonképpen véd, mivel a jó látással nagyobb biztonságot nyújtunk a gyermeknek.

A könyv utolsó fejezete a vak és csökkenlő gyermekek számára alkalmas optikai és elektromos nagyítóeszközök, szűrők, könnycsatornák és egyéb segédeszközök katalógusait és beszerzési helyeit tartalmazza.

A könyv jó tagolású, érthető és részletes. Minden fejezet végén, de egy-két esetben alfejezetenként is találhatók irodalmi hivatkozások. A refrakciós anomália, az amblyopia és a strabismus, valamint a retina fejezetek végén a témák nagyságához és az irodalmi adatokhoz viszonyítva kevés utalás található.

A könyv elsősorban kezdő szemészeknek, gyermekszemészeknek ajánlható, de minden gyermekgyógyász és gyermekekkel foglalkozó családorvos is haszonnal forgathatja.

Kovács Bálint dr.

Hutás Imre: „A tuberculosis ma”. *Springer Hungarica (Orvosi Házikönyvtár) 1993. 102 oldal*

A tuberculosist és a könyv szerzőjét rég ismerem. Olvasása előtt azt gondoltam, hogy az anyaga nem lesz ismeretlen. Ezzel szemben új fejezetekkel találkoztam és irodalmi stílusa lekötött. Az orvosi házikönyvtár keretében megjelent könyv a „A tuberculosis ma” minden olyan ismeretet tartalmaz részleteiben, amelyeket ma a szakorvosnak feltétlenül, a háziorvosnak ajánlatos tudni. Igen alaposan feldolgozott fejezet, kóreredete, klinikuma, járványtana.

A tuberculosis rég ismert arculata mellett néhány fejezetben számomra is új tényeket tár fel. Tudni kell, hogy ma a világon 8–9 millió beteg szenved ebben a fertőző betegségben (a malária után a második leggyakrabban előforduló betegség a világban). Hazánkban is csökkent az a biz-

tos tudat, hogy „leküzdöttük” végérvényesen ezt a kórt.

Az „új” tuberculosis c. fejezetben a szerző elemzi a betegség terjedésének sokféle okát. Figyelmet érdemel a 9 rizikócsoport ismertetése. Ezekből 4 új kihívást jelent az orvostudományban (AIDS-betegek, drogok, immunsuppresszió és vándorlók). Szakorvosaink által ismert „góchordozók” járványtani jelentősége kisebb.

A betegség gyorsabb diagnosztizálására jó néhány új módszerrel találkozunk a könyvben. Ilyen pl. a PCR-technika (Polymerase Chain Reaction-polymerase láncreakció), amellyel gyorsabban jutunk diagnózishoz és elkülöníthetjük az atypusos Mycobacteriumokat, utóbbiak veszélyességükben elmaradnak, de kezelhetőségük nehezebb.

Bizonyára ismert kezdeményezése Hutás Imrének az országos komplex szűrés. Ezzel fel lehet deríteni pl. a cukorbetegséget, magas vérnyomást, a tüdődaganatokat és mászt.

„A gümőkór gyógykezelése” c. fejezet jó ajánlásokat tartalmaz. E fejezetben szól a szerző a BCG prevencióról is, megemlítve az oltással szembeni kétségeket is.

Tanulságos a könyv illusztrációja, ebben új a computer tomograph-fal készített kiváló képek is láthatók.

Összegezve a könyv hasznos bővített szakmai ismereteket közöl, olvasmányos stílusban.

Miskovits Gusztáv dr.

Klaus Zerres és Reinhardt Rüdel (szerkesztők): *Selbsthilfegruppen und Humangenetiker im Dialog. Erwartungen und Befürchtungen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1993, 256 old. 35 ábra, 4 táblázat*

A humángenetikán belüli széldületes fejlődés a korai, így a magzati diagnózisok tárházát szélesre nyitotta. A mai kevés gyermekes családokban a leendő szülők igénye

a 100%-osan egészséges utód. Éppen ezért a magzatok fejlődési rendellenességeinek (pl. ultrahanggal) és genetikai betegségeinek (pl. génpróbákkal) terhesség alatti felismerése után csaknem mindig sor kerül a terhességmegszakításra. Ad absurdum ez oda vezethet, hogy nem marad egészségesnek vélt magzat, mivel az olyan gyakori betegségek, mint magasvérnyomás—agyi ér-katasztrófa, korai kezdetű szívinfarktus, rák, depresszió stb. genetikai hajlamáért felelős gének közül valamelyik valószínűleg minden magzatban fellelhető. Így a magzati diagnosztika és az ezt követő terhességmegszakítás nem lehet a humángenetika végső megoldása. Keresni kell ezért az alternatívákat. Ebbe a génterápiától az eufenikán át a rendellenességgel-betegséggel világra jöttek megfelelő társadalmi fogadtatásáig minden beletartozhat. E könyv és szerzői az önszolgáltató csoportok tevékenységének értékelésén át keresik az egyik lehetséges megoldást: a betegek iránt nagyobb toleranciát mutató társadalmi közhangulat kialakítását, a legmagasabb szintű orvosi ellátást és az érintettek aktív részvételét saját sorsuk alakításában. A könyv szerzői először a különböző humángenetikai módszereket (a kromoszómavizsgálatól a molekuláris génpróbákig) és a genetikai tanácsadásig és főbb betegségcsoportokat (pl. mucopolysaccharidosis, retinitis, pigmentosa, osteogenesis imperfecta, Down-kór, Ullrich—Turner-kór, cisztikus fibrosis, Huntington-kór, familiáris colon polyposis, izom elfajulások) veszik sorba e nézőpontból. Ezt követően az egyes betegségekben létrejött önszolgáltató csoportok képviselői fejtik ki álláspontjukat. Végül az e csoportok működését biztosító dokumentumokat és a saját állásfoglalásait öleli fel e hasznos könyv.

E területen hazánkban is nagy szükség lenne az előrelépésre, és ebben a nemzetközi, így a német tapasztalatok sokat segíthetnek.

Czeizel Endre dr.

Megrendelőlap

Megrendelem az ORVOSI HETILAP c. lapot példányban az alábbi címre

Megrendelő neve:

Címe: (város, község, kerület)

(utca, tér, lktpl.)

(emelet, ajtó)

Irányítószám:

Előfizetési díj egy évre: 3900 Ft; fél évre 1950 Ft.

Az előfizetési díjat a részemre küldendő átutalási postautalványon egyenlítem ki.

A megrendelőlapot borítékban, bérmentesítve az alábbi címre kérjük feladni:

Hírlapelőfizetési Iroda Budapest, 1900

aláírás

A Demeter Verlag Kongresszusi Naptárából

- Március 3-4. Róma** **IIIrd International Workshop on Colorectal Cancer: Biological and Surgical Relationships**
Információ: Segreteria: P.R. Europa, Via Paulucci de'Calboli, 9, 00195, Rom, Italien
- Március 3-5. Hamburg** **4. Pneumologisches Symposium Hamburg**
Elnök: Prof. Dr. H. Magnussen, Großhansdorf
Információ: Sekr. Prof. Dr. H. Magnussen, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, Tel: 04102/601151
- Március 3-5. St. Gallen** **5. Ärzte-Fortbildungskurs in Klinischer Onkologie**
Elnök: Prof. H.-J. Senn, Dr. R. Morant, St. Gallen, Schweiz; Prof. D. Hossfeld, Hamburg; Prof. Ch. Ludwig, Wien, Österreich
Információ: Fr. B. Nair, Med. Klinik C, Kantonsspital, 9007 St. Gallen, Schweiz, Tel: 0041/71/261097, Fax: -256805
- Március 3-6. Bad Homburg** **20. Koloproktologie-Tag**
Elnök: Prof. Dr. V. Wienert, Dr. J.J. Kirsch
Információ: DGK/BCD, Prinzregentenstr. 121, 81677 München, Tel: 089/4708279, Fax: 089/4701809
- Március 3-6. Freiburg** **Freiburger Kurs über Ultraschalldiagnostik in der Inneren Medizin**
Elnök: Fr. Prof. Dr. B.A. Volk, Freiburg
Információ: Fr. Bartberger, Med. Univ.-Klinik, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg, Tel: 0761/270-3635, Fax: -/270-3259
- Március 4-5. Aachen** **Praktischer Intensivkurs Phlebologie**
Elnök: Dr. K. Hübner, Aachen
Információ: Praxis Dr. K. Hübner, Frau Thönnissen, Kasinostr. 17, 52066 Aachen, Tel: 0241/67200, Fax: -/607336
- Március 4-5. Bonn** **Interventionelle Radiologie**
Elnök: PD Dr. J. Görich, PD Dr. A. Steudel, Bonn
Információ: PD Dr. Göroch, Radiol. Klin. d. Univ. Köln, Sigmund Freud-Str. 25, 53127 Bonn, Tel: 0228/280-2870, Fax: -/280-3093
- Március 4-5. Düsseldorf** **11. Grenzland-Symposium "Update in Gastric Surgery"**
Elnök: Prof. Dr. H.-D. Röher, Düsseldorf
Információ: Mrs. Köhnig, Mrs. Lohmann, Dept. of General and Trauma Surgery, Univ., Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Tel: 0211/3117351, Fax: -/3117359
- Március 4-5. Mannheim** **Symposium Euroanästhesie**
Információ: Prof. Dr. K. van Ackern, Inst. f. Anästhesiol. u. Op. Intensivmed., Fak. f. Klin. Med. Mannheim d. Univ. Heidelberg, Theodor-Kutzer-Ufer, 68167 Mannheim, Tel: 0621/3833481, Fax: -3833806
- Március 4-6. Badgastein** **"Klinisches Wochenende" der Österreichischen HNO-Gesellschaft**
Elnök: Prim. Univ. Prof. Cr. K. Albegger, Salzburg, Österreich
Információ: Sekr. Prim. Prof. Dr. K. Albegger, HNO-Abteilung, LKA Salzburg, Müllner
- Március 4-6. Blankenburg** **Schmerztherapeutisches Kolloquium**
Elnök: Dr. W. Bartel
Információ: STK Schmerz-Therapeutisches Kolloquium, Gesch. Stelle, Pstfach 100834, 60008 Frankfurt, Tel: 069/2998077, Fax: -/29988033
- Március 6-8. Blaubeuren** **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arterioskleroseforschung**
Elnök: Prof. Dr. H.K. Breddin, Frankfurt
Információ: Dr. H. Schulte, Inst. f. Arterioskleroseforschung, Domagkstr. 3, 48149 Münster, Tel: 0251/836292; Prof. Dr. H. Heinle, Physiolog. Inst. I, Gmelinstr. 5, 72076 Tübingen, Tel: 07071/29-3420, Fax: -/29-3073

- Március 6-9. Zürich** **3rd European Symposium on Calcium Binding Proteins in Normal and Transformed Cells**
Elnök: Prof. Dr. C.W. Heizmann, Zürich, Schweiz
Információ: Prof. Dr. C.W. Heizmann, Univ. Children's Hospital, Div. of Clinical Chemistry, Steinwiesstr. 75, 8032 Zürich, Tel: 0041/1/2667541, Fax: 0041/1/2667171
- Március 7-9. Straßburg** **8th European Histocompatibility Conference**
Információ: Dr. M.M. Tongio, Centre de Transfusion Sanguine, 10, rue Spielmann, 67085 Strasbourg Cedex, France, Tel: 0033/88/212507, Fax: -/212521
- Március 9-11. Gent** **14th European Workshop for Rheumatology Research**
Elnök: Prof. E.M. Veys
Információ: Medicongress, Europ. Scientific Convention Organiser, Waalpoel 28, 9960 Assenede, Belgium, Tel: 0032/91/444096, Fax: -444010
- Március 9-11. Pilsen** **Xth Annual Congress of the Czech Society for Parenteral and Enteral Nutrition**
Információ: Ass. Prof. Dr. Zdenek Zadak, Ass. Prof. Dr. Vladimir Palicka, Univ Hospital 50036 Hradec Kralove, Czech Republic, Tel: 0042/49/22482, 22884
- Március 10. Basel** **7. Basler Fortbildungsnachmittag für Gynäkologen und Geburtshelfer**
Elnök: Dr. C. Reger, Dr. M. Schneider, Basel
Információ: Dr. C. Reger, Theaterstr. 5, 4051 Basel, Schweiz; Dr. M. Schneider, Holbeinstr. 36, 4051 Basel, Schweiz
- Március 10. St. Gallen** **11. Fortbildungskurs: Gastroenterologie für die Praxis**
Elnök: Dr. B. Hammer, St. Gallen, Schweiz
Információ: Dr. B. Hammer, Gastroenterol. Abt., Med. Klinik C, Kantonsspital, Rorschacherstr. 95, 9007 St. Gallen, Schweiz, Tel: 0041/71/261111, Fax: 0041/71/262862
- Március 10-12. Davos** **Thorakoskopie-Kurs**
Elnök: Dr. Furrer, Chur, Schweiz
Információ: Kur- u. Verkehrsverein, Promenade 67, 7271 Davos, Switzerland, Tel: 0041/81/452121, Fax: -/81/452101
- Március 10-12. Köln** **9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Osteologie**
Elnök: Prof. Dr. B. Kummer, Prof. Dr. J. Koebke, Köln
Információ: Fr. Deutschländer, Anat. Inst. d. Univ., J.-Stelzmann-Str. 9, 50931 Köln, Tel: 0221/4785000, Fax: -/4785318
- Március 11-12. Frankfurt** **8. Internationaler Workshop für Phlebologie**
Elnök: Prof. Dr. Z. varady, Frankfurt
Információ: Spezialklinik f. Beinleiden, Prof. Dr. A. Varady, Zeil 123, 60313 Frankfurt, Tel: 069/284044, Fax: -/2979702
- Március 12. Dortmund** **Schmerztherapeutisches Kolloquium**
Elnök: Dr. Heinz Fiesel
Információ: STK Schmerz-Therapeutisches Kolloquium, Gesch. Stelle, Postfach 100834, 60008 Frankfurt, Tel: 069/29988077, Fax: -/29988033
- Március 12. München** **7. Onkologische Tagung: Simultan-kombinierte Chemo-Radiotherapie**
Elnök: Prof. Dr. R. Hartenstein, Prof. Dr. J. Horn, München
Információ: Dr. L. Lutz, IV. Med. Abt., Städt. KH München-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München, Tel: 089/6210731, Fax: -/6210443
- Március 12-19. Zürs** **12th Cardiosurgical Symposium**
Elnök: Prof. Dr. M. Deutsch, Wien, Österreich
Információ: Prof. Dr. M. Deutsch, 1. Chir. Abt., KH Wien-Lainz, Wolkersbergenstr. 1, 1130 Wien, Tel: 0043/80110-2391, Fax: -/1/8022710
- Március 12-26. St. Christoph** **38. Internationaler Fortbildungskongreß für Sportmedizin**
Elnök: Prof. Dr. R. Suckert, Linz
Információ: Prof. Dr. R. Suckert, Merianweg 5, 4040 Linz, Österreich, Tel: 0043/732/231452; Hospiz Hotel, 6580 St. Christoph/Alberg, Tel: -/5446-26110

Útmutató az Orvosi Hetilap szerzői számára

A folyóirat célja. Az Orvosi Hetilap összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és rövid kísérletes tanulmányokat, esetismertetőket közöl a klinikai kutatás bármely területéről. Előnyben részesülnek azok a közlemények, amelyek a mindennapos klinikai orvosi gyakorlattal szoros kapcsolatban vannak.

Közlünk még folyóiratreferátumokat, leveleket a Szerkesztőhöz, beszámolókat, könyvismertetőket, valamint egyéb, az orvostudománnyal kapcsolatos aktuális írásokat.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőségnek illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kéziratok. A kéziratokat magyar nyelven kell beküldeni gépírással, 2-es sorközzel a lap egy oldalán gépelve. Valamennyi szerzőnek rendelkeznie kell egy kéziratpéldánnyal arra az esetre, ha a szerkesztőségbe küldött példány elveszne.

A kézirat tartalmazza: 1. címdal; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzéke (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Az oldalszámozást a címdaltól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címdalon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve — az utolsó szerző neve előtt „és” —, a szerzők munkahelye (feltüntetve a várost is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2–3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

Célkitűzés, módszer, eredmények és következtetés(ek) lényegre törő megfogalmazása történjen oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. A magyar és az angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt — külön-külön — ne haladják meg. Új bekezdések egyik összefoglalóban sem szerepelhetnek.

Az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni. Ha ilyen nincs (pl. új gyógyszer esetén), akkor az Index Medicus alapelvei az irányadók.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésselvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. A bevezetés külön alcímet nem kap.

A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell megjelölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A kézíráshoz csatolni kell klinikofarmakológiai vizsgálatok esetén az illetékes etikai bizottság állásfoglalását, és ezt a módszertani részben fel kell tüntetni.

Állatkísérletek esetén a Magyar Tudományos Akadémia — Egészségügyi Tudományos Tanács állatkísérletekre vonatkozó etikai kódexe érvényes. A metodikai részben erre utalni kell.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni. Százalék értékek csak 50 feletti esetszámmal adhatók meg.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az ide vonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemény hossza. A konkrét szöveges rész az összefoglaló referátumoknál a 15, az eredeti közleményeknél a 10, a rövid kísérletes közlemények és az esetismertetések esetén a 6, minden egyéb kéziratnál a 10 szabvány (30 sor, 60 leütés) gépelt oldalt nem haladhatja meg. Az ábrák és a táblázatok száma együttesen az összefoglaló referátumok és eredeti közlemények esetén 6, a rövid közlemények és esetismertetés során 3 lehet maximálisan.

6. Irodalmi hivatkozások. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat abc sorrendben kell megadni, folyamatosan gépelve, az egyes tételeket gondolatjellel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai” (4 szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példák:

Bajusz, S.: Interaction of trypsin like enzymes with small inhibitors. In *Proteinase action*. Szerk.: Elődi Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1984, 277–298. old.

Casolaro, M. A. Fells, G., Wewers, M. és mtsai: Augmentation of lung antineutrophil elastase capacity with recombinant human alpha-1-antitrypsin. *J. Appl. Physiol.*, 1987, 63, 2015–2023.

Rónai P., Daubner K.: A Dixon műtétet szerzett tapasztalataink. *Orv. Hetil.*, 1982, 123, 2293–2298.

Az idézett hivatkozások száma maximálisan 50 lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

7. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

8. Valamennyi ábra címét és a hozzá tartozó esetleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

9. A fotók mérete lehetőleg 8 vagy 17 cm széles legyen. Színes ábrák közlésére jelenleg nem tudunk vállalkozni. Korábban már közölt ábra csak a szerző és a kiadó engedélyével közölhető.

Kémiai nevek és rövidítések. Valamennyi gyógyszer esetén a nemzetközileg elfogadott kémiai nevet kell használni. Ha márkanev említésre kerül, meg kell adni a kémiai összetételt és a gyár nevét is.

Ortográfia. A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológus írásmód követendő.

A kézirat beküldési helye: Orvosi Hetilap Szerkesztősége Budapest 7, Pf.: 142. 1410.

A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek ezen útmutatásnak.

Az el nem fogadott kéziratokat nem küldjük vissza.

Cystic fibrosis Foundation (USA)

Research Fellowship

Orvostudomány

Alap kutatások klinikai ellenőrzése cisztás fibrózis esetében

Cystic fibrosis Foundation (USA)

Research Grants

A cisztás fibrózis és rokonbetegségeinek klinikai kutatása

A cisztás fibrózis kezelése új eljárásainak tesztelése

Cystic fibrosis Foundation (USA)

Research Scholar Award

Cisztás fibrózis kutatása

Neves orvoskutatók

Cystic fibrosis Foundation (USA)

Harry Schwachmann Cystic Fibrosis

Cisztás fibrózis

Szakvizsgával rendelkező orvosok

Cystic fibrosis Foundation (USA)

Student Traineeship

A cisztás fibrózishoz kapcsolható tudományterületek

Orvostanhallgatók

Cystic Fibrosis Research Trust (UK)

Research Grants

Cisztás fibrózishoz kapcsolható orvostudományi kutatások

Megfelelően képzett orvos kutatók

Damon Runyon -Walter Winchell Cancer Research Fund (USA)

Postdoctoral Research Fellowship for Basic and Clinical Scientists

Rákkutatás

Posztdoktorális szakemberek

Dermatology Foundation (USA)

Grant Awards

Rákos betegségek, elsősorban a dermatológiával összefüggésben

Dermatológusok

DeBakey Medical Foundation (USA)

Awards

Orvostudományok általában, preferenciát élveznek a szív- és érrendszeri kutatások

Orvos-kutatók

University of Dundee (UK)

Orvostudomány

Kutatások finanszírozása kiváló minősítésű posztgraduális hallgatók számára

Eastman Dental Center (USA)

Dental Internship

Végzett fogászok továbbképzése

Frissen diplomázott fogászok

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (USA)

Foreign Faculty Fellowship Program in the Medical Sciences

Orvostudomány

Orvostovábbképzés

Epilepsy Foundation of America (USA)

William G. Lennox International Visiting

Professorships

Epilepszia kutatás

Elismert epilepszia kutatók

Research Grants

Epilepszia kutatás

Gyakorló epilepszia kutatók

Orvostudomány

Student Fellowships in the Behavioral Sciences, Mary

Litty Memorial Fellowship

Epilepszia kutatás

Orvostanhallgatók

Eurotox (Svájc)

Young Scientist's Award Eurotox

Toxicologia

35 év alatti európai kutatók

Fight for Sight (USA)

Grants-in-Aid

Ophthalmologia, szemészet és kapcsolt tudományok

Professzionális fiatal kutatók

Postdoctoral Research Fellowship

Szemészet és kapcsolt tudományok

Végzett szemészek

Kutatások finanszírozása a szemészet területén

Fight for Sight, Inc. (USA)

Grants-in-Aid

Szemészet

Fiatal szakemberek által végzett kutatások finanszírozása

Postdoctoral Research Fellowships

Szemészet és kapcsolódó tudományok

Kutatások finanszírozása

Student Fellowship

Szemészet és kapcsolódó tudományok

Kiváló referenciákkal rendelkező, szemésznek készülő orvostanhallgatók továbbképzése

Foundation of Microbiology (USA)
Grants
Mikrobiológia
Mikrobiológiai kutatások publicitásának előmozdítása

The Anna Fuller Fund (USA)
Rákkutatás
Frissen doktorált szakemberek

Grass Foundation (USA)
Grass Fellowship in Neurophysiology
Neurifiziológia
Graduális, posztgraduális szakemberek

Harvard School of Public Health, Takemi Program (USA)
Research Fellowship
Nemzetközi Közegészségügy
Professzionális kutatók

Hospital for Sick Children Foundation (CAN)
External Grants
Pediatria
Megfelelően képzett orvosok kutatásainak finanszírozása

Imperial Cancer Research Fund (UK)
Bursaries for Training in Research
Onkológia
Rákkutatás finanszírozása

Research Fellowships and Visiting Fellowships
Rákkutatás
Posztdoktorális szakemberek kutatásának

finanszírozása

The Institute of Cancer Research (UK)
Research Studentships
Rákkutatás

International Life Sciences Institute Research Foundation (USA)
Fellowship in Nutrition and Aging
Gerontológia és táplálkozás
Posztdoktorális szakemberek

International Union Against Cancer (Svájc)
American Cancer Society Eleanor Roosevelt Cancer
Rákkutatás
Legalább 5 év kutatási tapasztalattal rendelkező rákkutatók

International Cancer Research Technology Transfer Project
Rákkutatás
Legalább 5 év kutatási tapasztalattal rendelkező rákkutatók

Yamagiwa-Yoshida Memorial International Cancer Study Grants
Rákkutatás
Legalább 5 év kutatási tapasztalattal rendelkező rákkutatók

Juvenile Diabetes Foundation International (USA)
Career Development Award
Diabétesz kutatás
Gyakorlott posztdoktorális szakemberek legalább 4 év tapasztalattal

A felsorolt ösztöndíjakról részletesebb információt az "Első magyarországi Ösztöndíj Almanach 1993-1994" című könyvben találhatnak (Kurzus Kft, Budapest, József krt. 17, tel.: 1113-812).



Kórházak, kutatóintézetek, klinikák figyelem!

A Springer Hungarica 1994-ben is szívesen rendez könyvkiállítást az Önök intézményében.

A Springer-Verlag angol és német nyelvű kínálata áll rendelkezésre.

A kiállítás anyagát egyedi, megadott tematika alapján állítjuk össze.

További információ: Keresztes András 25-15-676
Kertész Margit 25-15-286

Az 1993 decemberében törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (I. rész)

A Zitazonium 20 mg tablettákról:

(Megjegyezzük, hogy a Zitazonium 10 mg, 20 mg és 40 mg tabletták már törzskönyvezve vannak.)

A Zitazonium nem szteroid antiösztrogén hatású készítmény. Hatóanyaga a tamoxifen, amely kémiaiilag egy szintetikus trifenililén származék transzizomerje.

A tamoxifen specifikusan kötődik az ösztrogén receptorokhoz, amelyekkel stabil komplexet képezve gátolja az ösztadiol kötődését. Magas koncentrációban csökkenti a progeszteron receptorok képződését.

Állatkísérletekben gátolja az experimentális ösztrogén-dependens tumorok kialakulását, illetve elősegíti a már kifejlődött tumorok regresszióját. A tumorsejtekben gyakorlatilag nem befolyásolja az RNS- és fehérjeszintézist, ugyanakkor csökkenti a DNS szintézist. Utóbbi hatás eredményeként csökken a sejtszám, illetve a tumor növekedési üteme. A Zitazonium elsősorban postmenopausában lévő nők előrehaladott emlőrákjában antineoplastikumként alkalmazva, a vizsgálatok többsége szerint receptor-pozitív (ER⁺, PR⁺) esetekben várható hatékonysága nagyobb, mint receptor-negativitás (ER⁻, PR⁻) esetén, de 65–70 év felett ez a különbség nem szignifikáns.

A tamoxifen per os jól felszívódik, egyszeri dózisa után csúcskoncentrációját a plazmában 4–7 óra múlva éri el. A vérszint viszonylag gyorsabb csökkenő fázisát lassú, 4–7 napon túli elimináció követi (felezési idő: 91–156 óra).

Krónikus adagolás után kb. 4 hét múlva alakul ki a „steady-state”. A tamoxifen vérszintje mind akut, mind krónikus adagolásnál nagy egyéni szórást mutat és nincs összefüggés a vérszint és a terápiás hatás között. A tamoxifen extenzíven metabolizálódik, fő metabolitja az N-dezmetil-tamoxifen. Második metabolitja a jelentősen kisebb mennyiségű 4-hidroxi-tamoxifen. Mindkettő antiösztrogén hatású. A tamoxifen és a metabolitok nagyobb része glukuronid konjugátum formájában lassan ürül a széklettel. Az elnyújtott vérszint, a lassú ürülés a metabolitok enterohepatikus körforgásával magyarázható.

Hatóanyag: 10 mg, 20 mg 30 mg és 40 mg tamoxiphenum (citrátsó formájában) tablettaként.

Javallatok: Alkalmazható postmenopausában lévő nők előrehaladott emlőrákjának kezelésére, műtét utáni adjuváns terápia céljából, anovulációs infertilitás esetén az ovuláció indukciójára.

Menopausa előtt csak kivételes esetekben adható.

Petefészekrák és melanoma kezelésében is megkísérrelhető a gyógyszer adása.

A Zitazonium tableta sugár- és citostatikus kezeléssel együtt is alkalmazható.

Ellenjavallatok: Szigorúan ellenjavallt terhesség és szoptatás idején. Ellenjavallatot jelent a vese- vagy májműködés zavara, illetve elégtelensége, valamint a beteg anamnézisében szereplő, vagy éppen aktuálisan fennálló súlyosabb thromboemboliás megbetegedés.

Adagolás: Az egyéni érzékenység megállapítása érdekében célszerű a kezelést kis adaggal (napi 20–30 mg) kezdeni. Tolerabilitás esetén a napi dózis 7–10 nap után napi 40–60 mg-ra emelhető. 3–4 hónapos nagy dózisú kezelés után ajánlatos a napi

adagot 30–40 mg-ra csökkenteni, mely — esetenkénti mérlegelés alapján — a későbbiekben tovább csökkenthető napi 20–30 mg-ra. Tartós — hónapokon, esetleg éveken át történő — alkalmazás esetében ez az adag (napi 20–30 mg) bizonyult a legbiztonságosabbnak.

Petefészekrák és melanomák kezelése esetén a klinikai gyakorlatban alkalmazott dózis nagysága, illetve időtartama megegyezik az emlőrák kórképben javasoltakkal.

Anovulációs infertilitás kórképben adagját és a kezelés időtartamát előre megszabni nem lehet, mert betegségtípustól, illetve ovárium érzékenységtől függ. Ha a beteg rendszeresen vérzik, a kezelést a ciklus 2. napján célszerű elkezdni.

I. kúrában: 20 mg tamoxifen naponta a menstruációs ciklus második, harmadik, negyedik és ötödik napján, közben klinikai és laboratóriumi vizsgálatokkal figyelve az ovárialis választ. Az esetben, ha a fenti kezelés hatására nincs ovuláció, akkor a

II. kúrában: a következő ciklus 2. napjától a harmadik, negyedik, ötödik napon a dózis 40 mg-tól 80 mg-ig emelhető. Ha ekkor sincs ovuláció, akkor ugyanezt a kúrát még egyszer meg lehet ismételni. Sikertelenség esetén 45 nappal később még egy 3 hónapos kúra ajánlott.

Olyan nők esetében, akiknek nincs menstruációs ciklusa, a fent leírt kezelést bármelyik nap elkezdhető.

Mellékhatások: A leggyakrabban fellépő mellékhatások az étvágytalanság, émelygés, hányinger, hányás, ritkán érik el azt a súlyossági fokot, amely indokolná a kezelés leállítását.

Már a kezelés elején jelentkezhetnek hőhullámok, de ez gyakran fordul elő tartós gyógyszerelés után.

Csonttátek esetén kialakulhat hypercalcaemia.

Egyes esetekben vaginális vérzés, pruritus vulvae, még ritkábban thromboembolia is felléphetnek. Azon praemenopausában lévő nőkben, akik emlőrák betegségben szenvednek, Zitazonium alkalmazásakor a menstruációs ciklus hiányát észlelték. Ezekben az esetekben a mellékhatás(ok) súlyosságától, illetve tartósságától függően a továbbkezelhetőség egyénileg bírálendő el.

Vérképzőrendszeri mellékhatásként thrombocytopenia és leukocytopenia jelentkezhet, amelyek általában nem súlyosak és átmeneti jellegűek, többnyire spontán rendeződnek. Igen ritkán előfordulhatnak bőrtünetek (kiütés, bőrpír) is.

A központi idegrendszeri mellékhatások (depresszió, kábultság, szédülés, izomgörcsök) ritkák, leggyakoribb a fejfájás.

Látászavar és látásélesség-csökkenés előfordulhat. Cataracta és retinopathia igen ritka, többnyire kazuisztika formájában kerültek ismertetésre. A mellékhatások miatt megszakított kezelések aránya nem éri el a 0,2–0,3%-ot.

Gyógyszerkölsönhatások: Együtt adása kerülendő:

— allopurinollal (májfunkció-romlás léphet fel);

— kumarin-származékokkal (antikoaguláns hatás fokozódhat).

Figyelmeztetés: Mivel a fennálló hypertoniát és diabetes mellitust a tamoxifen-kezelés kedvezőtlenül befolyásolhatja, ezekben az esetekben gyakori vérnyomás és vércukor kontroll szükséges. Indokolt az időszakos szemészeti vizsgálat, valamint a vérkép ellenőrzése is. A praemenopausában lévő nők esetében a terápiát mindig gondos nőgyógyászati vizsgálat előz meg a terhesség kizárása céljából.

Az Egiferon 3 × 10 NE injekcióról

Megjegyezzük, hogy az Egiferon 1 × 10 NE injekció már törzskönyvezték van.)

Az interferonok antivirális és antiproliferatív hatású természetes anyagok. Antiproliferatív aktivitásuk mind ép, mind malignus sejteknek kimutatható. A fehérvérsejtek termelése alfa-interferonok a „hairy cell” leukaemia elsődleges gyógyszerei.

Hatóanyag: 1 × 10⁶ NE, ill. 3 × 10⁶ NE interferonum alpha (iofilizált human leukocytá interferon), 1 mg human szérumfehérjék porampullánként. Oldószeramp.: 2 ml aqua dest. pro inj.

Javallatok: Hajas sejt (hairy cell) leukaemia.

Hepatitis-C-vírus okozta krónikus aktív hepatitis-C, melynek legalább hat hónapos fennállását replikációra utaló vírusserológiai markerek és májbiopsia igazolta.

Ellenjavallatok: A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Autoimmun betegség egyidejű fennállása. Dekompenzált májcirrhosis.

Adagolás: Az 1 ampulla 1 × 10⁶ NE hatóanyagát minimum 0,5 ml, ill. az 1 ampulla 3 × 10⁶ NE hatóanyagát 1 ml aqua dest. pro injekcióban kell feloldani.

Az injekció kizárólag intramuszkulárisan adható.

Hajas sejt leukaemiában: a dózist a csontvelő összetétele, a perifériás vérképatatok 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 trombocytaszám esetén a fenti kezdeti adag felét szabad beadni.

A kezelést haematológiai szakrendelésen vagy annak irányításával kell végezni.

Krónikus C-vírushepatitisben: A kezdő adag heti 3-szor 2–3 millió NE. A GPT értékek normalizálódása után ez heti 3-szor 1 millió NE-re csökkenthető. Szükség esetén az előzőleg hatásosnak bizonyult adagra vissza kell térni. A kezelés 6 hónapig folytatandó. Elhagyás után az esetek egy részében relapsus léphet fel, ha ez spontán nem javul, és a vírus-vizsgálatok (HCV-PCR) és/vagy a rebiopsia szöveti aktivitást mutatnak, újabb 6 hónapos kezelés mérlegelendő.

Egyidejű hepatitis D (régábbi nevén delta-agens), vagy HIV-pozitivitás esetén a kezelés indikációja, adagolása és időtartama speciális mérlegelést igényel.

A kezelést hepatológiai szakrendelésen vagy annak irányításával kell végezni.

Mellékhatások: A kezelés kezdetén influenzaszerű tünetcsoport (láz, fejfájás, izomfájdalom) megjelenése gyakori, mely szokványos antipireticummal megszüntethető, ill. megelőzhető. Ez a tünetegyüttes a kezelés során — az adag csökkentése nélkül is — megszűnhet. A betegek egy része enyhe ízületi fájdalomról panaszkodhat az injekció beadásának napján, mely kezelést nem igényel és a napi aktivitást nem zavarja.

Ritkán előfordul étvágytalanság, hányinger, hányás, helyi bőrreakció, paraesthesia, viszketés, fáradtságérzés, levertség, depressio, a transzamináz-szintek kisfokú emelkedése, a vörsejtszám csökkenése (granulocytopenia, trombocytopenia).

A mellékhatások reverzibilisek, a dózis csökkentése, ill. az adagolás felfüggesztése után 1–3 napon belül megszűnhetnek.

Gyógyszerkölsönhatások: Egyes irodalmi adatok arra utalnak, hogy az interferonok gátolhatják a máj oxidációs aktivitását, így az ezután metabolizálódó gyógyszerek (pl. antipirin, diafilin, sedativumok) lebontását lassíthatják.

Figyelmeztetés: 1 ampulla hatóanyagát az 1 × 10⁶ NE készítmény esetén minimum 0,5 ml, ill. a 3 × 10⁶ NE készítmény esetén 1 ml aqua dest. pro injekcióban kell feloldani. Oldás után az injekciót azonnal fel kell használni.

18 éves életkor alatti betegnek, valamint terhesség és szoptatás időszakában történő alkalmazásáról elegendő adat nem áll rendelkezésre.

Alkalmazásakor a beadás helyén bőrpír, fájdalmas csomó keletkezhet, ezért célszerű a készítményt más-más helyre beadni.

Allergiás anamnesis esetén fokozott megfigyelés szükséges. Súlyos szívbetegség, cerebrovascularis kórképek, pszichiatriai betegségek, nehezen egyensúlyban tartható diabetes mellitus esetén fokozott óvatosság szükséges.

A kezelés során subklinikus autoimmun betegségek (pl. thyroiditis) manifesztálódhatnak, larvált depressio aktiválódhat.

A készítmény tárolása hűtőszekrényben, 4 °C-on.

A Trandate 100 mg, 200 mg filmtablettákról

és a Trandate 100 mg injekcióról

Hatóanyaga, a labetalol alfa- és béta-receptorblokkoló tulajdonságokkal egyaránt rendelkezik.

Vérnyomáscsökkentő hatása elsősorban a perifériás arteriolák alfa-receptorainak gátlásán alapul: a perifériás ellenállást csökkenti. Egyidejű béta-receptor blokkoló hatása ugyanakkor megvédi a szívet a perifériás vasodilatációra bekövetkező reflexes tachycardiától. Nyugalomban, ill. mérsékelt fizikai terhelés során nem csökkenti jelentősen a perctérfogatot. A systolés vérnyomás jelentősebb fizikai terhelésre bekövetkező emelkedését mérsékli; a diastolés vérnyomás lényegében nem változik.

Angina pectorissal szövődött hypertonia esetén a perifériás ellenállás csökkenése mérsékli a szívizom afterloadját és oxigénigényét. A veseműködést nem károsítja.

A labetalol plazmafelezési ideje kb. 4 óra; a keringő mennyiség csupán kb. 50%-a kötődik fehérjékhez.

Metabolitjai vizelettel és széklettel egyaránt ürülnek, ezért kumulációra még veseelégtelenségben sem kell számítani.

Orális alkalmazás után a maximális plazmakoncentrációt 2 órán belül, iv. alkalmazás után kb. 5 percen belül éri el és a terápiás hatás átlagosan 6 órán, maximálisan 18 órán keresztül tart.

Hatóanyag: 100 mg labetalolum chloratum 20 ml aqua dest. pro inj.-ban ampullánként, ill. 100 mg és 200 mg labetalolum chloratum filmtablettánként.

Javallatok: Injekció: a vérnyomás gyors csökkentése súlyos hypertoniában: akut myocardialis infarctust követő vérnyomáskiugrások kezelése, hypotensív anaesthesia.

Tabletta: Enyhe, mérsékelt és súlyos hypertonia, különösen angina pectorissal, ill. vesebetegséggel társult hypertonia kezelése.

Ellenjavallatok: Tabletta és injekció: a készítmény iránti túlérzékenység, II. és III. fokú AV-blokk, cardiogen shock, valamint más jelentős mértékű és hosszán tartó hypotensióval, ill. bradycardiával járó állapotok. Gyermekek (kellő tapasztalatok hiányában).

Az injekciót nem szabad heveny szívizominfarcus utáni tensio kiugrás kezelésére alkalmazni, ha a perifériás vasoconstrictio alapján a perctérfogot csökkenésre lehet következtetni.

Adagolás: Injekció:

Az injekciót intravénásan bolus injekció vagy iv. infúzió formájában kell alkalmazni kórházi körülmények között, hanyatt fekvő vagy bal oldalfekvésben elhelyezett betegnek. A nagymértékű orthostaticus hypotonia veszélye miatt az iv. kezelés után a beteg 3 óráig nem kelhet fel. A vérnyomáskiugrás rendezése után Trandate tablettával vázgett fenntartó kezelésre kell áttérni.

Ha a vérnyomás gyors csökkentése szükséges (pl. hypertensív encephalopathia esetén), 50 mg-ot kell beadni iv. bolus injekcióban, lassan, legalább 1 perc alatt. Az 50 mg-os adag szükség esetén 5 percenként ismételt, a kívánt hatás eléréséig. A teljes adag a 200 mg-ot nem haladhatja meg. Az injekció maximális hatása rendszerint 5 percen belül kialakul. Hatástartama általában 6, maximálisan 18 óra.

Iv. infúzióban is alkalmazható. Az infúziós oldat elkészítésekor 2 ampullát (200 mg) kell konyhasó- és glükóz-, vagy 5%-os glükóz infúzióval 200 ml-re hígítani. Az így elkészített infúziós oldat 1 mg/ml labetalolt tartalmaz.

Súlyos terhelességi hypertoniában az infúzió adagolását 20 mg/óra sebességgel kell kezdeni, majd ez az adag 30 percenként megduplázható a kívánt mértékű vérnyomáscsökkenés, vagy a 160 mg/óra eléréséig. Ritkán nagyobb adagok alkalmazására is szükség lehet.

Akut szívizominfarctust követő vérnyomáskiugrás esetén: az infúziót 15 mg/óra sebességgel kell kezdeni és fokozatosan a vérnyomás csökkenésétől függően legfeljebb 120 mg/óra lehet növelni.

Egyéb okból kialakult súlyos hypertonia esetén: az infúziót 2 mg/perc (azaz 2 ml infúzió/perc) sebességgel kell alkalmazni a kívánt hatás eléréséig. Ekkor az infúzió adását abba kell hagyni. A hatásos adag — a hypertonia súlyosságától függően — általában 50–200 mg között van. Igen ritkán, különösen phaeochromocytomás betegeken a 200 mg-ot meghaladó dózis alkalmazására is szükség lehet. Az infúzió sebességét a beteg reakciója szerint kell szabályozni.

Hypotensív anaesthesia: a narkózist a hagyományos szerekkel (pl. nátrium-thiopental) kell bevezetni, majd nitrogénoxidul és oxigén adásával fenntartani, halotánnal, vagy anélkül. A Trandate injekció javasolt kezdő adagja a beteg életkorától és állapotától függően 10–20 mg iv. 30 perc alatt. Általában nagyobb, 25–30 mg-os kezdő adag adható, ha a beteg nem kap halotánt. Ha a beteg vérnyomása 5 perc elteltével nem kielégítő, akkor a kívánt érték eléréséig 5–10 mg-os adagokat kell még adni. Mivel a halotán és a Trandate szinergetikusan hat, a halotán koncentrációja ne haladja meg az 1–1,5%-ot, mert erőteljes vérnyomásesés léphet fel. Trandate injekció adása után a vérnyomás gyorsan és megfelelően beállítható a halotán koncentrációjának változtatásával és/vagy a műtőasztal szükség szerinti hosszirányú billentésével. 20–25 mg Trandate adása után a hypotensio átlagos időtartama 50 perc.

A Trandate injekcióval kiváltott hypotensio 0,6 mg atropin adásával, vagy a halotán adagolásának megszüntetésével könnyen felfüggeszthető. Ha asszisztált vagy kontrollált lélegeztetésre van szükség, tubocurarin vagy pancuronium adható. A Trandate injekció és/vagy a halotán hatására kialakult hypotensiót az intermitáló, pozitív nyomású lélegeztetés (IPPV) tovább fokozhatja.

Tabletta: A tablettát étkezés közben kell bevenni. A kezelést napi 2-szer 100 mg adásával célszerű kezdeni. A már egyéb antihypertensív kezelésben részesülő, valamint az alacsony testsúlyú betegeknek ez elegendő lehet a vérnyomás beállítására. Az adagot szükség esetén kéthetente napi 2-szer 100 mg-mal lehet emelni. Általában napi 2-szer 200 mg adása elegendő, de szükség esetén a dózis legfeljebb napi 800 mg-ig emelhető, napi 2 részre osztva. Súlyos terápiarezisztens hypertoniában a napi dózis akár a 2400 mg-ot is elérheti, amelyet 3–4 egyenlő adagra elosztva kell bevenni! Kórházban fekvő, súlyos hypertóniás betegek adagja naponta is emelhető, szigorú ellenőrzés mellett.

Idős betegek kezelését napi 2-szer 50 mg adaggal célszerű kezdeni, és a vérnyomás beállítását óvatosan kell végezni, mivel a szokásosnál kisebb adag is elegendő lehet.

Mellékhatások: **Tabletta:** a legtöbb mellékhatás átmeneti jellegű és csak a kezelés első heteiben jelentkezik. Leggyakrabban (>5%) fejfájás, fáradtságérzés, szédülés, esetenként (5%–0,1%), orthostaticus hypotensio (ha túl magas a kezdő dózis, vagy a dózismelés túl gyors) bokaödéma, muló depressio, epigastriális fájdalom, émelygés, hányás, túlérzékenységi reakciók (bőrkiütés, bőrvizketés, angiooedema, dyspnoe) reverzibilis lichenoid bőrreakció, fejtetőn bizsergő érzés, izzadás, görcsök.

Ritkán előfordul (<0,1%) heveny vizelet retentio, dysuria, ejakulációs zavar, orrdugulás, pozitív antinuclearis antitestek megjelenése, systemás lupus erythematosus kialakulása, gyógyszerláz, toxikus myopathia, megemelkedett májfunkciós értékek, icterus (hepatocellularis v. cholestaticus), hepatitis, májnekrozis (általában reverzibilisek, ha a kezelést rögtön abbahagyják), bradycardia, AV-blokk, szemszárazság, homályos látás? terhesség alatti adásakor tremort észleltek.

Injekció: súlyos orthostaticus hypotonia alakulhat ki, ha a beteg az injekció, ill. infúzió beadását követő 3 órán belül felül vagy felkel.

Ritkán túlérzékenységi reakciók: bőrkiütés, bőrvizketés, angiooedema, dyspnoe, orrdugulás, bradycardia, AV-blokk, magas májfunkciós értékek, hepatocellularis és cholestaticus icterus, hepatitis, májnekrozis. A májfunkcióra gyakorolt mellékhatások általában reverzibilisek, ha a kezelést rögtön abbahagyják.

Gyógyszerkölcsonhatások: Együtt adása kerülendő:

— antiarrhythmiaszerek I. csoportjával, pl. chinidin, lidocain,

— verapamil csoporttal, kalcium antagonistákkal.

Óvatosan adható:

— cimetidinnel (az orálisan adott labetalol biohasznosulása fokozódhat),

— más antihypertensív szerekkel, diuretikumokkal Trandate terápiára történő átváltásánál a kezdő adag napi 2-szer 100 mg az addig alkalmazott gyógyszer adagjának fokozott csökkentésével (az additív hatás veszélye miatt),

— triciklikus antidepresszánsokkal (Trandate tablettá egyidejű adásakor gyakrabban fordulhat elő tremor),

— orális antidiabeticumokkal, inzulinnal (ezek hatását fokozhatja, illetve meghosszabbítja, a hypoglycaemia tüneteit elfedheti),

— halotánnal [fokozott vérnyomásesés, illetve elfedi a vérvesztés kompenzálására fellépő élettani reakciókat (tachycardia, vasoconstrictio)].

Figyelmeztetés: Latens dekompenzáció esetén a szív működést megfelelően kompenzálni kell a Trandate kezelés megkezdése előtt. Az injekciót csak fekvő helyzetben levő betegnek szabad beadni. A bolus injekció beadása után, ill. az infúzió alatt a légzésfunkciót, valamint a pulzust és a vérnyomást ellenőrizni kell. A legtöbb betegen enyhe pulzusszámcsökkenés figyelhető meg. Súlyos bradycardia ritkán jelentkezik, ez 1–2 mg iv. atropinnal korrigálható.

A béta-blokkoló kezelés hirtelen megszakítását, különösen ischaemiás szívbeteg esetében kerülni kell, a Trandate tablettá szedését fokozatosan kell leállítani.

Béta-blokkolókat — még az egyértelműen kardioszelektív hatásúakat is — tilos *asthmás betegeknek*, ill. azoknak, akik kórelőzményében idült, obstructív légúti betegség szerepel adni, kivéve, ha alternatív kezelés nem áll rendelkezésre. Ilyenkor azonban számítani kell a bronchospasmus kialakulásának lehetőségére, és elhárítására megfelelően fel kell készülni. Ha Trandate kezelés során alakul ki bronchospasmus, β_2 -agonista hatású szer (pl. salbutamol) adható inhalációban (setleg az asthma kezelésében szokásosnál nagyobb adagban), és ha szükséges, 1 mg atropin is adható iv. injekcióban.

A labetalol alkalmazása során ritkán súlyos májsejtkárosodást észleltek, amely általában reverzibilis, de rövid ideig tartó, ill. tartós kezelés során egyaránt felléphet. A májműködés zavarának jelei vagy tünetei esetén haladéktalanul el kell végezni a megfelelő laboratóriumi vizsgálatokat, és ha ezek májsejtkárosodásra utalnak, ill. ha a beteg icterusos, a labetalol adását nem szabad tovább folytatni.

Bár a Trandate kezelést műtéti érzéstelenítés előtt nem szükséges félbeszakítani, a narcosis bevezetése előtt atropint kell adni iv. injekcióban. A Trandate fokozhatja a halotán hypotensív hatását.

A Trandate a hirtelen vérvesztést követő fiziológiás, kompenzációs reakciókat elfedheti (tachycardia, vasoconstrictio). Ezért az operáció alatt a vérvesztésre gondosan kell ügyelni.

Anaphylaxiás reakció veszélye: Azok a betegek, akiknek kórelőzményében már szerepel különféle allergének hatására kialakult, súlyos anaphylaxiás reakció, béta-blokkolók szedése során fogékonyabbá válhatnak az ismétlődő, véletlenszerű, diagnosztikus vagy terápiás provokációra. Ezek a betegeken az adrenalin allergiás reakciók kezelésében szokásos adagjai hatástalanok lehetnek.

Terhesség: Bár az állatkísérletek során teratogén hatást nem észleltek, a terhesség első trimeszterében csak kivételesen, egyedi megfontolás alapján rendelhető. Átjut a placentán, így szem előtt kell tartani a magzatban, ill. az újszülöttnél előidézett alfa és béta-adrenoceptor blokkad következményeit is.

A Trandate alkalmazása során szóróványosan előfordult perinatális, vagy neonatális distressz szindróma (bradycardia, hypotensio, légzésdepresszió, hypoglycaemia, hypothermia). Az állapot tünetei néha csak a születés után egy-két nappal alakultak ki. A szupportív kezelés (pl. parenterális folyadékpótlás, glukózinfúzió) általában gyors javulást eredményez. Súlyos mértékben pre-

eclampsias anyák születekor azonban, különösen régóta folytatótt, intravénás labetalol kezelés után előfordulhat, hogy az újszülött állapota lassabban rendeződik. Ennek oka koraszülöttekben a máj csökkent anyagcseréje lehet. Intrauterin, ill. újszülöttkori halálozást is leírtak, ezekben az esetekben azonban más gyógyszerek (pl. értágítók, légzésdepressziót okozó szerek) hatása, a pre-eclampsia következményei, az intrauterin fejlődés visszamaradása és az újszülött éretlensége is közrejátszott.

A fenti klinikai tapasztalatok alapján a nagy dózisú labetalol terápia elnyújtása, a szülés késleltetése és a labetalol + hydralazin kombináció adása veszélyes lehet.

Bár a Trandate kiválasztódik az anyatejben, ezért szoptatás alatt nem alkalmazható.

A járművezető képességet és a baleseti veszéllyel járó munka végzését befolyásolhatja, ezért egyénileg kell meghatározni, hogy a gyógyszer milyen mennyisége és mely adagolási módon történő alkalmazása mellett szabad járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni.

Laboratóriumi vizsgálatok: A labetalol vizeletben megjelenő metabolitjai miatt a catecholamin származékok és a vanilin-mandulasav fluoro- vagy fotometriás meghatározásakor hamisan emelkedett értéket kapunk.

A Trandate az alábbi infúziós oldatokkal kompatibilis:

- 5% glükóz oldat
- 0,18% NaCl és 4% glükóz oldat
- 0,3% KCl és 5% glükóz oldat
- összetett Na-laktát oldat

Az elkészített oldatot 24 órán belül fel kell használni. A Tran-

date injekció inkompatibilis 4,2%-os nátrium-bikarbonát oldattal, ezzel nem keverhető.

Túladagolás: A Trandate túladagolásakor súlyos cardiovascularis tünetekre kell számítani, pl. jelentős, orthostaticus hypotensióra és néha bradycardiára. Ilyen esetekben a beteget felpolcolt alsó végtagokkal, hanyatt kell fektetni. Szívelégtelenség kialakulásakor glikozid és diureticum adása javallott, bronchospasmus esetén β_2 -receptor agonistát kell adni, inhalációs permet formájában. A bradycardiát 0,25–3 mg atropin intravénás adásával kell enyhíteni. A keringés támogatására 5–10 μ g kezdő adagban noradrenalin adható, ezt az adagot a hatás függvényében ismételni kell. A noradrenalin a megfelelő hatás eléréséig 5 μ g/perc sebességgű infúzióban is alkalmazható.

Nagyfokú túladagolás esetén inkább iv. glucagont kell adni: dextrózzal vagy fiziológiás sóoldattal, 5–10 mg-os kezdő adag után 5 mg/óra, ill. a perctérfogat fenntartásához elegendő sebességgű infúziót kell bekötni. A fentiek ellenére vénás pacemaker felvezetésére lehet szükség.

A labetalol szájon át történt, jelentős túladagolása után oliguriával járó veseelégtelenséget észleltek.

Hemodialízissel a labetalolium chloratum alig 1%-a távolítható el a vérkeringésből.

Megjegyezzük, hogy a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI

Az Országos Gyógyszerészeti Intézetben

1993. december 1.—december 31-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

Készítmény neve	Előállító	Hatóanyag(ok)		Hatástani besorolás
		neve	tart.	
Zitazonium 30 mg tabletta	Egis	Tamoxiphenum	30,0 mg	Antiösztrogén
Egiferon 3 × 10 ⁶ NE injekció	Egis	Interferonum alpha	3 × 10 ⁶ NE	Immunstimuláló (szer)
Trandate 100 mg injekció	Glaxo	Labetalolium chloratum	100 mg	Alfa- és béta- adrenoreceptor blokkoló
Trandate 100 mg filmtabletta	Glaxo	Labetalolium chloratum	100 mg	Alfa- és béta- adrenoreceptor blokkoló
Trandate 200 mg filmtabletta	Glaxo	Labetalolium chloratum	200 mg	Alfa- és béta- adrenoreceptor blokkoló
Hismanal tabletta	Janssen	Astemizolum	10,0 mg	Szisztémás anti-hisztamin
Hismanal szuszpenzió (100 ml)	Janssen	Astemizolum	100 mg	Szisztémás anti-hisztamin
Beclomet Nasal 50 μ g/adag orrspray (200 adag)	Orion	Beclomethasonum dipropionicum	10,0 mg	Nazális kortikoszteroid
Teldane 60 mg tabletta	Marion Merrel Dow	Terfenadinum	60 mg	Szisztémás anti-hisztamin
Teldane 120 mg tabletta	Marion Merrel Dow	Terfenadinum	120 mg	Szisztémás anti-hisztamin
Flixonase orrspray (120 adag)	Glaxo	Fluticasolum propionicum	6,0 mg	Nazális kortikoszteroid

Készítmény neve	Előállító	Hatóanyag(ok)		Hatástani besorolás
		neve	tart.	
Plendil 5 mg tabletta	Astra	Felodipinum	5,0 mg	Kalcium csatorna blokkoló
Plendil 10 mg tabletta	Astra	Felodipinum	10,0 mg	Kalcium csatorna blokkoló
Traumon 40 g gél	Bayer-Tropon	Etofenamatum	4,0 g	Nem-szteroid gyulladásgátló — lokális
Traumon 100 g gél	Bayer-Tropon	Etofenamatum	10,0 g	Nem-szteroid gyulladásgátló — lokális
Tolvon 30 mg filmtabletta	Organon	Mianserinium chloratum	30,0 mg	Antidepresszáns tetraciklikus szárm.
Tolvon 60 mg filmtabletta	Organon	Mianserinium chloratum	60,0 mg	Antidepresszáns tetraciklikus szárm.
Aknemycin oldat (25 ml)	Hermal	Erythromycinum	400 mg	Acne elleni készítmény
Aknemycin 2000 kenőcs (25 g)	Hermal	Erythromycinum	500 mg	Acne elleni készítmény
Chlordiazepoxid-L.F.M. 5 mg tabletta	Lab. Farm. Milanese	Chloridazepoxidum	5,0 mg	Anxiolitikum benzo-diazepin sz.
Medazepam L.F.M. 10 mg tabletta	Lab. Farm. Milanese	Medazepamum	10,0 mg	Anxiolitikum
Serum-Cholinesterase iv. injekció	Behringerwerke	20—70 mg összpotein (lásd a részletes ism.)		Kolinészteráz
Aminoplasma HEPA—10% infúzió (500 ml)	B. Braun Melsungen	Aminosavak (lásd a részletes ism.)		Parenterális tápláló oldat
Cesol lakktabletta	Merck	Praziquantelum	150 mg	Trematoda fertőzés elleni szer — kinolin szárm.
Humamoxin 125 mg/5 ml por szuszpenzióhoz	Humanpharma	Amoxicillinum	2,5 g	Széles spektrumú penicillin
Humamoxin 250 mg/5 ml por szuszpenzióhoz	Humanpharma	Amoxicillinum	5,0 g	Széles spektrumú penicillin
Humamoxin 250 mg kapszula	Humanpharma	Amoxicillinum	250 mg	Széles spektrumú penicillin
Humamoxin 500 mg kapszula	Humanpharma	Amoxicillinum	500 mg	Széles spektrumú penicillin
Brevibloc 100 mg/10 ml infúziós oldat	Du Pont	Esmololium chloratum	100 mg	Szelektív béta-receptor blokkoló
Minulet draszté	Wyeth	Aethinyloestradiolum Gestodenum	0,03 mg 0,075 mg	Hormonális szisztémás fogamzásgátló
Blokium Diu tabletta	Prodes	Atenololum Chlortalidonum	100 mg 25,0 mg	Szelektív béta-receptor blokkoló és diuretikum
Duphalac szirup (15 ml)	Solvay-Duphar	Lactulosum	67 g/100 ml	Ozmotikus hashajtó
Alpha D3 kapszula 0,25 µg	Teva	Alfacalcidolum	0,25 µg	D-vitamin analóg
Alpha D3 kapszula 1,0 µg	Teva	Alfacalcidolum	1,0 µg	D-vitamin analóg
Helfergin draszté	Promonta	Meclofenoxatium chloratum	200 mg	Pszichostimulans

Megjegyezzük, hogy a törzskönyvezett 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)

Orvosi Hetilap

1994. január 30. 135. évfolyam — 5. szám

Olajos kontrasztanyaggal végzett kemoembolizáció nagy kiterjedésű inoperabilis primer hepatocellularis carcinomák palliatív kezelésében

Kónya András dr., Vigváry Zoltán dr.

227

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Az arteria subclavia perkután transzluminális angioplasztikája

Hüttl Kálmán dr., Szilágy László dr., Repa Imre dr., Simonffy Árpád dr.

235

TRÓPUSI BETEGSÉGEK

A malária kemoprofilaxis jelenlegi lehetőségei

Bálint Gábor Sándor dr.

241

KAZUISZTIKA

Az alsó légutak és a tüdő primaer malignus melanomája

Barzó Pál dr., Tuka Piroska dr., Minik Károly dr., Kiss János István dr.

245

ESSZÉ

Az írásos közlés főbb elvi és gyakorlati kérdései

Széll Kálmán dr.

251

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

259

BESZÁMOLÓK

271

KÖNYVISMERTETÉSEK

274

HÍREK

276

PÁLYÁZATI HIRDET MÉNYEK

276

GYÓGYSZER HÍRADÓ

277



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 pancreasból
előállított 300 mg
pancreatinum gyomorsav
rezisztens pelletekben
(8000 lipase, 9000 amylase
és 450 protease F.I.P.
egységben) kapszulánként.

® Kali-Chemie Pharma GMBH, Hannover (NSZK licenc alapján)



CHINOIN

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

Hungarian Medical Journal

January 30, 1994. Volume 135. No. 5.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSKY LAJOS' FOUNDATION

Oily chemoembolization for the palliative treatment of huge inoperable primary hepatocellular carcinomas
Kónya, A., Vigváry, Z. 227

CLINICAL STUDIES

Percutaneous transluminal angioplasty of the subclavian arteries
Hüttl, K., Szilágyi, L., Repa, I., Simonffy, Á. 235

TROPICAL DISEASES

Malaria chemoprophylaxis: a present-day overview
Bálint, G. S. 241

CASE REPORTS

Primary malignant melanoma of the lower respiratory tract and of the lung
Barzó, P., Tužka, P., Minik, K., Kiss, J. I. 245

ESSAY

Theoretical and practical aspects of publications
Széll, K. 251

FROM THE LITERATURE 259

CONGRESS REPORTS 271

BOOK REVIEWS 274

NEWS 276

DRUG NEWS 277

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.: 270-2229) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámmal.
Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft,
1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

135. évfolyam 5. szám — 1994. január 30.

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

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., Giacinto Miklós dr., Hidvégi
Jenő, Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp
Miklós dr. (fms), Pár Alajos dr., Tenczer József dr.
és Walsz Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

Brooser Gábor dr., de Châtel Rudolf dr., Forgács
Iván dr. és Lépes Péter dr.

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

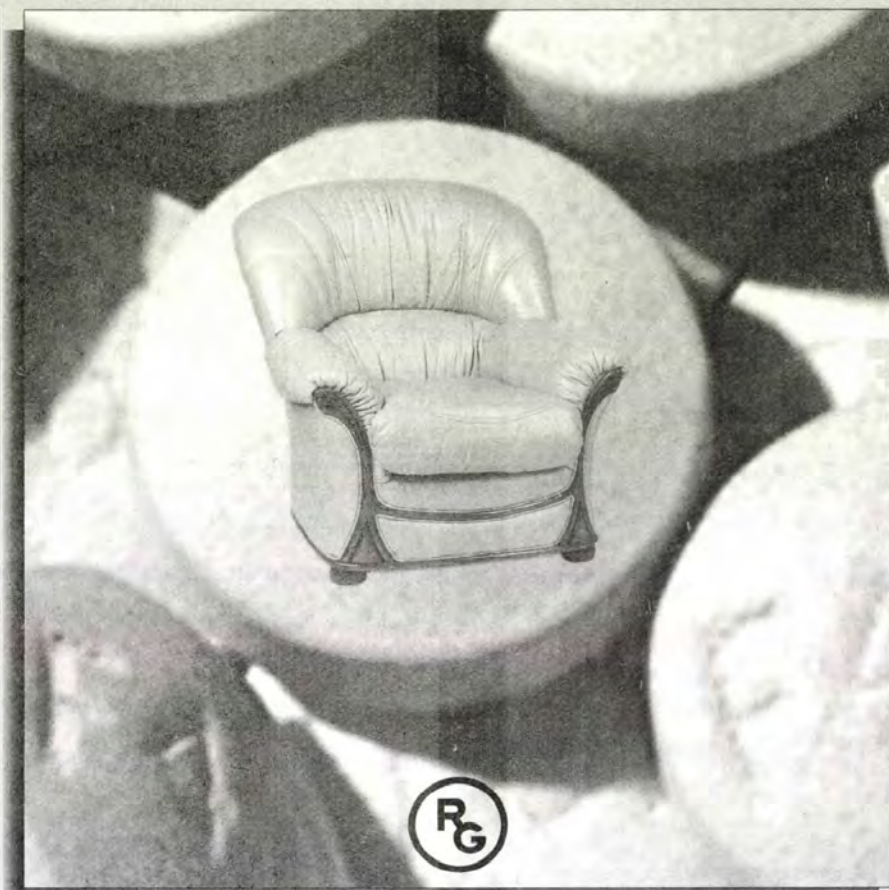
G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berens-
mann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci
(Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey),
N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London),
K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), G. Nagy
(Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern),
H. 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. Árkay 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 94.23484.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030-6002

ÚJ FEKÉLYELLENES SZER

QUAMATEL®

(famotidin) filmtabletta 20 mg és 40 mg
SZELEKTÍV H_2 -RECEPTOR ANTAGONISTA



KITŰNIK A H_2 -RECEPTOR ANTAGONISTÁK KÖZÜL, MERT

- > hatástartama hosszabb
- > az okozott mellékhatások enyhék, ritkán jelentkeznek;
gynaecomastiát, impotenciát nem okoz
- > a citokróm P450 rendszert nem befolyásolja,
így nem lép interakcióba más gyógyszerrel
 - > antacidával egyidőben bevehető
- > az alkohol biológiai hozzáférhetőségét nem növeli
 - > ára kedvező

... UGYE, MILYEN KÉNYELMES !

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT.
1103 BUDAPEST, GYÖMRŐI ÚT 19-21. TEL.: 1574-566/1007

Kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot!

Olajos kontrasztanyaggal végzett kemoembolizáció nagy kiterjedésű inoperabilis primer hepatocellularis carcinomák palliatív kezelésében

Kónya András dr. és Vigváry Zoltán dr.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem Budapest, Radiológiai Klinika (igazgató: Makó Ernő dr.)

Az olajos kontrasztanyaggal végzett kemoembolizáció (lipiodolizáció) kiegészítő sebészi szivacs embolizációval együtt vagy anélkül jelenleg a legelfogadottabb kezelési mód az inoperabilis/irreseccabilis hepatocellularis carcinomák (HCC) kezelésében. 5 inoperabilis, biopsziával igazolt, nagy kiterjedésű (átlagméret: 404 cm²) HCC-s beteget többciklusú, hármas gyógyszerkombinációt tartalmazó (doxorubicin, cisplatin, mitomycin-C) Lipiodol-kemoembolizációval kezeltek. 13/23 ciklusban a lipiodolizációt sebészi szivacs embolizációval egészítették ki a kezelés hatásosságának növelése céljából. A hypervascularis HCC-k a kezelés hatására jelentős méretbeli csökkenést mutattak (a regresszió foka 33–66%, átlag 55% volt). Az átlagos nyomkövetési idő 19,8 hónapnak (13–36 hónap) adódott. 3 beteg jelenleg is él (utánkövetési idejük 15–36 hónap, átlag 23 hónap) annak ellenére, hogy állapotukban progresszió következett be. Egy beteg tumoros cachexia következtében halt meg 13 hónappal a kezelés megkezdése után, míg egy másik beteg, akinél partialis remissio volt elérhető, közlekedési balesetben veszítette életét 17 hónappal a kezelés megkezdését követően.

Kulcsszavak: hepatocellularis carcinoma, katéteres embolizáció, olajos kontrasztanyag

Oily chemoembolization for the palliative treatment of huge inoperable primary hepatocellular carcinomas. Transcatheter arterial oily chemoembolization using cytostatics mixed with lymphographic contrast agent with or without Gelfoam embolization seems currently to be the most suitable treatment for unresectable hepatocellular carcinomas (HCC). 5 patients with inoperable, biopsy proven huge HCC (average size 404 cm²) were treated by multiple cycles (3–7, average 4.6 cycles) of a triple drug combination including doxorubicin, cisplatin and mitomycin-C together with Lipiodol. In 13/23 cycles the lipiodolization was complemented by Gelfoam embolization increasing the efficacy of treatment. The hypervascular HCC-s showed marked reduction in size (degree of regression was 33–66%, average 55%). The median follow-up was 19.8 (13–36 months). Three patients are still alive with follow-up ranging from 15–36 months (average 23 months) despite the progression of the disease. One patient died of tumorous cachexia 13 months after initial treatment, while another one, who developed partial remission, lost his life in a road accident 17 months after his first cycle.

Key words: hepatocellular carcinoma, transcatheter chemoembolization, iodized oil

Míg a sebészileg hozzáférhető primer hepatocellularis carcinomák (HCC) kezelésében a legtöbb eséllyel a rezekciós műtét kecsegtethet (18), az inoperabilis/irreseccabilis daganatok terápiájában az utóbbi másfél évtizedben mind nagyobb teret nyertek az intervenciós radiológia körébe sorolható eljárások. A katéteres embolizáció, az intraarteriális kemoterápia különböző módjai, és az előző kettő kombinációjából kialakult ún. kemoembolizációs módszerek újabb és újabb eredményeket hoztak e betegségszopport palliatív kezelésében (1, 23, 32).

Az utóbbi 10 évben egy új kezelési mód, az olajos kontrasztanyaggal végzett kemoembolizáció (az ún. lipiodolizáció) vált elfogadott terápiás alternatívává (6, 15, 16, 26–28).

Az olajos sajátosságú lymphographiás kontrasztanyaggal (Lipiodol—Ultrafluid®, Byk Gulden) elegyített citosztatikum(ok) a tumoros érszerkezetben halmozódva elhúzódozó hatást fejt(enek) ki. Ezáltal a daganatszövet és a gyógyszer kölcsönhatásának ideje jelentősen meghosszabbítható, az

intraarteriális (i. a.) bejuttatás pedig már önmagában is hozzájárul a helyi citosztatikus/citotoxikus koncentráció kifejezett növeléséhez.

E közlemény célja, hogy öt nagy kiterjedésű, inoperabilis primer HCC-s betegben a lipiodolizáció alkalmazásával szerzett első tapasztalatainkat összegezzük.

Anyag és módszer

5 beteg nagy kiterjedésű, vékonytű biopsziával igazolt, környezettől sokkal elhatárolt hepatocellularis carcinomáját kezeltük több ciklusban i. a. adott Lipiodol és hozzákevert citosztatikumok elegyével. A vonatkozó adatokat az 1. táblázat tartalmazza. A betegek közül 3 férfi, 2 nő volt, átlagéletkoruk 54 év (33–73 év) volt. Valamennyi elváltozás — a kicsiny satelita elváltozásokat nem tekintve — egyetlen nagy gócból állott, amelyek nagyságát az arteriogramon a két egymásra merőleges legnagyobb átmérő szorzataként fejeztük ki. Így a daganatok átlagos mérete 404 cm²-nek (144–960 cm²) adódott. Az öt betegben összesen 23 kezelési ciklust végeztünk (átlag 4,6, 3–7 ciklus), amelyek so-

1. táblázat: A kezelt betegek részletes adatai

Beteg	Nem	Kor	Kezelési ciklus-szám	Alkalmazott gyógyszerek összmenyisége (mg)				Lipiodol össz- meny. (ml)	Kieg. EMB/ ciklus	Kiindulási méret (cm ²)	A méret változása a kiindulási méret %-ában			
				ADM	CDDP	Mito-C	5-FU				I. utolsó ciklus után	II.	III.	ill. utolsó ciklus után
1.	♂	73	3	140		50		28	—	144	65	44	34	
2.	♀	63	5	380	240	60		51	4	315	84	74	68	44
			7	480	340	100		81	4					
			2	100	100	40		30	—	280	80	72		
3.	♀	47	5	320	240	80	6850	45	2	960	67	87!		80
4.	♂	51	3	150	150	60		45	2	480	81	64	50	35
			5	280	200	100		70	2					
			2	130	50	40		25	—	375	80	75		
5.	♂	36	3	180	150	50		46	3	252	80	47	45	55

ADM = doxorubicin; CDDP = cisplatin; 5-FU = 5-fluorouracil; Mito-C = mitomycin-C; EMB = embolizáció

rán (az 1. sz. beteg kivételével) hármas gyógyszerkombinációt alkalmaztunk. Az egy beteg kezelése során az összes ciklusban alkalmazott doxorubicin (Adriblastina®) összmenyisége 140–480 mg (átlag 280 mg) volt. Ugyanez az érték cisplatin (Platidiam®) vonatkozásában 150–340 mg-nak (átlag: 232 g) adódott, míg a Mitomycin-C mennyisége 50–100 mg között változott (átlag: 76 mg).

A citosztatikumok bevitelére szolgáló olajos kontrasztanyag mennyisége betegenként 28–70 ml között (átlag: 54 ml) alakult. Egy-egy ciklusban pedig átlagosan 15 ml Lipiodolt alkalmaztunk.

A 3. sz. beteg első 2 ciklusa során i. a. infúziót is igénybe vettünk, s ezzel az alkalmazási móddal összesen 6,85 g 5-fluorouracilt (Ftorafur) is adtunk napi 1–2 g-os frakciókban, 3–4 órás infúziók formájában.

A daganat érellátása sajátosságait figyelembe véve az a. hepatica propria, dextra, sinistra, intermedia, ill. az a. gastroduodenalis (3. sz. beteg) érterületére juttattuk ki az embolizációs anyagot; a szelektíve felkeresett arteriák száma betegenként 1–3 volt.

A terápiás effektus növelése céljából — az 1. sz. beteg kivételével — a lipiodolizációt sebészi szivacs embolizációval egészítettük ki összesen 13 ciklus során. Ekkor az elektromos kávédarálóval felaprított, majd sterilizált Spongostan vagy Gelaspon kb. 0,5–1,5 mm átmérőjű részecskéit kontrasztanyaggal elegyítettük, és az így kapott híg gél kb. 1–2,5 ml-es mennyiségét a kezelt érterület perifériájára juttattuk.

A kezelés eredményességét UH és CT vizsgálatokkal, illetve áttekintő röntgenfelvétellel ítéltük meg. A betegek utánkövetési ideje 13–36 hónap (átlag: 19,8 hónap) volt.

Eredmények

Az 1. táblázat az angiográfiás felvételen mért méretváltozást az egyes kemoterápiás ciklusokat követően a kiindulási méret százalékában tünteti fel. Emellett megtalálható az utolsó kezelési ciklus után elért méretváltozás is, amely a 3. sz. beteg kivételével, ahol a kezelés folytatása dacára a kezdeti méretcsökkenést kismértékű progresszió követte, méretcsökkenést jelent, ugyanis a többi 4 betegben a kezelési ciklusok számának növekedésével a tumor regressziójának foka arányos növekedést mutatott. A regresszió legnagyobb mértéke 33–66%-nak (átlag 55%) adódott.

A 2. és 4. sz. betegben az első kezelés 5, illetve 3 ciklu-

sa után 24, illetve 12 hónappal jelentős progresszió következett be, amely az eredeti legnagyobb tumorgóc nagyságának és erezettsége fokának jelentős növekedésével járt, és mind a két esetben a malignus folyamat többszörösévé vált. A betegekben elvégzett további 2–2 kezelési ciklus mérsékelt fokú regressziót eredményezett (a daganat a progressziójakor észlelt kiindulási méretének 72, ill. 75%-ára csökkent), és a betegek általános állapota ismét lényegesen javult.

A sebészi szivacs embolizációval kiegészített, ill. anélkül végzett lipiodolizáció eredményeként a kedvező méretváltozás mellett az elváltozás vaszkularitása is igen szembetűnően csökkent, hypo- és avaszkuláris területek jelentek meg, ill. a már meglévő kiterjedése jelentősen fokozódott. A nekrosis kialakulása további jeleként egyes esetekben kifejezett intratumoralis gázképződés is kialakult, amely a szöveti anaerob bomlás eredménye volt; superinfectio, ill. abscessus kialakulása egyik esetben sem következett be. Ezen túlmenően a daganatok környezetüktől élesen elhatárolódtak, körülírt jellegük fokozódott.

A kezelt betegek közül kettőt veszítettünk el. Az 1. sz. beteg 17 hónapos nyomon követés után, partialis remissziót mutatva közlekedési balesetben veszítette életét. A 3. sz. betegben a máj bal lebenyéből kiinduló extrém nagyságú daganat (amely az első kezelési ciklust megelőzően 4 hónappal végzett exploratio során már a gyomorral és a duodenummal is összekapaszkodott) a kezelése hatására méretében csak mérsékelt fokú regressziót mutatott, azonban a beteg hasi panaszai jelentősen csökkentek, állapota szubjektíve kb. 8 hónapig javult. Ezt követően már a folyamat feltartóztathatatlanul progrediált és a beteg tumoros cachexia következtében halt meg az első ciklustól számított 13 hónap múlva.

A másik 3 beteg 36, 18 és 15 hónap múltán él, bár mindegyiküknél az alapfolyamat progressziója következett be (a 2. és 4. sz. betegben az ismételt 2–2 ciklusú kezelés átmeneti eredményessége után ismét). A 4. sz. betegben jelenleg a pulmonális érintettség az, amely a beteg életkilátásait a leginkább veszélyezteti.

Legnagyobb regresszió (%)	Utánkövetés (hónap)	Utolsó status	Távoli áttét	Halálok	Megjegyzés
66	17	részleges remisszió	—	baleset	—
56	24	él, progresszió	—	—	24 hó után progresszió, több góccá váló tumor, újabb
	12				2 ciklusra kb. 30%-os regresszió
33	13	progresszió		hasi propagatio, cachexia	Műtétnél inop., utána 4 hónapig kezeletlen, paraziter vérrellátás is
65	12	él, pulmonális áttétek disszeminációja	+	—	Az első 3 ciklus után 8 hónapig teljes fizikai aktivitás (házépítés!)
	6	primer tu. progressziója			és teljes panaszmentesség
55	15	él, progresszió ascites	—	—	1 év teljes panaszmentesség

Megbeszélés

A sebészi kezelésben már nem részesíthető betegek számára számos palliatív lehetőség kínálkozik. Ezek közül a szisztémás kemoterápia az, amely a legkevesebb terápiás eredményt hozta: mind a mono-, mind a polikemoterápia eredményei meglehetősen szerények (2).

A *katéteres embolizáció* a legrégebbi nem sebészi palliatív beavatkozás. Kizárólag az ellátó ér(erek) elzárására irányuló ún. centrális embolizáció hatásosságában nem múlja felül a sebészi ligatúra eredményességét (9), mivel a mögöttes daganatos érstruktúra érintetlen marad. A perifériás érterületnek a keringésből való kizárására használt sebészi (zsélatin) szivacsok 50–500 mikron nagyságú részecskéi a kiserek szintjén a recanalizatio esélyét jelentősen csökkentik, de ugyanakkor a máj ép területeinek ischaemiás károsodásához vezetnek (14). Egyidejűleg a betegek átlagos túlélése csak kismértékben növelhető (9, 10). A hatásosság alacsony foka döntően arra vezethető vissza, hogy az ischaemia nem képes sem az intracapsularisan és/vagy pericapsularisan elhelyezkedő tumorsejteket, sem a satelita elváltozásokat, sem pedig a portális vénákban lévő tumor-trombusok sejtjeit elpusztítani (14, 18, 24). Ugyanakkor ezek, a daganatnak a májban való terjedésére jellemző jelek már a diagnózis felállításakor jelen vannak (14, 26, 28).

Az *intraarteriális kemoterápia* elméletileg felhasználható a primer HCC kezelésében is, azonban a hatásos citosztatikumok (5-fluorouracil, doxorubicin, cisplatin) első áthaladásuk során (ún. „first pass effect”) csak kismértékben kerülnek be a májsejtekbe, azaz csak kevésbé hasznosíthatók a daganat ellen (9, 20). A citosztatikumok tömény oldatának alkalmazásával és a keringés lassítása által az ún. kontakt idő megnövelésével a hatásosság — elsősorban a gyógyszerek nem sejtfázis függő citotoxikus hatásának kihasználásával — fokozható (7).

Mindezeket a célokat igyekszik megvalósítani az ún. *kemoembolizáció*, amely a daganatsejtek és a gyógyszerek kölcsönhatása idejének növelését eredményezi, és egyben

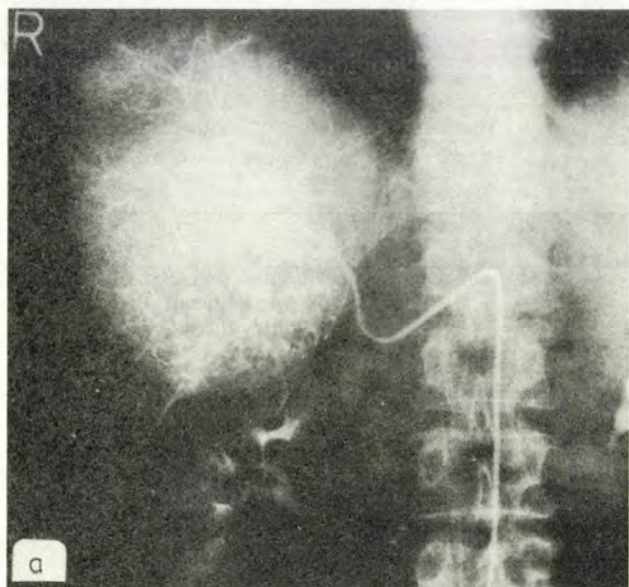
a citosztatikumok hatásosságát is potenciózza ischaemia előidézése révén.

A kemoembolizáció kétféle módon hozható létre. Egyrészt a daganatellenes szer és kis részecskékből álló embolizációs anyag együttes befecskendezésével, másrészt pedig biológiailag bomló ún. microspheres (pl. keményítő) alkalmazásával, amelyek magukba zárják a citosztatikumot, és a keményítő buroknak amylase révén történő elbomlása teszi lehetővé a citosztatikum fokozatos felszabadulását. Természetesen a létrehozott ischaemia csak átmeneti és csak rövid ideig (fél–2 óra) áll fenn. Az első megoldás során elsősorban 0,5–3 mm nagyságú sebészi szivacs részecskéket használnak embolizációs anyagként. A betegek túlélésében egyértelmű javulást sikerült elérni (4, 16, 31), azonban teljes nekrosis létrehozása és így gyógyulás elérése nem várható, mert az extracapsularisan elhelyezkedő tumorsejtek, illetve az esetleges portális tumor trombus sejtjei általában a kezelés hatósugarán kívül maradnak (24).

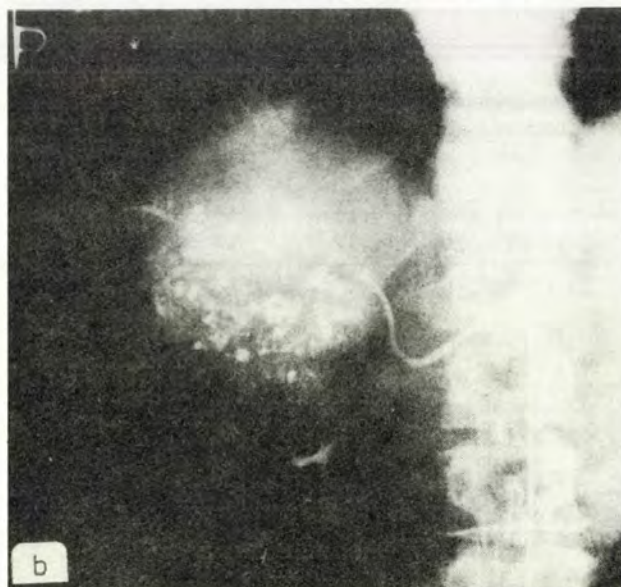
Az utóbbi években japán szerzők az intraarteriálisan alkalmazott olajos kontrasztanyag (Lipiodol) sajátosságait CT vizsgálattal tanulmányozva jutottak arra a felismerésre, hogy az olajos kontrasztanyag a HCC-ban szelektíve halmozódik (3, 19). A Lipiodol hónapokig megmaradt a daganatos szövetben, de gyorsan és teljesen eltűnt a nem tumoros máj parenchymából 5–7 nappal az i. a. befecskendezést követően. Az olajos kontrasztanyag e sajátosságát diagnosztikus célokra is kiterjedten alkalmazzák (8).

A Lipiodol daganatszövethez való csaknem elektív kötődésének oka mindmáig nem kellőképpen tisztázott. Egyes szerzők a daganatos érújdonképződés okozta keringés lassulást teszik felelőssé, mások szerint a Lipiodol cseppek stagnálását az érfal elektromos töltésének megváltozása hozza létre elektrosztatikus abszorpció révén (5).

Az olajos kontrasztanyag szelektív depozícióját igazolta Raoul, aki I^{131} -gyel jelzett Lipiodol megoszlását vizsgálta scintigraphiával. Az i. a. beadás után egy nappal a radioaktivitás legkevesebb 75%-a volt detektálható a májban, míg 10–15%-a a tüdők felett. Az aktivitás értéke mi-



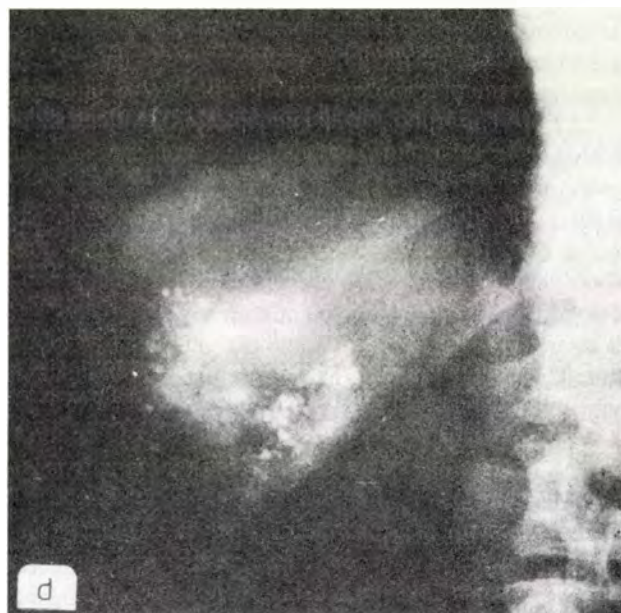
1. a. ábra: 1. sz. beteg. A késői arteriális felvételen a jobb lebeny caudális részén kb. 12×12 cm átmérőjű hypervascularis tumor ábrázolódott



1. b. ábra: A citosztatikumokkal elegyített Lipiodol a pathológiás érstruktúrájának megfelelően halmozódott



1. c. ábra: A 2. ciklusban végzett kemoembolizáció során az olajos kontrasztanyag egy része a portális ágakban is megjelent. Az elváltozás mérete jelentősen csökkent



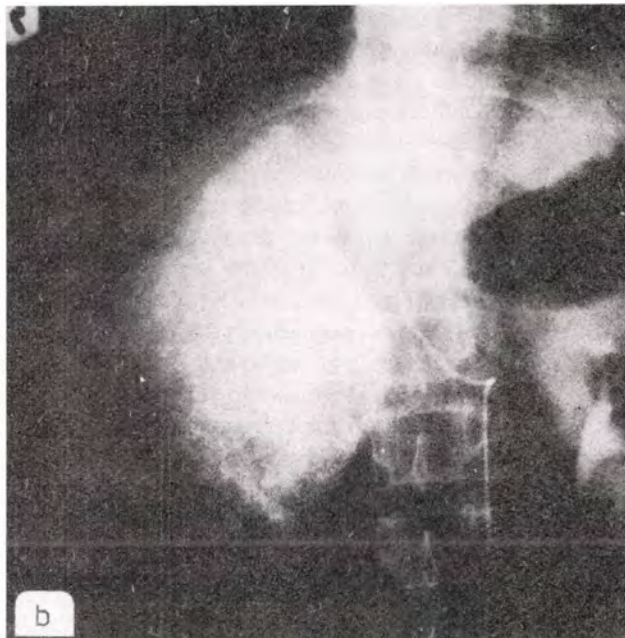
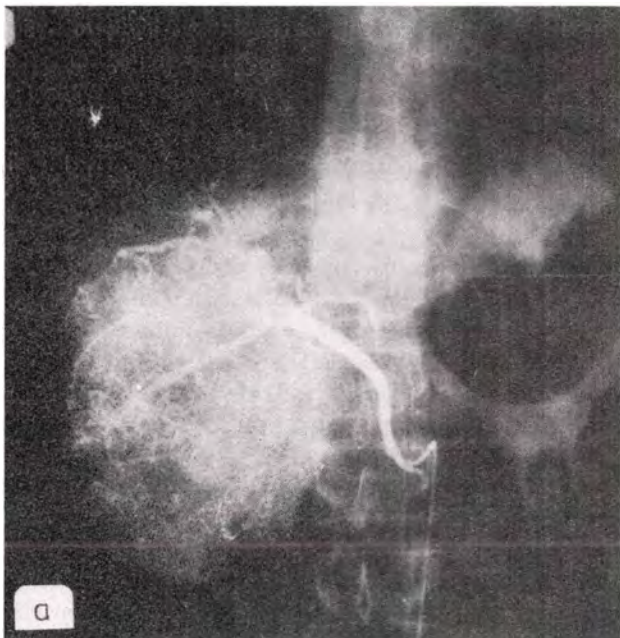
1. d. ábra: A 3. kemoterápiás ciklust követően 3 hónappal a daganat méretében további jelentős regresszió következett be. A Lipiodol depositumok nagy része továbbra is megfigyelhető

nimálisan 5-szörös értékű volt HCC-ban, mint az intakt parenchymában. A következő 8 napban a jelző anyag 50%-a a vizelettel kiürült, és fokozott aktivitás csak a daganatnak megfelelően volt kimutatható. Hasonló eredményeket hozott az egy hónappal később megismételt befecskendezés is, és ez egyben igazolta a telíthetőségi (szaturációs) jelenség hiányát is (22).

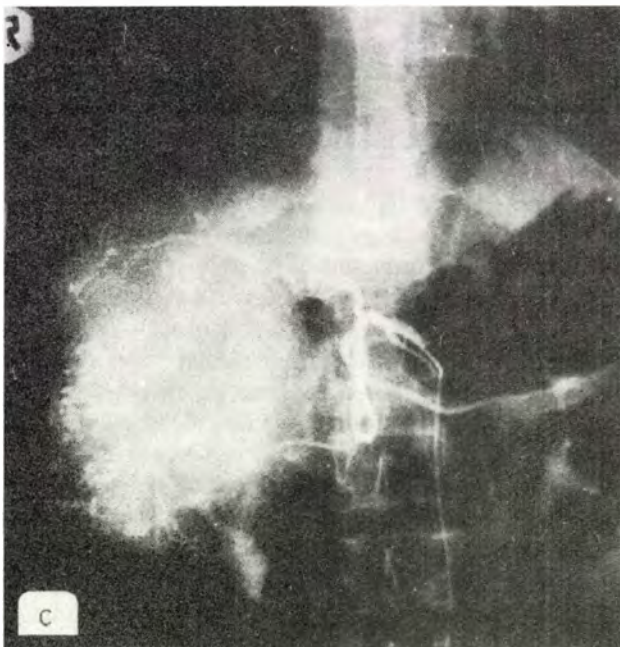
A vízdékes citosztatikumok és az olajos kontrasztanyag stabil emulziójának elkészítéséhez a daganatellenes szert felére hígított alacsony osmolalitású, jódos kontrasztanyagban oldják fel és a Lipiodol hozzáadása után ké-

zi rázással, mechanikus keveréssel vagy két csappal/toldalékkal összekapcsolt fecskendő segítségével elegyítik (16, 19, 26, 28). Nakamura a víz az olajban emulzió stabilitásának megteremtésében a vizes fázis megfelelő fajsúlyának tulajdonít kiemelkedő jelentőséget (16).

Vizsgálataink során a citosztatikum oldására alacsony osmolalitású kontrasztanyag kis töménységű oldatát (Omnipaque 180 és 240, Nycomed) alkalmaztuk, és az így kapott oldatot 1 : 1 arányban elegyítettük Lipiodollal. Az emulziót rövid ideig tartó (1–2 perc) kézi rázással állítottuk elő.



2. a, b. ábra: 5. sz. beteg. A jobb leány caudális feléből egy 18×14 cm legnagyobb átmérőjű, igen kifejezetten vascularisált daganat indult ki. A daganat vérellátásának zömét az a. hepatica dextra felől nyeri (amely variációként az a. mesenterica sup. törzséből indul)



2. c. ábra: Az a. hepatica dextra érterületén elvégzett lipiodolizáció után a daganat érszerkezetében jelentős mennyiségű, daganatellenes szerrel kevert Lipiodol akkumulálódott. A coeliaca törzs felől eredő a. hepatica sin. ellátási területén egy-egy körülírt hypervascularis satellita elváltozás ábrázolódt, amelyek kezelésére ezen katéterállás mellett szintén kemoembolizációt végeztünk

Nakamura igazolta, hogy 60 mg doxorubicin oldatának az a. hepaticába való befecskendezése után 3 perccel a szer perifériás serum koncentrációja 10-szer volt magasabb annál az értéknél, amelyet ugyanazon mennyiségű doxorubicin Lipiodollal elegyben történő befecskendezése után



2. d. ábra: 3 hónappal a 3. ciklus befejezése után a daganat a natív felvételen kifejezett regressziót mutat, körülírttá vált, a Lipiodol okozta denzitás a daganat zsugorodása eredményeként fokozódott

mérték. Ez a megfigyelés a citosztatikum májban való halmozódását támasztja alá. Ugyanakkor ez a vizsgálat azt is bizonyította, hogy a doxorubicin a műtéti resecatumban még 1 hónappal később is kimutatható volt a tumor volumenében (15, 16). Hasonló megfigyeléseket közöltek má-

sok is, akik a daganatos és intakt szövetekben a citosztatikum arányát legkevesebb 10 : 1-nek találták (3).

Mivel ebben a vizsgálati sorozatban a daganatok kiterjedése miatt a műtét eleve nem jött szóba, így a fenti megfigyeléseket megerősíteni nem tudjuk. Kétségtelen tény azonban, hogy az olajos kontrasztanyag hosszú ideig megmarad a daganatos érújdontépződés területén, sőt a daganat méretének megkisebbedése miatt a kontrasztanyag részecskéi egymáshoz egyre közelebb kerülnek, és így az elváltozás mind a CT vizsgálat, mind a röntgenfelvétel számára egyre denzebbé és homogénne válik (8). Megfigyeléseink szerint ez a jelenség hosszabb nyomon követés során csak korlátozott mértékben hasznosítható az elváltozás kontrolljában, ugyanis a Lipiodol még tartalmazó tumorszövet szomszédságában lehetnek már újabb, recidív tumorszövet részletek, amelyek olajos kontrasztanyagot természetesen nem tartalmaznak. Ezért kizárólag az áttekintő májtáji röntgenfelvétel nem szolgálhat megfelelő kontroll vizsgálatként, feltétlenül CT és ultrahang vizsgálatok elvégzése szükséges.

A daganatellenes szerek és a hozzáadott Lipiodol mennyisége az egyes szerzők anyagában széles határok között változik.

A doxorubicin alkalmazott mennyisége 10–100 mg, míg a Mitomycin-C-t 8–30 mg, a cisplatint pedig 2 mg/testsúlykg mennyiségben alkalmazzák 5–20 ml Lipiodol elegyében (3, 4, 16, 19, 28). A befecskendezést a diagnosztikus angiográfiát követően hajtják végre és akkor függesztik fel, amikor az olajos kontrasztanyag megjelenik a portális vénákban (16).

Vizsgálataink során a dózisok meghatározásakor az irodalomban közölt gyógyszer- és Lipiodol-mennyiségekből indultunk ki. Természetesen az óriás méretű és nagy volumenű (és így hypervascularitásuk folytán nagy érvolumenű) daganatok Lipiodol-telítettsége egyes esetekben nagyobb mennyiségű olajos kontrasztanyag befecskendezését tette szükségessé. Megfigyeléseink azonban arra utalnak, hogy még az extrém méretű, erőteljesen erezett daganatok kezelésében sem kellett a ciklusonkénti 20 ml-es Lipiodol-mennyiséget túllépni. Az irodalmi adatok többségétől eltérően a lipiodolizációt a polikemoterápia elvei és előnyei szem előtt tartásával hajtottuk végre, s nem monoterápia mellett döntöttünk. Ugyanakkor kezdettől fogva a többciklusú kemoterápiát tartottuk célravezetőnek. Az első tapasztalataink alapján (s ebben benne foglaltatnak multiplex májmetasztázisok kezelésében olajos kontrasztanyaggal végzett kemoembolizációink is, amelyek nem képezik e közlemény tárgyát) az általunk minimálisan elégségesnek tartott kezelésnek legkevesebb 3 ciklusból kell állnia; célszerű hármas gyógyszerkombináció alkalmazása. A kívánatos dózisok: 50 mg doxorubicin, 50 mg cisplatin és 20 mg Mitomycin-C 5–5 ml (összesen 15 ml) Lipiodol elegyében ciklusonként.

A HCC-s betegek túlélésében a lipiodolizáció jelentős javulást hozott, és eredményessége meghaladja az embolizációét és a kemoembolizációét (4). Ráadásul összehasonlítva az embolizációval és a kemoembolizációval, amikor az ischaemia okozta postembolizációs tünetegyüttes fellépése a beteg számára kifejezett panaszokat okoz (fájdalom,

hasi diszkomfort érzés) (1), a lipiodolos kezelés a betegek által összehasonlíthatatlanul jobban elviselt beavatkozás, még a vena portae trombosisának fennállása esetén is (3, 4, 19).

A legsúlyosabb szövődmény a pulmonális embólia, amely manifeszt arterio-venózus shuntok esetén fordulhat elő. A kezelést megelőzően végzett arteriográfia azonban e vonatkozásban egyértelműen tisztázza a viszonyokat, és a meglehetősen ritkán jelen lévő a-v kommunikációk megléte esetén a Lipiodol i. a. alkalmazása nem jön szóba.

További szövődmény lehet a jódos kontrasztanyag által kiváltott vesefunkció károsodás, veseelégtelenség, amelynek kockázata azonban a beavatkozás előtt és után végzett hidrálással a minimumra csökkenthető. Ezért betegeink folyadék- és elektrolit-háztartását fokozottan ellenőriztük, és a lipiodolizáció előtt és után fokozott folyadékbevitelről gondoskodtunk.

A befecskendezések során 3 ízben a felső testfélre lokalizálódó, rövid ideig tartó és spontán szűnő melegségérzést és kipirulást („flush”) észleltünk. Egyéb szövődmény nem fordult elő.

Az olajos kontrasztanyag/citosztatikum elegy befecskendezése lassan, átvilágítási kontroll mellett történik. A befecskendezés gyorsasága, valamint az érpálya volumene közti arányosság döntő mértékben határozza meg a beteg által észlelt epigastriális nyomás-/diszkomfort érzést, amely átmeneti fájdalomig fokozódhat (8). Lassú befecskendezés mellett e panaszok egyáltalán nem, vagy csak enyhe formában jelentkeznek, és elsősorban átmeneti ischaemiára vezethetők vissza. E panaszok kivédésében, ill. enyhítésében a lipiodolizációt megelőzően 5–10 ml 1%-os Lidocain i. a. befecskendezését hatásosnak találtuk.

Annak ellenére, hogy a kiegészítő embolizáció a beteg számára nagyobb megterhelést jelent, mégis a lipiodolizáció kiegészítéseként a sebészi szivaccsal végzett embolizáció elvégzését is szükségesnek tartják (4, 26–28). Ezáltal a citosztatikus hatás az ischaemia előidézésével tovább fokozható. Ilyen esetekben azonban az embolizáció célja nem a daganatnak az arteriális vérellátástól való teljes megfosztása, súlyos és hosszán tartó vértelenség előidézése. Ellenkezőleg, viszonylag rövid ideig tartó, mérsékelt fokú, reverzibilis ischaemia kiváltása a cél, nem utolsósorban amiatt, hogy a kezelés több ciklusban ismételtető legyen.

A lipiodolizáció és a kiegészítő embolizáció együttes alkalmazása után a műtéti specimen szövettani feldolgozása drámai változásokat igazolt (4, 26–28). Egy kezelési ciklus után az esetek 75–83%-ában a legnagyobb tumorgóc teljes nekrozisát figyelték meg, a kísérő (satellita) elváltozások 53–69%-a mutatott teljes elhalást.

A portális tumor-thrombusok sejttei 17–70%-a, míg az extracapsularis daganatsejtek 40–65%-a nekrotizált. A szövettani vizsgálat a daganatos terület teljes tumorsejtementségét igazolta az esetek 17 (28)–40 (26)-%-ában. A közölt adatok 5 cm-nél kisebb átmérőjű daganatokra vonatkoznak!

Az irodalomban közölt palliatív célból lipiodolizált primer HCC-k mérete a vizsgálati sorozatunkban szerepelt daganatok méreténél jóval kisebb, egyedül *Peene és mtsai* számolnak be nagy kiterjedésű, inoperábilis daganatok

olajos kemoembolizációjáról, a daganatok méretének pontos megjelölése nélkül (21).

Öt betegünk 13 kezelési ciklusában a terápiás effektus fokozása érdekében sebészeti szivacs embolizációt is alkalmaztunk. Amint az várható is volt, ezek a betegek a beavatkozást követően a gyógyszerek mellékhatásain kívül fokozottan voltak kitéve az ún. posztembolizációs tünetegyüttes (hasi diszkomfort, átmeneti fájdalom, láz, hányás stb.) kellemetlenségeinek. Ugyanakkor valamennyi betegben különböző mértékben a nagy mennyiségű daganatszövet széteséséből származó intermitáló lázkiugrások is jellemzőek voltak. Általában ugyanazon beteg 2., 3. ciklusában — a daganatszövet mennyisége csökkenésének arányában — e kísérőjelenségek intenzitása is jelentősen csökkent. A folyadék- és elektrolit-háztartás egyensúlyának, valamint a serum-húgysav szintjének állandó kontrollja, és adott esetben a kóros értékek korrekciója a betegeket átsegítette a beavatkozás utáni első-második hét nehézségein. Általában ezek a tünetek csökkenő intenzitással 2–3 hétig álltak fenn. Feltehetően az antibiotikus prevenció eredményeként is szepszikus szövődéssel, abscessus kialakulásával nem találkozunk. Mind CT vizsgálattal, mind röntgenfelvételen már meglehetősen korán a nekrozisra visszavezethető gázképződés jelei voltak megfigyelhetők. Az első beavatkozások után ezek a jelenségek abscessus kialakulását sejtették, de tapasztalataink birtokában — az irodalomban fellelhető megfigyelésekkel egyezően (1, 29) —, valamint a beolvadásra jellemző egyéb jelek hiányában ezt a fenomént az anaerob szöveti bomlás jeleként értékeltük.

A katéteres lipiodolizáció és embolizáció eredményei rendkívül biztatóak és azt bizonyítják, hogy kis tömegű daganatok esetében a módszer alkalmazása curatív is lehet. Palliációként a túlélés jelentős meghosszabbítását teszi lehetővé. A 2 éves túlélés 33–50% (4, 16, 26) és korán felfedezett esetekben az 5 éves túlélés eléri a 25%-ot (26). A fenti eredmények viszonylag kis kiterjedésű, de a máj funkciók kapacitásának beszűkülése folytán (cirrhosis) mégis inoperábilis daganatok kezelésére vonatkoznak.

Amennyiben a máj rezerv funkciók kapacitásának jelentős csökkenése megköveteli, a daganatos nem érintett máj kíméletét segíti elő a superselectiv lipiodolizáció akár kiegészítő embolizációval is (17, 30).

A lipiodolizációról az utóbbi évtizedben megjelent számos közlemény csak elvétve közöl adatokat nagy tömegű elváltozások palliatív kezeléséről. Ezt részben az magyarázza, hogy a daganatok jóval korábban kerülnek felfedezésre, mint hazánkban. Az operabilitás egyértelmű megítélésére irányuló kiterjesztett vizsgálati sorozat (dinamikus kontrasztanyag CT vizsgálat, CT portográfia, késleltetett kontrasztanyag CT vizsgálat, i. a. Lipiodollal végzett CT, MR vizsgálat) egyértelműen képes kiválasztani a műtétre alkalmas betegeket, a satellita elváltozások, intrahepaticus metastasisok, portális tumor-invázió igazolása/kizárása alapján. Ezen túlmenően az operabilitás fő szempontja — és ez döntő eltérés a hazai gyakorlattól! —, hogy a még technikailag megfelelően kivihető műtétet sem kockáztatják, ha a beteg funkcionális rezerv kapacitása a rezezált máj részéről feltehetően nem lenne kielégítő. Te-

kintettel arra, hogy a primer HCC döntő többsége nem inakt májszövet talaján alakult ki, hanem cirrhotikusan átépült és/vagy károsodott parenchymából indul ki, így az esetleges műtét után megmaradó funkcióképesség a műtét elvégzése, vállalhatósága szempontjából a legdöntőbb tényező. Alapos műtét előtti kivizsgálás (a fent említett módszerek alkalmazásával és a funkciók kapacitás felmérésével) a cirrhotikus betegeknek csak kevesebb mint 30%-a számára indikálja a rezekciós műtétet (11, 12).

Ma Magyarországon egyrészt a betegség felismerése jóval később következik be, így a daganat mérete már a technikai operabilitás lehetőségeit is alaposan beszűkíti. A betegek kezelésének egyetlen módja ismert: a műtét. A műtét elvégezhetőségének kritériumai túlnyomórészt a sebészeti technika oldaláról merülnek csak fel. Más módszer nem lévén, a sebész a betegen minden áron való segítség motivációja által vezérelve akkor is az általa ismert és gyakorolt eljárás, a rezekció mellett dönt, amikor valójában a műtétnek a feltételei már nem adóttak. Ráadásul a preoperatív diagnosztika elégtelensége miatt az esetek jelentős részében a műtét során derül fény a folyamat intrahepaticus propagációja (satellita elváltozások, portális érintettség stb.) jeleire. Ilyen esetekben a rezekciós műtét explorációvá módosul, és az ekkor az i. a. kemoterápia céljait szolgáló implantálható katéterrendszer sebészeti beültetése csak enyhíti a műtét megalapozatlanságát, de önmagában teljes indikációt nem képez. Ezek az eszközök ugyanis az a. hepatica törzsébe percutan, Seldinger-módszer szerint is bevezethetők, illetve implantálhatóak, ráadásul az i. a. infúzió eredményessége távol marad a lipiodolizáció és kiegészítő embolizáció hatékonyságától.

Vizsgálataink alapján két fontos következtetés vonható le. Egyrészt, a már meglehetősen nagy, sőt akár extrém mértékű daganat intenzív kezelése sem céltalan, akkor, ha a beteg egyébként még jó általános állapotban van. Másrészt, e hatalmas volumenű daganatokban elért eredményeink is megalapozzák azokat a reményeket, hogy e módszer hazai beteganyagban is eredményesen volna alkalmazható.

Várható, hogy a hasi ultrahang vizsgálatok rutinná válásával egy időben a korai felismerés vonatkozásában is előbbre lehet lépni. Megfelelő szemléletváltozással és -váltással — s ez a ma már szükséges eszközökkel és berendezésekkel rendelkező radiológus és a sebész közös felelőssége — a preoperatív diagnosztika teljesítménye is a kívánt mértékig fokozható, s ezzel az utóbb feleslegesnek minősülő műtétek száma jelentősen csökkenthető lenne. Ugyanakkor az intervenciós radiológia a daganatok kezelésében akár a neoadjuváns terápia elvégzését is magára vállalhatja és ezáltal feltehetően számos esetben a daganat nagysága miatt technikailag inoperábilis/irrezezábilis tumorkok egy részét operábilissá lehetne változtatni.

IRODALOM: 1. Allison, D. J., Booth, A.: Arterial embolization in the management of liver metastases. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, 1990, 13, 161–168. — 2. Beaugrand, M., Tuzet, S.: Medical treatment of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients. In: *European Clinics in digestive diseases*. Eds. Lygidakis N. J., Classen, M., Moreno Gonzáles E. *Malignancies of the liver*

1992, 1, 128–137. old. — 3. Kanematsu, T., Furuta, T., Takenaka, K. és mtsai: A 5-year experience of lipiodolization: selective regional chemotherapy for 200 patients with hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 1989, 10, 98–102. — 4. Kasugai, H., Kojima, J., Tatsuta, M. és mtsai: Treatment of hepatocellular carcinoma by transcatheter arterial embolization combined with intraarterial infusion of a mixture of cisplatin and ethiodized oil. *Gastroenterology*, 1989, 97, 965–971. — 5. Kobayashi, H., Hidaka, H., Kajiya, Y. és mtsai: Treatment of hepatocellular carcinoma by transarterial injection of anticancer agents in iodized oil suspension or of radioactive iodized oil solution. *Acta Radiol. Diagn.*, 1986, 27, 139–147. — 6. Kobayashi, H., Inoue, H., Shimada, J. és mtsai: Intraarterial injection of adriamycin/mitomycin C Lipiodol suspension in liver metastases. *Acta Radiologica*, 1987, 28, 275–280. — 7. Kónya, A., Rahóty, P.: Preoperative intraarterial chemotherapy in soft tissue sarcomas. *Reg. Cancer Treatment*, 1990, 3, 171–174. — 8. Kónya A.: Olajos kontrasztanyag (Lipiodol Ultrafluid) intraarteriális alkalmazása a máj malignus foyamatainak diagnózisában. *Magyar Radiológia*, 1993, 67, 7–11. — 9. Lai, E. C., Choi, T. K., Tong, S. W. és mtsai: Treatment of unresectable hepatocellular carcinoma: results of a randomized, controlled trial. *World J. Surg.*, 1986, 10, 501–509. — 10. Lin, D. Y., Liaw, Y. F. Lee, T. Y. és mtsai: Hepatic arterial embolization in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 1988, 94, 453–456. — 11. Liver cancer study group of Japan. Primary liver cancer in Japan. *Cancer*, 1984, 54, 1747–1755. — 12. Liver cancer study group of Japan. Survey and follow up study of primary liver cancer in Japan, Report 7, *Acta Hepatol. Jap.*, 1986, 27, 1161–1169. — 13. Nakakuma, K., Tashiro, S., Hiraoka, T. és mtsai: Studies on anticancer treatment with an oily anticancer drug injected into the ligated feeding hepatic artery for liver cancer. *Cancer*, 1983, 52, 2193–2200. — 14. Nakamura, H., Tanaka, T., Hori, S. és mtsai: Transcatheter embolization of hepatocellular carcinoma: assessment of efficacy in cases of resection following embolization. *Radiology*, 1983, 147, 401–405. — 15. Nakamura, H., Hashimoto, T., Oi, H. és mtsai: Iodized oil in the portal vein after arterial embolization. *Radiology*, 1988, 167, 415–417. — 16. Nakamura, H., Hashimoto, T., Oi, H. és mtsai: Transcatheter oily chemoembolization of hepatocellular carcinoma. *Radiology*, 1989, 170, 783–786. — 17. Oi, H., Matsushita, M., Yamazaki, H. és mtsai: Therapeutic effectiveness of segmental arterioportal chemoembolization via hepatic artery for localized hepatocellular carcinoma. *Eur. Radiology*, 1992, 2, 413–420. — 18. Okuda, K., Ohtsuki, T., Obata, H. és mtsai: Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment. Study of 850 patients. *Cancer*, 1985, 56,

918–928. — 19. Ohishi, H., Uchida, H., Yoshimura, H. és mtsai: Hepatocellular carcinoma detected by iodized oil. Use of anticancer agents. *Radiology*, 1985, 154, 25–29. — 20. Patt, Y. Z., Claghorn, L., Charsangavey, C. és mtsai: Hepatocellular carcinoma. A retrospective analysis of treatments to manage disease confined to the liver. *Cancer*, 1988, 61, 1884–1888. — 21. Peene, P., Wilms, G., Baert, A. L. és mtsai: Lipiodol-cisplatin embolization in hepatocellular carcinoma. Radiological technique and evaluation. *Eur. Radiol.*, 1991, 1, 131–138. — 22. Raoul, J. L., Bourguet, P., Bretagne, J. f. és mtsai: Hepatic artery injection of I-131-labelled lipiodol. Part I. Biodistribution study results in patients with hepatocellular carcinoma and liver metastases. *Radiology*, 1988, 168, 541–545. — 23. Sako, M., Hasegawa, M., Hirota, S. és mtsai: Comparison of hepatic arterial embolization with iron microspheres, Gelfoam and chemo-lipiodol-gelfoam in 167 patients with hepatoma. *Journal of Interventional Radiology*, 1989, 4, 173–177. — 24. Sakurai, M., Okamura, J., Kuroda, L.: Transcatheter chemoembolization effective for treating hepatocellular carcinoma. A histopathologic study. *Cancer*, 1984, 54, 387–392. — 25. Sasaki, Y., Imaoka, S., Kasugai, H. és mtsai: A new approach to chemoembolization therapy for hepatoma, using ethiodized oil, cisplatin and gelatin sponge. *Cancer*, 1987, 60, 1194–1203. — 26. Sasaki, Y., Imaoka, S., Fujita, M. és mtsai: Regional therapy in the management of intrahepatic recurrence after surgery for hepatoma. *Ann. Surgery*, 1987, 206, 40–47. — 27. Shimamura, Y., Gunven, P., Takenaka, Y. és mtsai: Combined peripheral and central chemoembolization of liver tumors. Experience with lipiodol-doxorubicin and gelatin sponge. *Cancer*, 1988, 61, 238–242. — 28. Takayashu, K., Shima, Y., Muramatsu, Y. és mtsai: Hepatocellular carcinoma: treatment with intraarterial iodized oil with and without chemotherapeutic agents. *Radiology*, 1987, 162, 345–351. — 29. Tanaka, K., Okazaki, H., Nakamura, S. és mtsai: Hepatocellular carcinoma: treatment with a combination therapy of transcatheter arterial embolization and percutaneous ethanol injection. *Radiology*, 1991, 179, 713–717. — 30. Uchida, H., Ohishi, H., Matsuo, N. és mtsai: Transcatheter hepatic segmental arterial embolization using lipiodol mixed with an anticancer drug and gelfoam particles for hepatocellular carcinoma. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, 1990, 13, 140–145. — 31. Yamada, R., Sato, M., Kawabata, M. és mtsai: Hepatic artery embolization in 120 patients with unresectable hepatoma. *Radiology*, 1983, 148, 397–401. — 32. Yamada, R., Kishi, K., Sonomura, T. és mtsai: Transcatheter arterial embolization in unresectable hepatocellular carcinoma. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, 1990, 13, 135–139.

(Kónya András dr., Budapest, Üllői út 78/a. 1082)



EGÉSZSÉGÜGYI MAGÁNVÁLLALKOZÁSOK BENTLAKÁSOS TANFOLYAM

Esztergom-kertvárosban 1994. március 8–11. között.

Jelentkezés írásban.

Jelentkezési határidő: 1994. február 18.

Felvilágosítást adnak: Varga Ferenc főmunkatárs,
Kovács Ernőné tanfolyamszervező.

Telefon: 33/311-755. Telefax: 33/311-087.

OKTÁV Ipari Továbbképző Részvénytársaság

2509 Esztergom-kertváros, Wesselényi u. 35-39.

Az arteria subclavia perkután transzluminális angioplasztikája

Hüttl Kálmán dr.¹, Szilágyi László dr.¹, Repa Imre dr.² és Simonffy Árpád dr.¹

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Ér- és Szívsebészeti Klinika (igazgató: Nemes Attila dr.)¹

Országos Érsebészeti Intézet, Budapest, Központi Radiológiai Diagnosztika (igazgató: Szilágyi László dr.)²

A szerzők 12 év alatt 208 betegen 227 a. subclavia obliteráció tágtítását végezték (216 szűkület és 11 elzáródás). A beavatkozás utáni sikeresség 96% volt. 152 PTA hosszú távú eredményességéről van adatuk. Az átlagos nyomkövetési idő 32 hónap volt (1–120). 14 alkalommal alakult ki restenosis, ebből hét betegnél a PTA sikeres megismétlését végezték, 2 betegnél kétszer is. Három beavatkozás után a behatolási kapu thrombosisa, 1 haematoma, 4 betegnél több órán át tartó zavartság alakult ki. Két betegnél ismeretlen eredetű vállfájdalom jelentkezett a tágtítás után, mely hetekig tartott. Maradandó neurológiai károsodást okozó szövődemény nem volt. A szerzők véleménye szerint panaszokat okozó a. subclavia szűkületek kezelésében PTA tekintendő az elsősorban választandó beavatkozásnak.

Kulcsszavak: percutan transzluminális angioplasztika, subclavian steal syndroma, felső végtagi ischaemia

Az aortaív ágainak PTA-ja késve terjedt el a többi testtájék erein végzett PTA-hoz képest. A kezdeti lépésekre (1, 5, 6, 12, 30) már csak akkor került sor, amikor az alsó végtag, a szív-, és vese ereinek PTA-ját már nagy tapasztalattal végezték. Elterjedését az embolisatiótól való félelem hátráltatta. Legelterjedtebben az a. subclavia PTA-ját végzik, mert az agyi embolisatio veszélye itt a legkisebb.

Jelen közleményünkben nagyobb klinikai anyagon szeretnénk bemutatni e módszer értékét a beavatkozás utáni eredmények és késői utánvizsgálatok tükrében.

Beteganyag

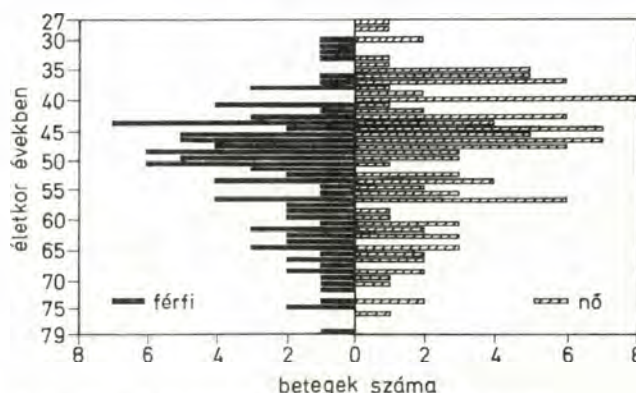
1979 és 1991 augusztusa között 208 betegen 217 beavatkozáshoz 277 a. subclavia tágtítását végeztük. 10 esetben mindkét oldalon tágtítottuk az a. subclaviát, 7 betegnél restenosis miatt a tágtítás megismételtük, ebből 2 betegnél kétszer is. 193 esetben a bal a. subclavia, 34 esetben a jobb a. subclavia PTA-ját végeztük.

A szűkület elhelyezkedése: 167 esetben az a. vertebralis eredése előtt, 25 esetben az a. vertebralis eredésénél, 12 esetben az a. vertebralis eredése után volt a szűkület, 23 esetben az a. vertebralis külön eredt, vagy elzáródott. Amióta intézetünkben e beavatkozás egyértelműen elfogadott lett, évente 20–30 beteget kezelünk ily módon.

24 betegnél az a. subclavia tágtítása mellett más supraaorticus ér tágtítását is elvégeztük. 8 a. vertebralis, 10 a. anonyma, 5 a. carotis comm., 1 a. carotis interna tágtítását végeztük el az a. sub-

Percutaneous transluminal angioplasty of the subclavian arteries. Over a period of 12 years, percutaneous transluminal angioplasty was used to dilate 227 subclavian obliterations (216 stenoses, 11 occlusions) in 208 patients. Immediate success rate was 96%. 152 dilated arteries long-term patency are known. The average follow-up time was 32 months (1–120 months). 14 restenosis occurred. In 7 of the 14 patients redilation were performed. Complication: 3 puncture site thrombosis, 1 haematoma, 4 transient confusion occurred. In 2 patients shoulderpain developed with unknown origin, and last for a few weeks. There were no irreversible neurologic deficit. Percutaneous transluminal angioplasty of subclavian artery stenoses should be the procedure of choice in symptomatic patients.

Key words: percutaneous transluminal angioplasty, subclavian steal syndrome, ischaemia of the upper extremity



1. ábra: Nők és férfiak koreloszlása betegeink között

clavia tágtításával együtt. Ezenkívül az a. renalis és az a. subclavia tágtítását 4 alkalommal, az a. iliaca comm. és az a. subclavia tágtítását 3 alkalommal végeztük el.

A betegek között 115 nő és 93 férfi volt.

A betegek átlagéletkora 50,2 év, a legfiatalabb 27 éves, a legidősebb 79. Ha a kor megoszlását nézzük külön a nőknél és külön a férfiaknál (1. ábra), kitűnik, hogy a 30–50 éves nőknek és 45–55 év közötti férfiaknak végeztük leggyakrabban ezt a beavatkozást.

A beavatkozás indikációját 52 esetben vertebrobasilaris syndroma, 43-ban felső végtag gyengeség (ebből 34 esetben nyugalmi fájdalom vagy gangraena), 113-ban kargyengeség + vertebrobasilaris tünetek, 9-ben cerebrális hypoperfusio képezte.

Betegeinket 1990-ben és 1991-ben kontroll vizsgálatra hívtuk. 142 beteg, 152 tágitott a. subclavia kontroll vizsgálatát tudtuk elvégezni. 8 beteg időközben meghalt, 58 címe ismeretlen volt, vagy nem válaszolt levelünkre, vagy külföldön él.

A kontroll vizsgálat ált: anamnesis felvételből, fizikális vizsgálatból, Doppler vizsgálatból és 20 esetben angiographiából. (Angiographiát végeztünk, ha panaszokat okozó restenosis gyanúja állt fent, vagy olyan esetekben, ha más okból az angiographia úgis indokolt volt. pl. alsó végtag obliteratív folyamata miatt.)

Módszer

A PTA technika

A beavatkozást általában egy ülésben a diagnosztikus angiographiával együtt végeztük el. 25 alkalommal conventionalis angiographiás berendezést használtunk, a többi beavatkozást DSA angiographiás berendezéssel végeztük. A DSA-nak komoly előnyei vannak a hagyományos angiographiával szemben. Egyrészt kisebb kontrasztanyag igénye miatt a diagnosztikus angiographiához, a PTA közben használt és a kontroll angiographiához használt kontrasztanyag együttes mennyisége sem túl megterhelő a beteg számára. Másrészt a vizsgálat és a beavatkozás együttes ideje sem lesz túl hosszú, átlag $\frac{3}{4}$ óra.

210 esetben femoralis punctión keresztül, 7 esetben az a. axilláris punctióján keresztül Seldinger-módszerrel végeztük a beavatkozást. Axilláris behatolást akkor választottuk, ha a femorális punctiót nem tudtuk alkalmazni, 2 esetben azért, mert az occludált subclavia PTA-ja az azonos oldali axilláris punctio felől könnyebben elvégezhető. A diagnosztikus angiographia után, ha PTA-t határoztunk el, Headhunter vagy Sidewinder típusú katéter és vékony vezető drót segítségével túljutottunk a szűkületen. Ezután 260–300 cm hosszú vezető drótot helyeztünk az a. subclavia distalis szakaszába, és ennek segítségével a katétert kicseréltük ballonos katéterre.

A ballon átmérőjét úgy választottuk, hogy az megegyezzen az a. subclavia tágasságával a szűkület után, ha ilyen méretű ballonnal nem sikerült megfelelő eredményt elérni, akkor 1–2 mm-rel nagyobb átmérőjű ballont választottunk. A tágitás során nyomáskontrollt általában nem végeztünk. A tágitást rtg-átvilágítással követtük. A ballont úgy helyeztük el, hogy felfújás után a szűkület a ballon középső szakaszára kerüljön, így általában tágitáskor a ballon sem distal, sem proximal felé nem diszlocódik. A beavatkozás után kontroll angiographiát készítettünk.

Az utókezelés nem volt egységes. Régebben Rheomacrodex és Relaxil G infúziót adtunk, az utóbbi években Trental és SP 54 infúziók adását javasoltuk, a beavatkozást megelőző napon és a beavatkozást követő 2 napon keresztül. Napi $\frac{1}{2}$ tabletta Colfarit és 2 × 1 tabl. Trental huzamos szedését írtuk elő.

Eredmények

A 227 tágitásból 218 (96%) volt sikeres. Nagy a különbség a szűkületek és az elzáródások PTA-jának sikerességében. 216 esetben szűkület tágitását végeztük és ebből 4 sikertelen beavatkozás volt. 11 alkalommal elzáródott szakasz tágitását próbáltuk elvégezni, és ez 5 alkalommal volt sikertelen. A sikertelenség oka legtöbbször az volt, hogy az elzáródott vagy szűkült szakaszon nem tudtunk túljutni. 218 sikeres esetből 2 esetben a beteg szédüléssel panaszai a sikeres angioplasztika ellenére sem változtak. 216 esetben a várt klinikai javulás is bekövetkezett.

142 beteg kontroll vizsgálatát tudtuk elvégezni. A kontrollált betegek közül 10-nél mindkét a. subclavia tágitását elvégeztük, így összesen 152 tágitott a. subclavia nyomon

követése történt meg (124 bal a. subclavia, 28 jobb a. subclavia). A kontrollált betegeknek a nyomonkövetési idő átlagosan 30 hónap, ami 1–120 hónap között változott.

A 152 ellenőrzött a. subclavia PTA-ból 14 occlusio, vagy jelentős fokú úraszűkülés alakult ki. A bal a. subclavián 12 esetben, a jobb a. subclavián 2 esetben találtunk jelentős fokú restenosiszt. Az úraszűkülés felléptének átlagos ideje 7,1 hónap (2–15) volt. 3 a. subclavia esetben a tágitás helyén occlusio alakult ki, és helyreállító érműtét történt. 4 beteg panaszmentes maradt annak ellenére, hogy az a. subclavia ismét szűkült volt a fizikális és a non-invasív vizsgálatok szerint. 7 alkalommal az úraszűkületek miatt ismételt PTA-t végeztünk. 2 betegnél restenosis miatt PTA-t 2 alkalommal is megismételtünk. A 7 ismételt tágitásból mindegyik sikeres volt a beavatkozás utáni eredményt tekintve. 6 beteg volt kontroll vizsgálaton. Az átlagos nyomonkövetési idő 16 hónap volt (6–25). 2 betegnél találtunk ismételt restenosiszt és másodszor is megismételtük az a. subclavia PTA-t. Ezek közül az egyik 25 hónapja nyitott és a beteg panaszmentes. A másik betegnél a szűkület harmadszor is jelentkezett és jelenleg konzervatív kezelést végzünk.

Hosszú távú eredményesség a klinikai panaszok tükrében: 142 betegből 97 panaszai megszűntek, 25 beteg panaszai döntő mértékben javultak, 4 beteg panaszai nem változtak a beavatkozás után, 16 beteg panaszai enyhén kiújultak.

Szövődmények

Haláleset vagy maradandó neurológiai károsodást okozó szövődmény anyagunkban nem fordult elő. 3 betegnél alakult ki a beszűrés helyén thrombosis, 1 betegnél haematoma, ami miatt érsebészeti beavatkozás vált szükségessé. 4 betegnél transiens, néhány óráig tartó neurológiai tünetek alakultak ki a vizsgálatot követően. 2 betegnek a bal a. subclavia tágitása után néhány órával bal vállfájdalma lett, ami rheumatológiai kezelésre hetek múlva szűnt meg. Ennek okát radiológiai módszerekkel (UH, CT, MR) kimutatni nem lehetett, de az időbeli egybeesés miatt nem zárható ki, hogy a beavatkozás következménye. Így összesen 9 betegnél (4,1%) észleltünk szövődményt, melyek azonban maradandó károsodást nem okoztak.

Megbeszélés

Az a. subclavia stenosisa gyakran tünetmentes. Az a. vertebralis és a tr. thyreocervicalis gazdag kollaterális hálózatot képez. Gyakran panaszmentes betegeknek, vérnyomméréskor derül ki, hogy egyik karján nincs tapintható pulzus. Tünetmentes subclavia szűkület megoldása nem indokolt. Kivételt képez a. mamma int. és LAD bypass műtét és axillofemorális bypass műtete előtt (2, 9).

Ha egy betegnek több lokalizációban is van cerebrovascularis elváltozása (pl. carotis interna occlusiója és a subclavia stenosis), akkor a cerebrális perfusio javítására indokolt az a. subclavia PTA-ja subclavian-steal effektus megszüntetése végett. PTA-t leggyakrabban subclavian-

steal syndrome miatt végzik (4, 10, 14, 23, 24, 28, 34). Az a. subclavia proximális szakaszán lévő szűkület miatt az a. vertebralis eredésénél kisebb lesz a vérnyomás, mint az a. basilarisban, így az a. vertebralisban a keringés iránya megfordul. Az a. subclavia proximális stenosisa így gyakran vertebrobasilaris insufficiencia tüneteit okozza, mint drop attack, egyensúlyzavar, forgó jellegű szédülés, corticalis látászavar, hányinger.

A felső végtag „claudicatioja” lényegesen ritkábban jelentkezik, mint az alsó végtagé. Ennek magyarázata a jó kollaterális hálózat, a felső végtag kisebb igénybevétele, és a megterhelést könnyebb elkerülni. A beteget panaszai nem készítik arra, hogy orvoshoz forduljon.

A felső végtag ischaemiája a következő esetekben szokatlan vezető tünet lenni: ha a szűkület az a. vertebralistól distalisan helyezkedik el; ha az a. vertebralis szűk lumenű, elzáródott, vagy külön ered az aortaívből; ha az a. subclavia szűkülete mellett distalis szűkület is jelen van.

Ha a beteg kezén trophikus zavarok, vagy nyugalmi fájdalom jelentkezik, revascularisatio feltétlenül indokolt. Enyhébb esetekben panaszainak súlyosságát és életvitelét kell mérlegelni revascularisatio előtt.

A betegek kiválasztásánál ideális esetnek rövid szakaszú stenosis tekinthető. Nem jelent kontraindikációt, ha a plaque excentrikus, vagy ha a szűkület hosszabb (3–4 cm-es) szakaszra terjed. A felsorolt típusokból sok esetben végeztünk beavatkozást jó eredménnyel, és irodalmi adatok is megerősítik álláspontunkat (2, 7, 8, 10, 11, 14).

Ha a szűkület involválja az a. vertebralis szájadékát, vagy ha a szűkület ellenére is anterograd vertebralis áramlás van, a vélemények megoszlanak a tágitás veszélyeiről (1, 6, 24, 27). Véleményünk szerint ilyen esetekben is elvégezhető a subclavia PTA (2. ábra).

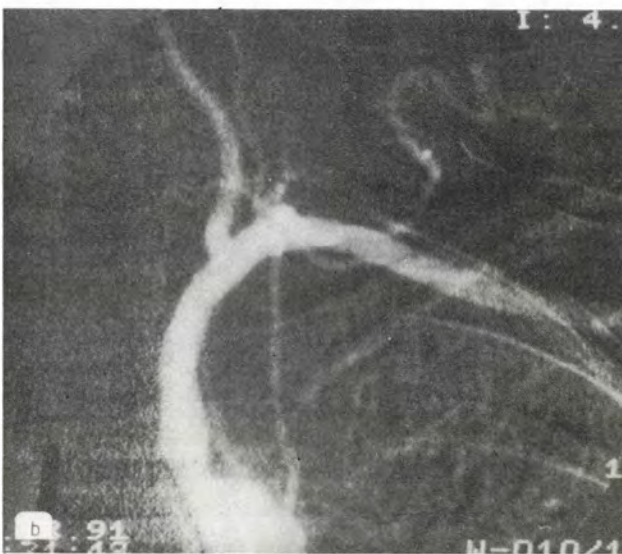
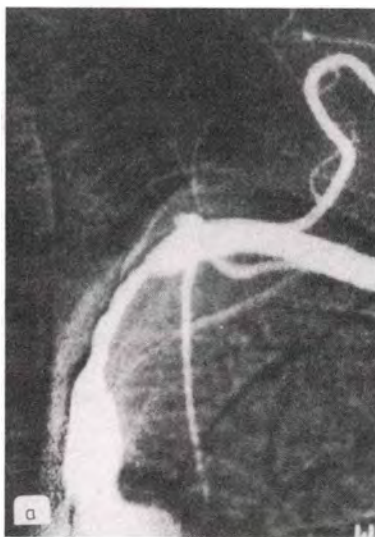
Hasonló a helyzet rövid szakaszú elzáródásokkal is, ezzel foglalkozó szakemberek véleménye nem egységes ebben a kérdésben. Occlusio tágitásának ellenzői azzal érvelnek, hogy az elzáródásnál nem szervült thrombus is lehet, ami distalis embolisatiót okozhat. (Ezzel szemben a klinikai képet figyelembe véve, az angiographia segítségével ennek a valószínűsége olyan alacsony, amit egy ilyen beavatkozásnál vállalni lehet).

Beavatkozásainkat femorális behatolásból végezzük, így részben a távolság miatt, másrészt, mert katéterünket több kanyarulatban kell keresztülviesztetni, a manőverezés már nehezebb, mint pl. az alsó végtagon. Axillaris behatolás ezeket a hátrányokat kiküszöböli, azonban ilyenkor a helyi szövődmények veszélye nagyobb, és a siker így sem biztos.

Kontraindikált a beavatkozás, ha a betegnek embolizációra utaló anamnézise van, vagy ha az angiographia friss thrombust mutat (27).

Az elváltozás etiológiája arteriosclerosis és Takayasu-arteritis (2. ábra) volt. Fibromuscularis dysplasia tágitása irodalmi adatok alapján javasolható, fenti anyagunkban igazoltan ilyen eset nem volt. Takayasu-arteritis esetén csak akkor végeztünk tágitást, ha aktív gyulladásra utaló klinikai jelei nem voltak észlelhetők (5, 15). Veszélyesített szűkület tágitását is sikerrel végeztük (13).

Külső kompresszió okozta szűkület (pl. TOS), traumás eredetű szűkület nem alkalmas PTA-ra.

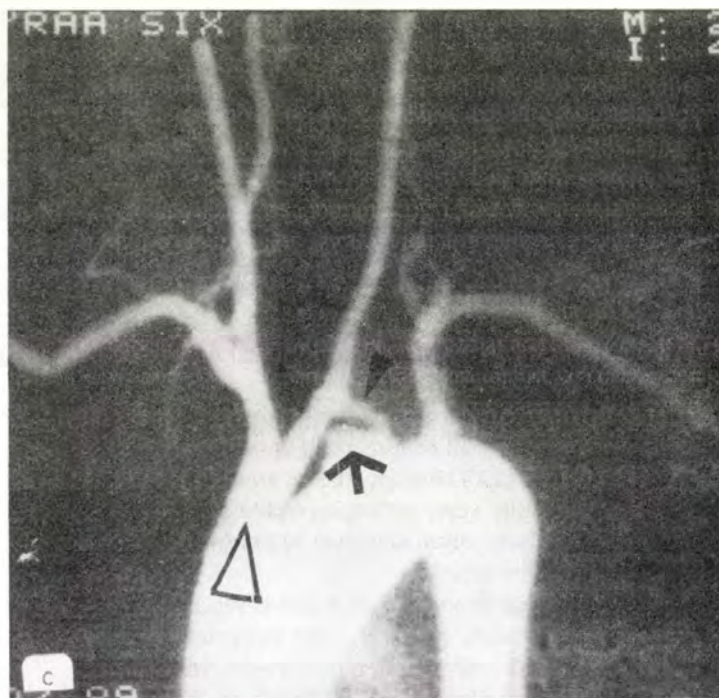


2. ábra: Hosszú szakaszú, a bal a. vertebralis eredését is magában foglaló szűkület PTA-ja.

A: szelektív vizsgálaton ábrázolódik a bal a. subclavia 3–4 cm hosszúságú szűkülete. A bal a. vertebralis nem telődik. B: Ballon dilatáció után készült szelektív vizsgálaton a bal a. subclavia jó lumenű. A bal a. vertebralis anterograd telődik. Jól látható, hogy a szűkület a bal a. vertebralis szájadékra is ráterjedt.

A supraaortikus ágak angioplasztikája technikailag kivitelezhető.

A közvetlen sikeresség szűkületek tekintetében kiemelkedően jó. Anyagunkban 96%, az irodalomban is 80–100% között van (4, 6, 8, 11, 24, 31, 32). Elzáródott subclavia szakasz PTA-ja már sokkal ellentmondásosabb. Femorális behatolásnál az elzáródott szakaszon való átjutás gyakran sikertelen, és közleményekben kis számú sikeres esetről számolnak be (11, 22, 32, 33). Van aki nem is javasolja, hogy az a. subclavia occlusióját PTA-val kezeljék (21). Axilláris vagy brachiális behatolásnál az elzáródott szakaszon könnyebb túljutni, de ilyenkor a helyi szövődmények kockázata nagyobb, a diagnosztikus angiographiát általában femorális behatolásból végezzük, így az axilláris punctio külön beavatkozást igényel. Ma-



3. ábra: Takayasu-arteritis okozta szűkület ballon dilatációja.

A: Szelektív vizsgálaton jól látható a bal a. subclavia szűkülete.

B: Az a. anonyma vizsgálatakor a bal a. vertebralison keresztül telődik a bal a. subclavia (↑).

C: Tágítás után készült arcographián a bal a. subclavia normális tágasságú, az a. vertebralis anterograd telődik. Az aortaív syndromában szenvedő nő betegnél a korábban aorto-anonyma és — carotis communis bypass műtétet végeztek (a beültetett Y graft △; az a. anonyma csontja ↑; a bal a. carotis comm. szűkült szakasza ▲)

gunk részéről, ha femorális artéria felől nem sikerült az elzáródott szakaszon túljutni, csak akkor próbáltuk meg az a. axilláris felől az a. subclavia PTA-t, ha a műtétnek kontraindikációja volt, mint pl. azonos oldali a. carotis comm. occlusio. Ellenkező esetben az érsebészeti megoldást választottuk. De e kérdésben az egyértelmű állásfoglalás még korai.

Dorros (7) 100%-os sikerrel alkalmazza elzáródott subclavia PTA-ra a brachiális behatolást.

Az a. subclavia PTA-ja alacsony szövődményrátaival jár.

A supraaortikus ágak PTA elterjedését késleltette a szövődményekről — elsősorban az agyi erek embolisációjától való félelem. Ha az a. vertebralis elzáródott, vagy az aor-

taívból ered, vagy ha a szűkület az a. vertebralis eredésétől distalisan van, agyi embolisatio gyakorlatilag nem fenyeget.

Subclavian-steal jelenségnél is kicsi a vertebralis embolisatio veszélye, mert a steal effectus a sikeres recanalizatio után is csak 10–20 sec-mal később válik ismét normálissá (26). Ha nincs steal effektus, vagy ha a szűkület elágazódásban van, többen ellenjavalltnak tartják a beavatkozás elvégzését (6). Magunk részéről ezekben az esetekben is javasoljuk a szűkületek kezelését PTA-val. Az embolisatio elkerülésére több technikai (17) vagy metodikai javaslat született (12), ezek azonban nem terjedtek el. Sem az irodalomban nem ismert, és saját anyagunkban sem fordult elő letális szövődmény subclavia és más supraaortikus ágak PTA-ja kapcsán. Négy esetben közöltek brachialis embolisatiót subclavia PTA után, mind a négy esetben elzáródott verőér tágítását végezték (7, 26, 34). Anyagunkban 2 betegnél alakult ki zavartság, ami néhány óra alatt oldódott. Agyinfarktus nem volt igazolható.

A behatolás helyén kialakuló vascularis szövődmények gyakorisága nem különbözik más invazív beavatkozás szövődmények gyakoriságától.

Az a. subclavia PTA-ja tartós tünetmentességet és hosszú távú nyitva maradási biztosít.

Az e témával foglalkozó irodalomban a hosszú távú nyitva maradás 83–100% között változik 13–37 hónapos átlagos nyomonkövetési idővel (4, 7, 8, 11, 21, 31, 34). Anyagunkban 40 hónapos átlagos nyomonkövetési idővel a hosszú távú nyitva maradás 90%-os.

A tünetmentesség és az átjárhatóság teljesen nem fedik át egymást (6). Kedvező esetben — anyagunkban két betegnél — a restenosis nem járt együtt a panaszok kiújulásával. Ez feltehetően az időközben kialakult kollaterális hálózatnak köszönhető. Kedvezőtlen esetben a tünetek jó lumennel átjárható a. subclavia mellett is kiújulhatnak. Ilyen panaszok karzsibbadás, karfájdalom, féloldali fejfájás, lehetnek neurogén eredetűek, vagy főként középkorú nőknél neurotikus superponatio is magyarázhatja. Ilyenkor mindig felvetődik, hogy a beteg panaszainak nem a valódi okát kezeltük az obliteratív érfolyamat recanalizációjával.

A PTA helyét nem lehet meghatározni anélkül, hogy az alternatív sebészeti megoldások eredményeit ne tekintenénk át. A mindennapi gyakorlatban a megfelelő terápiás módszer kiválasztásához figyelembe kell venni a beteg panaszait és életvitelét, korát, az elváltozás morfológiáját és etiológiáját, a beteg egyéb betegségeit, általános állapotát. Így a sebészeti megoldás és PTA közötti választást általában konzultáció előzi meg.

A PTA-nak vannak általános előnyei és hátrányai az érsebészeti megoldással szemben, attól függetlenül, hogy melyik érszakaszon végezzük.

Előnyök:

— A PTA mentes az anaesthesiologiai szövődményektől.

— Mentese a sebészeti feltárással és rekonstrukcióval összefüggő szövődményektől is, mint pl. sebfertőződés, idegsérülés, varratelégelenség, álaneurysma képződés.

— Kisebbséves veszteséggel jár.

— Az eddig felsoroltakból adódóan kisebb megterhelést ró a betegeknek, így idősebb, rossz általános állapotú betegeknek is elvégezhető.

— Nincs sebfelület, csak egy szűrt csatorna. Így a beavatkozás utáni gyógyulás sokkal gyorsabb. Intézetünkben 1–3 napon belül a supraaortikus ágak PTA-ja után betegeinket elbocsátjuk. De vannak intézetek, ahol csak néhány órát fektetik betegeiket, így ambulánsan is elvégzik a beavatkozást. Műtét után a beteg általában 5–8 napot tölt intézetünkben, így PTA révén az ápolási idő lecsökken, hamarabb helyreáll a munkaképesség. Mindez a költségek csökkenését hozza magával.

— Sikertelenség esetén a műtét változatlanul elvégezhető, míg fordítva ez nem adott.

— Restenosis esetén a PTA ismételhető, vagy érsebészeti rekonstrukció végezhető. Ilyenkor a korábban elvégzett PTA nem jelent hátrányt, míg az ismételt műtéti beavatkozások egyre kellemetlenebb helyzetet teremtenek.

Hátrányok:

— PTA-val az obliteratív érbetegségek viszonylag szűk csoportja kezelhető. Az érsebészeti megoldás ennél lényegesen tágabb spectrumot ölel fel. Általánosságban megállapíthatjuk, hogy PTA-val kezelt elváltozás műtéttel is kezelhető, míg fordítva ez nem igaz. Ez alól kivétel, hogy igen rossz kiáramlási pálya a tervezett műtéthez nem elégseges, azért a PTA számára elég jó lehet.

— PTA során az obstrukciót okozó elváltozást csak angiographián látjuk (angioscopia, intravasculáris UH használatának számos nehézsége van), így annak pathológiájáról csak közvetett információk van. Morzsalékony felrakódás, exulceratio egyértelműen nem zárható ki. Embolisatio sokkal kevésbé védhető ki, mint sebészeti beavatkozásnál.

Az a. subclavia esetében a következő alternatív eljárások használatosak:

— Subclavia direkt recanalizatio thoracotomiából, vagy ha elérhető, supraclaviculáris metszésből.

— Carotis-subclavia bypass autogén saphena vagy műanyag protézis beültetéssel. Ezzel funkcionálisan meg egyező a subclavia reimplantációja a carotis communisba. Feltétel, hogy a carotis rendszer ép legyen. Carotis shunt elkészítéséhez intraluminális shunt szükséges. Neurológiai szövődmény alakulhat ki. Jó indicatio mellett gyakorisága 1% alatt van (19), de 3%-os gyakoriságot is leközöltek (3). Az 5 éves nyitva maradás 90–95% (3, 19, 25), és az 5 éves tünetmentesség is 90% körül van.

— Subclavio-subclavia bypass: olyan betegeknek alkalmas, ahol az előzőekben részletezett extrathoracalis műtétek nem kivitelezhetőek (pl. carotis comm. occlusio). A hosszú távú nyitva maradás lényegesen rosszabb az előzőekben említett megoldásokénál. Az extrathoracalis műtétek mortalitása igen alacsony.

Általában nincs halálos szövődmény (16, 19, 20, 25), vagy 1% alatt van (3). Egyéb komplikációk mint: PTX, pleurális folyadék, chylothorax, nyiroksipoly, sebfertőződés, n. recurrens paresis az esetek 15–20%-ában is előfordulnak (16).

Összefoglalva megállapítható, hogy az a. subclavia PTA-ja technikailag kivitelezhető, alacsony szövődmény-

rátával jár, tartós hosszú távú nyitva maradási és tünetmentességet biztosít, és több előnye is van a műtéti megoldással szemben. Az a. subclavia symptomatikus szűkületeinek megoldására — az ismertetett megszorításokkal — PTA az elsődlegesen választandó módszer.

IRODALOM: 1. *Bachman, D. M., Kim, R. M.*: Transluminal Dilatation for Subclavian Steal Syndrome. *AJR*, 1980, 135, 995–996. — 2. *Bely, M., Marshall, J. J., Cowley, M. J. és mtsai*: Subclavian balloon angioplasty in the management of the coronary subclavian steal syndrome. *Cathet-Cardiovasc-Diagn.*, 1992, 25, 161–3. — 3. *Branchereau, A., Magnan, P. E., Espinoza, H. és mtsai*: Subclavian artery stenosis: Hemodynamic aspects and surgical outcome. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1990, 32, 604–612. — 4. *Burke, D. R., Gordon, R. L., Mishkin, J. D. és mtsai*: Percutaneous Transluminal Angioplasty of Subclavian Arteries. *Radiology*, 1987, 164, 699–704. — 5. *Castaneda-Zuniga, W. R., Formanek, A., Lillehei, R. C. és mtsai*: Nonsurgical treatment of Takayasu's disease. *Cardiovasc. Intervent Radiol.*, 1981, 4, 245–248. — 6. *Damuth, H. D., Diamond, A. B., Rappoport, A. S. és mtsai*: Angioplasty of subclavian artery stenosis proximal to the vertebral origin. *AJNR*, 1983, 4, 1239–1242. — 7. *Dorros, G., Lewin, R. F., Jamnadas, P. és mtsai*: Peripheral transluminal angioplasty of the subclavian and innominate arteries utilizing the brachial approach: Acute outcome and follow-up. *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis*, 1990, 19, 71–76. — 8. *Erbstein, R. A., Wholey, M. H., Smoot, S.*: Subclavian Artery Steal Syndrome: Treatment by Percutaneous Transluminal Angioplasty. *AJR*, 1988, 15, 291–294. — 9. *Feld, H., Nathan, P., Raniga, D. és mtsai*: Symptomatic angina secondary to coronary-subclavian steal syndrome treated successfully by percutaneous transluminal angioplasty of the subclavian artery. *Cathet-Cardiovasc-Diagn.*, 1992, 26, 12–4. — 10. *Gershoni, G. Basta, L., Hagan, A. D.*: Correction of subclavian artery stenosis by percutaneous angioplasty. *Cathet. Cardiovasc. Diagn.*, 1990, 21, 165–169. — 11. *Hebrang, A., Maskovic, J., Tomac, B.*: Percutaneous Transluminal angioplasty of the subclavian arteries. *AJR*, 1990, 156, 1091–1094. — 12. *Horváth L., Fiegler M.*: Arteria subclavia szűkülete kezelése per os fibrinolysissal és percutan transluminális angioplasztikával. *Orv. Hetil.*, 1982, 123, 1051–1053. — 13. *Hüttl K., Szilágyi L., Szabolcs Z. és mtsai*: Fel-nőttkori atípusos coarctatio aortae percutan transluminális angioplasztikája. *Orv. Hetil.*, 1992, 133, 1437–1439. — 14. *Insall, R. L., Lambert, D., Chamberlain, J. és mtsai*: Percutaneous Transluminal Angioplasty of the innominate, subclavian and axillary arteries. *Eur. J. Vasc. Surg.*, 1990, 4, 591–595. — 15. *Jae Hyung Park, Man Chung Han, Kim, S. H. és mtsai*: Takayasu arteritis: Angiographic findings and results of angioplasty.

AJR, 1989, 153, 1069–1074. — 16. *Kretschmer, G., Teleky, B., Marosi, L. és mtsai*: Obliterations of the proximal subclavian artery: to bypass or to anastomose. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1991, 32, 334–339. — 17. *Koike, T., Minakawa, T., Abe, H. és mtsai*: PTA of supra-aortic arteries with temporary balloon occlusion to avoid distal embolism. *Neurol-Med-Chir-Tokyo*, 1992, 32, 140–7. — 18. — 19. *Mogán I., Dzsini Cs., Acsády Gy. és mtsai*: Az arteria subclavia transposíciója az arteria carotis communisba: indikáció, technika, irodalmi áttekintés. *Magyar Sebészet*, 1983, 36, 201–207. — 20. *Mogán I., Nagy Z.*: Cerebrovascularis kór-képek. Szabó Z., Solti F., Nemes A.: *Angiológia*. Budapest, Medicina, 1990, 13. fejezet, 115–133. old. — 21. *Molnár F., Berentei E., Komáromi K. és mtsai*: Az a. subclavia percutan transluminális angioplasztikája. *Orv. Hetil.*, 1987, 128, 1241–1246. — 22. *Motarjeme, A., Keifer, J. W., Zuska, A. és mtsai*: Percutaneous transluminal angioplasty for treatment of subclavian steal. *Radiology*, 1985, 155, 611–638. — 23. *Nicholson, A. A., Kennan, N. M., Sheridan W. G. és mtsai*: Percutaneous transluminal angioplasty of the subclavian artery. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 1991, 73, 43–52. — 24. *Qi-J. P., Zeidler, E.*: Katheterdilatation der arteriellen Stenosen supraaortaler Gefäße und Spätergebnisse. *Rofo-Fortschr-Geb-Röntgenstr-Neuen-Bilbeg-Verfahr.*, 1991, 155, 357–62. — 25. *Raithel, D.*: Our experience of surgery for innominate and subclavian lesions. *J. Cardiovas. Surg.*, 1980, 21, 423–430. — 26. *Ringelstein, E. B., Zeumer, H.*: Delayed reversal of vertebral artery blood flow following percutaneous transluminal angioplasty for subclavian steal syndrome. *Neuroradiology*, 1984, 26, 189–198. — 27. *Sharma, S., Kaul, U., Rajani, M.*: Identifying high-risk patients for percutaneous transluminal angioplasty of subclavian and innominate arteries. *Acta-Radiol.*, 1991, 32, 381–5. — 28. *Sikula J., Kollár J., Aranz L.*: A bal arteria subclavia kezdeti szakaszán lévő szűkület percutan transluminális angioplasztikája (PTA). *Magyar Radiológia*, 1988, 62, 172–176. — 29. *Szilágyi L., Papp, S., Acsády, Gy. és mtsai*: Percutaneous transluminal angioplasty of the supraaortic arterial branches. *J. Cardiovasc. Surg.*, 1983, 24, 416. — 30. *Tesdal, I. K., Jaschke, W., Hauesin, H. és mtsai*: Perkutane transluminale Angioplastie der armversorgenden Arterien bei brachialer und zerebraler Ischaemie. *RÖFO*, 1991, 155, 363–369. — 31. *Vitek, J. J., Keller, F. S., Duvall, E. R. és mtsai*: Brachiocephalic Artery Dilation by Percutaneous Transluminal Angioplasty. *Radiology*, 1986, 158, 779–785. — 32. *Whitaker, S. C., Gregson, R. H.*: Case report: occlusion of subclavian artery treated by percutaneous angioplasty. *Clin-Radiol.*, 1991, 44, 199–200. — 33. *Wilms, G., Baert, A., Dewaele, D. és mtsai*: Percutaneous Transluminal Angioplasty of the Subclavian Artery: Early and Late Results. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, 1987, 10, 123.

(Hüttl Kálmán dr. Budapest, Pf. 8. 1525)

HÁZIORVOSI ÉS KÓRHÁZI ALKALMAZÁSRA AJÁNLJUK:

MINI- VASCULAR DOPPLER: véráramlás mérő. (Artériás és vénás áramlási sebességet ultrahangos elven mér.)	29.900 Ft+ÁFA
PARESTYM: nervus peroneus parézist kezelő készülék. (Gyógyászati segédeszköz. Felírható ideggyógyász szakorvos által.)	8.800 Ft+ÁFA
PORTADYN: galvánáramú és diadinamikus készülék. (Hordozható, fizikoterápiás eszköz, otthoni kezelésre is alkalmas.)	21.400 Ft +ÁFA
PORTASTYM: elektroterápiás ingeráramú műszer. (Hordozható készülék. Alapellátásra és otthoni kezelésre.)	21.900 Ft+ÁFA



ELECTRONIC ENGINEERING Kft. 1047 Budapest Fóti út 56.
Telefon: 160-1670/68 Fax: 160-3420 Üzenet rögzítő: 221-0603

A malária kemoprofilaxis jelenlegi lehetőségei

Bálint Gábor Sándor dr.*

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Ideg- és Elmeegógyászati Klinika, Klinikai Farmakológiai Laboratórium

Az utóbbi években világszerte jelentősen megnőtt a chloroquine-rezisztens *Pl. falciparum* okozta maláriás esetek száma. Ez a tény nemcsak a terápiában, de a malária kemoprofilaxisában is jelentős problémákat okoz. A jelenleg kialakult és a WHO által is jóváhagyott alapelvek szerint a profilaxis első vonalát a mefloquine (Lariam) alkalmazása jelenti, s minden más gyógyszer csak akkor jön szóba, ha a mefloquine alkalmazásának valamilyen akadálya van. Halofantrine (Halfan) vagy az úgynevezett „kettős támadáspontú” szerek (mint például a Fansidar) profilaktikumkénti alkalmazása a jelenlegi álláspont szerint nem javasolható.

Kulcsszavak: malária, kemoprofilaxis

Napjainkban nagyon sok szerző a legfontosabb parazitás megbetegedésnek a maláriát tartja. Ha ez (talán) nem is felel meg a teljes igazságnak, az kétségtelen tény, hogy jelenleg a Föld lakosságából több, mint 2 milliárd ember él olyan területen, ahol ez a betegség előfordul; az éves új megbetegedések száma 200–300 millióra tehető, a halálozások száma pedig 2–3 millió fő évente (8). Említést érdemel még az a tény is, hogy mind a megbetegedések, mind pedig a halálozások döntő többsége Afrika szubszaharai (trópusi) területére esik (6).

Az is vitathatatlan, hogy az elmúlt 10 évben, a várakozások ellenére, a világ maláriahelyzete jelentősen rosszabbodott, melynek legfontosabb okai a következők:

I. A malária-paraziták rezisztenciájának növekedése a rendelkezésre álló gyógyszerekkel szemben;

II. A betegséget terjesztő vektorok (*Anopheles*-fajú szúnyogok) rezisztenciájának növekedése a rovarirtókkal szemben;

III. Szocio-ökonómiai problémák. (A népesség növekedésével nem jár együtt a rendelkezésre álló anyagi eszközök növekedése.)

IV. A migráció megnövekedése a világban. (Turizmus, — a non-immun populáció tömeges megjelenése fertőzött területeken.)

Annak ellenére, hogy a malária a legnagyobb közegészségügyi problémát elsősorban a fejlődő világ trópusi és

Malaria chemoprophylaxis: a present-day overview. The number of chloroquine-resistant *Pl. falciparum* malaria cases in the last decade dramatically increased. This fact causes significant problems not only in the therapy but in the malaria chemoprophylaxis as well. Presently, — in accordance with the WHO's recommendations, — the drug of choice in the malaria chemoprophylaxis is mefloquine. Other drugs can be used only when there is a problem (medical or other) in mefloquine-use. Halofantrine (Halfan) or the so-called „double-acting” drugs (e. g. Fansidar) are not recommended in the malaria chemoprophylaxis.

Key words: malaria, chemoprophylaxis

szubtrópusi országaiban jelenti, a turizmus említett fejlődése miatt egyre kevésbé elhanyagolható kérdés ez a fejlett országokban is.

Egyes becslések szerint mintegy évi 30 000 főre tehető azon nyugati (európai és amerikai) turisták száma, akik maláriás fertőzéssel térnek haza egzotikus útjaikról (2).

Igaz, hogy nálunk csak behurcolt formában fordul elő manifeszt maláriás megbetegedés (évek óta átlagosan havonta 1–3 új esettel), ám az utóbbi években a turizmus növekedése a trópusi területek felé igen jelentős, és így a kemoprofilaxis egyre fontosabb kérdés lehet hazánkban is.

Nem érdektelen tehát áttekinteni, hogy a jelzett problémák tükrében milyen lehetőségek állnak rendelkezésünkre a kilencvenes évek közepén, a betegség (lehetőség szerinti) megelőzésére?

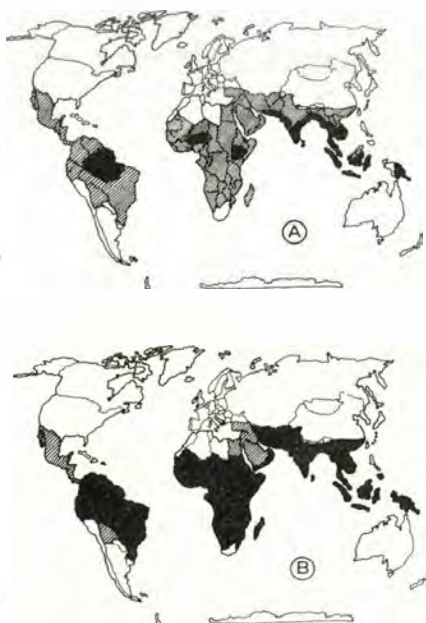
Jelen munkánkban célul tűztük ki, hogy — számos egyéb, fontos szempont figyelmen kívül hagyásával (pl. terápia) — csupán a malária-kemoprofilaxis jelenlegi lehetőségeit tekintsük át.

Elméletileg megfelelő gyógyszer megfelelő alkalmazásával sikeresen lehet védeni a fertőzéstől egy adott terület majdnem teljes populációját. *Gyakorlatilag* azonban ez koránt sincs így.

Az emberi maláriás eseteknek 40–60%-át a *Plasmodium falciparum* okozza, és ugyanezen véglény felelős a halállal végződő esetek több, mint 95%-áért. Egyébként az összes *falciparum*-esetek kb. 1%-a halálos (11).

A *Plasmodium vivax* körülbelül 30–40%-át okozza a fertőzéseknek, s a másik két plazmódium-fajta, a *Plasmodium malariae* és a *Plasmodium ovale* tulajdonképp csak

* Előző munkahelye: Addis Ababai Egyetem Gyógyszertani Intézete, Addis Ababa, Etiópia



1. ábra: A malária előfordulása a világon. Fekete: a chloroquine-rezisztens *falciparum*-malária előfordulási lehetősége; Csíkozott: chloroquine-érzékeny *falciparum* és egyéb plazmódiumok okozta maláriás megbetegedés lehetősége. A: világhelyzet az 1980-as évek közepén; (ref. 7.) B: világhelyzet 1992/93-ban (Ref. 2, 11).

elenyésző számban felelős a fertőzésekért, illetve a halálos kimenetelű megbetegedésekért (5).

A világ malária helyzetének a már említett jelentős rosszabbodása alapvetően arra a tényre vezethető vissza, hogy az elmúlt évtizedben a *Pl. falciparum* jelentős mértékben rezisztenssé vált a rendelkezésünkre álló gyógyszerekkel szemben, — komoly közegészségügyi problémát okozva ezzel nemcsak a megelőzés, hanem a gyógyítás területén is (1, 3, 10).

Ismeretes ugyanis, hogy a legutóbbi időkig nemcsak a gyógykezelésben, de a megelőzésben is, a legfontosabb gyógyszerünk a *chloroquine* (Delagil) volt. A malária helyzet jelentős rosszabbodását tehát úgy foglalhatjuk röviden össze, hogy igen jelentős mértékben növekedett a *chloroquine*-rezisztens *Pl. falciparum* maláriás esetek száma (4, 7).

Ily módon teljesen nyilvánvaló, hogy a *chloroquine* használata a kemoprofilaxisban is nagymértékben kérdésessé vált.

Várnai 1986-ban kiadott könyvében (9) a *proguanil* (Paludrin) és a *pyrimethamine*-t (Tindurin) említi (akkor igen helyesen!) első helyen — szinte kizárólagosan — mint olyan gyógyszereket, melyeket elsődlegesen használhatunk profilaktikus célra valamennyi plazmódium-fajttával szemben.

Azóta a helyzet drámaian megváltozott. Amint az az 1. ábrán látható, a világon túlnyomó többségbe került a maláriával fertőzött területeken a *chloroquine*-rezisztens *falciparum*-malária előfordulásának lehetősége. A *chloroquine*-érzékeny (elsősorban nem *Pl. falciparum* okozta) megbetegedések előfordulási területe jelentéktelenné zsugorodott. Ezen tényről szükségszerűen figyelembe kell vennünk nemcsak a terápiában, hanem a malária kemoprofilaxis kialakítása során is.

Milyen lehetőségeink vannak tehát pillanatnyilag arra, hogy kielégítő profilaxisban részesítsük mindazokat, akik malária-endémiás területre utaznak?

Alapvető annak ismerete, hogy semmiféle malária-ellenes profilaxis nem nyújt teljes védelmet a fertőzéssel, illetve a manifeszt megbetegedéssel szemben! Amennyiben az első lehetséges fertőzés idejétől számított 7. naptól az utolsó lehetséges fertőzés idejétől számított további 2 hónapig, akár egyedül, akár más tünetekkel együtt, *láz* lép fel, gondolnunk kell malária lehetőségére! *Pl. falciparum* fertőzés esetén — mely fatális lehet —, a páciens túlélését elsősorban a korai diagnózis és az időben elkezdett megfelelő kezelés határozza meg (3).

A fentiek előrebocsátása után a profilaxis területén az alábbi megállapításokat tehetjük (1. táblázat):

1. Amennyiben az utazás olyan területre történik, ahol még *chloroquine*-rezisztens *Pl. falciparum* eseteket nem jelentettek — Mexikó, Közép-Amerika, Bolívia, Egyiptom, az Arab-félsziget és a Közel-kelet országai, — úgy heti egy alkalommal történő *chloroquine*-profilaxis elrendelése a követendő. A gyógyszer szedését 1–2 héttel az utazás megkezdése előtt kell elkezdni, és folyamatos szedés mellett a maláriás terület elhagyása után 4 hétig kell folytatni. A javasolt felnőtt dózis: 5 mg/kg *chloroquine*-bázis, vagy 8,3 mg/kg *chloroquine*-só formájában, orálisan, egyszer egy héten, lehetőleg mindig ugyanazon a napon. Ez megfelel a magyar Delagil-ből 2 tbl. hetenkénti dózisnak.

2. Amennyiben a beutazás olyan területre történik, ahol *chloroquine*-rezisztens *Pl. falciparum* fertőzés lehetséges, úgy *mefloquine* (Lariam) adása jön szóba, *monodrug-profilaxisként*. Szintén 1–2 héttel az utazás megkezdése előtt kell a gyógyszer szedését megkezdni, és folyamatos

1. táblázat: A malária kemoprofilaxisban leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek néhány farmakokinetikai jellemzője

Gyógyszer	Felszívódás	Plazma csúscsökkentő koncentráció elérése (órák)	Fél élet-idő
Chloroquine	Gyors és teljes	1– 3	Több, mint 21 nap
Mefloquine	Gyors	2–12	15– 33 nap
Pyrimethamine	Gyors és teljes	2– 6	80–100 óra
Proguanil	Gyors	3– 4	6– 8 óra
Tetracyclin	Bizonytalan és inkomplett	3– 4	Kb. 8,5 óra

alkalmazás mellett, a fertőzött terület elhagyása után 4 hétig szedendő.

Ajánlott *felnőtt* dózisa: 228 mg bázis, vagy 250 mg só orálisan, hetenként egy alkalommal, lehetőleg mindig ugyanazon a napon. Ez az adag általában (az adott készítménytől függően), heti 1 tbl-nak felel meg. (Hazai készítmény nincs forgalomban, a nemzetközi piacon a „Lariam” a legismertebb).

A fenti két „*alap esetet*” természetesen bizonyos tények módosíthatják:

3. Huzamos — több évig tartó (munkavállalás, emigráció stb.) — chloroquine-profilaxis alkalmazása esetén feltétlenül szükséges a szer esetleges késői mellékhatását, a lehetséges retinakárosodást figyelembe venni. E károsodás valószínűsége csak kb. 100 g össz mennyiségben elfogyasztott chloroquine-bázis esetében látszik valósnak. Ez mintegy 4 évi, folyamatos chloroquine szedésnek felel meg, mely után egyes szerzők véleménye szerint a szert többé profilaktikumként már nem alkalmazhatjuk. (Kumulálódó hatás.) Terápiás célra viszont igen, mert ott csak rövid ideig adjuk.

A chloroquine egyéb mellékhatásai a megadott dózisú profilaxisban viszont elhanyagolhatóak. (Természetesen ezen megállapítás nem vonatkozik az esetlegesen meglévő, vagy akutan fellépő allergiás tünetekre.)

4. Bármilyen okból is szükséges a chloroquine profilaktikus alkalmazását megszüntetni, helyettesítésére a *pyrimethamine* (Tindurin), esetleg a *pyrimethamine* + *proguanil* (Paludrin, magyar készítmény nincs) kombináció is szóba jöhet. Érdemes megemlíteni, hogy ezen, 4. pontbeli lehetőségek sem a WHO (11), sem pedig az Egyesült Államokbeli Centers for Disease Control (2) hivatalos ajánlásai között már *nem szerepelnek*. Ennek valószínű oka egyrészt a *limitált hatékonyság*, másrészt a proguanil szedésével kapcsolatos *kényelmetlenség*.

Amennyiben mégis arra lennénk kényszerülve, hogy a fenti profilaxis alkalmazását javalljuk, úgy annak *felnőtt* dózírózása a következő: heti egy alkalommal, lehetőleg mindig ugyanazon a napon (itt ennek különös jelentősége van, a szer fél életidejének ismerete alapján!), orálisan, 25–50 mg (1–2 tbl.) pyrimethamine; kombinációban ehhez a *heti* adaghoz járul még orálisan, *napi* 200 mg proguanil (2 tbl. Paludrin).

Ezen, 4. pontbeli profilaxis lehetőségét elsősorban, a rendelkezésre álló anyagi erők figyelembevételével — afrikai szerzők ajánlják, mint egyáltalán szóba jöhető *szükségmegoldást* (6).

5. Szükséges még megemlíteni, hogy a proguanilt egy magában, mint monodrug profilaxist nem, vagy csak igen kivételesen alkalmazzuk. Szóba jöhet viszont kombinációs alkalmazásban a fenti napi dózisban, chloroquinnal együttadva, különösen olyan területeken, ahol *Pl. vivax* fertőzés lehetősége áll fenn (6).

Mindezen túl, elképzelhető még a *chloroquine* + *proguanil* kombináció profilaktikus alkalmazása olyan földrajzi területen is, ahol ugyan előfordul(hat) chloroquine-rezisztens *Pl. falciparum* fertőzés, de *nem áll rendelkezésre mefloquine*. Ilyen esetben a kombináció csökkent(het)i az esetlegesen fellépő betegség súlyosságát.

6. Amennyiben valamilyen okból kifolyólag nem áll módunkban mefloquine-profilaxist bevezetni, úgy a WHO és a CDC álláspontja szerint *nem* a 4. pontban ismertetett lehetőségeket, hanem *doxycyclin* monodrug profilaxist kell alkalmaznunk. Ennek *napi, felnőtt* dózisa: 100 mg orálisan. (Ez megfelel a magyar készítményből 1 kapszulának naponta.) Amennyiben a megelőzés ezen formáját választjuk, úgy a páciensek figyelmét fel kell hívunk arra a tényre, hogy a szer ilyen irányú használata során esetleg fellépő mellékhatásokat még nem ismerjük kellően, illetve a doxycyclin profilaxis kezdete a fertőzött területre való beutazás előtt kettő nap, és befejezése — hasonlóan más szerekhez —, a fertőzött terület elhagyása után négy hét.

7. Feltétlenül szükséges még kiemelni az alábbiakat:

I. Az általunk megadott dózisok minden esetben egészséges, maláriaellenes immunitással nem rendelkező felnőttekre vonatkoznak. Idősek, legyengültek, gyermekek és terhesek maláriaellenes kemoprofilaxisa *speciális kérdés*, — ilyen esetekben a tervezett utazás előtt ki kell kérni (a megfelelően képzett) orvos tanácsát, illetve utasításait.

II. Az 5. pontban említett chloroquine + proguanil kombinációt a WHO csak mintegy harmadik (esetleges) lehetőségként ismerteti, annak kihangsúlyozásával, hogy az Délkelet-Ázsiában *nem* alkalmazható, annak hatástalansága miatt.

III. Végül, de nem utolsósorban igen határozottan ki kell jelteni, hogy az úgynevezett „kettős támadáspontú” kombinált készítmények, mint pl. a Fansidar, vagy a *terápiába* újonnan bevezetett *halofantrine* (Halfan) egyértelműen *nem* alkalmazhatók profilaktikus célra!

IV. Speciális, hazai probléma, hogy Magyarországon a mefloquine (Lariam) nem törzskönyvezett gyógyszer, így nehezen beszerezhető. Emiatt az látszik célszerűnek, hogy a magyar orvosok malária-endémiás területre utazók számára a chloroquine (Delagil) profilaxist ajánlják és rendeljék azzal a feltétlen kiegészítéssel, hogy amennyiben chloroquine-rezisztens *Pl. falciparum* fertőzött területről van szó, ott az adott országban szerezzék be a mefloquine-t és váltsanak át annak szedésére.

IRODALOM: 1. *American Association for the Advancement of Science: Malaria and Development in Africa*. AAAS, Washington, D. C., 1991, 225. old. — 2. *Centers for Disease Control: Health Information for International Travel*, 1992. (Updated Annually.) US Dept. of Health and Human Services, Atlanta, GA., 1992, 172. old. — 3. *Gilles, H. M.: Management of Severe and Complicated Malaria*. WHO, Geneva, 1991, 56. old. — 4. *Harinasuta, T., Bunnag, D.: Practical point in the management of malaria*. Med. Forum, 1988, 29, 4–10. — 5. *Hoffman, S. L.: Diagnosis, treatment and prevention of malaria*. Med. Clin. N. America, 1992, 76, 1327–1355. — 6. *Parry, E. H. O.: Principles of Medicine in Africa*. 2nd Ed., ELBS, Oxford Univ. Press, Oxford, 1986, 1119. old. — 7. *Peters, W., Gilles, H. M.: A Colour Atlas of Tropical Medicine and Parasitology*, 3rd Ed., Wolfe Med. Publ. Ltd., London, 1989, 240. old. — 8. *Stonchler, D.: Malaria: How much is there world-wide?* Parasitol. Today, 1989, 5, 39–40. — 9. *Várnai, F.: Trópusi betegségek*. 3. kiadás, Medicina, Budapest, 1987, 502. — 10. *WHO: Practical chemotherapy of malaria*. WHO Techn. Rep. Ser., No: 805, WHO, Geneva, 1990. — 11. *WHO: International travel and health*. Ed. 1992. (Updated annually.) WHO, Geneva, 1992, 96.

(Bálint Gábor Sándor dr. Szeged, Pf., 397. 6701)

Amilorid comp.

Pharmavit tabletta

A külföldön évek óta sikeresen alkalmazott Amilorid tabletta megjelent Magyarországon.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS-TÁMOGATÁS MÉRTÉKE: 80%

Az **Amilorid comp. Pharmavit tabletta** a vizelethajtó terápiában gyakran alkalmazott hydrochlorothiazid és a tartós hatású kálium spóroló amilorid fix dózisú kombinációja. Az **Amilorid comp. Pharmavit tablettában** a hydrochlorothiazid növeli a nátrium- és klorid ion, valamint a kálium- és a magnézium ion kiválasztását.

Az **amilorid** is fokozza a nátrium- és a klorid ion kiválasztását, de ugyanakkor gátolja a kálium ion kiürítését. A két hatóanyag hypokalemiát okozó mellékhatás nélkül együttesen fokozott vizelethajtó hatású. A kombináció alkalmazásával nem alakul ki a vizelethajtókra jellemző, kálium szintet csökkentő mellékhatás.

Az **Amilorid comp. Pharmavit tabletta** nemcsak a magas vérnyomás terápiájában, hanem a szív- és májbetegségek ödémás állapotának kezelésére is alkalmazható.

- **Kombinált diuretikus készítmény**
- **Hypertonia** kezelésére
- **Pangásos szívbetegség** kezelésére
- **Pangásos májbetegség** kezelésére
- **Csökken, illetve megszűnik a káliumvesztés**
- **Alkalmazásakor nincs szükség kálium pótlásra.**

Hatóanyagok: 50 mg hydrochlorothiazidum, 5 mg amiloridum chloratum /amiloridum chloratum dihydricum (5,68 mg) formájában/ tablettánként.

Javallatok: Káliummegtakarító diuretikus kezelés elsősorban hypertoniában, ill. krónikus szívelégtelenségben (digitalizáltak, arhythmias betegek), továbbá májcirrhosishoz társuló ascites esetén. Adható önállóan, ill. kombinációban (pl. más vérnyomáscsökkentővel, beta-blokkolóval). Súlyos oedémás állapotokban ajánlatos a kezelést más, gyors hatású diureticummal kezdeni, majd áttermi az Amilorid comp. tablettára.

Adagolás: A tablettákat étkezés után kevés folyadékkal kell bevenni.

Hypertonia kezelésére: általában napi 1-2 alkalommal /reggel és délben/ 1 tablettát. Fenntartó kezelés esetén kisebb dózis is elegendő lehet.

Oedémák lecsapolására: a kezelés kezdetén naponta 1-2 alkalommal /reggel és délben/ 1 tablettát javasolt. A megkívánt hatástól függően a dózis maximum napi 4 tablettára emelhető. Ezt a maximális dózist nem szabad túllépni, mivel a szérum kálium szintje megemelkedhet. Az adagolás a továbbiakban az oedémák kiürülésétől függ. A fenntartó dózis kielégítő diurézis esetén csökkenthető, általában napi 1/2 tablettát, vagy másnaponta 1 tablettát. Mivel a diuretikumokra az idősebb betegek különösen érzékenyek, a dózis csökkentése szükségessé válhat.

Beszűkült vesefunkciójú betegeknél: a dózist csökkenteni, ill. az adagolás intervallumát növelni kell.



Gyártja: **PHARMAVIT**
Gyógyszergyár
Veresegyház

Receptírásnál ne feledje!

Hatóanyagnév + Pharmavit

Az alsó légutak és a tüdő primaer malignus melanomája

Barzó Pál dr., Tuka Piroska dr.¹, Minik Károly dr.² és Kiss János István dr.³

Szent Ferenc Kórház Miskolc, III. Tüdőbelgyógyászat (főorvos: Barzó Pál dr.)

Semmelweis Kórház, Miskolc, Patológia (főorvos: Kereszturi Sándor dr.)¹

Megyei Kórház, Miskolc, Patológia (főorvos: Minik Károly dr.)²

Semmelweis Kórház, Miskolc, Általános Sebészeti és Mellkassebészeti Osztály (főorvos: Kiss János István dr.)³

A szerzők a nemzetközi szakirodalom áttanulmányozása-skor, saját két betegükkel együtt, csak 18 primaer alsó légúti és/vagy tüdő malignus melanomának tartható esettel találkoztak. Az elfogadott kritériumok közül vitatják az obdukciónak *kizárólagos* bizonyító szerepét, mivel éppen a primaernek elfogadható betegek között található a legtöbb, akár egy évtizedet is túlélő. A daganat mindkét nemet egyformán érintette; 7 alkalommal endobronchialis, egy ízben a tracheában helyezkedett el. Endobronchialis és a hozzá tartozó tüdőterületen együttesen 2 egyénben, csak parenchymában 8 betegben mutatkozott. A 18 közül 14 esetben történt eredményes resectio. A túlélést elsősorban a daganat kiterjedésétől függő operabilitás befolyásolta. A képalkotó eljárások mellett a bronchosopia és az így nyert biopatum szövettani vizsgálata az egyéb daganatoknál megszokottól is nagyobb szerepet játszik a tumor primaer voltának, elhelyezkedésének, operabilitásának, illetve a műtét típusának meghatározásában. Ugyanis csak az operált betegek számíthatnak hosszú túlélésre.

Kulcsszavak: melanoma malignum, primaer, bronchusban, tüdőben

A primaer malignus melanomák 88%-a a bőrben vagy a szemben fejlődik ki (11). Elsődleges tumorként lényegesen kevésbé gyakoriak a szájüregben, felső légutakban, az oesophagusban, májban, epehólyagban, ovariumban, cervixben, uterusban, az urogenitalis rendszerben és a leptomeninxen. Amíg a malignus melanoma előszeretettel metastaticus tumorként (a bőr eredetűek 7–9%-ában, összességében az autopsziák 2%-ában) fordul elő az alsó légzőtraktusban és/vagy a tüdőben (10, 16), addig az ilyen elhelyezkedést mutató primaer forma rendkívül ritka. A szóban forgó tumorok feltehetően az embryogenesis alatt a mesodermával és/vagy az endodermával vándorló benignus melanocytákból származnak (13, 29). Hasonló sejteket az oesophagus és gége mucosából is izoláltak, mely szervek a pulmonalis szisztéma részeként, a 6. kopolyútvívből erednek. Mindemellett benignus melanocyták jelenléte a bronchopulmonalis rendszerben nem megszokott (18). Más elképzelések szerint stimulus hatására hámsejtek, nyálkamirigyek, idegszöveti alkotórészek melanocytás metaplasziája szintén szóba jön (27). Mint lehetőség felmerül

Primary malignant melanoma of the lower respiratory tract and of the lung. After detailed analysis of the international special literature, the authors found — together with their own two patients — only 18 cases, considered primer malignant melanoma of the lower respiratory tract and/or lung. Of the accepted criteria, they dispute the obduction's *absolute* evidentiary role, because among primer patients there are the most who survives, even a decade. In seven cases tumour was located endobronchially and in one patient in the trachea. It was manifested endobronchially and on the dependent lung-areas, simultaneously in two patients and merely parenchymally, in eight. There was a successful resection in fourteen of 18 cases. Survival was influenced primarily by the operability depending on distension of the tumour. Besides procedures forming opinions, bronchoscopy and histological examinations of biopatum gained this way play a greater role than usual in determining the tumour's primarity, localisation, operability and type of surgery, respectively. Namely, only operated patients can rely on a long survival.

Key words: melanoma, primer malignant, bronchial, pulmonal, lower respiratory tract

a légzőszervekben található praecursor elemek — pl. Kultschitsky-sejtek — nemcsak neuroendocrin, hanem melanocytás differenciálódása is (8, 14, 15).

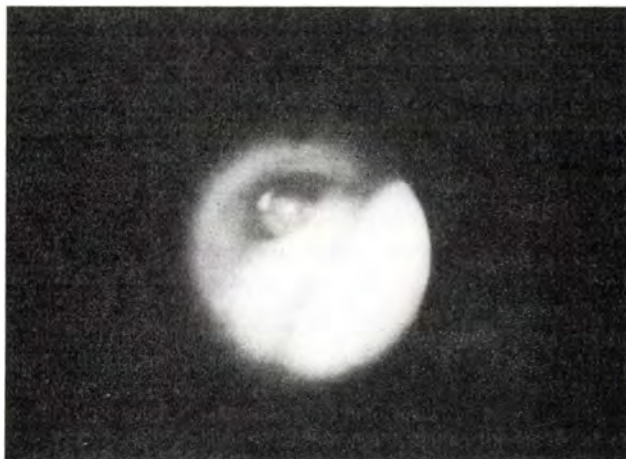
A nemzetközi szakirodalom alapos elemzése után úgy tűnik, hogy a primaernek tartható alsó légúti és/vagy pulmonalis malignus melanomák döntő többségét angol nyelvterületről közzétették; közöttük egy dán, francia valamint spanyol publikáció szerepel (1–5, 12, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 29, 30). Érdekesnek látjuk ezért két betegünkön szerzett megfigyeléseinkről és az eddigi kevés számú publikáció feldolgozása révén szerzett tapasztalatainkról beszámolni.

Esetismertetések

1. B. J.-né 43 éves nőbeteg, akinek távoli anamnesisében csak myoma miatti méheltávolítás szerepel, bal oldali rtg-árnyék miatt, belgyógyászati osztályról vettük át 1989. II. 03-án. Elmondása szerint néhány hete köhög, időnként lázas. A fizikális vizsgálat



1. ábra: Pa. mellkasfelvétel: A bal hilaris területre vetülő zöldreányi, kerekded árnyék

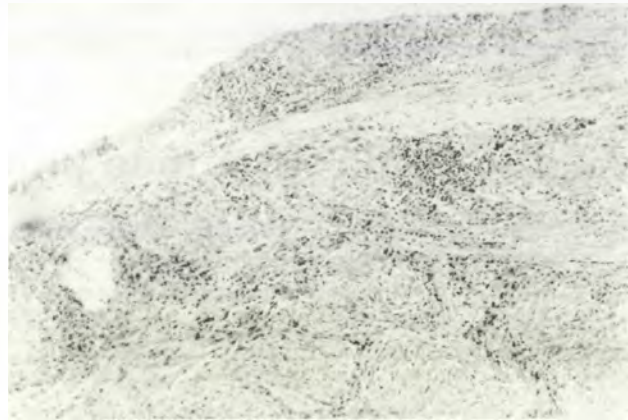


2. ábra: A bal felsőlebeny hörgő szájadékában kb. nagyborsónyi terimenagyobbodás

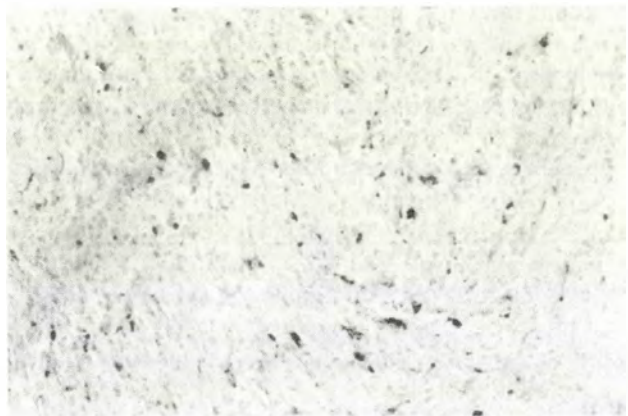
alkalmával a kültakarón elváltozást nem észleltünk, nyirokcsomót sehol nem tapintottunk. A pa. summatis és bal sagittalis síkú rétegfelvételeken a bal hilaris területre vetülő, kb. zöldreányi kerekded árnyék ábrázolódott (1. ábra). A bronchosopia során a bal felsőlebeny-hörgő szájadékában kb. nagyborsónyi, kissé egyenetlen felszínű, barnásszürke terimét találtunk (2. ábra). Az excidatum szövettani és citológiai vizsgálata alapján az elváltozást a tüdő ún. intermediar sejtes anaplasticus carcinomájának lehetett tartani, ami miatt 1989. 11. 22-én bal oldali pulmonectomiát végeztünk.

Patológiai és szövettani leírás Macroscopia: $18 \times 12 \times 3$ cm nagy, 290 g súlyú bal tüdő. A felső lebenybe vezető hörgő egyik ágának lumenébe borsónyi, szürkésbarnás szövet domborodik be. A daganatos hörgőfal szoros összefüggésben áll a hilusban lévő hatalmas nyirokcsomóval, amely $5 \times 4 \times 3,5$ cm nagy, egészében tumoros küllemű, részben szürkésfehér, részben sötét szürkésbarnás, füstszínű, puha, törekeny.

Microscopia: A porcós falú hörgő falának minden rétegét infiltráló tumor polypoid formában bedomborodik a hörgő lume-



3. ábra: Hyperchrom magvú orsósejtek, melyek részben különböző irányba haladó kötegekbe rendeződtek, néhol örvényes lefutásúak. Nagyítás: 10×10 . H. E. festés

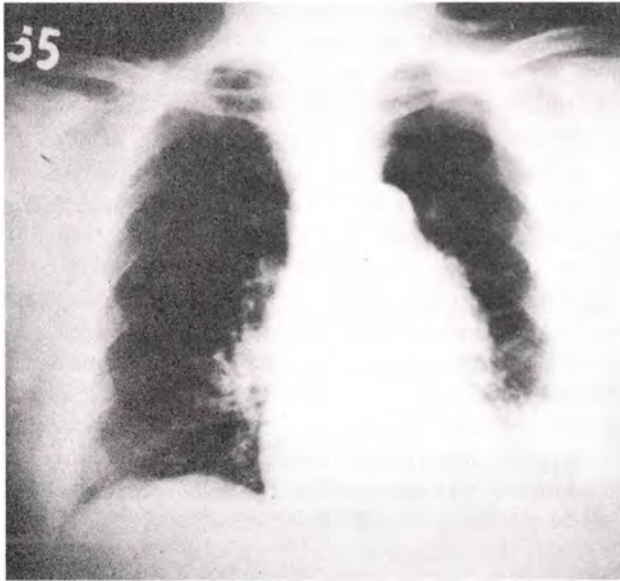


4. ábra: A daganatsejtekben tömeges barna pigment, nem egyenletes eloszlásban. Nagyítás: 10×16 . Ezüst festés

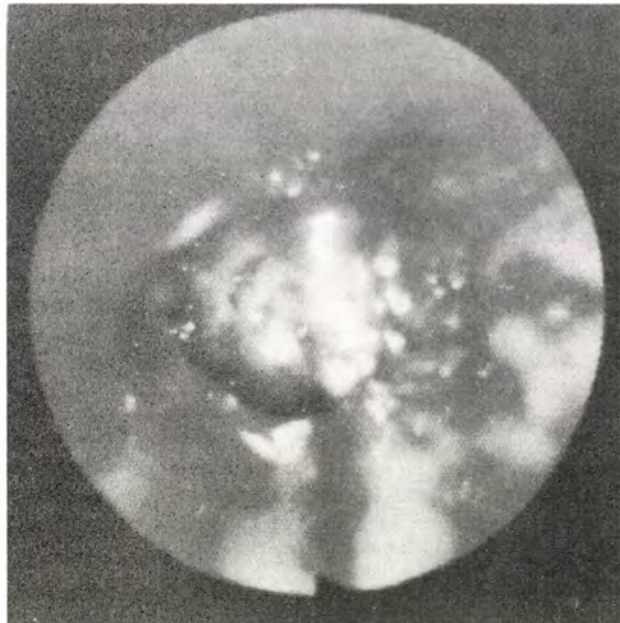
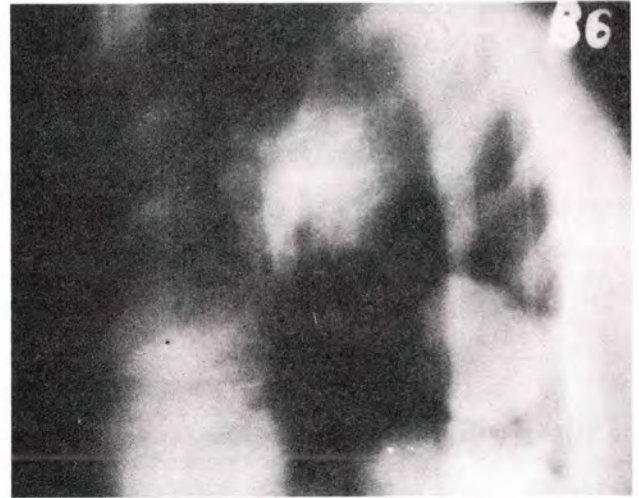
nébe. Felszínét részben typusos, csillószerű respiratoricus hám borítja, amelyben helyenként enyhén atypusos laphámsejtes metaplasia, másutt atypusos melanocytás hyperplasia észlelhető. A hám alatt egy helyen néhány naevoid sejtfészkek figyelhetők meg, amelyek beolvadnak a malignus tumorba. A felszínen néhány kis fekély látható. A daganat zömét hyperchrom magvú orsósejtek alkotják, ezek részben különböző irányba lefutó kötegekbe rendeződtek, néhol örvényes alakzatúak (3. ábra). A daganat sejtűs, de a magoszlások száma nem nagy. A daganatsejtekben látható tömeges barna pigment ezüstözéssel melaninnak bizonyult, a pigment eloszlása nem egyenletes (4. ábra). A nyirokcsomó szöveti szerkezete teljesen felismerhetetlen, egész állományát tumorszövet foglalja el. A daganat részben — a hörgőtumorhoz mindenben hasonlóan — fusocellularis szerkezetű és bőséges melanin-pigmentet tartalmaz, részben nagy, halvány, kerekded, vagy polygonalis sejtekből áll, amelyeknek nagy hólyagos magja és zömmel ballonizált cytoplasmája van. Ezen sejtekben sokkal kevesebb a melanin-pigment. Az utólag elvégzett HMB-45 melanoma marker kimutatás pozitív volt. A bal főhörgő resectió vonalában daganatszövet nem látható.

Diagnosis: Melanoma malignum bronchi lobi superioris pulmonis sinistri. Metastasis tumoris in lymphonodo hili pulmonis sinistri.

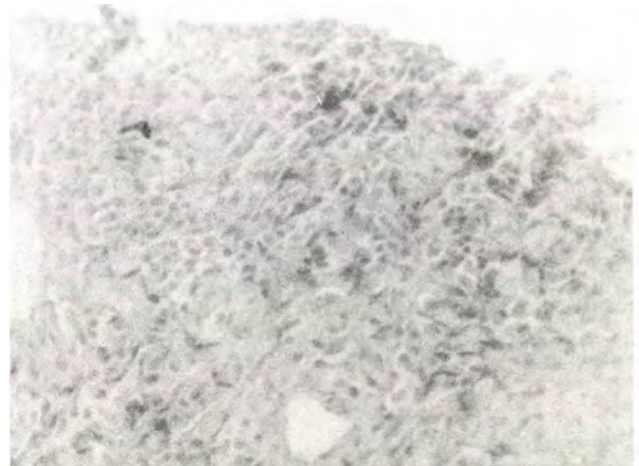
Vélemény: A leírt daganatot primaer bronchialis melanomának tartjuk. Ezt a következő morfológiai jelekkel támasztjuk alá: Egyetlen tumor található centralisan a bronchusra localisáltan, a lumenbe domborodó polypoid tumor felszínén a hámban atypusos melanocytás proliferatio és atypusos laphámsejtes me-



5. ábra: Pa. és bal oldalirányú rétegfelvétel: a bal S 8-9-10-re vetülő kisalmányi árnyék, a hilusban nyirokcsomó konglomeratum



6. ábra: A bal főhörgő alsó szakaszán, az alsólebeny hörgőből ráterjedő, a lument gombostűfejnyire beszűkítő burjánzás



7. ábra: A hörgőfalat infiltráló melanoblastokból álló daganatos burjánzás. Nagyítás: 65 ×. H. E. festés

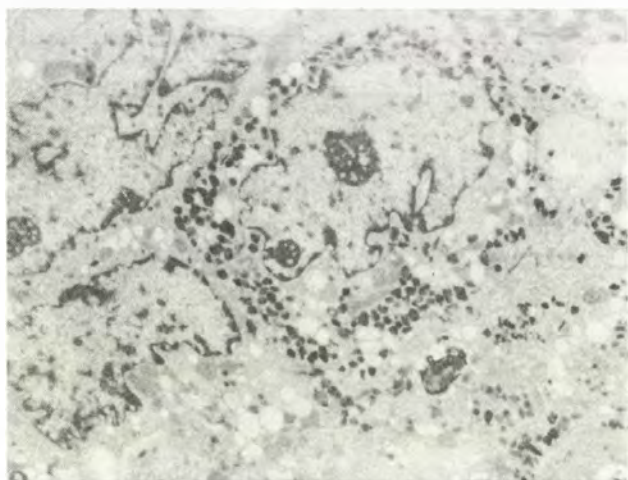
taplasia látható, valamint a hám alatt a melanomába beleolvadó naevoid sejtfészkek fedezhetők fel (3—4. ábra).

A postoperatív szak szövdménymentesen zajlott le. Ezután a Szikszói Kórház Onkológiai Osztályán egy éven át, 12 ciklusban Deticen (dacarbasin) terápiában részesítették (Tóth Imre dr.) a beteget.

A bal felsőlebeny-hörgőből kiinduló malignus melanoma metastatikus eredete a negatív bőrgyógyászati, fül-orr-gégészeti, szemészeti és nőgyógyászati, illetve hasi UH vizsgálatok alapján nagy valószínűséggel kizárható. A bőrön patológiás elváltozást soha nem találtak, excisiót a kültakaróból nem végeztek. A kéz-írat benyújtásakor a beteg a terheléses dyspnoetól eltekintve panaszmentes, 10 kg-os hízásról számolt be. Vizeletéből Thor-
mälén- és Jaksch-próbával melanint kimutatni nem sikerült.

2. K. L.-né 81 é. nőbeteg diffúz mellkasi fájdalmak, nehézlégzés, a bal S 8—9—10-et érintő kisalmányi árnyék, valamint a hilusban elhelyezkedő nyirokcsomó konglomerátum miatt (5. ábra) végeztünk bronchofiberscopiaát 1990. 11. 21-én. Ennek eredményeként a bal főhörgő alsó szakaszán, az alsólebeny-hörgőből ráterjedő, a lument gombostűfejnyire beszűkítő, a hörgőfalat infiltráló szürkésbarna burjánzást észleltünk (6. ábra). A lumen tágítása, ill. a drainage javítása érdekében a terime nagyságát kis darabok lecsipkedésével igyekeztünk csökkenteni. A leszívást és a lumen biztosítására irányuló bronchoscopyát 2 hét múlva megismételtük, mivel az első beavatkozás után a beteg megkönnyebbülésről számolt be.

Szövettani leírás: Sejtdús daganat, mely a nyálkahártya felszín is elérte. A sejtek szolid területet képező, középnagy, halvány, eosinophil plasmájú sejteknek felelnek meg, részben világos plasmával, melyben góckban finom, barnás, melanin jellegű pigment szemcsék bőven megfigyelhetők. A sejtmagvak hyperchrom ovoidok vagy megnyúltak, részben nagy nucleolussal. A sejttypia és a polymorphia kifejezett. Grimelius és Masson—Fontana ezüstözési eljárással a barnás pigment pozití-



8. ábra: Nagyszámú pramelanosomának, ill. melanosomának megfelelő elektrodens szemcsét tartalmazó daganatsejt. Eredeti nagyítás: 4000 ×

vitást mutatott. Immunhisztokémiai vizsgálattal a HMB-45 melanoma marker is pozitivitást adott. Mindezek alapján a diagnózis melanoma malignum.

Az excidatumban található barnás melanin jellegű pigmentet tartalmazó sejtekben, elektronmikroszkóposan is nagyszámú, elektrodens, pramelanosomának, ill. melanosomának megfelelő képlet volt kimutatható (7–8. ábra).

A beteg 4 hónapos megfigyelése alatt bekövetkezett kétszeri, összesen 23 napos kórházi tartózkodása idején végzett vizsgálatokkal a bronchopulmonalis rendszert kivéve, másutt malignus melanomának megfelelő elváltozást kimutatni nem tudunk. A bőrgyógyászati vizsgálat a bőr tüzetes áttekintése ellenére, melanomára gyanús képletet nem talált. Bőrexciúzióra életében soha nem került sor. Szemészeti, fül-orr-gégészeti, nőgyógyászati, neurológiai vizsgálat, hasi UH negatív.

A beteg légzési és keringési elégtelenség tünetei között történt elhalálása után, hozzátartozói a boncoláshoz nem járultak hozzá.

Megbeszélés

Az első hitelt érdemlő, a szakirodalom által is elismert primaer malignus bronchopulmonalis melanomát Salm (25) közölte 1963-ban. A későbbi publikációkban bemutatott kazuistikák egy részében kétségbe vonható az elsődleges tüdő vagy/és hörgő eredet (6, 7, 23, 24, 31). A legnagyobb gondot a folyamat metastaticus jellegének kizárása okozza, mivel van olyan vélemény, amely szerint a bőrben lévő tumor még akkor is nyom nélkül, spontán visszafejlődhet, amikor már áttétet adott (10, 28). A primaer melanoma esetleges ritka spontán regressziója után azonban általában később generalizálódás következik be (28). Ugyanakkor a metastaticus melanomák több mint 15%-ának háttérében rejtett primaer daganat áll (20). Jensen és Egedorf (19) már 1967-ben megfogalmazták azokat az elsősorban klinikai feltételeket, amelyeknek megléte szükséges ahhoz, hogy az alsó légutak primaer malignus melanomája nagy valószínűséggel kimondható legyen. Ezek a következők: 1. nem távolítottak el előzőleg pigmentált bőrdaganatot, ill. egyáltalán semmilyen bőrtumort; 2. szemdaganat eltávolítást, elsősorban enucleatiót nem végeztek; 3. a sebészi

mintában a tüdőtumor solitaer; 4. a daganat morfológiája primaer eredetűnek megfelel; 5. melanoma nem mutatható ki más szervben a műtét időpontjában; 6. az autopsia alkalmával primaer malignus melanoma nem található, különösen a bőrben vagy a szemben.

A tumor makroszkópos és mikroszkópos sajátosságai további bizonyítékot nyújthatnak annak alátámasztására, hogy a daganat az alsó légutakból indult ki (3, 9, 18, 25). Primaer folyamat mellett szól, ha a daganat polypoid és intraluminalisan helyezkedik el; a metastasisok általában disszeminált megjelenésűek. A hisztológiai feltételek a következők: 1. juncionális elváltozások a melanoma sejtek fészkes elhelyezkedésével vagy „lecsepegésével”; 2. melanoma sejtek inváziója a hörgő epitheliumban olyan területen, amely nincs kimaródva; 3. az intraepithelialis eltérések egyértelműen melanomának felelnek meg. Járulékos jelként tekintik a hörgőhámában naevusszerű elváltozás jelenlétét a daganat szomszédságában és szintén az epitheliumban az ún. melanoma kiöblösödést („flare”) a tumor tömegétől távolabb (3, 18, 25). Első esetünkben a felsorolt hisztológiai kívánalmak kimutathatóak voltak, második betegünkben az excidatumok kicsisége, ezek mindegyikének megtalálását nem tette lehetővé.

A szóban forgó kritériumokat általában érvényesnek fogadják el, noha közülük az autopszia — mint az a publikált esetek egy részében — nem mindig teljesíthető a műtétet követő többéves túlélés vagy más okok miatt. Egyébként az autopsziának szintén megvannak olykor a maga korlátai, különösen a primaer tumor — metastasis kérdésének egyértelmű megválaszolását illetően. Amennyiben tehát az obdukció semmiképpen nem teljesíthető, helyette az élőben végzett részletes és kiterjedt primaer daganat kutatás negatív eredménye elfogadható. A modern endoszkopos és képalkotó eljárások, valamint laboratóriumi vizsgálatok igénybevételével ugyanis a tévedések valószínűsége a minimumra csökkenthető. Ezért noha a Jensen és Egedorf (19) által felállított feltételeket az alsó légúti malignus melanoma primaer eredetének megállapítására továbbra is irányadónak kell tekinteni, a felmerülő eseteket az összes adatok részletes elemzése után, az ésszerűségnek megfelelően tanácsos minősíteni.

Mindkét betegünkben solitaer tumort verifikáltunk, az azonos oldali hilusban bekövetkezett metastasisal. A malignus melanomát a szövettani, hisztokémiai és elektronmikroszkópos vizsgálatok bizonyították. A daganat morfológiailag sem mutatott olyan jeleket, amelyek alapján áttétes eredet gyanúja merült volna fel.

A szakirodalomból nyert adatok alapján a primaer alsó légúti és/vagy tüdő malignus melanoma mindkét nemet csaknem egyformán érinti. A diagnózis felállításának időpontjában a legfiatalabb beteg 33, a legidősebb 81 éves volt. A 14 resecált (lobectomy és pneumonectomy) közül a publikációig tartó 3–4. évben 2, ill. 1 személy, 10 valamint 11 év elteltével egy-egy beteg élt. A 2–30. hónapban még életben lévők számát 3-nak találtuk. Öten haltak meg az operáltak közül 5 1/2–22 hónap között, egy trachea resection átesett beteg pedig postoperative. Egy sikeres, jobb alsó lobectomyisált túléléséről a szerzők nem nyilatkoztak.

A daganat 7 esetben endobronchialisán, egy betegben a tracheában helyezkedett el. Endobronchialisán és a hozzá tartozó tüdőterületen együttesen 2 egyénben, csak parenchymásan 8 betegben mutatkozott, ami a bronchosopia kiemelt diagnosztikus fontosságára hívja fel a figyelmet. Az operabilitást és a túlélést nem a hörgőbeni vagy a parenchymás lokalizáció, hanem inkább a daganat körülhatárolt volta és kiterjedése határozta meg. Egy-egy solitaer, még jelentősen megnagyobbodott metastaticus hilusi nyirokcsomó sem jelent egyértelműen rossz prognózist, mint azt saját első esetünk is példázta.

A primaer malignus alsó légúti melanoma gyógyításában a tumor sebészi eltávolítása játszik elsődleges szerepet, mivel jelentősebb túlélés csak azután várható. Az inoperabilis betegeknek megkísérelt cytostaticus kúra eddig eredménnyel nem járt, az adjuváns kezelés hatása pedig nem mérhető le. Így a daganat mielőbbi felfedezésére, valamint az operabilitás megállapítása után a sebészi megoldásra kell a hangsúlyt fektetni.

Az elektronmikroszkópos vizsgálat elvégzéséért Degrel Károly dr.-nak mondunk köszönetet.

IRODALOM: 1. Adebanojo, S. A., Durodola, J. I.: Primary malignant melanoma of the bronchus. *Journal of the National Medical Association*, 1979, 71, 579–881. — 2. Alghanem, A. A., Mehan, J., Hassan, A. A.: Primary malignant melanoma of the lung. *J. Surg. Oncol.*, 1987, 34, 109–112. — 3. Allen, M. S., Drasch, E. C.: Primary melanoma of the lung. *Cancer*, 1968, 21, 154–159. — 4. Bagwell, S. P., Flynn, S. D., Cox, P. M. és mtsai: Primary malignant melanoma of the lung. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1989, 139, 1543–1547. — 5. Cagle, P., Mace, M. L., Judge, D. M. és mtsai: Pulmonary melanoma primary vs. metastatic. *Chest*, 1984, 85, 125–126. — 6. Carlucci, G. A., Schleussner, R. C.: Primary (?) melanoma of the lung. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 1942, 11, 643–649. — 7. Carstens, P. H. B., Kuhus, J. G., Ghazi, C.: Primary malignant melanomas of the lung and adrenal. *Human Pathology*, 1984, 15, 910–914. — 8. Cebelin, M. S.: Melanocytic bronchial carcinoid tumor. *Cancer*, 1980, 46, 1843–1848. — 9. Dail, D. J., Hammar, S. P.: Pulmonary pathology. Springer-Verlag. New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo. 1988, 913–915. — 10. Dasgupta, T. K., Brasfield, R. D., Paglia, M. A.: Primary melanomas in unusual sites. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1969, 128, 841–848. — 11. Dorn, H. R., Cutler,

S. J.: Morbidity from cancer in the United States. *Public Health Monograph*, 1959. No. 56. Washington, D. C., U. S. Gov. Printing Office. cit. Jensen, O. A., Egedorf, J.: *Scand. J. resp. Dis.*, 1967, 48, 127–135. — 12. Gephardt, G. N.: Malignant melanoma of the bronchus. *Human Pathology*, 1981, 12, 671–673. — 13. Goldmann, J. L., Lawson, W., Zak, F. G. és mtsai: The presence of melanocytes in the human larynx. *Laryngoscope*, 1972, 82, 824–835. — 14. Gould, V. E., Memoli, V. A., Dardi, L. E. és mtsai: Neuroendocrine carcinomas with multiple immunoreactive peptides and melanin production. *Ultrastruct. Pathol.*, 1981, 2, 199–217. — 15. Grazer, R., Cohen, S. M., Jacobs, J. B. és mtsai: Melanin-containing peripheral carcinoid of the lung. *Am. J. Surg. Pathol.*, 1982, 6, 73–78. — 16. Gromet, M. A., Ominsky, S. H., Epstein, W. L. és mtsai: The thorax as the initial site for systemic relapse in malignant melanoma: a prospective survey of 324 patients. *Cancer*, 1979, 44, 776–784. — 17. Hsu, C. W., Wu, S. C., Ch'En C. S.: Melanoma of lung. *Chin. Med. J.*, 1962, 81, 263–266. — 18. Jennings, T. A., Axiotis, C. A., Kress, Y. és mtsai: Primary malignant melanoma of the lower respiratory tract. *Am. J. Clin. Pathol.*, 1990, 94, 649–655. — 19. Jensen, O. A., Egedorf, J.: Primary malignant melanoma of the lung. *Scand. J. resp. Dis.*, 1967, 48, 127–135. — 20. Kopf, A. W., Bart, R. S., Rodriguez-Sains, R. S.: Malignant melanoma a review. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 1977, 3, 41–125. — 21. Reed, R. J., Kent, E. M.: Solitary pulmonary melanomas: two case reports. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 1964, 48, 226–231. — 22. Reid, J. D., Mehta, V. T.: Melanoma of the lower respiratory tract. *Cancer*, 1966, 19, 627–631. — 23. Robertson, A. J., Sinclair, D. J. M., Sutton, P. P. és mtsai: Primary melanocarcinoma of the lower respiratory tract. *Thorax*, 1980, 35, 158–159. — 24. Rosenberg, L. M., Polanco, G. B., Blank, S.: Multiple tracheobronchial melanomas with ten-year survival. *JAMA*, 1965, 192, 133–135. — 25. Salm, R.: A primary malignant melanoma of the bronchus. *J. Path. Bact.*, 1963, 85, 121–126. — 26. Santos, F., Entrenas, I. M., Sebastian, F. és mtsai: Primary bronchopulmonary melanoma. *Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 1987, 21, 187–189. — 27. Shivas, A. A., Mactennan, W. D.: „Melanogenic metaplasia” of mucous glands. *Br. J. Cancer*, 1963, 17, 411–414. — 28. Smith, J. L., Stehlin, J. S.: Spontaneous regression of primary malignant melanomas with regional metastases. *Cancer*, 1965, 18, 1399–1415. — 29. Taboada, C. F., McMurray, J. D., Jordan, R. A. és mtsai: Primary melanoma of the lung. *Chest*, 1972, 62, 629–631. — 30. Walter, P., Fernandes, C., Florange, W.: Mélanome malin primitif pulmonaire. *Ann. Anat. Pathol.*, 1972, 17, 91–99. — 31. Weshler, Z., Sulkas, A., Kopolovitch, J. és mtsai: Bronchial malignant melanoma. *J. Surg. Oncol.*, 1980, 15, 243–248.

(Barzó Pál dr. Miskolc, Pf. 175. 3501)

Új év, új software!

1994-től jelentősen nagyobb tudású programmal
kapható a Meditech ABPM-02

Várjuk megtisztelő érdeklődésüket!

☐ Budapest 1194 Segesvári u. 45. ☎ (06 1) 128 8809



BETADINE

bőr- és nyálkahártya fertőtlenítőszer oldat



A Betadine® oldat széles antimikrobiális spektrummal rendelkező fertőtlenítőszer készítmény, mely bőr- és nyálkahártya fertőtlenítésére alkalmas. A készítmény 10 mg/ml szabad aktív jódot, mint dezinficiens hatóanyagot tartalmaz.

Antimikrobiális spektrum: baktericid, fungicid, szelektív virucid, tuberkulocid, protocid.

Toxikológiai minősítés:

- Méregerősségi osztály: „Gyakorlatilag nem mérgező” (M — IV)
- Veszélyességi osztály: „Gyakorlatilag veszélytelen” (V. — D.)

Alkalmazási terület:

- injekciózás, vérvétel, punkciók, biopsziák, transzfúziók, infúziók előtt a bőrfelület fertőtlenítésére
- műtétek előtt a bőrfelület és a nyálkahártyák fertőtlenítésére
- aszeptikus sebkezelésre
- bakteriális és gombás bőrfertőzéseknel
- műtetre kerülő betegek teljes vagy részleges személyi fertőtlenítésére (ún. fertőtlenítő fürdetésre)

Ellenjavallat:

jódérzékenység, hyperthyreosis, pajzsmirigy adenoma, dermatitis, veseelégtelenség esetén, radioaktív jód-kezelés előtt, pajzsmirigy terapeutikumok alkalmazásakor.

Koraszülöttek, újszülöttek és csecsemők kezelése, valamint a terhesség 3. hónapjától és szoptatás alatt alkalmazása kerülendő és csak egyéni mérlegelés alapján jöhet szóba, állandó orvosi ellenőrzés mellett!

Alkalmazása:

A BETADINE®-oldatot töményen (hígítatlanul), vagy 10%-os (1:10 arányú), illetve 1%-os (1:100 arányú) vizes hígítású oldatban alkalmazzuk a felhasználási területtől függően.

- injekciózás, punkció, vérvétel, transzfúzió, infúzió, biopszia előtt, műtéti bőrfelület fertőtlenítésére ép bőrfelületen alkalmazva: töményen (hígítatlanul) kell használni, a felvitel után legalább 1–2 perces expozíciós idő mellett.
- aszeptikus sebkezelésnél, égett bőrfelület kezelésére, nyálkahártya fertőtlenítésére, bakteriális és gombás bőrfertőzéseknel: 10%-os (1:10 arányban hígított) vízzel hígított Betadine® oldatot kell alkalmazni.
- műtét előtti betegfürdetésnél: a Betadine® oldatot 1%-os (1:100 arányú hígításban) koncentrációban kell alkalmazni a beteg fertőtlenítő fürdetéséhez. Legcélszerűbb a hígított Betadine® oldattal a testfelületet egyenletesen bekenni, majd legalább 2 perces behatási idő után langyos vízzel leöblíteni.

A Betadine® oldatból a hígításokat mindig a felhasználás előtt, frissen kell elkészíteni. A hígított oldatot tárolni nem szabad! A Betadine® oldat a textiliából langyos vízzel, erősebb szennyeződés esetén Na-tioszulfát oldattal (fixírsó oldat) eltávolítható.

Figyelmeztetés:

A Betadine® oldat sötétbarna színe annak hatásosságára utal. A halványodó szín a csökkenő antimikrobiális hatást is jelzi. Az oldat bomlását a fény és a 40 °C feletti hőmérséklet is elősegíti.

A Betadine® oldat 2–7 pH-érték-között rendelkezik antimikrobiális hatással.

A készítmény nem alkalmazható együtt enzimatisz sebkenőcsökkel, valamint higany-tartalmú fertőtlenítőszerrel.

A Betadine® oldat PVP-jódkomplexe inkompatibilis redukáló anyagokkal, alkaloid sókkal és savasav reagáló anyagokkal.

Tárolhatóság:

Eredeti, ép, bontatlan csomagolásban, fénytől védve, száraz, hűvös helyen 3 évig tárolható.

Csomagolás:

30 ml, 120 ml és 1000 ml-es zöld színű csepegtető polietilén flakon.

Gyártja:

Mundipharma AG (Basel, Svájc) licence alapján az
EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT. (1106 Budapest, Keresztúri út 30–38.)

ESSZÉ

Az írásos közlés főbb elvi és gyakorlati kérdései

Széll Kálmán dr.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Képzés Szombathelyi Tagozata (tagozatigazgató: Lakner László dr.)

„Ha egy kutató hazudnék, annak végzetes következményei lennének, ... annak is, ha ... többet innék a kelleténél”
(Antoine de Saint-Exupéry: *A Kis Herceg*)

A szerző szerint a kutatásra és írásra fogékony klinikai orvos értékesen járulhat hozzá az alkalmazott tudomány műveléséhez, de ez nem mehet a betegellátás rovására. Az irodalom olvasása minden orvos kötelessége. A szerző a közleményekben kitér a tanulmányok írásával kapcsolatos torzulásokra és dilemmákra. Kiemeli, hogy a dolgozatok tartalmi korrektsége elengedhetetlen. A közlések vezérlő elve az olvasó minél tökéletesebb szolgálása. Foglalkozik a közlemények fragmentációjával, a kettős közléssel, a szerzők számával. Kik legyenek a dolgozatok szerzői és milyen sorrendben szerepeljenek? A közlemények egyes fejezeteinek eszményi tartalmát érinti, végül a dolgozat megírására vonatkozóan gyakorlati tanácsokat ad. Az írásos közlések minőségi színvonal-emelése mellett száll síkra.

Kulcsszavak: közleményírás, közlési etika, orvosi szaknyelv

Theoretical and practical aspects of publications. The author discusses some ideas concerning the sharing of scientific informations. The fundamental goal of the latter is to serve the readers as perfectly as possible. A physician of research ambitions may valuable contribute to the progress of applied sciences but this must not jeopardize the medical care of the patients. Reading relevant literature is one of the prime obligations of all doctors. The author raises some dilemmas and question concerning how to write publications while he attempts to clarify matters. He emphasizes that the importance of correctness of a publication is second to none. The problem of fragmentation and that of "double publication" is also briefly discussed. The author elaborates on how to identify the coauthors and the sequence they appear in the publication. He provides some hands-on advices as to the concize language and abbreviations. He enters the list for the qualitative improvement rather than quantitative increase of publications in Hungary.

Key words: scientific information, ethics of publications, medical language

A könyvnyomtatás felfedezése óta az alkotó ember törekvése, hogy tudását, tapasztalatát szakkönyv (monográfia), illetve dolgozat formájában közlétegye. Azon túl, hogy bizonyos formai és helyesírási megkötelességeket minden szaklap (kiadó) szerkesztősege megad, századunk második felében kialakult a közlések egyfajta iratlan (vagy csak részben leírt) etikája és etikettje (5). Az alábbiakban ezek legfontosabb szempontjait kívánjuk érinteni, tisztában lévén azzal is, hogy némely álláspontunk szubjektív, sőt vitatható.

A vezető szerepe a közlésekben

Bármely (szervezeti) egységből (teamból, műhelyből stb.) kikerülő közlemény nem csupán magán-, hanem a munkahelyi közösség ügye is. Utóbbiért a munkahely vezetője felelős, aki irányítani, ellenőrizni köteles munkatársait, s az egységből kikerülő közleményt bizonyos fokig szavatolni, ill. hitelesíteni tartozik. A vezető névalírási elvárása természetesen nem adhat alapot a szabad szellemi kizsákmányolásra vagy elnyomásra. Elképzelhető a „mun-

kahely véleményével nem egyező”, vagy „a munkahely által nem támogatott” tanulmány is. A kortárs ui. nem mindig képes az eredményeket azonnal értékelni.

Forsmann önmagán végzett szívkatéteres vizsgálatát hosszú évekig elítélték, később mégis Nobel-díjjal jutalmazták (9). *Semmelweis*nek *Klein* professzortól eltérő felfogása évtizedre vetette vissza felfedezését, s talán *Semmelweis* egyéni tragédiájához is hozzájárult. *Pasteur* főnöke tagadta, hogy valaha is kutató váljon belőle. *Semmelweis* és *Pasteur* mégis nagy felfedezőkké váltak, s főnökeik is csak nekik köszönhették, hogy — ha negatív hős-ként is, de — megörökítette őket a tudománytörténet. Nem tudhatjuk azonban, hogy hányan vannak, akiknek örökre elvette kedvét a „gonosz főnök”, s csak remélni tudjuk, hogy többségben vannak azok, akik kitűnő főnökeik vállán nőhettek magasra.

De nemcsak a vezető tudja a kutató munkáját hátráltatni, hanem a szerkesztőségek is. Ismeretes, hogy *Rydygier* első fekély miatti gyomorrezekciójának közlését a szerkesztőség lábjegyzetben azzal kommentálta, hogy remélik, esete egyben az utolsó is (7). Ám pozitívumként érté-

kelendő, hogy a dolgozat napvilágot látott, mert az idő a szerzőt igazolta. Ki tudná megmondani, hogy vajon hány kiváló írástól (eredménytől) fosztották meg a világot a nem helyesen mérlegelő lektorok és szerkesztők?

A közlésekkel kapcsolatos torzulások és dilemmák

Minden közlés mozgatója a belső és/vagy külső indíttatás (egészséges becsvágy, buzdítás). A kóros „közlési kényszer” már utánzási indítékra, túlzott becsvágyból, karrierizmusból, a mindenáron való írás céljából kritikátlanul tör felszínre (szkriptománia, grafománia). A „közlési prér”, a munkahely külső kényszere, mely esetenként (akár értéktelen) közlemények kikényszerítésétől teszi az előremenetelt vagy az állásban való megmaradást függővé. Mindkét eset a közlés egészséges indítékának torzulása, ám nehéz az eltúlzott és a kíváncsi közti határ meghúása.

Felvetődik a kérdés, hogy egyáltalán *kutasson-e a betegség mellett dolgozó orvos?* Az alaputatást ma egyre inkább főfoglalkozású kutatók végzik. Az alkalmazott kutatásban azonban mindig is komoly szerepe volt — és feltehetően marad is — a gyógyító orvosnak. Megfigyeléseivel, új gyógyszerek, eljárások megvizsgálásával, esetismertetéseikkel, áttekintő klinikai tanulmányokkal az alaputatást kiegészítheti és a mindennapi élet gyakorlatára alkalmazhatja. *Ha tehát módja, ideje és tehetsége van hozzá, a klinikus kutasson is.* Szembe kell szállni a tehetetlenség és lusták azon olcsó érvelésével és hamis felfogásával, amely általában és elvből veti el a klinikai „tudományos munkát”. Benne csak a „kilóra gyártott” öncélú cikkeket látja, s indokolt kritikai önkorlátozás helyett a fürdővízzel a gyermeket is kiönti. A tudományos kutatómunka fegyelmezett gondolkodásra, irodalomkeresésre, a téma behatóbb megismerésére, nyelvtanulásra ösztönöz, ami a jobb és eredményesebb gyógyítás ígéretét hordozza. *A kutatómunka azonban ne menjen a betegellátás rovására. Semmiképpen nem lehet öncélú, avagy csak egyéni érdek.*

Hazánkban szinte minden szakterületnek — a rentabilitással küszködő — külön folyóirata van, a lapok összevonásától idegenkednek, sőt a régebben integrált lapok is inkább szétváltak. Az olvasó és író populáció legfeljebb 12 milliós tömbből (poolból) válogatódik ki. Érthető, hogy ebből a relatíve kis körből aránylag kevés színvonalas munka kerül ki egy olyan orvostudományból, amely lemaradásban is van. E lapok nemritkán cikkihiányban szenvednek, s szinte szívó hatást gyakorolnak a kevésbé sikerült dolgozatok közlésére. Ezért van az, hogy *hazánkban igen nagy az író orvosok aránya.*

Aki ír, annak olvasnia is kell, ám ezen összefüggés fordítva nem érvényes. Az írás azonban egyfajta leszűkített olvasást tételez fel, mely keveseken kamatozik, míg az általános továbbképző olvasás sokak javát szolgálja. *Olvasásra minden szakembernek égető szüksége van!*

Az orvosok idejének legalább 20%-át kellene arra fordítani, hogy az elfelejtettet újra felvegyék, az újat pedig megtanulhassák. Az agyvelő befogadóképessége véges, és az ember egyfelől folyamatosan felejt ugyan, másfelől azonban nem képes

tudatosan felejtetni (törölni). A Nobel-díjas Carrel már e század elején megállapította: „az ismeretek nagy mennyisége akadályozza azok alkalmazását”. Nem véletlen az sem, hogy ismeretanyagunk raktározása, rendezése, előhívhatósága érdekében segítségül hívták a számítógépeket. A folyamatosan közölt, lassan már áttekinthetetlen ismeretanyagunk ma már pusztán címei is köteteket töltenek meg. Ebből a megközelítésből inkább a (felesleges) publikációk csökkentését kellene szorgalmaznunk. A továbbképzésben és a témafeldolgozásban manapság annyi ballasztot kell az olvasónak feldolgoznia, ami csak a hajdani aranyasókhoz hasonlítható, akik egész napos kavicsmosás után csak néhány arany szemre bukkantak.

Olvasni válogatva, kritikusán rendszerezve (jegyzetelve) érdemes. Bizonyos kor és tapasztalat után minden orvos maga is tudja, hogy melyek az olvasásra érdemes folyóiratok, közlő helyek, szerzők és értékes cikkek. De a szellemi megosztás e téren is gyümölcsöző. Azon túl, hogy az orvosoknak az olvasásban munkahelyenként is össze lehet dolgozni, a dokumentációs szolgálatok is sokat segíthetnek. Korunk egyik ellentmondása, hogy *soha ennyi könyv és folyóirat nem jelent meg, mint napjainkban, másfelől idő hiánya miatt talán soha nem olvastak az emberek ennyire keveset, mint éppen ma.* A tervszerű dokumentáció révén kevesen sokat olvashatnak azért, hogy sokan keveset olvasva is tájékozottak lehessenek. Erre való a témafigyelő és könyvtári szolgálatok, referáló lapok, sőt az áttekintő munkák is.

Írjon, vagy olvasson tehát a gyógyító orvos? A Kis Herceg tudósa hangsúlyozta, hogy ő nem kutató. Valóban nem minden tudós kutató, s nem minden kutató tudós, de a kettő össze is eshet. Ám az orvosok zöme nem kutató és nem is tudós. Ne írjon hát az, aki ezt nem kedvvel teszi, nincs hozzá készsége s nincs miről írnia. „Légy önmagad, és megszabadulsz minden nyomorúságtól.” Írjanak a tudósok, kutatók, vagyis az „írástudók”, viszont *mindenki olvasson!* Ám nem feledkezhetünk meg arról, hogy a „főleg írók” és „főleg olvasók” mellett az orvosoknak van egy harmadik, — számukat tekintve talán az előbbieket jóval meghaladó — csoportja. Ezek a „magyar nemes” tünetcsoportban szenvedők („Nem írok, nem olvasok”). Rájuk vonatkozik Osborne megállapítása: „Meglepő, hogy milyen kevés tudással boldogul az orvos napi rutin munkájában, de az már kevésbé meglepő, hogy milyen rosszul.”

A közlés néhány etikai kérdése

1. *Tartalmi korrektség.* A közlemények — csakúgy, mint a bíróság előtt tett vallomások — *a teljes igazságot és csakis az igazságot tartalmazzák.* Sajnos nem ritka az adatok tudatos torzítása (szépítése), a rossz eredmények elhallgatása, a beteganyag megnövelése (felszorzása), a „hasra ütött” statisztikai adatok közlése. Ez történhet tévedésből, lustaságból, felületességből, megvesztegetésből, de hiúságból is. Mindez *minősített hazugság, etikátlanság.*

A világirodalmat mindig újabb és újabb tudományos botrányok foglalkoztatják. Nagy feltűnést keltett pl. az ígéretes és sok tudományos eredményt felmutató Darsee esete, aki kitalált eredményeket közölt, s akitől 122 371 dollár támogatást követeltek vissza. *Paradies* egyetemi katedráig menő óriási kutatói karriert futott be, amikor 10 éves csalásairól rántották le a leplet (10). *Broad és Wade* „Az igazság árulói” c. könyvükben példák tömegével bizonyítják, hogy mindig is voltak tudományos csalók (6, 10). *Burt* intelligenciailmélete és *Liszenko* „biológiai ideológiája” is ide sorolható. A tudatos hamisítástól természetesen el kell különítenünk a *jóhiszemű tévedést*. Csak becsülni lehet, ha valaki önmagát a nyilvánosság előtt képes kiigazítani (10).

Alaposan gyanítható, hogy a tudományos csalás leplezett esetei csupán egy *jéghegy csúcsa*. Ennek elvi esélye sajnos *egy kis országban* is fennáll, ahol szinte mindenki ismeri egymást, s csak kevesen vállalják, hogy a másinak kellemetlenkednek, hiszen pl. hazánkban néha még a névtelen lektorok stílusára is rá lehet ismerni.

2. *Kettős közlés, a dolgozatok fragmentációja*. Azonos dolgozat (azonos beteganyag vagy kísérlet) két helyen történő közlését általában ellenzik még akkor is, ha azokban esetleg eltérő ábrák, grafikonok, táblázatok szerepelnek. Hazánk talán annyiban kivételt jelent, amennyiben a kiemelkedő cikkek párhuzamos külföldi publikálása menthető, hiszen a magyar irodalom a fejlett országok számára kevés kivételtől eltekintve irodalmi temetőnek fogható fel, mely csak összefoglalóiban érhető el. (A csak külföldön való közléssel azonban semmiképp sem lehet egyetérteni, ami a hazai olvasók és lapok lebecsülését jelenti.) Hasonló „dolgozatszaporítás” a cikkek fragmentációja, azonos téma indokolatlan felparcellázása. Ezáltal a dolgozat osztódással szaporodik (8). Mindez talán az Amerikában is dívó „közlj vagy pusztulj el” (publish or perish) tudománypolitika vadhajítása. *Broad* (2) cikke (getting more for less) a kevés rangját adja vissza a terjedelemben s meghatározza a legkisebb közölhető egységet („least publishable unit” = LPU).

3. *Mennyit ér és kié a dolgozat?* Kár, hogy a közleményeknek igazi *minőségi mutatói nincsenek*. A dolgozat értéke sokszor csak hosszú évek múltán válik felbecsülhetővé. A legprimitív mércé a dolgozatok száma. De hány dolgozatnak számít a többszerzős dolgozat, s mennyi jut egy szerzőre? Azonos értékű-e a 2 és 20 oldalas munka? (Veszélyes lenne utóbbit tízszer többre értékelni, mert az óhatatlanul a fecsegésre ösztönözné. Adott esetben a rövidebb is lehet értékesebb.) Helytelen az a gyakorlat, ha a munkában részt nem vevő orvost az első szerző a kölcsönösség reményében „beveszi” a szerzői gárdába, hogy ezzel mindkettőjük dolgozatainak száma szaporodjon. Minőségi mutatók hiányában többnyire a pályázatok elbírálásánál is a dolgozatok (szerzőségek) pusztán számát kénytelenek értékelni.

4. *Az olvasó megtisztelésének elve*. Míg régebben a közlések *központi szereplője a szerző volt*, ma egyre inkább az olvasó. Szerzők és a szerkesztőségek egyaránt felismerték, hogy működésük legfontosabb pragmatikai és etikai szabálya az olvasó szolgálata, segítése, helyzetének (olvasásának) megkönnyítése, tehermentesítése, mely odáig mehet, hogy a tárgyban nem érdekelt olvasót akár a munka elolvasásától is felmentse. A munkának a tudományos objektivitást, reprodukálhatóságot, végső soron magát a tudományt kell szolgálnia. *Nem azt kell tehát a szerzőnek bemutatnia, hogy ő mekkora tudós, inkább hogy mennyire alázatos, mily fokban képes az olvasót segíteni* abban, hogy tanulhasson, tudóssá válhasson.

A közlemények és a tudományos munka

Nem minden träsos közlemény tudományos munka! Egy összeollózott cikk nem viszi előre a tudományt, csak a közleményeket szaporítja. Hasznos lehet viszont — ám az sem kutatás eredménye — a kellő kritikával összeállított

áttekintő tanulmány (review), mely elsősorban továbbképző feladatnak tesz eleget. Az idősebb, tapasztaltabb íróknak hálás, a fiatalabb olvasónak hasznos terület ez, mely gondos irodalmi válogatás, kritikus értékelés és saját tapasztalatok alapján egy-egy téma összefoglalására és irodalmi áttekintésére vállalkozik.

A tudományos kutatást az önálló vizsgálatokra (kísérletekre) épülő *eredeti közlemények* szolgálják. Az ezek nyomába szegődő *tudományos utánvizsgálatok* már kevésbé értékesek. A *statisztikai közlemények* főleg akkor hasznosak, ha prospektívek és/vagy multicentrikusak. Az utólag feldolgozott (retrospektív) anyagok kevés kivételtől eltekintve csak szerény eredményt ígérnek. A *kazuisztika* sokak szemében kevésbé értékes, hiszen úgymond az nem a szerző, hanem a beteg „értelme”, sőt tulajdonképpen a véletlené. Ám a véletlent is fel kell tudni fedezni. (Erősen gyanítható, hogy nem volt véletlen, hogy azt éppen *Flemming* ismerte fel, amikor a penicillint felfedezte.) A *kazuisztika* „igaz történet”, míg a kísérlet csak „kiagyalt mese”. Számos betegség első leírása is *kazuisztika* volt. A kellő kritikával megválasztott témájú tanulságos *kazuisztika* mértéktartó, kritikus és rövid feldolgozása nem könnyű. Egy esethatáron túl azonban a *kazuisztika* közlésének jogossága már megkérdőjelezhető.

Hány szerzője legyen a dolgozatnak?

A tudományos közlemények szerzőinek száma a második világháború óta fokozatosan növekedett. Míg korábban egy ember is tudott hatékonyan alkotni (sőt ez volt a jellemző!), napjainkban erre egyre kevésbé képes, amikor *mindinkább több kutató (szakterület, kutatóhely) kollaborációjára van szükség*.

A Koch-, Mendel-, Fleming- stb. féle magányos kutatási eredmények ideje lejárt. Ma már a Nobel-díjakat is többnyire megosztva adják ki. A *Szent-Györgyi-féle* „fal nélküli laboratórium” fogalma tágabb értelemben azt jelenti, hogy a világ kutatói mintegy közös laboratóriumban kutatnak. Nagyon tanulságosak e tekintetben pl. a sok-sok teamből álló izomkutatás története, az izomellazítók klinikai alkalmazása és a művérrel kapcsolatos — kevésbé ismert — kutatások adatai.

A kutatás központjában még századunk első harmadában is a *munkahelyi vezető* állt, akinek szinte íratlan joga volt az intézetből (osztályról) kikerült munkát a saját munkájaként felfogni (vagy kisajátítani). Ám a tudományos élet is demokratizálódott, ami önmagában is szaporította a szerzők számát, mert rejteklükéből előjöhettek a korábban elnyomott (kizsákmányolt) kisember-munkatársak. Egyre gyakrabban fordult elő az is, hogy a főnök nem is szerepelt a szerzők között. (Manapság, amikor egy-egy professzor vagy főorvos a népes szerzői gárdában az utolsó helyet foglalja el, erősen gyanítható, hogy a dolgozatban érdemi része nem volt, hacsak az nem, hogy a munka megszületését nem akadályozta.) A *sokszerzős dolgozatok* különös esetei a *multicentrikus felmérések*. (Kár, hogy ez a hatékony forma hazánkban nem népszerű, pedig ebben versenyképesek lehetnénk!)

Ki lehet szerző?

Mindazok — ám csak ők —, akik rutinmunkájukon kívül a munka megszületésében *aktívan részt vettek*. Szerző lehet a házi- vagy szakorvos, a központi szakmák képviselője, vagy a kísérleti protokollban közreműködött más egyén is. Sértődés megelőzésére már a munka indulása előtt célszerű a szerzőséget alaposan megfontolni anélkül, hogy túlzott nagyvonalúságba esnénk. Szerzőséggel más munkát (szolgáltatást, érdemeket) honorálni etikátlanság és a tudományos munka leértékelése. Egy-egy vizsgálati lelet szolgáltatása csak akkor jogosít fel a társszerzősége, ha a kérdéses vizsgálat (lelet) jelentősen hozzájárult az eset tisztázásához. A vizsgáló orvos nevét mindig illik megemlíteni, vagy közreműködését (az anyag, metszet, kép stb. átengedését) a dolgozat végén a „köszönetnyilvánításban” kell megköszönni. (Ebbe a rovatba inkább eggyel több név kerüljön!)

Ki legyen az első szerző? Mi határozza meg a sorrendet?

A szerzők személyében és sorrendjében maguknak a szerzőknek kell megegyezni. Első szerző az, akitől a kutatási ötlet származik, aki a munka szellemi és gyakorlati vezére, és a kutatásban meghatározó szerepet játszik. Nem feltétlenül a legtöbb mennyiségi munkát végzi, inkább minőséget termel, s a kutatási eredmények értékelésében is döntő szerepet játszik. Rendesen neki kell a munkát megírnia is, mert a dolgozat írásos fogalmazásán sok múlik (5).

A dolgozat sok tekintetben az építkezéshez hasonló. Az első szerző az épület tervezője, a társszerzők a tervezésben aktívan közreműködő (statikus, épületgépész, belsőépítész stb.) szakemberek. A közlemények értékelésekor a vezető szerző megkülönböztetett érdemi megbecsülést élvez. Ezt azonban nem lehet az életben (munkahelyen) betöltött presztízs alapján kiérdemelni (erre jogot szerezni). Az első három szerző is kiemelt szerepet élvez, mert az irodalmi felsorolásban többnyire csak őket írják ki, a többi az „et al” vagy „és mtsai” szócskában eltűnni látszik. Ha és amennyiben a szerzők sorrendje a munkában való részvétel fontossági sorrendjét tükrözi, akkor legkisebb „értéke” az utolsó szerzőnek van, aki azonban a kutatásban nem feltétlenül a legkisebb mennyiségű munkát végzi. Ám pl. egy arányosan megszervezett, multicentrikus munka utolsó szerzője — ha egy-egy szerzőre azonos munkamennyiség jut — az első szerzővel elvileg egyenragú lehet. (Utóbbi esetleg csak azért lett első, mert ő írta meg a dolgozatot.) Ilyen esetben — s általában, ha a szerzőkre jutó munkamennyiség azonos — megoldás lehet, hogy a szerzők további sorrendjét közös megegyezés alapján az ábécé vagy a hierarchia szerint tüntetik fel. Ha azonos team több munkát közöl, s abban a végzett munka alapján a társszerzők sorrendje nem állapítható meg, akkor a szerzők sorrendjének dolgozatonkénti változtatása méltányos.

Válmennyi szerző felelősséggel tartozik a tanulmány tartalmáért, az adatok pontosságáért s a munka igazságtartalmáért. A társszerzőknek a kéziratot kritikusan el kell olvasniuk. Ha lényeges (elvi) kérdésekben nem értenek egyet, a kérdést meg kell vitatniuk. Ha nem tudnak egyezségre jutni, nem lehetnek társszerzők azok, akiknek nézetével a kézirat nem egyezik, vagy pedig a különvéleményt a dolgozatban fel kell tüntetni.

A közlemény felépítése

Cím: Komoly kihívás, szerzőknek és olvasóknak. Legyen rövid, pontos, a tanulmány tárgyára jellemző, tartalmára informatív. Egy rövid kérdőmondat figyelemkeltő lehet ugyan, de az olvasó szempontjából előnyösebb a kérdésre adott válasz, azaz az állítás. (Ha az olvasó ezt a választ várta, akkor esetleg már el sem kell olvasnia a dolgozatot.) Helyes, ha a vizsgált anyagra vagy fajtára is utal a cím (pl. „X patkányokon emeli az Y értékét”), ami a patkányokra nem kíváncsi olvasók számára máris lehetőséget biztosít a továbblapozásra.

A tanulmány összefoglalása. Tartalmazni kell a dolgozat leglényegesebb elemeit, mert rendszeren csak ez kerül számítógépes feldolgozásra. Térjen ki: a *kérdéshelyzetre*, a kutatás indítékára, érintse röviden az *alkalmazott módszert*, részletezze az *eredmény* legfontosabb adatait és legyenek benne a munka legfontosabb *konklúziói*. A kutatással foglalkozó *tanulmány jellemzője*, egyben *próbaköve az összefoglalás*. Előnytelen, ha a szerző csak passzívan sorolja fel a dolgozat tartalmát, amely ekként csupán a cím magyarázatává silányul („narrator összefoglalás”). Az új ismereteket tartalmazó dolgozat arról ismerszik fel, hogy konkrét adatokkal röviden összefoglalható.

A bevezetés. Győzze meg az olvasót, hogy a szerző a közleményben fontos kérdés megközelítésére vállalkozott. Az előzmények rövid ismertetése után be kell mutatni a kutatás célját (a megválaszolandó kérdést), a probléma megközelítésének módját s esetleg a várt választ. A kérdések (célok) indítéka lehet: Saját vagy mások korábbi munkái alapján felvetődő új kérdés megválaszolása, *ellentétes megállapítások* (eredmények) feloldása, megkérdőjelezhető korábbi fontos adatok (eredmények) *ellenőrző vizsgálata*, új információk nyerése. Kerülni kell azonban az önmagáért való új (pl. bazsarózsa keresztezése sárgaréppával) keresését.

Anyag és módszer. E fejezet ismertesse a felhasznált anyagot és reprodukálható módszert. Bonyolult és/vagy ellentmondásos módszer esetén a kutató módszertani közleményt is írhat. A szerző az olvasót fel is hatalmazhatja, hogy személyesen hozzáforduljon. A függelékben is adhat a szerző módszertani kiegészítést, de egyszerűen utalhat az irodalomra is, ami persze az olvasó számára többletmegeterhelést jelent.

Species tanulmányokban közölni kell a *populáció jellegét*: szám, életkor, nem, egészségi állapot, fajta, az állatok kereskedelmi eredete, *táplálási és környezeti feltételei*. Meg kell adni az alkalmazott *kémiai anyagok* (gyógyszerek) *összetételét, eredetét, tisztasági fokát*. Klinikai tanulmányokban körül kell írni az anyagot figyelemmel arra is, hogy az *válogatás nélküli* vagy *válogatott* volt-e, *kiket zártak ki és miért*, a *vizsgálat körülményei* milyen *azonosságot mutattak*. A leírás tartalmazza a kontroll csoport adatait is. Ismertetni kell a „protokoll”-t, ill. *magát a kísérletet* (vizsgáló módszert). Ide tartozik a kísérleti állattal történő manipuláció (preparáció, műtét stb.), a minták gyűjtésének, tárolásának módja, ideje, osztályozása. Külön fel kell tüntetni az analízisből kizárt minták számát s a kizárás okát. A kísérleti csoportok *összehasonlításának szempontjait* és az alkalmazott *statisztikai módszert* is rögzíteni kell.

Az eredmények. Ebben a fejezetben az összegyűjtött vizsgálati anyagokat „eredményre” kell rendezni. Erre a célra leginkább a *táblázatok* és/vagy *grafikonok* felelnek meg.

A grafikon vizuális összehasonlításra előnyösebb, míg a táblázat inkább a jobb statisztikai feldolgozást és a részletesebb adatbemutatót teszi lehetővé. A szöveges leírás ne ismétlje feleslegesen az ábrázolást, ám rövidítési megfontolásból ne érje be annyival sem, hogy a szöveg csupán a táblázatra vagy a grafikonra utal az olvasót arra kényszerítve, hogy maga vonja le azok tanulságait. A szignifikanciát a táblázat tüntesse fel.

Megbeszélés. A célként feltett kérdésre adott válaszokat az eredményekből meg kell magyarázni, majd ezek összevetendők a korábban nyert adatokkal. Meghatározandó, hogy az eredmények mennyiben újak. Esetenként még ki lehet térni arra, hogy a klinikumban miként hasznosíthatók. (A kísérleti állat nem ember, az altatott állat reakciói pedig nem feltétlenül azonosak az emberével.) A szerző még rámutathat a kutatások következő konkrét láncszemére. Gesztus értékű az elkövetkező kutatók figyelmének felhívása (ha ez a módszertannál nem történt meg), hogy a szerzőkhöz hasonló *csapdák elkerülése* céljából a jövőben mire ügyeljenek. A megbeszélés legyen logikus, progresszívan felépített. Helyes ha minden bekezdés első mondata az egész bekezdésre utal.

Kerülni kell az óvatoskodó, önvédelmi szövegezéseket (pl. „anyagunkból messzemenő következtetés nem vonható le”, vagy „a kérdés eldöntéséhez még további vizsgálatokra van szükség” stb.), mert ezek — tisztelet a kivételnek, a megtámadhatatlanság golyóáll mellényébe vannak bújtatva — rendszeren a dolgozat haszontalanságát leplezik. Ha a tudományos munkából nem vonható le következtetés, akkor azt — az olvasó már említett védelme érdekében — tulajdonképpen közlésre sem szabadna beadni. A „mindent” kimerítő megbeszélés helyett *egy-két felvetésnél többet* ne említsünk, s ne komplikáljuk a magyarázatokat.

Az ábrák, táblázatok, grafikonok legyenek áttekinthetők, egyszerűek, érthetők. Csak kifogástalan rtg-kép, színes fénykép alkalmas a közlésre. Az ábrákon kerülendő a túlszűfoltosság, a nem informatív adatok közlése. Előnytelen, ha egy-egy ábra rejtvényfejtéshez hasonló agymunkára kényszeríti az olvasót. Kerülendő a túl nagy (főleg a kihajtogatható) táblázatok. Ha ezeknek közlése feltétlenül szükségesnek látszik, kettő- (többé) bontásuk látszik célszerűnek. Máskor viszont két vagy több táblázat könnyen egyggyé vonható össze. Minden ábrát rövid magyarázó szöveggel (aláírással) kell ellátni, de címet nem feltétlenül kell adni. A vonalak jelzései markánsak, jól kivehetők legyenek.

A jelzéseknek is lehet hierarchiája. Ezeket az ábra alatt jelmagyarázattal kell ellátni, de talán szerencsésebb azokat magán az ábrán, a jelzésre (vonala) utaló felírással megjelölni. Egyes szerzők a grafikonokon a variációs eltéréseket is feltűntetik, mások — főleg akkor, ha a függvényben egyébként is sok adatot kell ábrázolni — ezeket inkább táblázatokon összegzik. A standard eltérések (hibák) fajtájának és ábrázolásának módszere változó, de a közleményben egyféle módszert célszerű alkalmazni. Mint-hogy okkal feltételezhető, hogy a szerző saját anyagával szemben elfogult, az ábrákat előbb valamely „normál olvasóval” célszerű átnézetni. Amennyiben az nem érti, érdemes az ábrát egyszerűsíteni, átszerkeszteni.

Irodalomjegyzék. Csak a jelentős adatot nyújtó irodalmi hivatkozás szerepeljen. A hazánkban népszerű sok irodalmi hivatkozás a szerző olvasottságára utalhat ugyan, ám óhatatlanul felveti annak gyanúját, hogy a dolgozatban saját gondolat alig van. A hibás hivatkozásban bűntársakká válhatunk. A hivatkozott szerző neve a szövegben kiírva csak indokolt esetben szerepeljen. Az irodalomjegyzék adatai pontosak legyenek. Egy-egy elírt kötet- vagy oldal-szám másoknak sok bosszúságot okozhat.

Rövidítések, orvosi szaknyelv. Világszerte növekedik a rövidítések száma, ami hovatovább az így kialakuló tolvajnyelv megértését már csak az egyes nyelvterületeken vagy szakmákon belül teszi lehetővé. Ez az orvosi szaknyelv nemzetköziséget is veszélyeztet. Azonos rövidítések szakmánként is más-más tartalmat hordozhatnak. Maga a szerző elvesztheti annak megítélési képességét, hogy az olvasótól mennyire várhatja el az általa használt rövidítések ismeretét. Ha csak lehet, célszerű tehát a *rövidítéseket kerülni*, ill. csupán azokra szorítkozni, amelyek nemzetközileg elfogadottak és közismertek (EKG, EEG, rtg, RR, P stb.).

Kerülni kell a *szakzsargont* (4), a túl sok *idegen szót*, az idegen és magyar szavak egy szóba olvasztását. Minden kutatónak személyes felelőssége hazai szaknyelvünk óvása, ápolása, fejlesztése, amelyet nem szabad a germanizmusok, anglicizmusok oltárán feláldozni. Külön szót érdemel a *pongyolaság*, amely minden szakterületen virágzik. Elterjedt pl. az ígékötők felesleges vagy kettős használata. A beteget megékáézik”, „meglumbálják”, „beintubálják”, „megdoplerezik”, „beizolálják”, „belokálozzák”, „levizitelik”, „megambuztatják” stb. Az endoscopyiak kapcsán van terjedőben a beteg „megdugásának” ízléstelen kifejezése. A „beteget extubálják”, ill. „aspirálják” (nem a légsővét) stb.

Hogyan kell a közleményt megírni?

Vannak, akik azt ajánlják, hogy előbb egy kis mintán kell a tervezett vizsgálatokat elvégezni, majd szinte készre kell írni a dolgozatot. A „kisdolgozat” írása kapcsán ugyanis számos akadály, nehézség kerülhet felszínre. Ezek figyelembevételével és helyesbítésével készíthető el a végső protokoll, s futtatható le a vizsgálat, hiszen számos kutató csak a dolgozat megírásakor utólag veszi észre vizsgálatának hiányosságait, amikor a korrekció (ill. a vizsgálatok teljes megismétlése) esetleg már kivihetetlen.

A dolgozat megírására előbb-utóbb mindenkinek kialakul egy saját módszere (3). Célszerű előbb vázlatot írni, majd azt szöveggel feltölteni. Praktikus először kézírást használni, majd írógéppel kettes sorközzel beszúrással alkalmas szöveget írni. A jövő ígéretét képezik a ma már sok helyen feltalálható szövegszerkesztők.

A Brit. J. Anesth. *Montaigne* aförizmáját választotta jelmondatának: „Azt szeretném, ha mindenki azt írná amit tud, és nem többet.” Helyesebbnek tűnik azt javasolni, hogy mindenki csak annyit írjon le abból amit tud, amennyi a tárggyal kapcsolatban feltétlenül szükséges. Amit kutatásaiból újként ismert meg! „Írni annyit jelent, mint ítéletet hirdetni magunkról” (*Ibsen*). Ritka az a szerző, akinek a hosszú szöveg jól tesz. Nem szabad az egyszer „kiizzadott” szövegbe „beleszeretni”, a törlést öncsonkításnak érezni. *Kosztolányi* tanította a rövidítés művészetét. „A rövidség és tehetség édestestvérek” (*Csehov*).

Tolsztoj szerint tízszer kell a kéziratot átdolgozni, mielőtt az a nyomdába adható. *Voltaire* az írások élethosszig tartó javításának híve volt, de még rutinok íróknak is legalább két átírást van szükségük.

Kerülni kell a dagályos stílust, hosszú körmondatokat. Ami előadásban még elfogadható, az nem mindig tűrhető el írásban. Kerülendő a következő fordulatok: „Szeretném előrebecsátani” vagy „alá kell húznom” (ne mondja, hanem csinálja). Fonákul hangzik a szabadkozás is, hogy egyes témák kifejtését a dolgozat terjedelme nem teszi lehetővé. (Ezekre rendszerint nincs is szükség, maga a szabadkozás is helyet rabol!)

Helyes a látszólag már kész dolgozatot a munka lezárása után a fiókba helyezni, majd legkevesebb 1 hónap múlva újra elővenni és kritikusan átjavítani. Ezzel a „szerzői vakság” részben kivédhető. Célszerű ezután a kéziratot egy kritikus jó barát kezébe adni, őt kíméletlen szigorra kérni, mert jobb, ha a hibákat ő, s nem a kritikus olvasó veszi észre. A dolgozatot végül is a folyóirat kívánságának megfelelő szerkezetbe, külalakba, helyesírásba stb. öltöztetve kell közlésre ajánlani.

Korunk jogos igénye, hogy mindazok, akik képesek rá, — akár szerény téglával is, de — járuljanak hozzá a tudomány bonyolult épületének felépítéséhez. Ne a kifogáso-

kat, hanem a lehetőségeket igyekezzünk ehhez megkeresni. Írásainkat a jövőben inkább a minőség jellemezze. Még akkor is, ha az a mennyiség rovására történik.

IRODALOM: 1. *Abelson, P. H.*: Excessive Zeal to Publish. Science, 1982, 218, 953. — 2. *Broad, W. J.*: The publishing game: Getting more for less. Science, 1981, 211, 1137–9. — 3. *Day, R. A.*: How to write and publish a scientific paper. Philadelphia ISI Press, 1983. — 4. *Eger, E. I.*: A Glossary of Anesthetic Jargon. Anesth. Analg., 1989, 68, 740–3. 5. *Eger, E. I.*: Template for Writing a Scientific Paper. Anesth. Analg., 1990, 70, 91–6. — 6. *Gombos P.*: Valódi miszticizmus. Term. Világa, 1983, 104, 474. — 7. *Rydgier: cit Széll K.*: 643 fekélybetegség miatt operált beteg utánvizsgálata. Orv. Hetil., 1955, 96, 932–6. — 8. *Steen, P. A.*: Duplication and Fragmentation in Publications. Anesth. Analg., 1982, 61, 1024. — 9. *Széll K.*: Vénás behatolások a sebészetben. In: Gaál Cs. (Szerk.) Sebészet. Novotrade-Typoart Kft. Szerkesztő. Budapest, 1991, p. 818–26. — 10. *T. M.*: Hamis eredmények, újabb kutatási botrány. (A Nature, New Scientist és Science cikkei nyomán) Term. Világa, 1983, 104, 267.

(Széll Kálmán dr., Szombathely, Szent Imre herceg u. 100/a. 9707)

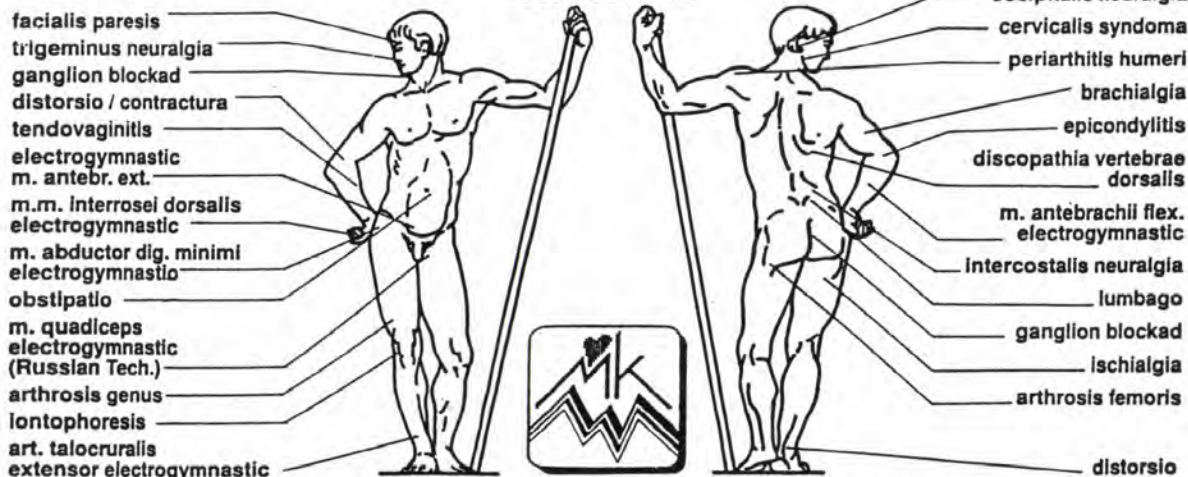
Szerkesztőségi megjegyzés: Az Orvosi Hetilap időről időre visszatér a publikáció módjának kérdésére. A főszerkesztői beköszöntők, ünnepi előadások évtizedek óta rendszeresen foglalkoztak e témával. Az „Útmutató az Orvosi Hetilap szerzői számára” — bár igen tömör formában — tartalmazza a szerkesztőség kéziratokkal kapcsolatos tartalmi és formai elvárásait.

Új fizioterápiás készülék-család a MEDKOM ajánlatából

PHYSIODYN-M univerzális készülék
PHYSIODYN-V kiegészítő berendezés
PHYSIODYN ultrahangos készülék



Indicatio



Részletes információ: MEDKOM International Kft. 1133 Bp., Gogol u. 34. Tel.: (06-60) 326-315 Tel. / Fax: 140-2456

HUMAF-Zolamide 250 mg

TABLETTA

ATC: S01E C01

leverzibilis és nem kompetitív módon gátolja a karboanhidráz enzimet, ezzel csökkenti a hidrogén- és bikarbonátnak képződését szén-dioxidból és vízből, ezáltal az ionok aktív transzportját. Az orálisan vagy parenterálisan beadott acetazolamid csökkenti a csarnokvíz képződését, így csökkenti az intraocularis nyomást mind az ép, mind a glaucomás szemben. Szemészeti hatásai függetlenek a vízhajtó hatástól és metabolikus acidosis esetén is megmaradnak. Nem növeli meg a csarnokvízfolyást. A karboanhidráz-enzim gátlása és az ennek következtében fellépő hidrogénion-koncentráció csökkenés a vesetubulusokban a bikarbonát megnövekedett kiválasztódását eredményezi, valamint kisebb mértékben a nátriumét és a káliumét. A káliumvesztés akut alkalmazásakor a legnagyobb. Az acetazolamid okozta káliumvesztés nagyobb, mint a higanyos diuretikumok esetén; azonban a krónikus alkalmazás során tapasztalt vesztés kisebb, mint a tiazid-diuretikumok esetén. A víz felszívódása csökken, a vizelet mennyisége növekszik és a vizelet lúgos kémhatásúvá válik. Az ammónia kiválasztása a vizeletben, valamint a titrálható savasság csökken. A kloridkiválasztás csökken. A lítium kiválasztása növekszik. Csekély hatással van a magnézium és a foszfát kiválasztására is. Metabolikus acidosis következhet be a csökkent bikarbonát és a megemelkedett klorid plazmakoncentráció miatt. Az acidosis során a hidrogénkoncentráció növekszik a vesetubulusokban, a nátrium és a kálium kiválasztódása csökken és a diuretikus hatás megszűnik. Növekszik a diuretikus hatás azokon a betegeken, akiknek metabolikus alkalosisuk van. Acetazolamidot szedő betegek ammóniumkoncentrációja is növekedhet a plazmában. Görcsgátló hatása független a diuretikus hatástól. Egy elmélet szerint a görcsgátló hatás esetleg metabolikus acidosisnak tulajdonítható. Egy másik elmélet szerint talán a karboanhidráz-enzim van közvetlen hatással az agyra, és az növelheti a szén-dioxidnyomást. Az emelkedett szén-dioxidnyomásról kimutatták, hogy csökkenti a neuronális vezetést. Lehet, hogy egy adrenergiás mechanizmus játszik közre. Az acetazolamid a liquor cerebrospinalis képződést is gátolhatja.

Emeli a vércukorszintet és glycosuriát okoz diabetikus és praediabetikus betegeknek, lehetséges, hogy hypokalaemia miatt. Ez azonban csak ritkán fordul elő. Csökkenti a pajzsmirigy jódfelvételét hyperthyreosis vagy normális pajzsmirigyműködés esetében, ez nem fordul azonban elő hypothyreosisos betegeken. A gyógyszer mindemellett nem alkalmazható antithyreoid szerként.

Hatóanyag: 250 mg acetazolamidum tablettánként.

Javallatok: Glaucoma (elsősorban akut szemnyomás-emelkedéssel járó másodlagos glaucoma és zárt zugú glaucoma). Különböző eredetű oedemás állapotok, pl. cardialis, gyógyszer okozta vagy praemenstruális oedema. Epilepsia profilaktikus kezelése, ill. görcsgátló szerek adjuvánsaként. Meniere-szindróma.

Ellenjavallatok: Nátrium- és kálium-hiányállapot, hyperchloraemiás és metabolikus acidosis, súlyos vese- és májbetegség, mellékvesekéreg-elégtelenség; tartós használata krónikus, nem congestiv, zárt zugú glaucomában; a gyógyszer és egyéb szulfonamidok iránti túlérzékenység. Ellenjavallt a terhesség első harmadában, későbbi szakaszaiban is csak indokolt esetben, a kezelés előnyének és kockázatának gondos mérlegelésével adható. Szoptatás időszakában alkalmazása esetén a szoptatás felfüggesztendő.

Adagolás: Egyéni megítélést és gondos orvosi ellenőrzést igényel. Folyamatos adása metabolikus acidosishoz és ennek révén a diuretikus hatás csökkenéséhez vezet, ezért folyadékretentio kezelésére célszerűbb intermittálva adni. Felnőttek átlagos adagja glaucomában és epilepsziában naponta 250-1000 mg (1-4 tablettát), az adagtól függően egy vagy több részletben.

Gyermekeknek glaucomában napi adagja 8-30 mg/ttkg, 3 részre elosztva.

Epilepsziában napi 8-30 mg/ttkg, 1-4 részletben.

Oedemában szokásos kezdő adagja 250-375 mg (1 - 1 1/2 tablettát) naponta egyszer, reggel, majd két napi kezelés után célszerű egy nap szünetet tartani vagy a fenti adagot másodnaponként adni. Praemenstruális oedemában 125-375 mg (1/2 - 1 1/2 tablettát) adható naponta egyszer vagy másodnaponként.

Gyermekeknek diureticumként általában 5 mg/ttkg az orális napi egyszeri dózis, reggel beadva.

Mellékhatások: Fejfájás, álmoság, arc és végtag-paraesthesia, fáradtság, kimerültség, ingerlékenység, izgatottság, gastrointestinalis tünetek (pl. étvágytalanság, hányás), szomjúság, polydipsia, hyperpnoe, átmeneti myopia, ataxia, izombénulás, fülcsengés, halláscsökkenés, allergiás bőrtünetek, láz, csontvelődepressio (thrombocytopenia, leukocytopenia, aplastikus anaemia), crystalluria, köképződés, vese- és uretergörcs, melaena. Elsősorban tartós alkalmazásakor metabolikus acidosis, hypokalaemia, esetleg a glükóztolerancia romlása.

Gyógyszerkölcsonhatások: Együttadása tilos: - ammónium-kloriddal (acidosiszt okozhat). Óvatosan adható: - szívglükozidokkal (toxicitásuk hypokalaemiában fokozódik); - orális antidiabeticumokkal (hatásukat csökkentheti); - bázikus jellegű gyógyszerekkel, pl. triciklikus antidepresszánsokkal, kinidinnel, prokainamiddal, amfetaminnal, sympathomimeticumokkal (a vizelet lúgosításával kiürülésüket gátolja); - savas jellegű gyógyszerekkel, pl. barbiturátokkal (kiürülésüket fokozza); - acetilszalicilsavval (súlyos acidosis veszélye); - nitrofurantoinnal (a vizelet lúgosítása miatt antibakteriális hatása csökken); - lítiumsókkal (a Li-kiválasztást fokozza).

Figyelmeztetés: Az adagok növekedése általában nem fokozza a diuretikus hatást, de növelheti az álmoságot és/vagy a paraesthesiát. Átmeneti rövidlátás, halláscsökkenés, a vér alakos elemeinek csökkenése vagy allergiás tünetek jelentkezése esetén a kezelést abba kell hagyni. Cirrhotikus oedema kezelésekor dezorientációs tünetek is jelentkezhetnek. Tartós alkalmazása esetén gondolni kell az acidosis kialakulásának veszélyére, a káliumpótlásra, az elektrolitegyensúlyra és időnként ellenőrizni kell a vérképet. Fokozhatja az anticonvulsiv kezeléshez társuló osteomaláciát.

Hypercalciuriás betegekben gyakrabban fordulhat elő vesekőképződés. Foszfaturiát is leírtak. Az acetazolamid-kezelés elkezdése előtt célszerű lehet 24 órás vizeletkalcium-meghatározás végzése. Azokat a hypercalciuriás betegeket, akiket ilyen gyógyszerrel kell kezelni, figyelmeztetni kell arra, hogy diétával csökkentsék a kalciumfelvételt és több folyadékot igyanak. Alkalmazásának első szakaszában egyénenként meghatározandó ideig járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Tárolása: fénytől, nedvességtől védve, szobahőmérsékleten (15-30°C között).

Megjegyzés: ☒ Csak vényre adható ki.

Csomagolása: 20 tablettát (Novopharm Ltd. Toronto, Kanada)

Csomagolja: Humanpharma Gyógyszergyártó Kft. Gödöllő

Fogyasztói ár: 45 Ft.

Tb. támogatás mértéke: 80 %

Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

OGYI eng. száma: 9281 / 40 / 92



novopharm



NEO-PANPUR®

filmtabletta

ATC KÓD: A 09 AA 02

AZ EMÉSZTÉS ÖSSZHANGJA

**Enzymes
digestivae**



egyszerű,
kényelmes bevétel



magas
enzimaktivitás



100%-os gyomorsav-
rezisztencia



rövid szételési idő



kiváló tolerancia



kevés mellékhatás



A készítmény hatóanyaga a sertéspankreaszból előállított standardizált pankreatin. A tablettá filmbevonata gyomorsav rezisztens, így védelmet nyújt a gyomornedv inaktíváló hatásával szemben. A hatóanyag granulálása és a tablettá filmbevonata együttesen garantálja az enzimek stabilitását. A duodenumban az enzimek (kb. 30 perc alatt a terápiás hatáshoz szükséges mennyiségben) kioldódnak és aktiválódnak.

HATÓANYAG: minimum 125 mg pancreatinum (10 000 lipáz, 9 000 amiláz, 500 proteáz FIP-E) filmbevonatú tablettánként.

JAVALLATOK: Exokrin pankreaselégtelenség következtében kialakult diszpepszia, krónikus pankreatitisz, gyomor- és hasnyálmirigyműtétek utáni enzimpótlás. Mucoviscidózisban az elégtelen hasnyálmirigyműködés pótlására.

ELLENJAVALLATOK: hatóanyag iránti túlérzékenység, akut pankreatitisz, krónikus pankreatitisz akut szakasza.

ADAGOLÁS: A pankreasz betegség súlyosságától függően naponta 3-szor 1-3 filmbevonatú tablettát étkezés közben vagy közvetlenül evés után kevés vízzel, szétrágás nélkül kell bevenni.

MELLÉKHATÁS: igen ritkán émelygés előfordulhat.

MEGJEGYZÉS: ☒ csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 30 filmbevonatú tablettá.

Előállítja és forgalomba hozza: EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
a Knoll AG-BASF licence alapján

OGYI eng. szám: 4264/40/90.

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

SZERZETT IMMUNDEFEKTUS (AIDS)

Törekvések a HIV szűrővizsgálatok költségeinek a csökkentésére. Tamashiro, H. és mtsai (Diagnostic Unit, Off. Res., Global Programme on AIDS, Geneva, Switzerland): Lancet, 1993, 342, 87.

A közlemény szerzői a WHO AIDS Globális Programjának (Global Programme on AIDS, WHO, Geneva), ill. a Globális Programhoz csatlakozó laboratóriumok, hivatalok és irodák a munkatársai. Közleményük arról tájékoztatja a széles körű szakmai nyilvánosságot, hogy milyen lehetőségek vannak az országos HIV (szűrő) vizsgálati programokban ez idő szerint a költségek csökkentésére. A tagországok HIV szűrővizsgálati hálózatainak a vezető laboratóriumai — így a hazánkban működő, hivatalosan engedélyezett laboratóriumok is — természetesen szorosan együttműködnek a WHO AIDS Globális Programjával, ill. ennek laboratóriumai-val. A közlemény ennek az egész világot átfogó rendszernek az új lehetőségeiről tájékoztatja az olvasót.

A HIV fertőzés szűrővizsgálata számos okból szükséges. A vizsgálatot végzik a fertőzés diagnosztizálására és a kezelés ellenőrzésére, végzik a véradók véreinek, ill. a vérkészítményeknek az ellenőrző vizsgálatára, a transzplantációra kerülő szövetek és szervek vizsgálatára, a HIV fertőzés terjedésének a vizsgálatára, és a HIV/AIDS kutatásokban. A fertőzés gyakoribbá válásával a szűrővizsgálat költségei is egyre elviselhetetlenebbé váltak, és egyre jelentősebbé válik a szűrővizsgálati költségek csökkentése a HIV fertőzés elleni eredményes küzdelemben. Az orvosi laboratóriumi HIV szűrővizsgálat költségeinek a csökkentésére a WHO AIDS Globális Program munkatársai az alábbi négy lehetőséget tekintik át.

Az első a tesztek megfelelő kiválasztása. Nincs ugyanis egyetlen olyan egyedi teszt, vagy olyan egyetlen tesztkombináció, ami alkalmas lenne a felsorolt összes szűrővizsgálati cél elérésére. Így pl. a legelterjedtebbnek mondható ELISA vizsgálatok nem végezhetők ott, ahol bizonytalan az áramellátás, vagy nem érdemes ott ELISA tesztet használni, ahol kevés vizsgálat elvégzésére van szükség. Léteznek az ELISA mellett a nem szériában, hanem egyedi vizsgálatként elvégezhető „gyors tesztek” (30 percen belül kiértékelhetők), és ugyancsak egyedi „egyszerű tesztek” (30 percnél hosszabb idő alatt kiértékelhetők) is. Ezek optimális megválasztásával költségek takaríthatók meg.

Másodikként az alternatív vizsgálati eljárásokat említi a közlemény. Itt a megtakarítás lehetősége abban rejlik, hogy a szokványos ELISA szűrővizsgálat és az igen

költséges „Western blot” ellenőrző, ill. igazoló eljárás helyett más eljárások kombinációt használnak a szűrővizsgálat, ill. igazoló eljárás céljából. A „Western blot” helyettesítése más eljárással (pl. másik ELISA, „gyors teszt” vagy „egyszerű teszt”) akár 82%-kal is csökkentheti a vizsgálat költségét. Az optimális költségszint elérésére ezen a területen három stratégiát ajánl a közlemény.

Az I. stratégia szerint minden szérumot meg kell vizsgálni ELISA-val vagy gyors-, ill. egyszerű tesztel, majd a pozitív mintákat ki kell emelni, és a negatív minták felhasználhatók. Ennek a stratégiának a típusos alkalmazási területe a véradáskor levett vérminták ellenőrzése, vagy az átültetésre váró szövetek, szervek minősítése. Ebben a stratégiában a cél a negatív minták kiválasztása.

A II. stratégia első lépését az I. stratégiában szereplő vizsgálat jelenti, a pozitív mintát azonban újra meg kell vizsgálni, egy másik antigént alkalmazva, vagy egy másik elven alapuló, vagy mindkét tekintetben az elsőtől eltérő ELISA-, gyors- vagy egyszerű tesztel. Az első tesztben negatívnak bizonyuló minta negatívként kezelhető, csakúgy, mint az első tesztben pozitív, de a második, a megerősítő tesztben negatív minta.

A III. stratégia a II. stratégia vizsgálatain felül még egy harmadik ellenőrző lépést is tartalmaz, egy további vizsgálatot, megint újabb antigént alkalmazva, vagy másik elven alapuló, vagy mindkét tekintetben az első két eljárástól eltérő ELISA-, gyors- vagy egyszerű tesztel, ha az első két vizsgálat eredménye pozitívnak bizonyult. Pozitívnak azt a mintát tekintik, amely mindhárom vizsgálatban pozitívnak minősül. Ha a harmadik vizsgálat eredménye negatív, az első két vizsgálat azonban pozitív, akkor az eredményt kétesnek, bizonytalanak minősítik.

Az I. stratégia, amint már utaltunk rá, az egyéb célra felhasználható negatív minták kiválogatására szolgál, a II. és III. viszont a pozitív esetek azonosítására. Ennek természetesen egészen más feltételei és következményei vannak, mint a negatív esetek kiválogatásának.

Visszatérve a költségsökkentő eljárásokhoz, a harmadik lehetőség egybegyűjtött minták felhasználását jelenti a vizsgálatokhoz. Megfelelő szakértelemmel, gondos ellenőrzéssel, megfelelő gyári készítményekkel megvalósítható, hogy a mintákat pl. ötösével összegyűjtsék, és ilyen ötös csoportokat vizsgálnak meg egy mintaként az ELISA tesztel, vagy más hasonlóan érzékeny eljárással. Az egyes mintákat csak abban a csoportban vizsgálják meg, amelynek az eredménye pozitív volt. Ennek az eljárásnak az is a feltétele, hogy a vizsgált populációban alacsony legyen a HIV fertőzés előfordulási gyakorisága (prevalenciája).

Ezt az eljárást kiterjedten és sikeresen alkalmazzák a szegényebb országok egészségügyében, ahol szűkösek az egészségügy forrásai.

A költségek csökkentésére a negyedik lehetőség a WHO által felkutatott előnyös beszerzési források és a WHO AIDS Globális Program szaktanácsainak az igénybevétele. 1992-ben 44%-os árkedvezményben is részesülhettek azok az országok a HIV tesztek elvégzéséhez szükséges reagensek beszerzésénél, amelyek a WHO által ellenőrzött, garantált, és e célra lekötött HIV diagnosztikumokat vásárolták meg. (A közlemény ugyanakkor hangsúlyozza, hogy más, minden tekintetben megfelelő termékek is kaphatók HIV vizsgálatok végzésére, olyan cégektől is, amelyekkel a WHO nem tudott nagy tömegű, előnyös áron beszerezhető termék előállítására szerződést kötni.)

A közlemény konklúziója megemlíti, hogy több olyan eljárás is létezik, amellyel ez az írás nem foglalkozott. Az egyik legígéretesebb a „részesecske agglutinációs teszt” („particle agglutination test”), amely érzékenysége, és a többi eljáráshoz viszonyított olcsósága miatt számíthat komoly sikerre és széles körű felhasználásra.

Igen fontos záró gondolata a közleménynek, hogy a HIV diagnosztikában megkülönböztetetten fontos az igen körültekintő, szakszerű — belső és külső — minősé Ellenőrzés és minőségbiztosítás. Ennek igen magas színvonalon kell megvalósulnia, hogy valóban hibátlanul és költségkímélően működhesen a HIV antitestek szűrővizsgálata.

[Ref.: A közlemény minden orvos számára hasznos betekintést nyújt a HIV fertőzés diagnosztizálásának világméretű problematikájába, a rendelkezésre álló lehetőségek optimális megválasztására, és megnöveli az olvasó érzékenységet az orvosi tevékenység költségei iránt, melyekre, az elmondottak alapján, egyre inkább tekintettel kell lenniük nemcsak a szegény országoknak, hanem a leggazdagabb országoknak és a tehető világsszervezeteknek is.]

Ferencz Antal dr.

Perinatális HIV-1 fertőzés perinatális átvitale az anyai immunológiai, virológiai és placentáris faktorok függvényében. Louis, M. E. S. és mtsai (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta USA): JAMA, 1993, 269, 2853.

A megfigyelés szerint a terhes nők kisebb hányada fertőzi meg perinatálisan gyermekét. A szerzők azokat a tényezőket vizsgálták, amelyek befolyásolhatták a HIV transzmisszióját. Két kinshasai (Zaire) születészen 324 HIV pozitív szülő nőt vizsgáltak.

Az eredmények azt mutatták, hogy akkor a legnagyobb a fertőzés valószínűsége, ha az anya a szüléskor p24 antigén pozitív (71%), illetve ha a CD8+ limfocitaszám, 1,8/μl felett van (minden második gyerek

fertőzött lesz). Ha a CD8+ limfocitaszám ennél alacsonyabb, rizikót jelent a 600/μl alatti CD4+ limfocitaszám (29%). Normális CD4+ és CD8+ sejtszámnál a veszélyt a chorioamnionitis jelenti (40%). Ha egyik itt említett rizikófaktor sem áll fenn, a gyermek fertőzésének valószínűsége igen változó: 7%-tól 71%-ig terjed.

Balázs Éva dr.

HIV-DNS kimutatása méhnyak- és hüvelyváladékban; előfordulás és összefüggések. Clementson, D. B. A. és mtsai (Department of Medicine, Harborview Medical Center, Seattle, USA): JAMA, 1993, 269, 2860.

A szerzők a HIV heteroszexuális átvitelét befolyásoló faktorok tanulmányozása céljából HIV fertőzött nőket vizsgáltak. 97 páciensnél méhnyak-, illetve hüvelyváladékból próbálták polimeráz láncreakció technika alkalmazásával kimutatni a HIV-DNS-t. HIV vírus DNS-t találtak minden harmadik méhnyakváladék és minden hatodik hüvelyváladék mintában. A HIV-DNS jelenléte a fogamzásgátló tabletta szedésével, a cervicális ectopiával és a terhességgel függött össze, valamint kisebb mértékben a cervix mucopurulens gyulladással is.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a fertőzőképességet befolyásoló tényezők feltérképezése fontos elem a HIV heteroszexuális terjedésének megfékezésében.

Balázs Éva dr.

Tbc-s halálozási tendenciák az AIDS korszak alatt. Braun, N. M., Coté, T. R., Rabkin, C. S. (National Cancer Institute, Bethesda): JAMA, 1993, 269, 2865.

Az utóbbi években a tbc-s megbetegedések számának növekedése és az AIDS megjelenése irányította a szerzők figyelmét a két betegség kapcsolatára. Megvizsgálták a tbc mortalitás változásait az AIDS epidémia alatt. Ehhez az Egészségügyi Statisztikai Hivatal Országos Központjának mortalitási adatait használták fel és elemezték a tbc-s (vagy) AIDS halálokat 1987 és 1990 között. Felosztották az 50 államot és Columbia területét magas (50 állam), közepes (23 állam) és alacsony (23 állam) AIDS gyakoriságú csoportokra és összehasonlították a tbc-s halálozási arányt a különböző csoportokban 1980 és 1990 között. A vizsgált populációt az Egyesült Államok lakosai közül az 1980 és 1990 közötti időszakban meghaltak jelentették, a felhasznált anyag pedig azok a halálozási bizonyítványok voltak, melyekben tbc és/vagy AIDS szerepelt.

A vizsgálat eredményét a következőkben foglalhatjuk össze: A tbc-ben meghaltak bimodális korelációja az AIDS járvánnyal egyidejűleg alakult ki. A korábban már meglévő idősebbekben (70–74 évesek) észlelt csúcsot társult egy újabb kiugrás a fia-

talabb korosztályban (20 és 49 év között). 1990-ben a 20 és 49 éves kor között tbc-ben meghaltak 54,2%-nak a halálozási bizonyítványában AIDS is szerepelt. Az AIDS-ben meghaltak aránya, melyhez tbc is társult 1987 és 1990 között növekvő tendenciát mutatott: 1987-ben 2,3%, 1988-ban 2,5%, 1989-ben 3,0%, 1990-ben 3,0% volt ($P < 0,0001$).

Megvizsgálták különböző népcsoportokban is az AIDS és tbc együttes előfordulásának gyakoriságát és a következőket találták: a fehérek 1,6%-ában, a feketék 4,7%-ában, a hispaniaiak 4,7%-ában fordult elő mindkét betegség együtt. A 20 és 49 év közötti tbc mortalitás aránya a magas AIDS gyakoriságú államokban 0,61-ről 2,82-re emelkedett (100 000-es populációból) az 1982 és 1990 közötti periódusban. A növekedés tehát 362%-os volt. A közepes és alacsony AIDS gyakoriságú államokban 52 és 47%-os volt, mind a három csoportban. Mind a tbc mortalitás növekedése, mind a csoportok közötti eltérés magasán szignifikáns volt.

Végül következtetésként megállapítható tehát, hogy az AIDS epidémia szignifikánsan megemelte a tbc mortalitás arányát a fiatalabb populációban, bár sajnos nem volt lehetőség a tbc-ben meghaltak, illetve a tbc-ben megbetegedtek, de nem annak következtében meghaltak közötti különbségtételre.

A cikkben leírt tendenciák visszafordítása, illetve megállítását fontosnak és indokoltak a tbc és AIDS megelőzésére és kezelésére irányuló erőfeszítések.

Fáy Andrea dr.

Nincsen valódi HIV-1 antitest szeroreverzión szeroreaktív egyének. Roy, M. J., Damato, J. J., Burke, D. S. (Walter Reed Army Med. Center, Washington, D. C.): JAMA, 1993, 269, 2876.

A HIV-1 infectio általában meghatározható szérumban jelenlevő specifikus virális struktúrák elleni antitestek kimutatásával. Legelterjedtebb tesztek a legérzékenyebb ELISA és a specifikusabb Western blot. A rekombináns enzimimmunosay (EIA) és a radioimmunoprecipitáció assay általában bizonytalan diagnózis esetén használatosak.

A HIV-1 antitestek általában a fertőzést követő 3–12 héten termelődnek: de leírták a szerokonverzió szignifikáns késését is. Míg szeropozitív egyének ezreinek tapasztaltak progediál immunosuppresszió és életveszélyes opportunista fertőzéseket: mindössze két közlemény próbált eddig a szakirodalomban összesen 5 szerorevertált esetet dokumentálni. Ezeknél úgy tűnt, mintha elvesztették volna a korábban detektálható HIV-1 antitesteket. Egyikük — egy izolált eset — hemofilias beteg felesége, aki átmenetileg és csupán ELISA-val bizonyult reaktívnek. A további négy egyén egy multicentrikus AIDS csoporttanulmány révén került 1000 szeroreaktív páci-

ens közé tartozott. Az 5 eset egyikében sem dokumentálták a látszólagos szeroreverzión megelőzően egy másik független minta reaktivitását: továbbá egyik közlemény sem számol be kiterjedt hiba-keresésről — ezzel magyarázhatók a leletek. Holmberg és munkatársai 660 szeroreaktív egyén között 16 potenciális szerorevertet határoztak meg. Ezen tanulmánynál sem vizsgáltak két independens mintát, továbbá a 16 esetet szisztémásan áttekintve 11 adminisztrációs és 8 tesztelési hibát találtak. A szeroreverzión (ha egyáltalán létezik) ritka előfordulása miatt sokkal nagyobb adatbázis közvetlen elemzése szükséges a valódi szeroreverzión lehetőségének meghatározásához, valamint az adatregisztráció és a tesztelés hibáinak viszonylatában a szeroreverzión incidenciájának leírásához. Ez segítené a HIV-infekció természetes lefolyása paramétereinek rögzítését, valamint egy adott vérbankon belüli biztonsági, ill. óvintézkedések meghatározását szeroreaktív anamnézisű donorok esetén.

A cikk szerzői célul tűzték ki meghatározni, bizonyítható-e szeroreaktív egyéneknél HIV-1 antitest elvesztése, ill. ha valódi szeroreverzión áll fenn, milyen annak incidenciája a tesztelési folyamat hibáihoz viszonyítva.

1985 és 1992 között 2 580 974 egyénen végzett 5 446 161 HIV-1 ellenanyag teszt eredményeit vizsgálták. Minden olyan páciensnél, akinél egy vagy több szeroreaktív mintát egy vagy több nem szeroreaktív minta követett, elemezték a rendelkezésre álló dokumentációt és újratesztelték a mintákat.

A szérumminták (U. S. Army HIV Data System) a hadseregbe jelentkezéskor, szolgálatot teljesítéskor, nyugalmazott katonai személyzettől és hozzátartozóiktól származtak. 4911 egyénnél volt két független minta HIV-1 szeroreaktív, és csupán 6 egyén volt potenciális szerorevert. Ezen 6 eset közül 5 aktuálisan is HIV-1 szeroreaktív, csupán nem reaktív egyének mintáit tévesen nekik tulajdonították. A hatodik egyénnél a minta újratesztelésével igazolható tesztelési hiba állt fenn (a második minta ál-negatív volt).

Másik 26 egyénnél 23 bizonyított és 3 valószínűsített tesztelési hiba történt. Ezeknél az első vérvételkor ál-pozitív eredményt, nem reaktív független minta kísért (a párhuzamosan vett független minta nem erősítette meg a reaktivitást). A kumulatív teszt-hiba 1 millió tesztre vonatkoztatva 12,4 volt. Szerorevertáltak tűnt továbbá 31 nem fertőzött gyermek, akik a HIV-1 fertőzött anyától aquirált ellenanyagot veszítették el.

A szerzők szerint ezen adatok elemzése nem bizonyítja a HIV-1 antitest status valódi szeroreverziónját. Ha van egyáltalán szeroreverzión, akkor rendkívül ritka. A legtöbb (ha nem az összes) esetben a szeroreverzión a minták elcserélésének, ill. a teszt hibájának tulajdonítható.

Sóti Erika dr.

A gén-transzfer kezelés molekuláris célpontjai HIV fertőzésben. Buchsacher, G. L., jr. (Mc Ardl Lab. for Cancer Res., Univ. Wisconsin, Madison): JAMA, 1993, 269, 2880.

Az AIDS legfőbb jellemzője a CD4 pozitív T limfociták károsodása következtében létrejövő immunsuppresszió, mely opportunista kórokozókval való fertőződésnek ad teret. Ezek a fertőzések — gyakran daganatokkal vagy más HIV fertőzéshez kötődő kórfolyamatokkal együtt — a beteg halálához vezetnek. Bár az elmúlt tíz évben mind az opportunista fertőzések kezelésében, mind a vírus terjedésének gátlásában (reverz transzkriptáz gátlók) sikerült bizonyos eredményeket elérni, a probléma távolról sem tekinthető megoldottnak, s így érthető, hogy a lehetséges új terapeutikumok fellelőére irányuló igyekezet sohasem lankadt. Legújabbban a gén-transzfer technika lehetséges alkalmazási útjait próbálták meg feltérképezni. Az cikkben a szerző az e téren elért eredményeket foglalja össze.

Bevezetésként röviden tárgyalja a HIV vírus replikációs ciklusának sajátosságait, különös tekintettel a genom struktúra jellegzetességeire. A bevezetést folytatva leírja az antivirális gének célbajuttatásának speciális lehetőségeit HIV fertőzés esetében. Továbbiakban részletesen fejti ki az antivirális beavatkozás két fő lehetséges módját. Az első a fertőzött sejtek eliminálását célozza, vagy a szervezet immunreakciójának fokozása, vagy citotoxikus folyamatok beindítása (például diftéria toxin szintetizálása) révén. A másik lehetőség a HIV vírus replikációjának specifikus gátlása, például domináns mutáns gének bejuttatása segítségével.

Kommentárjában a biztató laboratóriumi eredményeket a gyakorlat szempontjából vizsgálva felhívja a figyelmet a klinikai használatra alkalmas kezelési módszer kidolgozását akadályozó számos tényezőre. Ilyen a gén célbajuttatásának az egész génterápiára jellemző problematikusága, az in vitro eredmények in vivo relevanciájának kérdésessége, különös tekintettel arra, hogy a HIV fertőzés által okozott immun-suppresszió pontos mechanizmusa mind-egyedül nem tisztázott. Kérdéses az is, hogy a már bekövetkezett károsodások mennyiben fordíthatók vissza egy esetlegesen hatásos vírusellenes kezeléssel. Végül pedig, de nem utolsósorban felhívja a figyelmet arra, hogy egy hatásos géntranszfer eljárás nagyfokú költségessége aligha tenné lehetővé annak olyan széles körű alkalmazását, melyet a fertőzöttek számának milliós nagyságrendje indokoltatna.

Mindezek összefoglalásaként a jelen kutatások fő érdemét abban látja, hogy a vírus élettanának pontosabb megismerése révén megnyithatják az utat egy jövőbeni hatásos kezelési mód felfedezéséhez.

Cserhalmi Péter dr.

Mit várunk az 1993-as AIDS kongresszustól? Mann, J. M., Makadon, H. J., Silin, J. (Harvard School of Public Health, Boston, MA): JAMA, 1993, 269, 2895.

1993. július 6 és 11 között több mint 10 000 résztvevő volt a 9. Nemzetközi AIDS Kongresszuson Berlinben. Ez a nagyszabású találkozó egyedülálló a hasonló nemzetközi összejövetelek között. Nemcsak az egymást követő konferenciák szervezetsége és „kulturája” fejlődött számottevően, de minden egyes évi kongresszus jelentősen befolyásolta a pandémiával kapcsolatos nézőpontot. Az első két kongresszus (1985. Atlanta, 1986. Párizs) az orvosi konferenciák jellegzetes szervezése szerint hagyományos plenáris és paralel kisebb létszámú ülésekből állt. Emellett markánsan meghatározta a járvánnyal kapcsolatos álláspontot, ami a WHO globális AIDS stratégiájához alapvetően szükséges volt 1986-ban. 1987-ben a washingtoni kongresszuson a politika is szerephez jutott: az utcán és az üléstermekben demonstrációk tanúsították az AIDS aktivisták körében a reagan politikai kapcsán növekvő frusztrációt.

Aztán 1988-ban Stockholmban számos fontos szervezési és koncepcióbeli újítással találkozunk: a király és más magas rangú személyek jelenléte nyomatékosította a rendezvény fontosságát. Emellett az AIDS kapcsán felmerülő pszichoszociális problémákkal foglalkozó kérdések kerültek napirendre, így módon a természet- és társadalomtudományi kérdések egy helyen kerültek szóba. A következő két évben a tudományos kutatók és az AIDS aktivisták közötti feszült viszony kellemetlen incidensekben nyilvánult meg: 1989-ben Montreálban a megnyitót és az üléseket beözönlő aktivisták zavarták meg, 1990-ben San Franciscóban a HIV fertőzöttek beutazásának megtiltása ellen fellépő szervezetek bojkottálták a kongresszust, Louis Sullivant pedig szabályosan lehurrogta. A tudósok és más résztvevők ugyanakkor csatlakoztak az aktivisták által San Francisco belvárosában szervezett tüntetéshez.

Az 1990-es firenzei konferencia után a következő kongresszust Bostonban kívánták volna megrendezni. Ez azonban az USA kormányának a HIV fertőzöttek beutazását tiltó rendelkezése miatt lehetetlenné vált, ezért azt az Államokon kívül, Amsterdamban szervezték. A körülmények hatására állásfoglalás született a kongresszus céljaira és filozófiájára vonatkozóan. Először is a kongresszus a kölcsönös informálódás fóruma. Másrészt alkalmas ad az információbőségben orientálódásra, bizonyos alapkérdések tisztázására. Harmadrészt lehetővé teszi az együttműködést, át-át-háza földrajzi, politikai, kulturális határokat. Alapvetően fontos, hogy a konferencia globális perspektívát nyújt a pandémia társadalmi és tudományos vonatkozásaira. A Harvard-Amsterdam kongresszuson 11 200 résztvevő jelent meg 145 országból, s a kongresszus beváltotta a hozzá fűzött reményeket.

Mit várhatunk a berlini AIDS konferenciától?

— A kezeléssel és a vakcinával kapcsolatos kutatás adatait: merőben új fejleményre persze számítani, hiszen ennek publikálásával nem várnának a következő kongresszusig.

— A pandémia terjedésének újabb bizonyítékait. Az 1993-ra becsült 15 millió fertőzöttön felül az új fertőzött területek és csoportok, a nők helyzete, a társadalmi vonatkozások, a növekvő költségek kerülnek szóba.

— Az AIDS elleni küzdelem nehéz helyzetbe került. A pandémia és a társadalmi reakciók közti szakadék egyre mélyül.

1991-ben a rendelkezésre álló erőforrások megcsappantak: ez évben a ráfordításnak csupán 6%-a illette a fejlődő országokat, melyek a fertőzöttek legnagyobb részét adják. A tehetősebb országokban a küzdelem dezorganizálódik a felelősség és szerepválalás problémái folytán. Mindenki egyetért abban, hogy új hozzáállásra van szükség, s remélhetőleg a berlini AIDS konferencia újjaélesíti az AIDS elleni globális küzdelmet.

Az AIDS kongresszus az alapkutatás, klinikum, epidemiológia, és szociális problémák szintetizálásával, a multidiszciplináris részvétellel, tudósok, nevelők, klinikusok, hivatalos személyek bevonásával, a sajtó szerepével és a fertőzöttek részvételével egészen speciális egészségügyi fórumot jelent, ami a globális perspektíva és szolidaritás megteremtésének kedvez. Így e nemzetközi találkozókra kiemelt szerep jut. Emellett azonban igen költségesek is, a 92-es kongresszus pl. 6 millió dollárt emésztett fel.

Komolyan át kell gondolni ezeket a konferenciákat. Úgy tűnik, szükség van rájuk az általános egészségügyi helyzet javításához, de csak ha világosan előmozdítják a résztvevők munkáját a közös célok eléréséhez. A személyes részvétel általi inspiráció túlmutat a konferencia keretein. A résztvevők képzése, információcseréje, a kölcsönös gondolatébresztés igénye által ezek a nemzetközi találkozók hozzájárulnak a világegészségügy fejlődéséhez.

Tisza Tímea dr.

HIV-transzmisszió valószínűsége HIV-fertőzött sebész betegek vizsgálatában. Rogers, A. S. és mtsai (AIDS Administration, Maryland State Dep. of Health and Hygiene, Baltimore): JAMA, 1993, 269, 1795.

A vizsgálat célja egy HIV fertőzött sebész esete kapcsán az invazív sebész beavatkozás során történő esetleges HIV átvitel valószínűségének felmérése volt. Vizsgálataukhoz az adott kórház adatbázisából 1131 beteget gyűjtöttek össze, akiknek műtéténél a HIV fertőzött sebész asszisztensként vagy operatórként szerepelt.

Felmérésüket a betegek adatlapos kikérdezésével, az AIDS-esetregiszter követésével és a halálozási jegyzőkönyvek elemzésével végezték. Az expozíciót az egyes

műtéti beavatkozáshoz szükséges ún. személyi órák becslésével pontosították. Az egyes sebészi beavatkozásokat nehézségi szint, szöveti mélység és műszerigényesség szerint csoportosították; kizárták a vizsgálatból azokat a betegeket, akiknél minimális beavatkozás (pl. tübiopsia, katéter behelyezése) történt. A vizsgált 1131 beteg közül 101 halt meg a vizsgálat idejére, 119 beteg lakcíme ismeretlen volt, 498 esetben a kérdőívre nem érkezett válasz, és 413 esetben volt ismert a HIV-teszt eredménye.

A vizsgált betegek között az AIDS-esetregisztrációban szereplő beteget nem találtak. A vizsgált betegcsoportban 1 esetben észlelték HIV-pozitív beteget — anamnesisében a kérdéses időszakban két alkalommal végzett transfúzió szerepelt. A kérdéses donorminta valamint a beteg és a sebész szérumbmintáiból végzett nukleotid szekvencia vizsgálat és speciális phylogenetikai analízis a transzmisszió transfúziós eredetét valószínűsítette.

Számításuk szerint a sebészi expositio 369 személyi órájában transzmissziót nem észleltek; feltételezik, hogy az átvitel valószínűsége legfeljebb 1/1000 személyi óra sebészeti expozíciós idő lehet. Eszerint a sebészeti beavatkozások során a HIV transzmisszió rizikója olyan alacsony, hogy csak több, metodikailag ezen vizsgálattal egyező felméréssel pontosítható.

Becker Krisztina dr.

HIV-transzmisszió hiánya HIV-fertőzött fogorvos betegeiben (epidemiológiai és DNS szekvencia analízis). Dickinson, G. M. és mtsai (VA Medical Center, Miami): JAMA, 1993, 269, 1802.

Az utóbbi időben a figyelem középpontjába került a HIV-fertőzött egészségügyi dolgozókról a betegekre történő HIV-transzmisszió kérdése. Az iatrogén HIV-fertőzés lehetőségét alátámasztotta egy 1991-ben megjelent közlemény is, mely szerint egy HIV-fertőzött floridai fogorvos fogászati beavatkozás során 5 betegét igazoltan fertőzte.

Jelen tanulmány szerzőinek célja egy HIV-fertőzött fogorvosról az általa kezelt betegekre történt esetleges HIV-átvitel felmérése volt; vizsgálatukat Floridában, egy veteránok lakta otthonban végezték. A vizsgálat során minden beteget megkerestek, és HIV irányba szűrtek, akiket a fogorvos az AIDS tüneteinek megjelenése előtti 5 és 3/4 évben kezelt. A frissen felfedezett HIV-fertőzöttek esetében az anamnesist DNS szekvencia analízissel egészítették ki, hogy a beteg és a fogorvos HIV vírusának genetikai hasonlóságát összevegyék. Az időközben meghalt betegek halálhozási jegyzőkönyveit részletesen vizsgálták HIV-betegségre vagy kábítószerélvezetre gyanús, ill. 50 éves kor előtt elhunyt betegek esetében.

1192 betegnél 9267 beavatkozás történt; 124 beteg halt meg. Az elhunytak között 5 HIV-fertőzött beteg volt — ezek mindegyi-

ke homoszexuális, ill. iv. kábítószerélvező volt. A fennmaradó 1048 beteg közül 962-t sikerült a vizsgálatba bevonni; 900 beteg egyezett bele a HIV-teszt elvégzésébe. E csoportban 5 HIV-pozitív beteget találtak, ebből 4 beteg egyértelmű HIV-rizikófaktorokkal volt jellemezhető. 1 beteg (mindössze 1 alkalommal állt fogászati kezelés alatt) a magas-rizikócsoportra jellemző viselkedés minden formáját tagadta. Az összehasonlító DNS szekvencia-analízis kimutatta, hogy a fogorvos és az 5 HIV-pozitív beteg vírusa nem volt közeli rokonságban egymással.

A vizsgálat alapján a szerzők kiemelik, hogy az általános fogorvosról a betegre történő vírusátvitel valószínűsége a kezelése alatt minimális, amennyiben a szükséges általános preventív szabályokat szigorúan betartják.

Becker Krisztina dr.

HIV-transzmisszió hiánya HIV-fertőzött ortopéd sebész betegeiben (13 éves retrospektív vizsgálat). von Reyn, C. F. és mtsai (Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Lebanon NH): JAMA, 269, 1807.

A szerzők retrospektív epidemiológiai felmérés keretében 2317, 1978 és 1991 között egyazon HIV-fertőzött ortopéd sebész által operált betegen vizsgálták a HIV-transzmisszió valószínűségét. A regionális médiákban, valamint levélben történt tájékoztatásra 1147 beteg jelentkezett (50,7%); ezek HIV tesztelése ELISA módszerrel történt — pozitivitást nem találtak. Két beteg már műtét előtt ismert HIV pozitív volt. Az AIDS-eset-nyilvántartóban szereplő beteget, ill. az időközben elhunyt betegek anyagában HIV-fertőzésre utaló adatot (tumor, opportunista infekció) nem észleltek. Az észlelt transzmissziós rizikó 0/1174 beteg volt. Binominális elosztást tekintve a maximális konfidencia intervallum 4,37/100 000-nek mutatkozott, mely érték a CDC által kalkulált elméleti rizikónak megfelelt. A szerzők kiemelik a vizsgált régióban a HIV-infekciós ráta, mint háttérérték alacsony voltát, mely a korábban fertőzött de csak a vizsgálatban felfedezett esetek lehetőségét csökkenti.

A betegek több olyan időszakból kerültek vizsgálatra, amikor a sebész szempontjából a HIV-transzmisszió lehetősége igen magas volt (a seroconversio időszakából és a fertőzés előrehaladott stádiumában), ezzel együtt látható, hogy a transzmisszió valószínűsége igen alacsony. Ugyanakkor felhívják a figyelmet a hasonló vizsgálatok magas költségeire (e vizsgálatnál 158 000 dollár). Ezek alapján a betegek rutin követését szükségtelenné tartják, amíg nem dokumentálható egyértelműen az eü. dolgozóról a betegre történt transzmisszió, ill. ameddig az elfogadott asepsis-antisepsis szabályait durván át nem hágják. Nincs jogosultsága a szerzők szerint az invazív beavatkozásokat végző eü. dolgozók rutin HIV-szűrésének sem — a nosocomialis

transzmisszió eddig dokumentált esetei alapján továbbra is a transzfúziós és a beteg-beteg átvitel (használt tűk véletlenül történő használata) kell kivédeni.

Becker Krisztina dr.

Prostitúció és HIV-rizikó: női prostituáltak Londonban. Helen, Ward és mtsai (St. Mary's Hospital Med. School, London): Br. med. J., 1993, 307, 356.

Nem tisztázott, hogy Európában a női prostituáltakat, függetlenül a kábítószer-élvezettől, milyen mértékben veszélyezteteti a heteroszexuális úton szerzett HIV-fertőzés. A fertőzésveszély nagyobb az egyúttal kábítószer is élvezők, mint a csak utcai prostitúciót folytató nők csoportjában. A szerzők 1989–1991 között 280, London szinte valamennyi kerületéből behívott, ill. utcán véletlenszerűen megállított prostituáltat kérdezték ki. Életkoruk 16–51 év volt, és egy hónap–31 év óta dolgoztak, mint prostituáltak. 228 járult hozzá a HIV-teszt elvégzéséhez, ők valamennyien a magasabb iskolai végzettségűek közül kerültek ki. 2 nő volt HIV-1 pozitív, de mindkettő diagnózisa a szerzők által kezdeti vizsgálat előtti évben történt meg, s mindkét beteg intravénás kábítószer-élvező volt. 52 nő nem járult hozzá a teszt elvégzéséhez, 34-nek pedig már volt egy korábbi, negatív eredménnyel zárult vizsgálata.

A nőket fizető vendégeikről, ill. egyéb szexuális partnereikről és az óvszerhasználatról kérdezték, s az interjú napján, ill. az azt követő 1 héten belül 193-at vizsgáltak meg akut STD infekció irányában (STD = sexually transmitted diseases, nem érintkezéssel átvitt betegségek). A heveny fertőzések a prostituáltak növekvő számú nem fizető partnereivel és nem a fizető vendégek számával mutatnak összefüggést. Az edukációs szinttel, a droghasználattal és a használt óvszer meghibásodásával viszont nem mutatkozott korreláció.

A szerzők korábban egy viszonylag kis betegcsoport vizsgálati eredményeire támaszkodva alacsony HIV prevalenciáról számoltak be. Jelen közleményükben egy nagy létszámú prostituáltakból álló csoport vizsgálati eredményeit közlik.

A prostituáltakat a HIV és egyéb STD infekciók transzmissziójában fokozottan veszélyeztetett csoportnak tekintik. Angliában azonban a női prostituáltak között a HIV prevalenciája alacsony, szerzők vizsgálati % eredményei szerint 0,9%. A nők a kereskedelmi jellegű szexuális tevékenység során magas százalékban alkalmaztak óvszert, míg a nem kereskedelmi céllal létesített partnerkapcsolatok esetében többnyire nem került sor óvszerhasználatra. Az STD fertőzések előfordulási gyakorisága ez utóbbi jellegű kapcsolatok esetében szignifikánsan gyakoribb előfordulást mutatott a másik csoporttal szemben. Sok nő számolt be viszont az óvszer hibájáról, ami nem jelent még rendszeres használata esetében sem hosszú távon biztos védelmet.

A szerzők szerint az alacsony HIV prevalencia ezen adatok alapján az epidemia valószínű állását jelzi, okának további kutatása, ill. újabb prevenciók intézkedések bevezetése szükséges.

Földes Márta dr.

Prostitúció és HIV-fertőzés kockázata: női prostituáltak férfi partnerei. Sophie Day, Helen Ward, Louise Perrotta (St. Mary's Hospital Med. School, London); Br. med. J., 1993, 307, 359.

Sok bírálat éri a kereskedelmi jellegű szexuális tevékenység és a HIV-fertőzés rizikójának összefüggéseit vizsgáló kutatásokat, mivel azok rendszerint inkább a szexuális szolgáltatást nyújtó s nem annyira az azt igénybe vevő személyekre irányulnak. Általában a prostituáltak partnereit veszélyeztető fertőzés eredetét magától a prostituálttól folytatott viszonyt jelölik meg. A nyugati országokban prostituáltak egyéb rizikócsoportba nem tartozó partnerei között a HIV fertőzés alacsony prevalenciáját találták. Londonban például 1986–89 között 117 prostituált partnert megjelölő férfi kérte szűrését HIV-re, ebből 3 esetben kaptak HIV-1 antitestre nézve pozitív eredményt. A három személy közül 2 jelölt meg partnereként férfit is, egyiküknek partnere pedig egy thaiföldi prostituált volt.

Az átlagpopuláció prostituáltakkal fenntartott kapcsolatairól csak feltételesek becslések ismertek. A HIV-fertőzés transzmissziójában jelentős szerepe van az ún. vendégek szokásainak, magatartási formáinak. A szerzők prostituáltak fizető és nem fizető partnereit vizsgálták a HIV-fertőzés ismert rizikótényezőinek előfordulását, összefüggésben a különböző jellegű szexuális kapcsolatokkal.

A szerzők 1990–91-ben 112 vizsgálatra jelentkezett férfit kérdeztek ki, 47-et személyesen, 65-öt telefonon. 24 férfinak volt a vizsgálatot megelőző 4 éven belül HIV-szűrése, további 16-ot az adatgyűjtés ideje alatt vizsgáltak meg. 5 százalékban (2/40) találtak pozitivitást, ebből egy jelölt meg heteroszexuális egy pedig homoszexuális partnerkapcsolatot. Egyik sem volt intravénás kábítószer-élvező, és mindkét betegnek volt prostituálttal korábbi partnerkapcsolata. A válaszoló férfiak 36 százalékának volt homoszexuális kapcsolata, az analízis kontaktus során pedig valamennyien használtak óvszert, s ezek közül egy esetben tesznek említést annak hibájáról.

107 férfinak volt többszöri, ebből csaknem 30%-ának rendszeres kapcsolata prostituálttal. A kereskedelmi jellegű nemi kapcsolatok során biztonsági okok miatt óvszert használtak, amihez a prostituáltak ragaszkodtak. A férfiak elhagyták az óvszer alkalmazását a nem kereskedelmi jellegű partnerkapcsolatok esetében. Mivel a vizsgálat nem randomizált, s a mintavétel sem reprezentatív, a szerzők felhívják a figyelmet az eredmények igen óvatos és általánosítástól mentes értékelésére. Az óvszer-

használatot a kapcsolat természete határozza meg. A nem kereskedelmi jellegű kontaktusokat, akkor is ha azok prostituálttal történnek, inkább tekintik érzések irányította intimitásnak, ezért pedig biztonságosnak, s az esetek jelentős részében nem használnak óvszert. Ezen adatok szerint Angliában a női prostituáltakat partnereik legalább annyira veszélyeztetik a HIV fertőzés transzmisszióját illetően, mint amennyire miattuk partnereik fertőzés veszélyének vannak kitéve. A szerzők szerint ezért a HIV transzmissziójának veszélye az egyéni szociális kapcsolatok és egyedi magatartásformák befolyásolásával csökkenthető.

Földes Márta dr.

Női prostituáltak férfi partnereinek magatartásformái, mint kockázati tényezők. Marina A. Barnard, Neil McKeganey, Alastair H. Leyland (Publ. Health Res. Unit, Univ. Glasgow); Br. med. J., 1993, 307, 361.

A szerzők szerint kevés tudományos munka foglalkozik a prostituáltak partnerei által közvetített HIV fertőzés kockázati tényezőivel. Prostituáltak 143 férfitendéjét kérdezték ki, illetve vizsgálták meg.

A férfiak többsége (103) vaginalis kontaktusról, 89-en maszturbációról, 87-en orális szexről, 11-en analízis nemi érintkezésről számoltak be. Néhányan egyszerre többféle magatartásformát is elfogadtak. Valamennyi analízis kontaktusban használtak óvszert, a vaginalis kontaktusok során 17 esetben nem. A fizető vendégek 17%-a számolt be az óvszer hibájáról. 121 férfinak nem volt kereskedelmi jellegű partnerkapcsolata, s ezek kis hányada használt óvszert. Szerzők ezen adatok alapján azt hangsúlyozzák, hogy több figyelmet kell szentelni a prostituáltak férfitpartnerei szexuális magatartásformáinak és nemi aktivitásának. Felhívják továbbá a figyelmet arra, hogy a HIV fertőzés heteroszexuális transzmissziójának nem a kereskedelmi jelleggel folytatott nemi érintkezés az elsődleges forrása.

Földes Márta dr.

SZÍV- ÉS KERINGÉSI BETEGSÉGEK

Az akut myocardialis infarktus négy thrombolitikus módszerének nemzetközi randomizált, összehasonlító vizsgálata. Szerzők: GUSTO vizsgálók. New Engl. J. Med., 1993, 329, 673.

GUSTO a következő meghatározás angol nyelvű rövidítése: Elzárt coronariák streptokináz és szöveti plasminogén aktivátor kezelésének globális felhasználása. A GUSTO vizsgálatot 1989-ben tervezték és 1990 decembere és 1993 februárja között a világ 15 országából, 1081 kórházból összesen 41 021 beteget randomizáltak. Vala-

mennyi beteg akut myocardialis infarktusból szenvedett. A vizsgálatba bekerülés kritériumai 2 mm-es ST eleváció, típusos fájdalom, 6 órán belüli friss infarktus voltak. Kizárási kritériumot a fibrinolitikus kezelés szokásos kontraindikációi jelentették.

Véletlenszerű csoportbesorolás szerint a betegeket négy csoportba sorolták: az 1. csoport szöveti plasminogén aktivátort kapott a szokásosnál nagyobb infúziós sebességgel; a 2. csoportban 1,5 millió egység streptokináz 60 perc alatt, kiegészítőleg subcutan heparint; a 3. csoport szintén 1,5 millió egység streptokináz 60 perc alatt, kiegészítőleg intravénás heparin infúziót PTI kontroll mellett és a 4. csoport pedig lassú t-PA infúzióval kombinált, csökkentett adagú (1 000 000 E) streptokináz kezelést kapott. A vizsgálat végpontja a 30 napos halálozás volt.

A négy vizsgálati csoportba került betegek életkorában, rizikófaktorokban, vérnyomásában és egyéb személyi jellemzőiben nem volt szignifikáns különbség a randomizált gyógyszeres kezelések megkezdése előtt. Valamennyi csoportban a betegek 97%-a megkapta azt a gyógyszert, amire a véletlen mintavétel alapján kijelölték. A betegek 97%-a orális acetylsalicilsavat is kapott. Azokban a betegekben, akik subcutan heparin kezelésre lettek kiválasztva, csak 89% kapta meg a jelölt kezelést, a fennmaradó 11%-ban a kezelőorvosok különböző okok miatt intravénás heparint alkalmaztak. A betegek 46%-a az akut szakban intravénás béta-receptor blokkolót, 71%-a a későbbiekben orális béta-receptor blokkolót is kapott. Profilaktikus lidocaint 18%-ban, kalcium csatorna blokkolót 31%-ban, digitális készítményt 14%-ban, intravénás nitroglycerint 77%-ban, ACE-inhibitor gyógyszerelést 21%-ban kaptak a betegek.

A gyors t-PA-val kezelt betegcsoportban volt a legkedvezőbb a halálozás. A 24 órás halálozás a streptokináz csoportokban 2,8–2,9% volt, a gyors t-PA csoportban 2,3%. A 30 napos halálozás a streptokináz csoportokban 7,2%, ill. 7,4%, a gyors t-PA csoportban 6,3%. A különbség statisztikailag erősen szignifikáns ($p < 0,001$). Nem volt különbség a két streptokináz csoport egymással való összehasonlításakor, tehát a heparin alkalmazásának a módja nem befolyásolta a 30 napos halálozást. A t-PA-val kezelt csoportokban több volt az agyvérzések száma; összehasonlítva a streptokináz csoportokkal, a különbség itt is szignifikáns. A vérzéses szélütések száma mind a t-PA csoportban, mind pedig a t-PA + streptokináz csoportban magasabb volt, mint a streptokináz + heparinnal kezelt csoportokban.

Három további szempont szerint vizsgálták azt, hogy a gyors t-PA infúzió előnyös hatása az adott csoportfelosztás szerint érvényesül-e vagy sem. A 75 év alatti és a 75 év feletti betegcsoportokat vizsgálva azt találták, hogy a halálozás csökkenése a fiatalok között nagyobb volt, idős korban, 75 év felett a halálozás csökkenése már nem

szignifikáns, illetve ebben az időszakban a gyors t-PA okozta halálozáscsökkenést a vérzéses szélütések számának fokozódása semlegesíti. Összehasonlították az anterior és inferior infarktuszokban észlelt halálozásokat a különböző gyógyszeres kezelési csoportokban és azt figyelték meg, hogy anterior infarktuszban a gyors t-PA csoportban 8,6% volt a 30 napos halálozás, a streptokináz csoportokban pedig 10,5% (a különbség szignifikáns), inferior infarktuszban a gyors t-PA csoportban 4,7 — a streptokináz csoportokban 5,3% volt a halálozás, mindkét különbség szignifikáns.

Az infarktust jelző mellikasi fájdalom kezdete és a thrombolyticum alkalmazásának kezdete közötti időt tekintve három csoport hozható létre: a 2 órán belül kezelt, a 2—4 óra múlva kezelt és a 4—6 óra múlva kezelt betegek csoportjai. Mind a három csoportban a t-PA kezelt betegeknek halálozása kisebb, mint az azonos időablakban kezelt streptokináz csoportosok halálozása. A különbség az első két órán belül kezelt betegek körében a legkifejezettebb (4,3, illetve 6,7%). A gyors t-PA infúzió halálozást csökkentő hatásának hátterében feltételezik, hogy az infarktust okozó ér gyorsabb megnyílása eredményezi azt, hogy valamennyi vizsgált betegcsoportban a halálozáscsökkenés a streptokinázzal kezelt csoporthoz képest szignifikáns volt. Ezt a kissé gyakrabban előforduló vérzéses szélütések száma nem semlegesíti.

Egy beteg t-PA kezelése az Egyesült Államokban 2300 dollárba kerül, míg a streptokináz kezelése ára 230 dollár.

[A cikkhez kapcsolódó szerkesztőségi kommentárt Valentin Fuster írta: 723—725. old. Elemzésében megállapítja, hogy az alacsony csoport analízisek eredménye alapján a streptokinázt teljesen megfelelő gyógyszeres kezelésnek tartja akut infarktuszban, ha a beteg 75 éves kornál idősebb, ha az infarktusz nem túlságosan nagy kiterjedésű, és 4 óránál később kezdődik a thrombolysis. Ezzel szemben a tanulmány alapján a t-PA látszik megfelelőbbnek 75 évnél fiatalabb betegekben, nagy anterior infarktuszok esetében, 4 órán belüli kezelés esetén és akkor, ha a beteg korábban már kapott streptokinázt, vagy APSAC kezelést. (Ezekben a betegekben streptokináz-ellenes antianyagok kimutathatók és a streptokináz kezelés eredményét veszélyeztetik.) Olyan beteg esetében, akinél kontraindikáció áll fenn a thrombolyticus kezeléssel kapcsolatban, vagy súlyos haemodinamikai helyzetbe került, mérlegelni kell a thrombolyticus kezelés nélküli azonnali coronaria angioplasztika lehetőségét.]

Keltai Mátyás dr.

A szívinfarctus legkorábbi EKG jelei: felhasználásuk a thrombolyticus kezelés megkezdésében. Adams, J. és mtsai (Cardiac Department Aberdeen Royal Infirmary): Br. med. J., 1993, 307, 409.

Ma már egyetértés mutatkozik abban a kérdésben, hogy minden szívinfarctusos be-

tegnak thrombolyticus kezelést kell kapnia, kivéve azon betegeket, akiknél a kezelésnek valamilyen kontraindikációja van. Több klinikai vizsgálat bizonyította, hogy a thrombolyticus kezelésnek a lehető leghamarabb kell elkezdődnie. Mivel a thrombolyticus kezelés vérzés — esetleg intracerebrális haemorrhagia — veszélyével jár, fontos hogy csak megfelelő indikáció esetén kerüljön alkalmazásra.

A myocardialis infarctus diagnózisában az EKG ma is a legegyszerűbb, a leggyorsabb és a legalkalmasabb módszer. Viszonylag kevés ismerettel rendelkezünk a legkorábbi EKG jelekről myocardialis infarctuszban. A jelen tanulmányban a szerzők az EKG érzékenységeivel és fajlagosságával foglalkoznak a myocardialis infarctus diagnózisában és vizsgálják az infarctusra utaló legkorábbi EKG elváltozásokat. A tanulmányban a korai anistreplase vizsgálat 311 betege közül az a 137 szerepelt, akik otthonukban nem thrombolyticus kezelést, hanem placebót kaptak. Két alkalommal történt EKG-vizsgálat: a betegek lakásán és a kórházba érkezéskor. Vizsgálták az ST elevatio és depresszió, Q-hullám, T-hullám inverzió, és a bal Tawara szárblock előfordulást. Az EKG eltéréseket a kibocsátási diagnózissal hasonlították össze, amely szerint a 137 beteg közül 93-nál (68%) igazolódott myocardialis infarctus.

A beteg lakásán készült EKG: Az infarctusnak bizonyult esetek mindössze 53%-ában volt ST elevatio az első EKG idején. Így ezen EG jel érzékenysége alacsony. Ugyanakkor az ST elevatio volt a leginkább specifikus jele az infarctusnak. Az ST elevatio fajlagosságát 86%-nak találták. Az ST elevatiót a fajlagosság tekintetében a bal Tawara szárblock és az ST depresszió követte. Az infarctusnak bizonyult esetek 98%-ában kóros EKG-t találtak és mindössze 2 olyan infarctusos betegük volt, akiknek EKG felvételén semmilyen eltérés sem volt.

A kórházban készült EKG: ebben az esetben az ST elevatio fajlagossága 95% volt.

Az infarctusos betegek 42%-ában a lakáson készített EKG a kórházba érkezés idejére lényegesen megváltozott, míg a nem infarctusos betegcsoportban ez az arány 34% volt.

Az ST elevatio tehát nem kellően érzékeny jele az infarctusnak. Amennyiben a thrombolyticus kezelés indikációját az ST elevatio jelenlétéhez kötik, sok esetben elmarad az infarctusos betegek korai thrombolyticus kezelése. Ugyanakkor a kevésbé specifikus EKG változás esetén alkalmazott thrombolysis a kezelés kockázata miatt nem tűnik ésszerű megközelítésnek.

János András dr.

A thrombolysis és az atenolol vagy metoprolol hatása a jel-átlagolt EKG-ra akut myocardialis infarctus után. Santarelli, P. és mtsai (Universita Cattolica, Róma, Olaszország): Am. J. Cardiol., 1993, 72, 525.

Az akut myocardialis infarctus (AMI) hirtelen halált okozó, leggyakoribb szívbetegség. Az AMI 80-as évek elején az ún. jel-átlagolt EKG segítségével, mely során néhány száz QRS komplexust átlagoltak a kisebb zajszint érdekében, a QRS komplexus után megjelenő nagy frekvenciájú, kis amplitúdójú, késői potenciálnak (KP) nevezett jelet észleltek a kamrai tachycardiás epizódon átesett betegek 70—90%-ánál. Jelen tanulmány a thrombolysis és a béta-blokkolók (TL és BB) hatását vizsgálja a KP-ok megjelenésére, ebből következtetve a kamrai tachyarrhythmia várható gyakoriságára.

A prospektív, nem randomizált, multicentrikus tanulmány 618 beteg bevonásával készült, akiknél az AMI a szokásos kritériumok alapján bizonyított volt. Kardiogén sokk, pitvarfibrilláció, pacemaker ritmus kizáró okok voltak. Minden beteg ellenjavallat hiján TL kezelést (streptokinase vagy rekombináns TPA) és/vagy iv. 5—10 mg atenololt vagy metoprololt kapott. Minden betegnél 2D echocardiographiát végeztek az ejekciós frakció (EF) becslésére. Az AMI utáni 6—8. napon elvégezték a jel-átlagolt EKG vizsgálatot. Az eredmények értékelésénél figyelembe veendő, hogy a TL sikerességét nem ellenőrizték coronariographiával. Másrészt a BB-val kezelt betegek eleve jobb prognosztikai faktorokkal rendelkeztek (jobb-bal kamra funkció, alacsonyabb életkor, egyidejű TL, alacsonyabb CPK értékek), mint a BB-t nem kapók. Utóbbi kiküszöbölendő retrospektíve homogén betegcsoportokat képeztek az életkor, a nem, az AMI lokalizációja, régi AMI megléte, a CPK szint, az EF alapján, vizsgálva a KP-ok megjelenési gyakoriságát a kétféle kezelés után.

A következő eredmények születtek. A betegek 25%-ában jelentek meg KP-ok, az ezt előrejelző faktorok fontossági sorrendben: 40%-nál kisebb EF, kamrafibrilláció az első 48 órában, a BB kezelés hiánya, valamint AMI az anamnesisben és magas CPK értékek. Összehasonlítva a TL-sel kezelt és nem kezelt betegeket, nem volt eltérés a KP-ok megjelenési gyakoriságában a két csoportban. Külön vizsgálva a 60 év fölötti és alatti életkor, a 40% alatti és fölötti EF érték, anterior és inferior lokalizáció alapján képzett csoportokat, a KP-ok azonos gyakorisággal jelentek meg a TL-t kapott és nem kapott betegek jel-átlagolt EKG-ján. Összehasonlítva a BB-val kezelt és nem kezelt betegeket, a KP-ok megjelenésének szignifikáns, 46%-os csökkenését tapasztalták a béta-gátlók használatát mellett, ez azonban csak a 40% feletti EF-jú betegekre nézve bizonyult igaznak. A retrospektíve képzett homogén betegcsoportok esetében hasonló eredményekre jutottak, azaz a TL nem, a BB kezelés szignifikánsan csökkentette a KP-ok megjelenését a jel-átlagolt EKG-n.

A béta-blokkolók ezen hatása a szerzők szerint annak köszönhető, hogy biztosítván a vér kedvező redistribúcióját az ischaemiás subendocardiumban, csökkentve az infarc-

tus kiterjedését, javítva a regionális myocardium funkciót, csökkenti a myocardium elektromos instabilitását. Ismert tény, hogy a thrombolysis javítja a túlélést, de e tanulmány alapján ez nem az elektromos stabilizáló hatásának köszönhető.

Szabados Tamás dr.

Prognózis hosszú időszakra szívinfartus után: klinikai jószelek és cardiovascularis kockázati tényezők. Ottervanger, J. O. és mtsai (Rotterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1448.

Bár Hollandiában csökkenőben van a szívinfartus incidentiája és mortalitása, a halálokok között még az élen jár. A prognosztikai tényezőket hosszabb időtartamon keresztül alig vizsgálták, ismeretükkel a terápia effektusa is javítható. A szerzők 1978 és 1980 között 304 szívinfartus diagnózissal kibocsátott 65 évnél fiatalabb betegük sorsát kísérték figyelemmel 10 éven át, közülük 302-nél sikerült az adatok beszerzése. A 108 közben meghalt adatait részben a házi orvosoktól, részben a statisztikai hivaltól kapták meg, két betegnél ismeretlen maradt a haláluk.

A családi anamnesisban a szívinfartus előfordulásán kívül a 60 éven aluliak hirtelen halálát is pozitívnak értékelték. A mellkas röntgen-nél a cardiomegaliát és a pangást minősítették prognosztikai jelentőségűnek, és az infartus után első 3 hónapban 1 cigaretta vagy 1 szivar elszívását minősítették dohányzásnak. Betegükönél talált adatokat a lakosság általános, kornak, nemnek stb. megfelelő adataival hasonlították össze. A kiindulási adatok közül a koleszterin szint 23%-nál volt 6,5–8 mmol/l, és 30%-nál volt 8 mmol/l-nél nagyobb. Nőknél valamivel nagyobb volt ez, a hypertensio prevalenciája is náluk volt nagyobb. Férfiak infartus után gyakrabban voltak dohányosok (1–16%). Akik már megelőzőleg átestek egy infartuson, idősebbek is voltak, és gyakoribb volt náluk az eltérő thoraxkép.

Betegeik túlélési görbéje összehasonlítva az általános lakosság adataival a betegek 1–5–10 éves halálozása mutatja: 6,5–18,4–35,5%, ezzel szemben az általános halálozás évente 1,6%. A transmuralis infartus nem jelentett a 10 éves túlélésben nagyobb kockázatot, mint a subendocardialis infartus. A cardiovascularis rizikótényezők közül a koleszterin szint enyhén emelkedésénél (6,5–8 mmol/l) a kockázat emelkedése 1,29, és a 8 mmol emelkedésnél magasabb értéknél 1,71 az aránylagos kockázat azokhoz képest, akiknél 6,5 mmol/l-nél kisebb volt a koleszterin szint. A betegek kora, az előzetesen infartuson való átesés, a tüdő röntgen elváltozása, a koleszterin szint mértékéből jól lehet következtetni a prognózisra, de az infartus után csökkent balkamra-functio okozta decompensatio rontja legjobban a prognózist.

A szerzők vizsgálatánál még nem alkalmazták a thrombolitikus terápiát, és a koleszterin szint csökkentése sem volt általá-

nos. Ezeknek prognózist befolyásoló szerepét meghatározandó további vizsgálatok szükségesek. A másodszori infartussal kibocsátottaknál a 10 éven belüli mortalitás megduplázódott. A koleszterin szint 1 mmol/l emelkedése a 10 éven belüli mortalitást 1,14-dal emeli. A vizsgálat 10 éve alatt meghaltak 42%-a hirtelen halált halt.

Ribiczey Sándor dr.

Direkt coronaria-angioplastica: az indiciós terület változásban. Pick, J. J. (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1438.

De Wood és mtsai 1980-ban coronariografikus leletei alapján megállapította, hogy az akut szívinfartust a coronaria trombotikus elzáródása okozza. Ezt követően indult meg a reperfüsiót célzó trombolitikumokkal végzett terápia. A hatás kedvező volt: korlátozódott az infartus nagysága, a halálozás 20–60%-kal csökkent, a kezelést minden kórházban, sőt ambulánsan is el lehetett végezni. Azonos időben közölték a mechanikus reperfüsiós eljárást, a percutan transluminalis coronaria angioplasticát, a ballonos dilatációt, melyet azonban csak klinikai centrumokban, nagy tapasztalatú szakemberek és jól felszerelt műtőben, megfelelő laborokkal és segédszeméllyel lehetett elvégezni. Újabb a ballonos eljárással elért eredmények felülmúlták a trombolitikus módszerrel elértet, el lehetett kerülni a trombolitikumoknál előforduló vérzéses szövődményeket, a cerebrovascularis történéseket. A trombolysis nélkül végzett, ún. direkt angioplasticánál, elhagyva a trombolitikumokkal való kombinált kezelést, kisebbnek bizonyult a bal kamra károsodása. Eleinte csak az eredménytelennek bizonyult trombolitikus kezelés után alkalmazták a ballondilatációt, így erre csak az ápoltak 15%-ánál került sor. A trombolysis nélkül elvégzett ballondilatációnál a coronaria reperfüsió gyorsabban következik be, az occlusio gyorsabb megszüntetése lényegesen javítja a prognózist, a panaszok fellépte utáni négy órában végzett reperfüciónál kedvező a prognózis.

Hollandia és Belgium rendelkezik a világon a legtöbb ballondilatációt elvégezni képes centrummal. A nonstop szolgáltatás bevezetése azonban tetemes költségkihatású. Az indiciót ki kellene terjeszteni mellősi fali infartusra, női betegekre, 65 évnél idősebbekre. A cost-benefit vonatkozások további vizsgálatokat igényelnek.

Ribiczey Sándor dr.

Izolált atrialis amyloidosis: klinikopatológiai vizsgálat, mely szerint chronicus szívbetegségeknél gyakoribb. Looi, L.-M. (University of Malaya, Kuala Lumpur): Hum. Pathol., 1993, 24, 602.

A szív amyloidosisa a primer (AL) és szekunder (AA) systemás amyloidosis, vala-

mint a familiaris mediterrán láz (AA) régen ismert jelensége. A szív senilis amyloidosisát sokáig egységesnek tekintették. A hagyományos senilis cardialis amyloidosis (SCA) a pitvarokban kezdődik, később viszont a kamrákat és értörzseket is érinti, kémiaiilag elkülönül az előzőektől, transzthyretin alkotja a fibrillumokat, és mivel más szerveket is érint ez az amyloid depositio, inkább egy újabb fajta systemás amyloidosisnak kellene tekinteni. A szívet érinti még az ún. izolált atrialis amyloidosis (IAA) is, amelyet eddig csak a pitvarokban írtak le.

A szerző 167 beteg 211 szívműtét során vett biopsziáját vizsgálta meg. Kontrollként 247 egészséges, balesetben elhunyt felnőtt pitvarból, kamraközi sövényből és artériás értörzsekből vett mintáit használta. A Congo-vörös festéssel birefringentiát mutató eseteket thioflavin-T-vel és kristály ibolyával is megfestette. Emellett immunhistochemiai vizsgálatot végeztek AA fehérjére, AP komponensre és human lambda- és kappa-láncokra. 19 pozitív esetet elektronmikroszkóppal is megvizsgáltak. 154 esetben vették a biopsziát a pitvarokból, s ezek közt 26 esetben azonosítottak IAA-t (16,9%). Ezeket chronicus szívbetegség, illetve atrialis septum defectus miatt műtötteknél találták.

Az IAA prevalenciája chronicus szívbetegségeknél kb. 23% lett, ami magasabb, mint bármely más szívbetegségben. A kontrollokban a prevalencia 3% lett, aminél mind a chronicus szívbetegsége, mind az ASD-s betegeké szignifikánsan magasabb. Az amyloid permanganát rezisztens Congo-vörös festődést és birefringentiát mutatott. Amyloid P fehérje a depositumokban jelen volt, de AA fehérje, illetve könnyűláncok nem voltak. Szöveti megoszlás szerint az endothel alatt, kis artériák mediájában és az izomrostok sarcolemmájában mellett helyezkedett el. Az elektronmikroszkópia során el nem ágazó fibrillaris depositumokat mutattak ki minden pozitív vizsgált esetben. Ezen jellegzetességek megfelelnek az IAA-nak, melyre nem jellemzők a nagy myocardialis homogén plakkok, mint a hagyományos SCA-ra. Egy műtött beteg halála után boncolás történt. Ennél és a kontroll IAA-os eseteknél nem találtak máshol amyloidot, csak a pitvarokban. A relatív magasnak mondható prevalencia valószínűleg abból adódik, hogy a vizsgált populáció műtétet indokló, súlyos szívbetegségeknél került ki, s ez az életkorral párhuzamosan növekvő gyakoriságot is magyarázza.

Az utóbbi időkben kimutatták, hogy az IAA ANP-t (atrialis natriuretikus peptid) tartalmaz, ami az atrialis myocyták terméke; úgy tűnik, a pitvarok feszülése a peptid felszabadulásának egyik fő ingere. Bár a kapcsolat az IAA és ANP között még számos vonatkozásban tisztázatlan, a fenti eredmények azt sugallják, hogy mégis létező. Mind ez ideig az IAA klinikailag némának tűnik, de nem állítható biztosan, hogy teljesen ártalmatlan.

Cserni Gábor dr.

Normális terhelés TI-201 szívizom-szcintigráfia: minden esetben jó prognózis? Oosterhuis, W. P. és mtsai (University of Leiden, The Netherlands): Eur. J. Nucl. Med., 1993, 20, 151.

A szerzők a normális terhelés TI-201 szívizom-szcintigráfia prognosztikus értékét vizsgálták 211 betegen, akiknél a nyugalmi és terhelés szívizom-szcintigráfia is negatív volt. 141 férfi és 70 nőt követtek átlagosan 23,5 hónapig. A betegek átlagos életkora 54 év volt. 40 betegnek (19%) volt megelőzően miokardiális infarktus, és közülük 20 betegnél a nyugalmi EKG-n Q-hullám volt látható. 68 betegről volt ismert (32%) az előzetes infarktus, bypass műtét vagy angioplasztika ténye. Az utánkövetés során az adatokat telefoninterjú és a kórházi dokumentáció alapján nyerték.

A vizsgált események a hirtelen halál, a nem halálos akut miokardiális infarktus, a bypass műtét, illetve az angioplasztikai beavatkozások voltak. Az átlagosan 23,5 hónapos követési idő során 22 betegnél következett be új kardiális esemény (1 szívhalál, 6 szívinfarktus és 15 revaszkularizációs beavatkozás). Az 1 éves fenti események bekövetkezésének gyakorisága 7%, míg a hirtelen halál, illetve miokardium infarktus valószínűsége 2,8% volt. Több klinikai és terhelés paramétert vizsgáltak a kardiális esemény megjelölésére, és ezek közül egyedül a béta-blokkoló kezelés bizonyult kóreljelő értéknél. A fenti gyógyszerrel kezelt csoportjában a gyakoribb kardiális történést az magyarázhatja, hogy ezen betegeknek mellkasi panaszai voltak. Felmerül az a lehetőség is, hogy a gyógyszeres kezelés befolyással bír a szívizom-szcintigráfia negatív eredményére a nem megfelelő terhelési szintek esetében. Azon betegeknek, akik a submaximális terhelési szint 85%-át elérték, az utánkövetés során az 1 éves kardiális történést valószínűsége 4,1%, míg azoknál, akiknél rendszeres béta-blokkoló kezelés nem volt, a maximális szívfrekvencia 85%-át elérték, az éves történést gyakorisága 3,3% volt. Azon betegek, akik rendszeresen szedtek béta-blokkolót, és a maximális szívfrekvencia 85%-ánál kevesebbet értek el a terhelés során, egy éves kardiális esemény gyakoriságát 21,6% fellettinek találták.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy ilyen jellegű vizsgálatok előtt a gyógyszeres kezelés megszakítására a továbbiakban is fokozott figyelemmel kell lenni.

Orosz István dr.

IDEGSEBÉSZET

A cerebroális ischaemiák sebészeti profilaxisa és terápiája. Steiger, H. J. (Neurochir. Klin., Inselspital, Bern, Svájc): Schweiz. Med. Wschr., 1993, 123, 1210.

A cerebroális ischaemiák revascularizációs műtéteiről 1985 után kiderült, hogy az

extra- és intracranialis bypass nem hozta meg a kívánt eredményt, ezért aztán a carotis endarteriectomia kiterjedt alkalmazására került sor, melynek eredményeiről 1991-et követően több randomizált multicentrikus vizsgálat számolt be. A szerző ezeket ismerteti, ami azért is megalapozott, mert néhány munkacsoport 10 éves ellenőrzésének tapasztalatairól is be tudott számolni. A műtét indikációját a carotis interna 70%-nál nagyobb szűkülete képezte, jóllehet ennél kisebb mértékű stenosis is indikálta, ha az anamnéziséből transiens ischaemiás attack, enyhe szélhűdés vagy amaurosis fugax derült ki.

Amerikai és európai munkacsoportok statisztikai összehasonlítása után egyértelműen beigazolódott, hogy az apoplexiák arányát tekintve a sebészeti beavatkozások eredményei lényegesen jobbák voltak, mint a gyógyszeres kezelésé; hasonló volt a helyzet tünetmentes carotis stenosisban, melynek többéves kontrollját nemrég ismertették. Indokolt a műtét akkor is, ha a szűkület mindkét a. carotis internában eléri az 50%-ot; ezzel ugyanoda jutottak mint az előbbi csoportban, ahol kizárólag az egyik oldalon végeztek műtétet, gyakorlatilag endarteriectomiát. Kiterjedt a műtét javallat azokra a betegekre is, akiknél függetlenül a tünetektől, olyan fokú volt a szűkület, hogy teljes elzáródással kellett számolni.

Az extra- és intracranialis szűkületek megoldására *percutan katéter tágtást* végeznek azokban az esetekben, amikor az érintett szakasz nehezen közelíthető meg pl. carotis-syphon esetében vagy ha tartós spasmus okozta elváltozásokról van szó. A módszer az a. carotis communis bifurcatio stenosisának a terápiájában kontraindikált, ahol embolizációval is kell számolni. A sebészeti rutin elengedhetetlen, ami ugyan nem lehet abszolút mércével mérni, de a maradandó jártassághoz legalább évi 12 műtét szükséges.

Ma még nem egyértelmű, hogy a műtét mennyire befolyásolja a cerebroális perfúziót *chr. cerebriális ischaemiában*, noha a kisszámú vizsgálat eredményei pozitívak. Az art. carotis interna teljes elzáródásában viszont a keringés helyreállítása kizárólag *extra- és/vagy intracranialis bypasssal* oldható meg. A diagnosztikában mértékadó a *cerebro-vascularis rezervkapacitás* foka, aminek az a lényege, hogy diureticumok beadása után a cerebroális perfúzió normális esetekben emelkedik, míg vascularis insufficienciában csökken vagy változatlan marad; a szerző intézetében a műtét indikációt, teljes stenosisban ez is meghatározza.

Vertebrobasilaris insufficienciában a körülmények némiképpen másak; abszolút indikációt képez a testhelyzettől függő syncope. Ilyenkor az arteria vertebralis az art. carotis communisba szájzatják be (art. vertebralis-ostiumszűkület), subclavia steal szindrómában bypass végézne az art. carotis communis és az art. subclavia, valamint az art. carotis externa és az art. vertebralis distalis szakasza között. Amennyiben a carotis szűkülete nagyfokú

és a vertebrobasilaris arteriák occlusiója is kimutatható, elegendő az előbbi stenosisának a megszüntetése. A hátsó koponyaüreg revascularizációs műtétek kockázata szembeállítva a carotis endarteriectomiával, kicsi. Percutan katétertágítás eredményei ezen az érterületen azért is jobbák, mivel az iatrogén embolizáció veszélye lényegesen kisebb mint az art. carotisokban.

A közlemény zárófejezete az *ischaemiás inzultusok* kezelését tekinti át és ezeket az agykoponya traumás sérüléseivel hasonlítja össze. Mindkettőben az agyödema és a fokozott agynyomás a leglényegesebb szövdmény, melyek a folyamat lezajlását lényegesen befolyásolják. Az apoplexia és traumás agyvérzés közötti mortalitásban fontos szerepe van a betegek életkorának, mivel előbbi az idősebb, az utóbbi a fiatalabb korosztályban fordul elő gyakrabban, jóllehet a 20–30 évesek között az agyi infarktusok nem is olyan ritkák, mint ahogy ezt feltételezték. Az intra cranialis nyomás monitorozása epidurális szondával végezhető, emellett olyan gyógyszeres kezeléssel, mellyel optimális oxigenizációt, kontrollált lélegeztetést lehet biztosítani. A műtét eredményekből nem lehet megtudni, hogy apoplexiában a sebészeti vagy a konzervatív kezelés a jobb.

A diagnosztikus képképző eljárások közül kötelező a CT és az angiographia, melyekkel a vérzés és esetleges extracranialis dissectio kideríthető. Ha tudatzavar is fennáll, beültetik az epidurális szondát az agynyomás folyamatos ellenőrzéséhez. A műtét decompressio indikációja az inzultus következtében létrejött hiánytünetektől függ. Így pl. különösen súlyos hemiplegia + aphasia esetében jobb, ha az aktív beavatkozástól tartózkodnak, amivel szemben primer temporalis vagy cerebellaris infarktusban ez abszolút indikált, hiszen eredményei sokkal jobbák mint ott, ahol a nem kontrollált intracranialis nyomás folyományaképpen hydrocephalus pecsételi meg a beteg sorsát.

Bán András dr.

Gyermekek és serdülők idegrendszerének primer germinális tumorairól. Plan-taz, D. és mtsai (Département de Pédiatrie, Hôpital A-Michallon, CHU de Grenoble, F-38045 Grenoble): Arch. Fr. Pediatr., 1992, 49, 87.

Az idegrendszer primer germinális tumorai (g. t.) ritkák, s főleg gyermekekben és serdülőkben fordulnak elő. Ezek leggyakrabban a középvonalban a suprasellaris, vagy az epiphysis régióban találhatók. Histológiailag azonosak az extracranialis g. t.-ral, s az OMS osztályozása szerint öt típusba sorolhatók: 1. germinoma (seminomából), 2. teratoma (érett, jóindulatú, vagy éretlen rosszindulatú), 3. a saccus vitellinus tumorai (az α -foetoproteint secretálja), 4. choriocarcinoma (a β -HCG-t secretálja), 5. embryonális carcinoma. Rendszerint megkülönböztetnek még non-

seminomatosus tiszta germinomákat is; ezek eltérnek a g.-aktól, a kezelésre más-ként érzékenyek, főleg a radioterápiára, és a prognózisuk is rosszabb.

A szerzők intézetükben retrospektíve 35 g. t.-ral felvett gyermek—serdülő sorsát tanulmányozták 1975—1987 között. Ismer-tetik beteganyagukat és vizsgáló módszere-iket. A tumorok közül 15 a pinealis régió-ban, 15 suprasellarisan, a többi öt bifocalisan-pinealisan és suprasellarisan helyezkedett el. 23 fiú- és 12 leány volt, átlagéletkoruk 12 év. Az első klinikai tünetek és a diagnózis felállítása között át-lag hat hónap telt el. A klinikai tüneteket két táblázatban ismertetik a tumor lokalizá-ciója szerint: dominált az intracranialis hy-pertensio és az ophthalmológiai tünet, főleg a látótér-kiesések, az oculomotoros paraly-sis, valamint az endokrin elváltozás: diabete-s insipidus, a növekedési hormon-, FSH-, TSH-, ACTH-hiány, pubertas praecox is előfordult.

A diagnózist (20 esetben histológiai le-et) — biopsia, sebészi kimetszés — alapján állították fel, 11 esetben a szérum β -HCG-ja emelkedésének kimutatása útján, hét esetben az α -foetoprotein kimutatása segít-ségével. Liquorcytologia révén (LCR) öt esetben az előzetes diagnózist a későbbi vizsgálatok is megerősítették. Az elmon-dottakból adódnak a vizsgálat módszerek.

A g. t.-ok kezelése: sebészi (totalis vagy subtotalis kimetszés), radioterápia (32 be-tegnél, közülük 22-nél ez egyedüli terápia volt), és chemoterápia (cisplatin, vinblas-tin, bleomycin: 1—6 kúra). A sugárdózis át-lagban 45 gray volt. 24 esetben prophyla-xisként az encephalon besugárzást is elvégezték (29 gray).

Átlagban 4 év a túlélés (6 hó—12 év); a 35-ből 25 beteget tudtak értékelni, 10 meg-halt. Az eredményeket, a tumorokat két csoportra osztva értékelik. Az első csoport 14 beteget foglal magába; ezek közül 7 meghalt (50% túlélés). Ez utóbbit az 1—2. csoportban ábra mutatja be. A csoport tisz-ta nem seminomatosus g.-t.-ból állott. A 2. csoportba 21 tumorost soroltak, ezek kö-zött 13 volt a tiszta, szövettanilag is bizonyí-tott, biológiaiailag normális g., 8 g. t. lokalizációja, a kezelésre adott válasz alapján feltételezett, közülük 4 beteg halt meg. A 17 életben maradt (88%-os túlélés) átlag há-rom évet él egészségesen (6 hó—12 év) a di-agnózis után. A felsorolás alapján a 25 túl-élő közül 4 semmi maradványt nem mutatott; 15-nél mérsékelt, vagy súlyosabb maradvány-tünetek észlelhetők.

Az eredmények megbeszéléséből a szer-zőknek a következő megállapításait érde-mes kiemelni:

1. A g. t. 10—12 éves korban a leggyako-ribb, főleg a férfinet érinti, s elsősorban pinealis lokalizációjú.

2. A suprasellaris tumorok főként a dia-betes insipidussal manifesztálódnak. Be-teganyagukban ennek gyakorisága 85% volt.

3. A pinealisan elhelyezkedő tumorok gyorsan diagnosztizálhatók, az aquaeduc-tus Sylvii elzáródása folytán kialakult int-

racranialis hypertensio, Parinaud-szindróma miatt.

4. Nagy segítséget jelent a tomodensito-metria, de a tumor természetét illetően — g. t. vagy pl. glioma — nem ad felvilágosítást. Sokat segít a mágneses rezonancia képalkotás és a liquor cytologiai vizsgálata.

5. A biológiai markerek közül a vérből és/vagy a liquorból az α -foetoprotein, vagy a β -HCG emelkedett szintjének kimutatása lehetővé teszi a malignus, nem seminoma-tosus g. t. diagnózist.

6. Secretáló tumorok esetén nem szüksé-ges biopsia.

7. A neuro-chirurgus általában biopsia-exeresist végez. Sokat segít e téren a ste-reotaxis bevezetése.

8. A betegség lefolyása a histológiai lelet-től függ. A g.-ok radio-sensibilisek és radi-ocurabilisok az esetek mintegy 80%-ában.

9. A tumoragy besugárzására 45—55 gray-t ajánlanak, de egyesek beérik 20—30 grayvel is. A prophylaktikus cranio-spinalis besugárzás értéke vitatott. Főleg a metastasisok megelőzésére ajánlják. Más- sok elutasítja a szisztematikus preventív cranio-spinalis besugárzást.

10. A chemoterápia eszköz lehet a su-gárdózis csökkentésében. Egyesek nagy dózisu cyclophosphamidot ajánlanak. A francia onkológiai társaság primer chem-oterápiát (carboplatin, etoposid, ifosfamid) javasol, amit lokális radiotherápia követ a tumoragyban, csak a metastatikus esetekre tartják fenn a craniospinalis radiotherápiát.

11. A non-seminomatosus tumorok ke-vésbé sugárérzékenyek, s így a csak sugár-al kezelte betegek prognózisa nagyon rossz. A szerzők esetei is ezt bizonyítják: 7 gyer-mekből 6 meghalt. 4 gyermek minimális β -HCG secretálást mutatott.

12. Az extracranialis secretáló g. t.-ok prognózisa látványosan javult, ahogy a cisplatinot bevezették a terápiába. A So-ciété Française d'Oncologie Pédiatrique 1985 óta primer chemoterápiát javasol (carboplatin, vinblastin, bleomycin, ifos-famid és etoposid), a biológiai markerek pozitívítása esetén. A sebészi beavatkozás csak a chemoterápia végén, tumor-residuum esetében javallt. Az ajánlott pro-tokoll eredményei bátorítók: 15 beteg kö-zül 11-nél teljes remissziót értek el.

13. A g. t. ritka, Franciaországban éven-ként 10 eset fordul elő. A tiszta g. t.-ok jó prognózisúak.

Kövér Béla dr.

Gyermekekori malignus cerebrális he-mispheriális tumorok. Tanulmány 64 eset kapcsán. Hoppe-Hirsch, E., Hirsch, J. F. (Service de Neurochirurgie Pédiatrique, Hôpital des Enfants-Malades, F-75743 Pa-ris); Arch. Fr. Pédiatr., 1993, 50, 403.

A cerebrum hemispheriális tumorai (c. h. t.) a gyermek idegrendszerének összes tumorai között alig 15%-ot reprezentálnak,

30—40% közülük malignus. A szerzők cél-ja, hogy tanulmányukban elemezzék a kór-házukban 1970—1989 között operált 64 gyermek sorsát; kutassák, hogy a c. h. t.-os gyermekeknek ugyanolyan katasztrofális-e a prognózis, mint felnőtteknél.

A szerzők a vizsgált beteganyagot, az al-kalmazott módszereket részletesen ismer-tetik. Kiemelik, hogy az anyagban nem szerepelnek egyéb, intraventricularis, thalamus- és a középvonalban fekvő tumor-ok. A betegek 15 év alatti korúak voltak, 30 fiú és 34 leány. A vizsgálatok főbb ada-tait, a kor szerinti megoszlást, a kor szerinti túlélést, a III-as és IV-es osztályba tartozók túlélését, az astrocytás tumorok esetében (27 beteg), ugyanezt a malignus syndro-mánál (m. sy.) — 20 beteg — négy görbén demonstrálják, három táblázaton pedig a tumorok histopathológiai megoszlását, a tumorok felismerése és a beavatkozás kö-zötti időt, illetve a c. h. t. klinikai tüneteit, a benignitás és malignitás alapján, szám és százalék szerinti megoszlásban szemléltet-ik. A műtéti beavatkozás következtében ki-lenc gyermek halt meg, kettő 18 hónapon aluli gyermek volt, kettő pedig a recidivát követő műtét után exitált.

A megbeszélésben a szerzők a következő fontosabb megállapításokat teszik:

1. Beteganyaguk lényegesen nem külön-bözött más szerzőktől közöltékétől.

2. Intracranialis hypertensio 10-ből 7-nél, míg kísérő görcsrohamok 10-ből 3-nál fordultak elő. Egy megelőző közle-ményben — amely a benignus c. h. t.-ról szolt — úgy találták, hogy az arány megfor-dult, az intracranialis hypertensio ritkább, míg az epilepsia lényegesen gyakoribb lett. A folyamat kezdetén jelenlevő intracrania-lis hypertensio a bántalom malignitásától való félelmet kelti.

3. Az első tünetek és a diagnózis felállítá-sa között eltelt idő általában rövid, ez ma-lignus esetben normálisnak tekinthető. A szerzők meglepetésre úgy találták, hogy az esetek 20%-ában ez fél év is lehet. Az a hi-potézis alakult ki, hogy az esetek többségé-ben az epilepsia krízisek klinikai típusa a diagnózist megelőző két hónapban módosult. A gyermekekori benignus tumoroknak a lehetséges degenerálódása arra utal, hogy ezeknek a totális sebészi eltávolítása feltét-lenül indokolt.

4. Érdekesnek találták a szerzők a malig-nus hemispheriális astrocytomák és a lymphoid leukaemia közötti kapcsolatot. Az irodalomban között 48 malignus glioma közül 21 fejlődött ki leukaemia után, mint szekunder tumor; ez megerősíti a szerzők észlelését, akik ezt a kapcsolatot négy ese-tükben észlelték. Lehetségesnek tartják, hogy a lymphoid leukaemia és a glioma kö-zös proto-oncogennel rendelkezik.

5. A túlélés gyermekekori malignus tu-moroknál csekély, de nem egyenlő a nullával.

6. A gyermekekori malignus astrocyto-mák nem kedvezőbb prognózisúak, mint a felnőtteké. Gyakorlatilag fejlődésük a halál irányába mutat, bár a folyamat változatosan lassú, vagy gyors. A III., ill. IV. fokozatú

malignus astrocytomák fejlődése katasztrofálisan gyors. Az I. és II. benignus astrocytomák gyermekeknél igen jó prognózisúak, csak sebészi beavatkozásra is gyógyulhatnak.

7. Beteganyagukban az 5 éves túlélők között a legnagyobb részt a malignus ependymomák képviselik. A jobb prognózist pontosan indokolni nagyon nehéz; lehet, hogy ezek lassabban fejlődnek, de az is lehetséges, hogy kezelésük hatásosabb.

8. Mivel a beavatkozás előtt, de az alatt is nehéz a gyermekkori hemispherialis malignus tumorok anatómo-patológiájának a típusát pontosan felismerni, így a malignus ependymomák között a gyógyulók aránya kedvező is lehet; ez arra kötelez, hogy teljes, radikális sebészi terápiát, s ezt követően intenzív radioterápiát kell végezni a betegben.

Kövér Béla dr.

CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Csecsemőkori asthma: egy pontosan körülhatárolt klinikai egység. Dutau, G. (Unité des Maladies Respiratoires et Allergiques de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Purpan, F-31059 Toulouse): Arch. Fr. Pédiatr., 1993, 50, 551.

A csecsemőkori asthmáról (cs. a.) megjelent első összefoglaló munkák óta a gyermek-pneumológia ezen fontos területén jelentős fejlődés ment végbe. Az 1975–80-as években még válasza várt az általános orvosok és gyermekgyógyászok által sokszor felvetett kérdés: „létezik-e egyáltalán cs. a.?”, kimutatva, hogy az addig használt terminológia homályos és sokszor veszélyes is. Lényegében az „asthma” szó egy „légszési betegség”-re vonatkozik, s ez a szókapcsolás szorongást és félelmet keltő lehet, így az orvos gyakorlatában önként ezt a hatást csökkentendő, egy biztatóbb, de homályos terminológiát használ: „asthmiform bronchitis”-ről beszél. Ez a szülő felé dicséretes az orvos részéről, de oda vezet, hogy a cs. a.-t félreismerik s így elhanyagolják a megfelelő kezelést, a megfelelő és jól alkalmazott gondozásbavételt; ezzel megkönnyítik annak a veszélyét, hogy a kezdeti gyulladásos léziók visszafordíthatatlan bronchopulmonális szindrómához vezessenek, főleg, ha egyéb rizikótényezők — kedvezőtlen szociális-gazdasági milió, rossz lakáviszonyok, korai és masszív pneumoallergén expozíció, passzív dohányzás, koraszülöttség, vagy hypotrophia, bronchodysplasia, bronchiolitis stb. — is jelen vannak.

Nagyszámú elképzelés még további vizsgálatot igényel az említett kérdésben, ugyanígy a cs. a. kezelésének kérdése is. Egyes allergológiai vizsgálatok szerint ezek a 6 éves kor alattiaknál nem eléggé informatívak. Az utóbbi évek gyermek-pneumoallergiás vizsgálatai azonban bizonyították, hogy az allergiás csecsemőknél a bőrprick-tesztnek reális értéket adnak, mivel a bőr 9%-os codein phosphatra és az 1 mg/ml histamin chlorhydratra jól reagál, bizonyítva, hogy képesek a mastocytákat

degranulálni, s elégséges számú HI, histaminra érzékeny receptort létrehozni. Mindazonáltal a nagy allergiás rizikójú csecsemőknél, 2 éves kor alatt, egy negatív allergiás vizsgálat nem dönthet a csecsemő jövőjéről, és bár az anamnézis, a klinikai helyzet is erre készít, meg kell ismételni az allergiás vizsgálatokat, főleg a bőrtészen alapulókat 3–4, illetve 5–6 éves korban. Sporik és mtsai legújabb vizsgálatai kimutatták, hogy az atopiás szülőtől származó csecsemőknél ötször nagyobb a kockázata annak, hogy náluk már 11 éves kor előtt az allergiás asthma kifejlődjék, főleg, ha 2 éves kor előtt már sípolás is jelentkezik, mint azoknál, akiknél ilyen tünetek csak később mutatkoznak.

A heveny virális bronchitisek, különösen pedig az RSV (respiratoire syncytial vírus) okozta bronchitisek a recurráló obstrukciós bronchitisek rizikóját hordozzák magukban, azaz a cs. a.-t, sípolás-bűgással járó köhögési rohamok, főleg erőfeszítéskor, játékok vagy táplálkozás kapcsán, s bronchus hypersecretio. A legtöbb statisztika azt mutatja, hogy ennek a rizikója igen nagy. Egyesek szerint a bronchiolitisek 75%-ában már két év után, mások szerint 5 év múlva 42%-ban, vagy 22%-ban nyolc–tíz évvel később jelentkezik a cs. a. az első bronchiolitis után. Egyes vizsgálatok szerint már klinikailag tünetmentes gyermekeknél a légzési tesztekkel ki lehet mutatni a cs. a.-t. Vannak olyan vélemények is, hogy ez a rizikó főleg azokat a gyermekeket fenyegeti, akik csecsemőkorukban igen súlyos bronchiolitisen estek át. Hosszú távon minden, sípolással vagy anélkül járó csecsemőkorú alsó légúti infekció ilyen utóhatást hozhat létre a klinikai állapotban.

Az RSV okozta bronchiolitisen szenvedő csecsemők — függetlenül attól, hogy atopiás szülőtől származnak, vagy nem — allergiás rizikónak vannak kitéve. Nagyon kifejezetten szignifikáns a kapcsolat az orrváladék kezdeti anti-RSV IgE titer és későbbi obstrukatív bronchitisek rohamok között. Mások az RSV antigénnel szemben szenzibilizált csecsemők vérében, a bronchiolitises csecsemőkben jelentősen emelkedett histaminszintre számoltak be. A bronchiolitis önmagában is erős gyulladásos bántalom, erre utal a naso-pharyngealis váladékban kimutatható leukotrien C4 magas értéke is, ami szignifikánsan fokozottabb, mint egyéb vírus okozta bronchiolitisek váladékában. Ennek következtében lehetőség nyílik egy preventív stratégiára: gyulladásellenes szteroidok alkalmazására, a kórképek ennek alapján leendő elkülönítésére, a prognózis, a kor szerinti indikációk, a bronchiolitis súlyosságának, és a későbbi asthma, vagy allergia meghatározására. Egyes közlések szerint a helyileg alkalmazott corticoidok az RSV okozta bronchiolitisekhez társuló obstrukatív bronchitisek számát is csökkentik már a 6–24 hónapos korú gyermekeknél.

A kóros residuumok kialakulása nagyszámú, többé-kevésbé meghatározható faktortól függ, amelyek egy része elkerülhető:

a kezdeti léziók intenzitása, a következményes, jelentős gyulladásos reakció, bakteriális felülfertőzések, későbbi agresszív fertőzések, a csecsemők kora, koraszülöttség stb. Kettő ezek közül különösen fontos és elkerülhető: 1. a passzív dohányzás, és 2. a pneumoallergénekkel való korai találkozás, amelyek a későbbi bronchus-gyulladásokra a talajt előkészítik. Ennek a veszélye különösen nagy súlyos bronchiolitisek esetén. Itt teret kaphatnak a felnőtteknél már korábban sikerrel alkalmazott technikák, a bronchus, és főleg az alveoláris sejtek, makrophagok, funkcionális aktivitásának jobb megismerése, ami az asthmás csecsemők funkcionális hyporeaktivitásának alapját adja.

Kövér Béla dr.

Microalbuminuria, mint a nephropathia kockázati tényezője insulinolt függő diabetes mellitus gyermekeknél. Baak, M. A. és mtsai (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137, 1349.

A diabeteses nephropathia jellemzője a proteinuria (≥ 500 mg/24 h), az emelkedett vérnyomás, a csökkent glomeruláris filtratio és a terminális veseelégtelenség. Az insulinolt függő diabetesesek 40%-ánál fejlődik ki ez a syndroma, a proteinuria jelentkezése után a betegek 50%-ánál az élettartam 7 év. Adequat antihypertenziós kezeléssel a halálozás 10 év alatt 18%-kal csökken. A tünetmentes microalbuminuria megelőzi a klinikai nephropathiát, így észlelése prognosztikus értékű. A mértékétől 24 órás vizelettel kell végezni. Microalbuminuriának minősül normális fehérjebevitel mellett a ≥ 30 és a ≤ 300 mg/24 h fehérjekiválasztás. 1 év óta 70 insulinolt függő diabeteses, 11,8 év átlagos korú, gyermeknél — a betegség átlagos tartama 5,4 év, és insulinszükségletük 0,99 E/kg — történt a vizsgálat. Fundoscopya nem mutatott ki retinopathiát, a vérnyomásuk a normális határokon belül. A microalbuminuriákat összehasonlították a nem albuminuriások adataival. Ha az albuminuria 4 napon át vizsgálva csak 1–2 alkalommal volt pozitív, intermittáló, ha 3 vagy 4 alkalommal volt pozitív persisztálóknak minősítették. A 70 gyermek közül 11-nél (15,7%) állapítottak meg microalbuminuriát, 5-nél (7,1%) persisztáló, 6-nál (8,6%) intermittáló. A microalbuminuriás gyermekek életkora magasabb, a 12 évnél fiatalabbnál a prevalencia 8,7%, — a 12 évnél idősebbeknél 19,1%. Az 5 perszistens microalbuminuriás közül az egyiknél a fehérjebevitel kis csökkentésével drasztikusan csökkent az albuminuria, így csak 4 perszistens microalbuminuriásnál vezették be az angiotensin convertáló enzimgátló (ACE gátló) kezelést a captopril 6,25 mg/napi adagjával. Az albuminkiválasztás csökkenése valószínűsíti a nephropathia kifejlődésének lassítását.

Ribiczey Sándor dr.

Pentoxifyllin

Pharmavit **600 mg** retard tabletta



A **retard** Pentoxifyllin Pharmavit **600mg** tabletta alkalmazásának előnye a napi 2x1 tabletta bevétele, mely egyenletes és tartós hatást biztosít, egyben javítja a beteg együttműködési készségét.

Hatásai:

Mivel a vörösvérsejtek csökkent deformabilitási képessége valamennyi érbetegségben általános kóroki tényező, a vörösvérsejtek ezen képességét visszaállító pentoxifyllin megoldást nyújt.

Eredményesen használható:

- Cerebrovasculáris betegségek kezelésében
- Javítja a mikrocirkulációt és a mentális tevékenységet
- Mérsékli a vér fibrinogén szintjét
- Gátolja a thrombocyta aggregációt
- Csökkenti a vér viszkozitását
- Helyreállítja a vörösvérsejtek alakváltoztató képességét
- Fokozza a perifériás erekben a perfúziót, ezért javasolt claudicatio intermittensben és lábszárfekély kezelésében

● Társadalombiztosítás-támogatás mértéke: 95%

● Közgyógyellátás terhére, térítésmentesen is rendelhető.

HATÓANYAG: 600mg pentoxifyllinum tablettánként. **JAVALLATOK:** Perifériás áramlási zavarok, különösen a claudicatio intermittens azon formája, ahol áramlási tartalékok még fennállnak. Arterioszklerosis, trofikus elváltozások, gangréna. A szem és fül keringési zavarai által okozott csökkent látási és hallási képesség. Cerebrovaszkuláris keringési elégtelenségből adódó állapotok (pl. szédülés, fülzúgás). **ADAGOLÁS:** Felnőtteknek átlagos adagja naponta 1-2 tabletta. Hipotóniás, ill. rossz keringésű betegeknél a gyógyszert csak fokozatosan szabad bevezetni. Idősebbeknél, ill. beszűkült vesefunkciójú betegeknél az elimináció sebessége lelassul, ezt az adagolásnál figyelembe kell venni. A gyógyszert étkezés után, szétrágás nélkül, bő folyadékkal kell bevenni.

CSOMAGOLÁS: 30 tabletta.



Receptírásnál ne feledje:

Hatóanyagnév + Pharmavit!

gyártja: PHARMAVIT
Gyógyszergyár
Verebesváros

(A Springer Hungarica szervezésében:)
Kihelyezett háziorvosi tanfolyam!

az OTE szombathelyi Markusovszky Kórháza és az Országos Háziorvosi Intézet rendezésében

Stomatologia a háziorvosi gyakorlatban

címmel indít tanfolyamot

1. előadás

A családorvos feladata a prevencióban. Fog- és szájhigiéné, gyulladásos folyamatok megítélése. Sürgősségi teendők
előadók: Dr. Bártfai Ernő/Dr. Páczi Miklós/Dr. Szabó Péter
1994. március 16.

2. előadás

Fogazati, arc-állcsontfejlődési rendellenességek, orthodontiai alapelvek
előadók: Dr. Balassy Péter/Dr. Nám Lóránt
1994. március 30.

3. előadás

Fogászati érzéstelenítés és postextractiós szövődmények és el-látásuk. Anticoagulált beteg kezelése, antibiotikus profilaxis, a góccok kérdése
előadók: Dr. Bálint Mária/Dr. Páczi Miklós
1994. április 13.

4. előadás

Szájnyálkahártya tünetekkel járó belgyógyászati és bőrbeteg-ségek. Leggyakoribb szájbetegségek
előadók: Dr. Pályi Irén/Dr. Páczi Miklós
1994. április 27.

5. előadás

Maxillo-facialis traumatologiai alapismeretek, fogsérülések. Munkaképesség megítélése
előadók: Dr. Páczi Miklós/Dr. Nemes István
1994. szeptember 14.

6. előadás

Praeblastomás állapotok, praecancerosisek. Differenciál di-agnosztikai kérdések. Terápiás elvek az orofacialis onkológi-ában. A háziorvos feladata és felelőssége
előadók: Dr. Páczi Miklós/Dr. Somlai Károly
1994. szeptember 28.

7. előadás

Protetikai ismeretek. A fogászati implantológia kérdései
előadók: Dr. Polgár József/Dr. Somlai Károly
1994. október 12.

8. előadás

Fej-arcfájdalmak, neuralgiák és kezelési lehetőségek. Állka-pocsízületi betegségek. TMI dysfunctio syndroma
előadók: Dr. Bobest Mátyás/Dr. Nám Lóránt/Dr. Kiss Géza
1994. október 26.

A tanfolyam tesztvizsgával zárul. A sikeres vizsgát tett hallgatók bizonyítványt kapnak, amelyet a két fakultásvezető ír alá. A tanfo-lyam a curriculum része.

A tanfolyam helye: Markusovszky Kórház, Szombathely, Markusovszky út 3.

Jelentkezés: Vörös Józsefné, Springer Hungarica Kiadó, Bp., tel: 251-5569, fax: 251-5973

A tanfolyam havonta kétszer mindig szerdai napokon zajlik, 3—3 óra időtartamban, 13—16 óra között. A tanfolyam díja: 10 000,— Ft + ÁFA

Csekket a jelentkezési lap beérkezése után küld a Kiadó.

Jelentkezési lap

Alulírott jelentkezem a **Stomatologia a háziorvosi gyakorlatban** című tanfolyamra.

Név:

Cím:

Munkahely, tel.:

BESZÁMOLÓK

A Parkinson syndroma korszerű kezelése

A Parkinson syndroma gyógykezelésben 20 évvel ezelőtt jelent meg a levodopa és a benserazide kombinációja a Madopar. Ennek alkalmából a gyártó- és forgalmazó Hoffmann-La Roche cég 1993. október 28–29-én Berlinben symposiumot rendezett a betegség nemzetközi híró szaktekin-télyeinek részvételével.

A konferencián Oleh Hornykiewicz professzor (Bécs) emlékezett vissza a kutatások egyes fázisaira: a dopamin (DA) szerepének tisztázására, a mesodiencephalis DA neuron-rendszer felismerésére, a levodopa terápia bevezetésére, majd ennek a decarboxylase gátló benseraziddal való kombinációja (Madopar) alkalmazásával szerzett első tapasztalatokra, amelyeket Walter Birkmayer professzorral együtt írt le.

A levodopa substitutio gyors diadalmat nyert futott be, háttérbe szorította a cholinerg készítményeket, a bizonytalan kimenetelű stereotaxiás műtéteket és mindmáig a betegség bázisrápíja maradt. A kezdeti euphoria azonban csakhamar elmúlt. Kiderült, hogy a levodopa kezelés első 4–5 éve után a hatás lényegesen csökken, emellett súlyos psychés és motoros tünetek jelentkeznek. E késői levodopa mellékhatások klinikumát, patofiziológiáját és kezelését foglalta össze C. D. Marsden, a londoni National Hospital neurológus professzora. Közülük a legfontosabbak:

A) A tünetek fluctuálása és dyskinesiaiak. Előbbiek között szerepelnek a dózis-hatáscsökkenés, az on-off reakciók, az éjszakai problémák, a hangulat- és kognitív zavarok. A dyskinesisek közé a különböző choreoid, ballisztikus és stereotip mozgások, ill. dystoniák tartoznak. Ezek hátterében többek között a hatás/dózis viszonyban bekövetkező változások, a betegek sajátos „kritikus küszöb”, az abszorpció sajátosságok, ill. a D1/D2 receptorok aktivációs egyensúlyzavara állhat. Ezen mellékhatások kezelésére a dózisok jobb elosztása, az elnyújtott hatású levodopa készítmények (Madopar HBS, Sinemet CR), ill. a DA agonisták korai alkalmazása, a gyógyszer-abszorpció biztosítása, esetleg apomorphin injekció használható.

B) Testtartási-, járás- és beszédzavarok, amelyek az agytörzsi centrumokhoz futó pallido-nigralis pályák károsodásából származnak. Kezelésük megegyezik az A) tünetcsoporttal.

C) Kognitív, ill. neuropszichiátriai zavarok. Ide a frontális lebeny dysfunctio, a pseudohallucinatio, zavart állapotok, psychoticus epizódok, hangulatzavarok és szorongás tartoznak, valamint a subcorticalis és multifocalis dementia. Ezek patofiziológiai hátterét a frontális DA input károsodása, valamint egyidejűleg kifejlődő Alzheimer kór képezhetik. Kezelésükben a tricyclikus és serotoninerg antidepresszá-

sok adása, a levodopa és bromocriptin dózis csökkentése, az anticholinerg szerek, ill. amantadin elvonása jön szóba, esetenként D4-clozapin adása hatásos. Az említett mellékhatások megelőzésére az alacsony levodopa dózis és a dopamin agonisták korai kombinációját ajánlják, valamint az elnyújtott hatású levodopa szereket (Madopar HBS, Sinemet CR).

A körkép kezelésének új aspektusát jelenti a MAO-B (monoamin-oxidase B) és COMT (catechol-O-methyltransferase) inhibitorok alkalmazása, amelyek a DA inaktivációját csökkentik a központi idegrendszerben, ill. a periférián. Az első sikeres MAO-B inhibitor, a Jumex (Deprenyl) a magyar gyógyszergyártás hírnevét öregbítette. A Hoffmann-La Roche cég két új hatásos szert fejlesztett ki: a reverzibilis és igen szelektív MAO-B inhibitor (Lazabemide), amely az intakt DA jelenlétét a DA receptorokon megnyújtja. Az 50–200 mg/die dózis hatása több, mint 12 óráig tart, de 24 órán belül reverzibilis és nem fejt ki anticholinerg hatást. Az ugyancsak reverzibilis és szelektív COMT-inhibitorral (Tolcapone), amely a dopa átalakulását gátolja 3-O-methyldopává, kevesebb tapasztalat. Mindkét szer elsősorban Madoparral kombinálva, de esetleg monoterápiaként is használható. Ezen újdonságokról a Hoffmann-La Roche kutató osztályának vezetője, Mosé Da Prada számolt be.

Az orális gyógyszeres terápia mellett F. Stocchi professzor (Róma) az ún. „folyamatos dopaminerg stimulációt” ismertette, amelyet a dopamin agonista Lisurid napi 12 óráig tartó sc. infúziójával ért el. Azt tapasztalta, hogy lényegesen kisebb a tünetek fluktuációja, mint orális adagolás esetén. Hasonló megfigyelésről számolt be W. Poewe professzor is Berlinből apomorphin alkalmazása esetén. Nincs válasz azonban arra a kérdésre, hogy éjjel miért van szükség kevesebb levodopa substitúcióra, ill. dopaminerg stimulációra.

A dopamin rendszert befolyásoló gyógyszeres kezelés mellett W. Oertel professzor (München) és G. Stern professzor (London) számoltak be röviden az újabb terápiás kutatások két fő stratégiai irányáról és az eddigi eredményekről. Ezek az új kutatási területek:

1. a dopamin szintetizáló sejtek transzplantációja
2. a dopaminerg neuronok trophicus faktorai

A mellékvese velőállomány transzplantációja a kezdeti lelkesedés ellenére eredménytelennek bizonyult. Hatásosabbnak találták a dopaminerg neuronokat tartalmazó magzati mesodiencephalis szövet *infarctalis transzplantációját*, amelyet eddig közel 150 parkinsonos betegnél alkalmaztak. Az eljárás azonban számos etikai és szakmai problémát vetett fel: egy transzplantációhoz 4 magzat agya szükséges; 4-fluoro-dopa uptake vizsgálatok igazolták, hogy a transzplantált magzati DA neuronoknak csak mintegy 3–5%-a éli túl az átültetést, tehát működőképes; a transzplantációban részesült betegek továbbra is

levodopa substitútiót igényelnek; az objektív értékeléshez hiányzik a hosszabb idejű követés. Sokkal ígéretesebbnek tűnik a tyrosine hydroxylase génjével beoltott myoblast, fibroblast, ill. astrocyta sejtek tenyésztésének transzplantációja, mivel ezek DA szintetizáló sejteknek tekinthetők. A transzplantációs terápia eredményességének igazolása még hiányzik.

Sokan nagy reményeket fűznek az ún. trophicus faktorok (polypeptidek) alkalmazásához, amelyekről a dopaminerg neuronok degenerációjának megakadályozását, vagy a degeneráció „visszafordulását” várják. Ezek a kutatások szövettenyésztéseken, ill. állatmodelleken folynak. Ezen faktorok közül a BDNF (brain derived neurotrophic factor) a PGF (fibroblast growth factor) protektív hatást gyakorolnak a substantia nigra neuronjaira szövettenyésztésben és állatmodelleken egyaránt. Az MDDF (muscle derived differentiation factor) fokozza a tyrosine hydroxylase gén expresszióját a striatum sejtjeiben, míg a GDNF (glial cell derived neurotrophic factor) szövettenyésztésekben növeli a DA felvételt. Egyes kutatók szerint ezek a trophicus faktorok jelenthetik a jövő terápiáját Parkinson kórban.

A symposiumon elhangzottakból is levezethető, hogy a Parkinson syndroma kezelése messze nem megoldott, számos nehézsége és buktatója van, azonban a betegség, a beteg egyén, a jelentkező mellékhatások, a rendelkezésünkre álló terápiás fegyvertár, ill. az új kutatási eredmények ismerete és alkalmazása sok esetben tartós sikert ígér.

Mechler Ferenc dr.

Az Európai Orvosok „Dohányzás vagy Egészség” Társaságának (EMASH) 4. Szemináriuma. Sitges (Spanyolország) 1993. nov. 18–20.

Az EMASH ma már csaknem minden európai ország orvosaival kapcsolatban van és információcsereivel (ennek egyik fontos eszköze és évente más-más témában rendezett szeminárium is), tudományos felmérésekkel, program-ajánlásokkal segíti elő földrészünkön a dohányzási epidémia visszaszorítását. Ebben az évben a Barcelona mellett Sitgesben megrendezett szeminárium témája „Az egészségügyi dolgozók szerepe a dohányzás elleni tevékenységben” volt. Tizenhárom országból közel ötven orvos, gyógyszerész, ápolónő vett részt a rendezvényen. Képviseltette magát az EVSZ Európai Irodája is.

Az alábbiakban a szeminárium előadásai, munkacsoport-megbeszélései, vitái alapján kísérlem meg összefoglalni az elhangzottakat.

Mivel a dohányzás és számos elterjedt, a lakosság egészségi állapotát súlyosan rontó betegség között bizonyított az összefüggés, az orvosok számára betegek dohányzása nem lehet közömbös. Az orvosok, egészségügyi dolgozók dohányzási szokásainak az ad fontosságot, hogy a dohányzó orvos-

nak, nővérnek sem a motivációja, sem a hitele nincs meg a betegségek dohányzási magatartásának befolyásolására. Ezen a téren Európában három zónára oszlik: északon és Nagy-Britanniában kivétel a dohányzó orvos, Nyugat-Európában az orvosok között kevesebb a dohányzó mint az átlagnépességben, Dél- és Kelet-Közép-Európában ugyanannyian vagy többen cigarettáznak az átlagnál. Kedvező tendencia figyelhető meg Nyugat-Európában: jelenleg kevesebb orvos dohányzik, mint 6–10 évvel ezelőtt, elsősorban azért, mert a fiatal orvosok között kevés a dohányos.

Elszomorító a helyzet a nővéreknél: Európa minden táján igen sok közöttük a dohányos.

Az orvosnak hagyományosan kulcsszerepe van a dohányzás elleni tevékenységben. A legutóbbi idők felismerései ezt a szerepet megerősítették és professzionális színvonalra emelték. Bebizonyosodott ugyanis, hogy a dohányosokon a cigarettafüst nikotin komponensével szemben valódi addikció alakul ki, s ez önmagában orvosi probléma. Az addikcióból következik, hogy a cigaretta elhagyásakor jelentkező megvonásos tünetek orvosi kezelést igényelnek.

A téma másik összefüggése, hogy bizonyos betegségek (hypertonia, ISZB, diabetes stb.) korrekt kezeléséhez kötelezően hozzátartozik a segítségnyújtás a cigaretta elhagyásához. Ezt a tevékenységet korábban prevenciónak tekintették, a fentiekben azonban az következik, hogy gyógyító tevékenységről van szó. Ennek tükröződnie kell a társadalombiztosítás részéről történő megítélésben is.

A farmakológiai addikciót a kétségtelesen meglevő pszichológiai addikció tovább súlyosbítja, színezi.

A témával kapcsolatos további két részletkérdés: az orvosok és az egészségügyi személyzet képzése, továbbképzése a dohányzási addikció kezelésére (ezt integrálni kell a hagyományos keretekbe), valamint az a kérdés, hogy speciális rendeléseken történjék-e a leszokás segítése, vagy a háziorvos végezze. Bár a speciális rendeléseken általában jobb az eredmények (jobb a ráfordítás/haszon arány), de hatókörük korlátozott. A háziorvos előnye, hogy széles pácienskapszolgálatot elér a dohányosok többségét és a leszokás-segítést az általános terápia részeként végzi — bár ezt a tevékenységet a társadalombiztosítás nem honorálja.

Svájcban az orvosszövetség az orvosok számára leszokás segítést oktató programot dolgozott ki. Ezt kérésre eljuttatják az általános orvosokhoz és félnapos tanfolyamokat is szerveznek számukra. Ezek meglepően népszerűek, látogatottak. Hollandiában a háziorvosok képzése során leszokást segítő módszereket is oktatnak.

Az egészségügyi intézmények dohányfüstmentességének biztosítása a dohányzás elleni program szerves része. Ez vonatkozik mind a személyzetre, mind a betegekre és látogatóikra. Mindinkább az az álláspont terjed el, hogy az egészségügyi intézmé-

nyekben még kijelölt helyen sem engedélyezik a dohányzást. Ennek a célnak az elérése azonban csak egy folyamat vég-eredménye lehet, amit alaposan meg kell tervezni és szervezni. (A személyzet részére például leszokást segítő programokat kell ajánlani, a kórház területén nem szabad cigarettát árusítani stb.). Sikeres amerikai tapasztalatok alapján (pl. Mayo Clinic) Nagy-Britanniában és a skandináv országokban ma már az egészségügyi intézmények többsége „dohányfüstmentes”.

Mivel a dohányzási szokások megváltoztatása nem csak és nem is elsősorban orvosi probléma, hanem széles társadalmi-gazdasági kontextusa van, egyre inkább megfogalmazódik az az igény, hogy az orvos ne csak a betegnek vagy a munkahelyének a dohányzási helyzetével foglalkozzon, hanem szakmai-társadalmi súlyával igyekezzék olyan közhangulatot teremteni, ami elutasítja a dohányzást. Országos és helyi választott testületeik tagjainak meggyőzése alapfeltétele a kedvező törvény-és szabályalkotásnak (reklámozási tilalom, az árusítás korlátozása, füstmentes munkahelyek és nyilvános helyiségek, pl. iskolák, hivatalok).

Annak a felismerésnek a tükrében, hogy a rendszeresen dohányzó embereken a nikotin addikció kialakulásával kell számolni, a leszokás segítésében újfajta — terápiás jellegű — értelmezést kap az alternatív forrásból történő nikotin-pótlás. A jelenleg legelterjedtebb kétféle alkalmazási forma (nikotinos rágógumi, illetve tapasz) nem egymást kizáró, hanem egymást kiegészítő eszközök. Orvosi tanácsadással, követéssel, 30–40% körüli tartós eredményesség érhető el velük. (Mindkét fajta készítmény nálunk is gyógyszerári forgalomban van.) Néhány országban, ahol egyes készítmények vény nélkül kaphatók (mint például nálunk a nikotinos rágógumi), a gyógyszerészek promotív és tanácsadó tevékenysége bizonyult meglepően eredményesnek, ha előzőleg őket erre kiképezték.

A hazai helyzetet szembesítve e a szemináriumon megtárgyalt témákkal, körvonalazni tudjuk legsürgősebb teendőinket:

- Az orvosképzésben és továbbképzésben a dohányzás és az egyes betegségek összefüggéseinek tudatosítása. (A Tbc és Tüdőbetegségek Elleni Nemzetközi Unió „Dohányzás vagy Egészség” Tudományos Bizottsága Prof. J. Crofton vezetésével kidolgozott egy curriculumjavaslatot és ezt eljuttatta a magyar orvosgyógyászati rektoraihoz is.)

- A háziorvos-képzésben a leszokást segítő módszerek oktatása;

- Az egészségügyi intézmények dohányfüstmentességének megvalósítása;

- Leszokást segítő rendelések létrehozása és fenntartása;

- A nemdohányzókat védő és a dohányzás elterjedését gátló jogszabályok kezdeményezése.

„Impedancia kardiográfia alkalmazási lehetőségei”. Dombóvár, 1993. november 26–27.

Az Impedancia kardiográfia (IKG) alkalmazási lehetőségeiről kétnapos országos konferenciát rendezett a Dombóvár Városi Kórház Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Osztálya Dombóváron az Apáczai Csere János Szakközépiskolában. Hazánkban ez volt az első országos szintű rendezvény ebben a témában. A 36 előadáshoz 25 kiállító cég bemutatója kapcsolódott.

Az impedancia kardiográfia évtizedek óta ismert noninvazív haemodinamikai monitorozási rendszer. A mellkasi impedancia változásából a Kubicek képlet alapján ciklusonként kiszámítható a verőtér fogat, az impedancia derivált görbéjén pedig jól felismerhetők a szív ciklus jellemző pontjai, így módon a szisztolés intervallumok mérhetők (PEP, VET). A vérnyomás ismeretében az impedancia görbe, EKG, phonocardiogram egyidejű regisztrálásával számítógép segítségével másodpercek alatt kiszámítható a verőtér fogat és a származtatott haemodinamikai paraméterek. Az IKG időegységre eső volumenváltozást, vagyis az áramlást teszi mérhetővé.

Hazánkban Prof. Dr. Gömöry András dolgozta ki az ASK Kft. segítségével a jelenleg használatos módszert (IKG M-401) az 1980-as évek végén. Az elmúlt években számos munkacsoport kezdte meg az IKG klinikai alkalmazását a legkülönbözőbb területeken: terheléses EKG, intenzív terápia, anaesthesiológia, klinikofarmakológia, gyermekgyógyászat, kardiológia (PM programozás) stb.

Az interdiszciplináris konferencián a IKG hazai alkalmazói gyűltek össze Dombóváron, hogy megvitassák a módszerrel kapcsolatos eddigi tapasztalataikat, kijelöljék azokat a problémákat, kutatási irányokat, melyek tisztázása a jövő feladata. A konferenciát Prof. Dr. Naszlady Attila referátuma nyitotta meg, aki nagy sikerrel, rendszeres szemléletre tanító előadásában kiemelte az IKG jelentőségét, hiszen a medicinában napjainkban a „nyomásban gondolkodást” felváltotta az „áramlásban való gondolkodás” igénye, és az IKG ezt noninvazív módon a legkülönbözőbb területeken egyszerűen, olcsón teszi lehetővé.

A csatlakozó előadások számos területét érintették a medicinának, igazolva az IKG széleskörű alkalmazhatóságát. A konferencián elhangzottak alapján az IKG jó segítséget nyújt a pacemaker programozásában, akut gyógyszerhatások okozta haemodinamikai változások elemzésében (különösen az inotrop hatások esetén). A terheléses EKG kiegészítéseként többletinformációt nyújt, segítségként meghatározható a szív betegek (pl. myocardialis infarctuson átesettek), vagy akár egészségesek, sportolók terhelésre bekövetkező keringési adaptivitása. Kritikus keringési állapotokban az alkalmazott kezelési hatásoknak elemzésére az intenzív terápia területén igen jól alkalmazható. Az anaesthesiológiai használt gyógyszerek hatásainak vizs-

Vadász Imre dr.

gálatára, vagy a hasi CO₂ insufflatio okozta akut haemodinamikai változások nyomkövetésére, laparoscopus műtétek során egyaránt használható. A gyermekgyógyászatban is széleskörűen alkalmazható, pl. koraszülöttek Dobutamin kezelésének monitorozására. A vér viszkozitásának változásai, a haematocrittól függő konstans (mely szerepel a verőterfogat számítási képletében) szerepének értelmezése további vizsgálatot igényelnek, és az IKG egyik jövőbeli kutatási irányát képezik. A légzés, valamint a különböző típusú gépi lélegeztetés okozta ciklusonként mérhető haemodinamikai változások is további vizsgálatokat igényelnek, izgalmas kutatási lehetőséget jelentenek, melyek a lehető legoptimálisabb kezelési stratégia megválasztását segítik elő. Az IKG módosításával előállított végtagi plethysmográffal a peri-

fériás érbetegségek diagnosztikája, a megbetegedett végtag áramlási viszonyai jól nyomkövethetők, mely új, noninvazív vizsgálati lehetőséget jelent az alsóvégtagi érszűkületben szenvedő betegek számára. Az IKG számítógépes programja a hazai referencia hálózat segítségével állandó módosítást tökéletesítést igényel, az új felismerések, tapasztalatok alapján. Szükség lesz a jövőben már elfogadott haemodinamikai monitorozási módszerekkel (pl. thermidulatio) szinkron történő hazai multicentrikus összehasonlító vizsgálatokra is.

A konferencián gyógyszergyárak termékeismertető előadásai is elhangzottak, valamint Diprivan szimposiumra került sor. A szimposium egyöntetű állásfoglalása volt, hogy a Diprivan kitűnő, gyors hatású és -lebontású, biztonságosan alkalmazható iv. narkotikum, különösen ambuláns műtétek-

hez, valamint F. O. G. anaesthesiához ajánlható.

A rendező Dombóvár Városi Kórház AITO bejelentette a konferencia kb. 180 résztvevőjének, hogy hagyományt kívánnak teremteni, és két évente megrendezik Dombóváron az impedancia kardiográfia legújabb hazai eredményeivel foglalkozó országos konferenciát. A rendkívül hasznos, színvonalas, igen jó hangulatú rendezvény bizonyította, hogy az IKG nagy jövő előtt álló módszer. A következő években a konferencia előadóinak, résztvevőinek kitartó munkássága, kutatása várhatóan kiteljesíti majd haemodinamikai ismereteinket a medicina számos területén, ahol a véráramlás folyamatos mérése diagnosztikus és/vagy terápiás célból döntő fontosságú.

Kerekes László dr.

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

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Springer Hungarica Kiadó Kft.

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

Cégünk magyarországi tevékenységének kiterjesztésére lehetőleg debreceni (munkaterület: Észak-Magyarország) és győri (munkaterület: Észak-Dunántúl) illetőségű, jó megjelenésű gyógyszerész(nő)/orvos(nő) munkatársakat keres 35 éves korig képviselői

ORVOSLÁTOGATÓ

munkakör 1994. február 15-ével történő betöltésére, német és/vagy angol nyelvtudással.

Megfelelő klinikai vagy kórházi szakmai gyakorlattal rendelkezők előnyben.

Munkatársainknak szakmailag vonzó munkakört, állandó továbbképzést, magas kereseti lehetőséget, szolgálati kocsit biztosítunk. Amennyiben Ön egy dinamikus fejlődő világ cég magyarországi céljai megvalósításának részese kíván lenni, angolul vagy németül írott önéletrajzát fényképpel ellátva 1994. február 8-ig az alábbi címre küldje el:

Dr. Péter Sándor

HOECHST HUNGARIA KFT.

1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 12.

Tel.: 117-9011

KÖNYVISMERTETÉSEK

(Herausgeben von Jens E. Altwein és Herbert Rübgen): *Urologie*
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1993

A német tankönyvkiadás szinte fél évvel követi az aktuális orvostudományi eredményeket. Ennek példája a jelenleg 4. kiadásban megjelent urológiai tankönyv. A 454 oldalas tankönyv 765 ábrára és 137 táblázata ismerteti az urológiában bekövetkezett diagnosztikai és terápiai fejlődést. A tankönyv fejezetbeosztása világos. A patomechanizmus, tünettan, urológiai kóros elváltozások diagnosztikus és terápiás fejezetei után a hagyományos sorrendben tárgyalja a fejlődési rendellenességeket, gyulladásos megbetegedéseket, a különböző urogenitális tumorokat, urológiai sérüléseket, a mellékvesével kapcsolatos kóros elváltozásokat, az andrológiai szükséges alapismereteket, a gyermekurologia aktuális kérdéseit, a női urogenitális megbetegedéseket, a neurogén hólyag funkciók zavarait és az urológiai oxológiai teendőket. A korábbiakhoz képest egy új fejezettel (GK 3/16) bővült a könyv, nevezetesen gyakorlati tanácsokat ad a korszerű chemo- és immunterápia mindennapos elvégzéséhez. A korábbi (1991-es 3. kiadás) nem tartalmazta az azóta bevezetett következő újdonságokat. Random vizsgálatokon alapuló és a német nyelvterületen már megvalósuló prostata screening (prostata biopsia, rectalis ultrahang, PSA!). A prostata carcinoma kezelése területén egyre újabb és újabb gyógyszerek jelentek és jelennek meg, melyeknek célja a tökéletes androgen depriváció. (A beteg kérésének megfelelően adott esetben castratiót nem végeznek és az androgen depriváció felfüggeszthető.) A BPH (jóindulatú prostata adenoma) kezelésében a műtéti kezelés — korábban adenectomia, később TUR egyeduralkodó teljesen megszűnt. Jelenleg és valószínűleg a jövőben is a gyógyszeres kezelés domináns (phytotherapia). Erre vonatkozóan korábban csak a szakirodalomban találunk részletes, a gyógyszereket felsoroló utalást. Az urológiában is már bevezetett minimal invasiv surgery döntő szerepet kap. Erre vonatkozóan a könyv többek között medikus szinten is kitér a laparoscopus kismencedei lymphadenectomia tárgyalására.

Az új kiadás továbbra is az Enke Kiadó igényességét tükrözi. A szöveg hibátlan, az ábrák és a táblázatok áttekinthetők, az irodalmi hivatkozások pontosak.

Frang Dezső dr.

Hutás Imre (szerk.): *Pulmonologia*. Springer-Verlag Budapest, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hongkong, Barcelona. 1993. 161 oldal, Ár: 850 Ft

A zsebkönyv alakban kinyomtatott, jó kiállítású munkát tíz, nagy tapasztalattal rendelkező tüdőgyógyász írta, 16 fejezetre tagozódik. Modern szemlélet alapján összeállított szakmai anyag, amely tükrözi a pulmonológiában az utóbbi években bekövetkezett nagymértékű fejlődést. Az egyes témakörök röviden vannak benne összefoglalva, de lényegre törőek, figyelmet felkeltőek és a részletek iránt érdeklődők számára a fontosabb forrásmunkák rendelkezésre állnak. Ezek, egy publikációtól eltekintve, mind kézikönyvek, ill. monográfiák.

A tüdőbetegségek tünettanában sikerült belesűríteni a diagnosztikus folyamat megindításához szükséges fontos adatokat. Ezek között kiemelhetők a családi anamnézisre, a munkahelyi és az eddig eléggé mellőzött lakótelepi ártalmakra vonatkozó utalások. A megtekintés, hallgatózás, kopogtatás, köhögés, köpetürítés, fájdalom fejezetek nagyon fontos gyakorlati iránymutatást nyújtanak. Ugyanakkor érdemes lett volna megemlíteni asthma cardialeben a roham végén ürülő vizeszerű, habos váladék mellett, annak esetenként rózsaszínű („szilvalészerű”) festenységét; hasonlóképpen az ún. fibrosiscrèpitatio ismertésekor az olykor alveolitisekhez is társuló bronchiolitisekben jellemzőnek tartott, a belégzés végén hallható, különböző intenzitású sikoltásokat. Ezek a parafa dugó kihúzása közben megfigyelhető hangokra hasonlítanak.

A rtg-diagnosztika tárgyalásakor lényeges momentum a tüdőszűrések alkalmával évek alatt készített ernyőkép kataszter értékének kihangsúlyozása. Az így rendelkezésre álló filmanyag sokszor költséges és megterhelő vizsgálatokat tesz feleslegessé. Teljesen hiányzik azonban a könyvből a ma még mindig rutinszerűen használt és egyelőre helyét megőrző hagyományos rétegtechnika ismertetése, miközben szó esik a modern képalkotó eljárásokról.

Az endoscopyiával és a biopsziás beavatkozásokkal foglalkozó fejezet, tömörsége ellenére jó áttekintést ad ezekről az általános orvoslásban még mindig nem eléggé tudatosult és a lehetőségeiket tekintve nem kelően kihasznált módszerekről. Bár a fiberoscopyiát kiejteni magyarul könnyebb, mint a fiberoscopyiát, szakmai körökben inkább az

utóbbi forma elfogadott. A légzésfunkciós tájékoztató szemléletes ábrán (2.) tünteti fel a tüdőterefogatokat. Erre rápillantva a szakember azonnal kiismeri magát, de a témában járatlan olvasók nem mindegyike fog tudni a túlzottan távirati stílusú *ábraalírás* alapján eligazodni.

A chronicus bronchitis és asthma bronchiale fejezetek a tünettantól a patológián és funkcionális diagnosztikán át a terápiáig, komplett egységet képeznek. Szerencsés, hogy szerzőik tisztázzák a sokszor nem egységesen használt fogalmak lényegét, és a körképeket korszerűen, a nemzetközileg elfogadott elvek szerint, de saját tapasztalataikat is beleszőve tárgyalják. Nagy szolgálatot tett a gyakorló orvosoknak az asthmával foglalkozó szerzőtárs azzal, hogy a 4.3 táblázatban részletezte a jelenleg hazánkban forgalomban lévő inhalációs antiasthmaticumokat, elnevezés és adagolás szerint. Nem világos viszont az a mondat, hogy „paracetamollal, a kereszterzékenység ritka”. Anilin származékként ugyanis mint szisztémásan adott gyógyszer, csak a forgalomból kivont fenacetin jöhetne szóba, a helyileg alkalmazott festékek mellett.

A tüdő és a mellhártya rosszindulatú daganataival foglalkozó ismertetés magában foglalja a patogenezist. Ezen belül a kiváltó okok közül kiemeli a dohányzás káros hatásait. Az operabilitás kritériumait, a prognózist lényegre törően, körültekintéssel és objektíven foglalja össze. A cytostaticumok leggyakoribb mellékhatásainak felsorolása mellett azonban elfért volna még néhány mondat a leginkább gondot okozó hányingert, émelygést kivédő újabb 5HT₃ készítményekről, illetve a leucocytaképzést stimuláló gyógyszerekről.

A tuberculosist tárgyaló fejezet kiemelten foglalkozik az egyre aktuálisabbá váló epidemiológiai adatokkal, a szociális háttérrel, a szűrővizsgálat hatékonyságával, az utóbbi megreformálásának indokaival és a gátlószerek terápiával. Igen megszívlelendő ez a mondat: „Az antituberculosus kezelést a tüdőgondozók irányítják, de az alapellátás nélkül ez megvalósíthatatlan.” Hiányolható, hogy a gyógyszeres terápiával kapcsolatban INH mellékhatásként a hepatotoxicus tulajdonság nincs megemlítve, a PZA pedig a mellékhatást okozó gátlószerek között egyáltalán nem szerepel. Pedig mindkettő, különösen az utóbbi károsíthatja a májat, főként egyidejű alkoholfogyasztás mellett.

A tüdőgyulladásról szóló fejezet csaknem mindent tartalmaz, amit a kezelőorvosnak tudni kell. Hézagpótló benne a következő felirátú két táblázat: 7.3. Mikor gondoljunk otthon pneumóniára? 7.4. Milyen kórokozókra gondoljunk otthon szerzett pneumonia esetén? A 7.1 ábrán meg-

kapjuk a terápiás javaslatot is, amit a szerző a szövegben részletesen eleméz. Az említett segítségnek azért van jelentősége, mert a beteget a kórokozó identifikálásáig is kezelni kell. Pleonasmusnak tartható azonban a láz lyticus oldódásáról beszélni.

A pleura és a mediastinum betegségei, valamint a spontán pneumothorax c. összefoglaló szintén a gyakorlati szempontokat előtérbe helyezve készült. A transsudatum-exsudatum elkülönítésével foglalkozó szakasz tükrözi az utóbbi évek szakirodalmában egyre inkább elfogadottnak tűnő álláspontot. Megemlíthető lenne még, hogy nehezen felszívódó, traumás folyadékgyülemekben gyakran eosinophil sejtek szaporodnak fel, ami diagnosztikusan felhasználható adat.

A tüdőfibrosissal járó kórképek, a ritka és ismeretlen etiológiájú megbetegedések tömör vázlata jól sikerült. A fontosabb pneumoconiosisok, a sarcoidosis, az alveolitis, a mucoviscidosis és a különböző granulomatososok a praxisban felhasználható mértékű részletezést kaptak. Túl optimista az az értelmezés, ami szerint a desquamativ interstitialis pneumonia jóindulatú. Sajnos, a szakirodalom szerint is, ez csak a *többszörös* jelző használatával igaz. Mindemellett a klinikumban az ún. muralis és desquamativ forma tökéletes elkülönítése nehéz, mivel ugyanazon beteg különböző tüdőterületeiről származó biopsiás anyagokban mindkét szövettani típusú folyamat előfordulhat.

A tüdőembólia és alvási apnoe szakmai súlyának megfelelő, a légzési elégtelenség szűkre szabott helyet kapott. Az utóbbi értéket mégis megadja a korszerű tárgyalási mód és az, hogy a chronicus oxigénkezelés lényegének ismertetésével az oxigénkoncentrátorok alkalmazási módjára felhívja a figyelmet. Ez a téma ennek ellenére részletesebb gyakorlati útmutatást érdemelne, hiszen a lakásához kötött beteg, közvetlenül a kezelőorvosával van tartós kapcsolatban.

A háziorvos könyvek sorozatában megjelent Pulmonologia mind formájában, mind tartalmában kiválóan gazdagíthatja a praktizáló orvosok ismereteit. Az elvetté található pontatlanságok és a jelenleg nem egy-egy orthographia korrekciójával, a terjedelem érdemben történő mérsékelt növelésével, a további kiadások szakmai értéke tovább emelhető. A könyvet egyaránt használni forgathatják az orvostanhallgatók és a tüdőgyógyászati szakvizsgára készülő, mivel benne a szerzők az anyagot egy-egy súlypontozták, és az új szakmai eredményekre szintén felhívták a figyelmet. A kezelőorvos azt is megtudhatja belőle, hogy mikor szükséges a beteget szakorvoshoz/tüdőgondozóba irányítani vagy gyógyintézetbe utalni. Az utolsó fejezetként beiktatott tesztkérdések révén pedig az olvasó a mű mondanivalójának megértését, elsajátítását nagy megközelítéssel ellenőrizheti.

Barzó Pál dr.

Hans-Jürgen Möller (szerk.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1993

Az utolsó 100 évben semmi sem fejlesztette a pszichiátriát olyan mértékben, mint az újabb terápiás eljárások felfedezése és bevezetése.

A Hans-Jürgen Möller által szerkesztett kézikönyv 72 szerzője 26 fejezetben, 835 oldalon taglalja a jelenlegi pszichiatriai terápiás elveket és gyakorlatot, részrehajlás nélkül integrálva a farmakológiai, psychotherapiás és szocioterapiás módszereket az optimális kezelés egységébe.

Az első 100 oldalon az általános rész a pszichiatriai diagnosztika új szempontjait ismerteti, röviden kitér a DSM—III, DSM—III—R és az ICD—10 diagnosztikai kritériumaira, valamennyi pszichiatriai kórképet érintve. A diagnosztikai módszerek közül a leggyakrabban használt tünetlistákat (MDCL, SKID, PDE, SIDAM, DIS, CIDI, SCAN) mutatja be. E rövid diagnosztikai bevezető után máris a terápiás megfontolások általános kérdéseire tér át. Néhány oldalon ismerteti a szupportív és szuggesztív kezelési eljárásokat és azok indikációját. A farmakoterápia néhány sémájával kitér a gyógyszerek szérumszintjének, eliminációjára és több, igen áttekinthető, könnyen érthető rajz mutatja be a neurotranszmitterek bioszintézisét és lebontási mechanizmusát. Ugyancsak szemléletes ábrák segítik a synapsisok, α_1 , α_2 és β receptorok működési elvének megértését, a szabad intracelluláris Ca-koncentráció moduláló hatásának szerepét. A nagy volumen ellenére mindvégig jellemző, hogy az egyes kérdéseket röviden, lényegretörően foglalja össze, így az elektrokonvulzív kezelés indikációit és mellékhatásait, az elfedő, a psychoanalytikus és szocioterápiákat, valamint a beteg compliance-ének elősegítését célzó műveleteket.

A részletes rész először, több mint 120 oldalon keresztül a schizophreniákkal foglalkozik, igen alaposan. Vázolja a diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai kérdéseket, majd a neuroleptikumok korszerű, minden igényt kielégítő, ugyanakkor a klinikus számára praktikus elemzése következik, beleértve a kémiai, farmakokinetikai ismereteket, a típusos és atípusos, valamint a depó készítmények vonatkozásában. Gyógyszerismertető részletesség taglalja az egyes gyógyszerek indikációit, mellékhatásait és dozírozását.

Különös hangsúlyt fektet a neuroleptikus kezelés szövődésére, az extrapyramidalis tünetektől kezdve a neuroleptikus malig-nus syndromáig. Kitér a speciális schizophrenia formák, mint pl. a negatív tünetes schizophrenia, postpsychotikus depressio, neuroleptikum rezisztens psychosis kezelésére, a recidíva profilaxisra, a chr. schi-

zophrenia hosszú távú gyógyszerelésére, illetve a schizophreniák komplex kezelésében a psychotherapiák, szocioterapiák, csoportterápia és családterápia fontosságára és különleges szerepére.

Az affectív psychosisok, schizoaffectív kórképek, Vahn-állapot tárgyalása az előzőekben leírt elvek szerint történik. Az exogén eredetű kórképek közül relatíve nagyobb jelentőséget kapnak a demenciák; az oligophreniák kezelési elveiben a speciális, nem gyógyszeres terápiás lehetőségek.

Jelentőségüknek megfelelően nagyobb terjedelmű a neurosisok, személyiségzavarok, psychosomatikus, szorongásos kór-pek (pánikbetegség, generalizált szorongás) és kényszerbetegségek kezelési elveinek részletezése. Az utóbbiakat néhány klinikai esettel is illusztrálja. A gyógyszeres kezelések közül a bensodiazepinek farmakológiájára tér ki részletesebben, a psychotherapiák közül a szorongásos betegek psychoanalytikusan orientált psychotherapiájára. Társadalmi jelentőségéhez viszonyítva relatíve szűkre szabott az alkohol-, gyógyszer- és drogfüggőség kezelése, ugyanakkor érintőlegesen foglalkozik az ún. nehezen klasszifikálható kór-pekkel is, mint pl. a Gilles-de-la-Tourette-, Ekblom- vagy Ganser-syndroma. A további fejezetek a szexuális zavarok, alvászavarok, krónikus fájdalom, suicidium sürgősségi pszichiatria kezelési elveit tárgyalja. A gyermek és adolescens pszichiátrián belül különös súlyt kap a kora gyermekkori autizmus, a speciálisan iskoláskori zavarok és a gyermekkori suicidium problémája. Az időskori pszichiatriai kór-pek kezelésénél kiemeli a speciális terápiás korlátokat és a psychotherapia jelentőségét. Kitér a krónikusan hospitalizált beteg problémáira, valamint az egyéb, belgyógyászati, neurológiai betegségben szenvedők psycho- és farmakoterápiájára. Ismerteti az egyes pszichiatriai gyógyszerek és az alapbetegség gyógyszereinek interakcióit, könnyen áttekinthető táblázat igazít el a különböző belgyógyászati betegségekben szenvedők antidepresszív és anxiolytikus kezelésének indikációiban és kontraindikációiban.

Külön fejezetet szentel a gyógyíthatatlan betegekkel és a haldoklókkal való foglalkozás nehéz problémájának, amikor természetesen a psychotherapiás segítség az elsőrendű feladat.

A jól szerkesztett, áttekinthető terápiás kézikönyv egyik erőssége, hogy az adott téma iránt részletesebben érdeklődők számára bőséges irodalomjegyzék található az egyes fejezetek végén. Az igen részletes tárgymutató a könnyű eligazodást segíti.

Aszalós Zsuzsa dr.

HÍREK

A Magyar Gerontológiai Társaság 1994. február 21-én, hétfőn 14.00 órai kezdettel a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gerontológiai Központjában rendezti ünnepi, 200. Tudományos Ülését.

Megnyitó: Prof. Beregi Edit dr.

Üdvözlés: Prof. Iván László dr.

Előadások:

Dr. Szántóné Sziklai Mária: Zeneszerzők, hangszeres művészek aktivitása az idős korban. A zene, mint az aktivitást megtartó erő.

Domokos Kinga, Dr. Vértés László: Zenei kreativitás idős korban

Dr. Vértés László: Giacomo Puccini Turandot-ja (a Maestro halálának 70. évfordulójára)

Dr. Vértés László: Theodor Billroth és a muzsika
Dr. Vértés László, Dr. Hevesi Sándor: Senectus et musica (film).

Orvosi rendelő az V. ker., Váci utcában kiadó. Tel.: 163-6029 (este).

Magánpraxist folytató orvosok, egészségügyi dolgozók vállalkozásainak könyvelését, adóbevallását vállaljuk.

LáVá Kft. Tel.: 134-1317. Cím: 1085 Bp., Üllői út, 32.

A 22. Belgyógyász Világkongresszust (ISIM '94) 1994. augusztus 28.—szeptember 2. között a Magyar Belgyógyász Társaság rendezti Budapesten.

A kongresszus elnöke: Prof. Dr. Varró Vince
A szervezőbizottság titkára: Prof. Dr. de Châtel Rudolf

A rendezvény helyszíne: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

A kongresszus hivatalos nyelve: angol
Bővebb információért és jelentkezési lapért forduljon a MOTESZ Kongresszusi Irodához.

Cím: 1051 Budapest, Nádor u. 36., Tel.: 111-6687 és 131-7550/1570 m., 1535 m. Fax: 183-7918.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet tudományos ülést rendez 1994. február 7-én 13.30 órai kezdettel.

Helye: ORFI Lukács Klub

Program:

Ortopédiai Tanszék: A reumás betegek műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink. Kerekasztal az Ortopédiai Osztály orvosainak részvételével.

Prof. Dr. Udvarhelyi Iván: Csípőízületi arthroplasztika 20 éves távlatban.

A Klinikai Onkológusok Munkacsoportja „Változott fejezetek a chemoterapiában” címmel 1994. február 18-án (pénteken) 14 órai kezdettel továbbképző előadást rendez a Napfény Szálloda konferenciatermében (Budapest XII., Eötvös u. 41.).

Tudományos program:

Dr. G. Eder (EBEWE Gyógyszergyár, Ausztria): Megnyitó

Dr. Pintér Tamás: Az emésztőrendszer rosszindulatú betegségeinek gyógyszeres kezelése

Dr. Bodóky György: Calcimifolínat +5-Fluorouracil kezeléssel elért eredményeink a gasztrointesztinális tractus malignus betegségeiben

Dr. Szántó István: Nőgyógyászati daganatok kezelése cis-Plattinnal

Dr. Szondy Klára: Tüdődaganatok kezelése cis-Plattinnal

Dr. Végh Éva: Az osteosarcoma gyógyszeres kezelése

Moderátor: Dr. Szántó János

Az előadások 10 perc időtartamúak, azokat 5 perc vita követi. Az értekezletet büfé zárja.

Az értekezlet sponzora: EBEWE Gyógyszergyár, Ausztria.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikája 1994. február 7-én 14 órakor „A szülészeti-nőgyógyászat aktuális kérdései” címmel tudományos ülést rendez a klinika tantermében

Program:

Dr. Vámosi Bertalan: Epilepsia és terhesség

Felkért hozzászóló: Dr. Török Olga

Dr. Káposzta Zoltán: A sclerosis multiplex betegek terhessége

Felkért hozzászóló: Dr. Csizsár Péter

Dr. Diószeghy Péter: A myasthenia gravis és a gesztációs folyamatok

Dr. Csiba László: Gynecológiai problémák cerebrovasculáris betegségekben

Felkért hozzászóló: Dr. Bacsó György, Dr. Jenei Katalin

Dr. Gődény Sándor: Ideggyógyászati megbetegedések gyógyszeres kezelése terhességben.

Felhívás

A Magyar Rehabilitációs Társaság Mozgásszervi Szekciójára 1994. május 27-én Harkányban tudományos konferenciát rendez „A járás” címmel, melyre külön is meghívja a Magyar Gyógytornászok Társasága tagjait. Ebben a témában korlátozott számban várunk 10 perces előadásokat.

Ezen rendezvényt egy napon kívánja a MRT megtartani a hagyományos „Fiatalkor Fórumát.”

Várjuk 35 éven aluli, rehabilitációval foglalkozó szakemberek jelentkezését. Az előadások ideje max. 8 perc. A szokásnak megfelelően az előadásokat zsűri fogja elbírálni és a legjobbakat jutalmazza.

Program: De. 10 óra 30 perctől a járásról szóló, 14 órától a Fiatalkor Fórumának előadásai kerülnek sorra.

Helyszín: Hotel Platán előadóterme, 7815 Harkány, Bartók Béla u. 15.

Résztvételi díj nincs.

Szállásigény (akár csütörtökre, akár péntekre) előzetesen bejelenthető a Hotel Platán igazgatójánál: Dr. Székely Andrea Tel.: 72-380-507

Jelentkezési határidő: 1994. 03. 15.

Cím: Molnár Lajos dr. oszt.-vez. főorvos. Gyógyfürdő-kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Harkány, Zsigmondy sétány 1. 7815 (Fax: 72-380-354).

A menopauza klinikuma — továbbképző tanfolyam

Kedves Kolléga!

A menopauza, mint hormonhiányos állapot az utóbbi időben világszerte a figyelem középpontjába került. Ennek oka, hogy a kardiovaszkuláris és az oszteoporózisos megbetegedések száma a hormonhiány következtében a menopauzában hirtelen megemelkedik. Az orvosi megelőzés és gondozás összehangolt munkaként képzelhető el. A Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, valamint az Oszteoporózis Társaság, Országos Házi- és Kórházi Intézet ennek érdekében hivatalos továbbképző tanfolyamot szervez. A tanfolyam előadásainak témái:

- A menopauza nőgyógyászati vonatkozásai
- A kardiovaszkuláris megbetegedések és a hormonhiány
- Oszteoporózis-klimaktérium
- A menopauza onkológiai vonatkozásai
- A menopauza pszichés problémái

A témakörök előadói: Prof. Dr. Arató Mihály, Dr. Berkó Péter, Prof. Dr. Bősze Péter, Prof. Dr. Gardó Sándor, Prof. Dr. Holló István, Dr. Horváth Katalin, Dr. Kolosár János, Dr. Korányi László, Prof. Dr. Marton István, Dr. Tamási László, Dr. Türi Ferenc, Dr. Varga István, Dr. Vincze Gábor

Időpontok:

1994. febr. 12. Szeged (6726, Derkovits fasor 7—11.) ÁNTSZ

1994. febr. 19. Győr (9024, Vasvári Pál u. 2—4.) Honvéd Kórház, előadóterem

1994. márc. 12. Miskolc

1994. márc. 19. Balatonfüred

1994. márc. 26. Nyíregyháza

1994. ápr. 16. Pécs

1994. máj. 7. Budapest

1994. máj. 14. Gyula

1994. máj. 28. Szombathely

Az előadások 9.00—14.00 óráig tartanak.

A téma fontosságára való tekintettel mindenkit szeretettel várunk!

Prof. Dr. Marton István

Az előadások után a résztvevőket a Ciba Hungaria Kft. és az Upjohn Magyarországi Közvetlen Kereskedelmi Képvislete állófogadáson látja vendégül.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

A karcagi Egészségügyi Gyermekotthon igazgató főorvosa meghirdet 1 fő rehabilitációs csoportvezető állást.

Képesítési előírás: gyógypedagógiai főiskolai, vagy pszichológusi végzettség.

Az állás azonnal betölthető, havi illetmény megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázatokat az alábbi címre kérjük: Jász-Nagykunszolgai Megyei Egészségügyi Gyermekotthon, Dr. Vincze Mária igazgató főorvos 5300 Karcag, Zöldfa u. 48. sz.

A BAZ Megyei Kórház (Miskolc, Szentpéteri kapu 76.) pályázatot hirdet 2—2 fő részére a Gyermek Intenzív és Anaesthesiológiai Osztályon, ill. a Felnőtt

Intenzív és Anaesthesiológiai Osztályon megüresedett orvosi állások betöltésére.

Pályázhatnak szakorvosok, ill. szakorvos jelöltek.

Minden állás esetében kiemelt bérezést biztosítunk, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatokat az Intézet Humánpolitikai Osztályára kérjük benyújtani.

A Fővárosi Szent István Kórház és Intézményei orvosi igazgatója pályázatot hirdet:

Patológiai Osztályára szakorvosi állás betöltésére. Szakvizsga előtt álló és pályakezdő orvosok is pályázhatnak.

Urológiai Osztályára urológus vagy sebész szakorvosi állás betöltésére. 1—2 éves gyakorlattal rendelkező orvosok is pályázhatnak.

Merényi Gusztáv Kórháza Pszichiatriai Osztályára szakorvosi állás betöltésére. Szakvizsga előtt álló és pályakezdő orvosok is pályázhatnak.

XIX. ker. Idegbeteg gondozó Intézetébe szakorvosi állás betöltésére.

A pályázatokat Budapest IX. ker., Nagyvárad tér 1. szám alá kérjük.

Podhorányi György dr.
orvos-igazgató

A Vas megyei Markusovszky Kórház (9700 Szombathely, Markusovszky u. 3.) Szűkebbételezett osztályára pályázatot hirdet 1 fő orvos részére.

Elsődlegesen szűkebbételezett szakorvos, ill. sebészeti vagy rokon szakvizsgával, de ált. orvosi diplomával rendelkező pályakezdő is jelentkezhet.

Fizetés: a közalkalmazotti bértáblázatnak megfelelően.

Pályázati határidő a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

Az 1993 decemberében törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (II. rész)

A Hismanal tablettáról és a Hismanal 100 ml szuszpenzióról

Hatóanyaga, az asztemizol elhúzódozó hatású orális H_1 -receptor antagonist, melynek centrális, szedatív és antikolinerg hatása csekély. Gyorsan felszívódik, a plazmakoncentráció maximumát 1–2 órán belül éri el. Az asztemizol és az ugyancsak hatékony metabolitja — dezmetilasztemizol — legmagasabb plazmakoncentrációja 3–5 ng/ml. 96%-ban kötődik a plazmafehérjékhez. Az asztemizol felezési ideje 1–2 nap, a dezmetilasztemizolé 9–13 nap. A szövetekbe jól penetrál. Kiválasztása elsősorban az epén keresztül történik.

Hatóanyag: 10 mg asztemizolum tablettánként; ill. 0,1 g asztemizolum, 39 g (70%-os) szorbít — 100 ml szuszpenzióban.

Javallatok: Allergiás rhinitis (szezonális és perenniális), allergiás conjunctivitis, krónikus urticaria és egyéb allergiás körképek.

Ellenjavallatok: A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Máj-károsodás. Ketokonazollal, illetőleg eritromicinnel történő egyidejű alkalmazása. Congenitalis QT-syndroma. A QT-szakasz megnyúlását eredményező gyógyszerek egyidejű szedése (pl. egyes antiarrhythmia szerek, terfenadin). Rendezetlen hypokalaemia. Terhesség, ill. szoptatás (l. Figyelmeztetés). 2 év alatti életkor.

Adagolás: *Felnőttek és 12 évesnél idősebb gyermekek* adagja naponta 1-szer 1 tabl. (10 mg).

6–12 éves gyermekek adagja naponta 1-szer $\frac{1}{2}$ tabl. (5 mg).

2–6 éves kor közötti gyermekek adagja naponta 1-szer 2 mg hatóanyag-tartalmú szuszpenzió 10 ttkg-ra.

6 éves kor alatt a gyógyszer tableta formájában nem adható! A javasoltnál többször és nagyobb adagban nem szabad alkalmazni (l. Figyelmeztetés).

A szuszpenzió adagolása:

A 100 ml-es szuszpenzió adagolópipettáján levő ml-es beosztás 1 ml-e 5 ttkg-ra vonatkozó hatóanyag-mennyiségnek felel meg. (Egy adagolópipettában (5 ml) levő szuszpenzió 25 ttkg-ra elegendő.)

A szuszpenzió adagolható közvetlenül a gyermek szájába, vagy kevés italba (pl. teába) keverve. A szuszpenzió adagolásának módját a Betegtájékoztató részletesen tartalmazza.

Mellékhatások: Hosszan tartó kezelés esetén súlygyarapodás léphet fel.

Ritkán Quincke-oedema, bronchospasmus, fényérzékenység, pruritus, bőrpír, anaphylaxiás reakció fordulhat elő.

Egy-egy esetben konvulziók, múlt paraesthesia, izom/ízületi fájdalom, oedema, hangulatzavar, álmatlanság, rémálmok, transzamináz-szint növekedés, hepatitisz léphet fel.

Nagyon ritkán súlyos, életveszélyes cardialis mellékhatás léphet fel, mint megnyúlt QT-intervallum és ventricularis arrhythmia (torsades de pointes vagy fibrillatio) syncope-val és szív megállással — főként a javasoltnál nagyobb adagok és/vagy jelentős mértékű túladagolás esetén. Arrhythmia nagyon ritkán, napi 20–30 mg-os adagok mellett (az ajánlott dózis két-háromszoros) is előfordulhat. Egyes esetekben az arrhythmia syncope-val járhat. Ilyen esetekben az asztemizol adagolást azonnal meg kell szakítani.

Gyógyszerkölsönhatások: Együtt adása tilos:

Ketokonazollal, egyéb — azol antimikotikumokkal, makrolid antibiotikumokkal (pl. eritromicin). Csökkenthetik az asztemizol metabolizmusát és ez emelkedett plazmaszintet eredményezhet, amely cardiotoxicitáshoz (torsades de pointes vagy fibrillatio) vezethet.

Figyelmeztetés: Terhes nőknek — a biztonságos alkalmazására vonatkozó kellő klinikai tapasztalat hiánya miatt — csak feltétlenül szükséges esetben, az előny/kockázat arány gondos mérlegelésével adható.

A gyógyszer az ajánlott terápiás adagban az éberségi szintet nem befolyásolja.

Akut anaphylaxiás rohamok kezelésére nem alkalmas.

Szívbetegségben, ill. diabetes mellitusban szenvedő betegeknek csak fokozott körültekintéssel adható.

Bőrteszt vizsgálatok elvégzése előtt legalább 3 nappal előbb abba kell hagyni az antihisztaminok adását; az asztemizol csetében az előbb javasolt (hamis negatív eredmény elkerülésére).

Túladagolás: Több esetben leírtak következmény nélküli túladagolást. Ritkán súlyos, életveszélyes cardialis mellékhatás léphet fel (lásd Mellékhatások).

Kezelés: Gyomormosás, hánytatás, EKG monitorozás mindaddig, amíg a QT-szakasz nem normalizálódik. Ilyen esetekben olyan antiarrhythmia szert kell adni, amelyek a QT-intervallumot nem nyújtják.

Hemodialízis alkalmazása nem javasolt (az asztemizol magas plazmafehérjéhez való kötődése miatt).

A Beclomet Nasal 50 µg/adag orrspray-ről

A Beclomet Nasal orrspray, beclomethason dipropionát hatóanyagot tartalmaz, amely a szteroid csoport szintetikus derivátuma. Erős lokális gyulladáscsökkentő hatású. A szisztémás hatások elkerülhetők, ha az előírt adagban alkalmazzák.

Hatóanyag: 50 µg beclomethasonum dipropionicum adagonként, 0,01 g beclomethasonum dipropionicum (200 adag) palackonként.

Javallatok: Perenniális és szezonális allergiás rhinitis (szénanátha), valamint a vasomotoros rhinitis megelőzése és kezelése.

Ellenjavallatok: Túlérzékenység a készítmény bármely alkotórészeivel szemben. Kezeletlen tüdő-tbc, kezeletlen vírusinfekció, valamint bakteriális és gombás fertőzések a légutakban.

Adagolás és alkalmazás: Csak intranasalisán alkalmazható. A palack egyszeri lenyomásával 50 µg hatóanyag-tartalmú permet juttatható az orrba. Egy palackból 200 adag permetezhető ki.

Felnőtteknek: a szokásos adag naponta 4-szer 1 befúvás (4-szer 50 µg) vagy naponta 2-szer 2 befúvás (2-szer 100 µg) mindkét orrnyílásba (összesen naponta 400 µg).

6 éves kor feletti gyermekeknek: a szokásos adag naponta 2–4-szer 1 befúvás (2–4-szer 50 µg) mindkét orrnyílásba, az életkortól és a betegség súlyosságától függően (összesen naponta 2–4-szer 100 µg, azaz 200–400 µg).

Felnőtteknek a maximális adag 20 befúvás naponta (1 mg/die).

Gyermekeknek 5 és 12 éves kor között a maximális adag 10 befúvás naponta (0,5 mg/die).

6 éves kor alatti gyermekeknek történő alkalmazására még nem áll rendelkezésre kellő klinikai tapasztalat.

Mellékhatások: Ritkán: orr- és torokszárazság, valamint irritáció, égő érzés az orrban, kellemetlen szájíz és lehelet, Candida albicans fertőzés az orrban és a garatban, orrvérzés — hasonlóan más orrspray készítményekhez; tüdőgöbös roham — közvetlenül az aeroszol alkalmazása után; intraocularis nyomásemelkedés, ill. glaucoma — intranasalis beclomethason készítmények alkalmazása során. **Rendkívül ritkán:** orrfolyás, orrszájnyílás perforáció, orrnyálkahártya-fekély előfordulhat — szteroid aeroszolak intranasalis alkalmazása során.

Figyelmeztetés: Fel kell hívni a beteg figyelmét arra, hogy teljes javulás nem várható az első néhány adag alkalmazásától, valamint arra, hogy a megfelelő terápiás eredmény eléréséhez fontos az orrspray rendszeres használata. A tünetek javulása általában néhány nap múlva jelentkezik, azonban néhány beteg esetében két-három heti kezelés sem enyhíti a tüneteket.

A Beclomet Nasal orrspray kezelést nem szabad folytatni, ha 3 héten át történő alkalmazást követően a beteg állapotában jelentős javulás nem észlelhető.

Az ajánlottnál nagyobb adagok alkalmazásakor, vagy fokozott egyéni érzékenység esetén vagy ha előzetes szisztémás szteroid kezelés erre hajlamosít, szisztémás hatások előfordulhatnak.

Fokozott figyelem szükséges hosszú ideig szisztémás kortikoszteroid kezelésben részesülő beteg Beclomet Nasal orrspray-re való átállításakor. Ez különösen fontos azon betegek esetében, akiknek a betegsége asthmával társul, mivel a szisztémás kortikoszteroid adagok hirtelen csökkenése állapotuk komoly súlyosbodását okozhatja.

Amikor a beteget a szisztémás szteroid kezelésről átállítják Beclomet Nasal orrspray kezelésre, figyelni kell a csökkent mellékvesekéreg funkcióra utaló tünetekre.

Mivel a kortikoszteroidok gátolják a sebgyógyulást, a nasalis kortikoszteroidokat nem szabad addig alkalmazni, amíg a seb be nem gyógyul orrműtétek, traumák, orrsövény perforáció, orrfekély esetén.

Rendszeres otolaryngológiai ellenőrzés szükséges (orrmájka-hártya-, orrjárat-, garatfertőzések, orrsövény perforáció, ill. egyéb hisztológiai változások) a nasalis kortikoszteroidokkal történő tartós kezelés során.

Az orr- és melléküregek infekciót megfelelően kezelni kell, ezek fennállása, valamint paranasalis sinusitis esetén a Beclomet Nasal orrspray-vel való kezelést kerülni kell.

Tuberculosisban szenvedő beteg óvatosan kezelendő.

Erős nyári allergén terhelés esetén szükség lehet megfelelő kiegészítő terápiára, különösen a szemtünetek kezelésekor.

Terhesség: Biztonságos humán alkalmazására vonatkozóan még nincs kellő klinikai tapasztalat. Terhesség idején csak az előny/kockázat gondos mérlegelésével szabad alkalmazni a készítményt.

Szoptatás: A beclomethason dipropionát feltehetően kiválasztódik az anyatejjel. Szoptató anyák esetében csak az előny és a kockázat gondos mérlegelésével szabad alkalmazni a készítményt.

Tüladagolás: Rövid időn belül történő nagy adagok alkalmazásakor a hypothalamus-hypophysis-mellékvese működés gátlásával kell számolni. Ezen tünetek megjelenésekor az adagot fokozatosan csökkenteni kell. A hypothalamus-hypophysis-mellékvese működés egy-két nap alatt helyreáll.

A Teldane 60 mg és 120 mg tablettákról

A terfenadin szelektíven a perifériás H_1 -receptorokra ható, antiallergiás tulajdonságokkal rendelkező antihisztamin, amelynek nincs klinikailag szignifikáns szedatív és antikolinerg aktivitása.

A napi 1-szeri 120 mg-os adag hatása 1–2 óra múlva jelentkezik, maximum hatása 3–4 óra múlva fejlődik ki, a hatás 24 órán keresztül tart (intradermális hisztamin-teszt gátlása alapján).

A napi 2-szeri 60 mg-os adag meggátolja az intradermális antigén-bevitel útján kiváltott bőrreakciót. A hatás már a bevitelt követő első óra után létrejön és 24–48 órán át tart.

Emberben a terfenadin gyorsan felszívódik az emésztőcsatornából és a májban „first pass” mechanizmussal metabolizálódik. Az aktív metabolit (karboxisav származék) a terfenadin bevétele után hamarosan megjelenik a plazmában, és legnagyobb koncentrációját 3 óra múlva éri el. Végső eliminációjának feléideje kb. 17 óra. A terfenadin 97%-ban, aktív metabolitja 70%-ban kötődik plazmafehérjékhez. Az elimináció főként metabolitok formájában történik, 40%-ban a vizelettel, 60%-ban a széklettel. Terápiás adagban sem a terfenadin, sem metabolitjai nem hatolnak át a vér-agyagáton. Ezt patkányon autoradiográfiás, tengeri malacon központi idegrendszeri H_1 -receptor kötődési vizsgálatok igazolják.

Hatóanyag: 60 mg, ill. 120 mg terfenadinum tablettaként.

Javallatok: Allergiás betegségek tüneti kezelésére:

Allergiás rhinitis mind szezonális, mind perenniális formája, allergiás conjunctivitis, rhinoconjunctivitis, urticaria, angiooedema (anaphylaxiás shock életmentő kezelésére nem alkalmazható). Bőrgyógyászatban pruritus (prurigo, ekzema) *adjuváns* kezelésére.

Ellenjavallatok: A hatóanyaggal szembeni túlérzékenység, a májműködés súlyos zavara (l. Figyelmeztetés). Orális ketokonazollal, itraconazollal, illetve azol antimycotikumokkal, makrolid antibiotikumokkal való egyidejű alkalmazás (l. Gyógyszerköcsönhatás is). Congenitalis QT-syndroma, QT-szakasz megnyúlását eredményező gyógyszerek egyidejű szedése (pl. egyes antiaritmia szerek), rendezetlen hypokalaemia.

Terhesség, Szoptatás (l. Figyelmeztetés).

Adagolás:

Teldane 60 mg tablettá:

Felnőtteknek és 12 éves kor feletti gyermekeknek: naponta 1-szer 2 tablettá (reggel) vagy naponta 2-szer (reggel és este) 1 tablettá.

6–12 éves kor közötti gyermekeknek: naponta 2-szer $\frac{1}{2}$ tablettá.

Teldane 120 mg tablettá:

Felnőtteknek és 12 éves kor feletti gyermekeknek: naponta 1-szer (reggel) 1 tablettá.

A javasoltnál többször és nagyobb adagban nem adható (l. Figyelmeztetés).

Mellékhatások: Ritkán hasi fájdalom és emésztési zavar, alopecia (hajhullás és hajvékonyodás), anaphylaxia, angiooedema, arrhythmia (gyors vagy szabálytalan szívverés — nagy adagoknál), syncope (l. Figyelmeztetés), bronchusgörcs, zavartság, konvulzió, depresszió, szédülés, fejfájás, álmatlanság, sárgaság, májműködési zavarok beleértve a transzamináz-szint emelkedését, menstruációs rendellenességek, izomfájdalom, rémálmok, szívdobogás, paraesthesia, fényérzékenységi reakciók, bőrkiütés, verejtékezés, remegés, látászavarok.

Nagyon ritkán súlyos, életveszélyes cardialis mellékhatás jelentkezhet, mint megnyúlt QT-intervallum és ventricularis arrhythmia (torsades de pointes vagy fibrillatio) syncopéval és szív megállással — főként a javasoltnál nagyobb adagok és/vagy jelentős túladagolás esetén.

Gyógyszerköcsönhatások: Együtt adása tilos:

— orális ketokonazollal és itraconazollal, ill. egyéb azol antimycotikumokkal,

— makrolid antibiotikumokkal (mint erithromycinnel, troleandomycinnel, josamycinnel, claritromycinnel, roxytromycinnel, spiramycinnel, azitromycinnel).

Ezek a vegyületek szignifikánsan csökkentik a terfenadin metabolizmusát a májban, a terfenadin plazmaszintje megnő, amely a cardialis mellékhatás (torsades de pointes) kialakulásának veszélyét növeli.

Figyelmeztetés: Májműködés súlyos zavara esetén jelentősen csökken a hatóanyag metabolizmusa, a terfenadin megnövekedett plazmakoncentrációja fokozza az arrhythmia és a megnyúlt QT-intervallum veszélyét.

A *torsades de pointes*-hez vezető minden kóros elváltozás (főként hypokalaemia, a QT-szakasz szerzett vagy örökölt megnyúlása) a terfenadin cardialis mellékhatását okozhatja.

Syncope esetén a terfenadin adagolást azonnal abba kell hagyni és a beteget potenciális arrhythmiasnak kell tekinteni.

Terhességben — a biztonságos alkalmazásra vonatkozó kellő klinikai tapasztalatok hiánya miatt — csak feltétlenül szükséges esetben, az előny/kockázat gondos mérlegelésével adható.

Laktációs periódusban nem szabad a terfenadint alkalmazni, mivel átjut az anyatejbe.

Bőrteszt-vizsgálatok elvégzése előtt legalább 3 nappal előbb abba kell hagyni az antihisztaminok adását; terfenadin esetében ez előbb javasolt (hamis negatív eredmény elkerülésére).

Nem szabad az ajánlott napi 120 mg-os (felnőtt), ill. napi 60 mg-os (6–12 év közötti gyermek) adagnál nagyobb adagot alkalmazni a túladagolás kockázatának elkerülése érdekében.

Túladagolás: Ritkán súlyos, életveszélyes cardialis mellékhatás léphet fel (l. Mellékhatások).

A szív működést ilyenkor legalább 24 órán át kell monitorozni és a fel nem szívódott gyógyszert a szokásos módszerekkel (pl. hánytatás, gyomormosás) kell eltávolítani. Haemodialysis vagy haemoperfusio nem távolítja el teljesen a terfenadin fő metabolitját a vérből.

A Flixonase orrspray-ről

A fluticasonum propionicum erős gyulladáscsökkentő hatású szteroid, melynek nincs kimutatható szisztémás hatása az orrmájkahártyán alkalmazva. A Flixonase orrspray a fluticasonum propionicumot 0,05%-os vizes szuszpenzió formájában tartalmazza, melyet pontosan adagoló porlasztópumpa juttat az orrmájkahártyára.

Hatóanyag: 50 μ g fluticasonum propionicum adagoként, 6 mg fluticasonum propionicum (120 adag) palackként.

Javallatok: Szezonális allergiás rhinitis (szénanátha), valamint perenniális rhinitis megelőzése és kezelése.

Ellenjavallatok: Túlérzékenység a készítmény bármely alkotórészeivel szemben.

Adagolás és alkalmazás: Csak intranasalis alkalmazható.

Az adagolópumpa egyszerű lenyomásával 50 µg hatóanyag-tartalmú permet juttatható az orrba. Egy palackból 120 adag permetezhető ki.

Felnőtteknek és 12 éves kor feletti gyermekeknek a szokásos adag naponta 1-szer 2 adag (100 µg) befújása mindkét orrlyukba, lehetőleg reggel (összesen naponta 1-szer 200 µg). Néhány esetben szükség lehet naponta 2-szer 2 adag (100 µg) befújására mindkét orrlyukba (összesen naponta 2-szer 200 µg, azaz 400 µg).

A **maximális napi adag** nem lehet több összesen 8 adag befújásánál (összesen max. naponta 400 µg). Időskorúaknak a szokásos felnőtt adag adható.

4–11 éves kor közötti gyermekeknek a szokásos adag naponta 1-szer 1 adag (50 µg) befújása mindkét orrlyukba, lehetőleg reggel (összesen naponta 1-szer 100 µg).

Néhány esetben szükség lehet naponta 2-szer 1 adag (50 µg) befújására mindkét orrlyukba (összesen naponta 2-szer 100 µg, azaz 200 µg).

A **maximális napi adag** nem lehet több összesen 4 adag befújásánál (összesen max. naponta 200 µg).

4 éves kor alatti gyermekeknek nem adható.

Mellékhatások: Ritkán: fejfájás, orr- és torokszárazság, valamint irritáció, kellemetlen szájíz és lehelet, Candida albicans fertőzés az orrban és a garatban, orrvérzés — hasonlóan más orrspray készítményekhez. **Rendkívül ritkán:** orrsövény perforáció, orrnyálkahártyafekély előfordulhat — szteroid aeroszolak intranasalis alkalmazása során.

Figyelmeztetés: Fel kell hívni a beteg figyelmét arra, hogy azonnali javulás nem várható az első néhány adag alkalmazásától, valamint arra, hogy a megfelelő terápiás eredmény eléréséhez fontos az orrspray rendszeres használata. A teljes hatás csak többnap (általában 3–4 nap) kezelést követően alakul ki.

A **Flixonase orrspray kezelést nem szabad folytatni**, ha 3 héten át történő alkalmazást követően a beteg állapotában jelentős javulás nem észlelhető.

Fokozott figyelem szükséges hosszú ideig szisztémás kortikoszteroid kezelésben részesülő beteg Flixonase orrspray-re való áttállításakor. Ez különösen fontos azon betegek esetében, akiknek a betegsége asztmával társul, mivel a szisztémás kortikoszteroid adagok hirtelen csökkentése állapotuk komoly súlyosbodását okozhatja.

Ha bármilyen jel csökkent mellékvesekéreg funkcióra utal, ugyancsak fokozott figyelem szükséges, amikor a beteget a szisztémás szteroid kezeléssel állítják Flixonase kezelésre.

Mivel a **kortikoszteroidok gátolják a gyógygyógyulást**, a nasalis kortikoszteroidokat nem szabad addig alkalmazni, amíg a seb be nem gyógyul orrműtétek, traumák, orrsövény perforáció, orrfekély esetén.

Rendszeres otolaryngológiai ellenőrzés szükséges (orrnyálkahártya-, orrjárat-, garatfertőzések, orrsövény perforáció, ill. egyéb hisztológiai változások) a nasalis kortikoszteroidokkal történő tartós kezelés során.

Ha a tüneteket átmenetileg infekciós eredetű rhinitis súlyosítja, az megfelelően kezelni kell, de ez nem kontraindikálja a Flixonase terápiát folytatását.

Bár legtöbb esetben a szezonális allergiás rhinitis tüneteit a Flixonase orrspray kezelés szünteti, erős nyári allergén terhelés esetén szükség lehet megfelelő kiegészítő terápiára, különösen a szemtünetek kezelésekor.

Terhesség alatti biztonságos alkalmazásáról még nincs kellő klinikai tapasztalat. Állatokon végzett reprodukciós vizsgálatokban, igen nagy szisztémásan alkalmazott adagoktól láthatók az erős szteroidok tipikus károsító hatásai; a közvetlen intranasalis alkalmazás során pedig minimális a szisztémás expozíció.

Terhesség idején csak az előny/kockázat gondos mérlegelésével szabad alkalmazni a készítményt.

Szoptatás idején csak az előny és a kockázat gondos mérlegelésével szabad alkalmazni a készítményt.

Gyermekek tartós kezelésére kevés adat áll rendelkezésre.

Túladagolás: A Flixonase orrspray akut vagy krónikus túladagolásával kapcsolatban nem áll rendelkezésre adat.

Egészséges önkéntesen végzett vizsgálatban naponta 2-szer 2 mg fluticasonum propionicum 7 napon át történő nasalis alkalmazása nem vezetett hypothalamus-hypophysis-mellékvese funkció károsodásához. Kortikoszteroidok nagy adagjainak inhalációs vagy orális alkalmazása hosszú időn keresztül a hypothalamus-hypophysis-mellékvese működés gátlását eredményezheti.

A Plendil 5 mg és 10 mg tablettákról

A felodipin szelektív dihidropiridin csoportba tartozó kalcium antagonist. Vérnyomáscsökkentő hatását a perifériás erek ellenállásának csökkentésével fejt ki. Szelektíven hat az arteriolák simaizomzatára, és terápiás adagokban nincs közvetlen hatása a szívizom összehúzódó-képességére és az ingerületvezetésre. A hypertonia minden stádiumában hatásos monoterápiában vagy más gyógyszerekkel kombinálva, mint pl. béta-blokkolókkal vagy diuretikumokkal. Általában jól tolerálható angina pectoris vagy pangásos szívelégtelenség esetén is. A tablettázás során alkalmazott technológia 24 órán keresztül terápiás plazma koncentrációt biztosít.

Hatóanyag: 5 mg, ill. 10 mg felodipinum nyújtott hatóanyagleadású tablettaként.

Javallat: Hypertonia.

Ellenjavallatok: A hatóanyagra való túlérzékenység. Szívkeringési sokk. Terhesség, a korai szakaszt is beleértve. Szoptatás.

Adagolás: Egyénileg kell megállapítani. A kezelést ajánlatos 5 mg napi adaggal kezdeni. A szokásos fenntartó adag napi 5 mg vagy 10 mg. Ha szükséges, az adag fokozatosan tovább növelhető (max. napi 20 mg) vagy más antihypertensív szerrel kiegészíthető. A teljes napi adagot reggel, naponta egyszer kell bevenni. A tablettát kevés vízzel, egészben kell lenyelni és nem szabad eltörni vagy szétrágni.

Mellékhatások: Leggyakrabban dózisfüggő vasodilatáció okozta mellékhatások: fejfájás, szédülés, palpitió, flush, fáradtság. Ezek többnyire átmenetiek és különösen a kezelés kezdetén jelentkeznek. Más dihidropiridin származékokhoz hasonlóan bokaödem, továbbá gyomorpanaszok, izomgyengeség, izomfájdalom, mellkasi fájdalom előfordulhat.

Ritkán dyspnoe, paraesthesia, nagyon ritkán szájszárazság, idegesség, remegés, extrasystolek és reverzibilis gingiva hyperplasia, ill. a már meglévő gingivitis, periodontitis betegek gingivalis panaszai enyhén fokozódhatnak. Ez gondos fogápolással megelőzhető.

Bőrkiütés, viszketés előfordulhat. Egyes esetekben májfunkció változások, intrahepaticus cholestasis, transaminase szint emelkedés.

Igen ritkán, mint más arteriális vasodilatátoroknál is, kifejezett hypotensio, reflektorikus tachycardiával, amely különösen predispontált betegeknél szívizom ischaemiához (angina pectoris roham) vezethet.

Gyógyszerkölcsonhatások: Azon anyagok egyidejű adása, melyek a cytochrom P450 rendszerre hatnak, befolyásolhatják a felodipin plazmakoncentrációját.

— Enzimgátlók (pl. cimetidin) a felodipin plazmaszintjét növelik.

— Enzim-induktorok (pl. fenitoin, karbamazepin, barbiturátok) a felodipin plazmakoncentrációját csökkentik. A felodipin erős kötődése a plazmafehérjékhez nem befolyásolja már erősen kötődő gyógyszerek szabad plazmaszintjét (pl. warfarin).

— Más vérnyomáscsökkentők, tri-, tetraciklikus antidepresszánsok neurolepticumok, H₂-receptor blokkolók (a vérnyomáscsökkentő hatást erősítik).

Figyelmeztetés: A Plendil más arteriolás dilatációt előidéző gyógyszerekhez hasonlóan ritkán tachycardiával járó jelentős vérnyomásesést okozhat, ami esetleg szívizom ischaemiához vezethet. A kezelés hirtelen állítása myocardialis ischaemiát, ill. hypertensziós krízist okozhat. Súlyosan beszűkült májfunkciójú, ill. idősebb betegeknél alacsonyabb dózisok szükségesek. A felodipin fertilis korban levő nőknek nem adható.

Alkalmazásának első szakaszában — egyénileg eltérő mértékben — a közlekedésben való biztonságos részvételt és a baleseti veszéllyel járó munka végzését befolyásolhatja.

Túladagolás. Tünetek: Kifejezett hypotensioval és néha bradycardiával járó súlyos perifériás vasodilatációt okozhat.

Kezelés: Súlyos hypotensio esetén tüneti kezelést kell alkalmazni. A betegeket vízszintes helyzetben emelt lábbal fektetjük. Bradycardia esetén 0,5–1 mg atropint kell adni intravénásan. Ha ez nem elegendő, a plazma volument kell megnövelni glükóz-, só- vagy dextrán infúzióval. Ha az előzőekben említett kezelés hatástalan, α₁ adrenoreceptor izgatókat adhatunk.

A Traumon gélről

Az etofenamat egyebek közt gátolja a ciklooxygenáz, lipoxigenáz, hisztamin, bradikinin, szerotonin, hialuronidáz, össz-komplement felszabadulását, illetve hatását. Stabilizálja a lysosomal membrán

nokat, valamint csökkenti az idegentest-reakciókat. A fenamat plazmaszintjei közel azonosak a korlátozott, valamint egészséges veseműködés esetén. A fehérjekötődés 98–99%.

A kiválasztódás a veséken át és a székletben történik számos metabolit (hidroxilálás, éter-hasítás, észter-hasítás) és azok konjugátumai formájában.

A biohasznosulás mértékét számos külső és belső tényező befolyásolja az alkalmazás helyétől, a bőr nedvességtartalmától stb. függően. A relatív biohasznosulás mértéke megfelel az egyéb etofenamat-készítményekének (max. 20%).

Hatóanyag: 4 g, ill. 10 g etofenamatum vízzel lemosható gél-alapanyagban, 40 g-os, ill. 100 g-os tubusonként.

Javallatok: Tompa sérülések, pl. sportbalesetek kapcsán, nevezetesen zúzódások, rándulások, húzódnások.

A mozgató- és támasztórendszer lágyrészeinek rheumás megbetegedései, úgymint izomrheumatismus, periartropathia humeroscapularis mellett kialakult izomfeszülések, lumbago, ischialgia, ínhüvelygyulladás, nyáktömlő-gyulladás.

A gerincoszlop, valamint az ízületek túlterhelési és elhasználódási megbetegedései, úgymint spondylosisok, arthrosisok.

Ellenjavallatok: Etofenamat, flufenaminsav és más nem-szteroid gyulladásgátlók, valamint propilénlikollal szembeni túlérzékenység.

Terhesség és szoptatás időszaka, valamint újszülötteknek és kisdedeknek történő alkalmazása is ellenjavallt, mivel nem állnak rendelkezésre kielégítő klinikai tapasztalatok.

Nem alkalmazható sérült, vagy ekzémás bőrfelületre.

Alkalmazás: Naponta háromszor-négyszer mintegy 5 cm hosszú csíkot, nagyobb fájdalmas területre maximum 10 cm-es csíkot felvinni és lehetőleg nagy felületen egyenletesen a bőrre dörzsölni.

A kezelés néhány naptól több hónapig tarthat.

Mellékhatások: Ritkán bőrpír, illetve igen ritkán allergiás bőrreakciók, amik a gyógyszer elhagyását követően gyorsan visszafejlődnek.

Gyógyszerkölcsönhatás: Rendeltetésszerű használata mellett nem ismeretes.

Figyelmeztetés: Nem rendeltetésszerű alkalmazásból eredő túladagolás esetén (pl. ha egy tubus tartalmát, vagy annál többet, rövid idő alatt az egész testfelületre felkennek), fejfájás, szédülés, illetve epigastriális panaszok léphetnek fel. Teendő: a Traumon gél lemosása vízzel.

Véletlenül lenyelve rendszerint nem kerül toxikológiailag veszélyes adag a szervezetbe. [Patkányokban a 27 mg/ttkg, ill. majmokban a 26,0 mg/ttkg hatástalan (no-effect) adag]. Teendő: gyomormosás, ill. hányás kiváltása.

A Tolvon 30 mg és 60 mg filmtablettákról

Piperazino-azepin csoportba tartozó antidepresszáns. Nincs rokonságban a triciklikus antidepresszánsokkal. Nem tartalmazza azt a bázikus oldalláncot, aminek a triciklikus antidepresszánsok anticholinerg hatású tulajdonságok. Általános antidepresszáns hatékonyságán túlmenően anxiolitikus tulajdonsággal is rendelkezik, ami értékes a depresszív betegségekkel együtt járó szorongások kezelésében.

Idős és cardiovascularis bántalmakban szenvedő betegek is általában jól tolerálják. Terápiás adagban mentes az anticholinerg hatástól és nincs jelentős hatása a cardiovascularis rendszerre sem. A triciklusos származékokkal összehasonlítva, túladagolása kisebb cardiotoxikus hatást vált ki. Nem gátolja a sympathomimetikus hatóanyagokat és az adrenerg idegsejteket blokkoló vérnyomáscsökkentő gyógyszerek (pl. betanidin) vagy az α_2 -receptorokat gátlók (pl. klonidin, metildopa) hatását és nem befolyásolja a kumarin-típusú antikoagulánsok működését sem (mint pl. fenpropionon).

Hatóanyag: 30 mg, ill. 60 mg mianserinium chloratum filmtablettaként.

Javallatok: A depressziós betegségek olyan esetei, amelyekben gyógyszeres terápia javallt.

Ellenjavallat: Mania.

Adagolás: *Felnőttek* kezelését napi 30–40 mg-mal tanácsos kezdeni, és az adagot a klinikai válasznak megfelelően szükséges beállítani.

A hatékony adag általában napi 30 és 90 mg között van (általában 60 mg).

Időseknek kezdetben legfeljebb napi 30 mg. Szigorú ellenőrzés mellett ez lassan növelhető. Fenntartó adagként számukra a szokásosnál kevesebb is elegendő lehet.

Gyermekeknek adagolási séma klinikai tapasztalatok hiányában nem adható.

A napi adag több részletre is elosztható, de (figyelemmel az alvási-
ra gyakorolt kedvező hatására) előnyösebb lefekvés előtt egy adagban bevenni.

Gyakran előnyös a kezelés néhány hónapig tartó folytatása a klinikai javulás után is.

A tablettát szétrágás nélkül, egészben kell lenyelni, kevés folyadékkal.

Mellékhatások: Vér-dyscrasia, convulsio, hypomania és mania, hypotonia, májfunkciós zavar, arthralgia, oedema és gynaecomastia esetenként előfordult.

A kezelés első napjaiban álmoság előfordulhat. Az optimális antidepresszáns hatás elérése érdekében ilyenkor a Tolvon adagolását nem célszerű csökkenteni.

Előfordult — legtöbbször a kezelés 4–6. hete után — csontvelő-károsodás, általában granulocytopenia vagy agranulocytosis formájában. Ezek a reakciók a kezelés abbahagyása után általában reverzibilisek. Láz, torokgyulladás, stomatitis vagy más fertőzések tünetei esetén teljes vérképet kell nézni. Ez a mellékhatás minden korcsoportban megfigyelhető, de gyakoribb az idősekben. Továbbá való kezelés alatt a depresszióval összefüggő tünetek — mint például a homályos látás, szájszárazság és székrekedés — gyakorisága és súlyossága általában nem nő; sőt sok esetben azok csökkenése volt tapasztalható.

Gyógyszerkölcsönhatások: Felerősíti az alkohol depresszív hatását a központi idegrendszerre.

A Tolvon nem alkalmazható egyidejűleg, ill. MAO-inhibitor terápia befejezése után 2 héten belül.

Figyelmeztetés: Bár az állatkísérletekben nem okozott magzati károsodást és az anyatejben is elhanyagolható mennyiségben jelenik meg, terhesség vagy szoptatás alatt hatásának előnyeit mérlegelni kell a magzatot vagy a csecsemőt esetleg fenyegető kockázat lehetőségével szemben.

A Tolvon, mint más antidepresszáns, bipoláris depressziós megbetegedésekben érzékeny egyénekben hypomaniát válthat ki. Ilyen esetben a Tolvon-kezelést abba kell hagyni.

Sárgaság vagy convulsio esetén a kezelést meg kell szakítani.

Diabetes és szív-, máj- vagy veseelégtelenségben szenvedők kezelésénél a szokásos óvatossági rendszabályokat be kell tartani. A párhuzamos terápiák gyógyszeradagolását figyelemmel kell kísérni. Rendszeres ellenőrzés szükséges nagy látótérkiesésű glaucoma, valamint prostatahypertrophiára utaló tünetek esetén is annak ellenére, hogy a Tolvon-terápia során nem várható anticholinerg mellékhatás.

Nem lép kölcsönhatásba betanidinnel, klonidinnel, metildopával, guanetidinnel vagy propranolollal (sem önmagában, sem pedig hidralazinnal kombinálva). Ennek ellenére tanácsos ellenőrizni azoknak a betegeknek a vérnyomását, akik interkurrens kezelést kapnak vérnyomáscsökkentő szerekkel.

Alkalmazásának első szakaszában — egyéni módon meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyedileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

Túladagolás tünete általában csak a tartós szedés során jelentkeznek. Szív-arrhythmia, convulsio, súlyos hypotonia és légzésdepresszió előfordulása nem valószínű. Nincs specifikus antidotuma.

Kezelése: gyomormosás, megfelelő tüneti és fenntartó kezelés, a létfontosságú funkciók támogatása.

Megjegyezzük, hogy a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.