

# ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:  
MARKUSOVSKY LAJOS  
1857-ben

\*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.  
BRAUN PÁL DR.  
DARABOS PÁL DR.  
ECKHARDT SÁNDOR DR.  
FÜZI ISTVÁN DR.  
HIRSCHLER IMRE DR.  
LENART GYÖRGY DR.  
OZSVÁTH KÁROLY DR.  
PETRÁNYI GYULA DR.  
PETRI GÁBOR DR.  
RÁK KÁLMÁN DR.  
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

\*

Felélős szerkesztő:  
TRENCSÉNI TIBOR DR.

\*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.  
GIACINTO MIKLÓS DR.  
BTAGE ZSUZSANNA DR.  
WALSA RÓBERT DR.  
BUDA BÉLA DR.  
HONTI JÓZSEF DR.  
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

\*

121. ÉVFOLYAM

\*

22. SZÁM

\*

1980. JÚNIUS 1.

## TARTALOMJEGYZÉK

*Simon Emil dr., Mucsi Imre dr.,  
Krasznai Géza dr. és Ludmány Éva dr.:*  
Transbronchialis tüdőbiopsia ..... 1308

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Seri István dr., Walcz Erzsébet,  
Koós Rozália dr. és Révész Tamás dr.:*  
„B” típusú, „Burkitt-sejtes” acut  
lymphoid leukaemia ..... 1307

*Frenkl Róbert dr., Györe Agota dr.,  
Mészáros János dr.  
és Szeberényi Szabolcs dr.:*  
Izommunka enzimindukáló hatásának  
vizsgálata emberen ..... 1315

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Farkas Iván dr., Patkó András dr.  
Kovács László dr., Koller Oszkár dr.  
és Preisich Péter dr.:*  
A Brunner-mirigyek adenomatosisa ..... 1319

*Korányi György dr., Olbrich Zita dr.  
és Kisbán Gabriella dr.:*  
Az újszülöttkori súlyos staphylococcus  
fertőzések ritka megjelenési formái ..... 1325

### RITKA KÓRKÉPEK

*Kutas Mária dr. és Streit Béla dr.:*  
A penis haemangioendotheliomáról  
egy eset kapcsán ..... 1329

*Sonkodi Sándor dr., Szörényi Ágnes dr.,  
Julesz János dr. és Fazekas Tamás dr.:*  
Familiáris paroxysmalis bénulás  
(hypokalaemiás forma) ..... 1331

### HORUS

A tanítvány szemével: Illyés Géza ..... 1335

Adolf Strümpell ..... 1337

G. Flaubert és az orvosok ..... 1339

Halottaink ..... 1340

*Folyóiratreferátumok ..... 1343*

*Könyvismertetés ..... 1357*

*Megjelent ..... 1334*

*Hírek ..... 1361*

*Pályázati hirdetések ..... 1328*

*Előadások, ülések ..... 1333*

# BISECURIN *tabletta*

## ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

## HATÁS

Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestagen hormonkombináció.

## ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegségek, chronic colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlő-carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

## ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A Bisecurin tabletták szedését a menstruatio első napjától

számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni mindennap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

## MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok a kúra kezdetén előfordulhatnak, s a későbbi ciklusokban többnyire megszűnnek.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 21 db tabl., térítési díj: 2,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

## Transbronchialis tüdőbiopsia

Simon Emil dr., Mucsi Imre dr.,  
Krasznai Géza dr. és Ludmány Éva dr.

A diffúz tüdőbetegségek az elmúlt két évtizedben a pulmonológia érdeklődésének előterébe kerültek (22). A velük kapcsolatos differenciáldiagnosztikai nehézség a különböző tüdő-biopsiás módszerek elterjedésének kedvezett (18, 27, 35), illetve olyan biopsiás eljárások kidolgozására ösztönzött, amely a betegre nézve a legkisebb megterheléssel és veszéllyel alkalmas anyagot szolgáltat mikroszkópos vizsgálatok céljára (40).

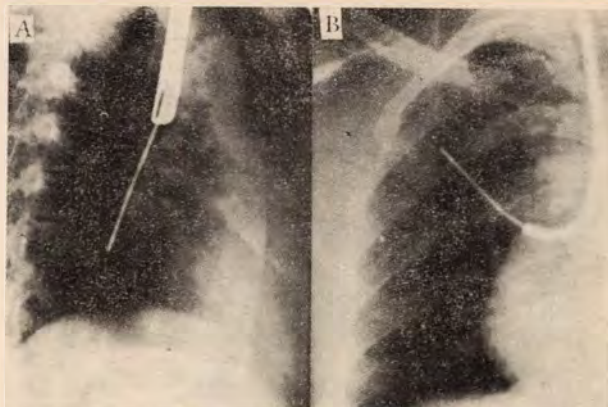
Andersen, Fontana és Harrison (3) 1965-ben új eljárást ismertetett és vezetett be a klinikai gyakorlatba, amellyel bronchoszkópos úton megfelelő méretű, merev vagy flexibilis excizorral a kishörgönön keresztül a perifériára jutva hisztológiai vizsgálatra alkalmas szövetet nyert a tüdőből. A módszer diffúz tüdőbetegségekben és a parenchyma lokalizált elváltozásaiban egyaránt alkalmasnak bizonyult tüdőszövet, illetve biopsiás anyag nyerésére (2, 4, 8, 9, 15, 19, 25, 33, 36).

Az eljárás eleinte nem részesült kellő figyelemben, a bronchofiberszkópia és a hozzá kapcsolódó flexibilis exciziós eljárások fejlődésével a 70-es évek második felében azonban gyorsan elterjedt, s diffúz tüdőbetegségekben ma a leggyakrabban alkalmazott tüdő-biopsiás eljárássá vált (1, 11, 12, 13, 17, 31, 32, 38). Intézetünkben a transbronchiális tüdő-biopsiát 1976 óta végezzük.

### Módszer

A transbronchiális tüdő-biopsiát azokban a diffúz, disszeminált tüdőbetegségekben végezzük, amelyekben a rtg- és a klinikai kép alapján indokoltnak látszik az elváltozás szöveti képeinek ismerete. Az eljárás a szokásos bronchoszkópos vizsgálatához kapcsolódik.

A beteg a vizsgálat előtt 4 órán keresztül éhomba marad. Atropin, Hydrocodin, premedikáció után 2 százalékos Lidocain helyi érzéstelenítést végzünk, majd merev vagy flexibilis bronchoszkóppal intubáljuk a beteget. A hörgőrendszer endoszkópos áttekintése után Olympus gyártmányú szélesebb FB-2B típusú, vagy a bronchofiberszkópon is átvezethető, keskenyebb FB-1C típusú flexibilis excizorral végezzük a próbakimetszést. A szélesebb excizort a basalis pyramis és a középső lebeny területén használjuk és ilyenkor merev Lemoine-tubussal intubálunk, mert ez az eszköz az általunk használt Olympus BF-B3 típusú bronchofiberszkóp manipulációs csatornáján nem fér át. Ha a biopsiás anyag vétele a felső lebenyből vagy az alsó lebeny csúcsából látszik célszerűnek, az irányíthatóság



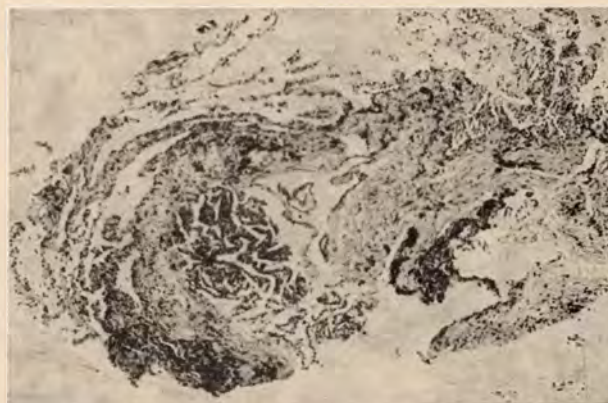
1. ábra: Transbronchialis biopsia: A. Merev bronchoszkópon keresztül, B. Bronchofiberszkópon keresztül

biztosítása érdekében bronchofiberszkópot és ennek tartozékát, a keskenyebb excizort használjuk.

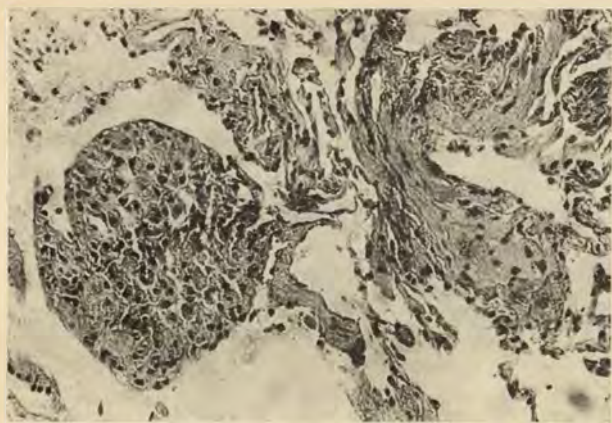
Diffúz tüdőbetegségekben legtöbb esetben rtg-kontroll nélkül, taktilis érzések alapján dolgozunk. A flexibilis excizort a kívánt segmenthörgön keresztül mindaddig toljuk előre, amíg ellenállásba nem ütközik. Eközben az excizor hatodrendű hörgőnél kisebb ágban rögzül (1. ábra). A beteget belégzésre felszólítva az inspiráció végén az excizort nyitjuk, majd az ezt követő expiráció végén zárjuk, és finoman húzva, mozgatva távolítjuk el. Ha a beteg eközben oldalfájdalmat vagy szúrást jelez, akkor az eszközt visszahúzzuk és a műveletet másik helyen végezzük el.

Ha vérzést tapasztalunk, a terület hörgőjét helyileg tonogénes tamponnal, illetve fiberszkóp használatkor annak végével zárjuk, az utóbbi esetben tonogénes oldatot fecskendezünk be a fiberszkóp kanuljén keresztül.

Átlagosan 1-3x1-3 mm nagyságú specimen nyerünk. Egy ülésben 1-4 specimen veszünk ugyanarról vagy különböző területről, de mindig azonos oldalról. A nyert szövetdarabot először 10-15 percig fiziológiás konyhasóba helyezzük, hogy az excizor kanál okozta szöveti kompresszió megszűnjék, majd 10%-os formalinban fixáljuk. Beágyazás után sorozatmetszeteket készítünk és a haematoxylin-eosinnal festett készítményt fénymikroszkóppal elemezzük. Amennyiben speciális festésre van szükség, azt is elvégezzük. Immunfluorescens, elektronmikroszkópos vizsgálatra jelenleg nincs lehetőségünk. Mikrobiológiai vizsgálatokra a klinikai kép sajátosságaiból adódó indikáció alapján kerül sor.



2. ábra: A tüdő-biopsiás anyag egészét tartalmazó felvétel. A megvastagodott falú alveolusokban sejtes infiltratio, mérsékelt sejtes beszűrődés, fibroblastok, felszaporodott kollagén rostos kötőszövet. A kép bal felében epithelsejtes proliferatio. Nitrofurantoin pneumonitis (60x, HE festés)



3. ábra: A tüdő állományában fibroblasztos, kollagén rostos túlsúlyú epithelsejtes sarcoid typusú góc óriás-sejtekkel (200X, HE festés)

### Eredmények

Diffúz, disszeminált tüdőbetegségben 1976. március és 1979. június között 124 esetben (70 férfi és 54 nő) végeztünk transzbronchiális tüdő-biopsziát. A betegek életkora 22 és 79 év között átlag 50 év volt.

A módszer hatásfokát beteganyagunkban az 1. táblázat adatai tükrözik. Patológias szövettani képet 94 esetben nyertünk, vagyis az összes vizsgált beteg 75,8%-ában volt eredményes a transzbronchiális tüdő-biopszia.

Mielőtt eredményeink részletes ismertetésére rátérnénk, foglalkoznunk kell a szövettani vizsgálatok értékével a tüdő diffúz, disszeminált kórképeiben. Tudnunk kell azt, hogy a konvencionális szövettani módszerek a diffúz tüdőbetegségeknek csak kis részében biztosítanak etiológiai diagnózist. Lényegesen nagyobb számban lehetséges a szövettani kép alapján egy-egy patológiai, klinikai, sőt nosológiai egységbe foglalható betegség megállapítása. Sok esetben azonban csak az elváltozások morfológiai leírását kapjuk, amelynek jellegzeteségei alapján bizonyos rendszerezés lehetséges, de sem konkrét klinikai kórkép, patogenezis vagy patomechanizmus, de még kevésbé etiológia nem állapítható meg. A szövettani kép ismerete természetesen ilyenkor is hasznos a klinikus számára, mert a kórelőzmény, a radiológiai és klinikai kép, a laboratóriumi, szerológiai, immunológiai, mikrobiológiai vizsgálatok egybevetése a hisztológiai kép sajátosságaival gyakran ad lehetőséget definitív diagnózis felvételére.

Eredményeinket a 2. táblázatban részletezzük: 1. A szövettani kép biztosította a diagnózist 24 esetben (25,5%). 2. A szövettani és a klinikai vizsgálatok együttesen tették lehetővé a definitív diagnózist 50 esetben (53,2%). 3. Ismeretlen eredetű diffúz interstitialis fibrosist észleltünk 20 esetben (21,3%).

A diffúz interstitialis pneumonia és fibrosis patohisztológiai rendszerezése többek között (28, 30) Liebow (21) nevéhez fűződik. Az általa definiált beosztás alapján leggyakrabban az interstitialis pneumonia közönséges (usuel) vagy klasszikus formáját (UIP) észleltük, de az óriássejtes interstitia-

lis pneumonia (GIP) kivételével valamennyi jellegzetes forma, így a bronchioláris (BIP), a desquamativ (DIP) és lymphoid interstitialis pneumonia (LIP) előfordult.

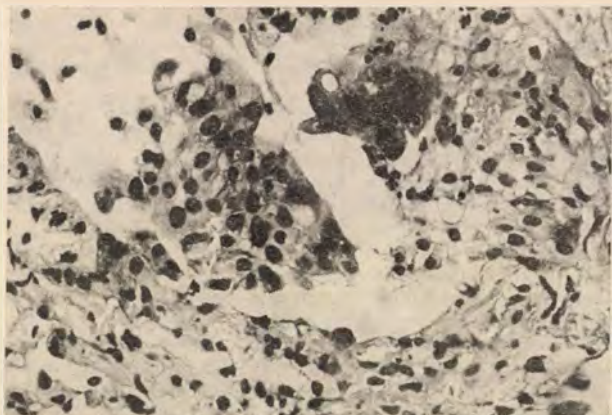
Liebow vizsgálatai alapján ismeretes, hogy számos különböző etiológiájú interstitialis folyamat hozhat létre lényegében azonos vagy hasonló szöveti reakciót. A kóreredet a kliniko-laboratóriumi vizsgálatokkal sokszor kideríthető, jelentékeny azonban azoknak az eseteknek száma, amelyekben a leggondosabb vizsgálatokkal sem tisztázható (legfeljebb valószínűsíthető) a kóreredet. Ebbe a csoportba sorolt betegeink között több esetben felmerült konkrét (etiológiai) diagnózis gyanúja, de döntő bizonyítékot nem nyertünk, s így a kóreredet végül is „cryptogen” (29) maradt.

### Megbeszélés

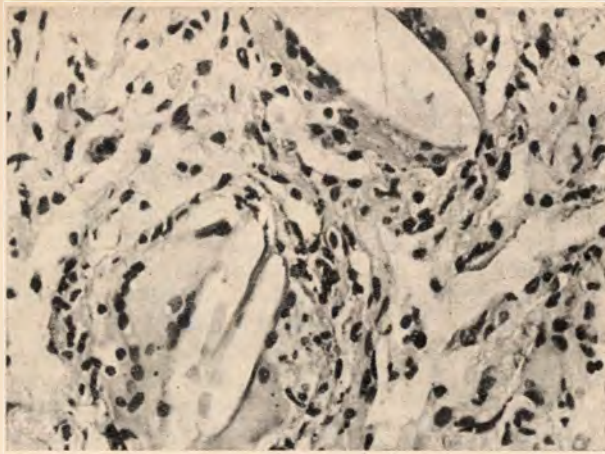
A transzbronchiális tüdő-biopszia viszonylag egyszerű diagnosztikus beavatkozás, amely minden kellően felszerelt bronchológiai műtőben elvégezhető, ha a bronchológus megfelelő jártassággal rendelkezik. A beteget nem terheli jobban mint maga a bronchoszkópia. Ha nincs szükség konkrét, körülírt elváltozás rtg-kontrollal való felkeresésére — s ez diffúz tüdőbetegségekben legtöbbször felesleges — maga a tüdő-biopszia csupán 3—5 perccel növeli meg a bronchoszkópos vizsgálat idejét. A beteg megterhelését jelentékenyen csökkenti, ha az endoszkópos vizsgálatot és a transzbronchiális biopsziát bronchofiberszkóppal végezzük, ezáltal lehetővé válik súlyos állapotban levő, valamint idősebb betegek tüdő-biopsziája is. A bronchofiberszkóp azonban nem feltétlen kelléke a transzbronchiális tüdő-biopsziának. Az eljárás részletes technikai leírása Zavalva (41) munkájában található.

A vizsgálatok többségében 1—2, de nem ritkán 3—4 speciment veszünk. Amerikai szerzők ennél lényegesen nagyobb számú, 5—8, sőt 10 excíziót is végeznek egy ülésben ugyanarról, vagy különböző helyről, a ptx veszélye miatt azonban lehetőleg mindig csak egy oldalról. A nyert anyagot rendszeresen feldolgozzák mikrobiológiai, immunfluoreszcens és elektronmikroszkópos módszerekkel is.

A biopsziás anyag kis mérete bizonyos fokú problémát jelent a patohisztológus számára. Hang-



4. ábra: Lobos, fibroblasztos tüdő-parenchyma. Tágult nyirokér lumenében szolid carcinomás sejthalmaz. Lymphangitis carcinomatosa (350X, HE festés)



5. ábra: Nem festődő idegen anyag környezetében idegentest óriássejtek, a tüdő-parenchymában sejtbeszűrődés. Talcosis (350X, HE festés)

súlyozni kell, hogy a transbronchiális tüdő-biopsiával nyert anyag feldolgozása és értékelése különösen diffúz tüdőbetegségekben speciális pathológiai járatosságot igényel, ennek megszerzése az eljárás eredményességének feltétele (1, 26). Az elmondottakra való tekintettel vizsgálatainkban gyakrabban használtuk a szélesebb Olympus FB—2B típusú flexibilis excizort, amellyel lényegesen nagyobb, könnyebben feldolgozható, több információt nyújtó specimen nyerhető és ezzel növelhető a biopsia határfoka. A módszer segítségével nyerhető mikroszkópos preparátum érzékelése céljából néhány mikrofotogramot mutatunk be (2—5. ábra).

A tüdő-parenchymában levő körülírt, periferiás, endoszkóppal nem látható elváltozások célzott felkeresése csak rtg-kontrollal lehetséges, ilyen esetekben különösen hasznos a hajlítható bronchofiberszkóp. Diffúz elváltozásokban — bár előnyös —, de nélkülözhető a röntgen (1, 26). Az eszköz tapintási érzékelés alapján, finom mozzgatással jól és biztonságosan vezethető. Ha azonban az előre kioktatott beteg oldalszúrást vagy fájdalmat jelez, az eszköz elérte a pleurát, vagy annak közvetlen közelébe jutott. Tanácsos ilyenkor az excizort kissé visszahúznunk.

A helyi érzéstelenítés és bronchoszkópia szerepsére ritka szövődményein túl (5) maga a transbronchiális biopsia vérzést, ptx-et, súlyos szívbetegben kardiális szövődményeket (aritmia, szívinfarktus), valamint infekciót idézhet elő. Saját vizsgálataink közül lényegében véve szövődményen-

#### 1. táblázat Transbronchiális tüdő-biopsia eredménye

Biopsiás anyag	Eset	%
Patológias tüdőszövet	94	75,8
Normális tüdőszövet	7	5,6
Együtt	101	81,5
Nem tüdőszövet	19	15,3
Vizsgálatra alkalmatlan	4	3,2
Együtt	23	18,5
<b>Összesen</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

#### 2. táblázat Transbronchiális tüdő-biopsia megoszlása a patológiai kép szerint

	Eset	%
<b>1. Definitív diagnózis a szövettani kép alapján</b>		
Sarcoidosis	9	
Haemosiderosis pulm. ess.	4	
Disszeminált malignus tumor	3	
Vascularis granulomatosis	3	
Microlithiasis alveolaris	1	
Histiocytosis	1	
Adenomatoid malformatio	1	
Tbc. miliaris (acuta)	1	
Eosinophil pneumonia	1	
Együtt	24	25,5
<b>2. Definitív diagnózis a szövettani és klinikai kép alapján</b>		
Allergiás alveolitis	14	
Anthraco-fibrosis	9	
Rheumás pneumonia és tüdőfibrosis	8	
Autoimmun betegség	7	
Silicosis	5	
Byssinosis	2	
Virus pneumonia	2	
Nitrofurantoin pneumonia	1	
Pneumoconiosis	1	
Aspergillosis	1	
Együtt	50	53,2
<b>3. Ismeretlen eredetű diffúz interstitialis fibrosis (s. Liebow)</b>		
Közönséges interstitialis pneumonia (UIP)	16	
Bronchiolaris interstitialis pneumonia (BIP)	1	
Desquamativ interstitialis pneumonia (DIP)	1	
Lymphoid interstitialis pneumonia (LIP)	2	
Együtt	20	21,3
<b>Összesen</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

tesnek tekinthető 120 biopsia (96,8%), valamivel nagyobb, de 10 ml-t meg nem haladó vérzést észleltünk 2 esetben (1,6%), ezek tamponnal és helyileg alkalmazott tonogénnel 3 percen belül csillapíthatók voltak. Súlyosabb szövődménynek csak a 2 esetben (1,6%) előforduló ptx-et tekintjük, mert mindkét esetben szívó drén bevezetése volt szükséges (3. táblázat).

A transbronchiális tüdő-biopsiát relatív biztonságos beavatkozásnak tartják (1, 7, 13, 16, 20, 38) és ezt saját tapasztalatunk is alátámasztja. Egy halálos kimenetelű elvérzéses szövődményről szóló közlemény (10) a vizsgálat kockázatára hívta fel a figyelmet. Ezért először Zavala (39), majd Herf és mtsai (14) nagy beteganyagban vizsgálták a szövődmények gyakoriságát. Csaknem 5500 transbronchiális tüdő-biopsiát összefoglaló statisztikában ptx 3,8%-ban, 50 ml-t meghaladó vérzés 1,2%-ban, mortalitás 0,2%-ban szerepel. A 13 halálos szövődmény közül elvérzés 9 esetben, tenziós ptx 1 esetben volt a halál, 3 esetben nem tisztázták pontosan a halál (valószínűleg kardiális) okát. Egy esetet kivéve az elvérzés a haemostasist súlyosan károsító alapbetegség (legtöbbször lymphoid rendszer tumora) és immunszuppresszív terápia miatt eleve veszélyeztetett, kritikus állapotú betegekben következett be, akiknél a tüdőben jelentkező diffúz el-

3. táblázat **Transbronchiális tüdőbiopsia szövödményei**

	Eset	%
Szövödménymentes	93	75,0
Jelentéktelen szövödmény	27	21,8
Minimális vérzés	20 esetben	
Múlt fájdalom	8 esetben	
Köhögés	5 esetben	
Subfebrilitás	3 esetben	
Kisfokú vérzés (<10 ml)	2	1,6
Pneumothorax	2	1,6

változás természetének tisztázása végett vállalkoztak tüdő-biopsiára. Az immunrendszer súlyosan károsító állapotban, illetve immunszuppresszív kezelés közben ugyanis egyéb körülmények között ritkán előforduló fertőzések (cytomegalia vírus. *Pneumocystis carinii*, mikotikus infekciók) jelentkezhetnek. Ezeknek egzakt vizsgálata és felfedése azért fontos, mert megfelelő terápiával jól befolyásolhatók (6, 37).

Herf tanulmánya alapján a transbronchiális biopsia valóban viszonylag biztonságos eljárásnak látszik, amennyiben a beteg haemostasisa normális. Óvatosság ajánlatos azonban a haemostasist károsító betegségekben, pulmonalis hypertoniában, valamint súlyos kardiális és vesebetegségben. Ezek relatív kontraindikációt jelentenek.

A vizsgálat határfoka diffúz tüdőbetegségekben — bár a Klassen-biopsiáét nem éri el — igen jó, lényegesen meghaladja az egyéb, nem feltárásos biopsiák effektusát, kivéve a Steel-féle trephin biopsiát (sűrített levegővel hajtott, magas fordulatszámú, néhány milliméter átmérőjű trephin transzthoracálisan végzett tüdő-biopsia), amelynek eredményessége a transbronchiális és a sebészi tüdő-biopsia között van (6, 24). Irodalmi adatok alapján úgy látszik, hogy a transbronchiális tüdő-biopsiától, ha szélesebb excizorral dolgozunk 70—85%, ha keskenyebbet használunk, 65—80% körüli effektus biztonsággal várható (1, 2, 7, 13, 16, 20, 38).

Felmerül a kérdés, hol a transbronchiális tüdő-biopsia helye a különböző biopsiás eljárások között. Valamennyi szempontot (eredményességet, hisztológiai feldolgozhatóság igényét, a beteg megterhelését, a szövödményeket, az eljárás egyszerűbb, illetve komplikáltabb voltát, reprodukálhatóságot, gazdaságosságot) figyelembe véve diffúz tüdőbetegségekben mindenekelőtt a transbronchiális tüdő-biopsia elvégzését ajánljuk. Ennek eredménytelensége esetén következő lépésként jön szóba a trephin biopsia. Egyéb nem thoracotomiás eljárások effektusa kisebb, szövödményei gyakoribbak, értékük diffúz tüdőbetegségekben csekélyebb (40). Ha az említett két eljárás közül sem a transbronchiális, sem a trephin biopsia nem vezet kielégítő eredményre, igénybe kell vennünk a feltárásos sebészi biopsia adta lehetőséget is, amennyiben a klinikai kép indokoltá és a beteg állapota lehetővé teszi azt.

#### Köszönetnyilvánítás

A biopsiás anyagok szövettani feldolgozását a vizsgálati periódus első évében Nagy András dr. osztályvezető főorvos végezte. Rendkívül értékes munkájáért ezúttal is köszönetet mondunk.

**Összefoglalás.** A transbronchiális tüdő-biopsia segítségével lehetőség nyílik flexibilis vagy merev csővű brochoszkópon keresztül tüdőszövet nyérése a parenchymából vagy anyagvételre lokalizált perifériás elváltozásból szövettani, mikrobiológiai és egyéb vizsgálatok céljára. A vizsgálati anyagot flexibilis excizor segítségével nyerjük, amely a hörgőkön keresztül egészen a visceralis pleuráig vezethető. A szerzők diffúz tüdőbetegségben 124 eset közül 81,5%-ban nyertek hisztológiai vizsgálatra alkalmas tüdőszövetet és az összes vizsgált eset 75,8%-ban a betegségre jellemző szövettani diagnózist kaptak. Két esetben fordult elő 2 ml-nél több, de 10 ml-t meg nem haladó vérzés, valamint 2 esetben (1,6%) pneumothorax, amely szivódrenázst igényelt. A vizsgálatok alapján a transbronchiális tüdő-biopsia relatív biztonságos, jó effektusú eljárásnak bizonyult a diffúz tüdőbetegségek szövettani diagnosztikájában.

IRODALOM: 1. Andersen, H. A.: *Chest*. 1978, 73, 734. — 2. Andersen, H. A., Fontana, R. S.: *Chest*. 1972, 62, 125. — 3. Andersen, H. A., Fontana, R. S., Harrison, E. G.: *Dis. Chest*. 1965, 48, 187. — 4. Bridgeman, A. H., Duffield, G. D., Takaro, T.: *Dis. Chest*. 1968, 53, 321. — 5. Credle, W. F., Smiddy, J. F., Elliott, R. C.: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1974, 109, 67. — 6. Cunningham, J. H. és mtsai: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1977, 115, 213. — 7. Ellis, J. H.: *Chest*. 1975, 68, 524. — 8. Esguerra, A., Wermore, J., Rickert, R. R.: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1970, 102, 808. — 9. Fennessy, J. J.: *Dis. Chest*. 1968, 53, 377. — 10. Flick, M. R. és mtsai: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1975, 111, 853. — 11. Francis, C. és mtsai: *Rev. Franc. Mal. Resp.* 1975, 3, 19. — 12. Grollmuss, H. és mtsai: *Z. Erkr. Atm.* 1976, 144, 69. — 13. Hanson, R. R. és mtsai: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1976, 114, 67. — 14. Herf, S. M., Suratt, P. M., Arora, N. S.: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1977, 115, 708. — 15. Hodgkin, E., Andersen, H. A., Rosenow, E. C.: *Chest*. 1973, 64, 551. — 16. Joyner, L. R., Scheinhorn, D. J.: *Chest*. 1975, 67, 532. — 17. Koerner, S. K. és mtsai: *N. Engl. J. Med.* 1975, 293, 268. — 18. Kulka F.: *Tuberkulózis*. 1974, 28, 129. — 19. Leoncini, B., Palatresi, R.: *Dis. Chest*. 1968, 53, 736. — 20. Levin, D. C., Wicks, A. B., Ellis, J. H.: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1974, 110, 4. — 21. Liebow, A. A., Carrington, Ch. B.: *The Interstitial pneumonias*. In *Frontier of Pulmonary Radiology*. Ed.: M. Simon, E. I. Patchen, M. Le May. Grune and Stratton. New York. 1969, 102. — 22. Meier-Sydow, J.: *Prax. Pneumol.* 1978, 32, 344. — 23. Mucsi I., Simon E., Nagy A.: *Transbronchiális tüdő-biopsia. Orvos—Gyógyszerész Napok Előadásai. Összefoglalók.* Szolnok, 1976. okt. 9. 86. old. — 24. Mucsi I., Simon E.: *Pneumonol. Hung.* 1979, 32, 476. — 25. Palojoki, A., Sutinen, S.: *Scand. J. Resp. Dis.* 1972, 53, 120. — 26. Petit, R. és mtsai: *Poumon.* 1978, 34, 393. — 27. Pongor F.: *Orv. Hetil.* 1968, 109, 2081. — 28. De Remeé, R. A., Harrison, E. G., Andersen, H. A.: *Chest*. 1972, 61, 213. — 29. Scadding, J. G.: *Thorax*. 1974, 29, 271. — 30. Scadding, J. G., Hinson, K. F. W.: *Thorax*. 1967, 22, 291. — 31. Scheinhorn, D. J., Joyner, L. R., Whitcomb, M. E.: *Chest*. 1974, 66, 294. — 32. Schoenbaum, S. N. és mtsai: *J. Canad. Assoc. Radiol.* 1974, 25, 39. — 33. Smart, J.: *Thorax*. 1966, 21, 444. — 34. Simon E., Mucsi I., Nagy A.: *Transbronchiális tüdő-biopsia. Előadás a Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság ülésén 1977. szept. 23. Debrecen.* — 35. Szüle P.: *Pneumonol. Hung.* 1977, 30, 97. — 36. Wendel, H.: *Z. Erkr. Atm.* 1973, 137, 344. — 37. Williams, D. M., Krick, J. A., Remington, J. S.: *Am. Rev. Resp. Dis.* 1976, 114, 359. és 593. — 38. Zavala, D. C.: *Chest*. 1975, 68, 12. — 39. Zavala, D. C.: *Chest*. 1976, 70, 584. — 40. Zavala, D. C.: *Pulmonary biopsy. In Advances in Internal Medicine*. Ed.: G. H. Stollerman. Year Book Med. Publ. Chicago. 1976, 21, 21. — 41. Zavala, D. C.: *Chest*. 1978, 73, 727.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
II. Gyermekklinika  
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

## „B” típusú, „Burkitt-sejtes” acut lymphoid leukaemia

Seri István dr., Walcz Erzsébet,  
Koós Rozália dr. és Révész Tamás dr.

Afrikában figyelt fel Burkitt a lymphomák egy különleges formájára, mely az egyenlítői Afrika gyermekkori tumorai között a legnagyobb gyakorisággal (50%) fordul elő (1).

Ezt — a később róla elnevezett — lymphomát, melyet Afrikában jellegzetes földrajzi (2, 3) és életkori (1) megoszlás, histológiai és klinikopathológiai kép (1, 10) jellemez, egy ideig csak Afrikában előforduló malignitásnak gondolták. Leggyakrabban három- és nyolcéves kor között, az esetek több mint felében primaer állcsonti tumorként jelentkeznek. A többi betegben — gyakorisági sorrendben — primaer hasi, főleg a gerincvelőt infiltráló központi idegrendszeri, nyálmirigy, nem állcsonti csont- és here- vagy ovariumtumorként manifesztálódik. A betegség előrehaladásával más szervekben is tumoros burjánzás indul meg s kezelés nélkül minden esetben gyorsan halálhoz vezet.

Hamarosan Afrikán kívül előforduló esetekről is beszámoltak (4, 5, 6, 7, 8, 9). Ezen — „nem afrikai” — Burkitt-tumortokat igen változatos klinikai kép jellemzi — szemben az inkább hasonló klinikai megjelenésű „afrikai” Burkitt-tumorokkal —, s

ALL	acut lymphoid leukaemia
EB-vírus	Epstein—Barr-vírus
EBNA	Epstein—Barr-vírus nuclearis antigen
E-ros. <sup>+</sup>	E rosetta pozitív
Con-A	Concanavalin-A
FITC	Fluoroisothiocyanate
FAB-bizottság	Az acut leukaemiák classificálását 1976-ban elvégző francia, amerikai és angol kutatókból álló bizottság
MGG-festés	May—Grünwald—Giemsa-festés
MTX	Methotrexate
PHA	Phytohaemagglutinin
PAS	Perjódsvavas Schiff-festés
PWM	Pokeweed mitogen
SmIG <sup>+</sup>	Felszíni membran immunoglobulin pozitív
<sup>3</sup> H—TdR	Tríciummal jelzett thymidine

ezért a „Burkitt-tumor” diagnosztikus felállítását bizonyos citológiai és klinikopathológiai kritériumok közé szorították 1969-ben (10).

Burkitt eredeti hypothesisát az afrikai Burkitt-lymphoma aetiológiájáról — a betegség klíma-dependens vektor által közvetített onkogen víruseredetét illetően — hamarosan megcáfolták (11). Az Epstein—Barr-vírus felfedezése (12) és az afrikai Burkitt-lymphomákban történt kimutatása (13, 14) bizonyítani látszott ezen malignitás víruseredetét. Rövidesen azonban világszerte beszámoltak az EB-vírus széles körű elterjedtségéről az emberi populációkban (13, 14, 15, 16). Ezután merült fel egy vagy több speciális — a betegség jellegzetes földrajzi megoszlásáért felelős — cofactor szerepe, mely Afrikán kívül nem fordul elő. Burkitt szerint (17) a maláriának lenne fontos szerepe az afrikai Burkitt-lymphoma endemiás jellegének kialakulásában. Az endemiás malária — mint a lymphoid rendszert érő sorozatos inger — megfelelő talajt teremt a populációban egyébként elterjedt EB-vírus malignus transformatiót létrehozó tulajdonságának expressiójára.

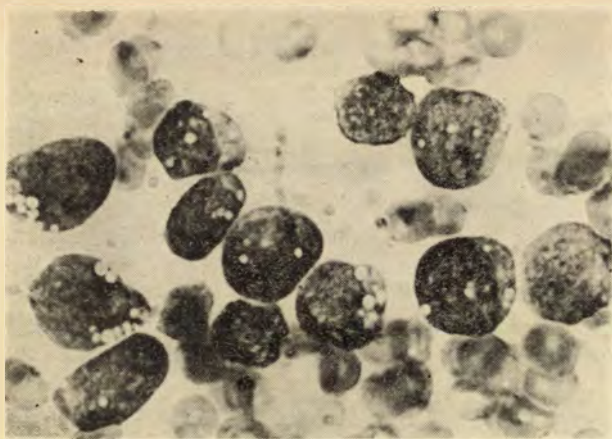
Szemben az afrikai Burkitt-tumorokkal — ahol gyakorlatilag minden beteg tumorsejtjeiben kimutatható az EB-vírus — a „nem afrikai” Burkitt-lymphomás betegek csak mintegy 12%-ának daganatsejtjeiben lehet az EB-vírust kimutatni (18).

Korai csontvelő-infiltrációról és leukaemiás megjelenésről eleinte nem számoltak be (1, 9, 19), illetve a betegség folyamán kialakuló haematológiai folyamatot mint preterminalis—terminalis eseményt írták le, mely az afrikai Burkitt-tumorokban ritkábban (16%), a „nem afrikai” Burkitt-tumorkban gyakrabban (50%) fordul elő (9, 20, 21, 22, 23).

Klinikailag leukaemiás képpel induló Burkitt-tumorról 1968-ban számoltak be *Kemény és mtsai* (8). Esetükben csak mintegy fél év múlva — két meningealis recidiva után — alakult ki a jellegzetes hasi tumor. A csontvelőben, a peripherián, a liquorban és a hasi tumort képező ováriumdaganatban egyaránt típusos „Burkitt-sejtek” (basophil, granulatio-mentes, számos vacuolumot tartalmazó cytoplasmájú, laza magszerkezetű, több nucleolusszal bíró kerek vagy ovális, meglehetősen monomorph sejtek, melyek felszíni membranmarkereik alapján monoclonalis B-sejt eredetűek) voltak kimutathatók.

Négy év múlva — 1972-ben — *Stevens és mtsai* (24) írtak le két amerikai testvérben egy időben fellépő Burkitt-lymphomát, illetve „Burkitt-sejtes” acut leukaemiát.

A Burkitt-sejtek pontosabb jellemzését a felszíni membranmarker vizsgálatok tették lehetővé (25). 1973-ban *Seligman* (26), 1974-ben *Gajl-Peczalska és mtsai* (27) beszámoltak olyan Burkitt-sejtes acut leukaemiás esetekről, melyekben az elvégzett membranmarker vizsgálatok alapján a blastok monoclonalis B sejt eredetűeknek bizonyultak — a típusos Burkitt-tumorsejtekkel megegyezően. 1975-ben *Flandrin és mtsai* (28) által vizsgált 300 ALL-es betegből hat beteg blastjai mutattak B sejt eredetet, s a tumorsejtek morfoló-



gialilag megkülönböztethetetlenek voltak a típusos Burkitt-tumorsejtektől. Két betegükön vizsgálva a trypsinnel előkezelt, majd kultúrába vitt lymphoblastok reszynthetisálták felszíni monoclonalis immunoglobulinjukat, bizonyítva, hogy azok nem a Burkitt-tumorban és ALL-ben kimutatott tumorsejtek ellen termelődő ellenanyagok voltak (26, 29, 30). Klinikailag hirtelen kezdett, súlyos anaemia, kifejezett thrombopenia, bőrvérzések, hepatosplenomegalia, masszív csontvelő-infiltratio, rapid lefolyás és az ALL-ben használt szokásos gyógyszerekkel szembeni resistencia jellemezte ezen eseteket. 1976-ban *Seligmann és mtsai* (31) újabb nyolc B sejtés ALL-es betegük ismertetése kapcsán hangsúlyozták a lymphoblastok monoclonalis eredetét és teljes morfológiai egyezésüket a Burkitt-tumorsejtekkel. Még ebben az évben *Wolff és mtsai* (32) 37 ALL-es betegük prognostikai vizsgálata kapcsán felhívták a figyelmet arra, hogy — az ebben az anyagban előforduló — három B sejtés akut lymphoid leukaemiás beteg túlélési ideje volt a leg-rövidebb.

Hasonlóan rossz prognosistól számoltak be *Kawashima és mtsai* négy betegük esetismertetése kapcsán (33).

A Burkitt-lymphoma és a leukaemia kapcsolata már a hatvanas években foglalkoztatta a kutatókat, akik ebben az időszakban — még a felszíni membranmarker vizsgálatok által lehetővé tett sejttípusozás nélkül — a „hagyományos” módszerekkel vizsgálták a tumorsejteket. *Wright* szerint (7) a Burkitt-tumor önálló histopathológiai és klinikai kórkép, míg pl. *Dalldorf* (34) a gyermekkori ALL speciális megjelenési formájának tartotta a Burkitt-tumort.

A pontosabb morfológiai, histológiai, cytológiai, cytochemiai és ultrastrukturális vizsgálatok, valamint a felszíni membranmarker vizsgálatok eredményei alapján ma inkább az a vélemény, hogy a B sejt eredetű ALL-es esetek legnagyobb részében a „nem afrikai” Burkitt-lymphomának valódi leukaemiás megjelenéséről van szó.

Ez egyrészt kiszélesíti a Burkitt-tumor klinikai spektrumát, másrészt ezen betegek a többi ALL-es betegtől eltérő therapiás megközelítést igényelnek és prognosizukban is különböznek.

A „B” sejtés ALL az összes akut lymphoid leukaemiás eset kevesebb mint 3%-a (28, 35, 36).

Az Országos Gyermekleukaemia Hálózat 1971—74-es anyagának morfológiai átvizsgálása során 270 ALL-es betegből három típusos „Burkitt-sejtes” esetet találtunk (37). A hazai irodalomban részletes immunológiai vizsgálatokkal kiegészített esetismertetés tudomásunk szerint eddig nem történt.

#### Esetismertetés

S. I., 12 és fél éves fiúgyermek panaszai 1978. április elején kezdődtek: fáradékonyság, majd magas láz. A lázas állapot kezdete után egy héttel hirtelen kialakult bőrvérzések, nyaki nyirokcsomó-duzzanat, hepatosplenomegalia és anaemia miatt került felvételre az egyik fővárosi kórház gyermekosztályára, majd onnan április 18-án klinikánkra.

**Felvételi statusából:** normálisan fejlett, kissé sovány fiúgyermek. Bőre sápadt, rajta testszerte petechiák és suffusiók látszanak. A nyakon baloldalt kislamányi, illetve mko. borsónyi-babnyi, a hónaljárkokban és az inguinalis hajlatokban babnyi nyirokcsomók tapinthatók. Mája egy harántujjal haladja meg a bordaívét, tömött, éles szélű lépe a köldök magasságában tapintható.

**Felvételi leleteiből:** hgb.: 8,1 g<sup>0</sup>/l, htk.: 25<sup>0</sup>%, fvs.: 7400/μl, thr.: 110 000/μl, qualitativ vércép: se.: 18<sup>0</sup>%, ly.: 32<sup>0</sup>%, blast: 50<sup>0</sup>%. Vvs.-süllyedés: 40 mm/h. Máj-funkciók — a kissé emelkedett SGOT értéken (40 E) kívül — negatívak. se. Na, se. K, se. Cl, se. Ca, se. P és se. alkalisus phosphatase, valamint UN normális.

**Csontvelővizsgálat:** sejtűs csontvelő, melyet kizárólag atypusos sejtek töltenek ki. Vélemény: ALL.

A beteg kezelését a cytochemiai vizsgálatok (l. később) eredményének ismeretében az 1978-as magyar therapiás terv szerint (38) kezdtük el (négyhetes inductio VCR, Rubidomycin, Prednisolon kombinációjával, majd kéthetes intensificatio Asparaginase és Cytosin-Arabinosid kombinációjával, ill. intrathecalis MTX adásával). A therapiás effectus csak minimális és átmeneti volt, ezért VCR—Endoxan kombinált therapiára tértünk át. Ennek hatására szervmagnagyobodása és magas blast-száma csökkent, azonban az időközben kialakult septicus állapotán, gastrointestinalis vérzésein úrrá lenni már nem tudtunk, s a gyermeket június 17-én légzési és keringési elégtelenség tünetei között elvesztettük.

A boncjegyzőkönyvből a bőrön látható tüsszúrásnyi vérzések, a gastrointestinalis tractus fekélyei, a véres masszával kitöltött vastagbelek, a nagy lép (510 g), a kissé nagyobb máj és az aorta mentén elhelyezkedő összekapaszkodott nyirokcsomók érdemelnek említést.

#### Vizsgálati módszerek

1. **Morfológia** (MGG-festés) és cytochemia (PAS és Sudanfekete festés).

2. **Felszíni membranmarker vizsgálatok.** A lymphocytákat az általánosan használt Boyum-féle módszer szerint szeparáltuk (39) 20 ml heparinos peripheriás vérből Ficoll/Isopaque gradiensen, majd izolálás után kétszer mostuk „TC Medium—199” tápfolyadékmal. A „T” sejteket „E” rosetta technikával (40), a „B” sejteket felszíni immunglobulinjaik — direkt immunofluoreszcens technikával végzett — detectálásával azonosítottuk, mely utóbbihoz FITC-tal conjugált polyvalens és monospecifikus antiserumokat használtunk. A monovalens antiserumok alpha-, delta- gamma- és mü-nehézláncokra, illetve kappa- és lambda-könnyüláncokra voltak specifikusak („nyúl-antihuman conjugatum”; Hyland és „sertés-antihuman conjugatum” Sevac, Csehszlovákia). A specifikus antiserumokkal kezelt sejteket 18—24 óráig incubáltuk 37 °C-on savómentes tápfolyadékban (TC Medium—199), majd a fluoreszcens jelölődés eltűnése után ismételtel megjelöltük a fent leírt conjugatumokkal annak megállapítására, hogy a vizsgált, felszíni immunglobulin-positiv sejtek reszynthetisálták-e felszíni immunglobulinjaikat (41, 42). Vizsgáltuk a sejtek „anti-null — ALL



1. táblázat. Felszíni membrán marker vizsgálatok eredménye

Vérvétele ideje	E-ros+ sejtek %	SmIG+ sejtek %	Fvs.-szám $\mu$ l	Blast szám %	Felszíni IG-ok felépítése %					
					gamma	alpha	mű	delta	kappa	lambda
IV. 20	19 (64±17)	54 (16±4)	7400	50	nem történt					
V. 4	6 (64±17)	89 (16±4)	24 000	82	9 (10)	0 (2)	80 (4)	67	6	81

A második vizsgálat alkalmával végzett anti-null-ALL-teszt során igen gyenge, 27%-os jelölődést találtunk. A zárójelben levő számok a normál értékeket jelentik.

serummal" szembeni reaktivitását is. A serumot M. F. Greaves bocsátotta rendelkezésünkre (43, 44).

3. *Lymphocytafunctio in vitro vizsgálat.* A szeparált lymphocytákat  $10^6$  sejt/ml koncentrációban, 15 százalékos inaktivált human „AB Rh pozitív” savóval kiegészített „TC Medium—199-es” tápfolyadékban culturába vittük (Microtest tenyésztőtálca, Falcon Plastics). A sejteket 200 microliteres mintákban mitogen nélkül, illetve 10  $\mu$ g PHA (Wellcome), 0,5  $\mu$ g Con-A (Sigma) jelenlétében három napig, valamint 2  $\mu$ g PWM-nel (Gibco) öt napig incubáltuk 37 °C-on, controlált pH viszonyok mellett. A kultúrák leállítására előtt 20 órával 1  $\mu$ Ci  $^3$ H-TdR-t adtunk az egyes mintákhoz (U VVVR, Praga, A proliferációs választ a  $^3$ H-TdR felvétel alapján mértük folyadék-scintillációs számlálón (45)).

4. *Immunolectrophoresis és quantitativ immunodiffusio.* Az immunolectrophoresis a Scheidegger-féle micromódszer szerint — 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-os agaron (Difco), pH 8,2, u = 0,1 ionerősségű Michaelis-pufferrel — végeztük, ellenanyagként polyvalens I<sub>6</sub>-antihuman serumot használtunk (Human).

A quantitativ immunodiffúziót a Fahey által módosított Mancini-féle módszerrel végeztük Hyland plate-n, illetve IDP Sevac settel (46, 47).

5. *A lymphoblast-kultúra felülúszójának tesztelése.* A szeparált lymphoblastokat  $5 \times 10^6$  sejt/ml koncentrációban 20 óráig incubáltuk 37 °C-on savómentes tápfolyadékban (TC Medium—199). A kultúra centrifugálásával nyert felülúszót dialysáló hüvelyben negatív nyomással bekonzentráltuk, majd immunolectrophoresissal és quantitativ immunodiffúzióval teszteltük. Hasonlóképpen vizsgáltunk ugyanilyen módszerrel előállított normális lymphocytá-felülúszót.

6. *Epstein—Barr-vírus kimutatása.* A serumból immunfluorescens módszerrel a vírus nucleatis antigenjének (EBNA) kimutatását az OKI Virologiai Laboratóriuma végezte.

### Eredmények

1. *Morphológia.* A homogen blastos csontvelőben sötétké, granulatio-mentes cytoplasmájú blastok láthatók, cytoplasmájukban számos fehér vacuolummal. A magszerkezet laza, a magokban 3—4 nucleolus található. A leukaemiás sejtek újabb morfológiai beosztását készítő FAB-bizottság (48) ezen típust L<sub>3</sub>-nak nevezi (ábra).

*Cytochemia.* A blastok PAS és Sudan fekete negatívnak bizonyultak.

2. *Felszíni membrán marker vizsgálatok.* A betegség előrehaladásával a T sejtek (E-ros.<sup>+</sup>) aránya kifejezetten csökkent, ugyanakkor a B típusú sejtek (SmIG<sup>+</sup>) száma a fiziologiás 16<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ról 90<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ra emelkedett. Az ekkor elvégzett membrán vizsgálatok szerint a felszíni immunglobulin csak egyfajta nehéz ( $\mu$ ) és egyfajta könnyű ( $\gamma$ ) láncból állott (1. táblázat).

3. *Lymphocytá functio in vitro vizsgálat.* A beteg lymphocytáinak mitogen stimulációs indexe (2. táblázat) kifejezetten csökkent.

4—5. *Immunolectrophoresis és quantitativ immunodiffusio* a beteg savójából, valamint lymphoblast-kultúrájának felülúszójából: vizsgálataink adatait a 3. táblázat tartalmazza.

6. *Epstein—Barr-vírus kimutatásának* eredménye negatív volt.

### Megbeszélés

Betegünk blastjai morfológiailag megkülönböztethetetlenek voltak a valódi „Burkitt-tumorsejtektől”. Felszíni membrán vizsgálatokkal a beteg tumorsejtjei — a „Burkitt-sejtekkel” megegyezően — B sejt eredetűnek bizonyultak. A felszíni immunglobulin  $\mu$  (mű) nehéz- és  $\lambda$  (lambda) könnyűláncból állott — igazolva a betegség *monoclonalis eredetét*.

A sejt felszínen egyidejűleg kimutatott IgD — az irodalomból ismert adatok alapján — IgM-mel együtt fordul elő. Ugyanakkor — a kisebb mennyiségben — kimutatott IgG valószínűleg a még meglévő, functionálisan ép sejtekről származik. Knapp (41), illetve Pernis (42) módszerével bizonyítottuk, hogy a kimutatott felszíni immunglobulinok nem a tumorsejtek ellen termelődött, azokra adsorbeált ellenanyagok voltak, hanem a blastok által termelt, resynthetisálódó immunglobulinok.

A lymphoblast transformatív vizsgálatok szerint ezen tumorsejtek gyakorlatilag nem stimulálhatók a szokásos B sejt stimuláló ágenssel (PWM), ugyanakkor az alacsony PHA stimulációs értéket a

2. táblázat. Lymphocytá-functió vizsgálatok eredménye

	$^3$ H—TdR beépülés cpm/ $2 \times 10^6$ sejt/0,2 ml			
	Alapbeépülés	+ PHA	+ Con-A	+ PWM
S. I. beteg	7571	38 792	13 138	16 368
Stimulációs indexe		5,1	1,7	2,2
Normál kontroll	594	16 705	13 069	8 844
Stimulációs indexe		28	22	15

Stimulációs index = mitog.stim.beép./alapbeép. A normál érték 10 felett van.

3. táblázat. Az immunodiffúzió és az immunoelectroforesis értékei

	Quantitativ immunodiffúzió		IgM mg%	Immunolectroforesis
	IgG mg%	IgA mg%		
Savó	650 (822—1070)	48 (85—211)	38 (39—79)	Csökkent praealbumin csökkent alfa <sub>1</sub> -antitrypsin, csökkent IgG, IgA, IgM
Felül úszó	50 mg% alatt (0)	18 mg%	10 mg% alatt (0)	Jelentős mennyiségű albumin, kimutatható gamma-, béta- és alphasz globulinok

A zárójelben levő számok a kornak megfelelő normál értéket jelentik.

kis számban még meglevő normál T sejteknek tulajdoníthatjuk.

Adataink arra mutatnak, hogy a felszíni immunoglobulinnal rendelkező, felszíni phenotypusukban B sejteknek megfelelő „Burkitt-szerű” sejtek semmiképpen sem tekinthetők valódi, functionálisan ép lymphocytáknak. Ismeretes, hogy a lymphocyták normális érési folyamatában a B sejtek az immunoglobulinokat szekernáló plasmasejtek progenitorai: megfelelő stimulus hatására a relatíve nyugvó sejt-populatio egyes clonjai osztódásnak indulnak és érésük során specifikus ellenanyagtermelő plasma-sejttekké válnak. Eközben elveszítik felszíni immunoglobulinjaikat, illetve nagyobb volumenű cytoplasmáris secretióra térnek át. A „Burkitt-sejtek” — hasonlóan az egyéb malignus B sejt proliferációkhoz (CLL, egyes lymphosarcoma-típusok) — az érési folyamat egyik közbülső lépcsőjén megrekedt, abnormális proliferációt folytatnak. *Látszólagos paradoxon, hogy éppen egy fokozott B sejt osztódással járó kórképben kapunk alacsony serum immunoglobulin szinteket*, de ez a változott érési gátlás tükrében ma már kézenfekvő.

A talált — alacsony — serum immunoglobulin értékek megegyeznek az irodalom adataival (9, 24). Egyes irodalmi adatok arra mutatnak, hogy azokban a B sejt malignitásban szenvedő betegekben, akikben magasabb serum immunoglobulin értékeket találunk — a therapiás érzékenység nagyobb és a prognosis jobb mint az alacsony serum immunoglobulin szintű betegeké (49).

A felülúszó electrophoretikus vizsgálata során kimutatott albumin valószínűleg a plasmából adszorbeálódott (50, 51). Ugyanitt kimutatott alpha- és beta-globulinok között egyrészt szintén a plasmából adszorbeált globulinok vannak, másrészt a blastok felszínéről olyan molekula-komplexek kerülhetnek a felülúszóba, melyek keresztreakciót adnak a plasma-fehérjék anti-human serummal történő vizsgálatokor (52, 53).

Esetünket — az irodalom adataival megegyezően (8, 24, 26, 27, 28, 31, 32, 33) — hirtelen kezdet, rapid lefolyás, hepatosplenomegalia, thrombopenia, bőrvérzés és az ALL-ban szokásos gyógyszerrel szembeni resistentia jellemezte. Komolyabb therapiás effectust mindössze — a „Burkitt-tumorban” hatásos — cyclophosphamidtól láttunk. T sejtes ALL esetében világszerte ún. „intensifikációs” kezelést végeznek — tekintettel ezen ALL típus rosszabb prognózisára a szokványos O-sejtes ALL-val szemben. *Kíváncsnak látszik a B sejtes ALL különválasztása is az „egyszerű” ALL ke-*

zelésétől. A therapia a cyclophosphamid nagy dózisú alkalmazására épülhetne.

*Összefoglalás.* Szerzők „B sejtes” ALL-s esetüket ismertetik az irodalom rövid áttekintése mellett. A kórkép igen jellegzetes klinikai és morfológiai képet mutat. Az immunológiai vizsgálatok a sejt-proliferatio monoclonalis eredetét igazolták: valamennyi leukaemiás sejt egyfajta könnyű- és nehézlánczal rendelkezett. A betegség az ALL-ban használt szokásos cytostaticus szerekekkel szemben resistentnek mutatkozott, és rendkívül gyors, malignus lefolyású volt. Valamelyes therapiás effectust csak cyclophosphamid alkalmazásakor láttak. Szerzők felhívják a figyelmet a leukaemiás sejtek felszíni markerekkel történő vizsgálatának jelentőségére és az esetleges therapiás consequentiákra.

IRODALOM: 1. Burkitt, D. P., O'Connor, G. T.: Cancer. 1961, 14, 258. — 2. Burkitt, D. P.: „Burkitt, D. P., Wright, D. H. (ed.): Burkitt's Yymphoma”. Livingstone, London, 1970. 187. o. — 3. Olson, C. W. és mtsai: Cancer. 1969, 23, 740. — 4. Dorfman, R. F.: Cancer. 1965, 18, 418. — 5. O'Connor, G. T. és mtsai: Cancer. 1965, 18, 411. — 6. Wilkinson, H. A. és mtsai: The Hopkins Med. J. 1967, 121, 21. — 7. Wright, D. H.: Int. J. Cancer. 1966, 1, 503. — 8. Kemény P. és mtsai: Haematologia. 1968, 2, 363. — 9. Cohen, M. H. és mtsai: Cancer. 1969, 23, 1259. — 10. Berard, C. W. és mtsai: Bull. WHO. 1969, 40, 601. — 11. Haddow, A. J.: E. Afr. Med. J. 1964, 1, 41. — 12. Epstein, M. A. és mtsai: Natl. Cancer. Inst. Monog. 1964, 17, 637. — 13. Levy, J. A., Henle, G.: J. Bacteriol. 1966, 92, 275. — 14. Moore, G. I. és mtsai: N. Y. State J. Med. 1966, 66, 2757. — 15. Gerber, P., Birch, S. M.: Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. 1967, 58, 478. — 16. Svedmyr, A., Demissie, A.: Acta Pathol. Microbiol. Scand. 1968, 73, 653. — 17. Andersson, M. és mtsai: Nature. 1976, 260, 357. — 18. — Stansfield, D.: Cancer. 1961, 15, 41. — 19. Wright, D. H., Pike, P. A.: Br. J. Haematol. 1968, 15, 409. — 20. Bluming, A. Z. és mtsai: Br. J. Haematol. 1972, 22, 369. — 21. Clift, R. H. és mtsai: Blood. 1963, 22, 243. — 22. Cutterman, J. és mtsai: Cancer. 1971, 29, 626. — 23. Stevens, D. A. és mtsai: Ann. Int. Med. 1972, 76, 967. — 24. Fialkow, P. J. és mtsai: J. Exp. Med. 1973, 138, 89. — 25. Seligmann, M. és mtsai: Transpl. Rev. 1973, 16, 85. — 26. Gajl-Peczalska, K. J., Bloomfield, C. D.: Clin. Exp. Immunol. 1974, 17, 561. — 27. Flandrin, J. és mtsai: Blood. 1975, 45, 183. — 28. Klein, G.: „Burkitt, D. P., Wright, D. H. (ed.): Burkitt's Lymphoma”, Livingstone, London, 1970. 172. o. — 29. Cutterman, J. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1973, 288, 169.

— 31. *Preud'homme, J. L., Bronet, J. C., Seligmann, M.*: Lymphocyte Membrane Markers in Human Lymphoproliferative Diseases. „Membrane Receptors in Lymphocytes”, ed.: Seligmann, M., Preud'homme, J. L., Kourilsky, F. M., North-Holland Publ. Co., Amer. Elsevier Publ. Co., N. Y. 1975. — 32. *Wolff, L. J. és mtsai*: *J. Pediatr.* 1976, 89, 956. — 33. *Kawashima, K. és mtsai*: *Clin. Exp. Immunol.* 1978, 31, 448. — 34. *Dall-dorf, G.*: *JAMA.* 1974, 181, 1027. — 35. *Révész T.*: *Orv. Hetil.* 1976, 117, 1011. — 36. *Mauer, A.*: „Clinics in Haematology”, ed.: W. B. Saunders Co., London, Philadelphia, Toronto, 1978. jún. — 37. *Keleti J., Révész T., Schuler D.*: *Br. J. Haematol.* 1978, 40, 501. — 38. *Schuler D. és mtsai*: A gyermekkori leukaemiáról. Közlés alatt: Az Orvostudomány Aktuális Kérdéseiben. — 39. *Boyum, A.*: *Scand. J. Clin. Lab. Investig.* 1972, 21, Suppl. 97. o. — 40. *Jondal, M. és mtsai*: *J. Exp. Med.* 1972, 136, 207. — 41. *Knapp, W. és mtsai*: *J. Immunol.*

1973, 111, 1295. — 42. *Pernis, B.*: IgD Receptors. „Immunopathology”, ed.: Miescher, P. A., Geneva, 1976. 74. o. — 43. *Graeves, M. F. és mtsai*: „Modern Trends in Human Leukaemia”, ed.: Neth, R., Grune and Stratton, N. Y. 1977. — 44. *Greaves, M. F. és mtsai*: *Clin. Immunol. Immunopath.* 1975, 4, 67. — 45. *Ben-Sasson, M. és mtsai*: *J. Exp. Med.* 1975, 142, 90. — 46. *Dévényi T., Gergely J.*: „Aminosavak, peptidek és fehérjék”. Ed.: Medicina, Budapest, 1974. — 47. *Hudson, L., Hay, F. C.*: „Practical. Immunol”, London, 1976. Ed.: Hudson and Hay, London. — 48. *Bennet, J. M. és mtsai*: *Br. J. Haematol.* 1976, 33, 451. — 49. *Klein, G. és mtsai*: *Cancer. Res.* 1967, 27, 2510. — 50. *Weidekamm, E. és mtsai*: *BBA.* 1971, 241, 770. — 51. *Bjerrum, O. J. és mtsai*: *BBA.* 1974, 342, 69. — 52. *Wallach, D. F. H.*: „Membran Molec. Biol. of Neopl. Cells”, ed.: Wallach, D. F. H., Amer. Elsevier Publ. Co., Amsterdam—Oxford—N. Y. — 53. *Langdon, R. G.*: *BBA.* 1974, 342, 213.

# LINCOMYCIN

injekció és kapszula

*Antibioticum contra  
Gram + microbia*

**ÖSSZETÉTEL:** 1 porampulla 500 mg; 1 zselatin kapszula 250 mg lincomicinum basicumot tartalmaz sósavas só formájában.

**JAVALLATOK:** Elsősorban Gram-pozitív baktériumok által okozott szepszis állapotok, különösen más antibiotikumra nem reagáló súlyos fertőzések. Akut és krónikus osteomyelitis. Staphylococcus- és streptococcus-septicaemia, pneumonia (főleg staphylococcus fertőzés), pleuritis purulenta, purulens bőr- és légyszövetfertőzés, erysipelas, otitis media, szepszis arthritisz esetén. Szív- és érműtétek, balesetek, sérülések utáni szepszis állapotok. Antitoxinnal együtt diftéria kezelése, bacillushordozás megszüntetése.

**ELLENJAVALLATOK:** *Candida albicans* fertőzés, linkomicinnel szembeni túlérzékenység.

**ADAGOLÁS:** A gyors hatás elérése céljából a terápiát ajánlatos parenterálisan kezdeni, majd a beteg állapotától, az alkalmazás időtartamától függően áttérni az orális adagolásra.

**INTRAMUSZKULÁRIS ALKALMAZÁSA:** A porampulla tartalmát 3–5 ml fiziológiás konyhasó- vagy 1%-os lidokainoldatban kell feloldani.

**Felnőtteknek** 12 óránként 500 mg im., súlyos esetben — ha a beteg jól tolerálja — átmenetileg 8 óránként is adható.

**Gyermekeknek** 1 hónapos kortól napi 15–30 mg/tskg 2 részletben, 12 óránként.

**ORÁLIS ALKALMAZÁSA:** A felszívódás fokozása céljából étkezés előtt 1–2 órával adandó.

**Felnőtteknek** 8 óránként 2 kapszula.

**Gyermekeknek** a napi adag 30–60 mg/tskg 3–4 egyenlő részre elosztva, 8, ill. 6 óránként.

A kezelés időtartamát a betegség lefolyása szabja meg; általában egy kúra 10–14 napig tart, de szükség esetén 1 hónapig is adható.

A klinikai javulás után további 48–72 órán át kell a kezelést folytatni.

**MELLEKHATÁSOK:** Tartós adásakor egyes betegeken a szérum transzamináz szintjének emelkedése, émelygés és hányás figyelhető meg. Orális adagolás után egyes esetekben híg széklet, ritkábban diarrhoea jelentkezhet. E tünetek a kezelés abbahagyásakor megszűnnek.

**FIGYELMEZTETÉS:** Súlyos máj- és vesebetegség esetén óvatosan és kisebb adagban adható. Tartós adagolás esetén az esetleges *Candida mycosis* kivédésére ajánlatos Nystatinnal együtt adni.

**GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS:** Nem adható egyidejűleg makrolid antibiotikumokkal (Oleandomycin, Oletetrin, Erythromycin).

**RENDELHETŐSÉG:** Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek (gondozóintézetek) részére kerül forgalomba.

## CSOMAGOLÁS

1 porampulla (0,50 g)  
20 kapszula (0,25 g)

Téritési díj: 6,40 Ft  
18,30 Ft

**Forgalomba hozza:**

**GYÓGYÉRT**

**Információ: MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda**

Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055  
Telefon: 122-867, 316-531

**Exportálja: V/O MEDEXPORT, Moszkva**



1311

# TISASEN A+B draszté

## laxativum

### ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drasztéként.

### HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakinnon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a draszté tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drasztében a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A draszté hatásos mind spastikus, mind az atóniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőséges székletürítés formájában.

Diabeteses betegeknek is adható.

Alhasi vérbőséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

Forgalomba hozza:

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR  
TISZAVASVÁRI**

### JAVALLATOK

Különböző eredetű (pl. habitualis, postoperatív, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

### ELLENJAVALLAT

Pélelzóródás.

Káliumháztartás zavara.

### ADAGOLÁS

Felnőtteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 draszté, hashajtás céljából napi 3–4 draszté este, étkezés után. Gyermekeknek 1 draszté este, étkezés után.

### MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominális fájdalmak jelentkezhetnek.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 30 db draszté.

● TÉRÍTÉSI DÍJ: 3,90 Ft



# STUGERON

tabletta

## ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

## HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában. A Stugeron ezen felül fokozza az ereken átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labirintus ingerlékenységét.

## JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, angiopathia diabetica, acrocyanosis) claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

## ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tablettá hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

## MELLÉKHATÁS

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

## MEGJEGYZÉS ✕

— „Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

## CSOMAGOLÁS

50 tablettá térítési díj: 2,30 — Ft



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

# KLION

tabletta

## ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolomot tartalmaz.

## JAVALLAT

Férfi és női húgyivarszervi Trichomonas-infestatio. Giardia lamblia fertőzések. Stomatitis ulcerosa. Amoebás dysenteria és a symptomás amoebiasis egyéb formái, amoebiasis, amoebás májtályog. Tünetmentes Entamoeba histolytica-cystát ürítők esetében.

## ADAGOLÁS

A trichomoniasisban szenvedő beteg házastársa, ill. szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható. A Klion adagja férfinél és nőnél egyaránt reggel-este 1—1 tablettát (250 mg) szájon át, 10 napon keresztül. A tablettát ajánlatos étkezés közben vagy étkezés után, szétrágás nélkül lenyelni. Indokolt esetben a kúra megismételhető, a napi adag 3—4 tablettára is emelhető. Kúra alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen. Giardia lamblia fertőzésben felnőtteknek 5 napon át naponta 2 tablettát, 2 részre osztva.



## Gyermekeknek

0—1 éves korig naponta 1/2 tablettát, 2—4 éves korig naponta 1 tablettát, 5—8 éves korig naponta 1 1/2 tablettát, 8 év felett naponta 2 tablettát 5 napon át étkezés után, 2 részre osztva.

**STOMATITIS ULCEROSÁBAN** felnőtteknek naponta 2x1 tablettát, 3—5 napon át.

## Amoebiasisban

### Felnőtteknek

- symptomamentes cysta-ürítők esetében 5—7 napon át 2—3x2 tablettát
- krónikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5—10 napon át 3x2 tablettát
- invazív formában, akut amoebás dysenteriában, tünetmentességig 3x3 tablettát
- amoebás májtályog esetén a szokásos (és egyben megengedhető napi maximális) adag 2500 mg (azaz 10 tablettát) egyszerre vagy 2—3 részletben, 3—5 napon át, az egyéb terápiás lehetőségek alkalmazása (leszívás, antibiotikumok — első sorban oxytetracyclinek — adása stb.) mellett.

## Gyermekeknek

7—10 éves korig a felnőttek adagjának fele

3—7 éves korig a felnőttek adagjának egyharmada

1—3 éves korig a felnőttek adagjának negyedrésze.

Csecsemőknek ajánlatos arányosan kisebb adagot alkalmazni.



## MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

A Klion — mint nitroderivatum — enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

Klion-kezelés ideje alatt az alkohol fogyasztása tilos.

A Klionnal egyidejűleg adott antihipertenzív szerek adagját célszerű csökkenteni.

A terhesség első 3 hónapjában ne adjuk!

## MEGJEGYZÉS ✕

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismétlődő.

**CSOMAGOLÁS** 20 tablettát 6,60 Ft

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYVÁR, BUDAPEST**

## Izommunka enzimindukáló hatásának vizsgálata emberen

Az „edzett máj”

Frenkl Róbert dr., Györe Ágota dr.,  
Mészáros János dr. és Szeberényi Szabolcs dr.

Sportolókon végzett megfigyeléseink és állatkísérletes adataink egyaránt indokolták, hogy összehasonlítsuk edzett és nem edzett személyeken a gyógyszerek inaktíválásában szerepet játszó mikroszomális máj-enzim rendszer aktivitását.

Megfigyeltük, hogy élversenyzők bakteriális megbetegedéseinek gyógyításában néhány esetben a szokott adagnál több antibiotikum volt szükséges. A sportban sajnálatosan elterjedt anabolikus steroidokból is olykor igen nagy adagokat kellett alkalmazni a kívánt hatás elérésére az ezeket rendszeresen fogyasztó élversenyzőknek.

Rendszeres úszással trenírozott patkányokon a 17 $\alpha$ -methyl-17 $\beta$ -hydroxy-androsta-1,4-dien-on (methandrostenolon) kisebb indukáló hatást váltott ki, mint a kontrollokban. Feltételeztük, hogy trenírozott állatokban a methandrostenolon biológiai inaktíválása gyorsabb, ezért biológiai hatása — indukáló hatása is — csökkent. Dózis—hatás összefüggést vizsgálva megállapítottuk, hogy azonos indukáló hatás eléréséhez az úsztatott állatokban nagyobb adag methandrostenolon szükséges (4).

További állatkísérleteinkben azt találtuk, hogy rendszeres úsztatással vagy futtatással trenírozott patkányokban a máj mikroszomális enzimszere fokozottan működik, tehát a kémiai enzimindukációhoz rendkívül hasonló jelenség alakul ki, csupán fokozott izommunka hatására, anélkül, hogy az állatok lipofil, indukáló hatású anyagokat kaptak volna. A trenírozott állatokban a hexobarbital in vivo biotranszformációja gyorsult, a máj mikroszóma frakció cytochrom P<sub>450</sub> tartalma és a NADH cytochrom reduktáz (EC 1.6.2) aktivitása megnőtt, a canrenon eliminációja a vérből gyorsult (5).

Azok az állatkísérleteink, melyekben az izommunka és az enzimindukáció kapcsolatát tanulmányoztuk, korábbi, az izommunka és a steroid anyagcsere összefüggését vizsgáló munkáinkon, illetve a steroidok és az enzimindukáció közötti kapcsolatokon alapultak (2, 3, 7).

Ezekben a humán vizsgálatainkban a rendszeres fizikai aktivitással kiváltott edzettség és a máj mikroszomális enzimszereinek működése között feltételezett összefüggést tanulmányoztuk.

### Módszerek

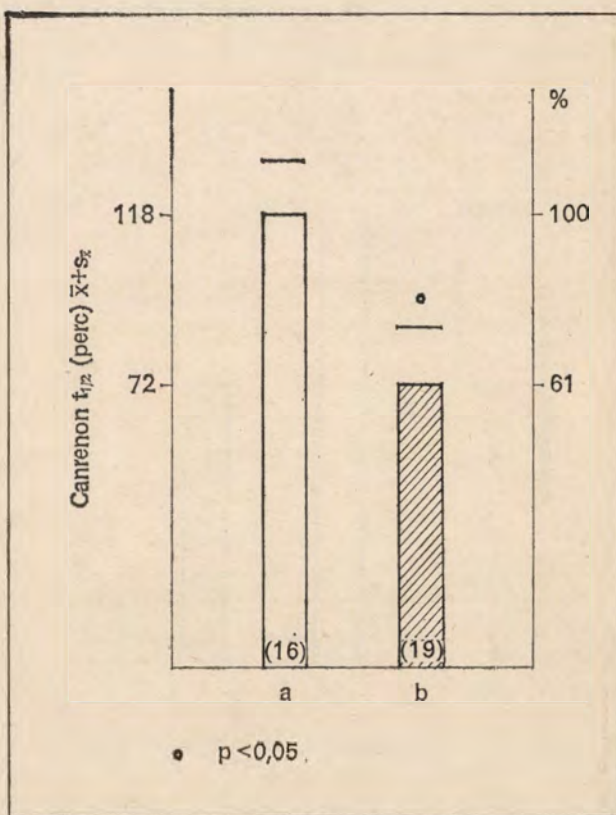
Vizsgálatainkat 20—22 éves, különböző sportágakat űző élversenyzőkön, testnevelési főiskolásokon és műegyetemi hallgatókon végeztük. A vizsgálati személyek többsége kollégiumban lakott, megközelítőleg azonos életmódot folytatott, csak a rendszeres sportolás mértékében volt különbség az egyes csoportok között. A vizsgálati személyek gyógyszer nem szedtek. Négy vizsgálatot végeztünk.

I. Rendszeresen, nagy megterhelésű edzéseket végző sportolókon, illetve nem sportoló, azonos életkorú vizsgálati személyeken (kontroll) meghatároztuk a spironolacton eliminációt. A csoportokat anamnesztikus adatok alapján képeztük, de a vizsgálat előtt mért pulzusszámok szerint is jogos volt az elkülönítésük. Az edzettekben megfigyelhető volt az edzésbradycardia 58 $\pm$ 9/min, szemben a kontrollok 81 $\pm$ 11/min értékével.

A spironolacton eliminációt 50 mg Aldacton<sup>R</sup> iv. beadása után mértük. A beadás után 1, 3 és 6 órával vett plazmaminták canrenon tartalmát fluorimetrián határoztuk meg, a számított biológiai felezési időket hasonlítottuk össze (6).

További vizsgálatainkban a mikroszomális enzimszere aktivitásának megítélésére a klinikai gyakorlatban alkalmazott antipyrin elimináció meghatározását használtuk. 18 mg/kg antipyrin per os beadása után 4, 8 és 24 órával meghatároztuk a plazma, illetve egy vizsgálatsorozatban a nyál antipyrin koncentrációját (1). A plazmaminták és nyálminták antipyrin tartalmából számított biológiai felezési időt hasonlítottuk össze.

II. Rendszeres fizikai aktivitást végző testnevelési főiskolai hallgatókon és azonos életkorú, nem sportoló egyetemi hallgatókon (kontroll) vizsgáltuk az antipyrin eliminációt. A vizsgálat vizsgaidőszakban történt, így a vizsgálatot megelőző napokon a kísérletben részt vevő személyek alig mozogtak.



1. ábra: Canrenon biológiai felezési ideje edzett és nem edzett embereken.  
a) nem edzett,  
b) edzett

**A canrenon és az antipyrin in vivo koncentráció-csökkenés adatai  
( $\ln y = ia + bx$  modell alapján)**

Canrenon			a	b		
Kísérlet jele,	Csoport	n	$[\ln(10^{-3} \text{ kg L}^{-1})]$	$[\ln(10^{-3} \text{ kg L}^{-1}/\text{min}^{-1})]$ r		$t_{1/2}$ min
I.	Kontroll	16	128,5	-0,53	0,58	118
	Edzett	16	135,3	-0,94	0,67	72

**Antipyrin**

Kísérlet jele	Csoport	n	$[\ln(10^{-3} \text{ kg L}^{-1})]$	$[\ln/10^{-3} \text{ kg L}^{-1}/\text{h}^{-1})]$ r		$t_{1/2}$ óra
II.	Kontroll	10	27,35	-0,69	0,78	17,4
	Edzett	9	27,35	-1,15	0,94	10,9
III.	Kontroll	24	26,32	-0,63	0,71	15,7
	Edzett	19	31,32	-1,20	0,94	11,6
	Élversenyző	18	30,11	-1,54	0,96	8,2

n: elemszám; a: t- időponthoz tartozó koncentráció; b: a koncentráció meredeksége; r: korrelációs együttható;  
 $t_{1/2}$ : biológiai felezési idő

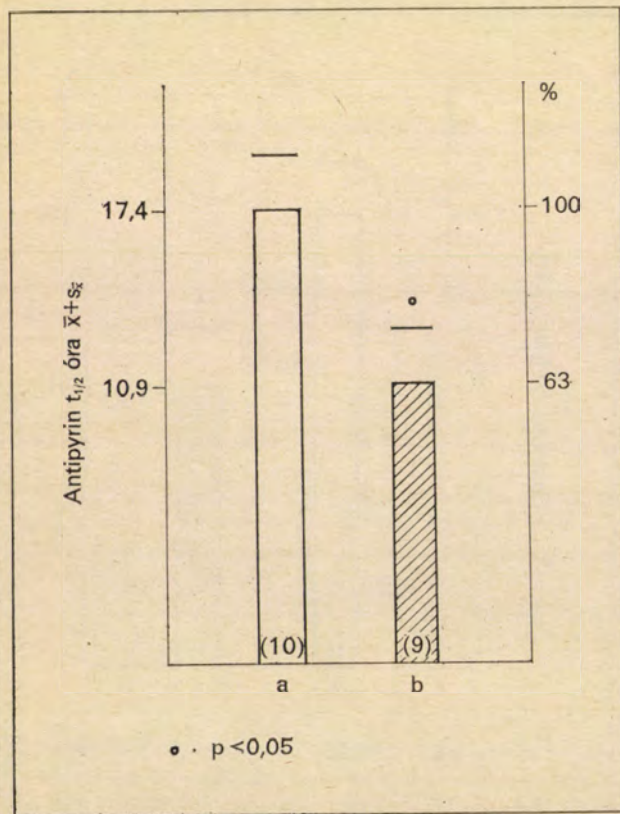
III. Ebben a vizsgálatban három, a fizikai aktivitás különböző szintjét reprezentáló csoportot hasonlítottunk össze, mérve az antipyrin vérből való eltűnésének a sebességét.

1. Élversenyzők. 2. Nem élversenyző testnevelési főiskolai hallgatók. 3. Csak az egyetemi testnevelési, illetve sportéletben részt vevő hallgatók (kontroll).

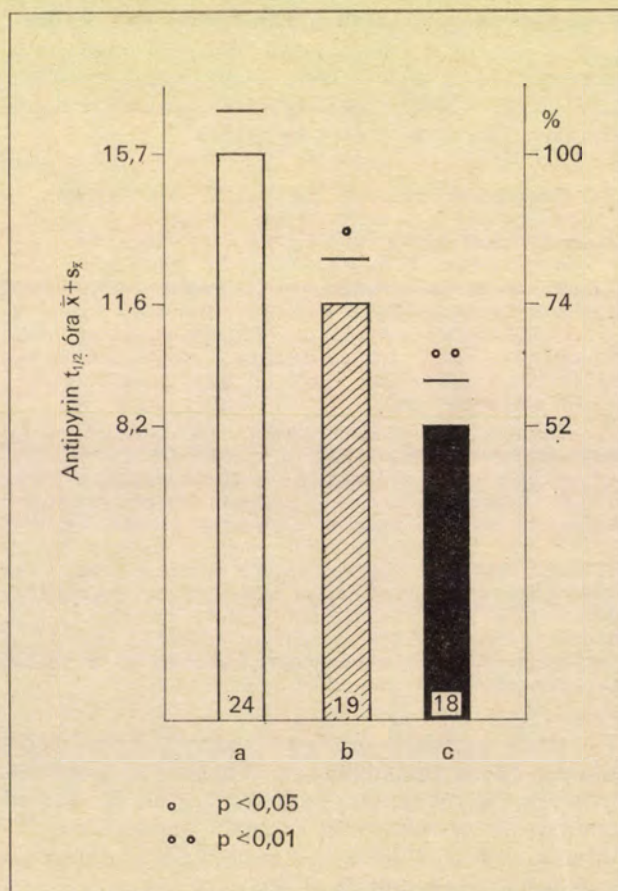
IV. I. osztályú női kézilabdacsapat tagjain a felkészülés különböző szakaszaiban mértük az antipyrin eliminációt. Ebben a csoportban a plazmaminták analizálásával egyidejűleg vett nyálmintákból is meghatároztuk az antipyrin elimináció sebességét.

**Eredmények**

I. A sportoló csoportban jelentősen gyorsabban tűnt el a vérből a beadott aldacton mint a kontrollokban (1. ábra).

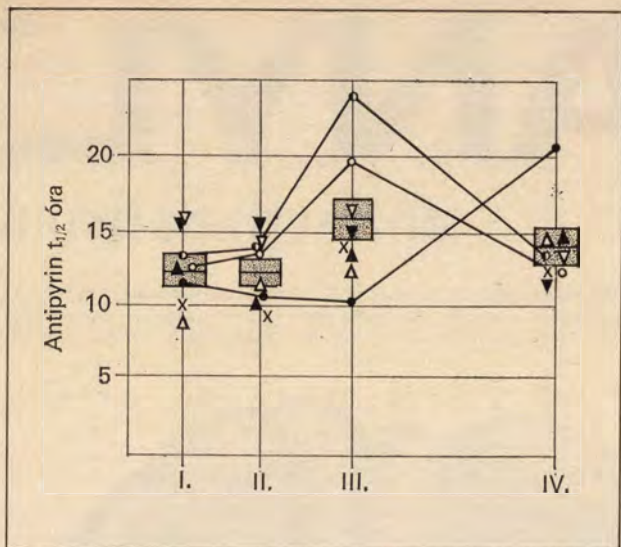


2. ábra: Antipyrin biológiai felezési ideje edzett és nem edzett embereknél  
a) nem sportoló egyetemi hallgatók értékei,  
b) testnevelési főiskolai hallgatók értékei



3. ábra: Antipyrin biológiai felezési ideje különböző szinten sportoló embereknél  
a) versenyszerűen nem sportoló egyetemi hallgatók értékei,  
b) nem élversenyző testnevelési főiskolai hallgatók értékei,  
c) élversenyzők értékei





4. ábra: Az antipyrin elimináció vizsgálata, négy alkalommal. Nyolc I. osztályú kézilabdázó nő biológiai felezési idő értékei különböző felkészülési időszakokban. Az átlagok és az átlag szórása (pontozott zóna) mellett az egyéni értékeket is feltüntettük. Az egészségi állapottal összefüggésben jelentősen eltérő értékeket vonallal összeköttöttük (három vizsgálati személy értékei)

II. A testnevelési főiskolai hallgató csoportban az antipyrin elimináció sebessége lényegesen gyorsabb mint az egyetemista csoportban (2. ábra).

III. A fizikai aktivitás különböző szintjeit reprezentáló csoportokban, összehasonlítva az antipyrin elimináció sebességét, megállapítottuk, hogy ez az érték az edzettség szintjével meglehetősen szoros összefüggést mutat. Az élversenyzők antipyrin biológiai felezési ideje szignifikánsan rövidebb mint a testnevelési főiskolai hallgatók értékei, míg ezek ugyancsak szignifikánsan eltértek a nem versenysportoló egyetemisták értékeitől (3. ábra).

Az I—III. kísérlet részletes adatait táblázatban foglaltuk össze.

IV. A sorozatvizsgálat azt mutatta, hogy edzett csoport különböző időpontokban végzett vizsgálata, az átlagértéket tekintve jó egyezést mutat, az eredményt a csoport edzettsége határozza meg. Az egyéni értékekben azonban néhány esetben jelentős az ingadozás. A plazma, illetve a nyálmin-ták antipyrin tartalma alapján számított biológiai felezési idők nem különböztek jelentősen, ezért csak a plazmaminták alapján számított biológiai felezési időket tüntettük fel (4. ábra).

#### Megbeszélés

A májban metabolizálódó anyagok eliminációját vizsgáltuk gyógyszereket nem fogyasztó, azonos életkorú, hasonló életmódot folytató — felső-oktatási intézményben tanuló, kollégiumban lakó — csoportokban. A csoportosítás szempontja a vizsgálati személyek rendszeres testedzése — ennek mennyisége, intenzitása, célja volt.

Eredményeink — előző állatkísérletes adatainkkal (4, 5) összhangban — azt mutatják, hogy a rendszeres, naponkénti nagy intenzitású tested-

zés hatására a májsejtek mikroszomális enzimrendszerének működése fokozódik. Ezt a jelenséget, a gyógyszeres enzimindukcióval megfigyelhető hasonlósága alapján endogén indukciónak tekintjük. Kialakulásában az izommunkát követő naponkénti metabolikus változások egy vagy több komponense is szerepet játszhat. Feltételezhető — többek között — a steroid hormonok jelentősége. Az edzett szervezetben a máj protektív enzimrendszerének fokozott aktivitása az edzettségi alkalmazkodás fontos részjelensége, a kardiális alkalmazkodás analógiájára ezt a metabolikus adaptációt joggal nevezhetjük az „edzett máj” jellegzetes működésének.

Az élversenyző csoport sorozatvizsgálatával az eredmények gyakorlati alkalmazhatóságának egyik lehetőségét — sportgyakorlat — kívántuk tisztázni. Sportteljesítményükkel összehasonlítva az antipyrin eliminációs értékeket megállapítottuk, hogy az edzett emberek májsejtjeinek nagyobb metabolizáló aktivitása aktuális kondíciójuk függvényében változik. Ez annak lehetőségét is felveti, hogy a metabolikus aktivitás edzettségi változásában a májkeringés is szerepet játszhat.

A 4. ábrán megfigyelhető három kiugróan magas értéknél a vizsgálatot megelőző 48 órán belül a vizsgálati személyeknek intercurrrens betegsége volt (kisebb műtét, ill. két esetben gastroenteritis).

A nyálminták vizsgálatát azért tartottuk szükségesnek, mert könnyebben keresztülvihető a meghatározások.

Eredményeink másik gyakorlati vonatkozása a sérült, beteg sportolók gyógyszerelésével kapcsolatos. A májműködés edzettségi változása az individuális gyógyszeradagolást is befolyásolhatja. Folyamatban levő vizsgálatainkban (8) a sportorvosokban is gyakran alkalmazott gyógyszerek kinetikájának meghatározásával foglalkozunk.

**Összefoglalás.** A máj mikroszomális enzimrendszerének aktivitását vizsgálták — aldacton és antipyrin eliminációs mérésekkel — rendszeresen sportoló és nem sportoló egyetemi hallgatókban. Megállapították, hogy 1. Az iv. adott aldacton vérből való eltűnése gyorsult az edzett csoportban. 2. Az antipyrin elimináció sebessége is nagyobb az edzettekben. 3. Összefüggés van az edzettség mértéke és az antipyrin elimináció sebessége között. Élversenyzőkben az antipyrin elimináció sebessége meghaladta a testnevelési főiskolai hallgatók értékeit, melyek szintén szignifikánsan eltértek a kontroll személyek értékeitől. 4. Élversenyzőkön sorozatban végzett antipyrin eliminációs vizsgálatok arra mutattak, hogy az eredmények az aktuális kondíció szempontjából is értékesíthetőek.

IRODALOM: 1. Brodie, B. B. és mtsai: J. Biol. Chem. 1949, 179, 25. — 2. Frenkl R. és mtsai: Acta Physiol. Acad. Sci. Hung. 1968, 33, 435. — 3. Frenkl R., Csalyay L., Csákváry G.: Endokrinologie. 1975, 66, 285. — 4. Frenkl R., Szeberényi Sz.: Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1976, 33, 95. — 5. Frenkl R., Szeberényi Sz., Győre A.: Testnevelési és Sportegészségügyi Szemle. 1975, 16, 211. — 6. Gochman, N., Gantt, C. L.: J. Pharmacol. exp. Ther. 1962, 135, 312. — 7. Selye H.: Hormones and Resistance. Springer Verl., Berlin, Heidelberg, New York, 1971. — 8. Szóts G., Magyar T., Frenkl R.: Közlés alatt.

# BRICANYL®

elixír

antiasthmaticum

A Bricanyl elsősorban a bronchiális  $\beta_2$ -receptorokra ható bronchusgörcsoldó szimpatomimetikum.

Hatástartama hosszabb a hasonló tulajdonságú készítményekénél. Légúti obstrukcióval járó tünetes időszakban fentartó adagban huzamosabb hörgőtágító hatást biztosít.

**ÖSSZETÉTEL:** 1 ml elixír 0,3 mg terbutalinum sulfuricum hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** Elsősorban gyermekek asthma bronchiale, bronchitis spastica, emphysema és a tüdő hörgőspasmusszal járó megbetegedései. Enyhe és középsúlyos esetekben ön-magában is.

**ELLENJAVALLAT:** Hyperthyreosis.

**ADAGOLÁS:** 3 éves kor alatt 2,5 ml, 3–6 éves korig 2,5–5 ml, 7–15 éves korig 5–10 ml naponta 2–3-szor.

**MELLÉKHATÁSOK:** Szimpatomimetikumokra érzékeny egyénekben tremor, palpitatio fordulhat elő. Ezek rendszert az első héten megszűnnek.

**GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:**

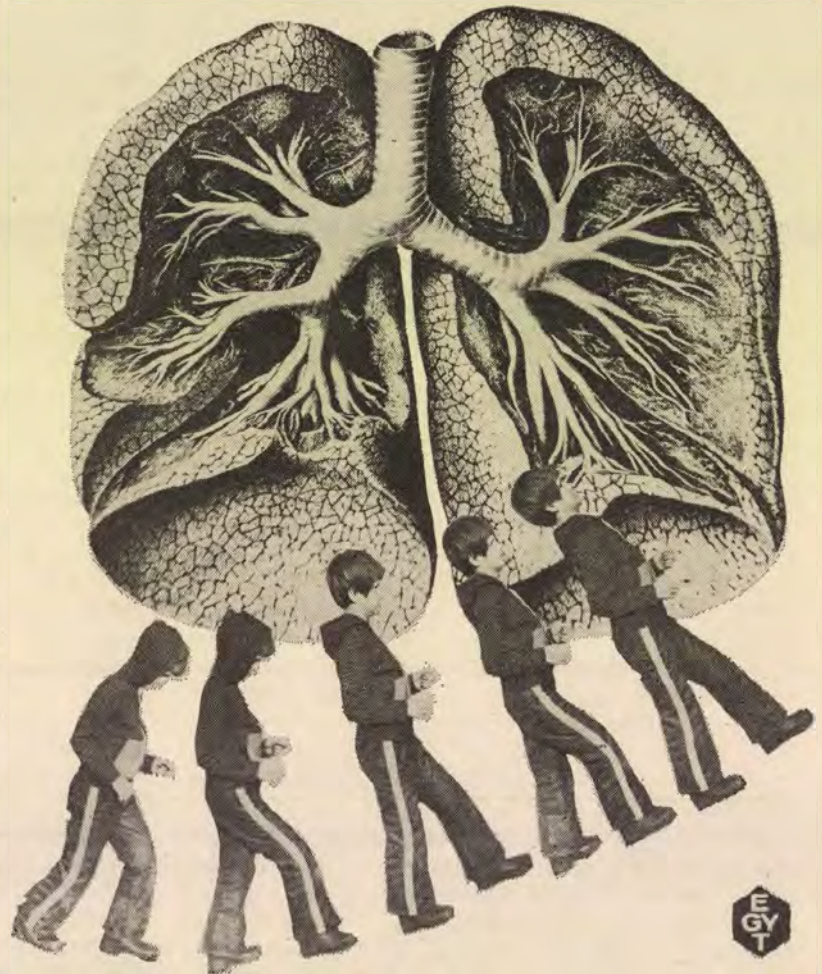
Az egyéb szimpatomimetikus aminokhoz hasonlóan a Bricanyl esetén is számolni kell gyógyszerkölcsonhatások lehetőségével.

**Tilos együtt adni:** MAO-bénítőkkal (hypertoniás krízis); adrenalinnal status asthmaticusban; béta-receptor-blokkolókkal (egymás hatását megfordítják); corticosteroidokkal glaucomában, tartósan (szembelnyomás fokozódása).

**Kerülendő az együttadás:** anyarozs-alkaloidokkal (extrém magas vérnyomásemelkedés); egyes antihypertonikumokkal (guanethidin és származékai, reserpín, alfa-methyldopa), a hypotensív hatás csökkenése; triciklikus antidepresszánsokkal (szimpatomimetikus aminok hatását fokozhatja). Glaucomában együttes adásuk tilos.

**Csak óvatosan adagolható:** digitalis-glikozidokkal (cardialis arrhythmia); halogénezett anaestheticumokkal (cardialis arrhythmia); inzullinnal és orális antidiabeticumokkal (vércukorszint változása).

**FIGYELMEZTETÉS:** Adása óvatosságot igényel hypertonia, cardialis insufficiencia esetén.



A szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenységre figyelemmel kell lenni! Diabetezeseknek alkalmazva szükségessé válhat az inzulin vagy orális antidiabeticum adagjának újrabeállítására, annak ellenére, hogy az elixír cukrot nem tartalmaz.

Lejáratási idő: 3 év.

**MEGJEGYZÉS:** ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismétélhető. Asthma bronchialeban

szenvadó betegeknek a tüdőbeteg-gondozó, belgyógyászati, gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosa, valamint a belgyógyász, gyermekgyógyász csoportvezető főorvos kórházi javaslat alapján térítésmentesen rendelheti.

**TÉRÍTÉSI DIJ:** 4,30 Ft.

**CSOMAGOLÁS:** 1 üveg (100 ml szirup).

® = ASTRA

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Pest megyei Semmelweis Kórház,  
 II. Belgyógyászati Osztály  
 (főorvos: Preisich Péter dr.),  
 Röntgenosztály  
 (főorvos: Patkó András dr.),  
 Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
 I. Kórbonctani Intézet  
 (igazgató: Lapis Károly dr.),  
 I. Belgyógyászati Klinika  
 (igazgató: Magyar Imre dr.)

## A Brunner-mirigyek adenomatosisa

Farkas Iván dr., Patkó András dr.,  
 Kovács László dr., Koller Oszkár dr.  
 és Preisich Péter dr.

A nyombél mirigyeinek mucinosus váladékot termelő típusát (glandulae duodenales) először 1679-ben Wepfer (41), majd 1687-ben Brunner (8) írta le. Ezen mirigyek körülírt, adenomatosus, polypoid hyperplasiája viszonylag ritka kórforma. Az irodalomban először Cruveilhier (13) ismertette halálos kimentelű, intussusceptiót okozó duodenum tumor esetét, amely szövettanilag a Brunner-mirigyek adenomájának bizonyult. A következő esetet Rokitsansky (37) írta le 1861-ben.

A Brunner-mirigyek adenomatosisa (BMA) ritkán került ismertetésre. Osborne és mtsai (34) 1973-ban az irodalomban közel 100 esetet találtak. Kohli és mtsai (28) 1927 és 1973 között eltelt 46 év alatt Japánban 35 esetet tudtak összegyűjteni. Azóta további 18 esetről számoltak be (1, 2, 3, 7, 10, 25, 32, 39, 43).

A Brunner-mirigyek alkalikus vegyhatású, mucinosus jellegű váladékot termelnek. A pylorustól a flexura duodeno-jejunalisig található, leg-sűrűbben a duodenum proximalis szakaszán, a papilla Vateri felett mutathatók ki, itt van a mirigyek több mint 50%-a (30). Néha a pylorus felett, és — főleg fiatalokban — a jejunum proximalis szakaszában is találni néhány szigetszerű mirigycsoportot (12, 30). A mirigyek általában a submucosában helyezkednek el, nem ritkán azonban a felszakadozott muscularis mucosae felett is megfigyelhetők (10).

A mirigyek hormonális és idegi szabályozása, valamint fiziológiai szerepük nem pontosan tisztázott (12, 26, 27).

Közleményünkben a BMA esetének ismertetésén kívül, áttekintjük a keletkezésére vonatkozó adatokat, klinikai jellegzetességeit, a diagnózis és a kezelés szempontjait is.

A hazai irodalomban BMA ismertetést nem találtunk, a Brunner-mirigyek hyperplasiájával egy közlemény foglalkozik (15).

### Esetismertetés

G. J., 49 éves nőbeteg 1966-ban került először vizsgálatra gyomorpanaszai miatt. Az akkor elvégzett gyomor röntgenvizsgálat kóros eltérést nem mutatott, panaszait gastritisszel és neurotikus tényezőkkel magyarázták. 1978 augusztusában éhomi fájdalom, hányinger, hányás, fogyás miatt jelentkezett. Széklet-rendellenessége, gyomor-bél vérzése nem volt. Fizikális vizsgálattal eltérés nem észlelhető. Laboratóriumi adatai (vizelet, vércép, süllyedés, maradék nitrogén, vércukor, ionogramm, koleszterin, szérumbilirubin, SGOT, SGPT) normális értékhatáron belül voltak. Gyomorszekréciós vizsgálat pentagastrinnal: hypochlorhydria (BAO: 1,0 maeq/h; MAO: 1,06 maeq/h), szérumbilirubin: normális értékhatárok (40–50 pg) között: 47 pg/ml.

EKG, mellkas röntgenvizsgálat kóros eltérés nélkül. Az intravénás epe röntgenvizsgálattal epeköveség nem mutatható ki. Gyomor röntgenvizsgálat: nyelőső, gyomor eltérés nélkül. Tágabb lumenű, sima kontúrú bulbusz, vetületében számos, lencsényi, éles szélű telődési hiány. Szabályos patkóbél (1. ábra). Gastroduodenoscopia (Olympus GIF—D 3): a bulbusz mellő fal nagyörbületén számos színes gombostüfejni, szemölesszerű polyp látszik (2. ábra). Gyomor, nyelőső eltérés nélkül. Szövettani vizsgálat: a duodenum mucosa bolyhai és a crypták szabályos képet mutatnak, hengerded sejtek által fedettek. A muscularis mucosae éles réteget képez a mucosa és a submucosa között. A submucosában a Brunner-mirigyek PAS pozitív terminalis, secretoros részei láthatók, amelyek nem mutatnak morfológiai eltérést. A mirigyeket összefüggő kötőszövet veszi körül. Mindezek alapján a látott kép BMA-ra jellemző (3/a és b ábra).



1. ábra: A Brunner-mirigy adenomatosisa röntgenmorfológiája: számos telődési hiány a bulbusban



2. ábra: A Brunner-mirigy adenomatosis endoszkópos képe

1979. januárban utánvizsgálva a beteget hányingeren kívül panaszja nincs, az elváltozás röntgenvizsgálattal és endoszkóppal változatlanul látható.

#### Irodalmi áttekintés

A duodenum jóindulatú adenomáiban *Machella* (31) szerint 30–50%-ban található Brunner-mirigy csoportok. Bár a BMA-t mint esetünkben is, kötőszövetes tok veszi körül, nem tekinthetjük valódi neoplasiának, mirigy-hyperplasiáról van szó (24, 36).

*Feyrter* 2800 duodenum boncolása alapján 3 típusba osztja a Brunner-mirigy elváltozásokat (24):

- I. típus: diffúz, nodularis hyperplasia
- II. típus: körülírt, nodularis hyperplasia
- III. típus: glandularis adenoma.

Ez utóbbi — legritkább — típus a BMA. *Wilensky* (42) úgy véli, akkor beszélhetünk Brunner-mirigy adenomáról, ha a pedunculus nem tartalmaz mirigycsoportokat.

Az elváltozás oka pontosan nem ismert. Ha elfogadjuk a Brunner-mirigyek duodenum-nyálkahártyát védő — protectiv — functio elméletét, nyilvánvaló, hogy a hyperchlorhydria Brunner-mirigy hyperplasiát okozhat (18, 26), sőt *Dodd és mtsai* (18) szerint a hyperchlorhydria hiánya Brunner-mirigy hyperplasia ellen szól. Hyperchlorhydria gastrinoma nélkül, Brunner-mirigyek hyperplasiájával jár (17). Ugyanakkor *Zollinger—Ellison-syndromában* is hyperplasiásak a Brunner-mirigyek, gyakori az atipusos, a jejunum felső szakaszán található, hyperplasiás mirigycsoport (10). Gyakran figyelhető meg Brunner-mirigy hyperplasia krónikus pancreatitisben is (4, 7). Megaloblastos an-

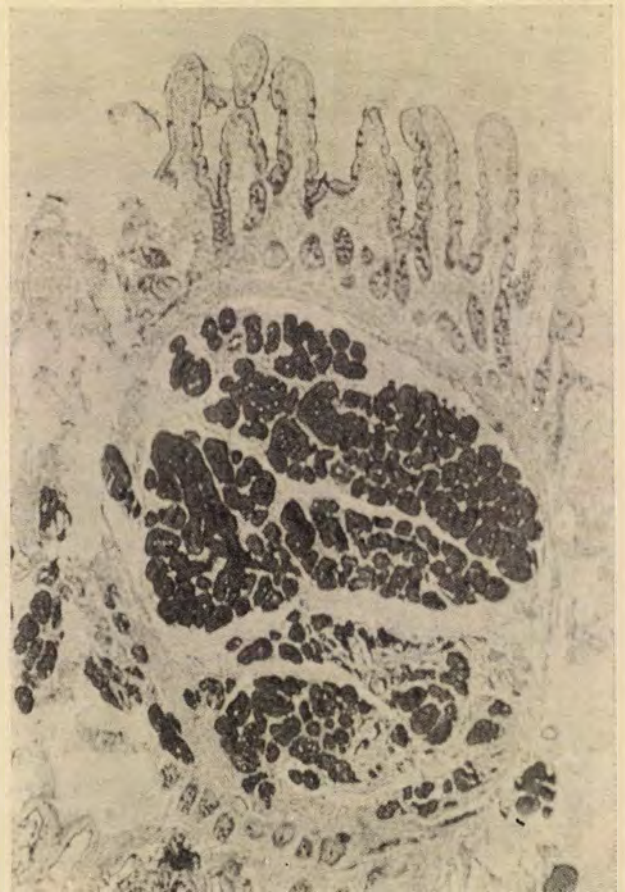
aemiákban viszont, valószínűleg a hypoxia miatt, hypo, ill. atrophiasak a Brunner-mirigyek (10).

*Buchanan, Saint* (9, 38) gyulladásos tényezők jelentőségét hangsúlyozzák a hyperplasiák kialakulásának hátterében. *Ostrow és mtsai* (35) szerint a gyulladásos komponens fő oka a hyperchlorhydria.

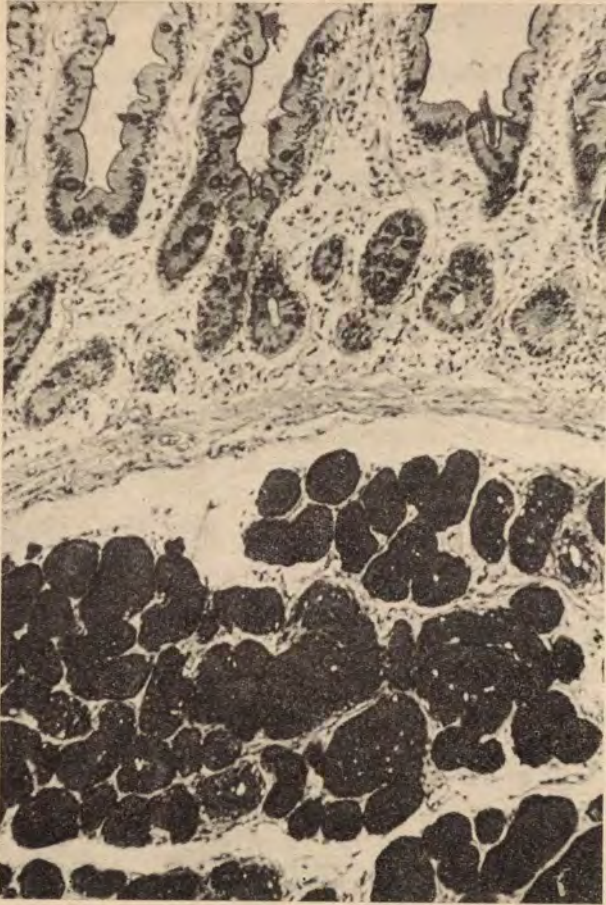
Érdekes *Feyrter* (24) megfigyelése: 20 diffúz nodularis hyperplasiás esetéből 15-nek különböző súlyosságú vesebetegsége is volt. *Berman és mtsai* (6) akut anuriás betegben talált Brunner-mirigy hyperplasiát. *Wilensky* (42) szerint a Brunner-mirigyek nodularis megnagyobbodása és a pajzsmirigy krónikus gyulladása gyakran fordul elő együttesen.

Az irodalomban közölt esetek életkora 11 hónap és 80 év között van. Leggyakoribb a 40–60. évelevekben. A férfiakban valamivel gyakrabban fordul elő (23).

A BMA legtöbbször a bulbusban és a nyombél felső vízszintes szárán található (9, 18), igen ritka a papilla Vateri alatti szakaszon. Ezek inkább hamartómák, ill. *Feyrter* II. típusú hyperplasiák (5, 6). Nagyságuk néhány millimétertől több centiméterig terjedhet. *Kohli és mtsai* (28) szerint leggyakoribb az 1–2 cm-es képlet. A legnagyobb polypszerű BMA-t (7×4,5 cm) *Stephens és mtsai* ismerteti (40). *Beeman* (5) a duodenum alsó szakaszából hatalmas 10–12 cm-es, zsírszövetből és Brunner-mirigy csoportokból álló hamartómát távolított el. Ez a legnagyobb — az irodalomban le-



3. ábra: A Brunner-mirigy adenomatosis szövettani képe. a) PAS-haemalaun reakció 20× nagyítás



3/b PAS-haemalaun reakció 100× nagyítás

irt — Brunner-mirigyeket is tartalmazó polypoid képlet, amely a duodenumban fordult elő.

A panaszok a nagysággal részben függenek össze. Sok a tünetmentes eset. *Nielsen és mtsai* (33) szerint csak 50%-ban okoz tüneteket. Leggyakoribb panaszok: postprandialis görcsök, vizes hasmenés, hányás, nausea, fekélyre utaló fájdalom, melaena. A haematemesis ritka, a puffadás és a fogyás sem gyakori tünetek. *De Castella* (16) szerint 52%-ban felső hasi diszcomfort érzés, 43%-ban vérzés (ezek kb. fele súlyos, transzfúziót is igénylő) fordul elő. Szövődményei közül a magas bélelzáródás tüneteit mutató intussusceptio a legjelentősebb, bár nem gyakori. *Lempke* (29) két esetet ismertet, de nem említi *Cruveilhier* klasszikus esetét.

A BMA malignizálódása nem ismert. *Robertson, Wilensky* (36, 42) kritikával fogadják az irodalomban említett, Brunner-mirigyeket tartalmazó malignomákat, mi is csak 2 biztosan elfogadható — Brunner-mirigyekből kiinduló — carcinoma-ismertetést találtunk (11, 22).

Az esetek felismerése kezdetben boncolás, majd műtét alkalmával történt (24, 36). Az első, biztosan műtét előtt felismert esetet *Erb és mtsa* (21) közölte. A diagnózist röntgenvizsgálat segítségével állapították meg, s ezt a műtét és a szövettan is igazolta.

A röntgenjelek csak a Brunner-mirigy hyperplasiában jellegzetesek: multiplex, borsónyi, kerek vagy kockaköszzerű telődési hiányok látszanak,

amelyek compressio mellett is állandóak. A BMA röntgen-morfológiája nem jellegzetes, polypoid, solitaer, ritkán multiplex telődési hiány látható (15, 23). A BMA-t a nyombélfekélytől, Zollinger—Ellison-szindrómától nem nehéz elkülöníteni, de ulcusal együtt is előfordul (3). A BMA-t elsősorban a benignus duodenum tumoroktól, submucosus vértágulatoktól, lymphoid hyperplasiától, ectopiás szövetszigetektől és a pseudopolypoid duodenitistől kell elkülöníteni, mert ezek röntgenmorfológiája hasonló.

Az endoszkópia elterjedése e kérdésben is jelentős változásokat hozott (32, 39, 43), megszaporodott a felismert esetek száma. Az endoszkópos képen egy vagy több sessilis — az esetek egyharmadában nyeles — polyp látható a duodenumban. A diagnózist a szövettan biztosítja.

A vélemények általában megegyeznek abban, hogy csak a panaszt okozó vagy nagyobb képletek műtéti eltávolítása szükséges. A műtéttípus kérdése vitatott: Billroth I. (21), Billroth II. (9), GEA + vagotomia (20), sebészi polypectomia (16) jön szóba. Ma, nyilvánvaló, hogy a jövő az endoszkópos polypectomiáé (1, 2, 32, 43). Mivel a malignitás veszélye gyakorlatilag elhanyagolható, így elkerülhető a laparotomia, a szövődmények is jóval ritkábbak.

#### Megbeszélés

Ismertetett BMA esetünknek ritkasága mellett több érdekessége is van: a beteg típusos duodenalis ulcusos panaszok miatt került vizsgálatra, melaenát nem észleltünk. A röntgenvizsgálat során multiplex telődési hiányok látszottak, amelyek inkább nodularis Brunner-mirigy hyperplasiára mint BMA-ra jellemzőek. A felmerülő differenciáldiagnosztikai problémát az endoszkópia és a célzott csípő-biopszia segítségével sikerült megoldani. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert az irodalomban (10, 43) általában nem tartják megfelelőnek a csípő-biopsziát a Brunner-mirigy hyperplasiák diagnózisában. Nem hatol ugyanis elég mélyre, a submucosáig, ezért célszerűbb, de veszélyesebb eljárást — a polypectomiás kacs segítségével történő nagyobb nyálkahártyarész eltávolítását — helyezik előtérbe.

Esetünk másik érdekessége a jelentős hypochlorhydria, amely a pentagastrin stimulusra is alig változott. Az irodalomban ismert normacid, sőt *Culver és mtsa* (14) által ismertetett hisztamin-refrakter anacid eset is, leggyakoribb azonban a hyperchlorhydria.

Közleményünkkel egy ritka nyombél-elváltozásra hívtuk fel a figyelmet, melynek modern körismézésére az endoszkópia és a biopszia elterjedésével lényegesen egzaktabbá vált. Az endoszkópos polypectomia a műtét elkerülését is lehetővé teszi. A műtetre nem szoruló esetek, mint saját esetünk is, nem igényelnek polypectomiát, konzervatív, tüneti kezeléssel a beteg panaszmentessé tehető. Ilyenkor legcélszerűbb görcsoldókat, savközömbösítőket és nyugtatókat alkalmazni.

**Összefoglalás.** A szerzők Brunner-mirigy adenomatosis esetét ismertetik. A ritkán előforduló duodenum-elváltozás kórbonctanilag nem valódi

neoplasia, hanem mirigy-hyperplasia. Az eset érdekeségét fokozza multiplex volta, a hypochlorhydria és a célzott csípő-biopsziával történt felismerés. Az eset ismertetése mellett a kóroktan, a klinikum kérdéseivel, a diagnózissal és a gyógyítással is foglalkoznak. Kiemelik az endoszkópia jelentőségét.

IRODALOM: 1. Alper, E. J., Haubrich, W. S.: *Gastroint. Endosc.* 1973, 20, 73. — 2. Appel, M. F., Bentlif, P. S.: *Arch. Surg.* 1976, 111, 301. — 3. Beccaria, A. és mtsai: *Min. Chir.* 1973, 28, 1237. — 4. Becker, V.: *Acta Hepato-Gastroenterol.* 1978, 25, 257. — 5. Beeman, E. A.: *Gastroenterology.* 1965, 48, 256. — 6. Berman, V., Goldberg, M. J.: *Brit. J. Radiol.* 1959, 32, 241. — 7. Brecht, G. és mtsai: *Fortschr. Röntgenstr.* 1978, 129, 82. — 8. Brunner, J. C.: cit. Dodd, G. D. és mtsai. — 9. Buchanan, E. B.: *Amer. J. Surg.* 1961, 101, 253. — 10. Cheli, R., Aste, H.: *Duodenitis.* G. Thieme, Stuttgart, 1976. — 11. Christie, A. C.: *Brit. J. Cancer.* 1953, 7, 65. — 12. Cooke, A. R.: *The Glands of Brunner.* In *Handbook of Physiology.* Vol. 2. Ed. by C. F. Code, American Physiological Society, Washington D. C. 1967, pp. 1087. — 13. Cruveilhier, J.: cit. Earlam, R. J. és mtsai. — 14. Culver, G. J., Caccese, R.: *Radiology.* 1957, 69, 263. — 15. Deák J., Barna L.: *Magy. Radiol.* 1964, 16, 26. — 16. De Castella, H.: *Brit. J. Surg.* 1966, 53, 153. — 17. Demling, L., Classen, M.: *Duodenitis.* In *Klinische Gastroenterologie.* Bd. I. s. 371. (Hrsg.: Demling, L.), G. Thieme, Stuttgart, 1973. — 18. Dodd, G. D. és mtsai: *Radiology.* 1953, 60, 814. — 19. Earlam,

R. J., Cowan, W. K.: *Brit. J. Surg.* 1966, 53, 736. — 20. Epstein, A. A., Cole, L. J.: *J. Canad. A. Radiologists.* 1954, 5, 43. — 21. Erb, W. H., Johnson, T. A.: *Gastroenterology.* 1948, 11, 740. — 22. Evans, R. W.: *Histological Appearances of Tumours.* Livingstone, Edinburgh, 1956. pp. 454. — 23. Feldman, M.: *Amer. J. Gastroenterol.* 1958, 29, 651. — 24. Feyrter, F.: *Virchow's Archiv.* 1934, 293, 509. — 25. Fiegler, W., Treichel, J.: *Fortschr. Röntgenstr.* 1979, 130, 110. — 26. Grossmann, M. I.: *Physiol. Rev.* 1958, 38, 675. — 27. Grossmann, M. I.: *Gastroenterology.* 1974, 67, 730. — 28. Kohli, Y. és mtsai: *Stomach and Intestine (in Japanese)* 1973, 8, 1659. — 29. Lempke, R. E.: *Ann. Surg.* 1959, 150, 160. — 30. Landboe-Christensen, E.: *Acta path. et microbiol. Scand. Suppl.* 1944, 52, 1. — 31. Marchella, T. E.: *Tumours of the Small Intestine.* In *Bockus, H. L.: Gastroenterology Vol. II.* Ed. II. W. B. Saunders, Philadelphia-London, 1964. pp. 176. — 32. Moulonnier, B. és mtsai: *Endoscopy.* 1975, 7, 121. — 33. Nielsen, O. F. és mtsai: *Am. J. Surg.* 1965, 110, 977. — 34. Osborne, R. és mtsai: *Am. J. Dig. Dis.* 1973, 18, 689. — 35. Ostrow, J. D., Resnick, R. H.: *Ann. Int. Med.* 1959, 51, 1303. — 36. Robertson, H. E.: *Arch. Path.* 1941, 31, 112. — 37. Rokitansky, K.: cit. Earlam, R. J. és mtsai. — 38. Saint, J. H.: *Brit. J. Surg.* 1927, 15, 99. — 39. Schmidt, M., Schönekäs, H.: *Fortschr. Röntgenstr.* 1975, 122, 561. — 40. Stephens, G. L., Harbrecht, P. J.: *Ann. Surg.* 1958, 148, 845. — 41. Wepfer, J. J.: cit. Dodd, G. D. és mtsai. — 42. Wilensky, A. O.: *Am. J. Dig. Dis.* 1948, 15, 206. — 43. Wolfert, W. és mtsai: *Leber Magen Darm.* 1977, 7, 46.

## SZEREZZEN ZENÉT... MAGÁNAK



### KÓSA GYÖRGY

BIKASIRATÓ - KANTÁTA

PALCSÓ SÁNDOR - tenor  
A Magyar Rádió és Televízió  
Énekkara és Szimfonikus Zenekara  
Vezényel: LEHEL GYÖRGY

#### KINAI DALOK

PÁSZTHY JÚLIA - szoprán  
KEÖNCH BOLDIZSÁR - tenor  
KÓSA GYÖRGY - zongora

#### DE PROFUNDIS

PÁSZTHY JÚLIA - szoprán  
MOLNÁR ÁGNES, PALLAGI JÁNOS - hegedű

### DURKÓ ZSOLT

MÓZES - részletek

SASS SYLVIA, SZÖNYI FERENC,  
ÜTŐ ENDRE, ÖTVÖS CSABA  
A Magyar Állami Operaház Ének- és Zenekara  
Vezényel: KÓRODI ANDRÁS

TURNER - ILLUSZTRÁCIÓK  
ERICH GRUENBERG - hegedű  
A Magyar Rádió és Televízió  
Szimfonikus Zenekara  
Vezényel: LEHEL GYÖRGY

#### KOLLOIDOK

A Magyar Rádió és Televízió  
Női Kamarakórusa  
Budapesti Kamaragyüttes  
Vezényel: MIHÁLY ANDRÁS

SLPX 11982 ÁRA: 70 Ft



CHINOI  
BUDAPEST



# PROBON®

draszé

## ANALGETICUM

A Probon új típusú fájdalomcsillapító. Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzéscsökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Terápiás adagban nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

### ÖSSZETÉTEL

Draszénként 300 mg rimazolium methylsulfuricum (1,6-dimethyl-3-carbaethoxy-4-oxo-6, 7, 8, 9-tetrahydro-homopyrimidazolium methylsulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése. Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítására görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt hatása miatt különösen javallt idősebb betegek fájdalmainak csillapítására. Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

### ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 draszé, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 draszéig emelhető.

### MELLÉKHATÁSOK

Ritkábban enyhe hányinger, szédülés, kábultság és a terápiás adagot meghaladó dózis esetén fejfájás előfordulhat.

### FIGYELMEZTETÉS

A Probon fokozza mind a centrális depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor – egyéni megítélés alapján az adagok csökkentése ajánlatos.

### MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

### CSOMAGOLÁS

10 db à 0,3 draszé

Térités: 3,90 Ft

CHINOIN  
BUDAPEST



# LIBEXIN<sup>®</sup> COMBINATUM

tabletta

## ANTITUSSIVUM

### ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 200 mg 3-( $\beta,\beta$ -Diphenylaethyl)-5-( $\beta$ -piperidinoethyl)-1,2,4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK

Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

### ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

### ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-4-szer 1 tabletta, étkezés után.

### MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, esetleg hányinger szórványosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

### FIGYELMEZTETÉS

A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

### CSOMAGOLÁS

20 db tabletta

Térités: 3,90 Ft

### MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.



## Az újszülöttkori súlyos staphylococcus fertőzések ritka megjelenési formái

Korányi György dr., Olbrich Zita dr.  
és Kisbán Gabriella dr.

Az újszülöttkori staphylococcus fertőzések száma a 70-es években emelkedett (7). Ezt betegekben magunk is észleltük (10). 1978. II. felétől egyre gyakrabban látjuk, hogy az újszülöttek hallójáratából, torokváladékából és köldökéről vett első bakteriológiai leoltásból Staphylococcus aureus tenyésztett ki ez a kórokozó. Ezen 42 betegünk közül az elmúlt hónapokban 3 súlyosabb szepszikus megbetegedés szövődménye atypusos volt. Alábbiakban ezen betegek körlefordását ismertetjük.

### Esetismertetés

1. T. P., 1300 g súllyal született, súlyosan intrauterin hypotrophiás fiú koraszülött esetét röviden ismertetjük. Az újszülött első hallójárat leoltásából Staphylococcus aureus tenyésztett ki. A 9. napon kezdődött súlyos bronchopneumoniához pleuritis, ill. empyema csatlakozott, mely annyiban volt atypusos, hogy nem fejlődött ki a staphylococcusnál megszokott kiterjedt empyema és nem voltak abscessusai. A pleurális exsudatumból szintenyésztetben Staphylococcus aureus tenyésztett ki.

2. Zs. Z., 1630 g súlyú fiú újszülött a 32. terhességi héten született császármetszéssel, mert az anya — feltehetően gyermekkori Heine—Medin miatt — tetraplegiás. A rutinszerűen végzett bakteriológiai vizsgálatok során a hallójárat- és köldökleoltásból Staphylococcus aureus tenyésztett, amely Gentamycinre volt érzékeny. Négy napos korában vércsere történt, majd ezt követően 24 órán át a köldökvénán át cseppinfúziót kapott. Tíznapos korában váratlanul apnoés lett, keringési elégtelenség tüneteit észleltük. Bár láza nem volt, szepszis gyanúja merült fel, ezért Nebcin (Tobramycin) kezelést kezdtünk 3 mg/kg/die adagban. A következő napon hányást, haspuffadást, haematuriát észleltünk. Ileus és vesevéna-thrombosis gyanúja miatt exploratív laparotomia történt. A máj felületén 0,5—1,0 cm átmérőjű halvány sárgásfehér elváltozások voltak. Az egyik ilyen göcből Staphylococcus aureus tenyésztett. A májból ékkimetszés történt. Szöveti vizsgálatnál az elváltozás pylephlebitisnek és többszörös máj-abscessusnak bizonyult (1. ábra).

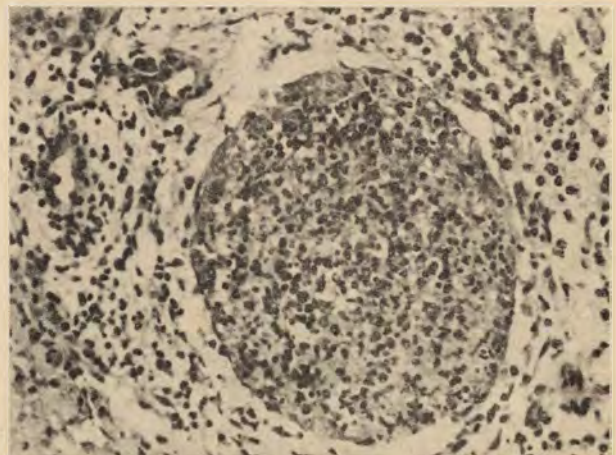
Három héttel később sonographiás vizsgálattal készült felvételen a májban több apró felritkulás látszott. 11 napi Tobramycin kezelés után a beteg állapota fo-

kozatosan javult, súlygyarapodása megindult. Az antibiotikus kezelést Oxacillinnel még két hétig tovább folytattuk. Két és fél hónapos korában érte el a 2500 g súlyt, amikor távozott osztályunkról. Laboratóriumi leletei közül kiemeljük, hogy a fvs.- és thrombocytaszám normális volt, electrolytekben nem volt eltérés. SGOT, SGPT 3 héten át emelkedett volt. Vértetsúlygyedés 28 mm/h. Sav-bázis háztartás paraméterei oxigén adása mellett nem mutattak eltérést. Utóvizsgálata során öthónapos korában a beteg állapota kielégítő, fizikális eltérés nem volt.

3. M. K., 2200 g-os leány újszülött 6. terhességből, 2. élő gyermek 34—35. gestációs hétre született. Terhességi kórelőzményben ödéma, proteinuria, hypertonia gestosis szerepel. A szülés szabályos lefordulású volt. A lepényt töredezettnek találták. Osztályunkra 10 perces korában került. Hallójárat- és orrváladékából Staphylococcus aureus tenyésztett ki, amely Gentamycinre volt érzékeny. Az első 3 napon jól volt. Inkompatibilitás nélküli hyperbilirubinaemia miatt, 29,4 mg<sup>0</sup>/<sub>100</sub> indirekt serum bilirubin szint mellett vércsere transzfúziót végeztünk, amely szövődménymentesen zajlott le. Három nap múlva a beteg sápadt lett, szisztolés zörejt hallottunk, kompenzált keringés mellett. Cyanosis nem volt. Állapota 9 napos korában hirtelen súlyosbodott. Lázás lett, cyanosis alakult ki. Az ekkor készült mellkasfelvételen jobb oldalon bronchopneumoniás beszűrődés látszott (2. ábra).

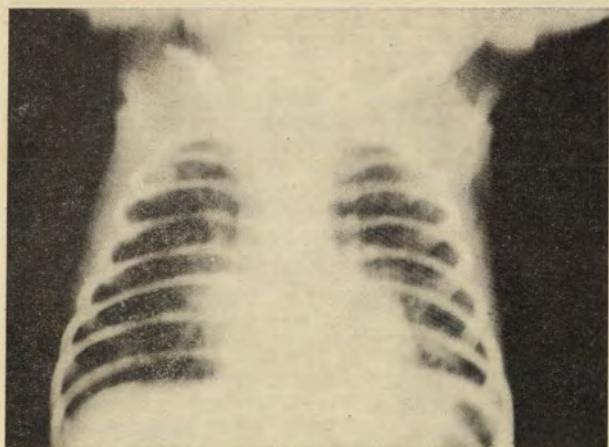
Fvs.-száma 30 600-ra emelkedett, a hgb. 8,8 g<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ra csökkent. Thrombocytaszáma — mely előzőleg 260 000 volt — 130 000-re csökkent. Ekkor orrváladékából és haemokultúrából staphylococcus tenyésztett ki. Azonnal Ampicillin és Nebcin (Tobramycin) kezelést kezdtünk 3 mg/kg/die adagban. Friss vér transzfúziót kapott. Két nap múlva klinikai állapot a hirtelen romlott, tachypnoés és cyanotikus lett. Az elvégzett röntgenvizsgálat és a klinikai tünetek alapján pneumothoraxot diagnosztizáltunk (3. ábra).

Azonnal hozzákezdünk a ptx lezárásához, Fricard-géppel. 24 óra múlva a dobos kopogtatási hang megszűnt, a ptx röntgenvizsgálat szerint is jelentősen csökkent, ezért a mellkasi szívást megszüntettük. A mellkasi punktatumból és újabb haemokultúrából Staphylococcus aureus tenyésztett ki. Ezután 3 napon át állapota tachypnoétól eltekintve kielégítő volt, majd újra lázas, cyanotikus lett. Mindkét oldalon kevés crepitatio hallatszott. A röntgenfelvételen ismét ptx látható. Újra tartós szívást kezdtünk, melyet 48 órán át tartotunk fent, majd fokozatosan megszüntettünk. Ekkor 20 napos korában jobb szemében zavarosodást észleltünk, melyről kiderült, hogy a cornea mögött tályog alakult ki, amely a vizsgálatkor spontán perforált. Helyi Neomycines szemcsepp és a szisztémás kezelés folytatása mellett a perforációs nyílás spontán záródott, de



1. ábra: A portalis mezőben 1 véna portae ág, melynek lumenét vérrögök töltik ki. A portalis kötőszövetben lobsejtes beszűrődés. HE festés. Eredeti nagyítás 100X

Ez a munkánk az Eü. Minisztérium 3.2.15. sz. tárcaszintű kutatási főirányaihoz elfogadott „A magzat és az újszülött betegségeinek kutatása” c. témában végzett kutatómunka alapján készült. Számjel: 8-09-0500-03-1/K.



2. ábra: A jobb felső lebenyben kifejezett, bal oldalon enyhébb bronchopneumóniás beszűrődés

a folyamat a lencse részbeni elszürkülését és a corpus ciliare sérülését eredményezte. Tíz napig kapott Tobramycin kezelést és további 1 hétig még Ampicillin kezelést is. Ezután étvágya javult, súlya emelkedett. Még két ízben kapott friss vér transfúziót. 2900 g súllyal, jó állapotban távozott.

#### Megbeszélés

Sajnálatos módon egyik betegünkben sem történt phag-tipizálás és az anya cerxix- és hüvelyváladékának bakteriológiai vizsgálatát sem tudtuk elvégezni. Ezeknek a vizsgálatoknak elsősorban epidemiológiai szempontból fontos jelentősége lett volna. Az anya vizsgálata bizonyította volna, hogy a baktériumok a hallójáratba a szülőutakból kerültek.

Európában és hazánkban a Gram-pozitív kórokozók közül a Staphylococcus aureus okoz leggyakrabban újszülöttkori fertőzést, szepszist, sőt megfigyelésünk szerint intrauterin fertőzést is (11). Hargis és Larson (8) 1978-ban a staphylococcus elterjedésére vonatkozó 7 éves megfigyelési idő eredményeit hasonlította össze ugyanazon újszülöttsztyály 1961—1968-as adataival. Folyamatos Staphylococcus aureus kolonizáció emelkedést figyeltek meg 1973—1976 között, amelyet elsősorban a hexachlorophenes fürdetés elhagyásának tulajdonítanak. Ugyanezen időben megállapítható volt a klinikai fertőzések szignifikáns emelkedése is. Ugyanakkor 1970—1976 között a staphylococcusok antibiotikus érzékenysége nem változott. Vizsgálataink szerint, bár a Hexachlorophent nem hagytuk el, a kolonizáció előfordulását és szaporodását észleltük (10). Kende (9) újabb vizsgálatai szerint a Hexachlorophen megelőzés elhagyása miatt 1974 óta Budapesten több szülészeti osztályon az újszülöttekben és anyákban megfigyelt staphylococcus járvány zajlott le, amely járványban a megbetegedési arány igen magas, 36,1% volt az újszülöttekben és 27,9%-os az anyák között. A megbetegedéseket a tipikus staphylococcus okozta kórképek (mastitis, furunculus, abscessus) jellemezték.

Ismertetett eseteink arra hívják fel a figyelmet, hogy koraszülöttekben és veszélyeztetett újszülöttekben elsősorban pemphigoid, abscessussal, pneumoniával és pulmonális szövődeményekkel jellemzett staphylococcus megbetegedéseken kívül

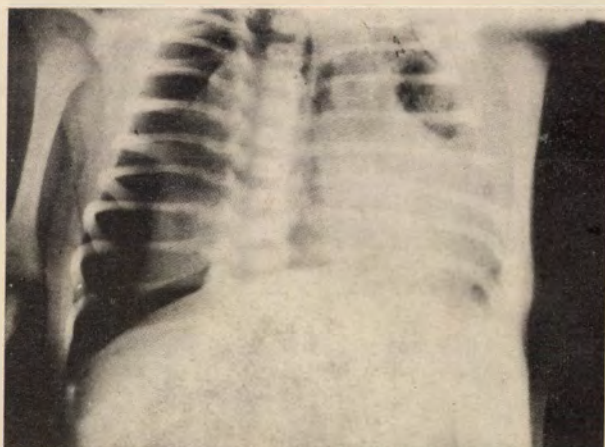
atypusos megjelenési formákkal is kell számolnunk.

Első betegünk annyiban volt atypusos, hogy súlyos pneumonia kapcsán empyema fejlődött ki, de az csekély mértékű volt és nem voltak a staphylococcus pleuropneumoniánál megszokott abscessusok.

Második betegünkben először a köldökről leoltott váladék, majd a májból vett bakteriológiai vizsgálat is staphylococcus fertőzést bizonyított. Hosszú ideig tartó antibiotikus kezelés után a beteg meggyógyult.

A máj-abscessus csecsemő- és gyermekkorban a 60-as évekig az újszülöttek intenzív ellátásának általános elterjedéséig ritka és szokatlan körkép volt. Az egyik nagy amerikai kórház anyagában 20 év alatt 3 gyermekben fordult elő májtályog 100 000 felvételre számítva, míg felnőttekben 100 000 felvételre 7 májtályog jutott (5).

A csecsemő- és gyermekkori májtályogok első részletes klinikopathológiai elemzését Dehner és Kissane (6) közölte 1969-ben. Intézetük boncolási anyagában 1917—1967 között a 15 évnél fiatalabb korban meghaltak 0,35%-ában, azaz 27 esetben fordult elő májtályog. Az utóbbi gyakorisága 1940 előtt (0,31%) és után (0,38%) alig különbözött. A májtályogok 67%-a 5 éves kor előtt alakult ki (2 esetben újszülöttkorban) 8 esetben akut blastos leukaemiához társult, feltehetően a kemoterápia leukocytotoxikus szövődeményeként. A kórokozók az esetek 77%-ában az artériás rendszer útján jutottak a májba, a behatolási kapu csak két esetben volt a véna portae. A tályogok 80%-a többszörös volt. Chusid (5) 1978-ban 20 év anyagából 5 saját betegét közölte, akik közül 2 újszülött volt. Mindkettőben történt vércsere a véna umbilicalis felhasználásával. A májtályogok többszörösek voltak. Ez a két beteg meghalt, míg a 3. betegük biliaris atresia műtéte után halt meg. Két további betegükben haematológiai kórképekhez: kongenitális neutropeniához, ill. krónikus granulomatosisához társult a májtályog. Ugyancsak Chusid áttekintette az angol nyelvű irodalmat 1935—1977 között és eseteivel együtt összesen 61 eset alapján foglalta össze a legfontosabb adatokat (3, 8, 14, 15, 16). Megállapították, hogy a májtályog leggyakrabban



3. ábra: Jobb oldali köpeny ptx. Baloldalt a felső lebenyben csecsemőtenyérnyi ptx

0—1 éves korban fordult elő, az esetek közel felében 16 esetben szepszis részjelensége volt, és csaknem ugyanennyi, 18 esetben csatlakozott valamilyen enyhébb fertőzéshez. Solitár és multiplex májtályogok egyenlő számban fordultak elő. A 40 beteg közül 26 halt meg. A leggyakoribb kórokozó a *Staphylococcus aureus* volt (14 eset), ezután következett a *Klebsiella*. Az összes Gram-negatívak — *klebsiella*, *pseudomonas*, *E. coli* — 18 esetben fordultak elő. *Bergquist és mtsai* (2) legújabb adatai azt bizonyítják, hogy vércsere kapcsán a szepszis kórokozója leggyakrabban *Staphylococcus aureus*. A májtályogok az esetek 40%-ában krónikus granulomatosishoz társultak. Hat hétnél fiatalabb csecsemők közt 11 újszülött volt, akik közül 8-ban a májtályog omphalitis vagy a véna umbilicális katéterezése után következett be. *Chusid* szerint 1 hónappal fiatalabbakban a halálozás 75%, idősebbekben 25%, ha a krónikus granulomatosis eseteket leszámítjuk. A nagy halálozás oka, hogy a májtályog nehezen kórismézhető, előfordulása ritka és szepsziszhez csatlakozik. A *Dehner és Kissane* (6) által észlelt 27 beteg közül csupán kettőben diagnosztizálták a halál előtt.

Betegünkben az ileusra utaló klinikai kép miatt végzett laparotomia és szövettani vizsgálat tette lehetővé a korai diagnózist.

A hazai irodalomban újszülöttben észlelt és gyógyult beteg esetét eddig nem ismertették.

Harmadik betegünk első napon végzett hallójárat és orrváladék bakteriológiai vizsgálatokor *Staphylococcus aureus* tenyésztett ki. A harmadik napon vércsere történt, a 9. napon bronchopneumonia alakult ki, ami ptx-szel szövődött. A pleurális gennyből is *staphylococcus* tenyésztett ki. Újabb ptx-es incidens után gyógyult. Húsznapos korában azonban a jobb szemben hypopyont észleltünk, mely szemészeti vizsgálatkor spontán perforált. Végül a lencse részbeni elszürkülését és a corpus ciliare sérülését eredményezte. Háromhónapos korában gyógyultan távozott. Betegünkben szintén köldökkatéterezés után alakult ki a pleuropneumonia ismétlődő ptx-szel és a szem belsejébe szóródó tályoggal. Míg az ismétlődő pneumonia és ptx újszülöttben nem ritkaság, a metastatikus szemtályog, a *staphylococcus* szepszis ritka szövődménye. Ilyen újszülöttkori szövődményről sem a rendelkezésre álló irodalomban, sem *Remington és Klein* (16) legújabb kézikönyvében nem találtunk említést. Ismertetett eseteink kapcsán 3 tényre hívjuk fel a figyelmet:

1. újszülöttkori *staphylococcus* fertőzések összefüggésben lehetnek az újszülött első vizsgálatakor talált *staphylococcus* kolonizációval. Ezt és a fertőzés anyai eredetét phag-típus meghatározással nem igazoltuk.

2. Az újszülöttkori *staphylococcus* fertőzés okozta bronchopneumonia és szepszis ritka és szokatlan szervi manifesztációhoz vezethet. Eseteinkben májtályog és intraocularis tályog fordult elő. 3. Az előzetes köldökkatéterezésnek mindkét esetünkben szerepe lehetett a *staphylococcusok* szóródásában. Esetünkben a *pylephlebitis* következményeként kialakult májtályog a *staphylococcus*szal contaminált köldökvénán át végzett katéterezéssel

minden bizonnyal összefügg. A köldökkatéterezés szerepére az újszülöttkori szepszisben *Krauss és mtsai* (13) már 1970-ben utaltak. A köldökerek katéterezése lehetővé teszi, hogy baktériumok hatoljanak a véráramba. Gyakran sérül az endothelel bélés, thrombusok képződnek, melyek kedvezőek a kórokozók megtelepedésére. Az eltávolított katéter vége 10—50%-ban contaminálódik (17). *Balagtas és mtsai* (4) 8%-ban figyeltek meg köldökkatéterezés után bakteriaemiát, akár kapott az újszülött antibiotikumot, akár nem. Ezért ma már legtöbbször az arteria radialisból vagy a temporalisból vesznek vért (1). Mi magunk 5 év óta kizárólag ezt a módszert használjuk. Köldökvénát csak vércsere esetén katéterezünk.

#### Következtetések

1. Veszélyeztetett kis súlyú újszülöttek *staphylococcus* hordozása esetén számolni kell *staphylococcus* megbetegedéssel, szepszissel.

2. A patológiás újszülöttek *staphylococcus* szepszisének lefolyása lényegesen különbözik a csecsemőkori *staphylococcus* szepszistől.

3. Az újszülöttek köldökkatéterezésének szerepe valószínű *staphylococcus* szepszis létrejöttében és metastatikus májtályog, ill. hypopyon kialakulásában.

4. Eseteinkben a kezdeti tüdőgyulladásban és szepszisben alkalmazott antibiotikus kezelés nem gátolta meg a metastatikus szövődményeket.

**Köszönetnyilvánítás.** Köszönetet mondunk intézetünk Központi Laboratóriumának (osztályvezető főorvos: Székely Lajos dr.) és Kórbonctani és Kórszövet-tani Osztályának (osztályvezető főorvos: prof. Bartók István) az elvégzett bakteriológiai és kórszövet-tani vizsgálatokért.

**Összefoglalás.** A szerzők 1978. július és 1979. június között 211 újszülött hallójáratából végzett bakteriológiai vizsgálat kapcsán 42 esetben észleltek *Staphylococcus aureus* pozitivitást. Ezek közül 3 esetben a septicus állapothoz társuló atypusos szövődményeket figyeltek meg. Ismertetik azon két betegüket, akikben májtályogot, illetve a szemben gennyes metastasist láttak. Felhívják a figyelmet a köldökerek katéterezésének szerepére az atypusos szepszis létrejöttében.

**IRODALOM:** 1. *Adams, J., M., Rudolph, A. J.:* Pediatrics. 1975, 55, 261. — 2. *Bergquist, G. és mtsai:* Acta Paediatr. Scand. 1979, 68, 337. — 3. *Brans, Y. W. és mtsai:* Pediatrics. 1974, 53, 264. — 4. *Balagtas, R. C. és mtsai:* Pediatrics. 1971, 48, 359. — 5. *Chusid, M. J.:* Pediatrics. 1978, 62, 554. — 6. *Dehner, L. P., Kissane, J. M.:* J. Pediatr. 1969, 74, 763. — 7. *Hargis, C., Larson, E.:* Pediatrics. 1978, 61, 348. — 8. *Kandall, S. R. és mtsai:* J. Pediatr. 1974, 85, 567. — 9. *Kende É.:* Magyar Pediáter. 1976, 10, 23. — 10. *Korányi Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, 116, 1696. — 11. *Korányi Gy., Kisbán G.:* Orv. Hetil. 1978, 119, 2733. — 12. *Korányi Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. Megjelenés alatt. — 13. *Krauss, A. N. és mtsai:* J. Pediatr. 1970, 77, 965. — 14. *Kutsunai, T.:* Am. J. Dis. Child. 1936, 51, 1385. — 15. *Madsen, C. M., Secours, N.:* Surgery. 1960, 47, 1005. — 16. *Remington, J. S., Klein, J. O.:* Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. W. B. Saunders Co., Philadelphia—London—Toronto, 1976. — 17. *Williams, J. W. és mtsai:* Am. J. Dis. Child. 1973, 125, 111.

# PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(448)

Szeged m. városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet változó munkahelyű, 1 fő **belgyógyász szakorvosi** állásra azonnali betöltéssel.

A pályázat feltételei: legalább 3 éves gyakorlat kórházi osztályon a szakorvosi képzés megszerzése után; jártasság az akut cardiológiai betegellátásban és a gastroenterológiai endoscopiában.

Illetmény kulcsszám szerint.

Lakást biztosítani nem tudunk.

**Bánfalvi Géza dr.**  
igazgató főorvos

(449)

Budapest Főváros XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI. Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén megüresedett:

egy **körzeti orvosi** állásra,  
egy **EKG orvosi** állásra,  
egy **rheumatológus szakorvosi** állásra.

Szakorvosi képzés hiányában szakmai gyakorlattal rendelkezők is pályázhatnak.

Az illetmény megállapítása a kulcsszámnak megfelelően, a szakképzettség és szolgálati idő figyelembevételével történik.

**Mittler István dr.**  
főigazgató főorvos

(450)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) pályázatot hirdet: egy fő **beosztott gyógyszerész** állásra.

**Vidosfalvy Magda dr.**  
főigazgató főorvos

(451)

A Korányi F. és S. Kórház-Rendelőintézet főigazgató (Budapest, Alsóerdősor 7. 1074) pályázatot hirdet a kórház baloldali **belgyógyászati** osztályán megüresedett 1 fő **segédorvosi**, az I. belgyógyászaton 1 fő **segédorvosi**, az rtg osztályon 1 fő **segédorvosi** állásra.

Fizetés kulcsszám szerint, a baleseti belgyógyászaton és a rtg osztályon + 30% veszélyességi pótlék, + munkahelyi pótlék.

**Turczay György dr.**  
főigazgató főorvos

(452)

A Danubius Szálloda és Gyógyüdülő Vállalat pályázatot hirdet a Margitszigeti Thermal Szállodában betöltendő **rheuma**, ill. **belgyógyász** szakorvosi állásra.

Illetmény: szolgálati időtől függően a 3/1977. EÜM-MÜM sz. rendelet szerinti. Idegnyelv-tudás előnyben.

Vidéki illetőség esetén szállást biztosítunk.

A szabályszerűen felszerelt pályázatot a Danubius Szálloda és Gyógyüdülő Vállalat Személyzeti Főosztályára (Budapest, Margitsziget 1138) részére kell benyújtani.

**Pável Jánosné**  
vezérigazgató

(453)

A Fővárosi XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén nyugdíjazás folytán megüresedett **laboratóriumi főorvosi** állásra.

A bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

**Mittler István dr.**  
főigazgató főorvos

(454)

A parádfürdői SZOT Szanatórium pályázatot hirdet megüresedett **belgyógyász főorvosi** állásra.

Az osztály zömmel gastroenterológiai jellegű.

Komfortos lakás, kedvezményes étkezés, az alkalmaztatás idejére biztosított.

**Goreczky Miklós dr.**  
igazgató főorvos

(455)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) pályázatot hirdet egy fő **üzemorvosi** állásra.

**Vidosfalvy Magda dr.**  
főigazgató főorvos

(456)

Debrecen megyei Városi Tanács Anya-Gyermek- és Ifjúságvédelmi Szolgálat igazgatóságának vezetője (Debrecen, Belsőannisz u. 2. 4002. Pf. 171.) pályázatot hirdet **Ifjúságügyi és szülés-nőgyógyász szakorvosi** állásokra. Az állások elnyeréséhez gyermek-, belgyógyász-, illetve szülés-nőgyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Lakást biztosítani nem tudunk. Bérezés a 3/1977. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás alapján a szolgálati időtől függően.

A pályázatot a közzétételtől számított 30 napon belül kérjük benyújtani.

**Cs. Tóth Sándor dr.**  
igazgató főorvos

(457)

Az Ajka városi Tanács Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a 83 ágas Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály **osztályvezető főorvosi** állására.

Az állás 1980. július 1-től foglalható el. Fizetés és lakás biztosítása megbeszélés tárgyat képezi.

A pályázatot a szolgálati út betartásával — a szükséges okmányokkal felszerelve — a kórház igazgatójához kell benyújtani a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül.

**Barankay Bertalan dr.**  
kórházigazgató főorvos

(458)

A Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya vezetője pályázatot hirdet, a Megyei Kórháznál 1980. november 1-el nyugdíjazás folytán megüresedett **neurológiai osztályvezető főorvosi** állásra.

Pályázati feltétel: neurológiai szakképzés, valamint 10 éves szakmai gyakorlat.

Lakást a kórház megbeszélés szerint biztosít.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján, a szakképzés és a szolgálati idő figyelembevételével történik.

A pályázatot a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül, a Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályához kell benyújtani (Eger, Kossuth Lajos u. 9. 3300).

**Szabó Ferenc dr.**  
megyei főorvos

(459)

A Pest megyei Tanács Semmelweis Kórház Egyesített Intézményei főigazgató főorvosa (Bp. VIII., Gyulai Pál u. 2.) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

— az anaesthesiológiai és intenzív terápiás osztályon szakorvosi,  
— a Tüdőgyógyászati III. belgyógyászati osztályon szakorvosi állásra.

Megfelelő pályázó esetén adjunktusi kinevezés lehetséges.

Fizetés kulcsszám szerint, az anaesthesiológiai álláson munkaköri pótlékkal.

Lakást biztosítani nem tudunk.

**Rigó János dr.**  
főigazgató főorvos

az orvostudományok kandidátusa

(460)

Főváros IV. ker. Tanács IV-XV. ker. Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Nyár u. 103. 1045) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

1 fő **belgyógyászati csoportvezető főorvosi**, az állás elnyeréséhez belgyógyászati szakképzés és hosszabb gyakorlati idő szükséges.

1 fő **szemész szakorvosi**, az állás elnyeréséhez szemész szakorvosi képesítés.

tés, vagy hosszabb gyakorlati idő szükséges.

1 fő **nőgyógyász szakorvosi**, az állás elnyeréséhez szülészeti-nőgyógyászati szakképzés vagy hosszabb gyakorlati idő szükséges.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján a szolgálati időnek és szakképzésnek megfelelően történik.

**Marton Zoltán dr.**  
főigazgató főorvos

(461)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Budapest XII., Diósárok út 1. 1125) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház II. sz. Tüdőosztályán — áthelyezés folytán — megüresedett **sakorvosi** állásra, változó munkahellyel.

A pályázatot a tüdőgyógyászati és belgyógyászati gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

**Sinkovics Máttyás dr.**  
főigazgató főorvos

(462)

A Karcag Városi Tanács elnöke — Karcag, Kossuth tér 1. — pályázatot hirdet **VTVB Egészségügyi és Szociálpolitikai Osztályvezetői** munkakör betöltésére.

Képesítési követelmény: Orvostudományi Egyetemi végzettség és egészségügyi szervezésből szakorvosi képesítés.

Fizetési besorolás a 15/1977. (XII. 1.) MÜM sz. rendelet alapján, valamint 1500 Ft munkaköri pótlék.

Az állás azonnal elfoglalható, kétszobás gázfűtéses lakás biztosított.

Jelentkezés személyesen, vagy írásban lehetséges a városi tanács elnökénél.

**Kundra József**  
főigazgató főorvos

(463)

Budapest III. ker. Tanács Egyesített Felöltő Gyógyító-Megelőző Intézmény igazgató főorvosa (Budapest III. ker., Bécsi út 132. 1032) pályázatot hirdet változó munkahellyel áthelyezés folytán megüresedett egy **szépség szakorvosi** állásra.

Illetmény meallapítása a szolgálati időtől függően a 3/1977. (EÜ. VIII. 19.) számú együttes rendeletben foglaltak szerint történik.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

**Markovits György dr.**  
kórház-**rendelőintézet**  
igazgató főorvosa

(464)

Fővárosi Tanács István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Nagyvárad tér 1. 1096) pályázatot hirdet — változó munkahellyel — áthelyezés (zés) folytán megüresedett: 1 **kórház-**tan** szakfőorvosi** állásra (István Kh.)

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állás azonnal betölthető.

**Balázs Tamás dr.**  
főigazgató főorvos

(465)

Gyula városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Gyula, Petőfi tér 3.) pályázatot hirdet egy fő **állami közegészségügyi-járványügyi felügyelői** állásra (vagy higiénikus orvosi állás). Az állás azonnal elfoglalható.

Besorolás, bérezés az eltöltött szolgálati éveknél és szakorvosi képesítésnek megfelelően a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. rendelet alapján.

Lakást biztosítunk. **Perjési Klára dr.**  
városi főorvos

(466)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet újonnan szervezett, főfoglalkozású **szépség szakorvosi** állásra.

Illetmény kulcsszám szerint.

Az állás azonnal betölthető. Letelepülő orvos részére a városi tanács lakótelepi tanácsi kétszobás összkomfortos lakást biztosít.

**Bognár Béla dr.**  
ri. ig. főorvos

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd,  
Kórbonctani és Kórszövettani Osztály  
(főorvos: Balogh József dr.),  
Urológiai Osztály  
(főorvos: Pósta Bekény dr.)

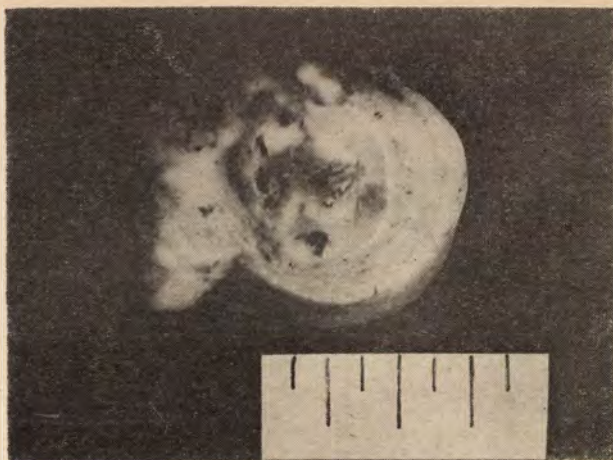
## A penis haemangioendotheliomáról egy eset kapcsán

Kutas Mária dr. és Streit Béla dr.

A penis lágyrésztumorai (mind a benignus, mind a malignus formák) a hámeredetű daganatoknál lényegesen ritkábbak. Raritásuk miatt nagyobb anyagra támaszkodó statisztika sem készült. A témával foglalkozó összefoglalások többnyire az angol nyelvterületről származnak (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12), csupán néhány esetismertetésről tudunk — a múlt század végéről — német nyelven (*Maurer* 1883, *Hildebrand* 1898, cit. *Abeshouse*). A legnagyobb anyagot *Abeshouse* és *mtsai* dolgozták fel (1), akik 1962-ig 72 penis sarcoma esetet gyűjtöttek össze a világirodalomból. *Dehner* és *mtsai* (6) 46 lágyrész eredetű penis tumort láttak, ebből 24 benignus volt. A malignus mesenchymalis tumorok ritkaságára jellemző, hogy *Tripathi* és *mtsai* (10) egy 500 ágyas kórház beteganyagában 40 év alatt 46 felnőttkori urogenitalis sarcomát találtak és ebből mindössze egy localizálódott a peniszre (egy epitheliomával együtt fellépő fibrosarcoma). A legtöbb közlemény egy-egy saját megfigyeléshez csatolt irodalmi áttekintés. A penis malignus lágyrésztumoraival foglalkozó első — ismereteink szerint egyetlen — magyar közleményt 1926-ból találtuk, *Schmidt* tollából. Ebben a szerző feldolgozta az addig ismert 28 esetet, melyek egyike „sarcoma vasculosum” volt. 1971-ben a Pécsi OTE Urológiai Klinikáról megjelent egy országos áttekintésre törekvő ismertetés (11), ami — kiküldött kérdőívek alapján — az ország 12 urológiai osztályáról, illetve klinikájáról kapott penis tumoros adatokra támaszkodik. A 133 esetből 131 hámeredetű volt, a maradék kettő pedig benignus: angioma és lipoma.

### Esetismertetés

K. L., 79 éves férfit korábban több alkalommal ápolták kórházunk urológiai osztályán hólyag-papillomatosis miatt. 1978 februárban teljes vizeletrekedés



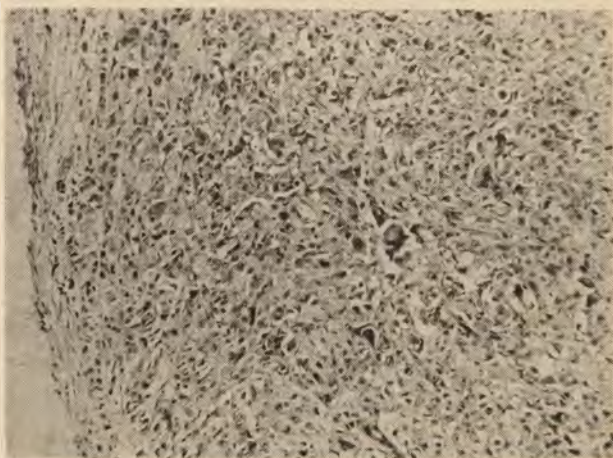
1. ábra: Az amputált penis keresztmetszete

miatt került felvételre, melyet húgycső-strictúrájával és prostata-hypertrophiájával magyaráztak. Tekintve rossz általános állapotát, állandó kathetert rögzítettek. Következő felvételekor, 1978. júniusban cavernitis tüneteit találták, melyet az állandó catheter szövődményének tartottak. Antibioticus és helyi kezelésre nem javult, ezért incidáltak: sok genny ürült. A gennyedés ezt követően sem szűnt meg, sok necroticus szövet távozott, az urethra spontán megnyílt, ezért cystostomiát készítettek. Többszörű necrectomia után peniszamputációt végeztek és a megnagyobbodott bal oldali inguinalis nyirokcsomókat incidáltak: innen is törmelékeny genny ürült. Mivel a klinikai képet a gennyedés és szövetelhalás uralta, daganat gyanúja ekkor még nem merült fel.

Szövettani vizsgálatra 7,5 cm hosszú, 3 cm átmérőjű, ép bőrrel fedett penis érkezett, amelynek haránt metszlapján mindkét oldalon a corpus cavernosumnak megfelelő területen necroticus, barnásvörhenyes szövettörmelék volt látható. Az elváltozás a penis törzsének valamennyi keresztmetszetén megfigyelhető, a glans metszlapján kóros nincs. Az urethra szabadon átjárható (1. ábra).

A feldolgozott keresztmetszetekben a penis hámborítása szabályos, az urethra hámbja ép, alatta idült gyulladás van. A corpus cavernosumnak megfelelő területen vérzésekkel, necrosisokkal tarkított összefüggő daganattömeget láttunk. A polymorph, többnyire nagy világos plazmával bíró sejtek résszerű üregeket alkotnak, másutt alveolaris, papillaris elrendeződésűek. Számos daganatos óriássejt, oszló alak és kóros oszlas volt megfigyelhető. A szöveti kép haemangioendotheliomának felelt meg (2. ábra).

A műtétet követően a beteg állapota fokozatosan romlott, bronchopneumonia lépett fel, a bal oldali in-



2. ábra: A műteti készítmény mikroszkópos képe (160 ×)

guinalis nyirokcsomók tovább nagyobbodtak, a műteti terület bűzös, széteső volt. A beteg a műtétet követő 13. napon meghalt. A sectio során készítettük a műteti területről a 3. ábrán látható felvételt, mely az amputatio helyén karfiolszerűen burjánzó, almányi tumort mutatja.

A cachexiás beteg halálának oka a mindkétoldali súlyos gennyes bronchitis volt. A bal inguinalis hajlatban ökölnyi, széteső nyirokcsomó-conglomeratumot találtunk. A jobb oldali corpus cavernosumnak megfelelően a szeméremcsontig terjedő daganattömeget láttunk. A szöveti vizsgálat megerősítette a haemangioendothelioma diagnózisát, az inguinalis nyirokcsomóban is necrotizáló daganatáttét volt megfigyelhető (4. ábra).

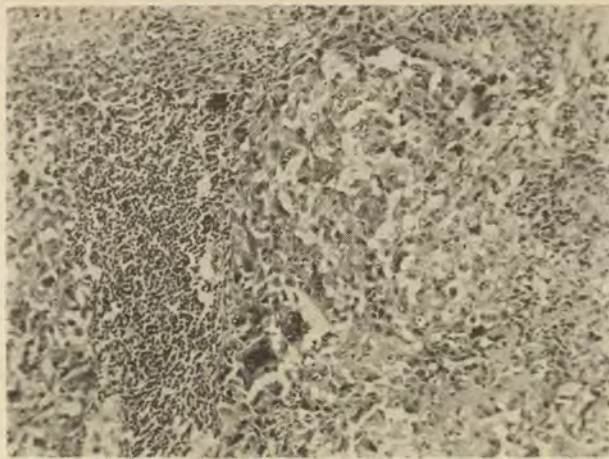
A boncletéből megemlítjük még a kétoldali pyelonephritist és a hólyagban látható borsónyi-félbabnyi papillomákat.

#### Megbeszélés

A penis malignus lágyrésztumora szövettanilag fibrosarcoma, leiomyosarcoma, Kaposi-sarcoma, malignus melanoma, haemangioendothelioma és viszonylag legritkábban rhabdomyosarcoma lehet. A szövettani típus szerint a fibrosarcoma után a második leggyakoribb a haemangioendothelioma. Jellemzőnek tartják, hogy míg a lágyrésztumorok közül a benignusok általában a glans tájékán helyezkednek el, a malignus tumorok a penis törzsére lokalizálódnak. Az angiosarcomák a corpus cavernosum sejtjeiből indulnak ki. Általában jól körülírt, fájdalomtalan duzzanat tapintható. Jellemző, gyakori tünetnek tartják a priapismust. Esetünkben egyik tünetet sem figyeltük meg. A therapiás elképzelések különbözőek. A szerzők többnyire radicalis műtétet javasolnak, néha az inguinalis nyi-



3. ábra: A műteti területen karfiolszerűen burjánzó daganat



4. ábra: A lágyéki nyirokcsomó áttéte (320 X)

roksomók block-dissectiójával, postoperatív röntgenbesugárással és kiegészítő chemotherapiával. A therapiás eredmények általában rosszak. Colby szerint (4), bár ez 1956-os adat, az átlagos túlélési idő a diagnosztól számított 8 hónap. Cornwall és Whitaker (5) 1953-ban ismertetett esetében a beteg egy évvel élte túl a radicalis műtétet, amely után még röntgenbesugárzásban is részesült és halállal végződött a többi ismertetett penis angiosarcomás eset is. Érdekes kivétel Hodgins és Hancock esete (8). Ők 1970-ig 8 esetet gyűjtöttek össze a világirodalomból. A kilencediket, saját esetüket nem operálták radicalisan. A 17 éves fiúnál a penis—scrotum határon elhelyezkedő, a corpus cavernosumból kiinduló tumort kimetszték. A postoperatív besugárzás után gerinc-metastasisra utaló jeleket észleltek, újabb besugárzás és chemotherapia után a beteg 4 év elteltével, a cikk írásakor, recidiva- és panaszmentes volt.

Esetünk, melyet ritkasága miatt tartottunk ismertetésre érdemesnek, a viszonylag késői diagnózis és a beteg rossz általános állapota, illetve a műtét után rövidesen bekövetkezett halála miatt therapiás következtetések levonására nem alkalmas.

**Összefoglalás.** A kötőszövet eredetű penis-tumorok irodalmának rövid áttekintése után penis sarcomás esetüket ismertetik. A daganat cavernitis tüneteit utánozta, szövettani vizsgálattal haemangioendotheliomának bizonyult, az inguinalis nyirokcsomókba metastatizált. A beteg röviddel a műtét után meghalt, így therapiás tapasztalatokat nem szerezhettek.

**IRODALOM:** 1. Abeshouse, B. S. és mtsai: Urol. Int. 1962, 13, 273. — 2. Anderson, W. A. D.: Pathology. Mosby Co., St. Louis, 1966. — 3. Barnett, C. P.: J. Urol. 1960, 83, 160. — 4. Colby, F. H.: Essential urology. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1956. — 5. Cornwall, W. P., Whitaker, L. J.: J. Urol. 1953, 69, 307. — 6. Dehner, L. P., Smith, B. H.: Cancer. 1970, 25, 1431. — 7. Foulds, G. S., Fleet, R. H.: J. Urol. 1938, 40, 826. — 8. Hodgins, T. E., Hancock, R. A.: J. Urol. 1970, 104, 867. — 9. Mecenas, H. J., Woodruff, M. W.: J. Urol. 1962, 87, 560. — 10. Schmidt A.: Orvosképzés. 1926, 16, 79. — 11. Tripathi, V. N. P., Dick, V. S.: J. Urol. 1969, 101, 898. — 12. Váry L. és mtsai: Magy. Seb. 1971, 24, 188. — 13. Wough, T. R.: Arch. Path. 1953, 55, 98.

## Familiáris paroxysmalis bénulás (hypokalaemiás forma)

Sonkodi Sándor dr., Szőrényi Ágnes dr.,  
Julesz János dr. és Fazekas Tamás dr.

A familiáris paroxysmalis bénulás (időszakos családi bénulás, familiáris periodikus paralysis, familiáris paroxysmalis myoplegia) igen ritka neurológia kórkép, melyet önálló betegségként Westphal 1885-ből származó leírása óta ismerünk (27). Az első hazai esetet 1942-ben *Benedek* és *Angyal* közölte (4), később *Kovács* számolt be poliomyelitis gyanúját keltő paroxysmalis bénulásról (15). A hazai irodalomban *Bekény* és *mtsai* foglalkoztak részletesen saját eseteik kapcsán a kórképpel (2, 3, 24).

A betegséget a teljes jólét mellett, változó időközökben, rohamokban jelentkező petyhüdt paresis jellemzi. Rendszerint alsó végtagon jelentkező, proximális túlsúlyú bénulásrohamokról van szó, olykor azonban tetraparesis, tetraplegia is kialakul. A rohamok az első két életévtizedben kezdődnek, gyakran éjjel, ill. ébredéskor, néhány órától több napig tarthatnak, s rendszerint spontán szűnnek. A saját-reflexek kiesnek, a bénult izomzat elektromosan ingerelhetetlenné válik (*Hartwig*, 1874 — ún. cada-ver-reactio). Ez utóbbi tünet más kórképekben nem fordul elő, ezért elkülönítő diagnosztikus jelentősége van.

A familiáris periodikus bénulásos rohamok pathomechanismusa ma sem tisztázott (1, 11, 17, 18, 23). Valószínű, hogy a bénulások oka *kóros K<sup>+</sup>-mozgás*, az intracelluláris-extracelluláris K-arány patológiás megváltozása (1, 11, 17, 18).

A szérumban kálium szint alapján a paroxysmalis paralysis három típusát lehet megkülönböztetni (18):

1. a hypokalaemiás (2, 6, 10, 12, 15),
2. a hyperkalaemiás (3, 4, 5, 11),
3. és a normokalaemiás (26) formát.

Mindhárom alak rendszerint autosomalis, domináns módon öröklődik (1), előfordulnak azonban ún. sporadikus esetek is (5, 15).

Közleményünkben periodikus családi bénulás hypokalaemiás formájának esetét anya és leánya kórtörténete alapján ismertetjük. Az esetet az alábbiak miatt tartjuk közlésre érdemesnek:

A betegség ritka. A magyar irodalomban mindössze egy hasonló kauisztika — *Bekény* és *mtsai* hypokalaemiás testvérpárról beszámoló közlése (2) — jelent meg.

A familiáris hypokalaemiás bénulást az alacsony vér K érték különíti el a normokalaemiás formától és más, hasonló tünetekkel járó ideggyógyászati (*Heine—Medin*-betegség, myopathiák, myasthenia gravis, hysteria) és belgyógyászati (renalis vagy enterális káliumvesztéssel járó kórképek, hyperthyreosis, báriummérgezéshez társuló paroxysmalis bénulás stb.) betegségektől (7, 11, 15, 20). Ha gondolunk rá, könnyen felismerhető (se. K meghatározás) és kezelhető.

Egyik betegünk diffus strumája és subklinikus hypothyreosisa alkalmat ad arra, hogy röviden érintsük a pajzsmirigyműködés és a periodikus bénulás összefüggéseit (16, 21, 22).

### A betegek ismertetése

1. Az anya, T. M.-né (szül.: 1939) hajnalban jelentkező bénulásos rohamai serdülőkorban kezdődtek, többször tetraplegia is kialakult. A rendszerint órák alatt spontán szűnő rosszulléteket légzés-, beszéd- vagy érzékszavar nem kísérte. Először 18 éves korában került intézetbe, amikor fertőzőosztályra szállították *Heine—Medin*-kór gyanújával. Mivel petyhüdt alsóvégtagparesise 24 óra alatt oldódott, az állapotot reaktiv neurosisnak tartva, ötnapos megfigyelés után kibocsátották. Hasonló rosszullétei ezt követően többnyire havonta megismétlődtek, mindig órák alatt oldódtak. A beteg megfigyelte, hogy a roham leggyakrabban nehéz fizikai munkát követő pihenés alatt jelentkezett.

1962-ben a beteg tetraplegiával, testszerte hypotoniás izomzattal a Kiskunfélegyházi Kórház belgyógyászati osztályára került. A sajátreflexek kiesését észlelték. Az elvégzett szérumban kálium meghatározás eredménye 1,9 maeq/l volt, az EKG-n súlyos hypokalaemia jelei látszóttak. A bénulás 10 g kálium chloratum per os beadása után órák alatt oldódott, s a beteg panasz- és tünetmentessé vált. Diagnózis: periodikus paralysis hypokalaemiás formája. A beteg bénulásos attackjai 1962 óta nem ismétlődnek.

2. Egy évvel később, 1963-ban T. M.-né akkor 3 éves kisleányát szállították a Kiskunfélegyházi Kórház gyermekosztályára reggelre kialakuló mozgás- és járásképtelenség miatt. Előző nap a gyermek még kifogástalan állapotban volt. Izomgyengesége 3 g KCl per os beadása után megszűnt, a felvételkor készült EKG-n látható hypokalaemiás jelek mérséklődtek.

Ekkor derült ki, hogy *familiáris* hypokalaemiás bénulásról van szó (9).

A leányt azóta is ismétlődő rohamok miatt 1975 óta több alkalommal vizsgáltuk a szegedi I. Belgyógyászati Klinikán.

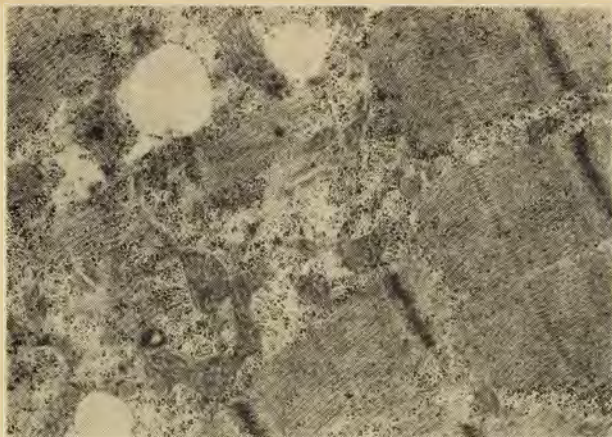
Statusából a diffus struma és a mindkét szem pozitív Graefe-tünet emelhető ki.

Laboratóriumi eredmények: vizelet negatív, per os cukorterhelés normális, a szérumban elektrolitok (Na, Cl, Ca, M, P, Cu, Fe, Zn), CPK és aldolase — a paroxysmusok alatti alacsony se. K értéktől eltérően — ismételtelen normális értékűek voltak. A vizelet K- és Na-tartalma roham alatt és azt követően is normális volt. A paroxysmusok rendszerint 3,0 maeq/l-nél kisebb se. K érték mellett (2,0—2,9 maeq/l) jelentkeztek.

A beteg a megelőző években napi 4 g káliumcitrátot szedett. Ha káliumot nem kapott, a rohamok pár napon belül jelentkeztek. 1977-ben próbálkoztunk először a kálium retineáló triamteren (*Dytac*, *Smith Kline and French Co.*) adásával. Napi 200 mg-os per os adag a rohamok kifejlődését megakadályozta.

Roham alatt ismételtelen kissé emelkedett vércukorszintet (106—108 mg/100 ml) mértünk.

Több alkalommal vizsgáltuk rohammentes időszakban és paroxysmus alatt a plasma renin aktivi-



1. ábra.

tást (14), valamint a szérumban aldosteron szintet (8) standard K-, Na-tartalmú diéta mellett. Mind bioassay-vel (14), mind radioimmun módszerrel (RIAMat Angiotensin I kit, Mallinckrodt) ismételt normális renin aktivitást mértünk, a szérumban és vizelet aldosteron szintje sem változott a rohamok alatt.

A pajzsmirigy in vivo radioizotóp vizsgálata: normális  $^{131}\text{I}$ -tárolási görbe; a scintigrammon mérsékelten, egyenletesen megnagyobbodott pajzsmirigy ábrázolódik. In vitro vizsgálattal a szérumban effectív thyroxin ratiójának (ETR) értéke: 0,89. A szérumban TSH szintje: 17,0  $\mu\text{E}/\text{ml}$ . 200  $\mu\text{g}$  thyreotrop releasing hormon (TRH, Biodata, Roma) iv. beadását követően a szérumban TSH tartalma 20, 60 és 120 perc múlva: 55,0, 82,5 és 65,0  $\mu\text{E}/\text{ml}$  (TSH radioimmunoassay kit, Biodata, Roma). A thyreoglobulin haemagglutinációs vizsgálat a beteg vérével negatív eredményű (Wellcome, thyreoglobulin haemagglutinációs teszt kit).

Mellkas röntgen negatív; oldalirányú koponyafelvétele kórosat nem mutat, a sella normális nagyságú, bemenetét meszes dura-lemez zárja le.

EKG: inkomplett jobb szár block, a hypokalaemiás attackok idején készült felvételeken súlyos repolarizációs zavar, QT megnyúlással, bifázisos T hullámokkal, T-U komplexusokkal (13, 19).

Szemészet: a szemrés mindkét oldalon tágabb, a Graefe-tünet bal oldalon kifejezettebben pozitív, jobb oldalon convergentia-gyengeség figyelhető meg. Hertel: 95,18 mm.

Idégyógyászati konzílium: rohammentes periódusban neurosomatikus status negatív; atrophía, pseudohypertrophía nincs. A hypokalaemiás attackok idején testszerte hypotónia, nagyfokú adynamia, a distalis izmok teljes, a proximalis izmok részleges paresise; igen renyhe sajátreflexek; bulbaris tünet nincs, agyvidegek épek, tudat tiszta, pyramis jel nincs, ép érzőkör (prof. Heiner Lajos).

EMG: közepes fokú myogen károsodás (Járdánházy Tamás dr.).

Az elvégzett chromosoma-vizsgálat során orcein és ASG sávfestést alkalmaztunk, utóbbit Sumner és mtsai (25) módszere alapján. 100 metaphasist analizáltunk, clonalis aberrációt nem észleltünk.

Első észlelésekor, 1975 szeptemberében hét nappal egy benulásos attack után izom-biopsia történt a bal m. quadriceps femorisból. Fénymikroszkópos vizsgálattal a harántcskolt izomszövetben több helyütt látszottak különböző alakú és nagyságú vacuolumok. Elektronmikroszkópos felvételeken is megfigyelhetők a szokásosnál nagyobb, halvány bennéki vacuolumok, amelyek minden esetben intermyofibrillaris mitochondriumokkal érintkeztek (1. ábra). Néhány helyen focalis myofibrillum-pusztulás észlelhető nagyobb mennyiségű glikogen és ribosoma szemcsével.

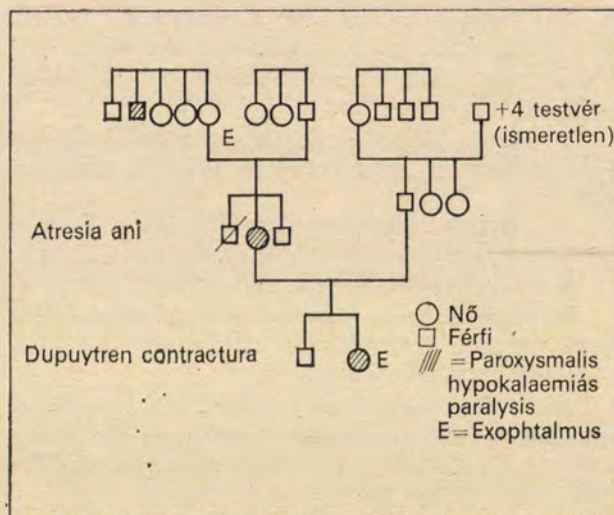
A családban (2. ábra) — nem bizonyítható módon — valószínűleg volt még egy beteg. Az anya elmondása szerint egy nagybátyja hasonló benulásos rohamokban szenvedett.

## Megbeszélés

A rohamok alatt észlelt alacsony szérumban kálium értékek (2,0—2,9 maeq/l) alapján eseteink a familiáris periodikus benulás hypokalaemiás alakját reprezentálják. A betegség az ún. transfer hypokalaemiás állapotok közé tartozik — a szervezet nem veszíti a roham alatt káliumot, hanem az az intracelluláris térbe (izomzat) áramlik. E kóros K-mozgást izom-biopsiával és  $^{42}\text{K}$  izotóppal bizonyították (1). Az általunk részletesen vizsgált leánygyermek esetében alacsony se. K értékekkel járó benulásos attackok spontán is jelentkeztek, rohamprovokáló beavatkozásokra (szénhidrát-dús étrend, 20 E insulin + 100—150 g dextrose, 100—150 E ACTH, fluorozott steroid, DOCA adása, fokozott sóbevitel, erős fizikai munka végeztetése) nem volt szükség. A paroxysmusok alatt a hypokalaemián kívül csupán enyhe vércukor-emelkedést láttunk, az összes többi vérkémiai paraméter normális volt. A rohamok alatt, ill. azt követően a vizelet kálium-tartalma nem változott.

Conn és mtsai két betegük vizsgálata során (6) a spontán és provokált rohamot megelőző N-retentiót és vizelet aldosteron ürítés fokozódást tapasztaltak, és a rohamok kialakulásában intermitáló hyperaldosteronismus szerepét feltételezték. Egyik esetükben Bekény és mtsai is emelkedett vizelet aldosteron értékeket kaptak roham alatt (2). Mások nem találtak eltérést az aldosteron kiválasztásban (23). Mi is mindig normális plasma renin aktivitást, szérumban és vizelet aldosteron értékeket mértünk a paroxysmusok alatt. Esetünkben tehát a renin-angiotensin-aldosteron rendszer primaer pathogenetikai szerepe valószínűtlen.

A kóros K-mozgáshoz vezető megváltozott membrán-permeabilitás okát többen szénhidrát-anyagcsere-zavarban keresik (12, 23). Johnson és mtsai az insulin lehetséges pathogenetikai szerepét hangsúlyozzák (12). Mi részletes szénhidrátanyagcsere-vizsgálatokat nem végeztünk, a rohamok alatt észlelt mérsékelt vércukorszint emelkedés szénhidrátanyagcsere-zavarra utalhat.



2. ábra.



A rohammentes időben elvégzett EMG vizsgálat betegünkben közepes fokú myogen károsodást (ún. *metabolikus myopathia*, *Bekény*) igazolt, izombiopsia során nyert izomszövet vizsgálatakor meg lehetett figyelni az izomrostok *Goldflam* által már 1895-ben leírt vacuolisációját (18).

Betegünk diffus strumája említésre méltó, tekintve azokat a közléseket, amelyek a periodikus bénulás és a pajzsmirigyműködés összefüggéseit tárgyalják (16, 21, 22). A paroxysmalis bénulás egy — különösen Japánban és Kínában gyakori formája (22) — hyperthyreosishoz csatlakozik, s a kép megegyezik a paroxysmalis bénulás hypokalaemiás formájával (1, 16). Ezen összefüggés pontos mechanizmusa nem tisztázott. Esetünkben euthyreotikus, diffus strumát találtunk, a TRH terheléssel vizsgált TSH rezervnek a normálisnál nagyobb volta subklinikus, thyreogen hypothyreosisra utal, amivel a megnagyobbodott pajzsmirigy lépést tart. Betegünk ophthalmopathiája nem infiltratív jellegű (normális Hertel-érték). Míg Basedow-kórban és más rokon endocrin ophthalmopathiákban a TSH értéke többnyire kicsi, és azt TRH sem képes növelni, betegünkben a TSH rezerv a normálisat meghaladja. Így feltételezhető, hogy a szemetünetek az alapbetegségnek, a paroxysmalis myoplegiának a következményei.

K-sók szedésén kívül spironolactonról mutatták ki azt, hogy a paralisises rohamok jelentkezését kivédi vagy azok számát jelentősen csökkenti (1). Magunk a triamterén találtuk hatékonynak s nincs tudomásunk arról, hogy a szer jó hatását familiáris hypokalaemiás bénulásban leírták volna.

**Köszönetnyilvánítás.** Köszönjük Gallai Margit dr.-nak (OTKI, Kórbonctani Tanszék) az elektronmikroszkópos felvételek szíves elkészítését és véleményezését.

**Összefoglalás.** A szerzők periodikus családi bénulás hypokalaemiás formájának esetét anya és leánya kórtörténete alapján ismertetik. Esetük a második hypokalaemiás bénulásos család a hazai irodalomban. Az általuk részletesen vizsgált leánygyermek rohamainak kialakulásában intermittáló hyperaldosteronismus szerepét nem tartják valószínűnek. A kálium retineáló triamteren jó terápiás hatásról számolnak be.

**IRODALOM:** 1. *Bekény Gy.*: A neuromuscularis megbetegedések diagnosztikája és terápiája. Medicina, Budapest, 1977. — 2. *Bekény Gy. és mtsai*: Ideggyógy. Szle. 1960, 13, 1. — 3. *Bekény Gy. és mtsai*: Ideggyógy. Szle. 1960, 13, 170. — 4. *Benedek L., Angyal L.*: Z. Neurol. 1942, 174, 213. — 5. *Bull, G. M. és mtsai*: Lancet. 1953, 2, 60. — 6. *Conn, J. W. és mtsai*: Lancet. 1957, 1, 802. — 7. *Delwaide, P. J. és mtsai*: Rev. Neurol. 1971, 125, 287. — 8. *Faredin I., Tóth I.*: Izotóptechnika. 1976, 19, 161. — 9. *Fazekas L. és mtsai*: Familiáris hypokalaemiás bénulás felismerése saját két betegünkön. V. Bács-Kiskun megyei Orvosnapok, Kecskemét, 1965. — 10. *Fourman, P.*: Lancet. 1954, 2, 525. — 11. *Gamstorp, I.*: Nervenarzt. 1972, 43, 1. — 12. *Johnsen, T. és mtsai*: Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1978, 38, 549. — 13. *Johnson, Ch. D. és mtsai*: Amer. Heart J. 1978, 95, 359. — 14. *Kaneko, Y. és mtsai*: J. Clin. Invest. 1967, 46, 705. — 15. *Kovács F.*: Orv. Hetil. 1957, 98, 16. — 16. *Linder, M. A.*: Ann. Int. Med. 1955, 43, 241. — 17. *McAardle, B.*: Brit. med. J. 1956, 12, 226. — 18. *McComas, A. J.*: Neuromuscular Function and Disorders. Butterworths, 1977. — 19. *Motté, G., Vyasse, J.*: Coeur Méd. Int. 1977, 16, 85. — 20. *Raphael, J.-C., Goulon, M.*: Coeur Méd. Int. 1977, 16, 85. — 21. *Rosenfeld, M.*: Berl. klin. Wschr. 1902, 39, 538. — 22. *Shinokaki, T.*: Zschr. f. d. ges. Neurol. Psychiatrie. 1926, 100, 564. — 23. *Shy, G. M. és mtsai*: Exp. Neurol. 1961, 3, 53. — 24. *Solti F., Bekény Gy.*: Orv. Hetil. 1960, 101, 1235. — 25. *Sumner, A. T. és mtsai*: Nature New Biol. 1971, 232, 31. — 26. *Tyler, F. H. és mtsai*: J. Clin. Invest. 1951, 30, 492. — 27. *Westphal, C.*: Berl. klin. Wschr. 1885, 22, 489.

## ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1980. jún. 3. kedd	Főv. Merényi Gusztáv Kórház, IX., Gyáli u. 17—19.	délután 14 óra	Főv. Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. <i>Jermendy György, Bodonyi Anikó, Langer Lea</i> : Biguanid-terápia és tejsav-acidosis diabetes mellitusban. 2. <i>Variassy Péter</i> : Vena subclavia punctio során nyert tapasztalataink. 3. <i>Szendrey Gábor, Melcher Beáta, Szűcs Gábor</i> : A belgyógyászati osztály érdekesebb esetei
1980. jún. 5. csütörtök	Semmelweis OTE Gerontológiai Központ könyvtára, VIII., Somogyi B. u. 33.	délután 14 óra	Magyar Gerontológiai Társaság	1. <i>Gergely Mihály</i> : Sebészki megfontolások idősek műtétei esetén. 2. <i>Hanisch József</i> : A steroid glaucoma. 3. <i>Bányász Tibor</i> : A cerebrovascularisan károsodottak epidemiológiájáról a VII. kerületben. 4. <i>Vértes László</i> : Szociális otthoni gerodiabetologia. 1.
1980. jún. 6. péntek	Főv. Heim Pál Gyermekkorház előadóterme, VIII., Üllői út 86., „H” ép.	délután 14 óra	Főv. Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet	1. <i>Elkán György</i> : A nevelőotthoni egészségügyi ellátás sajátosságai. 2. <i>Bódisi Irén</i> : Erythema infectiosum. 3. <i>Miklós Éva</i> : Bőlférgesség előfordulása egy nevelőotthoni közösségben. 4. <i>Rostás Júlia</i> : Esetismertetés
1980. jún. 7.	Baja, Járási Biróság épülete	délelőtt 9.30 óra	Magyar Sebész Társaság Délmagyarországi Csoportja és Baja Városi Kórház Sebészeti Osztály	Téma: Az érsébeszet aktuális kérdései
1980. jún. 10. kedd	Cegléd, Városi Kórház tanácsterme	délután 14 óra	Ceglédi Városi Kórház-Rendelőintézet Igazgatósa és Tudományos Bizottsága	<i>Prof. Moussong-Kovács Erzsébet</i> : Az orvosi pszichologia interdiszplináris jellege és szerepe a modern gyógyításban
1980. jún. 11. szerda	Balassagyarmat, Városi Kórház nagyterme	délután 14 óra	Balassagyarmat Városi Kórház Tudományos Bizottsága	1. <i>Bartal Gábor</i> : Korszerű cardialis kezelés. 2. <i>Rózsa György</i> : A lichenben és a psoriasisban talált intranuclearis testekről.
1980. jún. 12. csütörtök	Orsz. Közegészségügyi Intézet nagyelőadóterme, IX., Gyáli út 2—6.	délelőtt 8 óra	Főv. Heim Pál Gyermekkorház, mint Dél-Pest Területi Szakfelügyelet	<i>Balogh László</i> : Mit tud a körzeti gyermekorvos?

## UROLOGIAI ÉS NEPHROLOGIAI SZEMLE

1980. 1. szám

Pintér József dr.: A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Kórház-Rendelőintézet 80 ágyas urológiai-nefrologiai osztályának munkája.

Tóth Sándor dr., Szomor László dr., Pintér József dr.: Kétoldali, egy ülésben végzett vese- és ureterműtéteinkről.

Szomor László dr., Balogh Ferenc dr.: Testhelyzet hatása a radiorenogramra.

Sótonyi Gábor dr., Degrell Péter dr., Tóth László dr., Pintér József dr.: Rekuráló glomerulonephritis.

Fehér Miklós dr., Szokoly Viktor dr., Pintér József dr.: Vesico-vaginalis fistulák transvesikális zárása.

Bognár Ferenc dr., Szomor László dr., Szokoly Viktor dr., Pintér József dr.: A vese és ureter különböző műtéti feltárási módjairól (lehetőségek és tapasztalatok).

Szokoly Viktor dr., Pintér József dr., Szomor László dr., Major Lajos dr.: Az ureter-tágulatok műtéti kezelése.

Hamvas Antal dr., Karátsán András dr., Juhász József dr.: Arterio-venosus fistula képzése szövetragasztóval.

Kálmán Jenő dr., Gömöri Agnes dr., Juhász József dr., Szűcs János dr.: A szérum 25-ihydroxycholecalciferol koncentrációja egészséges és krónikus veseelégtelenségben szenvedő, haemodialízisben részesülő személyeknél.

Pajor László dr., Légrádi József dr., Pánovics József dr., Balogh Ferenc dr.: Elsődleges férfi húgycsőrák klinikánk 10 éves anyagában.

Romicz Imre dr., Horváth József dr., Kisbenedek László dr., Balogh Ferenc dr.: Az immunreaktivitás vizsgálata és retrospektív elemzése urológiai daganatos betegekben.

## DEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1980. 2. szám

L. Molnár: Kohlenhydratstoffwechsel des Gehirns und die Zusammensetzung des Liquor cerebrospinalis.

Simkó Alfréd dr., Donászy Marianne dr., Litvai Gizella dr.: Pszichiátriai betegek Semap-(penfluridol)-kezelése.

Pető Zoltán dr., Szereday Zoltán dr., Pallag Lajos dr., Sas Mihály dr.: Parlodol alkalmazása generációs pszichózisban.

Tariska Péter dr., Rajna Péter dr., Gerény György dr.: Az idős korban kezdődő epilepszia tünetcsoportjától és etiológiájáról — különös tekintettel a vascularis köreire.

Scheda Vilmos dr.: Diastematomyelia „latens”.

## MAGYAR SEBÉSZET

1980. 2. szám

Török Béla dr.: A szívműv esendősege a koronáriakeringés csökkenésének tükrében.

Darvas Katalin, Bihari Iván, Faller József és Pulay István: Narkózisúterű idős betegeken, mellkasmelegnyitással járó nyelőcső- és cardia-műtétek során.

Lakner Géza, Lukács László, Sömjén György: Jobb oldali aortaív és vese- született bal oldali „subclavian steal szindróma” együttes előfordulása.

Lakner Géza, Sömjén György, Lukács László: Arta thoracalis descendens-bifemorális „Y” protézisbeültetés az aorta bifurcatio magas elzáródásának esetében.

Regős János, Orbán Imre, Kocsis László: A felső végtagok akut artériás elzáródásának sebészeti kezelése.

Farkas Sándor, Karlinger Tihámér, Deák Gábor, Gecser Gábor: Az alkohol eredetű krónikus pancreatitis sebészeti kezelésének problémái.

Petri Béla, Török József, Takáts László: Kísérletes nehézséget okozó kismencedei gennyes műtétet kezelt esete.

Nagy Agnes, Léb József: Atipusos körlefolys és szepitikus szövődmények gyermekkori appendicitis után.

Jármay Pál, Géczy Imre, Péteri László: Az ureterdaganatok előfordulása tízéves beteganyagunkban.

Csaba István, Fazekas Péter: Kétoldali uteritis cystica, ureter-kő és spontán hólyaggázgyűlem együttes előfordulása.

Kondás József, Gyarmathy Ferenc, Molnár István: 18 éves fiúban kimutatott invazív húghólyagrak radikális cystectomiával megoldott esete.

Pánykó Éva, Kádás László, Vecsey Dénes: Az ondóhólyag elsődleges rosszindulatú daganatai.

Papp György, Molnár Jenő: A haematospermia okai és differenciáldiagnosztikája.

## MAGYAR RADIOLOGIA

1980. 2. szám

Hetessy Gyöngyi dr. és Horváth László dr.: A Crohn-betegségről.

Patkó András dr., Farkas István dr. és Szelei Éva dr.: Egy ritka epehólyag-betegségről, a mésejteperől.

Szántó Dezső dr.: A polyarthrités chronicus progressiva röntgendiagnosztikájának újabb szempontjait.

Moró Zsuzsanna dr.: A kismencedei lipomatosis által okozott hólyagdeformitás.

Bánki Zoltán dr.: A magzat agyéki gerinchossza és a születési testhossz.

Hangos György dr.: Léprepedés röntgenvizsgálattal összefüggésben.

Vajda Dezső dr.: Új orális epikontrasztanyag: a Falignost tabletta szerzett tapasztalatok.

## MAGYAR

### TRAUMATOLOGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET

1980. 2. szám

Zolczer László, Nemes János, Nyári Tibor, Gyárfás Ferenc: A nem friss és idősült perilunaris ficamok műtéti kezelése.

Kránicz János, Trombitás Károly, Szepesi János: Dongalábás betegek izmain végzett ultrastrukturális vizsgálatok.

Barta Ottó, Bellyei Árpád: A gyermekkori transzitorikus coxitis és a Perthes-betegség.

Bálványossy Péter, Somogyi Szilveszter: Osteosynthesisek késői, lapangó fertőzéses szövődményei.

Kovács Vendel, Pethő Ferenc, Szőke Szabolcs: Veszélyes VII. faktor hiányban szenvedő beteg intracranialis sérüléseinek ellátása.

Jóka István, Kiss Gyula, Simonka János Aurél: A clavicula medialis előléseficamának kezelése.

Bakay Endre, Perlyak György: Discushernia műtét után fellépő csigolya osteomyelitis esete.

Jóka István, Dósa Gábor, Nyirády László: Szögbelevő-pisztyoly okozta sérülés két esete.

Sántha Ernő, Renner Antal, Zimemmann István: Pattanóujj szindróma részleges hajlított-sérülés után.

Sántha Ernő, Renner Antal, Sántha Endre: Korai kontrollált mobilizáció másodlagos invarrat után.

Rupnik János, Csorba Ernő: A kéz kisízületeinek arthrodeseise stabil belső rögzítéssel.

Hady Antal: A kéz sérülések hámtömölői.

M. V. Volkov, O. V. Oganyeszján: Reponáló-kompressziós készülék alkalmazása a csöves csontok töréseinek kezelésére.

Kovácsy Ákos: Nrebus medianus eltávolítása palmaris langus in helyett.

## MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1980. 2. szám

Szarvas Zoltán dr.: Intraíntrikondriális változások a méhnyálkahártya adenocarcinoma sejtekben progresszív kezelés során.

Jármay Katalin dr., Kuthy Enikő dr., Ormos Jenő dr.: A hercatornak fény- és elektronmikroszkópos vizsgálata kísérletes malakoplakiában.

Sátori Ödön dr., Balogh István dr., Rubányi Gábor dr., Kovács Arisztid dr.: Dexamethason hatása a myocardium ultrastrukturájára kísérletes haemorrhagiás sokkban.

Szemenyei Klára dr., Széll Kálmán dr., Kádás László dr.: A tüdő ultrastrukturális elváltozásai akut felhóttkori respirációs distressz szindrómában.

Gallyas Ferenc dr., Romhányi György dr., Fischer János dr.: Módszerek különböző állati szerkezetilemek szelektiv feltűntetésére.

Balogh István dr., Szabó László dr., Slóvik Felicia dr.: Az agy primer malignus lymphomája.

Pao Tihámér dr., Retih Ilyola dr., Kajtár Pál dr.: Az acut lymphoblastos leukaemia patomorfológiája. A lymphoblast sejtmag gyrizátságáról.

Fröhlich Anna dr.: Apoplexiával halálhoz vezető posztirradiációs agynekrosis 33 évvel besugárzás után.

Joós Agnes dr., Máté László, Szinay Gyula dr.: Az operált gyomor szöveti elváltozásai, különös tekintettel a carcinomára.

Kovács Gyula dr.: Kromoszómák részletes vizsgálata tripszin-Giemsa elváltozásai, különös tekintettel a carcinomára.

Kovács Gyula dr.: Kromoszómák részletes vizsgálata tripszin-Giemsa savtechnikaival.

Rex-Kiss Béla dr.: A humán immunoglobulin polimorfizmusok új nomenklaturája.

Balogh István dr.: Biztonsági öv által okozott izolált fedett pancreas sérülés.

## MEDICUS UNIVERSALIS

1980. 2. szám

Mosonyi László dr.: A belgyógyászati mai helyzete öt évtized tapasztalatainak tükrében I. Bakteriális és vírusos megbetegedések.

Arnold Csaba dr.: A körzeti orvos hipertónia gondozása.

Kollár Lajos dr.: Az immunológia alapjai.

Péter Árpád dr.: Falusi körzeti orvosi rendelő betegforgalmának és a nyilván-tartásba vett morbiditásának elemző vizsgálata II.

Graber Hedvig dr., Árr Magdolna dr., Ternovszky Éva dr., Magyar Tamás dr.: A Cefalexin (szájon át adható cefalosporin) antibakteriális hatásáról és klinikai értékeléséről.

Perjési Klára dr.: Érszűkületi megbetegedések szűrővizsgálata falusi körzetben.

Vas Ádám dr.: A szteroid-terápia veszélyei.

Holló István dr.: Ismét az osteoporosisról.

Venczel Sándor dr.: Az általános orvos szerepe a lakosság egészségének megvédésében szélesebb körű szűrővizsgálatok formájában.

Szántai Imre dr.: Mentál higiéniés viszonyok falusi lakosság körében.

Porkoláb Erzsébet dr.: A Cavinton és a Devincan együttes alkalmazásával szerzett tapasztalataink.

Gyimesi András dr., Pocsay Gábor dr., Iványi Tamás dr.: Tapasztalatok az adrenerg neuronblokkoló Sanegyttel.

## KÓRHÁZ- ÉS ORVOSTECHNIKA

1980. 2. szám

Nagy Miklós: Orvosi kézműszerek általános műszaki követelmény rendszere I. rész.

Czobor P., Vitrai J., Bucsy Gy.: Egy komplex elektrofiziológiai laboratórium koncepciótervezete.

Borbás István dr.: Képzéző száooptikai rendszerek vizsgálata.

Rozzányi Ferenc: Központi orvosi gázellátó rendszer.

Aranyos Sándor: „Az orvostechnika építészeti összefüggései”.

## A tanítvány szemével: Illyés Géza

Szeretett Tanítómesteremre, életem atyai irányítójára, Illyés Géza professzorra emlékezem, aki 110 évvel ezelőtt Marosvásárhelyen született és 1951-ben 81 éves korában távozott közülünk, mint a budapesti Urológiai Klinika ny. igazgatója, a Magyar Tudományos Akadémia rendes tagja.

Illyés Géza 1893-ban fejezte be orvosi tanulmányait. Két évig Kétly Károly mellett a gyakorlati orvostudomány legalapvetőbb tudnivalóit gyűjtötte magába, mert — bár eleve sebészeti szakmára készült — előkészítő tanulmányként fontosnak tartotta, hogy az emberi szervezet betegségeit, valamint különböző szervek betegségei közötti összefüggéseket belgyógyászati klinikán ismerje meg.

1895-ben mint műtönövendék lépett be Dömlinger Gyula professzor jó hírű klinikájára. Sebészi működésének már 3., 4. évében feltűnő érdeklődéssel fordult egy kibontakozó, hazánkban még alig ismert új szakma, az urológiai sebészet felé. Ezekben az években került az orvosi gyakorlatba egy olyan műszer, a cystoscop, amelynek segítségével először lehetett betekinteni egy emberi szervbe, a hólyagba.

Ez a lehetőség valósággal forradalmasította az urológiai szakma előrelendülését. A francia úttörők (Albarran, Guyon, Papin) mellett Illyés Géza 1899-ben az Orvosi Hetilapban ismertette: „A cystoscop alkalmazásának jelen állásáról a sebészetben” című munkájában az új műszerrel szerzett tapasztalatait.

Kortársa volt Korányi Sándor professzornak, aki ebben az időben dolgozta ki a vesék teljesítő-képességének, a vizelet fagyáspontcsökkenésével mérhető nagyon fontos vizsgálati módszerét.

Ezt a módszert Illyés Géza azonnal átültette az urológiai gyakorlatba azzal, hogy a hólyagtűkör segítségével a két veséből azonos körülmények között szeparáltan gyűjtött vizelet fagyáspontcsökkenéseivel haározta meg a két vese teljesítő-képességét. Ez a vizsgálati eljárás kiállta az élet próbáit és mintegy 3 évtizeden át állott a vesék functionális diagnosztikájának szolgálatában, illetve ma is értékes és használatos eljárás.

Kortársa volt K. Röntgen is, aki 1895-ben az általa felfedezett X-sugárzásnak felhasználásával lázba hozta az orvostudományt az egész világon. 1899-ben Tuffier volt az első orvos, aki közleményében megemlítette, hogy a csontok mellett még sor kerülhet a vesék és uréterek röntgenábrázol-

lására is. 1900 májusában kezdett Illyés Géza foglalkozni valóban a vesék és uréterek röntgensugár által láthatóvá tételével és „Az uréterkatheterezés és radiographia” című tanulmányában már 4 beteg történetét ismertette a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1901. ápr. 13-án tartott rendes ülésén. A bemutatott betegeknek uréterkathetereket vezetett fel a vesébe vizeletszeparálás céljából és a gyanús oldalon 1 mm vastagságú ezüst drótszálat tölt fel az uréterkatheterbe és ebben a helyzetben a betegeket „röntgenfény alatt lefényképezte”. Az így készített képeket az Egyesület ülésén bemutatta. A képeket 70 évvel később magam is megnéztem. Előadásában említette azt az elképzelését is elsőként a világon, hogy a vese üregrendszerét láthatóvá lehetne tenni, ha az uréterkatheteren át híg bismuthum subnitricum pépet fecskendeznének a vesemedencébe. Ezt az elgondolását, sajnos nem próbálta ki és erről írta az amerikai Narrath professzor „Renal pelvis and ureter” című könyvében a következőket: „Thus he had first idea of pyelography, but Illyés did not realise it.”

Úttörő munkássága alapján gyorsan ismertté lett a neve külföldön. Kiváló szakmai képessége, tudományos eredményei minden nyilvános szerepléstől viszolygó egyénisége ellenére sem maradhatott azonban elismerés nélkül még hazánkban sem. 1904-ben magántanárrá habilitálták, 1905-ben a Budapesti Poliklinika első urológiai osztályának megszervezésére annak főorvosává nevezték ki. Ezek után szinte elképzelhetetlen lett volna, ha egy olyan határozott, szorgalmas, keveset beszélő, energikus, az akadályok előtt meg nem hátráló, a betegeit megbecsülve szerető és tudományokért rajongó orvos, mint amilyen Illyés Géza volt, nem használja fel emberi erényeit és orvosi képességeit arra, hogy egy hazai urológiai sebészeti iskolát alakítson. Erre céltudatosan törekedett is. Egymás után jelentek meg közleményei, majd egy kisebb tankönyve „A húgyivarszervek sebészi bántalmairól” címen, amelynek nagyobb része a fiatal orvosi szakma gyakorlati kérdéseit és klinikai aspektusait tartotta szem előtt. Ez szükséges is volt. Meg kellett ismertetni munkatársai- val és a magyar orvosi közvéleménnyel is az új szakma, — az urológiai sebészet — gyakorlati értékeit. Mindezt csak úgy érthette el, hogy elvont kísérleti munkák helyett tanulmányaiban azokat a tapasztalatait közölte, amelyeket az urogenitalis traktus betegségeinek felismerésében és sebészi gyógyításában szerzett. Két magyar nyelvű tankönyvet, egy kétkötetes angol nyelvű monográfiát (Surgical urology) és 96 közleményt írt társszerzők nélkül 50 éves orvosi működése alatt. Mai világunkban irodalmi tevékenysége nem tűnik soknak, viszont minden közleménye ma is érdekes és tartalmas. Sokszor hangoztatott elve volt: „Nem a quantum a fontos, hanem a kvalitás. Mert ha van mondanivalója valakinek, az 5 perc alatt előadható, ha pedig nincs, ahhoz félóra sem lesz 'elgondó.'”

Kiváló gyakorlattal rendelkező diagnosztá és biztos kezű sebész volt. Tanítványait naponta figyelmeztette arra, hogy a betegvizsgálatokhoz

szükséges műszereket és optikai eszközöket „gyengéd” kézzel kell alkalmazni. Ilyen volt sebészi munkájában is. Gondosan preparatív műtéti technikával dolgozott és szigorú elve volt az, hogy „mindent jól kell látni és mindent pontosan kell zárni”. Ezt az elvet szolgálta azzal, hogy a műtétek közben még az árnyékmentes lámpák mellett is ragaszkodott az operatőr kézmozdulatait kísérő reflektált fénysugarhoz.

Nem volt meglepő, hogy munkássága ismeretében 1908-ban a Francia Urológiai Társaság az Európában második urológiai klinika megalapítóját és vezetőjét külföldi taggá választotta, majd 1910-ben az American Association of Genito-Urinary Surgens levelező tagja lett.

1913. év fontos esztendő volt életében. Budapest Székesfőváros legrégebb, de patinás és legismertebb kórházában, a Rókus Kórházban 102 ágygyal működő urológiai osztályt létesítettek, amelynek vezető főorvosa Illyés Géza lett, akit a következő év tavaszán c. rk. egyetemi tanár címmel tüntetett ki az Egyetem orvosi fakultása.

A Rókus Kórház népes osztályán gyorsan fejlődött az Európában már jól ismert magyar urológiai szakma. A tanítványok nemcsak a gyakorlati munkában tünnek ki, hanem jelentős tudományos munkássággal önmagukra is, de egyúttal az Illyés-iskolára is felhívták a világ figyelmét. E nagyszerű együttesre felfigyelt a magyar kormány is azzal, hogy 1920 júniusában Illyés Gézát egyetemi nyilvános tanárrá nevezte ki —, a Rókus kórházi osztályát pedig egyetemi klinikává nyilvánította.

A következő években kiváló szakemberek nevelődtek az urológiai klinikán, akik közül ketten magántanári képesítést nyertek, hárman pedig egyetemi nyilvános rendes tanárokká lettek. Sajnos, a tanítványok sokaságából már csak néhányan vannak az élők sorában.

A 30-as években valósággal elárasztották a külföldi, főleg amerikai és japán orvoslátogatók a klinikát. De Európa minden országából tanulmányozták Illyés Géza működését; 1941-ig 226 külföldi látogatót tart számon a vendégkönyv. Három amerikai orvos pedig 2—2 évet, egy román orvos 1 évet töltött a klinikán rendes munkabeosztásban.

Jómagam 1929. nov. 5-én léptem be a klinikára bejáró gyakornokként. Megítélésem szerint nem látszottam valamennyire is fontosnak Illyés professzor számára. Én viszont boldog voltam, hogy 4—5 hónapig tartó klinikai és laboratóriumi munka után bekerülhettem a műtőbe és steril köpenybe öltözve egy reflektorlámpával a kezemben fénysugárral követhetem Illyés professzor minden kézmozdulatát.

1930. és 1931. évben írta meg „Urológia” című könyvét, melyet orvosoknak és orvostanhallgatóknak szánt. A 450 oldal terjedelmű tankönyv az urológiát akkori stádiumában kívánta ismertetni és elsősorban a gyakorlatra, a klinikumra helyezte a hangsúlyt, mellőzve a ki nem forrott elméleteket. A könyv képanyagának és az irodalmi adatoknak összegyűjtésére már én is megbízást kaptam, ami nagyon büszkévé tett. Tudományos mun-

kásságáról beszélgetve ekkor mondotta nekem, hogy ő Markusovszky makulátlan, becsületes elvet követ, amely szerint: „minden theoria csak nézet az igazságról, amelyet az emberiség időszerű ismeretei alapján magának alkot. De midőn ezt teszi, azon tudattal kell tennie, hogy ezzel a bűvárlat lezárva nincs, nem az övé az utolsó szó”.

Tanulságos számomra, hogy 96 tudományos közleménye közül egyikhez sem írta ezt a védjegyet: „előzetes közlemény”. Pedig van 5 olyan közzöttük, amelyeknél meglehetősen volna. Szerénységétől távol állott a megfellebbezhetetlenségnek még a gondolata is. Nem tette azt még a röntgen-ábrázolás bizmuth-poros javaslatáról szóló cikkében sem. Tudta, hogy jöhet még utána jobb és értékesebb is. És mennyivel nagyszerűbb és fel-emelőbb volt az, hogy saját „védjegye” nélkül is tudomásul vette ezt világ és neki ítélte az elismerés és a prioritás palmáját. Neki ítélte annak ellenére, hogy még saját könyvében sem adott ennek hangot és ezért csak az angol, a francia és a német irodalom tartja számon — annak ellenére, hogy magyar nyelven a maga idejében az Orvosi Hetilapban ezt közölte.

1936 nyarán az Urológiai Klinika a Rókus Kórházból a Budapesti Egyetem külső klinikai telepére, mai otthonába költözött. Nagy feladat volt Illyés professzor számára egy meglévő egyetemi klinikán annak teljes átalakításával új és modern urológiai klinikát kialakítani. E feladat végrehajtásával már engem bízott meg és a napi megbeszélések után minden szabad időmet az induló, épülő klinikán töltöttem, hogy professzorom elképzeléseinek megfelelően ellenőrizzem az átépítést, a szerelések munkálatait. Szívesen és lelkesen végeztem ezt a feladatot és örömmel vettem, hogy sok tanítványa közül engem jelölt ki e fontos munkára. A megújult klinika felavatása után meg is dicsért, röviden így: „No, bravo”. Ritka nagy dicséret volt ez a „bravo”. Nagy volt azért, mert azt vallotta, hogy „minden, amit jól és rendben végez az ember, az természetes dolog, és az nem vár dicséretet. A hibákat és rosszat azonban mindig kifogásolni kell”. Tehát nemcsak ritkán dicsért másokat, hanem arra sem adott nagyon lehetőséget, hogy neki valaki kedveset vagy hizelgőt mondjon. Ha mégis előfordult ilyen, erre a kísérletre általában hangtalan, fanyar mosoly volt a válasz. Egyébként is keveset beszélt. A nyilvános szereplés elől, ha tehetette, visszahúzódott, és ezért nem szívesen ült a pódiumon sem. Egyszerűen nehezen hozzáférhető egyéniség volt; szigorú önmagához és szigorú a munkatársaihoz is; mindig a jó munkát követelte meg és soha nem volt igazságtalan a bírálata sem.

Szinte bosszantó volt a pontossága: sem előbb, sem később. Nézte az óráját. Ilyen volt a munkabeosztása is, a napirendje is. Minden délután 4 órakor évszakokra és időjárásra való tekintet nélkül elindult hazulról másfél órás sétájára. Pontos volt abban is, amit mondott, de ugyanezt elvárta környezetétől is. Csak exakt módon lehetett felelni kérdéseire. A legkisebb hazugság is bizalmatlanná tette, különösen a betegekről szóló információkkal kapcsolatosan. „Inkább nem tu-

dom, mint egy kis hazugság” — ez volt az elve. Mégis, ilyen kemény, az emberi méltóságot tisztelő tulajdonságok mellett jó volt a közelében dolgozni. Hozzám, a helyetteséhez, még szigorúbb volt, különösen, amikor vezetésre, becsületességre, a tisztességre és emberi magatartásra tanított.

1941-ben, tisztelet éve után, nyugdíjba ment. Nyugdíjba vonulása előtt 1941. febr. 26-án kelt beadványában az Országos Közegészségügyi Tanácshoz fordult azzal a javaslatlaltal és kéréssel, hogy az országban működő 5 kisebb urológiai osztály mellé még 14 nagyobb városban urológiai osztályt létesítsenek.

Illyés Géza professzor 1941. június 30-án mint aktív egyetemi tanár utolsó alkalommal volt az Urológiai Klinikán, amelyet alapított és ahol iskolát teremtett. Mielőtt a klinikát elhagyta volna, szobájába hívatott. Indulásra készen találtam. Egy barna színű, nagyobb, nyomtatványok küldésére használatos klinikai papírborítékot vett a kezébe, belerakta néhány ceruzáját és egyéb apróságokat az íróasztaláról. Aztán rám nézett és ezt mondotta: „Nem akarok senkitől elbúcsúzni rajtam kívül és Te se kísérsz a kapuig. Ezt kérem tőled és azt, hogy vigyázz mindenre, amit reád bíztam.” Életében először vállamra tette a kezét. Szokatlat volt tőle; én is nagyon elérékenyültem. Aztán kezét szorított velem és úgy ment el, ahogy kívánta. Nem tudta senki a klinikán rajtam kívül, hogy eltávozott — és holnap már nem jön be. Nem is látta senki, amikor kilépett abból a klinikai épületből, ahol az emberi életekért és a magyar urológia felvirágztatásáért annyit harcolt. Csak én néztem az ablakon át szálfegyenes tartású, szeretett mesterem után, kissé homályos tekintettel kísérve őt, amint gépkocsijához ment.

Eltávozása nagyon keserves volt számomra. Bárhová léptem a klinikán, mindenütt ott láttam és vártam. Idegen lett a környezetem is és ezért különös örömet okozott, hogy a Pajor Szanatóriumi műtéteihez a későbbiekben is asszisztensnek invitált. Sokszor találkoztunk a magánéletünkben is és érdekelte életem minden mozzanata. Én pedig, a 32 évvel fiatalabb, mint egy gyermek tekintettem fel rá, szívtam magamba minden okos tanácsát.

A háborús idők alatt és utána rajtam kívül nagyon kevés emberrel tartotta a barátságot. A felszabadulás után alig vártam a lehetőségét annak, hogy budai otthonában felkeressem. Nagyon örültünk a viszontlátásnak, és én különösen annak, hogy rendszeresen meg fog látogatni a klinikán.

Valóban, hetenként eljött a klinikára és élvezte, hogy iskolája zavartalanul működik az általa megadott és megszokott módon.

1949-től ő lett az Akadémián a Biológiai és Orvosi Osztály elnöke, én pedig mint új akadémiai tag mellette ülhettem. Élvezte a megújulást, és emlegette a hosszú délutáni sétáit. És bár kellőképpen elviselni az öregedést a bölcsesség mesterműve és egyik legnehezebb része az élet művészetének, Illyés Géza nagy volt ebben is. Nem mondott le semmit az életből sem naponta, sem apránként, de nem is figyelmeztette az öregedés-

re semmi sem. Egészséges volt mindig és váratlanul távozott az életből.

Gyakran gondolkodok tanítómesteremre és mindig hálás szeretettel. Kérésre Győry Dezső szobrászművész elkészítette Illyés Géza mellszobrát, amelyet a klinika folyosóján helyeztünk el, mert minden orvosnak minden nap éreznie kell, hogy a klinika alapítójának állandó tisztelete, múltjának megbecsülése a felemelkedésünk előfeltétele. A szobor legyen példája az elődöknek kijáró tiszteletnek, mert aki nem olyan szerény, mint Illyés Géza, aki csak önmagát tiszteli vagy az önmagához hasonlót, az senkit sem tisztel.

Babics Antal dr.

## Adolf Strümpell (1853—1925)

*Strümpell*, a belgyógyászat és a neurológia egyik legnagyobb egyénisége, 55 évvel ezelőtt halt meg. Nevével, a róla elnevezett kórképekkel, tünetekkel mindennapi szakkönyveinkben és gyakorlatunkban találkozunk.

1853. június 28-án Neu-Atz-ban született. Gyermekezeit, fiatalágát Dorpatban töltötte, ahol édesapja az egyetem filozófia- és pedagógiai tanára volt. Egyetemi tanulmányait 1870-ben Dorpatban — az észtsországi Tartuban — kezdte, majd a család költözése miatt 1872-től Lipcsében folytatta, ill. fejezte be. Tanárai közül említésre méltó a belgyógyász *Wunderlich* és a sebész *Thiersch* és a szülész-nőgyógyász *Credé*. 1875. április 29-én avaták orvosdoktorrá, 1875-től az egyetemi élettani intézetben dolgozott, majd 1876 elején a belgyógyászatban megüresedett állást foglalta el. Volt tanítómesteréhez, *Wunderlich*hez került. Annak halálát követően *Wagner* lett a klinika igazgatója. Az interregnum alatt *Strümpell* nem tartózkodott Lipcsében: még *Wunderlich* támogatásával bécsi tanulmányutat tett 1877—1878-ban. *Strümpell* különböző előadásokra járt, hallgatta *Hebrát* is. Nagy élményt jelentett számára, hogy még találkozhatott *Škodával*. Visszatérve Lipcsébe, *Wagner* vezetésével készült el magántanári habilitációjával 1878-ban. Lipcséről úgy nyilatkozott, hogy „a neurológiai kutatás fővárosa” volt.

1881-ben született meg a terv, hogy belgyógyászati tankönyvet ír. 30 éves korában, 1883 márciusában készült el az 1. kiadás 1. kötete, a 2. kötet még ugyanezen évben, a 3. kötet 1884-ben jelent meg. Művének a *Lehrbuch der Spezielle Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten* címet adta. 1934-ig — 9 évvel túlélve szerzőjét — összesen 32 kiadást ért meg és számos nyelvre, többek között japánra és törökre is lefordították. Az évek folyamán a mű kétkötetes lett, de nagyobb formátumú és mintegy 2000 oldalas.

Időközben *Strümpell* 1882. október 1. és 1883. március 31. között Lipcsében gyakorló orvosként



dolgozott. Ugyanis Wagner közölte, hogy asszisztensi állását, amelyet már több mint 5 éve töltött be, nem hosszabbítja meg. Közbevetőleg jegyezzük meg: sajnos, néhány évtizeddel azelőtt már volt ilyen szomorú példa az orvostörténetben: gondolkunk *Semmelweisre*...!

*Strümpell* 1883. április 1-től a lipcsei Belgyógyászati Poliklinikán rendkívüli tanár lett. 1884-ben részt vett a koppenhágai nemzetközi orvoskongresszuson, ahol *Pasteur* és *Virchow* előadását hallgatta. Könyve alapján Erlangenbe nyilvános rendes tanárnak hívták meg. 1886. májusban került sor első klinikai előadására, témájaként a coma diabeticumot választotta. 17 éven át Erlangenben működött, közben aktív tudományos munkát is végzett. 1891-ben *Erb*, *Schultze* és *Lichtheim* társaságában megalapította a *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* című folyóiratot. Célja elsősorban a belgyógyászat, neurológia és pszichiatria számára közös fórum biztosítása volt. Az 1892–1893-as tanévben prorektor lett. Közben ünnepelte az erlangeni egyetem alapításának 150. évfordulóját — 1743. november 4-én alapították —, az ünnepségsorozat irányítója *Strümpell* volt. 1889-ben tartotta esküvőjét Lipcsében *Martha Langerhans*-szal, 4 leánygyermekük született.

1903-ban az átmenetileg Németországhoz tartozó Breslau (a lengyel Wrocław, középkori magyar néven Boroszló) egyetemére hívták meg, ahol 6 éven át dolgozott. A következő állomás — ahogy *Strümpell* írja: intermezzo — Bécs, ahová 1909-ben hívták meg, a III. Belgyógyászati Klinika élére. 1910-ben *Strümpell*t Lipcsébe hívták meg, ahol haláláig vezette a Belgyógyászati Klinikát. Kezdetben 800 (!) ágy tartozott hozzá. Kutatott, gyógyított, oktatott, közben 1816-ban rektorként is működött. Hatvanadik és hetvenedik születésnapját méltón ünnepelték, több tanulmány is megjelent ezekre az alkalmakra, a *Dtsch. Zschr. Nervenheilk.*-ban és a *Münc. Med. Wschr.*-ben. *Bumke*, a lipcsei egyetemi Pszichiatriai és Neurológiai Klinika igazgatója 1923-ban a *Neurologie und Psychiatrie* című ünnepi tanulmányát így fejezte be — utalva a belgyógyász *Strümpell* értékes neurológiai mun-

kásságára: „*Strümpell* tanítónk és vezetőnk a legsajátabb területünkön is.” Ismét kínálkozik összehasonlítás: ezúttal *Pasteur*re hivatkozunk, aki vegyészként kiemelkedő orvosi felfedezéseket tett.

*Strümpell* 1923 telén jobb alsó végtag erysipelásban betegedett meg. 72 éves korában, 1925. január 10-én halt meg tüdőgyulladás következtében. Néhány nappal azelőtt még klinikáján vizitelt, „teljes egészségben és aktivitással”, mint a megemlékezésben a *Münc. Med. Wschr.* közli. *Strümpell*-ről nem feledkezett meg az utókor. Klinikáján emléktáblát, mellszobrot helyeztek el. A *Münc. Med. Wschr. Galerie hervorragender Ärzte und Naturforscher* címmel mellékletként sorozatot bocsátott ki, a neves tudósok fényképeinek sorában *Strümpell*ével is találkozunk. *Velhagen*, a híres szemész visszaemlékezéseiben írja: egyetemi hallgatóként abban a szerencsében részesült, hogy az akkori német orvostudomány leghíresebb egyéniségeit hallgathatta: *Strümpell*t, *Sauerbruch*ot, *Aschoff*ot, „mindegyik mély benyomást gyakorló személyiség volt”. *Strümpell* születésének 125. évfordulója alkalmából születésnapján, 1978. június 28-án a lipcsei Belgyógyászati Klinika *Strümpell*-Emlékülést rendezett. Az ülésen *Strümpell* családjának tagjai, köztük egyik leánya és unokája, a szintén belgyógyász *Ingrid Müller-Bühl* főorvosnő is jelen volt. Köszöntötték az egyik orvost és ápolónt is, akik annak idején a klinikán dolgoztak.

#### *Strümpell magyarországi vonatkozásai*

*Strümpell* leírja visszaemlékezéseiben, hogy személyesen is jól ismerte *Liszt* leányát, *Cosima Wagnert*. Bécsi tanársága idején pedig megismerkedett egy magyar házaspárral, akikkel Budapestre látogatott. Együtt mentek el egy Budapest közeli helységbe is, ennek nevét azonban nem említi. Egy másik alkalommal pedig Dél-Magyarországra utazott, ahol „minden felejthetetlen” volt. Életrajzi könyvében többször is kitér arra, hogy szerette *Liszt* zenéjét.

#### *Strümpell és Lenin találkozása*

Amikor *Lenin* megbetegedett, *Foerster* breszlai orvos kezelte. Több kollégát hívott konzíliumba, *Strümpell*t is — ez 1923-ban volt. *Strümpell* így foglalja össze az eseményt könyvében: „Emlékezem... más német orvosokkal történt meghívásomra Moszkvába, *Lenin* betegágyához.”

#### *Strümpell egyéniségéről*

*Strümpell* bekapcsolódott Lipcse kulturális életébe is. Közvetlen kapcsolatban állt a *Gewandhaus*ban koncertező művészekkel. Opera- és koncertlátogató volt. Főleg *Donizetti*, *Bellini*, *Auber*, *Flotow*, *Wagner*, *Mozart*, *Chopin*, *Beethoven*, *Schumann*, *Haydn* és *Mendelssohn* muzsikáját szerette. Bécsben személyesen is megismerte *Brahms*ot. A zene iránti szeretetet szüleitől „örökölte”, maga is aktívan hegedült. Az egyik tanítványa említi: a tanszékvezetés számos elfoglaltsága mellett szakított időt arra, hogy minden nap fél órán át hegedüljön. *Strümpell* személyéről úgy fogalmaznak

életrajzírói, hogy kiegyensúlyozott, harmonikus alapszemélyiség volt, aki „mindenben csak a jót látta meg”, kerülte a világgal való összeütközéseket, mert számára a feladat, a munka volt a fontos és elsődleges. „Egyszerű életsílus” jellemezte; „valódi szívéllyesség”, mint az egyik lipcei tanártársa mondotta. Alapvetőnek tartotta, hogy a betegeknek segítséget és reményt kell nyújtani. Kollegialitás, etikai érzék — ezek a tulajdonságai eredményezték, hogy soha nem foglalkozott prioritási kérdésekkel.

#### *Strümpell tudományos munkássága*

*Strümpell* irodalmi munkásságának jegyzéke, nem számítva a több részes munkákat, 118 művet sorol fel. Külön munkát szentelt az anamnesis jelentőségének: hangsúlyozta, hogy az anamnesis készítése betekintést biztosít a beteg személyiségébe és gondolkodásmódjába is, alkalmas arra, hogy a betegben növekedjék az orvos iránti bizalom. Annyira az orvos—beteg kapcsolat alapjának tartotta az anamnesis felvételét, hogy ezt mindig a tantermi előadások és vizitek során is személyesen végezte. Foglalkozott aktuális népegészségügyi kérdésekkel is: felhívta a figyelmet az alkoholizmus egészségkárosító hatásaira és szociális vonatkozásaira is. Megfigyelte, hogy számos kórfolyamat pszichogén eredetű és pszichés úton befolyásolható. Bevezette a „traumás neurosis” fogalmát, erről 1893-ban a wiesbadeni XII. Belgyógyászati Kongresszuson referátumot tartott. Különösen fontos munkái, eredményei: 1886-ban leírta a spastikus spinalis paralyzist; 1887-ben a „tibialis phenomenon”-t; 1891-ben a polymyositist; 1897-ben a spondylarthritist ankylopoeticát — amely később az első német—oros—francia leíró alapján *Strümpell—Bechterew—Marie* nevet kapta; 1898-ban a pseudosclerosis volt a témája, amiről 1883-ban *Westphal* írt, ezért csak 1912-ben csatlakozott a részletes körleíráshoz, majd *Strümpell* 1920-ban összegezte a pseudosclerosis tudnivalóit; 1899-ben írta le az ugyancsak róla elnevezett „Bein-phenomen”-t. Könyvet írt a klinikai betegvizsgálat menetéről, a tabes dorsalisról, a klinikai oktatásról, a vérkeringésről és az arteriosclerosisról, a háborús ideg-elme sérülésekről, az idegrendszeri megbetegedések diagnosztikájáról, vizsgálatáról. Könyveinek egy része több kiadást is megért; néhányat társszerzőként írt. Híressé vált önéletrajzi könyve, amely egyúttal ragyogó korrajz is, 1925-ben jelent meg: „Egy német klinikus életéből” címmel. „Gyermekeimnek és tanítványaimnak ajánlom” — olvassuk a könyv elején. *Strümpell*nek emléket állító sorainkat e művének záró gondolatával fejezzük be: „A javakból, amelyekkel az ember rendelkezik, másoknak átadni: a legnemesebb, amit az ember az életben tehet.”

A szerző köszönetét fejezi ki *I. Müller-Bühl dr.*-nak, *Prof. H. Köhler dr.*-nak, *Prof. W. Ries dr.*-nak, *Prof. H. H. Simmer dr.*-nak, *Prof. G. Geyer dr.*-nak, *H. Wyklicky dr.*-nak, *R. Kässner*nek.

IRODALOM: 1. *Albrecht, G., Hartwig, W.* (Hrsg.): *Ärzte Erinnerungen. Erlebnisse, Bekanntschaften.* Buchverlag Der Morgen, Berlin, 1973. S. 615. — 2. *Albert,*

*H.* (Hrsg.): *Medizinische Literatur- u. Schriftsteller-Vademecum 1907/1908.* Franke et Scheibe, Hamburg, 1908. S. 458. — 3. *Albrecht, B., Albrecht, G.* (Hrsg.): *Diagnosen. Ärzte Erinnerungen aus dem 20. Jahrhundert.* Buchverlag Der Morgen, Berlin, 1974. — 4. *Anders, G.*: *Innere Medizin* (in: *Geschichte der Medizin.* Hrsg.: *Mette A., Winter, I.*) Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1968. S. 336. — 5. *Bumke, O.*: *Münch. Med. Wschr.* 1923, 70, 202. — 6. *Feudell, P.*: *Z. ges. inn. Med.* 1978, 33, 781. — 7. *Kolle, K.*: *Adolf Strümpell (1853—1925)* (in: *Grosse, Nervenärzte. 22 Lebensbilder.* Band 3. Hrsg.: *Kolle, K.*) Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1963. S. 184. — 8. *Lejeune, F.*: *Leitfaden zur Geschichte der Medizin.* Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1943. S. 164. — 9. *L. R. M.*: *Szerk. közl. Münch. Med. Wschr.* 1923, 70, 813. — 10. *L. R. M.*: *Szerk. közl. Münch. Med. Wschr.* 1925, 72, 32. — 11. *Pitroff, R.*: *Die Lehrer der Heilkunde der Universität Erlangen 1843—1943 und ihr Werdegang.* Inaugural-Dissertation zur Erlangerung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen—Nürnberg, 1964. S. 125. — 12. *Schwartz, C.*: *Personalbibliographien der Lehrstuhlinhaber der Fächer... Innere Medizin... an der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen im Zeitraum von 1850 bis 1900.* Inaugural-Dissertation zur Erlangerung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen—Nürnberg, 1969. S. 95. — 13. *Velhagen, K.*: *Ein Leben für die Augenheilkunde* (in: *Ärzte Erinnerungen, Erlebnisse, Bekanntschaften.* Hrsg.: *Albrecht, G., Hartwig, W.*) Buchverlag Der Morgen, Berlin, 1973. S. 15. — 14. *Vértes, L.*: *A. v. Strümpell und die ungarische medizinische Literatur.* Előadás. *Strümpell-Emlékülés.* Lipse, 1978. június 28.

*Vértes László dr.*

## G. Flaubert (1821—1880) és az orvosok

Alig nyilvánul meg bárkinél is határozottabban, hogy orvoscsaládból való származása, orvosi tanulmányai annyira döntőek lettek volna irodalmi tevékenysége tekintetében, mint a száz éve elhunyt *Gustav Flaubert*nél. Apja a roueni Hôtel Dieu Kórház sebész főorvosa és egyben az Orvostudományra és Gyógyszerészetre Előkészítő Iskola igazgatója, aki messzi környék orvos- és gyógyszerész-nevelésében, szemléletének kialakításában fontos szerepet töltött be. Bátyja *Achille* sebészorvos, aki hivatásának lelkiismeretes munkájával mint apja utóda a roueni kórház sebész főorvosaként szerzett osztatlan elismerést. Anyai nagyapja *Fleuriot dr.* Pont Eveque városának volt orvosa. Legkedvesebb barátja, a fiatalon elhunyt, nálunk csak kevésbé ismert költő, *Louis Bouilhet* (1822—1869) maga is gyakorló orvos, aki apjának volt tanítványa.

Kora ifjúságától kezdve írói tevékenységgel kísérletezett. De úgy érzi, hogy korának irodalma hazug, eltér a mindennapok állandóan tapasztalható valóságától. Nehezen határoz eljövendő életpályája felől. Végül is orvosi tanulmányokat kezd. Érdeklődése azonban csak az elméleti — bázis — tárgyakra terjed ki. A gyógyítást magát és a csa-

ládja és baráti köre által gyakorolt sebészetet idegennek érzi. Ő „csupán” az életet és az embert kívánja, de minél alaposabban megismerni. Hajlamai teljesen az irodalom felé irányítják. Orvostanhallgatóként és orvosok családjában felnőve másoknál világosabban ismeri meg az emberi természet sokrétűségét. *Bovary*néről írott regényével a ma irodalmának alapvetően új irányzatát teremtette meg. A regény hősei *Flaubert* által jól ismert, valóban élt személyek és a történet maga is megfelelt a valóságnak. *Bovary*né asszony valójában *Couturier* orvos felesége. 27 éves korában, 1848. március hó 7-én hunyt el. A regény férfi főhőse *Eugene Delamare* gyakorló orvos. A történet a *Crevon* völgyében, a *Rouen* és a *Lyons* la *Foret* között fekvő *Ry* városkában játszódott le. *Flaubert* a regényében a *Rieule* völgyében fekvő *Yonville-l'Abbaye* városkát jelöli meg a történet helyeként — valójában sem a folyó, sem a városka nem is létezik. De a helyleírás mindenben megfelel a tényleges történet színhelyének. Nemcsak a regény két főhőse ismert személyiség. *Larivière dr.* alakjában *Flaubert* saját édesapját formálta meg a feltekintő gyermek szeretetével. Amint *Roger Vaultier* francia irodalomtörténész megírta *Flaubert* e regényében a szereplő személyek többé-kevésbé mind az orvostársadalomhoz tartoztak, akiknek életét, gondolkodását, viselkedését éppen saját környezete alapján jól ismerte és ennek megfelelően a valósághoz hűen meg is rajzolta. A szerző a későbbi korok naturalista íróinak példát mutatva meglepő alaposággal és feltűnő, szinte a pedantériáig menő precizitással írta le regényének valamennyi jelenetét. *Raoult* apó lábtörésének helyretételét a legnagyobb szakszerűséggel rögzítette. Nem véletlen, hogy *Hyppolit*nak, az istállófiúnak *Charles Bovary dr.* a dongalábát operálja meg és erről az akkor még alig ismert sebészeti beavatkozásról annyira megbízható, alapos leírást apja tanítványának és barátjának, *Vincent Duval dr.* sebésznek a dongaláb gyakorlati kezeléséről írott könyvéből vette át, amely könyvet *Duval* apjának ajánlott és amely munkára nyilván az egykori tanítványára büszke apa a fiának megmutatott. A könyv ismerete vezette *Flaubert*-t ennek az orthopédiai kórképnek a regényében történt szerepeltetésére és a helyes műtéti eljárás irodalmi értékű leírására. Ahol pedig a szükséges orvosi szakismeretekkel nem rendelkezett, ott orvosbarátait, elsősorban *Bouilhet dr.*-t kérdezte meg, az azoktól nyert levélbeli feleleteket szinte szó szerint idézve hasznosította regényében. *Flaubert* levelezését kiadták és így a regény elkészülésének időbeliségével a megfelelő levelek is kiválaszthatókká és összevethetőkké váltak.

Későbbi regényeiben az orvosi vonatkozások nem ennyire nyilvánvalóak, bár „Az érzelmek iskolájá”-nak — *Éducation sentimentale* — egyik fontos szereplője ismét orvos: *Vaucorbeil dr.* — akinek tényleges személyét *Flaubert* levelezéséből szintén ismerjük.

*Flaubert*-nek az orvosokkal való szoros érintkezése az orvostudománnyal szemben később bizonyos mértékű szkepticizmushoz is vezetett. Unokahúgának betegségében az orvos rendelkezésétől eltérően más, népi gyógy módot javasolt — sikerrel. *George Sand*nak, a neves írónőnek, amikor rheumás fájdmaktól szenvedett, *Achille* bátyjára hivatkozással a gyógyszeres kezelés helyett *Aix en Savoie* gyógyfürdőjének igénybevételét javasolja, ahol az író panaszai valóban lényegesen enyhültek. Saját magát is állandóan figyelő betegségre utaló tüneteket keresve — és nem ritkán okkal vagy indokolatlanul — meg is talál. Tipikus hipochondriként szinte minden betegséget fel ismerni vél magán. Úgy érzi, hogy megerőltetés esetében fejét előnti a vér, arca vörössé válik, ezért *Saint Gervaisbe* utazik, hogy ott kezeljék és „fehérítsék ki a bőrét” és hogy hozzák rendbe az idegeit. Fejfájások gyötrik, amelyek eredetét ő neurózisára vezeti vissza. Szerinte a „neurózis” szó egyszerre fejezi ki a megbetegedési jelenségek nagy csoportját és az orvos urak tudatlanságát. Vajon ez a betegség az aglyagululás kezdetét jelenti-e?” Így amint a neves francia orvostörténészek *Léon Binet* és *Pierre Valléry Radot* egyaránt leírják, mindenmű orvosi tanácsot, előírást elutasít, vagy legalábbis magára nézve nem tart kötelezőnek. A gyógyuláshoz helyes diétás előírást saját részére a jó borban, ízes sörben és kitűnő sültkel kellemes fogyasztásában látja. *Madame Bovary* új irányzatot kezdeményezett a literatúrában, amikor a társadalom, az ember megismerését és valóságghű ábrázolását tűzte ki az irodalom céljaként. Hogy ezt az irányzatot orvosi környezetben élt és orvosnak tanult kiváló író teremtette meg, sok tekintetben büszkesége az orvosi társadalomnak is.

Bugyi Balázs dr.

## Halottaink

*Taródi Béla dr.* (szül. 1906) szolnoki rendelőintézet nyugdíjas fogász főorvos 1979. XI. 24-én;

*Tóth Kálmán dr.* (szül. 1900) monori rendelőintézet nyugdíjas felülvizsgáló főorvos 1979. XII. 7-én;

*Török Mária dr.* (szül. 1937) pécsi rendelőintézet szakorvos 1980. I. 14-én;

*Thury István dr.* (szül. 1905) budapesti rendelőintézet nyugdíjas nőgyógyász felülvizsgáló főorvos 1979. XI. 23-án;

*Varga István dr.* (szül. 1904) szegedi nyugdíjas iskolaorvos 1979. X. 23-án;

*Vas Marcell dr.* (szül. 1902) budapesti kórházi nyugdíjas igazgató főorvos 1979. X. 21-én;

*Wiedemann István dr.* (szül. 1903) budapesti nyugdíjas epidemiológus 1979. XI. 13-án;

*Zombori Jenő dr.* (szül. 1925) leninvárosi üzemorvos 1979. X. 25-én elhunyt.

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra!





CHINOI BUDAPEST

# SENSIT<sup>®</sup>

drazsé

## CORONARIA DILATATOR



A Sensit új típusú koszorúsér-tágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz-aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxia-toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúsereket, fokozza a coronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz-situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardias panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerin-igény.

#### ÖSSZETÉTEL

Drazsénként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

#### JAVALLATOK

Koronária-elégtelenség, angina pectoris, coronaria-sclerosis, a szívinfarktus megelőzése és utókezelése.

#### ELLENJAVALLAT

A szívinfarktus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetén alkalmazható.

#### ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 drazsé.

#### MELLÉKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság vagy allergiás jelenségek szórványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

#### FIGYELMEZTETÉS

Májbetegek huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés.

Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

#### MEGJEGYZÉS

✘ Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

#### CSOMAGOLÁS

50 db drazsé

Térités: 2,70 Ft



CHINOI  
BUDAPEST

# CHINOFUNGIN<sup>®</sup>

spray

FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Misroporon canis*, *Epidermophyton floccosum*, továbbá *Malassezia furfur* okozta fertőzések esetén. Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

#### ÖSSZETÉTEL

1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackként, olajszerű folyadékban.

#### JAVALLATOK

Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban *erosio interdigitalis mycotica*, továbbá *tinea versicolor*, *trichophytia superficialis*, *epidermophytia inguinale*, *ekzema mycoticum*, *rubrophytia*, *intertrigo mycogenes*. *Onychomycosis*ban adjuváns kezelésre.

#### ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése ellenjavalt.

#### MELLÉKHATÁS

Bőrrirítáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

#### ALKALMAZÁS

Szappanos, melegvizet lemosás után naponta 2-szer permetezzük a gondosan leszártított bőrfelületre, 15–20 cm távolságról, a függőlegesen tartott palackból.

#### FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhögtető) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

#### MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

#### CSÖMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Tértítés: 8,60 Ft



## Szív- és keringési betegségek

**Chronikus coronaria szűkületek percutan transluminális dilatációja.** Grüntzig, A. és mtsai (Department für Innere Medizin, Med. Poliklinik, Universitätsspital, Zürich): Schweiz. Med. Wschr. 1978, 108, 1721—1723.

A szerzők előzetes kísérletes, postmortalis intraoperatív vizsgálatok után 1977 szeptemberében először végezték el egy chronikus coronariastenosis percutan dilatációját.

Eszközül egy kettős katétert használtak (vezetőkátéter és dilatációs katéter), majd a ballonkatéterrel a megfelelő helyre eljutva, 5 atm. túlnyomással megszüntették a stenosiszt.

Egy év alatt 29 betegen alkalmazták a módszert (34—73 év). Három betegen a stenosis olyan szűk volt, hogy a katétert nem lehetett a kívánt helyre felvezetni.

Ezeket megoperálták. Három betegen a beavatkozás kapcsán infarctus alakult ki. Elsődlegesen jó effektus mutatkozott 23 betegen (79%), két beteg panszai nem javultak. Egy hónapon túl jó volt az eredmény 21 betegen (71%) — beleértve az objektív vizsgálati eredményeket (terheléses EKG, thalliumperfúziós scintigraphia stb.).

Indicatiós terület: 1. Egy évnél frissebb anginás fájdalom. 2. A fő coronariaágak proximális, subtotális, koncentrikus szűkülete.

*Gesztesi Tamás dr.*

**Renovascularis hypertonia: gyógyítás percutan transluminális dilatációval.** Kuhlmann, U. és mtsai (Department für Innere Medizin, Med. Poliklinik, Universitätsspital, Zürich): Schweiz. Med. Wschr. 1978, 108, 1847—1850.

Az arteriosclerotikus vesearteria stenosis műtéti korrekciója 63,4%-ban vezet eredményes tensio csökkenéshez. Gyakori, hogy idősebb betegekben generalizált érelmeszesedésnél, vagy veszélyes vesefunkció beszűkülésnél az aránytalanul magasabb letalitás miatt a műtét megfontolandó.

Ha a vesearteria stenosisa mellett súlyos coronariasclerosis is van a betegnek, a műtéti mortalitás 22,4%, és ugyanannyi, ha a se-creatinin 1,4 felett van.

A szerzők kidolgozták az arteriosclerotikus vesearteria + stenosis transluminális dilatációjának metodikáját, egy erre a célra kialakított kettős lumenű dilatációs katéter felhasználásával. Módszerüket hat betegen alkalmazták, akik egyoldali

súlyos szűkületeket mutattak, tenziójuk nehezen volt gyógyszerekkel befolyásolható. A beavatkozást local anaesthesiában, femoralis behatolásból végezték el, szövődmenyt egy esetben sem észleltek.

A tenzió minden esetben csökkent; az érintett oldalon a plasmaátfolyás szignifikánsan emelkedett: a stenosis előtti és utáni nyomáskülönbség csökkent.

Egy betegen három hónap múlva újra kialakult a szűkület. Két veselégtelenségben szenvedő beteg ilyen irányú paraméterei javultak.

*Gesztesi Tamás dr.*

**Coronaria spasmus, mint a myocardialis infarctus lehetséges oka.** Maseri, A. és mtsai (Fiziológiai Intézet, Orvosi kar, Pisai Egyetem): New Engl. J. Med. 1978, 299, 1271.

1973. január—1977. december között 187 beteget figyeltek meg intenzív, ill. subintenzív coronaria-örzében. A betegeknek ismétlődő, nyugalmi anginái voltak, dokumentált ST-szakasz elváltozással. Haemodynamikai monitorozást, thallium scintigraphiát és coronarographiát végeztek 76 betegen, mindhárom vizsgálat azonban csak 8 betegen történt. 5 betegen, akiknél a jobb és bal kamra, pulmonaris és aorta nyomást monitorozták, 30 ST-szakasz elevatiót, 37 T-hullám változást és 18 ST-szakasz depressziót figyeltek meg.

A fájdalom mindig az ST-szakasz változást követte, nem ritkán percekkel, a regisztrált ST-változások 40%-a pedig aszimptomatikus volt. Soha nem észleltek szívfrequencia, systolés vérnyomás változást az ST-szakasz és T-hullám változások fellépte előtt, csak utána, kifejezetten akkor, ha az epizódot fájdalom is kísérte. 5 betegen, ST-szakasz változással kísért anginás rohamban elvégzett myocardialis scintigraphia masszív deficitet mutatott ki a myocardiumban az ST-szakasz változásnak megfelelően. Coronarographia során mind az 5 betegen súlyos, de reversibilis coronaria spasmust dokumentáltak.

Sublingualis nitroglycerin adásakor az angina és a vasospasmus minden betegen megszűnt. Egy esetükben a coronarographia alatt a reversibilis rohamot tartós, nitroglycerinnel nem befolyásolható mellkasi fájdalom követte persisztáló ST-elevációval, már az előzőekben is kimutatott vasospasmussal. A beteg pulmonalis oedema és shock következtében 6 óra múlva meghalt. A kórbonctani

vizsgálat a bal coronaria elülső, leszálló ágának részleges recanalizációját és a körbefutó ág 90%-os stenosisát mutatta. Friss elzáró thrombus, a myocardiumban infarctus nem volt kimutatható.

2 betegen végeztek az infarctus után, a későbbiekben coronarographiát, mindkét esetben az occlusio az előző vizsgálatnál kimutatott 90%-os stenosis, ill. az angiospasmus helyének megfelelően volt.

Következtetések: angina alatt a myocardium vérellátásának csökkenése és coronaria spasmus figyelhető meg, mely a coronaria atherosclerosisának súlyosságától független. A reversibilis ischaemiás epizód, melyet az ST-szakasz változása jellemez, nem különbözik az infarctushoz vezető történéstől. Nem lehet megmondani, melyik epizód reversibilis, és mi az az ok, mely az infarctust kiváltja. Intravasculáris thrombus az irreversibilis ischaemiás epizódokban másodlagos faktorként szerepelhet, mint a vasospasmus következménye. A felszabaduló thromboxan A-2 tovább potenciálhatja azt, és az ér egész hosszára kiterjedhet.

*Östör Erika dr.*

**Coronaria spasmus és akut myocardialis infarctus — a kezelés és megelőzés új lehetősége.** Braunwald, E. (Harvard Medical School, Peter Bent Brigham Hospital, Boston): New Engl. J. Med. 1978, 299, 1271.

Mielőtt Maseri és munkatársai meggyőző megfigyeléseit a betegek széles körére alkalmaznánk, a következőkre kell felhívni a figyelmet. Beteganyaguk speciális volt, mert 1. kórházi felvételük nem myocardialis infarctus, hanem ismétlődő, nyugalmi angina miatt történt, 2. e betegek közül többen kaptak infarctust (20%), mint az pl. „unstable” anginások között várható lett volna, 3. többségükben az ST-szakasz elevatio lépett fel monitorozás alatt, míg „unstable” anginások között e jelenség csak kb. 30%-ban figyelhető meg.

Az ST-szakasz elevatio transmuralis ischaemiát jelent, Prinzmetal anginára jellemző inkább, mint típusos, terheléses vagy nyugalmi anginára. Nem tudhatjuk tehát, hogy a leírt coronaria spasmus, ill. a Maserié által megfigyelt pathogenetikusan mechanizmus milyen gyakorisággal szerepel válogatás nélküli beteganyagban. Azonban, ha a coronaria spasmus jelentős szerepet játszik, ebből egész sor therapiás lehetőség kínálkozik.

Elsősorban coronaria tágitók kaphatnak szerepet: nitroglycerin, nifedipin (dihydropyridin derivát). Gyógyszerek, melyek a thrombus aggregációját gátolják: aspirin, indomethacin, sulfipyrazon, dipiridamol adása szintén szóba jön. Miután a coronaria resistentia fo-

kozása, a kiserek neurogén spas-musa a sympathicus idegek útján, az alfa receptorok közbeiktatásával történik, e receptorokat blokkoló agensek alkalmazása, és így a spasmus megelőzése is felvetődik. Fontosnak látszik, hogy ne blokkoljuk a coronariák vasodilatációját — propranolol gátolja a béta—2 receptorok stimulációjakor fellépő vasodilatációt! A nem selectiv béta blokkolók adása végzetes lehet olyan betegekben, akiknek a coronaria spasmus az elsődleges és a myocardium oxigénellátásának csökkenése csak ennek következménye. E teoretikus megfontolásokat tisztáznunk lehet cardioselectiv béta blokkolók vizsgálatával, mert ezek nem blokkolják a béta—2 receptorokat. Coronaria vasodilatatorok alkalmazása elvben még az infarctus kiterjedését is csökkentheti.

Östör Erika dr.

**Regionalis bal kamra dilatatio acut myocardialis infarctusban.** Eaton, L. W. és mtsai (John Hopkins Med. Inst. Baltimore, MD 21205): New Engl. J. Med., 1979, 300, 57.

Az ischaemiás myocardium védelme és a necrosis következményei progressziójának megállítása igen aktuális feladatok. A szerzők abból a sectiós adatból indulnak ki, hogy az acut myocardialis infarctusban (AMI) elhalt betegek 72%-ában az infarcerált terület már az első héten elvékonyodik és dilatál, és az esetek mintegy egyharmadában az infarcerált zóna expansiója olyan mértékű, hogy a szív egészének dilatációjához vezet. Innen adódott a kérdés, vajon az AMI kezdete után mennyi idővel alakul ki ez az expansió és milyen prognosztikai jelentősége van.

A kérdés megválaszolására sorozatos sector scan echocardiographiás vizsgálatot végeztek AMI-ban, úgy, hogy az első vizsgálat az első 60 órán belül történjék, 3—4 naponta ismételve legalább 2 héten át. A szív rövid átmérőjének megfelelő keresztmetszeti síkban computer segítségével mérték az endocardialis és epicardialis echo hosszát a bal kamra teljes körfogatán és az infarcerált zónában. Utóbbit az EKG Q hullámai alapján és az echón látott regionalis elvékonyodás alapján jelölték ki. Expandernek tekintették azokat, akikben az infarcerált segmentum hosszának változása jelentős volt (előző reprodukálhatósági vizsgálataik alapján legalább 23%), non-expandereknek azokat, akikben ez nem volt jelentős. A nem infarcerált területek hossza a megfigyelési periódusban egyik csoportban sem változott jelentősen.

A két csoport közötti különbség a következőkben foglalható össze: 1. Az expander csoport minden

tagjának anterior infarctusa volt, míg a másik csoportban csak a betegek felének; 2. a regionalis dilatatio következtében a bal kamra teljes körfogata megnőtt az expander csoportban; 3. a regionalis dilatatio már az AMI 3. napján megkezdődött; 4. a regionalis dilatatio az expanderekben az AMI első 2 hetében folyamatosan tovább növekedett és elérte a kiindulási érték 148%-át, míg a non-expanderekben nem változott; 5. az expanderekben az infarcerált zónák falvastagsága átlag 26%-kal csökkent, míg a non-expanderekben csak 7%-kal; 6. az expanderes mortalitása 50%, a non-expandereké 0 volt. A halált keringési elégtelenség kialakulása előzte meg. Nem volt lényeges különbség közöttük a betegek kora, neme, előzetes hypertoniája, kezdeti Killip-kategóriája és maximális CPK értéke tekintetében. Az infarctus expansiója klinikailag néma folyamat. A dolgozat alapján azonban ez a folyamat echocardiographiával követhető. Adataikból az is kiderül, hogy az expansió kialakulásának legnagyobb esélye a 3—14. nap között van, tehát az ún. veszélyes korai szak után, amikor a betegek szoros monitorozása már befejeződött és a rehabilitatio megkezdődött.

Az expansió korai felismerése befolyásolhatja a monitorozás tartamát, a rehabilitatio megkezdésének időpontját és a betegek kezelését. Nyitott kérdés maradt, hogyan lehet megelőzni a rossz prognózist jelentő expansió kialakulását (ágynyugalom, afterload-, ill. preload csökkentés, esetleg műtét), illetve mely tényezőknek lehet az expansiót elősegítő szerepe (terhelés, gyógyszer, hypertonia).

(Ref.: Ez a nagyon érdekes, nagy pontosságot igénylő, munkáigényes vizsgálat egyben arra is enged következtetni, hogy a bal kamra aneurysma mint a regionalis dilatatio egy kifejezett formája, már az AMI első 3 napjában elkezdhet kialakulni. Az aneurysma echocardiographiás igazolása azonban több síkú echo-ábrázolást igényel.)

Lengyel Mária dr.

**Echocardiographia acut myocardialis infarctus után.** Wilkerson, J. T. (Szerkesztőségi közlemény.): New Engl. J. Med. 1979, 300, 87.

A myocardium védelmének gondolatával párhuzamosan jelenleg több irányú kutatás folyik az elpusztult myocardium mennyiségi meghatározására (EKG mapping, enzim- és immunvizsgálatok). Az előző dolgozat arra enged következtetni, hogy a kétdimenziós echocardiographia is biztat hasonló információkkal. Egy új pathológiai koncepció megkülönbözteti az AMI expansióját és extenzióját (Hutchins és Bulkley: Am. J. Cardiol., 1978, 41, 1127.). Extenzió: újabb necrotikus góccok kialakulá-

sa az eredeti infarctus zóna körül; expansió: maga az infarcerált zóna dilatál és vékonyodik tovább, anélkül, hogy a necrosis progresszióját, extenzióját látnánk. Klinikailag mindkét folyamat néma lehet, és sok tekintetben hasonlíthat. Eaton és mtsai dolgozata alátámasztja ezt a pathológiai koncepciót: AMI-ban a betegek egy részében a necrosis extenziója nélkül regionalis expansió következik be, mely „topographiai romláshoz”, szívdilatációhoz, keringési elégtelenség kialakulásához és fokozott késői mortalitáshoz vezet. Nem tudjuk, kik ezek a veszélyeztetett betegek, akikben a pathológiai folyamat ezt a rosszindulatú utat követi, és nem tudjuk hogyan befolyásolhatjuk ezt a folyamatot. A gyakorlat számára a szerkesztőségi közlemény azt a fontos következtetést vonja le, hogy az intenzív coronaria egységben szükség van a betegek kétdimenziós echocardiographiás monitorozására is.

Lengyel Mária dr.

**Utazás és ischaemiás szívbetege.** Davies, T. W.: Brit. Med. J. 1978, 2, 1395.

Az irodalomban az ischaemiás szívbetegekre praedisponáló rizikófaktorokról nagyon sok vizsgálatot közölnek. Kevés adatot talált a szerző az acut ischaemiás (infarktusz) rohamot siettető tényező vizsgálatáról. Közülük egyik, a megszakítás nélküli utazás elősegítő faktora (potenciális oka) lehet az acut ischaemiás szívroham kiváltásának.

A szerző a Grent Yarmouth kórház-szanatóriumba utazó ischaemiás szívbetegeken és egyéb betegek vizsgálatát az utazás távolságának (50 km, 200 km, 200 km felett) szerepét az ischaemiás rohamok kezezésében. Az utazás vonaton és gépkocsin történt. A vizsgálatokat korcsoportok, nem, foglalkozás, dohányzás, dohányzás mennyisége az úton, alapterbetegek szerint hasonlított. Szignifikanciát számított. A nagyon részletes elemzések alapján az a véleménye, hogy a nagyobb utazási távolság ischaemiás szívbetegeken különösképpen elősegítheti az acut ischaemiás attack (code: 410—412: heveny szívizominfarctus, ischaemiás szívbetege heveny és félheveny formái és régi szívizominfarctusban acut ischaemiás tünetek) kiváltódását.

Széplaki Sándor dr.

**Közhiedelem az ischaemiás szívbetege okairól és megelőzéséről.** Shekelle, B., Shuguey, C. L. (Dept. Prev. Med., St. Luke's Medical Center, Chicago): JAMA, 1978, 240, 756.

A chicagói St. Luke's Medical Center preventív gyógyászati mun-

kacsportja a címben megjelölt témát vizsgálta azzal a céllal, hogy lemérje, milyen hatáskörű az 1970-ben ajánlott széles körű preventív és egészségnevelési program, melynek célja a coronaria-betegség visszaszorítása volt. A vizsgálat telefonon át folytatott beszélgetésekből állt. Randomizált választással 2610 számot hívtak fel, melyből végül is csak 617-et tudtak felhasználni. A hívtak 3 különböző műveltségi fokba sorolható felnőtt chicagói és környéki lakosok voltak. A 617 interjú arra utal, hogy a 60 év alattiak „szívrohamának” valószínű okára vonatkozó ismeretek meglehetősen hiányosak. A valószínű okokra kérdezve 16% „nem tudom”-mal válaszolt, 15% egy tényezőt, 69% két vagy több tényezőt nevezett meg, a 3 fő okon kívül további 8-at (pl. stress, obesitas, mozgáshiány stb.). A 3 fő tényező közül a cigarettát 28%-ban, a magas vérnyomást 21%-ban, a magas diétás vagy vérlipid szintet 13%-ban említették. E 3 legfőbb faktort egyébként a kérdezettek fele nem is említette, mindhárom összesen 1%-uk tudta megnevezni. A helyes válaszok száma az iskolázottsággal párhuzamosan emelkedett, de még az egyetemet végzettek közül is 41% adott a 3 legfőbb tényezőre nézve elégtelen választ. A preventív lehetőségére 76% igennel válaszolt, kis lehetőséget látott 11%, és bizonytalan volt 13%. Az iskolázottság a válaszokban itt is alapvető különbséget jelentett, pl. a legalacsonyabb iskolázottságúak 62, az egyetemet végzettek 88%-ban vélték a preventív tevékenységet eredményre vezetőnek. A megelőzést illetően még így is csak kevesen vélték más magatartási formát hatékonynak, mint a cigarettá elhagyását. A talált értékek tehát a kellő informáltságot illetően nagyfokú hiányosságra utalnak.

További erőfeszítések szükségesek tehát, de a szerzők tudatában vannak annak, hogy az ismereteket hamarabb lehet bővíteni, mint a magatartást megváltoztatni, azonban ez sem reménytelen.

Földváry Gyula dr.

**A serum enzimek és az infarcerált myocardium nagysága.** Szerkesztéségi közlemény: Lancet, 1978, II, 1082—1083.

A serum enzim vizsgálatokat több mint 20 éve alkalmazzák a myocardialis infarctus kórismézésében. Már korán pozitív korrelációt találtak az enzim aktivitás mértéke és az infarcerált szívizom terület nagysága között.

Ahhoz, hogy téves következtetésekre ne jussunk, a kórkép kezdettől számított legalább 48 órán át sorozatos enzimszint-meghatározás szükséges; ismerni kell az enzim keringésből való eltűnésének sebességét; a folyadék volument, melyben az enzim eloszlik; továbbá azt

is tudnunk kell, hogy az elpusztult szívizomból felszabaduló összes enzim hány százaléka jut be a keringésbe. Ki kell zárni annak a lehetőségét, hogy a vizsgált enzim más forrásból, mint a szívizomból juthatott a keringésbe: pl. creatin kináz esetén a harántcsikolt izomból, im. injectio adásakor.

Állatkísérletekben az enzimvizsgálatok eredményei és az elhalt myocardium terület fizikai mértéke között szoros pozitív korrelációt igazoltak. Emberben a szívizom post mortem vizsgálva hasonló eredményre jutottak. E vizsgálatokhoz elsősorban a creatin kináz (CK) enzimet használták.

Az infarctus nagyság meghatározásának gyakorlati jelentősége az, hogy ily módon az acut myocardialis infarctus kezelésében alkalmazott módszerekkel elért eredmények összehasonlíthatóvá válnak, továbbá a betegség prognózisára is felvilágosítást kaphatunk.

Norris és mtsai szerint az acut myocardialis infarctus korai stádiumában (a fájdalom fellépése után maximum 4 órával) elkezdett béta-receptor blokkoló kezelés hatására a CK enzim módszerrel meghatározott infarctus nagyság mintegy 25%-kal csökkent, a kezeletlen esetekhez viszonyítva. Vajon valóban csökkent-e az elpusztult szívizom sejtek száma?

Az elhalt myocardiumból felszabaduló CK mintegy 15%-a jut el a keringésbe, a többit a lysosomal enzimek helyben lebontják. Gyógyszerek ezt a százalékos arányt számos úton befolyásolhatják. A propranolol hatására lassul a szív, s ez csökkenti a károsodott myocardiumból az interstitialis folyadék, s abban az enzimek eltávolításának sebességét. A testfolyadék volumenének változásai, melyben az enzimek eloszlanak, ugyancsak megváltoztatják a serum enzimek koncentrációját. Példa erre a testfolyadék redistribúciója fekvő helyzetből való felálláskor. Ilyenkor a serum enzim aktivitás 10%-kal is változhat. A gyógyszerek megváltoztathatják a serum enzimek keringésből való eltávolításának sebességét: kutyákban a thioamylal narkózis 75%-kal csökkenti azt. Enzimszint ingadozást okozhatnak továbbá a haemodinamikát befolyásoló gyógyszerek. Egyes gyógyszerek az enzim-meghatározáshoz alkalmazott reakciót képesek befolyásolni: az aspartát aminosztranzferáz aktivitását pl. a pyridoxál-foszfát gátolja.

Norris és mtsai illő óvatossággal vonják le következtetéseiket, s valószínűnek látszik, hogy az elhalt szívizom terület nagyságát a korai propranolol kezelés valóban csökkenti. Eredményeiket megerősíti legújabb közlésük, mely szerint fenyegető myocardialis infarctusban a béta-receptor blokkoló kezelés megelőzheti az elhalás kialakulását, ill. csökkentheti annak kiterjedését.

Pánczél Pál dr.

**A koleszterinszegény diéta hatása a szívkoszorúér-megbetegedések mortalitására és más okok.** Turpeinen, O. (Dept. of Biochemistry College of Veterinary Medicine, Helsinki, Finland): Circulation, 1979, 59, 1—7.

Az újabb vélemények szerint a szívkoszorúér-bántalmak részben táplálkozási betegségeknek is tekinthetők. Háborús megfigyelések és nemzetközi statisztikák bizonyítják, hogy szoros összefüggés van a telített, tej- és húszsíradék fogyasztása, valamint a cardiovascularis halálozás között. Sőt, ezt a koncepciót már néhány epidemiológiai vizsgálat is sikerült megerősíteni. A WHO 1976-os statisztikája szerint a szívkoszorúér-betegségek halálozása Finnországban a legnagyobb, és ezt Skócia, az USA, Anglia, majd Kanada követi. Világviszonylatban Japánban, Európában pedig Spanyolországban, Görögországban és Portugáliában a legalacsonyabb. Ugyanakkor a különbségek jelentősek, amennyiben Finnországban e halálozás tízszer nagyobb, mint Japánban.

Az eddigi megfigyelések szerint mérsékelte, de statisztikailag szignifikáns összefüggést tapasztaltak a coronaria-mortalitás és zsírfogyasztás között. A táplálék zsíriát a növényi és állati zsíradék kategóriáiba sorolhatjuk. Az utóbbinak 3 alfaját különböztetjük meg: a tej és tejtermékek, a hús, pontosabban a szárazföldi állatok, valamint a tengeri halak és emlősök (bálna, fóka) zsíradékát. A növényi zsíradék viszonylag telítetlen és jelentős mennyiségben tartalmaz többszörösen telítetlen zsírsavakat, főleg linolsavat. A tej és hús zsíradéka viszont többnyire telített, kis mennyiségű linolsavval. A tengeri zsíradék szintén kifejezetten telítetlen, amennyiben molekuláiban 5—6 kettős kötésű zsírsavat is tartalmaz. A szívkoszorúér-megbetegedések halálózása is a zsírfogyasztásnak megfelelően alakult, amennyiben a főleg növényi olajokot fogyasztók között a legalacsonyabb, a többnyire tejszírsíradékot fogyasztók között pedig a legmagasabb volt. Most már csak az a kérdés, hogy a hús- vagy a tejszíradék vezet-e elsősorban szívkoszorúér-megbetegedéshez? Bebizonyosodott, hogy a tejszíradék fogyasztása és a szívkoszorúér-betegségek halálozása között nagyon szignifikáns összefüggés van, amennyiben ez főleg a tejszíradékot fogyasztók között Finnországban a legmagasabb, a tejszíradékot alig fogyasztó Japánban pedig a legalacsonyabb. Mivel pedig a telített zsíradék fogyasztása nemcsak a coronaria-betegségek incidenciáját, hanem a serum koleszterin-szintjét is növeli, jogosan merült fel, hogy a telített zsírsavak e kedvezőtlen hatásukat a serum koleszterin szintjének emelésével fejtik ki.

A szerző munkacsoportjával két Helsinki melletti kórházban diétás kísérletet végzett annak megállapítására, hogy a serum cholesterin szintet csökkentő étrend a coronaria-betegségek incidenciáját és mortalitását is csökkenti-e? Az 1959-ben kezdődött kísérletben az egyik kórházban a tej zsiradékát 6 éven keresztül csaknem teljesen növényi, elsősorban szójaolajjal helyettesítették, a másik, kontroll kórházban pedig a megszokott étrendet nem változtatták meg. A következő 6 évben, 1965 és 1971 között fordítottak az étrendeken, amennyiben az addig kísérleti étrendet fogyasztók a megszokott normál táplálkozásra tértek át, a szokványosan táplálkozó kontroll kórház beteget pedig a telítetlen zsiradékot tartalmazó kísérleti étrendet kapták. A kísérleti diétának linsav tartalma 3-szorosa, telítetlen/telített zsírsav aránya 6-szorosa volt a szokványos normál étrendnek, cholesterol-tartalma pedig csak fele akkora volt. A kísérleti étrendre a tübiopsiával vizsgált zsírszövet zsírsavösszetétele is a zsírsavfelvételnél megfelelően változott. A halálozást illetően a legfeltűnőbb különbséget a coronaria-mortalitásban látta, amennyiben az a kísérleti periódusban a kontrollok halálozásának csak a fele volt. A tapasztalatok alapján munkacsoportjával arra a következtetésre jutott, hogy a cholesterolben és telített zsiradékokban szegény, többszörösen telítetlen zsírsavakban gazdag étrend jelentősen csökkenti a szív-koszorúér-betegségek halálozását. **Kez és mtsai** egyenlete alapján a táplálék telített zsírsav tartalmának csökkentése kétszer hatásosabb, mint a többszörösen telítetlen zsírsavak növelése. Így a **me-előzésben az első lépés** a telített zsírsavak csökkentése. A telített zsírsavak elsősorban a tej (tejszín, vaj, sajt) és hús zsiradékából származnak; a hús zsiradékában pedig jelentős különbségek vannak (a marha- és birkahús zsiradékában van a legtöbb, a baromfiszírban a legkevesebb). **Második lépés** a többszörösen telítetlen zsírsavakat tartalmazó élelmiszerek (növényi olajok, napraforgó- és szójaolaj) növelése. A halzsíradékok többsége szintén gazdag telítetlen zsírsavakban. **Harmadik lépésként** a cholesterolfelvétel (tojássárgája, belsőségek) csökkentése kerül szóba.

A megfigyelések szerint ezen étrendi változások a szabadon élők cholesterolinszintjét 10–15%-kal, az e táplálkozásra kényszerített zárt populáció cholesterolinszintjét pedig 15–20%-kal csökkentik. A szív-koszorúér-megbetegedések halálozása azonban még e kisebb csökkentéssel is jelentősen mérsékelhető.

Angeli István dr.

**Izolált aortasztenózisos betegek hemodinamikai vizsgálata nyugalomban és terhelés alatt.** Richardson, J. W. és mtsai: *Cardiology*, 1979, 64, 1–11.

Huszonkét beteget (25–79 évesek) nyugalomban és enyhe, 100-as pulzust és 700 ml-es oxigénfelvétel okozó terhelés alatt vizsgáltak szívkatéterrel. Gorlin és Gorlin szerint számítva az aorta szájadék áréát, annak a növekedését találták. Ez tehát nem tekinthető minden helyzetben fix nagyságú szájadéknak, itt is lehetséges funkcionális tartalék.

Apor Péter dr.

**A plasma urea-szint emelkedése heveny szívelégtelenségben.** Thomas, R. D. és mtsai (Dept. of Cardiology, Leeds General Hospital): *Postgrad. Med. J.* 1979, 55, 10–14.

Szívelégtelenségben a plasma urea-szintje megemelkedik, többnyire annál nagyobb mértékben, minél rosszabb a beteg javulásának, túlélésének a kilátásai. Az urea-szint emelkedés azonban nem mutat párhuzamot a serum kreatinin szintjének alakulásával, és az endogen kreatinin clearance értékével, amelyek rendszerint normálisak maradnak. Feltételezhető, hogy az urea-szint emelkedésének oka a szívelégtelenségben szenvedő beteg fokozott ureaképzése és az urea fokozott tubularis reabsorptiója. A szerzők 30 hevenyen dekompenzáldott szívbeteget végeztek vizsgálatukat. Igazolták, hogy az emelkedett urea-szint sem a serum kreatinin-szint, sem a foszfat-szint alakulásával nincs párhuzamban, és nincs arányban a keringési elégtelenség okozta mérsékelt fokú GFR csökkenéssel sem. A tubularis urea reabsorptio lehetőségét nem tudták megerősíteni. Rámutatnak arra, hogy az endogen urea-képzés fokozódására visszavezethető urea-szint emelkedés a diuretikus terápia eredményeként (elsősorban az intravasalis volumen csökkenésének következtében) kezdetben jelentősen fokozódik, de ez utóbbi jelenség önmagában nem idéz elő kimutatható mértékű azotaemiát.

Berkessy Sándor dr.

**A kamrai septum defectusok lefolyása. 790 esetet felölelő tanulmány.** Corone, P. és mtsai (C. H. U. Pitié-Salpêtrière, 83, Boulevard de l'Hôpital, 75634 Paris): *Circulation*, 1977, 55, 908–915.

Születéskor a kamrai septum defectus (VSD) incidenciája 2‰, iskoláskorban 1‰, de felnőttkorban ritka. Ezt későbbi mortalitással, később is történő záródással vagy cyanotikus állapotba történő átmenettel (Fallot tetralógia vagy Eisenmenger complexum) magyarázzák. A panaszmentes defectu-

sokat sokszor nem ismerik fel vagy elnézik.

790 VSD esettel foglalkozik ez a 25 évet felölelő tanulmány. Az anyagban benne vannak a VSD-vel társuló, cyanosissal nem járó pulmonális stenosisok, ill. aorta insuficientiák is az izolált VSD mellett, azonkívül enyhe fokú szív fejlődési rendellenességek is (18%), melyek nem változtatták a prognózist. Complex cardiopathiákat nem vettek be. 53% volt a fiú és 47% a leány. Az első vizsgálatkor csak 19% volt az egy éven aluli és 1% 40 éven felüli; többségük 2–14 éves volt (58%). A leggyakoribb megfigyelési idő 6 év, a legutóbbi időpontban az átlag 19,5 év, összesen 4717 betegév.

Betegeiket 3 féle szempontból csoportosították: 1. A vizsgálatok száma és az elvégzett szívműtét alapján; 2. a NYHA beosztás szerint; 3. a haemodinamikai adatok szerint.

Ad 1. A) 183 (23%) beteget egyszer vizsgáltak, műtét nem történt; B) 108 (14%) beteget műtét előtt egyszer vizsgáltak; C) 114 (14%) beteget legalább kétszer vizsgáltak, műtét előtt; D) 385-öt (49%) legalább kétszer vizsgáltak, de műtét nem történt.

Ad 2. I. o.-ba (tünetmentes) 70%, II. o.-ba 25%, III. o.-ba 4% és a IV. o.-ba 3 beteg tartozott.

Ad 3. 562 (72%) beteget legalább egyszer katétereztek, a többiben a dg-t csak a klinikai kép alapján állították fel. Fyler és mtsai beosztása alapján a következő 5 kategóriába voltak sorolhatók: I. kis VSD (Maladie de Roger), itt minden normális, 38%; II. nagy VSD nagy b.-j. shunttel és cardiomegaliával; emelkedett pulmonális nyomás; IIa közepesen, 28%, IIb kifejezetten, 17%; III. VSD pulmonalis vascularis megbetegedéssel, pulmonális hipertensióval és csökkent shunttel; 4%. IV. VSD, melyhez a pulmonális kiáramlási pálya infundibularis stenosisa vagy valvuláris obstructio társul; 13%.

**Lefolyás.** A funkcionális status a C és D csoportbeliekben (akiket legalább kétszer vizsgáltak) kifejezetten stabil volt. többségük igen jó vagy jó állapotban volt. **Haemodinamikai status:** 499-ből, akiket legalább kétszer láttak és akik közül 249-et egyszer, 85-öt kétszer, 14-et háromszor katétereztek, a VSD-je többségében változatlan volt (355, 71%); 103-nak (21%) a defectusa záródóban volt. záródott 69-nek (14%). 7-nek emelkedett a pulm. vas. resist.-ja, közülük 5-nek Eisenmenger lett. 34-ben (7%) infund. sten. fejlődött ki; 5-ben a stenosis olyan kifejezett volt, hogy Fallot tetralógiát produkált. **Spon-tán záródásnak** annál nagyobb a valószínűsége, minél kisebb a VSD, de nagyobb defectusokban is előfordul. Az I. cs.-ból 215 közül 58 (27%) teljesen záródott; a IIa-ból 133-ból 37 (28%) záródott, 10 teljesen, 27 részlegesen zárult. A III. és IV. csoportban nem volt záródás.

**Komplikációk.** A 3 fő komplikáció az aorta insufficientia, a bakteriális endocarditis és a keringési elégtelenség. Az első 2 kivételes csecsemőkorban. A 3. főleg csecsemőkben fordul elő, ha később, rendszerint sekunder és az előbbi 2 okozza. Aorta insuff. 50-ben, bact. endocarditis 29-ben és keringési elégtelenség 84 esetben volt. A halálozások száma 25.

**Aorta regurgitatio** 50 esetben (6,3%) alakult ki. Egyszer sem volt 2 é. kor alatt, ritkán 2-4 é. kor között és a leggyakoribb 5-9 é. kor között. Ez rosszabbítja a betegek 3/4 részének állapotát. **Bact. endocarditis** 29 VSD (3,7%) komplikálódott. 2 é. kor alatt nem fordult elő, leginkább 15-29 é. kor között észlelték, 1 eset volt 30 é. kor után. Leggyakoribb oka foggóc volt. Ez leginkább az I. és IV. cs.-ban fordult elő, valószínűleg azért, mert ezeket nem operálták. Prognózis rossz, halálozás 4 esetben történt; 50%-ukban rosszabbodott a betegek állapota. 5 esetben szívűtét után lépett fel, 5, 15, 18 hónappal, ill. 3 évvel. Egy spontán záródott VSD-ben sem fordult elő. **Keringési elégtelenség:** 1 év alatt gyakori és csaknem minden nagy shuntban előfordul (IIb). Ritka a IIa-ban és csaknem mindig megkímélte az I., III. és IV. csoportot. Az erre való hajlam csaknem teljesen megszűnik 2 é. kor körül. 1-39 é. között 45 esetben volt; inkább olyanokban lépett fel, akiknek bact. endocarditis, aorta insuff.-ja, ill. rheumás láza volt. Rosszabb a prognózisuk azoknak a VSD-betegeknél, akik decompensálódtak, a halálozás 12%. **Halálozás.** Beteganyaguk nagyobb része 1 é. kor után került hozzjuk, másrészt 222-t műtöttek, akiknek nagyobb része meghalt volna enélkül. A 25 meghalt betegből (3%) 3 volt 1 é. kor alatti és 7 volt 40 é. feletti. Az 1-39 é. kor közötti 15 halál esetből 5 nem a VSD miatt következett be; 10 tulajdonítható nagy valószínűséggel a szívbetegségnek. **Spontán záródás.** Anyagukból, akik nem kerültek műtötre (385 a D kateg.-ből) a defectus 14%-ban teljesen, 7%-ban részlegesen zárult. (Mivel betegek főleg 1 é. kor felettek voltak, a valódi érték ennél jóval magasabb lehet.) **Pulm. nyomás és resistentia.** Tapasztalatuk szerint a VSD-s betegek állapota az I., IIa és a IV. csoportból nem rosszabbodott ebből a szempontból. A III. cs.-ban a resist. emelkedhet a shunt megfordulását is okozva, így Eisenmenger-syndr. lép fel (3 eset). A IIb cs.-ban 82 esetből csak 3-ban észlelték a pulm. resist. fokozódását; egynek közülük megfordult a shuntja. **a pulm. tractus sten.-a.** Infund., billentyű vagy kevert sten. VSD-vel együtt 13%-ban volt jelen az első vizsgálatkor. A 499 megfigyelt esetből 7% került a IV. cs.-ba. A 133 VSD-ből 23 tartozott a IIa és 6 a IIb cs.-ba. Azonfelül a IV. cs. száma emelkedett a korral is. Az infund. sten. fokozódását a megismételt katéterezések is igazolták. 5

esetben (az összes megfigyelt eset 1%-a) a stenosis kialakulása megfordította a shuntöt, cyanosist okozva; a klinikai kép hasonló, ill. meg egyező volt a Fallot tetr.-ével. 2 tartozott a IIb-be (2,5%) a 82-ből) és 3 a IV.-be (6% a 42-ből).

**Következtetések.** A VSD prognózisa egészében véve, igen jó. 10 ilyen betegből előre meg lehet mondani, hogy 7 változatlan marad, 2-nek a spontán záródásra van tendenciája, 1-ben alakul ki infund. pulm. sten. Pulm. vasc. betegség csak néhány esetben fejlődik ki. A halálozás izolált VSD-ben ritka, rendszerint kapcsolódik az aorta insuff. és bact. endocarditis esetekkel. Ezen komplikációk kifejlődésének lehetősége miatt a VSD-s betegeket szoros megfigyelés alatt kell tartani és állandóan gondozni, hogy a fertőzéseket elkerüljék, ill. gyógyítsák. Csak azokat a VSD-s betegeket kell operálni, akiknek fokozott pulm. hipertenziójuk, nagy b.-j. shuntjük és friss aorta insuff.-juk van.

A fentiek alapján világos, hogy a felnőttkori VSD-sek alacsony száma nem a gyermekkorban bekövetkezett halál miatt van. Nagyon valószínű, hogy a spontán záródás lényegesen több VSD-ben fordul elő.

Péntek Erzsébet dr.

**Reinfarctus és késői halál figyelmeztető jelei akut infarctust túlélő magas rizikójú csoportban.** D. Hunt és mtsai (Royal Melbourne Hosp., Australia): Lancet, 1979, I, No. 8110, 233.

A coronariás halálozás 50%-a a tünetek keletkezése után 1 órán belül következik be, a betegek 75%-a már beszállítása előtt meghalt. Fontos lenne azt is tudni, hogy kik azok az ischaemiás szív-betegek (vagy infarctuson átesettek), akik infarctusra és késői halálra fokozottan hajlamosak. Retrospektív tanulmányok azt bizonyítják, hogy a prodromák gyakoriak. Ilyenek a recurráló mellkasi fájdalom, a stabilis angina megváltozása, szívdobogás, fáradtság, rossz közérzet, depressio.

A szerzők a cardiologiai osztály coronaria őrzőjében (CCU) 1975-1976-ban 633 infarctust kezeltek. Közülük 270-nek volt szívelégtelensége és különböző ritmus, vezetési zavara. Tervbe vették egy csoport 1 éves utómegfigyelését. 75 beteg felelt meg az előfeltételeknek (70 év alatti kor, a központtól nem laktak 15 km-nél távolabb, telefonjuk volt, kellő intelligenciával és kooperációs készséggel rendelkeztek). A résztvevőket megfelelően kioktatták az esetlegesen jelentkező tünetekről. Az első 3 hónapra telefon-transzmittert kaptak az EKG továbbításra. Hetenként 2-szer 1 perces nyugalmi, majd terhelés utáni EKG transmissio tartozott a programba. Rendellenes tünetek esetében azonban soron

kívül bejátszhatták a betegek a központba EKG-jukat.

Távozásuk után egy hónappal, egy közeli rokon kíséretében tanácsadásra jelentek meg, ahol cardiologus, CCU nővér, szociális gondozó is jelen volt. Ezen túl 3 havonta volt ellenőrzés.

Ezen nagyon alaposan megfigyelt csoportban a halálozás 17%, a kontroll csoportban 18%, a különbség nem szignifikáns. 56-an tudták elvégezni a kerékpár ergometriás vizsgálatot, 11-nél volt az ST depressio 1 mm vagy több, ezek közül 4 halt meg. 45-nél nem változott az ST szakasz, ezek közül is 4 halt meg (36%, ill. 11%).

Általános irodalmi adatok szerint az infarctust túlélők 12-16%-a egy, 18-25%-a két éven belül hal meg. A mortalitás csökkentésére csak a béta blokkolóknak van szignifikáns hatása. További lehetőség lenne figyelni a 65-85%-ban előforduló prodrómákra.

A szerzők nagy kockázatú csoportjában az intenzív megfigyelési és ellátási program nem volt hatékony. 1500 rutin EKG-ból például csak 7 volt olyan, hogy azonnali beavatkozás vált szükségessé (paroxysmalis tachycardia miatt), 5 hirtelen elhalton semmi előjel nem volt. Anginák is közel azonos százalékban voltak elhaltakon és túlélőkön. A betegek kioktatása nem segített a korai anginaszok helyes megítélésében.

Két tünetnek van mégis a szerzők szerint figyelmeztető értéke: a terhelés utáni 1 mm-es, vagy azt meghaladó ST depressiónak és az anginák rosszabbodásának.

Máté Károly dr.

**Subendocardialis infarctus thrombocytopeniában.** Fireman, Z. és mtsai (Dept. of Internal Medicine and the Institute of Haematology, Sackler Medical School, Univ. of Tel-Aviv): Postgrad. Med. J. 1979, 55, 36-38.

Thrombocytopeniás betegeken igen ritkán észlelnek akut subendocardialis infarctust. Ennek oka, hogy a thrombocyták alacsony száma és csökkent működése következtében a kapillárisokban minimális a thrombocytá thrombus (fehér thrombus) kialakulásának lehetősége. A szerzők két gyógyszer okozta thrombocytopeniában szenvedő idős nőbetegen észleltek klinikai tünetek és EKG eltérések alapján igazolható subendocardialis infarctust, egyik esetben letális kimenetellel. A meghalt beteg boncolásakor a szív subendocardialis régióban kiterjedt purpurákat találtak (subepicardialis), valamint a szívizomzatban bevezések nem voltak, a coronariákban szintén nem lehetett thrombusokat kimutatni). Úgy látszik, hogy súlyos thrombocytopeniában a szív subendocardialis régiójának speciális ke-

ringési viszonyai predisponálnak thrombopeniás vérzések kialakulására, melyek összességükben subendocardialis infarctus kialakulását eredményezik. Kisebb mértékű, klinikailag és EKG vizsgálatnál nem észlelhető subendocardialis vérzésekre thrombopeniában mindig lehet számítani!

Berkessy Sándor dr.

## Reumatológia

**Az orvostudomány változása és jelen irányzatai a reumatológiában.** H. G. Fassbender [Zentrum für Rheuma-Pathologie (WHO-Centre), Mainz]: Med. Welt, 1979, 30, 319.

A rheumás morbiditást világszerte 4-10%-ra becsülik.

1. A *febris rheumatica* béta-haemolyticus streptococcus fertőzéssel kezdődik. A lázzal és ízületi fájdalmakkal járó körképet keringő immuncomplexusok váltják ki. A capillaris károsodások a szív kötőszövetében fibrinoid „korai beszűrődést” okoznak, melyet az Aschoff-féle jellegzetes kötőszöveti burjánzás felszív.

Ez az immunfolyamat mindig bekövetkezik, de a szív struktúrája és működése szempontjából nincs különösebb jelentősége. A helyzet akkor lesz válságos, ha egy másik immunmechanizmus is fellép: a kórokozók ellen irányuló antitestek keresztreakcióba lépnek a szívbillentyűkkel is. Ez a „tévedés” oda vezet, hogy a szívbillentyűk normálisan lapos endothelejtjei megduzzadnak, felborzolódnak és rajtuk fibrin és thrombocyták rakódnak le. A fibrinfelrakódás a billentyűk összenövéséhez és szűkületéhez vezet.

A rheumás láz terapiája: a streptococcusok kikapcsolása penicillinnel és a sejtproliferáció gátlása cortisonnal.

2. *Polyarthrit*is chronicában a lakosság 1-2%-a szenved, ennek ellenére a pathogeneze is ismeretlen, aetiológiája homályos. Lehetséges, hogy valamely vírusfertőzés a testazonos struktúrákat megváltoztatja és azok autoantigénné válnak. Így képzelhető el a chronicus polyarthritistben kimutatható autoantitestek és immuncomplexusok képződése. A kórfolyamat a strukturális károsodások megjelenésével válik nyilvánlává.

A legkorábbi károsodás az endothelejték fibroblasthoz hasonló átalakulása. A capillaris-endothelensek keletkeznek, melyeken a plasma átjut a synovialis stromán és a fibrinogen fibrinné polymerizálódik. A fibrin-exsudatio klinikailag akut gyulladással fellebbanásban jelentkezik, melyet a synovialis szövet sajátos burjánzása követ. A burjánzó sejteknek olyan lysosomális készlete van, mely a porcok mind a proteoglykanját, mind a collagen-matrixát elpusztítja. Ezen ízületet roncsoló sajátos burjánzó

setjhalmaz a fő támadáspontja az immunsuppressiv szereknek és alapja a korai synovectomiának.

Mivel a chronicus polyarthrit kórfolyamatának csak az utolsó láncszemét, az exsudatív-proliferatív szakaszt ismerjük, érthető, hogy a terapia csaknem kizárólag antiflogisztikus és tüneti. Kísérleteznek néhány anyaggal, pl. arannyal, resochinnal és D-penicillammal a pathogenetikai folyamatra hatni, de ezek elegendő elméleti alap nélkül csak tapogatózások és változó, átmeneti eredménnyel járnak.

3. A *spondylitis ankylopoetica* bonyolult körkép. A kis csigolya-izületekben gyulladással járó folyamat zajlik le, a syndesmophyta képződés és a csigolyák összecsontosodása azonban metaplasziás folyamat következménye. Sem a gyulladás, sem az elcsontosodó metaplasia nem magyarázható. Genetikai tényezők mellett szól, hogy a betegek 90%-ában a HLA-B 27 transzplantációs antigen mutatható ki.

Az elcsontosodó folyamat az antiflogisztikumokra nem reagál. A gerincmerevség enyhítésére az intenzív gimnasztikától remélhetünk javulást.

4. *Arthrosis*. Az erősen megterhelt végtagizületekben a porcsejtek elkopnak, mert nincs proteoglykan utánpótlás. A collagenrost-matrix csupaszvá válik, az izfalszín érdes lesz. A dörzsölés berepedéseket és anyagvesztéseket okoz. Azonban nagy ízületi felszínének roncsolódása is észrevétlen maradhat. Klinikailag csak akkor mutatkozik az arthrosis, ha szekunder synovitis is járul hozzá fájdalommal és duzzanattal, amit antiflogisztikummal befolyásolhatunk.

5. Az ún. *izomrheumatizmus* a leggyakoribb és legártalmatlanabb rheumás körkép. Az angolszász irodalom gyulladással eredetűnek tartja és fibrositisnek nevezi. A szerző a fájdalmas izmokból vett metszetekben fénymikroszkóppal nem talált eltérést, elektronmikroszkóp alatt azonban a folyamat elején a kontraktilis állomány I-szakaszában pusztulást észlelt. Később a myofibrillumok csomóképződését, a végstádiumban pedig egyes izomrostszakaszok teljes pusztulását látta gyulladással járó jelek nélkül.

Feltételezik, hogy tartós vertebrogen, psychés, mechanikus és egyéb hatásokra ideggyökerek keletkeznek, melyek állandó helyi izomösszehúzódnást okoznak relatív hypoxaemiával és fájdalommal. Az ultrastrukturális kép megmagyarázza az antiflogisztikumok hatásatlanságát. A fizikális kezelés és a psychotherapia eredményes lehet.

Az NSZK-ban ma kb. 1,2 millió ember nem remélhet többet a reumatoterapiától, mint a gyulladással járó tünetek némi enyhítését a betegség előrehaladása mellett. Ez az állapot nem megnyugtató. A kudarc egyik oka, hogy nincs megfelelő állati modell a pathogeneze tanulmányozásához.

Kollár Lajos dr.

**A nem specifikus sclerotizáló spondylodiscitis kérdéséhez.** W. Pohl (Klinik Wendelstein der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Bad Aibling): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin, 1979, 130, 461.

A csigolyatestek sclerosisának ismert oka a Paget-kór, tumor-áttét, specifikus és egyéb gyulladással járó folyamatok, mérgezőségek, ritkán vérbécszervi betegségek, sarcoidosis. A spondylodiscitis jellegzetes képe a csigolyatest kiterjedt sclerosisa a zárólemezek kontúrgyenetlenségével. Fertőzéseken kívül észlelhető e kép némelykor spondylitis ankylosans esetében is. A szerző mozgásszervi beteg rehabilitációjával foglalkozó intézet anyagában két olyan spondylodiscitis esetet észlelt, melynek okát tisztázni nem sikerült. Fájdalom és mozgáskorlátozottság mellett gyulladás egyértelmű laboratóriumi jelei állottak fenn, az alkalikus foszfatáz emelkedett volt. A folyamat a lumbalis gerincen kezdődött, nagyon lassan haladt előre, évek során terjedt a szomszédos csigolyákra, egyik esetben pedig a háti szakaszon is jelentkezett. A sacroiliacalis ízületek épsége valószerűtlenül teszt spondylitis ankylosanssal való összefüggését. Fertőzés okaként kórokozót kimutatni nem tudtak, endokrin zavarok nem álltak fenn, malignus folyamat kizárt. A kezelésben az intézetben kívül alkalmazott antibiotikumok eredménye nem volt meggyőző. Hatásosak voltak a nem steroid gyulladáscsökkentők, a balneoterapia és gyógytorna. Az észlelt esetek alapján a szerző indokoltan tartja kimutatható ok hiányában a nem specifikus sclerotizáló spondylodiscitis kórisméjének felvételét.

Laczay András dr.

**A térdhajlati cysták nem szokványos klinikai tünetei.** Rostan, A. és mtsai (Policlin. méd., Univ. Genève): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 1144.

A térdhajlati tájék synovialis cystái (*Baker-cysták*) gyakran állnak összeköttetésben a térdízülettel. Kóroktanukban leggyakrabban a térdízület gyulladással járó folyamatai (polyarthrit rheumatica, gonarthrosis, mechanikus laesiók stb.) szerepelnek. A térdhajlati cystákat rendszerint a térdhajlatban látható, tapintásra érzékeny térfogatgyarapulat, mozgáskorlátozottság, főleg térdhajlati gonalgia, jelentős térdízület ömleny, s járásakor fokozódó, legtöbbször külső bokatájéki fájdalom jellemzik. A szerzők 15 esetük kapcsán a nem szokványos klinikai megnyilvánulásokat sorolják fel, ahol az anamnesztikus és objektív tünetek nem voltak jellemzőek. A legtöbb betegüknek nem volt kimondottan térdpanasza, ha-



nem külső bokatáji fájdalom, boka-vizenyő, öregujj paraesthesia stb. A standard radiológiai vizsgálat nem mutatott semmi feltűnőt; csupán a fossa poplitea figyelmes vizsgálatakor tűnt fel ezen tájék enyhe duzzanata; ezekben az esetekben az arthrographia a cystát igazolta. Triamcinolon intraarticularis befeckendezése után a tünetek visszafejlődtek, ami bizonyítja az atypikus térdhajlati cysták diagnosztikájának fontosságát.

*ifj. Pastinszky István dr.*

**A közönséges osteoporosis kezelése lazac calcitonin-foszfor+magnézium kombinációval.** Ph. Bordier és mtsai (Unité INSERM U. 18, Clinique Rheumatologique, Hôpital Lariboisière, Paris): Nouvelle Presse Médicale, 1979, 8, 444.

A szerzők megfigyeléseiket 32 közönséges osteoporosisban szenvedő betegen végezték. A megfigyelések egyidejűleg három kórházban, azonos feltételek között, hat hónap időtartammal történtek. 13 betegnek im. injekció formájában szintetikus lazac calcitonint, emellett tablettában foszfor-magnézium kombinációt adtak. 9 beteg szintetikus lazac calcitonint és placebo tablettát, míg 10 beteg csak placebót (injekciót és tablettát) kapott. A betegek a calcitonin injekciót (50 I.E.) háromhetes periódusban, 5 egymás utáni napon, a tablettát naponta 3×1 alkalommal kapták. (A tablettá 500 mg foszfort és 45 mg magnéziumot tartalmazott.) A megfigyelés során mindegyik csoportban semiquantitatív histomorphometriai csontvizsgálat történt. Ennek keretében megfigyelték az abszolút csonttérfogatot, az osteoid térfogatot, az osteoblast formáció területét, az osteoid területet, a calcificatio határvonalát, az osteoclastok mm<sup>2</sup>-re eső számát és az osteoclast resorptio területét.

A megfigyelések során bebizonyosodott, hogy a calcitonin-foszfor-magnézium kombinációt kapott csoportban az osteoid formáció paraméterei növekedtek. Így 13 esetben az abszolút csontállomány növekedése, 13 esetben az osteoblast formáció területének és 11 esetben az osteoid területnek a megnövekedése volt megfigyelhető. Ezen előnyös változások szignifikánsan értékelhetően a két másik (kontroll) betegcsoportban nem következtek be.

Kezdeti eredményeik alapján a szerzők felhívják a figyelmet a calcitonin-foszfor-magnézium kombinációnak a közönséges osteoporosis kezelésében levő értékes terápiás lehetőségére. *Szirtes László dr.*

## Anyagcserebetegségek

**Enkephalin sensitivitas, mint a nem-insulin dependens diabetes egyik lehetséges oka.** Leslie, R. D. G., Pyke, D. A., Stubbs, W. A. (Diabetic Department, King's College Hospital, London, SE5): Lancet, 1979, 1, 341.

Számos diabeteses beteg, aki chlorpropamidot (Diabinese) szed, alkohol ivása után kipirul (chlorpropamid indukálta alkohol flushing = CPAF). Ez a kipirulás dominánsan öröklődő, sokszor familiárisan előforduló tulajdonság, mely a nem-insulin dependens diabeteses betegekben lényegesen gyakrabban fordul elő, mint az insulin dependens diabeteseseken és a normál egyéneken.

A CPAF pozitívitas genetikai markernek tekinthető, kideríthető a glucose intolerancia jelentkezése előtt. A diabetes és a CPAF közötti összefüggés ma még nem világos.

A szerzők a fenti összefüggés vizsgálata során a kipirulást egy opiát antagonistával, naloxonnal blockolni tudták. CPAF pozitív egyének 250 mg chlorpropamid és 40 ml sherry elfogyasztása után átlag 1,9°C (1,1–3,0°C között) arc-bőr-temperatúra emelkedést produkáltak konstans szobahőmérsékleten. Három olyan egyéneken, akiknek a bőrhőmérséklete lényegesen (1,1, 2,0, 1,1°C-kal) emelkedett chlorpropamid és sherry adására, 0,4 mg naloxon a bőrhőmérséklet emelkedést erősen mérsékelte (0,1, 0,8 és 0,2°C-kal emelkedett csupán a basalis értékhez viszonyítva).

Vizsgálataik másik részében egy hosszú hatású, opiátszerű aktivitással rendelkező enkephalin (Damme, Sandoz 33 824) kipirosodást okozó hatását regisztrálták CPAF pozitív és CPAF negatív egyéneken (a CPAF pozitívok közül 6 diabeteses és 3 nem diabeteses, a CPAF negatívok közül 4 diabeteses és 4 nem diabeteses volt). Mind a 9 CPAF pozitív egyén arc-bőr-hőmérséklete legalább 1°C-kal megnövekedett a 0,25 mg Damme infusio okozta kipirosodás alatt, és ez legalább 60 percig tartott szubjektív hőhullámú érzés kíséretében. A CPAF negatívok hőmérséklet-emelkedése nem érte el az 1°C-ot, és az infusio kezdetétől számítva 60 percen belül 0,2°C-ra esett. A beadás kezdetétől számított 60. percben levett vércukor a basalisoz viszonyítva a diabeteses egyéneken 0,8 mmol/l-rel, a nem diabeteses egyéneken 0,2 mmol/l-rel csökkent.

Az eredmények értékelése során a szerzők megállapítják, hogy a CPAF-t egy opiát antagonistával blockolni és egy opiát analóggal reprodukálni lehet.

Opiát receptorok széles körben, de nem egyenletes eloszlásban találhatóak az agyvelőben. Az opiátszerű peptidok idegi aktivitásra ható tulajdonságai kimutathatók, és ez erősen valószínűvé teszi ezek neurotranszmissziós szerepét. Kú-

lönösen érdekes, hogy insulin receptorok és somatostatin szintén kiterjedten és az opiát receptorok lokalizációjához erősen hasonlóan elhelyezkedve mutathatók ki a központi idegrendszerben.

A szerzők lehetségesnek tartják, hogy a CPAF-t az endogen opiát sensitivitas emelkedése okozza. Enkephalinok, morphin, endorphin befolyásolják a szénhidrát-metabolizmust és az insulin-secretiót. Eltérően az insulinól függő diabetesestől a nem insulin dependens diabeteses betegek pancreasa szövettanilag normális, a serum insulin szint variabilis, általában magasabb.

A nem insulin dependens diabetes oka nem ismert, de az enkephalin sensitivitas emelkedett volta 90%-ban kimutatható, örökletes tulajdonság, mely összefüggést sejtet a CPAF és a diabetes között. Ha ez a fenti vizsgálatok eredményeire alapozott feltételezés igazolódik, akkor a szerzők elsőként igazolják az enkephalin és más peptidok oki szerepét egy organikus betegség etiológiájában.

*Hartai Anna dr.*

**Alkoholos arckipirulás chlorpropamidra és retinopathia diabetica.** Leslie, R. D. G., Barnett, A. H., Pyke, D. A.: Lancet, 1979, 1, 997.

A szerzők közül kettő, Leslie és Pyke, illetve Pyke és Leslie már néhány hónappal korábban publikált (Brit. med. J. 1978, 2, 1519 és 1521) a chlorpropamid-alkohol okozta arckipirulásról (flushingról). Kimutatták, hogy nem-insulin-dependens cukorbetegnek chlorpropamidot és sherryt adva, azok együtödében az arc kipirulása lép fel. Az érintettek ikertestvéreit és családtagjait vizsgálva pedig kiderült, hogy e jelenség dominánsan öröklődik és insulin-dependens diabetesben nem észlelték. A teszt pozitívítása már a diabetes megjelölését, illetve manifesztációját is megelőzheti.

A Mason-típusú nem-insulin-dependens enyhe és dominánsan öröklődő diabetesben szenvedők viszonylag mentesek a retinopathiás szövödményektől, a chlorpropamid-alkohol okozta arckipirulás viszont gyakori közöttük. A szerzők intézetükben 291 már legalább 15 éve fennálló nem-insulin-dependens cukorbeteg vizsgáltak és e pácienseket 250 mg chlorpropamid bevitelére és 40 ml sherry elfogyasztására szolgáltatták fel. A szemfeneket vizsgáló szemész az alkoholos kipirulásról nem tudott és a vizsgálatból a kétoldali cataractákat kizárták. E vizsgálat alapján a retinopathia hiányát, annak enyhe vagy súlyos fokát állapították meg. A 291 cukorbeteg közül 191 reagált a próbára alkoholos kipirulással, 100 nem. A diabetes manifesztációs korában és tartamában a két csoport között nem volt lé-

nyegesebb különbség. A retinopathia diabetica viszont 54 esetben és százalékkal a kipirulást nem mutató csoportban gyakoribb és súlyosabb volt, mint a kipirulást adó pozitív csoportban, ahol ezt 47 beteg, illetve csak 25%-ban észlelték. A retinopathia a negatív csoportban 28%-ban, a pozitív csoportban pedig csak 4%-ban bizonyult súlyosnak. 9 vak betegük közül 8-nak volt negatív a kipirulások arctörvénye. A retinopathia azonban nemcsak gyakrabban és súlyosabban jelentkezett a negatív csoportban, hanem korábban is. A diabetes első fokú családi előfordulása a pozitívak között 57%-os, a negatívak között 20%-os volt, de a retinopathiások között e két csoport különbsége már elmosódott. A lencsehomályok gyakorisága — eltekintve a retinopathiával — mindkét csoportban megközelítőleg azonos volt.

A vizsgálati eredményekből kiderült, hogy a chlorpropamidra alkoholos pirulással reagálók között a retinopathiás szövődmények ritkábbak és enyhébb lefolyásúak. Ennek oka azonban még nem ismert. A genetikus tényezők szerepe mellett szólna, hogy nem-insulin-dependens diabetesben mind az alkoholos bőrkirulások előfordulása, mind a retinopathiák aránya jelentős. Mivel a bőrkirulásra hajlamos cukorbetegnek a retinopathiás szövődményektől és azok súlyosságától eléggé védettek, úgy tűnik, hogy az arctörvényes reakció és retinopathia találkozásában csak a bőrreakció áll genetikus befolyás alatt. Erre utal, hogy a pozitív és negatív bőrpróbát adó diabeteses család anamnesis és öröklődéstől mentes csoportokra osztva sem változtak a különbségek. Mivel pedig az arctörvényes reakcióra nem hajlamos nem-insulin-dependens cukorbetegnek retinopathiára és annak súlyosabb formájára hajlamosabbak, ezek ilyen irányban még fokozottabb figyelmet igényelnek.

A szerzők végkövetkeztetése szerint a diabeteses retinopathia kialakulásában a genetikus tényezők fontosak, de nem az egyedüliek, és ennek meggátolásához a diabetes jó beállítása nagyon is indokoltnak tűnik.

Angeli István dr.

**A manifest diabetes klinikai és laboratóriumi diagnosztikája.** Teuscher, A. (Med. Universitätsklinik, Inselspital Bern): Z. ärztl. Fortbild. 1979, 73, 471.

A diabetes a klinikai, manifest stádiumban gyakorlatilag mindig diagnosztizálható, a cukortermelés értékelésében azonban nemzeti és regionális különbségek vannak. Gyakran idézik Joslinnak azt a mondását, hogy „a vizeletben kimutatható cukor biztos jele a diabetesnek addig, amíg ennek az elkenekzőjét be nem bizonyították”.

A vizelet cukor-pozitivitása a vércukor értékeken kívül a glomerularis filtrációtól és a tubularis reabsorptiótól is függ.

Az akut diabetes-manifestáció tünetei a hyperglykaemián alapszanak, amely glycosuriával és polyuriával jár, ennek pedig éhség és szomjazás, fehérje- és zsírlébon-tódás, drasztikus testsúlycsökkenés és legyengülés a következménye. A zsírmobilizáció következtében ketonaemia és ketonuria jön létre, ezt pedig ketonacidosis, coma és halál követheti. A lefolyás lehet gyors, pl. juvenilis diabetesben, de endogen insulin nyomok jelenlétében a progressio hosszabb-rövidebb ideig meg is állhat. Juvenilis diabetesben a betegségre jellemző tünetek és jelek közül legalább egyet az esetek 95%-ában (polydipsiát, polyuriát 76–78%-ban), felnőttkori diabetesben pedig az eseteknek csak 40%-ában (polydipsiát, polyuriát 16%-ban) lehet kimutatni.

A klinikai diabetes diagnózisát az esetek túlnyomó többségében a cukorvizelet felismerése alapján állítják fel. A gyakorlatban ezért az összes orvosi vizsgálatot a vizelet fehérjevizsgálata mellett a vizelet cukorvizsgálatával is ki kell egészíteni. Sőt ezt az egészségesek mindenfajta szűrővizsgálatában is célszerű elvégezni, erre pedig a legalkalmasabb a szénhidrát-étkezés után 1–2 órával ürített vizelet vizsgálata. A diabetes diagnózis és kezelése azonban jól működő laboratórium nélkül elképzelhetetlen.

A vizelet cukorvizsgálatában említést érdemel, hogy cukoranyagok — átlagosan 65 mg 24 óra alatt — a normális vizeletben is vannak (ref.: 30 mg%-os cukorkoncentráció a vizeletben a bázisglycosuria). A semiquantitatív meghatározásra felhasználhatók a tesztcsíkok, de erre megbízhatósága és olcsósága miatt a szerző a Benedict-próbát is igen jónak tartja (ref.: ezt egyébként Svájcban a kifejező színátcsapások miatt előszeretettel alkalmazzák a házi cukorbeteg-gondozásban is). A polariméteres vizsgálatot számos zavaró tényező kísérheti. A vizelet acetone vizsgálatára leggyakrabban natrium-nitroprussidval történhet. A vizelet cukor és acetone vizsgálatában azonban az álpozitív és álnegatív eredményeket is számításba kell venni.

A vércukorvizsgálat történhet vénás és kapilláris vérből. A plasma vizsgálatának előnyei a teljes vér vizsgálatával szemben: a glukóz valódi extracelluláris tartalmát adja, a vörösvérsejtek nem befolyásolják, könnyebben adaptálható az autoanalyzer módszerekhez. Szükséghelyzetekben gyors segítséget adhat az Ames Eyetone és a Boehringer Reflomat készülék. A vércukor értékek eredménye attól függ, hogy milyen mintát (teljes vér, plasma, serum), milyen vérből (venás, kapilláris), milyen módszerrel vizsgálunk. A vér tárolásánál a glykolysis veszélye áll fenn,

amelyet fehérjementesítéssel és a plasma leválasztásával kerülhetünk el. A plasma glukóz koncentrációja plusz 4 fok mellett 24 óráig stabil marad.

**Diabetesre gyanús kórelőzmény:** családi terheltség, nagy súlyú magzatok, pathológiás terhességek (abortusok, toxicosis, hydramnion), halvaszületések (szigetsejt-hyperplasia), fejlődési rendellenességek, hypoglykaemia, arteriális érbetegségek. **Diabetesre gyanús vizsgálati eredmények:** elhízás, retinopathia, nephropathia, neuropathia, arteriális érkrízisek, májcirrhosis, Dupuytren-contractura, necrobiosis lipoidica, infekciók, periodontitis. **A diabetes laboratóriumi diagnosztikájában** a szénhidrát-étkezés után 1–2 órával levett vércukor 130–180 mg%- között gyanús, 180 mg%- fölött pathológiás, a terhelés eredményeit pedig az európai epidemiológiai szakértő bizottság kritériumai alapján javasolja értékelni.

Angeli István dr.

**A diabetes korai diagnózisáról a szűrővizsgálatok eredménye alapján.** Winkelvoss, E., Rössger, G.: Z. ges. inn. Med. 1979, 34, 195–198.

A diabetes korai felismerése a manifestáció megelőzését teszi lehetővé és ezt a célt szolgálják a szűrővizsgálatok, nevezetesen a lakosságszűrés, illetve a veszélyeztetettek szűrése. A szűrővizsgálatokban pedig az álpozitív reakciókat csökkenteni, az álnegatívakat pedig lehetőleg kiküszöbölni kell.

A szerzők magdeburgi 1971–1973-as cukorbeteg szűrővizsgálatok tapasztalatairól számolnak be. 8468 20 éven felüli lakost (3760 férfit és 4708 nőt) szűrték fel, hogy a kiosztott kérdőíven a diabetes gyanú jelenségeiről (elhízás, cardiovascularis betegségek és történések, familiaris terheltség, magas zsírfelvétel, nagy súlyú magzatok) adjanak számot, és ezzel együtt reggeli vizeletükből is adjanak le mintát a glycosuria vizsgálatára. A Biophan G papírcsíkkal történő vizeletvizsgálaton 5424 fő (2232 férfi és 3192 nő) vett részt. Glycosuriát 1312 esetben (519 férfi és 793 nő) találtak, utánvizsgálattal pedig ezek közül 58 (férfi 18, nő 40) bizonyult cukorbetegnek. Negatív vizeletet, de diabetesre gyanút adó kórelőzményt és elváltozást 2495 esetben (914 férfi, 1581 nő) észleltek, és ezek között utánvizsgálattal — 1502 esetben glukózterhelést végezve — 92 új (32 férfi, 60 nő) cukorbeteget találtak. Az újonnan felfedezett cukorbetegek száma így 150 (50 férfi és 100 nő) volt.

Az a tény, hogy a glycosuriásoknak csak 4,4%-a bizonyult cukorbetegnek, a túl sok (95,6%-os) álpozitív vizelet eredménye mellett szól. Még veszélyesebb azonban az álnegatív reakciók viszonylag magas, 6,5%-os aránya, amennyiben

# PHENYLBUTAZON

*kenőcs*

## ÖSSZETÉTEL

1 tubus 1 g phenylbutazonumot tartalmaz 20 g lemosható kenőcsben.

## JAVALLATOK

Különböző mechanikus és kémiai behatások okozta bőrgyulladások. Kis kiterjedésű I. és II. fokú égési sebek, napégés. Intravénás és intramuscularis injekciók beszűrési helyén keletkező bőrgyulladások, rovarcsípés. Inflammált nodus haemorrhoidalis. Felületes thrombophlebitis helyi kezelésében, ezen indikációs területen a készítmény nem az anticoagulans-kezelés helyettesítésére, hanem kiegészítésére szolgál. Traumás lágyrészsérülések, duzzanatok, haematomák, izom- és ínhúzódás, amputációs csontfájdalom. Rheumatoid arthritis és arthrosis, synovitis, tendinitis, tendovaginitis adjuváns kezelése.

A mély vénák thrombophlebitisének kezelésére a készítmény nem alkalmas.

## ADAGOLÁS

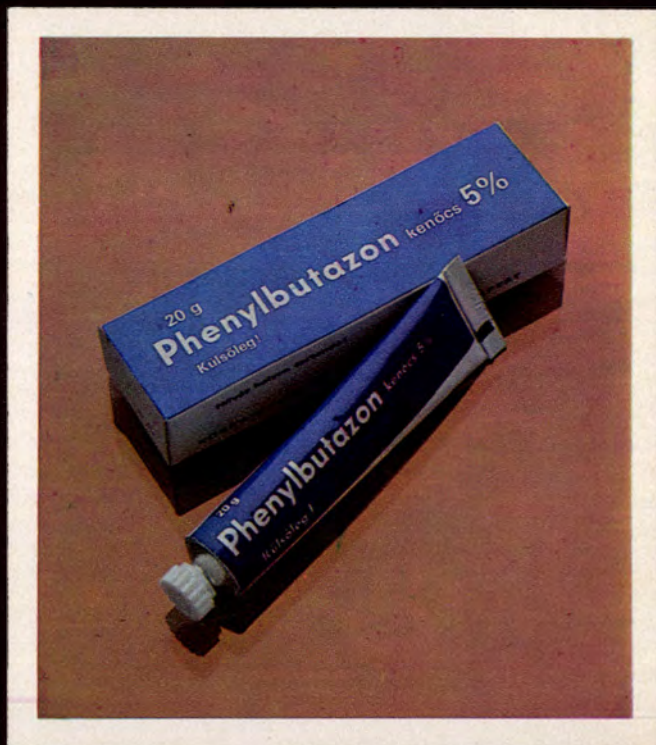
Naponta 2—3-szor az érintett bőrfelületet, dörzsölés nélkül, vékonyan bekenjük.

## MEGJEGYZÉS ✕

Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

## CSOMAGOLÁS

1 tubus (20 g) 2,— Ft



**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST**

# MYCOSOLON<sup>®</sup>

kenőcs

## ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconazolomot és 0,25% mazipredonomot tartalmaz.

## HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás, viszketéscsillapító hatását.

## JAVALLATOK

Dermatophyták vagy más, gombák által kiváltott, kifejezett gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladással kísért ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

## ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett köröm-részek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig. Fülinfekció esetén: naponta kétszer vezetünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

## MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

## ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárány-himlő.

## MEGJEGYZÉS ✕

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruháneműkből pedig kimosható.

„Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

## CSOMAGOLÁS

15 g-os tubusokban  
Térítési díj: 3,90 Ft



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

ezek diagnózisát negatív vizelet után a diabetesre gyanút adó kérdőíves adatok alapján állították fel utánvizsgálattal.

Szűrővizsgálataik alapján az alábbi következtetésre jutottak: 1. A reggeli vizeletcukor vizsgálata szűrővizsgálat céljából egymagában nem kielégítő, mivel igen sok utánvizsgálatot tesz szükségessé. 2. Eredményesen felhasználható a kérdőívvel felmért veszélyeztetettek szűrése. 3. A diabetes szűrővizsgálatok eredménye postprandialis vércukor vizsgálatokkal és glukóztérheléssel javítható. 4. Célszerű lenne, ha a tesztpapírokat előállító gyárak konstans, egzakt és jobb reprodukciós eredményeket biztosító diagnosztikus csíkokat gyártanának.

Angeli István dr.

**Teljesen szintetikus human insulin biológiai hatása cukorbeteg-ken.** Teuscher, A. (Med. Universitätsklinik Diabetes-Station, und Lindenhospital Bern): Schweiz. med. Wschr. 1979, 109, 743–747.

Az emberi insulin teljes szintézisét 1974-ben Baselen a Ciba-Geigy kutatólaboratóriuma érte el a diszulfid kötések célzott kialakítása révén. Az állatkísérletek bebizonyították, hogy e szintetikus insulin (CGP 12.031) hatása megegyezik a természetes human és állati insulin hatásával. Ennek alapján 1977-ben már a klinikai vizsgálatok is megindultak. E közleményben a szerző 6 cukorbetegnek ezzel a szintetikus human insulin kezeléseről számol be. A betegek közül 3 addig marha- vagy sertésinsulint kapott 3 pedig rögtön teljesen szintetikus insulinra lett beállítva. 3 régi beteg már 4–23 éve insulint kapott, egy betegnek 20 éves diabetes tartam után sulfonilurea resistencia miatt kellett insulint adni. 2 pedig újonnan felfedezett juvenilis cukorbeteg volt.

Az első szintetikus insulin injekciót a szerző kontroll egyénként önmagának adta és a 98 mg<sup>0/100</sup>-os delutáni vércukor 8 E adására a hypoglykaemiás szintre, 29 mg<sup>0/100</sup>-ra süllyedt. A 6 rövid hatástartamú szintetikus human insulinnal kezelt cukorbeteg közül azt négy 3 napig, egy-egy 5. illetve 13 napig kapta. A vércukor csökkenését mindegyik kezelésben észlelték, sőt mind a 6 beteg egy vagy több esetben hypoglykaemiás tünetekről tett említést, amit vércukor vizsgálattal is meg tudtak erősíteni. Két addig is insulinra szoruló szintetikus insulinnal is kompenzáltan sikerült tartani, egy esetben pedig iv. infúzióval a ketoacidosiszt tudták megszüntetni. Egy 76 éves cukorbetegnek a már eredménytelen orális kezelés után sikerült szintetikus insulinnal a vércukor értékeket normalizálni. A két juvenilis 12 és 19 éves újonnan felfedezett cukorbetegnél mindegyik szintetikus insulin injekció után vércukorcsök-

kenést tapasztaltak. Intracutan bőrpróbbával egy esetben sem kaptak pozitív bőrreakciót, és egyéb különleges tünetet sem tapasztaltak.

A szerző véleménye szerint a teljesen szintetikus human insulin mind a ketoacidosis kiküszöbölésére, mind a labilis és stabil diabetes kezelésére ugyanolyan jól alkalmazható, mint az állati pancreasból extrahált insulin. Ugyanakkor felbecsülhetetlen előnye, hogy azonos a normális emberi insulinnal. Kiterjedt és tartósabb alkalmazásának azonban ma még gátat szab magas előállítási költsége.

Angeli István dr.

**A cukorbeteg szülészeti előzménye és annak jelentősége a diabetes aetiologiájában.** Steel, J. M., Gray, R. S., Clarke, B. F.: Brit. med. J. 1979, 1, 1303.

Napjainkban a juvenilis, insulindependens, I. típusú diabetes aetiologiájában a genetikum hajlam talaján létrejött primer vírusos insulinitis, illetve a béta-sejtek evvel kapcsolatos autoimmun destructiója került előtérbe. Emellett szólna a hirtelen kezdet, a vírus fertőzőkkel való szezonális összefüggés, az autoimmunítást pedig a HLA gének öröklődése, valamint a szigetsejtek vírusos fertőzését követő autoimmun destructio sugallja. E mechanizmusban azonban néhány rejtély még így is maradt, de nem sikerült bizonyító statisztikai összefüggést találni a juvenilis diabetes, valamint a HLA rendszer azonos sajátosságú allel génjei között sem.

Ismeretes, hogy a nem-insulin dependens, insulin-independens II. típusú, felnőtt korban kezdődött diabetesben megbetegedett és gyakran elhízott asszonyok esetében már a nyújtott praediabeteses stádiumban kimutathatók az abnormálisan nagy súlyú magzatok, illetve ezek születése. Ebből arra következtettek, hogy a rapid, hirtelen kezdetű insulin-dependens diabetesben ez a jelenség nem mutatható ki. A szerzők vizsgálata ennek tisztázását célozta.

Az osztályukon ápoltak közül 284 olyan cukorbeteg nőt interjúvoltak meg, akiknek a diabetesét a 19. életév után ismerték fel és a diabetesük diagnózisa előtt egy vagy több, legalább 28 hetes terhességük volt. Megkérdezték az előző terhességek lefolyását, a magzatok születési súlyát, az utóbbiakat aszerint értékelve, hogy a terhességnek megfelelő születési súlynak 90<sup>0/100</sup>-a, illetve 4500 g felett voltak-e? A kikérdezett pácienseket beállításuknak megfelelően insulin-dependens és insulin-independens cukorbeteg-gekre osztották, az insulin-dependenseket még típusos és atípusos (elhízott, hosszabb anamnesisú), az insulin-independenseket pedig elhízott és nem elhízott csoportra bontva. A 284 értékelt cukorbeteg

nő közül 141 volt insulin-dependens (60 atípusos) 330 felmért magzattal, 143 pedig insulin-independens (55 elhízott) 407 felmért magzattal. A diabetes manifesztációja előtt az insulin-dependens cukorbeteg nők magzatainak 27<sup>0/100</sup>-a, az insulin independensek magzatainak pedig 30<sup>0/100</sup>-a volt a terhességi idő számított magzati súlyának 90<sup>0/100</sup>-a felett. A nagyobb súlyú magzatok incidenciája a típusos insulin-dependens cukorbeteg nők körélményében kissé nagyobb volt, mint az atípusosak között. Az insulin-independens elhízottak és nem elhízottak között ezt a nagyobb incidenciát — a fiatalabb diabeteses manifesztációkat kivéve — már nem tudták igazolni. A 4500 g feletti magzati súlyokat értékelve hasonló eredményt kaptak.

A szerzők tapasztalata azt sugallja, hogy már a diabetes manifeszt tünetei megjelenése előtt a glukóz-anyagcsere zavarának hosszabb periódusa a diabetesnek mindkét típusában fennáll és az insulin-dependens diabetes akut kezdete — legalábbis a 18. életév után — illuzórikusnak tűnik.

Angeli István dr.

**Hypomagnesinaemia és diabeteses retinopathia.** Szerkesztőségi közlemény. Lancet, 1979, 1, 762.

Ismeretes, hogy a diabeteses betegekben sokkal gyakrabban fejlődik ki ischaemiás szívbetegség, mint más csoportokban. Feltételezik, hogy ennek a kialakulásában fontos szerepet játszik az alacsony magnesium-szint. Hasonló szerepet tulajdonítanak a serum magnesiumnak a diabetes egy másik fontos vascularis szövődményének, a diabeteses retinopathiának kialakulásában. Mc Nair és mtsai diabeteses betegeiket 2 csoportra osztották a fennálló diabeteses retinopathia súlyossága szerint. Egészséges kontrollok csoportjához viszonyítva megvizsgálták a serum magnesium szintjét, és úgy találták, hogy a diabetesesek serum magnesium szintje szignifikánsan alacsonyabb. A diabetesesek csoportján belül a súlyos retinopathiában szenvedők magnesium-szintje szignifikánsan alacsonyabb volt, mint azokban, akiknek csak enyhe retinális elváltozásaik voltak. Nem láttak különbséget a diabetesesek 2 csoportja és a kontroll csoport között egyéb serum elektrolitok, glucose, lipidek, parathormon és C-peptid vonatkozásában. A súlyos retinopathiában szenvedők csoportjában nagyobb arányban voltak a dohányzók.

Az alacsony serum magnesium szint kialakulásának mechanizmusa diabetesben nem ismeretes. Mc Nair és mtsai úgy találták, hogy a magnesium-kiválasztás diabeteses betegekben nem fokozott, ellenkező esetben a calcium-forgalom változását is észlelték volna. Mivel a

serum magnesium-szint nem fejezi ki megfelelően a sejtek magnesium-tartalmát, lehetséges, hogy diabeteses betegekben a sejtek magnesium-szintje sokkal alacsonyabb.

Megfigyelték, hogy a vércukor szoros kontrollja nem befolyásolja a diabeteses retinopathia kialakulását. Úgy gondolják, hogy mivel a magnesiumsók nem toxikusak, óvatos alkalmazásuk talán előnyös lehet a retinopathia és az ischaemiás szívbetegek kialakulásának megelőzésében.

Ternák Gábor dr.

### Cukorbeteg immungyengesége.

Luger, T. és mtsai (Inst. f. Krebsforschung, Wien): Wien. med. wschr. 1979, 128, 656.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a cukorbetegség gyakran szövődik autoimmun-betegségekkel; diabeteseseken gyakran találtak testazonos szövetekkel szembeni antitesteket. A szerzők 50 cukorbeteg celluláris védekezési reakcióját tanulmányozták; a kontroll csoportot 42 egészséges egyén, illetve 11 idült alkoholistá képezte a vizsgált egyénekben a tuberculin, streptococcus-antigen, candidin, phytohaemagglutinin, toxoplazmin bórporákat tanulmányozták, de vizsgálták a DNCB (dinitrochlorbenzol) iránti szenzibilizálhatóságot is. A tuberculin, toxoplazmin, streptococcus-antigen és phytohaemagglutinin alkalmazásakor a cukorbeteg és kontroll személyek között nem találtak semmi különbséget. Viszont a cukorbeteg candidin-teszteléskor lényegesen több pozitív eredmény mutatkozott, de DNCB-vel szemben szignifikánsan ritkábban voltak szenzibilizálhatóak. Ez a lymphocyták defectusára utalna az antigen-felismerési szakaszban. Értékelhető, hogy egyébként apathogen törzsek cukorbetegben virulens fertőzéseket hozhatnak létre; az antigent ugyanis nem ismerik fel és az immunreactio nem realizálódhat.

ifj. Pastinszky István dr.

**Haemoglobin A<sub>1</sub> terhes diabetesben.** Leslie, R. D. G. és mtsai (Depts of Diab. and Haematol., King's Coll. Hosp., London SE 5 8RX, England): Lancet, 1978, II, 958—959.

A haemoglobin A<sub>1</sub> a felnőttkori A haemoglobin normális variánsa, s 3 további fractióra bontható (Hb A<sub>1-ac</sub>). Diabetesben a Hb A<sub>1</sub> szintje magasabb, mint a másodlagos populációban, s a szint változása összefügg a diabeteses tolerancia változásával. Terhes diabetesben különösen nagy jelentősége van a Hb A<sub>1</sub> alakulásának, mert ebből következtetni lehet a magzat sorsára, valamint fejlődési rendellenességekre is.

A londoni szerzők nem diabeteses egyének, valamint nem diabeteses gravidák és terhes diabetesesek Hb A<sub>1</sub> szintjét hasonlították össze. A kontrollok átlagos Hb A<sub>1</sub> szintje 6,61% volt, jól kontrollált diabeteseseké 9,50%, rossz kontrollúaké 15,60%. Nem diabeteses terhesek Hb A<sub>1</sub> szintje a terhesség folyamán nem változott lényegesen, míg a terhes diabeteseseké a kiindulási 9,59% értékről a szülés idejére 7,64%-ra csökkent, szülés után valamivel a kiindulási érték fölé emelkedett. A 36. terhességi hétben mért Hb A<sub>1</sub> érték a 4 héttel előbb meghatározott éhgyomri vércukor-szinttel mutatott szignifikáns korrelációt.

25 diabeteses terhes közül 23-an szültek, 3 gyermeknek halálos kimenetelű fejlődési rendellenessége volt. E három újszülött anyjának a terhesség során másik két gravidával együtt magasabb volt a Hb A<sub>1</sub> szintje, mint a jól kontrollált diabeteseseké, s utóbbiakon szülésük előtt ultrahangvizsgálattal sem voltak magzati malformatio jelei kimutathatók.

Noha a vizsgálatok száma még csekély, az eredmények alapján arra lehet mégis következtetni, hogy a Hb A<sub>1</sub> szint mérése diabeteses gravidákon jó indikációnak tekinthető részben az anyagcsere állapotát, részben az esetleges fejlődési rendellenességeket figyelembe véve.

tványi János dr.

**Az idős cukorbeteg diétája.** Rames, Ivan (Interni oddeleni Okresnohi ustavu národního zdravi, České Budejovice, Csehszlovákia): Cas. Lék. ces. 1979, 118, 651.

A szerző a Csekk Budejovice-i rendelőintézetben gondozott idős cukorbeteg diétáját vizsgálta. A betegek életkor és nem szerinti megoszlása: a nők között 75—79 éves 125, 80—84 éves 36, 85 éves és afeletti 13 összesen 174. Férfiak: 75—79 éves 33, 80—84 éves 8, összesen 41. A két nem összesen: 215 beteg. A tapasztalatok szerint sok az elhízott cukorbeteg: a 174 nő közül 91, a 41 férfi között 14. A betegek kezelési mód szerinti megoszlása a következő: a nők közül csak diétázik 34,3%, a férfiak közül 41,3%. A diéta mellett per os antidiabeticumokat kap a nők 59,0%-a, a férfiak 36,5%-a. A vizsgálat idején a nők átlagos vércukorszintje 163 mg/100 ml, a férfiaké 176 mg/100 ml volt.

A szerző feljegyezte a betegek napi étrendjét. Kiderült, hogy a betegek nagy része nem tart adekvát diétát, változatlanul nagy a szénhidrát-fogyasztás aránya a fehérjékhez, vitaminokhoz, ásványi anyagokhoz viszonyítva. Mindezek megnyilvánulnak az elhízottak nagy arányában. A kellenél kevesebb a csak diétázók aránya. A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy a jövőben az idős cukorbeteg

gek diétás nevelésével többet kell foglalkozni, ez különösen az idősekre érvényes.

(Ref.: Az adatokból látható, hogy gondjaink és feladataink azonosak. Megemlítendő, hogy a szerző anyagában a csak diétázók aránya még mindig kedvezőbb sok magyar statisztikáénál.)

Vértés László dr.

**Diabetes és cardiovascularis rizikófaktorok: a Framingham study.** Kannel, W. B., McGee, D. L.: Circulation, 1979, 59, 8—13.

Az insulin felfedezésének, majd az orális antidiabeticumok bevezetésének hatására a cukorbeteg korai ketoacidosis és comas halálózása a későbbi cardiovascularis halálózásra tevődött át. Ez pedig napjainkban időszerűvé teszi a diabetes és cardiovascularis megbetegedések közötti kapcsolat felderítését. A szerzők a Framingham study keretében ezt vizsgálták. A 20 éves megfigyelési periódus alatt a közben 45—74 éves életkort elért felnőttek között a diabetes mindkét nemben az életkorral párhuzamosan emelkedett. A férfiak prevalenciája (7,8%) magasabb volt, mint a nőké (6,2%), bár ez a különbség inkább a fiatalabb felnőttkorban volt kifejezettebb. Mindkét nemben magasabb volt a cukorbeteg között a cardiovascularis betegségek incidenciája, amennyiben a cukorbeteg férfiak kétszer, a cukorbeteg nők pedig háromszor gyakrabban betegedtek meg szív- és érrendszeri megbetegedésben. Ez a különbség a fiatalabb felnőttkorban még kifejezettebben érvényesült.

A cardiovascularis rizikófaktorokat tekintve a cukorbeteg férfiak kövérebbek voltak, de alacsonyabb volt a koleszterin szintjük és kevesebbet cigarettáztak, mint a nem cukorbeteg ellenpartnereik, átlagos vérnyomás értékeik viszont alig különböztek. A cukorbeteg nők kövérebbek, magasabb vérnyomásúak és koleszterin szintjük voltak, de kevesebbet dohányoztak, mint kontrolljaik. A standardizált, egységesen variált logisztikus koefficiens nem jelezte azt, hogy a cardiovascularis megbetegedések és vizsgált rizikófaktorok (vérnyomás, serum koleszterin, cigarettázás, testsúly) kapcsolatában a cukorbeteg és nem cukorbeteg között szignifikáns különbség lenne.

A cukorbeteg cardiovascularis morbiditásának és mortalitásának rizikója nagyobb, de ez kifejezetten csak a gazdagabb társadalmak cukorbetegre vonatkozik. A diabetes cardiovascularis következményeit meghatározza, hogy hyperinsulinaemiás, korai vagy késői eredetű, milyen ok miatt létrejött, kezelt vagy kezeletlen diabetesről van-e szó. A cardiovascularis rizikófaktorokkal kapcsolatos információ nemcsak a veszély felbecsüléséhez nyújtanak segítséget,

hanem az időben történő hatásos beavatkozást is lehetővé teszik. A cukorbeteg magasabb vérnyomásáról már mások is publikáltak, voltak viszont, akik ezt nem észlelték. Arról azonban már tudósítanak, hogy a cukorbeteg a nem cukorbetegéknél rosszabbul tolerálja a hipertóniát. A koleszterin szintet általában diabetesben magasabbnak találják, míg a Framingham studyban a férfiak között inkább kisebb alacsonyabb szintet észleltek. Feltételezik, hogy a magasabb serum koleszterin értékek diabetesben is inkább az arteriosclerotikus érszövődémmel kapcsolatosak. A dohányzást illetően a férfi cukorbetegek ritkább cigarettázását egyedülállóan tartják (ref.: *ma azonban, a cukorbeteg nagyobb érvesszélyének tudatában erről már mások is tudósítanak.*) A cukorbeteg nagyobb testsúlya egyezik a már mások által is publikált adatokkal. Végül tanulságként leszögezhető, hogy a cardiovascularis rizikófaktorokkal a cukorbeteg is megbirkózhat.

Angeli István dr.

**A degeneratív cardiovascularis betegségek rizikófaktorai orális antidiabeticumokkal és csak diétával kezelt cukorbetegségeken.** Haller, H. és mtsai: Dt. Gesundh.-Wesen, 1979, 74, 778—781.

A szív- és érbetegségek kockázata cukorbetegségeken fokozottabb és közöttük a szívinfartus incidenciája 2—3-szor nagyobb. Az UGDP vizsgálatok szerint a kedvezőtlen hatást az orális antidiabeticumok növelik.

A szerzők saját vizsgálatukban 242 orális antidiabeticumokra beállított, átlagosan 62 éves és 8 éve diabetesest, 266 csak diétával kezelt cukorbeteg, valamint 1216 válogatás nélküli kontroll személyt kísérték figyelemmel. A testsúly és vérnyomásértékek mellett a vércukrot, a triglycerid, koleszterin és húgysavszintet ellenőrizték.

Az orális antidiabeticumokkal kezelt cukorbeteg között a vizsgált rizikófaktorok szignifikánsan kifejezettebbek voltak, mint a kontrollok között. A tablettával kezelt cukorbetegeket a hasonló testsúlyú csak diétázókkal szembeállítva kiderült, hogy az orális antidiabeticumokkal kezeltnek szignifikánsan gyakoribb a hypertriglyceridaemia és szignifikánsan ritkább a hypercholesterinaemia. A hyperlipoproteinaemiák összességét tekintve a zsírsavcsere zavarok mindkét diabeteses csoportban magas szignifikanciával gyakoribban fordultak elő, mint a nem cukorbeteg kontroll csoportban. Nemek szerinti bontásban az orálisan kezelt férfiak között a hypertriglyceridaemia, a nők között (nem szignifikánsan) a hypercholesterinaemia fordult elő gyakoribban. Szignifikánsan gyakoribb volt

nők között az elhízás és hypertonia, sőt a hyperuricaemia is. A hypertriglyceridaemia a férfiak, a hyperuricaemia a nők között dominált, elsősorban a biguanidokra beállítottakat érintve.

A szerzők vizsgálatait tehát kimutatták, hogy a vizsgált rizikófaktorok mind a csak diétával, mind az orális antidiabeticumokkal kezelt cukorbeteg között szignifikánsan gyakoribban fordultak elő, mint a válogatás nélküli kontrollok között. A diabetes, hyperlipoproteinaemia, hyperuricaemia, elhízás, hypertonia és zsírmáj együttes előfordulását ezért *metabolikus szindrómaként* értékelik. Az életkor, a diabetes manifesztációs ideje, tartama és a cukorbeteg hyperlipoproteinaemiájának incidenciája között összefüggést nem találtak. Nem kétséges, hogy az elhízás a rizikófaktorok létrejöttében jelentős szerepet játszik. Az a tény, azonban, hogy a kevésbé elhízott férfiak között, a kövérebb nőkkel ellentétben, a hypertriglyceridaemia dominál, a csak diétával kezelt cukorbeteg között pedig a hypercholesterinaemia a leggyakoribb, amellel szól, hogy cardiovascularis rizikófaktoroként a gyógyszereken kívül más tényezők is szerepet játszanak. Ezek közül elsősorban a hyperlipoproteinaemiát, illetve hypertriglyceridaemiát kell kiemelni. Az *oralis antidiabeticumok is csak akkor hasznosak, ha a vércukor értékeken kívül a többi anyagcsere paramétert is normalizálják.*

Angeli István dr.

## Radiológia

**Körte formájú húgyhólyag.** Ambros, M. A. és mtsai: Radiology 1977, 122, 85.

Prather 1950-ben „könyccsepp” formaként írta le azt a húgyhólyag deformitást, amely kismencedei haematoma következtében jön létre, ez a deformitás azonban inkább körte formájú, mint fordított könyccsepp alakú. Egyéb állapotok is létrehozhatják a hólyag bilaterális, szimmetrikus distorsióját, mint a kismencedei lipomatosis, vagy a vena cava inferior elzáródása.

A *kismencedei haematoma* leggyakrabban traumás eredetű (főleg autóbaleset kapcsán jön létre), ritkábban anticoaguláns kezelés alatt keletkezik. A medencében összegyűlt vér a húgyhólyagot felemeli az alapjáról, és mindkét oldalról, szimmetrikusan összenyomja. Ha a trauma telt hólyagnál következik be, a hólyag rupturálhat, és a vér vizelettel keveredik.

Natív felvételen a fracturák, valamint a hólyag területének fokozott densitása látható. Kontrasztanyag beadása után a komprimált és elevált hólyag ábrázolódik. Minél nagyobb a vérzés, annál nagyobb a deformitás. Ha a vérzés

súlyos, angiographia végzendő, részben a vérző arteria lokalizálására, részben a vérzés helyének embolizálására autolog szövetrel vagy géllal. A differenciáldiagnózis a traumás anamnézis birtokában nem nehéz.

A *kismencedei lipomatosis* olyan állapot, amelyben a perivesicalis és perirectalis szövetben nagy mennyiségű zsírszövet szaporodik fel, minimális fibrosis és gyulladásoz reakció kíséretében. Aetiológiája nem ismert; Engles, aki elsőként leírta, krónikus húgyúti infekciók következményének tartotta. Leggyakrabban középkorú, fekete férfiakon észlelik. A betegek ismételt húgyúti fertőzésekről, hátfájalmakról, enyhe obstipációról számolnak be.

Gyakori, hogy elsőként a radiológus veti fel a diagnózist. A hólyag itt is bilaterálisan, szimmetrikusan komprimált, és az alapról megemelt. Az ureterek középső harmada laterál felé helyeződhet, és az ureterek különböző mértékben obstruálódhatnak. Irrigoscopiás vizsgálathál a colon a recto-sigmoideális határon kiegyenesedett, elongált és elevált, de nem merev vagy fixált. Néhány olyan esetben, ahol angiographia is történt, enyhén fokozott vascularitást találtak, amely a krónikus gyulladással megfelel.

A kismencedei lipomatosis jóindulatú állapot, sebészi beavatkozás csak ureter obstructio esetén jön szóba.

*Vena cava inferior occlusio.* Oka gyakran tumor, hasi sepsis, trauma, vagy az alsó végtagi thrombus felterjedése, előfordulnak azonban idiopathiás esetek is. A diagnózis valószínű, ha alsó végtagi oedema van jelen, még szignifikánsabb jel, ha oedema jelenlétében az alhas falán tágult collateralis vénák is vannak. Előfordul azonban, hogy e két tünet közül egyik sem látható. A betegnek mindössze discus herniához hasonló, háti fájdalmak vannak. Intravénás urographiánál bilaterálisan komprimált felfelé-előrefelé diszlokált húgyhólyag látható. A hólyag distorsióját a kismencedei tágult vénás collateralisok és az oedema okozzák. Az ureterek az L III. csigolya magasságában „csomósak” lehetnek, esetleg e vénás collateralisok medial felé és előrefelé nyomhatják őket. Definitív diagnózis cavographiával állítható elő.

A felsoroltakon kívül bármely olyan elváltozás, amely bilaterális, szimmetrikus kismencedei szövet-szaporulatot okoz, a húgyhólyag „körtészerű” deformitását okozhatja, pl. lymphomában, ritkábban leukaemiában létrejövő nagyfokú nviroszövet-szaporulat. Ezen esetekben a diagnózishoz lymphographia szükséges.

A kismencedei primer tumorok vagy abscessusok is deformálhatják a hólyagot, ez a deformáció azonban mindig aszimmetrikus.

Demeter Jolán dr.



**Az intravertebralis vacuum-hasadék: ischaemiás csigolyaösszeroppanás jele.** B. E. Maldague és mtsai (University of Louvain, Brüsszel): *Radiology* 1978, 129, 23—29.

Schmorl és Junghanns már felvette a késői posttraumás csigolyaösszeroppanás pathogenezisében az ischaemia szerepét, de ezt megnyugtató bizonyítékok hiányában később elvetették. A szerzők 10 olyan esetet észleltek, melyekben összeroppanó csigolyában gáz volt kimutatható a röntgenfelvételeken. A gáz élesen kirajzolta a csigolyatest haránthasadékát, mely lordotikus helyzetben kiszélesedett, kyphosisban pedig keskenyebbé vált. Betegeik 55-83 évesek voltak, 5 nő, 5 férfi. Mindegyiket éveken át ellenőrizték a csigolyahasadék észlelése után, tehát az elváltozás malignus eredete kizárható. Valamennyinek osteoporosisa volt, 7 steroid kezelésben részesült hosszú időn át. A röntgenvizsgálat idején mindegyikük hátfájásról panaszkodott, de megelőző traumát csak 4 említett. Egyik esetben trepanációs csontbiopsziát végeztek, a szövettani lelet az epiphysis-necrosisokhoz hasonlóan ischaemiás csontkárosodást követő reparatív folyamatra utalt. Vacuum kialakulása egy jó keringésű csigolyatest összeroppanása után elképzelhetetlen. Hasonló jelenséget tumoros, gyulladásszerű és egyszerű traumás eredetű csigolyaelváltozások egyetlen esetében sem találtak, ezért az intravertebralis vacuum-hasadékot ischaemiás csigolyatest összeroppanás jelének tekintik. Ez egyben Schmorl és Junghanns késői igazolása is.

Lacza András dr.

**A vese heveny verőeres keringészavarainak röntgendiagnosztikája.** H. Platzbecker és mtsai (Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden): *Radiologia Diagnostica* 1979, 20, 202—212.

2439 renovasographia során 42 esetben láttak egyoldali, egy esetben kétoldali vesearteria elzáródást. Az elzáródás 16 esetben volt friss, heveny. 58 egy vagy kétoldali segment-arteria elzáródást észleltek, csak 8 esetben heveny tünetekkel. Eseteiket traumás, friss embolia, érműtétek utáni heveny elzáródás és heveny veseinfarktus csoportosításban tárgyalják.

Traumás esetekben a kórelőmeny irányt mutat. Tájékoztató

jellegű a kiválasztásos urographia, de makroszkópos vérvezelés mindig szükségessé teszi a renovasographia elvégzését.

Friss emboliára jellemző a hirtelen fellépő, erős deréktáji fájdalom, urographiánál néma vese, kö hiánya. Perdöntő eljárás az angiographia. Az elzáródás mellett jellemző a kollaterálisok hiánya, szemben a többnyire nem heveny lezajlású thrombosisokkal. A háttérben emboliaforrás kimutatható. Megfelelő kezelés nélkül zsurgose kialakulása fenyeget.

A vesearterián végzett műtéti beavatkozás utáni elzáródásra a vérnyomás emelkedése hívja fel a figyelmet, igazolja a renovasographia.

Heveny veseinfarktusok mintegy 30 %-ában mutatkozott makroszkópos vérvezelés. Heveny tüneteket csak a kiterjedt elváltozás okoz, ilyenkor a kép hasonlíthat a vesearteria elzáródásához. Tisztázásában az urographia kevés segítséget nyújt, ez csak angiographiától várható.

Lacza András dr.

**Mellkasi izoméria kimutatása natív röntgenfelvételen.** B. Soto és mtsai (University of Alabama School of Medicine, Birmingham): *American Journal of Roentgenology* 1979, 131, 995—1002.

Situs ambiguus vagy a thorax vonatkozásában mellkasi izoméria az az állapot, amikor a normálisan aszimmetrikus zsigerek szimmetrikus elhelyezkedést és képet mutatnak. Ez a mellkasi izoméria lehet jobb vagy bal típusú, aszerint, hogy a hörgők és a nagy pulmonalis erek helyzete a normális bal- vagy jobboldali állapotnak felel-e meg. A nyílirányú mellkasfelvételen ilyen esetekben a jobb és bal főhörgő hosszúsága és lefutási iránya, valamint az azonos oldali arteria pulmonalishoz való viszonya mindkét oldalon azonos. Eparterialis bronchusok esetében jobb típusú, hyperarterialis bronchusok esetében pedig bal típusú izomériáról van szó. A szerzők felfigyeltek arra, hogy az oldalirányú mellkasfelvétel is támpontot nyújt e vonatkozásban. A főhörgők keresztmetszeti árnyéka izoméria esetén közelebb van egymáshoz, mint normálisan. Jobb típusú izoméria esetében mindkét főhörgő az azonos oldali arteria pulmonalis ág között helyezkedik el, bal típusban pedig előtte. Különböző

vizsgálókkal vakon leleveztettek nyílirányú és oldalirányú mellkasfelvételeket, és a pozitív és negatív tévedések elemzése alapján megállapították, hogy az izoméria és típusának megállapításában a két felvétel diagnosztikus értéke azonos. Az izoméria általában egyéb rendellenességekkel társul, 14 esetükben veleszületett szívanomáliák álltak fenn. A jobb típusú izoméria általában léphiánnyal, a bal típusú polyspleniával jár együtt.

Lacza András dr.

**Diffúz idiopathiás csontrendszeri hyperostosis (DISH) és a ligamentum longitudinale posterius meszesedése és csontosodása.** D. Resnick és mtsai (University of California School of Medicine, Veterans Administration Hospital, San Diego, Calif.): *American Journal of Roentgenology* 1978, 131, 1049—1053.

A szerzők „diffuse idiopathic skeletal hyperostosis” (DISH) névvel a Forestier-betegség elváltozásait jelölik. Legjellemzőbb és jól ismert jele a csigolyák ventralis oldalán látható, szalagszerű, áthidaló hyperostosis, amihez számos gerincen kívül elhelyezkedő csontrendszeri és egyéb meszesedés és csontosodás járulhat. Kevésbé ismert részjelensége e körképnek a ligamentum longitudinale posterius elcsontosodása a nyaki szakaszon, ami tünetmentes is lehet, de a gerincvelő összenyomásával panaszokat és tüneteket okozhat. 74 DISH beteg nyaki gerincfelvételének átvizsgálásával 55 esetben találtak rendellenességet a csigolyatestek dorsalis oldalán, mégpedig csigolyatest hyperostosis 30, dorsalis osteophytosis 25, és ligamentum longitudinale posterius meszesedést vagy csontosodást 37 esetben. Négy betegük rövid kórajzát ismertetik. Közülük háromnak a nyaki gerinc leírt elváltozásai összefüggésbe hozható neurológiai tünetei voltak. Az elváltozások észrevehetőek már a rutinszerű nyaki gerincfelvételeken is, jobban láthatók rétegfelvételeken. Különösen értékes a CT scan, amely pontosan mutatja a gerinc-csatorna szűkületét is, valamint a meszes vagy csontos szalagnak a csigolyához való viszonyát.

Lacza András dr.





## KÖNYVISMERTETÉS

**Isadore Meschan: Analyse der Röntgenbilder.** Klinische Radiologie in 3 Bänden unter Mitarbeit von R. M. F. Farrer—Meschan, Band 1 Skelett, Wirbelsäule. Übersetzt und bearbeitet von M. Kolter und H. Braband. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1978. 718 oldal, 402 ábracsoport és számos táblázat. Ára: 110,— DM.

A Saunders kiadó által 1973-ban angol nyelven megjelentetett harmadik kiadás előszavában Meschan hangsúlyozza, hogy ebben a munkájában a radiológiai jelekre összpontosította a figyelmet, szemben az előző kiadásokkal, amelyekben nagyobb súlyt fektetett a röntgenológiai megjelenésnek és a klinikai diagnózisnak összevetésére. Munkáját orvostanhallgatóknak, kezdő radiológusoknak és gyakorló orvosoknak szánta.

A könyv 14 fejezetre oszlik, minden fejezethez angol nyelven megjelent művek irodalmi jegyzéke tartozik, ezt a fordítók német nyelvű irodalmi utalásokkal egészítették ki. Az egyes fejezetek végén kérdéscsoportok találhatóak, feltehetően szakorvosjelöltek számára.

Az első fejezetekben rövid történeti áttekintés után a röntgensugár keletkezésével, előállításával, szükséges berendezésekkel és a sugárzás tulajdonságaival foglalkozik. Ismerteti a diagnosztikus célra történő felhasználás eszközeit, módszereit, valamint a képalkotás lehetőségeit. A képerősítéssel történő átvilágításhoz megadott mA értékek túlzottak, valószínűen elírásból erednek. A technikai fejezetek tömören és könnyen érthetően adják azokat a tudnivalókat, amelyek megfelelnek a könyv céljának. Szól a kontrasztanyagokról és felsorolja az ezekkel történő vizsgálatokat.

A diagnosztikus célra használt sugárzás káros hatásával szembeni védekezéssel bőven foglalkozik mind a röntgenintézetben dolgozók, mind a betegek vonatkozásában.

A röntgenvélemény megalkotásának módja, amelyet a szerző ismert, helyes, de az előfordulás statisztikai valószínűségét véleményem szerint ebben felhasználni nem lehet.

A következő főcím az izom, csont és ízületi rendszer röntgendiagnosztikája. Az izomdiagnosztikáról, érteve ez alatt a lágyrész-röntgendiagnosztikát, külön nem esik szó, de helyenként utal a szerző egyes röntgenfelvételeken látható lágyrész-elváltozásokra.

A végtagsontok felépítését, szerkezetét és fejlődését, valamint a csontérés és az életkor közötti összefüggést rajzos ábrákkal és táblázatokkal kiegészítve ismerteti, ez

a későbbi tárgyalási mód szempontjából fontos.

A végtagsontok töréseinek és ficamainak röntgenképét rajzos ábrákkal illusztrálva, jól arányosítva írja le. Külön szól a törésgyógyulás folyamatáról, annak szövődényeiről és a végtagsont törések kezelésének módzatairól.

A további tárgyalás folyamán a végtagsontoknak és ízületeknek megbetegedések következtében létrejött röntgenelváltozásait ismerteti. Olyan jelenségekből indul ki, mint a harántirányú-hosszirányú ritkulás-tömörülés, lokalizált-kiterjedt szerkezeti változás, elhelyezkedés, csont- vagy periosteális reakció, egy vagy több csonton való jelentkezés, stb.; mindezek külön felosztási alapot képeznek. Anélkül, hogy ezekre a csoportosításokra részletesen kitérnék, megemlítem, hogy ezekben a fejezetekben a legkülönbözőbb természetű (degeneratív, anyagcsere eredetű, gyulladós vagy daganatos) csontelváltozások szerepelnek, egyesek több fejezetben ismétlődnek. Ez a módszer a tanulni vágyót a memorizálásban segítheti, viszont előnyösebb lett volna ha az emlékek gyarapítására különböző helyeken ugyanazon betegséggel kapcsolatban nem ugyanazokat a röntgenábrákat szerepeltetné, hanem korábbi vagy későbbi stádiumban ábrázolná a folyamatot.

A már tárgyalt betegségek egyrésze újból leírásra kerül a koponya és gerinc röntgenelváltozásai kapcsán, természetesen nem az előző felosztásban. Ezek a fejezetek jól áttekinthetők, a myelographia hasznosnak egészíti ki a gerincről írt tudnivalókat.

A könyvben több olyan szindrómáról, betegségről esik szó, amelyek nálunk a ritkaságok közé tartoznak, más kórfarmákat — például a caisson-betegséget, a haemophilia kapcsán jelentkező csontelváltozásokat, valamint a csontechinococust — nem említ. Az állcsont és állkapocs fog- és csonteredetű daganatainak röntgendiagnosztikája hiányos.

A röntgenábrák egyrésze nagyon jó, van azonban néhány, amelyet ki lehetett volna cserélni, mert keveset mutatnak abból ami az ábraszövegben le van írva.

Összefoglalva az elmondottakat, a tárgyalási mód, amelynek főbb jellemzőit ismertettem, hasznos azok számára, akik kórbonctani és klinikai vonatkozásoktól kissé távolabbról szemlélik a röntgenképet.

A könyv fordítói és átdolgozói gondos munkát végeztek, az eredeti tartalmat azonban bővíteni nem akarták, ennek tudható be, hogy a képalkotás módszerei között a CT nem szerepel.

Erdélyi Mihály dr.

**R. E. Coupland és W. G. Forschmann: Peripheral Neuroendocrine Interaction.** Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978. 169 oldal. 118 ábra, 3 tábl. Ára: 78,— DM.

A 4. Anatómiai Kongresszus programjának keretében rendezték meg 1977-ben a „Peripheral Neuroendocrine Interaction” szimpoziumot, amelynek 17 előadását tartalmazza a könyv. Elsősorban a citokémiai és szubmikroszkópos vizsgálatok alkotják a módszertant és az előadások döntő része a monoaminergias ingerátvivő anyagok szubcellularis kimutatására és anyagcserejének vizsgálatára irányul. Hat nagyobb csoportba oszthatók az előadások:

- neurotranszmitter anyagok kimutatásának módszerei,
- a sympatho-adrenalis rendszer monoaminergias sejttrendszerének vizsgálata,
- az emésztőcsatorna paraneuronjai (gastro-intestinalis és a pancreas monoaminergias sejttrendszer),
- glomus caroticum monoaminergias innervációjának vizsgálata,
- az endokrin pancreas és a
- juxta-glomerularis rendszer innervációja.

A rendkívül gondos és szépen állított könyv egyes fejezeteit mind fekete-fehér, mind színes ábrák és a legfontosabb irodalmi adatok jegyzéke egészíti ki.

A szimpozium célkitűzése volt a funkcionális jelleg kidomborítása és a citokémiai, autoradiográfiai és fluorescenciás vizsgálatok a monoaminergias neuron, illetve paraneuron rendszer szabályozó szerepére, annak pathológiai jelentőségére irányulnak.

Endrőczy Elemér dr.

**Role of Pharmacokinetics in Prenatal and Perinatal Toxicology.** Third Symposium on Prenatal Development, Berlin, 1978. Szerk.: **D. Neubert, H. J. Merker, H. Nau, J. Langman.** G. Thieme Publ. Stuttgart, 1978. — 647 oldal, 203 ábra (6 színes), 83 táblázat. Ára: 48,— DM.

A terjedelmes, ugyanakkor tetszetős és jól áttekinthető könyv — mint alcíme is utal rá — az 1978. okt. 2—4. között Nyugat-Berlinben, az Institut f. Toxikologie und Embryopharmakologie által rendezett szimpozium anyaga. A szimpozium munkájában 10 országból mintegy 120 meghívott előadó vett részt; a szocialista országokat egy szovjet és egy csehszlovák előadó képviselte. A könyv — a posterek elhagyásával — 87 szerző előadását tartalmazza teljes terjedelemben (sajnos, a viták szövege nélkül).

Az előadások négy tárgykörre csoportosulnak: 1. a magzati szövetek gyógyszermetabolizmusa (embryonalis és foetalis pharmacologia), 2. a perinatalis kor pharmacokinetikája, 3. az embryonális és foeta-

lis pharmacokinetikai vizsgálatok módszertani kérdései (modellek) és végül 4. placenteris pharmacologia; gyógyszer-disztribúció és toxicitás az embrióban és a foetusban. A tematikájában szerteágazó kérdéseket (embryonalis, foetalis és placenteris pharmacologia) az előadások részletesen tárgyalják (innen is a könyv terjedelme) és — noha az átfedések elkerülhetetlenek — néhány kiemelkedően értékes áttekintés egymagában is mutatja a könyv értékét. Ilyen különösen Neu és Neubert (a gyógyszerek oxidációja állatban és emberben), Merker (a máj gyógyszermetabolizmusa és az életkor), a fiatal finn Pelkonen (a gyógyszermetabolizmust befolyásoló tényezők a magzatban és a placéntában), Liddiard (gyógyszermetabolizmus izolált hepatocytákban, ill. a placéntában) és Helge és Jäger előadása (az újszülött pharmacokinetikája). Nau és Liddiard munkája a placenteris gyógyszer-passzázsról (értékes táblázattal a 474—75. oldalon) különösen a gyakorlati perinatalis pharmacologia számára nyújt megbízható támpontot. Pelkonen, ill. Helge és Jäger említett fejezetei ugyancsak a perinatalis pharmacologia humán, tehát klinikai pharmacologiai vonatkozásai miatt említésre méltóak. Hasonlóképpen néhány, a gyakorlatba átültethető experimentális adat olvasható a 4. témakör előadásaiban, olyan fontos gyógyszerekről, mint pl. a diphenylhydantoin és az antibiotikumok (chloramphenicol, thiamphenicol, tetracyclinek stb.). Értékesek az ún. komparatív pharmacologia (állat-modellek adatainak transzpozíciója a humán pharmacologia) eredményeit tárgyaló áttekintések is (ebben a vonatkozásban is elsősorban Neu és Neubert előadása figyelemre méltó).

Az egész munka — mint azt az anonym, egyébként vitatható didaktikát követő bevezetés is hangsúlyozza — egymagában is bizonyítja a „fejlődő szervezet gyógyszer-tanának” („developmental pharmacology”, „Entwicklungs-pharmacologie”) létjogosultságát, és ami ennél is több: az utóbbi években felmutatott jelentős fejlődését. Ugyanakkor már e tudományterület bővülésére, új aspektusára utal, nevezetesen a „developmental pharmacology” toxikológiai aspektusára. Az egész szimpozium anyaga in toto igazolja, hogy a fejlődő szervezet — prae- és perinatalis kor — gyógyszer-tanának minden mozzanata (adagtól, életkortól és speciestől függően) egy bizonyos határ felett a gyakorlatban előbb vagy utóbb toxikológiai kérdéssé válik. Amennyire új és érdekes ez a koncepció, annál bántóbb, hogy a könyv (illetve a szimpozium) teljesen figyelmen kívül hagyta a gyógyszermetabolizmus genetikai vonatkozásait, az egész pharmacogenetikát. Ez a könyv (és szimpozium) talán egyetlen, de annál súlyosabb hibája.

Csaknem hihetetlen, hogy egy 1978-as szimpoziumon pl. a gyógyszer-glukuronizációt, a glukuronaszavas konjugációt úgy tárgyalják, hogy a genetikai hátteret említésre sem méltatják [még hozzá olyan előadó (Rane), aki maga is műveli a pharmacogenetikát!]. Ilyen szempontból lényegesen korszerűbb szemléletet tükröz Kerpel-Fronius—Véghelyi—Rosta: Perinatal Medicine c. hazai könyve, vagy a jénai iskola munkái (Klinger, Ackerman stb.). Ezek a hibák azonban végül is egy szimpozium anyagában nem írhatók a szerkesztők rovására, akik mindent elkövettek, hogy a szimpozium előadásainak szövege gyorsan (egy év leforgása alatt!), teljes ábra- és irodalmi anyaggal az olvasók kezébe kerüljön. A munka végeredményben nemcsak hű tükrö egy színes, experimentalis farmakológiai szimpoziumnak, hanem azon túlmenően — jó tárgymutató, a kitűnő ábranyag és az „up to date” irodalomjegyzékek révén — sokoldalúan használható kézikönyv.

Szörady István dr.

**R. Burkhardt: Hämatologie** (Taschenbücher Allgemeinmedizin). Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1978. 140 old., 8 ábra. Ára: 24,— DM.

Számos didaktikailag kiemelkedő könyv és jegyzet készül az orvosok részére, de kevés az olyan munka, amelyet haematológiai oktatásban régebben részesülő gyakorló orvosoknak írtak. Általában a kézikönyveket a szakképzés megszerzését szolgáló részletesség igényével írják, ami messze meghaladja a körzeti orvos gyakorlati igényét. A müncheni egyetem csontvelő-diagnosztikai részlegének vezetője, Burkhardt professzor megmaradt a gyakorló orvos számára legfontosabb tudnivalóknál, segít eligazodni a mindennapi munkában lényeges és a kevésbé értékes adatok között, ill. mint ahogyan azt a szerző írja, igyekezett megtalálni az utat az igen sok és az igen kevés között.

A 130 oldalas könyv két részre tagolódik. A lényegesen rövidebb (19 oldal) általános részben alapfogalmakat említ, elemzi a haematológiai megbetegedésekhez társuló szubjektív panaszokat, szervi elváltozásokat és foglalkozik a gyakorló orvos számára legfontosabb laboratóriumi diagnosztikai kérdésekkel.

A speciális rész három fejezetre oszlik. Az első fejezetben a nem vérbepőzészervi megbetegedések haematológiai szövődményeit tekinti át. A másik — igen lényeges — fejezetben a gyógyszerek haematológiai mellékhatásait, a harmadik fejezetben pedig a vérbepőzészervi betegségeit tárgyalja tizennyolc fejezetben. Ez utóbbi részben említi az anaemiák különböző típusait, az agranulocytosist, ITP-t, majd a myeloproliferatív kórképeket, foglalkozik a heveny leukaemiákkal és a lymphogranulomatosis mellett

csak gyakoribb előfordulást mutató chronikus lymphoid leukaemiát, a myeloma multiplexet említi.

A coagulopathiák közül egyedül a haemophilia tárgyalására szorítkozik, de ezt a szerző azzal igyekszik pótolni, hogy az általa fontosabbnak tartott szerzett coagulopathiákról táblázatban ad áttekintést.

Minden kórképnél didaktikailag kitűnően taglalva megadja a betegség definícióját, aetiológiáját, pathogenesisét, gyakoriságát, tüneteit, diagnózist, foglalkozik a differenciáldiagnosztikai kérdésekkel és szó esik a terápiás lehetőségekről is.

A könyv stílusa tömör, célratoró, szerkezete áttekinthető, jól tagolt. A gyakorlatban közvetlenül alkalmazható legfontosabb diagnosztikus és terápiás irányelveket táblázatban foglalja össze. Különösen hasznos a különböző gyógyszerek hatására létrejövő vérbepőzészervi szövődményeket összefoglaló 5 oldalas táblázat. Mellőz mindent, ami a gyakorló orvos számára kevésbé fontos, így az irodalmi hivatkozásokra is csak a metodikák leírásánál és a gyógyszer-mellékhatásoknál találunk utalást. Ha azt valljuk, hogy az otthoni jó gondozásnak, és a beteg ellenőrzésének előfeltétele, hogy a gyakorló orvos ismerje a betegség lényegét, a kezelés szövődményeit, elhárítási lehetőségeit, akkor a könyv ezek áttekintésében jó segítséget nyújt és alkalmas arra, hogy a körzeti orvos a betegágy mellett azt haszonnal forgassa. A fentiekben leírtak indokolják, hogy a könyvet elsősorban a gyakorló orvosok figyelmébe ajánljuk.

Misz Mária dr.

**B. Forster—D. Ropohl: Rechtsmedizin.** F. Enke Verlag, Stuttgart 1979. Második átdolgozott és bővített kiadás. Ára: 24,80 DM.

Két éve ismertettük a tankönyv első kiadását (O. H. 1977, 117, 2496.) A könyv sikerét bizonyítja, hogy már 1979 tavaszán sor került a második kiadásra.

Az átdolgozást és bővítést igazságügyi orvostani új fogalmak bevezetése a Német Büntető Törvénykönyv időközben történt kiegészítése tette szükségessé. A szerzők ezeket olyan röviden építették be a szövegbe, hogy a könyv terjedelmét nem növelték meg feleslegesen és a vizgára készült nem terhelték meg nagyobb mértékben.

Változatlanok a fejezetek. A behatolban tárgyalt témák továbbra is: a halál bekövetkezésének és időpontjának meghatározása, az orvosi tevékenységgel járó kockázat megítélése, a véralkohol-, az antropológiai és szerológiai vizsgálatok kérdése.

A két kiadás között eltelt idő folytán természetes, hogy a bibliográfiai adatok alig változtak. Azonos a 41 rajzos ábra és grafikon, s változatlanul hiányoznak a képek. Emiatt a vizgára készülő a szöveg egyes részeit csak úgy érti meg

teljesen, ha atlasz is rendelkezésére áll. Összehasonlításképpen említem, hogy a hazai egyetemi tankönyvben a kiadó 160, nagyrészt színes ábra beiktatását tette lehetővé.

A könyv mintegy függeléként tartalmazza az írásbeli vizsga anyagát képező 72 tesztkérdést, amelyeket az orvosi vizsgakérdések mainzi intézete által kiadott gyakorlati utalások figyelembevételével, a „multiple-choice” elve szerint állították össze. Öt feladattípus van, mindegyik előtt jól érthetően magyarázzák meg a kérdést és a felelet módját. Végül közlik a helyes válaszokat is. Annak, aki a könyvet alaposan áttanulmányozta, a helyes felelet kiválasztása könnyű feladat.

A könyv magyar olvasójának szem előtt kell tartania a német törvénykönyveknek a hazaitól való eltéréseit.

Somogyi Endre dr.

**H. Wolff, M. Halm, K. Ludwig, G. Otto, H. Pahlig, D. Schmidt, W. Schubert: Leber- Gallen- und Pankreaschirurgie.** VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1978, Berlin. 472 oldal. Ára: 88,— M.

A máj, az epeúrendszer és a pancreas megbetegedései miatt végzett műtétek száma egyre nő és ezek nagyrészt minden sebészeti osztályon nap mint nap találkozunk. Ahhoz, hogy ezeken a betegségeken gyorsan és eredményesen segíthessünk, az anatómia, a pathophysiologia és a céltudatos kezelés ismerete alapvetően szükséges. Ez a könyv ezt a célt szolgálja.

A könyv négy fejezetből áll: 1. Májsebészet, 2. Epesebészet, 3. Pancreassebészet, 4. Máj- és pancreastransplantatio.

Az első fejezetben részletesen leírják a máj sebészeti anatómiáját és funkcióját, a klasszikus és modern prae- és intraoperatív diagnosztikai módszereket. Több mint 40 oldalon — rajzokkal illusztrálva — tárgyalják a sebészek számára oly fontos műtéti ismereteket. A fejezet végén ismertetik az egyes májbetegségek (parazitás megbetegedések, tumorok, abscessusok, portalis hipertensio) sebészi kezelésének lehetőségeit.

A második fejezetben a hasonló témakörből írt monográfiák olvasásakor már megszakított sorrendet követik: fejlődési rendellenességek, az epehólyag és az extrahepatikus epeúrendszer anatómiája, fiziológiája, gyulladási és köves megbetegedései, ezek praeoperatív diagnosztikai lehetőségei. Részletesen írnak az epehólyagon és az epeúrendszeren végrehajtott műtétekről, ezek korai és késői szövődményeiről, azok kezelésének lehetőségeiről. Külön alfejezetben tárgyalják az epeú-reoperációkat, a benignus és malignus tumorokat, ez utóbbiak TNM beosztását, terapiáját és prognózisát.

A harmadik fejezet a pancreas sebészetéről szól. A legújabb ismereteket is felhasználva, összefoglalják a pancreas fiziológiáját, ismereteinket az acut és a chronikus pancreatitisről és ezek sebészi kezelésének lehetőségeiről. A fejezet végén a pancreas jó- és rosszindulatú daganatainak tünettanát és az ezek miatt végezhető műtéteket tárgyalják részletesen.

retüket is felhasználva, összefoglalják a pancreas fiziológiáját, ismereteinket az acut és a chronikus pancreatitisről és ezek sebészi kezelésének lehetőségeiről. A fejezet végén a pancreas jó- és rosszindulatú daganatainak tünettanát és az ezek miatt végezhető műtéteket tárgyalják részletesen.

Mindaz, amit a szerzők az első három fejezetben leírtak, lényegében más monográfiákban (pl. Hess, W.: Die Erkrankungen der Gallenwege und des Pancreas. Thieme, Stuttgart. 1961.) is megtalálható. Ami ebben a monográfiában új, az a teljes negyedik fejezet, ahol 42 oldalon a máj- és pancreas-transplantációról írnak. E tárgykörben saját tapasztalataik is vannak, hiszen a könyv nyomdába adásáig (1978) 4 májtransplantációt végeztek korábbi munkahelyükön, Drezdában. Valószínű, hogy közülünk keveseknek adatik meg majd a lehetőség, hogy máj-, vagy pancreastransplantációt végezzen, mégis a mai sebészek legalább annyit illik tudni e most még problémákkal tele beavatkozásról, amennyit a szerzők e 42 oldalon leírnak.

A könyv olvasmányos, stílusa gördülékeny. Rendszerezten, jól megírt és kitűnően szerkesztett monographia. Minden fejezet végén ismerteti az irodalmi adatokat (összesen több mint 1000), melyek többsége az elmúlt 10 évben jelent meg. Olyan szervek betegségeiről írnak, melyekkel a gyakorló orvos, a belgyógyász és a sebész majd mindennap találkozik. Éppen ezért, de azért is, mert a könyv a nyugaton megjelent hasonló témájú könyvekkel könnyebben hozzáférhető és aránylag olcsó, nem hiányozhat könyvespolcainkról. Különösen ajánlható belgyógyászati, gastroenterológiai és sebészeti szakvizsga előtt állóknak, valamint a fiatal sebészeknek.

Kántor Elemér dr.

**Zilles, K. J.: Ontogenesis of the visual system.** Advances in Anatomy, Embryology and Cell Biology, Vol. 54, Fasc. 3. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978. Ára. 48,— DM.

A monográfia a látórendszer 11 kortikális és szubkortikális agyterületének ontogenezisét tárgyalja fénymikroszkópos módszerek alapján 135 oldalon, 43 részletes táblázattal, ill. görbével. A szerző kísérleti állatként a tupaját használta, az állat kis agytérfogata és a főemlősök agyszerkezetéhez való hasonlósága miatt. A különböző szövettani módszerekkel feldolgozott anyagot kvalitatív vizsgálatnak vetette alá, illetve azon morfológiai analízist alkalmazott. A kvalitatív vizsgálat a cyto-, myelo- és fibrilloarchitektonika leírásával történt, a kvantitatív adatokat biometrikai analízissel, számítógéppel dolgozta fel.

A munka főbb eredményeit a következőkben lehet összegezni. A

tupaja jól fejlett látóidegrendszerrel rendelkezik. Ennek különböző centrumai eltérnek differenciálódásuk útjében: a filogenetikailag fiatalabb területek (pl. a kortikális látóterületek) később fejlődnek. A 11 agyterület friss (fixálatlan) terfogatainak ontogenetikai változása fontos heterochroniára hívja fel a figyelmet. Ennek során 2 alapvető növekedési görbe állapítható meg; az egyik egy hirtelen kiugró majd visszaeső (overshooting) görbe, melyet a szerző az area striatán, a corpus gen. lat. dorsalis magjában és a pulvinarban figyelt meg, a másik egy fokozatos növekedést mutató, „monoton” görbe, mely a többi agyterületre jellemző. Ugyanilyen kettőség található a n. oculomotorius és trochlearis magjában a neuronok és gliasejtek viszonylatában. A n. oculomotorius magjában a szerző kompartment-analízissel időbeli egymásutániságot is megfigyelt az idegsejtmag, perikaryonális cytoplasma és gliasejtmag növekedésében. A munka rendszeres kvantitatív vizsgálattal igazolta a fejlődésben egy régóta felvetett problémáját, hogy ti. a differenciálódás során fiziológiai sejtredukció, sejthalál következhet be. A neuronok ilyen degenerációját az overshooting görbe bizonyos agyterületek esetében szépen bizonyítja.

A monográfia igen alapos, körültekintő, óriási technikai, ill. biometriai munkát magába foglaló mű, melyhez haszonnal fordulhat az idegrendszer fejlődésével foglalkozó neurobiológus.

Röhlich Pál dr.

**R. A. Thompson: Praxis der klinischen Immunologie.** VEB. Gustav Fischer Verlag. Jena. 1978.

A 174 oldal terjedelmű, negyedrétív könyvecske az East Birmingham Hospital immunológus tanácsadójának a „The Practice of Clinical Immunology” című, 1974-ben Edward Arnold Ltd. London kiadónál megjelent angol nyelvű művének német fordítása.

A szerző az a cél vezette a könyv megírására, hogy az immunológus szerepét a klinikum határain belül közelebbről meghatározza, hogy a sok irányú munkával megterhelt klinikust rövid, a praktikumhoz adaptált, didaktikusan felépített tanácsadóval lássa el, hogy a különböző immunológiai tesztek felhasználási lehetőségeiről, az adatok jelentőségéről és értékhatárai felől tájékoztassa.

A könyv rövid bevezetést ad „az immunológus az orvostudományban” címmel. Tárgyalja az „immunitás élettanát”, az „immunopathológiai mechanizmusokat”, röviden, mintegy 54 oldal terjedelemben. Az „antigen antitest reakció” c. fejezet már — elméleti kérdéseken kívül — laboratóriumi módszertani elveket is tárgyal, melyhez a következő „a klinikai immunologia laboratóriumi

vizsgáló módszerei" c. következő fejezet csatlakozik hasonló felépítésben. Nem ismerteti részletesen a laboratóriumi eljárásokat, csak az elvét, értékelését és felhasználási területét mutatja be. A „klinikai felhasználás” c. rész az „ágyemlletti diagnosztika” alcímet is viseli, melyben az infekciók, légzőszervi, gyomor-béltraktust érintő, máj- és vesebetegségek, arthropathiák, gyógyszerhatások immunvonatkozásainak szentel témánként pár oldalt. Végül „a fehérjék immunokémiai meghatározása”-ban a proteinspektrum elváltozásaiival és a kóros fehérjék jelentőségével foglalkozik a szerző.

A rövid terjedelem folytán kompendiumszerű áttekintést kapunk az immunológia 1974-ig elért — többé-kevésbé hipotézismentes — álláspontjáról, az immunmechanizmus és pathomechanizmusról, ill. a klinikai vonatkozásokról, a módszertani elvekről, az eredmények értékeléséről, illetve a klinikai körképek és a laboratóriumi leletek összefüggéséről.

A könyv 1974-ben korszerű, informatív és hasznos kellett legyen. Mint a legfontosabb alapismereteket tartalmazó forrás most is felhasználható, de a mai igényeknek — a közben felhalmozódott ismeretanyag hiányában — már nem felel meg, illetve nem felelhet meg. Örömmel üdvözlőnk hasonló jellegű és terjedelmű segédkönyvet „up to date” adatokkal.

*Prékopa Álmos dr.*

**F. Aszódi Lili dr.: Az emberi vörsejték alloantigén rendszerei.** Medicina 1978.

A monográfia 404 oldalon két fő fejezetben foglalja össze az emberi vörsejték alloantigén rendszereit. Az első rész 281 oldalon ismerteti az emberi vörsejték alloantigénrendszereit. A második rész az emberi leukocyták és thrombocyták alloantigén rendszereiről nyújt részletes ismertetést.

A szerző az első fejezet általános részében a nem transzfuziológus orvos számára is értékes, korszerű ismereteket nyújt a vércsoportantigének-antitestek jellegzetességeiről, az immunizáció, az immunválasz kérdéseiről. A részletes részben összefoglalja a gyakori és ritka vércsoportrendszereket. E rész 4-ik pontja: A vörsejt-alloantigének jelentősége a vérértékesítésben és az újszülöttkori haemolytikus betegségekben címmel minden gyakorló orvos számára hasznos ismereteket nyújt. Tanulmányozása segít a transzfúziós szövődmények megelőzésében, a korszerű transzfúziós szemlélet kialakításában, de a terhességi vércsoport-összeférhetlenség korai diagnosisához, a terhesek serológiai gondozásához és a prevencióhoz, valamint a trópiához is igen jó útmutatóul szolgál.

A monográfia második fő részében a vörsejt-antitestektől független, az emberi leukocyták és thrombocyták antigénrendszereivel ismerkedik meg az olvasó. A HL-A rendszer új nomenklatúrájának, a rendszer antigénjeinek és antitestjeinek bemutatása világossá teszi a HL-A rendszer orvosi és biológiai jelentőségét. Ebben a részben Stenszky Ernőné dr. társszerzővel több igen érdekes kérdéscsoportot tárgyal a szerző. Megismerkedhetünk a leukocyta-thrombocyta alloantigének szerepével a transzfúziós immunizációban, az így fellépett nem haemolytikus szövődmények klinikumával. Hasznos tájékoztatást kapunk a leukocyta-thrombocyta alloantigéneknek a fetomaternalis immunizációban játszott szerepéről, a transzplantációs antigének és a szervátültetés kapcsolatáról.

A HL-A rendszer és a különböző betegségek közötti kapcsolat c. alfejezet tanulmányozása érdekes és új adatokat szolgáltat a betegségek iránti fogékonyság jobb megértéséhez.

Az emberi vörsejték alloantigén rendszerei c. könyv hézgapótló monográfia, mely elsősorban a transzfuziológusok, a transzfúziót végző

orvosok és a szervátültetéssel foglalkozó szakemberek számára nyújt hasznos ismereteket, de egyszerű stílusa, érdekessége, korszerű ismeretanyaga klinikusaink körében is érdeklődést vált ki. Ajánljuk ezt a könyvet minden orvosnak, aki az orvostudomány fejlődésével kíván lépést tartani.

*Kovács Máté dr.*

**Fritz Reimer, Dirk Lorenzen: Verzeichnis von Behandlungseinstellungen für psychische Kranke. Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West).** 1979. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 194 oldal. Ára: 34,— DM.

A kötet a nyugatnémet elmeosztályok és speciális elmeegészségügyi intézmények teljes listáját tartalmazza, területi felsorolásban, majd pedig különféle bontásokban. Az intézmények nevén, címén és telefonteljesítésén kívül szerepelnek még adatok benne arról, hogy ki üzemelteti az intézményt, mióta működik, milyen betegeket hogyan vesz fel, mennyi az évi betegforgalom, mennyi az egy betegre eső ápolási költség stb. Míg a címlista teljes, az említett adatok nem minden intézménnyel kapcsolatosan vannak meg, mert ezeket a szerzők kérdőíves módszerrel gyűjtötték össze, és az intézmények egy része (főleg a magánklinikák) nem adtak meg minden felvilágosítást.

A kötet így is hasznos lehet, mert pszichiátriai betegek beutalásában segédeszközként használható, de a közölt adatok esetleg illeszkedhetnek egészségügyi szervező vagy elmeegészségügyi statisztikus vizsgálati célkitűzéséhez is. A felhasználhatóság természetesen a nyugatnémet területre vonatkozik, de esetleg hazai szakemberek is kereshetnek osztályokat, címeket, adatokat. Ilyen érdeklődés esetében a recensens a kötetet költségmentesen szívesen rendelkezésre bocsátja.

*Buda Béla dr.*

**MAGYAR ÉS IDEGEN NYELVŰ ORVOSI SZAKKÖNYVEK  
ÉS EGÉSZSÉGÜGYI KIADVÁNYOK GAZDAG VÁLASZTÉKÁVAL  
VÁRJA ÖNT A**

***Semmelweis orvosi könyvesbolt!***

**Szolgáltatásaink: Előjegyzés • Postai szállítás •  
Antikvár könyvek vétele—eladása •  
Nyugati kiadású orvosi könyvekre megrendelést  
felvesszünk**

**Címünk:**

**SEMMELWEIS**

**ORVOSI KÖNYVESBOLT**

1088 Budapest VIII.,  
Baross u. 21.

Telefon: 331-718



**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1980. június 2-án, du. 2 órára tűzte ki **Barta Ottó dr.** „*A Perthes-betegség pathogenesise kísérletes és klinikai megfigyelések alapján*” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Riskó Tibor dr.**, az orvostudományok doktora, **Romhányi György dr.**, az orvostudományok doktora, **Glauber Andor dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1980. június 3-án, du. 2 órára tűzte ki **Rácz Péter dr.**: „*A víz és anorganikus elemek az öregkori szürkehályog pathomechanizmusában*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Damjanovich Sándor dr.**, a biol. tud. doktora, **Závodszy Péter dr.**, a biol. tud. kandidátusa.

**A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1980. június 4-én, du. 2 órára tűzte ki **Elekes Erzsébet dr.**: „*Az ellenanyagtermelés nem-specifikus serkentése ép és károsított immunrendszerű állatokban*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Jókai István dr.**, az orvostudományok doktora, **Réthy Lajos dr.**, az orvostudományok doktora.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1980. június 11-én, délután 2 órára tűzte ki **Cser Imre dr.**: „*Coxarthrosis miatt végzett intertrochantericus osteotomiák klinikai és radiológiai értékelése*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Horváth Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora, **Bartha Ottó dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

**A Hajdú-Bihar megyei Kórház-Rendelőintézet** 1980. június 3-án, 14.30 órakor Debrecenben, a Kölcsey Művelődési Központ konferenciatermében **tudományos ülést** tart.

**Előadások:**

1. **Huber Tibor, Csapó Ildikó, Kollár Ildikó:** Az angina pectoris Sensit kezelésével szerzett tapasztalataink.

2. **Bátányi Éva, Medgyessy Ildikó, Szöőr József, Huber Tibor:** Sensit kezelésben részesült angina pecto-

risos betegek haemostasis vizsgálata.

3. **Schrádi Olga, Szöőr József, Kósa Csaba:** Heveny gastrointestinalis vérzések miatt végzett felső panendoscopiás vizsgálataink eredményei.

4. **Szakáll Szabolcs, Szöőr József:** Gyomor-biopsiás anyagunk értékelése.

5. **Szöőr József, Györffy Árpád, Schrádi Olga, Mácza Ödön:** A Biogastrome fekélyellenes hatásának vizsgálata prospektív kettős vak módszerrel.

6. **Kalmár Zsuzsa, Gyulai Imre:** Beszámoló haematológiai diagnosztikai munkánk eredményeiről.

**A Debreceni Orvostudományi Egyetem** 1980. június 6-án, pénteken 16 órakor, az I. Belklinika tantermében **tudományos ülést** rendez.

1. **Bacsa S.:** A Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztály 5 éves gyógyító tevékenysége

2. **Aranyosi J.:** A Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztály oktató és tudományos munkája az elmúlt 5 évben.

3. **Szamaránszky J., Aranyosi J.:** A Bronchosopia szerepe az anaesthesiológiai és intenzív betegellátás gyakorlatában.

4. **Révész J., Márton Cs., Bacsa S.:** A bal kamra teljesítményének vizsgálata noninvazív módszerrel infarctusban.

5. **Murvai K., Demény M.:** Ambuláns narcosis szülészet-nőgyógyászatban.

6. **Averjanova N., Vaszily M.:** Mérgezett betegek kezelése — tapasztalataink.

7. **Németh É., Csiszár B., Bacsa S.:** Fluothane vizsgálataink tömegspektrométerrel.

8. **Hermann K., Bacsa S.:** A tracheotomia indikációinak változása az anaesthesiológiai gyakorlatban.

9. **Váczai G., Halmi M., Aranyosi J., Békássy Sz.:** Cyclicus nukleotid szint meghatározások szívizmútek során.

**Az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság Egészségügyi Tudományos Albizottsága, az Alkoholológiai Tudományos Módszertani Központ, a Nagykanizsai Városi Kórház Tudományos Bizottsága és a Nagykanizsai Alkoholellenes Bizottság** 1980. június 21—22-én, Nagykanizsán, a Hevesi Sándor Művelődési Központban „A kreativitást alakító terápiás módszerek alkalmazása a gyógyult alkoholisták klubterápiájában” címmel **országos tanácskozást** rendez.

A kérdéssel foglalkozó orvosok, pszichológusok, pedagógusok, népművelők részvételére számíthatunk.

Jelentkezés **Düh András dr.** főorvos (Nagykanizsa, Fabik Károly u. 2. Városi Kórház, 8801) címére.

**A „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság, az Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesületével, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületével, a Magyar Kardiológusok Társaságával, a Magyar Onkológusok Társaságával együttműködve** 1980. június 12—13—14-én Debrecenben, az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömbjében („A” sectio) és az I. Belklinika előadótermében („B” sectio”) **rendezi XLII. nagygyűlést.**

„A” sectio

1980. június 12. (csütörtök) 9.00 óra

**Prof. Hutás Imre** egészségügyi miniszterhelyettes, **prof. Mihóczy László**, a kongresszus házigazdája, **prof. Miskovits Gusztáv**, a Társaság elnöke: **Megnyitó — Üdvözlések.**

„Korányi” Emlékérmek átadása. Az 1979. évi pályadíjak okleveleinek átadása.

Az 1979. évi Nívódíjak átadása.

**S z ü n e t**

1980. június 12. (csütörtök)  
10.30 óra

**Multifázisú szűrési rendszerek**

Üléselnök: **prof. Miskovits Gusztáv.**

1. **Prof. Schweiger Ottó, prof. Hutás Imre:** Az ernyőszűrő-vizsgálatok jelentősége a lakosság egészségügyi gondozásában (referátum).

2. **Prof. Mihóczy László:** A kardiológia és a pulmonológia összefüggése — a jövő mellkasi gyógyászata (referátum).

3. **Prof. Kádár Tibor:** A gondozás néhány elvi kérdése (referátum).

**S z ü n e t**

Üléselnök: **prof. Schweiger Ottó.**

4. **Szilasi Anna, Horváth Rózsa, Schweiger Ottó, Tényi Jenő, Kérchni Mária, Schein Márta, Angyal Tibor:** Az aktív lakosságszűrés megszervezése Pécs városában.

5. **Ábrahám Erzsébet:** A programozott célzott lakosságszűrés egészségpolitikai jelentősége.

6. **Mersányi Géza, Naszlady Attila, Várady Tamás, Boróka Ferenc, Gerl Zsoltné, Báthi Ferenc:** A gödöllői több szempontú lakosságszűrés komputerezált rendszere.

7. **Arnold Csaba:** Folvamatos lakosságszűrés elvi és gyakorlati lehetősége az alapellátásban.

8. **Fodor Miklós:** A körzeti orvos helye a pulmonológiai betegellátásban.

9. **Pauka Tibor:** A lakosságszűrés és gondozás kiterjesztéséből adódó ellátási szükséglet prognóza.

10. **Neszner János:** Az ernyőszűrő állomások és körzeti egészségügyi szolgálat együttműködésének lehetőségei az általános lakosságszűrés-gondozási tevékenységben.

11. **Lásas Ignác, Szigetvári Endre, Scheirich Alice, Arnold Csaba:** Passzív és aktív szűrési program

hatása az alapellátás gondozási munkájára.

#### Hozzászólás — Vita

15.00 óra

Üléselnök: *prof. Mihóczy László.*

12. *Horváth Rózsa, Szilasi Anna, Tényi Jenő, Schein Márta, Angyal Tibor, Schweiger Ottó, Kérchy Mária:* A komplex szűrőállomás betegfelkutató tevékenységének értékelése és a központi adattárolás gyakorlati értéke.

13. *Kérchy Mária, Schein Márta, Angyal Tibor, Szilasi Anna, Horváth Rózsa, Buda József, Hofhauer Béla, Kiss Péter:* A komplex szűrés keretében alkalmazott szolgálatok hatékonysága; a komplex szűrőállomás kapcsolattrendszere és annak jelentősége.

14. *Várady Tamás, Mersány Géza, Naszlady Attila, Németh József, Borókay Ferenc, Gerl Zsolt, Báthi Ferenc, Csibi Sándor, Droba László, Gomez Hector, Györfi László, Györfi Zoltán, Kerekes István, Molnár László, Pomozi András, Vajda István, Kónya László:* A gödöllői több szempontú lakosság-szűréssel szerzett első tapasztalatok.

15. *Naszlady Attila, Németh József, Várady Tamás, Csibi Sándor, Droba László, Gomez Hector, Györfi László, Györfi Zoltán, Kerekes István, Molnár László, Pomozi András, Vajda István, Hajnal Miklós, Tihanyi Katalin, Loványi István, Vajta László:* A lakosság-szűrés kardiológiai eredményei.

16. *Berki Sándor:* A multifázisú szűrővizsgálatokhoz igazított céltzott tbc elleni küzdelem.

17. *Komán András:* Törekvéseink a klinikai laboratóriumok komplex szűrő és diagnosztikai munkájának racionalizálására.

Üléselnök: *Kerkovits Gyula.*

18. *Gyárfás Iván:* A cardiovascularis betegségek lakosság-szintű komplex megelőzési és gondozási programja a XVII. kerületben.

19. *Galgóczy Gábor, Dombos Kálmán, Mándi András:* A bronchiális obstrukció és a reziduális volumen növekedés szűrővizsgálati diagnózisának lehetőségei az áramlásterfogató görbék segítségével.

20. *Hankiss János, Kovács Árpád, Weigl Miklós, Náfrádi Lilla, Kulcsár Imre, Vértess Anna, Varga József:* Veseszűrés lehetséges modellje: 100 000 lakosnál szerzett tapasztalatok.

21. *Fénni János, Márton István, Szöllőssy Gyula:* Multifázisú szűrővizsgálatok Budapest VII. kerületében.

22. *Tilesch Zoltán, Bálint Ferenc, Csánui Mária, Kristóf Zsuzsa:* Az újpesti szűrővizsgálatok szerepe az integrációban.

23. *Szalay György, Babiczky László, Bibiczeu Sándor:* Multifázisú szűrővizsgálatok tapasztalatai és eredményei Zala megyében.

24. *Kovács Árpád, Hankiss János:* Vas megyében végzett 100 000 dia-

betes irányú szűrővizsgálat tapasztalatai.

25. *Babka Csilla, Fárba Júlia, Kelemen Júlia, Szablya Hedvig, Tóth Éva:* Néhány észrevétel a kérdőíves szűrésről.

#### Hozzászólás — Vita

1980. június 13. (péntek) 9.00 óra

#### Közgyűlés

Főtítkári beszámoló.  
Pénztárosi jelentés.  
Hozzászólások.  
Vezetőségválasztás.

#### Szűnet

10.30 óra

Üléselnök: *Arnold Csaba.*

26. *Gyuró Béla:* Passzív szűrés — aktív gondozás.

27. *Czina Géza, Törő Imre:* A mellkasi szervek multifázisú vizsgálatának tapasztalatai egy 60 000 lélekszámú város SEF-szűrésénél.

28. *Szepesvári Elemér:* 12 év és 8 szűrővizsgálat tapasztalata falusi körzetben.

29. *Horváth István:* Multifázisú szűrés az alapellátás szintjén, hatása a körzeti, szakorvosi és fekvőbetegellátó egységek együttműködésére.

30. *Gesztesi Tamás, Csetényi Artúr, Bereczky Éva, Lendvay Piroška, Jenővári Éva:* Multifázisú szűrővizsgálat szervezése Pirtó községben.

31. *Mándi László:* Ernyőfényképszűréssel egybekötött multimorbidity lakosság-szűrés Hajdúhadháza 1979—1980.

32. *Törő Imre, Kovács Zoltán:* Az 1978. évben Kőrösladányban végzett multifázisú szűrés összefoglaló értékelése.

33. *Baráth Ida:* Általános lakosság-szűrő-vizsgálat Vásárosnamény 3. számú körzetében.

#### Szűnet

Üléselnök: *Naszlady Attila.*

34. *Szilárd István, Csébfalvi György, Press Magdolna, Végi János, Tényi Jenő:* Előszűrési modell gyakorlati alkalmazása Nagyatád, 1979.

35. *Csehpal Etelka:* Több irányú szűrővizsgálatok összekötése a tüdőszűréssel egy községben.

36. *Muzsaj József, Schepász Gyula:* Kettő év után ismételt multifázisú szűrés Nagybátonyban.

37. *Juhász Gábor:* Koresoportos komplex szűrővizsgálat Nagykanizsa városában.

38. *Jánosi András:* Ernyőfényképszűréshez kapcsolódó aktív lakosság-szűrés a XVII. kerületben.

39. *Csala Valéria:* 4 falu ernyőfényképszűréssel egybekötött multifázisú lakosság-szűrése.

40. *Galambos Éva, Galgóczy Gábor, Mándi András:* KALB szűrővizsgálat sütői parai dolgozókon.

41. *Nagy Lajos, Radeczky Gábor, Nagy-György Éva, Szabó Mihály:* Összefüggés a nyaki spondylosis és a rekesz működése között. Szűrővizsgálat.

42. *Szereday Ildikó, Radeczky Gábor, Gohér Ilona, Helf László:* Tüdőszűrő-vizsgálat jelentősége a rekeszi elváltozások felkutatásában.

#### Hozzászólás — Vita

*Prof. Schweiger Ottó:* A téma összefoglalása.

1980. június 13. (péntek) 15.00 óra

#### A tüdőrák chemoterapiája

Üléselnök: *prof. Schnitzler József.*

43. *Prof. Eckhardt Sándor:* A tüdőrák chemoterapiája (referátum).

44. *Sassy-Dobray Gábor, Lukács Judit, Mohácsi Edit, Szecei Gabriella, Gyöngyösi Ibolya, Szathmáry Judit:* Tapasztalataink a tüdőrák polichemoterapiájában.

45. *Kormos Miklós, Kántor Erzsébet:* Hörgőrákos betegek kombinált chemoterapiás kezelése.

46. *Kánitz Éva:* 3 éves tapasztalataink primer tüdőcarcinomák cytostatikus kezelésében.

#### Szűnet

Üléselnök: *prof. Kulka Frigyes.*

47. *Ászty Mirjana, Timári Erzsébet, Papp Irén, Papp Mónika, Onodi Borbála, Kalinyuk Zita, Száraz Éva:* Adatok a tüdőrák polychemoterapiás kezeléséhez.

48. *Szabó Tibor, Peres Erika, Tóth Mária, Steierlein Mária:* Primer daganatos betegek polichemoterapiás kezelésével szerzett tapasztalatok.

49. *Nyiredy Géza, Gévai Emil, Pordán Edit:* Cytostaticus kezelés változása tüdőosztály beteganyagán.

50. *Hankovszky Mária, S. Tóth Mária:* Tapasztalataink az inoperábilis dedifferentiált tüdőrákos betegek „stoss” chemoterapiájával.

51. *Juhász Erzsébet, Károlyi Alice:* A cytostaticus kezelés halálos szövődményeiről.

#### Hozzászólás — Vita

1980. június 14. (szombat) 9.00 óra

Üléselnök: *Kertes István.*

52. *Kristóf Zsuzsa, Csányi Mária, Ajkay Zoltán:* Inoperábilis tüdőrákos betegek chemoterapiájáról.

53. *Büttner Károly, Dénes Lenke, Nagy András, Krasznai Géza:* A nem operálható tüdőrákos betegek chemoterapiájával szerzett 10 éves tapasztalatunk.

54. *Kövesi Gyula, Schreiner Mária, Meskó Sarolta, Palotai Ilona, Marci József:* Hörgőrákos betegek polychemoterapiája.

55. *Rákó Sándor:* Beszámoló osztályunk 3 éves inoperábilis tüdőrákos beteganyagának visszarendeléses módszerrel végzett többszöri cytostaticus kezelésének eredményeiről.

56. *Bölcskei Pál:* Első közlemény a mellhártyaüreg egy új, szövetragszóanyag segítségével történő eltömítéséről.

57. *Seri István, Tuckányuk Katalin, Kecskés László:* A tüdőtumor

diagnózisának és a kiterjedté vált tumor lokalizáltságának valószínűségét megerősítő laboratóriumi leletek.

58. **Molnár Borbála, Cseke Zsuzsanna, Vizner Eszter, Vecsei Zsuzsanna:** Pulmonalis metasztatizist okozó daganatok kemoterápiás kezelésével nyert tapasztalatok.

59. **Molnár Lajos, Takács Jenő, Tóth Erzsébet, Barzó Pál:** Áttételeket adó emlőrák inaktív és reinduktív komplex kemoterápiájával szerzett tapasztalatok.

#### Szűnet

Üléselnök: *prof. Sassy-Dobray Gábor.*

60. **Kövesi Gyula, Meskó Sarolta, Schreiner Mária, Palotai Ilona, Marczai József:** Hörgőrákos betegek kombinált radiosebészi és kemoterápiája.

61. **Dézi Zoltán, Pintye Éva, Miltenyi László, Borbély Teréz:** A tüdődaganatok telekobalt kezelésének klinikai-sugarfizikai kérdései.

62. **Miltényi László, Dézi Zoltán, Szegedy Gusztáv, Gergely István, Vargha Gyula:** Optimális dozírozás a tüdődaganatok sugárkezelésében.

63. **Szántó Sándor, Hankovszky Mária, Dévai Ágnes:** A sugárkezelés szerepe az inoperabilis tüdőrák kezelésében.

64. **Csere Tibor:** A tüdőrák telekobalt besugárzásával szerzett tapasztalataink.

65. **Szalay György, Kocsis Sándor, Szakonyi Margit, Huzián Ida:** A tüdőrák sugárkezelésének eredménye.

66. **Dénes Lenke, Büttner Károly, Galambos Gabriella:** Primaer pulmonalis tumor radiomorphologiai változásai BCG nem specifikus immuntherapia hatására.

67. **Hegy Pál, Prugberger Emil:** Phagocytosis vizsgálata periferiás vérben, BCG-vel kezelt tüdődaganatos betegekben.

#### Hozzászólás — Vita

*Prof. Eckhardt Sándor:* A téma összefoglalása.

*Prof. Miskovits Gusztáv:* Zárszó „B” sectio

1980. június 12. (csütörtök)  
15.00 óra

#### Pulmonológiai témák

Üléselnök: *Németh Tibor.*

68. **Lugosi László:** BCG vaccináció és tuberkulózis trend Magyarországon 1959—1979 között.

69. **Vadász Imre, Németh Tibor, Nyárády István:** Az ernyőfénykép-szűrések hatékonysága.

70. **Bálint József:** Az extrapulmonális tuberkulózis jelenlegi hazai helyzete, jövőbeni feladataink.

71. **Marton György:** Az időskori tüdőgümőkorról, pathológiai vizsgálatok és klinikai észlelések alapján.

72. **Gazda Zsuzsa:** Társadalmi tényezők hatása tüdőgümőkóros betegek gyógyulására.

73. **Pál Endre:** A gondozásszerű betegellátás szemléletének elméleti és gyakorlati problémái.

74. **Fodor Tamás, Tuboly Sándor, Körmendy Béla:** Mycobacterium avium törzsekkel végzett antituberkulotikum érzékenység meghatározások.

75. **Zoltán Ildikó, Sélley Elek, Kende Miklós:** A Rimactan vérszint és a májfunctiók próbák alakulása tbc-s alkoholistáknál.

76. **Csetényi Artúr, Bereczky Éva, Gesztesi Tamás, Jenővári Éva:** Az extrapulmonalis tbc elkülönítő kóriszézési nehézségeket okozó esetei.

77. **Luzsa György, Kiss Tóth Péter, Fábán Margit:** A tüdőtumork csontáttétei.

78. **Kormos Miklós, Szatmári András, Kántor Erzsébet, Szabó Gizella, Gomba Szabolcs:** A kétoldali hörgőrák.

79. **Gévai Emil, Nyiredy Géza, Pordán Edit, Mitrovics Katalin:** Üreges rosszindulatú tüdődaganatok.

80. **Karácsonyi Mária, Kecskés László:** Ritka bronchus- és tüdődaganatok.

81. **Soós P. Zoltán:** A bronchus carcinoma tüdőszövődményeiről egy esetünk kapcsán.

#### Hozzászólás — Vita

1980. június 13. (péntek) 10.30 óra

Üléselnök: *prof. Szegedi Gyula.*

82. **Szilágyi János, Tatár Miklós, Fekete Zsolt, Bokor Gyula:** A dohányzás légzésre gyakorolt heveny hatása fiatal dohányzókon.

83. **Szücs Sándor, Raffai Irén, Tessenyi Ildikó:** Környezeti tényezők jelentősége asthma bronchialeben.

84. **Mészáros Lajos, Percs Erika:** Expectorans farmakonokkal (Libexin és kombinációi) végzett funkcionális vizsgálatok bronchitiszes betegekben.

85. **Böszörményi-Nagy György, Herjavec Irén:** A belégzett levegő hőmérsékletének hatása a fizikai terhelés indukálta bronchospasmusra.

86. **Berta Gyula:** Beszámoló a Somogy megyei asthma decentrum 1979. évi munkájáról.

87. **Balogh Ernő, Grallert Ferenc, Ruszthi Endre:** A kazinbarcikai tüdőgondozó intézet asthmás betegeknek feldolgozása.

88. **Puskás Ferenc, Bene Julianna, Szilágyi János:** Komplex fül-orr-gégészeti vizsgálat jelentősége a felnőttkori chronicus alsó légúti megbetegedésekben.

#### Szűnet

Üléselnök: *Mészáros Lajos*

89. **Simon Emil, Valyón Éva, Csányi Zsuzsa, Mucsi Imre:** Kettős asthmás reactio allergiás foglalkozási betegségekben.

90. **Kraszkó Pál, Tomcsányi Attila, Brunner Margit:** Szérum IgE változás allergén provokáció után.

91. **Herjavec Irén, Falus Ferenc, Böszörményi-Nagy György:** Ketoti-

fen és DSCG hatásának összehasonlító vizsgálata extrinsic asthma bronchialeben.

92. **Biró Borna, Nagy László:** Zaiden hatása a specifikus aerosol provocatio által kiváltott légúti obstructióra.

93. **Bene Julianna, Szilágyi János, Sonkoly Ildikó, Kovács Erzsébet:** A felnőttkori asthma bronchiale specifikus immuntherapiájáról.

94. **Tarnai Ete:** A cink therapia eredményes alkalmazása bronchitis chronica asthmatica betegségekben a körzeti orvos gyakorlatában.

#### Hozzászólás — Vita

15.00 óra

Üléselnök: *Szücs Sándor.*

95. **Böszörményi-Nagy György, Kónya László:** Az erőltetett kilégzés időelemzése légúti obstrukcióban.

96. **Kelemen Sándor, Cséri Teréz, Román Mária, Horváth J. Klára, Harnos Géza:** Az akaratlagos köhögés spirogrammjának információs értéke.

97. **Mészáros Lajos, Kovács László:** A légúti obstrukció és az arteria pulmonalis nyomása közötti összefüggés.

98. **Szilágyi János, Vezendi Sándor, Kovács Erzsébet, Kaló Ilona:** Kardiopulmonalis funkció disszeminált tüdőbetegségekben.

99. **Hennel Ervin, Kincs Béla, Batta Gyula:** PT-400 L Univerzális Spirográf és alkalmazási lehetőségei.

100. **Batta Gyula, Hennel Ervin:** A OGA-11 típusú Respirációs Tömegspektrométer és alkalmazási területeinek bővítése.

101. **Szilágyi János, Kovács Erzsébet, Bene Julianna, Mester Istvánné:** Záróterfogat-meghatározás a respirációs tömegspektrométer zártrendszerű spirográffal történő társításával.

102. **Szilágyi János, Hennel Ervin, Szilágyi Nóra, Guta István, Fésűs László:** Automatizált számítógépes EUTEST. „Készülék-specifikus” normál értékei.

103. **Kraszkó Pál, Brunner Margit, Valentini József:** Obstructiv ventilációs zavar reversibilitásának vizsgálata különböző támadáspontú gyógyszerekkel.

104. **Radeczky Gábor, Ince Dénes, Dénes Lenke, Udvardy László:** Kölesónhatás a rekeszrelaxatio és a tüdőfunctió között, scintigraphia és bronchographia alapján.

105. **Tahy Ádám:** Chronikus bronchopulmonalis betegek teljesítőképességének vizsgálata (terheléses vizsgálatok).

#### Hozzászólás — Vita

1980. június 14. (szombat) 9.00 óra

Üléselnök: *Szüle Péter.*

106. **Kováts Ferenc:** A jobb és bal ferde a mellkas rtg anatómiájában.

107. **Harsányi Gyula, Eigner Ottilia, Musatics Erika, Szücs Zsuzsanna:** Abscessust utánzó tüdőinfarctus.

108. *Gulácsy István*: A gangraeneszkáló tüdőabscessusok.

109. *Czina Géza, Törő Imre, Bodrogközy Tamás, Győri János*: A tüdőembóliáról (Rizikófaktorok, tünetek, epidemiológia).

110. *Simon Emil, Csányi Zsuzsa, Valyon Éva, Mucsi Imre*: Allergiás bronchopulmonalis aspergillosis.

111. *Prugberger Emil*: A tüdő kóros shunt-jeinek gyakorisága és klinikai jelentősége.

112. *Kasza Lajos, Szilágyi János, Bene Julianna, Winkler Ilona, Kónya László, Szentkereszty Béla*: Velezületett arteriovenosus sipoly a tüdőben.

113. *Pál Endre*: Járóbeteg panaszmentes ún. „atypusos bronchopneumoniái” 25 év gyűjtése alapján.

114. *Jónás József, Horváth Gusztáv, Árvai Éva*: Asthma bronchialet utánzó trachea cylindroma.

115. *Sceiric Alice*: Körzeti orvosi továbbképzése a XVII. kerületi cardiovascularis preventív programban.

#### Szünet

Üléselnök: *Kelemen Sándor*.

116. *Kántor Erzsébet, Mihóczy László*: Pulmonológiai intenzív betegellátás tapasztalatai.

117. *Gautier Barna*: Diagnosztikus és terápiás lehetőségek a pulmonológiai ambulancián.

118. *Simon Emil, Mucsi Imre*: Tapasztalatok bronchofiberoscoppal 8000 vizsgálat alapján.

119. *Kormos Miklós, Gomba Szabolcs*: Transbronchialis biopsia bronchofiberoscoppal.

120. *Strausz János, Dubay Miklós, Kishegyi Júlia, Takács József, Lapis Károly*: Disseminált tüdőelváltozások tübiopsziás vizsgálatának tapasztalatai.

#### Szünet

Üléselnök: *Kozma Dezső*.

121. *Szitás András, Szüle Péter*: Idős betegek bronchoscopiája neurolépt analgeszában.

122. *Alexy György, Bánhidi Endre*: A légcső és nagyhörgők röntgenárnyékot nem adó daganatos megbetegedéseinek broncológiai diagnosztikája.

123. *Grallert Ferenc, Rott Zsuzsanna*: Szívglükózidák okozta bronchusobstrukció.

124. *Perger László*: A krónikus obstruktív tüdőbetegség hatása a szív állapotára.

125. *Szabados György, Csorba Lajos*: Van-e még javallata a thorakoplasztikának?

126. *Ringelmann Agnes, Juhász Erzsébet, Debreczeni Lóránd, Tálos György*: A köpet viszkozitás és a biokémiai paraméterek CALB-os betegekben. Előzetes vizsgálatok.

#### Hozzászólás — Vita

*Prof. Mihóczy László*: A téma összefoglalása.

#### Tájékoztató:

*Kongresszusi iroda*: Elméleti Tömb halljában 8—17 óra között működik.

Az előadás időtartama maximum 10 perc, melyben a vetítési idő is bennfoglaltatik.

A hozzászólásokra való jelentkezést kérjük írásban az elnöki asztalra tenni, tartama 3 perc.

Vetítés 5×5 cm-es diapozitív. A diapozitívokat, jobb felső sarkában sorszámozva, a vetítés sorrendjében rakva, dobozban elhelyezve az ülés kezdete előtt a vetítőnek kérjük átadni.

Részvételi díj MOTESZ-tagoknak 200,— Ft, nem tagoknak 300,— Ft, A Társaság nyugdíjas tagjai, a nem orvos kísérők és középkezelők részvételi díjat nem fizetnek.

### PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

Az **Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet** pályázatot hirdet **számítógépes nyilvántartási rendszerek R22-es gépen történő tervezésére és implementálására.**

A pályázatra jelentkezhetnek olyan 4—6 fős rendszertervezői, programozói team-ek, amelyek egészségügyi rendszerek számítógépes implementálásában megfelelő gyakorlattal rendelkeznek.

Két rendszert kell egymással szoros összefüggésben kifejleszteni:

1. Központi zaj- és audiológiai adatok nyilvántartása és statisztikai értékelése.

*Pályázat összege: 60 000,— Ft.*

2. Kísérleti eredmények elemző rendszerének megtervezése, a foglalkozási ártalmak kockázatának és a zajexpozíció meghatározásához.

*Pályázat összege: 40 000,— Ft.*

A pályázat részletes követelményeit 1980. június 1-től lehet átvenni az Intézetben Pintér István dr. igazgatóhelyettes titkárságán.

A jelíges pályázati ajánlatokat a nagyvonalú rendszerismertetéssel 1980. július 15-ig kell OMŰI-hez elküldeni. A pályázatok elbírálásának és a megbízás kiadásának határideje: 1980. augusztus 1.

A rendszereket 1980. december 31-ig kell üzemelésre kész állapotban a megrendelőnek átadni. A szükséges gépidőt a pályázatot elnyert team számára a ESZTIK biztosítja R22-es számítógépen.

(Előadások, ülések-rovat: 1333 oldalon)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautaványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft



80.1582 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674



# ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:  
MARKUSOVSKY LAJOS  
1857-ben

\*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.  
BRAUN PÁL DR.  
DARABOS PÁL DR.  
ECKHARDT SÁNDOR DR.  
FÜZI ISTVÁN DR.  
HIRSCHLER IMRE DR.  
LENART GYÖRGY DR.  
OZSVÁTH KÁROLY DR.  
PETRÁNYI GYULA DR.  
PETRI GÁBOR DR.  
RÁK KÁLMÁN DR.  
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

\*

Felelős szerkesztő:  
TRENCSÉNI TIBOR DR.

\*

Munkatársak:  
PAPP MIKLÓS DR.  
GIACINTO MIKLÓS DR.  
BTÁGE ZSUZSANNA DR.  
WALSA RÓBERT DR.  
BUDA BÉLA DR.  
HONTI JÓZSEF DR.  
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

\*

121. ÉVFOLYAM

\*

23. SZÁM

\*

1980. JÚNIUS 8.

## TARTALOMJEGYZÉK

Czeizel Endre dr.:  
Kudarcok a genetikai tanácsadás során ..... 1367

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bányai Ildikó dr., Kávai Mária dr.,  
Zsindely Attila dr., Papp Sándor dr.  
és Szegedi Gyula dr.:

Enzimmel jelzett immunoszorbens  
(ELISA) eljárás anti-DNS szint mérésére,  
SLE-os betegek szérumában ..... 1371

Rényi-Vámos Ferenc dr., Honti József dr.,  
Papp Lajos dr. és Szabó Zoltán dr.:

Új típusú — endocardialisan becevarható —  
pacemaker elektródával szerzett  
tapasztalataink ..... 1375

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

Korányi György dr., Békésy Zsuzsa dr.,  
Sziita József dr. és Herendi Ágnes dr.:

A Streptococcus agalactiae (B csoport)  
törzsek előfordulása szülőkben  
és újszülöttjeikben ..... 1381

### TOVÁBBKÉPZÉS

Bartha László dr.:

A röntgenvizsgálatok eredményét  
vagy a röntgenvizsgálatra kerülő betegek  
állapotát hátrányosan befolyásoló  
gyógyszerek ..... 1385

### TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Román Hajnalka dr.:

Orális cink terápia  
juvenilis rheumatoid arthritisben ..... 1390

Nékám Kristóf dr., Török Katalin dr.,  
Láng István dr., Gergely Péter dr.  
és Petrányi Gyula dr.:

Isoprinosine: terápiás hatásmechanizmus  
és vizsgálatok recidiváló herpesben ..... 139

### KAZUISZTIKA

Besznyák István dr., Tóth László dr.  
és Szende Béla dr.:

Intrathoracalis vagus neurofibrosarcoma ..... 1397

Beszámolók, jegyzőkönyvek ..... 1401

Folyóiratreferátumok ..... 1403

Levelek a szerkesztőhöz ..... 1419

Könyvismertetés ..... 1421

Hírek ..... 1425

# TURINAL®



Tablettánként 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

#### HATÁS

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progeszteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrin aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonális dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilisatiót, sem magzati masculinisatiót. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet electrolyt-egyensúlyát nem befolyásolja.

#### JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

#### ADAGOLÁSA

**Fenyegető vetélés:** naponta  $3 \times 1$  tablettát 5–7 napon át, ill. a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető.

**Szokványos vetélés:** napi 1–2 tablettát a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

**Fenyegető koraszülés:** az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

#### MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

#### CSOMAGOLÁS

20 tablettát tartalmazó csomag: 9,- Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

## Kudarccok a genetikai tanácsadás során

Czeizel Endre dr.

A genetikai tanácsadók hatékonyan segítik a minőségi családtervezést (1). A további fejlődés biztosítása érdekében azonban sok még a teendőnk. Munkánk színvonalának javítását elősegítheti, ha a problémákra koncentrálnunk figyelmünket, feltárva azok okait, ezzel is keresve a megoldás útjait. Vannak bizonyos általános nehézségek, amelyek jól ismertek:

(i) Nemesak a valóban rászorulók keresik fel a genetikai tanácsadókat (2). Sőt, *akiknek legnagyobb szükségük lenne a minőségi családtervezésre* (pl. familiáris értelmi fogyatékosok), *azok csak ritkán vagy sohasem jelentkeznek*. Becslések szerint a genetikai ártalmak 90%-a a családtervezők 10–20%-ának utódaiban fordul elő. S éppen ezekkel a családtervezőkkel viszonylag ritkán találkozunk a genetikai tanácsadóknál. A Genetikai Ártalmak Regisztere a távolabbi jövőben majd segíthet e probléma súlyát csökkenteni.

(ii) A recesszív öröklődésű, multifaktoriális kórereditű és az új genetikai ártalmak döntő többségére *csak a sérült gyermek megszületése után* derül fény. Ráadásul a sérült gyermeknek sokszor elrettentő hatása is van, vagyis ezt követően a családtervezők fokozottan korlátozzák születéseiket. A megoldást a különböző szűrővizsgálatok szélesebb körű végzése és a méhenbelüli magzati vizsgálatok kiterjesztése jelentheti majd.

(iii) *A kockázat valószínűségi jellege* is sokszor kelt elégedetlenséget. A családtervezők nem a valószínűségekre kíváncsiak, hanem azt akarják tudni, egészséges lesz a gyermekük, avagy rendellenes. Ezentúl „a véletlennek nincs emlékezőtehetsége”, sőt, szerényesnek tűnő megnyilvánulása némelykor kegyetlen tragédiák oka lehet. Anyagunkban szerepelnek olyan családok, ahol az egészséges, de azonos mutáns gént hordozó családtervező párnak, a „csak” 25%-os kockázat ellenére mind a 3–3 gyermeke mucoviscidosisban vagy Werdnig–Hoffmann-kórban halt meg; ahol mind az 5 gyermek süketnéma lett; ahol mind a három fiú X-hez kötött hydrocephalusban szenvedett stb. Az előrelépést a kockázatbecslés pontosítása (horozószűrés, Bayes-tétel alkalmazása) és konkrétizálása (praenatalis magzati diagnosztika) biztosíthatja.

Most azonban 10 kudarcral végződő esetünk ismertetése kapcsán azokat a *speciális* problémákat szeretném összefoglalni, amelyeknek általáno-

sítható tanulságai talán segíthetik a genetikai tanácsadás sikerességének fokozását. Sokak szerint a balsikerekről jobb hallgatni. Magam úgy vélem, bízhatunk már annyira a hazai orvos-genetikai ellátás színvonalában, hogy az eredmények mellett a kudarcokat sem kell szégyellnünk.

### I. A hibás döntések

1. Tévedéssel, mint minden emberi tevékenységben, az orvos-genetikus munkája során is számolni kell.

i) Sz. J.-né (728/1976) családtervező 8 hetes terhessen kereste fel a genetikai tanácsadót 1976. aug. 4-én. Első házasságából született egészséges fiúgyermek után, 1973-ban kötött második házasságából, 1975. ápr. 6-án született 2900 g-os fiában a fejkörfogat növekedése visszamaradt és microcephaliája mind nyilvánvalóbbá vált. A családban hasonló rendellenesség nem fordult elő. A gyermek és a szülő kromoszómaszerelvénye eltérést nem mutatott. A proband értelmi és motoros fejlődésének visszamaradása kisebb fokú. A gyermekgyógyászati konzílium után — a negatív szülészeti anamnézis ellenére — perinatalis exogen hatásra véltük visszavezetni az elváltozást és ezért, az általános kockázattal, illetve az ismeretlen eredetű microcephaliák utáni 6%-os ismétlődéssel számolva, ajánlottuk a terhesség megtartását. 1977. március 26-án azután szövödmény nélkül született a 3000 g-os, 52 cm testhosszú és 30 cm-es fejkörfogatú fiú. A microcephalia a születést követően mind nyilvánvalóbbá vált. A gyermek 1979-ben történt ellenőrző vizsgálatokor bizonyossá vált, hogy e családban a ritka (10 000–30 000 születésre esik 1 eset) ún. „tisza” microcephalia körképe áll fent, amely autosomalis recesszív öröklődésű. Az egészséges szülőpár gyermekeiben tehát 25%-os speciális kockázattal is számolni kellett volna. Az anya elmondása szerint: „ha nem azzal bíztattak, hogy remény van egészséges gyermekekre, akkor jelenleg csak egy beteg gyermekünk lenne”.

2. A laboratóriumi módszerek hibás eredménye is lehet téves döntés kiindulópontja.

ii) B. N.-né (924/1977) családtervező az újabb terhesség vállalása előtt azért jelentkezett, mivel első terhességéből 1976. dec. 1-én 2900 g-os spina bifida cystica fia született, aki a rendellenesség miatt dec. 26-án meghalt. A genetikai tanácsadás könnyűnek tűnt: a multifaktoriális-küszöb modell és a hazai születéskori prevalencia ismeretében az ismétlődés kockázata fiú esetén 4,6%, leány esetében 3,2%. Ezek ugyan alacsony kockázatok, viszont több mint 10-szeresei a szokásos előfordulásnak. Ezentúl olyan súlyos ártalomról van szó, ahol a méhenbelüli magzati vizsgálat [amion alfa-fetoprotein (AFP) szintje] lehetőséget kínál a terhesség 16. hete körül e rendelleneségtípus esetleges ismételt előfordulásának felismerésére. Ajánlatunkra meg is történt mind az amniocentesis, mind az ultrahangvizsgálat. Az AFP érték 21 µg/ml volt, amely a normál értékzóna közepére esik (50 µg/ml felett beszélünk pozitivitásról). Az ultrahangvizsgálat is ép magzatra utalt. Ezt követően 1978. nov. 26-án megszületett a 2900 g-os spina bifidás fiú, aki nov. 29-én meghalt. A magzatvíz AFP-meghatározásakor hibás negativitás kb. 1%-ban fordul elő nyílt spina bifidák esetén. Mintegy 350 esetet felőlelő anyagunkban ez az eset lehetett e hiba megnyilvánulása.

3. A családtervezők megkérdőjelezhető döntései is okozhatnak kudarcérzést.

iii) B. E. (769/976) 18 éves leányanya 9 hetes terhessen kereste fel genetikai tanácsadónkat. Megoperált spina bifidás, aki alsóvégtag-idegellátásának ki-

sebb fokú károsodása miatt erősen biceg, emellett incontinens urinae et alvi is fennáll. Rendellenességének örökölhetősége felől érdeklődött. Az ismétlődés kockázata 4%, ezért ajánlottuk a magzati diagnosztika: az amnion AFP-meghatározásának elvégzését, amibe bele is egyezett. A vizsgálat eredménye pozitív volt: 140 µg/ml AFP-értéket kaptunk. Természetesen felajánlottuk a terhesség megszakítását a súlyos magzati ártalom orvosi javallata alapján. Ezt azonban a terhes nem igényelte, mondván: a völegénye csak akkor veszi el feleségül, ha ő terhes és ha ő megszakítja terhességét, erre nem kerülne sor. S neki fontosabb a házasság, minthogy milyen lesz gyermeke... Ezt az álláspontot érvelésünk ellenére is fenntartotta. (Az is az igazsághoz tartozik, hogy B. E. a terhesség 24. hetében elhalt, súlyosan macerált, rendellenes, fellehetőleg anencephal magzatát elvetélte.)

iv) J. K. és J. K.-né (1477/1978) schizophreniában szenvedő családtervező férj és feleség. Az elmeegyeintésben ismerkedtek meg és házasodtak össze. Gyermekeket akartak. Elmondtam nekik: jelenlegi tapasztalataink szerint 40%-os valószínűséggel lesznek a gyermekeik is schizophrenek. Nagyon megörültek, mivel, mint elmondták, pszichiáter-orvosok szerint nekik csak schizophren gyermekük lehet. Próbáltam megmagyarázni, a 40% igen magas kockázat a schizophrenia esetében. De ők megnyugtattak: legalább 5 gyermeket vállalnak, hogy biztosan egészséges gyermekük is lehessen... A schizophreniás szülők gyermekeinek mind a genetikai, mind a családi kockázata olyan nagy, hogy a születéskorlátozás érvényesítése fontos és hasznos lenne. Hogyan tudják gyermekeiket a kórházi körülmények között felnevelni, gondozni, oktatni? A pontatlan, túlzó tanács ez a társadalmilag kívánatos célt segítette volna elő. A helyes tanács viszont társadalmilag kedvezőtlen hatásúnak bizonyult. Mi tehát az etikusabb, helyes tanácsot adni és vállalni a társadalmi kárt, vagy a kockázat elültetésével segíteni a társadalmi érdek érvényesülését?

## II. A körültekintés hiánya

A kockázat, vagyis a családtervező utódjában előforduló ártalom valószínűsége két részre bontható. A *specifikus* kockázat alatt egyfelől a proband ártalmának a családtervező tervezett, illetve várt utódjában történő előfordulásának valószínűségét, másfelől azon vélt vagy valódi ártalom (pl. terhesség alatti rubeolafertőzés) manifesztálódásának a valószínűségét értjük, amely miatt a genetikai tanácsadót felkeresték. Az orvos-genetikus elsődleges feladata a specifikus kockázat feltárása, megelőzése, illetve csökkentése. Az *általános* (random) kockázat foglalja magába mindenfajta rendellenesség megjelenésének azt a valószínűségét, amellyel minden terhességben számolni kell. Ennek mértéke 3–5% körül van. Az orvos-genetikust az általános kockázat tekintetében felelősség nem terheli, de természetesen igyekeznünk kell általános tanácsokkal, valamint a családtervezők anamnézisének és statusának körültekintő elemzésével ezt is csökkenteni. Sajnos, erre nem mindig van időnk és energiánk.

v) J. K.-né (1116/1976) családtervezőnő a korábbi sikertelen terhessége hátterében gyanított Rh-incompatibilitás, illetve ennek megelőzése miatt jelentkezett. Az Rh-negatív családtervező-feleség és Rh-pozitív családtervező-férj 1973-ban kötött házasságot. Ezt megelőzően bekövetkező terhességüket 1972-ben megszakították. 1976. aug. 12-én, a terhesség 32. hetében, idő előtti lepényleválás miatt császármetszés történt, amely során 1850 g-os halvaszülött fiút hoztak világra. Anti-D-t nem kapott. A késői magzati halálozást az anya-magzat Rh-vércsoport incompatibilitásával

magyarázták. A kivizsgálás során az anya vérében D-antitesteket kimutatni nem lehetett, így az anya immunizálásának mintegy 15–20%-os kockázata kizárható volt. Ajánlottuk a terhesség vállalását a D-antitestek folyamatos ellenőrzése mellett. Az ellenanyagszint számotérvő emelkedést a terhesség során nem mutatott. 1977. ápr. 9-én azonban cervix incompetencia miatt, újabb idő előtti lepényleválás után, 850 g-os fiú született, aki ápr. 13-án meghalt.

Ha tanácsadás során az Rh-incompatibilitás kizárása után a nőgyászati statusra nagyobb figyelemmel lettünk volna, megfelelő műtéti kezeléssel a terhesség kihordása talán biztosítható.

## III. A klinikai-kórerediti diagnózis hiánya

Pontos genetikai tanácsadás csakis a proband betegségének pontos klinikai-nosológiai diagnózisa, tehát a kóreredit ismeretében adható. Sajnos, ez nem mindig egyértelműen tisztázott. A legtöbb esetben még ilyenkor is sikeres (szerencsés) a tanácsadás. Ritkán azonban ez kudarcunk oka.

vi) K. B.-né (615/1975) családtervezőnő két sikertelen terhesség után kereste fel genetikai tanácsadókat. 1972. szept. 3-án egészségesen született 3800 g-os fiúk 1973. febr. 12-én, IV. hónapos korában pneumonia hirtelen elhunyt. 1974. jan. 3-án ugyancsak egészségesen született meg 3650 g-os második fiúgyermekük, aki zavartalan fejlődés után, IV. hónapos korában hirtelen meghalt. A klinikai diagnózis megint pneumonia volt, a boncoláskor sajátos szívvelváltozást észleltek. Tanácsom, a két ismeretlen eredetű hirtelen csecsemőhalál („SID”) ellenére, illetve miatt, az újabb terhesség vállalása volt az újszülött, majd csecsemő gondos orvosi megfigyelése mellett. 1978. febr. 25-én született meg az egészséges 3100 g-os leány, akinek zavartalan fejlődését a SZOTE Gyermekklinika folyamatosan ellenőrizték. Egyetlen tünetet: a szív feletti galloprimitmust regisztráltak. IV. hónapos korában 1978. jún. 22-én a csecsemő befolyásolhatatlan cardialis decompensációban mégis hirtelen meghalt. Az összes felfertülő kórok (pl. veleszületett anyagcsere-rendellenességek) kizárása után a kórbonctani diagnózis cardiomyopathia progressiva familiaris lett. Az eddig leírt ilyen kórlepek azonban sokkal benignusabbak voltak és dominánsan öröklődtek, ez esetben pedig az autosomalis recesszív öröklődés nyilvánvaló.

vii) S. F.-né (922/1976) ugyancsak két sikertelen terhesség után, az újabb terhesség vállalása előtt jelentkezett. 1973. márc. 13-án 3500 g-os fia született, aki márc. 16-án, 3 napos korában meghalt. A kórbonctani diagnózis tüdővérzés és kiscokú agyvérzés volt. Az 1975. márc. 27-én született 3050 g-os fiú, márc. 30-án, 3 napos korában respiratorikus distress szindrómában meghalt. A kórbonctani diagnózis: tüdővérzés. A szülők részletes kivizsgálása után, amely során fontosabb elváltozást náluk nem találtak, ajánlottuk az újabb terhesség vállalását. 1978. febr. 6-án megszületett a 3140 g-os lány, aki légzési problémák közepette febr. 9-én, 3 napos korában meghalt. Kórbonctani diagnózis ismét a tüdővérzés. A 3 csecsemő kísértetiesen hasonló kórlefofolyása miatt valamiféle autosomalis recesszíven öröklődő coagulopathiára kellett gondolni. A szülők a 25%-os kockázat és a magas veszélyeztettség ismeretében az örökbefogadás mellett döntöttek.

Az orvos-genetika utóbbi években észlelt tagadhatatlan fejlődésének köszönhetően már elég sokat, de semmi esetre sem eleget tudunk.

## IV. Az általános kockázat jelentősége

Mint utaltam rá, a genetikai tanácsadás során elsőrendű feladatunk a specifikus kockázat feltárása és csökkentése. E tevékenységünk során a legtöbb problémát az általános kockázat miatti

véletlen egybeesések jelentik. Az utolsó 3 eset ezt példázza.

viii) K. I.-né (509/1976). A 25 éves asszony két sikertelen terhesség után kereste fel genetikai tanácsadónk. Az első terhességéből született multiplex congenitalis malformatiós fiúgyermek az első nap meghalt. A boncolási lelet szerint nagy kiterjedésű thoracolumbalis spina bifida cysticája és exomphalosa volt. (E rendellenesség-kapcsolódást — a testfelszín központi vonalában jelentkező hasadása miatt — jelenleg „Schisis”-associatio névvel illetjük. Kórereditét pontosan még nem ismerjük, de az ismétlődés kockázata alacsony). A következő terhesség törpességnek tűnő általános csontváz-rendellenességgel sújtott leány halvaszületésével végződött. A boncolási leletből a diagnózis nem derült ki. A leírásból és a kimenetelből a thanatophriás törpesség vagy az achondrogenesis I., illetve II. típus előfordulására lehetett gondolni. Mindkettő autosomalis recesszív öröklődésű és perinatalis halálozást okoz. A családtervező gyermekeiben előfordult két rendellenesség között biztosan nincs kórerediti kapcsolatot, két független esemény véletlen egybeeséséről lehetett szó. S ez igen kis valószínűség ellenére következett be, mivel mind a Schisis (~0,08%) mind a szóba jövő csontváz-rendellenességek (~0,01%) születéskori prevalenciája alacsony. A családi anamnézis mind az egészséges férj, mind az egészséges feleség felmenő és oldalági rokonságában negatív. Az asszony terhességei zavartalanok voltak. A családtervezők mindenképp akartak gyermeket és ettől a harmadik terhességükben várható 28–29%-os specifikus kockázat sem riasztotta el őket. [Az említett csontváz-rendellenességek autosomalis recesszív öröklődésűek, így a következő terhességekben 25%-os kockázatot jelentenek. A Schisis-associatio ismétlődési kockázata mintegy 3–4%. Az utóbbi miatt felvettük a méhenbelüli magzati vizsgálat (amnion AFP-meghatározás) lehetőségét, de nem igényelték.] A terhesség 16. hetétől ultrahangvizsgálattal rendszeresen ellenőriztük a magzat fejlődését és csontvázának alakulását. A leletek aggodalomra nem adtak okot. Végül is megszületett az épnek tűnő leány. Hamarosan kiderült azonban, hogy szív-rendellenessége: coarctatio aortae-ja van... A specifikus kockázatokkal szemben tehát a 3–5%-os általános kockázat érvényesült. Figyelembe véve a coarctatio aortae 0,4%-os hazai születéskori prevalenciáját, ennek minimális volt az esélye.

Az 1973–1978. éveket magába foglaló genetikai tanácsadás anyagunkban (3778 eset) 75 (2,0%) olyan család szerepel, amelyekben egymástól függetlennek mondható rendellenességek vagy betegségek halmozódása fordul elő. Csak néhány példát emelek ki: nyúlajakas anyának (829/1977) 2 spina bifidás gyermeke született; az egészséges, normál karyotipusú 1938-ban született családtervező férfinak (981/1977) az első házasságából anencephal halvaszületett leánya, majd syndactyliás + csipőficamos leánya született, második házasságából az első terhesség spontán elvetéledött, majd a második terhességből VACTERL-es fiú született, aki életének 2. napján meghalt; PKU-s gyermeknek (62/1974) Fallot tetrados testvére; halvaszületett anencephal-spina bifidás leánynak (736/1978) mucoviscidosisos testvére született, stb. Az orvos-genetikus számára szinte megdöbbentő e független és ritka rendellenességek hátborzongató kavalkádja e családokban. Persze, két dolgot nem szabad feledni: egyfelől az egyik rendellenesség előfordulása nem véd a többiek későbbi jelentkezésével szemben. Másfelől a véletlen kegyetlen szeszélye gyakran felülmúlja a szakember képze-

letét is. A tanulság: a specifikus kockázat becslése mellett az általános kockázatról sohasem szabad megfeledkeznünk.

ix) M. E.-né (111/1975). 30 éves, jelentkezőkor egy 5 éves kisleánya volt. Kívánt terhessége bekövetkezte után keresett fel. Kétségbeesésének oka, hogy kisleánya, még terhessége tényének bebizonyosodása előtt, rubeolában megbetegedett. A pozitív terhességi reakció után ébredt rá veszélyeztetettségére és kereste fel a terhességmegszakítás kérése miatt genetikai tanácsadónkat. Gyakori az ilyen eset és döntő többségükben az aggodalom indokolatlan, csupán a helyzet nem ismeréséből ered. A 20 év feletti nők mintegy 85%-a ugyanis korábban — akár tud róla, akár nem — már átesett rubeolafertőzésen és emiatt védett. Esetükben tehát a terhesség alatti rubeola expositio után sem kell tartani magzati ártalomról. A vírus csakis haematogen és transplacentaris úton juthat el a magzathoz, a vérben levő antitestek viszont ezt bizonyosan megakadályozzák. A terhesek immunstatusa — a korábbi rubeolafertőzés-megbetegedés bizonytalan klinikai megnyilvánulása, sőt nem ritkán inaparens volta miatt — csak serológiai vizsgálattal tisztázható. M. E.-nénél az expositiót követő 6. nap levett vérminta alacsony titerű (1:64-es) pozitivitást adott és a 16 nappal később levett második vérminta értéke ezzel lényegében megegyezett (1:28). Így védettsége bizonyos volt. Megmagyaráztam neki a helyzetet és lebeszéltem a terhességmegszakításról. A tanácsot a terhes örömmel fogadta meg. 8 hónappal később megkeresett és elhozta az időközben megszületett Down-kóros gyermekét (9 hónapos korában meghalt). Természetesen kétségbe volt esve. Úgy látszott azonban, hogy elfogadta érvelésünk: a terhesség alatti rubeola expositio és a Down-kóros gyermeke születése között nincs ok-okozati kapcsolat. A Down-kór a számfeletti 21-es kromoszómára vezethető vissza és ez már a fogamzáskor ott volt a petesejtjében vagy — az esetek 35%-ában — a férje megtermékenyítő ondósejtjében. A rubeola expositio tehát csak olyan véletlen egybeesésnek tekinthető, amelynek ártalmas következménye nem lehetett. (Ezt a magyarázatot ugyan a kezelő gyermekgyógyász megkérdőjelezte, mondván: a gyermek szív-rendellenessége azért lehetett a rubeola expositio következménye. Csak arról feledeztem meg a kolléga, hogy a Down-kórosok 30–40%-ának szív-rendellenessége is van.) Sajnos, a férjet, akivel nem találkoztam, nem lehetett meggyőzni a fentiek-ről. Az 1979 elején végzett nyomkövetéses vizsgálatunk során arra a kérdésünkre, hogy „Gyakorolt-e a genetikai tanácsadás valamilyen befolyást a családi életükre?”; igennel válaszolt és hozzátette: „tönkretette az életünket. Ha nem nyugtatnak meg akkor bennünket, kértük volna a terhesség megszakítását”. S arra a kérdésre: „Hogyan értékeli a genetikai tanácsadást?”, a következőképpen válaszolt a férj: „Félrevezető volt, méltatlan arra az abszolút bizalomra, amellyel felkerestük. Ami történt, gondatlanság.” Pedig valóban sajnálatos véletlen egybeesésről volt tehát szó. S ezzel mindig számolni kell. Éppen ezért a genetikai tanácsadás során mindig csak a vélt vagy valódi specifikus ártalom, tehát pl. a rubeola expositio specifikus kockázatát adhatjuk meg. Az általános kockázattal szemben, amely minden terhességben érvényesül, a genetikai tanácsadó nem nyújthat védelmet. Éppen ezért sohasem mondhatjuk, hogy az adott esetben semmi kockázat nincs. A helyes tanács „az ön esetében sem kell nagyobb kockázattal számolni, mint általában a többi terhesnek”. Persze a 3–5%-os általános kockázatot sem szabad túlságosan hangsúlyozni, mivel ennek tudatosulása sok terhesben okozna szorongást. S ettől óvakodni kell, hiszen 100 terhes közül 95–97 egészséges újszülöttet hoz a világra. Semmiképpen nem lenne azonban helyes, a tanácsadó orvos felelősségének könnyítése céljából, defenzív magatartást kialakítani. A tudományos tények ismeretében és a rendelkezésre álló diagnosztikai lehetőségek birtokában felelősséggel nézhetünk szembe a genetikai tanácsadás kedvezőtlen következményeivel is. A 66 ter-

hesség alatti rubeola expositio miatt jelentkező esetünk utánvizsgálata szerint, az itt ismertetett asszony kivételével, a többieknek „jó” tanácsot adtunk. Az 57 megtartott terhesség közül 55-ből egészséges gyermek született. (Egy további esetben enyhébb perinatalis agyi károsodás történt.)

x) K. D.-né (878/1976), 26 éves, egészséges. A korábbi terhességéből elveszületett, majd meghalt anencephalos gyermekük miatt keresték fel genetikai tanácsadónkat. A családi és terhességi anamnézis negatív, a családtervezők egészségesek. Egyrészt a 4%-os ismétlődési kockázat, másrészt a méhenbelüli magzati vizsgálat (amnion AFP) lehetősége miatt javasoltuk az újabb terhesség vállalását. Örömmel fogadták meg tanácsunk. A bekövetkezett terhesség 16. hetében elvégzett amniocentesis után a magzatvíz AFP-értéke (18,8 µg/ml) a normál tartományban volt. Az ultrahangos vizsgálat sem tárt fel semmiféle elváltozást. Végre megszületett a várva várt gyermek — komplex letalis szív-rendellenességgel. Hibát követtünk el? Nem; nyugodtan állítható: ezt kellett javasolnunk és tennünk. Mégis, a kudarc nyilvánvaló. A tanulság: a praenatalis diagnosztika során is hangsúlyozni kell, hogy csak bizonyos specifikus ártalmak felismerésére és kivédésére vagyunk képesek. Ezentúl a méhenbelüli magzati vizsgálat a rendellenességeknek jelenleg még csak viszonylag kis számában biztosíthatja az

in utero diagnózist. Mindezekre ugyan „kioktatjuk” a családtervezőket, sőt, az óvatosságból velük aláíratott nyilatkozat ezt tartalmazza is, mégis, a családás ke-serves. Szerencsére az eddig elvégzett több mint 300 magzati vizsgálatban — a spontán vetélésektől, a kis súlyú újszülöttektől és specifikus ártalomban szenvedők elvesztésétől eltekintve — ilyen kudarc, tehát amikor váratlanul más, súlyos ártalom húzza keresztül számításainkat, csak ebben az esetben fordult elő.

Az itt említett kudarcok a genetikai tanácsadás sokkal gyakoribb és jellemzőbb sikerélményeit erősen beárnyékolják. De éppen e kudarcok okainak elemzése segítheti elő jövőbeni megelőzésüket.

**Összefoglalás.** A genetikai tanácsadás hatékonyan segíti a minőségi családtervezést. Ritkán azonban kudarcok is előfordulnak. 10 eset bemutatásával érzékelteti ezek okait: az orvos-genetikus, konziliárius vagy családtervező hibás döntését, a körütekintés hiányát, a klinikai-nosológiai diagnózis tisztázatlanságát és az általános (random) kockázat érvényesülését.

**IRODALOM:** 1. Czeizel E. és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 935. — 2. Czeizel E. és mtsai: Gyermekgyógyászat, 1980, 31, 206.

# FENISTIL

## gél

### G 100

#### Antiallergica topica

#### KÜLSŐLEGES

#### HASZNÁLATRA



#### OSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenum maleicum hatóanyagot tartalmaz.

#### JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

#### ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

#### ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlésiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

#### FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb — főleg gyulladással — testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekre.

#### MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

#### CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

**Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.**



1370

Debreceni Orvostudományi Egyetem,  
Tüdőgyógyászati Klinika  
(igazgató: Mihóczy László dr.),  
Általános Belgyógyászat  
(vezető: Szegedi Gyula dr.),  
Biokémiai Intézet  
(igazgató: Elődi Pál dr.),  
Biofizikai Intézet  
(igazgató: Damjanovich Sándor dr.)

## Enzimmel jelzett immunoszorbens (ELISA) eljárás anti-DNS szint mérésére SLE-os betegek szérumában

Bányai Anikó dr., Kávai Mária dr.,  
Zsindely Attila dr., Papp Sándor dr.  
és Szegedi Gyula dr.

Több mint két évtizede tudjuk, hogy a systemás lupus erythematosusban (SLE) szenvedő betegek szérumában a maganyag különböző alkotórészei ellen termelődő ellenanyagok vannak (11, 3, 9). Számos módszert dolgoztak ki az eltelt időben ezek kimutatására, később mérésére, pl. komplementfixációs módszert (21), haemagglutináció gátlást (14), agaron végzett immunprecipitációt (11), valamint immunhisztológiai módszereket (8, 10).

A DNS ellen termelődő ellenanyagok kimutatása növekvő jelentőséggel bír a klinikai gyakorlatban, a SLE-os betegek vizsgálatában. Tudjuk, hogy ezek az ellenanyagok a SLE-ban szenvedők szérumában rendszerint kimutathatók, mennyiségük a betegség aktív stádiumában rendszerint emelkedik, remisszióban vagy megfelelő kezelés hatására csökkenhet (12).

Az anti-DNS mérésére napjainkban a Farr-technikán alapuló radioimmunoassay módszerek terjedtek el (22). Ennél olcsóbb, az izotópok használatát, a költséges berendezéseket kiküszöbölő, de hasonló érzékenységgű, az enzim jelzést használó immunoszorbens módszer. Ezt az eljárást először *Pesce és munkatársai* alkalmazták anti-DNS szint mérésére 1974-ben (18).

Az enzim-immunosorbens módszerek *Engvall, Perlmann, van Veemen és mtsaik* közleményei

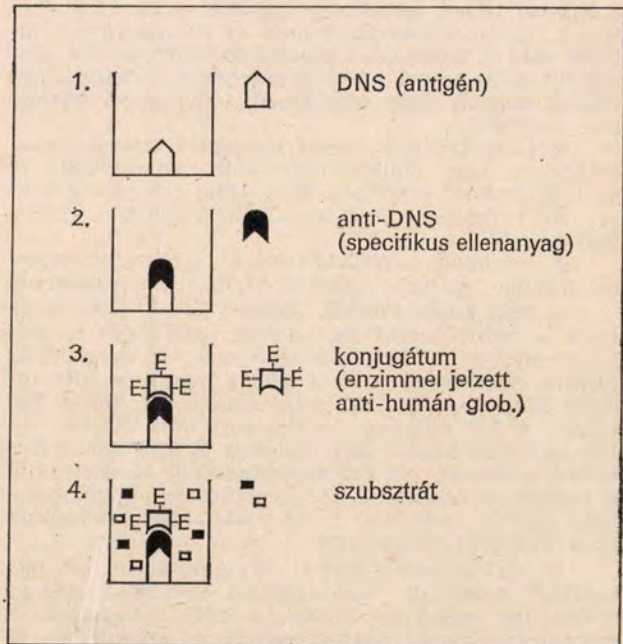
1. táblázat SLE-os betegek radioimmunoassay-vel és enzim-technikával mért anti-DNS szintje

Betegek	Radio-immunoassay U/ml	Enzim-immunosorbens módszer szemmel értékelve (hígítás foka)	a pozitív kontroll %-ában	anti-DNS ug/ml
1. Cs. P. pozitív kontroll	31	1:32	100	37,0
2. K. I.	105	1:128	327	120,9
3. Cz. I.	37	1:32	121	44,77
4. M. M.	150	1:256	382	141,3
5. P. E.	27	1:16	90,9	33,6
6. J. M.	4	1:1	12,7	4,7
7. E. B.	3	1:1	11,5	4,2
8. N. Á.	6	1:1	18,2	6,7
9. Á. B.	8	1:2	30,3	12,2
10. P. K.	19	1:16	60,6	22,4
Normális savók (6 db)	0	1:1	3,0±1,3	1,1±0,48

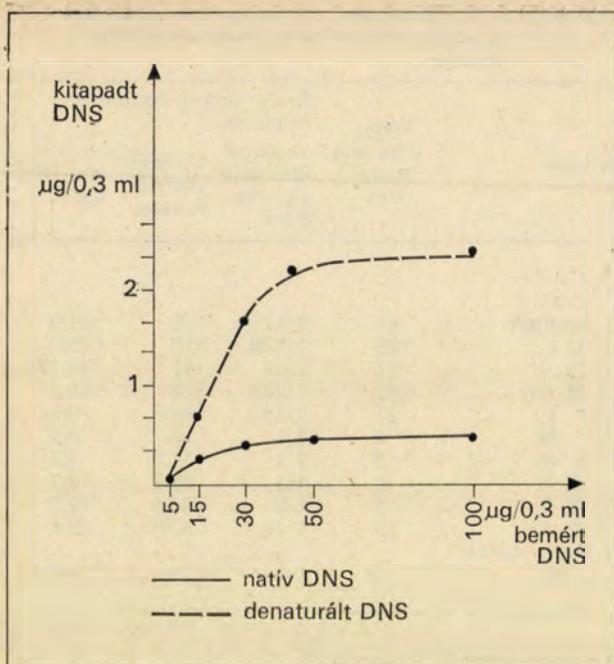
nyomán váltak ismertté (4, 5, 6, 23, 24, 25). A *Volter és mtsai* által kidolgozott mikro-ELISA technika tovább szélesítette az eljárás felhasználási körét (26, 27, 28).

Magyar szerzők is beszámoltak a módszer eredményes alkalmazásáról különböző rendszerekben (13, 17).

Munkánk célja az volt, hogy a mikro-ELISA technikát kipróbáljuk és a módszer reprodukálhatóságának feltételeit kidolgozva a SLE-os betegek szérummintáiban levő anti-DNS mérésére alkalmazzuk. Eredményeinket az anti-DNS mennyiségének meghatározására szolgáló radioimmunoassay (RIA) kittel kapott eredményekkel hasonlítottuk össze.



1. ábra: Az enzim-immunosorbens módszer (ELISA) elvi menete



2. ábra: A natív és a denaturált DNS kitapadása

### Anyag és módszerek

A vizsgált szérummintákat a nemzetközi kritériumok alapján SLE-osnak tartható betegektől gyűjtöttük. A negatív kontrollként használt savók egészséges donoroktól származtak, állandó pozitív kontrollként egy SLE-os beteg szérumát választottuk, amelyben az előzetes méréseink alapján a RIA módszerrel közepesen magas anti-DNS szintet találtunk.

„Szolid fázisként” COOKE microtiter, polisztrén alapanyagú lemezeket alkalmaztunk, amelyek egy-egy vályulata 0,3 ml térfogatú.

Antigénként 50 µg/0,3 ml koncentrációjú, hővel denaturált szimpla szálú DNS-t tartalmazó oldatot használtunk. A DNS-t borjú thymusból izoláltuk, Marmur módszerének alkalmazásával (16).

A konjugátum nyúlba termelt, torna-peroxidáz enzimmel jelzett anti-humán IgGAM savó volt, amelyet a Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet állított elő. A konjugálás glutaraldehiddel történt *Avrameas* módszerével (2). A készítményt előzetes kísérleteink alapján nagy feleslegben, 1:50-szeres hígításban használtuk.

A szubsztrát 0,8 mg/ml koncentrációjú 5-aminoszalicilsav volt. Felhasználás előtt közvetlenül, 10 ml-enként 1 ml 0,005%-os H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> oldatot mértünk hozzá. Az enzimreakciót 2 M-os NaOH oldattal állítottuk le.

A mintákat UNICAM 1800-as spektrofotométerrel mértük, speciális redukált térfogatú kuvettákban.

A DNS kitapadásának mérése: natív, dupla szálú DNS és hővel denaturált, szimpla szálú DNS kitapadását mértük és hasonlítottuk össze. A denaturálás *Plescia* módszerével történt (20), 1 mg/ml-es DNS oldatot 10 percig főztünk, majd olvadó jég között hűtöttük. A két oldatból hígítási sort készítettünk: 5–100 µg/0,3 ml között. Egy éjszakán át szobahőn inkubáltuk a lemezt, 260 nm hullámhosszon fotometráltuk a bemért oldatokat és a vályulatokból az inkubáció után aspirált mintákat. A mért adatokból számítottuk ki a kitapadt mennyiséget.

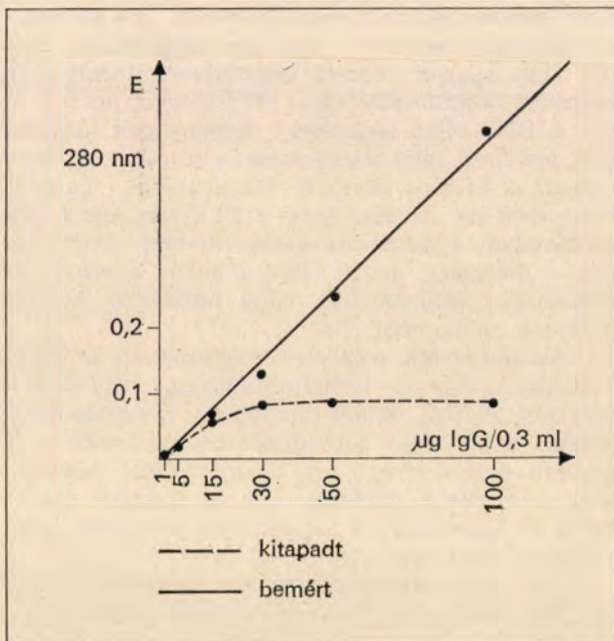
Az IgG standard görbe: 10 mg/ml-es humán IgG oldatból desztillált vízzel hígítási sort készítettünk: 0,0625–100 µg/0,3 ml között. A DNS kitapadásának méréséhez hasonló módon mértük és számítottuk ki az IgG kitapadását, egy éjszakán át történt inkubálás után. A vályulatokat az inkubációs idő letelte és a ki nem tapadt IgG tartalmú oldat leszívása után három-

szor mostuk 0,05% Tween 80 tartalmú PBS oldattal (0,0114 M-os foszfáttal pufferelt fiziológiás NaCl oldat, pH = 7,4). Ezután a vályulatokba 0,3 ml peroxidázzal jelzett anti-humán IgGAM savót mértünk, és ezzel 4 órán át szobahőn inkubáltuk a lemezeket. A konjugátumot eltávolítottuk a vályulatokból és háromszor ismételtük a mosást a Tween tartalmú pufferrel. A mosást a frissen készített szubsztrát 0,3 ml-ének bemérése követte, majd 0,025 ml NaOH hozzáadásával, 15 perc eltelte után leállítottuk a színreakciót. A lemezek falán megtapadt enzimmennyiségtől függően a szubsztrát bomlása barna színt adott, ezt a színes oldatot aspiráltuk és 420 nm-en fotometráltuk. Az értékpárokat koordináta-rendszerben ábrázoltuk.

A standard görbe mérésével egy időben a pozitív kontrollnak választott szérumminta 1:25 PBS hígításával elvégeztük az anti-DNS meghatározást. A reakcióhoz ugyanazt a lemezt és szubsztrát oldatot használtuk. A standard görbe alapján, a mért extinkció értékéből az IgG tartalmat kiszámítottuk, majd 1 ml szérumra vonatkoztatva IgG µg/ml-ben adtuk meg.

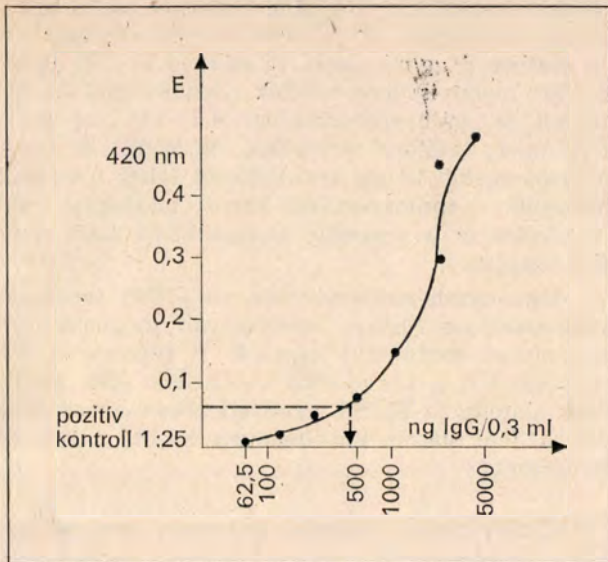
Az anti-DNS tartalom mérése enzim-immunosorbens módszerrel: a polisztrén lemez vályulataiba 0,3 ml 50 µg/0,3 ml koncentrációjú, hővel denaturált DNS oldatot mértünk. Az oldást pH = 9,6 karbonát pufferben végeztük. A lemezt ezután egy éjszakán át szobahőn inkubáltuk, majd a ki nem tapadt DNS-t tartalmazó oldatot eltávolítottuk és a vályulatokat alaposan mostuk Tween 80-at tartalmazó PBS-sel. Az ismeretlen szérummintákból, illetve a pozitív és normál kontroll savókból 1:25-ös hígítást készítettünk, ezek 0,3 ml-ét mértük a vályulatokba. Az ellenanyag-tartalmú mintákkal egy éjszakán át szobahőn inkubáltuk a lemezt, majd ismét háromszor mosás következett. A következő lépés a konjugátum hozzáadása volt, az eljárás ettől kezdve megegyezett az IgG standard görbe felvételénél leírtakkal. A savóminták ellenanyag-tartalmával arányos színreakció megjelenése, a további reakció leállítása után egy-két órán belül elvégeztük a fotometrált. Az enzimreakción alapuló ellenanyagmérés elvi menetét szemlélteti az 1. ábra.

Az anti-DNS tartalom enzimtechnikán alapuló meghatározása szemmel értékelve: a lemez DNS-sel történő szenzitizálása az előzőekben leírtakhoz hasonlóan történt. A vizsgálandó szérumokból felező hígítási sort készítettünk, ugyanígy a negatív és pozitív kontroll savókból is. Az egyes minták ellenanyag tartalmát a legnagyobb, még pozitív színreakciót adó



3. ábra: Az IgG kitapadása





4. ábra: IgG standard görbe

szérumhígítás fokával jellemeztük. Pozitívnak ítéltük a színváltozást, ha elérte vagy meghaladta az azonos hígítású pozitív kontroll színintenzitását.

Az anti-DNS tartalom mérése radioimmunoassay-vel: az enzimenteknikával lemert szérumminták anti-DNS szintjét párhuzamosan az Amersham anti-DNA kit segítségével is meghatároztuk. A kit a szérum ellenanyag-tartalmának DNS kötő kapacitását méri, az eredményeket U/ml-ben adja meg. Pozitívnak a 20 U/ml-nél magasabb értékek tekinthetők.

#### Eredmények

A natív és denaturált szimpla szálú DNS kitapadását szemlélteti a 2. ábra. A hődenaturálás nagyobb mennyiségű DNS kitapadását teszi lehetővé. A denaturált molekulát tartalmazó oldatból 50  $\mu\text{g}/0,3$  ml bemérése után következik be olyan mértékű kitapadás, amely a bevitt anyagmennyiség növelésével lényegesen már nem fokozható. Ennek alapján 50  $\mu\text{g}/0,3$  ml denaturált DNS-t mértünk be mint antigént a szérum anti-DNS szintjének meghatározására.

A 3. ábra a humán IgG kitapadási viszonyait szemlélteti. 5  $\mu\text{g}/0,3$  ml-él kisebb mennyiségek bemérése után az aspirált oldatból optikailag már nem sikerült IgG tartalmat kimutatni, feltehetőleg a bemért mennyiség mind kitapadt.

A 4. ábrán a különböző mennyiségű bemért és kitapadt IgG peroxidázzal jelzett anti-IgGAM savóval való színreakciójának extinkció értékeit tüntettük fel. Erre a görbére mint standardre vetítettük ki a párhuzamosan lemert pozitív kontroll savónk extinkció értékét. Kiszámítottuk, hogy 1 ml hígítatlan szérum 37 ng IgG-nek megfelelően ml hígítatlan szérum 37 ng IgG-nek megfelelő anti-DNS-t tartalmaz.

A táblázat a vizsgált 30 szérumminta közül 10-nek az anti-DNS tartalmát tünteti fel, különböző meghatározási módok szerint. Az enzimmel jelzett anti-IgGAM savóval végezve el a reakciót háromféleképpen tüntettük fel az eredményt: a) a még pozitív színreakciót adó szérumhígítás fokában, b) a pozitív kontrollnak választott, közepes anti-DNS

tartalmú savó anti-DNS tartalmának százalékában, c) az IgG standard görbe alapján számított ( $\mu\text{g}$  anti-DNS/ml) értékekben. A táblázat a radioimmunoassay kit eredményeit tartalmazza továbbá. Az általunk mért értékek arányosak az izotópos módszer eredményeivel.

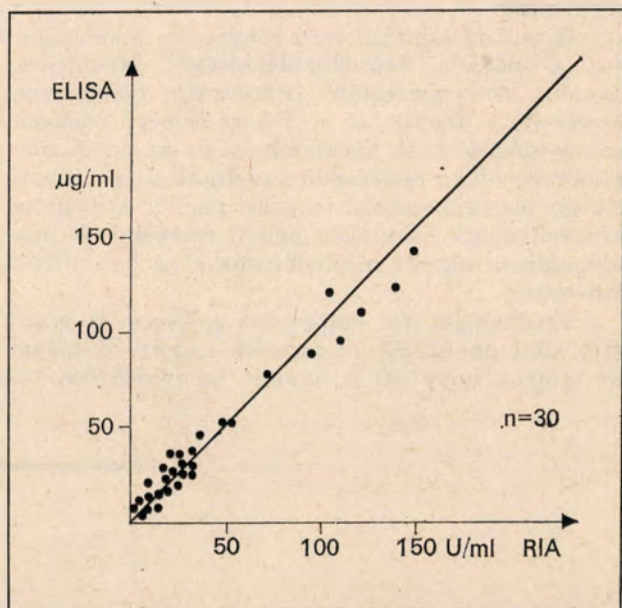
Az 5. ábra a 30 mintában mért eredményeket tartalmazza a két módszerrel kapott eredmények alapján.

#### Megbeszélés

Az enzimjelzésen alapuló ellenanyag-meghatározás felhasználásával gyors, olcsó, standardizálható és a radioimmunoassay-hez hasonló érzékenységgű mikromódszert alkalmaztunk a szérum anti-DNS szintjének mérésére. A módszer előnyeire tartozik az eddig felsoroltak mellett egyrészt, hogy a betegek követésére alkalmasabb, mert nem kell összegyűjteni megfelelő számú szérummintát, hogy a kit gazdaságossá váljék. Másrészt, mivel szemmel is jól értékelhető, gyors rutin vizsgálatokra is alkalmas. Az inkubációs idők 37 °C hőmérsékleten rövidíthetők, a DNS-nel előkezelt lemezek hűtőszekrényben 2–3 napig tárolhatók.

A DNS molekula megfelelő mennyiségben való kitapadása egyik alapfeltétele volt a módszer alkalmazásának. A poliszitirén lemez tulajdonságainál fogva elősegíti a felszínére vitt egyes anyagok passzív adszorbciónak, elsősorban a fehérjékét. A DNS-t gyengén adszorbeálja, ezért a kitapadás fokozására Engvall (7) ajánlotta hődenaturálást alkalmaztuk.

A SLE-os betegek számában jelenlevő ellenanyagok mind az egyszálú, mind a kétszálú DNS-hez is kapcsolódnak (15). Az egyszálú DNS használatának hátránya Locker szerint, hogy más, nem SLE-ben szenvedő autoimmun betegek szérummintái is pozitív eredményt adhatnak, míg ez a jelenség duplaszálú molekula esetén nem volt meg-



5. ábra: Anti-DNS szintek radioimmunoassay-vel és enzim technikával mérve. A korrelációs koefficiens: 0,99

figyelhető (15). A szerző és munkatársai az idézett közleményben felhívják a figyelmet arra, hogy tisztán dupla szálú készítmények csak bonyolult, többszörös tisztítási eljárásokkal nyerhetők, a dupla szálúnak mondott gyári DNS készítmények is legtöbbször egyszálú molekula szakaszokkal „szennyezettek”. Az ilyen heterogén készítmények használata radioimmunoassay eljárásoknál, ahol az ellenanyag-tartalmat a DNS kötő kapacitással jellemzik, nehezen számítható módon befolyásolja az antigén-ellenanyag kapcsolódásának arányát (1). Az ELISA egyik elvi előnye éppen az, hogy segítségével az ellenanyag-tartalmat nem a megkötött DNS mennyiségének mérése alapján, indirekt módon számoljuk, hanem közvetlenül mérjük.

A vizsgált minták anti-DNS tartalmára leegyszerűbben a még pozitív reakciót adó legnagyobb szérumszámításból következtethetünk, ami a módszer felhasználhatóságát nagyban leegyszerűsíti és kiszélesíti. Az enzim és a szubsztrát színreakcióját fotometrálna az eredményt megadhatjuk egy pozitív kontroll minta százalékában, vagy ellenanyag/ml-ben kifejezve. Ez utóbbi esetben a minták anti-DNS tartalmát IgG kalibrációs görbe felhasználásával IgG-re vonatkoztattuk. Ezt az indokolja, hogy SLE-os betegek savóiban az anti-DNS túlnyomó része IgG (19), másrészt a peroxidáz és a szubsztrát kölcsönhatása révén kialakuló színreakció minden olyan globulinhoz viszonyítható, amelynek koncentrációváltozása arányosan és érzékenyen tükröződik a peroxidázzal jelzett polivalens anti-szérummal kapott színreakció mértékében.

A kalibrációs görbéből látható, hogy az 1:50 arányban hígított, peroxidázzal jelzett, anti-humán IgGAM (HUMAN) savóval kimutatható IgG alsó határa 60 ng, ami jelzi a módszer érzékenységét. Ez az érzékenység a SLE-os betegek szérumának vizsgálatára, de ezeknél alacsonyabb Ig koncentrációk mérésére is alkalmas. A savó előnye, hogy mindhárom osztályba tartozó ellenanyag mennyiségét méri.

A pozitív kontroll savó rendszeres használatával a módszer reprodukálhatóságát biztosítjuk, ugyanis az enzimreakció szubsztrátja bomlékony, érzékeny a fényre és a laboratóriumi edények szennyeződésére. A kísérletek során az egyes mérőeszközökben eltéréseket észleltünk a színintenzitását illetően, ezért a reakciót pozitív és negatív kontroll minta használata nélkül értékelni, és más időpontban végzett meghatározásokhoz hasonlítani lehetetlen.

Eredményeinket összevetve a *Pesce és mtsai* (18) által az ELISA módszerrel kapott adatokkal az látható, hogy mi is hasonló mennyiségben ta-

láltunk anti-DNS-t a SLE-os betegek szérumszámításában. A szerzők 30 SLE-os betegek szérumában 15 esetben 5 µg/ml alatti, 15 esetben 5–200 µg/ml közötti mennyiségben mértek ellenanyagot. Az általunk vizsgált szérumokban 4,2–141 µg anti-DNS/ml-ig változó értékeket mértünk. A mért mennyiségeket 25 µg anti-DNS/ml felett tekintjük kórosnak a radioassay-vel kapott adatokkal való összevetés és a normális szérumokban mért értékek alapján.

Ugyanazon szérumszámítás anti-DNS tartalmát radioassay és ELISA technikával meghatározva megegyező eredményt kaptunk. A regressziós koeficiens 0,9, a korrelációs koeficiens 0,99. Mindezek alapján az ELISA módszert alkalmasnak tartjuk a fent vázolt körülmények között anti-DNS mérésére.

**Összefoglalás.** Szerzők az enzim-immunoszorbens mikrotechnikát (mikro-ELISA) alkalmazták a SLE-os betegek szérumszámításában az anti-DNS szint mérésére. Módszerük érzékenysége hasonló a radioimmunoassay érzékenységéhez, de olcsóbb, egyszerűbben kivitelezhető. Az eljárás szemmel értékelhető változata gyors rutin vizsgálatokra alkalmas.

**IRODALOM:** 1. *Aarden, L. A. és mtsai:* Scand. J. Rheum. 1975, Suppl. 11. 12. — 2. *Avrameas, S.:* Immunochemistry. 1969, 6, 43. — 3. *Bobory J., Szegedi Gy.:* Orv. Hetil. 1974, 115, 276. — 4. *Engvall, E., Perlmann, P.:* Immunochemistry. 1971, 8, 871. — 5. *Engvall, E., Perlmann, P.:* J. Immunol. 1972, 109, 129. — 6. *Engvall, E., Jonsson, K., Perlmann, P.:* Biochem. Biophys. Acta. 1971, 251, 427. — 7. *Engvall, E.:* Lancet. 1976, 2, 1410. — 8. *Friou, G. J. és mtsai:* J. Immunol. 1958, 80, 324. — 9. *Gergely P. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, 115, 276. — 10. *Hodinka L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1978, 119, 3109. — 11. *Holmann, H. R., Kunkel, H. G.:* Science. 1957, 126, 162. — 12. *Hughes, G. R. V. és mtsai:* Ann. Rheum. Diseases. 1971, 30, 259. — 13. *Kassay T. és mtsai:* 1976. előadás a Magyar Immunológiai Társaság VII. vándorgyűlésén. — 14. *Koffler, D. és mtsai:* Science. 1969, 166, 1648. — 15. *Locker, J. D. és mtsai:* J. Immunol. 1977, 118/2, 694. — 16. *Marmur, J.:* J. Mol. Biol. 1973, 3, 208. — 17. *Pácsa S., Peitsik B.:* Orv. Hetil. 1978, 119, 2071. — 18. *Pesce, A. J. és mtsai:* Clin. Chem. 1974, 20/3, 353. — 19. *Pincus, T. és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1969, 281, 701. — 20. *Plescia, O. J. és mtsai:* Proc. Nat. Acad. Sci. 1964, 52, 279. — 21. *Schur, P. H., Sandson, I.:* N. Engl. J. Med. 1968, 287, 533. — 22. *Tan, M., Epstein, W. A.:* J. Lab. Clin. Med. 1973, 81, 122. — 23. *van Weemen, B. K., Schuurs, A. H. W. M.:* FEBS Letters. 1972, 24, 77. — 24. *van Weemen, B. K., Schuurs, A. H. W. M.:* FEBS Letters. 1974, 43, 215. — 25. *van Weemen, B. K., Schuurs, A. H. W. M.:* Immunochemistry. 1975, 12, 667. — 26. *Voller, A. és mtsai:* Bull. Wld. Hlth. Org. 1974, 51, 209. — 27. *Voller, A., Bidwell, D. E., Bartlett, A.:* Bull. Wld. Hlth. Org. 1976, 53, 55. — 28. *Voller, A., Bartlett, A., Bidwell, D. E.:* J. Clin. Pathol. 1978, 31, 507.

## Új típusú — endocardialisan becsavarható — pacemaker elektródával szerzett tapasztalataink

Rényi-Vámos Ferenc dr., Honti József dr.,  
Papp Lajos dr. és Szabó Zoltán dr.

Az intracardialis elektródás pacemaker-beültetések (pmi) leggyakoribb szövődménye az elektróda-dislocatio. Gyakorisága a különböző irodalmi adatok szerint 4—15%. A korai (műtét után 10 napon belüli) és késői (műtét után 10 napon túli) elektródaakmozdulások aránya kb. 2 : 1—3 : 1 (1, 4, 7). Az elektródaakmozdulások gyakoriságát számtalan tényező befolyásolja, melyek közül igen fontos szerepe van a tricuspidalis billentyű állapotának, a jobb kamra belfelületének és nagyságának stb. A vékony papillaris izomzatú, kitágult jobb kamrában — különösen, ha a tricuspidalis billentyűk záróképtelenek — az elektróda nehezen rögzíthető és fokozottabb a dislocatio veszélye.

E szövődmény csökkentése céljából fejlesztették ki a különböző pm. gyártó cégek az ún. endocardialisan fixálható, „becsavarható” elektródát.

Intézetünkben 10 betegnek ültettük be a Medtronic gyár 6954 típusú endocardialis, csavaros elektródáját. Mindegyik betegünkönél a korábban beültetett endocardialis elektróda dislocatióját észleltük. Állatkísérleteinkben azt vizsgáltuk, hogy az endo-, ill. myocardiumba becsavarható elektródák milyen mértékben károsítják a környezeti szöveteket és hogy az elektródák környékén kialakuló szöveti reactio minőségileg különbözik-e a hagyományos elektródák körül észlelt elváltozásoktól.

Közleményünkben ezen új típusú elektródával szerzett kísérleti és klinikai tapasztalatainkról számolunk be.

### Módszer és beteganyag

Kísérleteinket 8—12 kg-os, mindkét nembeli kócskutyákön végeztük. Venoborítaltatásban, intratrachealis lélegeztetés mellett, steril körülmények között a jobb oldali V. bordaközben történt thoracotomia után a v. azygoson keresztül vezettük be a jobb kamrába a Medtronic 6954 endocardialis csavaros elektródákat. Miután ujjal meggyőződünk arról, hogy az elektróda a jobb kamra csúcsi részén helyezkedik el, az óra járásával megegyező 2,5 fordulattal az elektróda dugóhúzóra emlékeztető végét a myocardiumba csavartuk. Az elektróda külső végét a mellkasban a pleura két lemeze közé fektetve szabadon hagytuk. Az elektróda-

vég környékéről vett myocardium részletek szövettani vizsgálatait a műtétet követő 10. perc, ill. 28. nap közötti időszakban végeztük. Az elektróдавég környezetéből nyert kutyaszívizom-darabokat formalinban rögzítettük, a rutin eljárásnak megfelelően paraffinba ágyasztuk és a metszeteket festettük: haematoxin—eozin és Mallory-festéssel. 10—68,3 év átlagéletkorú (4 nő, 6 férfi) betegnek ültettük be a Medtronic endocardialisan fixálható elektródát. Négy esetben hagyományos típusú endocardialis elektróda, egyszeri (átlagosan 2,5 nappal az első beültetés után), 3 esetben pedig ismételt korai (átlagosan 1,3; ill. 2,1 nappal az első, ill. második beültetés után) elektróda-dislocatiója képezte az indícitót. További 3 betegünk esetében a hagyományos típusú elektróda átlagosan 2,7 nappal az első implantatio után (korai dislocatio), ill. 15,5 nappal az elektródaigazítás után (késői dislocatio) mozdult ki a jobb kamrából. A becsavarható endocardialis elektróda bevezetése 7 esetben a v. jug. externán, 3 esetben a v. cephalicán keresztül történt. Minden esetben röntgen képerősítő segítségével győződünk meg arról, hogy az elektróda a jobb kamra csúcsi részében helyezkedik el. Elektromos ingerküszöb mérést végeztünk a becsavarás előtt, ill. után. Az elektróda külső végét 8 esetben bipolaris, 2 esetben unipolaris, demand típusú készülékkel kapcsoltuk össze. A csavaros elektróda beültetés utáni megfigyelési idő átlagosan 9,1 hónap/beteg volt (14—3 hónap).

### Eredmények

Fénymikroszkópos vizsgálattal az elektróдавég környezetében a szívizomrostok destructióját, vérzéseket, savó- és fibrinkiválást, továbbá lebenyes magvú leukocytás beszűrődést figyeltünk meg. Az első órákban a vérzés és fibrinkiválódás dominált, kevés lobsejt volt látható. 3—4 napos esetekből származó anyagban volt a legkifejezettebb a lebenyes magvú leukocytás beszűrődés. Később, egy hét—10 nap után a heveny gyulladás sejtes elemei megkevesbedtek és főként lymphocytás, plasmasejtes, fibroblasztos beszűrődés uralta a szöveti képet, kezdődő kötőszövetes átalakulás, ill. sarjszövetképződés jelei voltak megfigyelhetők 0,1—0,3 mm-es rétegben.

Ezen újabb típusú elektróda emberbe történő beültetése során a myocardium elektromos ingerküszöbének alábbi értékeit mértük: becsavarás előtt  $0,45 \pm 1,8$  mA; becsavarás után  $0,62 \pm 2,0$  mA. A beültetés után egy esetben észleltünk dislocatiót (a jobb kamra kiáramlási pályába mozdult ki az elektróдавég) a műtét utáni 2. napon.

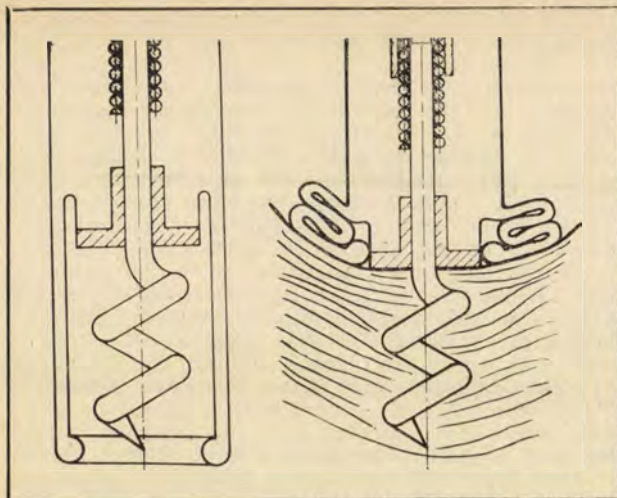
Egy betegünkönél az elektróda nem rögzült megfelelően a myocardiumba, az elektróдавég néhány milliméteres szabad mozgása volt megfigyelhető 3. nappal a műtét után — hatástalan pacemaker-impulzusok mellett.

Mindkét esetben subxyphoidealis behatolásból myocardialis elektróda-beültetés útján biztosítottuk továbbiakban a szív tartós elektromos ingerlését.

### Megbeszélés

A művi ingerképző alkalmazása több mint 25 éves múltra tekint vissza. Kezdetben myo-epicardialis elektródákat használtak és csak 1963 után kezdtek alkalmazni szélesebb körben különböző típusú endocardialis elektródákat (11).

Jelenleg a világon kb. 95%-ban endocardialis elektródát használnak, annak ellenére, hogy a pacemakerimplantatiók leggyakoribb szövődménye je-



Endocardialisan fixálható elektróda becsavarás előtt és után (sematikus rajz).

lenleg is az elektróda dislocatiója. E látszólagos paradoxon magyarázata abban rejlik, hogy az általában idős betegek (átlagéletkor 66—75 év között) műtéli teherbírása kicsiny és az endocardialis elektródás pmi lényegesen kevésbé megterhelő beavatkozás mint bármely típusú myo-epicardialis elektróda implantatiója.

Az elektróda-kimozdulások gyakoriságát több tényező befolyásolja:

1. A beültetést végző orvos gyakorlata. Ha pacemakerimplantációban tapasztalt orvos végzi az elektródabeültetést, a dislocatio előfordulási gyakorisága kisebb (3).
2. Az elektróda kábel minősége. Merevebb elektróda használatkor a dislocatio gyakorisága nagyobb (3).
3. A beültetéskor mért endo-myocardialis elektromos ingerküszöb nagysága egyenes arányban van a későbbi dislocatio valószínűségével (6).
4. A jobb szívfél dilatatiója, a tricuspidalis billentyű elégtelensége jelentős mértékben növeli a kimozdulás lehetőségét (3, 11).

A dislocatiók gyakoriságának csökkentése érdekében a pm gyárok újabb és újabb típusú elektródákkal kísérleteznek.

Az elektróda végek kúp alakú kiképzése nem hozott látványos előrelépést a probléma megoldásában. Az elektróda papillaris izomzat közé fixálódásának biztonságát szolgálják az újabb, felfújható ballonos típusok.

Az utóbbi időben az endocardiumba rögzíthető elektródák alábbi típusai kezdenek elterjedni:

1. Az elektróda végből kitolható, ill. visszahúzható fém-, ill. műanyag tűskék segítségével fixálható elektródák.
2. Az elektróda a végén levő dugóhúzó jellegű fémdrót segítségével becsavarható az endocardiumba.

Az irodalmi adatok szerint ezen elektródák használatkor a dislocatio gyakorisága a legacsonyabb. Mindkét típusnál megoldatlan az elektródák késői eltávolíthatóságának (elektródatörés, infectio miatt) lehetősége. Magunk ilyen tapasza-

lattal nem rendelkezünk. Megkívánjuk jegyezni azonban, hogy az első 1000, pmi-ben részesült betegünk közül azoknál, akiknél endocardialisan nem fixálható elektródát alkalmaztunk és akiknél elektródacserét kellett végeznünk, az esetek 23%-ában az elektródát az azt körbevevő fibroticus hüvely miatt nem tudtuk eltávolítani. A szövettani vizsgálat eredményeit más szerzők korábbi elektródatípusokkal szerzett tapasztalataival hasonlítottuk össze (2, 8, 9, 10). Mivel a régebbi saját és irodalmi tapasztalatok azt igazolták, hogy az elektróda körüli szöveti reakciót csakis a myocardium mechanikus irritatiója és nem annak elektromos ingerlése okozza, kísérleteinkben elektromos stimulációt nem végeztünk.

Az észlelt szöveti elváltozások alig különböztek, ill. voltak súlyosabbak azon szöveti reakcióknál, amelyeket a hagyományos (nem csavaros) elektróda vég környezetében figyeltünk meg.

Eredményeinket a műtét utáni elektróda-dislocatiók gyakoriságát figyelembe véve jónak értékeljük.

A 14 kutyába beültetett elektróda közül egyetlen kimozdulást sem észleltünk. Ebben természetesen az is szerepet játszott, hogy egyrészt egészséges kutyaszívbe vezetünk be elektródát, másrészt, hogy az elektródák jobb kamrai posztíójáról tapintás segítségével is meggyőződhattünk, és ez a módszer biztosabb ellenőrzést jelentett, mint a röntgen képerősítő.

Tíz betegnek korábbi más típusú endocardialis elektródák kimozdulása után 10 endocardiumba becsavarható elektródát ültettünk be. 2 esetben az elektróda — 2, ill. 3 nappal a beültetés után — kimozdult.

Amennyiben figyelembe vesszük azt, hogy mind a 10 beteg esetében a más típusú elektródák 100%-os dislocatiós gyakoriságot mutattak, a 8 db tartós pacemaker terapiát biztosító endocardialisan becsavart elektróda előnyös tulajdonsága feltétlenül pozitívan értékelendő.

Saját csekély esetszámunk nem tesz lehetővé egzakt értékelést, mégis egybevág más szerzők hasonló típusú 135 endocardialis, csavaros elektróda implantatiója során szerzett tapasztalataival, melyek 5%-os kimozdulási gyakoriságot mutattak (5, 13, 12).

Összehasonlítva ezen számadatokat azon széles körű irodalmi adatokkal, hogy az intracardialis elektródák dislocatiója kb. 10%; úgy gondoljuk, hogy az endocardialisan rögzíthető elektródák jelentős előrelépést jelentettek a pm alkalmazása területén. Használatuk nem jelent nagyobb nehézséget a beültetést végző orvos számára. Az átlagos beültetési ideje (9,5 perc) nem haladja meg lényegesen a hagyományos típusokét (8,1 perc) (5).

Az elektródák késői eltávolításának lehetőségei ma még nem tisztázottak, a jobb kamra perforációjának gyakorisága nem növekedett.

Saját és irodalmi tapasztalatok alapján megállapíthatjuk, hogy az endocardiumba csavarható új típusú elektródák alkalmazásával az elektróda-dislocatio mint a pmi leggyakoribb szövődménye lényegesen csökkenthető.



CHINOIN  
BUDAPEST



# PROBON®

draszé

## ANALGETICUM

A Probon új típusú fájdalomcsillapító. Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzéscsökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Terápiás adagban nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

### ÖSSZETÉTEL

Draszéenként 300 mg rimazolium methylsulfuricum (1,6-dimethyl-3-carbaethoxy-4-oxo-6, 7, 8, 9-tetrahydro-homopyrimidazolium methylsulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése. Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítására görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt hatása miatt különösen javallt idősebb betegek fájdalmainak csillapítására. Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

### ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 draszé, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 draszéig emelhető.

### MELLÉKHATÁSOK

Ritkábban enyhe hányinger, szédülés, kábultság és a terápiás adagot meghaladó dózis esetén fejfájás előfordulhat.

### FIGYELMEZTETÉS

A Probon fokozza mind a centrális depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor – egyéni megítélés alapján az adagok csökkentése ajánlatos.

### MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

### CSOMAGOLÁS

10 db à 0,3 draszé

Térités: 3,90 Ft

CHINOIN  
BUDAPEST



# LIBEXIN<sup>®</sup> COMBINATUM

tabletta

## ANTITUSSIVUM

### ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 200 mg 3-( $\beta,\beta$ -Diphenylaethyl)-5-( $\beta$ -piperidinoethyl)-1,2,4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK

Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

### ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

### ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-4-szer 1 tablettát, étkezés után.

### MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, esetleg hányinger szórványosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

### FIGYELMEZTETÉS

A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

### CSOMAGOLÁS

20 db tablettát

Térités: 3,90 Ft

### MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

**Összefoglalás.** Az intracardialis elektródás pacemaker therapia leggyakoribb szövödménye az elektróda-dislocatio. A pacemaker-gyártó cégek — az elmúlt néhány évben — különböző típusú, endocardialisan actívan fixálható elektródafajtát hoztak forgalomba. A szerzők a Medtronic-cég által gyártott, endocardialisan becsavarható elektródát próbálták ki a klinikai gyakorlatban és végeztek állatkísérleteket az elektróдавég körüli szöveti reactio nagyságának vizsgálata céljából. Megállapították, hogy az új típusú elektróda kimozdulási gyakorisága alacsonyabb mint a hagyományosaké, ill. a szöveti reactio alig jelentősebb mint a korábbi típusoknál azt tapasztalták.

**IRODALOM:** 1. Conklin, E., Stanley, G., Nealon, T.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1975, 69, 1. — 2. Fishbein, M. C. és mtsai: Amer. Heart J. 1977, 93, 73. — 3. Furman, S., Fischer, J.: Amer. Heart J. 1977, 94, 250. — 4. Imparato, A. M., Kim, E. G.: Arch. Surg. 1972, 105, 705. — 5. Meier, W., Babotai, I., Senning, A.: Long term experience with an endocardial screw-in

electrode. To pace or not to pace. M. Nijhoff. The Hague—Boston—London, 1979. pp. 191. — 6. Rényi-Vámos F.: Pacemaker implantatio szövödményei. Díjnyertes pályázat. Magyar Kardiológusok Társasága tudományos ülés. Balatonfüred, 1976. — 7. Rényi-Vámos F. és mtsai: Cardiol. Hung. 1976, 5, 1. — 8. Szabó Zoltán: Kandidátusi értekezés. Budapest, 1968. — 9. Szabó Z., Solti F.: The significance of the tissue reaction around the electrode on the late myocardial threshold. Advances in pacemaker technology. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. pp. 273. — 10. Thalen, Th. és mtsai: The Artificial cardiac pacemaker. Ch. C. Thomas Publ. Assen, 1970. pp. 161. — 11. Thalen, Th.: Pacemaker electrodes: past, present and future. Proceedings of the pacemaker colloquium. Arnhem. Vitatron Med. 1975. pp. 39. — 12. Timis, G., Gordon, S., Helland, J.: Enhanced electrode stability: the endocardial screw. Cardiac pacing. Proceedings of the 5th International Symposium. Tokyo. March. Excerpta Medica, Amsterdam—Oxford, 1977. pp. 516. — 13. Togawa, T. és mtsai: Experimental and clinical evaluation of a screw-in electrode. Cardiac pacing. Proceedings of 5th International Symposium. Tokyo. March. Excerpta Medica, Amsterdam—Oxford. 1977. pp. 527.

# LYCURIM<sup>®</sup> injekció

## ÖSSZETÉTEL

1 üveg 30 mg liofilizált ritrosulphan.-ot tartalmaz; 1 oldószerampulla 5 ml natr. chlor. inj. 0,9%-ot tartalmaz.

## JAVALLATOK

Hodgkin-kór, non-Hodgkin-lymphomák, autoimmun betegségek.

## ELLENJAVALLATOK

Csontvelő-, vese-, májelégtelenség.

## ADAGOLÁS

Az üveg hatóanyagát az oldószerampulla tartalmával kell feloldani. Az injekciót mindenkor lassan, intravénásan kell alkalmazni! Ha a vénák rosszak, a Lycurim-oldatot — necrosis megelőzésére — nagyobb hígításban ajánlatos adni.

Felnőtteknek: átlagos napi adag 30 mg vagy napi 0,6 mg/kg.

Immunológiai kórképekben: immunszuppresszív kezelésre naponta 30–60 mg intravénásan.

Az alkalmazás átlagos időtartama 10 nap. Egy-egy kúra során az összadag a 600 mg-ot nem haladhatja meg.

Gyermekeknek: 1 m<sup>2</sup> testfelszínre naponta, másodnaponta 30 mg adható intravénásan. Egy-egy kúra során adagolt összadózis 1 m<sup>2</sup> testfelszínre számítva a 300 mg-ot nem haladhatja meg.

Az első Lycurim-kúrát célszerű kórházban végezni a fvs.- és a thrombocyta-szám 3–4 naponkénti ellenőrzésével. A következő kúra 3 hét szünet után kezdhető el, ha az első kúra hatásos volt.

Kombinációs terápia: májrákban Vincristinnel kombinálható.

## MELLEKHATÁSOK

Átmeneti thrombopenia, leukopenia, amely steroid adására vagy a készítmény kihagyására rendeződik. Ritkán gastrointestinalis panaszok (émelygés, hányás).

## FIGYELMEZTETÉS

Az újabb kúra elkezdése előtt és a kezelés során a fehérvérsejt- és thrombocyta-szám ellenőrzése szükséges. Ha a kezelés folyamán a fvs.-szám 3500 alá, a thrombocyta-szám 70 000 alá csökken, a kezelést fel kell függeszteni! Ha a fvs.-szám 4000, de a thrombocyta-szám 80 000-re csökken, a napi adagot úgy kell lecsökkenteni, hogy az 30 mg-nál több nem lehet!

## MEGJEGYZÉS

\* \* Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozó-intézeti) felhasználásra van forgalomban.

## CSOMAGOLÁS

10 poramp. + 10 oldószeramp. térítési díja: 17,60 Ft

**Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.**



1379

# NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

**HATÁS:** A Naprosyn tablettá gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis-mellékvese humorális regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókhöz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

**JAVALLATOK:** Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, peri-arthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

**ELLENJAVALLATOK:** Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalkorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

**ADAGOLÁS:** Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi  $2 \times 250$  mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tablettá is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tablettá reggel, 1 tablettá este, illetve 1 tablettá reggel és 2 tablettá este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan-csak naponta kétszer kell beadni.

**MELLÉKHATÁSOK:** Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrküütés, thrombocytopenia.

## GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

### Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

### Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

**FIGYELMEZTETÉS:** Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a beteg gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

**MEGJEGYZÉS:** ✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

**CSOMAGOLÁS:** 30 db tablettá 22,- Ft.

**FORGALOMBA HOZZA:** Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

## ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI





Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelő Intézet,  
Csecsemő és Gyermeosztály  
(főorvos: Korányi György dr.),  
Fővárosi Közegészségügyi és Járványügyi Állomás,  
Kórházhigiénés Osztály  
(osztályvezető: Kormos Emilia dr.),  
Országos Közegészségügyi Intézet,  
Bakteriológiai Osztály  
(osztályvezető: Szita József dr.)

## A *Streptococcus agalactiae* (B csoport) törzsek előfordulása szülőnőkben és újszülöttjeikben

### A fertőzések klinikai vonatkozásai

Korányi György dr., Békésy Zsuzsa dr.,  
Szita József dr. és Herendi Agnes dr.

Az első bakteriológiai vizsgálatokkal alátámasztott B csoportba tartozó *Streptococcus agalactiae* (továbbiakban Bstr) miatt elhalt újszülött esetét 40 évvel ezelőtt *Brown* (1) közölte. A bakteriológiai irodalomban a Bstr *Streptococcus agalactiae* néven szerepel. A Bstr okozta újszülöttkori meningitisek eseteit 20 évvel ezelőtt *Nyhan* és *Fousek* (2) közölték. Az elmúlt 15 évben kitűnt, hogy ez a kórokozó eleinte elsősorban az Egyesült Államokban okozott nagy gyakorisággal újszülöttkori sepszist és meningitist (3, 4), ahol az egyes osztályokon az összes bakteriális fertőzések miatt elhaltak 50%-ában ezt a kórokozót lehetett kimutatni. A 70-es években Európa több országában is leírtak súlyos Bstr okozta újszülöttkori fertőzéseket (5, 6, 7). A kérdéssel foglalkozó irodalom ma már óriási, sok száz klinikai és bakteriológiai, epidemiológiai, radiológiai és terápiás közlemény foglalkozik a Bstr okozta fertőzések kérdéseivel.

Annál meglepőbb, hogy hazánkban mindössze 1 közlemény jelent meg *Paos* és *mtsai* (8) tollából, akik egy újszülött Bstr okozta meningitist közölték. Ez a kazuisztika azonban nem érinti a hordozásra vonatkozó hazai adatokat és a klinikai megnyilvánulás jellemzőit is csak igen röviden érinti. Tudásunk van viszont arról, hogy a Dunántúlon több kórházban észleltek Bstr eseteket és vannak adatok a hordozásra vonatkozóan is. A szomszédos

államok területéről, elsősorban Csehszlovákiából, több közlés ismeretes (9, 10, 11).

Vizsgálatainkat azzal a céllal végeztük, hogy adatokat kapjunk a Bstr hordozás hazai arányára vonatkozóan. Ennek érdekében a főváros két szülészeti osztályán az anyák hüvelyváladékát, az újszülött- és pathológiás újszülöttosztályon az újszülöttek orr-, hallójárat- és torokváladékát vizsgáltuk Bstr hordozás szempontjából, mivel a Bstr leggyakrabban a női genitális traktusból és az újszülöttek felső légútjaiból tenyésztethetők. Mielőtt azonban saját vizsgálatainkat ismertetnénk, röviden foglalkozunk a Bstr előfordulás gyakoriságával és az újszülöttekben megfigyelhető klinikai körképekkel.

Az anyai hordozás gyakoriságát illetően az irodalomban nagyok az eltérések 2,3%-tól 29%-ig (5, 12). Érdekes *Finch* és *mtsai* (7) vizsgálata, akik Londonban azt találták, hogy a Bstr hordozás gyakorisága 250 nemi betegben vizsgálva 36% volt. Ezzel szemben 123 terhességi tanácsadáson megjelent nőben és 110 szülő nőben 17,1%, ill. 6,4%-ban mutatták ki a kórokozót. A hüvelyi fluorral vagy antikoncepciensek szedésével nem volt összefüggés.

Az újszülöttek kolonizációja Aberdeenben 1,9 százalék volt (28), ugyanakkor az Egyesült Államokból *Baker* és *Barret* (13) 26,2%-os Bstr gyakoriságot közöltek. *Paredes* és *mtsai* (12) megállapították, hogy az anyák kolonizációja a felvétel és elbocsátás időpontjában lényegében nem változott 27,7, ill. 31,1% volt. Ezzel szemben az újszülöttek kolonizációja ugrásszerűen emelkedett a születés, ill. elbocsátás előtti vizsgálatot tekintve 22,5%-ról 64,4%-ra! Azon anyák, akik Bstr-t hordozták, 6,5 százalékban szültek olyan csecsemőt, akik szintén hordozták a kórokozót. Vizsgáltak még 43 kórházi dolgozót. Ezeknek majdnem felében találtak Bstr kolonizációt, többnyire a hüvelyben, de csak egyszer a kézen. Ezek a megdöbbentően magas számok az irodalmi adatok szerint a legmagasabbak. Kétségtelenül megállapítható, hogy a csecsemők kolonizációjának két fontos eredete van. A kórokozó származhat az anya genitális traktusából és az újszülöttek fertőződhetnek egymástól.

A gyakori baktériumhordozás ellenére a Bstr megbetegedések előfordulása aránylag nem gyakori, de veszélyes. *Eickhoff* (4) az Egyesült Államokban 2%, *Finch* és *mtsai* (7) Angliában 1,1%, *Lloyd* és *Reid* (5) Skóciában 2,7% arányú morbiditást észleltek. *Bergquist* (6) Svédországban ezzel szemben a megbetegedés arányát 0,4%-nek találta. A megbetegedettek mortalitása azonban igen magas és ezért nagy a Bstr kérdés jelentősége.

A legújabb irodalmi adatok alapján a Bstr újszülöttekben két jól elkülöníthető klinikai tünetegyüttest okozhat (27):

1. *Korai septicaemiás forma.* A tünetek már az első napon jelentkeznek. Apnoe, shock ebben a formában igen gyakoriak. Ezek a tünetek ugyan minden újszülöttkori septicaemiában előfordulhatnak, de Bstr fertőzésben a korai kezdet jellemző. A klinikai tünetek nagyon hasonlítanak az IRDS-hez (idiopathikus respiratory distress syndrome). A radiológiai tünetek alapján pedig alig különíthető el a két körkép (14, 15). Jellemző azonban az, hogy a Bstr fertőzés esetén gépi lélegeztetéskor

2. táblázat **B csoportba tartozó Streptococcus kimutatására irányuló vizsgálatok eredményei újszülöttek váladékainál**

Megnevezés	Az újszülöttek kora	Minta-szám	Alkalmazott módszer			
			I.		II.	
			pozitív	negatív	pozitív	negatív
orrváladék	0—24 óras 4—5 napos	415 405	— —	415 405	1 —	414 405
torokváladék	0—24 óras 4—5 napos	313 241	— —	313 241	∅ ∅	∅ ∅
fülváladék	0—24 óras 4—5 napos	312 240	— —	312 240	∅ ∅	∅ ∅

alacsonyabb csúcsnyomásra van szükség ahhoz, hogy az  $O_2$ -tensiót 50% felett lehessen tartani. A gyorsan fokozódó állapotromlás már az első 24 órában halálhoz vezethet. A halálozás igen magas, 40—50%-ot is elérheti (5, 18). A Bstr fertőzés kórbonctanára jellemző tüdő szövettani kép: kimutathatók a coccusok, csak elszórtan van kevés alveolaris hyalin és minimális az atelectasia. Igen gyakori a társuló meningitis. A kórokozót számos helyről ki lehetett tenyészteni: vérből, köldökről, bőrről stb. A fertőzésnek ezt a formáját többnyire a B I. serotípushoz tartozó kórokozók okozzák, melyek az anyában és újszülöttben azonosak. A Bstr fertőzésnek ez a formája összefüggésben van az intrauterin fertőzésekkel általában hajlamosító korai burokrepedéssel, koraszüléssel.

2. A Bstr fertőzések másik formája az ún. „késői” forma, 7—10 napos korban kezdődik, majdnem mindig meningitissel. A lefolyás nem olyan gyors mint a korai septicaemiás formában. A halálozás is lényegesen alacsonyabb, 14%. Gyógyulás után elhúzódó neurológiai tünetekkel és következményekkel kell számolni (17). Leírtak otitist, arthritist és osteomyelitist is (18). Intrauterin fertőzés esetén súlyos, epidermolysis bullosához hasonló kórképet is észleltek (19). A késői formában a Bstr III. serotípusába tartozó kórokozókat mutattak ki (20).

A laboratóriumi adatok általában nem típusosak. Leukocytosis és leukopenia egyaránt előfordulnak. A thrombocytopenia, mely újszülöttkori fertőzésekben igen gyakori, ez esetben nem szabályszerű.

A Bstr megbetegedések kezelése a penicillin igen hatásos, bár lassabban öli meg a kórokozót mint az A típusba tartozó streptococcusokat. A penicillint ezért legalább 10—14 napig kell adni napi 250 000—1 000 000 E/kg. Egyesek Ampicillint és Gentamycint is adták.

McCracken és mtsai (21), továbbá Franciosi és mtsai (20) javasolták a terhes nők profilaktikus penicillin kezelését. Legutóbb pedig Steigman (22) a 2500 g súly alatti újszülöttek korai megelőző kezelését javasolta. Bizonyította is, hogy 983 ilyen újszülött közül, akik penicillint kaptak, nem fordult elő halálozás. Ezzel szemben megállapította, hogy az előző évben 1208 kis súlyú újszülött közül 10 halott volt, amikor még nem kaptak penicillint. Más szerzők mindezek ellenére nem tartják indokoltnak a profilaktikus kezelést, mert az antibiotikum-resistens törzsek létrehozása az ezekkel tör-

tendő felülfertőzés és az allergiás sensitisatio ugyan-csak veszélyt jelentenek. Különösen nem indokolt a megelőző kezelés Magyarországon a Bstr fertőzés ez idő szerinti kis száma miatt.

Osztályunkon az elmúlt 2 év alatt egyetlen Bstr kolonizáció fordult elő. Ez a beteg a 37. gestációs héten, 1750 g-mal született fiúsecsemő volt, aki agyvérzés és másodlagos tüdőgyulladás miatt halt meg. A boncoláskor vett tüdőszövetből Pseudomonas aeruginosa tenyészett. Rutinszerűen vizsgált első torok- és fülváladékából Bstr tenyészett. Tekintve, hogy a beteg már az első naptól kezdve Ampicillint kapott, nem volt eldönthető, hogy a beteg Bstr hordozó volt-e vagy a Bstr fertőzés a kezelés hatására meggyógyult?

#### Vizsgálati anyagok és módszerek

Vizsgált személyek: két fővárosi szülészeti osztályon a Péterfy Sándor utcai Kórház és a János Kórház II. szülészeti osztályán 1977. IV. 20-tól X. 12-ig végeztük. Összesen 415 anyag—újszülött párt vizsgáltunk. Mintát vettünk az újszülöttek orr-, torokváladékából és a külső hallójáratból, továbbá az anyák hüvelyéből.

A vizsgálat két időpontban történt, mégpedig az újszülöttek esetében az első és negyedik, ötödik életnapon, az anyákból közvetlenül a szülés előtt és a szülés után a 4., 5. napon történt leoltás. Az újszülöttek torok- és fülváladékát csak kezdetben, mindössze 312 újszülöttben vizsgáltuk. A második váladékvételt újszülöttekben nem tudtuk minden alkalommal elvégezni. A másikon viszont a szülés előtti mintavételt nem sikerült minden személyen keresztülvinni.

A mintavételhez steril vattatampont kb. 3—4 cm mélyen vezettük fel és a hüvely falát enyhén ledörzsöltük. Az orr- és hüvelyváladék vételéhez 2—2 tampont alkalmaztunk, mert ezen anyagok feldolgozása két módszer szerint történt.

#### Bakteriológiai módszerek

Az I. módszernél a tamponokat — ha a mintavétel és feldolgozás között eltelt idő:

- a 4 órát nem haladta meg, közvetlenül
- a 8 órát nem haladta meg, 2 órás előtenyésztés után
- a 8 órát meghaladta 4 órás előtenyésztés után véres agar táptalajra szélesztettük. Az előtenyésztéshez Todd—Hewitt-bouillont alkalmaztunk (23). Ezenkívül a váladékot Todd—Hewitt-bouillonba 18—20 óráig 37 °C-on inkubáltuk és véres agar táptalajra oltottuk (5% marhavért tartalmazó lemez agar).

A II. módszernél Baker (23) közleménye alapján a Bstr izolálására a legjobb hatékonyságúnak talált eljárást alkalmaztuk. Ennek lényege, hogy az előtenyésztés szelektív bouillonban történik. Módszerünkönél a Todd—Hewitt-bouillont alkalmaztuk 8 µg/ml Gentamicinszulfát és 15 µg/ml Nalidixin sav, valamint 5%

1. táblázat **B csoportba tartozó Streptococcus kimutatására irányuló vizsgálatok szülőanyák hüvelyváladékánál**

Minta-vétel ideje	Minta-szám	Alkalmazott módszer			
		I.		II.	
		pozitív	negatív	pozitív	negatív
szülés előtt	62	—	62	—	62
szülés utáni 4—5. napon	415	1	414	2	413

defibrinált marhavér kiegészítéssel. A váladékokat 18—20 óráig ebben a táptalajban tenyésztettük 37 °C-on, majd véres agar táptalajra szélesztettük. Mindkét módszerrel a véres agaron növekedő béta-haemolysist mutató streptococcus telepeket azonosítottuk. A kitenyészített törzsek serológiai csoportosítását illetően utalunk korábbi közleményeinkben leírt módszereinkre (24, 25, 26).

#### Eredmények

Az újszülöttekből származó váladékok tenyésztési eredményeit mutatja az 1. táblázat. Az első életnapon vett 415 orrváladékból mindössze 1 esetben tenyészett ki Bstr, a 4—5. napon korban vett orrváladékok negatívak voltak (405 minta). A torok- és fülváladékokból Bstr-t nem tudtunk izolálni.

Az anyák hüvelyváladékainak tenyésztési eredményeit a 2. táblázat összegezi. A közvetlenül szülés előtt vett hüvelyváladékból Bstr nem volt kimutatható. Szülés után 4—5. napon vett 415 hüvelyváladék közül 2 bizonyult Bstr pozitívnak.

Mind az újszülött orrváladékok, mind az anyai hüvelyváladékok tenyésztési eredménye között különbség mutatkozott a feldolgozási módszerek szerint. Az I. módszerrel az újszülöttek orrváladékából egyáltalán nem sikerült Bstr-t kitenyészteni. Az anyai hüvelyváladékok esetében pedig az I. módszerrel 1. a II. módszerrel 2 alkalommal mutatkozott pozitívitás.

#### Megbeszélés

Vizsgálataink célja az volt, hogy a főváros két egymástól távol fekvő kórházában sorozatos bakteriológiai tenyésztéssel felmérjük a Bstr előfordulási gyakoriságát, a szülő nők hüvelyváladékából és újszülöttjeik váladékaiban. A bakteriológiai tenyésztéskor alkalmazott módszerek közül az I. eljárás minden serocsoportú streptococcus kimutatására alkalmas volt, mivel semmiféle gátló anyagot nem tartalmazott. A II. módszerrel alkalmazott selectiv hatást biztosító Nalidixin sav és Gentamicin-szulfát a Bstr törzsek növekedését — a kísérő flóra gátlásával — segítette elő. A két módszer közül a Bstr kimutatására a II. eljárás bizonyult hatékonyabbnak.

Tenyésztési eredményeink azt mutatták, hogy a vizsgálat időszakában a Bstr újszülöttek orrváladékában rendkívül ritkán, mindössze 0,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban fordult elő az első életnapon. Egyáltalán nem volt kimutatható 4—5. napon korban. Az egészséges szülő nők hüvelyéből csak a szülés utáni 4—5. napon volt kitenyészthető Bstr 0,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban. A pozitív újszülött anyjának hüvelyváladéka negatív volt, és az újszülött fertőzésre utaló tüneteket nem mutatott.

Megemlítjük, hogy az anyák hüvelyváladékából egyéb béta-haemolizáló streptococcus 7,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban volt kimutatható, mégpedig C csoportba tartozó 2,9, G csoportú 4,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban tenyészett.

Eredményeink azt mutatják, hogy vizsgálatunk időszakában a két fővárosi szülészeti osztályon nem volt elterjedve a Bstr. Ezen eredményeink tehát nincsenek összhangban más, elsősorban angolszász szerzők adataival, akik mint a bevezetőben említettük, lényegesen nagyobb gyakoriságú Bstr kolonizáltságot állapítottak meg. Meggyőződésünk azonban, hogy a Bstr okozta újszülöttkori kórképekkel a jövőben Magyarországon gyakrabban fogunk találkozni. Célunk az volt, hogy egyrészt felhívjuk a figyelmet a Bstr megbetegedések

újszülöttkori formáira, másrészt ismertetni kívántuk a Bstr fertőzések fontosabb megjelenési formáit, hogy ezzel is megkönnyítsük felismerésüket. Másik célunk az volt, hogy adatokat kapjunk a Bstr hordozás elterjedtségéről.

A fővárosban egymástól távol fekvő két kórház, amelyekben a vizsgálatok történtek, több körületre kiterjedő betegfelvételi rendszerével megközelítően reprezentálja a fővárosi helyzetet. (Munkánk technikai okokból került 2 évi várakozás után közlésre.) Véleményünk szerint azonban további felmérésekre van szükség a Bstr hazai elterjedésének pontosabb megismerésére.

#### Következtetések

1. Megállapítható, hogy Budapesten a Bstr hordozás 1977-ben igen csekély mértékű volt.

2. 9 Bstr okozta újszülöttkori megbetegedések száma is csekély, de bizonyára vannak még nem közölt vagy nem kórismézett adatok.

3. A Bstr hordozás és megbetegedések korai felismerése és a járványos terjedés meggátálása csak rendszeres bakteriológiai szűrővizsgálatokkal lehetséges.

4. Korai burokrepedés, bűzös, gennyes vagy fertőzésre gyanús magzatvíz esetén a bakteriológiai vizsgálatokat Bstr-re vonatkozóan anyában és újszülöttben el kell végezni.

5. Az újszülöttkori Bstr fertőzés gyanúja esetén azonnali célzott bakteriológiai vizsgálat elvégzése és napi 250 000—1 000 000 IE kristályos penicillin adása javasolt.

6. Kettő vagy több eset előfordulása esetén azonnali elkülönítés és járványügyi intézkedések szükségesegek (27).

7. Az egészséges hordozók profilaktikus kezelése nem indokolt.

8. A fertőzés terjedésének pontos nyomon követését elősegíti a B csoportba tartozó törzsek típusmeghatározása, ennek végrehajtása a laboratóriumok fontos feladata.

*Köszönetnyilvánítás.* Ezúton mondunk köszönetet a fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályának (osztályvezető főorvos: Forgács József dr.) és a fővárosi János Kórház II. szülészeti osztályának (mb. főorvos: Újvári Elemér dr.) a vizsgálatokban nyújtott segítségükért.

*Összefoglalás.* Szerzők ismertetik a B csoportba tartozó haemolizáló streptococcus kolonizáció és fertőzések előfordulásának gyakoriságát. Tárgyalják a kórokozó által okozott újszülöttkori fertőzések korai septicaemiás és késői meningitises forma klinikai tüneteit, diagnosztikáját és kezelését. Közlik 415 anya—újszülött pár célzott bakteriológiai vizsgálatának eredményeit. Az 1977. évben végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy Budapesten a B csoportba tartozó haemolizáló streptococcus hordozás és megbetegedés rendkívül ritka volt. E baktérium kolonizációra vonatkozó első hazai vizsgálatok kapcsán megállapítják, hogy csak rendszeres bakteriológiai vizsgálatok segíthetnek a B csoportba tartozó haemolizáló streptococcus fertőzések megelőzésében és gyógyításában.

IRODALOM: 1. Brown, J. H.: J. Bacteriology. 1939, 37, 133. — 2. Nyhan, W. L., Fousek, M. D.: Pediatrics. 1958, 22, 268. — 3. Hood, M. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol. 1961, 82, 809. — 4. Eickhoff, T. C. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1964, 271, 1221. — 5. Lloyd, D. J., Reid, T. M. S.: Acta Paed. Scand. 1976, 65, 585. — 6. Bergquist, G.: Scand. J. Infect. Dis. 1974, 6, 29. — 7. Finch, R. G. és mtsai: Brit. Med. J. 1976, 1, 1254. — 8. Pados É. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 451. — 9. Jelinková, J.: Zbl. Bakt. Abt. I. 1964, 196, 722. — 10. Jelinková, J.: Type classification of group B streptococci working paper WHO International Ref. Centre for Streptococcus Typing. Prague, 1969. — 11. Jelinková, J.: Current Topics in Microbiology and Immunology. 1977, 76, 123. — 12. Paredes, A. és mtsai: Pediatrics. 1977, 59, 679. — 13. Baker, C. V., Barrett, F. F.: J. Pediatr. 1973, 83, 919. — 14. Ablow, R. C. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1976, 65, 294. — 15. Lilien, L. D. és

mtsai: Pediatrics. 1977, 60, 360. — 16. Feigin, R.: N. Engl. J. Med. Edit. 1976, 294, 106. — 17. Horn, K. A. és mtsai: Pediatrics. 1974, 53, 501. — 18. Howard, J. B., McCracken, G. H.: Am. J. Dis. Child. 1974, 128, 815. — 19. Lopez, B. J. és mtsai: Pediatrics. 1976, 58, 859. — 20. Franciosi, R. A. és mtsai: Pediatr. 1973, 82, 707. — 21. McCracken, G. H. Jr.: J. Pediatr. 1971, 78, 942. — 22. Steigman, A.: Pediatrics. 1978, 62, 842. — 23. Baker, C. J. és mtsai: J. Clin. Microbiol. 1976, 4, 46. — 24. Szita J., Hegyessy Gy.: Az Országos Közegészségügyi Intézet működése az 1962. évben. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1963. 206. — 25. Szita J., Hegyessy Gy.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1963, 10, 307. — 26. Szita J., Hegyessy Gy.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1966, 13, 151. — 27. Kerpel-Fronius Ö., Véghelyi P.: Korányi Gy. in: Neonatology. Budapest, 1978. Akadémiai Kiadó. — 28. Reid, T. M. S.: B. Med. J. 1975, II, 535.

# NORCOLUT<sup>®</sup> tableta

**ÖSSZETÉTEL:** 5 mg norethisteronum tabl.-ként.

**JAVALLATOK:** Premenstruációs szindróma, mastodynia, a szekréciós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, diszfunkcionális méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriasis, adenomyosis.

Laktáció-prevenció, ablaktáció. Klimaxos panaszok, különösen a klimaxos vérzészavarok.

**ELLENJAVALLAT:** Emlő-, genitális carcinoma. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés eseté: thrombózis-készség, hepatitis, májműködés zavarok.

**ADAGOLÁS:** Praemenstruációs szindróma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusokban, a ciklus 16. napjától a 25. napig 1–2 tabl., esetleg ösztrogénnel együtt.

**Diszfunkcionális méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometriában:** (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6–12 napon át napi 1–2 tabl., a vérzés megszüntetésére. — Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1–2 tabl., általában ösztrogénnel együtt.

**Endometriosis, adenomyosisban:** a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabl. 6 hónapon át, vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tabl.-val kezdve és az áttörésszerű vérzések elkerülésére 2–3 hetenként fél tabl.-val növelve, 4–6 hónapon át.

**A laktáció megelőzése céljából:**

	a 16–28. héten	28–36. héten
	megszakadt terhesség esetében	
1 nap	15 mg	15 mg
2–3 nap	10 mg	10 mg
4–7 nap	5 mg	10 mg

**ABLAKTÁLÁS:** az 1–3. napon 20–20 mg, a 4–7. napon 15–15 mg, a 8–10. nap 10–10 mg Norcolutot kell adagolni.

**Klimaxos panaszokban:** napi 5 mg. (egy tabl.) adagolása javasolt. Kúraszerűen, hosszabb időn át. A kezelést sikertelenség esetén napi 25–50 mcg etinilösztrodiállal (Mikrofolin tabl.) szükséges kiegészíteni.



**MELLÉKHATÁS:** Ritkán előforduló és a későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttörésszerű vérzés, esetleg ödéma, allergiás bőrreakció, paraesthesia, testsúlyváltozás, fáradékonyság.

**FIGYELMEZTETÉS:** Norcolut kezelés előtt a malignitás kizárandó. A kúra előtt onkológiai ellenőrzés szükséges.

**MEGJEGYZÉS:** ✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

**CSOMAGOLÁS:** 20 tabl. 5,20 Ft

Orvostovábbképző Intézet,  
Röntgenológiai Intézet  
(igazgató: Csákány György dr.)

## A röntgenvizsgálatok eredményét vagy a röntgenvizsgálatra kerülő betegek állapotát hátrányosan befolyásoló gyógyszerek

Bartha László dr.

A röntgenvizsgálatra kerülő betegek egy része állapota miatt vagy korábban diagnosztizált betegségeire, alkalmoszerűen vagy rendszeresen, indokolatlan vagy indokolatlanul különféle gyógyszereket szed. A betegek által, a röntgenvizsgálattal össze nem függő okok miatt szedett gyógyszerek közül jó néhány a röntgenvizsgálatot befolyásolja, így a röntgentünetek helyes értékeléséhez a betegek által szedett gyógyszerek farmakodinamiás hatásait is számításba kell vennünk. Ezekben az esetekben a röntgenvizsgálatot végző orvos szemszögéből a beteg akaratlan, véletlenszerű gyógyszerhatás alatt áll.

1. A röntgenvizsgálatra jött beteg állapotát, vizsgálhatóságát kedvezőtlenül befolyásolják a váratlan hatású laxánsok, drasztikumok (ricinus), a ganglionbénító vérnyomáscsökkentők, melyek ortosztatikus vérnyomáseséshez, kollapszushoz vezethetnek. Máskor a hypoglykaemiát okozó gyógyszerek és a neuroleptikumok hatására a vizsgálatokhoz elengedhetetlen kooperációs készség romlik.

2. Bizonyos gyógyszerek a rendszeresen használt röntgen-kontrasztanyagokkal nem kívánatos interakcióba léphetnek, és a röntgen-kontrasztanyagok toxicitását fokozzák. A szérumban lévő fehérjéhez kötődő szalicilátok, fenilbutazon származékok, szulfonamidok, orális antidiabetikumok, antikoagulánsok és a szteroid hormonok (főként a progeszteron származékok) növelik a cholegráfias kontrasztanyagok toxicitását (9, 15). E nem kívánatos hatások alapja a kompetitív antagonizmus, vagyis a felsorolt gyógyszerek a cholegráfias kontrasztanyagokat kiszorítják a fehérjekötésből, miál-

tal a fehérjéhez nem kötött frakció felszaporodik, és a vesén át kiválasztódva azt — főként a beteg vesét — károsíthatja. Hasonló kompetitív antagonizmus alapján a felsorolt gyógyszerek egymás toxicitását is megemelik (2), köztük bizonyos vetélkedési „sorrend” állapítható meg:

a)	b)
szalicilát,	szalicilát,
fenilbutazon	fenilbutazon
szulfonamid	szteroid
antidiabetikum,	hormonok
antikoaguláns	cholegráfias
cholegráfias	kontraszt-
kontraszt-	anyagok
anyag	

Az egyébként csekély toxicitású metrizamid (Amipaque) a spinális vagy intrakraniális liquor térbe juttatva epilepsziát, zavartságot okozhat, ha fenotiazin származékokkal (Hibernállal, Pipolphenel) együtt adjuk (6). Ennek alapján a metrizamid intrathecalis alkalmazása során kerülni kell mindazon gyógyszerek alkalmazását, melyek a kortikális ingerküszöböt leszállítják (6, 7). Ilyenek például a klórpromazin származékokon kívül a fenoperidin, a dixyrazin, a triciklikus antidepresszívumok, az antituberkulotikumok, a MAO-bénítók, a szedatív antihisztaminok, az antimykotikumok és a lítiumsók. Nem teljesen tisztázott hatásmechanizmus alapján a Joduron US és valószínűleg a többi diójodpyridon származék sem (Propylidion, Dionosil) adható olyan gyógyszerekkel, melyek Ag, Al-, Ca-, Cu-, Fe- és Mg-ionokat tartalmaznak.

3. Nem kívánatos gyógyszer-kontrasztanyag interakcióval, illetve ezen interakció következményeként megjelenő toxikus tünetekkel a gyakorlatban ritkán találkozunk. Ezzel szemben gyakran adódik, hogy a más ok miatt szedett gyógyszerek befolyásolják a röntgenvizsgálatra kerülő szervek működését, funkcionális eltéréseket látunk, megtevesztő képeket nyerünk, illetve e képek helytelen értékelése diagnosztikus tévedéshez vezet.

a) A szérumban albuminhoz erősen kötődő gyógyszerek (szalicilátok, fenilbutazon származékok, szulfonilurea származékok, szteroid hormonok, brómszulfalein stb.) kiszorítják a fehérjekötésből a cholegráfias kontrasztanyagokat, a fehérjéhez nem kötött kontrasztanyagot a vesék kiválasztják, többnyire minden károsodás nélkül. A fokozott heterotóp kiválasztás miatt normális májműködés mellett, halvány, értékelhetetlen epeúttelődést, epehólyag-telődést látunk (8, 9). Sokszor, tévesen, „rossz kiválasztás”-nak véleményezzük e jelenséget, pedig csak annyit jelent, mintha a cholegráfias kontrasztanyag dózisát harmadára csökkentettük volna! Szulfonilurea származékkal kezelt diabeteses betegekben az intravenás cholegráfias kontrasztanyagok 55–80%-át a vesék választják ki, míg az inzulinnal kezelt betegek esetében ez az arány 18–20% (8). Orális antikoncepcienseket (= progeszteron származékokat) szedő nőkben a nem telődő epehólyag, az igen halvány epeúttelődés 10-szer gyakoribb, mint a kontraceptívumot nem szedő hasonló populációban (10).

b) A fenolvörös, a PAH és a penicillin csökkentik a nephrografiás hatást. Az orális antikoncepciensek és a glukagon kétoldali, gyulladást utánzó ureter-dilatációt okoznak (3, 12, 13). Diuretikumok hatására halvány kiválasztást és üregrendszeri telődést kapunk urográfia során.

c) A glukagon a tubák spasmusát váltja ki (5), így ez a tény a hysterosalpingographia során megtevesztő lehet.

d) A gyomor-bél rendszer fokozottan érzékeny a farmakológiai hatásokra. Általában a gyomor-bél traktus egészére vagy egy-egy szakaszára lokalizálódó tónus- és motilitás-zavart látunk, de ritkán, főként a vékonybelekben, gyulladást utánzó szekréciós zavarok, inkoordinált passage-zavarok és redőeltérések is létrejöhetnek.

Az egész gyomor-bél rendszer és a nyelőcső hipotóniáját, csökkent motilitását és következményes lassult passage-t okoz a glukagon, bizonyos ganglion-bénítők (Synapleg, Arfonad) és a paraszimpatolitikumok közül például a hyoscin-N-butilbromid (Buscopan), a propanthelin (Pro-Banthine, Neopepulsan), az oxifenonium (Antrenyl) (11). Inkább gyomor-hipotóniát okoz a Gapona (Gastrixon + Halidor) és a fenotiazin származékok közül a klórpromazin. A gyomor és a duodenum tágulatát és csökkent motilitását látjuk az atropin és a Gastrixon terápiás dózisa után. Az atropin hatását a szimpatomimetikumok erősítik. Izolált duodenum-tágulatot és hipomotilitást okoz a morfin, a Ridol, az amilnitrit, az izopropamid. Megabulbust látunk morfium injekció után. Jelentősen lassul a colon passage morfin, kodein és opiátok hatására. Morfinizmusban, kodeinizmusban subileus is előfordul. A gyomor ürülése lassul a gyomor hipotóniát és hipomotilitást okozó gyógyszerek, valamint efedrin hatására. Ha jelentősen lassul gyomorürülés mellett gyorsult passage-t látunk a duodenumban és a jejunumban (ún. passage disszociáció), elsősorban a gyomor-vékonybél allergiás reakciójára kell gondolnunk, mely bármilyen gyógyszerre létrejöhet. Szétrágott draszték és tabletták, undorító vagy rossz ízű gyógyszerek, az ipecachuana, a túldozírozott köptetők, gyermekeken a Codein-Stibium, órákig tartó pylorus spasmust, a gyomron antiperisztaltikát okozhatnak. A tolazolin hiperszekréciót hoz létre, az atropin származékok pedig a szekréciót csökkentik.

A gyomor tónusát fokozza a morfin és az atropin kicsiny dózisban. A morfin jellegzetesen fokozza a gyomor perisztaltikáját: a perisztaltikus hullámok mélysége és száma egyaránt nő, a pylorus tág, mindezek következtében a gyomor ürülése gyorsul, de, mivel a duodenumban dilatációt és hipomotilitást okoz, a jejunumra és az ileumra pedig hatástalan, a passage egészében lassul (14).

Az egész gyomor-bél traktusban gyorsítják a passage-t a paraszimpatikus izgatók: a kolinészterek (Prostichol), a pilokarpin, a kolinészteráz-bénítők (fizosztigmin, Prostigmin, Neostigmin, Stigmosan, Prostichol), az adrenerg béta-receptor-blokkolók (Propranolol = Inderal, Visken) és az adrenerg neuronbénítők (Sanotensin, Tendor). Ez a passage-gyorsítás általában inkoordinált, betegenként és szervenként eltérő mértékű, többnyire e gyógyszer-

rek hatása a vékonybelekre igen kifejezett és hasmenés formájában jelentkezik.

A gyomor-bél traktus egy-egy részében passage-gyorsítóként szerepelnek a következő gyógyszerek. A gyomor ürülését fokozzák az inzulinfeleségek, a hisztamin és az antacidák, különösen a szódabikarbonát és az alumíniumhidroxid. A gyomor és a vékonybelek motilitását fokozzák, ezzel a vékonybelek passage- és lebecsátási idejét rövidítik, a metoklopramid (Paspertin) és a bárium készítményekhez kevert, gyártmányonként más és más szuszpendáló és stabilizáló anyagok: (1) karboximetilcellulóz, szorbit, szilikonok, alumíniumhidroxid. A vékony- és a vastagbél-passage-t fokozzák a laxánsok (Diotilan, Videx), míg főként a vékonybelekre hatnak, annak tónusát és motorikáját fokozzák az epesavak (Allochol), a cholecystokinin és a caerulein.

A passage-gyorsító hatás függ az adott beteg-től, a passage-gyorsítótól, a gyógyszer dózisától, a gyógyszer bevétele és a röntgenvizsgálat között eltelt időtől. Metoklopramid (Paspertin) vagy szorbit hatására a kontrasztanyag koordináltan 30–40 perc alatt eléri a coecumot, Diotilanra 20–30 perc alatt a Bauhin-billentyűnél van. A röntgengyakorlatban használt bárium készítményekhez kevert adalékanyagok passage-gyorsító hatása csekély, ezzel akkor kell számolni, ha különböző báriumos kontrasztanyagokat használunk, vagy amikor terheléses vékonybélvizsgálatot végzünk (laktóz, maltóz vagy allergén terhelés).

A szorbit időnként (1), a neosztigmin gyakrabban enteritishez hasonló képet hoz létre hiperszekrécióval, szegmentális vékonybél-dilatációval. Ilyenkor a kontrasztanyag durva rögök formájában kicsapódik, a redők rendezetlenek. A Videx oly mértékű exsudatiót provokál, hogy a vékonybélredőzet megítélhetetlen (4). Laxánsok hatására zavaró folyadék-nívók lehetnek a vékony- és vastagbelekben. A hashajtó által létrehozott folyadék-nívó az ileusos folyadék-nívótól többnyire elkülöníthető, mert a laxáns kevésbé okoz bél-disztenziót mint az ileus, a motorikazavarok pedig e két folyamatban éppen ellentétesek. A cholegráfiahoz kontraháló szerként adagolt szorbit vagy szorbit tartalmú diabetikus csokoládé a colon fokozott hausztációját hozhatja létre, s nemritkán többszörös, körkörös spasmust okoz a szigma-bélen.

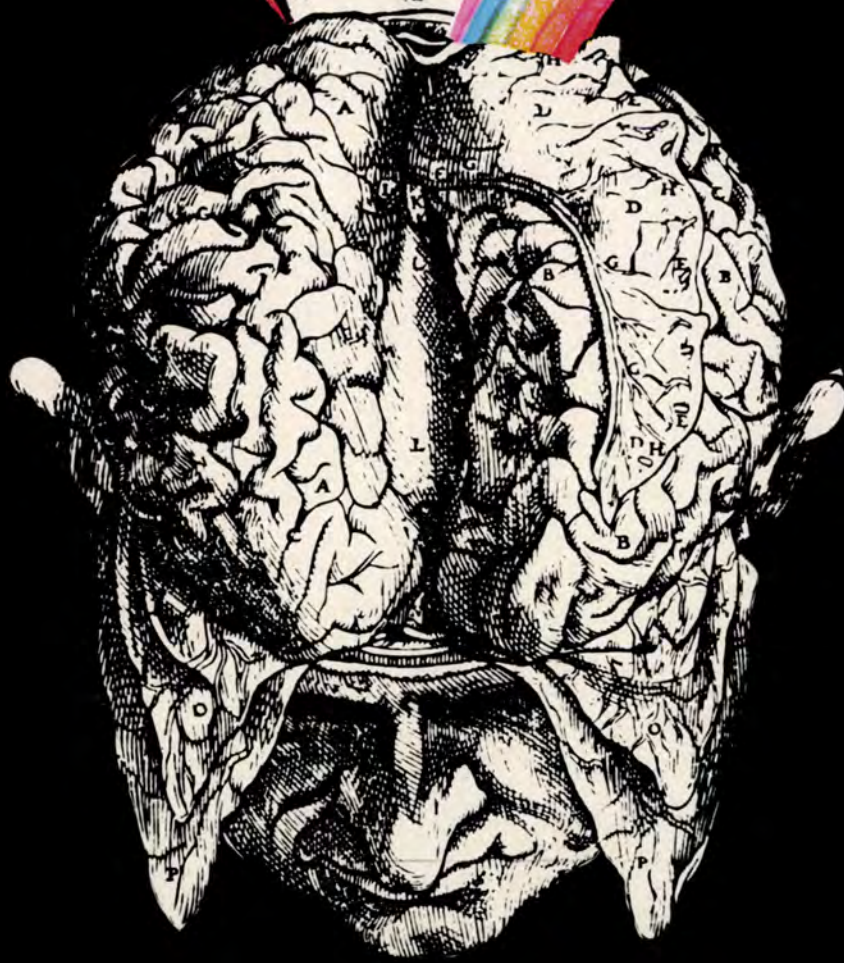
4. Végül, bizonyos gyógyszerek nélkül, hogy a röntgenvizsgálatra került szerv működését megváltoztatnák, pusztán *jelenlétükkel a bélcsatornában, zavarják a röntgenvizsgálatot*, ritkán vesekövet, epekövet, intraabdominális meszesedést utánoznak. A mindennapi gyakorlatban főként az ammónium chloratum és a Bolus adstringens (bis-muthum subgallicum tartalmú) tabletták zavaró hatásával kell számolnunk.

Az érrendszerre ható, vazóaktív anyagok véletlenszerű hatásainak nincs gyakorlati jelentősége. Ezen anyagok hatása igen kifejezett, de olyan rövid ideig tart, hogy alig van valami valószínűsége annak, hogy ilyen szerek bevétele, injekciós alkalmazása után a beteg azonnal, éppen angiográfiai vizsgálatra kerüljön.

# TRIOXAZIN<sup>®</sup> *tabletta*

**anxiolyticum**

Az intellektus és a mozgáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túlfeszített idegállapotot és a psychés nyugtalanságát.



# TRIOXAZIN<sup>®</sup> *tabletta*

## anxiolyticum

### Összetétel:

1 tabletta 0,3 g trimetozinumot tartalmaz.

### Javallatok:

szorongás, túlfeszített idegállapot, psychés nyugtalanság, neurotikus vegetatív tünetek (hypertonia, climax), külvilági emotionalis tényezőkön alapuló izgalmi állapot (lámpaláz stb.). Sajátos gyermekgyógyászati javallat: neuropathia.

### Adagolás:

egyéni, a beteg állapotától és egyéni reagálóképességétől függ. Napi átlagos adagja felnőtteknek 0,60–1,80 g (2–6 tabl.), de ez az adag növelhető a kórformától függően napi 2,4–3,0 g-ig (8–10 tabl.).

Gyermekeknek a kornak megfelelő csökkentett adag rendelhető.

*Gyermekadagok:* 2 hónapos kortól 14 éves korig 40–20 mg/kg/die,

3–5 adagra elosztva, vagy 2–12 hónapos korig 3–5-ször 1/4 tabl./die;

1–6 éves korig 3–5-ször 1/2 tabl./die; 7–14 éves korig 3–5-ször 1 tabl./die.

### Mellékhatások:

álmosság, fáradtságérzés. Főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik, ill. alkalmazhatják.

### Megjegyzés:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

### Csomagolás:

20 tabletta 2,- Ft.

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST X.



**Összefoglalás.** A röntgenvizsgálatok megbízható értékelését számos gyógyszer befolyásolhatja. Ezeknek a gyógyszereknek és hatóanyagoknak köre az új készítmények megjelenésével és a gyógyszerfogyasztás emelkedésével egyre inkább bővül. A betegek által, a röntgenvizsgálattal össze nem függő okok miatt szedett gyógyszerek egy csoportja pusztán jelenlétével a bélsatornában, köveket, meszesedést utánozván, zavarja a röntgenvizsgálatot, más gyógyszerek a beteg vizsgálhatóságát kedvezőtlenül befolyásolják vagy a rendszeresen használt röntgen-kontrasztanyagok toxicitását fokozzák. Gyakran, éppen a legszélesebb körben használt gyógyszerek, a röntgenvizsgálatra kerülő szervek működését változtatják meg, könnyen megtevesztő képeket nyerünk, és ezek helytelen értékelése diagnosztikus tévedéshez vezethet. A felsorolt gyógyszerhatások közül gyakorlati jelentőségű a szérumfehérjékhez kötődő gyógyszerek és a cholegráfiás kontrasztanyagok kompetitív antagonizmusa, valamint a gyomor-bél rendszer tónus-, motilitás- és szekréciós zavarait előidéző farmakonok ismerete.

**IRODALOM:** 1. Barke, R.: Röntgenkontrastmittel. Thieme, Leipzig, 1970. 173. old. — 2. Bozsóky S., Genti Gy.: Gyógyszereink. 1979, 29, 116. — 3. Emmett, J. L., Witten, D. M.: Clinical Urography. III. ed. Vol. 2. W. B. Saunders, Philadelphia—London—Toronto, 1971. 775. old. — 4. Fábián M., Lakos A., Fehér I.: Magyar Radiol. 1966, 18, 81. — 5. Gerlock, A. J., Hooser, C. W.: Radiology. 1976, 119, 727. — 6. Hindmarsh, T., Grepe, A., Widen, L.: Acta Radiol. Diagn. 1975, 16, 129. — 7. Irtam, L., Sellden, U.: Acta Radiol. Diagn. 1976, 17, 145. — 8. Klumair, J., Pflanzner, K.: Fortschr. Röntgenstr. 1977, 126, 66. — 9. Lajos I.: A cholegraphia elméleti alapjai. Rad. Közl. 1974. 211. — 10. Lindgreen, P., Saltzman, G. F., Zechner, E.: Acta Radiol. Diagn. 1974, 15, 217. — 11. Maeder, H. U., Fuchs, H. F.: Radiologie. 1976, 16, 498. — 12. Marshall, S., Lyon, R. P., Minkler, D.: JAMA. 1966, 198, 782. — 13. Miller, R. E., Chernish, S. M. és mtsai: Amer. J. Roentgenol. 1974, 121, 264. — 14. Porcher, P., Stössel, H. U., Mainquet, P.: Klinische Radiologie des Magens und des Zwölffingerdarms. G. Thieme, Stuttgart, 1959. — 15. Wirell, S.: Acta Radiol. Diagn. 1978, 19, 289.

# VERMOX

tabletta

**ÖSSZETÉTEL:** Tablettánként 100 mg mebendazol-t tartalmaz.

## HATÁS

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések anthelminticum.

## JAVALLATOK

*Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

**ELLENJAVALLAT** Terhesség.

## ADAGOLÁS

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók:

Enterobiasisban és ascariasisban a hatás eléréséhez egyetlen tablettát bevétele elegendő.

Súlyosabb ascariasisban, *Trichuris* fertőzésben. Két egymás utáni nap, napi 1–1 tablettát.

*Trichuriasis*, *ancylostomiasis* kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2 × 1 tablettát.

## MELLÉKHATÁSOK

A javasolt terápiás dózisban nem okoz panaszokat.

## FIGYELMEZTETÉS

Lypophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopodium-olaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együttes adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

**MEGJEGYZÉS:** ✘ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

**CSOMAGOLÁS:** 6 tablettát, térítési díj: 2 Ft.

**Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest**



PH

1389

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
II. Gyermekklinika  
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

## Orális cink terápia juvenilis rheumatoid arthritisben

Román Hajnalka dr.

1940-ben fedezte fel Keiling és Mann, hogy a cink essentialis komponense az erythrocyták carboanhydrasejének. Azóta, főleg az utóbbi 20 évben 70 cink-metalloenzimet fedeztek fel, többségét Valle és munkacsoportja (1). A cink, mint a metalloenzimek komponense, szerepet játszik a zsírok, szénhidrátok, fehérjék metabolizmusában, a DNA, RNA felépítésében. A sejtanyagcserében betöltött fontos szerepén kívül gátolja a macrophag funkciót, a mastocytákból a biogen aminok kiszabadulását, gátolja a prostaglandin szintézist, stabilizálja a lisosoma membránt (2).

Orvosi Hetilap 1980. 121. évfolyam, 23. szám

A molekuláris kutatások alapján érthetővé válnak az emberben kialakuló cinkhiány syndroma tünetei (12), egyik ismert cinkhiányos kórkép az acrodermatitis enteropathica, ahol a cink terápia jó hatásáról számoltak be (3, 4, 5).

Prasad, cinkhiány okozta hypogonadizmussal járó törpenövést írt le, amely Egyiptomban és Iránban fordult elő (6). Az alacsony növéssel kísért Cushing-kórban is csökkent serum cink értékeket és fokozott cinkürítést találtak (7). Henkin és Schechter 1971-ben újabb tünetegyüttest ismertettek, amelyben cinkhiányt találtak, s amely csökkent ízérzésben, szaglásban és törpenövésben nyilvánult meg (8). Régóta ismert, hogy a hypocink-aemiának szerepe van az elhúzódó sebgyógyulásban és az infectiosus folyamatok elhúzódásában (9). A felnőttkori rheumatoid arthritisben (továbbiakban R.A.) szenvedő betegekben is alacsony serum szinteket találtak. Simkin a cink-sulfat terápia jó hatásáról számolt be a felnőtt, terápiareszisztens R.A. betegein (10).

Közleményünkben a juvenilis rheumatoid arthritisben (továbbiakban J.R.A.) szenvedő betegek cink kezelésének eredményéről számolunk be.

### Betegeink

A J.R.A. ma elfogadott némenklatúrája és klinikai beosztás Schallertől (11) származik, (systemás, polyarticularis és oligoarticularis forma). Mi is ezt a felosztást követtük. Hét betegünk közül négyben a systemás (korábbi némenklatúra szerint subsepsis allergica Wissleri), három betegben a polyarticularis forma állott fenn.

A négy systemás J.R.A.-ben a betegség 3–10 éve állott fenn és az ismételt immunsuppressív terápia (Immuran Cyclophosphamid) nem javította a betegek állapotát. A cink kezelés bevezetése előtt, a hosz-

Betegek száma, kora (év), neme	Betegség tartama (év) P. th. tartama (év)	Zn. th. előtt		zn. th. előtt		P. adag a Zn. th.	
		We mm/ó	tünetek	Se. Zn. szint (ug/100 ml) (legalacsonyabb érték)	Zn. kúrák száma, tartama (hét)	előtt (mg/kg/die)	után (mg/kg/másodnaponta)
1. 6 leány	3–3	60	izületi duzzanatok	68 (46)	2×4 4×2	1,5	1,5
2. 12 leány	5–5	72	izületi duzzanatok, fájdalom	68 (64)	2×4 8×2	0,5	0,4
3. 14 fiú	10–9	65	izületi duzzanat	73 (53)	2×4 2×2	0,3	0,2
4. 16 leány	3–3	100	izületi duzzanatok, fájdalom	70	2×2	0,4	0,4*
5. 10 fiú	2–2	30	izületi duzzanatok	75	3×2	0,3	0,2
6. 14 fiú	2–1,5	15	izületi duzzanatok, fájdalom	88	4×2	0,4	0,4
7. 12 leány	2–2	45	izületi duzzanatok, fájdalom	64	5×2	0,4	0,3

szű időn át folytatott Prednisolon, salicyl kezelés során a Prednisolon adag csökkentésekor a betegség fellángolása következett be. Az évek folyamán nőtt a steroid szükséglet, s jelentkeztek a Prednisolon káros mellékhatásai (cushingoid elhízás, generalizált osteoporosis, alacsony növény, ulcus). A három polyarticularis J.R.A. betegen enyhébb mellékhatásokat észleltünk. Betegeink főbb feladatait *táblázat* szemlélteti.

D-Penicillamint 2 esetben kíséreltünk meg, de pár nap múlva allergiás reactio miatt mindkét esetben abba hagytuk. Arany terápiát ismert máj- és vesetoxicitása miatt nem alkalmaztunk.

### Metodika

3×150 mg/m<sup>2</sup>/die cinkulfatot adtunk kezdetben syrup formájában, így azonban minden betegen hányás, hányinger jött létre. Ezért a cinkulfatot a Semmelweis OTE Központi Gyógyszertára kapszulázta. Ilyen formában, étkezés után bevéve a kapszulát, lényegesen csökkentek a gyomorpanaszok. E kezelést minimálisan 2 hétig folytattuk, a leghosszabb időtartamú cinkkezelés 6 hét volt. Minden betegen többször történt serum cink meghatározás a cinkulfát terápia megkezdése előtt. A vérvétel éhomra, cubitalis vénából, speciálisan tisztított csőbe történt, a mintákat -20 °C-on tároltuk. A meghatározás atomabsorptív spektrofotometeren történt. A kezelés előtt a se. Zn átlaga 71 µg/100 ml volt; a legalacsonyabb 46 µg/100 ml; a legmagasabb érték 88 µg/100 ml volt.

Vizsgáltuk a fvs.-számot, a thrombocytaszámot, Hb-t, a serum carbamid N-t, se. összfehérjét, se. kreatinint, a se. Na, K, Ca, P-t, a se. alk. phosphatase-t és a se. Zn értékeket a cink kezelés előtt és a kezelés után.

### Eredményeink

Lényeges változást csak a se. alk. phosphatase és a se. cink mutatott. A se. alk. phosphatase átlag 10±5 E-ről 20±2 E-re, a serum cink érték 71±10 µg/100 l-ről 141±20 µg/100 ml-re emelkedett.

Mind a hét betegen a cinkulfát kezelés során megszűnt a reggeli ízületi merevség, fájdalom, a duzzanatok mérséklődtek. A 4 systemás J.R.A. betegen már 2 hét cinkulfát terápia után lényeges javulás állt be. A változatlan adagban folytatott Prednisolon kezelés mellett adott cink terápia után az addig gyorsult süllyedés mérséklődött, az ízületi fájdalmak megszűntek, a duzzanatok csökkentek. E betegeken a cink kezelés előtt még nagy adagban, naponta adott Prednisolonnal sem sikerült tünetmentességet elérni. A cinkulfát kezeléssel a négy systemás J.R.A. beteg Prednisolon adagja csökkenthető volt. Javult a steroid sensitivitas, másodnaponta adott Prednisolon mellett is 1-1½ éve panaszmentesek (*táblázat*).

A másfél éves megfigyelési idő alatt olyan kezelési formát alakítottunk ki, hogy a cinkulfatot csak a Prednisolon adag csökkentésekor adtuk 2 héten át. Ezután minimálisan 2 hetes cinkszünet következett, a Prednisolon adag következő csökkentéséig. Így mintegy adjuváns kezeléssel, a Prednisolon csökkentésekor létrejövő ízületi panaszok kivédhetőek voltak, ugyanakkor a Prednisolon csökkentésekor bekövetkező süllyedés gyorsulást a cink kezelés nem befolyásolta.

A *cyclusos cink terápia célja az volt, hogy a Prednisolon adag fokozatos csökkentése során, a betegség akut fellángolása nélkül érjük el azt a legkisebb Prednisolon adagot, amely másodnaponként adva, a beteg remissióban tartható.*

3×150 mg/m<sup>2</sup>/die adagú cinkulfát kezelés mellett máj-, vese-, csontvelőtoxicitást nem észleltünk. A többszörös, kéthetes cyclusos kezelés során 3×150 mg/m<sup>2</sup>/die cinkulfátnál nagyobb adag mellett egy betegen egy ízben észleltünk toxikus hatást,

### P. mellékhatások

### Zn. th. hatásai

cushingoid, 20% növekedés visszamaradás

cushingoid küllem megszűnt, 1 év alatt 4 cm-t nőtt, reggeli merevség megszűnt, ízületi duzzanat csökkent

cushingoid, 22% növekedés elmaradás, generalizált osteoporosis

cushingoid küllem megszűnt, 1 év alatt 13 cm-t nőtt, reggeli merevség, ízületi duzzanatok megszűntek

cushingoid, 25% növekedés visszamaradás, osteoporosis, cataracta

ízületi panasz nincs

cushingoid arc, generalizált osteoporosis, ulcus ventr., nephrolithiasis

átmeneti javulás: első két hét után ízületi duzzanatok fájdalom csökkent, később nincs hatás

—

reggeli ízületi fájdalom, merevség megszűnt

cushingoid arc

cushingoid küllem megszűnt, reggeli ízületi merevség, fájdalom megszűnt

cushingoid arc

cushingoid küllem, ízületi fájdalom megszűnt, duzzanat csökkent

lőtt létre 1-1 alkalommal 3, ill. 4 hónapig. P = Prednisolon \* = mg/kg/die

4\*



amely súlyos vashiányos anaemiában nyilvánult meg: a se. vas értéke  $25 \mu\text{g}/\%$ , a Hb:  $8,7 \text{ g}/\%$  volt. 2 nappal később haematemesis is kialakult. A cink-sulfát elhagyása után a haematemesis megszűnt, ulcus nem volt kimutatható. Vas kezelés mellett anaemiája is rendeződött. Egyéb károsodást e betegen sem észleltünk.

#### Megbeszélés

Az egészséges ember napi cinkszükséglete 20—25 mg. A serum cink csak 12 $\%$ -a szöveti cink-tartalomnak. A szervezet a serum cink szintet a normális szinten tartja addig, amíg a szöveti rezervok lényegesen nem csökkennek. A serum Zn alacsony volta így már a szöveti rezervok kimerülését jelzi, ezért a cinkhiányos kórképekben a napi szükséglet többszörösét adják. A serum cink érték az 5—12 éves egészséges gyermek-populációban  $100 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$  (12). Eseteinkben tehát a  $71 \mu\text{g} \pm 10/100 \text{ ml}$  kifejezetten alacsony érték.

Ismert, hogy szoros összefüggés van a serum cortisol és a cink metabolismus között (7). *Henkin* (13) vizsgálata szerint egészséges emberben már rövid Prednisolon kezelés után fokozódik a cinkvesztés, mivel a steroidok növelik a glomerulus-membranon átjutó ultrafiltrálható Zn és Cu mennyiséget, s ez a serumban a cink csökkenéséhez vezet. Eseteinkben az alacsony cinkkoncentráció a hosszú Prednisolon kezelés következménye lehet, bár a vizelettel ürülő cinket meghatározni technikai okokból nem tudtuk.

A cink terápia eseteinkben tulajdonképpen substitúciós terápia volt, de hozzá kell tenni, hogy a serum cink szint normalizálásával a steroidérzékenység fokozódott. Így a steroid adag csökkentésével eseteink egy részében kiküszöbölhetők a hosszú ideje, naponta adott Prednisolon terápia nem kívánatos mellékhatásai (cushingoid tünetegyüttes, növekedésgátlás).

Észleléseink arra utalnak, hogy a per os cink-sulfát kezelés jó eredménnyel alkalmazható azokon a juvenilis R.A. betegeken, akiken az immunsuppressív terápia inefektív, akiken a betegség folyamán a Prednisolon igény egyre nő, s a Prednisolon káros mellékhatásai jelentkeznek.

Eseteink kis száma miatt eredményeink igazolása további adatgyűjtéstől várható.

*Köszönetnyilvánítás.* A serum cink meghatározásokat a MÁV Kórház Laboratóriumában *Brackner Mária* végezte, akinek a segítségét köszönöm.

*Összefoglalás.* A szerző hét juvenilis rheumatoid arthritisben szenvedő beteget kezelt orális cink-sulfáttal, ezek közül négy beteg 3—10 éve állt Prednisolon—salicyl kezelés alatt. Mind a 7 beteg a Prednisolon salicylhoz adott cink-sulfát megszüntette az ízületi duzzanatot. Egy—másfél év alatt jelentősen csökkent a remissiót fenntartó Prednisolon-szükséglet, a betegek többségében jelentősen csökkentek a Prednisolon terápia mellékhatásai.

IRODALOM: 1. *Valle, B. L.*: *Physiol. Rev.* 1959, 38, 443. — 2. *Chvapil, M.*: *Trace Elements. The Medical Clinics of North America.* W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1976. 60. 4. p. 799. — 3. *Nelder, K. H., Hambridge, K. M.*: *N. Engl. J. Med.* 1975, 292, 879. — 4. *Tucker, S. B., Schroeter, K. I.*: *JAMA.* 1976, 235, 2399. — 5. *Frank K.*: *Orv. Hetil.* 1977, 118, 1461. — 6. *Prasad, A. S. és mtsai.*: *Arch. Intern. Med.* 1963, 111, 407. — 7. *Henkin, R. I.*: *Trace Elements. The Medical Clinics of North America.* W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1976. 60. 4. p. 779. — 8. *Henkin, R. I., Schechter, P. J.*: *JAMA.* 1971, 217, 434. — 9. *Pekner, R. S., Beisel, B. R.*: *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.* 1971, 138, 729. — 10. *Simkin, P.*: *Lancet.* 1976, II, 539. — 11. *Schaller, J. G.*: *Immunologic Disorders in Infants and Children.* W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1973. p. 403. — 12. *Kasperek, K. L. E. és mtsai.*: *Europ. J. Pediat.* 1977, 126, 199. — 13. *Henkin, R. I. és mtsai.*: *J. Clin. Invest.* 1969, 48, 38.

## MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

# az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850



## Isoprinosine: terápiás hatásmechanizmus és vizsgálatok recidiváló herpesben

Nékám Kristóf dr., Török Katalin dr.,  
Láng István dr., Gergely Péter dr.  
és Petrányi Gyula dr.

A vírusbetegségek gyógyításának elvi nehézségei jól ismertek: egyrészt a vírusok nem mutatnak önálló életjelenségeket a gazdasejten kívül, ami érzéketlenné teszi őket más kórokozóknál beváló terápiás eljárásokkal szemben; másrészt főbb alkotórészeik sokban egyeznek a magasabbrendű szervezetekéivel, ami nehezíti szelektív, a gazdasejt anyagcseréjét nem károsító, de a vírusreplikációt gátló anyagok előállítását (1, 23, 25). A kutatás egyik fő irányát mindazonáltal a vírusokra közvetlenül ható szerek (jododeoxiuridin, amantadin, adenin- és citozin-arabinozid stb.) képezik. Ezek alkalmazását részben a veszélyes mellékhatások korlátozzák (a gazdasejtekkel szemben is érvényesülő toxicitás), részben pedig az, hogy in vivo rendszerint csak a vírusok bizonyos fajtáira, és ezekre is gyöngén hatnak (14, 24).

Újabban az antivirális terápiának egy másik ága fejlődött ki, melyet *Hadden és mtsai* (11) „prohost” terápiának nevezték. Így azok a lehetőségek foglalhatók össze, melyekben a gyógyszerek nem közvetlenül a vírusokra hatnak, hanem a gazdasejtvédő reakcióit fokozzák mint pl. az interferon és inductorai, a levamisol, thymus hormonok, transzfer faktor (11, 13, 16, 21, 22, 30). A legjobb terápiás eredményt — amennyiben a prevenció, pl. az aktív immunizálás nem alkalmazható — az antivirális és immunostimuláns kezelés együttes alkalmazásától várhatnánk. Irodalmi adatok alapján úgy tűnik, hogy az inozin és a dimetilamino-2-propranolol p-acetamidobenzolsavas sójának 1 : 3 arányú komplexében most először sikerült e hatásokat egy gyógyszerben egyesíteni (5, 8, 23). Ez a szer az Isoprinosine, illetve Inosiplex (nemzetközi neve Methisoprinol; gyártó: Newport Pharmaceuticals International Inc., Newport Beach, Ca, USA). Hazánkban gyógyszerügyi forgalomban nem kapható. Az Isoprinosine-nal szerzett tapasztalatok röviden a következők:

Közvetlenül gátolja vírusok szaporodását szövetnyerszövetekben; egereket és patkányokat megvéd letális dózisu influenza vírussal való fertőzés következményeitől (8, 9, 23). Hatásmechanizmusát magyarázhatja,

hogy gátolja a vírus mRNS translációját a gazdasejt riboszómáin, de nem gátolja a nem vírus eredetű RNS funkcióit (9). Az immunrendszerrel érintő fontosabb hatásai: in vitro fokozza a lymphocyták blasztoztranszformációját phytohaemagglutininre (2, 10), bár egymagában mitogén hatása nincs; fokozza a lymphocyták lymphotoxin szekrécióját (2); növeli az aktív T sejtek és az autológ vörösvérsejtekkel roztatt képező T sejtek arányát (28); gyorsítja a T lymphocytá receptor reszintézisét (18); erősíti a vírusfertőzés következtében szupprimált lymphocytá proliferációt mitogének jelenlétében (23); fokozza a makrofágok élesztőgombát fagocytáló képességét (28). Hatása tehát elsősorban az antigén behatás után, a sejt immunitás effektor funkcióinak fokozásában nyilvánul meg. Érdekes, hogy nem interferon inductor, de állítólag fokozza a hatását (4). *Hadden és mtsai* (10) szerint ugyanakkor nem befolyásolja említésre méltóan az intracelluláris ciklikus nukleotid rendszert. E vizsgálatok egy része még megerősítésre szorul.

Jó terápiás hatására — nagyrésztben kettős vak kísérletekkel is — hepatitisz infectiosában (6), herpesz zosterben (15), herpesz simplexben (7), influenza (15, 17) és kanyaróban (15) vannak adatok. Hazánkban több intézetben folynak kísérletek, de tudomásunk szerint Isoprinosine kezelés eredményei még nem kerültek közlésre. Klinikai megfigyeléseinket a betegek egyes immunológiai paramétereinek vizsgálatával egészítettük ki.

### Beteganyag és módszerek

Összesen 16 herpesz vírus fertőzésben szenvedő beteget kezeltünk Isoprinosine-nal: 10 esetben a diagnózis herpesz simplex labialis recidivans, 2 esetben herpesz simplex progeneralis recidivans, 4 esetben herpesz zoster volt. Az első két csoportban valamennyi betegnek gyakorlatilag folyamatosan, évek óta voltak herpeszes jelenségei (általában kettő vagy több eruptio egy időben). Helyi kezelésként előzőleg valamilyen nyien steroid tartalmú kenőcsöket (Ftorocort, Flucinar, Locacorten, Hydrocortison), szárító kezelést, dezinficienszt tartalmazó öblítőket kaptak, említésre méltó eredmény nélkül. Négy esetben a Morgalin, két esetben a Decaris kezeléssel is kísérlet történt, mely szintén hatástalannak bizonyult. Így ezek a betegek a spontán javulás valószínűtlensége miatt saját kontrolljaikként szolgálhattak. Tekintettel arra, hogy az új szer esetleges nem kívánt mellékhatásai még nincsenek teljesen földerítve és az előző kezelések lényegében placebo hatásúak voltak, egvelőre vak-vizsgálatot nem végeztünk. A zosteres betegek közül egy esetben krónikus lymphoid leukaemia, egy másik esetben pemphigus vulgaris volt az alapbetegség, ők előzőleg per os corticosteroid kezelésben részesültek. A másik két zosteres beteg előzőleg analgetikumokat és B-vitaminokat kapott.

Az Isoprinosine adagolása 6 napig, napi 4×3 tbl. formájában történt. Egy tbl. 500 mg hatóanyagot tartalmaz, így a teljes dózis 36 g volt. Valamennyi beteget előzetesen tájékoztattuk a kezeléstről és ehhez hozzájárulásukat kértük.

A kezelés előtt és után a következő immunológiai vizsgálatokat végeztük el. Lymphocytá markerek meghatározása perifériás vérből: T sejt szám (12), B sejt szám (26), Fc receptort hordozó lymphocyták száma (3). Aktív roztatt képező lymphocyták száma (27). Leukoctamigráció-gátlás tisztított tuberkulin antigén jelenlétében (20). Bőrpróba tisztított tuberkulin 5 egységével. A betegek klinikai állapotát legalább kétszer: egy, illetve két hónappal a terápia után ellenőriztük.

### Eredmények

A szinte folyamatosan recidiváló herpesz simplexben szenvedő 12 beteg közül Isoprinosine sze-

désére 10-nek az eruptiói vagy még a gyógyszer 6 napos szedése közben, vagy az abbahagyást követő egy-két napon belül meggyógyultak. Ez az állapot minden beteg esetében legalább az első kontroll idejéig, tehát egy hónapig tartott, öten még két hónap után is tünetmentesek voltak. A recidiváló esetek újabb kúrában részesültek, hasonlóan gyors eredménnyel. Nem volt biztonságosan megítélhető a hatásosság 2 esetben. A herpes zosteres betegek megítélése sokkal nehezebb, mégis talán biztató, hogy a javultnak minősített esetekben a bőrijelenések szóródásának abbamaradását észleltük még a szer szedése alatt (1. táblázat).

Laboratóriumi vizsgálatokkal lymphocytaszám-emelkedést észleltünk, melyet a T sejtek számának növekedése okozott. A populáción belül elsősorban az aktív rozettát képező lymphocyták aránya lett nagyobb. A csak kismértékben változott többi paramétert nem tüntettük fel külön (2. táblázat).

### Megbeszélés

Az Isoprinosine-nel kezelt dokumentált esetek száma az irodalomban közel 5000. Az egyes munkacsoportok különösen influenzában, varicellában, herpes simplexben és zosterban, hepatitisz infekcióban, víruspneumoniában számoltak be jó terápiás hatásról (Ref.: 6). A herpes kezelés eredményei annál is inkább figyelemre méltóak, mivel az eddigi lokális (steroid tartalmú kenőcsök, szárító-dezinficiens kezelés, jododexiuridin), illetve szisztémás (vakcinálás előtt herpes vírussal, hyperimmun gamma-globulin, Morgalin stb.) terápiás próbálkozások nem hoztak lényeges változást. Az általunk kezelt, a rendelkezésünkre állt korlátozott gyógyszer mennyiség által sajnálatosan behatárolt számú beteganyaggon meggyőző gyógyulását, ill. javulását észleltük a recidiváló herpes simplexeknek. A gyógyulás eseteink többségében időleges volt, de a recidiva is jól reagált egy ismételt kezelésre. Ezt jelentős eredménynek tartjuk egy hosszú ideje folyamatosan fennálló, eddig lényegében terápiarezisztens kórképben. Herpesben más munkacsoportok is ehhez hasonló eredményről számoltak be (6, 7, 15, 17). Lehetséges, hogy a dozírozás változtatásával az eredményesség fokozható.

Az immunológiai paraméterek viszonylag kismértvű változása valószínűleg azzal magyarázható, hogy a nem generalizált fertőzés nem okozott mélyebb immunosuppressziót, mely már laboratóriumi értékekben is tükröződött volna. A keringő — és ezen belül az aktív rozettát képező — T lymphocyták számának emelkedése mindenestre a

1. táblázat. Változások a beteg klinikai állapotában Isoprinosine szedés után

Diagnosis	Összesen	„Gyógyult”	Javult	Változatlan	Romlott
Herpes labialis recid.	10	8	0	2	0
Herpes progenitalis recid.	2	2	0	0	0
Herpes zoster	4	0	2	1	1

2. táblázat. Egyes immunológiai paraméterek változása Isoprinosine terápia után (átlag ± s.e.)

	Gyógyszerszedés előtt		után	
	Lymphocyta szám $\mu$ l	2100	±340	2500
T-lymphocyta (%)	53	± 4,0	62	± 3,1S
Aktív rozettát képező T-lymphocyta (%)	16	± 3,7	26	± 3,9S

S = p < 0,05

sejtes immunitás fokozódásának jeleként értékelhető (19, 27, 29).

Mellékhatásként egyszer észleltünk néhány napos hasi teltségérzést és fokozott gyomor-bél motilitást a 6 napos kezelés folyamán Glasky és mtsai néhány esetben nauseáról és a szérum húgysav szint átmeneti emelkedéséről számolnak be, utóbbi az inozin metabolizálódása normális jeleként értékelik (7).

Első kedvező eredményeink alátámasztják az Isoprinosine terápia hatékonyságát herpes vírus fertőzésben. Bár saját megállapításaink érvényét behatárolja, hogy egyelőre a rendelkezésünkre álló korlátozott gyógyszer mennyiség nem tette lehetővé nagyobb számú eset gyűjtését, figyelembe lehet venni, hogy sikeres therapiás kísérleteket, még „vak” kontrollós kísérleteket is, már többen közöltek (6, 7, 15, 17). Tekintettel arra, hogy egy új terápiás irányzat indul, indokoltnak érezzük az eredményekről szóló hazai beszámolót. Nagyon jelentős eredmény lenne, ha a gyógyszerrel sikerülne a herpesz, ill. a hepatitisz vírusperzisztenciát megszüntetni. A herpest illetőleg az a benyomásunk, hogy a rövid idejű kezeléssel ez nem mindig érhető el, az eruptio egy szünet útján újra jelentkezhet.

Az Isoprinosine további alkalmazási területe lehet az olyan immunosupprimált szervezet (lymphoretikuláris tumor, cytosztatikus terápia, besugárzás, immunodeficiencia stb. esetében), melyben fennáll a vírusfertőzés generalizálódásának veszélye. Pontos indikációs területét azonban csak kiterjedt klinikai tapasztalatok birtokában lehet majd körülhatárolni.

**Köszönetnyilvánítás.** A szerzők ezúton is köszönik Stocker H. dr. (Leclerc et Co., Schaffhausen, a Newport Pharmaceutical képviselője) és Fodor Zsuzsanna dr. (Simmelweis Orvostudományi Egyetem, Egyetemi Gyógyszertár) szíves segítségét a gyógyszer beszerzésében; és a Bőrgyógyászati Klinika orvosainak a betegek egy részének rendelkezésünkre bocsátását.

**Összefoglalás.** A szerzők 12, hosszabb ideje terápiarezisztens herpes simplex recidivansban (HSR) és 4 herpes zosterben szenvedő beteget kezelték Isoprinosine-nel (nemzetközi név: methisoprinol). A HSR betegek többségénél észleltek határozottan jó, de részben átmeneti terápiás hatást. A zosterben a hatás nehezebben mérhető. A vizsgált immunológiai paraméterek közül a T és az aktív T lymphocyták száma emelkedett a kezelés után. A kedvező kezdeti saját eredmények és külföldi tapasztalatok indokolják a kettős támadás-

pontú (antivirális és immunostimuláns) szer szélesebb körű hazai kipróbálását.

**IRODALOM:** 1. *Bauer, D. J., Apostolov, K., Selway, J. W. T.*: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1970, 173, 314. — 2. *Bradshaw, L. J., Summer, H. L.*: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1977, 284, 190. — 3. *Brain, P., Marston, R. H.*: Eur. J. Immunol. 1973, 3, 6. — 4. *Chany, C., Cerutti, I.*: Arch. Virol. 1977, 55, 225. — 5. *Ginsberg, T., Glasky, A. J.*: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1977, 284, 128. — 6. *Glasky, A. J., Kestelyn, J., Romero, M.*: In Proc. 7th Internat. Congr. of Pharmacol. Paris, 1978. — 7. *Glasky, A. J. és mtsai.*: In Proc. 9th Internat. Congr. of Chemother. London, 1975. — 8. *Glasky, A. J. és mtsai.*: In Combined immunodef. disease and adenosine deaminase defic. Eds.: Pickering, R. és mtsai. Acad. Press. N. Y. 1975. 157. o. — 9. *Gordon, P., Ronsen, B., Brown, E. R.*: Antimicrob. Agents Chemother. 1974, 5, 153. — 10. *Hadden, J. W., Hadden, E. M., Coffey, R. G.*: Infect. Immun. 1976, 13, 382. — 11. *Hadden, J. W. és mtsai.*: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1977, 284, 139. — 12. *Jöndal, M. és mtsai.*: J. exp. Med. 1972, 136, 207. — 13. *Jorden, G. W., Merigan, T. C.*: Ann. Rev. Pharmacol. 1975, 15, 157. — 14. *Karchmer, A. W., Hirsch, M. S.*: N. Engl. J. Med. 1973, 289, 912. — 15. *Lao, L.*

*M., Montes-Lao, M. L., Gonzales, Z.*: Philipp. J. Microbiol. Inf. Dis. 1977, VI, 35. — 16. *Lawrence, H. S.*: In Mechs. of Cell-Mediated Immun. Eds.: McCluskey, R. T., Cohen, S., J. Wiley and Sons, N. Y. 1974. 289. o. — 17. *Longley, S., Dunning, R. L., Waldman, R. H.*: Antimicrob. Agents Chemother. 1973, 3, 506. — 18. *Nékám K.*: nem közölt adat. — 19. *Nékám K.*: In Orv. tud. Aktuális Problémái. 1976, 24, 99. — 20. *Nékám K. és mtsai.*: Clin. exp. Immunol. 1977, 27, 416. — 21. *Renoux, G.*: Pharmac. Ther. 1978, 2, 397. — 22. *Schultz, R. M., Papamathakis, J. D., Chirigos, M. A.*: Science. 1977, 197, 674. — 23. *Simon, L. N. és mtsai.*: In Current Chemotherapy, Proc. Tenth Int. Congr. Chemother. Ed.: Siegenthaler, W., Luthy, R. 1977, 366. o. — 24. *Stevens, D. A. és mtsai.*: N. Engl. J. Med. 1973, 289, 873. — 25. *Weinstein, L., Chang, T.*: N. Engl. J. Med. 1973, 289, 725. — 26. WHO/IARC Workshop Report: Scand. J. Immunol. 1974, 3, 521. — 27. *Wybran, J., Fudenberg, H. H.*: J. Clin. Invest. 1973, 52, 1026. — 28. *Wybran, J., Govaerts, A., Appelboom, T.*: N. Engl. J. Med. 1973, 288, 710. — 30. *Wybran, J. és mtsai.*: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 249, 300.

# DECARIS

## Anthelminthicum

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tabl. 50 mg, ill. 150 mg levamisolumot tartalmaz (sósavas só alakjában).

**JAVALLATOK:** Ascariasis, horogféreg-fertőzések.

**ADAGOLÁS:** A Decaris-kezelés a diagnosztikai székletvizsgálat utáni egyszeri orális adagból áll.

**Felnőtteknek:** 1 db 150 mg-os tablettát adandó.

**Gyermekeknek:** Gyermekek adagja a testsúly alapján határozandó meg, az elvi adag 2,5 mg/testsúlykilogramm. Szokásos adag: 8–10 kg-os gyermekeknek  $\frac{1}{2}$  tablettát (50 mg-os), 10–20 testsúlykg-ig  $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ –1 tablettát (50 mg-os) egy alkalommal. Célzerű a gyógyszer ezt bevenni. Hashajtó adása a Decaris-kezelés után nem szükséges! — Ha az ellenőrző székletvizsgálat indokoltá teszi, akkor az első kezelés után két héttel megismételhető a Decaris adása. Lypophyl anyagoknak (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopódiumolaj, kloroform, éter stb.) Decarisszal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

**MELLÉKHATÁS:** A javasolt terápiás dózisban nem okoz panaszokat. Magasabb adagoknál kiskökű náusea vagy hányás, fejfájás, diarrhoea átmeneti jelleggel előfordulhat.

**MEGJEGYZÉS:** ✖ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

### CSOMAGOLÁS

2 db 50 mg-os tablettát                      térítési díja: 2,- Ft  
1 db 150 mg-os tablettát                      térítési díja: 2,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



A THERMOFLUX automata  
kézszárító készülék  
kiválóan alkalmas  
kórházakban és orvosi  
rendelőintézetekben,  
ahol egyéni rendeltetésű  
törülköző nem alkalmazható  
higiénikus kézszárítás  
céljára. Működése teljesen  
automatikus: sem be-  
sem kikapcsolni nem kell.



Gyártja:

**IPARI MŰSZERGYÁR, IKLAD**

2170 Aszód Pf: 2 Telefon: Aszód 60.

Forgalomba hozza: **RAVILL KERESKEDELMI VÁLLALAT**



**ÉS A VIDÉKI VAS- ÉS MŰSZAKI  
KERESKEDELMI VÁLLALATOK**



Országos Onkológiai Intézet  
(főigazgató: Eckhardt Sándor dr.),  
Sebészeti Osztály  
(főorvos: Besznák István dr.),  
Simmelweis Orvostudományi Egyetem,  
I. Kórbonctani Intézet  
(igazgató: Lapis Károly dr.)

## Intrathoracalis vagus neurofibrosarcoma

Besznák István dr., Tóth László dr.  
és Szende Béla dr.

A mediastinális tumorok közül a neurogen eredetűek nem ritkák, a nervus vagus intrathoracalis szakaszából kiindulók viszont irodalmi ritkaságszámba mennek. Az irodalmat áttekintve esetünk a 43. tumor, amely a bolygóideg intrathoracalis szakaszából indult ki (l. táblázat), s mindössze a 4., amely malignusnak bizonyult. Ezek közül kettőt boncolás során fedeztek fel, mindkettőnél távoli metastasist találtak. A másik kettőt műtét kapcsán távolították el.

*Redlich* (23) 1926-ban közölt elsőként a nervus vagus intrathoracalis szakaszából kiinduló neurofibrosarcomát. A hátsó mediastinumban elhelyezkedő tumort előben diagnosztizálták. Boncolás során 16×11×9 cm nagyságú, a tracheát dislocáló és komprimáló, a j. o. nervus vagusból kiinduló tumort találtak. A bal tüdőben és a jobb mellékvesében metastasist fedeztek fel.

*Hamperl* (13) 1927-ben a jobb nervus vagusból kiinduló fibrosarcomát írt le 39 éves nőnél. Az elváltozás a légső lassú compressióját és fulladást okozott.

*Parella* (20) 1950-ben 51 éves férfi esetét ismertette. A jobb nervus vagusból kiinduló tumor részben a nyakon, részben az elülső, felső mediastinumban helyezkedett el. A műtét során eltávolított tumor neurofibrosarcomának bizonyult. Mivel a daganat a nervus recurrens eredése fölött helyezkedett el, a betegnél jobb oldali hangszalagbénulás maradt vissza.

A nervus vagus daganatainak klinikai tünetei jellegtelenek. Az esetek egy részében a betegek tünetmentesek és csak mellkas szűrő röntgenvizsgálat során derül fény a mediastinális elváltozásra. Így volt ez saját esetünkben is. Más esetekben bizonytalan mellkasi fájdalmak, köhögés, rekedtség,



1/a ábra: A mediastinális tumor p. a. röntgenképe  
1/b ábra: Oldalirányú röntgenfelvétel + oesophagogramm

esetleg légzési-nyelési zavar, epigastralis fájdalom hívja fel a figyelmet a mediastinális térszűkítő folyamatra (2, 15). A tumorhoz 12 alkalommal társult Recklinghausen-féle neurofibromatosis. A daganat benignus vagy malignus volta csak szövettani vizsgálattal dönthető el. Kezelésük csak műtéti lehet. Műtéti behatolásként a localisatiótól függő típusú thoracotomia választandó. Ha a tumor a nyakra is terjed collaris és parasternalis metszést végeznek a clavicula, valamint az I—II. borda resectiójával (20). A nervus recurrens eredése alatt elhelyezkedő tumorok eltávolítása lényeges következményeket nem okoz. Kétoldali tumor esetén a nervus vagus átmetszését egyik oldalon ajánlatos a n. recurrens eredése alatt végezni. Ugyanis *Feldmann* és *Morrison* (9) vizsgálati szerint a kutya vagusának nyakon történő bilaterális átmetszése halálos. A daganat eltávolítása után a betegek általában gyógyulnak. A recidiva ritka a prognózis jó.

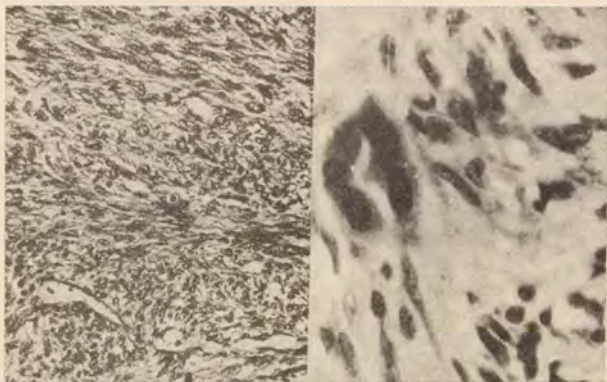
### Esetismertetés

32 éves férfi mellkasi elváltozását szűrővizsgálattal fedezték fel. A beteg tünet- és panaszmentes volt. Fizikális vizsgálat során, laboratóriumi leleteiben, EKG-jén kóros elváltozást nem találtunk. Mellkas röntg-átvilágítás és felvétel: a középpárnyék felső és középső részét balra két lüdtőjásnyi árnyék szélesíti ki. Az elváltozás az aorta isthmicus részére, az aorta descendens proximális szakaszára ráfekszik, annak pulsatióját átveszi. A tumor a nyelősövet jobbra és hátrafelé ívelten dislocálja (1/a, 1/b ábra). Aortographiával



2. ábra: Az eltávolított tumor makroszkópos képe

Szerző	Nem	Kor	Tumor szövettan	Neurofibromatosis	Tumor helye
1. Redlich (23)	?	?	neurofibrosarcoma	?	J.o.n.vagus
2. Hamperl (13)	nő	39 é.	neurofibrosarcoma	?	J.o.n.vagus
3. Walzel (29)	ffi	55 é.	neurofibroma	?	J. o. n. vagus
4. Blades és Dugan (3)	ffi	35 é.	neurofibroma	igen	B.o.n.laryng. inf. alatt multiplex
5. Efskind és Liavaag (8)	nő	52 é.	neurinoma	nem	?
6. Efskind és Liavaag (8)	ffi	35 é.	neurinoma	nem	B.o.n.laryngeus
7. Parella (20)	ffi	51 é.	neurofibrosarcoma	nem	J.o.cervicothorac.
8. Gerbode és Marguiles (11)	ffi	24 é.	neurofibroma	igen	B.o.vagus és recurrens multiplex
9. Gilbertsen és Lillehei (12)	ffi	40 é.	neurofibroma	nem	Bilat.n.recurrens alatt és fölött
10. Wense (30)	ffi	43 é.	neurofibroma	nem	B.o.n.recurrens környék
11. Tuttle, Sanai és Harms (28)	ffi	30 é.	neurofibroma	nem	B.o.n.recurrens alatt
12. Penido és mtsai (21)	ffi	6 é.	neurofibroma	igen	B.o.vagus középső részén, multiplex
13. Penido és mtsai (21)	nő	39 é.	schwannoma	nem	B.o.
14. Penido és mtsai (21)	nő	56 é.	schwannoma	nem	J.o.
15. Penido és mtsai (21)	ffi	30 é.	schwannoma	nem	J.o.
16. Davis és Brown (6)	nő	66 é.	neurofibroma	nem	B.o.n.recurrens alatt
17. Pampari és mtsai (9)	nő	67 é.	neurofibroma	igen	J.o.n.recurrens alatt
18. Carey és mtsai (5)	nő	45 é.	schwannoma	nem	B.o.n.recurrens
19. Carey és mtsai (5)	?	?	schwannoma	nem	B.o.n.vagus
20. Carey és mtsai (5)	?	?	schwannoma	nem	J.o.n.vagus
21. Obermann és Abell (18)	?	?	neurofibroma	?	?
22. Obermann és Abell (18)	?	?	neurofibroma	?	?
23. Byron (4)	?	?	neurofibroma	?	J.n.vagus
24. Ecker és mtsai (7)	ffi	35 é.	neurilemmoma	nem	B.n.recurrens involv.
25. Ecker és mtsai (7)	ffi	47 é.	neurofibroma	igen	J. carina fölött
26. Ecker és mtsai (7)	nő	30 é.	neurofibroma	igen	B.aortaív alatti részből
27. Gayola és mtsai (10)	ffi	35 é.	neurofibroma	nem	J.n.recurrens alatt
28. Saegesser és Boumghar (24)	nő	29 é.	neurofibroma	nem	J.o.
29. Saegesser és Boumghar (24)	ffi	31 é.	neurofibroma	nem	J.o. kettős tumor
30. Besznyák és mtsai (1)	ffi.	43 é.	neurinoma	nem	B.n.recurrens fölött
31. Moehling és Jarkowski (16)	ffi	17 é.	neurilemmoma	nem	J.felső mediast. aorta asc. mellett
32. Schwieringa (26)	?	?	neurofibroma	nem	?
33. Schwieringa (26)	?	?	neurofibroma	nem	?
34. Höhmann és Gebhardt (14)	ffi	44 é.	neurofibroma	igen	J.n.vagus
35. Höhmann és Gebhardt (14)	nő	3 é.	neurofibroma	nem	Mko.n.vagus
36. Newman és So (17)	ffi	18 é.	neurofibroma	igen	Mko.n.vagus
37. Strickland és Wolverson (27)	ffi	32 é.	neurofibroma	igen	B.vagus
38. Strickland és Wolverson (27)	nő	21 é.	neurofibroma	igen	B.vagus
39. Strickland és Wolverson (27)	ffi	61 é.	neurilemmoma	nem	B.n.vagus
40. Sarin és mtsai (25)	nő	22 é.	neurofibroma	igen	B.vagus, multiplex
41. Procházka és Kovár (22)	nő	16 é.	neurofibroma	nem	J.n.vagus
42. Zorbes (31)	ffi	24 é.	neurofibroma	igen	B.o.
43. saját eset	ffi	32 é.	neurofibrosarcoma	nem	B.n.vagus



3/a ábra: Az eltávolított tumor mikroszkópos képe (haematoxylin-eosin festés, 40× nagyítás)

3/b ábra: A daganatban polymorphia, oszló alakok figyelhetők meg (haematoxylin-eosin festés, 240× nagyítás)

megállapítható, hogy az aorta mellkasi szakasza szabályos tágasságú, a lumen ép. Az isthmus magasságában, valamint a lezálló szakasz proximális része mellett 1–1 ökölnyi, ívelt határú, az aortát nem dislocáló lágyrészárnyék látható. Mindezek alapján műtétet végeztünk. Az 5. bordaközben végzett bal oldali standard thoracotomia során kiderül, hogy a hátsó, középső mediastinumban több részletből álló, összességében 450 g súlyú, kp. tömött, sárgásfehér idegen szövetből álló képlet helyezkedik el, amely a nervus vagussal van kapcsolatban. Az egyik nagyobb rész az „aorta ablakon” át a bal mellkasfélbe domborodik, mintegy női ökölnyi. Másik része több almányi, diónyi részletből áll, ez a nyelődésig terjed. Tokjukat behasítva eltávolításuk lényeges nehézségbe nem ütközik, mivel környezetüket nem infiltrálják.

Kórszövettani vizsgálat: két ökölnyi és egy mandulányi egyenetlen, göbös felszínű, tokba zárt képlet (2. ábra). Állományuk tömött, szürkésfehér, rostos, köteges szerkezetű. Vaskos kötőszövetes tokon belül daganatos brujánzás figyelhető meg. Az állomány többségében sejtdús, máshol rostos felépítésű, a rostok változó vastagságú, örvénylő nyalábokat képeznek. A sej-


tek magja hosszúkás, orsó alakú, viszonylag kicsi. Egyes területeken vaskosabb collagenrost-nyalábok, másutt sejtszegényebb, fellazult szerkezetű, myxomatousan átalakult szövet látható. A sejtek köteges, nyálkszerű elrendeződést mutatnak, néhol kifejezett polymorphia jeleivel (3/a ábra). Magjaik megnagyobbodtak, hyperchromak, sok helyen bizarr alakúak. A sejtdúsabb részletekben viszonylag sok oszlo alak ismerhető fel (3/b ábra). Az állományban helyenként gócos lymphocytás beszűrődés látszik. Az elváltozás neurofibrosarcomának felel meg.

A postoperatív szak zavartalan, a beteg a műtét után 14 nappal elsődlegesen gyógyult sebbel hagyja el osztályunkat. A műtét után 2 évvel végzett control vizsgálat alkalmával tünet- és panaszmentes.

**Összefoglalás.** Szerzők 32 éves férfi b. nervus vagusának intrathoracalis szakaszából kiinduló neurofibrosarcomáját ismertetik. Esetük a 4. a világirodalomban. Összefoglalják a nervus vagus mellkasi szakaszából kiinduló tumorokat. Részletezik a korábban ismertetett 3 malignus esetet.

**IRODALOM:** 1. *Besznyák I., Padányi A., Pintér E.:* Thoraxchirurgie. 1966, 16, 210. — 2. *Blades, B.:* The Mediastinum in Gibbon, J. H. Jr.: Surgery of the Chest. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, 1962. 284. o. — 3. *Blades, B., Dugan, D. J.:* J. Amer. med. Ass. 1943, 123, 409. — 4. *Byron, cit. Spain, D. M.:* Diagnosis of Tumours of the Chest. Grune and Stratton, New York, London, 1960, 162. o. — 5. *Carey, L. S. és mtsai:* Amer. J. Roentgenol. 1960, 84, 189. — 6. *Davis, C. Jr., Brown, G.:* J. thorac. Surg. 1957, 33, 532. — 7. *Ecker, R. R., Timmes, J. J., Miscall, L.:* AMA Arch.

Surg. 1963, 86, 222. — 8. *Efskind, L., Liawaag, K.:* J. thorac. Surg. 1950, 20, 13. — 9. *Feldmann, M., Morrison, S.:* Rev. Gastroenterol. 1950, 17, 344. — 10. *Gayola, G., Janis, M., Weil, P. H.:* J. thorac. Cardiovasc. Surg. 1965, 49, 412. — 11. *Gerbode, F., Marguiles, G. S.:* J. thorac. Surg. 1953, 25, 429. — 12. *Gilbertsen, V. A., Lillehei, C. W.:* J. thorac. Surg. 1954, 28, 78. — 13. *Hamperl ref. Zbl. Chir. 1927, 54, 2403.* — 14. *Höhamann, H., Gebhardt, Ch.:* Zbl. Chir. 1970, 95, 986. — 15. *Linder, M., Schamaun, E.:* Thoraxchirurgie. 1964, 11, 391. — 16. *Moehlin, R. C., Jarkowski, T.:* J. Mich. State Med. Soc. 1964, 63, 442. — 17. *Newmann, A., So, I. K.:* Amer. J. Roentgenol. 1971, 112, 389. — 18. *Obermann, H. A., Abell, M. R.:* Cancer. 1960, 13, 882. — 19. *Pampari, D., Lacerenza, C., Emilia, R.:* Surgery. 1959, 45, 470. — 20. *Parella, G. S.:* New Engl. J. Med. 1950, 242, 324. — 21. *Penido, J. R. F. és mtsai:* Staff. Meet. Mayo Clin. 1957, 32, 239. — 22. *Procházka, J., Kovar, J.:* Z. Erkr. Atm. 1975, 142, 233. — 23. *Redlich, F. cit. Graham, E. A., Singer, J. J., Ballon, H. C.:* Surgical Diseases of the Chest, Lea and Febiger, Philadelphia, 1935. 234. o. — 24. *Saegesser, F., Boumghar, M.:* Thoraxchirurgie. 1966, 14, 307. — 25. *Sarin, G. L., Bennett, M. H., Jackson, J. W.:* Brit. J. Dis. Chest. 1974, 68, 46. — 26. *Schwieringa, J.:* Med. T. Geneesk. 1960, 110, 2019. cit. Zbl. Chir. 1970, 95, 986. — 27. *Strickland, B., Wolverson, M. K.:* Thorax. 1974, 29, 215. — 28. *Tuttle, W. M., Sanai, V., Harms, H. P.:* J. thorac. Surg. 1956, 31, 632. — 29. *Walzel, P.:* Arch. klin. Chir. 1931, 163, 626. cit. Zbl. Chir. 1932, 59, 1071. — 30. *Wense, G.:* Wien. klin. Wschr. 1954, 66, 48. — 31. *Zorbes, J. A. és mtsai:* Milit. Med. 1977, 142, 384.

az  BEMUTATÓTERMÉBEN

(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

## FIZIKÓTERÁPIA ÉS BALNEOLÓGIA KÉSZÜLÉKEI

Kiállítás

1980. június 16–július 14-ig

naponta 9-16 óráig

**szombat-vasárnap zárva**

## Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1980. március havi fertőző megbetegedésekről

Az enterális fertőző betegségek közül márciusban mintegy 20%-kal több salmonellosis fordult elő, mint februárban, három étel útján terjedt, jelentősebb járvány (Győr, Paks, Zalaegerszeg) következtében. Az eseteknek 65%-a ezekből a járványokból adódott. Lényegében nem változott a dyspepsia coli megbetegedések száma. Valamelyest csökkent a dysenteria és a hepatitis infectiosa, az előbbi mintegy 25%-kal, az utóbbi 30%-kal volt alacsonyabb a mediánnál. Márciusban kb. 50%-kal kevesebb hepatitist jelentettek be, mint 1979. azonos időszakában.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek közül kiemelendő, hogy Budapesten és Nemesgulácson (Veszprém m.) 1—1, laboratóriumi vizsgálattal megerősített diphteria megbetegedés fordult elő. A scarlatina megbetegedések száma a jellemző szezonálisnak megfelelően márciusban tovább csökkent, de az 1979/80. évi ciklus következtében így is kb. 60%-kal haladta meg a mediánt. Kevesebb morbilli esetet jelentettek be a mohácsi (Baranya m.) járvány befejeződése következtében. A betegségre jellemző szezonálisnak megfelelően kissé emelkedett a rubeola és mumps megbetegedések száma, de a mumps eseteké mintegy 40%-kal alacsonyabb volt az előző évinél, a rubeoláé pedig csupán 1,2%-át tette ki az előző évi hatalmas járvány tetőzése idején, márciusban előfordult eseteknek.

**Influenza és influenzaszerű megbetegedések.** Február végétől kezdődően az ország területén gyakoribbá váltak az influenzaszerű megbetegedések. Márciusban gyakorlatilag az ország egész területén előfordultak sporadikus megbetegedések, közösségi és kisebb községi halmozódások. Ez utóbbiakra jellemző volt, hogy lokalizáltak maradtak; nem bontakozott ki belőlük jelentősebb járvány még akkor sem, ha a virológiai vizsgálatok igazolták, hogy a kórokozó az influenzavírus volt. A hónap folyamán különböző időszakokban 8 KÖJÁL vezette be illetékességi területén az influenza-jelentésszolgálatot. E KÖJÁL-ok, valamint a fővárosi KÖJÁL influenza surveillanace adatai összesen kerek számban 130 ezer beteget jeleztek. A jelentő KÖJÁL-ok adatai szerint a járványgörbe Békés megyében a 10., Szolnok megyében a 11., a fővárosban a 11—12. héten, Heves és Tolna megyében a 13. héten, a többi megyében (Baranya, Győr-Sopron, Szabolcs-Sz.) a 12. héten tetőzött. Öt KÖJÁL közölte a betegek kor szerinti megoszlását is. Ezek a területeken az eseteknek mintegy egyharmada az 1—14 éves korúak közül került ki. A megyékben a betegeknek kb. 30%-át vették táppénzes állományba. Február közepétől március végéig az OKI Víruskutató osztályán, és a KÖJÁL-ok Víruslaboratóriumában 40 influenza A (H3N2) és 6 influenza B törzset izoláltak, melyek identifikálását az OKI Víruskutató osztálya, mint a Nemzeti Influenza Központ végezte el. A vírusok antigén szerkezetének pontos meghatározása még folyamatban van. Influenza B vírust csak a fővárosi és Pest megye területéről, influenza A vírust a fővárosból és 9 megye területéről izoláltak.

**Salmonellosis.** A Zala megyei KÖJÁL március 7-én a Megyei Kórház Fertőző osztályától értesült arról, hogy a zalaegerszegi ruhagyár dolgozói között ételfertőzés történt. A haladéktalanul megkezdett komplex járványügyi és higiénés vizsgálat során megállapították, hogy az általában jó higiénés állapotú üzemi konyháról 982 személy étkezik rendszeresen. A járványban összesen 48 beteget derítettek fel, akik kivétel nélkül a március 4.-i ebédre kiszolgált, nem kellően hőkezelt, tojásos-túró krémmel töltött zsemlet fogyasztottak, melyből összesen 300 adag készült. 32 betegnél a klinikai tünetek március 5-én kezdődtek, az üzemorvos azonban, aki maga is az első betegek között volt, az esetek azonnali jelentését elmulasztotta. Nem tett jelentést sem az öt helyettesítő orvos, sem az üzemeltető. Nehezítette a kivizsgálást az is, hogy az érintett konyhán a megbetegedésekről tudomást szereztek, azonnal fertőtlenítő nagytakarítást végeztek,

még mielőtt a közegészségügyi szerveknek jelentették volna. Az epidemiológiai és bakteriológiai vizsgálatok az egységes aetiológiát, és terjesztő tényezőt igazolták. 41 beteg és 34 tünetmentes személy székletéből azonos fajtájú *S. enteritidis* volt kimutatható. Bár a gyanúsított ételminta laboratóriumi vizsgálata negatív eredménnyel zárult, a fertőzést terjesztő szerepét bizonyította, hogy valamennyi beteg és tünetmentes ürítő ezt fogyasztotta. Az ételfertőzés időben történő bejelentésének elmulasztásáért az illetékeseket felelősségre vonták.

**Morbill.** 1975 óta a 21 000 lakosú Mohácson (Baranya m.) alakult ki az ország második jelentősebb morbilli járványa. 1979. november vége—1980. március közepe között 52, zömmel típusos klinikai lefolyású, savópárok vírusszeroológiai vizsgálatával is igazolt morbilli megbetegedés került felderítésre. Hét közösségben (iskola, óvoda) alakult ki kisebb halmozódás. A megbetegedettek — 9 kivételével — a morbilli kezdete előtt 2—9 évvel védőoltásban részesültek. Közel felük (44%) az 1973. évi kampány során került oltásra és csaknem 60%-uk ekkor 14 hónaposnál fiatalabb volt. Életkoruknál fogva 5 gyermek még nem kaphatott kanyaró vakcinát. Az oltatlanok között volt három 13—14 éves tanuló valamint egy 22 éves felnőtt. A helyszíni járványügyi vizsgálatok során nem találtak olyan kirívó helyi hiányosságokat, melyekkel a járvány létrejöttét magyarázhatták volna. A városban a kötelező védőoltásokat minden évben igen magas (98—99% feletti) arányban végezték el. Ennek szerepe volt abban, hogy a járvány elhúzódó jelleggel zajlott le (novemberben 4, decemberben 15, januárban 22, februárban 10, márciusban 1 eset) és hogy viszonylag korlátozott méretű volt a gyermekpopuláció morbiditása (1,2%). A kanyaró elleni védőoltások utáni ellenanyagszint, valamint az immunitás időtartamának meghatározása érdekében, Baranya megye északi részén 580, védőoltásban részesült 2—12 éves gyermek szeroepidemiológiai vizsgálatára került sor. Ebből kiderült, hogy az 1973. évi kampány során oltottak morbilli vírus elleni HAG ellenanyag-titerének geometriai átlaga lényegesen alacsonyabb volt, mint a többi kampány, ill. folyamatos oltás keretében oltottaké. Ezek a tapasztalatok arra hívták fel a figyelmet, hogy szélesebb körű szeroepidemiológiai vizsgálatokkal tanulmányozni kell a morbilli elleni védőoltás hatásának időtartamát és az ellenanyagszint alakulását.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1980. március+

Betegség	Március			Január 1—március 31.+		
	1980	1979	Medián 1974-78	1980	1979	Medián 1974-78
Typhus abdominalis	—	2	4	1*	7	8
Paratyphus	—	—	1	—	—	1
Salmonellosis	412	278	215	1 056	752	632
Dysenteria	362	358	456	1 192	1 057	1 445
Dyspepsia coli	49	62	79	119	130	251
Hepatitis infectiosa	425	656	562	1 553	1 954	1 888
Poliomyelitis	—	—	—	—	2	—
Diphtheria	2	—	—	2	—	1
Scarlatina	2 083	1 493	1 279	6 787	4 434	3 170
Morbill	23	59	40	83	205	108
Rubeola	746	46 146	1 252	2 131	86 521	2 562
Parotitis epidemica	4 752	7 345	4 965	13 873	19 607	13 588
Pertussis	1	10	3	4	17	8
Meningitis epid.	11	6	5	30	22	18
Meningitis serosa	37	54	23	98	127	68
Encephalitis inf.	18	9	6	43	41	21
Mononucleosis inf.	58	57	45	156	154	125
Keratoconj. epid.	2	17	4	4	29	8
Malaria	—	1*	—	1*	3*	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	28	27	23	64	66	82
Tetanus	1	3	2	8	6	8
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	7	6	4	12	8	23
Leptospirosis	3	2	3	9	4	5
Tularémia	2	2	—	2	6	4
Ornithosis	—	—	2	—	—	1
Q-láz	3	9	—	11	9	—
Lyssa	—	—	—	—	—	—
Taeniasis	3	7	8	14	14	17
Trichinellosis	4	—	—	64	—	—
Lyssa fertőzésre gyanus sérülések	132	195	183	396	545	478

\* Előzetes, részben tisztított adatok \* Importált esetek



## BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

### Tanulmányút Kubában.

Az Eü. Minisztérium által meghirdetett pályázat alapján 1980. január 10-től február 7-ig tartózkodtam Kubában a gyermeksebészet ottani szervezetének és egyes speciális problémáinak tanulmányozása céljából.

Kubában a gyermeksebészet igen jól, gazdaságosan szervezett, az egyes intézmények műszerezettségére korszerű és szakmai vezetői maximálisan tájékozottak a különböző országokban a gyermeksebészet területén elért legújabb eredményekről és mindezt alkalmazták.

A gyermekpopuláció  $3\frac{1}{2}$  millió, melynek potenciális sebészeti ellátására minden anyagi és szervezeti feltétel biztosított. Az ellátásra gyermekkorházakat szerveztek, ezek keretén belül működnek a gyermeksebészeti osztályok. Az országban levő 14 gyermeksebészeti osztályból 7 van Havannában kb. 600-as ágylétszámmal (Havanna lakóinak száma mintegy 2 millió) és 7 vidéken. A vidéki ellátásban, ahol még nem sikerült gyermeksebészeti osztályt szervezni, az általános sebészeti osztályok is részt vesznek a gyermekek számára fenntartott ágyakkal a sebészeti ellátásban. (Összehasonlításképpen: Budapesten 5, vidéken 3 gyermeksebészeti osztály van és vidéken nálunk is vannak gyermeksebészeti ellátást nyújtó kórházak.) Az osztályok közül 9 a kiemelt ellátást élvező ún. oktató kórházakban működik. Az osztályok munkájának megszervezéséről, összehangolásáról, szakmai irányításáról, a gyermeksebészeti hálózat további kiépítéséről a minisztérium szakmai tanácsadója gondoskodik. A gyermeksebészetben további szakosodás is kialakulóban van (orthopédia, urológia stb.).

Több intézet meglátogatása mellett időm legnagyobb részét a havannai „William Soler” kórházban töltöttem, melynek gyermek-orthopédiai és traumatológiai, általános sebészeti, urológiai, égési és újszülöttsebészeti osztályai vannak. Rendkívül impresszionáló volt az újszülöttkori fejlődési rendellenességeket ellátó osztály munkája, ahová Havannából és környékéről koncentrálnak az ilyen jellegű beteganyagot. A beteganyag összegyűjtése lehetővé teszi az anyagi erők gazdaságosabb felhasználását, az orvosok számára nagy tapasztalat megszerzését, az eredményesebb postoperatív kezelést és a legkorszerűbb intenzív ellátást. Az osztály boxos rendszerű, műtét után minden beteg japán gyártmányú inkubátorba kerül, kellő

száma lélegeztető gép áll rendelkezésre, képerősítő, portabilis, megfelelő teljesítményű röntg-készülék stb. Az osztályon a gyermekgyógyászok, gyermeksebészek, aneszteziológusok, szükség szerint egyéb speciális képzettségű szakemberek összehangolt munkája valósult meg. 1979-ben 47 újszülöttkori műtétet végeztek, ebből 14 halt meg. A 47 műtétből az év folyamán pl. 12 volt anorectalis malformatio, 7 oesophagus atresia, 2 meconium peritonitis miatt végzett operáció. Ott-tartózkodásom két és fél hete alatt alkalmam volt egy Kasai-műtétet látni, 2 oesophagus atresia, 1 rectum atresia miatt végzett műtétet, mely úgy gondolom, jól érzékelteti az osztály forgalmát. Fotólaboruk van, két patológus is tartozik munkacsoportukba, akik pl. egy Hirschsprung-betegséggel kezelt gyermek esetében több mint száz metszet vizsgálata alapján mondanak véleményt. Tudományos munkásságuk tárgya jelenleg a kongenitális diaphragma herniák esetében a tüdő terület egységkénti alveolus-számának vizsgálata a betegség prognózisának szempontjából és a biliaris atresia.

Meglátogattam a havannai endoszkópos centrumot is. Több mint 47 000 endoszkópiás vizsgálatot végeztek, összesítették az országban végzett 120 000 endoszkópia adatait. Halálos szövödményük öt volt légembolia következtében. Gyermekekben is kiterjedten végzik az endoszkópiás, laparoszkópiás vizsgálatokat. Az indikációs terület igen kiterjedt, laparoszkópiára pl. hasi panaszok tisztázása céljából is sor kerül. Az indikációs területet több gyermeksebészettel kritikai szellemben megvitatta arra a megállapításra jutottunk, hogy az újszülöttek esetében legnagyobb segítséget a gyakorlat számára a biliaris atresia területén jelenti. A májpunkciós vizsgálatokat is laparoszkóp ellenőrzése mellett végzik, gyakorlatilag szövödmény nélkül. (Japán endoszkópokat, nyugatnémet laparoszkópokat használnak.)

Az általános sebészeti osztályon 1979-ben 950 műtétet végeztek, halálozásuk  $1,5\%$  volt. Perforált appendicitis esetén leghatásosabb antibiotikumnak a chloramphenicol tartják, agranulocytosist egyetlen esetben sem észleltek.

Az urológiai osztály tapasztalatai alapján előnyben részesítik a reflux megoldására szolgáló műtétek közül a Gregoár-műtétet, a hypospadiasis megoldására a Denis-Brown-műtétet a pubertás után végzik. Álláspontjuk szerint így biztosítható a penis normális nő-

vekedése és kevesebb a szövödmény. A retentio testis megoldásakor mindig elvégzik a funiculust, a vasa epigastrica alá való helyezését, így megrövidítve útját és a herét a scrotum megnyitása nélkül fixálják.

A kubai kollégák rendkívül szívesek voltak és szívesen építettek ki a lengyel és NDK gyermeksebészek mellett jó személyes és szakmai kapcsolatokat a magyar gyermeksebészekkel is. (Szervezett kölcsönös látogatások, tapasztalatcserék.) Úgy érzem, ez gyümölcsöző lenne számunkra is. Megállapodtunk a kölcsönös levelezési kapcsolatban, egymás tudományos eredményeiről való tájékoztatásban és tudományos közlemények kölcsönös cseréjében.

Molnár Dénes dr.

### Az NDK Belgyógyász Társaságának 12. kongresszusa (Lipcse, 1980. febr. 11—14.)

A lipcsei Kongressshalle-ban mintegy 1000 résztvevő jelenlétében nyitotta meg a hallei Seige professzor a társaság 12. kongresszusát. Üdvözlő beszédében Tötman asszony, az egészségügyi miniszter helyettese részletesen beszélt az NDK egészségügyéről, az integráció megvalósításáról, az épülő új kórházokról, az egészségügyi intézményekben folyó magasszintű munkáról. Megemlítette, hogy 4000 belgyógyász tevékenykedik a gyógyítás különböző területein, kongresszusaik egyre jobban látogatottak külföldről is. A szocialista államok most is küldöttségekkel képviselték magukat (hazánk belgyógyász társaságát Brenner, de Chätel és e sorok írója képviselte), de voltak kollégák az NSZK-ból és Svájcban is.

Az ízléses programfüzet borítólapját az 1700-as évek Lipcséjének rézkarcra díszítette, ezt minden résztvevő megkapta jelentkezéskor a másorra tűzött előadások összefoglalóját tartalmazó könyvecskével együtt.

Az előadások és posterek, melyek száma a Karl-Marx-Stadt-i Zimmermann prof. zárszavai szerint 115, illetve 100 volt, valamint 3 ke-rekasztal-beszélgetés a vesebetegségek, a hypertonia, a rheumatikus betegségek, továbbá a gastroenterológia témaköréhez csatlakoztak, kisebb számban hangzottak el klinikai patofiziológiai és ún. szabad témájú előadások. A déli szünetben előre kijelölt beszélgető partnerekkel a hallgatóság 1 órán át kötetlenül vitázhatott, kérdezhetett az említett témák gyakorlati vonatkozásairól.

A hallgatóság érdeklődése csaknem végig egyenletes volt, de talán a hypertonia kérdésével foglalkozó előadásokat hallgatták a legtöbben. Az előadások zömmel összefoglaló jellegűek voltak, új irodalmi adatokra támaszkodtak, számon említették a terapiában az

NDK-beli béta blokkoló Obsidan és vasodilatator hydralazin, a Depressan kombinációját. A hipertóniával foglalkozó előadások között hallhattuk a nemzetközi hírű két svájci szaktekinetely, Bühler és Siegenthaler előadását is. Bühler is a béta-blokkolók tartós használatával foglalkozott, Siegenthaler pedig a hipertóniában észlelt elektrolitzavarokkal, elsősorban a hypokaliemiával járó állapotokkal (517 hipertóniás betegből 3% volt hypokaliemiás) foglalkozott. A lipcei Lohmann prof. érdekes módon világitotta meg különböző periódusok és különböző gyógyszerek kapcsolatát 9 német nyelvű szakfolyóirat adataira támaszkodva. Kiderült, hogy 1967 óta a rauwolfia-készítményekről szóló közlemények egyre csökkennek, de a salureticumokkal foglalkozók is, míg a béta-blokkolók felfutóban vannak. A hipertonia témakörben hangzott el de Châtel Rudolf előadása is a hipertensív krízisek gyógykezeléséről.

Bár első helyen emeltem ki a hipertóniák csoportjába tartozó előadásokat, meg kell említenem, hogy a többi felsorolt témakör előadásai is számos gondolatot vetettek fel, azokat is rangos előadók tartották. A dialysis-program tapasztalatairól nagy beteganyagra támaszkodva számos előadás hangzott el, s a vesebetegségek korszerű diagnosztikájának és kezelésének fontosságára utal az az adat is, hogy pl. a vesebetegségekkel intenzíven foglalkozó Klinkmann professzornak Rosstockban 600 ágyas belklinikája van!

A rheumatológiai tárgyú előadások eléggé szerteágazók voltak, a rheumatoid arthritis mellett a kollagenosizokról is volt szó, s a nem steroid-tartalmú antirheumaticumok haematológiai vonatkozásairól maga Stobbe professzor tartott előadást.

Elénk érdeklődés kísérte a gastroenterológiai előadásokat is, ezek többsége a vastagbelek betegségeket tárgyalta, így pl. a gyulladásokat, diverticulumokat, funkcionális bélpanaszokat, polypokat.

A klinikai patofiziológiai előadások között néhány diabetes-vonatkozású előadást hallhattunk, a szabad témájú előadások közül kevés cardiológiai vonatkozású.

Az előadásokhoz csatlakozó hozzászólások, viták nem voltak valami élénkek, mert az üléselnökök kínos pontossággal kezdték ugyan az előadásokat, de az előadások időtartamára nem nagyon ügyeltek, így időeltolódás rendszerint bekövetkezett, s vitára nem maradt idő. Ennek ellenére jó benyomásokat szereztünk, beszélgetésekre is nyílt alkalmunk fogadásokon, városán. Városnézésre nem sok idő jutott, de azért a restaurált régi városházát, templomokat, s köztük a Tamás-templomot megnéztük.

A kongresszuson való részvételünkért a Magyar Belgyógyász Társaságot és a MOTESZ-t illeti köszönet, valamint a vendégül látó NDK Belgyógyász Társaságát.

Iványi János dr.

### Az obergurgli gyermekbész szimpozion.

Az Osztrák Gyermekbész Társaság 1980. január 21—23-ig tartotta meg hagyományos, téli nemzetközi szimpozionát. A rendezvény továbbképző jellegéből adódott, hogy az előadásokat, kerekasztal-megbeszéléseket a témák ismert szakemberei tartották, ill. vezették.

Az első napon az újszülöttek egyik legnehezebben megoldható fejlődési rendellenességéről, az *epeút-atresiaról* volt szó:

Az újszülött-icterus klinikumáról, differenciáldiagnosztikájáról szóltak az első előadások. Az ún. belgyógyászati icterusok (főleg a különböző eredetű újszülött hepatitisz) kizárása után kerülhet sor az epeút-atresia különböző formáinak tisztázására. *Hiersig* (Zürich) az endoszkópia, *Träger és mtsai* (Mainz) a transzhepatikus epeút-ábrázolás módszereit, *Wurnig* (Bécs) az újszülöttkorban alkalmazható cholangiographia különböző formáit ismertették. Az epeút-ábrázolások különböző módszerei — sonographia, scintigraphia, computer tomographia, intraoperatív diagnosztika — közül a sonographiát tartották a legjobbnak, illetve ennek hiányában az intraoperatív diagnosztikát. A feltárásos májbiopsziát előnyben részesítik a tűbiopsziával szemben.

Az epeút-atresia igazolása esetén, annak minden formájánál (akkor is, ha a biopszia eredménye intrahepatikus elzáródás!) műtétet végeznek. A műtétet korán, a születés után 30—40 napon belül fontos elvégezni. Később, a májfibrozis kifejlődése miatt az eredmények sokkal rosszabbak. Elemezték a különböző műtéti formákat. A Kasai-műtétet enterostomával tanácsos kiegészíteni a posztoperatív cholangitis veszélye miatt. *Schweizer* (Tübingen) jó eredményről számolt be az epeutak nyirok-drainageával. *Kitamura* a tokiói gyermekbészeti klinikán operált 144 epeút-atresias újszülöttről számolt be:

139 esetben hepatoporto-jejunostomia: 66 eset s. Kasai, 73 s. Kasai + fistula,

2 esetben hepatico-jejunostomia, 2 esetben choledocho-jejunostomia,

1 esetben hepatoporto-duodenostomia történt.

Az 5 éves túlélés 26,4%-os volt. A túlélés a 60 napon belül operáltakon volt a legjobb. A fibrosis kialakulása a műtét időpontjától és az elfolyás minőségétől függ. Posztoperatív cholangitist az operáltak 63,5%-ában észleltek.

A második napon a portális hypertonia volt a főtéma:

*E. Meister* (München) ismertette a máj pathoanatómiáját a portális hypertonia különböző formáinál. Ezután a kezelés lehetőségeiről volt szó. Mivel a gyermekkori portális hypertoniák túlnyomó többségének (70—80%) oka praehepatikus akadály (omphalitis, köldök-vena katéterezések utáni porta thrombosis, portacavernoma), a tünetei is ennek megfelelőek. Splenomegaliás gyermeknél digestív vérzés hirtelen megjelenése gyakorlatilag portális hypertoniát jelent. Műszeres diagnosztikában első helyen áll az osteophagocopia — az oesophagusvarixok felismerésére —, majd a splenoportographia fontosságát hangsúlyozták. Sok előadás hangzott el a portális hypertonia kezeléséről:

A portális- és cava rendszer közötti shunt-műtétek közül *J. Englert* (München) a distalis splenorenalis anastomosis hasznosságát hangsúlyozta, *P. Schweizer* (Tübingen) a retropancreaticus cavomesenterialis shunt-műtéteiről számolt be. *H. Sauer* (Graz) a palliatív beavatkozások (dissectio ligatura, sclerotizáló kezelés) fontosságát hangsúlyozta. *F. Höpner* (München) a Wodak-szerűnti oesophagusvarix sclerotizálás módszerét és az ezzel elért eredményeit ismertette. A kialakult vitát lényegében *Hecker* prof. (München) zárta le: portális hypertonia, oesophagus varix igazolása után a shunt-műtétek valamelyikét (mesenterico-cavalis; distalis splenorenalis) kell alkalmazni. A palliatív beavatkozás formáit — mint a sclerotizálás, dissectio ligatura — acut vérzés esetén alkalmazzák, vagy ha a shunt-műtét már nem végezhető el, ill. a shunt műtét utáni recidív vérzéseknél. A shunt-műtétek elsődlegességére utalt a következő statisztikai adat: a palliatív beavatkozások után a recidív vérzés előfordulása 60%, a shunt-műtétek után csak 25% (*Hecker*).

A harmadik napon továbbképző filmeket vetítettek a perinatológia sebészeti problémaköréből. Az anusatresia Kieseletter szerinti megoldásáról *U. Stauffer* (Zürich), a Stephen-műtétről *G. Grotte* (Uppsala) számolt be. Az incontinentia elvi kezelésére sikerrel alkalmazták a szabad izom-transzplantációt (m. palmaris longus, m. sartorius). A rekeszrelaxatio kezelésének újabb formájáról — az elülső Rives-plasztikáról — *P. Wurnig* (Bécs) számolt be. Pozitívan értékelték az általam bemutatott filmet, melyet a pécsi gyermekklinika sebésze — *Pilasznovics dr.*, és *Pintér dr.* — készítették az ectopia cordis és az exomphalos együttes előfordulásáról és műtétéről.

Tasnádi Géza dr.



## Máj- és epeútbetegségek

**Cholecystectomy vagy gyógyszeres kőoldás?** Weis, H. J. (Allgemeines Krankenhaus, Bamberg): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 603.

Az epekő kezelésének vitája az első cholecystectomy óta arról folyt, hogy minden epekövet el kell-e távolítani. Ma egységes a nézet arra vonatkozóan, hogy a néma epekő létezése csak kivételesen fordul elő, tehát a cholelithiasist korán, még a szövődmények fellépte előtt kell kezelni.

Hat éve ismert az epekő gyógyszeres feloldásának lehetősége is, így felmerül az a kérdés, hogy műtétet végezzünk, vagy a konzervatív kezeléshez folyamodjunk. Mindkét módszernek vannak előnyei és hátrányai. A cholecystectomy előnye, hogy minden fajta és nagyságú epekő eltávolítható mindenhol, még szövődmények fennállása esetén is. Hátránya, hogy a műtétnek letalitása van, kellemetlen a beteg számára, aki a munkából kiesik hosszabb időre, előfordul kőrecidiva és az ismételt műtét kockázata nagyobb, valamint a műtét után is lehetnek panaszok (ún. postcholecystectomiás szindróma).

A gyógyszeres kőoldás ma leggyakrabban chenodesoxycholsavval történik, mellyel a koleszterinköveket lehet feloldani, ha azok nem túl nagyok (átmérő 15 mm-nél kisebb) és nem túl nagy a számuk (az epehólyag felénél kisebbet töltenek ki). Amellett, hogy nem minden kő oldható, a módszer hátránya még az is, hogy szövődmények fennállása esetén nem alkalmazható, jelenleg még bizonytalan a koleszterin kő in vivo diagnózisa, még ideális változat mellett is csak 80% az oldás valószínűsége, hosszú ideig tart a kezelés (6–18 hónap), mellékhatás (transaminase emelkedés, hasmenés) és recidiva előfordul. A mellékhatás elkerülésére próbálják az ursodesoxycholsavat alkalmazni. A módszer előnye, hogy nincs letalitása, a beteg számára nem megterhelő és ambulánsan végezhető. Mivel csak hat éve alkalmazzák a gyógyszeres kőoldást, még sok kérdés vár megoldásra, melyek az eredményességet növelni fogják. Ilyen az epekő korai felismerése, a kőoldás további faktorainak kutatása (pl. a kövek felületének növelése, az epehólyag ürülésének fokozása, az intestinalis koleszterinreabsorptió gátlása), a késői károsodások felismerése és a recidivák elkerülése. A szerző állásfoglalása a műtéttel

és gyógyszeres kőoldással kapcsolatban, hogy a két módszer kiegészíti és nem helyettesíti vagy zárja ki egymást; a kezelésnél mérlegelni kell mindkét lehetőséget.

Banai János dr.

**Cholecystectomy vagy gyógyszeres kőoldás? Sebészi álláspont.** Schmidt, H. D. és mtsa (Chirurgische Universitätsklinik, Mainz): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 606.

A gyógyszeres kőoldás néhány éve vált lehetségessé. A sikeres kezelés előfeltétele az epekő korai felismerése, még működő epehólyag és a koleszterin-kő bizonyítása. A szerző kiemeli, hogy a különböző munkacsoportok eredményei meglehetősen különbözőek. A cikkben egy Svájcban végzett prospektív megfigyelést ismertetnek, melynek eredményei csekélyek.

A szerző véleménye szerint a műtéttel és a gyógyszerrel kezelt betegek adatait nem lehet összehasonlítani, mert két különböző csoportról van szó, hiszen műtétre olyanok is kerülnek, akiknél a gyógyszeres kőoldás kontraindikált. Ma már a műtét letalitása igen alacsony, a korszerű intraoperatív epeútdiagnosztika fejlődése miatt egyre ritkább a reziduális kő, az ún. postcholecystectomiás szindróma pedig csak 3%-ban vezethető vissza a műtétre. Az operáció előnyeivel szemben a szerző a konzervatív kezelés hátrányait hangsúlyozza: alacsony az eredményesség, hosszú a kezelési idő, a kezelés alatt szövődmények léphetnek fel (cholecystitis, elzáródásos sárgaság), még meg nem ítélt kő későbbi mellékhatások, hiányos korai diagnózis, az indikáció korlátozottasága, mivel viszonylag kevés beteg alkalmas erre a kezelésre. A szerzők véleménye szerint a chenodesoxycholsavval való kezelés ma még nem alternatíva a korai epeműtéttel szemben.

Banai János dr.

**Epekőoldás vagy cholecystectomy?** Leuschner, U. és M. (Zentrum der Inn. Med. der Univ. Frankfurt am Main): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 629.

A szerzők részben saját, részben irodalmi adatokra hivatkozva értékelik az epeköbetegség gyógyszeres és műtéti kezelését. 45 betegből 25-öt kezeltek hat hónappal tovább 750–1000 mg chenodesoxycholsavval, és 56 százalékban értek el teljes oldódást. Mellékha-

tásként transaminase-emelkedést (1 esetben irreverzibilist), és hasmenést láttak. Áttekintik a konzervatív és műtéti kezelés ismert előnyeit és hátrányait és megállapítják, hogy a gyógyszeres kezelés javallatait ki kellene bővíteni.

Felsorolják a konzervatív kezelés indikációjának alapelveit. 35 év alatt szigorú kiválasztás alapján kell dönteni. Legyen a kőoldódás valószínűsége nagy, a várható kezelési idő kicsi. Ha hamar recidiva következik be, akkor műtétet kell végezni. 45–55 éves korban a gyógyszeres kezelés indikációját nagyvonalúbban lehet felállítani. Ha 20 hónap alatt a kő nem kisebbedik meg, akkor műtét szükséges. Még nagyvonalúbb lehet az indikáció 60 éves kortól. Az inoperábilis betegeket megfelelő feltételek esetén kezelni kell. Ha két év alatt nincs változás, a kezelést abba lehet hagyni. A kőoldás után nem kell azonnal utókezelést kezdeni, mert 80 százalékban nincs recidiva. Testsúlycsökkentés és rostús diéta megkísérélhető megelőzőképpen. Javallat lehet a chenodesoxycholsav kezelésre az utókezelés cholecystectomy után.

Ma már nem fogadható el az az álláspont, hogy az epekövet csak panaszok esetén kell kezelni, mivel általában panaszok előbb-utóbb fellépnek, esetleg még szövődmények is bekövetkeznek. A sebészek véleményét a korai műtét szükségességére vonatkozóan helyeselni lehet. A kőoldás lehetőségének megvalósulásával ez a helyes alapelve a korai műtét helyett a korai kezelést jelenti, melybe a műtét mellett a kőoldás és az endoscopos kőextrakció is beletartozik.

Banai János dr.

**Epekövek feloldása.** Hefti, G. T. (Schweiz. Rückversicherungsgesellschaft, Zürich): Schweiz. Rundsch. Med. 1978, 67, 1225.

A koleszterinkövek a máj működési zavarai folytán keletkeznek. Ha a májban túl sok koleszterin képződik, akkor már az epében nem oldódik és a többlet mikrokristályokban kicsapódik, amely kövekké rétegződik. A chenodesoxycholsav gátolja a koleszterin synthesisét a májban. Ha a máj most nem koleszterinnel saturált epét választ el, a kövek ismét feloldódhatnak. A chenodesoxycholsav optimális adagja 15–18 mg/kg/die. A kezelés ideje függ a kövek nagyságától és a radiológiai kontrolltól. 10 mm átmérőjű koleszterinkövek legtöbbször 6–12 hónapos kezelési időt igényelnek, de ez nagyobb kövek esetén természetesen még hosszabb. A kezelési kísérlet akkor biztató, ha az epehólyag működése normális, a ductus cysticus átjárható és a kő tisztán koleszterinből áll. Elmeszesedett és pigmentkövek már nem oldódnak. Az adagolás mértékétől függően az esetek mintegy negyed-fele részé-

ben a kezelés kezdetén hasmenés és puffadás léphet fel. Az esetek ca. harmadrészében a serum-transzaminase és  $\gamma$ -GT-értékek átmenetileg mérsékelten emelkednek. A kööldődés eredményeinek értékei egyes szerzők szerint 14–40% között ingadoznak. Az összes eset harmadrészében a kezelés befejezése után egy éven belül recidívák jelentkeztek. A szerző saját eredményei szerint a chenodesoxycholsav az esetek 29%-ában volt eredményes. Az epekövek chenodesoxycholsav kezelése egyszerű és veszélytelen, azonban a végeredmények egyáltalán nem olyan biztatóak. Tíz radiológiai negatív epekőbeteg közül csupán egy esetben oldódott fel valóban a kövek. A többi esetben a kezelést vagy idő előtt abbahagyták, vagy a kövek nem oldódtak fel.

iff. Pastinszky István dr.

**Májinfarktus következtében kialakult epeúti cysták: esetismertetés és állatkísérletes reprodukció a kis májartériák elzárásával.** J. L. Doppman és mtsai (The Clinical Center, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland): *Radiology* 1979, 130, 1.

Polyarteritis nodosás nőbetegben angiographiával a hasi zsigeri artériák multiplex aneurysmáját és perifériás elzáródását mutatták ki. A máj angiographia késői felvételein kerek kiesések voltak, melyek a CT scanen cystának bizonyultak. Boncolással ezek a rögződött perifériás májartériák területén kialakult, endothel bélésű epeúti cystának bizonyultak. Hasonló elváltozásokat tudtak előidézni majmokban a májartériák katéteres embolizálásával. Feltételezésük szerint a kis májartéria ágak elzárását ischaemiás infarktus kialakulása követi epe extravasatiójával. Így alakul ki az epe-cysta, amit a megkerülő keringés segítségével fellépő környezeti granulációs szövet határol el. A cysták szöveti képe azonos a Caroli-betegségben láthatókkal. Ezért felmerül a gondolat, hogy a Caroli-betegség kóreretében esetleg szintén a kis májartériák elzáródása játszhat szerepet. A másik felmerülő gondolat pedig az, hogy a terápiás céllal végzett májartéria embolizálás következtében is számolni kell majd hasonló cysták kialakulásával. Kimutatásuk legcélravezetőbb eszköze a computer tomographia. Az intravénás cholangiographiától nem sok eredmény várható. Laczay András dr.

**Különböző chenodeoxycholsav adagok epekőoldó hatásának összehasonlító vizsgálata.** Bateson, M. C. és mtsai: *Lancet*, 1978, I, 1111–1115.

A chenodeoxycholsav (CDCA) csökkentti az epe koleszterin tar-

talmát és a nap azon óráinak számát, amikor az epe túltelített koleszterin oldat. Napi 4,5 g-os adagban oldja a koleszterin epekövet. Tekintve, hogy a hasmenés mint mellékhatás a dosis függvénye, kívánatos a legkisebb hatásos adag meghatározása.

A szerzők napi 500, 700 és 1000 mg-os CDCA-adagokat hasonlítottak össze. Ellenőrizték a betegek klinikai állapotát. 6, 12 és 24 hónap múlva az epehólyag röntgen vizsgálatára került sor. Számos vérkémiai vizsgálat mellett cholecystokinin provokáció után vizsgálták az epedús duodenumnedv összeételét. Koleszterin saturációt és lithogenitási indexet is számoltak. Hasmenés miatt néhány esetben az adag csökkentésére, illetve a kezelés felfüggesztésére kényszerültek. A napi 500 mg-os adagot hatástalannak találták. 750 mg-os adag esetén 41-ből 8 esetben teljes kööldást 4 esetben a kövek megkisebbedését érték el. 1000 mg-os adag esetén 28-ből 5 teljes és 9 részleges kööldás következett be.

Részletezett eredményeik alapján az 1000 mg-os napi adagtól 50%-os kööldó hatás remélhető. A mért paraméterek alapján nem látható előre a hatásosság. Sikeres kööldás után csökkentett adagú CDCA szedését szükségesnek tartják a kő-újdomképződés megelőzésére. A CDCA kezelést elsősorban az idős, egyébként is beteg epekövesek kezelésére ajánlják a fokozott műtéti kockázat miatt.

Máthé Zoltán dr.

**A vastagbél bacterium tevékenysége, az epe koleszterin telítettsége és az epekőpathogenesis közötti összefüggésről.** Low-Beer, T. S., Sheila Nutter (Selly Oak Hospital, Birmingham): *Lancet*, 1978, 2, No 8099, 1063.

A szerzők korábbi vizsgálataik során azt tapasztalták, hogy ha epebetegnek búzakorpát adtak normál étrend mellé, úgy csökkent a bélben a deoxycholsav szintézise és csökkent az epében a koleszterin saturáció. Ez a megfigyelés arra utalt, hogy az ilyen diéta befolyásolni képes az epe koleszterin telítettségi fokát részben a vastagbélben történő deoxycholsav termelésre, részben az onnan történő felszívódásra gyakorolt befolyás révén.

Felmerült az a munkahypothesis, hogy mivel a vastagbélben előforduló anaerob bacteriumok cholsavból deoxycholsavat állítanak elő, ha sikerül csökkenteni az anaerob bacteriumok számát, úgy csökkenthető a bélből recirculáló deoxycholsav mennyisége, és így az epe összetételében hasonló változásokat sikerül létrehozni, mint a búzakorpa adagolásával.

11 egészséges férfinak napi 2 gramm metronidazol adagoltak szájon át, elosztott dózisban 10 na-

pon át. Étrendjük változatlan volt. Meghatározták a kezelés megkezdése előtt, a 10 napos kezelés végén és a kezelés befejezése után egy hónappal, éhgyomri állapotban a duodenum epeösszetételét. 11 egyén közül 10-ben az epe koleszterin telítettsége 1,0-ről 0,83-ra csökkent és mind a 11-ben emelkedett a gyógyszer abbahagyása után. Ugyanakkor az epe deoxycholat aránya az átlag 24%-ról 7%-ra csökkent, majd visszament 22%-ra a metronidazol kezelés abbahagyásakor. Ugyanakkor a chenodeoxycholsav arány 33%-ról 46%-ra emelkedett, majd újból 33%-ra tért vissza. A cholsav koncentrációjában jelentéktelen változás történt.

A deoxycholsav képzés kizárólag a vastagbél bacteriumok tevékenysége révén történik. Ennek a hozzáadása során az epe koleszterin telítettsége növekszik, chenodeoxycholsav csökkenti azt.

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a vastagbél tevékenység fontos az epeösszetétel szabályozásában. Úgy tűnik, hogy az olyan diétás szabályozások, melyek csökkentik az újra termelődött deoxycholsav visszaszívódását a vastagbélből az epébe, csökkentik a koleszterin telítettséget és így valószínűleg csökkenthetik az epekőképződés veszélyét.

(Ref.: Két szempontból is nagyon fontos közlemény ez: 1. A diétás rendszabályok között a korpa kezelésnek egyre nagyobb szerepe van: részben az obstipáció — diverticulosis — irritabilis colon syndroma kezelésében, részben az epéköveség megelőzésében, részben a vastagbél rák profilaxisában lehet perspektívus jelentősége. 2. A metronidazol kezelésnek ma már egyre több irányú jelentőséget tulajdonítunk a parazitás bélbetegségek leküzdése mellett, részben a postoperatív infekciók kivédésében, részben a morbus Crohn kezelésében. Ez a fent vázolt hatás egy további fontos szempont.)

Prónay Gábor dr.

**Bakteriális hepatitis: ismeretlen eredetű lázas beteg esetismertelése.** L. Weinstein (Peter Bent Brigham Hospital, Boston, MA 02115): *New Engl. J. Med.* 1973, 299, 1052.

Egy húszéves fiatal nő fél éven át felderíthetetlen eredetű lázas betegségének kórtörténetét ismereti. Fizikáisan néhány nyaki nyirokcsomótól eltekintve eltérés nélkül; izotóppal a máj és lép megnagyobbodása azonban kimutatható volt. Laboratóriumi leletei közül enyhe anaemia, 32 mm/ó-s süllyedés, erősen emelkedett alkalikus foszfatáze reakció emelhető ki: minden bakteriológiai és szerológiai vizsgálat negatív volt. Májbiopsziás lelete szövettani eltérést nem mutatott, a kitenyészített alf-típusú streptococcus kontaminációnak tartották. Betegségének fél-

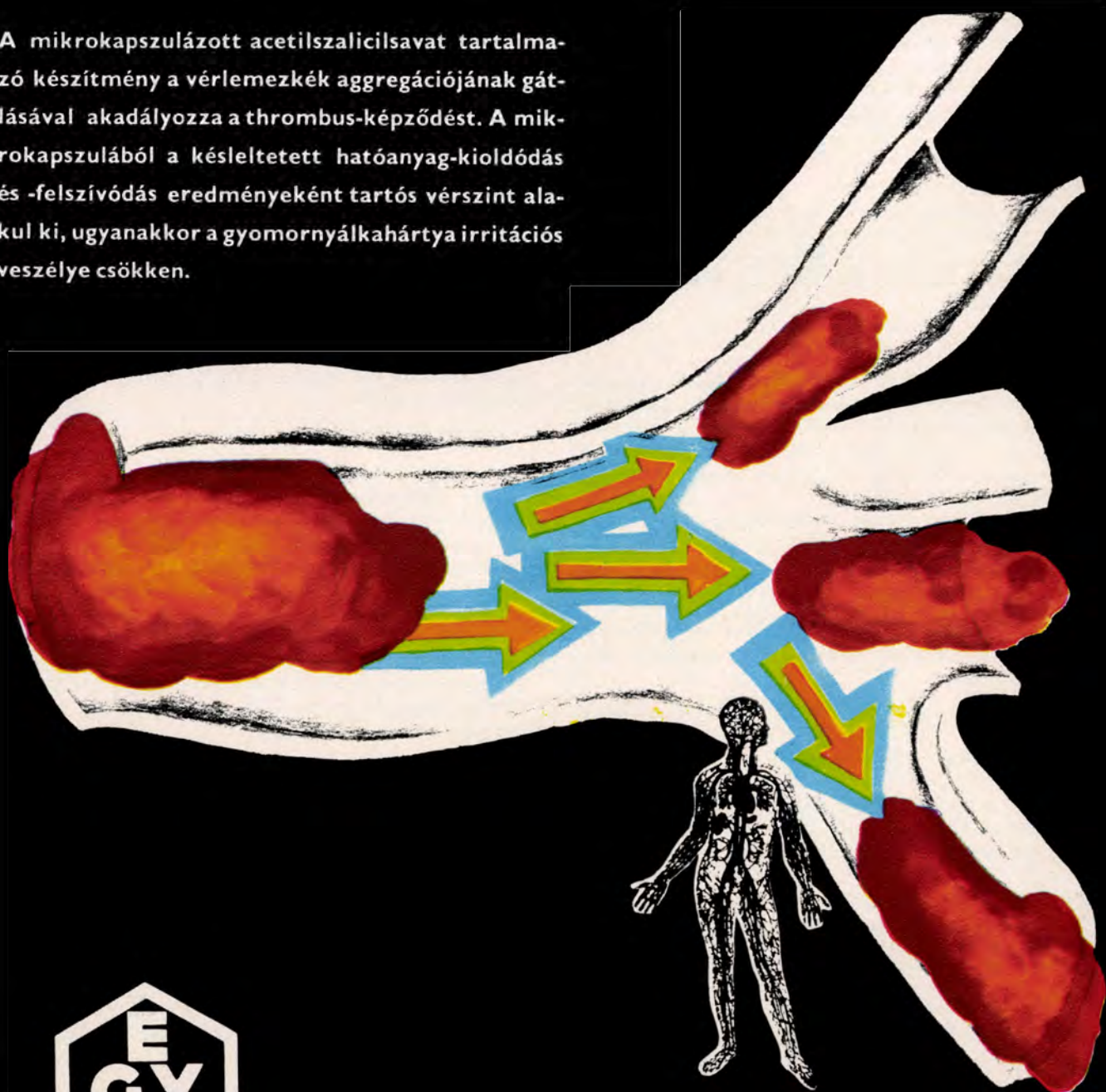


# COLFARIN<sup>®</sup>

tabletta

(antiphlogisticum, analgeticum)

A mikrokapszulázott acetilszalicilsavat tartalmazó készítmény a vérlemezkék aggregációjának gátlásával akadályozza a thrombus-képződést. A mikrokapszulából a késleltetett hatóanyag-kioldódás és -felszívódás eredményeként tartós vérszint alakul ki, ugyanakkor a gyomornyálkahártya irritációs veszélye csökken.



# COLFARIN<sup>®</sup>

tabletta

(antiphlogisticum, analgeticum)

## INDIKÁCIÓK:

érbetegségekben profilaxisra és terápiás céllal alkalmazható:

- tromبózisveszély esetén;
- a vénás érterületen (visszértágulat, műtét utáni állapot);
- az artériás érterületen elsősorban a tromбózisveszély rizikófaktorainak veszélyeztető fennállásakor (pl. progrediáló arteriosclerotikus folyamatok);
- thrombophlebitisben, vénás tromбózisban (bár ezekben az esetekben a Syncumar, illetve a Heparin hatását nem pótolja, így ezek alkalmazása elsődleges fontosságú marad);
- reumatikus kórképekkel járó fájdalom és gyulladás.

## ADAGOLÁS:

- a felületi vénák gyulladásos folyamataiban általában 3x2 tablettát naponta. Az akut szak lezajlása után 3x1 tabl. (die, kb. 8 napig)
- vénás tromбózisban általában 3x1 tabl./die, legalább 2 hétig; visszaesés veszélye esetén tartós kezelés ajánlatos;
- artériás tromбózis profilaxisára 1—3x1 tabl. naponta;
- postoperatív kezelésre általában 3x1 tabl. naponta, egyszerre vagy részletekben.

A Colfarit-kúrát a műtét előtt 1 nappal lehet kezdeni és az első felkelés után legalább 5—8 napig folytatni.

Rheumatikus betegségekben felnőttek szokásos adagja napi 3x2 tabl. 6—8 óránként. Szükség esetén a dózis növelhető, de a napi 4—5 g-ot ritkán szükséges túllépni. A tablettákat egészben — vagy folyadékban, szételés után — az étkezést követően kell bevenni. Utána fél pohár folyadék (pl. tej) ivása ajánlatos.

## ELLENJAVALLATOK:

szall ciát-túlérzékenység, haemorrhagiás diathesis. Gyomor- és bélfekély esetén — gondos orvosi ellenőrzés mellett — kivételesen alkalmazható.

## MELLÉKHATÁSOK:

gyomor- és bélpanaszokat, illetve vérzést okozhat.

## GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás:

- orális antikoagulánsokkal és heparinnal (antikoaguláns hatás fokozódása);
- béta blokkolókkal (a gyulladáscsökkentő hatást nagymértékben gátolhatja, pl. Trasicor, Visken);
- difenilhidantoinnal (szérumszintje toxikusig emelkedhet);
- fenilbutazonnal (ulcerogén mellékhatás fokozódása, hyperurikaemia);
- PAS-sal (a PAS-koncentráció nő, toxikus tünetek);
- szulfonamidokkal (különösen a nyújtott hatásúakkal; a Bayrena-, Quinoseptyl-szulfonamid-toxicitás növekszik).

Csak óvatosan adagolható:

- orális antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- szteroidokkal (ulcerogén mellékhatás fokozódása).

A szteroid csökkentése vagy elhagyása után tanácsos a Colfarit dózist is redukálni az acetilszalicilsav-kiválasztás csökkentése miatt.

## FIGYELMEZTETÉS:

terhesség alatt — különösen annak korai szakában — csak szigorúan mérlegelt orvosi javaslatra szedhető. A szülés várható terminusa előtti 4 hétben adása kerülendő. Olyan műtétek esetében, melyekben maximalis intraoperatív vérzéscsillapítás szükséges, praeoperative lehetőleg ne alkalmazzuk. Colfarit-kezeléskor ép alvadási rendszer esetében a vérzési idő 1—2 perccel meghosszabbodhat. A prothrombin- (Quick) időt az ajánlott Colfarit-adagok általában nem befolyásolják. Alkalmazásával egyidejű alkoholfogyasztás fokozhatja a vérzés veszélyét.

Diabetes esetén szükségessé válhat az orális antidiabetikum adagjának újrabeállítása.

Hosszabb időn át vagy nagyobb adagokban csak orvosi ellenőrzés mellett szabad alkalmazni.

## MEGJEGYZÉS:

csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

## TÉRÍTÉSI DÍJ:

30 tablettát (à 500 mg acetilszalicilsav) 3,60 Ft.

*Egyt*

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST X.

éves fennállásakor a beteg beleegyezett a már korábban felajánlott exploratív laparotómiába; ez a hasi lymphoma lehetőségét kizárta, a máj mindkét lebenyéből, a veséből, lépből biopsziás anyagot vettek. A máj szövettani vizsgálata ekkor „nemspecifikus” gyulladás, lymphocytá felszaporodás képét mutatta; mind a négy kivett szövettanból ugyanaz a streptococcus tenyésztett ki, mint a régebbi biopszia alkalmából. Ezen immár kórjelzőnek tartott lelet alapján nagy dózisu penicillin kezelést kezdték; a beteg gyógyult.

Az eset értékelésekor kiemelik, hogy a fertőzés gócat nem sikerült kimutatni; hogy az egyetlen pozitív lelet az emelkedett alkalikus foszfatáze érték volt (amely a kezelés után gyorsan normalizálódott), és hogy a több kiváló szövettanász által aspecifikusnak tartott lymphocytás infiltráció kísérté az akut gyulladást. Mivel a szövettani metszetekben kórokozót nem láttak, feltehető, hogy azok igen kis számban voltak jelen és ezért okoztak lymphocyter, inkább krónikus jellegű beszűrődést.

A bakteriális hepatitis kórképe nem tisztázott. Irodalmi adatok szerint (sorozatban végzett aerob és anaerob tenyésztések májbiopsziás anyagból) a májat csak igen ritkán infiltrálják baktériumok, akkor feltehetően a belekből. Élesen elkülöníthető a bakteriális hepatitis a cholangitistól, amelyben az epeutakon belül helyezkedik el a fertőzés.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy ismeretlen eredetű lázban a májbiopsziát ne csak szövettanilag, hanem mikrobiológiailag is vizsgálják és értékeljék, különösen, ha az emelkedett alkalikus foszfatáze érték májmegbetegedésre utal.

Grabner Hedvig dr.

**Baktériumok és a máj.** (Szerkesztés közlemény.) J. P. Nolan (State University of New York Buffalo, NY 14203): New Engl. J. Med. 1978, 299, 1069.

A lap ugyanezen számban a szerkesztőség reflektál a fenti cikkre. Kiemeli, hogy a máj bakteriális fertőzését leginkább májtályogként ismerjük, de a régi irodalomban is akad már bakteriális hepatitisről szóló közlés: 1931-ben Mac Mahon és Mallory írtak le hasonló szövettani képpel járó streptococcus hepatitiszt. Javasolja, Weinsteinhez hasonlóan, a májbiopsziás anyagok bakteriológiai tenyésztését, lehetségesnek tartja, hogy így számos ismeretlennek tartott láz okát megtalálhatjuk. Talán nem is olyan ritka a tályog, epeelzáródás, bakteremia nélkül fennálló bakteriális hepatitis, mint eddig gondoltuk. A máj ismert szintetizáló, detoxikáló és exkréciós szerepén kívül úgy látszik felelős a bélből származó baktériumoknak és toxinjaik-

nak a kiszűréséért. Ha valamilyen okból e képessége meggyengül, létrejehet a gennyes, vagy ritkábban nem gennyes, bakteriális hepatitis.

Grabner Hedvig dr.

**A visszamaradt hepato-choledochus kő.** Akovbiantz, A. és mtsai (Dep. für Innere Med. der Univ. Zürich und Stadtspital Waid, Zürich): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 2046.

A modern diagnosztikus eljárások a műtét után visszamaradt epekövek számát jelentősen csökkentették, de a problémát nem oldották meg teljesen. A szerzők a cikkben a diagnosztikus és nem sebészi kezelési lehetőségeket foglalják össze.

A *postoperativ cholangiographia* az epeutak átvizsgálására és a papillafunkció megítélésére szolgál. Általában a műtét után 10 nappal végzik a drain-csővön keresztül, közvetlenül annak eltávolítása előtt. *Iv. cholangiographia* rendszerint akkor történik, ha drain-cső behelyezése nem történt, vagy azt már eltávolították. *Endoscopus-retrograd-cholangiographia* (ERC), vagy *percutan-transhepaticus-cholangiographia* (PTC) végzése akkor szükséges, ha az *iv. cholangiographia* nem egyértelmű vagy negatív, de a betegnek jellegzetes panaszai vannak. Az ERC előnye a PTC-vel szemben, hogy a talált kő esetleg el is távolítható, ill. pancreatographiára is lehetőség van.

A nem sebészi kezelés jelentőségét azért kell hangsúlyozni, mert a reoperáció veszélye az első műtétnél lényegesen nagyobb, tehát elkerülése feltétlenül kívánatos. Legegyszerűbb mechanikus eljárás műtét után a *T-drainain keresztül* való *átmosás* izotóniás konyhasó oldattal, vagy a több sikerrel kezegető *perfuziós kezelés* natriumcholattal. Az utóbbi kezelés csak koleszterin kövek esetében jöhet szóba. Perfuzió végezhető még heparinos konyhasó oldattal. Ennek az az előnye, hogy a heparin növeli az epe suspensio-stabilitását, gyulladáscsökkentő és sphincter-relaxáló hatása is van. A mechanikus módszerek feltétele, hogy ne álljon fenn jelentős elfolyási akadály, és a choledochus elég vastag legyen a drain körül.

A residualis kő és a T-drain átmérőjének megfelelő aránya esetén *kőextractio* végezhető a *drain-csővön keresztül*. Ez a beavatkozás műtét után legalább öt héttel történhet, mivel ekkorra a drain körül már erős fibrosus cső képződött. A tapasztalat azt mutatja, hogy a néhány heti várakozási idő alatt az intrahepatikus kövek elmozdulhatnak extrahepatikus irányban, ami az extractiót megkönnyíti. Kis kövek esetleg a duodenumba nyomhatók puha szondával, a nagyobb köveket pedig néhaszét lehet tördelni és az egyes da-

rabokat külön eltávolítani. Komplikációk, láz, akut pancreatitis, sepsis, perforáció előfordulhatnak, de antibiotikus kezeléssel a szerzők szerint gyógyíthatók.

Néhány éve alkalmazzák az *endoscopus köeltávolítást* és *papillotomiát*. Sikeres papillotomia után a kövek egy része spontán távozik, vagy extrahálható. Teljes sikertelenség csak kis százalékban fordul elő, ilyenkor általában nagy (1,5 cm-nél nagyobb), vagy intrahepatikus kövekről van szó. Fennáll a komplikáció, sőt halálos szövődemény veszélye, de a reoperációval összehasonlítva ennek aránya lényegesen kisebb, az eljárás sokkal veszélytelenebb és olcsóbb is. Cholangitis és krónikus pancreatitis nem kontraindikáció. Relatív ellenjavallat az 1,5 cm-nél nagyobb kő, de nagy műtéti kockázatú beteg esetében ilyenkor is megkísérelhető az endoscopus beavatkozás. Abszolút kontraindikáció a szerzők szerint az akut pancreatitis és az olyan choledochus stenosis, amely az endoscopus papillotomiával nem szüntethető meg. Az alvadási zavarokat a beavatkozás előtt korigálni kell.

Banai János dr.

**Cholecystitis posttraumatica.** Künzli, H. F. (Chir. Abt. des Regionalspitals, Rheinfelden): Praxis, 1978, 67, 1402.

Súlyos hasi trauma és később felépő heveny cholecystitis között kóroktani összefüggés állhat fent. Ennek bizonyítására a szerző beszámol öt 19 és 74 év közötti betegéről; ezeknek 2–4 héttel a trauma után epigastriális panaszai és kólikás fájdalmai jelentkeztek. Az epehólyag gyulladással járó tüneteket mutatott és vércsoagulással telődött. Feltevése szerint a májparenchyma sérülései vérzéseket okoztak az epeutakban, *haemobilis traumaticára* vezettek, cholestasist eredményeztek, ezek pedig az epeutak és epehólyag fertőzését elősegítik.

ifj. Pastinszky István dr.

**Therapia-resistens ascites intravenás reinfusió kezelése.** Gerke, G. (II. Med. Klin., Bilefeld-Mitte): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 95–98.

A májcirrhosis ascites-kezelése csak tüneti jelleggel bír, mégis palliatív okokból szükséges. A szokásos kezelési lehetőségek nem ritkán problémákat vetnek fel (folyadékterhelés, sószegény étrend, erős fehérvérvesztéssel járó ascites-punctiók, saluretica okozta elektrolyt-zavarok stb.). A szerző szerint causal-pathogenetikai szempontok tekintetbe vételével az intravasalis térfogatnak testazonos ascites-folyadékkal való feltöltése logikus és használható eljárásnak látszik. A nem módosított ascites-folyadék *iv. reinfusiója* nem új-

szerű módszer, hiszen a külföldi irodalom is elismerőleg nyilatkozik erről — mégis a német irodalom alig említi.

A szerző 14, alkoholtoxikus ( $n = 11$ ) vagy posthepatitises ( $n = 3$ ), májcirrhosisos és kezeléssel dacoló, 37 és 77 év közötti hasvízkóros betegen frakcionáltan, öt napra elosztott, a már előbb szűrőcsapolt, nem módosított ascites-folyadék reinfúzióját végezte centrális venakatheteren 17,240 ml középértékben. Az ötnapi reinfúzió összeje átlag 41 óra volt, ami napi 8 és háromnegyed óras átlagidőnek felelt meg. A reinfúziókat követően átlagosan 10,5 (13,5 százalék) súlyreductio, a haskerület 13 cm-es (11,9 százalék) csökkenése és a vizeletürítés fokozódása következett be. A betegek a kezelést jól tűrték: szövődémenként subcutan ascites-infiltráció ( $n = 3$ ), tüdővízzenyő ( $n = 1$ ) és elektrolyt-coma ( $n = 1$ ) mutatkoztak. Az alkalmazott eljárással 3-4 hónapos tünetmentességet tudtak elérni.

ifj. Pastinszky István dr.

**Hosszú idejű infúziós cholangiographia icterusos betegeken.** K. Milbauer (Krankenhaus in Svitavy, CSSR): Radiologia Diagnostica, 1978, 19, 730—732.

Az infúziós cholangiographia eredménye, a kiválasztódó kontrasztanyag mennyisége és az epeutak kirajzolódásának intenzitása elsősorban az infúzió időtartamának függvénye. A szerző 44 esetben végzett ilyen vizsgálatot 4 mg<sup>0</sup>/<sub>100</sub> feletti serum bilirubin érték mellett úgy, hogy 40 ml Ultrabil/Adipiodont 400 ml 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-os glukóz oldatban 12 óra alatt infundált. A magas bilirubin értékek ellenére 24 esetben az epeutak és az epehólyag értékelhető telődését kapta. A maximális bilirubinszint, mely mellett még értékelhető kontrasztkiválasztást sikerült elérnie, 8,3 mg<sup>0</sup>/<sub>100</sub> volt. A szerző véleménye szerint invazívabb módszerek, transhepatikus cholangiographia retrograd cholangiographia és angiographia előtt ily módon érdemes megkísérlni a kórisme tisztázását. Különösen előnyös lehet ez a lehetőség olyan intézetekben, melyek a korszerű speciális vizsgálómódszerekhez szükséges eszközökkel nem rendelkeznek. A lehetőség felső határát 7—8 mg<sup>0</sup>/<sub>100</sub> bilirubin szintben adja meg.

Lacszay András dr.

**A chronikus hepatitis kezelése eredményei.** Thaler, H., Szepesi T., Szepesi G. (Medizinische Abteilung des Wilhelminenspitales der Stadt Wien): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1775—1785.

1960. január 1-től 1974. december 31-ig kezelt 543 chr. hepatitises beteg közül 247 jól dokumentált esetet ismertettek a szerzők. Eb-

ből 70 chr. persistens hepatitis (CPH), 177 chr. aggressiv hepatitis (CAH) volt. A betegeket az első májbiopsia alapján osztályozták. (A szövettani megítélés az 1968-ban Zürichben kidolgozott irányelvek szerint történt.) A 177 CAH-s beteg közül 48 mérsékelt aktivitású: CAHa, 27 erős aktivitású: CAHb, 102 pedig már cirrhosis stádiumában levő CAH-Za, ill. CAH-Zb volt.

141 betegnek volt chr. májkárosodásának felfedezése előtt egyszer, vagy többször sárgasága. A CPH-s beteganyagból 14-nek, a CAH-s csoportból 46-nak volt pozitív a se. HBsAg-je. A CPH-s betegeket nem kezelték. A CAH-s betegek 67,4 százaléka közvetlenül a diagnózis felállítása után a következő terápiában részesült: 50 beteg corticoidot, 25 azathioprint, 62 corticoid + azathioprin kombinációt, 40 pedig penicillamint kapott. A terápiás eredményt a hisztológiai és a laboratóriumi leletek alapján ítélték meg. A legjobb hatást a corticoid + azathioprin kombinációval, illetve a corticoid monoterápiával érték el, az azathioprin önmagában adva kevésbé bizonyult jónak, a penicillamin alkalmazása szignifikáns javulást nem eredményezett. Továbbá megállapították, hogy amíg a HBsAg negatív eseteknek 70 százaléka, addig a pozitívoknak csak 58 százaléka reagált jól a terápiára.

A gyógyulás kritériuma CAH esetében a szöveti képen a gyulladás és a degeneratív-necrotikus parenchyma károsodás hiánya, a normális GOT—GPT aktivitás, a normális thymol turbiditás volt. A CAH-Z esetében a „gyógyulás” defekt állapotot, stationer cirrhosist jelentett. A megfigyelés 15 éve alatt 2 CAHa és 1 CAHb meggyógyult, a CPH 90 százaléka, a CAHa 73 százaléka, a CAHb 44 százaléka, a CAH-Za 65 százaléka, a CAH-Zb 78 százaléka nem rosszabbodott. A CPH 10 százalékából CAH lett.

A legrövidebb idő a hepatitis kezdete és a májcirrhosis kialakulása között CAHa esetén 13 hónap, CAHb esetében 6 hónap, a leghosszabb idő 5 és fél év, ill. 1 év 11 hónap volt. A 15 év alatt 17 beteg halt meg közvetlenül májbetegsége következtében. A CAHa és a CAH-Za letalitása alig különbözött a CAHb és a CAH-Zb letalitásától (9, ill. 10,4 százalék). Részletesen ismertetik az alkalmazott gyógyszerek általuk észlelt mellékhatásait. Első helyen az azathioprin és penicillamin csontvelőkárosító hatása áll.

A terápiás eredmények megítélését megnehezítik a spontán remissziók és az a tény, hogy a laboratóriumi eredmények javulása nem szükségszerűen jelenti a morfológiai gyulladási folyamatok javulását. *Méhesfalvi Erzsébet dr.*

**A HBsAg jelentősége a haemodialyzt betegek chronikus aktív hepatitisének felismerésében.** Knodell, R. G. és mtsai (Division of Gastroenterology and Nephrology, Albuquerque Admin. Hospital, Albuquerque, New Mexico): Dialysis and Transplantation, 1979, 8, 121—129.

A hepatitis B-vírus 3. antigénjét *Magnius* és *Espmark* 1972-ben írták le és e-antigénnek nevezték el. Azóta nyilvánvalóvá vált, hogy az e-antigén jelenlétének fontos szerepe van a hepatitis chronikus voltának felismerhetőségében, bizonyíthatóságában. *Sheikh* szerint HBsAg hordozóknak ez az antigén nem mutatható ki a vérben. Chronikus haemodialysis alatt állók vérében azonban az esetek 70 százalékában lehet az e-antigént megtalálni, akkor is, ha ezek a betegek klinikailag csak hordozóknak felelnek meg. A szerzők azt vizsgálták, hogy ezek a chronikus uraemiás betegek — éppen az e-antigén jelenléte miatt — mennyiben tarthatók chronikus aktív hepatitises betegeknek is? Hét vizsgált chronikus uraemiás betegükből 5 bizonyult HBsAg pozitívának. Az elvégzett májbiopsiás vizsgálatok eredményei nem korreláltak a benignus klinikai képpel, amennyiben az 5-ből 3-ban bizonyítani lehetett a chronikus aktív hepatitis fennállását. Megerősítik tehát azt a véleményt, hogy a HBsAg jelenléte aktív hepatitis jelent megfelelő klinikai tünetek hiányában is, ami pedig chronikus uraemiásokon igen gyakori.

Berkessy Sándor dr.

**Peliosis hepatis veseátültetésben részesült betegeken.** C. Degott és mtsai (Hôpital Beaujon, Clichy és Hôpital Broussais, Paris): Gut 1978, 19, 748—753.

A peliosis hepatis vérrel telt üregek képződése a májban, amelyek kis szedéres göcök formájában általában szabad szemmel is láthatók. Malignus daganatokban, tuberculosisban, idült vesebetegségben szenvedőkben, továbbá anabolikus androgen, vagy ostenogen steroidokkal kezelt betegekben észlelték. A szerzők veseátültetésben részesült betegek májában elsőként számoltak be peliosis hepatitisről.

138. beteg májából a vese-transzplantatio alkalmával kimetszést végeztek; szövettani vizsgálattal ekkor valamennyi máj épnek bizonyult. A betegek azathioprin és corticosteroid kezelésben részesültek. Közülük 55 esetben 3—17 hónappal a műtét után májbetegség gyanúja miatt részben sebészi, részben percutan vagy transjugularis túbiopsiát végeztek. 12 beteg májában (11 férfi, 1 nő) észlelték peliosis hepatitiset. Hat esetben a vérrel telt üregek kicsinyek voltak, másik 6 esetben a jelleg-

zetes, vérrel telt cysták mutatkoztak, s ezek peritoneoscopia alkalmával makroszkóposan is felismerhetők voltak. Hét betegben a peliosis mellett idült persistáló, vagy aktív hepatitiszt találtak, ezek közül 6 HBsAg pozitív volt. Figyelemre méltó, hogy 2 olyan betegben, akiknek májában az első alkalommal nem találtak idült hepatitiszt, a 3, illetve 12 hónap múlva megismételt biopsia alkalmával májcirrhosis kifejlődését észlelték; mindkettő májában a peliosis súlyosabb formája fordult elő. E megfigyelés amellet szól, hogy peliosis hepatitis cirrhosist idézhet elő. Közvetett bizonyítékok alapján feltételezik a szerzők, hogy eseteikben a peliosis hepatitis kialakulása az azathioprin kezeléssel függ össze.

A súlyosabb peliosis hepatitisben szenvedő 6 beteg közül 4 májában a centrolobularis vénák falának oedemáját és fibrosist figyelték meg, s e 6 beteg közül 5-ben a betegség lefolyása során portalis hipertensio jelei léptek fel, bár cirrhosis csak keztőjük májában alakult ki. Peliosis enyhébb formájában a centrolobularis vénák épek voltak, és nem jött létre portalis hipertensio. Mindezek alapján felvetik azt a lehetőséget, hogy a peliosis hepatitis pathogenesisében a sinusoidok és a vena centralis összeköttetésének károsodása, s a vér elfolyásának következményes zavara játszik szerepet.

Bartók István dr.

**152 májcirrhosisos beteg májkómájának klinikai képe és a kiváltó tényezők.** Müting, D., A. Sommer (Heinz Kalk Klinik, D-8731 Bad Kissingen-Hausen, NSZK): Münch. med. Wschr., 1979, 121, 453-456.

1970-78 között 1240 májcirrhosisos betegből 152 beteget májkóma miatt gyógykezelt a Kalk professzorral elnevezett klinika vezetője és munkatársa. Ennek a 152 betegnek elemzik klinikai adatait, a kiváltó okokat és a kezelési esélyeket. A betegek diagnózisát laparoscopiával, illetve májbiopsiával erősítették meg. A májkóma különböző súlyosságú stádiumába jutott betegeiket 2 csoportba sorolták, az elsőbe (102 beteg) az *exogen* okok (mindenekelőtt alkohol okozta), a másodikba (50 beteg) az *exogen és endogen* tényezők által kiváltott (elsősorban hepatitiszes) esetek tartoztak. A cirrhosis diagnózisát csak a májbiopsia eredményétől számították, de feltételezik, hogy ezt már átlagban 5 év megelőzhette.

Az első csoport 102 betegéből az észlelési idő végén csak 37 élt, a második csoportból is csak 13. A kóma súlyossága és a halálzási arány között egyenes arány állott fenn. Foetor hepaticus az első csoportban csak 25 százalé-

ban volt érezhető, a másodikban 50 százalékban.

A kómát kiváltó okok az első csoportban sorrendben a következők voltak: gastrointestinális vérzés, bőséges fehérjebevitel, akut májsejt-necrosis, diureticumok, infekciók, alkohol, műtétek, narkotikumok. A második csoportban első helyen a necrotikus elváltozások álltak, vérzés és infectio ritkább volt. A 152 betegből 116-nak oesophagus-varicositasa és 114-nek ascitese is volt a portalis hipertensio jeleként. Biopsiával 10 százalékban elsődleges májcarcinómát is felfedeztek. Egyidejű vesebetegség a prognosist súlyosbította.

A portalis hipertensio miatt már egyébként is veszélyeztetett cirrhosisos betegek kóma-kialakulását vérző varixokon kívül ulcus pepticumból származó vérzések is elősegítették, továbbá a korábbi helytelen gyakorlatból visszamaradt bőséges fehérjebevitel. A kontroll nélküli diureticumok hypokaliemiához és túlzott ammóniaproductióhoz vezetve váltanak ki kómát, melynek első két stádiumában a prognosist még kedvező lehet.

Iványi János dr.

**Orvosok Hepatitis B fertőzöttség.** Maynard, J. E. (Hepatitis Lab. Div. Bureau Epidem. US. Publ. Hlth. Serv. Phoenix, Ariz. 85014, USA): JAMA, 1978, 239, 210-212.

A szerző munkacsoportja az Amerikai Orvostársaság (American Medical Association) orvostagjait vizsgálta B-típusú hepatitis (HB) átvészeltésre 1975-1976 során. 1.192 serologialag vizsgált orvos közül 220-nak volt serologialag kimutatható hepatitisz (18,5 százalék), ezek vérében találtak a hepatitis B felületi antigénnel specifikusan reagáló ellenanyagokat (anti HBs). A fertőzöttségi, ill. átvészeltési arány függött a gyakorlatban eltöltött idővel, az idősebb korosztályok körében több seropozitív volt, mint a fiatalabaknál; ezenkívül függött a szakmától is, különösen azok közül kerültek ki a pozitívok, akik a betegek vérével közvetlenül vagy közvetve kapcsolatba kerültek. Így a kórboncnokoknál 27 százalékos pozitivitást, a sebészeknél 28 százalékot találtak.

Nikodemusz István dr.

**Hepatitis B ellenanyag kórházi személyzet vérében.** Szabó M., Kasza L., Makai M. (Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Járványtani tanszék, Marosvásárhely): Rev. Roum. Med. Ser. Virol. 1978, 28, 137-140.

A szerzők olyan 544 kórházi alkalmazott vérében, akik különböző idejű és különböző mértékű veszélyeztetettségnek voltak kité-

ve, hepatitis B felületi antigen (HBsAg) és ennek megfelelő ellenanyagok (anti-HBs) jelenlétét vizsgálták counterelectrophoresis, radioimmunassay és passzív haemagglutinációs gátlási próba segítségével.

Az eredmények alapján megállapítható volt, hogy a hepatitis ellenanyag-tartalom az expozíció mértékének megfelelt. Így pl. a laboratóriumi személyzet vére 16,2%-ban tartalmazott a felületi antigénnel reagáló ellenanyagot (anti HBs), ha csak azokat veszik tekintetbe, akik emberi vérrel dolgoznak, akkor az átvészeltés 25 százalékos. Az adminisztratív dolgozók (gazdasági hivatal, igazgatás stb.) 4,4 százalékban pozitívak, a vizsgálatra jövő egészségesebb emberek 4,6 százalékban, a hivatásos véradók 7,9 százalékban. Ez arra utal, hogy maga a vérvétel (szúrás) is átviheti a kórokozót. Ez annál figyelemre méltóbb, mert manifeszt hepatitisen átesett egyén nem lehet véradó.

Maga a vérrel való manipuláció többszörös veszélyt jelent.

Nikodemusz István dr.

**Hepatitis B vírus fertőzések dán fogászok között.** Aldershvile, J., Brosk, A., Dietrichson, O. (Div. Hepatol. Hvidovre Hosp. Hvidovre, Dánia): J. Infect. Dis. 1978, 137, 63-66.

Egyes verziók szerint Dániában a fogorvosoknál a Hepatitis B vírus fertőzés foglalkozási ártalom. A dán fogorvos társaság 1338 fogorvos vérért vizsgálta hepatitisz antigen és ellenanyag-tartalomra (HBsAg és anti-HBs). E létszám egy kongresszus résztvevőinek 89 százalékát és a dán fogorvosok összlétszámának 29 százalékát képviselte. A vizsgálatokat radioimmunassay segítségével végezték s az adatokat kérdőívvel vették fel.

A vizsgálatok alapján kiderült, hogy HBsAg-t senki vére sem tartalmazott, de HBs-antitesteket a savók 8,2 százalékában (összesen 110 savó) találtak. A pozitív arány az életkorral emelkedést mutatott, viszont amikor összehasonlították végeztek egy kontroll lakosság csoporttal, ott is hasonló viszonyokat találtak. Ebből arra lehet következtetni, hogy a fogorvosok nem képeznek különösebb rizikó csoportot a hepatitis fertőzés terjedésében.

Nikodemusz István dr.

**Hivatástól eltöltés kedvezőtlen hepatitis B serologia esetén.** Müller, R., Schmidt, F. W. (Abt. Gastroenterol. Hepatol. Med. Hochschule, 3000 Hannover): Münch. Med. Wschr. 1979, 121, 113-114.

Örvendetes, ha a hepatitis átvitelével foglalkoznak, amelyet HBsAg-pozitív orvosok és fogorvosok végeznek. A következőkre kell a figyelmet felhívni:

1. A vírushepatitis az NSZK-ban endémiás. Niedersachsenban 20 százalékos az átvézettség, minden 200–300 egyénre esik egy HBsAg-hordozó.

2. Arra nincs adat, hogy a HBsAg-pozitív orvosok vagy fogorvosok nagy rizikót jelentenek, s a WHO 1975-ös jelentése, miszerint a HBsAg pozitív eu. dolgozók nem terjesztik a betegséget, ma is érvényes. Ennek ellenére figyelték meg izolált eseteket, ahol HBsAg pozitív orvosok vagy fogorvosok több hepatitis fertőzést terjesztettek, de ezek ritkán váltak járványok kiindulásává.

3. Az e-Ag természetét még nem ismert, ez nem marker, sem a fertőzöttség, sem az idülttség kimutatására. Az kétségtelen, hogy e-Ag-pozitív egyedek gyakrabban átvizik a fertőzést, mint olyanok, akik HBsAg hordozók, de sem e-Ag-t, sem e-antitestet nem tartalmaznak. Előfordul, hogy a fertőzést HBsAg-hordozók terjesztik, akik e-Ag-t nem tartalmaznak, ilyenek Afrikában gyakoriak, ott az e-Ag ritka. Ott előfordul, hogy HBc-pozitív, de HBsAg negatív egyének viszik át vérrrel a májgyulladást. Nem felel meg a valószínűségnek Kuntz és Kuntz véleménye, akik azt írják, hogy e-Ag és DNS-polymerase kimutatása megfelel a fertőzőképességnek.

4. Az a tény, hogy a HBsAg pozitív és emiatt a foglalkozástól eltiltott fogorvos felesége 17 hónappal a férje betegsége után megbetegedett ua. típusú hepatitis BsAg által okozott betegségben, nem bizonyítja azt, hogy a férj volt a terjesztő, mert a feleség szintén ki volt téve a fertőzés veszélyének. Ő a férjével együtt dolgozott, és kapcsolatban volt a betegekkel. Mivel az NSZK-ban a d-altípus a leggyakoribb, az ezzel való fertőzöttség nem mond semmit.

A HBsAg-pozitívok által terjesztett fertőzés veszélye változó. A kimutatási módszerek csak a „több-kévesbé” lehetőséget bizonyítják: Jelenleg nem bizonyítható, hogy egy HBsAg pozitív orvos átviszi a betegséget pácienseire. Ha a hepatitis serologia fejlődik, akkor lehet majd olyan rendelkezést hozni, hogy HBsAg pozitív egészségügyit eltiltanak a foglalkozástól.

Nikodemusz István dr.

**Hepatitisben megbetegedett sebész nem viszi tovább a fertőzést.** Meyers, J. D. és mtsai: JAMA, 1978, 240, 1725–1727.

Egy orthopaed sebész, aki a későbbiek folyamán hepatitis B-ben megbetegedett, a betegségét megelőző két hónap alatt 49 műtétben vett részt. Klinikailag és serologiailag ezek közül 30 beteg volt nyomon követhető.

A 30 betegből 5-nek volt pozitív a reakciója a hepatitis B felszíni antitestjével (anti-HBs) és egynek a hepatitis B felszíni antigénjé-

vel (HBsAg). Ezek voltak a kezdeti vizsgálati eredmények, melyek átlagosan 77 nappal a műtėti beavatkozás után történtek.

A műtét után — átlag 6,7 hónappal — a betegeknel a hepatitis B előfordulásának semmiféle klinikai vagy serologiai bizonyítékát nem találták.

Kontrollként 56 orthopaediai beteget vizsgáltak. Ezeknél 25 százalékban fordult elő pozitív anti-HBs reakció, mindegyik HBsAg negatív volt. Így a két csoport között nem volt a különbség szignifikáns.

Tehát a hepatitis B beszerzési rizikója sebészeti beavatkozás esetén — egy sebész miatt — igen alacsony.

Dundler József dr.

**Hepatitis B Antigen és antitest előfordulása fogászok között New Yorkban.** Jackson, R. J., Lyman, D. G., Weil, R. B. (Epidem. Intelligence Serv. Center Disease Contr. State New York, Dept. Hlth, Albany N. Y. 12237): N. Y. State J. Med. 1978, 78, 222–224.

A szerzők fogorvosokat szűrtek Hepatitis B antigen és ellenanyag jelenlétére. 513 fogász közül 4 (0,8 százalék) esetében lehetett radioimmunasay segítségével HBsAg-t kimutatni, ellenanyag ugyancsak ennyi savó közül 104-ben volt található (20 százalék). 511 fogorvos közül, akik a kérdőíven pontos feleletet adtak 63 (12 százalék) emlékezett arra, hogy átessett klinikailag hepatitisen, e 63 közül 2 vérében volt B-vírus antigen és 36 vérében B vírus elleni antitest. 443 (87,7 százalék) nem tudott manifeszt fertőzésről, ezek közül szintén 2 antigen pozitív adódott és 68 vérében voltak ellenanyagok.

Nikodemusz István dr.

**Hepatitis B átvitele kórházakban.**

Nyström, B. (Huddinge Krankenh. Hyg. Sekt., 14186 Huddinge, Svédország): Hyg. Med. 1978, 3, 103–105.

A B típusú hepatitis fertőzés a kórházi állomány részére foglalkozási ártalom. A betegség átvihető közvetlen perkutan oltással, ha vagy az eszköz fertőzött, vagy az átoltott vér vagy bevitt vérkészítmény fertőzött, de akkor is, ha a bőr tartalmazza a vírust. A HB-vírus áthatol az ép nyálkahártyán. A terjedési lehetőség csökkenthető, ha kesztyűben dolgoznak, a veszélyes helyeken nem esznek, isznak, dohányoznak, s a gyanús vizsgálati anyagokat a laboratóriumban megfelelően osztályozzák és kezelik. Szigorú rendszabályok hatására a svéd kórházakban a hepatitis veszélye csökkent, 1970-ben a kórházi dolgozók hepatitis morbiditása hatszorosa volt a lakosságénak, 1976-ban már csak kétszerese lett.

Nikodemusz István dr.

**Hepatitis B felületi antigen (HBsAg) és antitest gyakorisága kórházi személyzetben.** Janzen, J., Tripatzis, I., Wagner, U. (Inst. Mikrobiol. Med. School. 3000, Hannover): J. infect. Dis. 1978, 137, 261–267.

A szerzők a hannoveri orvosegyetem 3770 egészségügyi alkalmazottjának vérsavóját vizsgálták hepatitis felületi antigen (HBsAg) és ennek megfelelő ellenanyag (anti HBs) jelenlétére szolid-fázis radioimmunasay segítségével. Azt találták, hogy a hepatitis felületi antigen a savók 2,2 százalékában és a specifikus ellenanyagok a savók 11,7 százalékában voltak jelen. A hepatitis felületi antigen és specifikus antitest gyakoriságában a gyógyító orvosok (18,2 százalék), a betegápolónők (20,1 százalék) és a takarítószemélyzet tagjai (26,3 százalék) mutattak elsoőbbtséget a többi alkalmazottal szemben. A korra és nemekre felbontott adatok szerint ugyancsak az ápolónővérek mutatták a legnagyobb arányú pozitívítást, jóval magasabb arányt mutattak, mint hasonló korú női dolgozók, akik nem voltak kitéve fertőzési veszélynek. A HBsAg vagy HBs antitest a leggyakrabban a következő csoportokban fordult elő: műveseállomás dolgozói = 31,3 százalék, anaesthesiologia = 31,0 százalék, szemészet = 29,4 százalék, idegsebészet = 28,0 százalék, sebészet = 24,4 százalék. Az átlagos fertőzöttségi arány jóval magasabb volt sebészeti osztályon (24,4 százalék), mint nem sebészeti osztályon (13,3 százalék). Azok az egészségügyiek, akik májgyulladásban szenvedő betegekkel kapcsolatba kerültek, jóval magasabb arányban voltak pozitívak, mint akik nem kerültek ilyen betegekkel kapcsolatba.

Nikodemusz István dr.

**Néhány megállapítás a Hepatitis Bs antigen és Hepatitis Bs antitest megoszlásáról tünetmentes hordozók között.** Szabó M., Wosley, J. W., Demeter I. (4300 Marosvásárhely, Járványtani Intézet): Arch. Roum. path. Exp. Biol. 1978, 36, 255–261.

A szerzők „counterelectrophoresis” segítségével tájékoztak Románia Maros tartományában a Hepatitis B antigen (HBsAg) eloszlásáról. 44 600 hivatásos véréadó közül 535 (1,2 százalék) volt HBsAg pozitív, míg 7500 válogatás nélkül vizsgált egészséges egyén közül 300 (4,0 százalék). A pozitívak között 36 százalék tartalmazta az „ad” altípust és 64 százalék az „ay” altípust. A vírust tartalmazók között a férfiak voltak többségben (535-ből 386 és 300-ból 182). Az „y:d” arány férfiak között 63:37 volt, nők között 68:32. A Hepatitis B ellenanyag jelenlétét passzív haemagglutinációs próbá-

val nézték, s megállapították, hogy a 7500 egészséges egyén közül 362 személy (4,82 százalék) vére tartalmaz ellenanyagot. Román szerzők szerint a hepatitis ellenanyag azok között a leggyakoribb és legmagasabb titerű, akik vérátömlesztést kaptak.

850 HBsAg hordozó esetében megvizsgálták, mi lehetett a fertőzőség oka. 40 személy (4,7 százalék) tudott arról, hogy sárgaságon esett át, 115 egyén vérátömlesztést kapott vagy sebészeti beavatkozást végeztek rajta (13,5 százalék), 110 egyén injekciót kapott vagy vérvételt végeztek rajta (12,9 százalék), s 60 (7,1 százalék) járt fogászati kezelésen. 525 személy (61,8 százalék) nem tudott ilyen beavatkozásokról. Lehetséges, hogy az esetek egy részében a Hepatitis B vírus nem parenteralis úton terjedt. (Nem zárható ki, hogy nem mindenki emlékezett jól.)

Európában és az USA-ban a tünetmentes lakosság 1—2 százaléka vírus-hordozó. A műveállományok, az onkológiai osztályok és laboratóriumok dolgozói között jóval magasabb a fertőzőtségi arány. Ezzel szemben trópusi országokban Blumberg és mtsai felmérései alapján a vírus-hordozás elérheti a 10 százalékot is.

Nikodemusz István dr.

## Klinikai farmakológia

**Cimetidin.** Finkelstein, W., Isselbacher, K. J.: *N. Engl. J. Med.* 1978, 299, 992—996.

1972-ben a burimamid synthesisével Black és mtsai kimutatták a H<sub>1</sub> és H<sub>2</sub> histamin-receptorok létezését. A burimamid volt az első histamin H<sub>2</sub> antagonistá, amely a histaminnal stimulált gyomorsav-secretiót szelektíven gátolta, de ez orálisan nem volt aktív. A második H<sub>2</sub>-receptor antagonistá a metiamid volt, de erről kiderült, hogy agranulocytosis okozhat. Ezután szintetizálták a cimetidint.

A cimetidin a histamin által stimulált sav-secretiót feltételezhetően úgy gátolja, hogy antagonistikus hatást fejt ki a parietalis sejt H<sub>2</sub>-receptorán. Kevésbé ismert azonban az, hogy a cimetidin miként gátolja a pentagastrinnal és a cholinerg-stimulusokkal kiváltott sav-secretiót.

A cimetidin erősen gátolja a histamin, pentagastrin, bethanechol, insulin és koffein által stimulált gyomor-secretiót. A cimetidin mind a H-ionok koncentrációját, mind a gyomornedv voluménét egyaránt jelentősen csökkenti, de nem befolyásolja a pepsin koncentrációját. Az éhgyomri gastrin-szint sem változik.

A cimetidin, mint gyenge imidazol-bázis a vékonybélből jól felszívódik, orális adás után a

legmagasabb vérszintek 60-90 perc múlva mérhetők. A gyógyszer-szintek korrelálnak a savürítés gátlásának fokával és időtartamával. Iv. adás után a cimetidin félideje a serumban normális vese-funkció esetén 1,5-2,0 óra. A cimetidint a vese gyorsan kiválasztja, orális vagy iv. adás után a gyógyszer 50—70%-a 24 órán belül változatlanul kiürül a vizelettel.

**Duodenalis fekély.** Kettős vak, placebóval ellenőrzött vizsgálatokban, ahol endoscoposan vizsgálták a nyombélfekély gyógyulását, több mint 70%-ban észleltek 4-6 hét alatt a cimetidines csoportban teljes gyógyulást, míg a placebós csoportban ez csak 40%-ban következett be. A betegek 50%-a gyógyult meg a cimetidin-therapia elkezdése után két hétre, a placebós csoportban csak 25%-a.

A fekélygyógyulás utáni fenn-tartó cimetidin-kezelés (400 mg esténként vagy kétszer naponta) 6-12 hónapon át lényegesen csökkentette az endoscoposan igazolt fekély-recurrentiát a placebós kontrollal szemben, azonban még több bizonyíték szükséges, mielőtt az ilyen profilaktikus kezelést javasolni lehetne.

**Zollinger—Ellison syndroma (ZES).** 61 ZES-ben szenvedő betegen mutatták ki a cimetidin hatásosságát, drámaian enyhült a fekélyfájdalom, diarrhoea és a súlyvesztés. A peptikus fekély a legtöbb betegen napi 1,2 g cimetidin-adagra gyógyult. A betegek több mint felét egy évnél hosszabb ideig kezelték cimetidinnel. Átmeneti gynaecomastia volt a leggyakoribb mellékhatás. A tumor progressióját a cimetidin nem befolyásolta. Idős és rosszul táplált betegek esetében, akiknél a műteti mortalitás magas, a cimetidin-therapia kedvezőbbnek látszik, mint a totalis gastrectomia.

**Benignus gyomorfekély.** Jelenleg a cimetidin hatásossága gyomorfekély esetében nem tisztázott és további vizsgálatok szükségesek, mielőtt azt javasolni lehetne a gyomorfekély kezelésére.

**Gastro-oesophagealis reflux betegség.** A cimetidin nem befolyásolja az alsó oesophagealis sphincter nyomását, de gátolja a gyomorsav-secretiót és ezáltal befolyásolja a reflux oesophagitist. A cimetidin-therapia a reflux oesophagitis kezelésében sokat ígérő, azonban további tanulmányok szükségesek annak megállapítására, hogy milyen kezelés fogja leginkább megakadályozni az oesophagitis relapsusát.

**Akut gastrointestinalis vérzés.** 50 fulmináns májelégtelenségben szenvedő betegen metiamid vagy cimetidin iv. adva szignifikánsan csökkentette az akut gastrointestinalis vérzés előfordulását. Haemorrhagiás gastritis miatti akut vérzés 14-ből 10 betegen megszünt cimetidinre, antaciddal ez

nem volt elérhető. Peptikus fekély okozta vérzés esetében jelenleg még nem lehet végleges véleményt mondani a cimetidin hatásosságáról. Az eddigi irodalmi adatok alapján a cimetidin hasznos lehet a súlyos betegek akut gastrointestinalis vérzésének megelőzésében és kezelésében (300 mg iv. 6 óránként két napig, majd per os cimetidin).

**Pancreas insufficiencia.** Súlyos pancreas-elégtelenségben a pancreas-enzymek orális adásával nem lehet a diarrhoeát, steatorrhoeát és súlyvesztést megszüntetni az orálisan adott enzymek sav-pepsin által történő inaktiválása miatt. Ilyenkor cimetidin adásával fokozni lehet az orálisan adott pancreas-enzymek hatásosságát.

**A cimetidin mellékhatásai.** Cimetidin-therapia alatt néha gynaecomastia fordul elő, de ez reversibilis és a therapia folytatása ellenére is megszűnik. Cimetidinre a serum creatinin kissé emelkedik, de legtöbbször a normális értéket nem lépi túl. A serumban az aminotransferasék a betegek kb. 3%-ában enyhén és átmenetileg megemelkednek. Két ilyen betegen elvégzett májbiopsia enyhe centrilobularis necrosist mutatott. Patkányban 6 hónapos nagy dosisú cimetidin-kezelésre gyenge antiandrogen-hatás jelentkezett, a testisek, a prostata nagysága csökkent. További vizsgálatok szükségesek, vajon a hosszú időtartamú cimetidin-kezelés emberben okoz-e ilyen elváltozásokat.

Cimetidin gátolja a proteinhez kötött cobalamin (B<sub>12</sub> vitamin) intestinalis absorptióját. További megfigyeléseknek kell tisztázni, hogy krónikus cimetidin-kúra okoz-e ilyen vitaminhiányt.

Az eddigi irodalmi adatok szerint a cimetidin alacsony toxicitású, ha 8 hétnél rövidebb ideig adják. A cimetidin prolongált adását viszont még további vizsgálatoknak kell megelőzni.

Kisfalvi István dr.

**A cimetidin hypothalamo-hypophyseális hatása.** Delitala, G. és mtsai (Dept. of Endocrinology, St. Bartholomew's Hospital, London EC1A 7BE): *Lancet*, 1978, II, 1054—1055.

A szerzők azokból a vizsgálati eredményekből indultak ki, melyek szerint a nagy dózisban, parenterálisan adott cimetidin fokozza a prolactin-secretiót. A hyperprolactinaemia pedig mint ismeretes, a férfi és női gonadális működések csökkenéséhez vezethet. Ezen vizsgálatok szerint a dopamin-agonista bromocriptin kivédi a cimetidin ilyen irányú hatását.

Egészségeseken és ulcus pepticumban szenvedőkön végzett vizsgálataik során a szerzők azt tapasztalták, hogy folyamatos iv. in-

fundálás (100 mg/h) esetén még 500 mg cimetidin sem változtatja meg a basalis prolactin-secretiót. Egyszeri iv. bolus formájában adva azonban már 200 mg cimetidin is gyors és tartós prolactinszint emelkedést eredményezett.

Izolált patkány-hypophysis perfundátumokban a cimetidin (0,1 mmol/l) nem védte ki a dopamin prolactinszintet csökkentő hatását. A dopamin-receptorokat blokkoló metoclopramid (0,1 mmol/l) ugyanakkor hatásosan antagónizálta a dopamint. A korábbi eredményekkel ellentétben a szerzők így nem tartják valószínűnek, hogy a cimetidin a dopamin-receptorokon hatva fokozná a prolactin-secretiót.

A betegeknek per os adott napi 1,0 g-nyi cimetidin még egy hónap múlva sem vezetett a prolactin-secreto fokozódásához, szemben az iv. bolus-adagolásnál tapasztaltakkal. Tehát a klinikumban szokásos cimetidin terápia nem fenyeget hyperprolactinaemia és következményes hypogonadismus veszélyével.

Vas Ádám dr.

**A doxycyclin értéke légútbetegségekben: vérsavó-, nyál-, köpet-, tüdő- és mellúri folyadékgyülem tükör.** Simon, C. és mtsai (Univ. Kinderklinik Kiel, Abt. allg. Pädiatrie, Krankenhaus Grosshansdorf der LVA Hamburg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1978, 32, 266—270.

A doxycyclin kiváló pharmacokinetikájával tűnik ki a tetracyclinek közül. A szervezetben csak csekély mértékben bomlik le, 75—93%-a felszívódik. A légúti fertőzések gyógyítására nagyon alkalmas. Az első adagja felnőtteknek szájon át vagy iv. az első napon 0,2 g, ezt követően pedig általában 4 napig naponta 0,1 g. A szerzők azt vizsgálták, hogy ilyen adagolásban mennyi a vérsavó, a nyál, a köpet, a tüdőszövet és a mellúri folyadékgyülem doxycyclin-szintje. Ezeket az értékeket 57 felnőtt beteg határozta meg. Közülük 19 betegnek idült hörghurutja, 13-nak bronchopneumoniája, 25 betegnek pedig tüdődagathoz társult másodlagos gyuladása volt. A gyógyszer szintet agar diffúziós módszerrel bacillus cereus alkalmazásával mérték. A köpet doxycyclin-szintje 0,2 g szájon át való beadása után két óra múlva 0,23  $\mu\text{g/ml}$ , 3 óra múlva 0,27  $\mu\text{g}$ , a nyálban 0,39, ill. 0,45  $\mu\text{g}$ , 6 óra múlva a köpetben 0,23, a nyálban 0,36  $\mu\text{g}$  volt. A köpetben és a nyálban a maximumot a gyógyszer szint később érte el, mint a vérsavóban. A köpetszint 2 óra múlva egy tizenharmada, 6 óra múlva egytizede, 72 óra múlva pedig csak egyhatoda volt a vérsavószintnek. A vérsavó, a köpet és a nyál gyógyszer-töménysége a harmadik kezelési napon nem volt alacsonyabb, mint az első napon.

Ezzel az adagolással elkerülhető volt a doxycyclin kumuláló hatása. A bronchocoppal vett hörgőváladék doxycyclin-szintje az első napon 2 óra múlva 0,30  $\mu\text{g}$ , a harmadik napon pedig 0,26  $\mu\text{g}$  volt. 0,2 g doxycyclin iv. injekció után a köpet legmagasabb szintje 0,42  $\mu\text{g}$ , tehát csaknem kétszer akkora volt, mint a szájon át bevett gyógyszer után. 4 óra múlva a köpet- és a nyálszint 0,34, ill. 0,40  $\mu\text{g}$ -ra csökkent. 0,2 g doxycyclin iv. adása után 2 óra múlva a mellúri folyadékgyülemben a töménység 1,17  $\mu\text{g}$  volt, ami 6 óra múlva 1,72  $\mu\text{g}$ -ra emelkedett és 12 órán át ezen a szinten is maradt. 16 óra múlva a mellúri folyadékgyülem szintje 1,3  $\mu\text{g}$ , a vérsavóé 1,62  $\mu\text{g}$  volt. A vérsavó és a mellúri folyadékgyülem töménységi viszonya 2 óra múlva 4:1, 4 óra múlva 2,3:1 és 12 óra múlva 1,3:1 volt. Mind a vérsavóban, mind a mellúri folyadékgyülemben a doxycyclin 95%-a fehérjéhez kötött állapotban volt. 0,2 g doxycyclin iv. adása után egy óra múlva a gyógyszer szint a tüdőszövet-kivonatokban 1,0  $\mu\text{g}$ , 2 óra múlva 2,2  $\mu\text{g}$  és 4 óra múlva 3,2  $\mu\text{g}$ , a vérsavóban pedig ugyanakkor 5,0, 4,7, ill. 3,6  $\mu\text{g}$  volt. Függetlenül a doxycyclin alkalmazási módjától, a gyógyszer képes minden fogékony kórokozót (staphylococust, haemophilus influenzae-t) a fenti adagolásban a szaporodásban gátlani. Kevésbé érzékeny csírok által okozott fertőzés esetén ajánlatos naponta 0,2 g doxycyclint adagolni. Ilyen módon a doxycyclin mind a tüdőbe, mind a mellúri folyadékgyülembe hatásos töménységben bejut, így ez a gyógyszer a különböző tüdőgyulladások kezelésére is alkalmas.

Pongor Ferenc dr.

**A doxycyclin töménysége a vérsavóban és a hörgőváladékban.** Marschang, A. és mtsai (Pathologisch-Bakteriologisches Institut des Städtischen Krankenhauses Pforzheim und Römerberg-Klinik der Bundesbahn-Versicherungsanstalt): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1978, 32, 271—273.

A tetracyclinek alkalmasak a haemophilus influenzae, a bacteroides, a mycoplasma, az anaerob coryne-bacteriumok, a borelliák, a leptospirák, az ornithosis, a tetracyclin érzékeny staphylococcus, streptococcus és klebsiellák okozta fertőzés gyógykezelésére. Mivel ezeket a kórokozókat heveny és idült hörghurut, hörgtágulat, tüdőgyulladás, tüdőtályog, tüdőgangraena és mellúri empyema esetén gyakran ki lehet mutatni, a szerzők kíváncsiak voltak arra, hogy mekkora ennek a gátlószernek a hörgőváladékban való töménysége. E célból 16 ilyen betegnek egy új tetracyclin-doxycyclin készítményből, a vibramy-

cinből az első napon 0,2 g-ot, az azt követő 3 napon pedig 0,1 g vibramycint adtak, majd 13—15 óra múlva megvizsgálták a vérsavó és a bronchocoppal vett hörgőváladék gyógyszer-szintjét. A vérsavó vibramycin-töménysége átlag 1,821  $\mu\text{g}$ , a hörgőváladéké pedig 0,758  $\mu\text{g}$  volt ml-enként. Utóbbi is többszöröse volt az e kórokozók szaporodását gátló, minimális töménységnek. Így érthető, hogy a doxycyclin a hörgőrendszer betegségeinek a gyógyítására igen hatásos gyógyszer.

Pongor Ferenc dr.

**Májcirrhosis hatása a chlormethiazol farmakokinetikájára.** Pentikäinen, P. J. és mtsai (University of Helsinki, Finland): Brit. med. J. 1978, 2, 861—863.

A szedatív, hypnotikus és anti-convulsiv hatású chlormethiazol (*Heminevrin*) széles körben alkalmazák nyugtalanság, agitatio kezelésére, különösen delirium tremensben. Bár a gyógyszer általában biztonságos, igen nagy adagok alkalmazása során halálesetek is előfordultak; ezekért a máj károsodott működését tekintik felelősnek. A chlormethiazol (CHM) ugyanis legnagyobb részét a májban metabolizálódik, mégpedig főleg a májon való első áthaladáskor; csupán töredéke ürül ki változatlan formában. A májkárosodás hatását a CHM kinetikájára 8, biopsziával igazolt alkoholos cirrhosisban szenvedő beteg, valamint 6 egészséges önkéntes bevonásával végezték. Kiderült, hogy iv. adás után betegek és egészségesek plazma-CHM koncentrációi között nincs különbség; azonos dózis per os bevétele után viszont a betegekben lényegesen magasabb (!), egészségesekben pedig jóval alacsonyabb szintek alakulnak ki, mint iv. adás után. Orális adás esetében a változatlanul kiürülő CHM-hányad betegekben mintegy tízszer magasabb, mint egészségesekben. Azt is megállapították, hogy a CHM hasznosíthatósága (bioavailability) egyenesen arányos a szérumbilirubin- és alkalikus foszfatáz-koncentrációval, valamint a BSP felezési idejével; fordítva arányos az anti-pyrim-clearance-szel és a prothrombin-proconvertin aktivitással. Az eredmények igazolták a feltevézéseket: a CHM metabolizmusában valóban a májon való első (portális) áthaladás a döntő, ennek pedig fő tényezője a máj vérátáramlása. Cirrhosisban ez csökken, a portális vér részben spontán shuntokön át kerül a szisztémás keringésbe — ezért az orálisan adott CHM hatékonysága itt jelentősen megnő. Ennek eredménye az ilyen esetekben észlelhető fokozott toxicitás-veszély, melynek legjobb és egyszerű klinikai indikátora a prothrombin-



proconvertin aktivitás arányos csökkenése; ekkor *orálisan* (de iv. nem!) csak arányosan csökkentett CHM-adagok adhatók a cirrhotikus betegeknek.

Bánki M. Csaba dr.

**A rheumatoid arthritis levamisol kezelése.** Multicentrikus tanulmány. Symoens, J. és mtsai (Janssen Pharmaceutica, Dept. Clin. Res. Beerse, Belgium): *Lancet*, 1978, II, 1007—1012.

A rheumatoid arthritis kezelése levamisollal (L.) új, az immunrendszert befolyásoló terápiás lehetőség (hazai készítmény: Decaris). Az Európai Rheuma elleni Liga felügyelete alatt készült tanulmány összefoglalja a szer hatását és toxicitását.

A vizsgálatokat 9 ország 16 munkacsoportja végezte, kettős vak módszerrel. A tanulmányba sorolt betegeket az Amerikai Rheuma Társaság kritériumai alapján választották ki. A 16 év alattiakat, a terheseket és azokat a betegeket, akik három hónapon belül arany, d-penicillamin, vagy immunsuppressív kezelésben részesültek, a vizsgálatból kizárták.

A véletlen eloszlás szerint kiválasztott betegek egyik csoportja (124 beteg) heti 3, a másik csoportja (129 eset) 7 napon át 150 mg/nap L-t kapott. A kontrolles csoport 110 betegből állt. A L kezeléssel a betegek szedhették a szokásos fájdalomcsillapító és gyulladásgátló gyógyszereket (a phenylbutazon kivételével), a prednisolon adagját napi 10 mg-ban maximálták.

A klinikai tüneteket és a laboratóriumi leleteket a kezelés előtt, a 3. és a 6. hónap végén rögzítették. A vizsgálatba vont betegek száma valamennyi centrumban elégséges volt az önálló matematikai analízishez. A L-lal kezelt esetekben a kórfolyamat súlyosságát igazolta, hogy a betegek 64 százaléka korábban már arany vagy más bázis rheuma elleni kezelésben részesült. A L terapia hatására a klinikai tünetek javultak, a rheumás csomók megkisebbedtek, a vérsüllyedés, az akut fázis protein, a rheumatoid faktor titer, az immunglobulin és a keringő immunkomplex mennyisége szignifikánsan csökkent. A L kezelés eredményessége és az alkalmazott adag között nem észleltek összefüggést. Kedvezőbbek voltak az eredmények azokban a betegekben, akik korábban arany, d-penicillamin, immunsuppressív kezelésben nem részesültek.

A L kezelés a kontrollokkal történt összehasonlításban a betegség progresszióját gátolta, s lehetővé vált az egyéb gyógyszerek adagjának csökkentése is.

A L kezelést 58 betegen kellett abbahagyni. Hét esetben észleltek agranulocytosist, 6-ban leukopéniát, 25 betegen bőrtüneteket, 5-ben influenzaszerű megbetegedést,

melyet sem leukopenia, sem agranulocytosis nem kísért. A gastro-intestinalis panaszok, a lympho- és thrombopenia a kezelt és kontrolles csoportban azonos gyakoriságúak voltak.

A hathónapos megfigyelés alatt a L kezelésben részesült betegek 50 százalékaiban, a placebo csoport 30 százalékaiban léptek fel nem kívánatos gyógyszerhatások. Mindkét csoportban a reakciók 30 százaléka enyhe, vagy közepes súlyos volt. A legsúlyosabb, idioszinkrasiás típusú mellékhatások azonban csak a L-lal kezelt betegeken fordultak elő. A súlyos mellékhatások a rheumatoid arthritises betegeken gyakoribbak voltak, mint azt a L kezelés egyéb alkalmazási területein tapasztalták. A nem kívánt gyógyszerhatások 90 százaléka a kezelés első 3 három hónapjában jelentkezett.

A multicentrikus tanulmány szerint a L a rheumatoid arthritis jó gyógyszere. További vizsgálatoktól várható, hogy a L kisebb adagok alkalmazása esetén is hatásos-e, s ezzel párhuzamosan a kedvezőtlen mellékhatások száma csökkenjen.

Holländer Erzsébet dr.

## Kórbonctan

**Perjódosav Schiff-pozitív globulusok hepatocytákban.** I. Reintoft (Dept. of Pathology, Esbjerg Central Hospital, Dánia): *Acta path. microbiol. scand. Sect. A*, 1978, 86, 325—329.

Z genotípusú alpha-1-antitrypsin (alpha-1-AT) elégtelenségben asialo-antitrypsin halmozódik fel a máj durva endoplasmás reticulumának cisternáiban, ami fénymikroszkóppal diastase resistens, PAS pozitív kerekded cytoplasma képletek formájában látható. E sajátos cytoplasma testecskék észlelése a hepatocytákban alpha-1-AT elégtelenség lehetőségére hívja fel a figyelmet, diagnosztikus értéküket azonban korlátozza, hogy hasonló testecskék más természetű májkárosodásban is előfordulhatnak.

A szerzők 238 halott májának feldolgozásakor 38 esetben találtak a májsejtekben diastase resistens PAS pozitív cytoplasma testecskéket. Specifikus immuno-peroxydase reakció alapján a PAS pozitív anyag 15 esetben bizonyult a májsejtekben felszaporodott alpha-1-AT-nek; egy esetben állt fenn májcirrhosis. E betegek májában a PAS pozitív és a peroxydase pozitív anyag zonális és sejten belüli lokalizációja azonos volt, amit ugyanazon metszet mindkét módszerrel végzett vizsgálata is bizonyított. Másik 23 esetben a diastase resistens, PAS pozitív testecskék az immuno-peroxydaseval nem festődtek, te-

hát nem tartalmaztak alpha-1-AT-t.

Az immunreakció alapján különböző kétfajta anyag lokalizációja és mennyisége is eltért. A peroxydase pozitív alpha-1-AT testecskék a portalis mezők, illetve a cirrhotikus májban kötőszövetes septumok szomszédságában szaporodtak fel, az egyes májsejtekben többnyire nagyszámúak voltak, nagyságuk pedig változó volt. Az alpha-1-AT-t nem tartalmazó, peroxydase negatív testecskék centrolobularis májsejtekben jelentek meg, számuk az egyes májsejtekben kisebb, nagyságuk pedig kevésbé változó volt, mint az alpha-1-AT testecskéké.

Valamennyi májban, amely peroxydase negatív diastase resistens PAS pozitív testecskéket tartalmazott, súlyos pangásos jelenségek fordultak elő, amelyek egy esetet kivéve centrolobularis necrosissal is szövődtek. Úgy látszik tehát, hogy e cytoplasma képletek megjelenése congestióval és anoxiával áll összefüggésben. Keletkezésükben a sejt permeabilitásának fokozódása és serum fehérjék következményes beáramlása játszik szerepet; a kerekded képletek feltehetően serum fehérjékkel átitatott lysosomák.

A kétfajta, különböző természetű diastase resistens PAS pozitív anyag a lokalizációjukban és küllemükben mutakozó bizonyos különbségek ellenére biztonságosan csak immunhistochemiai módszerrel különíthető el.

Bartók István dr.

**Az atipikus Mycobact. Kansasii okozta tüdőelváltozások előfordulása és morfológiai képe.** Madák, Z., Nieslanik, J. (Kórházi Kórbonctani Osztály, Karvina CSSR): *Studia Pneumol.* 1978, 38, 386.

A csehországi, Ostrava és Karvina járási szénbányák dolgozói közt aránylag gyakori a Mycobact. Kansasii (M. K.) okozta tüdőelváltozás. A kórbonctan szerzők 1972 és 1974 közt 80 különféle, súlyos tüdőelváltozásban (anthracosilicosis, silicotuberculosis, tuberculosis, chron. bronchitis+emphysema!) keresték a M. K.-t. A 80 között 7 olyan beteg is boncolásra került, akinek köpetéből — életében — ki lehetett mutatni a M. K.-t (ötnek ismételtten is). A boncolás során vett mintákból ez csak egyben sikerült. Az említett 80 boncolási anyagon kívül 5 műtéti specimen, tüdőresecatumot is vizsgáltak, ezek mindegyikéből ki tudták mutatni a M. K.-t. Ezek a betegek a műtét után meggyógyultak.

A boncolási és műtéti anyagokat részletes makro- és mikroszkópos vizsgálatnak vették alá és megállapíthatták, hogy a M. K. által okozott elváltozások semmi-

ben sem különböznek a Mycobact. tuberculosis okozta elváltozásoktól. Ezt számos ábrával is igazolják.

Fauszt Imre dr.

## Vesebetegségek

**Chronikus veseelégtelenség kezelése dialysissal és transplantációval (12 év eredményei).** Price J. D. E. és mtsai: Canad. Med. Ass. J. 1978, 118, 263.

A haemodialysis és peritonealis dialysis kezelés a Vancouver-General Hospitalban 1964-ben kezdődött meg, a vesetranszplantáció pedig 1968-ban. Ezt követően kezdtek meg az otthoni haemo-, ill. peritonealis dialysis kezelést is.

305 e programban szereplő beteg adatait analizálják. A betegek átlagéletkora 37 év (1–70 évig). A túlélést tekintve a kezelték több mint 50%-a 5 évnél hosszabb ideig élt, de az idősebbek túlélése rosszabb. Betegeik közül 76 kapott halottból származó vesét, és a beültetett vesék 8 éves túlélése 37% volt. A 12 év alatt 113 beteg halt meg. A leggyakoribb halálok: cardiovascularis megbetegedés, infectio, ill. 8 betegnél carcinoma. A betegek között 7 esetben jelentkezett dialysis dementia és 6 beteg követett el öngyilkosságot.

Valamennyi beteg a programba vételkor először peritonealis dialysist végeztek. Amennyiben ezzel a kezeléssel a beteg kooperációja biztosítottnak látszik, úgy vagy áttérnek a haemodialysis kezelésre, vagy transzplantációra jegyzik elő. Különösen rossz a prognózis, ha az alapbetegség malignus hypertonia vagy analgetikumok következtében kialakuló nephropathia. Lényegesen jobb a prognózisa a 35 évnél fiatalabb betegeknek. Ez alól csak az otthoni kezelésben álló betegek kivételek. A túlélési eredmények azonban 50 év felett itt is romlanak. Ebben a korcsoportban a halál oka elsősorban cerebrovascularis megbetegedés.

(Ref.: A közlemény különös értéke, hogy ugyanazon intézetből származó különböző kezelési módokat hasonlít össze és értékel ki, s ezáltal jó áttekintést is nyújt a különböző kezelési módszerektől várható eredményekről. Egyidejűleg betekintést ad a canadai nephrologiai ellátásba.)

Taraba István dr.

**Chronikus peritonealis dialysis és peritonitis.** Golper, T. és mtsai (Division of Nephrology, University of Oregon Health Science Center, Portland): Dialysis and Transplantation, 1978, 7, 1173–1177.

A chronikus peritonealis dialysis a haemodialysishez hasonlóan jó eljárásnak bizonyult az idült veseelégtelenség végstádiumának keze-

lésére is. Előnye, hogy lehetővé teszi az ambuláns kezelést, azonkívül, hogy bizonyos adalekanyagokkal a peritonealis dialysis clearance-efektus jelentősen megnövelhető. Az eljárás viszonylag olcsó és módot ad arra is, hogy érrendszerileg arra nem alkalmas idős betegek és cukorbeteg betegek kezelhetők legyenek. Legnagyobb hátránya mindmáig, hogy gyakran fordul elő szövődményként peritonitis. Palackcserés módszer esetén a peritonitis gyakorisága 0,1–1,5% (olykor 3–20%-os előfordulást is tapasztaltak). A zárt, nagytankos eljárás alkalmazása során a peritonitis előfordulása lényegesen alacsonyabb! A peritonitis kialakulásában az esetek felében Gram-negatív, másik felében Gram-pozitív kórokozók szerepelnek. A teljesen tünetmentes betegek dialyzáló folyadékában is lehet 1–10%-ban virulens kórokozókat kimutatni! A peritonitis tünetei a dialysis befejezése után 6–12 órával lépnek fel hányinger, hányás, fájdalom, deféense formájában. Dialysis alatt, ill. állandó katéter esetén ezután is jellemző tünet a katéter eldugulása fibrinnel. A dialyzáló folyadékban peritonitis esetén mm<sup>3</sup>-enként 300–500 fvs-et találni. Peritonitis jeleinek kialakulásakor ezeket lehet tenni: literenként 100–500 E heparint adunk a dialyzáló oldathoz, ill. staphylo- vagy streptococcusok ellen meticcillint, Gram-negatívok ellen doxramycint vagy cephalotint adunk ugyancsak a dialyzáló oldatba. Megjegyzendő, hogy a heparin és a penicillin gátolják az aminoglycosid antibiotikumok hatását! Ezen kívül: peritonitis jelei esetén csökkenteni kell a hasba egyszerre infundált dialyzáló oldat mennyiségét, de a benttartási időt érdemes súlyosabb a fertőzés, annál tovább kell parenteralis, majd orális antibiotikus kezelést folytatni.

A peritonitis prevenciójában a nagyfokú sterilításon kívül egyéb lehetőségeink nincsenek.

Berkessy Sándor dr.

**Lipoprotein anyagcsere chronikus uraemiás betegekben. Haemodialysis hatása a serum lipoproteinekre és a postheparin plasma triglycerid lipasékra.** J. K. Huttunen és mtsai (III. and IV. Dept. of Med., Dept. of Serology and Bact., Univ. of Helsinki): Acta Med. Scand. 1978, 203, 211.

Uraemiában gyakori a szívizom-megbetegedés. Ismert, hogy a VLDL (very low density lipoprotein) koncentráció emelkedett, a HDL (high density lipoprotein) koncentráció csökkent, normális LDL (low density lipoprotein) érték mellett.

A szerzők a lipoprotein anyagcserét tanulmányozták 6 chronikus uraemiás egyénben, a haemodialysis előtt és után, az intermittáló

heparin hatását a zsíryanagcsere paramétereire.

A VLDL koncentráció 6 eset közül 5-ben már a dialysis előtt emelkedett volt, haemodialysis alatt csökkent mind az 5 esetben. A HDL cholesterol koncentrációja kórosan alacsonynak bizonyult a dialysis előtt minden esetben. Az LDL koncentrációban nem észleltek szignifikáns eltérést. Az LDL cholesterolin TG rátája szignifikánsan alacsonyabb volt az uraemiás csoportban, mint a kontrollban, a dialysis előtt és alatt egyaránt.

A postheparin plasma hepatikus lipase aktivitás uraemiás esetekben jelentősen alacsonyabb volt a dialysis előtt és alatt, mint a korábban megfelelő kontroll csoportban, de a különbség csak a dialysis kezdete előtt volt szignifikáns. A haemodialysis nem hat a postheparin plasma lipoprotein lipase aktivitásra vagy a hepatikus lipasera. Mindkét enzimaktivitás csökkent a long-term heparin infusio alatt 3 mélyvénás thrombosisos betegük esetében. László Aranka dr.

**Terhesség kiviselése krónikus dialysisek segítségével.** LeGraff, S. (State University Hospital, Upstate Medical Center, Syracuse, N. Y.): Dialysis and Transplantation, 1978, 7, 1246–1248.

Az irodalomban számos sikeresen kiviselt terhesség esete ismeretes, melyek krónikus haemodialysis során kerültek megfigyelésre. A szerző 22 éves nőbetege már megelőző terhessége alatt azotaemiás volt. Jelenlegi terhességéhez a kifejezet azotaemia ellenére ragászkodott, (KN értéke 45–55 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, serum kreatinin értéke 3,5 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> körül volt.) A terhességi patológiai osztályra felvett betegen hetenként három alkalommal végeztek 4–4 óras haemodialysist extracorporalis heparinizálás segítségével. 13 alkalommal részesítették vértranszfúziókban. A kezelések alatt rendszeresen monitorizálták a magzatot is olyképpen, hogy Doppler-készülékkel figyelték szív-frequenciáját. Ha ez 120/min alá csökkent, az anyának konyhasóinfúziót adtak, mivel a magzati szív-működés rosszabbodásáért az anya hirtelen kialakuló hypovolaemiája volt felelős. Az anya hipertenzióját hydralazinnal kezelték, fehérjeszükségletének biztosítására napi 60–90 g fehérjetartalmú diétát biztosítottak. A 35. terhességi héten a magzatvíz 2-es lecithin/sphingomyelin aránya a magzati légzőapparátus érettségét bizonyította, ezért ekkor elective sectio caesareát végeztek. A fiú újszülött Apgar-értéke 9-es volt, és normálisan fejlődik. Az anyának a szülés után két évvel HL-A identikus fiú testvérének veséjét transzplantálták, amely kiválóan működik. Berkessy Sándor dr.



CHINOI BUDAPEST

**SENSIT<sup>®</sup>**

draszé

**CORONARIA DILATATOR**



A Sensit új típusú koszorúsér-tágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz-aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxia-toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúereket, fokozza a koronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz-situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerin-igény.

#### ÖSSZETÉTEL

Draszéenként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

#### JAVALLATOK

Koronária-elégtelenség, angina pectoris, coronaria-sclerosis, a szívinfarktus megelőzése és utókezelése.

#### ELLENJAVALLAT

A szívinfarktus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetén alkalmazható.

#### ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 draszé.

#### MELLEKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság vagy allergiás jelenségek szórványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

#### FIGYELMEZTETÉS

Májbetegek huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés.

Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

#### MEGJEGYZÉS

✦ Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

#### CSOMAGOLÁS

50 db draszé

Térités: 2,70 Ft



CHINOI  
BUDAPEST

# CHINOFUNGIN®

spray

FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Misrosporion canis*, *Epidermophyton floccosum*, továbbá *Malassezia furfur* okozta fertőzések esetén.

Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

## ÖSSZETÉTEL

1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackonként, olajszerű folyadékban.

## JAVALLATOK

Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban *erosio interdigitalis mycotica*, továbbá *tinea versicolor*, *trichophytia superficialis*, *epidermophytia inguinale*, *ekzema mycoticum*, *rubrophytia*, *intertrigo mycogenes*. *Onychomycosis*ban adjuváns kezelésre.

## ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése ellenjavalt.

## MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

## ALKALMAZÁS

Szappanos, melegvizet lemosás után naponta 2-szer permetezzük a gondosan leszártított bőrfelületre, 15–20 cm távolságról, a függőlegesen tartott palackból.

## FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhöggető) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

## MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

## CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térités: 8,60 Ft

**Hydrothorax kialakulása krónikusan haemodializált betegekben.** Tyler, J. és mtsai (Dept. of Medicine, Division of Nephrology, Georgetown, University, WA): *Dialysis and Transplantation*, 1978, 7, 1214—1216.

Az idült veseelégtelenség végstádiumában szenvedőkön már 1932-ben leírták a sokszor meg nem magyarázható hydrothorax kialakulását. Gyakorisága 42%-ra tehető, függetlenül attól, hogy a beteg kardiálisan kompenzált, vagy nem. Úgy tűnik, hogy a kardiális állapoton kívül a beteg hiperhidrációjának van jelentős szerepe, s csak kb. 30%-ban magyarázható meg hypoproteinaemiával. A szerzők által megfigyelt 42 krónikusan dializált betegen 71%-ban észlelték kétoldali hydrothoraxot. 6 esetben volt ennek hátterében pulmonális megbetegedés. 74%-ban idült szívelégtelenség, ebből 17 esetben kongesztív kardiomiopátia. A hydrothorax fellépése többnyire tünetmentes. Szívelégtelenség és hiperhidráció esetén a kezelés: intenzív folyadék- és só-eltávolítás dialízissel, hypoproteinaemiában fehérjepótlás is szükséges. Ha ezekre a hydrothorax nem javul, a folyadék lecsapolása (és ezzel egyidőben pleura-biopszia) is szükséges.

Berkessy Sándor dr.

**Polycystás vese.** Szerkesztőségi közlemény: *British Medical Journal*, 1979, 1, 291—292.

Blyth és Ockenden a csecsemő- és gyermekkori polycystás vesék 4 alcsoportját különböztette meg: *Perinatalis* csoportban óriási veséket találtak és szülés után, legkésőbb pár héttel halál következett be. A vesetubulusok több mint 90%-a kóros elváltozást mutatott és minimális májfibrosis állott fenn.

A *neonatalis* csoportban az első hónapban észlelték az óriásveséket és az első év végén haltak meg uraemiában. A vesetubulusok kb. 60%-a mutatott kóros elváltozást, minimális májfibrosis mellett.

A *csecsemőkori* csoportban 3—6 hónap között észlelték a nagy veséket és a hepatomegáliát. Ezek halála kisgyermekkorban következett be, uraemia, vagy portális hipertensio miatt. A vesetubulusok kb. 25%-a mutatott kóros elváltozást. A májfibrosis is súlyosfokú volt.

A *gyermekkori* típusban a vesetubulusok 10%-a érintett, hepatosplenomegalia és progresszív portális hipertensio miatt, alig élik túl a 10 évet. Itt erőteljes májfibrosist észleltek. Megjegyzik, hogy a congenitalis májfibrosis külön megbetegedés.

A *felöltött típusú* polycystás vesék leggyakrabban IV., vagy V. évtizedben jelentkeznek. A tünetek: ágyéki fájdalom, makroszkópos haematuria, colikás fájdalmak, ez infectio és vérzés következménye lehet, hipertensio. Feltűnőek a meg-nagyobbodott vesék, amelyek a has-

kidomborodásához vezethetnek és traumára érzékenyek. E betegség-csoportban gyakran találtak intracranialis aneurysmát és néha hyperuricaemiát. Soliter, vagy multiplex cysták más szervekben, így a májban, pancreasban és a lépben is előfordulhatnak. A máj-cysták mellett nem találtak cirrhotist, vagy portális hipertensiót. Az észlelt betegek intracranialis aneurysma ruptura, vagy renalis elégtelenség miatt haltak meg. Az európai dialysis és transplantációs regiszter szerint a primer renalis elégtelenség okai között 8%-ban találjuk a vesék polycystás megbetegedését (összesen: 3978 eset).

A felöltött típus diagnosztizálására is lehetőség van kisgyermekkorban, radiológiai és pathológiai vizsgálatokkal. Iv. urogram jellemzően mutatja a megnyúlt és csavarodott kehelyrendszert, míg pathológiai vizsgálatokkal a corticalis és velőállományban is mikroszkópos tömlőcskéket lehet találni. A közti területeken normál vesekép figyelhető meg.

A csecsemőkori és kisgyermekkori típusban a cysták fusiformisak és radiál irányban rendezettek, a vesekép uniformizált. Ebben a típusban az elkülönítő dg-hoz segítséget ad a máj vizsgálata, mert megfigyelhető az intrahepatikus epeutak cystás elváltozása is. A felöltött típus esetén az oki tényezők közül a foetalis fejlődést emelik ki, de experimentálisan diphenylamin, tartósan adott mellékvese corticosteroidok és Na-depletio is provokálhat polycystás veseelváltozást. Feltételezik, hogy az öröklött betegségek esetén, valamilyen metabolikus defektus vezetett sekunder veseelváltozásokhoz, így a vesék polycystás elváltozásához is. A felöltött típusban autosomalis domináns, a többi típusban autosomalis recessiv öröklésment van.

[*Ref.: Boncolási anyagunkban 46 éves férjibeteg esetében észleltünk felöltött típusú polycystás veseelváltozást. A vesék összsúlya: 5660 g volt. A veseelváltozás miatt, halála előtt 4 éven át, rendszeres kezelés alatt állt. Megbetegedését előben diagnosztizálták.*]

Bugovits Elemér dr.

**Cink-hiány és ízérzés zavar krónikusan haemodializált betegekben.** O'Nion, I. V. és mtsai (Division of Artificial Organs, Univ. of Utah, Food Science and Nutrition Dept, Brigham Young University, Utah): *Dialysis and Transplantation*, 1978, 7, 1208—1213.

A szervezet cink-deficientiája az ízérzés zavarával jár, és ez cinkszulfát terápiával jól befolyásolható. A fiatalkori cink-hiányt a növekedés elmaradása is követi. Feltételezik, hogy a cink olyan enzim kofaktora, vagy alkotórésze, amely az ízérzés épségéhez szükséges. Úgy vélik, szükséges a DNS replikáció zavartalanulásához is. Diali-

zisek alatt a szérum cink szintje csökken, krónikus dialízisek alatt pedig az ízérzés zavarának kialakulása is igen gyakori. Ez napi 220 mg cinkszulfát adásával javítható. A szerzők 35 krónikusan dializált betegen végeztek megfigyeléseket két éves periódus alatt placebo és cinkszulfát vakkisérletben történt adagolása mellett. Vizsgálták a szérum és a vörösvértestek cink-tartalmát, valamint teszt oldatokkal ízérzés próbákat folytattak. A szérum cink-szint a dializáltakon lényegesen alacsonyabb volt a normálisnál, és alacsonyabb volt a vörösvértestekben is. Ez cink-terápiában részesítettek a dialízisek dacára jelentősen javult, ill. normalizálódott. A cink-vesztéség nem mutatott párhuzamot az albuminuriával. Mivel a krónikus uraemiás betegek cink-felvétele elégtelen, azt ajánlják, hogy rendszeresen részesüljenek napi 25 mg elemi cinknek megfelelő kezelésben.

Berkessy Sándor dr.

**Polymer albumin a nephrosis syndromás betegek vizeletében.** W. H. Boesken és mtsai: *Clinical Nephrology* 1977, 8, 395—399.

Súlyos proteinuriák esetében az egyedi plasma proteinek clearance-é fordítottan arányos a molekulásúlyukkal, így a különböző proteinek clearance értékeinek diagnosztikus és prognosztikus értéke van nephrosis syndromában. A szerzők korábbi vizsgálatukkal egy vizelet fehérje anomáliát észleltek, melyről megállapították, hogy 130 000 Dalton molekulásúlyú albumin dimer. Jelenleg Freiburgből 146 és Birminghamból 64 olyan esetről számolnak be, ahol a vizeletben albumin dimer volt kimutatható.

A vizsgálatokra SDS-polvaerulamid elektrophoresissel kombinált anti-albumin serumot tartalmazó immundiffúziós módszert, Sephadex G 200 gélfiltrációt és a különböző protein clearance-ek meghatározására immundiffúziós módszert használtak. Kimutatható friss vizeletből, de mennvisége növekszik -20 °C-ra fagyasztás után, s 1—2 nappal a proteinuria megszűnése előtt eltűnik. A polymer általában 5—15%-a a monomernek.

A minimális szövettani elváltozásokat mutató nephrosis syndromában 62, ill. 76%-ban, membranosis nephropathiában 26, ill. 40%-ban észlelték az albumin polymer jelenségét a vizeletben. Ezen túlmenően a freiburgi team focalis glomerulosclerosisban 25%-ban, akut glomerulonephritisben 12,5%-ban, amyloidosisban 25%-ban találta. A birminghami team az ezen betegségekben elenyésző számot észlelt, s azokban polymer albumin nem talált. Azok az esetek, ahol a polymer albumin a vizeletben ki lehetett mutatni, igen jól reagáltak a prednison vagy cyc-

lophosphamid kezelésre, ez a megállapítás még focalis glomerulosclerosis eseteire is vonatkozott.

A polymer albumin minden bizonynal azután keletkezik, hogy a fehérje átjutott a glomerularis membránon. Birminghamben nem találtak polymer albumint a serumban, míg Freiburgban igen, de ennek az is lehet a magyarázata, hogy ott a betegek tiszta albumin infúziót is kaptak, s minden készítmény tartalmaz polymer albumint. Természetére nézve S—S polymernek látszik, mely merkaptóethanollal szétválasztható.

Az albumin polymer jelenléte vagy hiánya segíthet a steroidra, vagy cyclophosphamidra adott válaszból, ami különösen jelentős a minimális elváltozásokat mutató nephropathiában és focalis glomerulosclerosisban, mely gyakran sem klinikai sem laboratóriumi módszerekkel nem választható el.

Domán József dr.

**Nemzetközi vizsgálatok és a gyermek nefrológia.** International Study of Kidney Disease in Children: New Engl. Jour. Med. 1979, 300, 254.

Az International Study of Kidney Disease in Children (ISKDC) munkacsoportja 10 éve végzi munkáját és ebből az alkalomból a cikk áttekinti ezen szervezet működését. A munka megindulásakor a gyermekkori nephrotikus syndroma és az azathioprin kezelés felülvizsgálata volt a téma és nagyobb részt európai intézetek működtek közre. A követelményrendszer elfogadása után később túlsúlyba kerültek az amerikai klinikák.

A vizsgálatok teljes egységesítésének igénye kezdetben jó néhány korszerű eljárás mellőzését jelentette. Ezért voltak kénytelenek lemondani az elektronmikroszkópos és az immunfluorescens vizsgálatokról. Az első lépésben csak a fénymikroszkópos adatokra támaszkodtak. Módszerük helyességének bizonyítékát látják azonban abban, hogy a közös munka ezen fázisában alapvető kérdésekben tudtak szemben álló véleményeket egységesíteni. A későbbiekben a vizsgálatokat prospektív jelleggel fokozatosan szélesítették, s ma már a proli-

feratív glomerulonephritis, a súlyos anaphylaxiás nephritis, a göcos, segmentalis glomerulosclerosis is szerepel a közös munkában.

A szervezetnek New York-i központján kívül közép-európai csoportja is működik és egy újabb egység létrehozását Japánban tervezik. A szervezet költségvetése lényegesen nem különbözik egy hasonló nagyságú nemzeti társaságtól. Külön anyagi támogatást nem kap, ezért rendkívül fontos, hogy a tagintézetekben a nemzetközi együttműködéssel járó kiadások ne menjenek a színvonalas, mindennapi munka rovására. A szervezet működésének egyik eredménye az is, hogy több országban a gyermek nefrológiában határozott fellendülés következett be.

Kelemen Zsolt dr.

**Percutan nephropyelostomia gyermekkorban.** R. Günther, P. Alken (Institut für Klinische Strahlenkunde der Universität Mainz): Fortschritte auf dem Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1979, 130, 586.

22 nap—10 év közti életkorú gyermekek percutan nephropyelostomiájának tapasztalatait ismertetik. 21 esetben kísérelték meg elkészítését, 20 esetben sikerült. Két esetben a katéter több ízben dislocálódott, ismételt behelyezése vált szükségessé. Ettől eltekintve szövödményt nem észleltek. Nagyobb felnőtt anyagban a szövödmények gyakorisága 4—6%, mortalitás 0,1%. Ez sokkal előnyösebb a műtéti nephrostomia 20% morbiditásánál és 6% mortalitásánál. Gyermekekben a percutan nephropyelostomia diagnosztikus és terápiás lehetőségei a következők: 1. A vese maradék működésének meghatározása a tehermentesítés után. 2. Nyomásmérés az elzáródás mértékének meghatározására. 3. Műtét előtti decompressio jobb műtéti feltételek megteremtése érdekében. 4. Műtét utáni decompressio szükség szerint szövödmények esetén. 5. Malignus húgyúti szűkület decompressiója, mint adjuváns a sugaras és cytostatikus kezelés mellett. Ritka javallat vizeletipoly „szárazzá tétele”. Az eljárás nagy értéke álta-

lánban, hogy alkalmas lázzal, sepsissel és uraemiával járó húgyúti elzáródások egyszerűsített tehermentesítésére a beteg különösebb megterhelése nélkül.

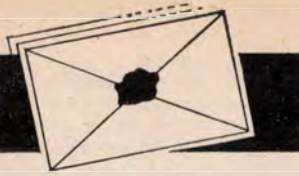
Lacza András dr.

**A serum lipid- és lipoprotein-értékek alakulása különböző lefolyású és súlyosságú idült pyelonephritisben és glomerulonephritisben.** Fünfstück, R. és mtsai: Dt. Gesundheitswesen, 1978, 33, 1695—1700.

A vesebetegyek secunder hyperlipoproteinaemiája, hypertoniájuk mellett fontos rizikófaktora a degeneratív érbetegségeknek és ezért közöttük a 30—50 éves életkorban is fele arányban lehet kifejezett arteriosclerosis találni.

A szerzők 503 (232 férfi és 271 nő) átlagosan 39,5 éves különböző súlyosságú, kórházban ápolat vesebetegyet vizsgáltak és ezeknek 54,3%-a idült pyelonephritisben, 45,7%-a idült glomerulonephritisben szenvedett. A renalis alapbetegségtől függetlenül a zsírsanyagcsere zavara összefüggést mutatott a nephrotikus szindrómával, valamint a veseelégtelenség mértékével. A proteinuria fokozódásával párhuzamosan a serum cholesterolin, triglycerid és béta-lipoprotein szintje is megemelkedett. A serum kreatinin színjének emelkedése szintén hyperlipoproteinaemiával járt együtt. Az idült veseelégtelenségben szenvedő és intermitálóan haemodializált betegeken a veseelégtelenség előrehaladtával a zsírsparaméterek emelkedését és a cholesterolin értékek szignifikáns csökkenését észlelték. Itt a hypertriglyceridaemia, illetve a hyperlipoproteinaemia IV. típusa dominált. Statisztikailag igen szignifikáns összefüggést láttak a serum cholesterolin és vérnyomás értékek emelkedése között.

Véleményük szerint, mivel a vesebetegyek zsírsanyagcsere-zavarai pathogenetikailag sem egységesek, a gyógykezelést is mindig individuálisan kell végezni. Az elhízás, hyperliproteinaemia és hypertonia közötti szignifikáns összefüggés pedig terápiás konzekvenciákkal is jár. Angeli István dr.



## A kóros elhízás sebészi kezelésének problematikájáról.

T. Szerkesztőség! „A kóros elhízás sebészi kezelése” c. tanulmányokhoz szeretnék hozzászólni (Pécsi Orvostudományi Egyetem és Városi Kórház, Szentés. 1979, 120, 3087 és 3111.)

A szerkesztőségi elemzés egy gondolatához csatlakoznék: „... az ileo-jejunalis bypass eredményei sem jobbák a következetesen végrehajtott konzervatív fogyókúránál”. Csak azt kellene tudnunk, hogy mit nevezünk „következetesen végrehajtott” fogyókúrának. A közleményekből látszik, hogy legalább ilyen pontos és következetes utógondozás indokolt, sokszor intézeti kezeléssel. Talán nem tűnik durvaságnak ha így teszem fel a kérdést: nem „gazdaságosabb”-e a kórosan elhízottak intézeti, konzervatív kezelése, mert súlyos betegekről van szó. Talán pontosabb képet is kapnánk e kezelési mód hatásosságáról.

Másik kérdés: Hasonlítható-e az ilyen sebészi megoldás a szervátültetések kérdéséhez? Ha igen, a sebészek javára billen a mérleg. Kétségtelenül félok, hogy a prefrontális leukotomia sorsára juthat e törekvés is. Úgy érzem, hogy e műtét bevezetésével és alkalmazásával a sebészet egy olyan állomáshoz érkezett, amikor a sebésznek, belgyógyásznak és pszichológusnak is kell lenni, tehát övé a teljes felelősség.

Az első közlemény megbeszélés rovatában a „szívizomzat zsíros elfajulása”-ról mint halál okáról írnak. Feltehetően obesitas v. adipositas cordisra gondoltak, hiszen az elfajulás (degeneratio) intracelluláris, tehát a munkaizomzat sejtjein belüli kóros elváltozást jelent.

Ne vegyék kötekedésnek, de a szerkesztőségi elemzésben is felfedtem valamit: „egyben *rekapitulálja* a műtetre ritka kivételként kijelölhető kórosan elhízott egyének kiválasztási *kritériumait*” — írják, pedig ugyanebben a számban „A magyar orvosi szaknyelv ésszerű védelmében” címmel összefoglaló tanulmányt közölnek.

Bugovics Elemér dr.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1979. december 23-i számának 3115 oldalán, a Magyar Sebészet 1979, 32, 297—302 számában megjelent közleményünkhöz fűzött megjegyzéseikre az alábbiakban válaszolunk:

Mint azt leírtuk, évekre-menőden tanulmányoztuk a téma irodalmát és jutottunk az elhatározásra, hogy amennyiben olyan beteg kéri a műtét elvégzését, akinél kizáró ok nincs, úgy elvégezzük a jejunioileostomiát.

15:3-as nő-férfi arány nem a könnyebb megnyerhetőséggel magyarázható, hanem azzal, hogy több a saját magának is terhet jelentő súlyosan elhízott nőbeteg.

Betegeinket, akik önként jelentkeztek klinikánkon vizsgálatra, első lépésben ismertetve a rideg tényeket igyekeztünk lebeszélni a fogyasztás ezen útjáról. Ha a beteg nem állt el szándékától, végeztünk tüzetes kivizsgálást.

Első néhány betegünket saját erőből vizsgáltuk ki és támaszkodtunk a megelőzően ismételt vizsgáló és kezelő intézmény leleteire. Azonban csakhamar rájöttünk arra, hogy a korrekt kivizsgálás és postoperatív gondozás a sebészet lehetőségeit meghaladják és örömmel vettük Jávor professzor (POTE I. sz. Belgyógyászati klinika) kollaborációs készségét, amiért is ezúton is köszönetet mondunk. A továbbiakban betegeink már az I. sz. Belgyógyászati klinika nyertek felvételt és az indikáció felállítása is ott történt. Így mentesek vagyunk az elfoglaltság vádjától. A betegek utógondozása és ellenőrzése is kollaborációban történik. Így került egy közleménybe az I. sz. és II. sz. Sebészeti klinika anyaga, mert mindkét sebészet kollaboránssal az I. sz. Belklinika. Erre az Orvosi Hetilapban megjelent közleményünkben utaltunk.

Klinikánkon 1978 decemberig 18 Payne—DeWind műtét történt. A 18 eset közé nem számítottuk az egy, perioperative meghalt betegünket, akit az Orvosi Hetilapban említettünk. Ennél a betegnél nem Payne—DeWind műtét történt, hanem end-to-end jejunioileostomiát végeztünk és az ileum proximalis csomójának coecumba való ültetését.

A Magyar Sebészetben 18 operált betegről írunk és csak nyolcat értékelünk. A kétségek eloszlatása érdekében közöljük, hogy dolgozatunkat 1978 decemberben küldtük be, amit azonnal vissza is igazoltak, de a közlemény csak az 1979. 5. számban jelent meg. E dolgozatunkat mint az a cím alatt szerepelt. „Bevezető közlemény”-nek szántuk. 9. betegünket 1978. III. 29-én operáltuk, így már ez sem kerülhetett értékelésre.

Egy betegünk, akit szintén az Orvosi Hetilapban említettünk, másfél évre a jejunioileostomia után halt meg, hasfali sérv műtete befejezésekor a műtőasztalon. Halála igazságügyi orvostani vélemény szerint nem hozható okozati összefüggésbe a jejunioilealis bypass-al. Ez az exitus 3 hónappal közleményünk bejelentése után történt. A továbbiakban exitus nem fordult elő.

Valljuk, hogy fogyasztási céllal a jejunioileostomia a végső kétségbeesés műtete. Ezért az indikáció nagyon szigorú.

Nem vagyunk hívei a mindenáron való operálásnak, de hívei vagyunk az új utak keresésének.

Pongrácz Gyula dr.

A szerkesztőség válasza: Bugovics dr. levelére: „következetesen végrehajtott fogyókúra” alatt azt az intézetben, orvosi ellenőrzéssel elvégzett fogyókúrát értjük, amelynek során a beteg hazabocsátást követően is együttműködik. Ezen feltételeknek eleget téve az eredmények nem különböznek lényegesen a műtét megoldás eredményeitől (1), mely egyaránt előnyös az egyed és a közösség számára, ezért képviseljük álláspontunkat olyan kitarthatóan és következetesen, hogy a műtetre csak ritka kivételként kerüljön sor. — A konzervatív fogyókúrával eltöltött kórházi kezelés a gazdaságossággal sem összehajthatatlan, mert a kóros elhízás műteti el látása és a postoperatív állapot enyhítése esetleg több, de legalább annyi anyagi áldozattal jár. A műtét kapacitás megkímélése és a kiadások megelőzése az egészségügyben legalább olyan mértékben etikai, mint gazdasági teher.

A kóros elhízás műteti megoldása nem hasonlítható a szervtranszplantációhoz, mert amíg szervátültetés esetében élet és halál kérdésében kell döntenünk, itt csupán egy, a követség okozta és a későbbiekben ható kockázati tényező kiiktatásáról van szó. Nem értünk egyet azzal a felfogással, hogy „... e műtét bevezetésével és alkalmazásával a sebészet egy olyan állomáshoz érkezett, amikor a sebésznek belgyógyásznak és pszichológusnak is kell lennie, tehát övé a teljes felelősség...”, — a felelősség ugyanis úgy oszlik meg, hogy az indikációt más állítja fel, mint aki a műtétet végzi, minthogy a műtét indikációja éppúgy nem bízandó a műtétet végző team-re, mint szervátültetés esetében, a sebészi team ugyanis szakmailag érdekelte a műtét elvégzésében. — A szaknyelv védelmében kifogásolt latin eredetű szavakról szólva: azok nagyrészt már átmentek a modern ember anyanyelvébe és a nyelv elszegényedésének veszélye nélkül aligha lenne helyes ilyen mértékű nyelvtisztítást végezni. A szaknyelv ésszerű védelme semmiképpen sem jelentheti azt, hogy kizárólag középkori magyar nyelvemlékekkel fejezzük ki magunkat, egyidejűleg azonban ne szennyezzük feleslegesen orvosi kifejezéstárunkat modern nyelvekből szolgáiban átvett szavakkal.

Pongrácz dr.-nak válaszolva ismételtlen leszögezzük, hogy nyomós indokok kényszere alatt és kizáró okok hiányában kivételesen mérlegelhetőnek tartjuk a kóros elhízás megoldására a jejunioileostomia műtétének lehetőségét, de egyetértünk a levélíróval, amikor azt írja, hogy az eljárás csak a „végső kétségbeesés műtete” lehet. Bevalljuk, megnyugvással olvastuk Marton professzornak az időközben az

**Akadémiai Kiadónál a Korányi Sándor Tudományos Társaság Ülései XVI. kötetében megjelent előadását, amelyben azt mondta, hogy az extrém elhízás műtéti eljárásáról az Orvosi Hetilapban közölt cikkének (2) „nem volt visszhangja, illetve a szerkesztőségi kommentár olyan álláspontot foglalt el a cikkben leírtakkal szemben, amely aggodalmasnak vélte a betegség sebészi kezelését, s biztos, hogy a kommentár a kollégákat a műtéttől elrémítette”. (3) — Mi úgy véljük, hogy változatlanul vállalhatjuk azt a felfogásunkat, amellyel fékezni törekedtünk a jejunoilealis bypass műtétek számát. Nincs ugyanis két-ségünk afelől, hogy ezzel a felfogásunkkal bizonyosan több emberen segítettünk, mint amennyinek ártottunk. Az „új utak keresését” nemcsak megengedhetőnek, de kötelezőnek is tartjuk azzal a kiegészítéssel, hogy változatlanul valljuk, hogy „Mi, e nemzedék orvosi, az orvostudomány forradalmárai vagyunk, akik tudjuk, hogy orvosi tevékenységünk e forradalmi útját veszélyek, kockázatok és áldozatok hosszú sora övezi, de azt is tudjuk, hogy a beteg ember minden könnyecskéje, szenvedése és halála vádol, ha azt elkerülhettük volna” (4).**

**IRODALOM:** 1. Kahlke, W. és mtsai (szerk.): Aktuelle Fragen zur Behandlung der Adipositas. Thieme Verl. Stuttgart 1978. — 2. Marton T. és mtsai: Orv. Hetil. 1975. 116. 2055 — 3. Marton T.: A Korányi S. Tud. Társ. Ülései XVI. Akad. Kiadó, Budapest 1979. 115—122. — 4. Trencsényi T.: Orv. Hetil. 1975. 116. 2343.

#### **Ragasztószalagok alkalmazásáról a sebéllátásban.**

**T. Szerkesztőség!** Molnár Dénes dr. és mtsai tanulmánya (Orvosi Hetilap 1980, 121, 399—340.) az alapellátásban is jelentős kérdést érint, ezért szeretnénk a kapcsolódó tapasztalatainkról beszámolni. Egyikünk 50 csomag Steri-Striphez jutott, 49 csomagot felhasználtunk a körzeti orvosi ellátás során. A 3M cég hat pontos használati utasítását betartva, a szalagokat összszefekvő sebszélék fedésére alkalmazva eredményeink összhangban vannak a közleményben foglaltakkal. Viszont, ha a seb lefutása a Langer-féle húzási vonalakra merőleges, egy-két szalag elégtelennek bizonyul, mert a tapadása elégtelen. Ha betartjuk a gyártó cég utasítá-

sát és a szalagok között csak 3 mm távolságot hagyunk és a sebet fedőkötéssel látjuk el — ami többnyire elengedhetetlen az általános orvosi gyakorlatban — akkor tovább nedvező sebeknél a szalagok párákötést képeznek a seb felett és a záródást késleltetik.

Kisebb traumás sebek ellátásánál a körzeti orvosi gyakorlatban több mint tíz éve alkalmazzuk a ragtaspasz „hidat”: Megfelelő hosszúságú, 5—15 mm széles csíkot homokóra relief szerűen kivágunk. A tapasz szélessége az elkeskenyedő részen 3—4 mm, ha a szalagot néhányszor megcsavarjuk, akkor a kivágott résznek megfelelően néhány mm hosszú, 1—1,5 mm széles „fonalat” nyerünk, mely a tapasz elhelyezésekor a sebvonal fölé kerül. Ennek a módszernek az előnyei olcsóságát figyelmen kívül hagyva a Steri-Strippel szemben a következők: 1. Feszülés alatt álló sebszélék biztonságosabban egyesíthetők. 2. A sebvonal fölött fekvő hidak keskeny volta biztosítja, hogy a sebszélék összefekvéséről meggyőződ-jünk. 3. Az esetlegesen képződő sebvadékok kifolyása kedvezőbb, mint a Steri-Strip használata esetén. 4. A tapadó felszínnek nagysága és így tartása is változtatható.

A ragtaspaszokkal kisebb visszeres fekélyek széleit is közelítettük, amely úgy véljük gyorsította a fekélyek gyógyulását talán a pangás mérséklése révén. Ugyanígy műtét utáni varratelégtelenség következtében kialakult hasfali sebek széleit is közelítettük ragtaspasz hidakkal és a sebgógyulás ideje rövidebbnek tűnt. Nagy kiterjedésű, makroszkóposan nem szennyezett, lacerált sebek széleit néhány helyen a sebvonalban tamponpilléren átfelölő hídral rögzítettük az első orvosi ellátás keretében. A hidak alkalmazására kényszerhelyzetekben is sor került, amikor a naciens a sérüléssel későn jelentkezett vagy továbbküldésébe nem egvezett bele.

**Szerzők észlelésétől** eltérően tapasztalatunk szerint a ragtaspasz nem okoz gyakori bőrgyulladás és iól tart. Annak, hogy nincs csírátlanítva, kedvezőtlen hatását nem tapasztaltuk, de úgy véljük, hogy sterilizése megoldható, sőt megfelelő technológiával gyártva „varrat” céljára volna forgalmazható.

Itt szeretnénk még megjegyezni, ha valamelyik hazai üzemünk több külföldi cég gyakorlatához hason-

lón közönséges sebészi tüket és fonalat forgalmazna steril csomagolásban, nem kerülhetnénk olyan helyzetbe, hogy pl. fogászati vértést atraumatikus tüvel, catgut-tel vagy steril pólyából húzott fonallal kelljen ellátnunk, illetve ritkábban kerülne sor a beteg továbbküldésére.

**Horváth W. István dr.  
Ávéd László dr.  
Turi Sándor dr.**

**T. Szerkesztőség!** Köszönjük Horváth W. István és mtsai hozzászólását és tapasztalataik közlését tanulmányunkkal kapcsolatban. A mi tapasztalataink, mint közleményünkben kiderül, feszülő sebek esetén is jók. Az eltérő eredményt elsősorban azzal magyarázzuk, hogy fedőkötést nem alkalmazunk. Ha a ragasztás után még rövid ideig váladékozik a seb, adunk a betegnek egy darab steril gaze lapot, hogy időnként óvatosan itassa le vele a váladékot. Így a ragasztócsíkok közötti 3 mm-es távolság esetén nem késleltetett a seb záródása. Másrészt a ragasztószalagok sebtől távolabbi végeinek tapadását egy-egy haránt elhelyezett csíkkal megerősítjük szükség esetén. A 3 M cég hat pontos használati utasításában ez is szerepel. Egyébként a cég a varratok korai eltávolítása után javasolja használatát, mi pedig mind traumás, mind műtéti anvagunkban az elsődleges ellátásra használtuk. varratok alkalmazása nélkül. Meg szeretném jegyezni, hogy a 3M cég jelenleg több fajta (különböző hosszúságú, szélességű és minőségű) öntapadó ragasztószalagot hoz forgalomba, melyet mind alkalmunk volt kipróbálni. Mi az úgvnevezett „reinforced” típusút használtuk főként. Eredményeinket fényképsorozatok igazolták, melyekből az Orv. Hetil.-ban csak egyet tudtunk köz-  
zétenni.

Igen érdekes a ragtaspasz alkalmazásának a hozzászólók által közölt módszere. Mi kizárólag gyermekeken alkalmaztuk a ragtaspaszt, akiknél úgy tűnik sokkal gyakoribb az allergiás reakció.

A közlemény nyomdába adása óta is folyamatosan használjuk a módszert, eseteink száma kb. 280, ebből 50 műtéti sebzárás. Szövőd-ményeket azóta nem észleltünk és ismételtlen szeretnénk hangsúlyozni előnyeiket a gyermeksebészeti ellátásban (fájdalommentes stb.).

**Molnár Dénes dr.**





## KÖNYVISMERTETÉS

**Paul R. Reich: Hematology. Physiopathologic Basis for Clinical Practice.** Little, Brown and Co.: Boston, 1978. 432 oldal, 72 színes mikrofotó és 15 ábra.

Szerző azoknak az orvostanhallgatóknak szánja munkáját, akik a bevezető kurzuson a haematologia alapvető fogalmaival ismerkednek meg, éppen ezért felelőssége teljes tudatában sallangmentesen tömöríti mondanivalóját ebbe a közepes terjedelmű tankönyvbe. Azt már eleve feltételezi, hogy olvasói a physiologia és pathologia alapvető kérdéseivel tisztában vannak, ezért aztán ezeket nem részletezi, csupán lényegüket ismerteti. Összehasonlítva az európai haematologiai tanés kézikönyvek nagyobb részével a haematologia alapvető kérdéseit élettani és kórtani szempontból tárgyalja. Ennek ellenére a morfológia nem szorult háttérbe, hanem a fenti szemléletnek alárendelve szervesen egészíti ki egy-egy kórkép diagnosztikáját.

A tankönyv 11 fejezetet tartalmaz, melyek legújabb és általánosan elfogadott ismereteinket kerék egysebbe tömörítik. Erdemes ezeket felsorolni: 1. Az anaemia fogalma. 2. A hypochrom anaemiák. 3. A megaloblastos anaemiák. 4. A haemolytikus anaemiák. 5. Coombs-test pozitív haemolytikus anaemiák. 6. Coombs-test negatív haemolytikus anaemiák. 7. Aplasztikus anaemia, vérkonzerválás és másodlagos anaemiák. 8. A leukocyták. 9. Leukaemiák és egyéb myeloproliferatív kórképek. 10. Lymphomák és egyéb lymphoproliferatív betegségek. 11. A haemostasis (ez a fejezet Daniel Deykin munkája). A kisméretű színes mikrofotók egybefűzve, a kötet közepén található. Nem lehet, de nem is szabad az egyes fejezeteket rangsorolni, mégis ki kell emelni a megaloblastos és haemolytikus anaemiák fejezeit, melyek jóval részletesebben és alaposabban összegezik ismereteinket az említett tárgykörből, mint a többiek.

Ez a viszonylag nagyobb terjedelmű valószínűleg csak a magyar és közép-európai olvasónak szokatlan, hiszen köztudott, hogy az Egyesült Államokban mindkét anaemia-féleség elég nagy számban fordul elő.

Példamutatóan egyszerűen és szerencsésen oldotta meg az egyes fejezetek szerkesztését. Minden lap bal oldali margója elég széles, tekintettel az itt olvasható alcímekre, melyek tipográfiailag háromféle betűtípust nyomatva jelzik a téma fontosabb, vagy kevésbé lényeges részeit, jóllehet az olvasónak az az érzése, nincs az egész könyvben olyan rész, ami nem volna fontos.

Jó áttekintést nyújt az anamnesisről, a vizsgálati leletekről, a betegségek osztályozásáról az a 39 tábla, melyek a vérképzőszervi betegségeknek úgyszólván az összes lényeges adatait tartalmazzák. Ezek az adatok nemcsak áttekinthetők, hanem könnyen meg is tanulhatók. Szerzőt dicséri az is, hogy a medikusnak és a gyakorló orvosnak egyaránt vezérfonalat nyújt, miképpen fogjon hozzá a beteg vizsgálatához, milyen vizsgálatokkal állapíthatja meg a diagnózist, milyen kiegészítő vizsgálatokat végeztesen és hogyan kezelje a betegeket. Pl. megaloblastos anaemia gyanúja áll fent: mik az anamnézis kulcskérdései, melyek a legfontosabb fizikális és laboratóriumi vizsgálatok, melyek valóban eldöntik, hogy az anaemia megaloblastos jellegű, továbbá milyen vizsgálatokkal lehet az aetiológiát kideríteni és a legfontosabb szövődményeket elhárítani. Végül ismerteti a therapiás tervet. Valóban mintaszerű. Egy-egy fejezet néhány rövid kazuisztikával végződik, melyek nagyon tanulságosak, még akkor is ha az olvasó rögtön látja a megoldást. Címzavak felsorolásával olyan kutatási témákat jelöl meg, melyek valóban perspektivikusak; nemcsak oktat, hanem kutató munkára is ösztönöz.

A kisszámú ábra talán túlzottan sematikus. Alig várható a medikus-tól, hogy gyakorlatilag a szövegre és néhány színes fotóra szorítkozva világosan lássa az apróbb részleteket. Minden olvasó csak nyerne vele, ha a következő kiadásban több és szemléltetőbb ábrát helyeznének el.

Stílusa élvezetes, minimális angol tudás birtokában is érthető, már csak ezért is ajánljuk minden érdeklődő medikusnak és oktató szakembernek egyaránt.

Bán András dr.

**D. Kenneth Wilson, Ph. D.: Voice Problems of Children.** 2. kiadás. The Williams and Wilkins Company, Baltimore 1979. 238 old., 45 ábra.

A hangképzés zavaraiiban szenvedő gyermekek vizsgálata, kezelése és gondozása interdisciplinárius tevékenység. E munkában orvosok és nem orvosi szakágak képviselői egyaránt részt vesznek. Többnyire a kialakult szokások, a hagyomány és a szemlélet, valamint az oktatás és képzés szinte országonként különböző módja szabja meg, hogy ki vállalkozik erre a feladatra. Hazánkban és az európai országok többségében elsősorban az orvostudomány új ágának, a mindinkább

önálló és térhódító foniátriának terrénuma a hangképzési zavarok diagnosztizálása és gyógyítása. E téren a foniáter orvos legfőbb segítőtársa a logopéd tanár valamint a pszichológus. Az Egyesült Államokban nincsenek foniáter orvosok és a magyarországi értelemben vett gyógypedagógus-képzés sem folyik. A hangképzési zavarok kórismézése és terápiája ott döntően a gégszre és az ún. speech pathologist-re hárul, de — mint a könyv szerzője is hangsúlyozza — a körök felderítése és a rehabilitáció olykor a legkülönbözőbb szakterületek specialistáinak közreműködését igényli, így a felsoroltakon kívül az audiológia, a klinikai pszichológia, a szociális gondozás, gyermekgyógyászat, allergológia, radiológia, plasztikai sebészet, neurologia és a pszichiátria képviselőinek kollaborációját.

A kötet írója nem orvos: a Buffaloi Allami Egyetemen a beszédpatológia professzora. E tény megmagyarázza a könyv szemléletét, tárgyalásmenetét, tehát a munka értékeit, a súlyponti kérdéseket és a hiányosságokat egyaránt. A maga nemében — a szerző szakmai hovatartozását és az USA-ban kialakult kezelési szokásokat tekintve — korrekt, nagy gondal összeállított kiadványról van szó, mely a hangredukáció, a magyar értelmezésben vett mindennapos logopédiai munka — a diagnosztika és a kezelés szempontjából — igen sok hasznos adatot, gyakorlati útmutatást tartalmaz; a fül-orr-gégész, illetve foniáter recenzor számára azonban a mű sok tekintetben mégis hiányérzetet kelt.

A hangminőség értékelésére, meghatározására számtalan tesztet ismertet és javasol a szerző, így pl. a rekedtség, az orrhangzósság mérvének, a hangabúzusok mértékének, a beszéd sebességének és értehetőségének megítélésére; ezek 1-től 7-ig terjedő számokkal, a vizsgáló által adott pontok alapján jelzik a teljesítményt. A dokumentálás, valamint a hangminőség és a therapiás eredmények rögzítése és összehasonlítása céljából szerkesztett teszteknek kétségtelenül van haszna és előnye, de túlzott használatuk egyoldalúnak tűnik. A szubjektív pontozás még nagy tapasztalat esetén sem helyettesítheti a ma már minden foniátriái tankönyvben részletesen tárgyalt, alapvető eszközös és valóban objektív eljárásokat, így a laryngo-stroboscopyt, a pneumographiát, a glottographiát és a hangszinanalízis számtalan módszerét, melyeket a szerző meg sem említhet könyvében. Ugyancsak szépséghibája a könyvnek, hogy a szövegben részletezett gége-elváltozásokat nem fotókkal, hanem más kiadványból átvett rajzos ábrákkal illusztrálja. Hasonlóan hiányolom a terapia terén a műtéti és a gyógyszeres kezelési lehetőségeinek felsorolását, megemlítését. Bár a könyvet írója elsősorban beszédterápeutáknak és főiskolai hallga-

tóknak szánta, a fenti kérdések legalább érintőleges, áttekintő tárgyalása indokolt lett volna az olvasóknak a tájékoztatása érdekében. Az is eltér az európai gyakorlattól, hogy az orrhangos beszédet („nasality”) nem mint beszédhibát, hanem mint hangképzési zavart tárgyalja; ebben viszont van logika, hiszen a rhinophonia önmagában nem artikulációs zavart, hanem hangszín-változást jelent.

A könyv 12 fejezetre oszlik. Az első fejezetben a szerző a hangképzési zavarok csoportosítását ismerteti (a hangkvalitás zavarai, rezonancia problémák, a hangerő és a hangmagasság kóros megváltozása), beszámol a hangképzési zavarok gyakoriságáról (gyermekkorban 6-9%; iskolás gyermekek 1,5%-a szorul kezelésre), valamint a beszédpatológus szerepéről a gyermekek kezelésében. A következő három fejezetben gyermekek és serdülők hangképzési zavarainak különböző okait tárgyalja: az organikus tényezőket, a hibás hangtechnika — a vokális abúzus — következményeként létrejövő szervi elváltozásokat (hangszalagsomó, polyp stb.), a funkcionális formákat és a hangképzési zavar létrejöttét elősegítő körülményeket (mint pl. allergia, endokrin tényezők, gyakori felsőlégúti hurut). A következő két fejezetben megtalálhatók a javasolt vizsgáló módszerek: a rutin fül-orr-gégészeti fizikális vizsgálat, laryngoscopia, röntgen- és ultrahangvizsgálat, az alaphangfrekvencia, a hangerő, a fonációs idő, a szájüregi nyomásviszonyok meghatározására szolgáló eljárások és a hangminőséget értékelő tesztek, pontozások részletes leírása. A következő öt fejezet a hangképzési zavarok különböző típusainak kezelési módját, a hang-redukációt részletezi. E fejezetekben sok hasznos ötletet talál a gyakorló foniáter és logopédus a hangdiéta, a „negatív gyakorlatok”, a hangabúzusokról való le szoktatás, a helyes izomtónus kialakítása, a kellő hangerő, a helyes hangmagasság és — szájpadelégtelesség esetén — a rezonanciaviszonyok helyreállítása vonatkozásában. A 11. fejezet a nagyothalló gyermek hangképzési zavaraiával foglalkozik. Az utolsó rész a család szerepét hangsúlyozza az eredményes kezelés tartósságáért, és a majd a gyógyulás kritériumait foglalja össze. A kötet végén igen bő — de kizárólag angol nyelvű, főleg amerikai — irodalom és glosszrium található.

A felsorolt kritikai megjegyzések ellenére, azok tekintetbevételével ajánlom a jó stílusú, könnyen olvasható, szép kiállítású könyvet mindazoknak, akik gyermekek hangképzési zavaraiával foglalkoznak.

Hirschberg Jenő dr.

**Bot György: Általános és szerves kémia.** Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1979. 285 oldal, 67,— Ft.

Immár második kiadásban jelent meg a fenti tankönyv, amely kifejezetten az elsőéves orvostanhallgatók kémiai felkészítéséhez és tanuláshoz nyújt értékes segítséget.

A könyv címe is jelzi, hogy az általános és szerves kémiai alapismeretek elsajátítására szolgál, azonban az elméleti ismeretek lényegesen nagyobb teret kaptak, mint a tankönyv II. részét kitevő szerves kémia. Ez a tény természetesen teljes mértékben megfelel az orvostanhallgatók speciális kémiai igényeinek.

A tankönyv I. részében, vagyis az általános kémiával foglalkozó részben egymás után tárgyalásra kerülnek az anyagszerkezeti alapismeretek, a kémiai kötés módok, a halmazok és halmazállapotok, az elektrolitokkal kapcsolatos, valamint elektrokémiai és reakciókinetikai alapismeretek. Ebben a részben is, miként a II. részt kitevő szerves kémiai részben az egyes fejezetek után kérdések és feladatok teszik lehetővé a tananyag alaposabb elsajátítását.

A II. részben a periódusos rendszer adta csoportosításban kerülnek tárgyalásra azok az elemek és egyszerűbb vegyületek, melyeknek ismerete az általános orvosi műveltséghez tartozik.

A tankönyv mondanivalóját 75 rajzolt ábra segít megérteni. A könyv első borítóján az elemek periódusos rendszere, a hátsó borítón az elemek (Pauling szerinti) elektronegativitási értékeinek táblázatos adatai találhatóak.

A kitűnően megírt, az orvostanhallgatók által használatos forgatható tankönyvet tárgymutató zárja le.

Szabó Dezső dr.

**Kellhammer, U., Überla, K.** (szerk.): **Long-Term Studies on Side-Effects of Contraception.** — State and Planning. Symposium, Munich, 1977. Lecture Notes in Medical Informatics, Vol. 3. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978. 240 oldal, ára nincs jelölve.

Az ún. reprodukciós morbiditási és mortalitási statisztika az elmúlt három évtizedben jelentősen módosult. Korábban a terhesség-születésgyermekágy és a terhességmegszakítás szövődményei uralták a képet, így a mortalitást is. Ezzel szemben az utóbbi évtizedben mindinkább előtérbe kerültek a fogamzásgátlás szövődményei. Angliában-Walesben a 24-34 éves női korosztály reprodukciós mortalitása 100 000 nőre számítva 1975-ben 2,4 volt. Ez lényegében 79 halálesetet jelentett; megoszlásuk: spontán és művi vetélés okozta halálozás 5, terhességgel, szüléssel és gyermekágyal kapcsolatos halálozás 35, a fogamzásgátlással összefüggő mortalitás

39 (ezen belül 37 az orális contraceptio rovására írható, a maradék két esetben az intrauterin eszköz és a sterilizáció osztozódik). A 35-44 éves korosztályban a halálozás gyakorisága 5,0. Ez 139 esetet foglal magába; megoszlásuk: vetélések 3, terhesség-születésgyermekágy 16, fogamzásgátlás 120 (ezen belül 119 az orális contraceptióval kapcsolatos). Tényként kell tehát elfogadnunk, hogy napjainkban a reprodukciós mortalitásért elsősorban az orális contraceptio felelős.

Furcsának tűnhet, hogy a fogamzásgátló tabletták mellékhatásaival foglalkozó német szimpozium anyagát tartalmazó könyv recenzióját a brit adatok (V. Beral: Brit. Med. J., 1979, 2, 632.) ismertetésével kezdem. Teszem ezt azért, mivel a német szerzők különböző megközelítéssel részadatokat alapján csak becsléseket említhetnek, viszont az angliai-walesi adatok már rendelkezésünkre állnak a probléma teljes súlyának érzékeltetésére.

Az NSZK Tudományos és Technikai Minisztériuma az elmúlt 3 évben megfelelő anyagi alapot biztosított a fogamzásgátló tabletták mellékhatásait tanulmányozó elővizsgálat megszervezésére. E könyv ennek eredményeit tartalmazza a különböző vizsgálatokat vezető szakemberek beszámolóit kapcsán. A hangsúlyt a metodikai kérdésekre helyezték, mivel ennek az elővizsgálatnak tapasztalatai alapján szervezték meg a hosszú távú fővizsgálatot. Ennek sikeressége érdekében más országokból (USA és Egyesült Királyság) meghívott szakemberek is összefoglalják tapasztalataikat, hogy a német hosszú távú vizsgálatban azokat is gyümölcsöztessék. A könyv harmadik része már ennek a vizsgálatnak a tervével, a lehetséges alternatívákkal foglalkozik. A szimpozium követően állapotok meg azután a hosszú távú vizsgálat végső tervében és kivitelezési módjában.

A fentiek alapján világos, hogy a szimpozium anyaga elsősorban azoknak a szakembereknek ajánlható, akik a fogamzásgátló tabletták mellékhatásaival tudományos igényűen foglalkoznak. Számukra ez szinte nélkülözhetetlen metodikai információforrást jelent. Az általános orvosok számára inkább a főbb tanulságok érdekesekek. Itt egyfelől újra a bevezetőben említett brit adatokra utalnék. Másfelől — a német szerzők szerint — az orális contraceptio mellékhatásai inkább a későbbi életben, feltehetően legalább 10 éves latens intervallum után jelentkeznek. A tablettaszedés méreteinek alakulását figyelembe véve a mellékhatások problémája tehát igazán csak a jövőben fog kibontakozni.

A könyv anyaga egészségügyünk vezetői számára is figyelmeztető kell hogy legyen. Hozzá kellene már nálunk is fogni az országos méretű epidemiológiai vizsgálat megszervezéséhez, és ezen belül a

tabletták mellékhatásai monitorozásának feltételeit is meg kellene teremteni.

Czeizel Endre dr.

**J. Finke, R. Tölle: Aktuelle Neurologie und Psychiatrie.** Springer-Verlag 1978. 314 old., 77 ábra, 18 tábl. Ara: 78,— DM.

A könyv az időközben elhunyt Walter Schulte által 1960 és 1967-ben kiadott Almanach für Neurologie und Psychiatrie 3. kötetként készült és a neurologia és pszichiatria területén elért újabb eredményeket kívánja összefoglalni.

A könyv 29 fejezetre oszlik, ebből az első 11 fejezet neurológiai tárgykörű, a fennmaradó 18 fejezet pedig pszichiátriai témaköröket érint.

A neurológiai részben az 1. fejezet a peripheriás idegek kompressziós syndromáinak diagnosztikáját és terápiás lehetőségeit tárgyalja. A 2. fejezet a gázmyelographiával, mint az egyik legrégebb és legkevesebb rizikóval járó igen jó diagnosztikus módszerrel foglalkozik. A 3. fejezetet a szerzők a computer tomographiának szentelték, részletes és jó összefoglalót kap az olvasó. A 4. fejezet a carotis elzáródásának klinikumával és terápiájával foglalkozik. Az 5. fejezet a Doppler-sonographiát, mint az angiographia indikációját pontosító vizsgálati módszert ismerteti. A 6. fejezet a stereotactikus funkcionális agyműtékek jelenlegi helyzetével, indikációjával, eredményeivel és a fejlődés további lehetőségeivel foglalkozik. A 7. fejezet a szentesi gyermekek iskolai testnevelés alóli felmentésének kérdését tárgyalja, és megállapítja, hogy az iskolai testnevelésben való részvétel lényeges minden esetben, ennek mértéke azonban mindig az orvos egyéni elbírálásától függ. A 8. fejezet a klinikai liquorkutatás haladása címet viseli. Ebben a fejezetben a cytologia, a liquorfehérje, ezimvizsgálatok, lipid elváltozások rövid ismertetését kapja az olvasó. A szerzők hangsúlyozzák a liquor sav-bázis egyensúly mérésének diagnosztikus fontosságát. A 9. fejezet a myasthenia gravis diagnosztikájával és terápiájával foglalkozik részletesen, kitérve a betegség autoimmun természetére. A 10. fejezet a Parkinson-syndroma diagnosztikájáról szól. E fejezetnek, melyet Finke írt, külön értéke a néhány rajzos ábra, amin a vizsgálati módszereket és a jellegzetes parkinsonos testtartást mutatja be a szerző. A 11. fejezet a neurológiai rész zárófejezete. Ebben a szerzők a neurológiai, pszichiátriai syndromákhoz társuló neurotranszmissziós zavarokat tárgyalják, megítélésüket szintén elég röviden és mostohán bánva ezzel a nagyon fontos témakörrel.

A könyv pszichiátriai része — bár több fejezetet tartalmaz, mint a neurológiai rész — oldalszámában azonban közel azonos az első részszel. Az 1. fejezet a részleges telje-

sítményzavarokkal, és teljesítőképesség gyengüléssel, a 2. fejezet a kisgyermekkorú autizmus nosológiájával, genesisével és terápiájával foglalkozik. A 3. fejezet a psychoticus öregek gondozásáról szól. Külön hangsúlyozzák az időskori larvált depressiók relatív magas százalékos arányát, ami könnyen összetéveszthető az arteriosclerosis-sal. Lényegesnek tartják az ambulans gondozás fontosságát és azt, hogy az idős betegek számára is rendkívül fontos, hogy a pszichiátriai osztály mindig általános kórház részeként dolgozzon. A 4. fejezet az alkoholizmus kérdésével foglalkozik, melynek során a szakambulanciák és speciális osztályok felállításának fontosságát hangsúlyozzák. Az 5. fejezet a depressió és psychosomaticus betegségek közötti összefüggés fejezete. A 6. fejezetben az endogen psychosisok lefolyásáról van szó. A szerző megállapítja a schizopreniák lefolyása az utóbbi években változott: kevesebb az úgynevezett katasztrófa schizoprenia, a legtöbb eset lefolyása hullámszerű, a hospitalizált esetek prognózisa lényegesen jobb. Az affectív psychosisokat illetően megállapítja, hogy egyedül a lithium az a gyógyszer, ami a fázistartamot lerövidíti, és a ciklusok számát csökkenti. A 7. fejezet érdekes területről, a pszichiátriai szakkonziliárius szerepéről szól a fogászatban. Itt kiemelik a larvált depressziók jelentőségét a szájjüregre lokalizált, nem organikus jellegű problémákkal kapcsolatban. A 8. fejezetet a szerzők a tartós hatású neurolepticumoknak szentelték. Érdekes megállapításuk, hogy fenntartó gyógyszeradagolás mellett a gépkocsivezetés nem contraindicált, a kórházi elbocsátást követő 4—6 héttel. A 9. fejezet részletesen foglalkozik az affectív psychosisok lithiumprofilaxisával. A 10. fejezet a depressziók alvásmegvonással járó terápiáját taglalja, hangsúlyozva, hogy ezen kezelési eljárás főként a terapia bevezetésekor célszerű. A 11-es, a 12-es, a 13-as és 15. fejezet a pszichiátriai kérdéseivel foglalkozik, egyrészt az ambulans rendelésben, másrészt a psychotherapia metodikai kérdéseiről, az analitikus irányzatú csoportterápiával, a magatartásterápiával problémáival, valamint a psychotherapeuta képzés problémáival a medicinán belül. A 16. fejezet az agykárosodott és a neurotikus betegeknek szerzett tesztvizsgálatok tapasztalatait foglalja össze. A 17. fejezetben a transzkulturális összehasonlító pszichiatria gyakorlati jelentőségét hangsúlyozzák. A 18. fejezet az igazságügyi pszichiatria problémáiról szól és ezen belül a döntéskor tanúsított magatartásról.

A könyv valamennyi fejezetéhez bőséges és modern irodalomjegyzék csatlakozik. Ez a könyv többszerzős mű, a különféle szerzők tollából a neurologia és a pszichiatria olyan fejezeteivel foglalkozik, melyek az utóbbi években akár elméleti, akár

gyakorlati szempontból hangsúlyozottabbá váltak. Eppen emiatt ez a könyv nemcsak a neurologusok és pszichiáterek, illetőleg a diszciplínák szakorvos jelöltjei számára hasznos, hanem a téma iránt érdeklődő, egyéb területen dolgozó kollégáknak is értékes tájékoztatást nyújt.

Lipcsey Attila dr.

**Gráf, L., Palkovits, M., Rónai, A. Z.: Endorphins '78.** Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978, 336 oldal, 63 ábra.

Az angol nyelvű könyv címe az 1975-ben Hughes és mt. által felfedezett endogén morfin-szerűen ható peptidok nevére utal: *endogén morfin*. A Gyógyszerkutató Intézet, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem és a Magyar Tudományos Akadémia 1978-ban nemzetközi részvételi konferenciát rendezett és a könyv az itt elhangzott előadásokat tartalmazza. Az előadásokat követő megbeszélések anyaga ugyancsak közlésre került. A könyv átfogó képet nyújt az endorfin kutatás jelenlegi helyzetéről, az egyes fejezetek végén felsorolt hivatkozások pedig a témában megjelent legfontosabb közleményeket tartalmazzák.

A ma leginkább ismert endorfinok az 5 aminosavat tartalmazó metionin- és leucin-enkefalinok, valamint a 30 aminosavból felépülő  $\beta$ -endorfin. Immunhistokémiai módszerekkel enkefalint tartalmazó neuronhálózatok mutathatók ki és mintegy 20 magcsoportban található enkefalin pozitív idegsejtek. Az enkefalin tartalomérések egyenlőtlen agyi elosztást mutatnak. Így pl. a legmagasabb tartalom a striátumban (globus pallidus) mérhető, a legalacsonyabb a kisagyban. Izolált agyszövetből enkefalin szabadítható fel, a transzmitterek felszabadítás törvényszerűségeinek megfelelően. Szerepük a központi idegrendszerben nem teljesen ismert, neuromodulátor vagy transzmitter funkciót tölthetnek be és olyan működések regulációjában vehetnek részt, mint pl. szenzoros transzmisszió a gerincvelő hátsó szarvában, motoros koordináció az extrapyramidális rendszerben, a bulbáris légzés- és vazomotor központ regulációja. Mivel az enkefalinok enzimatikusan degradációja gyors, különböző szekvenciájú, enzim rezisztens analógokat állítottak elő.

Az endorfinok másik fő képviselője a hipofízisből előállított  $\beta$ -endorfin. Hatásterület összefüggésekről Li számolt be. Morfológiai és direkt tartalommérési adatok arra utalnak, hogy az enkefalinoikat és a  $\beta$ -endorfint tartalmazó neuronális rendszerek eltérőek, így pl. a  $\beta$ -endorfin elsősorban a hipotalamo-hipofízis rendszerben koncentrálódik, ugyanakkor alacsony szintet mutat a striátumban. A  $\beta$ -endorfin az ACTH agyi eloszlásával korrelál, ami a két peptid

azonos prekursorával magyarázható. A közös prekursor glikoprotein, amelyből számos kisebb, biológiai-lag aktív peptid hasad le, így pl. az intermedier ACTH, majd az ACTH, a  $\gamma$ - és  $\beta$ -lipoprotein. Ez utóbbi 91 aminosavból áll, amiből egy a szekréciós granulákban található aktiváló enzim az Arg<sup>60</sup>-Tyr<sup>61</sup> kötést felhasítva, a  $\beta$ -endorfin felszabadulása történik. Lizin-vazopressz-szin, metyrapon kezelés  $\gamma$ -endorfin felszabaduláshoz vezet, ugyanakkor számos behatás, mint pl. az endotoxin shock egyidejű ACTH és  $\beta$ -endorfin metabolizációt eredményez. Adrenalektomia a plazma ACTH és  $\beta$ -endorfin szint növekedéséhez vezet, hipofizektomia, dexamethason ellentétes hatású. A  $\beta$ -endorfin pathofiziológiai jelentősége mellett szólnak azok a megfigyelések, hogy Pitressin adásra, illetve inzulinnal kiváltott hipoglikémiában, valamint Cushing- és Addison-kórban a plazma ACTH és lipotropin szint emelkedik. Schizophreniában a likvor  $\beta$ -endorfin szintjét emelkedettnek találták és a morfin antagonistá naloxon bevitelével a hallucinációkat felfüggeszthetőnek vélik.

Ajánljuk a könyvet alapkutatásban dolgozó szakembereknek, klinikai vonatkozásai miatt pedig gyakorló endokrinológusoknak és pszichiátereknek. A gyors megjelentetés az Akadémia Kiadó munkáját dicséri.

Knoll József dr.

**Komáromy László: Az agyvelő boncolása.** Ötödik kiadás. Medicina, Budapest. 1979. 124 oldal. Ára: 33,— Ft.

A boncolási útmutatókat általában „segédkönyvek”-ként tartják számon, pedig jelentőségük a medikusoktatásban elsőrendű. A kezdő orvosnövendék új, számára jóformán teljesen ismeretlen világ-

gal ismerkedik meg anatómiai tanulmányai során: az emberi testtel, amely szakmai tevékenységének tárgya, orvosi munkájának színtere lesz. Ehhez a világhoz az anatómiai atlasz a térkép; de hogyan tegye meg első felfedező útjait: ehhez a tapasztalt oktató tanácsai mellett elengedhetetlen szüksége van az orvosjelöltnek a könnyen érthető, jó stílusban írt, egyszerű és áttekinthető ábrákkal illusztrált boncolási útmutatóra. S ha igaz mindez az anatómiára általában, különösen áll ez a neuroanatómiára, amely egyre jobban kidomborodó jelentősége, s ugyanakkor vitathatatlan bonyolultsága folytán az anatómiai tanulmányok legnehezebb fejezetét képezi. Ehhez ad kiváló segítséget Komáromy László közkedvelt könyvecskéje, melyet már több mint harminc éve forgatnak másodéves hallgatóink. A könyv sikerét jelzi, hogy angol, orosz, német és francia verzióban is megjelent.

Az új kiadás terminológiájában alkalmazkodott a — sajnos nem ritkán változó — nomenclaturai igényekhez; egyébként azonban alig különbözik az 1974-ben megjelent elsőtől. Ez a konzervativizmus bizonyos értelemben pozitívna tekinthető: mutatja, hogy az akkor megszerkesztett mű kiállta az idő próbáját: S bár ma már az általános orvosképzés keretei között nem törekedhetünk olyan morfológiai aprólékosra, mint amit a könyv ábrái tükröznek, sohasem baj, ha a hallgató többet talál könyvében, mint amit a vizsgán számon kérnek. Sőt, nagyon is hasznos, ha a kötelezőnél többre törekvő medikus olyan struktúrákat és összefüggéseket is megtalál, amelyeket csak későbbi tanulmányai során, vagy éppen a kutatómunkájában fog majd felhasználni. A maximalizmus csak abban az esetben volna helyteleníthető, ha emiatt nem látná meg a kezdő a fáktól az erdőt.

Komáromy könyvének nagy érdeme, hogy jó didaktikai érzékkel elkerüli ezt a hazai tankönyvirodalomban sem ritka hibát.

A könyv három agyvelő boncolása során ismerteti a központi idegrendszer felépítését. Az első agyvelő a külső felszín, a mediansagittális metszlap, valamint a Flechsig-féle „ferde metszés” alapján a szürke magok tanulmányozására szolgál. A második agyvelőn horizontális, míg a harmadikon frontális (verticalis) metszetekben tanulmányozzuk az agyat. Az agytörzs elméleti és gyakorlati szempontból kiemelkedő jelentőségű metszlapjait szerző külön fejezetben tárgyalja; kár, hogy az egyébként igen gazdag, sőt helyenként redundáns ábraanyag itt összesen három illusztrációra korlátozódik. Több évtizedes oktatási tapasztalat bizonyítja, hogy a pyramis- és a lemniscus-keresztvezetékek helyzetét, s ezek kapcsán a gerincevelő szerkezetének átalakulását csak eredeti preparátumok alapján lehet úgy megérteni, hogy az maradóan rögzüljön a hallgató tudásában. — Problémát okoz a hallgatónak, hogy a limbikus rendszer anatómiájára nem talál utalást, s hogy a tárgymutatóban nem szerepelnek olyan fontos képletek, mint pl. a hypothalamus. Ezeket a hiányosságokat gondos szerkesztési munkával és némi kiegészítések árán a minden bizonnyal rövidesen megjelenő újabb kiadásban pótolni lehetne.

Komáromy könyvét nemcsak medikusaink, de a neuroscientia különböző ágaival foglalkozó szakemberek is eredményesen használhatják. Jó volna, ha a rendszeres és tájbonctani gyakorlat megkönnyítésére is hasonló jellegű munkát adhatnánk minél előbb hallgatóink kezébe.

Csillik Bertalan dr.

*„Mindig egyesek fedeznek fel új dolgokat, de bármi legyen is az, minnél bonyolultabbá válik a világ, annál kevésbé vagyunk képesek mások együttműködése nélkül sikert elérni.”*

*Flemming A.*



**A Magyar Diabetes Társaság** 1980. június 11-én (szerda) 15 órakor Szekszárdon, a Megyei Kórház-Rendelőintézet kultúrtermében továbbképző ankétot tart.

**Tamás Gyula dr. jr.:** Az inzulinkezelés aktuális kérdései diabetes mellitusban.

**Baranyi Éva dr.:** Az oralis anti-diabeticumok helye a cukorbetegség kezelésében.

**Balázi Imre dr.:** Cukorbetegség szénhidrátgyensúlyának új ellenőrzési lehetősége: a Hb A<sub>1c</sub>.

**Romics László dr.:** Zsírsavcsere-zavarok diabetes mellitusban.

**Tornóczky János dr.:** A máj és a hasnyálmirigy betegségeinek hatása a szénhidrátanyagcsere.

**A Magyar Mentésügyi Tudományos Társaság** 1980. június 17-én 14.00 órakor, a Kossuth Zsuzsa Egészségügyi Szakközépiskola dísztermében (V., Markó u. 29–31.) tudományos ülést rendez.

1. **Prof. Manninger Jenő:** A légi mentéssel-betegszállítással kapcsolatos igények és elvárások.

2. **Hideg J. dr., Cselkó L. dr.:** A légi mentés-betegszállítás néhány élettani és kórtani jellemzője.

3. **Pap Z. dr., Varga P.:** A légi mentés-betegszállítás lehetőségei és korlátai, tekintettel a helikopter felhasználására.

4. **Medveczky Pál dr.:** A légi mentés-betegszállítás szervezéséről.

5. **Dienes Zs. dr., Göbl G. dr.:** A légi betegszállítás eddigi tapasztalatai.

**A Hajdú-Bihar megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet** 1980. június 17-én, 14.30 órakor Debrecenben, a Kölcsény Művelődési Központ konferenciatermében tudományos ülést tart.

1. **Szücs T. dr., Valkó Gy. dr., Csinyády Gy. dr.:** Szervesfoszforsavészter mérgezettség ellátásának problémái.

2. **Perlaki Cs. dr.:** Septicus betegekkel szerzett tapasztalatok.

3. **Okváth L. dr., Perlaki Cs. dr., Szücs T. dr.:** Eredményes resuscitációk osztályunk anyagában.

4. **Karsai K. dr., Korányi L. dr.:** Újabb terápiás elvek az eklampsiás gyógykezelésében.

5. **Nyitrai É. dr., Gyányi M. dr., Korányi L. dr.:** Megfigyeléseink Althesinnel 100 beteg kapcsán.

6. **Gyányi M. dr., Valkó Gy. dr., Csuhaj Gy. dr.:** Vérgáz analitikai vizsgálatok jelentősége a postoperatív betegellátásban.

Vita—Hozzászólások

**A Debreceni Orvostudományi Egyetem** 1980. június 20-án, pénteken 16 órakor, az I. Belklinika tantermében tudományos ülést rendez.

1. **Degrell István dr.** (Zalaegerszeg): Az aspirációs cytologia jelentősége az emlődaganatok kórismézésében.

2. **Hallay Judit dr., Bodok Ildikó dr.:** Bartter-szindróma csecsemőkori formában.

3. **Szabó István dr., Lente István dr., Soltész István dr., Varga Attila dr.:** A subcutan arteriovenosus fistulák készítésének aktuális kérdései.

4. **Wórum Ferenc dr.:** A szív ritmuszavarainak átmeneti pacemaker terápiaja és elektrofiziológiai diagnosztikája.

**A Magyar Angiológiai Társaság** 1980. június 20-án, pénteken este, 17 órakor, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikája tantermében (VIII., Üllői út 78.) tudományos ülést rendez.

1. **Fórizs Z. dr., Góg B. dr., Bartos G. dr., Mohás A. dr., Baráth M. dr.:** A bidirectional Doppler-vizsgálat lehetőségei az érműtétek eredményeinek megítélésében.

2. **Mohás A. dr., Fórizs Z. dr., Góg B. dr., Bartos G. dr., Baráth M. dr.:** Bidirectional Doppler-vizsgálatok a vénás megbetegedések diagnosztikájában.

3. **Bitvai K. dr., Tasnádi G. dr., Madarász J. dr.:** Csontelváltozások a végtagok chronikus keringési zavarainál — angiodysplasiáknál.

4. **Tasnádi G. dr., Rácz D. dr.:** Tapasztalataink a congenitális arterio-venosus shuntok kezelésében.

**Hun Nándor dr.** főigazgató főorvost, az orvostudományok kandidátusát, a Magyar Gerontológiai Társaság főtitkárát a Csehszlovák Gerontológiai Társaság tiszteletbeli tagjává választották. Az erről szóló oklevelet 1980. április 24-én Trensénteplícen Prof. Dr. Emil Matejček, szlovák egészségügyi miniszter jelenlétében, Prof. Dr. Karol Virsik elnök és Dr. Stefan Lito-mericky főtitkár adta át.

Az olasz orvosi szaksajtó minden esztendőben az „**Arany Hippokratész**” díjjal jutalmazza azokat a személyiségeket, akik a kultúra és tudományos tájékoztatás terén kiemelkedő teljesítményt nyújtottak.

Az elmúlt héten adták át Gastrocaro Termeben dr. Ian Munro-nak, az angliai „Lancet” főszerkesztőjének szakirodalmi munkásságáért és **Kárpáti György dr.**-nak, a Nemzetközi Vöröskereszt számára magyar—bolgár—svájci koprodukciónban készített nagy sikerű filmsorozatáért e rangos, nemzetközi elismerést jelentő szobrot.

**A Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetségének (MOTESZ)** főtitkára, **Nyerges Gábor dr. c.** egyetemi docens, minden héten: hétfőn 13.00 órától 15.00 óráig, csütörtökön 14.00 órától 16.00 óráig tart fogadóórát a MOTESZ Titkárságán (V., Kossuth Lajos tér 4. IV. emelet 60.)

**A Medicina Könyvkiadó** kiadásában 1980. I. negyedévben az alábbi egészségügyi szakkönyvek jelentek meg:

pr. dr. F. Bronisch: *Reflexvizsgálatok*, 3. kiadás, kötet: 42,— Ft.

Oganyeszján: *A myocardium szöveti keringése a szív és a vérérendyrendszer megbetegedéseiben*, kötet: 47,— Ft.

*Schlerosis multiplex*. Szerk.: Juhász Pál, kötet: 59,— Ft.

Spät András: *A mellékvesekéreg és só-vízháztartás*, fűzve: 16,50 Ft.

Hárdi István: *Pszichológia a betegágyánál*, IV. kiadás, kötet: 69,— Ft.

Papp Zoltán: *Genetikai betegségek prenatális diagnosztikája*, kötet: 130,— Ft.

Földes—Antoni: *A pajzsmirigyműködés élettani alapjai*, fűzve: 13,— Ft.

Zsebők Zoltán: *Emlőrák*, fűzve: 29,— Ft.

*Az orvostudomány aktuális problémái*, 36. kötet, fűzve: 43,— Ft.

**A Magyar Diabetes Társaság** 1980. június 12—14. között Szekszárdon, a Babits Mihály Megyei Művelődési Központban és az MSZMP Tolna megyei Bizottság Oktatási igazgatóságán (Mártírok tere 15—17.) rendezi 5. kongresszusát.

1980. június 12. (csütörtök) 8.30 óra

Délelőtt (helyszín: Babits Mihály Megyei Művelődési Központ) *Ünnepélyes megnyitó*.

9.00 óra

*Gyermekkori és juvenilis diabetes I.*

Üléslélnökök: **Szücs Zsuzsanna dr., Tornóczky János dr.**

Referátumok:

1. **Barta Lajos dr.** (Budapest).
2. **Halmos Tamás dr.** (Budapest).
3. **Gries, F. A. dr.** (Düsseldorf).

Sz ü n e t

Üléslélnökök: **Barta Lajos dr., Tamás Gyula dr. jr.**

4. **Bikich Gy. dr.** (Budapest): Fia-talkorú diabetes és fiatalokorú cukorbetegség gondozása.

5. **Péter F. dr., Blatniczky L. dr., Tar A. dr.** (Budapest): C-peptid és insulin meghatározások kémiai diabeteses gyermekeknek.

6. **Blatniczky L. dr., Madácsy L. dr., Fehér A. dr., Péter F. dr.** (Budapest): C-peptid meghatározások juvenilis diabetesben.

7. Soltész Gy. dr., Kardos M. dr., Molnár D. dr., Klujber L. dr., Mesztján Gy. dr. (Pécs): Metabolit és hormonváltozások a gyermekkori diabeteses ketoacidosis kis dosisú (0,1 E/kg/6) folyamatos insulinkezelése során.

8. Ambró I. dr., Karmazsin L. dr., Tamási L. dr., Stenszky V. dr., Szegedi Gy. dr. (Debrecen): A juvenilis diabetes mellitus néhány immunológiai sajátossága.

9. Kozma L. dr., Stenszky V. dr., Ambró I. dr., Karmazsin L. dr. (Debrecen): Genetikai analysis insulin dependens diabetes mellitusos (IDDM) családokban.

10. Simon Zs. dr., Barta L. dr. (Budapest): HLA-hoz kapcsolt bf faktor vizsgálata diabeteses gyermekekben.

11. Madácsy L. dr., Szentiványi Zs. dr., Péter F. dr., Fehér A. dr. (Miskolc): A serum- és a vizelet  $\beta_2$ -mikroglobulin szintjének vizsgálata diabeteses gyermekeken.

12. Peja M. dr., Kassay L. dr., Madácsy L. dr. (Miskolc): Az endogen lipáz aktivitása diabeteses és egészséges gyermekeknél.

#### Sz ü n e t

14.30 óra

„A” sectio

A beállítás ellenőrzését vizsgáló módszerek (HbA<sub>1c</sub>)

Üléselelnökök: Balácsi Imre dr., Kammerer László dr.

13. Klujber L. dr., Molnár S. dr., Soltész Gy. dr., Jászai V. dr., Baranyai Zs. dr., Mestyán Gy. dr. (Pécs): A glycosylált fehérjék mérésének jelentősége a diabeteses gyermekek glycose anyagcseréjének ellenőrzésében.

14. Kerényi Zs. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): A 2,3-DPG szint mérésének szerepe diabeteses szövődményekben.

15. Pintér E. dr., Brooser G. dr., Szelényi J. dr., Pogátsa G. dr., Rozenberczki M. dr., Jánossy L. dr., Kammerer L. dr. (Budapest): A HbA<sub>1c</sub> szint alakulása diabetes mellitusban, különös tekintettel a chronikus szövődményekre.

16. Anda L. dr., Szelényi J. dr., Pintér E. dr., Brooser G. dr. (Budapest): A retinopathias elváltozások és a haemoglobin A<sub>1c</sub> szint közötti összefüggés.

17. H. Haubenreiser dr., H.-D. Gottschling dr., W. Hildmann dr., D. Michaelis (Karsburg): HbA<sub>1c</sub> meghatározás értéke juvenilis diabetesesek anyagcsere-egyensúly fokának értékelésében.

18. Varsányi-Nagy M. dr., Balácsi I. dr., Karádi I. dr., Romics L. dr. (Budapest): Haemoglobin A<sub>1c</sub>, szérum koleszterin és triglicerid koncentráció vizsgálata cukorbeteggekben.

19. Lélek I. dr., Nagy K. dr., Vallyon M. dr., Schnábel R. dr. (Budapest): A haemoglobin A<sub>1c</sub> koncentráció és a HDL-cholesterin szint változásai cukorbeteggekben.

20. Tichy M. dr., Barta L. dr., Simon Zs. dr., Molnár M. dr. (Budapest): A HbA<sub>1c</sub> vizsgálata gyermekkori diabetesben.

21. Hambach J. dr., Mohos Z. dr., Szontagh Cs., dr., Dinnyés J. dr. (Esztergom): A glycohaemoglobin meghatározásával szerzett tapasztalataink

#### H o z z á s z ó l á s , S z ü n e t

Gyermekkori és juvenilis diabetes II.

Üléselelnökök: Péter Ferenc dr., Békefi Dezső dr.

22. Békefi D. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): Folyamatos vércukormeghatározás a gyermekgyógyászatban.

23. Pozderka B. dr., Péter F. dr., Blatniczky L. dr. (Budapest): Hexokinase-módszer glucose meghatározására haemolysatumban (Glucostat).

24. Guóth J. dr., Burger Zs. oh., Guóth M. oh., Korányi L. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): Pancreas glucagon szint változás vizsgálata szülés alatt és újszülöttkorban.

25. Soltész Gy. dr., Molnár D. dr., Pintér A. dr., Németh A. dr., Mesztján Gy. dr. (Pécs): Részleges pancreatectomiával sikeresen kezelt kisgyermekkori hyperinsulinismus.

14.30 óra

„B” sectio

#### A z i n s u l i n t h e r a p i a

Üléselelnökök: Iványi János dr., Fövényi József dr.

26. Szücs Zs. dr., Meichl T. dr., Bereczki Z. dr. (Dunaújváros): A terapiás effectus összehasonlítása hagyományos és monocomponens insulinnal kezelt juvenilis cukorbeteggekben.

27. Czákó L. dr., Schváb A. dr., Halmos T. dr. (Budapest): Monocomponens insulinkezeléssel szerzett tapasztalatok.

28. Csák K. dr., Lőrinczy E. dr., Iványi J. dr. (Gyula): Insulintherapia és az insulin-kötő kapacitás változása.

Thaisz Erzsébet dr., Fövényi J. dr., Garas Zs. dr., Duffek L. dr. (Budapest): C-peptid vizsgálatok alacsony és magas insulin igényű diabetesben.

30. Ambrus Cs. dr., Hermányi J. dr., Turbucz P. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): Első alkalommal insulin kapó betegek vizsgálata mesterséges endokrin pancreással.

31. Mészáros I. dr., Szücs Zs. dr. (Dunaújváros): Öngyilkossági kísérlettel előidézett extrém súlyos diabeteses koma esete.

32. Dufek L. dr., Miller J. dr., Baranyai E. dr. (Budapest): Radioimmunológiai vizsgálatok inzulinantitest kötéserősségek szerinti megoszlások meghatározására.

33. Pasztarak E. dr., Kovács S. dr., Tóth A. (Szekszárd): Insulin immunoassay: RIA és ELISA összehasonlító vizsgálatok.

S z ü n e t

Közös megbeszélés az insulin-ellátás hazai helyzetéről

Vitavezető: Tamás Gyula dr. jr.

34. Ari L. (Budapest): Az insulintherapia néhány közgazdasági aspektusa.

14.30 óra

„C” sectio

A diabetes szövődményei I. (vese, szem, nagyerek)

Üléselelnökök: Brooser Gábor dr., Madácsy László dr.

35. Makó J. dr., Jansen J. dr., Bojta J. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): Cukorbetegség krónikus haemodialysisének klinikai vonatkozásai.

36. Bojta J. dr., Juhász J. dr., Korényi L. dr., Makó J. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): BIOSTATOR (GCIIS) alkalmazása cukorbeteg dialysis során.

37. Ferenczi Zs. dr., Fekete T. dr., Csire B. dr. (Miskolc): Adatok a diabeteses veseelváltozás prognózisához.

38. Albrecht M. dr., Baranyi E. dr., Szalay J. dr., Békefi D. dr., Egyed J. dr., Bánóczy J. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): Cukorbeteg terhesek fog- és szájelváltozásainak longitudinális vizsgálata a terhesség alatt, gondozott betegyagon.

39. Bereczki Z. dr., Hódi M. dr., Tamás Gy. dr. jr. (Dunaújváros, Szeged, Budapest): A szérum insulin-kötő ellenanyag szintjének vizsgálata diabetes mellitus specifikus szövődményeiben.

40. Péterfy M. dr., Brooser G. dr., Rozenberczki M. dr., Kammerer L. dr. (Budapest): A thrombocytá aggregatio viselkedése diabetesben, különös tekintettel a retinopathia diabeticára.

41. Mész M. dr., Beck P. dr. (Debrecen): Coagulációs és thrombocytá-funciós vizsgálatok diabetes mellitusban.

42. Molnár K. dr., Kőműves S. dr. (Kisvárd): Halidor (Bencyclan) intravenás infúziós kezelés alsó végtagi eringésre gyakorolt hatásainak klinikai vizsgálata diabeteses macroangiopathia esetén.

#### S z ü n e t

A diabetes szövődményei II. (szív-keringés)

Üléselelnökök: Pogátsa Gábor dr., Zeltner György dr.

43. Papp K. dr., Rév J. dr., Kammerer L. dr., Szelényi J. dr., Dekov E. dr., Pogátsa G. dr. (Budapest): A szív-működés vizsgálata cukorbetegségben a szénhidrátanyagcsere zavarának tükrében.

44. Pogátsa G. dr., Grósz Gy. dr., Wágner M. dr., Dubecz E. dr. (Budapest): Aa serum osmolalitás hirtelen emelkedésének hatása a szív-működésre.

45. Dévai J. dr., Balkányi I. dr. (Budapest): Oralis antidiabeticumok arrhythmia hatásáról.

46. *Csermely F. dr., Szakály M. dr., Dömötör K. dr.* (Nagykanizsa): Diabetese betegek szívelváltozásai 5 éves beteganyagunkban.

47. *Borbola J. dr., Gyimesi A. dr., Iványi J. dr., Szentkereszty A. dr.* (Békéscsaba): Cukorbeteg halál-oki elemzése.

1980. június 13. (péntek) 8.30 óra  
Inzulinrezisztencia

Üléselnökök: *Halmos Tamás dr., Sudár Géza dr.*

Referátumok:

48. *Magyar I. dr.?*

49. *K. Federlin dr.* (Giessen): Immunológiai kérdések inzulin rezisztencia esetén.

Szűnet

Üléselnökök: *Magyar Imre dr., Baranyi Éva dr.*

50. *Kautzky L. dr., Korányi L. dr., Halmos T. dr., Tomcsányi A. dr., Miller J. dr., Tamás Gy. dr. jr.* (Budapest): Az inzulinkötő antitestek és inzulinreceptor elleni antitestek viszonya „immun” inzulinrezisztenciában.

51. *C.-Ionescu-Tirgoviste dr. I. Mincu dr.* (Budapest): Az inzulin rezisztencia jelentősége a diabetese ketoacidosisban.

52. *Baranyi É. dr., Balácsi I. dr., Kautzky L. dr., Duffek L. dr., Korányi L. dr., Gerő L. dr., Egyed J. dr., Békefi D. dr., Tamás Gy. dr. jr.* (Budapest): Terhesség kapcsán észlelt extrém fokú inzulinrezisztencia esete.

53. *Holländer E. dr.* (Budapest): Látszólagos inzulin rezisztenciát okozó latens éjszakai hypoglykaemia.

54. *Petrányi Gy. dr. jr., Tamás Gy. dr. jr.* (Budapest): Nem inzulinrezisztencia! — csak a beteg túl hamar eszik az anulinbeadás után.

55. *Balácsi I. dr., Varsányi-Nagy M. dr.* (Budapest): Elhízottak glukóz toleranciájának és inzulin impedanciájának vizsgálata.

12.00 óra

A Magyar Diabetes Társaság közgyűlése, vezetőségválasztás

(Határozatképtelenség esetén június 14.-én 8.30 órakor.)

14.30 óra

„A” sectio

Experimentális jellegű előadások

Üléselnökök: *Romics László dr., Korányi László dr.*

56. *Halmos T. dr., Kautzky L. dr., Fekete B. dr.* (Budapest): Néhány immunológiai paraméter viselkedése diabetese mellitusban.

57. *Katona G. dr., Papic Z. dr.* (Zágráb): A lymphocyták glycogen mennyiségének in vivo változása ppd stimuláció során cukorbetegekben.

58. *Rózsás Zs. dr., Horváth M. d., Gerő G. dr., Kammerer L. dr.* (Bu-

dapest): Autolog serum, Adreson, Imuran és insulin hatása diabetese mellitusban szenvedő betegek in vitro migrációjára.

59. *Korányi L. dr., Tamás J. oh., Kautzky L. dr., Petrányi Gy. dr. jr., Miller J. dr., Tamás Gy. dr. jr.* (Budapest): Glukagon (G.)- és inzulin (I.)-kötő receptorok az emberi vörsvértetekben.

60. *Péterfai É. dr., Korányi L. dr., Tamás J. oh., Tornyoossy Miklósné dr., Miller J. dr., Tamás Gy. dr. jr.* (Budapest): A prostaglandin szuppresszió hatása a lipolysisre és a glukagon- és inzulinkötő receptorok vizsgálata elhízásban.

61. *Golub I. dr., Balkányi I. dr.* (Budapest): Az oralis antidiabeticumok hatása exogen glukagon terhelésre diabetese mellitusban.

62. *Strenger J. dr., Tigyi A. dr., Zsoldos T. dr., Angyal T. dr.* (Szigetvár, Pécs): A diabetese mellitusnál fellépő peroxidanyagcsere-enzimaktivitás változások vizsgálata.

63. *Romics L. dr., Karádi I. dr., Rozenberczki M. dr., Kammerer L. dr.* (Budapest): Szénhidrát-anyagcserezavar javulásának hatása a serum lipidekre és lipoproteinekre insulin dependens diabetese betegekben.

64. *Teodor Kovac dr., Ljiljana Lepanovic dr., Lazar Lepanovic dr., Tatjana Ivkovic dr.* (Novi Sad): Pre-beta<sub>1</sub>lipoproteinfrakció cukorbetegségben.

65. *Karádi I. dr., László A. dr., Romics L. dr.* (Budapest): High-density lipoprotein subfrakciók megoszlásának vizsgálata diabetese mellitusban.

66. *Hernádi E. dr., Brooser G. dr., Fehér J. dr., Pogátsa G. dr., Rozenberczki M. dr., Jánossy L. dr., Kammerer L. dr.* (Budapest): A glycoproteidek vérszintje, a diabetese időtartama és a chronikus szövődmények összefüggése.

14.30 óra

„B” sectio

Egészségnevelési és szervezési feladatok a cukorbetegségben

Üléselnökök: *Czakó László dr., Jávora András dr.*

67. *H. Thoenke dr., U. Lotz dr., V. Schliack dr.* (Berlin): A cukorbeteg automatizált leletkiértékelése és rendelési rendszer Berlinben, az NDK fővárosában — szervezet és tapasztalatok.

68. *Kovács S. dr., Bordás I. dr., Jávora A. dr.* (Szekszárd): Rutin vizsgálati rendszer jelentősége a diabetese betegeknek.

69. *Gyimesi A. dr., Hanyec V. dr., Iványi J. dr.* (Gyula): Cukorbeteg ismeretei betegségükről.

70. *Suba I. dr., Halmos T. dr., Litvai G. dr.* (Budapest): A betegek kooperációs készségét befolyásoló tényezők.

71. *Muth L. dr., Jávora T. dr., Bordás I. dr., Sudár G. dr., Maros E. dr., Hajós K. dr.* (Szekszárd):

Egészségnevelési feladatok diabeteseben.

72. *Zrínyi T. dr.* (Budapest): A diabetese mellitus diagnózisának kritériumairól.

73. *Balkányi I. dr., Faludi P. dr., Imrei A. dr., Mihályi L. dr.* (Budapest): A CPAF-al (chlorpropamid-alkohol-flusch) szerzett tapasztalatainkról.

74. *Sudár G. dr., Tornóczky J. dr., Livász E. dr.* (Szekszárd): Vércukor önvizsgálatokkal szerzett tapasztalatok.

75. *Baranyi É. dr., Tamás Gy. dr. jr.* (Budapest): Hozzászólás.

76. *Kocsis F. dr., Petri M. dr., Vértes L. dr.* (Visegrád, Budapest): A cukorbeteg szanatóriumi rehabilitációjáról.

77. *Vértes L. dr.* (Budapest): Az időskori diabetese mellitus időszerű kérdései

14.30 óra

„C” sectio

Szabad előadások

Üléselnökök: *Alánt Oszkár dr., Bereczky Zoltán dr.*

78. *I. Mincu dr., C. Ionescu-Tirgoviste, E. Popa, M. Grigorescu, D. Cheta* (Bukarest): Májbetegségek juvenilis cukorbetegségben.

79. *Alánt O. dr., Horányi J. dr., Jászszági Nagy É. dr., Takács E. dr., Révész G. dr.* (Budapest): Pancreas szigetec encapsulálása térhálósodó polimerbe.

80. *Tóth A. dr., Tornóczky J. dr., Vesztergombi Zs. dr.* (Szekszárd): Diabetese mellitus és zsíranyagcserezavar májcirrhosisban.

81. *Balázs M. dr., Halmos T. dr., Mihalik P. dr.* (Budapest): Cukorbeteg májának elektronmikroszkópos vizsgálata. Oralis antidiabeticumokkal, majd inzulinval kezeltek összehasonlítása.

82. *Tornóczky J. dr., Rasch H. dr., Balikó Z. dr., Maros É. dr., Pasztarak E. dr.* (Szekszárd-Pincehely): Szénhidrát-anyagcsere vizsgálata chronicus recidiv pancreatitisben.

83. *Fövényi J. dr., Thaisz E. dr., Garas Zs. dr.* (Budapest): Újabb szempontok különféle szénhidrátoknak a diabetese diétában betöltött helyéhez.

84. *Bányai Zs. dr., Tamás Gy. dr. jr.* (Budapest): Az inzulin érzékenység napszaki ingadozásának meghatározása cukorbetegknél mesterséges endokrin pancreas segítségével.

85. *Lehotkai L. dr., Fövényi J. dr., Garas Zs. dr., Duffek L. dr., Dworschák E.* (Budapest): Enzimesen előkezelt tejfehérje koncentrátum alkalmazása érettkori diabeteseben.

86. *Ruzsa Cs. dr., Tagy L. dr., Pest T. dr., Jávora T. dr.* (Pécs): A guar gum hatása a gyomorürülésre és a glukóz felszívódásra emberben.

1980. június 14. (szombat) 8.30 óra

A Magyar Diabetes Társaság 1980. évi pályázatára benyújtott pályamunkák jutalmazása és ismertetése.

Üléselnökök: Magyar Imre dr., Tamás Gy. dr. jr.

#### Sz ü n e t

A diabetes időszerű kérdései

Üléselnökök: Asztalos Miklós dr., Bikich György dr.

87. K.-G. Petersen dr., K. Schlüter dr., L. Kerp dr. (Freiburg): Szintetikus humaninzulin utáni hypoglycaemia különböző ellenregulációs sertésinzulinéval összehasonlítva.

88. Tamás Gy. dr. jr. (Budapest): A mesterséges pancreas és a hordozható inzulinadagoló pumpa.

89. Brooser G. dr. (Budapest): Juvenilis diabetesesek szemészeti prognózisa a belgyógyászati terapia tükrében.

89/a. G. Scherthner (Bécs): Vascularis prostaglandin 1-alfa és vérelemzések specifikus fehérjék cukorbetegségben.

90. Korányi L. (Budapest): A Cyproheptadin (Peritol<sup>®</sup>) anyagcsere hatásai.

91. Jávör A. dr., Leposa D. dr., Nagy J. dr. (Szekszárd): Számítás-technika a cukorbetegség ellátásában.

92. Fövényi J. (Budapest): A paciensnevelés új útja: A cukorbeteg

gek klubja mozgalom egyéves fővárosi tapasztalatai.

Elnöki zárszó.

Német és/vagy angol szakmai nyelvtanítást vállal orvosnő délután (tel.: 495-857).

#### PÁLYAZATI FELHÍVÁS

A Magyar Rehabilitációs Társaság pályázatot hirdet 1981-re, a Fogyatékosok Nemzetközi Éve alkalmából.

Pályázni lehet bármilyen rehabilitációs témakörbe tartozó eredeti, máshol még nem publikált dolgozattal.

Pályázatot elfogadunk a rehabilitáció területén dolgozó munkatársak (orvos, pszichológus, gyógytornász, gyógyfoglalkoztató, szociális munkatárs, nővér, foglalkozási rehabilitációs szakember, gyógy-pedagógus) bármelyikétől. Pályaművek oldalszáma minimálisan 10, maximálisan 50 oldal lehet.

I. díj 10 000 Ft,

II. díj 5000 Ft,

III. díj 3000 Ft.

A jelíges pályázatok beküldési határideje: 1981. május 31.

Cím: Fehér Miklós dr. főtítkár, Budapest, Szanatórium u. 2. 1528, Magyar Rehabilitációs Társaság.

Lapzárta: az aktuális szám megjelenése előtt legalább 20 nap

Terjedelmesebb programok esetén 30 nap

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban  
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,  
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál  
(Budapest V., József nádor tér 1. Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámlára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



80.1583 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030-6002

INDEX: 25 674



# ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:  
MARKUSOVSKY LAJOS  
1857-ben

\*

Szerkesztő bizottság:  
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.  
BRAUN PÁL DR.  
DARABOS PÁL DR.  
ECKHARDT SÁNDOR DR.  
FÜZI ISTVÁN DR.  
HIRSCHLER IMRE DR.  
LENART GYÖRGY DR.  
OZSVÁTH KÁROLY DR.  
PETRÁNYI GYULA DR.  
PETRI GÁBOR DR.  
RÁK KÁLMÁN DR.  
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

\*

Felelős szerkesztő:  
TRENCSÉNI TIBOR DR.

\*

Munkatársak:  
PAPP MIKLÓS DR.  
GIACINTO MIKLÓS DR.  
BTAGE ZSUZSANNA DR.  
WALSA RÓBERT DR.  
BUDA BÉLA DR.  
HONTI JÓZSEF DR.  
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

\*

121. ÉVFOLYAM

\*

24. SZÁM

\*

1980. JÚNIUS 15.

## TARTALOMJEGYZÉK

*Tulassay Zsolt dr., Papp János dr.,  
Kollin Éva dr. és Koller Oszkár dr.:*

A pankreasz Santorini-vezetékének  
patológiai jelentősége ..... 1431

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Kádár Krisztina dr., Lengyel Mária dr.,  
Kiss András dr. és Palik Imre dr.:*

A teljes tüdővéna transpositio  
echokardiographiás diagnosztikája ..... 1435

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Radeczky Gábor dr., Münich Béla dr.,  
és Mécs János dr.:*

A rekeszsérülésekről ..... 1439

### ÚJABB LABORATÓRIUMI ELJÁRÁSOK

*Molnár Lajos dr. és Bencsikné Kubinyi Éva:*

A liquor üledékének vizsgálata  
módosított Sayk-féle ülepitő kamrával ..... 1445

### ONKOLÓGIA

*Petri András dr., Horváth Örs Péter dr.,  
Petri István dr. és Imre József dr.:*

Alkoholisták aránya  
nyelőcsőrákos betegek között ..... 1449

### RITKA KÓRKÉPEK

*Cserhádi Endre dr. és Körner Anna dr.:*

Hyperaldosteronismus esete gyermekkorban ..... 1453

*Környei Vilmos dr. és Kiss András dr.:*

Noonan-syndroma ..... 1456

### HORUS

Dr. Réti Endre (1911—1980) ..... 1459

Tage Kemp, a nagy dán orvos-genetikus,  
az első genetikai tanácsadó megalapítója ... 1460

Megemlékezés Dalmady Zoltánról ..... 1462

A TMB hírei ..... 1464

*Folyóiratreferátumok ..... 1465*

*Levelek a szerkesztőhöz ..... 1481*

*Könyvismertetés ..... 1485*

*Pályázati hirdetések ..... 1444*

*Megjelent ..... 1448*

*Hírek ..... 1490*

# VINCRISTIN injekció

**ÖSSZETÉTEL:** 1 üveg 0,5 mg liofilizált vincristin sulf.-ot; az oldószerampulla 10 ml natr. chlor. inj. 0,9%-ot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** Gyermek- és felnőttkori akut leukaemia, lymphogranulomatosis, Wilms-tumor. Bármely solid tumor kombinált kezelése.

**ELLENJAVALLATOK:** Csontvelő-elégtelenség, idegrendszeri megbetegedések.



első héten: 0,025 mg/testsúlykg,  
második héten: 0,05 mg/testsúlykg,  
harmadik héten: 0,1 mg/testsúlykg,  
negyedik héten: 0,125 mg/testsúlykg,  
továbbiakban  
hetenként max. 0,15 mg/testsúlykg.  
Miután a remissio kialakult, fenntartó adagként testsúlykilogrammonként 0,025–0,05 mg adható hetenként.

**KOMBINÁCIÓS TERÁPIA:** Egyéb cytostaticumokkal együtt jól adható.

**MELLÉKHATÁSOK:** Alopecia, obstipatio, álmatlanság, parästhesia, ataxia, izomgyengeség, idegfájdalmak, leukopenia, láz.

**FIGYELMEZTETÉS:** A kezelés előtt már fennálló granulocytopenia, illetve thrombocytopenia nem kontraindikálja a Vincristin-kezelést; ilyenkor azonban fokozott körültekintésre van szükség. Abban az esetben, ha a fehérvérsejtszám 2000 alatt van, a dózist felére kell csökkenteni, míg 1000 alatti fehérvérsejtszám esetén a kezelés nem ajánlható. A paravénásan adott injekció fájdalmas localis reakciót okozhat. Vincristin-kezelés után akut urikaemiás nephropathia léphet fel, ezért a szérum húgysavszint ellenőrzése, megfelelő folyadékmennyiség bevitel, illetve a vizeletürítés biztosítása szükséges. A vérképet rendszeresen – de legalább minden injekció beadása előtt – ellenőrizni kell. Láz esetén a kezelést meg kell szakítani.

**MEGJEGYZÉS:** ❖❖ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra van forgalomban.

**CSOMAGOLÁS:** 25 × 0,5 mg + 25 × 10 ml oldószer  
tértési díja: 110,- Ft.

**ADAGOLÁS:** Az üveg liofilizált hatóanyagát az oldószerampulla tartalmával feloldjuk. Az így elkészített oldat 1 ml-enként 0,05 mg hatóanyagot tartalmaz. A Vincristin frissen elkészítve intravénásan injekció vagy infúzió formájában hetenként egy alkalommal alkalmazható. Az adag nagyságát a beteg testsúlyának és egyéni tűrőképességének figyelembevételével kell meghatározni.

**Felnőtteknek:** akut leukaemia gyógykezelésére testsúlykilogrammonként 0,05–0,10 mg adható hetenként.

**Gyermekeknek:** célszerű az adagot a testfelszínre számítani, amely a kezdeti 4–6 hetes kezelés folyamán testfelszín-négyzetméterenként és hetenként 1,5 mg. Fenntartó kezelés esetén testfelszín-négyzetméterenként 1 mg adható hetenként mind akut leukaemiában, mind egyéb malignus tumorokban.

Egyéb megbetegedésekben: az egyéni tűrőképesség megszemlélő figyelembevételével általában a következő adagok adhatók:

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

## A pankreasz Santorini vezetékének patológiai jelentősége

Tulassay Zsolt dr., Papp János dr.,  
Kollin Éva dr. és Koller Oszkár dr.

A hasnyálmirigyvezeték-rendszer morfológiája anatómiai és patológiai megfigyelések alapján vált ismertté. A szabályos és kóros jelek előben történő vizsgálatára nagy számban azonban csak az endoszkópos retrográd cholangio-pankreatografia (ERCP) adott lehetőséget (2, 3, 4). A pankreasz-vezeték röntgenábrázolása nemcsak anatómiai, hanem kórtani ismereteinket is gyarapította. E módszer segítségével kaptunk képet a pankreasz divisum patológiai jelentőségéről és e felismerés állította előtérbe a Santorini-vezeték szerepét is (5, 9, 11). A ductus Santorini a hasnyálmirigy fejlődése során a dorzálisan elhelyezkedő primordiális szigetnek a bélsőhöz közel fekvő részéből alakul ki. A ductus Wirsungianus alkotásában pedig a ventrális sziget és a dorzális helyzetű elemi pankreasz disztális kétharmada vesz részt (9). A Santorini-vezeték az esetek egy részében atrofizál, más esetekben azonban a lumen nem záródik el, és így járulékos összeköttetés marad fenn a pankreasz és a duodenum között. Ennek megfelelően az ERCP-vizsgálatok egy részében e járulékos vezeték jól ábrázolódik, más esetekben viszont — bár a Wirsung-vezeték intenzíven telődik — a ductus Santorini nem látható (1. ábra).

A ductus Santorini patológiai jelentősége nem tisztázott; az eddigi — elsősorban anatómiai megfigyelésekre támaszkodó adatok — arra utalnak, hogy csupán fejlődési variációról van szó, amelynek kórtani szerepe kérdéses. Kézenfekvő lenne pedig az a feltevés, hogy e járulékos összeköttetésen át is ürülhet pankreasznedv a bélbe, különösen azokban az esetekben, amelyekben az elfolyás a d. Wirsungianuson keresztül organikus okok miatt akadályozott. A Vater-papilla szűkülete esetében például a vezetékben, a papilla nagyobb ellenállása miatt, fokozódik a nyomás és a lumen is tágul. Ilyen esetekben jelentősebb nyomásfokozódás nélkül is biztosíthatja az átjárható Santorini-vezeték a pankreasznedv elfolyását a bél irányában (2. ábra). A d. Santorini csökkentheti a fő pankreasz-vezetékben uralkodó nyomást és így részben védi is a hasnyálmirigy parenchymáját a tartós kompresszió következményeitől: patofiziológiai szerepe tehát jelentős lehet.

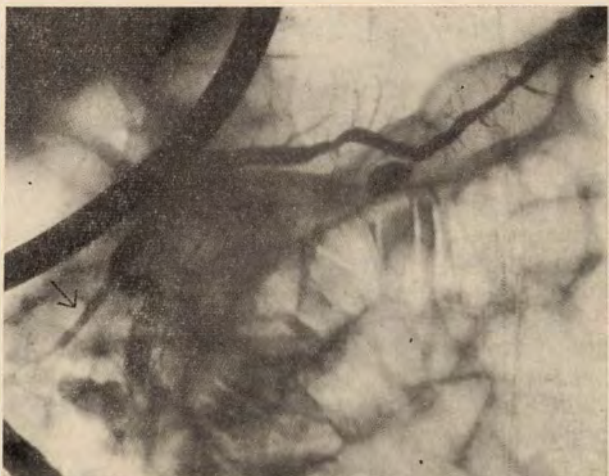


1. ábra. Szabályos ductus Wirsungianus. A pankreasz fej és test határán ágazik el a Wirsung-vezetékéből a ductus Santorini (nyíllal jelölve)

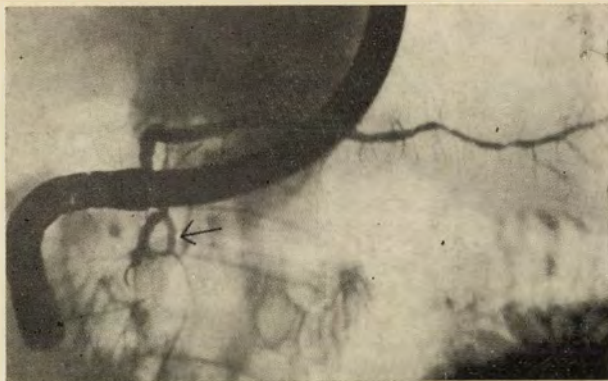
E feltételezés bizonyítására ERCP-vel vizsgált betegeink adatait retrospektíve a következő két szempont figyelembevételével tekintettük át:

1. Vater papilla-szűkület eseteiben vizsgáltuk a Wirsung-vezeték tágulatát és a ductus Santorini telődését. Ezeket az adatokat összehasonlítottuk olyan betegek hasnyálmirigy-vezetékeinek megfelelő adataival, akikben papillatáji szűkületet és jelentős tágulattal járó idült pankreatitist észleltünk.

2. A Wirsung-vezetékben uralkodó nyomás retrográd pankreatográfia során is fokozódhat. A kontrasztanyag befecskendezésekor, különösen nekrotikus üregek, ciszták telődésekor, súlyos gyulladásos szövődmények alakulhatnak ki (5, 6). Gyakrabban észlelhető azonban olyan laboratóriumi szindróma, amelyre akut pankreatitisznek megfelelő biokémiai változások a jellemzők. Pankreatografia után a vérben emelkedhet az amiláz, a lipáz, az inzulin és a glukagon szintje, a kalciumé pedig csökken. Ezeket a kémiai változásokat az esetek egy részében klinikai tünetek nem is kísérik és általában 24–28 óra múlva már nem mu-



2. ábra. Papillatáji elfolyási akadály következtében a ductus Wirsungianus tágult és a másodlagos ágak is intenzíven telődtek. Tágabb a ductus Santorini is (nyíllal jelölve)



3. ábra. A Wirsung-vezetéken mérsékelt kaliberingadozás észlelhető; a lumen tágassága egyenetlen és a másodlagos ágak is telődtek. A Santorini-vezeték a ductus Wirsungianusból a feji szakaszon ágazik el (nyíllal jelölve); kezdetben medial felé fordul, majd derékszögben irányát változtatva jut el a járulékos papillához

tathatók ki (10). Tekintve, hogy e változások mértéke a kontrasztanyag mennyiségével arányos, keletkezésükben a vezetékben létrejött nyomásfokozódás a döntő tényező (8). Ha a nyomás csökken, az enzimemelkedés is mérsékelt, vagy esetleg ki sem alakul. A Santorini-vezeték nyomást csökkentő szerepe tehát a vér amiláz- és lipázváltozásának vizsgálatával is bizonyítható.

#### Anyag és módszer

Az ERCP-vizsgálatokat Olympus (Tokyo) JF—B II. duodenoszkóppal végeztük a korábban már ismertetett feltételek között (7).

A röntgenfelvételek értékelésekor azt vizsgáltuk, hogy a Santorini-vezeték ábrázolódt-e, illetve, hogy a mellékágak tágulata miatt a ductus Santorini telődése biztonsággal megítélhető-e.

A vérenzímvizsgálatokat az ERCP előtt és utána 24 órán keresztül meghatározott periódusban vett mintákból végeztük. Az amiláz meghatározására Somogyi-módszert, a lipáz vizsgálatára pedig Merckognost<sup>®</sup> Lipase szemikvantitatív tesztet használtunk. Az enzimváltozások jellemzésére, az időgörbétől függetlenül, a legnagyobb emelkedés mértékét határoztuk meg.

#### Eredmények

2800 ERCP során 146 betegben észleltünk Vater papilla-szűkületet. E betegek közül 121-ben mind az epe-, mind a hasnyálmirigy-vezeték ábrázolódt. A Santorini-vezetékéről 111 esetben tudunk biztosan véleményt mondani, telődése 10 további betegben nem volt egyértelműen elbírálható. Vizsgálatunkban csak a 111 beteg adatai szerepelnek. Ezekből 78 vizsgálatkor telődött a Santorini-vezeték, amelyek közül mindössze 8-ban találtunk tágult ductus Wirsungianust. A Wirsung-vezetékét akkor tekintettük tágultnak, ha a legnagyobb átmérője meghaladta az 5 mm-t. 33 betegben nem telődött a Santorini-vezeték: ezek közül 29-ben volt tágult a fő hasnyálmirigy-vezeték (1. táblázat).

Jelentős papillatáji szűkületet, egyenetlen presztenozisos tágulatot és idült pankreatitisz jeleit 81 beteg vizsgálatakor észleltünk, közülük 46-ban telődött a Santorini-vezeték is (3. ábra).

ERCP után 70 betegben történt amiláz- és lipázmeghatározás. A 70 vizsgálatból 39-ben észleltünk szabályos pankreasvezetékét, 31 betegben pedig olyan diffúz eltéréseket, amelyek krónikus pankreatitiszre utáltak. A ductus Santorini e két betegcsoportban 14, ill. 17 esetben ábrázolódt. Az enzimemelkedések értékelésekor nem választottuk el a betegcsoportokat, tekintve, hogy korábbi vizsgálatok szerint az enzimváltozások és a vezetékeltérések között nem bizonyítható összefüggés (10). Az amiláz- és a lipázszint változását a kiindulási érték és a legnagyobb emelkedés arányának átlagával jellemezhetjük. Az adatokat a 2. táblázat foglalja össze.

#### Megbeszélés

A Santorini-vezeték patológiai szerepének vizsgálatára a Vater papilla-szűkület röntgenmorfológiája alkalmas modell. A sztenózis bizonyítása az endoszkópos módszerek alkalmazása előtt csak intraoperatív nyomásmérés segítségével volt lehetséges. Az újabb lehetőségek közül az endoszkópos nyomásmérés adatai még nem meggyőzőek, röntgenmorfológiai jelek azonban segítenek a szűkület felismerésében. Ha az epe- és hasnyálmirigy-vezeték közös szájadékkal nyílik a sztenozisos papillán — tehát a szűkület mindkét vezetékrendszerre vonatkozik —, akkor mindkét vezeték tágulat látható. E tágulat az intrahepatikus epeutak területén is észlelhető, a vezetékekből az ürülés elhúzódó, a papilla szabályos perisztaltikája nem ismerhető fel, mozgása torzult. A papilla szűkületének igazolásához tehát mindkét vezeték ábrázolása szükséges. A ductus Santorini kórtani jelentőségének vizsgálatakor ezért tehát csak azok a papillaszűkület-esetek vehetők figyelembe, amelyekben az epeutak is ábrázolódtak.

Az 1. táblázatban összefoglalt adatok arra utalnak, hogy ha a járulékos vezeték átjárható, a fő pankreasvezeték tágulata lényegesen ritkábban alakul ki. Ez az összefüggés statisztikai vizsgálat is nyilvánvaló. A ductus Santorini patofiziológiai jelentőségét — a Wirsung-vezetékben uralkodó fokozott nyomás csökkentését, az ún. dekompressziós funkciót — e morfológiai adatok egyértelműen támogatják.

A pankreasvezeték papilla feletti szakaszán idült pankreatitiszben is kialakulhat jelentősebb szűkület. A tágult, egyenetlen kontúrú fővezeték-

1. táblázat **A Wirsung vezeték tágulatának és a Santorini vezeték telődésének összefüggése**

	ductus Santorini		összesen
	átjárható	nem átjárható	
kórosan tágult d. Wirsungianus	8	29	37 beteg
normális tágasságú d. Wirsungianus	70	4	74 beteg
összesen	78	33	111 beteg

2. táblázat **ERCP-t követő enzim változások és a ductus Santorini telődésének összefüggése**

	lipáz			amiláz		
	n	$\bar{x}$	s	n	$\bar{x}$	s
d. Santorini átjárható	14	9,6	13,45	17	3,08	1,46
d. Santorini nem járható át	16	27,6	23,25	23	4,73	3,26
	t: 2,38			t: 1,88		
	p < 0,05			nem szignifikáns		

n = a vizsgált esetek száma

x, ill. s = az enzimek kiindulási aktivitásához viszonyított legnagyobb emelkedésének átlaga, ill. szórása

ben az elfolyási akadály miatt nő a nyomás. A Santorini-vezeték nyomáscsökkentő szerepe tehát ezekben az esetekben is érvényesülhet. Idült pankreatitiszben szenvedő betegekben a Santorini-vezeték vizsgálata különös gondot igényel, mivel a tágult mellékágak is hasonló képet adhatnak.

A 81 kiválasztott beteg közül mindössze 46-ban telődött a ductus Santorini. Ez a szám eltér az 1. táblázatban összefoglalt arányoktól és arra utal, hogy idült pankreatitiszben a dekompresziós működés kevésbé érvényesül. Magyarazatot a hasnyálmirigy parenchymájának diffúz eltérése adhat. A gyulladáshoz, fibrózis környezetben ugyanis az egyébként is atrofiás vezeték lumene elzáródhat, és így a duodenum és a pankreasz között kialakult járulékos összeköttetés megszűnik.

Idült pankreatitisz esetekben tehát a járulékos vezeték nyomást csökkentő működését a környezet diffúz fibrózisa befolyásolja. A ductus Santorini véglegesen már a embrionális életben is elzáródhat. A járulékos papilla katéterezésével ilyen esetekben vezetékkelődés természetesen nem jön létre (11). A vezeték regresszióját post mortem végzett morfológiai vizsgálatok egyértelműen igazolják (1).

A pankreatográfiát követő enzimemelkedés, elsősorban a vezetékben keletkező nyomásnövekedés függvénye. Ezt a növekedést a vezeték térfogata és a befecskendezett anyag mennyisége határozza meg (9). A Santorini azonban szelepszerrűen elvezeti a kontrasztanyagot a bélbe zárt térfogat tehát ki sem alakulhat. A dekompreszió ilyen módon a kontrasztanyag volumenének csökkenésével valósul meg. Anyagunkban azokban az

esetekben, amelyekben a ductus Santorini is ábrázolódott, az amiláz és a lipáz emelkedése értékelhetően mérsékelt volt. Az enzimváltozásokat azoknak a betegeknek az adataival hasonlítottuk össze, akikben a Santorini-vezeték nem telődött (2. táblázat). A parenchyma nem infiltrálódott, a kontrasztanyag minden esetben csak a vezetékét rajzolta ki, mennyiségének és a vezeték térfogatának aránya így állandónak tekinthető. Az értékelhető különbség arra utal, hogy a Santorini a fővezetékben csökkentette a nyomást, ezért jelentős enzimemelkedés nem is alakult ki.

Vizsgálatainkban tehát mind a röntgenmorfológiai adatok, mind pedig az enzimvizsgálatok azt bizonyítják, hogy a Santorini-vezeték dekompresziós működése jelentős. Nem egyszerű fejlődési variációról van csupán szó, hanem fontos védekező funkciót teljesítő vezetékről, amely szelepszerrű működéssel védelmet nyújt a fokozott nyomás következményeivel szemben.

**Összefoglalás.** A szerzők a hasnyálmirigy Santorini-vezetékének patológiai jelentőségét vizsgálják ERCP anyaguk adatai alapján. A Santorini-vezeték dekompresziós működését röntgenmorfológiai adatok és az endoszkópos pankreatográfiát követő enzimváltozások alapján bizonyítják. Idült pankreatitiszben a parenchyma diffúz fibrózisa befolyásolhatja ugyan ezt a működést, ép környezetben azonban a fő pankreaszvezetékben megnövekedett nyomást a járulékos vezeték egyértelműen csökkenti. A Santorini-vezeték tehát nem egyszerű fejlődés variáció, hanem fontos védekező funkciót teljesítő összeköttetés a hasnyálmirigy fővezetéke és a bél lumene között.

**IRODALOM.** 1. Berman L. G. és mtsai: Surg. Gynec. Obstet. 1960. 110, 391. — 2. Cotton, P. B.: Gut 1977. 18, 316. — 3. Classen és mtsai: Leber Magen Darm 1972. 2, 79. — 4. Kasugai, T. és mtsai: Gastroenterology, 1972. 63, 217. — 5. Mairose, U. B. és mtsai: Endoscopy, 1978. 10, 24. — 6. Papp J., Tulassay Zs. és mtsai: Orv. Hetil. 1976. 117, 2361. — 7. Papp J., Tulassay Zs., és mtsai: Endoscopy, 1977. 9, 119. — 8. Tamás, Gy., Sáfrány L.: Magyar Belorv. Arch. 1973. 26, 100. — 9. Tulassay Zs., Papp J., és mtsai: Orv. Hetil. 1979. 120, 875. — 10. Tulassay Zs., Papp J., és mtsai: In: The upper digestive tract. Endoscopy and Radiology: Modern management. European Press, Ghent, 1979. — 11. Wurbs, D., Classen, M.: In Fortschritte in der Endoskopie, Perimed Verlag, Erlangen, 1977.

# FLUCINAR

kenőcs

## ÖSSZETÉTEL

Egy tubus (15 g) 0,025% fluocinolonum acetonidumot tartalmaz zsíros jellegű kenőcsben.

## HATÁS

Bőrré ható corticosteroid antiflogisztikus és antiallergiás hatással. A fluocinolon acetonid a hydrocortisonnál 40-szer hatékonyabb.

## JAVALLAT

Allergiás és toxikus kontakt eczema, psoriasis, pruritus, lupus erythematodes.

## ELLENJAVALLAT

Tuberculoticus, vírusos és gombás bőrfertőzések, kiterjedt trofikus bőrbántalmak, malignus tumorok, acne rosacea és acne juvenilis.

## MELLÉKHATÁS

Tartós Flucinar-kezelés bőratrophiát és az arcon teleangiectasiákat válthat ki. Gyermekek-nél és gravidáknál csak rövid ideig alkalmazzuk!

## ADAGOLÁS

Naponta 2–3-szor vékonyan a bőrre kenni. Fertőzés esetében kombinálni kell antibiotikummal. A szem környékére nem alkalmazható.

## MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

## CSOMAGOLÁS

15 g-os tubusban 8,90 Ft.



Gyártja:

„POLFA” Gyógyszergyár — Lengyelország

# Ciech

Exportálja: CIECH — Varsó

**Budapesti képviselő: CIECH—POLFA Tudományos Információs Iroda**

1075 — Budapest, Tanács krt. 25. I. 3.  
Tel.: 427-723; 422-548.

Országos Kardiológiai Intézet  
(főigazgató: Árvay Attila dr.)  
Gyermekosztály  
(tud. osztályvezető: Kamarás János dr.),  
Röntgenosztály  
(tud. osztályvezető: Palik Imre dr.)

## A teljes tüdővéna transpositio echokardiographiás diagnosztikája

Kádár Krisztina dr., Lengyel Mária dr.,  
Kiss András dr. és Palik Imre dr.

A teljes tüdővéna transpositio (továbbiakban: TTVT) az újszülött- és csecsemőkorban decompensatiót okozó congenitalis vitiumok egyik típusos formája. A diagnózis gyakran késik, mivel újszülöttkorban nehéz lehet differenciálni a pulmonalis distress syndromától. A korai felismerés pedig fontos, hiszen korrigálható vitiumról van szó, és a műtét elvégzéséig jó palliatióknak bizonyult a szívkatéterezés során végezhető Rashkind-féle septostomia.

Az elmúlt évben öt TTVT esetünkben volt módunk echokardiographiás vizsgálatot is végezni, így ezek tanulsága alapján ismertetjük a kórkép echokardiographiás jellemzőit, ill. diagnosztikai problémáit.

A TTVT anatómiai típusainak ismerete főleg a sebészeti kezelés szempontjából, de az echokardiographiás jellemzők megértése szempontjából is fontos. Az anatómiai variációkat aszerint csoportosítják, hogy a tüdővéna a szisztémás vénás rendszer mely részébe ömlenek (4).

Így megkülönböztetnek:

1. Supracardialis (vena cava superior),
2. Cardialis (sinus coronarius, ill. közvetlenül a jobb pitvar),
3. Infracardialis vagy subdiaphragmális típust, ahol a hepatoportalis rendszer a tüdővéna beömlési helye.

1/a) A négy pulmonalis véna a bal pitvar mögött egyesül, és egy vertikális vénához — mely gyakran egy perzisztáló bal véna cava superior — kapcsolódik. Ez az ascendáló vertikális véna a

véna anonymán át viszi a vért a jobb véna cava superiorba.

b) A pulmonalis vénák közvetlenül is nyílhatnak a véna cava superiorba. Ilyenkor a közös vénás törzs a jobb pitvar mögött és fölött nyílik a véna cava superiorba.

c) Azygos összeköttetés.

2. A négy véna az általában jelentősen dilatált sinus coronariusba torkollik.

3. A négy pulmonalis véna közös törzssé egyesülve az oesophagus előtt descendál és a hiatus oesophagein át jut a portális vénákba.

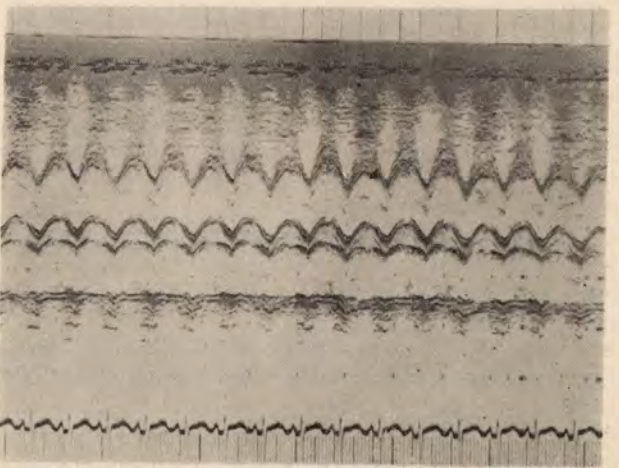
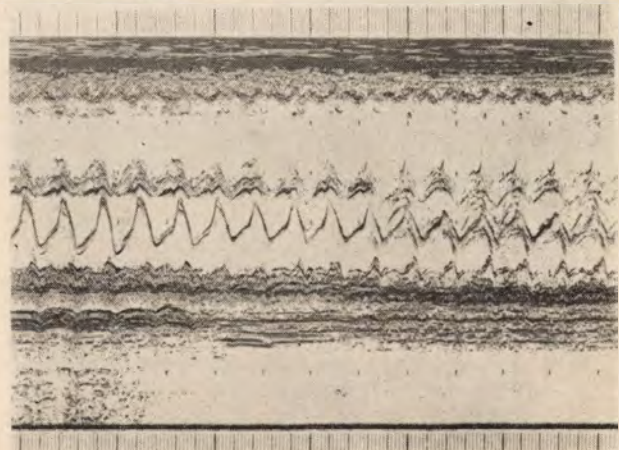
Minden anatómiai típusban előfordulhat, hogy szűkület van a tüdővéna a nagyvénás rendszerbe való ömlésnél, vagy akár hosszabb szakaszán is.

### Betegeink, módszerünk

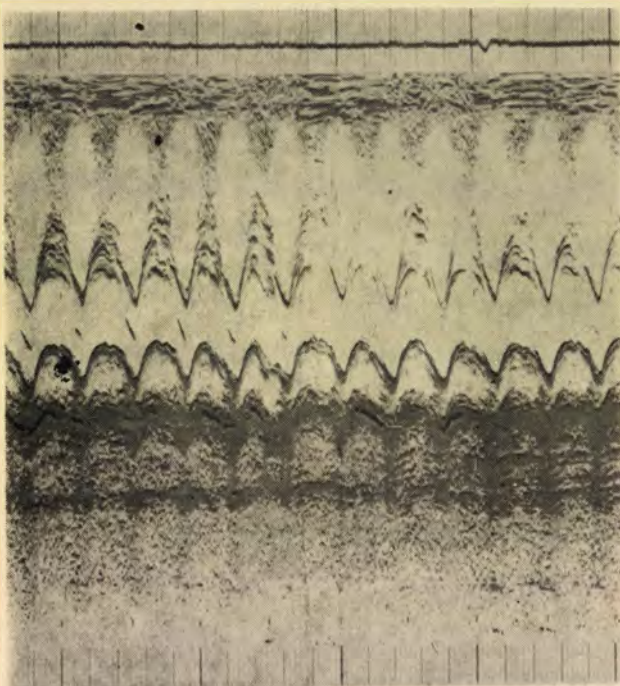
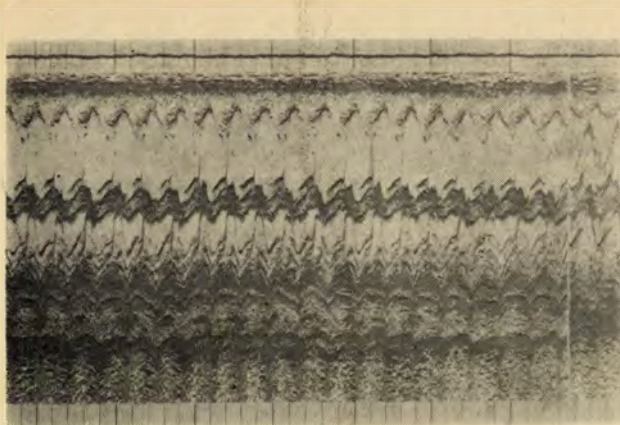
Betegeink életkora 2 hét és 18 hónap között volt a vizsgálat idején.

Az echokardiographiás vizsgálatokhoz 2,25 MHz-es, ill. 5 MHz-es csecsemőtransducert használtunk. A vizsgálatokat Picker Echoview—10 echokardiographiás géppel végeztük.

A transducert a standard helyzetekbe téve végeztük a vizsgálatot. A bal pitvart az aortagyökhöz viszonyított helyzetében vizsgáltuk mind magas (II. bordaköz), mind alacsony (IV. bordaköz) helyzetben. A mitralis scant a bal kamrai hosszú tengely mentén ke-



1. ábra a) és b): 1. számú esetünk echokardiographiás felvételein a) a tág jobb kamra és a paradox septummozgás; b) a bal pitvar mögött húzódnak a közös pulmonalis véna törzséről



2. ábra a) és b): 2. számú esetünk echocardiographiás felvételein a) jobb kamra diastolés terhelésének képe, igen vastag septummal és szűk bal kamrával; b) az igen szűk bal pitvar mögött nem látható kóros echo

restük úgy, hogy a mitralis billentyűtől felfelé és jobbra irányítottuk a transducert. A jobb és bal kamrai végsystolés átmérőket az EKG R hullámának csúcsánál vagy a bal kamra hátsófal maximális systolés előremozdulásánál mértük. A bal pitvar átmérőjét a végdiastolében mértük, és a bal pitvar/aorta arányt is kifejeztük.

#### Eredmények

A jobb kamrai volumenterhelés jeleit (tág jobb kamra és paradox septum mozgás) minden esetben észleltük (1/a és b ábra). A bal pitvar minden esetben, a bal kamra négy esetben volt kisebb a normálnál. A 2. sz. eset kivételével sikerült kimutatni a bal pitvar mögött a közös pulmonalis vénás törzset. A legfeltűnőbbben ezen esetben észleltük a bal szívfél (bal pitvar és bal kamra) átmérők csökkenését, így az echocardiographiás vizsgálat alapján hypoplasiás bal szívfél szindrómára gondoltunk (2/a és b ábra). A vizsgálatok eredményeit táblázaton foglaltuk össze (1. táblázat).

Szívkatóerezés minden esetben történt. Az angiographia alapján mindegyik eset az I/a típusba tartozott, amennyiben a közös vénás törzs ascendáló vertikális vénán — a véna anonymán — átjutott a véna cava superiorba.

#### Megbeszélés

A TTVT echocardiographiás jellemzői a következők:

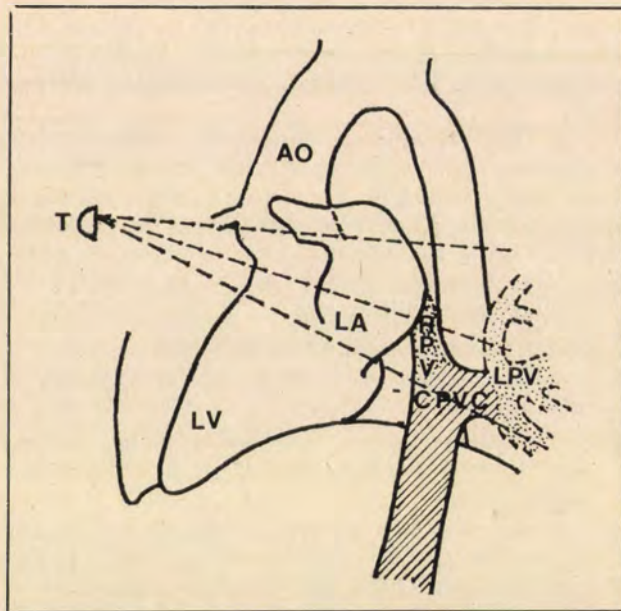
1. Jobb kamrai volumenterhelés jelei, tág jobb kamrai diastolés átmérő és a paradox septummozgás.
2. Kicsiny bal pitvar és bal kamra.
3. A közös vénás törzs echocardiographiás jele.

#### Ad 1.

A jobb kamrai volumenterhelés jelei obligát tünetnek tarthatók. *Aziz és mtsai* (1) öt esetében (ahol mindhárom anatómiai típus szerepelt), és *Paquet és Gutgessle* (13) hét esetében is mindig megvolt a jobb kamrai volumenterhelés echocardiographiás kritériuma. Eseteinkben is tág jobb kamrát és paradox septummozgást találtunk.

#### Ad 2.

A bal kamrai és bal pitvari átmérők a normál értékek kétharmadára csökkenhetnek TTVT-ben (8), ezért a kép könnyen összetéveszthető a hypoplasiás bal szívfél szindrómával. A mitralis billentyű azonban könnyen ábrázolható, és normális mozgású TTVT-ban, ami segíthet a két kórkép közötti differenciálásban. *Meyer* (8) megfigyelése, hogy születés után, ha a pulmonalis rezisztencia magas marad és a jobb kamra hypertrophia perzisztál, a septalis hypertrophia csökkenti a bal kamrai átmérőt. Eseteink közül a másodikban ezt a jelenséget észleltük.



3. ábra: Sematikus ábra a transducer posíciók használatára a bal pitvar mögötti közös pulmonális vénás törzs kimutatására (*Aziz és mtsai* után)



**Az esetek echokardiographiás adatai mm-ben. JkDd, BkDd: jobb és bal kamrai végdiastolés átmérők**

Sorszám, név	Életkor (hónap)	Septum vastagság (mm)	Paradox septum mozgás	JkDd (mm)	BkDd (mm)	Bal pitvar (mm)	Aorta (mm)	Bp/ao	Véna (mm)
1. M. Gy.	0,5	3 (3,0—4,2)	+	20 (8,1—11,9)	15 (11,5—21,7)	5 (10,3—14,7)	11 (5,6—11,6)	0,4	11
2. H. M.	2	9 (3,0—4,2)	+	20 (8,1—11,9)	10 (11,5—21,7)	6 (10,3—14,7)	8 (5,6—11,6)	0,7	—
3. M. A.	11	3 (3,0—4,4)	+	14 (8,4—13,0)	15 (19,2—26,2)	7 (12,6—19,2)	13 (10,7—19,2)	0,5	7
4. G. K.	18	5 (3,8—5,6)	+	22 (9,0—13,4)	18 (25,6—30,8)	6 (15,2—21,2)	10 (12,3—15,3)	0,6	5
5. I. A.	18	5 (3,8—5,6)	+	28 (9,0—13,4)	13 (25,6—30,8)	12 (15,2—21,2)	15 (12,3—15,3)	0,8	7

Bp/ao: bal pitvar-aorta ratio. Zárójelben a normális értékek.

**Ad 3.**

A tüdővéna közös törzsének ábrázolhatósága annak a bal pitvarhoz viszonyított helyzetétől és tágasságától függ. Amennyiben az a bal pitvar mögött helyezkedik el és nem túl szűk, azt mint a bal pitvar mögött futó echomentes rést sikerülhet ábrázolnunk. Ennek az is feltétele, hogy az aortabillentyű síkjához képest ne túl magas vagy mély elhelyezkedésű legyen, mert így csak nagyon ferde transducer állással ábrázolható, vagy sikertelen lehet az ábrázolás (3. ábra). Tehát a közös vénás törzs lefutásának nagy variabilitása sokszor nehézzé teszi annak kimutatását. Retrospektíve is értékelve az angiographiás felvételeket, megállapíthattuk, hogy mindegyik esetünkben a közös törzs a bal pitvar mögött helyezkedett el, azonban a 2. sz. esetben az jóval az aortabillentyű síkja alatt volt. Tehát ha nem is sikerül a vénás törzs ábrázolása, a jobb kamrai volumenterhelés egyértelmű jelei esetén mindig gondolni kell TTVT-ra is.

A kóros echo jel a bal pitvar mögött azonban nem mindig jelenti magát a tüdővénaát. A cardialis típusú TTVT-ban a dilatált sinus coronarius csaknem hasonló képet mutat (1). Normális nagyságú sinus coronarius nem ábrázolható echocardiographiával. Jellemzőnek tartják ezen echomentes rés elülső falának „fázikus” mozgását, amennyiben azon jellegzetes anterior mozgást figyeltek meg pitvar systolében és kamra systolében egyaránt. Ezen echo jel eredetét szívkatéterezés közben végzett kontraszt-echocardiographiás vizsgálattal is meggyőzően bizonyították (12).

Leírták ezen echomentes rést a bal pitvar mögött, nyitott Botallo-vezeték, és egészséges újszülött esetén is, melynek eredetére azonban nem találtak magyarázatot (8). Természetesen ezen ese-

tekben a jobb kamrai volumenterhelés jelei hiányoztak. Cor triatriumban a bal pitvaron belül futó echo-jel, mely a membrannak felel meg, a megtévesztésig hasonlítható az előbb leírtakhoz. *Montera és mtsai* (9) szerint a cor triatriatumot csak angiocardiographiával lehet differenciálni az obstructió tüdővéna transposíciótól.

**Összefoglalás.** A szerzők öt supracardialis típusú teljes tüdővéna transposíciós esetük kapcsán ismertetik e kórkép echocardiographiás jellemzőit. A jobb kamra diastolés terhelésének kritériuma minden esetben észlelhető volt, további jellemző tünet a bal pitvar és a bal kamrai átmérők csökkenése. A tüdővéna echocardiographiás jelének hiánya nem zárja ki a kórkép lehetőségét. Foglalkoznak az echocardiographiás differenciáldiagnosztikai problémákkal is.

**IRODALOM:** 1. *Aziz, K. és mtsai:* Amer. J. Card. 1978, 42, 108. — 2. *Bonham, C. és mtsai:* Brit. Heart J. 1969, 31, 45. — 3. *Darling, R. C. és mtsai:* Lab. Invest. 1957, 6, 44. — 4. *Glaser, J., Whitman, V.:* Circulation. 1972, Suppl. 38, 45. — 5. *Kádár K.:* Orv. Hetil. 1979, 120, 3041. — 6. *Lengyel M.:* Orv. Hetil. 1975, 116, 136. — 7. *Meyer, R. A., Kaplan, S.:* Progress in cardiovascular disease. 1973, 15, 349. — 8. *Meyer, R. A.:* Pediatric Echocardiography. Lea and Febiger, Philadelphia, 1977. — 9. *Montera, C. és mtsai:* Brit. Heart J. 1977, 39, 685. — 10. *Moss, A. J., Adams, F. H.:* Heart diseases in infants and children and adolescents. William and Wilkins, Baltimore, 1977. — 11. *Nadas, A.:* Pediatric Cardiology. W. B. Saunders Company, Philadelphia. 1963. — 12. *Orsmond, G. S. és mtsai:* Amer. J. Card. 1978, 41, 597. — 13. *Paquet, M., Gutgessle, H.:* Circulation. 1975, 51, 599. — 14. *Tynan, M. és mtsai:* Brit. Heart J. 1969, 36, 45. — 15. *Williams, R. G., Tucker, C. R., Nadas, A. S.:* Echocardiographic diagnosis of congenital heart disease. Little, Brown and Co., Boston, 1977.

# POTESEPT®

potenciált hatású sulfonamid

tabletta

## HATÁS

A két antibakteriális hatású komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsav-szintézisét gátolja. A Superseptyl a p-aminobenzoesav-dihydrofolsav, a trimethoprim a dihydrofolsav-tetrahydrofolsav fázisban gátolja a folsav-szintézist. E kettős ferment-blokád útján ható kombináció a Gram negatív és Gram pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja. A baktericid hatás többszörösre fokozódik, rezisztens baktérium-populatio kifejlődése igen lassú. Az epében magas koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

## ÖSSZETÉTEL

Trimethoprimum	0,08 g
Sulfamididinum tablettánként.	0,40 g

## JAVALLAT

Légúti infekciók (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumoniák etc.).

Húgyúti infekciók (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).

Shigellosis. Cholera.

Typhus abdominalis.

Salmonellosis gastroenteritica.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella-ürítés.

Ty. baktériumgazdaság, főként már cholecystectomizált bg. nál.

Brucellosis. Gonorrhoea.

## ELLENJAVALLAT

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, valamint terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

## ADAGOLÁS

A készítményt acut infectio esetén legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

## ÁLTALANOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNÖTTEKNEK

Terápiás adag 2x2 tabl./die (reggel és este étkezés után).

Fenntartó adag 2x1 tabl./die (reggel és este étkezés után).

Maximális adag 2x3 tabl./die (reggel és este étkezés után).

## GYERMEKEKNEK

2-6 éves korban 2x1/4-1/2 tablettát,

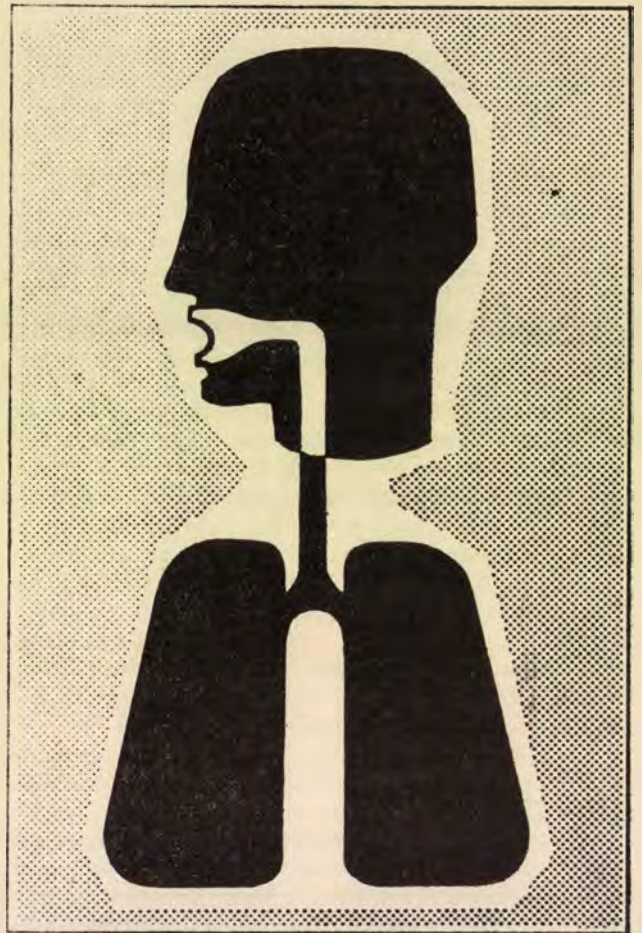
6-12 éves korban 2x1/2-1 tablettát étkezés után.

Acut infectio esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5-6 napig) tartó kezelés során a napi 6 mg trimethoprim + 30 mg Superseptyl testsúlykilogrammonkénti adagig emelhetők, napi 2 egyenlő részre elosztva.

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

## MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszer-exanthema. Ritkán muló jellegű vérképzőrendszeri károsodás



észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint-csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek.

A mellékhatások főként tartós (3-8 hetes) kezeléskor észlelhetők, és emiatt ilyenkor teljes vérképkontrollok szükségesek (thrombocytaszám kontrollok is!).

## FIGYELMEZTETÉS

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről kell gondoskodni. Ha a kezelés alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

**Megjegyzés:** ✖✖ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint ismételtető (legfeljebb három alkalommal).

Csomagolás: 20 db tablettát

Tértési díj: 9,20 Ft

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,  
TISZAVASVÁRI**

Megyei Tüdőkórház-Gondozóintézet, Szolnok,  
Mellkassebészeti-Sebészeti Osztály  
(osztályvezető főorvos: Mécs János dr.),  
Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok,  
Baleseti Sebészeti Osztály  
(osztályvezető főorvos: Münich Béla dr.)

## A rekeszsérülésekről

Radeczky Gábor dr., Münich Béla dr.  
és Mécs János dr.

Ambroise Paré egy eset kapcsán már 1580-ban írt a rekesz-ruptura klinikai tüneteiről. Bowditch (3) 1853-ban 88 gyűjtött irodalmi esetről számol be, kiegészítve 1 saját eset tapasztalatával. Az első sikeres posttraumás rekesz-ruptura műtétét — irodalmi adatok szerint — hasi behatolásból 1886-ban Riolfi (18) végezte.

### Betegeink

Osztályunkon 1494 mellkasi sérült közül 16 esetben (táblázat), 1,1%-ban kezeltünk rekeszsérült beteget (12). 9 betegünk esetében a direct mellkasi behatolás iránya azonnal utalt a rekesz sérülésére is. 1 férfibetegünk esetében a rekesz lövési sérüléséhez tüdő-, lép-, vastagbél-sérülés is társult. 8 éves leánybeteg üvegbe esve szúrta át a bal tüdő alsó lebenyét, a rekeszt és a máj bal lebenyét.

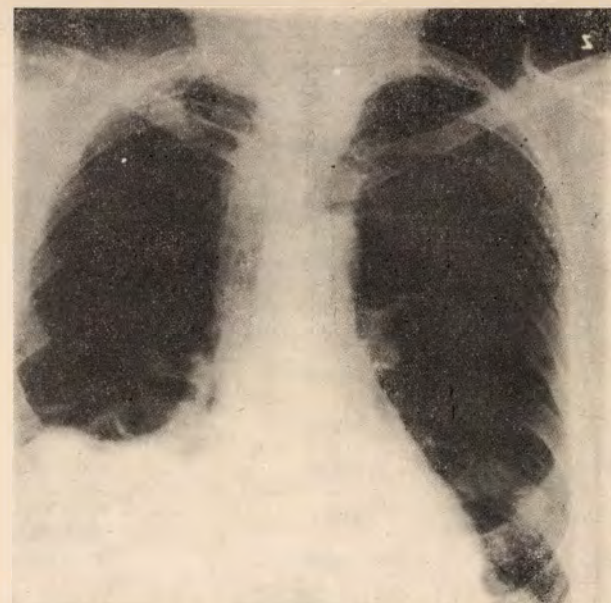
Hét esetünkben tompa mellkasi behatás következménye volt a rekesz rupturája. Valamennyi eventeratióval társult rekesz sérültön megfigyeltük a *sérült oldali epigastrium belapultságát az ellenoldalihoz viszonyítva, bizonytalan nyomásérzékenység kíséretében.*

21 éves, közúti balesetet szenvedő férfi esetében a rekesz- és a lép-ruptura mellé késői thoracalis aorta aneurysma is társult, amit a debreceni II. sz. Sebészeti Klinikán sikeresen operáltak. Kettő betegen késői posttraumás diaphragma herniát diagnosztizáltunk.

A lakosság tüdőszűrő vizsgálata során végzett célzott rekeszi szűrés alapján kiemelt 1 női betegünknel 35 éve fennálló, egyszer operált, recidiv rekeszsérvet szűrtünk ki (7). A beteg a felajánlott műtétet nem fogadta el. A tüdőműtétek ritka szövődménye az intraoperatív rekeszsérülés. Egy esetünkben a bal alsó tüdőlebeny resectiója közben a meszes letapadás miatt történt rekeszi sérülés, sutura után zavartalanul gyógyult. Egy idős férfibetegünket, akin a bal oldali rekesz-rupturához súlyos tüdőszérülés is társult, azért vesztítettünk el, mert a kialakult légzési elégtelenség és a hepatorenalis syndroma halálhoz vezetett (1. és 2. ábra).

### Megbeszélés

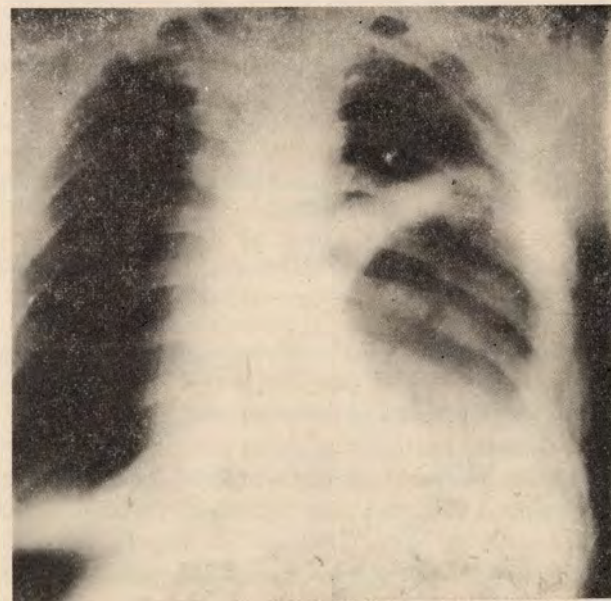
A rekesz sérülése általában polytraumatisatio része (1, 11, 13), de létrejöhet tompa mellkasi sérülést és magasból való leesést követően, izoláltan is. A behatás jellege szerint lehet *direct* vagy *indirect*, a lefolyás szerint *acut* és *chronicus*. Sutton, McCune, Bryer „korai” és „késői” csoportbeosztást használ (4, 5, 21).



1. ábra: 4. beteg mellkas p. a. felvétele, a jobb rekesz elmosódott

*Direct* sérülésnél mint pl. lövés, szúrás, nyársalás, gyakran társul hozzá más szerv sérülése is. A behatás irányából következtethetünk a rekesz sérülésére, de általában a klinikai tüneteket a kísérő szervsérülések határozzák meg mint pl. nagyersülés, gyomor-bél-, vese-, máj-, lépsérülés (19, 22).

*Indirect* vagy ún. tompa mellkasi sérülés esetén a rekesz-rupturának jellegzetes tünete nincs, ezért tompa mellkasi és hasi sérülés esetén kimu-



2. ábra: 5. beteg mellkas p. a. felvétele. Baloldalt sorozat-bordatörés, a gyomorlégőhólyag a bal mellkasban látható

Sorsz.	Kor, nem	Behatás	Kísérő sérülés	Felismerési idő	Műtét	Herniatio	Eredmény
1.	S. I. ♂ 19 é.	autóbaleset		3 nap	Sut.	gyomor, colon, lép	gyógyult
2.	B. A. ♂ 21 é.	autóbaleset	aorta	2 óra	Sut.	gyomor, colon, lép	gyógyult
3.	B. I. ♂ 43 é.	autóbaleset	lép		Sut.		gyógyult
4.	H. L. ♂ 72 é.	autóbaleset	Fract. fem. ld.	2 év		colon	
5.	M. J. ♂ 67 é.	autóbaleset	Fract. coxae	3 nap	Sut.	gyomor, colon, lép, cseplesz	meghalt
6.	P. Gy. ♂ 19 é.	szúrás			Sut.		gyógyult
7.	P. Gy. ♂ 41 é.	szúrás			Sut.	cseplesz	gyógyult
8.	M. E. ♂ 28 é.	szúrás	tüdő, máj		Sut.		gyógyult
9.	P. I. ♂ 30 é.	lövés	tüdő, lép, vastagbél		Sut.		gyógyult
10.	T. É. ♀ 8 é.	nyársalás	máj, tüdő		Sut.		gyógyult
11.	T. J. ♂ 52 é.	motorbaleset			Sut.		gyógyult
12.	S. B. ♂ 47 é.	műtét közben			Sut.		gyógyult
13.	J. J. ♂ 41 é.	nyársalás	pericardium		Sut.		gyógyult
14.	B. I. ♂ 17 é.	szúrás			Sut.		gyógyult
15.	B. J. ♀ 66 é.	lövés		34 év recidiva		gyomor	
16.	K. I. ♂ 47 é.	szúrás	gyomor		Sut.		gyógyult

tatására diagnosticus lehetőségeket kell igénybe venni. A trauma iránya pl. — magasból való leesés, az alsó bordákra irányuló nagy erőbehatás, hirtelen ütés a bordaívre, nagy mellkasi traumánál, amikor az alsó bordák elmozdulásos törése ún. „nyársolásos rekeszsérülést” hozhat létre — utalhat esetleg a sérülésre.

Előfordul, hogy a rekesz sérülése tompa behatás következtében kicsi és felszínes, a hasúri nyomás következtében csak később, néha évek múlva történik meg a hasi szervek prolapsusa. A késői kialakulás következtében a klinikai tünetek rendkívül változatosak és nem jellegzetesek: előtérben az emésztési panaszok mellett a restrictiv légzési syndroma képe áll. Ha a rekesz sérülése mellett a hasi szervek mellüregbe történő evertatioja fennáll, akkor a beteg állapotában az ileus a shock és a cardiorespiratoricus insufficientia tünetei dominálnak (8, 14). A tüdő-compressio miatt dyspnoe, cyanosis, a mediastinum áttolása miatt tachycardia, arrhythmia észlelhető. A sérült mellkasfélén légzés alig hallható, helyette tympanicus kopogtatási hang, esetleg bélhang észlelhető (3).

Gastrointestinalis tünetek inkább a bélkizáródás után jellegzetesek (11). Az ileus a beteg amúgy is aggasztó állapotát még tovább súlyosbítja. A késői kialakulás nem feltétlenül jár mindig ilyen viharos tünetekkel. Mint a tüdőszűrő vizsgálattal kimelt és vizsgált 4. esetünk is mutatja, előfordul kevés panasszal járó, a sérülést követően évekkel később felfedezett rekeszruptura is.

A diagnózis felállításában szerepe van a mellkas PA (24), valamint nyelés-, gyomor rtg-vizsgálatnak, angiographiának (2, 26). Bizonytalan diagnózis esetén ritkán pneumoperitoneum, irrigographia, az arteria coeliaca angiographiás (20) vizsgálata válhat szükségessé. Szimultán tüdő- és máj-scintigraphia szintén fontos diagnosztikus vizsgálat eljárás lehet.

A tompa mellkasi sérülésekhez társult rekesz-sérülések diagnózisának felállítása egyet jelent a műtėti indikációval (1, 9, 10, 25). Ugyanis a műtétet várni veszélyes, ezért célravezető a gyors sebészi beavatkozás (1, 10). Amennyiben a hasi szervek a mellüregbe prolabáltak, a beteg súlyos állapota nem kontraindikálja a műtétet. A hasi szervek hasüregbe történő visszahelyezése, a tüdő kitérítése frappáns hatással szüntetheti meg a súlyos kardiorespiratoricus insufficientia állapotát. A hasi szervek kizáródása, valamint a cardio-pulmonalis elégtelenség megszüntetése miatt a műtét javasolt (6, 8, 15).

A műtét történhet laparotomiából (5) és thoracotomiából (1). Gyakorlatunkban a thoracotomiás behatolást részesítjük előnyben rekesz-ruptura vagy traumás rekeszsérv esetén. A mellkasi behatolás előnye, hogy a sérülések ellátása könnyebb és biztonságosabb, thoracolapartomiává szélesíthető. Hátránya az, hogy a teljes has, de még inkább a kismedence exploratiójához nem ad elégséges feltárást. Kísérő alhasi sérülés esetén a laparotomiát azzal az előnnyel végezhetjük, hogy a mellkasi viszonyokat már rendeztük (17).



CHINOI  
BUDAPEST

# PROBON<sup>®</sup>

draszé

---

## ANALGETICUM

A Probon új típusú fájdalomcsillapító. Gátolja a kábító hatású fájdalomcsillapítók légzéscsökkentő hatását is, ugyanakkor azok fájdalomcsillapító hatását fokozza. Terápiás adagban nem toxikus, megszokást nem okoz, jól tűrhető, ezért hosszabb ideig tartó adagolásra is alkalmas.

### ÖSSZETÉTEL

Draszénként 300 mg rimazolium methylsulfuricum (1,6-dimethyl-3-carbaethoxy-4-oxo-6, 7, 8, 9-tetrahydro-homopyrimidazolium methylsulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK

Krónikus mozgásszervi fájdalmak megszüntetése. Egyéb fájdalmakban: a szokásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető igen heves fájdalmak csillapítására görcsoldókkal és kábító hatású fájdalomcsillapítókkal előnyösen kombinálható. A légzésre gyakorolt hatása miatt különösen javallt idősebb betegek fájdalmainak csillapítására. Fejfájás csillapítására nem alkalmas.

### ADAGOLÁS

Felnőttek egyszeri adagja fájdalom esetén 1 draszé, napi adagja szükség szerint 3, fekvő beteg részére 4 draszéig emelhető.

### MELLÉKHATÁSOK

Ritkábban enyhe hányinger, szédülés, kábultság és a terápiás adagot meghaladó dózis esetén fejfájás előfordulhat.

### FIGYELMEZTETÉS

A Probon fokozza mind a centrális depressziós szerek, mind a kábító hatású fájdalomcsillapítók hatását, ezek egyidejű alkalmazásakor – egyéni megítélés alapján az adagok csökkentése ajánlatos.

### MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

### CSOMAGOLÁS

10 db à 0,3 draszé

Tértítés: 3,90 Ft

CHINOIN  
BUDAPEST



# LIBEXIN<sup>®</sup> COMBINATUM

tabletta

## ANTITUSSIVUM

### ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 200 mg 3-( $\beta,\beta$ -Diphenylaethyl)-5-( $\beta$ -piperidinoethyl)-1, 2, 4-oxadiazolum hydrochloricum és 1 mg Emetinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK

Grippe, bronchitis spastica, bronchitis acuta és chronica, laryngitis, asthma bronchiale, emphysema, pleuritis, pleuropneumonia, tüdő-tbc.

### ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

### ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tablettát, étkezés után.

### MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, esetleg hányinger szórványosan előfordulhat, ami a gyógyszer szedésének abbahagyása után megszűnik.

### FIGYELMEZTETÉS

A tablettát egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást válthat ki. A gyógyszert a gyermekpraxisban ne alkalmazzuk. Gyermekek elől elzárva tartandó.

### CSOMAGOLÁS

20 db tablettát

Térités: 3,90 Ft

### MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

A prolabált hasi szerveket minden esetben gondosan meg kell vizsgálni a sérülések és vérzések lehetősége miatt. Műtétkor gyakran elég a rekesz suturája, de néha (9, 20, 24) Seblon-háló beültetése is szükségessé válhat.

**Összefoglalás.** A szerzők a rekeszi ruptura kialakulása, diagnózisa, tünettana és műtéti kezelése problémájával foglalkoznak saját eseteik kapcsán. 16 rekeszsérülés miatt kezelt betegük tapasztalata alapján a rekesz-rupturához társult esenteráció esetén az azonos oldali epigastrium besüppedését minden esetben megfigyelték. A diagnózist a klinikai kép rendkívül súlyos és aggasztó képétől függetlenül egyenlőnek tartják a műtéti indikációval. A nyílt és tompa mellkasi sérülést követően kialakult rekeszsérült betegek aránya 9 : 7, közel azonos. Egy polytraumatizált betegüket légzési elégtelenség miatt veszítették el. Rekesz-ruptura vagy traumás rekeszsérv esetén előnyben részesítik a mellkasi behatolást, mivel az esetek többségében elégséges a sérülések ellátására. Szükség esetén thoracolaparotomiává szélesíthető. Társult alhasi sérülés esetén a laparotomiát azzal az előnnyel végezhetik, hogy a mellkasi viszonyokat már rendezték.

**IRODALOM:** 1. Balás A., Drexler M., Rátkai J.: Magy. Seb. 1966, 19, 282. — 2. Berkovits L., Szűk B., Szentkereszt B.: Orv. Hetil. 1966, 107, 2330. — 3. Bow-

ditch, H. I.: Buffalo M. J. 1853, 9, 1, 65. — 4. Bryer, J. V. és mtsai: The British J. of Surg. 1978, 65, 69. — 5. McCune, R. P., Roda, C. P., Eckert, Ch.: The J. of Trauma. 1976, 16, 531. — 6. Forgón M.: Magy. Traumatol. 1963, 6, 46. — 7. Gohér I. és mtsai: Orvos Gyógyszerésznapok, Mezőtúr, 1978. — 8. Jancu, J., Marvan, H.: Southern Medical Journal. 1976, 69, 126. — 9. Kenedi I.: Orv. Hetil. 1946, 87, 16. — 10. Keszler P., Leitner É.: Magy. Seb. 1963, 16, 77. — 11. Kulka F., Botos Á., Altorjai I.: Magy. Seb. 1961, 14, 285. — 12. Mécs J.: Vándorgyűlés, Szolnok, 1977. V. 20. — 13. Naumann, G.: Laparotom, Dod. Hygiea. 1888, 50, 524. — 14. Mallow, C. H., Baronofsky, I. D.: Surgery. 1955, 37, 461. — 15. Papadia, F., Pámpari, G. C., Galli, G.: Acta Bio-Medica. 1976, 47, 539. — 16. Pátkay J., Csapó G.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1209. — 17. Radeczky: Somogyi Orvos Napok, Siófok, 1975. — 18. Riolfi: cit. Hedblom: JAMA. 1925, 85, 947. — 19. Romhányi T.: Magy. Seb. 1959, 12, 62. — 20. Saur, K., Lutz, W.: Traumatology. 1976, 79, 349. — 21. Sutton, J. P., Carlisle, R. P., Stephenson, S. E. Jr.: Ann. Thorac. Surg. 1967, 3, 136. — 22. Tamásy S., Sulyok B.: Magy. Seb. 1973, 26, 48. — 23. Tasnádi K.: Magy. Seb. 1961, 14, 289. — 24. Vadász K.: Összefoglaló Szeged Eü. intézményeinek tudományos munkásságáról, Szeged, 1974. 157. — 25. Walker, E. W.: Internat. J. Surg. 1900, 23, 257. — 26. Winter L.: Magy. Seb. 1950, 3, 112.

# VENORUTON

**gél**

**H 600**

**Antivaricosa**

**KÜLSŐLEGES  
HASZNÁLATRA**



## OSSZETÉTEL:

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β-hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

## JAVALLATOK:

Akut thrombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése; lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése; lágyrészsérülések; (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.); különböző mikrocirkulációs keringési zavarok (pl. fagydaganat).

## ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

## ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes enyhe masszírozással a bőrbé bedörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

## MEGJEGYZÉS:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

## CSOMAGOLÁS:

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

**Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.**



1443

# PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(453/a)

A Fővárosi XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén nyugdíjazás folytán megüresedett **laboratóriumi főorvosi** állásra. A bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

**Mittler István dr.**  
főigazgató főorvos

(467)

Vas megye Tanácsa V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Szombathely, Berzsenyi D. tér 1. sz.) pályázatot hirdet:

— a Vas megyei Tanács Markuszovszky Kórház-Rendelőintézet Fül-orr-gége osztályán halálozás folytán megüresedett 2103/A kulcsszámú **osztályvezető főorvosi** állásra.

— a Vas megyei Tanács Markuszovszky Kórház-Rendelőintézet Kórbonctani osztályán nyugdíjazás folytán megüresedett 2103/A kulcsszámú **osztályvezető főorvosi** állásra.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Pályázati határidő a pályázat megjelenésétől számított egy hónap.

**Flamis László dr.**  
megyei főorvos

(468)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Tétényi úti Kórház-Rendelőintézetben — áthelyezés folytán megüresedett — **járóbeteg-ellátást irányító főigazgatóhelyettesi** állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

**Pályázati feltétel:** egészségügyi szervezői szakvizsga és egészségügyi szervezői gyakorlat.

A kinevezendő főigazgató helyettes orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.

**Varga Árpád dr.**  
fővárosi vezető főorvos

(469)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Tétényi úti Kórház-Rendelőintézetben — általános főigazgatóhelyettesi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

**Pályázati feltétel:** egészségügyi szervezői szakvizsga és egészségügyi szervezői gyakorlat.

A kinevezendő főigazgatóhelyettes orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.

**Varga Árpád dr.**  
fővárosi vezető főorvos

(470)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi János Kórház-Rendelőintézetben — áthelyezés folytán megüresedett — **járóbeteg-ellátást irányító főigazgatóhelyettesi** állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

**Pályázati feltétel:** egészségügyi szervezői szakvizsga és egészségügyi szervezői gyakorlat.

A kinevezendő főigazgatóhelyettes orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.

**Varga Árpád dr.**  
fővárosi vezető főorvos

(471)

A Veszprém Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa (Veszprém, Szabadság tér 15.) pályázatot hirdet a Veszprém városban újonnan szervezett **felhőt közei orvosi** állásra.

Bér a 3/1977. EÜM sz. együttes rendelet alapján.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állás 1980. szeptember 1-től foglalható el.

**Bertalan Gyula dr.**  
városi-járás főorvos

(472)

A Veszprém városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa (Veszprém, Szabadság tér 15.) pályázatot hirdet a Veszprém városban újonnan szervezett **gyermek közei orvosi** állásra. Az állás gyermekorvosi képesítéshez kötött.

Bér a 3/1977. EÜM sz. együttes rendelet alapján.

A lakás megbeszélés tárgyát képezi. Az állás 1980. szeptember 1-től foglalható el.

**Bertalan Gyula dr.**  
városi-járás főorvos

(473)

Az Országos Testnevelés- és Sportegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa (Budapest XII., Alkotás u. 48. 1123) pályázatot hirdet **belgyógyász szakorvos** vagy **sebész szakorvos** részére a Tatai Edzőtáborba.

Az állás elnyerésénél sportorvosi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM együttes rendelet szerint a szolgálati időnek és kulcsszámnak megfelelően.

**Árky Nándor dr.**  
főigazgató főorvos

(474)

Baranya megyei Tanács Gyermekkorházának (Pécs, Nyár u. 8. 7601. Pf. 76.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház gyermeksebészeti osztályán **sebész szakorvosi** állás betöltésére. A pályázó részére a gyermeksebészeti szakvizsga megszerzését biztosítjuk.

Az állás azonnal elfoglalható.

Illetmény a kulcsszám szerint.

**Horváth Mihály úr.**  
igazgató főorvos

(475)

Soproni Állami Szanatórium főigazgató főorvosa (Sopron, Várasi út 2. 9400) pályázatot hirdet a soproni Állami Szanatórium Balfi Gyógyfürdő Kórháza II. sz. Rheuma osztályán **osztályvezető főorvosi** állásra. Az állás betöltéséhez elengedhetetlen feltétel reumatológiai szakorvosi képesítés.

Intézeti rheuma osztályon való hosszabb működéssel, tudományos minősítéssel rendelkező, tudományos munkásságot felmutató, idegen nyelvtudással bíró pályázó a kinevezésnél előnyben részesül.

Illetmény megállapodása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM számú együttes rendeletben foglaltak szerint.

**Nagy László dr.**  
főigazgató főorvos

(476)

Százhalombatta Egyesített Egészségügyi Intézmény igazgató főorvosa (Százhalombatta, Gesztenyés 10. 2440) pályázatot hirdet: 1 fő **belgyógyász csoportvezető főorvosi** állásra.

Kinevezett, munkakörében csoportvezetői feladatokat, táppénzes felülvizsgálást és napi 3 óra belgyógyász szakrendelést köteles ellátni.

Bérezés és besorolás a 3/1977. EÜM—MÜM együttes rendelet alapján.

Központi ügyeletben való részvételre lehetőség van.

Lakást a városi tanács biztosít. Az állás július 1-től elfoglalható.

**Vajda Péter dr.**  
igazgató főorvos

(477)

A XVI. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató főorvosa (XVI. Sh., Jókai u. 3.) pályázatot hirdet: **nőgyógyász szakorvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 9.) EÜM—MÜM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint.

**Friedmann Edit dr.**  
igazgató főorvos

(478)

Fővárosi Tanács István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Nagyvárad tér 1. 1096) pályázatot hirdet: **intézetvezető főgyógyász** állásra.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állás azonnal betölthető.

**Balázs Tamás dr.**  
főigazgató főorvos

(479)

Erd városi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet napi 6 órás főfoglalkozású **nőgyógyász szakorvosi** állásra.

Az állás azonnal betölthető.

Illetmény kulcsszám szerint.

Az állás Budapestről kijárással ellátott és szükség esetén a városi tanács részéről lakás biztosítása megbeszélés tárgyát képezi.

**Bodnár Béla dr.**  
ri. ig. főorvos

(480)

A Sárvári városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Sárvár Rákóczi u. 30. 9601) pályázatot hirdet elhalálozás folytán megüresedett **rendelőintézeti belgyógyász szakorvosi** állásra.

Illetmény szolgálati időtől függően.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állás azonnal elfoglalható.

**Atanaszov György dr.**  
igazgató főorvos

(481)

A Magyar Néphadsereg 1. Katonai Kórház (Budapest) pályázatot hirdet egy fő **gyermekgyógyász szakorvosi** állás betöltésére. A munkakör betöltése szakorvosi képesítéshez kötött.

Bérezés megállapítása a néphadseregben érvényben levő kulcsszám szerint, a szolgálati idő figyelembevételével történik.

Orvosi magánygyakorlatot nem folytatható.

A pályázatot a meghirdető szervhez kell benyújtani.

A pályázathoz 1 db önéletrajzot, 1 db erkölcsi bizonyítványt, szakorvosi képesítés másolatot kell csatolni.

**Simon Pál dr.**  
o. ezredes parancsnok

(482)

A XV. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Budapest XV. ker. Hübner J. tér 1.) pályázatot hirdet az alábbi állások betöltésére:

1 fő **közei gyermekorvosi,**  
1 fő **hygienikus orosi,**  
1 fő **ifjúsági orvosi** állás betöltésére.

Az állások azonnal elfoglalhatók.

Illetmény a kulcsszámnak megfelelően, szolgálati idő figyelembevételével.

**Zeizler Agnes dr.**  
eu. oszt. vez. főorvos

(483)

A budapesti **Balassa Kórház** (Bp. VIII., Vas u. 17.) Kórszövettani Osztálya felállású munkakörben, gépirásban jártas orvosírnokot keres.

Munkaidő és fizetés megbeszélés szerint: Honti József dr. oszt. vez. főorvos (tel.: 130-060).



Fővárosi László Kórház  
(főigazgató: Kátay Aladár dr.)  
IV. Gyermekosztály  
(főorvos: Nyerges Gábor dr.)

## A liquor üledékének vizsgálata módosított Sayk-féle ülepitő kamrával

Molnár Lajos dr. és Bencsikné Kubinyi Éva

Belgyógyászati, gyermekgyógyászati, ideggyógyászati és fertőzőosztályokon egyaránt gyakran kerül sor a liquor cerebrosinalis üledékének vizsgálatára. A gerinccsapolást nemritkán sürgősséggel, az éjszakai ügyelet alatt kell elvégezni. A liquor-üledék megfelelő vizsgálata — különösen gennyves meningitisek esetén —, s az időben beállított, adequat kezelés a beteg sorsára nézve döntő jelentőségű lehet. Sokezes sejtszámú liquor egy cseppjének beszárítása, majd megfestése kellő információt szolgáltat. Kis sejtszám esetén viszont a liquor-sejteket össze kell gyűjteni. Az összegyűjtést elvégezhetjük centrifugálással, ülepitő készülékkel és fibrinháló létesítésével (2, 3, 4, 8, 10, 11). A liquor-sejtek összegyűjtésére ülepitő kamra használata sokkal kíméletesebb eljárás mint a centrifugálás (3, 4, 8, 10, 11). A fibrinhálós vagy fibrinbeágyazásos módszer kislaboratóriumi célokra kevésbé alkalmas (2, 10). *Schönenberg* 1949-ben a liquor-sejteket a liquorba helyezett, zsirtalanított tárgylemezen gyűjtötte össze (9). A módszer hátránya, hogy hosszadalmas. A hosszú ülepitési idő alatt a liquor-sejteknek jelentős része tönkremegy. Hazánkban *Guseo* tanulmányozta legutóbb a liquor-sejtek in vivo és in vitro pusztulását (1). Azt találta, hogy a liquor-vétel után azonnal készült ülepitésben is található a sejtekben degeneratív elváltozások, s ezek az idő előrehaladtával egyre fokozódnak. Hosszas állás során a liquorban egyes, érzékeny bacteriumok (pl. a *Neisseria meningitidis*) szintén deformálódhatnak. *Sayk* 1954-ben írta le a róla elnevezett ülepitő kamrát (8). *Sayk* elgondolása szerint olyan eljárásra van szükség, amelyben a liquor-sejteknek a lehető legkíméletesebben, lassú mozgással, maguktól, egy erre a célra szolgáló szerkezetben, közvetlenül a tárgylemezre kell leülepedniük. A *Sayk* által eredetileg leírt készülék használata nehézkes volt. Később a Zeiss Művek

előállította a hazánkban is ismert és sok helyen használt ülepitő kamrát, amelyet a tárgylemezhez egy súllyal lenyomható himbaszerkezet rögzít. A gyári készülék beszerzéséhez deviza szükséges, ezen kívül viszonylag nagy alapterületet foglal el. Nagyforgalmú laboratóriumok számára szinte elképzelhetetlen annyi készülék beszerzése és elhelyezése, amennyi minden egyes liquor-üledék vizsgálatát a munkaidő alatt e módszerrel lehetővé teszi. Hazánkban *Kádas, Varga és mtsaik* 1965-ben ismertették házilag, plexiüvegből, olcsón előállítható ülepitő kamrájukat (3, 11), mely a gyári készülékhez hasonlóan nagy helyet foglal el.

Az alábbiakban az osztályunk laboratóriumában 1977 novembere óta használt, egyszerű, kis alapterületű ülepitő kamrát ismertetünk, melynek ötletét 1975-ben, Szófiában, a Fertőző és Trópusi Betegségek Klinikáján kaptuk.

### Módszer

#### 1. A készülék működési elve

A kamrába mért liquorból a kamra alapja köré helyezett és nyomás alatt levő szűrőpapír kiszívja a folyékony részt, így a benne található alakos elemek sérülés nélkül a kamra alapját képező tárgylemezre ülepsznek. Száradás után a liquor-üledék különböző módszerekkel megfesthető.

#### 2. A készülék szerkezete

Ülepitő készülékünk áttekintő rajzát az 1. ábrán tüntettük fel.

A készülék alkotórészei a következők:

a) *Fémállvány* (A), mely áll egy 80,5 mm átmérőjű, középen nyílással ellátott fémkorongból (ez a rajzon nem látható) és e talpból kiinduló, két darab 130 mm hosszúságú, a végükön csavarmentes fém tartórúdból.

b) *Plexiüveg tárgylemeztartó lap* (B). Mérete: 90 × 140 × 8 mm. (A készülék alapterülete tehát 90 × 140 mm). A tárgylemeztartó lapon középen, hosszanti irányban egy 27 mm széles és normál tárgylemez vastagságának megfelelő mélységű vajúlat (C) fut végig; kétoldalt két 10,5 mm átmérőjű furat segítségével illeszkedik a tartó állványhoz.

c) *Háromfuratú plexiüveg korong* (D). Mérete: 80 mm átmérőjű, 25 mm vastag, a középső furat 10, a szélső furatok 10,5 mm átmérőjűek — a középső furat egyben a 2,0 ml űrtartalmú ülepitő kamra (E).

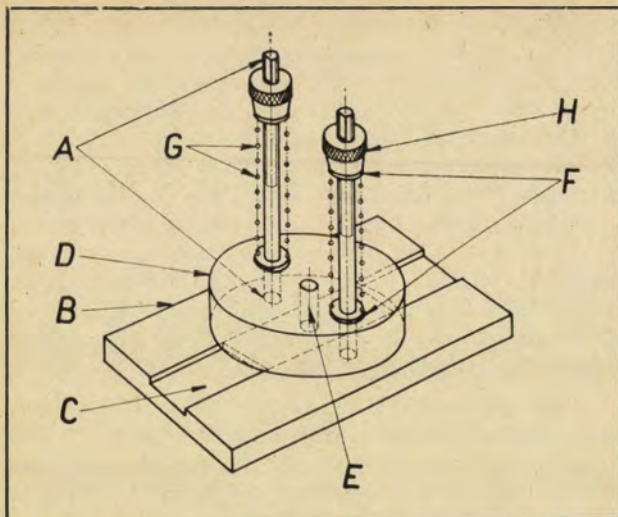
d) *Két db leszorító acélrugó* (G).

e) *Négy db leszorító alátétgyűrű* (F).

f) *Két db leszorító csavaranya* (H).

### Az üledék készítéséhez szükséges liquor mennyisége és az ülepitési idő a sejtszámtól függően

Sejtszám $\mu$ l-ként	Betöltött liquor (ml)	Ülepitési idő (perc)
3— 20	2,0	60
21— 40	1,5	60
41— 150	1,0	45
151— 400	1,0	30
401— 600	0,5	30
601—1000	0,5	15
1001—1500	0,25	10
1501 <	0,2—0,1	10—5



1. ábra: Az ülepitő készülék áttekintő rajza

### 3. A készülék összeszerelése

a) A tárgylemeztartó lapot (B) két furatán keresztül ráhúzzuk a tartó állványra (A).

b) A tárgylemeztartó lap vályulatában (C) elhelyezzük az előzetesen zsírtalanított tárgylemezt.

c) A tárgylemeztartó lapra egy  $90 \times 140$  mm méretű, középen három (10,0, illetve 10,5 mm átmérőjű) kör alakú nyílással ellátott szűrőpapírt fektetünk rá. A szűrőpapír középső nyílásának széle pontosan illeszkedik az ülepitő kamra pereméhez. (A szűrőpapírt legcélszerűbben sorozatban, egy sablon alkalmazásával készíthetjük el.)

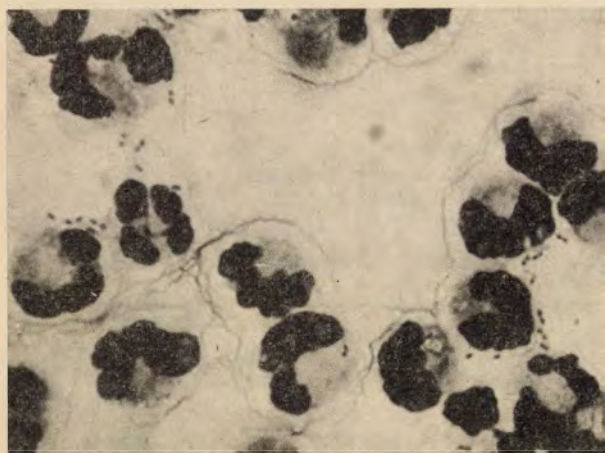
d) A szűrőpapírra ráhelyezzük az ülepitő kamrát (E) magába foglaló, háromfuratú plexiüveg korongot (D).

e) A leszorító alátétgyűrűk (F), az acélrugók (G) és a csavaranyák (H) segítségével a plexiüveg korongot (D) nagy erővel rászorítjuk a szűrőpapírral fedett tárgylemeztartó lapra (B).

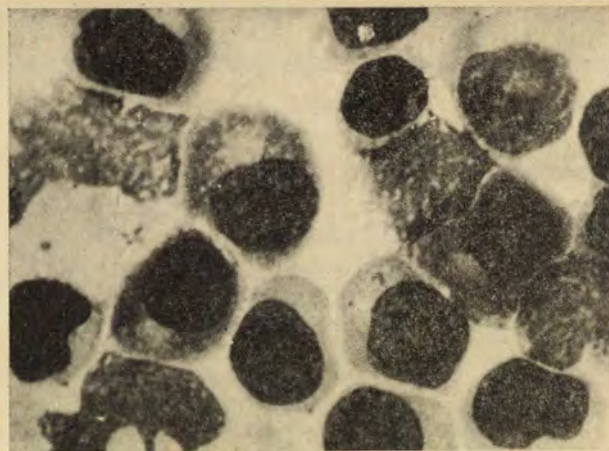
Ezek a műveletek 60–90 másodperc alatt elvégezhetők.

Osztályunkon az ülepitő kamrák állandóan, tisztán, összeszerelt állapotban rendelkezésre állnak. A kamra (E) felső nyílását tiszta tárgylemezzel, vagy gumidugóval zárjuk le, így korlátlan ideig pormentesen tartható.

A leszorítás ellenőrzésére (az első felhasználás előtt) hígított tustintát lehet használni. A leszorítás



2. ábra: Extracellulárisan elhelyezkedő baktériumok (*Streptococcus pneumoniae*) gennyos meningitis üledékében (800X)



3. ábra: Lymphocytás (serosus) meningitis liquor-üledéke (900X)

akkor jó, ha a tusszemcsék nem ivódnak be a szűrőpapírba, hanem egyenesen leülepednek a tárgylemeze. Túlhúzás esetén a tárgylemez elrepedhet. Ülepítés előtt — a készülék megfordításával — a tárgylemez épsége ellenőrizhető.

### 4. A készülék használata

Az előzetesen levegő befúvásával felkevert liquorból a sejtszámtól függő, megfelelő mennyiséget pipetával az összeszerelt ülepitő kamrába töltjük és az előírt ideig (táblázat) ülepedni hagyjuk.

A szorítócsavarok eltávolítása után a készüléket szétszereljük, a tárgylemezt kivesszük és az üledéket szobahőn megszáritjuk, majd metilalkohollal való fixálás után tetszés szerint festjük.

Célszerű egyidejűleg két üledéket készíteni; s az egyiket gyors festéssel (pl. metilénkék vagy hígított Giemsa-oldat) megfesteni. Ezt a festést gyors tájékozódásra az ügyeletes orvos is elvégezheti. Ennek mikroszkópos vizsgálata és a klinikai kép egybevetése alapján szükségessé válhat más festés (Gram, Ziehl-Neelsen) is, amit a másik üledéken végezhetünk el.

### Eredmények

1977 novemberétől 1978 májusáig osztályos laboratóriumunkban a rendelkezésünkre álló négy ülepitő kamrában 40 beteg 75 liquor-mintájának ülepitését végeztük el.

A nyert készítmények minden esetben könnyen értékelhetők voltak. A sejtek jellege könnyen felismerhető volt, és így a purulens meningitiseket a lymphocytás (serosus) meningitisektől legtöbbször el tudtuk különíteni. A purulens meningitisekben a granulocyták mellett nemegyszer a kórokozók is megtalálhatók voltak, s esetenként jellegzetes alakjuk az aetológiát is valószínűsítette. Más esetben a tumorsejtek jellegzetességeit észleltük, ami a szőn forgó megbetegedés gyulladáshoz eredetének kizárását tette lehetővé. Néhány, e módszerrel készített, jellegzetes liquor-üledék mikroszkópos fényképét a 2. és 3. ábra mutatja.

### Megbeszélés

Az elmúlt 15 év során a hazai orvosi irodalomban megjelent liquorcytológiai munkák többsége *Sayk* eljárásával készített üledékek tanulmányozása alapján készült (1, 5, 6, 7). Bebizonyosodott, hogy ezzel az eljárással a liquor-sejtek ép állapot-

ban vizsgálhatók. A *Sayk*-féle eredeti ülepítő kamra (8) gyári változata az ügyeletes orvosok, illetve a kislaboratóriumok számára alig hozzáférhető. A *Kádas, Varga és mtsaik* által ismertett új cytológiai sejtülepítő módszert (3, 11) szintén inkább kórboncnokok vagy laboratóriumi szakorvosok használják.

Az általunk alkalmazott és fentebb ismertett ülepítő kamra mindkét igénynek megfelel. Az ügyeletes orvos által elvégzett gyors festés tájékozódásra igen alkalmas. Az egyidejűleg friss liquorból készült üledék célzott festése a laboratóriumi szakorvosok céljait is jól szolgálja. Négy készülék együttes alapterülete sem sokkal nagyobb 1 db gyári készülék alapterületénél. Négy készülék üzemeltetése még nagy forgalmú laboratóriumok igényeit is kielégítheti. Az ülepítő kamrák — megfelelő eszközök birtokában — könnyen elkészíthetők; előállítási költségük a devizáért kapható gyári készülék árának töredéke csupán.

Egyidejűleg, azonos körülmények között, több üledék készíthető, majd ezek különböző festésekkel tanulmányozhatók — a módszer tehát összehasonlító vizsgálatokat is lehetővé tesz.

Ugyanazon beteg liquor-üledékei sorozatban, standard körülmények között készíthetők el. E „hosszmetszeti meningogrammok” diagnosztikus jelentőségére hazánkban legutóbb *Péter és Kovács* mutattak rá (7).

Az ülepítő kamrát egyéb punctatumok (hasüregi, mellüregi stb.) vizsgálatára eddig nem használtuk, de feltételezzük, hogy ezek cytológiai vizsgálatára szintén megfelel.

Mindezek alapján az ismertett, módosított *Sayk*-féle ülepítő kamra széles körű kipróbálását, s kedvező vélemények esetén sorozatgyártását javasoljuk.

Köszönetünket fejezzük ki *Dömötör László dr.* főorvosnak a mikroszkópos felvételek elkészítéséért.

**Összefoglalás.** A szerzők összefoglalják a liquor-sejtek vizsgálatára alkalmazott eljárásokat. Megállapítják, hogy a liquor-sejtek összegyűjtésére ülepítő kamra használata a legkíméletesebb eljárás. Ismertetik az osztályuk laboratóriumában használt, módosított, *Sayk*-féle ülepítő kamra szerkezetét és működését. Mivel az ismertett ülepítő kamra kis alapterületű, olcsó, benne a sejtek leülepedése elég gyors, a nyert üledékek szépen elkészített vérkenethez hasonlóak, a készüléket mind az ügyeletes orvosok, mind pedig a laboratóriumi szakorvosok céljaira alkalmasnak tartják. A kamra segítségével összehasonlító és sorozatos liquorvizsgálatok, valamint egyéb punctatumok cytológiai vizsgálatai is elvégezhetők. A fentiek alapján a szerzők a készülék széles körű kipróbálását, s kedvező vélemények esetén sorozatgyártását és a hazai laboratóriumi technikában való bevezetését javasolják.

IRODALOM: 1. *Guseo A.*: Ideggyógy. Szle. 1971, 24, 471. — 2. *Guseo A.*: Ideggyógy. Szle. 1971, 24, 1. — 3. *Kádas L. és mtsai*: Kísérl. Orvostud. 1965, 17, 467. — 4. *Láng S.*: Gyakorlati liquor-diagnosztika. Medicina, Budapest, 1965. — 5. *Péter Á.*: Ideggyógy. Szle. 1966, 19, 324. — 6. *Péter Á.*: Ideggyógy. Szle. 1965, 18, 275. — 7. *Péter Á., Kovács F.*: Ideggyógy. Szle. 1970, 23, 446. — 8. *Sayk, J.*: Aertzl. Wschr. 1954, 9, 1042. — 9. *Schönenberg, H.*: Dstch. Med. Wschr. 1949, 74, 881. — 10. *Sós J., Goreczky L., Simon Gy.*: Laboratóriumi diagnosztika. Medicina, Budapest, 1974. 458. old. — 11. *Varga Sz. és mtsai*: Egészségü. Közl. 1967, 17, 138.

## MAGYAR ÉS IDEGEN NYELVŰ ORVOSI SZAKKÖNYVEK ÉS EGÉSZSÉGÜGYI KIADVÁNYOK GAZDAG VÁLASZTÉKÁVAL

VÁRJA ÖNT A

Címünk:

### ***Semmelweis orvosi könyvesbolt!***

Szolgáltatásaink: Előjegyzés • Postai szállítás •

Antikvár könyvek vétele—eladása •

Nyugati kiadású orvosi könyvekre megrendelési  
felvesszünk

SEMMELWEIS  
ORVOSI KÖNYVESBOLT

Budapest VIII.,  
Baross u. 21. 1088  
Telefon: 331-718



## MEGJELENT

### FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica 1980. 3. szám

Molnár Ferenc dr.: A gyakorlati felvételi vizsga jelentősége a fogorvosképzésben.

Lovasi Zsuzsa dr.—Vass Zoltán dr.—Tarján Ildikó dr.: Barázdázó anyagok in vitro összehasonlítása.

Martin Andrea dr.—Vereckei László dr.: Osteoradionecrosis mandibulae.

Pulay György dr.: Állkapocstörések kezelése lemezes oseosynthesis-sel.

Nyul Lajos dr.: Osteomyelitiszsel szövődött állkapocstörés gyógyítása során megszüntetett progénia.

Domokos György dr.—Dénes József dr.: A Hyrax tágitócsavar ismertetése.

Orosz Mihály dr., Csiba Árpád dr.: A terhességi granuoma (angiogranuloma) klinikai és hisztomorfológiai jellemzői.

Márk György dr.—Rigó Orsolya dr.—Végh András dr.—Petruzsán Ferencné—Bánóczy Jolán dr.: Fogpaszták protektív hatása kísérletes patkánycariesre.

Keszthelyi Gusztáv dr.: Adatok a hazai fogkefe-ellátottsághoz.

### IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1980. 3. szám

Andrzej Wajgt: Cerebrospinal fluid immunoglobulin A, A and M, and cerebrospinal fluid C3 quantitative and

qualitative investigations in relation to etiology and pathogenesis of multiple sclerosis.

R. M. Schmidt und V. Neumann: Zytologische Untersuchungen in Liquor und Blut bei entzündlichen Erkrankungen des ZNS.

Lipsey Attila dr. és Nagy Endre dr.: A tardív dyskinésiák kolinklorid terápiaja.

Tariska Péter dr., Rajna Péter dr. és Geréby György dr.: A periodikus lateralizált epileptiform működészavar klinikai jelentőségéről.

Marschalkó Márta dr., Horváth István dr., Kóczán Hajnalka: Treponema agglutinációs reakció a neurosyphilis liquor diagnosztikájában.

Németh Attila dr. és Sági Sarolta dr.: Arthropathia tabetica.

### FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica 1980. 4. szám

Komári József dr.: A frontfogak elmozdulását mérő műszer.

Pataky Levente dr., Kövér Zsuzsa dr., Rajki Judit dr., Ackermann Alajos dr.: Nagyméretű „submandibularis” nyálkővek.

Korondy Mária dr., Székely Zoltán dr., Szepesi Lajos dr., Ságodi László dr.: Fogamzástáblát szedő nők nyálkahártyájának hormonológiai vizsgálata.

Tarján Ildikó dr.: Cukoroldatok befolyása a víz diffúziójára zománcszilvákban.

Fejérdy Pál dr., Zelles Tivadar dr., Márk György dr., Bánóczy Jolán dr.: Molibdénrel kezelt patkány metszőfo-

gának termálanalizise és savoldékony-sága.

Domokos György dr., Dénes József dr.: A Ricketts-féle „quad-helix”.

### PNEUMONOLOGIA HUNGARICA 1980. 4. szám

Keszler Pál, Kostic Szilárd: A jóindulatú és semimalignus tüdődaganatok sebészete.

Gyetzai Gyula, Nagy Gábor, Dávid Agoston, Szilágyi Antal, Kósa Erzsébet: Klinikai vizsgálatok Izopropamid aeroszollal kezelt asthma bronchiales betegekben.

Magyar Pál: A „kislégúti funkcionális paraméterek” és a tüdő elasztikus összehúzó erejének kapcsolata tünetmentes asztmában.

Zádor András, Konyár Éva, Barta Rózsa: Disszeminált tüdőelváltozást okozó hemangiopericytoma-metastasis.

Prugberger Emil, Erdősi Attila: A szívizom sarcoidosus granulomája.

Kovács Bertalan, Varga Szabolcs, Nagy Ákos: Lefűződéses nyelőső-cysta operált esete.

### LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKA 1980. 4. szám

Perényi László: A tudomány nyelve. Tasnádi György: Szérum bilirubin meghatározás automata analizátorra adaptált módosított Malloy—Evelyn módszerrel.

Buczkó László: Egyszerű, gyors thrombocitaszám meghatározás.

Blaskó György: Szimpozion a kromogén szubsztátokról.

# FENISTIL

## gél

### G 100

#### Antiallergica topica

**KÜLSŐLEGES  
HASZNÁLATRA**



#### ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenum maleicum hatóanyagot tartalmaz.

#### JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

#### ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

#### ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlésiők esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

#### FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladással – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekre.

#### MEGJEGYZÉS: ✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

#### CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

**Előállító: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.**

Szegedi Orvostudományi Egyetem,  
I. Sebészeti Klinika  
(igazgató: Petri Gábor dr.)

## Alkoholisták aránya nyelőcsőrákos betegek között

Petri András dr., Horváth Örs Péter dr.,  
Petri István dr. és Imre József dr.

A nyelvcső-carcinoma kóroka, hasonlóan a többi malignomához, mind a mai napig nem ismert. Irodalmi adatok alapján a következő tényezők játszhatnak szerepet a nyelvcsőrák kialakulásában: alkoholizmus, dohányzás, forró ételek és italok fogyasztása, Plummer—Vinson-szindróma (11), rossz szájhygiene, cardiospasmus, diverticulumok, előzetes corrosiv sérülés (heg rák), gastro-oesophagealis reflux.

Az egyes országokban a morbiditási adatok nagyon eltérőek. Feltűnően magas számban fordul elő a nyelvcsőrák Kinában, ahol az összes gastro-intestinalis rákok 50%-a esik a nyelvcsőre (12). Nagy eltérés van a nemek közötti megoszlásban is. Szélső értéként említendő, hogy Észak-Irországban 1,2 : 1-hez, míg Franciaországban 9,1 : 1-hez a megoszlási arány férfiak és nők között (12).

Számos országban, így az Amerikai Egyesült Államokban Wynder és Bross 1961-ben (12), Franciaországban Jensen és mtsai 1978-ban (5) és Tuyns 1970-ben (9) szignifikáns összefüggést talált az alkoholizmus és a nyelvcsőrák előfordulása között. Hasonló adatokat ismertetett Burrel Dél-Afrikából 1957-ben (1) és Hirayama Japánból 1955-ben (4). Hirayama szerint a nyelvcsőrák kialakulásának kockázata alkoholistákon 8,47-szer nagyobb mint abstinenseken (4).

Sok szerző lát összefüggést az alkoholizmus, illetve a dohányzás és az oro-pharynx rákjainak kialakulása között (6, 7, 10).

Gatei és mtsai felhívták a figyelmet, hogy az idült alkoholfogyasztáson kívül a sajátos táplálkozási szokások is szerepet játszhatnak a nyelvcsőrák keletkezésében (3).

Mahboubi és mtsai (8), valamint Cook és mtsai (2) az iráni Kaspi tengermelléken végzett vizsgálá-

1. táblázat **Nyelvcső-daganatos beteganyagunk aetiológiai megoszlása**

összesen	férfi	nő	
	241	25	
megoszlás	9,64:1		
alkoholista	150 (56,4%)	1	} 66,2%
heg cc. achalasia	149 61,8%	13 2	
ismeretlen	81	90	9 33,8%

taik során az alkoholizmus kóroki szerepét a nyelvcsőrák keletkezésében nem tudták bizonyítani.

### Beteganyag

A Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikáján 1963 és 1978 között 266 nyelvcső-daganatos betegét észleltünk.

### Módszer

Tekintettel arra, hogy az alkoholfogyasztásra vonatkozó adatok bevalláson alapulnak, alkoholistáknak kellett feltételeznünk azokat a betegeket, akik naponta legalább fél liter bor vagy 2—3 üveg sör vagy 2 deciliter tömény ital fogyasztását ismerték el. Azt tapasztaltuk, hogy a legtöbb esetben a bevallott adatok a tényleges alkoholfogyasztásnál lényegesen kisebbek voltak. Az alkoholizmus fennállásának időtartamára megbízható adatunk nincs.

Dolgozatunk nem tartalmazza az osztályunkon észlelt cardia-rákos betegek adatait.

Betegeink számszerű megoszlását az 1. és 2. táblázaton tüntettük fel.

Az ismeretlen aetiológiájú csoportban kellett szerepeltetnünk számos olyan betegét, akik az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdésünkre tagadó választ adtak bár a heteroanamnesis idült alkoholfogyasztásra enged következtetni (1. táblázat).

A nyelvcsőrák elhelyezkedését illetően alkoholistákon és alkoholt nem fogyasztókon azt találtuk, hogy míg a nyelvcső alsó és középső szakaszán a vizsgált két csoportban a carcinoma előfordulásának gyakorisága közel azonos, addig a nyelvcső felső szakaszán alkoholistákon közel egyharmadnyival gyakrabban alakult ki rák mint abstinenseken (2. táblázat).

Alkoholista nyelvcsőrákos betegeinken a carcinoma a nyelvcső felső szakaszán átlagosan hat évvel korábban jelent meg, mint nem alkoholistákon.

2. táblázat **A daganat elhelyezkedésének számszerű megoszlása, valamint az átlagos életkorral, ill. alkoholizmussal való összefüggése**

	összesen	alkoholista	nem alkoholistá
felső harmad	19 7,1%	13 8,6%	6 5,1%
átlagos életkor (á.ék.)		55,3 év	61,3 év
kp. harmad	197 74,0%	111 74,0%	86 73,1%
á.ék.		57 év	59 év
alsó harmad	50 18,0%	26 17,3%	24 17,3%
á.ék.		60,5 év	60,3 év

Egyéb elhelyezkedésű nyelősődaganatok esetében hasonló eltérést nem észleltünk (3. táblázat).

Legfiatalabb nyelősőrakos betegünk 34 éves volt és 12 éven át rendszeresen fogyasztott jelentős mennyiségű szeszes italt.

Az egyes nyelősőharmadokban észlelt dagانات kórszövettani típusa között alkoholistákon és nem alkoholistákon lényeges eltérést nem észleltünk.

Az osztályunkon észlelt 266 nyelősődaganatos beteg közül 214 került explorációra, az operabilitási arány 80,4%. 148 betegen végeztünk nyelőső-resectiót, a resecabilitási arány 55,6%. A többi betegen palliatív műtét történt.

**Összefoglalás.** A szerzők által észlelt 266 nyelősődaganatos beteg 56,3%-ában volt az alkoholizmus bizonyítható. Adataik szerint a nyelősőrak kialakulásában az idült alkoholizmusnak szerepe lehet. Megfigyeléseik a nemzetközi irodalom hasonló témájú közléseit támogatni látszanak.

**IRODALOM:** 1. Burrell, R. J.: South Afr. Med. Journ. 1957, 31, 401. — 2. Cook-Mozaraffi, P. J. és mtsai: Br. J. Cancer. 1979, 39, 293. — 3. Gatei, G. H. és mtsai: Cancer Res. 1978, 38, 303. — 4. Hirayama, T.: Jap. J. Publ. Health. 1955, 2, 658. — 5. Jensen, O. M. és mtsai: Journ. Stud. Alcohol. 1978, 39, 175. — 6. Kissin, B. és mtsai: JAMA. 1973, 224, 1174. — 7. Lowry, W. S.: Laryngoscope. 1975, 85, 1275. — 8. Mahboubi, E. és mtsai: Br. J. Cancer. 1973, 28, 197. — 9. Tuyns, A. J.: Int. J. Cancer. 1970, 5, 152. — 10. Vincent, R. G. és mtsai: Amer. J. Surg. 1963, 106, 501. — 11. Wynder, E. L. és mtsai: Cancer. 1957, 10, 470. — 12. Wynder, E. L., Bross, I. J.: Cancer. 1961, 14, 389.

#### Szerkesztőségi megjegyzés:

A kéziratnak viták és kételyek után adtunk csak helyet, mivel megítélésünk szerint a szerzők eljárása a nyelősőrak és az alkoholizmus közötti összefüggést nem bizonyítja kellőképpen. Szeretnénk volna a szerzőket arra bírni, hogy a kétségtelenül nagy esetszám mellé kontroll csoportot is vizsgáljanak. A nyelősőrak főleg férfiak betegsége, olyan korcsoporton manifesztálódik, amely az átlagos magyar népességben, de különösen a szerzők munkahelyének felvételi területén igen nagy százalékban rendszeresen fogyaszt alkoholt. Abból tehát, hogy a nyelősőrakosok között sok a mértéktelenül alkoholfogyasztónak mondható, nem következik, hogy az alkoholfogyasztás és a rák között itt oki összefüggés áll fenn. Különben is bizonytalan az alkoholizmus meghatározása, a különböző italnemekben kialakított kategóriák nem azonos alkoholmennyiséget tartalmaznak. A vizsgálat kórlapok utólagos elemzése alapján készült, s kórlapokban az alkoholfogyasztás feltüntetése közzismerten nem lehet pontos, hacsak nem prospektív kutatásról van szó. A szerzők állítása szerint ez inkább a fogyasztott alkoholmennyiség alábecslésében mutatkozó hibafaktor, véleményünk szerint ez nem biztos, ezt csak kontroll csoport kórlapjainak elemzése bizonyíthatná. Az összefüggést az alkoholizmus és a nyelősőrak között tehát hipotézisként lehet csak értékelni, a kapcsolat igazolása további, alaposabb vizsgálatokra vár, amint azt a szerzők is kifejezésre juttatják.

## GYÓGYKESERŰVIZEK

A gyomor és a bélrendszer számos káros hatásnak van kitéve. Gyakoriak a táplálék mennyiségi és minőségi összetételében történő változások következményeként fellépő károsodások – gyulladás, fekély és a bélműködés egyéb zavarai.

Az orvostudomány feladata a szervezetre ható károsító tényezők távoltartása, ill. következményeik megszüntetése. Gyógykezelésükre a gyógyszeripari gyárak kiváló készítményeket állítanak elő. Ennek ellenére sem nélkülözhetők a GYÓGYKESERŰVIZEK, amelyek ivókúra formájában értékes segítséget jelentenek az orvosnak a gyomor és a bélrendszer különböző betegségeinek kezelésében.

A GYÓGYKESERŰVIZEK hatását a múltban tapasztalati tények bizonyították. Ma már klinikai megfigyelések és laboratóriumi vizsgálatok támasztják alá terápiás értéküket.

Keserűsós gyógyvizeink literenként kb. 20 ezer mg oldott szilárd anyagot: keserűsót ( $MgSO_4$ ), glabersót ( $Na_2SO_4$ ) és kis mennyiségű konyhasót tartalmaznak. Hatásukat a szulfát élettani hatása határozza meg. A belekbe került hipertóniás keserűvíz vizet vesz fel, felhígul és izotóniássá válik. A nehezen felszívódó ionok által megkötött folyadék a bélfalat végigöblíti, közben baktériumokat és toxinokat visz magával. Javítja a bélrendszer erjedés és bomlásos folyamatait, csökkenti a káros bomlástermékek felszívódását.



Világhírűek a HUNYADI JÁNOS  
az IGMÁNDI  
és a FERENCZ JÓZSEF keserűvizek

# STUGERON

tabletta

## ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

## HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában. A Stugeron ezen felül fokozza az ereken átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus ingerlékenységét.

## JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, angiopathia diabetica, acrocyanosis) claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

## ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tablettá hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

## MELLÉKHATÁS

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

## MEGJEGYZÉS ✕

— „Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

## CSOMAGOLÁS

50 tablettá      térítési díj: 2,30 — Ft



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

### ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolomot tartalmaz.

### JAVALLAT

Férfi és női húgyivarszervi *Trichomonas-infestatio*. *Giardia lamblia* fertőzések. *Stomatitis ulcerosa*. Amoebás dysenteria és a symptomás amoebiasis egyéb formái, amoebiasis, amoebás májtályog. Tünetmentes *Entamoeba histolytica-cystát* ürítők esetében.

### ADAGOLÁS

A trichomoniasisban szenvedő beteg házastársa, ill. szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható. A Klion adagja férfinél és nőnél egyaránt reggel-este 1—1 tablettát (250 mg) szájon át, 10 napon keresztül. A tablettát ajánlatos étkezés közben vagy étkezés után, szétrágás nélkül lenyelni. Indokolt esetben a kúra megismételhető, a napi adag 3—4 tablettára is emelhető. Kúra alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen. *Giardia lamblia* fertőzésben felnőtteknek 5 napon át naponta 2 tablettát, 2 részre osztva.

### Gyermekeknek

0—1 éves korig naponta 1/2 tablettát, 2—4 éves korig naponta 1 tablettát, 5—8 éves korig naponta 1 1/2 tablettát, 8 év felett naponta 2 tablettát 5 napon át étkezés után, 2 részre osztva.

**STOMATITIS ULCEROSÁBAN** felnőtteknek naponta 2×1 tablettát, 3—5 napon át.

### Amoebiasisban

#### Felnőtteknek

- a) symptomamentes cysta-ürítők esetében 5—7 napon át 2—3×2 tablettát
- b) krónikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5—10 napon át 3×2 tablettát
- c) invazív formában, akut amoebás dysenteriában, tünetmentességig 3×3 tablettát
- d) amoebás májtályog esetén a szokásos (és egyben megengedhető napi maximális) adag 2500 mg (azaz 10 tablettát) egyszerre vagy 2—3 részletben, 3—5 napon át, az egyéb terápiás lehetőségek alkalmazása (leszívás, antibiotikumok — elsősorban oxytetracyclinek — adása stb.) mellett.

### Gyermekeknek

7—10 éves korig a felnőttek adagjának fele

3—7 éves korig a felnőttek adagjának egyharmada

1—3 éves korig a felnőttek adagjának negyedrésze.

Csecsemőknek ajánlatos arányosan kisebb adagot alkalmazni.

Csecsemőknek ajánlatos arányosan kisebb adagot alkalmazni.

### MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

A Klion — mint nitroderivatum — enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

Klion-kezelés ideje alatt az alkohol fogyasztása tilos.

A Klionnal egyidejűleg adott antihipertenzív szerek adagját célszerű csökkenteni.

A terhesség első 3 hónapjában ne adjuk!

### MEGJEGYZÉS ✕

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

**CSOMAGOLÁS** 20 tablettát 6,60 Ft





Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
I. Gyermekklinika  
(igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.)

## Hyperaldosteronismus esete gyermekkorban

Cserháti Endre dr. és Körner Anna dr.

Míg a hypertonia felnőttkorban az egyik leggyakoribb betegségnek számít, gyermekkorban előfordulása ritkaságszámba megy. Különösen csecsemőkorban derül csak egész kivételes esetekben fény a magas vérnyomásra. Ez részben az ebben a korosztályban igen ritkán elvégzett vérnyomásmérésből, másrészt a betegséget kísérő tünetek nem jellemző általános jellegéből (ingerlékenység, hányás, hasmenés, más okkal nem magyarázható lázas állapotok) fakad (5).

A hypertonia előfordulása a gyermekkorban átlagosan 0,1–1,0%-ra becsülhető (7). Gyermekkorban különösen az ún. essentialis hypertonia rendkívül ritka; a magas vérnyomás kialakulásához vezető betegségek közül (renovasculáris megbetegedések, a vese parenchyma károsodása, endocrin és cardiovascularis betegségek) leggyakoribb a renális eredetű hypertonia. Ezekben az állapotokban a magas vérnyomás létrejöttét meghatározó neuralis és humoralis tényezők közül a renin-angiotensin szisztémának van elsőrendű szerepe (1). Ugyanakkor ismert, hogy a legmagasabb renin érték nem elsősorban a renális, hanem az ún. malignus hypertoniára jellemző (6).

A következőkben egy olyan kisgyermek kórtörténetét ismertetjük, akiben az extrém magas vérnyomás hátterében primer renális cardiovascularis vagy endocrin betegség nem volt kimutatható, ugyanakkor a renin-angiotensin-aldosteron szisztéma szerepe egyértelműen bizonyítható.

### Esetismertetés

K. Á., 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub> éves fiúgyermek első ízben 1975 júliusában került a klinikára. 5 hónapos korában meningitis purulentával kezelték, amelyből residuális tünetek nélkül meggyógyult. Ezt követően csak banális hurutos megbetegedéseken és varicellán esett át. Szellemi és mozgásfejlődése normális volt. Klinikai felvételét jelentős étvágyromlás, időnkénti hányás, erős fejfájás, súlyvesztés, fáradékonyság és subfebrilitás indokolta. Gondozóinak feltűnt, hogy a korábbiakban már megbízhatóan szobatiszta kisgyermek éjszakán-

1. táblázat Serum

	Aldosteron ng/100 ml	Renin aktivitás Ang. ng/ml/h	Cortisol ug/100 ml
Alapérték	19,3	7,4	11,0
Terhelés után	41,1	7,9	10,5
Normálérték felső határa	8,0	5,0	

ként és a délutáni alvás ideje alatt bevizel. Vizelete gyakran van, nagy mennyiségű és világos színű.

A feltűnően sovány gyermek felvételkor jobbra-balra kismértékben megnagyobbodott szívet és a bordaívét 2 harántujjal meghaladó májat észleltünk. Statusában egyéb eltérés nem volt. Az ekkor mért vérnyomás 180/110 Hgmm volt; a továbbiakban a systolés érték 170–230, a diastolés vérnyomás 100–140 Hgmm között mozgott (1. ábra). Cardiovascularis statusában hypertoniát fenntartó okot kimutatni nem tudtunk; az egyes végtagok közötti vérnyomás-differencia a fiziológiás határon belül mozgott.

A gyermek állandóan nagy mennyiségű (2 liter/24 óra) és alacsony fajsúlyú (1003–1012 közötti) vizelet ürített. Az egyébként negatív vizeletleletek, a jó vesefunkciós értékek, a negatív intravénás urographia a hypertonia renális eredete ellen szóltak.

Vizsgálati leletei közül kiemelendő a mindig normális serum Na érték mellett a konzekvensen alacsony, 3,5 maeq/litert soha meg nem haladó serum K érték és az alkalotikus 7,58-at is elérő pH érték (2. ábra).

A szervezet homeostasisának a hypokalaemia és metabolikus alkalózis irányába történő eltolódása fokozott aldosterontermelődést valószínűsített; az elvégzett hormonvizsgálatok extrém magas, nem provokálható serum renin szintet és igen magas serum aldosteron értéket mutattak (1. táblázat).

A gyermekkorai magas vérnyomás hátterében néha fellelhető phaeochromocytoma fennállását az ismételt ellenőrzött normális mértékű vanillin-mandulasav ürítés kizárta; a Regitin teszt is negatív eredményt adott. A normális 17-ketosteroid ürítés, a korának megfelelő dextrose terhelési görbe és a negatív pitressin próba az endocrin eredetű hypertoniák közül a Cushing-syndroma, valamint a diabetes insipidus ellen szólt.

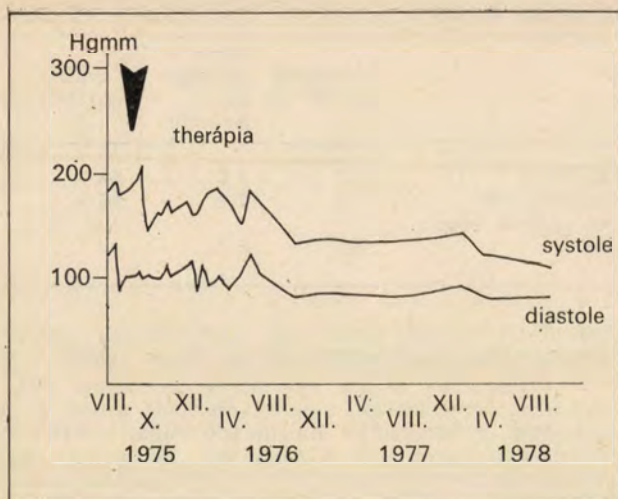
A Conn-syndroma révén ismert primer hyperaldosteronismust a nagymértékben magas, provokációra nem reagáló renin szint tette valószínűtlenné. Ugyanis Conn-syndromában az erősen fokozott, autonómmá vált aldosteron-túlprodukció feed-back mechanizmus révén a renintermelést visszaszorítja.

A szekunder hyperaldosteronismushoz vezető kórállapotok közül a status és a vizsgálati leletek alapján a nephrosis syndroma, a cardiogen oedema, a parenchymás vesebetegség elvethető volt; a renovascularis hypertonia fennállását a normális viszonyokat mutató arteria renalis angiographia zárta ki.

Időközben a gyermek általános állapota a hypertonia következtében rohamosan romlott. Szemfenéki vérzések jelentek meg papillooedemával, keringése decompensálódott. Az egyre fékezhetetlenebb magatartású kisfiúban időközönként ataxiával, tudatzavarral járó állapot alakult ki, fejfájása néha tűrhetetlenné

2. táblázat Szeparált véna renális vérminta renin aktivitása (RIA módszer)

Bal oldal	11,4 ng/ml/h
Jobb oldal	13,2 ng/ml/h
Arteriás vérminta	10,1 ng/ml/h



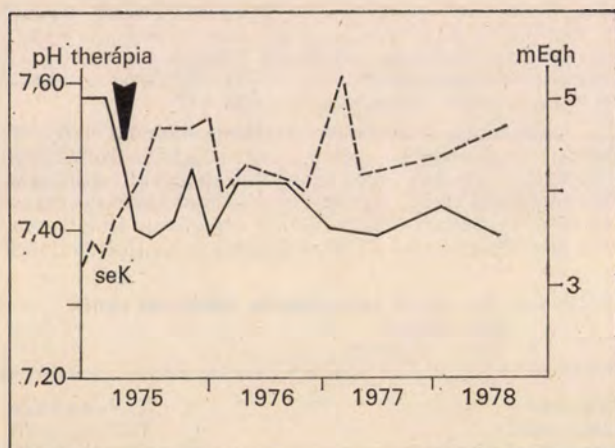
1. ábra.

vált. A súlyos neurológiai tünetek miatt idegsebészeti kivizsgálásra is sor került (PEG, carotis-angiographia, a rohamok hátterében azonban mindig csak a hypertonia volt kimutatható.

Az egyre súlyosabbá váló helyzetben a bilateralis subtotalis adrenalectomia lehetősége is felmerült, mielőtt azonban erre a lépésre elszántuk volna magunkat, ki kellett zárunk egy olyan egyoldali renintermelő tumor fennállását, amely a radiológiai eljárások számára ugyan nem hozzáférhető, de a renin- és aldosteron-túlprodukción együttes fennállását magyarázza. Az elvégzett izolált vesevéna-katéterezés alkalmával a kétoldali vena renalis reninszintje között értékelhető különbséget kimutatni nem lehetett (2. táblázat). Ez egyoldali renin termelő tumor ellen szólt.

A rohamosan romló klinikai állapot miatt — bár pontos etiológiai diagnoszt felállítani nem tudtunk — el kellett kezdenünk a kezelést. A gyermekek antihypertensív alfa-methyldopa (Dopegyt), aldosteron-antagonista (Spironolacton) és per os kálium adását kezdtük el. A rendeződött káliumanyagcsere észlelésekor az antihypertensív kezelést kiegészítettük diureticum (Clopamid—Brinaldix) adásával. Emellett keringésének pillanatnyi állapota szerint intermittáló digitális kezelésében részesült. A komplex terapia hatására a serum K értéken kívül a sav-bázis egyensúly (2. ábra), valamint a folyadékháztartás is rendeződött, ugyanakkor a hypertonia a kezelésnek ebben a fázisában csak jelentéktelen mérvű csökkenést mutatott.

A megkezdett terapiát — kellő reakció hiányában — béta receptor blokkoló Prindolollal (Visken)



2. ábra.

egészítettük ki. Ezt követően a vérnyomás lassú, de állandó csökkenését figyelhetjük meg.

Jelenleg a systolés érték 110—120, a diastolés nyomás 80—90 Hgmm között mozog (1. ábra).

A kisfiú korábbiakban hosszú hónapokat töltött kórházban; a hypertoniás angiopathia következtében többször került soporosus-comatosus állapotba. Jelenleg — időnkénti fejfájásaitól eltekintve — panaszmentes, kortársaival azonos életmódot folytat.

### Megbeszélés

Az arteriás vérnyomást elsősorban a szív pericardiófoga (az érpálya volumene) és az erekben (elsősorban az arteriolákban) észlelhető periferiás ellenállás határozza meg. A magas vérnyomás humoralis és neurális tényezők kölcsönhatása alapján különböző funkcionális zavarokon alapulhat. A hormonális faktorok közül kiemelendő szerepet játszik a renin-angiotensin szisztéma (RAS), amelynek fokozott működését az ún. renális hypertoniában a klinikusok már régóta ismerik (3). A renin-meghatározás széles körű elterjedésével ugyanakkor kimutathatóvá vált, hogy esszenciális hypertoniában — ahol a magas vérnyomás semmilyen primer faktorra nem vezethető vissza (4) — a RAS fokozott aktivitása szintén kimutatható (8). Ezekben az esetekben a RAS másodlagosan érintett. Sőt, míg benignus esszenciális hypertoniában a plasma renin és aldosteron szint nem magas, addig malignus hypertoniában a RAS aktivitása igen magas szintet érhet el. A malignus hypertonia definíciója körül az irodalomban sok ellentmondás észlelhető. A malignus hypertoniát excesszív vérnyomásemelkedés jellemzi; a mikroangiopathia elsősorban az agy (retina), valamint a vesék területén vezet funkciózavarhoz. A malignus hypertoniában fellépő plasma renin-angiotensin II. és aldosteron-túlprodukción metabolikus alkalózissal és hypokalaeimiával járó szekunder hyperaldosteronismus képet bontakoztatja ki (2, 6).

Ismertetett esetünkben az extrem magas vérnyomás és a szekunder hyperaldosteronismus meggyőzően jelentkezett. A renin- és aldosteron-túlprodukción hátterében a fenti jelenséget kiváltó primer okot kimutatni nem tudtuk. A gyermek súlyos microangiopathiája kifejezett retinalis oedémában, vérzésekben, az agyi diszfunkció neurológiai tünetekkel járó centralis tünetekben nyilvánult meg. Betegünkön a hypertoniát essentialisnak, és a tünetek súlyosságát figyelembe véve malignusnak kell tartanunk. A hosszú ideig folytatott, vasodilatatorból, aldosteron antagonistából, diureticumból és béta-receptor blokkolóból álló komplex terapia mindezek ellenére mintegy fél év óta tartó klinikai remissiót eredményezett.

### Köszönetnyilvánítás

A serum aldosteron és renin meghatározásért Gláz Edit dr. docensnőnek (II. sz. Belgyógyászati Klinika), az arteria renalis angiographia elvégzéséért Bodor Elek dr. tanársegédnek (Érsebészeti Intézet), az idegsebészeti kivizsgálásért Szénásy József dr. főorvosnak (OITI) és az izolált vesevéna-katéterezésért, illetve a szeparált vérminta reninaktivitásának meghatározásáért Tényi István dr. adjunctusnak (Pécs, I. sz. Belgyógyászati Klinika) mondunk köszönetet.

**Összefoglalás.** Szerzők jelenleg 7 éves fiú esetét ismertetik, aki extrém magas vérnyomás, megnövekedett folyadékfogyasztás és vizeletmennyiség, valamint fejfájással járó rosszullétek miatt került kivizsgálásra. Szekunder hyperaldosteronizmus fennállását igazolták. Ennek okát sem a kardiológiai, sem az igen részletes — angiográfiával is kiegészített — nephrológiai vizsgálattal nem sikerült tisztázni. Betegüknél a hypertóniát esszenciálisnak és a tünetek súlyosságát figyelembe véve malignusnak tartják. Hosszú ideig folytatott tüneti kezeléssel (aldosteron-antagonista, húgyhajtók, antihipertenzív szerek, kardiakumok) a biokémiai paramétereket gyorsan, a magas vérnyomást csupán egy év múlva sikerült rendezni.

**IRODALOM:** 1. *Ganten, D., Gross, F.:* Med. Klin. 1976, 71, 2043. — 2. *Gláz Edit:* Az aldosteron szerepe a mellékvesekéreg megbetegedéseiben. Az orvostudomány aktuális problémái 1970/I. 93. o. — 3. *Goldblatt, H.:* Physiol. Rev. 1947, 27, 120. — 4. *Graser, F.:* in H. Opitz, F. Schmid (Hrg.): Hdb. der Kinderheilkunde. Bd. VII. Springer, Berlin, 1966. S. 955. — 5. *Makker, S. P., Lubahn, J. D.:* Pediatrics. 1975, 56, 108. — 6. *Orth, H., Möhring, J., Ritz, E.:* Dtsch. med. Wschr. 1976, 101, 1655. — 7. *Sturm, A. Jr.:* in Arterielle Hochdruckerkrankungen. Medizinische Praxis. Bd. 44., Steinkopff Verl., Darmstadt, 1970. S. 99. — 8. *Tényi I.:* A renin-angiotensin rendszer a különböző kóreredetű hypertóniákban és a renin release mechanizmusa. Kandidátusi értekezés, 1975. Pécs.

# BISECURIN tabletta

## ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

## HATÁS

Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestagen hormonkombináció.

## ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes melitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, első sorban emlő-carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

## ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni mindennap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani.

Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

## MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak, s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

**MEGJEGYZÉS:** ✘ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethő.

**CSOMAGOLÁS:** 21 db tabl., térítési díj: 2,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kaposvár,  
Csecsemő és Gyermekosztály  
(főorvos: Gyódi Gyula dr.),  
Gyermekkardiológiai Gondozó  
(főorvos: Környei Vilmos dr.),  
Országos Kardiológiai Intézet  
(igazgató: † Gábor György dr.),  
Gyermekosztály  
(tud. osztályvezető: Kamarás János dr.)

## Noonan-syndroma

Környei Vilmos dr. és Kiss András dr.

Noonan és Ehmke 1963-ban beszámoltak kilenc, egymásra feltűnően hasonló pulmonalis stenosisban szenvedő gyerekről (hat fiúról és három leányról), akiket egy új syndroma reprezentánsainak tartottak (11). A betegek phenotypusa sok tekintetben emlékeztetett a Turner-syndromásokéra, de a jellemző arc, az eltérő típusú congenitalis vitium és a normális karyotypus alapján az elkülönítés indokolt volt. A Turner-szerű külső jegyeket viselő, de normális karyotypusú nőket és férfiakat ebben az időben és még egy évtizeden át igen különböző diagnózisokkal jelölték: Turner-phenotypus, Pseudo-Turner-syndroma, 46,XX,XY Turner-phenotypus, Férfi Turner-syndroma, Ullrich—Noonan-syndroma (3, 15, 20, 23). Ma a szerzők többsége úgy véli, hogy a klasszikus XO Turner-syndromától való világosabb elkülönítés céljából helyesebb e diagnózisok helyett a Noonan-syndroma jelölés használata (8, 10, 17, 19, 20, 24).

A világirodalomban 1977-ig 204 esetet ismertettek (19), hazai közlésekről nincs tudomásunk.

Egy valvularis pulmonalis stenosisban szenvedő fiúgyermekben diagnosztizáltuk a Noonan-syndromát, és a családvizsgálat során kiderült, hogy apján is észlelhetők a syndroma egyes tünetei.

### Esetismertetés

B. Gy. fiú háromhónapos kora óta áll kardiológiai gondozás alatt valvularis pulmonalis stenosis miatt.

Anyja tünet- és panaszmentes, rajta minor anomáliák sem észlelhetők. Nyolc testvére van, mindegyik családos és gyermekeik is egészségesek.

Apja 165 cm magas, súlya 59 kg. Szembetűnő a pterygium colli és mély hátsó hajszél (1. ábra).

Fizikális, rtg-, EKG és echocardiographiás vizsgálattal egyéb congenitalis malformatio nem észlelhető. Az apa bátyja egészen más testalkatú, magas és sovány, 24 éves korában szívműtéten esett át, amelynek során aorta-műbillentyűt ültettek be és magasan ülő kamrai septum defectusát zárták. Két egészségesnek mondott fia van.

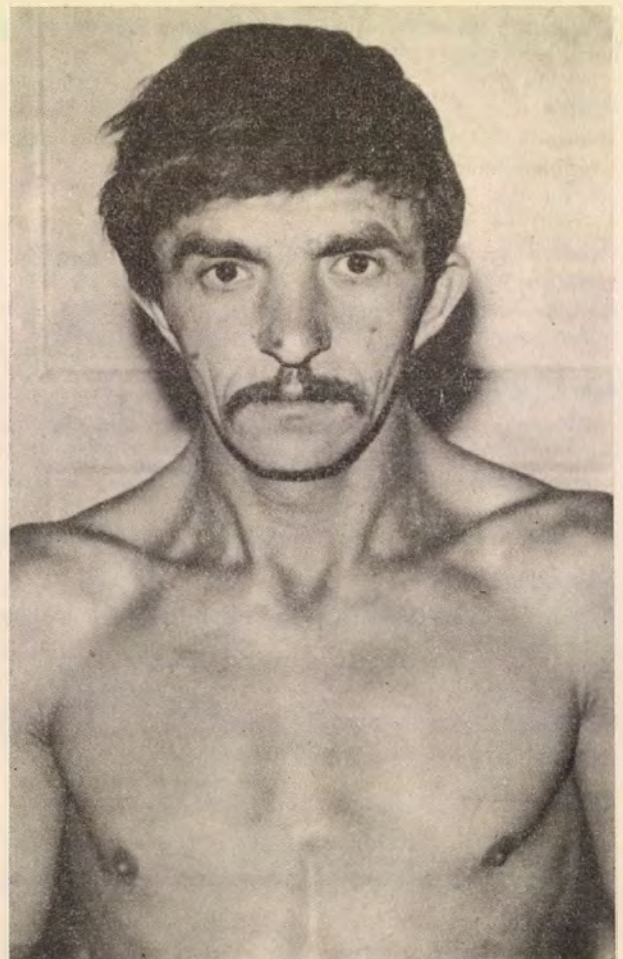
A probandus anyja első, zavartalan terhességéből született 3220 g súllyal. Ekkor anyja 22 éves, apja 23 éves volt. Ezt két spontán abortus, majd egy kiviselt terhesség követte, amiből egy leánygyermek született, aki jelenleg, két és fél éves korában egészséges.

A probandus fejlődése (2. ábra) folyamán mind szembetűnőbbé vált a pterygium colli és az alacsony

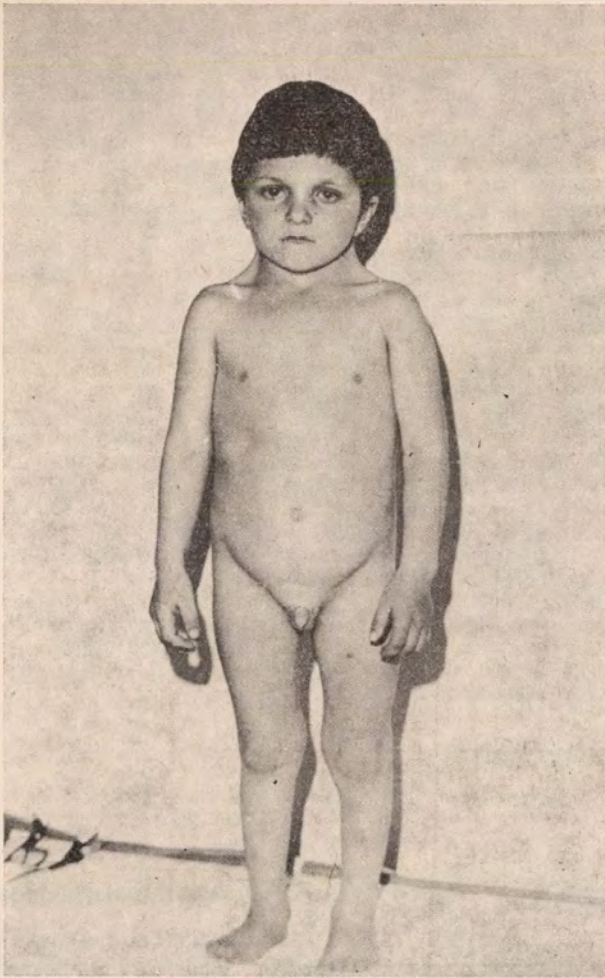
termet. 7 és fél éves korában súlya 19 kg, magassága 103 cm, mindkettő a 3. percentilis alatt van. Csontkor: életkorának megfelelő. A „Budapesti Binet” intelligencia teszt szerint IQ: 0,75 (igen alacsony), az elmaradás 1 év és 7 hónap. Fülel alacsonyan ülők, deformáltak, vaskosak, hátrafelé rotáltak. Haja barna, egyenes, a nyakra mélyen lenőtt. Mellkasa széles, pajzszerű, proximálisan pectus carinatum, distalisan pectus excavatum, továbbá: gótikus szájpadv, b. o. antimongol szemrés, cubitus valgus, kis penis, j. o. retentio testis figyelhető meg. *Kardiológiai statusából*: normális szívhatárok, jól pulzáló perifériás arteriák. Kompenzált keringés, EKG: sinus ritmus. S<sub>I</sub>, II, III. típus. Indeterminált frontalis QRS tengely. A mellkasi elvezetésekben jobb kamra hypertrophia, V<sub>1</sub>-ben pozitív T hullámok. PKG: pulmonalis protosystolés csattanás. Kp. amplitúdójú pulmonális ejectionis zöreje. Kis, késői pulmonalis záródási hang. *Kétirányú mellkas felv.*: tüdő-vascularisatio normális. A szív nem nagyobb. A pulmonalis ív magasra helyezett, az arteria pulmonalis bal ága tágabb. *Echocardiographia*: a bal kamra hátsó fal, üreg, interventricularis septum normális átmérőjű. A mitrális billentyű mozgása szabályos. A septum mozgása hypokinetikus. Az arteria pulmonalis törzsét látótérbe hozni nem sikerült a pectus excavatus miatt. *A haemodynamikai vizsgálatok* jelentős gradienssel (140 Hgmm) kísért valvularis pulmonalis stenosiszt igazoltak.

### Megbeszélés

Napjainkban a congenitalis malformatiók differenciáldiagnózisa, osztályozása, csoportosítása egyre inkább a kóreredit alapján történik (5). Ez oda vezetett, hogy a kórerediti nosológiának két



1. ábra.



2. ábra.

irányzata figyelhető meg: egyrészt korábban eltérőnek, különbözőnek hitt congenitalis malformációkat „hordanak össze” egy csoportba, másrészt korábban azonosnak, egységesnek hitt klinikai körképeket „hasogatnak szét” kóreredit szerint eltérő egységekre. Mindkét tendencia megfigyelhető a Noonan-syndroma esetében is. *Nora és mtsai* 1974-ben (15) Ullrich—Noonan-syndroma elnevezés alatt vonták össze mindazokat, akiknél Turner-szerű külső jegyeket látni, de akiknek karyotypusa és sexchromatinja normális, az egyén nemi jellegének, phenotypusának megfelelő. De *Smith* (21) és maga *Noonan* (13) is úgy véli, hogy alaposabb vizsgálatokkal, ismereteink bővülésével a jelenleg Noonan-syndromának nevezett körképen belül majd több különböző entitást különíthetünk el.

Ma Noonan-syndroma diagnózissal jelöljük azokat a férfiakat és nőket, akiknél a következő tünetek észlelhetők (13, 15, 21, 23):

1. Dysmorphiás arc, amely felhívja a figyelmet a syndroma lehetőségére. Jellemző: hypertelorizmus, antimongoloid szemrés, alacsonyan ülő fülkagylók, micrognathia, rövid nyak és göndör haj. Ezenkívül gyakori az egy- vagy kétoldali szemhéj-ptosis, exophthalmus. Epicanthus és fülkagyló-deformitások ugyancsak előfordulhatnak (13, 15).

2. Alacsony termet. Általában a hossznövekedés jobban késik mint a súlynövekedés.

3. Pterygium colli az esetek kb. felében látható, de a nyak mindig vastag és rövid.

4. A haj rendszerint világos, göndör és mélyen lenőtt a nyakra.

5. A mellkas pajzsszerű, esetleg proximálisan pectus carinatum, distálisan pectus excavatum figyelhető meg.

6. Egyéb csontrendszeri anomáliák (cubitus valgus, scoliosis, spina bifida occulta) is előfordulnak.

7. Fiúknál gyakori a retentio testis, a kis penis. Mindkét nemből késhet a pubertás, de végül is kialakul a normális másodlagos nemi jelleg. Bár a lányok fertilesek, a fiúk gyakran infertilesek, főleg azok, akiknél a kórkép típusos. Az esetek egy részében vesefejlődési rendellenesség is észlelhető.

8. Mentális retardatio nem törvényszerű, de igen gyakori a normális alsó határán mozgó intelligenciaszint.

9. Szívfejlődési rendellenesség az esetek kb. felében van (13, 15). Leggyakoribb a valvularis pulmonalis stenosis, de igen gyakori a pitvari septum defectus is (19). A hypertrophiás obsructiv cardiomyopathia (újabbban egyre többen asymmetricus septum hypertrophiának — ASH — nevezik) valódi gyakorisága még nem ismert, mert 1972-ig, *Ehlers és mtsai* közleményéig (7) nem figyeltek erre az elváltozásra. Legújabbban többen is (8, 16, 24) felhívták a figyelmet gyakori előfordulására és a diagnosztikus nehézségekre.

10. Ritkábban előforduló tünetek: neurogén sükettség, hypoplasiás, oldalra helyezett mellbimbók, kéz-láb háti oedema, 4-ujjbarázda, bőr naevusok, keloidképződésre való hajlam, hyperelastikus bőr.

11. A Noonan-syndromások karyotypusa normális (13, 17).

A kórkép etiológiája még nem tisztázott. Vanak sporadikus esetek, de családi halmozódást is megfigyeltek. A korábbi közlemények autosomalis recesszív (1), X-hez kötött domináns (14), sőt még polygén öröklődésmentet (22) is feltételeztek. Ma úgy tűnik, hogy — legalábbis a Noonan-syndromások egy részében — a kórkép egy autosomalis domináns mutans gén öröklődése révén alakul ki (2, 3, 15, 20, 23), de expresszivitása, manifesztációs erőssége egy családon belül is változik (13, 15). Az új mutációból származó betegek relatíve magas aránya (4) összefüggésbe hozható azzal, hogy a Noonan-syndromások egy része a veleszületett szívhiba következtében nem éri el a reprodukív kort, valamint hogy — elsősorban férfiakon — meglehetősen gyakori az infertilitás. Az eddigi megfigyelésekből arra lehet következtetni, hogy a kórkép kóreredit szempontjából heterogén (6, 13, 21).

Betegünk esetében nem lehet kétséges a Noonan-syndroma diagnózisa, annak ellenére, hogy néhány jellemző tünet (epicanthus, hypertelorizmus, micrognathia, göndör haj) hiányzik. A syndromák ritkán teljesekek (9). Mivel a probandus apjában észlelhetők a Noonan-syndroma egyes tünetei (alacsony növekedés, pterygium colli és mély hátsó hajszej), esetünkben — *Osztovcics* (18) gondolatmenete alapján — nem új mutációról, hanem egy kóros autosomalis domináns gén öröklődéséről lehet szó.

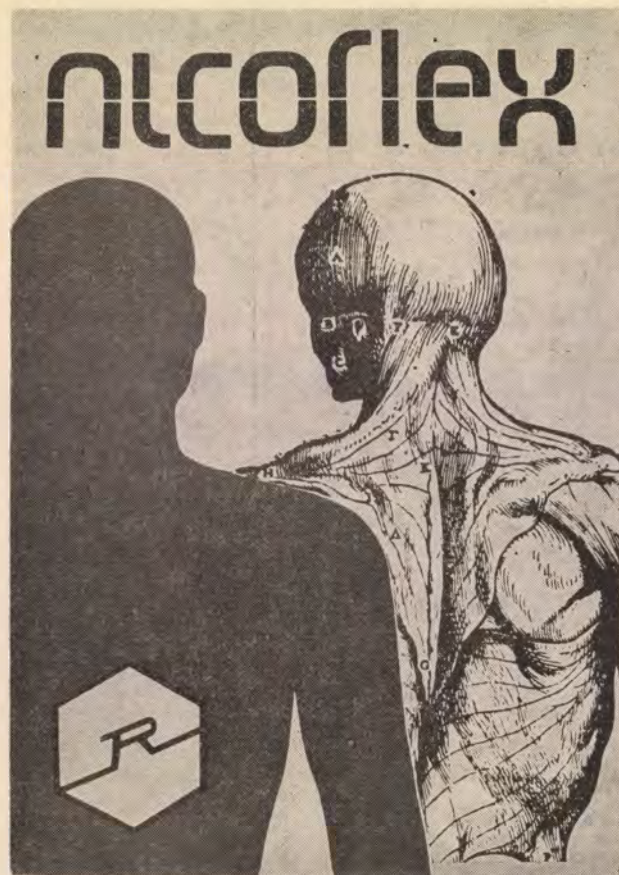
Nem vizsgáltuk a beteg karyotypusát, mert a Noonan-syndroma diagnosztizálásának nem elengedhetetlen feltétele (15, 23). Lányok esetében természetesen alapvető a kromoszóma vizsgálat a Turner-syndroma kizárására.

A Noonan-syndroma tüneteit áttekintve kitűnik, hogy azok között az életkilátások szempontjából a szívfejlődési rendellenességek a legjelentősebbek. Nem véletlen, hogy egy gyermek kardiológ-

gus — *Jacqueline A. Noonan* — írta le a syndromát. Az észlelő orvosnak tisztában kell lennie azal, hogy a Noonan-syndroma felismerése vitiumos betegben több vonatkozásban befolyásolja a szívhiba szokásos megítélését: 1. Noonan-syndromában a szívhiba ismétlődésének kockázata testvérekben 25% — izolált szívhiba esetén pedig csak 1–3% (17). 2. Gyakori az ASH, amit könnyen el lehet nézni, tekintve, hogy a Noonan-syndromában a vitiumok túlnyomó többsége a jobb szívfelet érinti (16). 3. Gyakori a pulmonalis valvularis dysplasia, s ezekben a korai és késői postoperatív eredmények rosszabbak mint az egyszerű valvularis pulmonalis stenosisban (19).

**Összefoglalás.** A szerzők egy Noonan-syndromás, valvularis pulmonalis stenosisban szenvedő fiúgyermek kórtörténete alapján ismertetik a syndroma nosológiai, diagnosztikai, kórerediti problémáit. Mivel a beteg apjában is megtalálhatók a syndroma egyes tünetei, valószínű, hogy ebben az esetben dominánsan öröklődő mutáns génártalomról van szó. Kiemelik, hogy a syndroma felismerése lényegesen módosította az észlelt betegben a pulmonalis stenosis megítélését.

**IRODALOM:** 1. *Abdel-Salam, E., Temtamy, S. A.:* J. Pediat. 1969, 74, 67. — 2. *Baird, P. A., DeJong, B. P.:* J. Pediat. 1972, 80, 110. — 3. *Bolton, M. R. és mtsai:* Ann. Intern. Med. 1974, 80, 626. — 4. *Collins, E., Turner, G.:* J. Pediat. 1973, 83, 941. — 5. *Czeizel E.:* Orv. Hetil. 1978, 119, 2485. — 6. *DiGeorge, A. M.:* XY Turner phenotype. In Nelson Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1975, 1350. old. — 7. *Ehlers, K. H. és mtsai:* Circulation. 1972, 45, 639. — 8. *Keutel, J.:* Mschr. Kinderheilk. 1977, 125, 483. — 9. *Kiss P.:* Magyar Pediáter. 1978, 12, 234. — 10. *Miller, M., Motulsky, A. C.:* Amer. J. Med. 1978, 65, 379. — 11. *Noonan, J., Ehmke, D. A.:* J. Pediat. 1963, 63, 468. — 12. *Noonan, J. A.:* Amer. J. Dis. Child. 1968, 116, 373. — 13. *Noonan, J. A.:* Pediat. Clin. N. Amer. 1978, 25, 797. — 14. *Nora, J. J., Sinha, A. K.:* Amer. J. Dis. Child. 1968, 116, 343. — 15. *Nora, J. J. és mtsai:* Amer. J. Dis. Child. 1974, 127, 48. — 16. *Nora, J. J. és mtsai:* Amer. J. Dis. Child. 1975, 129, 1417. — 17. *Nora, J. J., Nora, A. H.:* Circulation. 1978, 57, 205. — 18. *Osztovics M.:* Magyar Pediáter. 1978, 12, 237. — 19. *Pearl, W.:* Chest, 1977, 71, 677. — 20. *Quazi, Q. H. és mtsai:* Amer. J. Dis. Child. 1974, 127, 696. — 21. *Smith, D. W.:* Recognizable Patterns of Human Malformation. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto. 1976. p. 50. — 22. *Summitt, R. L.:* J. Pediat. 1969, 74, 155. — 23. *Summitt, R. L.:* Noonan syndrome. In Birth Defects Atlas and Compendium. Ed.: Bergsma, D. B., Williams and Wilkins, Baltimore, 1973. p. 670. — 24. *Vogt, J., Schmidt-Redemann, B.:* Klin. Pädiat. 1977, 189, 253.



**kenőcs**

**V 000 Antirheumatica**

**mV 200 Nem glucocorticoidok**

**ÖSSZETÉTEL:**

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsalcium-, 0,05 g aetheroleum lavenderulae-, 1 g aethylum nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

**JAVALLATOK:**

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishez csatlakozó neuralgiák, krónikus polyarthritis (rheumatoid arthritis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

**ELLENJAVALLAT:**

Minden gyulladás aktív szakja.

**ALKALMAZÁS:**

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemoszuk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4–5 cm csíkot a sportoló gyúrásakor a bőrbe dörzsölünk.

**MELLÉKHATÁSOK:**

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

**FIGYELMEZTETÉS:**

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csípős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

**MEGJEGYZÉS:**

Vény nélkül is kiadható.

**CSOMAGOLÁS:**

50 g-os tubus.

**TÉRITÉSI DIJ:**

5.— Ft/tubus

## Dr. Réti Endre (1911–1980)

1980. április 6-án elhunyt dr. Réti Endre orvostörténész, a sokoldalú kutató, a kiváló kommunista orvos. Réti Endre életében egybeötvöződött a szocializmus megvalósításáért folyó harc és az orvosi hivatás gyakorlása, a proletár internacionalizmus és a szocialista hazafiság.

Réti Endre 1939 óta volt az illegális francia kommunista párt magyar tagozatának tagja és mint klinikus, elsősorban a bel- és ideggyógyászat területén dolgozott. Tudományos érdeklődése főként az orvostörténelemhez, és az egészségügyi ismeretterjesztéshez kapcsolódott. Orvostörténelmi munkásságával 1963-ban szerezte meg az orvostudományok kandidátusa fokozatot.

Mint szocialista hazafi — orvostörténelmi munkáiban szenvedélyesen kutatta a nagy magyar orvosok történetét, 1974-ben jelent meg az „egykori doctori dissertatiók” című munkája, amelyben gazdag dokumentációs anyagot tárt fel, és tett hozzáférhetővé a kutatók számára.

Réti Endre a felszabadulás előtt viszonylag rövid ideig a Szociáldemokrata Párt keretében működő II.-ik orvoscsoporthoz tartozott. Ezen idő alatt csoportunk egyik legaktívabb, legszereényebb tagja volt. Megemlékezve Róla mégis ebből az időszakból indulok ki, mert ettől az időtől származik elvtársi kapcsolatunk, barátságunk. Réti Endre harcos élete azonban messze túlnő a II.-ik orvoscsoporthoz tartozásán.

Rákospalotán 1911-ben született. Minthogy hazájában nem vették fel, orvosi tanulmányait Olaszországban folytatta, és 1937-ben Milánóban fejezte be.

1938-ban kezdődik proletár-internacionalista tevékenysége. Jelentkezik a Spanyolországban küzdő nemzetközi brigádba. Útja Párizson át vezetett. Párizsba azonban későn érkezett, és az események baljós alakulása miatt nem kerülhetett a frontra. Ezzel tovább bonyolódik az életútja. A franciák hamarosan az olasz határra toloncoltatták, az olaszok vissza, Franciaországba, ahol végül is ideiglenes tartózkodási engedélyt kap: érvényt szereznek annak az 1789. július 14. emlékére hozott törvénynek, amely szerint, aki Franciaországban menedékjogot kér, az azt meg is kapja.

Párizsban több kórház belosztályán dolgozik externistaként. 1939-ben felveszik a Francia Kommunista Párt magyar szekciójába, ahol illegális munkát végez. 1942-ben a párt segítségével hazajut Magyarországra és bekapcsolódik a II.-ik or-

voscsoporthoz munkájába, de hamarosan munkaszolgálatra hívják be. Kárpátaljáról a fronton át szökik a már felszabadított Kolozsvárra, ahol 1945 márciusáig a sebészeti klinikán dolgozik. Kolozsvárott a Román Kommunista Párt munkájába is bekapcsolódik boldogan és nagy lendülettel.

Hazatérve a felszabaduló országban 1945 elejétől 1949 júliusáig az orvosszakszervezet funkcionáriusaként dolgozik. Mint szervező sem szakítja meg azonban orvosi tevékenységét. Egyidejűleg 2 éven át a Szabolcs utcai kórház belosztályának externistája, majd három évig üzemorvos. 1951-től a Madách téri rendelő igazgató főorvosa.

Hányódtatásokban nem szűkölködő életében bizonyos állandóságot jelent, hogy 1951-től 1963-ig a Tudományos Ismeretterjesztő Társulat (TIT) biológiai, majd természettudományi tagozatának és egészségügyi választmányának titkára. Kapcsolatát az orvosi tevékenységgel ezen idő alatt is fenntartja. 1963-ban a Semmelweis Orvostudományi Egyetem nagy múltú kari könyvtárának főkönyvtárosa lesz, ahol 15 éven át végez kiemelkedő könyvtárszervező munkát.

Amikor 1978-ban az Egyetemi Könyvtárból nyugdíjba vonul, felvilágosító és pártmunkáját az Országos Egészségnevelési Intézetben végzi, és haláláig az Intézet alapszervi párttitkára.

Fő tudományos tevékenysége az orvostörténelmi kutatás. 1948-tól vesz részt a Magyar Orvostörténelmi Társaság munkájában. 1951-ben jelenik meg monográfiája Korányi Frigyesről. 1954-ben és 1959-ben a „Nagy magyar orvosok”-ról. 1960-ban a kuruzslásról szóló és 1974-ben az „Egykori doctori dissertatiók” című említett műve. Számos tudományos előadást tart és cikket ír.

Kiváló tevékenységének elismeréseképpen tagja az Orvostörténelmi Közlemények szerkesztőbizottságának, örökös elnöke a Magyar Orvostörténelmi Társaságnak, helyettes főtárgyalója a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaságnak. Az orvostörténelmi kutatásban úttörő munkát végez. Tagja a nemzetközi Földrajzi Unió Orvostörténelmi Bizottságának, alapítója és szerkesztője a Geographia Medica-nak.

Munkássága elismeréseképpen számos magas kitüntetésben részesül; megkapta a Szocialista Hazáért Érdemrendet, a Magyar Partizán Emlékérmét, a Francia Ellenállási Emlékérmét, a Felszabadulási Emlékérmét, és orvostörténelmi munkásságáért a Veszprémi István Emlékérmét.

Réti Endre életpályája külső eseményeit tekintve tele van törésekkel, de ezen a sok kanyarral megtört életpályán szilárd maradt hűsége a párthoz, lankadatlan harca a szocializmusért.

Szerény, egyszerű élete, példaképe a pártért élő, saját sorsa egyengetéséért, boldogulásáért egyetlen lépést sem tevő kommunistának. Élete egy egyszerű kommunista orvos hősi élete volt.

Simonovits István dr.

## Tage Kemp, a nagy dán orvos-genetikus, az első genetikai tanácsadó megalapítója

A családtervezést mind többen az emberiség egyik legnagyobb gondolatának és legreményteljesebb társadalmi lehetőségének tartják. Joggal, hiszen egyrészt ettől várható a fejlődő országok magas népszaporulata miatti fenyegető túlnépesedés megfékezése. (Ne feledjük, 1978-ban a világ népessége már meghaladta a 4,2 milliárdot. A megduplázódáshoz szükséges időt 30 évre becsülték. Így 2000 körül 8 milliárd, 2030 körül pedig 16 milliárd ember lenne várható földünkön. A feltételes mód azonban indokolt, egyfelől ilyen tömegű népesség eltartására az energia- és tápanyaggondokkal küszködő világunk aligha lenne képes. Másfelől a hetvenes évek második felében végre csökkent a fejlődő országok népszaporulatának üteme.) Másrészt a családtervezés képezheti alapját a jövő generációk egészsége javításának, elsősorban a veleszületett rendellenességek, értelmi és érzékszervi fogyatékoságok, a mozgássérülések és más korai ártalmak megelőzésének. S ez utóbbiban az orvosi genetikának és leghatékonyabb gyakorlati alkalmazásának, a genetikai tanácsadásnak fontos szerepe lehet. Az első genetikai tanácsadót — a nagy országokat messze megelőzve — Dániában, Tage Kemp (1. ábra) alapította 1937-ben.

Tage Kemp 1896. szeptember 28-án született. 1921-ben fejezte be orvosi tanulmányait. Két évig klinikusként dolgozott, majd 1923-ban a koppenhágai egyetem O. Thomsen vezette Általános Kóronctani Intézetében vállalt állást. Ebben az intézetben 15 évet töltött el. Kezdetben endocrinológiával foglalkozott. 1934-ben II. Okkelsszel dán nyelven, majd 1936-ban németül kiadják endocrinológiai kézikönyvüket. Figyelme azonban mindinkább a genetika felé irányul. A különböző klinikai intézmények konziliáriusaként és az önként jelentkező esetek tanácsadása során egyre mélyebb orvos-genetikai képzettséget szerez. Kutatómunkájában is az öröklődéstani veszi át a vezérszólamot. A szövetkultúrákat próbálta alkalmazni — lényegében Carrellel és a szovjet Hruscovval egy időben — az emberi kromoszómák tanulmányozására. (Közleménye e munkájáról 1928-ban jelent meg.) Komoly kétségei merültek fel az akkor elfogadott 48-as emberi kromoszómaszámmal kapcsolatban, de a vizsgálati technika kezdetleges volta miatt a végleges válaszig még 1956-ig, Tjio és Levan felfedezéséig várni kellett. A húszas évek végén elsők között kezdte tanulmányozni a röntgensugárzás és a kémiai anyagok mitózist befolyásoló hatását is. A somatikus mutációk és általában az öröklődés szerepe a rák létrejöttében egész életében foglalkoztatta. A dán kormány által felkért szakemberként részt vett a prostitúció biológiai és társadalmi



Tage Kemp, 1896–1964

okainak elemzésében, erről számos munkát is publikált.

Legnagyobb érdemének azonban az orvosi genetika létének, létjogosultságának és fontosságának elfogadtatása tekinthető. A szakfolyóiratokban élénk aktivitást fejtett ki a humángenetika társadalmi alkalmazásának szükségessége érdekében. Kezdetben a galtoni eugenika híveként, később a fasiszta Németországban történt túlkapasok, majd politikai gattettek után a „genetikai higiéné” megalapítójaként. Véleménye szerint a genetika a preventív medicina szerves része, sőt logikai alapon, túlzás nélkül, bázisa. A betegségek megelőzésének szemléletéből következően ugyanis mindinkább a kórokok érvényesülése *elő* kell kerülni. Így terelődött a figyelem a felnőttkori ártalmak eredetének nyomozásakor mindinkább a gyermek-, majd a csecsemőkorra. Ez a folyamat azonban nem állt meg: a csecsemőkor ártalmainak gyökereit kutatva a peri- és prae-natalis időszakhoz jutottak. Végül, életünk ezen legkorábbi eseményeit vizsgálva, az ivarsejtek és a bennük foglalt gének és kromoszómák jelentőségére, mai kifejezéssel: a praeeptionalis gondozás és védelem fontosságára derült fény. Ma ez a szemlélet már kezd elfogadottá válni, de Tage Kemp e nézeteit még a harmincas években fejtette ki és fogadtatta el. Szerinte a higiéné elsődű feladata a preventio, vagyis a külső kórokok ártalmas hatásának megelőzése. S csaknem minden öröklődő ártalom kezdete is külső



kórok előidézte változásra, mutációra vezethető vissza. Ezért tartotta a genetikát a higiéné részének, sőt alapjának. Számos példával igazolta a genetikai megelőzés elvi fontosságát és gyakorlati létjogosultságát. Így nem látott lényeges különbséget a microbialis ágensek egyik személyről másik személyre történő átadása, tehát a fertőzés és a mutáns gén egyik személyről másik személyre történő átjutása, tehát az öröklődés között. Éppen ezért szorgalmazta a genetikai megelőzés *gyakorlati* feltételeinek biztosítását. Törekvéseinek két fontos eredménye volt. Részint 1937-ben törvényt fogadtak el a terhesség megszakításának biztosítására és önkéntes kérhetőségére, ha a magzat súlyos ártalma nagy valószínűséggel fennáll. Részint — éppen az ab-törvény tudományos megalapozása céljából — megalapította a világ első genetikai tanácsadóját. (A világ második genetikai tanácsadóját C. Dight és S. Reed az USA-ban, Minnesotában, 1941-ben, a harmadikat Londonban Fraser Roberts hozta létre 1946-ban. 1974-ben az USA-ban már több mint 400 genetikai tanácsadó központ működött.) Természetesen a genetikai tanácsadást a későbbiekben már nemcsak a művi vetélések magzati indikációi miatt vették igénybe, ennek a javallatát viszont csak a genetikai tanácsadóban állíthatták fel. A genetikai higiéné gyakorlati megvalósítása egyik lehetőségének a genetikai tanácsadókat tartotta, másik feltételként a mutációt okozó tényezők korlátozását említi. A genetikai tanácsadás során mindvégig érvényesíteni tudta a galtoni elvet (az orvos csak felvilágosít, tanácsot ad, a családtervezők joga és felelőssége a döntés) és a tudomány akkori ismereteinek hasznosítását. Támogatta tehát a születéskorlátozást, ha szükséges volt, viszont élesen fellépett a túlzások (pl. a csipőficamosok vagy nyúlajkasok németországi sterilizálása) ellen. Így 1957-ben Londonban, a Galton Emlék-előadás megtisztelő szónokaként vallhatta: a történelmi események nem a genetikát, a galtoni eugenikát és a genetikusokat, hanem csakis a fasisztákat és a politikai kalandorokat kompromittálták.

A genetikai tanácsadás végzésekor fogalmazódott meg benne az a felismerés, hogy nagy szükség lenne a Genetikai Ártalmak Regiszterére. Ez részint a dán népesség egyes örökletes ártalmainak gyakoriságmegállapítására nyújtana lehetőséget. (Ami nélkülözhetetlen a genetikai eredetet bizonyító családi halmazódás tisztázása és az empirikus kockázati értékek meghatározása miatt.) Részint hosszú távon megteremthetné az alapot egy olyan genetikai regiszter létrehozására, amely azután az egész dán népességet felölelné és amely „preventív” genetikai tanácsadásra is lehetőséget nyújthatna. Ezekén túl e regiszter egyedülálló tudományos munka alapjául szolgálhatna. Elképzelését, az úttörők nehézségeit is vállalva, megvalósította. A végül mintegy 50 000 esetet magába foglaló genetikai regiszter a genetikai tanácsadó, a konziliumok és az összes dán kórház adatközlése alapján hozta létre. (Sajnos nyugdíjba menetele után a Regiszter munkáját nem folytatták és így távolabbi reményei nem válhattak valóra. Magamnak még alkalmam volt 1969-ben a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásának megszervezésekor

a dán tapasztalatokat felhasználni. Vegyes érzésekkel töltött el, hogy 1978-ban már hozzánk küldték a dán szakembereket az újrászervezés előtt álló dán nyilvántartáshoz szükséges tapasztalatszerzésre.) Ő kezdeményezte a nagyhirű dán iker-nyilvántartást is.

Tage Kemp további nagy érdeme, hogy megteremtette azt a dán iskolát, amely a világ orvosgenetikai kutatásainak sokáig vezetője volt és még most is az élvonalába tartozik. Ezt elsősorban ötleteivel, önzetlenségével, a metodika alapvető fontosságának megtanításával és a kivitelezés minőségének megkövetelésével érte el. A gyakorlatban ez a mintegy 5 milliós dán népesség genetikai ártalmainak céltudatos, populációs szintű feldolgozását (mintegy 25 doktori és kandidátusi értekezés formájában) és angol nyelvű publikálását jelentette. Így ma alig van a humángenetikának olyan területe, amellyel megismerkedve ne találkoznánk Tage Kemp valamelyik tanítványával. Nem túlzás az az állítás, miszerint a dán orvos-genetika világhírét Tage Kemp széles látókörű tudása és kivételes személyi adottsága biztosította.

Szerencsére esetében nem érvényesült a „senki sem próféta saját hazájában” elv. 1938-ban a Rockefeller-allapítvány támogatásával Koppenhágában Humángenetikai és Eugenikai Intézetet hoztak létre és ennek ő lett a vezetője. 1948-ban az intézet a koppenhágai egyetem orvosi fakultására került át és Tage Kemp professzor rangban vezette tovább a Humángenetikai Intézetet egészen 1963-ig, betegsége miatti kényszerű nyugdíjba menetelig. Professzorsága alatt példás hormóniát tudott teremteni az egyetemi oktatás és az orvostovábbképzés, valamint a kutatás és a gyakorlati munka (genetikai tanácsadás és genetikai ártalmak nyilvántartása) között.

A humángenetikát hazájában tette naggyá, de ez természetesen meghozta számára a nemzetközi elismerést is. Számos országból kapott anyagi támogatást kutatásaihoz. Az Acta Genetica et Statistica Medica szerkesztője és az 1956-ban Koppenhágában megrendezett I. Nemzetközi Humángenetikai Kongresszus elnöke volt. 1956-ban, 60. születésnapján a világ legkiválóbb genetikusai külön kötetben, a mesternek kijáró tisztelettel adóztak Tage Kempnek. 1964. január 7-én halt meg.

Mindezek alapján talán nem szorul magyarázatra e megemlékezés. Mégis, személyes indítékaim sem tagadhatom. Most, amikor évente több mint 1500 család keresi fel genetikai tanácsadónkat, nem feledkezhetünk meg az első genetikai tanácsadó alapítójáról. Most, amikor a Veleszületett Rendellenesség Felügyelet keretében erőfeszítéseket teszünk a magyar genetikai ártalom regiszter létrehozására, az ő nyomdokain is kívánunk haladni. Most, amikor az ugyancsak kis országnak számító hazánkban, nagyobb anyagi beruházások nélkül, a magyar népesség genetikai tanulmányozásával szeretnénk megközelíteni a világszínvonalat, az ő példája áll előttünk. Most, amikor a következő orvos-genetikus generáció számára próbálunk saját problémáinkon és zsákutcáinkon okulva megfelelő indítást, iskolát adni, megint csak őt szeretnénk követni. Végül Tage Kempet, ha köz-

vetve is, mi is az egyik mesterünknek tekinthetjük, hiszen a magyar humángenetika megújulása ahhoz a WHO és OTKI szervezte tanfolyamhoz fűződik, amelyet 1965 nyarán Tihanyban Tage Kemp tanítványa: Mogens Hauge vezetésével tartottak.

Czeizel Endre dr.

## Megemlékezés Dalmady Zoltánról

1980. március 15-én volt Dalmady Zoltán dr., egyetemi c. rk. tanár, balneológus, klimatológus és sportorvos születésének századik évfordulója. Kutatói tevékenységét, szervezői képességét, aktivitását a hazai egészségügyi intézmények fejlesztéséért korábban is becsülték, de nagyságát akkor értékelhetjük igazán, ha kora orvostudományát elemezzük.

Az 1880-as évek táján az orvosi tudományok forrongó fejlődésben voltak. Már magasra ívelt a patológia, egyik pillére az ekkor kibontakozó mikroszkópos morfológia és hisztotechnika volt. A kóroktani kutatásoknak a bakteriológia megszületése mutatott távlatot, fejlődésnek indult a biokémia is. E lendület összpontosított a kóroktani gondolkodásra, a diagnosztika fejlesztésére, árnyoldalként több kiváló művelője negligálta a gyógyítás feladatát, sőt hadat üzent mindannak, amit az empiria felhalmozott, gyakran hadat üzent filozófiai alapon az újnak is, ilyen volt pl. a gyógyszerumokkal való kezelés elve.

E nagyarányú fejlődés azonban egyenlőtlenül sugározta be az egészségügyi ellátás horizontját. A fényben a jól felszerelt klinikák és kórházak melegedtek, e centrumoktól távolabb a tudományból egyre kevesebb jutott, a falura már alig esett valami, mert a szegény nép nem is jutott el orvoshoz. Egészségre nevelés sem volt, így tág tere nyílt a tévhiteknek és a babonának, és ezek nemcsak az egyszerű nép körében terjedtek.

A természetes gyógymódok alkalmazásánál sem volt ez másként. Egyes diagnosztikai készülékekkel és terápiás berendezésekkel jól felszerelt centrumokban komoly belgyógyászati alapképzéssel rendelkező orvosok irányították a kezelést pontos kórisme alapján, a gyógytényezőkön kívül figyelembe vették a klímahatásokat, szabályozták az étrendet és a beteg életrendjét is.

E fejlődés dokumentuma volt Boleman István dr. 1887-ben megjelent „Fürdőtan” című könyve, mely a klimatológia elemeit is tartalmazza. Szerző könyvében a korabeli vízkémiai vizsgálatokra támaszkodik, a hatásmód ismertetésekor az élettani és kórélettani ismeretekből indul ki, de előtérbe helyezi a pontos klinikai észleléseket a javallatok megállapításakor. Ez akkor szükséges volt. Korában például a kénes fürdőknek nem tulajdonítottak olyan jelentőséget, mint később, vagy napjainkban. A vegyészek még nem tudták a szulfidkén felszívódását kimutatni, a biokémia pedig

nem ismerte még a proteoglykanokat. Boleman a pontos klinikai észlelések alapján pozitívan foglalt állást a kénes fürdők mellett, felfogásának helyességét jóval később biokémiailag is igazolta az izotóp technika kialakulása és a <sup>35</sup>S kísérletes alkalmazása.

Mégis ebben az időben a korabeli leírások gyakran panaszkodnak az egyes helyeken a bérlők vagy a tulajdonosok kapzsisága miatt elhanyagolt, düledező berendezésekre, olyan gyógyhelyekre, ahol még szakorvost sem alkalmaztak, vagy csak látszatszerződést kötöttek valakivel. Mindez azt eredményezte, hogy a legtöbben saját és szomszédjuk elképzelései szerint kezelték önmagukat, érthető, hogy itt is tág tere nyílt a tévhiteknek, a mendemondának, mondhatjuk, hogy még mindig a „források szelleme” kísértett az ilyen helyeken.

A fiatal Dalmady több síkon indított szívós harcot. A gyógyítás negligálói felé közölte egzakt észleléseit a gyógyeredményekről, állandóan dolgozott a kutatás terén, kereste a balneo- és klimatoterápia elméleti alapjait, módszereket, melyekkel az alkalmazott eljárások hatását pontosan lehet lemérni. Ugyanakkor küzdött a tévhitek, mendemondák és sallangok ellen.

1898-ban jelent meg cikke a Természettudományi Közönyben: Mendemondák a természettudomány köréből. Műve feltűnést keltett és nagy sikert aratott. Erősen kibővítve 1909-ben könyv alakban is megjelent a következő alcímmel: „A művelt közönség és a nép körében elterjedt természet- és orvostudományi tévhitek és előítéletek, hamis nézetek magyarázata és helyreigazítása.” E munkához Lenhossék Mihály irt előszót.

A 383 oldal terjedelemből 141 oldal foglalkozik az orvostudományhoz tartozó tévhitekkel, a többi az állattan, növénytan és fizikai tudományok köréből vette. Műve előszavában megemlíti, hogy Tóth Béla tíz év előtt megjelent munkája inspirálta. Tapasztalata szerint a legnehezebb a harc az olyan tévhitek ellen, melyek egykor a tudomány által elfogadott tételnek számítottak. Bár a tudomány fejlődése ezeket régen túlhaladta, egyes iskolázott fejekben mégis bennragadtak és így élnek tovább. Gyakran látjuk, hogy egyes tévhitek olykor napjainkban is felbukkannak.

Műveinek olvasásakor kivételesen széles körű irodalmi tájékozottságot tapasztalhatunk. Idézetei az ókori klasszikus irodalomtól a modern tudományos közleményekig terjednek. Kora legkitűnőbb zoológusait, botanikusait, fizikusait egyaránt idézi, az orvosláshoz tartozó tévhiteknél leírja azok keletkezését, történeti kialakulását, végül a korabeli kutatások szolgáltatotta cáfolatokat igen részletes adatokkal.

A természetet nemcsak könyvből ismerte, hanem közvetlen kapcsolatban élt annak valóságával. Szenvedélyes természetjáró volt. Ezt valószínűleg atyja oltotta belé, de mint tátrafüredi orvos, megőrizte vonzódását a hegyekhez. Ebből táplálkozott őszinte tárgyszeretete a természetes gyógymódokhoz, ez volt az forrás, mely balneo-klimatológiai munkáinak egyszerű üdeségét és elevenségét táplálta.

A természeti szépségek megjelenítése mesterien vegyül a számokkal és egyenletekkel 1908-ban, a Magyar Balneológiai Kongresszuson előadott munkájában: „A magaslati téli klíma elemei, hatása és indicatiói.” Érthető, hogy kora legjobb előadójának tartották. Az előadás a Budapesti Orvosi Újság Tudományos Közleményei 19. számában jelent meg. Bár sok klimatológiai táblázatot, adatot és szabályt ismertet, mégis érdekes olvasmány ma is. Azzá teszi minden munkáját élvezetes stílusa mellett okfejtéseinek egyszerűsége, világossága, belopózik természetességével az olvasó szívébe, aki azt azonnal magáénak érzi.

A magaslati téli klíma jellemzését mérési eredményekre alapozza, hatását fiziológiai ismeretek segítségével elemzi, ebből vonja le következtetéseit a javallatokra és ellenjavallatokra. Konceptiójában ugrásszerű fejlődés a korabeli irodalommal szemben.

Egy másik, 1908. évi cikkében „Biológiai szempontok a klimatoterápiában” szót emel az egyre terjedő „klimatoterápiai nihilizmus” ellen. Korában sokan gondolkodtak úgy, hogy elegendő valahova elutazni, bárhóvá, csak változzon meg a klíma. Nem vették figyelembe sem a javallatokat, sem az egyén reagálóképességét, még betegségét sem. Hasonló jelenséget ma is észlelhetünk a gyógyújdítetés területén.

Két dolgozat is bizonyítja egyéb munkái mellett matematikai készségét és a módszerek és műszerek iránti érdeklődését. „A fülledtség éghajlattani meghatározása” (1912) és „A napfény erősségének mérése az orvosi klímaelemzésben” (1915).

Időt szakított mindig a továbbképzésre, oktatásra is. Ilyen cikke: Klimatotherapie. Orvosképzés. 1912. 10. füzet.

Klimatológiai munkássága hazánk első elismert klimatoterápiával foglalkozó orvosává tették. munkásságát külföldön is nagyra becsülték. Korában nagy jelentőségűek voltak a gyógyítással foglalkozó gyakorlati munkái is, pl. „A Basedow-kór magaslati gyógyítása” 1910.

Balneológiai közleményeire ugyanígy jellemző a klinikai kutató szellem. Korában a természetes gyógymódok ágazatai, a balneo- hydrotherapia és az egyéb fizikális kezelések még szorosan összefonódtak, sokan alkalmaztak erőteljes ingereket, de a gyakorlati alkalmazásban sok volt a bizonytalanság, a pontatlanság. Ő lelkes híve volt annak, hogy az edzés, a levegő, a napfény, az ásványvizek, a hideg-meleg hatások alkalmazása, a testedzés fejlesztése kiaknázatlan kincseket jelentenek a gyógyításban. Ez az akkori polgári táplálkozási és életrendi szokások, valamint urbanizációs viszonyok között nagyon is érthető volt. (Napjainkban is érvényes!)

A pontatlanságból származó sallangok leküzdésére szükségesnek tartotta az élettani és kórellettani kísérleteket, számszerű adatokat nyújtó mérési módszerek kidolgozását, hogy be lehessen mérni az alkalmazásra kerülő inger optimális adagját, mi az, ami tényleg használ és nem ártalmas. Eredményei értékelésekor alkalmazta már a matematikai statisztika elemeit.

Klinikai orvosi ténykedéseiben igen fontosnak tartotta a beteg ember egyéniségének, körülményeinek vizsgálatát, messze túlmenően a rutin klinikai vizsgálaton. Erre sarkallta őt a diszpozícióról vallott felfogása. Diszpozíción értette a patogenezis szempontjából szöbe jövő individuális szervezeti különbségeket („causa interna”). A lehetséges belső kórokokat 3 csoportra osztotta: 1. Biológiai a szervezet faji tulajdonságaiból származik, pl. öröklődő betegség, fejlődési rendellenesség. 2. Physiológiai: a szervezet normális működésének fázisai útján létrejött különbség a belső kórokokot képviselő állapotban. Pl. életkor, szülés, telt gyomor. 3. Pathológiai dispositio, amikor betegség vagy ennek következményei változtatják meg a causa internát, pl. perzussis hajlamosít tbc-re.

Vallotta, és vizsgálataival bizonyította, hogy számos diszpozíciós faktor fizikális kezelésekkel kedvezően befolyásolható. Erre szolgáltak akkor a különböző fizikális edző kúrák. Igen ellentétes felfogások uralkodtak az alkalmazásra kerülő módszereket illetően. E homály tisztázására dolgozta ki egyszerű, klinikai mérési módszereit. Ismertebbek:

Kísérletek a bőr nyirokkeringésének vizsgálatára. Orvosi Hetilap Tudományos Közleményei. 1911; A hydrotherapiás reakcióképesség mérése. Ibidem, 1911; Megjegyzések a hydrotherapiás bőrreactio ismeretéhez. Ibidem, 1912; Einfluss physikalischer Eingriffe auf die Erscheinungen der vitalen Färbung. 1919. Medizinische Klinik No. 35.

Az első világháború idején a Császárfürdőben létesített utókezelő intézetben dolgozott, innen jelentek meg rehabilitációs tárgyú közleményei:

Hideggel és meleggel gyógyítás. Thermotherapia. 1915. Orvosképzés. 8.; Meleggel gyógyítás szerepe a harcztéri sebesülések utókezelésében. 1915. Orvosképzés. 4—6. füzet; A központi idegrendszer sérülésének fizikai utókezelése. 1916. Orvosképzés. 5—7. füzet.

Sportorvosi tevékenysége 1913-ban kezdődik a „Sportok egészségtana” című munkájával. Szélesebb körű tevékenysége később bontakozik ki, amikor az 1925-ben létesített Testnevelési Főiskola előadó tanára lett. „A téli sportok orvosi indicatiója és gyógyászati alkalmazása” gondolatával évtizedekkel előzte meg korunkat, tudomásom szerint egyedül Leukerbadban alkalmazzák 1974 óta mozgásszervi betegek rehabilitációjában. A hazai sportorvoslás elismerését tanúsítja, hogy Dalmady Zoltánnak szobra van a Sportkórházban.

Tekintélye túlnőtt határainkon, ezt tanúsítja, hogy a Nemzetközi Rheumaelleni Liga hazánkat kérte meg 1929-ben a II. Nemzetközi Rheumakongresszus megrendezésére. Az Országos Balneológiai Egyesület erre az alkalomra készítette el Dalmady Zoltán szerkesztésében a „Magyarország Balneológiai Értékei” című kiadványt négy nyelven.

Dalmady Zoltán tanulmányait Budapesten végezte, majd Tátrafüreden lett orvos. 1912-ben tanársegédként került vissza Budapestre, majd magántanár lett a „fizikai gyógymódok, éghajlat, fürdőtan és ásványvízitan” tárgykörből. 1915-ben a Rókkantügyi Hivatal Császárfürdői utókezelő intézetének vezetője. 1925-től a Testnevelési Főiskola

előadó tanára, 1927-ben az Orvosszövetség főtítokára, 1928-ban lett egyetemi c. rk. tanár. Meghalt 1934-ben.

Biztos ítélőképessége a forma és a lényeg elbírálásában tette őt arra képessé, hogy korának a szubjektumtól befolyásolt tapasztalatokra épített fizioterápiáját az élettanra épített kísérletek szám-  
szerű adatain nyugvó tudománnyá emelje.

Életműve halálával nem szűnt meg, törekvéseit társai továbbfejlesztették nálunk is és szerte a világon is. E fejlődés ma is tart, korunk fizioterápiájának elméleti alapjait a neurofiziológiai és izomélettani ismeretek, valamint a biokémia új ágazatai adják. Hazánkban is bevonult az ásvány-  
vizek vizsgálatában a tömegspektrográffal végzett nyomelemkutatás.

A kutatás azonban nem egyedüli cél, szem előtt tartjuk, hogy Dalmady Zoltán kiváló gyógyító orvos is volt, ennek titka, hogy nemcsak a beteget, de a beteg embert vizsgálta a maga összes gond-  
jaival és problémáival.

Richter András dr.

### A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság disszertációjuk alapján

*Kövér Györgyöt* („A vese nátrium- és vízkiválasztását meghatározó tényezők akut izozmotikus hypervolaemiában”) a orvostudományok;

*Réthy Lajost* („A fertőző betegségek eradikációjának modellje”) az orvostudományok;

*Szegi Józsefet* („A szív működés és a coronariakeringés hypoxiás változásainak elemzése és befolyásolása”) az orvostudományok doktorává;

*Csizér Zoltánt* („Pertusszisz vakcinák biológiai standardizálása”) az orvostudományok;

*íj. Erdélyi Mihályt* („A radiológia szerepe a műbillentyű-beültetés műtéte előtt és után”) az orvostudományok;

*Gachályi Bélát* („A mikroszomális gyógyszer-metabolizálás; a reninangiotenzin rendszer kapcsolata”) az orvostudományok;

*Gosztonyi Györgyöt* („Két vírus-encephalitis fény- és elektronmikroszkópos pathológiája”) az orvostudományok;

*Haffner Zsoltot* (A basilaris impressio neurológiája”) az orvostudományok;

*Horváth Szabolcsot* („Gyermekkori szociálpszichológiai tényezők jelentősége a felnőttkori neurosisban”) az orvostudományok;

*Miltényi Lászlót* („Telekobalt kezelések optimális klinikai-sugárfizikai és sugárbiológiai feltételei”) az orvostudományok;

*Molnár Kálmánt* („Újítások és állásfoglalások az orthoptikában”) az orvostudományok;

*Nékám Kristófot* („A transzfer faktor biológiai jelentősége és terápiás alkalmazása”) az orvostudományok;

*Orbán Imrét* („A heveny végtagschaemiák kórjóslatáról, szövödményeiről, klinikai és kísérletes vizsgálatok alapján”) az orvostudományok;

*Orosz Tóth Miklóst* („Izotóp-renographia a nőgyógyászatban”) az orvostudományok;

*Pár Alajost* („Krónikus hepatitisek aetiopathogenesisének immunbiológiai vonatkozásai”) az orvostudományok;

*Schmidt Pált* („Hasúri folyadék-sequestratio a sebészetben”) az orvostudományok;

*Simon Kornélt* („Az orvosi beavatkozások kockázata, különös tekintettel a gyógyszer mellékhatásokra”) az orvostudományok;

*Virág Istvánt* („Gyermekgyógyászati kórképek megítélésének változása a vérsejtek, a véralvadási és az immunrendszer pathológiájának elemzése alapján”) az orvostudományok;

*Zolnay Lászlót* („Az orvosszakértői vélemények korszerű kialakítása és annak érvényesítése az üzemi balesetek mozgásszervi utókövetkezményeinek kártalanításában”) az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

## **a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását**

Szerződés esetén árengedmény!

**„AGROSZER” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részlege)**

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



## Orvosi szociológia

**A pszichés egészség és betegség szociológiája.** Goldstein, M. S. (School of Public Health and Department of Sociology, University of California, Los Angeles, California 90024, USA): Annual Review of Sociology, 1979, 5, 381.

A szerző az utóbbi 6-8 év szakirodalmát tekinti át a pszichiátriai szociológia terén. A fő kutatási irányokat és tendenciákat akarja bemutatni, bizonyos értékelést ad az elért eredményekről és megpróbálja megállapítani az eredmények gyakorlati jelentőségét.

A szociológiai szakirodalomban továbbra is folyik a pszichiátriai betegségek orvosi modelljének kritikája. Ezzel szemben védekeznek az orvosi modell hívei is. A kritika szempontjai a korábbi évtizedekből jól ismertek (Szász, a „címkézés” elmélete stb.). A másik pólus két új szempontot hangsúlyoz, az egyik az **orvosi modell** konceptuális tisztasága (különösen a szociológiai álláspontból származtatható modellekkel szemben), a másik pedig az, hogy a diagnózisok szintjén jelentkező társadalmi diszkrimináció és „címkézés” testi betegségekkel kapcsolatosan is megnyilvánul, és azért nem teszi kétségessé a betegségek orvosi megközelítésének létjogosultságát.

A pszichiátriai szociológia újabb fokozottan foglalkozik a pszichiátriai genetikai kutatások kritikájával. A genetikai eredményeit azonnal és felülvizsgálat nélkül átveszi a pszichiátriai közfelfogás, egy-egy vizsgálatnak nyomban nagy jelentőséget tulajdonítanak. Pedig a bírálat nagyon is indokolt. A diagnosztikai kategóriák kiválasztása már idomul a biológiai hipotézishez, pl. hol csak a schizofrénia legszűkebb felfogását választják, hol pedig extrém módon kitágítják azt, pl. a „schizofrénia spektrum” zavaraiig. Az ikervizsgálatokat általában az esetek szelekciója jellemzi, nincs olyan vizsgálat, amely populációs mintából indult volna ki. Néhány szociológiai közlemény elvégezte biológiai vizsgálatok másodelemzését és az eredeti adatokból tudta kimutatni, hogy a biológiai tézisek bizonyítására gyakran idézett vizsgálat éppen a környezeti hatások predománns szerepének igazolására lenne alkalmas.

A szociológiai vizsgálatokat a módszertani fejlődés jellemzi, különösen a pszichiátriai epidemiológia terén. Előtérbe kerültek a longitudinális vizsgálatok. Továbbra is élénk vita folyik azonban a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos

felmérésekben használt instrumentumok, különösen a kérdőívskálák értékét illetően (pl. a Midtown Manhattan vizsgálat ún. „22-item skálájáról”).

Nagy az érdeklődés a Thomas Scheff által felvetett „címkézési”, ill. minősítési (labeling) elmélet iránt. Scheff makacs vitapartner talált Gove személyében. Scheff is módosította némileg a felfogását, de a minősítés szociálpszichológiai folyamatainak és a másodlagos devianciakeltő hatásának tézisént fenntartja. A másik vitapólus állításait módszertani hibák gyengítik, ezekre az utóbbi néhány évben derült fény. Scheff egy összesítéséből kitűnik, hogy 18 konkrét vizsgálatból 13 a címkézés elméletét igazolta, öt nem. A minősítés elmélete az újabb pszichiátriai szociológiai irodalomban a deviáns viselkedés és az interperszonális viszonyok általánosabb elméleteiben kezd feloldódni. A szerző nagyon hasznosnak tartja a minősítés körüli vitát, mert ez nagyon sok fogalom és módszertani szempont tisztázását tette lehetővé. Ezt az áttekintést különböző konkrét vizsgálati adatokon és álláspontokon részletesen is bemutatja és ez egyben tematikus képet is nyújt a pszichiátriai szociológiai vizsgálatokról, pl. a hospitalizációval kapcsolatos döntésekkel, a környezet viszonyulásával stb. összefüggésben.

A pszichiátriai betegségek pszichoszociális etiológiai tényezőivel (pl. a társadalmi réteghelyzet körnémoz, ill. pathoplasztikus szerepével kapcsolatos vizsgálatok száma nagy, azonban az új szempontok itt nem kerültek felszínre, s régi tételek állnak továbbra is. Új szempont legfeljebb az, hogy a réteghelyzet befolyását vizsgálók eddig nem vették figyelembe kellően a rétegmorbiditás dinamikáját, vagyis ebből a hátrányos réteghelyzet statisztikai tényezőjének kibebbedése következett, ebből pedig némely vizsgáló a Hollingshead és Redlich által leírt eredeti összefüggést gyengítő eredményekre jutott.

Jelenleg a kutatások zöme közvetlenül empirikus, és nem igyekeznek tágabb elméleti keretekhez igazodni. A vizsgálatok olyan kérdéscsoportokra keresnek választ, mint a stressz és a betegségek viszonya, az életben átélt traumák és változások szerepe a megbetegedések valószínűségében, a nemi és a házassági szerepek jelentősége a megbetegedésben és a betegségfolyamatban, a betegeket támogató szociális és interperszonális hatások haszna a gyógyulás és a rehabilitáció szempontjából stb. Továbbra is nagy kutatási ág a pszichoterápia hatékonyságának ellen-

őrzése (növekvően pozitívak az adatok), az elmekegés életének belső szociális rendszere és a lelki egészségvédelemben működő foglalkozási ágak foglalkozási szociológiája és szocializációja.

(Ref.: A nagy terjedelmű, nagyon szabatosan és tömören fogalmazott kitűnő összefoglalás jelentősége miatt referáltam a szokásosnál hosszabban, a közölt információk így is csak töredékét képezik annak, amit az olvasó az eredeti cikkben megtalálhat. Meglepő, hogy néhány év alatt milyen óriási mozgások voltak a pszichiátriai szociológiai szakiradalomban. A cikk elolvasása tulajdonképpen mindenki számára ajánlható lenne, aki állást foglal a biológiai és a pszichoszociális nézőpontok vitájában, amely lassanként a mi pszichiátriankban is kibontakozik. E vitában a pszichoszociális nézőpont érveit és adatait sajnos nem eléggé ismeretesek, így azután a velük kapcsolatos kritikák gyakran nem érik el céljukat és nem is tud kialakulni az a hasznos párbeszéd, amelyre a minősítési elmélettel kapcsolatosan a szerző joggal hívja fel a figyelmet.) Buda Béla dr.

## Belgyógyászat

**Magas sűrűségű lipoprotein és atheroma.** Szerkesztőségi közlemény. Lancet 1978, 2, 1291—1292.

A very low density (nagyon alacsony sűrűségű) lipoproteint (VLDL) főleg a máj választja el és szállítja a triglicerideket a perifériás szövetekhez, mint az izmok és a szív. A periférián lebontódik low density (alacsony sűrűségű) lipoproteinre (LDL) katabolitikus enzimek közbejöttével, mint a lipoprotein lipase (LPL) és lecithin-cholesterol acyltransferase (LCAT). Az LDL cholesterint szabadít fel a sejtmembrán felújításához, és egyben gátolja a cholesterin cellularis synthesisét. A keringő LDL ezek szerint a cholesterin-synthesis feedback gátlása útján regularizálja a sejtek cholesterin tartalmát. Az arteria sejteji lipoprotein lebontására képesek. A VLDL-t az endothelialis sejtek metabolizálják, a productum — az LDL — az endotheliumon átfiltrálódik és a simaizom sejtek a subintimában felveszik. Az eddigi vizsgálatok szerint a VLDL és az LDL atheromára predisponálnak, de az még nincs eldöntve, hogy a VLDL független variánsként hat-e az arteriális elváltozás kiváltásában.

Jelenleg az atherosclerosis szempontjából a high density (magas sűrűségű) lipoprotein (HDL) került a figyelem középpontjába. Olyan megfigyelések vannak, hogy alacsony koncentrációjú HDL elősegíti az atheroma kifejlődését. 1953-ban Nikklä jelezte, hogy ischaemiás cardiomyopathiában normális összeholesterol mellett szignifikánsan alacsony HDL-szintet talált. Ezt

jó ideig nem vették figyelembe, amíg 1975-ben Miller és mtsai kimutatta, hogy az alacsony HDL-szint gátolja az érfalból a koleszterin clearancet, és ezért gyorsítja az arteriosclerosis kifejlődését. Később a framinghami vizsgálat 4 éves követéssel ugyancsak jelezte a szoros fordított korrelációt a HDL-szint és az ischaemiás szívbetegegek között. Ugyanakkor az LDL-nél csak gyenge pozitív korrelációt találtak. Újabb peripheriás vascularis betegségben a HDL apolipoproteint találták szignifikánsan alacsonyabbnak. Mindemellett nem minden vizsgáló erősítette meg ezt a fordított korrelációt a HDL-nél. Így pl. diabetesben az LDL pozitív korrelációja az érbetegségekkel szorosabb, mint a HDL negatív össze függése.

A HDL mint elsődleges meghatározója az érbetegségnek, klinikailag sem egyértelmű, például familiáris hypercholesterinaemiában emelkedett LDL mellett szívinfartusban gyakori a korai halálozás. Tangier betegségben, ahol alig van HDL, nagynak kellene lennie a veszélyeztetettségnek, de ez még sincs így, a betegek nagyerei gyakran a középkort meghaladva is épek maradnak. Ebben a betegségben a cholesterin a reticuloendothelialis rendszerben halmozódik fel, és nem az artériákban, bár itt hiányzik a HDL védő hatása. Ezek a jelenségek az ellen szólnak, hogy a HDL-nek elsődleges szerepe lenne az atheroma kifejlődésében.

Ha mégis van valóban protectiv szerepe a HDL-nek, annak mechanizmusát nem ismerjük. Lehetséges, hogy a VLDL C-apoproteinjének reservoirja; az LCAT enzim elsődleges substratuma; a perifériás sejtekből a koleszterin fölőleget elmozdítja és a májba visszashállítja. Az is lehet továbbá, hogy az LDL sejtlterakódását gátolja.

Ha valóban igaz, hogy a HDL emelkedett koncentrációja gátolja az arteriosclerosis kialakulását, ebből jelentős terápiás következtetés vonható le. Az LDL csökkentésének jó terápiás hatása ismeretes, az előző azonban még bizonyításra szorú. *Széplaki Ferenc dr.*

**Alvási apnoe syndroma. (Alvási légzésmegállási syndroma.)** Scherrer, M., Imhof, K. (Universitätsklinik, Pneumolog. Abt., CH 3010 Bern, Inselspital): Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1119.

Már a klinikai légzésfunkciós vizsgálatok korai időszakában érdekes feladatnak látszott a légzésreguláció zavarainak tisztázása. Olyan betegek eseteit írták le, akiknek arterialis hypoxaemiával és hypercapniával járó légzési elégtelenségük volt. Az állapotot centralis alveolaris hypoventilációs syndromának (Ratto, O. és mtsai), essentialis alveolaris hypoventilációnak (Hadorn, W. és mtsai) nevezték el. A kórképet extrém kövér-

séghez társuló légzésszabályozási zavarral magyarázták. A 70-es évek kezdete óta a megfigyelések azzal egészültek ki, hogy a zavar éjszakai alvás közben fokozódik: éber állapotban ugyanis a hibás és elégtelen alvási automatizmust számos külső behatás fedheti el. Nem vonható éles határ a Pickwick-syndroma éjjel-nappal súlyos hypercapniás-hypoxaemiás állapotai, a kövérek súlyos intermittáló éjszakai hypoxaemiás állapotai és éjszakai mérsékelt O<sub>2</sub>-hiányos állapotok között. Csökevényes formákat is leírtak. Mély NREM alvásban is megtalálhatók 10 sec-nél hosszabb időtartamból álló alvási apnoe állapotok, amelyek intermittáló O<sub>2</sub>-desaturációhoz vezetnek; fiatal egészséges, normál testsúlyú egyénekben az ilyen állapotok mindig 10 sec-nél rövidebb ideig tartanak és kizárólag REM-ben regisztrálhatók, említésre méltó hypoxaemiát pedig soha nem okoznak.

Megkülönböztetnek obstruktív alvási apnoet is, amely a hypopharyngealis légutak elzáródásának következménye, amely a bronchialis eredetű expiratoros obstrukciótól eltérően inspiratoros obstrukció. Alvási apnoeaban a vezető klinikai tünetek közé tartozik, hogy a betegek napközben is időnként leküzdhetetlen álomosságot éreznek és elalszanak étkezés, beszéd, munka közben, gépkocsivezetés közben, melynek következtében egyaránt veszélyeztetettek és veszélyeztetők. Az alvási apnoe a beteg gyorsan hanyatló pszichés állapotot okozhatja (a chronikus alvás-deprivációt kísérő feledékenységgel, ingerlékenységgel, depressióval), amelyet pulmonalis és arterialis hypertensio, reactiv polyglobulia, az életet veszélyeztető éjszakai szívrhythmuszavarok (asystolia, kamrafibillatio) kísérhetnek.

A hypopharyngealis légúti obstrukcióban gyakran nem lehet tudni, hogy az oka vagy következménye a hypoxiának, alvási apnoe-nak. Feltételeznek egy reflexívét, amely a hypopharynx légáramlás-érzékelő receptorából indulna ki, efferensei pedig a légzőközpont kezdeményező hatására stimulálják a nyelvgyök izmait, amelyeknek reflektoros contractiója a nyelvgyököt belégzéskor megemeli. Ez a reflexív károsodhat központilag: agytörzsben, de inaktíválódhat azért, hogy a légutakat elzáró akadály megszünteti a belégzés légáramát. Az alvási apnoera jellemző még az excessív-beteges horkolás. Ez a jele a fenyegető hypopharyngealis obstrukciónak, ill. a következményes alvási apnoe-nak. Ha kövér egyén jelentősen lefogy, csökken a zsírszövet túltengéséből eredő makroglossia és a következményes horkolás is. A horkolás akár egy évtizeddel megelőzheti — főleg korosodó férfiakban — az alvási apnoe syndromát. Nagy garat-tonsillájú gyermekek is szenvedhetnek alvási apnoeaban, amelyet a tonsillectomia egy csapásra meggyógyít. A „hirt-

len csecsemőhalál” (sudden-infant-death) syndromát is egyre gyakrabban értelmezik alvási apnoe syndromaként, ahol banális nyálkahártyagyulladás vezetne fulladásos halálhoz. Ez esetben az intubatio és tracheotomia oldja meg nyomban az obstrukciós eredetű alvási apnoet. Halmozottan lép fel alvási apnoe myotonia atrophica-ban, Shy-Drager-syndromában, amelyek a musc. genioglossus dystoniájával-dyskinesisével magyarázhatók.

A tennivalók között említik a hypopharynx obstrukció anatómiai okainak, a fejlődési rendellenességeknek (makroglossia, hypo-retrognathia) esetleges megszüntetését, a fogyást, szükség esetén tracheotomiát, intubatióval, éjszakai O<sub>2</sub>-terapiát, légzés-stimulánsok alkalmazását, esetleg elegendő az alvási fejhelyzet megváltoztatása.

*Walsa Róbert dr.*

#### **A remissio időtartam és túlélés alakulása myeloma multiplexben.**

Alexanina, R. és mtsai (Tumor Institute, University of Texas, Houston): Blood, 1978, 51, 1005—1011.

Egyes szerzők megfigyelése az volt, hogy a remissióba hozott myeloma multiplex betegek remissio időtartama és túlélése lényegében azonos, akár részesültek fenntartó chemotherápiában, akár nem. A cikk szerzői e megfigyelést 28 myeloma multiplexes betegükön tett megfigyeléssel igyekeznek alátámasztani. Betegeiket kombinált melphalan + prednisonon terapiával hozták remissióba. A relapsus monitorizálására a myeloma protein-szint újraemelkedését vetették figyelembe, az ismételt remissiót is a myeloma protein-szint újracsökkenéséből diagnosztizálták (figyelembe véve az egyéb kritériumokat is). A fenntartó kezelésben részesülők melphalan, vagy prednison, vagy BCNU-t kaptak. A relapsus alkalmával a fenntartó kezelésben nem részesültek egy ízben sem észleltek chemotherápiás resistenciát. Hangsúlyozzák, hogy a betegek túlélését az initialis terapia eredményessége határozza meg és jelentősen befolyásolja, hogy idejében észlelik-e a relapsust? Mivel a chronikus chemotherapia myelomásokon — egyes észlelések szerint — 6%-ban akut leukaemia kialakulását eredményezi, a fenntartó chemotherapia nélküli observatio mellett foglalnak állást.

*Berkessy Sándor dr.*

#### **Prazosin a phaeochromocytoma diagnosztikájában és kezelésében.**

Wallace, J. M., D. P. Gill (Ziegler 103, Univ. of Texas Med. Branch, Galveston, TX 77550, USA): JAMA, 1978, 240, 2752—2753.

A prazosin, vagy ismertebb néven Minipress a hypertonia kezelé-

sében vált ismertté, s a tapasztalatok alapján igen hatásos szernek bizonyult. A texasi szerzők is ezt a szert alkalmazták egy fiatal hypertoniás betegükön, akinek intramuscularisan adott hydralazin hydrochlorid (ismertebb nevei: Apresolin, Nepresol) nem befolyásolta tensióját. A prazosint kezdetben vasodilatator szerként tartották számon, s csak újabban derült ki róla, hogy postsynaptikus alfa-adrenerg receptor blokkoló hatása is van. Mivel az említett beteg az előzetesen hatástalan hydralazin hydrochlorid után a tensiót normalizálta, a beteg chromaffin tumor irányában kezdtek vizsgálni. A 21 éves, sovány, pakisztáni illetőségű fiatalemberen az 5 hónapja ismert magas vérnyomás hátterében phaeochromocytoma állott, amit nemcsak aortographia segítségével igazoltak (bal oldalon 6×6 cm nagyságú tumor), hanem a catecholaminok is magasak voltak a plasmában is, s a vizeletben is. A normálisan 4–8 mg/24 órás értékkel szemben a beteg vanillylmandulasav ürítése 22 mg volt, a plasma adrenalin szintje 1566 pg/ml volt, a noradrenalin szint pedig még ennél az értéknél is tetemesen magasabb, 6919 pg/ml volt (normál érték az utóbira vonatkoztatva 150–600 pg/ml).

Miután igazolódott, hogy a beteg hypertoniájáért phaeochromocytoma felelős, műtéti előkészítésként 6–8 mg prazosint adtak naponta, és kiegészítésként propranololt. A műtét előtt 1 órával per os 2 mg prazosint és 80 mg propranololt kapott, az anaesthesia diazepam, dinitrogeoxid, enfluran és fentanyl adásából állt. A műtét baj nélkül zajlott le, műtét közben a tensio átmenetileg 185/120 Hgmm-re emelkedett, majd utána gyógyszer nélkül is normális szinten maradt, a catecholaminok szintje normalizálódott. Szövettanilag a Zuckerkandl-szervből kiinduló paraaortikus paragangliomáról volt szó.

Mivel a prazosinnak a postsynaptikus alfa adrenerg receptorokra való hatása előnyös az adrenerg típusú catecholaminok felszaporodásának csökkentésére, felhasználása új területet nyithat a phaeochromocytomában észlelt hypertonia befolyásolására és a biztonságos műtéti előkészítésre.

Iványi János dr.

**Lupus erythematosus disseminatusban észlelhető neuropsychiatriai jelenségek.** Hohmeister, R. Bresnihan, B. Hughes, G. (Hammersmith kórház Rheumatológiai Osztálya, London és Belgyógyászati osztály Bad-Ragaz, Schweiz): Schweiz. med. Wschr. 1978, 108, 2007–2012.

A LED-ben megbetegedett 70 betegük közül 15-ön definitív idegrendszeri tünetek voltak kimutathatók. Az utóbbi években egyre gyakrabban észlelt elváltozások, melyeket

Kaposi már 1872-ben leírt, a gyógyszeres kezeléshez csatlakozó prognózis javulásával párhuzamosan emelkedtek. Anyagukban 16–50 év közötti nőbetegeket vizsgáltak. Alaptünetként vasculitis és arthritis volt kimutatható, amihez pulmonalis és haematologiai elváltozások is csatlakoztak. Idegileg különböző formájú maniaco-depressív tünetek voltak észlelhetők, részletesebb vizsgálattal organikus agyi tünetek (a megfigyelőképesség, tájékozódási képesség, ítéletképesség, emlékezőképesség csökkenése) voltak kimutathatók, mindez egyes esetekben psychosissá formálódott.

A szerzők hivatkoznak Gibson 1968-ban végzett szövettani vizsgálataira, aki LED eseteiben az agyban microvascularis elváltozásokat talált. Eseteikben részletes serológiai vizsgálatokat végeztek, ennek kapcsán a vérben antineurális ellenanyagokat és lymphocytotoxikus anyagokat találtak. Az  $^{15}\text{O}_2$  izotóppal végzett agyi scintigraphiánál az agyi keringésben súlyos kieséseket tudtak kimutatni. Egyéb idegrendszeri vizsgálatok, mint EGG vagy  $^{99\text{m}}\text{Tc}$  scintigraphia, rutin liquorvizsgálatok az agy szöveti szerkezetében csak aspecifikus szöveti elváltozásokat mutattak ki. Az inhalatióban alkalmazott  $^{15}\text{O}_2$  a betegek tüdejében az agyhoz hasonló scintigrammot mutatott.

A scintigraphiás eredményekkel párhuzamosan ezen betegek liquorában a C4 és az IgG csökkent mennyiségben található, ami immunopathologiai eredet mellett bizonyít. Fentiek szerint a LED betegek idegrendszeri tünetei vascularis és immunopathologiai tényezőkre vezethetők egyaránt vissza.

Szántó Endre dr.

**Antihypertensív szerekekkel kapcsolatos szokások a körzeti orvosi gyakorlatban: 4 norvég tartományban végzett felmérés eredménye 1975 októberében.** Baksaas, I. és mtsai (Div. Clinical Pharmacology and Toxicology, The Central Laboratory, Ullevål Hospital, Oslo 1, Norway): Europ. J. clin. Pharm. 1978, 14, 309–317.

A szerzők az átlagosnál kevesebb és az átlagosnál több antihypertensív szert fogyasztó 2–2 norvég tartományban végeztek felmérést a körzeti orvosok körében, az 1975-ös esztendő október havára vonatkozóan. A körzeti orvosok egy kérdőívet töltöttek ki, amiben leírták diagnosztikai és terápiás kritériumaikat és az általuk alkalmazott vérnyomáscsökkentő kezelést.

A megkérdezett körzeti orvosok közül 154 (a kérdezettek 54%-a) válaszolt. A szerzők összesen 3253 betegnek (65% nő, 35% férfi) 1975 októberében felírt 4095 db vérnyomáscsökkentő szert tartalmazó receptet tanulmányoztak át. Kiderült, hogy a körzeti orvosok a be-

tegek 72%-át saját maguk, ambuláns kezeléshez csatlakozó betegek 11%-át küldték szakvizsgálatra, 8%-át kórházba utalták és 5%-át kórházba fektették a szakorvosi vizsgálat után.

Az ambuláns vérnyomásellenőrzések között eltelt átlagos időtartam 4,4 hónap (1–6 hónap) volt. A körzeti orvosoknak közel a fele a fiatal betegeknek először béta-blokkoló adott antihypertenzi-vumként, míg az idősebb betegek inkább diureticumot kaptak a kezelés megindításakor.

Az összesen felírt vérnyomáscsökkentő szerek 50%-a diureticum, 17%-a béta-blokkoló és 33%-a egyéb (alfa-metildopa, hydralazin, guanethidin stb.) gyógyszer volt. A felmérés szerint a körzeti orvosok fele jó hatásúnak ítélte meg a saját maga által végzett kezelést.

Vas Ádám dr.

**Purpura idiopathica thrombocytopenica Hodgkin-kór kapcsán, mint a recidiva korai jele.** Schmitt-Gräff, A. és mtsai (Innere Univ.-Klin., Essen): Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 1839.

A szerzők 37 éves Hodgkin-kóros betegüknek érdekes esetét közlik; a beteg kórfolyamata már két éve ismeretes volt a teljes remissio szakában hirtelen kiterjedt bőr- és nyálkahártyavérzések léptek fel. A beteg körelőzményében hónapok óta sem megelőző fertőzésre, sem gyógyszeresedésre utaló adat nem volt kimutatható. A leletek a lymphogranulomatosis recidivájára, valamint egyidejű idiopathiás, nem másodlagos thrombocytopeniás purpurára utaltak. Ebben az időben, szintén első ízben  $\alpha$ -lánc-paraproteinaemia formájában mutatkozó proteinkémiai anomáliát is észleltek. A beteg következetes chemotherapyában részesült (Vincristin, Bleomycin, Prednison) és mind az idiopathiás thrombocytopeniás purpura, mind proteinkémiai anomália megszűnt és a lymphogranulomatosis ismét teljes remissióba került. Végeredményben a Hodgkin-kórban fellépő idiopathiás thrombocytopeniás purpurát paraneoplasiás immunjelenséggént értékelik.

ifj. Pastinszky István dr.

## Akupunktúra

**A schizophrénia kezelése akupunkturával. Beszámoló három esetről.** J. Kane, W. J. Di Scipio (South Beach Psychiatric Center, 777 Seaview Ave., Staten Island, N. Y. 10305 USA): American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 297.

Kínai források és Kinát járt nyugati szakemberek beszámolnak arról, hogy a schizophréniát Kínában akupunkturával kezelik. Egy norvég szakembercsoport véleménye

szerint akupunktúrás kezelés és pszichofarmakonok együttes adása a schizophrének kezelésében 80%-os eredményességű.

A szerzők kínai torrásmunkák alapján kezdték meg schizophrén betegek kezelését. Részletesen leírják, milyen pontokat szűrtak meg, hogyan bonyolították a kezelést. Kontrollként olyan kezelési periódust alkalmaztak — azonos betegek —, amelyben nem a hivatalos akupunktúra-pontokat, hanem önkényesen felvett ún. placebo-pontokat szűrtak meg. Ezen kívül összehasonlították a beteg állapotát egy olyan periódusbeli állapottal, amelyben csak a megszokott gyógyszeres kezelést kapták a betegek. Az összehasonlításokat a személyzet véleménye és különböző skálák (főleg megfigyelési skálák) pontszámai alapján végezték. A személyzet és a skálákat kitöltők nem tudtak arról, milyen kezelést kap a beteg. Az adatokat a cikk részletesen közli.

Három esetben végezték el a kezeléseket heveny kezdetű, főleg téveseszmékkel, nagy szorongással és indulati feszültséggel vagy autizmussal járó képekben, amelyek gyógyszeres kezelésre nem reagáltak megfelelően. A kínai leírások szerinti akupunktúra-pontok megszűrése minden esetben áramúteszerű érzést váltott ki a betegekben (ez az ún. „te Ch'i”-jelenség az akupunktúrában), ez a placebo-pontok megszűrésakor nem jelentkezett. Az akupunktúrás kezelési periódusnak minden esetben feltűnően jó tüneti hatása volt, a placebo-szűrésos kezelés során, amely az akupunktúrás periódus után következett, az állapot fokozatosan romlott, míg a kezelésmentes (az akupunktúra szempontjából kezelésmentes) szakaszban a romlás kifejezett volt. A szerzők szerint az akupunktúra kedvező hatása a placebo-szűrésos szakaszra is áttért egy darabig. A szerzők még a schizophrénia köréredetére is vonatkoztatják megfigyeléseiket, szerintük az akupunktúra mindig szabályozási zavart szüntet meg, gyakran azonos szűrésű pontokat kell választani túlműködés vagy hiányos működés kezelésében. A schizophréniával kapcsolatosan van olyan elmélet, amely a betegséget a kérgi stimuláció zavarával (túlstimuláltsággal vagy stimulációhiánnyal) magyarázza (arousal-zavarok) az akupunktúra eredményessége ezt az elméletet látszik alátámasztani.

(Ref.: A közleményt csak annak illusztrálására ismertettem, hogy napjainkban szinte minden megjelenhet a szakirodalomban. Az *American Journal of psychiatry* egyike a legtekintélyesebb pszichiátriai szaklapoknak. Alig érthető, hogy ez a cikk, amely a terápiás hatásvizsgálatok szabályait semmibe veszi, miért jelenhetett meg. A hatás magyarázatára igen sok körülmény szolgálhat, ezeket a vizsgálat nem kontrollálta. Hozzá belátni, miért kellett három eset tapasztalatait

ilyen gyorsan közzétenni, miért nem gyűjtöttek még tapasztalatot a szerzők (éppen az akupunktúrával, amelyet könnyen és gyorsan el lehet végezni). Az elmúlt száz év során a schizophrénia számos csodálatos gyógy módját írták le, érdekes kultúrtörténeti tanulmány lenne összegyűjtésük. Most az akupunktúra — amely az idegi eredetű süketsegtől kezdve az összes létező betegség kezelésében oly nagy sikereket mond magáénak — ugyancsak belép ebbe a díszes sorba.)

Buda Béla dr.

## Genetika

**Down-szindróma.** Fuhrmann, V. (Institut für Humangenetik der Universität, Giessen): Dtsch. med. Wschr., 1979, 104, 1055.

Érthető a nagy érdeklődés a családotok és az államkasszát nagy terhekkel sújtó Down-szindrómás (DS) betegek iránt, s ennek megfelelően az utóbbi évtizedben sokat nőtt a diagnosztikai és preventív munka hatékonysága, valamint a statisztikákból nyert tapasztalat. Mindez a régi koncepciók bizonyos újraértékelését teszi szükségessé.

Eddig azt tartották, hogy a szabad 21-triszómiás gyermek testvéreinek semmivel sem nagyobb a kockázata erre a betegségre, mint egy egészséges gyermek testvéreé. Újabb vizsgálatok szerint mégis nagyobb, mintegy 1%-kal, mégpedig éppen ott, ahol az anya 35 év alatti, tehát fiatalabb (!). Oka nem ismeretes; sok egyéb negatívum mellett megemlíthető, hogy nem sikerült az ismétlődési rizikó emelkedettségéért valamelyik szülő kromoszóma mozaik karyotypusát sem bűnbaknak állítani. Ma már viszont határozottan kimondják: nincs sok értelme a 21-triszómiás beteg szülein végzett kromoszóma vizsgálatnak.

Nincs emelkedett ismétlődési rizikó a kromoszóma mozaicizmus kiváltotta DS-sok testvéreire nézve. Annál nagyobb az ilyen beteg utódaira nézve. Egészen más a helyzet a transzlokációs triszómiás alapon mongolizmusban szenvedőknél. Ez a forma, mint ismeretes, gyakoribb fiatal anyák gyermekeiben, mint idősebbekben. Bár a szülői karyotypus rendszerint itt is normális, de ez nem biztos, itt tehát kötelező a szülők kromoszóma vizsgálatát: ennek alapján már megadható ugyanis a további utódok veszélyeztetettségi százaléka, amely extrém esetben akár 100% is lehet. Ha a genetikus a szülőknél, kik látszatra egészségesek, „kiegyensúlyozott” transzlokációt derít fel, még egészségesnek látszó gyermeküket is meg kell vizsgálni, mert ő is hordozó lehet. Itt is történt szemléletváltozás: azelőtt, ha felderítették egy ilyen hordozót, ellenjavallták további gyer-

mek nemzését. Ma a prae-natalis diagnosztika, a magzatvíz foetalis sejtjeinek vizsgálata révén annyira korán megtudható, ha a foetus transzlokációs triszómiás, tehát DS-jelölt, hogy a terhesség még időben megszakítható.

Az amniocentesis (AC) klasszikus indikációja az idősebb korcsoporthoz tartozó anyák terhessége esetében ma is fennáll. Meglepő módon az újabb statisztikák még magasabbra taksálják azt a veszélyt, hogy utódok DS-s lesz. Például, a 40—44 év közötti terhesek újszülöttjeire nézve a régebben megadott 1,2%- helyett 2,5%-ban jelölik meg a 21-triszómiát veszélyt. Vitatják az okát, lehet ugyanis, hogy szó sincs gyakoribbá válásról, csak az elterjedő AC a 16. terhességi hét idején olyan eseteket is felfed, amelyekben később és spontán amúgy is elvetélt volna a DS-jelölt.

Nemrég feltűnést keltett egy új festési eljárás, amely az apát teszi felelőssé a fölös számú gyermeki kromoszómáért, s nem is jelentéktelen százalékban, csaknem az esetek negyedében. Még nem tudjuk, mekkora lesz ennek a jelentősége, a megbízható utánvizsgálatok még hiányoznak. Annyi azonban biztos, hogy nem árt, ha kicsit odafigyelünk az apák életkorára is (amely a 40 fölött szülő feleség mellett rendszerint szintén magas); akkor is, ha fontosságának mértéke ma még ismeretlen.

A szerző foglalkozik az AC veszélyeinek kérdéseivel is. Objektív álláspont nehezen alakítható ki, mert az AC-t követő vetélések okozati értékelése rengeteg szubjektív megítélés függvénye. Elég, ha arra utalunk, hogy az AC-t sokszor éppen az imminens ab. miatt végzik el. „Mindent” figyelembe véve, 0,3—1,0% között lehet a reális veszély arra, hogy felelős az eljárást követő vetélést. Az anyát fenyegető veszély, amely alatt elsősorban a fertőzés értendő, nem nagy, kb. 1%-re tehető, s a technika javulásával nagyrészt eliminálható lesz. A foetus AC következtében korai terhességben nagyon ritkán sérül, csak később válik helyzete rögzítetté, s ha ilyenkor végeznek AC-t, a sérülés veszélye már nagyobb, de más anyai-gyermekei szövődemény is gyakoribb. E körülmények arra figyelmeztetnek, hogy az AC indikációs területét szigorúan körül kell határolni; mindig a genetikai tanácsadás döntson felőle. 38 év feletti terheseken feltétlenül ajánlatos elvégezni, 35 és 37 év között azonban az indikáció csak relatív.

(Ref.: a Down-tanulmányt olvasva, annak konkrét mondanivalóján túl, felvetődik a kérdés, vajon a tudomány fejlődése nem csupán arra volt-e jó, hogy megsokszorozza a problémákat? Ugyanis tényleg ez történt. De irigyeljük-e a vakokat, mert „védtett férfiak” a tisztánlátás ellen? ...)

Forrái György dr.



# PHENYLBUTAZON

*kenőcs*

## ÖSSZETÉTEL

1 tubus 1 g phenylbutazonumot tartalmaz 20 g lemosható kenőcsben.

## JAVALLATOK

Különböző mechanikus és kémiai behatások okozta bőrgyulladások. Kis kiterjedésű I. és II. fokú égési sebek, napégés. Intravénás és intramuscularis injekciók beszűrési helyén keletkező bőrgyulladások, rovarcsípés. Inflammált nodus haemorrhoidalis. Felületes thrombophlebitis helyi kezelésében, ezen indikációs területen a készítmény nem az anticoagulans-kezelés helyettesítésére, hanem kiegészítésére szolgál. Traumás lágyrészsérülések, duzzanatok, haematomák, izom- és ínhúzódás, amputációs csontfájdalom. Rheumatoid arthritis és arthrosis, synovitis, tendinitis, tendovaginitis adjuváns kezelése.

A mély vénák thrombophlebitisének kezelésére a készítmény nem alkalmas.

## ADAGOLÁS

Naponta 2—3-szor az érintett bőrfelületet, dörzsölés nélkül, vékonyan bekenjük.

## MEGJEGYZÉS ✕

Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

## CSOMAGOLÁS

1 tubus (20 g) 2,— Ft



**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST**

# MYCOSOLON<sup>®</sup>

kenőcs

## ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconazolomot és 0,25% mazipredonumot tartalmaz.

## HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás, viszketéscsillapító hatását.

## JAVALLATOK

Dermatophyták vagy más, gombák által kiváltott, kifejezett gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladós ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

## ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1—2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig. Fülinfekció esetén: naponta kétszer vezetünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

## MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

## ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bányahimlő.

## MEGJEGYZÉS ✕

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhaneműkből pedig kimosható.

„Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.”

## CSOMAGOLÁS

15 g -os tubusokban  
Térítési díj: 3,90 Ft



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

**Cytogenetikai bizonyíték egy-  
petéjű ikrek acut leukaemiájának  
intrauterin eredetéről.** Chaganti, R.  
S. K. és mtsai (Dept. Pediat., Me-  
morial Sloan-Kettering Cancer  
Center, 1275 York Ave., New York,  
N. Y. 10021): New Engl. J. Med.  
1979, 300, 1032.

Az egytetéjű ikrek egyikében  
jelentkező acut leukaemia az ese-  
tek 20%-ában rövid időn belül az  
ikerpár másik tagjában is kimu-  
tatható. Emellett az ilyen concor-  
dans megbetegedések jóval fiatal-  
abb korban jelentkeznek, mint a  
gyermekkori leukaemiák általán-  
ban. Ez arra a lehetőségre utal,  
hogy az ikrek egyikében létrejött,  
egyetlen sejtől kiinduló leuka-  
emiás transformatio a közös kerin-  
gés révén mindkét magzatban to-  
vább burjánzik. Erre eddig három  
cytogenetikai megfigyelésből kö-  
vetkeztettek.

A szerzők esetében a 21 éves  
anya előző házasságából egy  
Down-kóros és egy egészséges fiú  
született. A második férjtől származó  
monozygota fiú ikrek egyikét  
15 hónapos korában sápadtság,  
bőrvérzések, hepatomegalia és nyi-  
rokcsomó-duzzanat miatt vették  
fel. A laboratóriumi és cytologiai  
leletek acut lymphoid leukaemiát  
igazoltak. Az ikerpár másik tagját  
egy nap múlva kivizsgálásra fel-  
vették, és benne ugyancsak lym-  
phoid leukaemiát találtak. A ke-  
zelés megkezdése előtt mindkettő-  
jüktől chromosoma-vizsgálatot vé-  
geztek a csontvelő-sejtekből. Mind-  
két gyermekben a mitosisok több-  
sége 47 chromosomát tartalmazott;  
hiányzott az 1-es chromosoma  
hosszú karjának distális része az  
1Q22-es sávától, ugyanakkor a 2-es-  
nek megfelelő nagyságú számfelet-  
ti marker chromosomát találtak.  
A karyotypus tehát mindkét be-  
tegen 47,XY,del(1)(q22), +mar2  
volt. Az indukciós kezelést remis-  
siót eredményezett, a csontvelő  
chromosoma-képe ekkor mindkét  
gyermekben normális volt.

Az eredmények megerősítik azt  
a feltevést, hogy a leukaemia az  
ikrek egyikében egyetlen sejtben  
kialakult transformatio eredmé-  
nye, s mindkét gyermekben ugyan-  
azon monoclonalis burjánzásról  
volt szó.

Méhes Károly dr.

**Emberi Y chromosoma varián-  
sok normális és kóros újszülöttek-  
ben és apjukban.** Beltran, I. C. és  
mtsai (Dept. Genet. Univ., Fores-  
terhill, Aberdeen, AB9 2ZD, Scot-  
land): Ann. Hum. Genet., Lond.  
1979, 42, 315.

18, legalább két fejlődési hibá-  
val született és 27 egészséges fiú  
újszülött és apjuk chromosomáit  
tanulmányozták C-sávfestéssel.  
Minden személytől 5 karyotypust  
elemeztek, és az Y chromosoma  
abszolút hosszán belül az eu- és  
heterochromatikus rész arányát  
vizsgálták. Eredményeik megerősítik

azt a korábbi megfigyelést,  
hogy az euchromatin és főleg a  
heterochromatin hosszában nagy  
egyéni különbségek vannak, és ez  
öröklődő vonás. Az ép és kóros  
csecsemők, ill. apjuk Y chromoso-  
májának hossza és szerkezete kö-  
zött nincs számottevő különbség.  
A köldökvérből készült preparatu-  
mokban az Y kondenzáltabb, mint  
a vénás vérből nyert tenyészetek-  
ben. Ezt az Y/F index használata  
sem tünteti el, de ezt figyelmen  
kívül hagyják az Y hossza és egyes  
kóros állapotok, valamint a bünö-  
zés összefüggésének vizsgálatakor,  
ahol kontroll csoportnak szoktak  
újszülöttadatokat használni. A kö-  
ldökvérből vizsgált mitosisok érté-  
kelése meghamisíthatja az ilyen  
felméréseket.

Méhes Károly dr.

**Familialis cerebralis gigantizmus.  
— Újabb adat az autosom domi-  
nans átörökléshez?** P. Goumy és  
mtsai (Clinique Médicale Infan-  
tile, Hôtel-Dieu, 63000 Clermont-  
Ferrand): Pédiatrie, 1979, 34, 249.

A elváltozt Sotos írta le, és ő  
nevezte el cerebralis gigantizmus-  
nak. Bár azóta számos hasonló  
közlés jelent meg az irodalomban,  
a familiális megjelenés szokatlanul  
ritka. Ezért, valamint mert az ed-  
digiek csak klinikai adatokat tar-  
talmaznak, tartják érdemesnek  
közlésre megfigyelésüket, amikor  
a bántalmat egy családon belül  
két testvéren észlelték, s ugyan-  
azokat az eltéréseket az anyán is  
— bár kisebb mértékben — meg-  
figyelték.

Az elváltozás fő jellemzői: fa-  
cialis dysmorphia (előreugró hom-  
lok, hypertelorismus, prognathia,  
mélven ülő fülek, gótikus szápad),  
a már korán megmutatózó, a kor-  
társakhoz mérten nagy testsúly és  
-hossz, előreszaladt csontkor, env-  
he debilitás. A dermatoglikák ta-  
nulmányozása nem hozott eltérést,  
ellentétben az irodalmi közlések-  
kel.

Esetükben stimulálásra a növe-  
kedési hormon elválasztás norma-  
lisnak bizonyult. A szérum-amino-  
savakat mérsékelten fokozottnak  
találták, bár ennek jelentősége vi-  
tatható. A két testvérnél a pro-  
vokált hyperglükemia-teszt vi-  
szonylag gvene insulinaemia-  
emelkedést eredményezett. Az EEG  
némileg meglágyabbodott elektro-  
encephalogramra utalt. Az egyik testvéren  
elvégezték pneumoencephalogra-  
phián envhe kamratáulat volt  
észlelhető. A karyotypus mindkét  
gyermekben normális volt. A szü-  
lők nem vérrokonok; a többi hoz-  
zártartozón gigantizmust nem sike-  
rült kimutatni.

A szerzők, megfigyelésüket az  
irodalomban hasonló esetekkel  
összevetve, megállapítják, hogy  
azok a bántalom hereditár jellege  
mellett szólnak. A két testvérnél  
és az anyánál előfordult bántalom  
autosom dominans öröklődésre

utal, míg az a körülmény, hogy a  
család felmenő tagjainál azt fel-  
ismerni nem sikerült, az anyánál  
fellépett mutáció lehetőségét veti  
fel. Hangsúlyozzák, hogy jelenleg  
sem a genetikai, sem az endokrin  
hipotézis nem magyarázza egyér-  
telműen a klinikailag jól felismer-  
hető szindróma természetét és pa-  
togenézisét.

Kövér Béla dr.

**A nagy Y chromosoma (Y q+)  
és a fokozott abortusveszély.** J.  
Nielsen (Cytogenetics Laboratory,  
Århus Psychiatric Hospital, Riss-  
kov, Denmark): Clin. Genet., 1978,  
13, 415.

Szelektált csoportokról közre-  
adott tanulmányok, valamint Patil  
és Lubs cikke alapján felvetődött  
a kapcsolat a családban előforduló  
Y q+ és fokozott abortus frekven-  
cia között.

A szerző 11 148 újszülöttről 58  
olyan fiút talált, kiknek Y/F in-  
dex  $\geq 1,00$ . Ezen fiúgyermek  
anyjánál 22% volt a megelőző  
abortus frekvencia, szemben a nor-  
mális karyotypusú gyermekek  
anyjainál észlelt 13%-os vetélsé-  
gyakorisággal. (A különbség szig-  
nifikáns.)

Külön érdekessége a közlemény-  
nek, hogy más chromosoma va-  
riánsok eseteiben a kontrollhoz ké-  
pest nem fokozott szignifikánsan  
a vetélségi gyakoriság. (Rövid Y-nál  
12%; autosomal trisomia vagy  
deletiónál 18%.)

A szerző eredménye meggyőzően  
támasztja alá Patil és Lubs meg-  
figyelését, mely szerint közel 5000-  
es chromosoma vizsgálatuk során  
a nagy Y chromosomás fiúk anyjá-  
nál 33%-os az abortus frekvencia.  
Úgy tűnik tehát, hogy az apai  
nagy Y chromosoma a fokozott ve-  
télségi veszély hordozója.

(Ref.: A referáló örmével buk-  
kant rá Papp és mtsai nevére a  
cikk bevezető mondataiban.)

Wilhelm Ottó dr.

**t(13;14)(p11;p11) apai translo-  
catióhoz társult 4p monosomia.**  
J.-C. Lambert és mtsai (Nice és  
Marseille): Pédiatrie, 1979, 34, 167.

Hirschhorn, majd Sidbury előze-  
tes megfigyelései nyomán, 1965-  
ben Wolf egy tünetcsoportot írt le,  
ami a 4-es chromosoma rövid kar-  
jainak deletiójához kapcsolódik.  
Eddig mintegy 45 esetet ismer az  
irodalom. A szerzők által ismerte-  
tett eset semmi klinikai vagy cyto-  
genetikai különlegességet nem mu-  
tat; eredetiségét az adja, hogy a  
szülők egyikénél a címben említ-  
ett translocatiót észlelték. Táblá-  
zatban közlik az irodalmi ismere-  
tek és saját esetük kapcsán a 4p  
monosomiához kapcsolódó főbb  
klinikai tüneteket: alacsony szüle-  
tési súly, microcephalia, széles gla-  
bella, ugyanitt haemangioma, hy-  
pertelorismus, epicanthus, szem-,

fül-, orr-rendellenességek, ajak-szájpadhasadékok, micrognathia, a csontok, szív, genitáliák változó fejlődési rendellenességei, testi és psychomotoros retardatio. A tünetegyüttest — amely nem mindig teljes — Wolf-szindrómának is nevezik. Saját és az irodalomból ismert hasonló esetek kapcsán részletesen elemzik, hogy a különböző szülői translocatióknak mi lehet a szerepe a 4p monosomia kialakításában, a cranio-facialis dysmorphia létrejöttében. *Kövér Béla dr.*

## Perinatalis kérdések

**Az intenzív kezelésben részesült újszülöttek prognóza: psychomotoros fejlődés az első életévben.** Bossi, E., Stamm, B. (Abteilung für Neonatologie, Medizinische Universität — Kinderklinik, Bern): Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1979, 109, 215—219.

Az újszülöttellátás intenzív szabályainak bevezetése óta nemcsak a neonatalis mortalitás, de a *neurológiai morbiditás* is jelentősen csökkent világszerte. Ennek figyelembevételével a szerzők vizsgálták azokat a veszélyeztetett kora- és érett újszülötteket, akik 1974—1976-ban a berni Gyermekeklinikán állottak kezelés alatt, abból a szempontból: *neurológiai értelemben* (cerebral-motorikusan) szenvedtek-e — és milyen fokú — ártalmat. Ezen kívül arra is lehetőséget kerestek, hogy a veszélyeztetettek *utógondozásának* módszereit ellenőrizték és finomították.

Az említett idő alatt 616 újszülöttet ápoltak — minden esetben valamilyen panasszal — az intenzív részlegben. Közülük 330 (54%) szigorú kritériumok alapján is veszélyeztetettnek volt tekinthető. Utóvizsgálatban 287 csecsemőt sikerült részesíteniük 3 és 42 hónapos korban (átlag 15 hónap). Megállapították, hogy ennek a különösen veszélyeztetett csoportnak 100%-a *jelentősen terhelt* maradt, míg 24%-uk enyhe abnormitást jelzett.

Ezeket az adatokat Svájcban nem könnyű átszámítani az összújszülött populációra országos vagy nagyobb regionális méretekben. Az irodalomból ismert, hogy a cerebral-paresis ma a gyermekpopuláció *mintegy 2 ezrelékére* becsülhető. Ez a szám az utóbbi 20 évben *alig változott* annak ellenére, hogy közben az újszülöttek mortalitása — az intenzív ellátás szabályainak következetes keresztvételével — lényegesen csökkent.

Az első élethónapon belüli halálozás például Svájcban 19-ről 9 ezrelékre csökkent. Az újszülöttkort tehát jóval több csecsemő élte túl, s ennek ellenére a cerebralisan-motorikusan károsodottak száma nem növekedett.

A szerzők eredményeihez hasonló következtetésekhez jutottak Lausanne-ban is. A rizikó-újszülöttek

között 8,1%-ban találtak jelentős és 5,5%-ban enyhe motorikus eltérést; viszont 15,3% szellemekben és fejlődésbelileg is visszamaradott volt. Ezeket az adatokat azonban nem szabad *abszolút szinteknek* tekinteni. „Pillanatnyi” helyzet ez, hiszen a fejlődés útja nyitott, s ez további eredményekkel kecsegtet (a terhesgondozás jobb megszervezése, a szállítás részletes kiépítése, az utógondozás finomítása stb.).

Az újszülöttkori *görcsökkel* járó állapotokat viszont mindenképpen súlyosan kell megítélni. Saját tapasztalataik szerint 15 hónapos korban ezeknek 29%-a súlyosan, 13%-a enyhén károsodott. Más szerzők adatai is hasonlóak. Brown és mtsai (Lancet, 1972, I., 135—139.) a nem metaboliális okok miatt görcsölők között csak 13%-ban talált normális agyi fejlődést, Wolpe pedig (New Engl. J. Med. 1973, 289, 413—416.) az asphyxiát követő görcsökben szenvedők között a későbbiekben is csak 10—20%-os normál fejlődést mutatott ki; az ugyanilyen csoport Roth és Münger disszertációjában (1977) szintén csak 25%-os normális fejlődéssel szerepel.

Hangsúlyozni kell az *utógondozás fontosságát*. Saját betegek közül 13% az értesítés ellenére sem jelentkezett utókezelésre. Bár ez nem tűnik magas számnak, mégis célszerű tovább csökkenteni az által is, hogy az újszülött részlegről történő elbocsátás során olyan zárójelentéssel látjuk el a csecsemőt, amely informatív minden perinatalis részletről, bármilyen új körzetbe vagy orvoshoz kerül is fiatal élete során. *Kiss Szabó Antal dr.*

**Kifizetődő-e a társadalomnak az újszülöttek intenzív gondozása?** Prod'hom, L. S. (Szerkesztőségi kommentár.) (Service de pédiatrie, CHUV, Lausanne): Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1979, 109, 213—214.

Az utóbbi években a magzat és az újszülött fiziológiájával kapcsolatos ismereteink rohamosan bővülnek, elsősorban a biomedicinális technológia tökéletesedése következtében; ennek a neonatalis mortalitás gyors csökkenése lett az eredménye.

Egyidejűleg azonban egyre inkább felmerül egy sürgető kérdés mind orvosi körökben, mind a széles publikumban, és pedig az, hogy ez a fáradságos munka és tetemes költség, ami rövid távon ugyan az életben maradtak számának növekedéséhez vezet — tehát nemes célt szolgál — nem visze-e el hosszú távon oda, hogy felszaporodik a testi-szellemi sérültek száma. Így az egyik intenzív gondozás kényeszerűen életre hív egy másik — sokkal terhesebb — intenzív gondozási rendszert.

Rawlings és mtsai (Lancet, 1971, I., 516—519.) összefoglalták azokat a tapasztalatokat, amelyeket a tartósan gépi-lélegeztetett és oxigén-

nel kezelt újszülöttekkel szereztek. Bebizonyították, hogy a súlyosan veszélyeztetetteknek túlnyomó többsége — pontosan 87%-a — semmiféle psychomotoros károsodást nem szenvedett és mutatott a későbbiekben. Ez mintha kissé szemben állana az intenzív központok addigi hagyományos tapasztalataival; különösen, ami a koraszülötteket illeti. Am az első ilyen jellegű közléseket továbbiak is követték, amelyek hasonlóképpen arra a következtetésre jutottak, hogy a súlyos ártalom fenyegetésében élő újszülöttek megfelelő kezelésével a normális psychomotoros fejlődés útjára indítható a csecsemő. Ebben a kérdésben — úgy látszik — meg egyező a svájci gyermekorvosok véleménye.

Az eddigiek számbavételével itt lesz kötelességünk megállani egy pillanatra. Vannak ugyanis bizonyos problémák, amelyekkel szembe kell néznünk, különösen a metodikai vonatkozásokkal. Hol van, vagy lesz az intenzív újszülöttellátás határa? Mi a biztosíték arra, hogy még a szülések és a gyermekorvosok közötti jól egyeztetett munka is nemcsak az újszülött-halálozás visszaszorítását hozza magával, hanem javítja a túlélő populáció szellemi minőségét is. Jól kell figyelnünk arra, amit ma teszünk, mert a későbbiekben ez marad az egyetlen mérce annak felmérésére, hogy milyen is az intenzív újszülöttellátás haszna és jövője. Kecsegtető eredményeinkkel ne hogy úgy járjunk, mint aki elszalasztja saját babérjait: a perinatalis tömegmunka ugyanis könnyen megtermi a maga nem kívánatos gyümölcsét. Fordítsunk ugyan minden rendelkezésre álló erőt az intenzív újszülöttellátásra, de még ennél is többet a megelőzésre. E ponton azután a terhesgondozás kérdései nyomulnak előtérbe, mert minden további munkánk ennek lesz a függvénye. Meg kell vagy kellene tanítani a terhest az elemi fiziológiai ismeretekre, a normális életvitelre, hogy elkerülje azokat a veszélyeket, amelyek komplikációval járó terhességhez és szüléshez vezetnek. Nem csekély feladat ez, hiszen jelenleg csupán Svájcban 75 000 új anyáról van szó évente.

Azt sem szabad szem elől téveszteni, hogy a kultúrországokban a születések száma évről évre csökken (Svájcban például 1964-ben 113 000, 1977-ben 73 000). Ez még inkább előtérbe hozza a kérdést, hogy a gyermek szüléséhez kötelességünk optimális feltételeket biztosítani. A jövő szociális biztonsága érdekében a terhes számára szabad utat kell adni a preventív gondozás abszolút elsőbbségének.

*Kiss Szabó Antal dr.*

**A massachusettsi perinatalis centrum tapasztalatai.** Knuppel, R. A. és mtsai (Massachusetts Department of Public Health): *New England Journal of Medicine*, 1979, 300, 560—562.

Az amerikai szülészek és nőgyógyászok kollégiuma annak idején arra ösztönözte a szakembereket, hogy szervezzék meg a terhes- és újszülöttgondozás *regionális centrumait*, a csecsemőhalálozás 10 ezrelék alá szorításának érdekében. Az addig szerzett tapasztalatok már elégséges ismeretet szolgáltatottak a rendszer kiépítéséhez. Az életre hívott központok munkájának hamarosan megmutatkozott az eredménye, különösen az *1500 g születési súlynál éretlenebbek* csoportjában.

Az itt végzett tevékenység egyre inkább ismertté lett az orvosok előtt és a centrumba szállítás aránya ennek megfelelően évről évre növekedett. Manapság a figyelem egyre inkább a *terhes nő felé* irányul, abból az elgondolásból kiindulva, hogy a szülés körülményei által veszélyeztetett magzat inkább kerüljön *in utero* a centrumba, mint megszületés után mégoly gondos felügyelet mellett is — *inkubátorban*. Ebben a tekintetben az USA egyes államai máris felismerték az anyagi támogatás szükségességét.

A bostoni központ — amelyről a beszámoló szól — különféle centrumokkal rendelkezik. A szülések száma évi 3000 körül van, de az intenzív egységben ápoltak száma is megközelíti az 1000 főt.

A terhesek részére biztosított intenzív egység 6, a neonatológiai centrum pedig 25 ágyas. Gyermekorvos, neonatológus szakember, rtg. és ultrahang technikában járatos szakorvosok, behívható sebész, pulmonológus és infektológus, valamint a vérminták szokásos vizsgálatára szolgáló központi laboratórium a hét minden napján 24 órás szolgálatot teljesít. A centrumok munkája genetikus tevékenységével egészül ki.

A területi beküldő orvos számára *három lehetőség adódik*, amennyiben a veszélyeztetett terhest intézetbe szállítani kényszerül. Egyfelől páciensével jöhet és ott a szülést levezetheti *saját maga*; másfelől beküldheti a terhest teljes *intézeti ellátásra*, végül kérheti külön a *perinatológiában otthonos szakembert*, hogy kellő időben adja meg a megfelelő szükséges segítséget az újszülöttnak. Az ilyen jellegű választási lehetőség elosztja azt a fenntartást, mintha zárt kórházi csoport *kisajátítaná* a területről beküldöttek ellátását.

Ilyen körülmények között a vizsgált két év alatt (1976—1978) *1720%-kal emelkedett* az *in utero* beszállított magzatok száma, ezzel egy időben viszont 35%-kal csökkent a már megszületett csecsemők küldése. *Az arány tehát eltolódott az in utero szállítás felé*, ami minden-

képpen kívánatos a veszélyeztetett terhességben.

A centrumba szállítás leggyakoribb okának a *koraszülési panaszok* jelentkezése bizonyult, így az újszülöttek 85%-ának volt a gestációs kora kevesebb 37 hétnél. Az anyák átlagban 11,2 napig tartózkodtak a kórházban, de a beküldöttek 12%-át — mivel kiderült, hogy intenzív ellátást nem igényel — még a szülés előtt visszajuttatták a beküldő intézménybe. *Anyai halálozások* a vizsgált időszakban nem volt. A nem tisztított *perinatalis mortalitás* (a 20. terhességi héttől a 28. napos újszülöttkorig) 118 ezreléknek adódott. Amennyiben azonban a vele született fejlődési rendellenességekre és a már végzetes foetalis hypoxiára a korrekciót elvégezték, akkor a 28. terhességi hét fölött magzati veszteségük nem volt.

A tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a *regionális centrumok életképesek*, és munkájukkal az orvosok és szülők megelégedettek; az ilyen központ jelentősen hozzájárul a perinatalis mortalitás csökkentéséhez. Eddigi tapasztalat az is, hogy lényegesen javítható a perinatalis mortalitás, ha a 26—28. terhességi hétre bekövetkező szülésekhez *igen aktívan* áll hozzá az orvosi ellátás. Egy ilyen regionális program természetesen figyelemmel az amerikai magánpraxis központúságra, csak úgy vihető keresztül, ha a területi szülészorvosok segítő szándékkal állnak a kérdéshez, és megértik az intenzív ellátás fölényét minden veszélyeztetett terhességben. Az eddigi tapasztalatok biztatóak a jövőre nézve.

Kiss Szabó Antal dr.

**Az újszülöttek szűrése congenitalis hypothyreosisra.** Farriaux, J. P. és mtsai: *Nouv. Presse Méd.* 1978, 7, 3241.

A congenitalis hypothyreosis klinikai jelei bizonytalanok az első élethónapban, a hormonális kezelés eredménye viszont a korai kezeléssel mutat kapcsolatot. Mindezért szükséges a korai szűrés, a phenylketonuriához (PKU) hasonlóan.

A szerzők táblázatban mutatják be a pajzsmirigyműködés fiziológiáját, fejlődését, Fisher szerinti négy stádiumát. A placenta a TSH és a pajzsmirigyhormonok számára (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>) gyakorlatilag átjárhatatlan, és jelentős koncentrációkülönbség mutatható ki. Az újszülöttkorra jellemző pajzsmirigyműködések: derua, jelentős TSH-szint emelkedés az első 30 percen, amit 24—48 óra múlva normális szintre (10  $\mu$ E/ml) való csökkenés követ; gyors T<sub>3</sub>-szint emelkedés (3—4-szeres) az első életnapon; T<sub>4</sub> gyakorlatilag nem változik 2—3 napos életkortól egy hónapig, 10<sup>4</sup>  $\mu$ g/100 ml körül; az rT<sub>3</sub> (T<sub>3</sub> reverse) progressive csökken, kb. az 5. naptól normális szintű; a

TBG (thyroxin-kötő globulin) szint magas. Az újszülött pajzsmirigyhormonjainak szintjét jelentősen befolyásolja a szülési stressz, a szülés lefolyása, és az anyai oestrogen-szint, valamint a gestációs kor.

A szerzők hangsúlyozzák a PKU-hoz hasonló papírkorong szűrőpapíron végzett szűrővizsgálatok jelentőségét, megbízhatóságát, a congenitalis hypothyreosis szűrésére. Különösen a TSH és T<sub>4</sub> együttes radioimmunológiai módszerrel történő meghatározása ad megbízható felvilágosítást.

Saját, több mint 500 000 újszülött szűrése során nyert tapasztalataikat foglalják össze, amelyeket a T<sub>4</sub> és/vagy TSH meghatározásokkal végeztek. Gyanús esetek kiszűrésére ez a módszer kiválóan alkalmas; pozitívitás esetén részletes hormonológiai kivizsgálást javasolnak. Mindössze két tévesen negatív eredményt észleltek. A próba megítélését nehezíti az a tény, hogy a thyroxin a női tejbe átjut, szopós csecsemőknél elfedheti a pathológiás folyamatot. Ilyen esetben a vizsgálat ismétlése javasolt.

Táblázatban ismertetik a hypothyreosis különböző típusainak elkülönítésében fennálló hormonszint-eltéréseket.

A kórkép gyakoriságát, eredményeik alapján, 1/5000-ben adják meg. Bár a szűrés jelentős anyagi kihatású, mellette szól az a tény, hogy a korai klinikai diagnosztika rendkívül nehézkes, a kezelés eredménye pedig ettől függ, és kevés a téves eredmény. Ellenérvként egyedül költséges volta vitatható.

Ambró Irma dr.

**Congenitalis hypothyreosis rendszeres szűrése száritott vérmintából, TSH hozzáadásával.** David, M. és mtsai: *Pédiatrie*, 1978, 33, 787.

A szerzők Lyon környékén 1976 őszén kezdték meg a rendszeres szűrést hypothyreosis irányában, amit phenylketonuria-szűréshöz kapcsoltak. A TSH meghatározás Abbott-kit segítségével, radioimmun módszerrel történt meg. Vérmintát az 5. életnapon vettek le. Kezdetben a 20. majd 30. jelenleg a 35  $\mu$ E/ml szintet meghaladó befegetek hívják be kiegészítő vizsgálatokra.

Részletesen ismertetik a meghatározást. A gyermekek 95%-a 25  $\mu$ E/ml alatti szintet mutatott. A pathológias szülésből származók magas szintje néhány nap múlva normalizálódott. A vizsgált közel 47 000 gyermek közül 282 gyermek 40  $\mu$ E/ml szintű TSH-értéket mutatott; ezek közül 15 bizonyított congenitalis hypothyreosisosnak az utánvizsgálatok során. A hypothyreoid gyermekek adatait részletesen ismertetik.

A kezelést átlag 39 (24—50) napos korban kezdték el: T<sub>4</sub> oldat

(Roche) napi 2 csepp, illetve  $T_3$  (Triithyron)  $\frac{1}{4}$  tablettával napon-ta. A TSH-szint normalizálódása átlag 15 nap alatt bekövetkezett (6–24 nap).

A többi magas TSH-szintet mutató 243 csecsemő közül a szülés csak 23 esetben volt normális. 92 újszülött foetalis, vagy postnatalis hypoxiát mutatott, 57 igényelt reanimációt, 69 sectio caesareával született; 75 újszülött anyjának oxytocin adtak, sárga 22 újszülött volt. A második vizsgálat alkalmával a gyermekek nagy többsége normális TSH-szintet mutatott. A magas tévesen pozitív TSH-szint megbízhatóságát javítani, ill. csökkenteni lehet  $T_4$  meghatározással, amelyet a szerzők jelenleg 35  $\mu$ E/ml szintet meghaladó TSH-érték esetén iaavasolnak.

A congenitalis hypothyreosis szerzők esetében 1/4700 szülési arányt mutat. A szűrést szükségességnek tartják vidékükön, a mentális prognózis végett, annak ellenére, hogy gazdaságilag jelentős megterhelés.

Ambró Irma dr.

**A small for date újszülöttek hasnyálmirigye.** Van Assche, F. A. és mtsai (Laboratory of Gynaecological Physiopathology, Department of Obstetrics and Gynaecology Academish Ziekenhuis St. Raphael, Leuven, Belgium): British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1977, 84, 751–753.

A gestatiós időhöz képest alacsonyabb súllyal született és 48 órán belül meghalt 6 újszülöttet vizsgáltak. A kontroll csoportot 10 rendes súllyal és ugyancsak 48 órán belül elhalt újszülött képezte. A small for date (sfd) újszülöttek átlagos gestatiós ideje  $34,1 \pm 3,1$  hét volt,  $1000 \pm 370$  g átlagos születési súllyal. Ugyanez a kontroll csoportban  $33,7 \pm 3,2$  hét, illetve  $2098 \pm 788$  g volt. Vizsgálták az endocrin szövétet kvantitatív és a béta sejtek százalékos arányát. Az endocrin szövétet az sfd-nél  $2,4 \pm 0,3\%$  volt, a kontrolloknál  $4,97 \pm 1,07\%$ . A béta sejtek aránya  $22,5 \pm 3,1\%$ , ill.  $42,0 \pm 6,1\%$  volt. A cukorbeteg anyák újszülöttjeinél mind a béta sejtek, mind az endocrin szövétet százalékos aránya magasabb értéket adott, és a köldökzsinórban mért insulinszint is emelkedett volt. Előzetes vizsgálataik szerint az sfd újszülötteknek a köldökzsinórvér insulinszintje alacsonyabb, mint a rendes súllyal születetteké. A szerzők nem állítják, hogy ez a legfőbb oka a méhen belüli retardationnak, de a legjobb tudomásuk szerint ők az elsők, akik összefüggést találtak a magzat növekedési elmaradottsága és a csökkent insulinkiválasztás között. Szerintük ez új utat jelenthet a retardatio kezelésében mind a terhességben, mind az újszülöttkorban.

Ratkóczy Iván dr.

**Kraniocerebrális hipotermia hatása légzési elégtelenségben szenvedő újszülöttek fehérvérsejtjeinek enzim-viszonyaira.** Jelizarova, I. P. és mtsai (Ösz-szövetségi Szülészeti-nőgyógyászati Tudományos Kutatóintézet és a Sz. U. Orvostudományi Akadémiájának Gyermekegyógyászati Intézete, Moszkva): PEDIATRIJA, 1978, No. 5. 36–40.

Számos kórállapot (agyi keringésromlás, tüdőfolyamatok, koraszülöttség) vezet újszülöttkori légzéselégtelenséghez, amely a perinatális halálozás gyakori oka; a gázcsere romlását az anyagcsere adaptációs lehetőségeinek kimerítése, az energiafogyasztás jelentős emelkedése előzi meg. A hipotermia az anyagcserefolyamatok számára gazdaságosabb energetikai szint biztosításával megakadályozhatja az asphyxia létrejöttét, s ezzel azokat a sérüléseket, amelyek a sejtanycsere szintjén alakulnának ki.

A hipotermiát a fej lokális hűtésével (kraniocerebrális hipotermia, kch) hozták létre. Speciális inkubátorban a fejet elkülönítő légterben  $5-10^\circ\text{C}$  hőmérsékletű levegőt áramoltattak  $1\frac{1}{2}-3$  órán át; az inkubátor másik részében a hőmérséklet  $30-34^\circ\text{C}$  volt. Az újszülöttek megelőzően neuroleptikumot és trankvilláns szert kaptak. Egyes esetekben a kezelést hosszabb időtartammal megismételték. (A kch-val kapcsolatos referátum: Orv. Hetil. 1978, 119, 1920, a módszert részletesen ismerteti — Ref.) 14 esetben alkalmaztak kch-t a születés utáni napon elkezdve,  $2700-5000$  g születési súllyal újszülötteken; mind ezek, mind a 14 kontroll újszülött asphyxiában született, s kifejezett idegrendszeri káros tünetek voltak. A kch-val kezelt csoportban az általános állapot, a neurológiai státusz a 3–4. naptól kezdve javult, a 8–9. napon kielégítővé vált, s a 12. napon valamennyiüket hazabocsátották. A kontroll csoport tagjai (a kch kivételével azonos intenzív ellátás ellenére) az 5–6. napon mutattak először javulást általános állapotukban, a káros idegrendszeri tünetek azonban még a 15–20. napon lehetővé vált hazaadásukkor is fennálltak, s emiatt további gyermekneurológiai gondozásra szorultak.

Az újszülöttek fehérvérsejtjeinek enzim-aktivitását citokémiai módszerekkel másnaponta vizsgálták. A vizsgált enzimek: lymphocytákban szukcinát-dehidrogenáz (szd), alfa-glicerofoszfát-dehidrogenáz (gpd), gpd-NAD, savanyú foszfatáz; granulocytákban alkalikus és savanyú foszfatáz. Az első életnapon a két csoport újszülöttjeiben az enzimaktivitás azonos volt. A lymphocyták oxido-redukciós enzimei (szd, gpd, gpd-NAD) a 2–3. naptól kezdve csökkent aktivitást mutattak, a kch-val kezelt újszülöttekben ez a csökkenés nem következett be. A lymphocyták savanyú foszfatáz aktivitásában a kch hatása a 4–5.

napon mutatkozott, ekkor múlta felül a kontrollok aktivitásszintjét. A granulocyták enzimaktivitása a két csoportban nem mutatott lényeges különbséget. A lymphocyták oxido-redukciós enzimeinek elmaradt csökkenését úgy értelmezik, hogy a kch kivédte azon toxikus faktorok hatását, amelyek légzési elégtelenségben a sejtek energetikai egyensúlyát biztosító mitochondriumokat károsítják.

Svékus András dr.

**Csecsemőkori chlamydia pneumonia.** Hammerschlag, M. R. (Channing Laboratory, Harvard Medical School Boston, MA 02115): New England Journal of Medicine 1978, 298, 1083.

A chlamydia trachomatis (C. trachomatis) egy intracellularis parazita, mely a férfiakon nem gonococcus eredetű urethritist ( $30-50\%$ -ban), míg a nőknél cervicitist okoz. Az újszülöttek a szülés folyamán kialakulnak az újszülöttkori zárványos conjunctivitis, melyet benignus, körülírt betegségnek tartottak és nem tulajdonítottak jelentőséget az anyai fertőzésnek.

1977-ben Beem és Saxon igazolták végül a C. trachomatisnak, mint csecsemőkori légúti kórokozónak a szerepét. Vizsgálataik során az összes 6 hónaposnál fiatalabb bentfekvő pneumoniás csecsemő  $30\%$ -a chlamydia pneumoniás volt. A tünetek a következők voltak: nem toxikus megbetegedés köhögéssel, pangással, szorítzörejekkel, a tüdő felfújtságával, göcs alveolaris és interstitialis infiltrációkkal, peripheriás eosinophiliával és a serum immunoglobulinok csökkenésével.

A terhes asszonyok C. trachomatis fertőzöttsége  $2-13\%$ . újszülöttjeiknek pneumoniás megbetegedési aránya — az előzetes vizsgálatok alapján —  $10-20\%$ -ra tehető. Az orrgaratból vett váladékból ki lehet tenyészteni a kórokozót, ill. diagnosztikus értékű a serumban a magas vagy emelkedő antichlamydia ellenanyag titer.

A C. trachomatis infectio epidemiológiájának ismerete preventív intézkedéseket tesz lehetővé. Az egyik lehetőség lenne a terhes asszonyok szűrése és kezelése a szülés előtt. (Jelenleg a szűrés nem megoldott, ill. a terhesség alatt contraindikált a 3 hetes tetracyclin adás is.) A megelőzés második módja a C. conjunctivitisek gyógyítása, de az alkalmazott ezüstnitrát, ill. lokális tetracyclin nem hatásos. Mivel a C. trachomatis a conjunctiváról a légutakra terjedhet, talán meg lehetne akadályozni a kórokozó átjutását, vagy talán systemás antibioticummal kellene gyógyítani a zárványos conjunctivitist? Ezekkel a kérdésekkel foglalkozó vizsgálatok folyamatban vannak.

Beem és mtsai a klinikai tünetek alapján C. pneumoniae gyanús csecsemő kezelésére 2–3 héti tartó per os sulfizoxazol (150 mg/kg/die) és erythromycin (50 mg/kg/die) kúrát javasolnak.

*Bittera István dr.*

**Az anyatej összetételének változásai.** Holl. B. (Nuffield Institute of Comparative Medicine, The Zoological Society of London, Regent's Park London, NW1 4RY): Am. J. Clin. Nutr. 1979, 32, 304.

A szerző az érett anyatej összetételének változásait vizsgálta 6 anyánál egész napon át, továbbá 3 anyánál és 39 alkalommal.

Vizsgálataik szerint egyetlen szoptatás ideje alatt jelentősen megváltozik az anyatej zsírtartalma. A szoptatás kezdetén átlagosan 2,4%, a végén 7,5%. Előfordult, hogy a zsírtartalom 1,24%-ról 12,05%-ra emelkedett egyetlen szoptatás alatt. A zsírsavösszetétel ugyanakkor változatlan. A fehérjetartalom ugyancsak valamelyest növekszik. A szoptatás előttinek a szoptatás utáni kb. 1,3-szerese.

A tej zsírtartalma a nap folyamán is változik. Reggel a legalacsonyabb, délután és este a legmagasabb, a reggeli érték átlagosan 2,5-szerese. A fehérjetartalom, valamint a zsírsavösszetétel a nap folyamán állandó.

A táplálkozás befolyását az anyatej zsírsavösszetételére ez a tanulmány is megerősíti.

*Czuczay Péter dr.*

**Hőkezelés hatása a női tej néhány protectív anyagára.** J. E. Ford és mtsai. Journal of Pediatrics, 1977, 59, 29–35.

Azt vizsgálták, hogy a koraszülöttek és újszülöttek üvegből történő nőtej-táplálásakor milyen hatást gyakorol a tej előzetes hőkezelése a benne levő védőanyagokra. Vizsgálataikhoz 25 nőtől származó kevert tejmintát használtak, melyet a vizsgálatok megkezdéséig +4 °C-on tároltak 24–28 óráig. A vizsgálatokat 56, 62,5, 65, 70, 75, 85, 90 és 95 °C-ra történt, 15-től 30 percig tartó felmelegítés után végezték.

A kevert női tej IgA tartalma 58 Celsius-fokon 30 perc után lényegesen nem csökkent, 62,5 °C-on 30 perc után már 20%-kal esett. Az eredetileg is alacsony IgM-tartalom a 62,5 °C-ot már nem bírta ki. IgG-t nem tudtak kimutatni. A 62,5 °C-ra melegítés hatására jelentősen csökkent a tej lactoferrin-tartalma és a szaturálatlan Fe-kötő kapacitása is. 70 °C körül az utóbbiak már kimutathatatlanok. A tej E. coli baktériumok növekedését gátló hatása 62,5 °C-on már csökkent. A B<sub>12</sub>-vitaminszállító kapacitás melegítés hatására fokozatosan csökkent és a minimumot 75 °C-on érte el. A folsav-kötő kapacitás 62,5 °C-on

10%-kal csökkent, további melegítésre fokozatosan tovább romlott. A baktériumok B<sub>12</sub>-vitamin felvevő képessége a tej melegítésével emelkedett, a maximumot a középső hőtartományokban érte el. A baktériumok folsav-felvevő képessége a tej melegítésével párhuzamosan emelkedett. A tej lyozym-tartalma 62,5 °C-on még nem csökkent, 70 °C felett már csaknem teljesen megszűnt.

A vizsgálati adatok alapján a szerzők szerint a gyűjtött női tej kezelésének ideális módja az aseptikus begyűjtés, a hűtőszekrényben való tárolás, és az enyhe langyosítás utáni adagolás volna. Tekintettel a felülfertőzések veszélyére, ennek a módszernek a propagálása nem ajánlható. Adataik alapján a 62,5 °C-on 30 percig tartó kezelés utáni adagolást javasolják.

*Megyeri Pál dr.*

**Az antenatális történések és szülés hatása az újszülött-adaptációra.** Cibulskaja, I. Sz. és mtsai (Moszkva): Akusersztvo i ginekologia, 1978, No 9, 31–35.

A szerzők 600 terhes és újszülött klinikai és laboratóriumi vizsgálata alapján megállapítják, hogy az újszülött szervrendszereiben szakaszos változások mennek végbe, amit a szülési stressz okoz. Az extrauterin élethez való átmenet során a magzatot két lépcsőben érik a stressztényezők. Az újszülött válaszreakciói a klasszikus stressz törvényei szerint következnek be. Az alarm fázisában a HEL és mellékvesék hormonjainak szintemelkedése, a thalamus izgalmi állapota, általános ingerlékenység, fokozott izomtónus, az élettani reflexek élnkülése és a vér alakos elemeinek mennyiségi változása figyelhető meg. A rövid alarm után a stressz 2. — ellenállás — szakasza jelentkezik: lényegesen hosszabb, az adaptációs reakciók egész sora irányul a felborult homeostasis helyreállítására. Az alkalmazkodás a maximumot az 1. nap végére éri el, de összességében 2–3 napig tart. A szülés alatti adaptációs reakciók nagy szerepet játszanak a posztnatális adaptáció kialakulásában.

Gyakran észlelhetjük az újszülött-adaptáció zavarát elektív császármetszéssel született magzatokon: az adaptációs mechanizmus csak az újszülött megszületése után indul be. Ugyanakkor éppen császármetszés után van szüksége az újszülöttnak a homeostasis helyreállítására irányuló reakciók mielőbbi aktiválására, mert ezen újszülöttek sav-bázis háztartásának paraméterei hirtelen romlanak. Hasonló a helyzet gyors szülésnél, amikor a stresszhatás időtartama csökken, az erőssége pedig fokozott. Per vias naturales szülés során az elsődleges adaptáció az anyai hormonok jelentős támogatásával történik. Míg spontán szülés

után a kortikoszteroid-szint csökken, elektív császármetszés után 60–80%-kal nő. Ez a posztnatális stresszhatásra bekövetkező hypophysis-mellékvese rendszer fokozott aktivitásával magyarázható. Az újszülött-adaptáció azonban még nem működik tökéletesen és nagyon hamar kimerül. Gyors szülések esetén a homeostasis stabilitását biztosító rendszerek fokozott aktivitását korábban követi a kéreghormonszint csökkenése.

EPH-gesztózisos anyák újszülöttjei gyorsabban és erősebben reagálnak a stresszhatásra, de ez a válaszreakció hamar a végére ér, mert ezen magzatok funkcionális lehetőségei beszűkültek. Erős stresszek (gyors szülés, subnatális hypoxia) a „beteg” terhesek magzatain gyakran vezetnek az adaptáció szakadásához. Így válik érthetővé az „életfriss” állapotban született „egészséges” magzatok respiratorikus distressz szindrómájának kialakulása a későbbiek során. Az adaptáció túlzott feszültsége nem mindig előnyös az újszülött számára, főleg a szervezet csökkent funkcionális lehetősége mellett.

Az adaptációs reakció jellege meghatározza az újszülöttkor és a későbbi fejlődés menetét is. Az elektív császármetszés útján világra jött és a foeto-placentaris keringés zavarát érintett újszülöttek az aránylag hosszú (7–8 nap) adaptációs szakasz után gyakran észlelni funkcionális szívzörejt, a myocardium anyagcserejének zavarát, anaemiát és lymphocytosist. Ezen gyermekek között magasabb a morbiditás, gyakoribb a központi idegrendszer funkcionális zavara.

*Orosz András dr.*

**Az újszülöttek konzervatív kezelése.** Hughes-Davies, T. H. (Odstock Hospital, Salisbury, Wiltshire): Arch. Dis. Childh. 1979, 54, 59.

A szerző szerint a kicsiny és beteg újszülötteket legjobb keveset háborgatni, mert a beavatkozások éppen annyit ártnak, mint használnak. A módszer:

1. Minden újszülött hason fekszik apnoe matracon.

2. A csecsemőn mindig van legalább egy pelenka, hogy a sugárzó hővesztés csökkentsék.

3. Minden csecsemőbe orrszondát helyeztek és a felvétel után másfél órával elkezdték a táplálást. Később is naponta háromszor adtak 10%-os glukóz oldatot. Különben mindig lehetőleg női tejjel tápláltak.

4. Légzési nehézség esetén mellkas-rtg-t csináltak. Az acidosist oralis Na-bicarbonat 1/2–1 mmol/l oralisan adott oldattal védték ki. A fejet 30°-ig feltámasztották, hogy csökkentsék az apicalis alveolusok összeesését.

5. A vércukrot eleinte Dextrostix-szel ellenőrizték óránként, a bilirubint sarokból vett vérből. Csak tenyésztésre vettek vénás vért. Semmit sem adtak vénásan a kezdeti resuscitatio után, csak vért az anaemia rendezésére.

6. Levegő-O<sub>2</sub> keveréket szájmászkon adtak. Az O<sub>2</sub>-koncentrációt rendszeresen ellenőrizték.

7. Gépi lélegeztetést, CPAP kezelést, fototerapiát nem használták.

8. A szülők látogatták az újszülötteket. Maszkot és cipőhuzatot nem használtak, de kesztyűvel vezették be a szondákat.

9. Vércsere alatt a köldökkatétert 2 ragasztós cellofán között vezették be, ami a hasat is takarta. A vércsere az inkubátorban történt.

**Eredmények:** 1969—1976-ban 911 újszülöttet ápoltak. Ezek közül 1500—1000 g között 7,9%, és 1000 g alatt 3,9% volt. (Ref.: Tehát igen kevés igen kis súlyú volt.) A szerző szerint ez az arány egyezik az angliai átlaggal.

A respiratory distressben szenvedők magukra hagyva jól voltak, és később sem volt tüdőszövődmény. A késői utóvizsgálatok eredményeit csak általánosságokban említi a szerző. „Néhányan, akiknél hosszas resuscitációra volt szükség, és hosszú ideig volt szükség szondatáplálásra, súlyosan retardáltak lettek.” Egy „retina elváltozást” találtak.

Az első hét halálózása közel azonos volt az átlagos angliai halálózással. Az 1000 g alattiak halálózása Salisburyben 76%, az Univ. College Hosp. Londonban 71% volt. A szerző szerint különböző kórházak eredményeinek összehasonlítása nehéz, de meg kell kísérelni. A konzervatív kezelés eredményei nem rosszabbak, mint a sokkal intenzívebb ellátásé. Előnynek említi, hogy kevesebb nővérre és orvosra volt szükség. Az eredményeket annak tulajdonítja, hogy a beteget hagyják nyugodni és nem szállították. Ezt azzal bizonyítja, hogy a fentebb említett kiváló egyetemi kórházban csak kevéssel voltak jobbak az eredmények az 1000 g alattiak között, és azzal, hogy a 30. gestációs héten túl a halálózási eredmények csak csekély mértékben különböznek az angliai átlagtól. A szerző véleménye az, hogy a perinatalis halálózás javulása elsősorban az anya és újszülöttje szülés előtti és alatti gondozásától és ellátásától függ.

(Ref.: Ezek után az olvasó — az angliai szerkesztők szokását ismerve — valamilyen kommentárt várt volna, vagy valamilyen hozzászólást. Ez azonban nem volt. Az eredményeket nem lehet cáfolni, elna csodálni. Az utóvizsgálatok elnagyoltága azonban az előkelő angol lapban szokatlan és kifogásolható.)

Korányi György dr.

**Orális gentamycin kezelés újszülöttkori necrotizáló enterocolitis megelőzése céljából.** Grylack, L. J., Scanlon, J. W. (Division of Neonatology, Dept. of Pediatrics, Georgetown University of Medicine, and the Dept. of Neonatology, Columbia Hospital for Women, Washington, D. C.): Am. J. Dis Child. 1978, 132, 1192.

Az enteritis necrotisans neonatorum (e. n. n.) ma a koraszülött osztályok egyik réme. Aetiológiája nem világos. Kétségtől szerepet játszik létrejöttében perinatalis asphyxia, hypertensio, fertőzés, köldök katéter alkalmazása és a táplálás formája is. Bár a fertőzések kialakulása, ill. azoknak első- vagy másodrendű szerepe nem tisztázott, célszerű a bacteriumok elleni antibiotikus prophylaxis, annál is inkább, mert egyéb megelőzési lehetőség egyelőre nem jöhet számításba. Ezért kísérelték meg születés után a veszélyeztetett (elsősorban kora-) újszülötteknek gentamycin per os adását. A kúra egy hétig tartott és a kettős vak kísérlet során 20 újszülött mellett hasonló veszélyeztetett állapotú 22 kontroll újszülöttet figyelték meg. Az eredmény: a kezelték közül senki sem betegedett meg e.n.n.-ban, míg a kontrollok közül négy koraszülött, s utóbbiak közül kettő meg is halt. Sectiójuk a diagnózist igazolta. A gyógyszert nemcsak a bélből való rossz felszívódása miatt választották, hanem azért is, mivel a gentamycin amúgy is szokásos gyógyszere a betegségnek; továbbá mert az időtájt osztályukon nem mutatkozott gentamycin resistens bélbacterium.

Vadász György dr.

**Újszülöttek peptikus oesophagitiséről — 40 eset kapcsán.** P. Narcy és mtsai (Service d'oto-rhino-laryngologie, Hôpital Bretonneau, 75887 Paris Cedex 12): Arch. franç. Pédiat. 1979, 36, 59.

A szerzők 40 esetük kapcsán számolniak be tapasztalataikról. A diagnózis mindig oesophagoscopia segítségével állítják fel. Megállapítják, hogy a korai felismerés, a helyes kezelés megelőzheti a stenosis kialakulását. Bár az oesophagitis physiopathológiája még nem teljesen ismert, kialakulásában más tényezők mellett a gastro-oesophagealis reflex szerepet játszhat. — A kórképre utaló klinikai tünetek három kategóriába sorolhatók: 1. izolált, vagy egyéb tünetekkel kísért cyanosis, 2. emésztőrendszeri tünetek, 3. haematemesis. Ez gyakorisági sorrendet is jelent.

Részletesen elemzik a tünetek életkor szerinti felléptét, gyakoriságát, a táplálékfelvétellel való kapcsolatát és egymással való kombinációját. Kiemelik, hogy az oesophagus passage nem könnyíti meg az újszülöttkori peptikus oesophagitis diagnózisát; egyszerűen csak azokat

az állapotokat mutatja (malpositio, reflux), amelyek kedveznek kialakulásának. A diagnózis felállításához az oesophagoscopia nélkülözhetetlen; ez megmutatja az oesophagitis elhelyezkedését, kiterjedését, minőségét és esetlegesen társuló malformációkat. A vizsgálatot azonban általános érzéstelenítésben végzik, ami módosítja az oesophagus alsó részének tónusát, ez megkönnyíti a refluxot.

Kezelése: elvileg szigorú és állandó orthostatikus testhelyzet, sűrű ételek, az oesophagus tisztán tartása, és görcsoldók. Elengedhetetlen, hogy a kezelés bevezetésére a hatás gyorsan mutatkozzék. Az esetek többségében két-három hónapi következetes kezelés elégséges a gyógyuláshoz. Reflux-ellenes sebész beavatkozásra — amire ritkán kerül sor az első év vége előtt — akkor van szükség, ha a tünetek 7-8 hónapon túl is fennállanak; ha a kiterjedt oesophagitis rosszul reagál a konzervatív kezelésre és stenosis fenyeget, valamint, ha krónikus tüdőfolyamat tünetei is mutatkoznak.

Kövér Béla dr.

**A kretenizmus mérséklése anyatejes táplálással.** Bode, H. H. és mtsai (Pediatric Endocrine Unit, Shriners Burns Institute, Massachusetts General Hospital, Department of Pediatrics, Harvard Medical School, Boston): Pediatrics, 1978, 62, 13—16.

A hypothyreosis a leggyakoribb anyagcserezavar, amely mentális retardációval jár. A neurológiai károsodás arányos az intrauterin thyroid hiány mértékével és a postnatalis hypothyreosis tartamával, de a két tényező nem magyarázza az érintett gyerekek között előforduló nagy különbséget e károsodást illetően. Egy betegük esetét ismertetik, akin a hypothyreosis az ablaktáció során manifesztálódott. A 9 hónapos koráig teljesen egészségesnek tűnő csecsemő kivizsgálásakor a thyreotikusnak bizonyult. Az addig normális psychosomatikus fejlődés mellett a csontkor újszülöttkorinak volt megfelelő. E megfigyelés alapján az anyatej pajzsmirigyhormon tartalmát kezdték vizsgálni a laktáció különböző periódusában. A gestáció utolsó harmadában is meghatározták az anyatej hormontartalmát, majd annak változását a szülés után. A kapott T<sub>4</sub> és T<sub>3</sub> értékek jelentősen eltérnek az irodalomban előforduló adatoktól, aminek okát abban látják, hogy ezek a koncentrációk az anyatej protein, ill. lipid tartalmától, azaz attól is függenek, hogy a szoptatás elején vagy a végén történt-e a mintavétel.

Az anyatej tartalmazhat olyan mennyiségű pajzsmirigyhormont, hogy a súlyos hypothyreosist enyhíti.

Varsányi Katalin dr.



## Anyagserebetegségek

**Az insulina szoruló diabetes mellitusosok prognosisa és az ellenőrzések jelentősége.** Deckert T. J., E. Poulsen, M. Larsen (Steno Memorial Hospital, Gentofte, Denmark): Acta Med. Scand., 1979, Suppl. 624, 48—53.

A Steno Memorial Hospital Koppenhága diabetes központja, ahol több mint 40 éve foglalkoznak diabetesesek gondozásával. Ennyi idő alatt számos tapasztalat megszerzésére volt lehetőség a betegek problémáit illetően, s arra is választ lehetett kapni, milyen hatásokkal dolgozik a gondozó, milyen összefüggés mutatható ki a gondozás és a szövődmények kialakulása között. A közleményben azoknak az insulinizált betegeknek a sorsával foglalkoznak, akiknek a betegsége 31 éves koruk előtt kezdődött, s a kórházban és annak gondozójában 1933—1975 között megfordultak. 1451 beteg adatait dolgozták fel, ez a szám a dániai nyilvántartás szerint az összes fiatalkori insulinizált dániai diabeteses 18%-át jelenti. 26 olyan beteg is volt köztük, akik diabeteses még az insulinizált Skandináviában való elterjedése előtt kezdődött. A betegeket diabetesük kezdete alapján csoportosították 3 tízéves csoportra osztva 0—30 évtév között, s ez a csoportosítás nagyjából azonos számú beteget jelentett. A betegeket vagy halálukig, vagy legkésőbb 1976. január 1-ig ellenőrizték. 264 olyan betegük volt, akiknek diabeteses még 1933 előtt kezdődött. A betegek ellenőrzése során különös gondot fordítottak a retinopathia kifejlődésére, s ezzel kapcsolatban a látásélesség csökkenését, a renális, valamint a cardio-vascularis functiókat. Az adatokat az élettartam szempontjából összehasonlították nem diabeteses dániai populációval, vizsgálták továbbá azt, hogy a rendszeres ellenőrzés milyen összefüggést mutat a prognosissal.

Az eredmények azt bizonyítják, hogy 30 éve fennálló diabetes esetén a betegeknek már csak feleél, s a diabeteses betegek mortalitása a hozzájuk hasonló korú nem diabeteses populációhoz viszonyítva több mint 600%. Kimutatták azt is, hogy az 1933 előtt manifesztálódó fiatalkori cukorbeteg diabeteses szövődményei szignifikánsan gyakoribbak voltak azokon, akik ritkán jártak ellenőrzésekre, összehasonlítva azokkal, akik a gondozói tanácsadást gyakran vették igénybe. E szövődmények közül a megvakulás, a cerebro-vascularis insultus, az uraemia kétszer gyakrabban fordult elő az ellenőrzésre ritkán járók között.

Iványi János dr.

**Kerületi racionális cukor- és anyagserebeteg gondozás.** Kucher, E. (Inn. Abt. des Kreiskrankenhauses Schwedt): Z. ärztl. Fortbild. 1979, 73, 297—301.

Az orvostudomány óriási fejlődése annak egyre fokozódó differenciálódását is magával hozta. Egyre nagyobb jelentőséget kap az alapgondozás, ezen belül pedig az orvos és a beteg kapcsolata. Egy közepes nagyságú kórházban ma már a kardiológiai részleg mellett jogos követelmény egy speciális ambulancia létesítése a cukor- és anyagserebetegek részére is.

A szerző kórházának 1973-ban 630 ágya volt, és a 132 belgyógyászati ágyon 22 ágyat tartottak fenn e betegek részére. Ide elsősorban cukorbetegeket, illetve elhízottakat vettek fel hyperlipoproteinaemiával. Ellátásuk 80—100 ezer lakosra, a városra és környékére terjedt ki. Diabetologus belgyógyász látta el egyidejűleg a cukor- és anyagserebetegek fekvő és ambuláns részlegét, az integrált betegellátás pedig eredményesebbnek bizonyult, mint a két különálló. A kórházi részleg szolgálatban levő 2 nővére még ugyanazon az emeleten 21 más belgyógyászati ágyat is ellátott, és így az általános bel-betegellátásból is kivette részét, összesen 43 ágyat szolgálva. A járóbetegek ambuláns ellenőrzését két különálló gondozónő segítette. A feladatok optimális megoldására új, egységs adminisztrációt vezettek be. Ebben a betegek vizsgálati és kezelési adatait rögzítik és vezetik folyamatosan és ez egy mappában mindig rendelkezésre áll. Előnye, hogy minden diabetest érintő és belgyógyászati parametert jelez, áttekintést ad a folyamatos vizsgálati értékekről.

A 24 órás vizelet gyűjtésére és szállítására egy olyan vizelettartó edényt fejlesztettek ki, amely praktikusnak, higiénikusnak, könnyen és biztosan szállíthatónak bizonyult. Ugyanakkor a kevesebb irásos jelzés ellenére a felismerés kiküszöbölhetővé vált. A cukorbeteg felvilágosítását, vezetését és kezelését elvileg és módszertanilag is standardizálták. Nehézséget és gondot okozhat a felvilágosító és oktató anyagok helyes elosztása és elhelyezése, a diétás konyhával, kórházi és házi gondozónővérekkel való együttműködés, az egészségügyi középkezelők továbbképzése és magasabbra minősítése a terápiás és gondozási elvek egységének megőrzése mellett. Az egyszerű munkaszervezésben azonban problémát okozhat, hogy az egészségügyben a munkatársak 83%-a nő, és ezeknek gyakoribb munkakiesése fokozza a nehézségeket. Ezek megakadályozására a szerző a munka megszervezésében a súlypontot a kollektív együttműködésre, a munkaidő hatásos kihasználására, a nehéz és körülményes munka csökkentésére, a munkamódszerek célszerű megválasztására, intenzív lebonnyolítására,

a jobb munkafeltételek megteremtésére, a munka minőségének és hatékonyságának fokozására helyezi.

Kedvezőnek tartja integrált ket-tős állomásuk (fekvő és ambuláns részlegük) funkcionális egységét, valamint azt, hogy ezek irányítója a társszakmákkal is szoros kapcsolatot tart fenn. A *gondozónők komplex feladataként* a dokumentáció és statisztika vezetését, az orvosi tanácsadás segítése mellett az önálló, rendszeres gondozónői tanácsadást, egyes betegek speciális gondozását és felügyeletét, az orvosokkal, környezettel és üzemekkel való együttműködést, a rehabilitáció segítségét, az üzem- és családlátogatásokat, az orvos gondozói munkájának támogatását, együttműködést a diétás ételkészítéssel, gyógyszerrel, diétás konyhával és laboratóriummal, a rendszeres továbbképzést, valamint az aktív együttműködést az egészségügyi munkában és propagandában — jelöli meg. *Angeli István dr.*

**Fel nem ismert éjszakai hypoglycaemia insulinnal kezelt diabeteseseken.** Gale, E. A. M., R. B. Tattersall (General Hosp., Nottingham NG1 6HA, England): Lancet, 1979, I., 1049—1052.

A Somogyi-effektus különösen a nem stabil insulinizált betegeken fordul elő gyakran, s ha nem gondolnak rá, az insulin adagjának további növelése csak súlyosbítja a tüneteket. Különösen az éjszakai órák veszélyesek, amikor a beteg alszik, s a hypoglycaemia álmában éri. A nottinghami szerzők 39 insulinizált betegen vizsgálták az éjszakai hypoglycaemia felfedezésére bekötött kanulón keresztül óránként a vércukorszintet. A betegek naponta kétszer adtak maguknak insulin, utolsó szénhidrátfelvételük este 22.30-kor volt.

A 39 insulinizált betegből 19 volt férfi, 20 nő, átlagos életkoruk 34 év, átlagos diabetes tartamuk 14 év volt, előzményükben 19-nek volt parenterális kezelés igényű hypoglycaemiája. Az insulin átlagos napi adagja 62 E volt, ez megfelelt 1 E/kg/nap adagnak. A sorozatos és óránkénti vércukor vizsgálatok eredménye szerint 22 betegnek volt éjjel 1—3 óra között 2 mmol/l alatti vércukorszintje (ez a hagyományos módon mért 36 mg%-nak felel meg), 17 beteg hypoglycaemiája több mint 3 órán át tartott. A reggel 7 órakor levett vércukorérték csak 4 esetben utalt hypoglycaemiára, s ez az észlelés is alátámasztja a Somogyi-effektus létezését. Az éjszakai hypoglycaemia nem járt viharos tünetekkel, parenterális cukorbevitelre nem volt szükség. *Bizonyos tünetek azonban az éjszakai hypoglycaemiára hívták fel a figyelmet, ezek a következők: fáradtság, depressio, éjszakai izzadás, éjszakai görcsök.*

nehézség a felébredésben, kora reggeli fejfájás, élénk és zavaros álmok. A fiatalabb betegek éjszakai hypoglycaemiái inkább az 1 E/kg/nap insulinnál nagyobb adag esetén jelentkeztek, időseknél kisebb adag után is. Az a tapasztalat, hogy átlagban 10%-kal lehet az insulinnal adagját csökkenteni a hypoglycaemia kiküszöbölésére. Sajnos, az éjszakai gyűjtött vizelet cukortartalma nem mindig mérhető, s a naponta kétszer adott insulinnal sem lehet mindig biztosítani a megfelelő éjszakai vércukorszintet. Az enyhébb hypoglycaemiás tüneteket a betegek elég könnyen átvészelik, ezért a szénhidrátbevitel arányos elosztása mellett célszerű az insulint óvatosan redukálni a nem stabil cukorbetegéknél.

Iványi János dr.

**Cachexia neuropathia diabetica következtében.** Willms, B. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 775.

A diabetes neuropathiás cachexiáját 6 eset kapcsán 1974-ben Ellenberg írta le. E ritka kórkép ismérvei: 1. Nagyfokú testsúlycsökkenés. 2. Szimmetrikus perifériás neuropathia diffúz fájdalmakkal és súlyos depressióval. 3. A neuropathiás tünetekkel együtt fellépő diabetes manifesztáció, specifikus mikroangiopathia nélkül. 4. A cachexia és neuropathia spontán remissiója 1–2 év alatt.

A szerzők 66 éves férfit beteget 1974 januárjában vették fel, diabetesének újbóli beállítása céljából. Cukorbetegsége 1968 óta állott fenn és orális antidiabeticumokat kapott, felvétele előtt napi 15 mg glibenclamidot és 100 mg phenformint. Egy év óta mozgástól függetlenül egész testre kiterjedő diffúz fájdalmak voltak, de mindenekelőtt a felső és alsó végtagokon. A rohamok főleg éjjel léptek fel a láb égő érzésével és izomgörcsökkel, vala-

mint bélgörcsökkel és vízszertű széklettel. A továbbiakban fokozódó étvágytalanság, gyengeség és nagyfokú fogadás. Régebbi körelőzményében Billroth II. és strumectomia műtété szerepelt. Statusában előrehaladott izomatropia, legkifejezettebben a combokon, nagyfokú gyengeséggel. Kifejezetten depressiós volt, gyakori sírással. Az alsó végtagokon hypaesthesiát, paraesthesiát és hyperaesthesiát találtak csökkent vibrációs érzékenységgel, az alsó és felső végtagokon reflexkieséseket. A szemfenéken retinopathiát nem észleltek.

A diabetes napi 26/16 E Depot-Insulinra állították be, a neuropathia miatt pedig naponta 200 mg thioctsavat kapott. 4 hét után állapota javult, testsúlya is emelkedett, elbocsátották, de néhány nap múlva rosszabbodás miatt ismét fel kellett venni. Ezután átmeneti javulást már csak prednisolon kezelésre kaptak és a beteg 42 kg-os testsúllyal 1974 decemberében meghalt. A boncolásnál még bronchopneumoniát találtak.

A szerzők esete Ellenberg 6 betegétől 3 pontban különbözik: 1. A diabetes manifesztációja a neuropathiás cachexiát 5 évvel megelőzte. 2. A neuropathiás cachexia felléptekor insulint adása vált szükségessé. 3. A kórkép halálos kimenetű volt.

Következtetésük szerint cukorbetegség kifejezett fájdalmak és testsúlycsökkenése esetén a neuropathia diabetica cachexiáját differenciál-diagnosztikailag mindig számításba kell venni.

Angeli István dr.

**Progressio a diabeteses nephropathiában.** Jones, R. H. és mtsai (Diabetic and Renal Depts, King's College Hosp., London SE5): Lancet, 1979, I, 1105.

A diabeteses nephropathia rosszabbodása egyénenként változó, de a progressio egyértelmű.

A londoni szerzők a progressio mértékét szeretnék volna körülhatárolni olyan adatokkal, melyek segítségével a kórjóslat időben is meghatározható. 9 diabeteses, insulinozott betegük adatait dolgozták fel a diabetes kezdetekor levő életkor, a diabetes fennállásának ideje a serum kreatinin szint 200  $\mu\text{mol/l}$  érték elérésekor (a régi jelölés szerint ez az érték 2,3  $\text{mg}\%$ -nak felel meg), valamint az ekkor mért vérnyomásértékek (diastolés és középnyomás) figyelembevételével.

Az 5 férfi és 4 nő átlagos életkora a kritikusnak jelzett serum kreatinin szint elérésekor 32,8 év volt, diabetesük időtartama pedig 21,2 év.

A progressio valamennyi betegen egyenes irányú volt a 200  $\mu\text{mol/l}$  értékű serum kreatinin szint elérése után függetlenül a betegek életkorától és diabetesük időtartamától. Egy beteg kivételével mindegyik meghalt 47 hónapon belül, s közülük csak kettő progressiója volt lassúbb. A szerzők nem tudták megerősíteni azt az észlelést, hogy az idült vesebetegségben alkalmazott hypotensív kezelés lassítja a glomeruláris functio romlását. A progressio oka nem ismert, s ezért csak arra a megállapításra lehet szorítkozni, hogy a serum kreatinin szint emelkedése a prognózis szempontjából jól felhasználható. Ha a beteg serum kreatinin szintje 500  $\mu\text{mol/l}$  körül van, a beteg vese-transplantatio jön szóba, 7–800  $\mu\text{mol/l}$  érték körül a transplantatio mindenképpen ajánlatos, mert a beteg élettartama transplantatio nélkül alig néhány hónapra tehető.

Iványi János dr.

**MEGRENDELHETI**

**külföldre bárhová, forintbefizetés mellett**

**az ORVOSI HETILAP-ot**

**Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850**



CHINOI BUDAPEST

**SENSIT<sup>®</sup>**

draszé

**CORONARIA DILATATOR**



A Sensit új típusú koszorúsér-tágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz-aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxia-toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúsereket, fokozza a coronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz-situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerin-igény.

#### ÖSSZETÉTEL

Draszéként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

#### JAVALLATOK

Koronária-elégtelenség, angina pectoris, coronaria-sclerosis, a szívinfarktus megelőzése és utókezelése.

#### ELLENJAVALLAT

A szívinfarktus akut fázisa. Terhességben csak vitalis indikáció esetén alkalmazható.

#### ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 draszé.

#### MELLÉKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság vagy allergiás jelenségek szórványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

#### FIGYELMEZTETÉS

Májbetegek huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés. Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

#### MEGJEGYZÉS

✘ Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

#### CSOMAGOLÁS

50 db draszé

Térités: 2,70 Ft



CHINOIN  
BUDAPEST

# CHINOFUNGIN®

spray

## FUNGICIDA TOPICA



A tolnaftat fungicid és fungisztikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Misrocloron canis*, *Epidermophyton floccosum*, továbbá *Malassezia furfur* okozta fertőzések esetén.

Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

#### ÖSSZETÉTEL

1 g tolnaftatum hatóanyagot tartalmaz 125 g-os palackként, olajszerű folyadékban.

#### JAVALLATOK

Dermatophyton okozta superficialis mycosisok gyógyítására: elsősorban *erosio interdigitalis mycotica*, továbbá *tinea versicolor*, *trichophytia superficialis*, *epidermophytia inguinale*, *ekzema mycoticum*, *rubrophytia*, *intertrigo mycogenes*. *Onychomycosis*ban adjuváns kezelésre.

#### ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése ellenjavalt.

#### MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

#### ALKALMAZÁS

Szappanos, melegvízes lemosás után naponta 2-szer permetezzük a gondosan leszárított bőrfelületre, 15–20 cm távolságról, a függőlegesen tartott palackból.

#### FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad. A palack legfeljebb 30°C hőmérsékletű helyen tárolható. Az aerosol véletlen belégzése nem ártalmas, legfeljebb enyhén irritáló (köhöggető) lehet. Vigyázni kell arra, hogy a permet a szembe ne kerüljön!

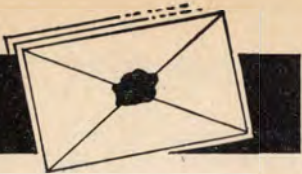
#### MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

#### CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térités: 8,60 Ft



**A magyar orvosi szaknyelv észszerű fejlesztéséért.**

**T. Szerkesztőség!** Javasoltam, hogy írjanak ki országos pályázatot a nehezen helyettesíthető idegen szavak és kifejezések magyar megfelelőjének megalkotására. Javaslatomat elvetették, úgy vélekedvén, hogy konkrétan a „pace maker” helyett már megtalálták a minden szempontból megfelelő magyar kifejezést.

A „pace maker”-t példaként említettem, mivel számos gondolkodó elme fantáziáját megmozgatta, jó néhány komoly és ironikus javaslat látott napvilágot a vita során a „műverő”-től az „elemes szívvrángató”-ig, de mind ez ideig nem sikerült megtalálni a tartalmi és formai szempontból egyaránt kielégítő megoldást. A „pacemaker” példája azért is érdekes, mert ezt a speciális orvosi műszert a mindennapi angol nyelvben használatos és bármelyik szótárban megtalálható szóval nevezték el (vagy nevezte el feltalálója), minden bizonnyal abban az értelemben, hogy „tempót diktáló”. Ésszerű és indokolt tehát az a törekvés, hogy keressük a magyar megfelelőjét, és amikor országos pályázat kirását javasoltam, ötletbörzére gondoltam és olyan fórumra, melyen a kollektív bölcsesség dönt a minél nagyobb választék alapján.

A magyar köznyelvben van már példa arra, hogy lehet sikeresen helyettesíteni (nemcsak „magyarosáfacsarni”) idegen kifejezést. A „supermarket” magyar megfelelője, az ABC (Alapvető Bolti Cikkek) Áruház országos ötletpályázaton született meg.

Amennyiben sikerülne a „pace maker” helyettesítése magyar kifejezéssel, ez bátorítást nyújtana hasonló erőfeszítésekhez más idegen szavak esetében is.

Az elbírálás feltételeinek nagyon szigorúnak kell lenni. Azonkívül, hogy értelmes, kifejező, lényegre utaló, lehetőleg rövid és jóhangzású, vagy másképpen „jóízű” kell, hogy legyen a helyettesítő szó. Ez utóbbi kritérium azt hiszem, némi magyarázatra szorul. A leírt és kimondott szavak nemcsak a tudatunkra hatnak, hanem a tudatfunktiónkra is, amint arra a tisztelt Szerkesztőség is célzott („öntudatlanul vesszük elő és vesszük át és tesszük divatossá” a szóképződményeket). A divat elcsorban nem a tudaton át hat, hanem az ízlést befolyásolja, és az utóbbi időben olyan módon befolyásolta a nyelvi ízlést, hogy elegánsabbnak, jobban hangzóknak tűnt egyes idegen szavak használata. Ennek a nem kívánatos divatnak a megváltoztatása a tudatos törekvésen kívül a nyelvi ízlés nevelésén, fejlesztésén keresztül

valósítható meg, melynek egyik szerény eszköze a tartalmilag és formailag elfogadható „jóízű” magyar szavak ajánlása és rendszeres használata az idegenek helyett.

A Szerkesztőség által tréfásan „pályadíjas”-nak nevezett „művi ingerképző” eltér az eredeti jelentéstartalomtól, és nem utal egyértelműen a szív működtetésére. Nem értem, mennyiben támasztja alá német szynonimája az „ingerképző” helyességét, a „Schrittmacher” jelentése ugyanis szó szerint „lépéscsináló”, értelemszerűen „léptető”. Formai szempontból sem tartom szerencsésnek a „művi ingerképző”-t. Két szóból és hat szótagból áll, túlságosan hosszú, ezenkívül meglehetősen ridegen hangzik. Meg vagyok győződve róla, hogy Timaffy Miklós dr. az általam bírált „műverő”-jét jobbnak tartja, és nem is egészen alaptalanul.

Bírálni persze viszonylag könnyű, a kérdés az, hogy tud-e valaki jobbat? A vita kezdetén úgy foglaltam állást, hogy jobb híján használjuk és írjuk fonetikusán a „pace maker”-t (pészmekeer). Nemrég arra a felismerésre jutottam, hogy a „pace maker” szerepe hasonlít a karmesteréhez: vezényli a szív ritmusát, és ennek alapján elnevezése: RITMUSVEZÉNYLŐ. Ez a megnevezés a „pace maker” eredeti jelentéstartalmához („tempót diktáló”) közel áll, a készülék lényegére utal, ugyanakkor gördülékenyen kiejthető egyetlen összetett szóból áll, mely nem túlságosan hosszú. Főnévi alakja, a RITMUSVEZÉNYLÉS jól használható a torzszülött „pacelés” helyett. Úgy gondolom, csupán azon lehet vitatkozni, hogy a „ritmus” magyar szónak tekinthető-e. Véleményem szerint: igen.

A vitát a Szerkesztőség csak egyelőre zárta le. A kérdés továbbra is nyitva áll, nyitva kell, hogy álljon: ki tud jobbat?

Fehérvári Szabolcs dr.

**A szerkesztőség válasza:** A nyelvi vitát szeretnénk volna egyelőre lezárni, mindaddig, amíg a problémához új gondolatokat, szempontokat hozó hozzászólások nem érkeznek. Fehérvári dr. hozzászólása nem tekinthető ilvennek, azonban a szerkesztőséggel kapcsolatos kritikát fogalmazz meg, így hát közzétételét az iratlan szerkesztőségi etika szerint nem tagadhatjuk meg.

A levél nyomán az olvasónak módjában van ismét gondolkodni a kérdésen. A szerkesztőség álláspontja nem változott. Változatlanul a művi ingerképző kifejezés mellett tesszük le szavazatunkat. Egy új, idegen nyelvben megfogalmazott fogalom átvételekor nem szükséges mereven ragaszkodni az eredeti szóképhez, jelentéstartalomhoz.

Igaz, hogy a pace jelentéstartalmi árnyalatait a művi ingerképző kifejezés nem adja vissza. Am az anatómia a sinuscsomót ingerképző szervnek nevezi, és a pace maker e szerv kiesett vagy megromlott működését hivatott átvenni, ill. segíteni. A már meghonosodott anatómiai név felől tehát a magyar orvosi nyelvhasználat nyugodtan meghonosíthatná az általunk javasolt új kifejezést. A ritmusvezénylés nem rövidebb, mint a művi ingerképzés, az igaz, hogy a sok betűből álló szót egybe lehet írni.

Nem lenne rossz az ötletbörze gondolata, csak hát ki valótsa meg. Ezt már nem éreznénk lapunk feladatának. Talán annak a szakmának kellene kezdeményeznie ezt, amely az idegen szót használni kénytelen és annak honosítására hivatott.

**Az öregkori óriás gyomorfekélyről.**

**T. Szerkesztőség!** Az Orvosi Hetilapban 19 éve közzétük Figussal az idős kori ulcus-betegségben szerzett tapasztalatainkat 5 éves beteganyagunkon (1961, 102, 1412).

365 ulcusos betegünkben 32 beteg volt 65 éven felüli, közülük 20-nak ventricularis fekélye volt. Klinikai megfigyeléseink alapján az idős kori fekély két típusát írtuk le, az egyik az „Alters-ulcus”, a másik a „Veraltet-ulcus”. Hangsúlyoztuk, hogy az idős kori fekélyek általában nem a megszokott képpel jelentkeznek, s éppen ezért nehezebb a panaszok alapján felismerni őket. Utaltunk arra is, hogy a gyógyulás megítélésében együttesen kell figyelembe venni a klinikai és a röntgenleleteket, s arra a megállapításra jutottunk, hogy kb. egy hónap alatt észlelhető a fekélyfészek megkisebbedése, de a teljes gyógyulás, illetve a fekélyfészek eltűnése ennél hosszabb időt, kb. 8 hetet vesz igénybe. A közel két évtizedes megfigyeléseinket az azóta bevezetett endoscopiás vizsgálatok megerősítették.

Ugancsak fenti közleményünkben említettük, hogy a 20 ventricularis fekélyből 11-nek nagyobb volt az átmérője 1,5 cm-nél, s ezek az ulcusok távol ültek a pylorustól a gyomor kisgörbületi oldalán. Az öregkori, s ezen belül az óriásfekélyek kérdése a hazai irodalomban vissza-visszatér. 1961-es közlésünk óta több hazai szerző íutott hasonló álláspontra az idős kori, s köztük az óriásfekélyek megítélésében, mint mi. sőt a legfrissebb hazai közlés Balogh István és munkatársai részéről (Orvosi Hetilap, 1979, 120, 2907) sok vonatkozásban még az ismertetett beteganyag nagyságában is, következtetéseiben is messzemenően megegyezik a miénkkel. „Nil sub sole novum”.

Iványi János dr.

T. Szerkesztőség! Örömmel vettem Iványi János dr. levelét, amelyre röviden az alábbiakban reflektálok.

Iványi dr. véleménye szerint az Orvosi Hetilapban 1961-ben — Figus dr.-ral közösen írt — közleményük (1961, 102, 1412.) tartalmazza mindazon megállapításokat, amelyet az azt követő követelmények, így a Balogh I. és mtsai (Orv. Hetil. 1979, 120, 2907.) publikációja is ismertettek.

Nem kívánok két előző közleményünkkel (Orv. Hetil. 1970, 111, 2106. és Münch. med. Wschr. 1972, 114, 532.) behatóbban foglalkozni, amelyek részletesen tárgyalják az időskori fekélybetegség klinikai és radiológiai képét. Ezen közleményeinkben — természetesen — hivatkoztunk Figus A. és Iványi J. 1961-ben megjelent értékes közleményére.

De ezzel kapcsolatban is szeretném felhívni a figyelmet a két beteganyag közti nagyságrendbeli különbségre, valamint a betegek százalékos megoszlására.

Iványi dr.-ék öt éves beteganyagában az összes fekélybetegek száma 365 volt és ezen belül az időskori fekélybetegeké (a Spang-féle meghatározás szerint) 120 (32,8%)! Ezzel szemben saját első öt éves (1963—1967) beteganyagunkban az összes fekélybetegek száma 1522 volt és ezen belül az időskori fekélyek száma 245 (16,1%)! Az öregkori óriás gyomorfekélyek száma — ezen anyagunkban — 7 (2,9%)! Közleményünkben Iványi dr.-ék az öregkori óriás gyomorfekélyekről ugyan megemlékeznek, de ilyen eseteket nem közölnék! Így az 1961-ben írt dolgozatuk legutóbbi közleményünk (Orv. Hetil. 1979, 120, 2907.) irodalmi jegyzékéből nem gondatlanságból maradt ki.

Konkréten — röviden — jelen közleményünkről, amelyről Iványi dr. azt állítja, hogy „... sok vonatkozásban még az ismertett beteganyag nagyságában és következtéseiben is messzeemenően meg egyezik a miénkkel”.

Szabad legyen a két közlemény némely állítását, adatát összehasonlítani.

A nagyságrendbeli különbségre már előzőleg rávilágítottam, így mivel újabb öt éves (1973—1977) összehasonlító beteganyagot tárgyaltunk, ez nyilvánvaló.

Iványi dr.-ék azt írják: „Feltűnő volt, hogy ventricularis típusú ulcusos eseteinkben 1,5 cm-nél (!) nagyobb átmérője volt 11 ulcusnak.” Mennyi volt ezen ulcusok tényleges átmérője? Ez a közleményből nem derül ki, pedig ez döntő lenne az időskori óriás gyomorfekélyek meghatározását illetően. Hivatkoznak ugyan egy kettős ventricularis ulcusos esetre, amikor a fekély átmérője nagyobb volt 2 cm-nél (!). Ez arra enged következtetni, hogy a többi ennél nem volt nagyobb. Így azok — valószínűleg — nem voltak időskori

óriás gyomorfekélyek. A közleményükből egyáltalán nem derül ki, hogy volt-e időskori óriás gyomorfekély esetük. Ugyanis az irodalomban azokat az időskori gyomorfekélyeket sorolják ebbe a csoportba, amelyek átmérője több mint 2,5 cm! Mi közleményünkben szigorúan tartottuk magunkat ezen meghatározáshoz.

Mi összehasonlító beteganyagot tárgyaltunk (1963—1967 és 1973—1977), s ennek kapcsán tettük azt a megállapítást — amelyet Iványi dr.-ék nem is tehetek —, hogy amíg az eddig ismert irodalmi adatok szerint az időskori fekélybetegek száma emelkedik, jelenleg — saját megfigyeléseink szerint — inkább azok stagnálásáról lehet beszélni. Tény azonban az, hogy az öregkori fekélybetegek számán belül az időskori óriás gyomorfekélyek csaknem kétszeresére emelkedtek: 13 eset (5,2%)!

Véleménykülönbség van a két közlemény végkövetkeztetése között. Iványi dr.-ék azt írják: „... idősebb korban a fekélybetegség rosszabb gyógyulási hajlamot mutat.”

Ezel szemben mi — nagy anyag alapján — közleményünkben a következő megállapítást, illetve végkövetkeztetést tettük: „... feltűnően jó a gyógyulási hajlam és a fekély szinte hegmentesen, nyomtalanul gyógyul. Ezt kell kiemelni, mert ez a tény a betegek idős korára való tekintettel igen nagy jelentőségű!”

Nem kívánok további részletekbe bocsátkozni, de annyit feltétlenül meg kell jegyezni, hogy az utóbbi öt éves (1973—1977) beteganyagunknál nagyon jelentős volt az endoscopus (biopsziás) vizsgálat lehetősége, amelyről Iványi dr.-ék 1961-ben még nem számolhattak be.

Végül, nagyon köszönöm Iványi dr. levelét, amely lehetőséget adott arra, hogy az időskori óriás gyomorfekélyekkel kapcsolatos tapasztalatainkra ismételtelen felhívhassam a figyelmet.

Balogh István dr.

#### A pszichoterápia hatékonysága mérésének nehézségeiről.

T. Szerkesztőség! Az „Autogén tréning hatékonysági elemzése pszichoszomatikus betegeknél” c. közleményünk (Orv. Hetil. 1979, 120, 3159—3166) szerkesztőségi kommentárja, de még inkább a „Szerkesztői munka — levelek a szerkesztőhöz — szerkesztőségi kommentárok”-ban (ugyanezen szám 3177. old.) foglaltak indítottak reflexióra. A szerkesztőség ama törekvése, hogy az olvasókat bátorítsa, jelezzék vissza észrevételeiket, mindjárt a véleményüket... különösen szíves invitáció. Az olvasók közös öröme is szolgálhat, hiszen tapasztalhatjuk, mennyire hiányzik ma a tudományos munka hazai életéből a vitakedv, az egészséges véleménycsere, a szenzitivitás nélküli

eszmeütköztetések és -konfrontációk hatékony előbbrevívó ereje. Az Orvosi Hetilap éppoly élenjáró szerepet tölt be ma tudományos közvéleményünk „megmozgatásában”, amiként ahhoz sem férhet kétség, hogy e lap mércéje „az objektív tudományosság igényeinek szolgálatában” kimagasló. Ezt közleményünkkel kapcsolatban is lemérhettük. A kritikus észrevételek azonban mindig értékesek azoknak a szerzőknek, akik elkötelezetten és az ügy iránti odaadással maguk is munkájuk színvonalának emelésén fáradoznak. Éppen ezért elgondolkoztató az e munkát érintő minden észrevétel.

Hozzászólásunk részint a pszichoterápiás hatásvizsgálatokkal kapcsolatos néhány olyan elvet és problémát érint, amellyel ma világszerte birkóznak a hatásvizsgálatokra orientált kutatók és terapeuták, részint ennek tükrében reflektálunk a cikkünkkel kapcsolatos szerkesztőségi kommentárra.

A humán kutatások nehézségei, gondoljai sűrűsödnek a pszichoterápiás kutatás területén. Az ember „kettős (biológiai és társadalmi) természetű” köveket, sőt filozófiánk, a marxizmus antropológiai elveinek megfelelően az ember nem emberi lényegének (társas-társadalmi mivoltának) tulajdoníthatóan számos faktort, „változót” kell kezelni a terápiás vizsgálatokban, amikor bármely ráhatási-kölcsönhatási folyamatot vagy eredményt kutatunk. Mivel a pszichoterápia gyógyító emberi kapcsolat keretében folyó célirányos, tervszerű kommunikációs folyamat, így csak emberi kölcsönhatásokban realizálódhat minden eredmény, amelyben a terapeuta személye, viselkedése, válaszmintáinak jellegzetessége általában éppoly döntő, mint a betegé. A pszichoterápia sem egyféle, a számos módszernek eltérő (feltételezett és bizonyítandó) „támadáspontja” van. A hatásvizsgálatokban is legalább két választási lehetőségünk létezik, mérhetjük a ráhatási-kölcsönhatási folyamatot és vizsgálhatjuk annak eredményességét (az eredmény minőségét, intenzitását, tartósságát és időbeni változását).

Míg a természettudományos kutatás „tisztább” terepeken vizsgálódik, így elvei, módszerei pontosan követhetők annak a „mozgásformának” a vizsgálatát, amelyre a kutatói érdeklődés irányul (pl. a fizikai, kémiai, biológiai), addig az emberrel a pszichotikum kettős — biológiai és társadalmi — természetének bekerülése a mérési folyamatokba azonnal „nem elég tiszta”, zavaró faktorokat kapcsol be, hiszen a biológiai szint a társassal, az objektív a szubjektívvel átitott, az individuális belső jellegek összefonódnak a szociális hatásokkal.

A pszichoterápiás kutatás számol e bonyolító tényezőkkel és megkísérel a „szubjektív” objektívalását, a társas hatások mérését, a kölcsönhatási folyamatok ellenőrzését.

Standard pszichológiai, személyiségvizsgálati, interperszonális kommunikáció és interakciómérési eljárással próbálja objektíve megragadhatóvá tenni a pszichikum „feketete doboz”-ának történéseit.

A terápiás folyamat alkalmasságának vagy eredményességének megállapítása érdekében az alkalmazott gyógyító módszertől függetlenül szükséges „külső”, „belső” tényezőket vizsgálnunk, követnünk. A külsők a viselkedés(ek) komplex vagy célirányosan szelektált megfigyelését, a belsők a „szubjektív” átélések, állapotok és változások valamely (objektív) módszerrel történő mérését jelentik.

A terápiás módszerek (feltételezett) hatása szerint lehet a változásokra vonatkozó várakozást (és vizsgálatot) az egész személyiségre, annak kapcsolati-viselkedési (adaptációs) jellegzetességeire irányítani, vagy a terápia kiemelhető, szelektív „támadáspontja” esetén azokat a faktorokat vizsgálni, melyekben a specifikus változás valószínűsíthető.

Míg a folyamat-vizsgálatokban valamennyi olyan tényező „kézbentartása”, mérése, kontrollálása fontos, amellyel a feltételezett változás kapcsolatban állhat (de minimálisan a terapeuta, a beteg, kapcsolatai és interakciói mérendők), addig az effektusmérés a betegre irányuló. Arra koncentrál, milyen változás történt benne (egy leírászerűen rögzíthető folyamat hatására) ahhoz a szinthez képest, amelyről a terápia megindult. Míg tíz évvel ezelőtt még beértük az elő- és utóvizsgálat értékkülönbségeinek adataival, ma már nem tartjuk elegendőnek a „pre and post design”-t. Az előtte és utána mért változók értékeinek, valamint egy katamnesztikus újratesztelésnek az értékeit kell összehasonlító elemzés alá vetnünk. Sőt egyszersmind a terapeuta és betege által megítélt változást is célszerű alkalmas teszteljárással hitelesebben megragadni (3).

A kontroll kérdésénél újabb problémák adódnak. A természetes közegekben (klinikán, kórházban, ambulanciákon) folyó terápiákban gyakran elgondolnók tartják az „önkontroll” követést is (a paciens önmagához képest produkált változásainak, javulásának mérését). A parallel kontroll csoport a betegek életkor, nem, foglalkozás, értelmi szint és szociális helyzet szempontjából „ikerpárja” lenne, az ilyen ideális kontroll azonban ritka. A párhuzamos kontroll csoportok a kutatás célja szerint is eltérők lehetnek. Ha pl. a módszer hatóerejét akarjuk össze-mérni más, alkalmas gyógymóddal, akkor egyidejűleg azonos betegségben szenvedők egyenértékű csoportját más, már bizonyított hatékonyságú pszichoterápiával kell kezelnünk. A spontán remisszió mértékét nem kezelt beteg-kontrollal ellenőrizzük, a pseudo-kezelésben részesített kontroll-személyekkel pedig a placebo-hatást

tudjuk megbecsülni. A kezelésbe bevont egészséges kontroll személyeknél pedig a terápiás módszer támadáspontjainak és a személyiségben előidézett változásnak a jellemzőit vizsgálhatjuk meg. Placebo-kontrollok alkalmazására Európában ritkábban találunk példát, az USA-ban — fizetett önkéntes kísérleti személyekkel — gyakrabban kerül felhasználásra. A pszichoterápiás „álkezelés” megvalósítása bonyolult, és orvosetikai szempontból is vitatott.

A pszichoterápiás kutatás laboratóriumi körülményeihez könnyebb megfelelő kontrollszemélyeket találni és a mérendő változók tisztább kezelése is elérhetőbb. Standard feltételek között vizsgálhatják a kutatók a (feltételezeten jelentős) terápiás hatótényezőre adott válaszokat (pl. egy fóbiás reakció változásait kellemes jelentésű szavak társítása hatására stb.). Az oly sok bonyodalmat okozó „emberi tényezőt” is leegyszerűsítik, pl. a terapeutát személytelen emberrel (magnetofonszalaggal) helyettesíthetjük. A gyakorló pszichoterapeuták azonban szkeptikusak a steril terápiás kutatások eredményeivel szemben, mint azt S. R. Wallerstein és H. Sampson megfogalmazták: azok az eredmények, amelyeket a steril szituációk kínálnak, a gyakorlat számára sokszor teljességgel irrelevánsak (3).

A természetes miliőben folyó terápiás hatásvizsgálatok viszont nemcsak nehéz (anyagi, eszközös és személyi) feltételek közt dolgoznak, hanem az orvosetikai szempontokat néha még a kutatás rovására is érvényesíteniük kell. Pl. a beteg (egyidejű) gyógyszeres kezelésének és a gyógyító miliő, pl. kórházi, osztálylégkör hatásait nem tudják kiszűrni, a pseudo-terápia sokszor nem etikus, a kontrolloknál a kezelés hiánya (vagy megszüntetése) nehezen realizálható olyan időtartamban, amely a kezelt csoportban viszont szükséges a tünetek megszüntetéséhez, még inkább valamilyen mértékű személyiség-változás eléréséhez. A bizonyításhoz ma már elegendő esetszám is fontos. Ha viszont ezért csoportot terapizálunk, akkor vizsgálatunkban a sajátos — csoportlélektani — hatásokat is ellenőriznünk kell.

Ismeretes, hogy a pszichoterapeutákat erősen igénybe veszi a gyakorlat művelése. A kutatómunka követelményei növekednek, a gyakorló terapeuták munkafeltételei ehhez képest aligha adóttak. A terápiás eredmények, sikerek pedig, mint Edwards írja (1) sokszor altatószerül szolgálnak a terapeuták azon kíváncsiságára, vajon mekkora szerepe van eredményeikben saját személyiségüknek, a betegének, kapcsolatuknak és az alkalmazott módszernek.

Mindezekhez közleményünk szerkesztőségi kommentárjával kapcsolatban már csak néhány hozzáfűz-nivalónk maradt. A szerkesztőség „teljesség-igényével” szemben mi a

gyakorlat szorító, kényszerű realitásban maradtunk. Munkánk hiányosságaira azonban nem vagyunk szkotómások, ezt közleményünk záró soraiban meg is fogalmaztuk. Kontroll csoportot alkalmaztunk, a hatásvizsgálat hipotéziseit az AT (feltehetően) hatékony faktoraira fogalmaztuk meg. Ezért választottunk egészséges kontroll személyeket, akiknél ugyanazon tényezők változásait követhettük és mértük az azonos tanulási folyamat hatására. A hatásmérő eszközöket a szerzők egyike korábbi munkáiban „bemérte” alkalmassági szempontból. A csoporthatást nem vizsgáltuk, betegeinket a vizsgálatokkal így is igénybe vettük, további terhelésüket nem vállaltuk. Bár összehasonlító személyiségvizsgálatokat is végeztünk (projektív próbák és MMPI), adatait nem közöltük, mivel nem tettünk vonatkozó hipotézist. Háromhónapos terápiás idő túl kevés ahhoz, hogy az össz-személyiség szintjén valódi átstrukturálódást remélhessünk. A pszichoszomatikus betegek spontán remissziójának kérdése önmagában is tisztázatlan. Oki ismeretek hiányában beszélünk spontán javulásról, amelynek ellenőrzéséhez újabb — kezelésben nem részesülő — kontroll csoportra lett volna szükség. Ilyen — a kezeltekkel egyenértékű — csoport összeállítására nem volt módunk. Ami pedig specifikus módszerünket, az AT-et illeti, ebben a terapeuta—beteg kapcsolat vizsgálata nem nélkülözhetetlen. Az AT-ben a terapeuta mediátor funkcióval vesz részt. A gyógyítás nem elsődlegesen merít a kapcsolat erőteréből, hanem a paciens aktívált, saját önszabályozó képességével dolgozik. A beteg e terápiában nem a terapeuta, hanem önmaga felé fordul, az introspekciót szorgalmazza a mielőbbi teránias önállóság elérése érdekében is. Ezen okok miatt megengedhető a terapeuta—beteg kapcsolat mérésétől eltekintettünk (2).

Hisszük, hogy reflexiókkal az Orvosi Hetilap számára a jövőben érkező pszichoterápiás hatásvizsgálati munkák megítéléséhez néhány szemponttal hozzájárulhattunk és köszönjük a szerkesztőségnek, hogy a pszichoterápia alapszintű bevezetése, elterjesztése mellett munkánk honorálásával, közlésével is támogatólag foglalt állást.

Bagdy Emöke dr.  
Schnell Endre dr.

#### Hivatkozott irodalom:

1. Baumann, V., Berbak, H., Seidenstücker, G. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis. Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien, 1978. — 2. Kniffki Ch.: AT und TM. Ein Vergleich der Erfolgsansichten beider Entspannungsmethoden. Kinder Verlag, München, 1979. — 3. Rempfle, S.: Therapieforschung in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Probleme experimenteller Unter-

suchungen. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 1977.

**A szerkesztőség válasza:** Köszönjük szépen *Bagdy Emőke dr.* és *Schnell Endre dr.* hozzászólását. Örülünk, hogy a szerkesztőségi közlemény ajánlatát elfogadták és vállalják a vitát a szerkesztőségi kommentárral, amelyet cikkükhöz fűztünk.

A kommentár igényeit lényegében ők is jogosnak tartják, csak a terápiás hatékonyság bizonyítását tekintik — gyakorlati okokból — nagyon nehéznek. Úrveikkel a szerkesztőség többnyire egyetért, talán csak abban tér el nézetünk, hogy a pszichoterápia hatékonysági vizsgálataiban a nem-specifikus tényezők fogalomkörében elemzik, ill. kontrollálásra ajánlják a placebo-faktort, a terapeutától kiinduló szuggesztív hatásokat és a csoportkörnyezet befolyását is. Magától értetődően az alapbetegség természete fontos tényező és az ismeretlen okból előálló állapotváltozások — ezeket nevezte a szerkesztőség spontánnak, ahogyan a szakirodalom is nevezi, de egyetértünk azzal, hogy a spontán mögött talán komoly okok is rejtőzhetnek, amelyeket majd feltár a tudomány haladása — nagyon zavarhatják a képet, ezért ezeket valahogyan kontrollálni kellene.

Érdekes kérdés a pszichoterápiás „álkezelés” etikai arculata, messze vezetne ennek tárgyalása, de itt más a szerkesztőség véleménye, hiszen a beteggel való egyszerű beszélgetés, nem-specifikus orvosi vagy pszichológiai foglalkozás a kontroll csoportban nyugodtan futhatna pszichoterápia néven, és az így elért eredményhez képest kellene mérni a hatást. Tekintettel arra, hogy a pszichoterápiára szorulóknak nagy része nem jut el szakemberhez, ez az „álkezelés” is sokaknak valós segítséget nyújthatna, nem is beszélve az elméleti tisztázás általános terápiás jelentőségéről, amely nagyon sok betegnek válhatna javára. Úgy tudjuk, ilvenfajta kutatási taktikát sok nagyszabású vizsgálat alkalmaz (ha mi is fűznénk irodalmi hivatkozásokat a válaszhoz, elsősorban amerikai szakirodalomra kellene

utalnunk). A pszichoterápia hatásmechanizmusával kapcsolatos szakirodalomban bőségesen tárgyalják, hogy a hatékonysági vizsgálatokat gyakran akadályozza, hogy a képzett, működési engedéllyel bíró terapeuták is sokszor csak látszólag végzik a specifikus kezelést, valójában „álkezelésre” esnek vissza, pl. a megfelelő valódi kompetencia hiányában vagy éppen érdektelenség, indiszpozíció miatt. A pszichoterápiás munka társadalmi ellenőrzése eléggé fejletlen. Mint ahogyan nemcsak az a placebo-készítmény, amelyet ilyen célból hoznak forgalomba, hanem jócskán van hatóanyagának hitt „védjegyes” placebo is, ugyanúgy a valódi pszichoterápiában is sok a kontrollálatlan, kiszűrhetetlen placebo-pszichoterápia.

Egyetértünk azzal, hogy a lap magas mércét állít a pszichoterápiás jellegű kezelésekről szóló cikkek elé. Indokoltuk is, a terápiás közlemények mércéjét kellene itt is alkalmazni. Emlékeztetünk: az Orvosi Hetilap általános orvosi és nem pszichiátriai vagy pszichoterápiás szaklap. Aki itt közöl pszichoterápiás cikket, annak vállalni kell a „párbeszédet” a szomatikus medicinával, úgy kell megfogalmazni mondanivalóját, hogy a gyakorló orvos és más, szomatikus szakmában dolgozó szakorvos is meg tudja érteni. A szomatikus medicina kritériumaira tehát nagy szükség van. A szerzők feladata, hogy e kritériumoknak megfeleljenek, ha lehet, ahol pedig nem lehetséges, ott maguk fejtsék ki, miért nem lehet, és hogyan kellene tenni, hogy a bizonyítás egyértelmű legyen stb.

Tudjuk, hogy a pszichoterápiás irodalom nagyon különböző fajsúlyú, hogy pl. a pszichoszomatikus betegségtan teli van egy-egy esetleírású leírásával, amelyből azután a szerzők messzemenő következtetéseket vonnak le, sok a kis betegcsoporton elvégzett vizsgálat stb. Lehet, hogy ez specialisták különleges szaklapjaiban helytálló, hasznos módja az információcserének, ám az Orvosi Hetilaphoz hasonló lapokban csak olyan vizsgálatokról lenne érdemes írni, amelyek jól dokumentáltak, bizonyított-

tak, megfelelnek a műfaj magas szintű igényeinek is.

A szerkesztőség célja az volt, hogy munkamódjába, döntési mechanizmusába adjon az olvasóknak — és nem kismértékben azoknak, akik az olvasók közül maguk is szerzők vagy azok lesznek — tekintést a szerkesztőségi kommentárok révén. A szóban forgó cikk esetében ezt kellett mérlegelnünk, javasoljuk-e szaklapba küldését, hiszen a lényeg orvosi pszichológia, vagy járjunk-e úgy el, ahogyan terápiás közlemények esetében gyakran tesszük: hívjuk fel a szerzők figyelmét arra, hogy a vizsgálatot meg lehetne ismételni, ki lehetne terjeszteni, nagyobb tapasztalatanyag alapján lenne célszerű közzétenni, mert akkor az adatok egyértelműbbek, a bizonyítás könnyebb. Ez a javaslat sokszor merül fel a szerkesztőségben, de nem mondjuk ki elég gyakran, hiszen már megszoktuk, hogy a vizsgálatok kissé a közleményért születnek, azután gyakran az érdeklődés is alábbhagy, pedig igazában éveken át folyó, alapos, a szerzőket foglalkoztató megfigyelésekből, vizsgálatokból kellene a közleményeknek kinőniük. De éppen az orvosi pszichológián vagy a pszichoterápián kérjük ezt számon, amelynek hiányoznak is a megfelelő publikációs feltételei? Amikor egészen egyszerű terápiás beavatkozásokban sem valósítják meg a szomatikus medicinában sem? Mérlegeltük tehát inkább a pozitív oldalt, a gyakorló orvos pszichoterápiás munkáját, a klinikai pszichológus áldozatos együttműködését, a kezdeményezés újszerűségét, a közlés mellett döntöttünk, de a szerkesztőségi elbírálás során végiggondolt és a szerkesztőségben belül meg is vitatott problémákat az olvasó elé tártuk a kommentárban.

Reméljük, hogy így — *Baada dr.* és *Schnell dr.* hozzászólásával — az olvasók még tisztábban látják a helyzetet. Hasonló cikkek elbírálásában a vitából biztosan nver a szerkesztőség is támpontokat, de talán nvernek szerzők is, és az olvasók számára is könnyebb lesz hasonló munkákkal kapcsolatosan az eligazodás.





## KÖNYVISMERTETÉS

**Robert B. Taylor: Family medicine principles and Practice.** Springer-Verlag New York, Heidelberg, Berlin 1978. 1366 oldal. Ára: 79,— DM.

Véletlenül úgy adódott, hogy a fenti könyv recenziójának a recenzió elkészítése előtt közvetlenül a sejtmolekuláris alapjaival kellett foglalkoznia. Aki e célból nem a szakfolyóiratok legújabb, fellelhető adatait, hanem csupán mai medikusaink biológia vagy élettan könyveit lapozza át, az előtt eleve felrémlik a mai orvosképzés szinte megoldhatatlannak látszó dilemmája. A napról napra felhalmozódó új ismeretanyag az egyik oldalon, a képzésre és a továbbképzésre szolgáló idő limitált volta a másik oldalon, az oktatók és a medikusok egyaránt szinte megoldhatatlan feladat elé állítja. Vannak, akik a nehézségek láttán merev konzervatívizmusba dermednek és a képzés szintjét féltve lehetetlent követelnek a medikusoktól akkor, amikor a tankönyvek végtelenre nyúlnak, a vizsgaanyag pedig néha áttekinthetetlenül válik. E könyv kiadója, szerkesztői nem álltak bénytalan az említett orvosképzési dilemma előtt. Oktatók és medikusok között végzett vizsgálataik sokasága ugyanis egyértelműen igazolta, hogy a medikusok a konzervatív képzés viszonyai között „boldogtalanok, stressz okozta szorongásban szenvednek és elégedetlenek a képzéssel”. Még aggasztóbb talán az a megfigyelésük, hogy „a diákok cinizmusa az egyetemi évek előrehaladásával párhuzamosan nő, ugyanakkor fordított arányban csökken a képzés kezdetén meglévő humanitárius érzés”.

De az oktatók gondoljai sem kisebbek a medikusokénál, his feladatukat komolyan és lelkiismeretesen akarják ellátni. Ezen a helyzeten kívánt segíteni a Family Medicine vaskos kötetének 5 szerkesztője és 128 szerzője. A szerzők valamilyen egyetemi tanárok, vagy társprofesszorok valamelyik amerikai egyetemen.

A szerzők arra vállalkoztak, hogy a mindennapos betegellátást javítsák azáltal, hogy a medicus universalis, a general practitioner, pontosabban a family physician által nyújtandó elsődleges ellátást, „a primary care”-t felvázolják.

A vaskos kötet 4 nagy témakörre oszlik. Az I. gondolatkör a családorvos fogalmával, történetével, feladatkörével és felelősségével foglalkozik. Ugyanakkor nyer felvázolást a család egészségügyi gondozását ellátni hivatott „családorvos” képzésének és továbbképzésének pontos vázlatát. Itt esik szó a betegek nélkülözhetetlen képzéséről, álljon az akár egészségnevelésből, akár

pedig a krónikus beteg otthoni életmódjának ismertetéséből. Különös hangsúlyt tárgyalja a betegek otthon a családon belül végzett ápolását.

A II. témakört az orvos—beteg viszony pszichoszociológiai kérdései mellett, a különböző életkorú családtagok, életkorra jellemző egészségügyi kérdéseit vizsgálja fel. Szó esik itt család-szociológiáról, családkrizisről, beteg családról, de halálról és temetésről is. Ebben a fejezetben taglalják az egészséges és hátrányos táplálkozás kérdését, a gyógyszerek szedését, a szexualitást és a krónikus betegekkel való bánásmódot.

A III. témakör — amely terjedelemben mintegy 500 oldalt ölel fel — a családorvos képzés leglényegesebb, mindennapos ismeretanyagát tartalmazza. Külön fejezet foglalkozik az anamnézissel, a fizikális vizsgáló módszerekkel, a laboratóriumi eredményekkel és mindenekelőtt az általános orvos számára nélkülözhetetlen azon ismeretanyaggal, amit a mindennapos gyakorlatban az egyes, speciális szakmákból ismernie kell. Elismérésre méltó az a mértéktartó válogatás, amelyet az egyes szakmák specialistái tanúsítottak, amikor azt az elméleti és gyakorlati anyagot kiválogatták, amellyel a családorvos a rábízott családtagok optimális ellátását biztosíthatja. Biztosan lesznek, akik vitatják, hogy egyet s más el kellett volna hagyni, más fel kellett volna venni a kötetbe. És ha ez így lesz, az magától értetődő és természetes, hiszen egy nagy, új kísérlet első alapos felvázolását jelenti ez a könyv.

A IV. témakör a család praxis (az USA-beliről, tehát privát praxisról van szó) szervezési, adminisztrációs kérdései mellett a családorvos kutató, betegség megelőző, üzem-, iskola- és sportorvosi tevékenységével foglalkozik. Legvégül pedig jogi, gazdasági, etikai kérdésekről és a családi orvos távlati feladatairól esik szó.

A kötet szerkesztői főképpen USA-beli és kanadai viszonyokból indulnak ki, amikor a családi orvoslást biztosító családorvos képzésének, továbbképzésének, tevékenységének kérdés-komplexumával birkóznak. Ennek ellenére nem lehet kétséges, hogy mindazok, akik hazánkban az állami orvosi ellátás fő letéteményesének az általános vagy körzeti orvosok képzésével foglalkoznak e kötetet megbízható, alapos forrásmunkaként használhatják.

A könyv használatát megkönnyíti a viszonylag egyszerű angol nyelvezete mellett a hatalmas tárgymutató is. *Szendei Ádám dr.*

**K. Idelberger: Lehrbuch der Orthopädie.** Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978. 327 oldal, 119 ábra, 6 táblázat. Ára: 48,— DM.

A munka a Düsseldorfi Ortopéd Klinika nyugalmazott igazgatója, *Idelberger* professzor 1970-ben megjelent azonos című könyvének harmadik, átdolgozott kiadása. Az első kiadást 1971-ben már volt alkalmam ugyanezen folyóirat hasábjain recenzálni (533. old.). A jól tagolt legújabb kiadás tudományos tárgyilagossággal az ortopédia újszólóval teljes anyagát könnyen áttekinthető formában öleli fel, a legújabb ismereteket is vázolja modern szemléletet tükröz.

A könyv 27 fejezetre tagolódik, amelyből az általános rész 16, a részletes rész — arányos felosztásban — 9 fejezetre oszlik. Egy további fejezet néhány fontosabb szakkifejezés magyarázatát adja, amelyhez külön tárgymutató csatlakozik.

A könyv több fejezetét a szerző teljesen átdolgozta. Kimaradt a világhírhözött torzképződmények etiológiája és profilaxisa című önálló fejezet és az előfordulás gyakoriságának csökkenését figyelembe véve jelentősen lerövidült a csont- és ízületi tuberkulózisról, valamint a poliomyelitisről szóló ismertetés. A térdízületi megbetegedéseket taglaló fejezet viszont a meniscus sérülés, a kereszt-, illetve oldalszalag-szakadás, a chondromalacia patellae ismertetésével bővült.

Új fejezet az ortopédiai vizsgálati módszereket, az artériás érelzáródást, a felületes és mély vénás thrombózist, valamint az ortopédiai segédeszközöket (protézis, ortézis, ortopéd cipő) ismertető rész.

A szerző jól átgondolt, testtájak szerinti csoportosításban könnyen érthető stílusban taglalja az egyes kórképek etiológiáját, patogenezisét, a kórbonctani vonatkozásokat, a klinikai- és röntgentüneteket, a prognózist, az elkülönítő kórismét és a kezelési elveket. Minden kórkép ismertetése során külön hangsúlyt a kórisme felállítása kap. Didaktikai szempontból jelentős, hogy a gyors és könnyű tájékozódás érdekében minden fejezetet igen hasznos, rövid összefoglalás zár le.

Felesleges és lehetetlen lenne a recenzió szűk keretei között valamennyi fejezetet részletesen ismertetni. Ki kell emelni, hogy a részletes rész legsikerültebb fejezetei a mindennapos gyakorlatban legtöbb problémát és gondot okozó kérdések, mint a világhírhözött csípődysplasia, a scoliosis, a discogén derékfájás, a csonttumorok.

Az ismertetett anyag terjedelme miatt szerző rendkívül tömör fogalmazásra kényszerült. Erre vezethető vissza, hogy lényeges részek helyenként szűkre szabottak, az egyes betegségek ismertetése során a könyv csak a leglényegesebb tudnivalók rövid áttekintésére szorítkozik, és fontos kórképek leírása

az orvostanhallgatók számára túlságosan sűrített. Pl. a coxarthrosist taglaló fejezet mindössze 4 oldal, melynek felét röntgen- és ábradokumentáció képezi.

Az első és harmadik kiadás röntgen dokumentációja zömében ugyanazon klisék felhasználásával készült, Kár, hogy a harmadik kiadás több képe kevésbé értékelhető, minőségileg gyengébb, mint az első kiadásé. Ebben nyilván a két kiadáshoz használt papír minőségében mutatkozó különbség is szerepet játszik. Egyébként a könyv tipográfiaja tetszetős.

Az oktatási reformmal kapcsolatos hazai törekvések figyelembevételével a könyvet orvostanhallgatók számára túlméretezettnek, túlságosan széles körűnek tartom annak ellenére, hogy az ismertett anyag nagyságához képest a terjedelem elfogadható. Jó összefoglalást nyújt kezdő orvosok számára, akik ismereteiket kívánják felfrissíteni. Különösen sok haszonnal forgathatják a könyvet azok a gyermekgyógyászok és körzeti orvosok, akik valamely ortopédiai kórképről gyorsan és megbízhatóan kívánnak tájékozódni.

Barta Ottó dr.

**Arthur Linder, Willi Berchtold: Elementare Statistische Methoden.** Birkhäuser, Basel, 1979. 248 oldal. Ára: 18,80 DM.

Linder, a biometria doyenje nyugugalomba vonulása után is folytatja irodalmi munkásságát. A „*Statistische Methoden*”, a „*Planen u. Auswerten v. Versuchen*” és a „*Handliche Tabellen*”, régebben írt munkái közismertek.

Nyugalomba vonulása óta Berchtolddal előbb a „*Statische Auswertung v. Prozentzahlen*”-t írta meg és tavaly jelent meg ez a legújabb munkája.

Linder nagy tudása, hosszú tapasztalata és nagy oktatói gyakorlata révén kitűnően tudja kiemelni a „fontosát” és ezt egyszerűen magyarázza meg.

A könyv elsősorban a statisztikával kapcsolatba kerülő orvosoknak nyújt segítséget. Megértéséhez elegendő a gimnáziumi matematikai ismeret. A biometriával igen különböző módon kerülnek kapcsolatba a kutatók, de az orvosi munka egyre több területén a „rutinban” is egyre inkább támaszkodunk a statisztika adta lehetőségekre.

Nem kevés az olyan kutató, aki a maga területén már „önellátó” a biometriában és csak a nem szabonyos esetekben fordul biométerhez. Az ilyen kutatók részére abban ad segítséget a könyv, hogy több fajta eljárást és ezek alkalmazásának indicióit, feltételeit ismerteti. Így ad lehetőséget arra, hogy a kutató megtalálja az adott helyzetnek legmegfelelőbb eljárást. Nem ritka ugyanis, hogy a kutatók az adott helyzetre csak egy vagy két eljárást ismernek, noha van megfelelőbb is. Így pl. a t-próbát alkal-

mazzák, noha az adott helyzetben a variancia analysis sokkal hatóságosabb volna. Avagy a correlatio számítások a z-metameter. (Ez a segítség elsősorban azoknak a kutatóknak értékes, akik nehezebben tudtak biométerrel konzultálni.)

A laboratóriumi rutin munka során elkerülhetetlen a biometriai módszerek alkalmazása. Így új metodikák beállításakor a munka megbízhatóságának ellenőrzéséhez (quality control) stb. Hasonlóképpen a *szociális medicinában* is, hiszen nem lehet statisztikai jártasság nélkül egy *epidemiológiai vizsgálatot* megtervezni, az adatokat helyesen értékelni, avagy az ellátottságot, igényeket felmérni. Ehhez a két *szakképesítéshez már most is vizsgálja a statisztika*. De az „újabb” szakmák közül is nem egyben lesz vizsgálja anyag. Linder könyve kitűnő segédkönyv ezekhez a vizsgákhoz.

A mindennapi munkához mindenkinek szükséges: a különböző orvosi lapokban megjelenő *dolgozatok* nem kis hányadában szerepelnek statisztikai eljárások annak alátámasztására, hogy a javasolt *therápia* valóban hatásos, avagy, hogy a javasolt *differentiáldiagnosztikai* jel, valóban segíti a helyes *diagnosis* felállítását. Linder könyve segítséget nyújt a biometriában járatan olvasónak. Abban segít, hogy helyesebben ítélhesse meg az adott esetben a „*statisztikai bizonyítékok*” valódi értékét. Azaz, *hozzáségít a kritikusabb olvasáshoz*.

A *komputeres segítséghez* és főképpen a *matematikus kollaborációjához* igen gyakran csak alkalmoszerűen jut hozzá az orvos (hálás betű). Nem lehet azonban minden *komputerestől* megkövetelni, hogy olyan fokú biometriai jártasságuk legyen: az adott problémához milyen biometriai eljárások jönnek szóba és az adott helyzetben melyik lesz az optimális. Emiatt igen sok *helytelen analysis készül „komputeres segítséggel”*. Linder könyve — a *komputeresek*nek segítséget nyújtva — lényegesen csökkenti ezt a hibaveszélyt. Az elméleti matematikusnak abban segít Linder könyve, hogy világosan lássa az elméleti matematikai követelmények és a gyakorlati megvalósítás lehetőségei között fennálló különbségeket és az ebből a különbségből eredő szemléleti eltérést.

Juvancz Iréneusz dr.

**Werner Janzarik (hrsg.): Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft.** 1979. Ferdinand Enke, Stuttgart (Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 8.), 202 old. Ára: 44,— DM.

1978 októberében a heidelbergi pszichiátriai klinika fennállásának századik évfordulóját ünnepték, és ennek alkalmával a klinika neves munkatársai előadásokat tartottak a klinika történetének egy-egy

nagy alakjáról vagy emlékezetes szakaszáról. A kötet ezeket az előadásokat tartalmazza.

Igy tehát a cím kisé félrevezető, magyarázatul leginkább az szolgálhat, hogy a Heidelbergben működő nagy német pszichiáterek sokat tettek a pszichológia elméletének kimunkálásáért. A leghíresebb két professzor, a 12 éven át itt alkotó és tanító Kraepelin, továbbá a második világháború után itt működő Kurt Schneider a pszichopathologia történetének két óriása.

A fejezetek, az egyes előadások időrendi sorrendben is bemutatják a klinika fejlődéstörténetét, és követik az egyes irányzatok vagy kutatási területek fejlődését is. A szerzők csupa ismert, neves emberek, többen a mai német elmegyógyászat vezető egyéniségei, pl. W. Kretschmer, G. Huber, R. Avenarius, J. Glatzel, K. P. Kisker, H. Tellenbach, H. Häfner és sokan mások. Sajnos, a történeti áttekintés szándéka uralja az egyes fejezeteket, ezért érdemi, tartalmi, pszichiátriai érdekességű információ viszonylag kevés van a kötetben. Az elmekörtan tudománytörténeti kutatói számára viszont a könyv fontos lehet, hiszen az egyes pszichiáterek működéséről, a korabeli klinikai viszonyokról, a klinikán és a klinikával kapcsolatos személyes, kollegiális reakciókról nagyon sok érdekes részlet olvashatunk benne. Bár a fejezetek szerzői itt-ott kritikát is gyakorolnak az egyes heidelbergi pszichiáterek munkásságáról (még Kraepelin sem marad mentes a kritikától), a legtöbb szerző inkább ünnepélyesen megemlékezik, méltat, értékeli, nosztalgiaival tekint vissza és nem elemez.

Az utolsó fejezetek a heidelbergi pszichiátria külföldi visszhangjáról és hatásairól számolnak be. Mint ezekből kitűnik, az amerikai pszichiátria egyre nagyobb mértékben használja fel Kurt Schneider elméletét a schizophrénia kutatásában, ám egyéb területeken a heidelbergi iskolát ritkán idézik. Nagy viszont Heidelberg befolyása a spanyol pszichiátriára, mint az erről szóló fejezetből kitűnik, a heidelbergi szakemberek munkáit igen hamar lefordítják spanyolra és ott azok gyakran több kiadást mérnek, mint a német nyelvterületen. Számtalván a befolyás a japán pszichiátriára is.

A sok személyes vonatkozás, a sok, napjaink pszichiátriája szempontjából is érdekes adat és megjegyzés miatt a könyv annak is érdekes és élvezetes olvasmány, aki nem foglalkozik az elmegyógyászat tudománytörténetével, hanem csupán e szakág művelője. Az érdekesség megállapításán túlmenően természetesen a benyomás egyéni, felfogástól, szemlélettől függ. A recenzensben a heidelbergi iskola történetének megismerése nem sok szimpátiát keltett. A fogalmi kategóriák merevek, skolasztikusak, maguk a tanulmányok is idézik a klinika hagyományait szembeni

leggyakoribb kritikát, az empirikus vizsgálatok igényének hiányát, ez a történeti áttekintésből is jól kitűnik, a leírásokból nyilvánvaló a klinika feudális szelleme, a vezető professzor nézeteitől való eltérésekkel szembeni türelmetlenség, nem szívderítők a klinika személyi viszonyaiban mindig újratermelődő súrlódások — egyszóval, a heidelbergi történelemben körvonalazódik a sok értéket termelő, ma is figyelemre méltó német pszichiátria egész hagyományrendszere, amely a magyar pszichiátria máig is eleven tradíciójának egyik forrása.

Buda Béla dr.

**Wolfgang Klages: Der sensible Mensch — Psychologie, Psychopathologie, Therapie.** — Stuttgart: Enke, 1978. — 184 old. Ára: 16,80 DM.

A monográfia 20 év tapasztalatait összegezi, amely 500 „szenzibilis ember” vizsgálata, kezelése kapcsán gyűlt össze. Szerző az érzékenység különböző megnyilvánulásait speciális aktuális kérdésekkel és biográfiai elemzéssel állapítja meg. Az adatokat statisztikusan nem értékeli, példákkal és esetleírásokkal, a vizsgáltak explorációjának szó szerinti idézésével igyekezik megvilágítani a tüneteket, és a szindrómát elkülöníteni a „nervozitás”-tól (Kräpelin), a „gátolt ember”-től (Schultz—Hencke), a „schizoid”-tól (Kretschmer).

Megállapítja, hogy a szenzibilisek elemi szag-, íz-, tapintási, hallási és látási ingereket könnyebben elkezdenek, felidéznek, mint mások, és arra érzékenyebben — legtöbbször negatív érzelmi-hangulati színezettel reagálnak. Többeknek közülük hajlama van synaesthesiákra. Elemi ingerek könnyen váltanak ki pathológiás félelmi reakciókat.

A személyiség magasabb szervezési szinten tükrözi az érzékenység megnyilvánulásait: a külső ingerek hosszabb utóhatásában, ezzel összefüggő hangulati-emocionális labilitásban és az ezekkel összefüggő „boldogtalan biográfia”-nak elmondására való tendenciában. Az érzékenység elmondása legtöbbször választékos formában történik. Az e téren mutatkozó verbális gazdagság fokozatosan átmehet a művészi, írói kifejezésformába.

Az egyes életszakaszoknak is vannak jellegzetességei érzékeny embereknél. Csecsemőkorban nagyobb mértékű a reflexes reaktivitásuk. A gyermekkorban a mágiikus világképet hosszabb idő után váltja csak fel a reális gondolkodás. Igen erős a fantáziálásra való hajlam. Iskoláskorban feltűnik a jó intellektualizálás, de a fáradékony-ság is. A perzisztáló szülővel való kapcsolat miatt nem viharos a kamasz-kor első időszaka. A kamasz-kor második szakaszára jellemző, hogy sokan írnak közülük titkos naplót, verseket. Az ifjúkorban nehezen találnak partnert. Idősebb

korokban gyakran bizalmatlanok, és külső megjelenésükben sokszor igyekeznek fiatalosnak látszani.

Az érzékenység sokszor nem olyan nagyfokú, hogy kórosnak kelljen ítélni. A pathológiás esetekre körültekintően jellemző, hogy különböző kiegyensúlyozó mechanizmusok lépnek fel. Ilyen a „maszképzés”, amely különböző, az alkalmazkodást, kommunikációt szolgáló „szerep”-ek használata, amely nem lehet tökéletes; — az egyéni fantázia világba való menekülés —, a rezignált vagy elkeseredett „belső emigrációba való menekvés”. Mikor a kompenzációs mechanizmusok kimerülnek, hirtelen neurastheniás, kifáradási szindróma léphet fel. Hypochondriás, hysteriás vagy szuicidális tünetek nem jellemzők.

Vannak szenzibilis egyének, akiknél az érzékenység tünetei „magas fokban állnak fenn”, elsősorban intellektuális foglalkozásuaknál és művészeknél. Az ő reakcióik sokszor schiziform jellegűek, depersonalizációs tünetek is vannak. Példaként a munka két részletesebb elemzést nyújt M. Proust-ról és R. M. Rilkeről.

A szindróma tüneti triászának: ingerekkel szembeni érzékenység, affektív labilitás, jellegzetes kompenzációs mechanizmusok — alapja agyfiziológiai analógiával magyarázható szerző szerint. A thalamus működésének veleszületett gyengeségét tételezi fel, utalva az agyopathológiai megfigyelésekre és a schizophreniák esetén történt hasonló analog feltételezésekre.

Terapiás szempontból fontos, hogy ezen betegek nagyon rosszul tűrik a psychopharmakonok nagyobb dózisait, bár kisebb adagok r ndelésére sokszor sor kerül. Neurastheniás állapotokban ajánlatos a betegek általános intenzív erősítő kezelése is. Psychotherapiában nagy óvatosságra van szükség, és elsősorban egyéni, psychogoiás jellegű kezelést jón szöba. Nagyon jó eredményt látott szerző ezen betegek biblioterapiás kezelésétől.

Végeredményben a munka a psychiatriai klinikum egyik igen problematikus betegcsoportjával foglalkozik. Azzal, amelyet saját terminológiám szerint schizothymias personopathiának diagnosztizálok, a psychoanalytikus irodalom pedig narcisztikus személyiségnek, leírva azt, hogy a klasszikus analytikus kezeléssel szemben milyen ellenállás észlelhető ezen betegeknél. Még értékesebb tette volna a munkát, ha az egyes tünetek, fejlődéslelektani jellegzetességek előfordulási gyakoriságát is közölte volna.

Pertorini Rezső dr.

**Bryan Roberts R.: Aspirations-pneumonie.** Intensivmedizin. Notfallmedizin, Anästhesiologie (INA) 15. köt. Georg Thieme Kiadó, Stuttgart 1979. 96 old. Ára: 38,— DM.

A puha vászonkötésben megjelenő népszerű sorozat 15. kötetét La-

win, Loewenich, Rodewald, Schölmacher és Stoeckel adták ki. A 9 szerző által írt 91 oldalas munkát a Little Brown Comp. (Inc) kiadásában 1977-ben megjelenő „Pulmonary Aspiration” című könyvből Seidelmann fordította le németre. A könyvecske szerzői közül 7 anaesthesiológus, 1 intenzivista, 1 pedig fül-orr-gégész, akik egy-egy fejezetben a gyomortartalom belehelésének pathophysiológiáját, a sebészeti betegek aspirációjának kérdéscsoportját, a szülészeti félrevelést s annak megelőzését, az intenzív osztályon jelentkező aspirációs pneumoniát és annak kezelését, az újszülöttek aspirációs tünetcsoportját, a vízbefúlást, ill. a vízbalesetek kérdéseit, végül az idegentestek aspirációjának kórismézését és kezelését tárgyalják. Minden fejezet végén irodalom, a könyv végén pedig gondosan összeállított tárgymutató van, mely a munka felhasználhatóságát nagymértékben megkönnyíti. A mondanandó számos fénykép teszi szemléletesebbé.

Valamikor az aspiratio főleg és elsősorban anaesthesiologiai probléma volt. Ma a kérdésnek — amikor szinte minden diszciplínában a beteganyag súlyosbodott (eszméletlen, rizikós betegek, gyomorszondák elterjedése stb.) — komoly interdisciplinaris gyakorlati jelentősége van. Nemcsak a masszív aspiratio, de a sokkal gyakoribb ún. néma aspiratio is gondolkodni kell. A légutakba kerülhet savanyú gyomornedv, ételmaradék (hányadék), vér, idegentest, víz, meconium stb. Éppen ezért az aspiratio nem egységes körkép. Okozhat obstructiót, kémiai pneumonitist (felnötkori „respiratory distress” szerű képet), de felléphet talaján másodlagos fertőzés is, s nem ritkán fatálisan végződik. Fontos tehát az aspiratio felismerése és gyors ellátása, majd egyéni kezelése.

A munka igen sok hasznos gyakorlati tanáccsal szolgál. Telt gyomornál az aspiratio megelőzésére a félig ülő helyzetben történő ún. cash-bevezetés (intubálás) mellett tör lándzsát. A gyomortartalom belehelésében a bronchoscopos leszívás és a legtöbb esetben az aktív légzéstámogatás híve PEEP-pel, esetleg CPAP-pel, steroiddal és antibiotikummal (procaín-penicillin). A Mendelson által leírt tünetcsoportban, ill. pneumoniában a vízbefúlás resuscitációjában egyaránt az aktív, pozitív végnymású lélegeztetés mellett vannak. Az idegentestek laryngealis aspirációjában (elakadásában) részletesen ismertetik és képekkel ábrázolják a nemegyszer életmentő Heimlich-féle műfogást. (Az álló beteg mögöl, vagy a hátán fekvő beteg arra támaszkodva két tenyérrel az epigastriumra gyakorolt hirtelen nyomással, a tüdőben feltételezett maradék levegő segítségével az idegentest kipréselése, ill. kipumpálása). A könyv a bronchialis idegentestek eltávolításával kap-

csolatban is hasznos, rendszerezett gyakorlati tanácsot nyújt. Az egyes fejezetek irodalma az 1975. évvel zárul.

Bár a mondanivaló szakembereknek sok újat nem tartalmaz, a cím tárgykörének jelen ismereteit jól összefoglalja. Interdiszciplináris témája, valamint annak tudományos igényű, de ugyanakkor gyakorlatitovábbképző jellegű feldolgozása révén minden szakorvosjelöltnek, főleg azonban az oxyologusnak, anaesthesiológusnak és intenzivistának készülő orvosok számára a könyv hasznos, gyakorlati munkaként ajánlható. *Szell Kálmán dr.*

**Von Christian-Friedrich Pick und Fernando Chichote-Campos: Der angeborene Plattfuss mit Talus verticalis.** Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1979. 190 old., 110 kép, 7 tábl. Ára: 59,— DM.

A könyv a „Bücherei des Orthopäden” sorozat 23. köteteként P. Otto és K. F. Schlegel kiadványaként jelent meg; igen jó szerkesztésű; didaktikusan tárgyalja a veleszületett lúdtalp ide vonatkozó kérdését és a talus verticalis összefüggését.

Az I. fejezetben az embrionalis élet 7-11. hetében létrejött csiraárta- lom okozta megbetegedés leírását a pontos diagnosztikai jeleit tárgyalja. A diagnózis felállítása pontos anamnézis, a klinikai állapot tüzetes vizsgálata és a több irányú röntgenfelvételek alapján történik.

A könyv II. részében a csont, szalagok, izmok anatómiai leírása, a kórkép okozta elváltozások makroszkópikus és mikroszkópikus elemzése található. A teóriák és irodalmi ismertetések részletes taglalása szintén ebben a fejezetben szerepelnek.

Az igen részletes III. fejezet a konzervatív kezelést, a lágyrészek és csontok műtéteit, azok kombinációit tárgyalja irodalmi esetek alaps ismertetésével együtt.

A IV. és az V. fejezet differenciáldiagnosztikai kérdésekkel és 13 saját esetük részletes ismertetésével foglalkozik. Az esetek elemzésében a műtétek utáni kezelés, a komplikációk ismertetése és a következők is szerepelnek.

Német és angol nyelvű összefoglalás után igen bő irodalmat találunk, mely a kérdés minden részletét felöleli.

A szerzők érdeme a könyv világos szerkesztése, a kérdés kimerítő tárgyalása, mely nemcsak orthopaedek, de gyermekgyógyászok részére is érdekessé teszi a témát. A könyv hozzájárul annak felismeréséhez, hogy ezt a nehezen befolyásolható, hosszú és következetes gyógykezelést igénylő betegséget csak az kezelje, akinek ebben nagy jártassága van.

*Bender György dr.*

**Ed.: G. Wagner: Tumor — Lokalisationsschlüssel.** Zweite völlig überarbeitete Ausgabe. Springer, Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979. 106 oldal. Ára: 28,— DM.

Az 1974-es első kiadás átdolgozását és újbóli kiadását a WHO által 1976-ban kiadott és hivatalosan is bevezetett új morfológiai és topográfiai kód tette szükségessé. A rosszindulatú daganatok egységes besorolása és jelzése először az ICD-O („International Classification of Diseases-Oncology”) a morfológia, (1978) majd a jelen kötetben a topográfia vonatkozásában nyert átdolgozást. (Az 1978-ban megjelent első kötet az O. H. 120. évf. 47. sz. 2893. oldalán a „Könyvismertetés” rovatban recenzáltam). A „Manual of Tumor Nomenclature and Coding” (MOTNAC), az ICD-9. felülvizsgálata és az ICD-O között bizonyos különbségek vannak. Így, míg a MOTNAC topográfiai adatai az ICD-8 alapján készültek, addig az ICD-O topográfiai részei az ICD-9 140.0 — 199.9 rubrikáiból származnak. Ezeket a kódszámokat, az ICD-cel szemben, a jelen összeállítás *valamennyi*, tehát rosszindulatú és jóindulatú daganatra egyaránt alkalmazza. Ugyancsak felhasználhatók a kódszámok az áttéti daganatok megjelölésére is.

Az új kiadás nagyszámú új topográfiai megjelölést vett fel a daganatlokalizációk közé. Ilyenek pl. 140.3 — a felsőajak nyálkahártyája, 140.4 — az alsóajak nyálkahártyája, 140.6 — ajakszöglet, 149.1 — Waldeyer-gyűrű, 171.51—52—53—54 — aorta abdominalis, vena cava inferior, a hasüreg artériái és vénái 175.9 — férfi emlő, 196.6 a medence nyirokcsomói stb. Az egyazon betegen egyidőben fellépő többszörös daganatképződés számos jelölési nehézséget vet fel. Általában egymástól külön kell őket kódolni, akkor is, ha morfológiailag szövettanilag azonosak, pl. többszörös bőrtumороk a test különböző helyein, pl. 173.33: a bőr planocellularis rákja a homlokon, 173.6: ugyanilyen szövettani szerkezetű bőrtumor a felső végtagon.

Bizonyos daganatféleségek többszörösen fordulnak elő, pl. multiplex polipózis a colon ascendens és descendens-en. Ilyen esetben egységesen a „colon” 153.9 számával jelöljük. A 196.8 kódszámú nyirokcsomók több testtájon, első sorban a malignus limfomák jelölését szolgálja. Szervi kiindulási limfoma: gyomor, bél, tonsillák esetén a kódolás az illető szerv számával történik, így a malignus limfomáknak nincs különleges topográfiai kódjuk. Ha azonban a diagnózis: M. Hodgkin, vagy limfosarkoma, nem tartalmaz közelebbi topográfiai megjelölést, úgy az említett 196.8 szám alatt kerül besorolásra.

Az egyébként nem könnyű eligazodást nagyon segítik az egyes szervek kódszámait megjelölő fe-

jezetek előtti sémák, amelyek feltüntetik a szerv egyes részeinek kódszámait. Az 1978-as kiadású „Tumor-Histologieschlüssel” első sorban a patológusok, jelen könyv inkább a klinikusok részére jelent segítséget a tumorlokalizációk áttekintésében. Közöttük is első sorban azoknak, akik az onkológiát főfoglalkozásukban gyakorolják (klinikai onkológusok, radiológusok) és így szükségük van nagy beteganyag állandó és összehasonlításra is alkalmas feldolgozására.

*Gyenes György dr.*

**Ina Butenandt és Ilse Coerd: Verbrennungen im Kindesalter (Égésbetegség gyermekkorban).** — Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1979. — 153 oldal, ára: 44,— DM.

A mű az előszó, a bevezetés és az általános tudnivalók ismertetése után négy fejezetre tagolt.

Az első részletezve tárgyalja az égésbetegség kórtanát: patogenetikus anyagok, az égési sérülést követő sokk, a vér sajátos elváltozásai, a mellékvesekéreg viselkedése, az anyagcserében keletkezett változások (14—29. oldal).

A következő az égésbetegség kezelését taglalja: az elsősegélynyújtást, a sokkellenes infúziós kezelést, annak valamennyi időrendbeli szakaszát, valamint az egyéb párhuzamos terápiás eljárást. Külön hangsúlyt nyerne az általános kezelési rendszabályok, az égett gyermek ápolása és pszichés állapotának gondozása (30—70. old.).

A harmadik fejezetben (71—92. oldal) részletezik a szerzők az égési sérültek fertőzési lehetőségeit, szövödményeit; az egyes szervek és szervrendszerek károsodásait. — Ezt követően két oldalon ismertetik az égett gyermek anesztéziájával szerzett tapasztalatokat, állásfoglalásukat.

A negyedik fejezetben (95—131. oldal) a kezelési alapszabályok részletes előrebocsátásával az égési sebek helyi kezelésének részletezését találjuk. A szerzők felsorakoztatják a különböző eljárásokat — a nyílt és fedett, a száraz és nedves, valamint a kenőcsös lokális terápia lehetőségeit és rámutatnak azok előnyeire és hátrányaira. Részletezik a gyógyulás egyes szakaszában esedékes sebészi eljárásokat, valamint az utókezelést és a rehabilitációt.

A könyv terjedelme, tömör de olvasmányos szövege, áttekinthetősége valamint külleme maris vonzó. A 13 sémás ábra, a 18 táblázat és a 38 — részben színes fénykép szemléltetően és meggyőzően támasztják alá a szövegben foglaltakat. A szerzők másfél évtizedes tapasztalatait és a 492 forrásmű tapasztalatát egybeötvöző időszzerű kiváló mű nem hiányozhat égési sérült gyermeket ellátó osztályok egyikéről sem.

*Pilaszanovich Imre dr.*

**W. Buselmaier: Biologie für Mediziner.** Springer Verlag, Berlin—Ney York 1979. 232 old. 114 ábra. Ára: 19,80 DM.

A szerző könyvének ez már a negyedik kiadása. A második kiadást is alkalmam volt recenzálni, így a különbség mérhető. Megnőtt a terjedelme 56 oldallal, és nőtt az ábrák száma is. Az ábraanyag a korábbinál is jobb lett. A könyv egészében véve igen didaktikus, jól tanulható, és szép kivitelű. Honi sikerét mi sem bizonyítja jobban, mint hogy 5 év alatt 4 kiadást ért meg. Ennek ellenére a problémák, amelyeket már a második kiadással kapcsolatban is kifejtettem, most is fennállnak.

A zsebkönyv formájú kötet valóban zsebkönyvi terjedelemben tárgyalja a biológiát. Természetesen lehet vitatkozni azon, hogy mit kell egy gyakorló orvosnak tudni — illetve ismerni — a biológia alapjairól, azonban úgy érzem, ez a mennyiség mindenképpen kevés. Németországbeli sikerének az a magyarázata, hogy ott ezt megelőzőleg nem egységes rendszerben tanulták az orvosi biológiát, hanem botanikát, zoológiát, genetikát stb. külön-külön, így az összefoglaló jellegű könyv nemcsak remesz újítás volt, hanem az új koncepció „bevonulását” is jelentette. A hiba tehát az, hogy nem öleli fel sem szélességében, sem mélységében, amire az orvosnak biológiai alapképzéséhez szüksége lenne. Így pl. csak néhány szóval kerül említésre a fagocitózis, nem kerülnek egyáltalán említésre az immunbiológia alapjai, kimarad a magatartásbiológia (etológia) és bár ökológiai alapokat ad, de nincs humán ökológia stb. Ugyanakkor igen részletes a genetika, ami bár üdvözölhető, mégiscsak azt jelzi, hogy a könyv genetikus szerzője kissé részrehajló.

Összefoglalva, ami a könyvben benne van, az korszerű és jól tanulható. A problémát az jelenti, ami a könyvből kimaradt. Amennyire tehát kitűnő ez a könyv az idősebb generáció számára, akik az egyetemen modern biológiát nem tanultak, és ebből elsajátíthatják —

zsebkönyvszerűen — azt ami orvosi ismereteinkhez nélkülözhetetlen, annyira kevés a könyv tartalma a ma történő orvosi biológiai oktatás számára.

Csaba György dr.

**Leydhecker, W.: Die Glaukome in der Praxis.** Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1979. 215 old. Ára: 19,80 DM.

Leydhecker, a würzburgi szemklinikai vezetője, nemcsak számos és a glaukoma-kérdés sokrétűségét érintő mű szerzője („Glaukom. Ein Handbuch” 1973. c. műve a legismertebb monográfiák egyike), hanem e súlyos szembaj világszerre elismert és nagyra becsült szakértője, aki munkáiban nem szűnik meg az orvosok és szemorvosok figyelmét e szembaj nagy elterjedtségére való tekintettel állandóan ébren tartani. Közismert tény, hogy a vakság oksági statisztikájában a glaukoma 15-20%-kal szerepel s a betegség a legelterjedtebb szembajok sorába tartozik, tehát Leydhecker permanens „riadója” jogos és indokolt.

A most ismertető kis könyve a legérdekesebbek és legtanulságosabbak közé tartozik, amelyek valaha is e nemben megjelentek. Nem a glaukoma klinikai képeinek és tüneteinek ismertetésére teszi a hangsúlyt, mert ezt a könyvet szakemberek, sőt mondhatni glaukomával foglalkozó szakemberek számára írta, hanem a *glaukomásokkal vagy a glaukoma-gyanúsokkal szembeni szemorvosi tevékenység és magatartás elemzése és kritikája* alkotják művének lényegét. Ha nem tekintenénk a hely és alkalom komolyságát, talán azt is mondhatnánk, hogy Leydhecker szemében mindenki glaukomagyánús, vagy glaukomás, akiről a minuciózus vizsgálatok az ellenkezőjét be nem bizonyították. Az ép szemfenék, a szabad látótér, az egyszerű normálisnak mért szemfeszülés még nem jelenthetik azt, hogy a megismételt vizsgálatok ne találhatnának glaukomára utaló elváltozásokat. A mindenre kiter-

jedő egyéni és családi vizsgálatok, az applanatio, illetve Schiötz-tonometria, a tonografia, a szemfenéki fotográfia, a Goldmann-féle csarnokzugvizsgálat etc. mellett legfontosabbnak a megismételt napi *tensio-görbét* tartja, amelynek normális átlagértéke a 20-22 Hgmm-t nem haladhatja meg. Természetesen külön fejezetek foglalkoznak azokkal a glaukoma-fajtákkal, amelyeknél a szemfeszülés időnként emelkedett, anélkül, hogy ennek az akár huzamosan észlelt emelkedésnek bármiféle funkcionális kiesés lenne a következménye, de ugyancsak részletesen taglalja azokat a glaukomafajtákat, amelyeknél papilla-elváltozások (excavatio), látótér-defektusok észlelhetők, anélkül, hogy érdemleges szemfeszülésemelkedés kimutatható lenne. Állandóan hangoztatja, hogy minden glaukomást *egyéni* kell ugyan elbírálni, de sohasem szabad a szembaj lényeges ismérveit szem elől téveszteni. Ez a finom körismérés, és a „nincs két egyforma glaukoma”-felfogás természetszerűleg a szembaj therapiás befolyásolására is rányomja a bélyegét. A glaukomások 60%-ában a pilocarpin bizonyul a legideálisabb gyógyszernek (0,5—2,0%-ig), de részletesen elemzi az összes szóba jöhető gyógyszereket, s különösen behatóan taglalja azokat, amelyek nem szűkítik a pupillát, tehát kezdődő hályogosoknak is adhatók. (Betareceptor-blokkolók, sympathicomimetikák.) Természetesen nyomtatékosan hangsúlyozza a megszorító körülményeket és a nagyfokú óvatosságot.

A könyv zárófejezete képekkel illusztrálva a legcélravezetőbb műtétet ismerteti, ezeknél is állandóan latolgatva azok előnyeit, s esetleges szövődményeit.

Leydhecker könyve ritka értékű, a glaukoma minden problémáját megvilágító munka, amelyet minden szemorvosnak a legmelegbben ajánlok figyelmébe.

Biró Imre dr.



**A Kalocsai Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Tudományos Tanácsa 1980. június 27-én (péntek) 14 órakor, a Kórház előadótermében — Szám László emlékére — tudományos ülést tart.**

1. **Körmendy László:** Kalocsa orvos—gyógyszerésztörténeti adatai III.: A piarista gyógyszerész.

2. **Halasy Kálmán dr., Babarczy István dr.:** Az epeút sebészet akut problémái.

3. **Kanyó János dr.:** Műtéttel kezelt, gondozott kardiális betegek.

4. **Molnár Gábor dr., Nádor Ervin dr., Malbaski Miklós dr.:** Tapasztalataink a tokolysissel osztályunk beteganyagában. 1976—1980-ig.

5. **Sahin Tóth István dr.:** Halál-okok elemzése osztályunk 9 éves betegforgalmának tükrében.

#### Hozzászólások — Vita

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. június 16-án, du. 2 órára tűzte ki Tekeres Miklós dr.:** „A bronchiális secretum rheológiai tulajdonságai, szerkezete és a nyáktranszport zavarai” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Bacsa Sándor dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Györgyi Sándor dr.,** a biológiai tudományok kandidátusa.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. június 17-én, du. 2 órára tűzte ki Gaál Katalin dr.:** „Az intrarenalis alpha- és beta-adrenerg receptorok szerepe a renin felszabadulás szabályozásában” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Vizi E. Szilveszter dr.,** az orvostudományok doktora, **Tényi István dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. június 19-én, du. 2 órára tűzte ki Tenczer József dr.:** „Pitvar-kamrai vezetési zavarok, paroxysmalis supraventricularis tachycardiák és paraszistolék klinikai elektrofiziológiája” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Böszörményi Ernő dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Menyhárt János dr.,** az orvostudományok doktora.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. június 20-án, du. 2 órára tűzte ki Tóth Csaba dr.:** „Veseköves betegek gondozása. Vese-kövek szerkezete” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Berényi Mihály dr.,** a biológiai tudományok kandidátusa, **Scultéthy Sándor dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

**A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1980. június 23-án, du. 2 órára tűzte ki Ángyán Lajos dr.:** „Az agyi elektromos öningerlés mechanizmusa” című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Obál Ferenc dr.,** az orvostudományok doktora, **Illyés Sándor dr.,** a pszichológiai tudományok kandidátusa, **Molnár László dr.,** az orvostudományok doktora.

**A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1980. június 25-én, du. 2 órára tűzte ki Csajtai Miklós dr.:** „A gyógyszerészi tevékenység hatékonyságát befolyásoló néhány tényező jelentősége” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Károlyi György dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Kóbor József dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. június 27-én, du. 2 órára tűzte ki Takács György dr.:** „Szülési fájdalom csillapítása és újszülött adaptáció” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Forgács István dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Kovács László dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1980. június 30-án, du. 2 órára tűzte ki Naszlady Attila dr.:** „Cardiopulmonalis kölcsönhatások és következményeik” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Solti Ferenc dr.,** az orvostudományok doktora, **Mihóczy László dr.,** az orvostudományok doktora, **Fedina László dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

**Az Országos Közegészségügyi Intézet 1980. június 17-én, délután 14 órakor, az Országos Közegészségügyi Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.**

**Rudnai Ottó, Fornosi Ferenc, Kósa Zsuzsanna, Straub Ilona, Tass Marianne:** A kanyaró epidemiológiai sajátosságai Magyarországon a kötelező védőoltások bevezetése óta eltelt időben. A kanyaró elleni küzdelem további feladatai.

**A Magyar Infektológiai Társaság 1980. június 20-án, 8.30 órakor, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) kazuisztikai napot rendez.**

Üléselnök: **Jákics József.**

**Gerő A., Kukán E., Fröhlich A., Kárpáti M., Simon L.** (Budapest): Súlyos adenovírus fertőzés.

**Korányi Gy., Zárday E.** (Budapest): Újszülöttkori pseudomonas sepsis ritka szövődményei.

**Petrás Gy., Ádám M., Füst Gy.** (Budapest): Specifikus humorális immunitás *Pseudomonas aeruginosa* fertőzésben.

**Frank K., Groák V.** (Budapest): Kisdedkori granulomatosis betegség.

**Papp I., Torday L.** (Mátészalka): Staphylococcus eseteink 3 éves beteganyagunkban.

**Korányi Gy., Rajk A.** (Budapest): Kongenitális toxoplasmosis kezelt esetei.

**Molnár K.** (Kisvárd): Felnőttkori toxoplasmosis eseteik kritikai elemzése a diagnosztika és therápia vonatkozásában.

**Jankó M.** (Budapest): Felkért hozzászóló.

**Fehér L., Szalka A.** (Budapest): S. cholerae suis sepsis.

**Keszei N.** (Budapest): Mononucleosis infectiosa cardialis szövődménye.

#### Szűnet

Üléselnök: **Keleti Béla.**

**Dudás B.** (Szeged): Diagnosztikus nehézséget okozó non-infektív körképek a fertőző osztályokon.

**Menyhárt É., Husz S.** (Szeged): Varicella diagnózissal beküldött juvenilis pemphigoid esete.

**Kovács Zs., Zentai G.** (Szeged): Olommérgezés mint differenciáldiagnosztikai probléma az infektológiai gyakorlatban.

**Ozsvár Zs., Perjési K.** (Szeged): Neuroinfekciót utánzó CO-mérgezés.

**Nagy R., Lisztonyi Á., Takács I.** (Kazincbarcika): Letális kimenetelű, kullancsencephalitist utánzó kisagyi angioma.

**Biró L.** (Budapest): Az acut intermittáló porphyria differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó esete.

**Szabó A., Bényei M., Papp S.** (Szolnok): Yersinia okozta ileitis terminális.

**Molnár L., Lengyel A., Piringer R.** (Budapest): A visceralis larva migrans felnőttkori esete.

**Somoráczy Gy., Jákics J.** (Dunaújváros): Hyperacut cholangiosepsissel társult HBsAg pozitivitás esete.

**A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete** 1980. június 26-án (csütörtök) du. 1/4 órakor, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinika Tantermében (VIII., Szigony u. 36.) tudományos ülést tart.

1. **Prof. A. Miehke** (Göttingen): A parotis tumor sebészetének műtéti taktikája.

2. **Doc. D. E. Stennert, prof. A. Miehke** (Göttingen): Bell-féle arcidegbénulás kezelésének új eredménye, koncepciója.

**Az Északkelet-magyarországi Gyermekgyógyász Szakcsoport** 1980. június 19–20-án Sárospatakon, a Rákóczi gimnáziumban tudományos ülést rendez.

1980. június 19., csütörtök, 9,30 óra

1. **Misz Mária** (Debrecen): A DIC pathomechanizmusa és laboratóriumi diagnosztikája (referátum).

2. **Kovács Ilona** (Debrecen): A DIC a gyermekgyógyászati klinikumban (korreferátum).

3. **Vekerdy Zsuzsanna, Kecskés József, Medgyesi Ildikó, Pádárné Bátorfy Éva** (Debrecen): Korai és érett újszülöttek coagulációs zavarainak klinikai értékelése.

4. **Turay Pál, Nagy Rozália, Jambrich Veronika, Kósa Júlia** (Salgótarján): DIC kezelése során szerzett tapasztalataink.

5. **Petrácssy Klára, Biró Éva, Kassay László** (Miskolc): Lehetőségeink a csecsemő- és gyermekkori DIC diagnosztikájában és terápiájában.

6. **Bobok Ildikó, Karmazsin László** (Debrecen): A coagulációs viszonyok jelentősége az immun-komplex nephropathiák kialakulásában.

7. **Molnár Sándor, Marián Erzsébet** (Nyíregyháza): Purpura fulminans eseteink.

8. **Sulyok Katalin, Lakatos Lajos, Misz Mária** (Debrecen): Cyanotikus szívbeteg gyermekek haemostasis vizsgálata.

#### Hozzászólás — Vita

14.30 óra

1. **Biró Éva** (Miskolc): Gyermek-intenzív osztály szervezési, szakmai, etikai problémái (referátum).

2. **Görögh Péter** (Miskolc): Az intenzív ellátás problémái újszülöttkorban (korreferátum).

3. **Medgyessy Erzsébet, Szombathy Gábor** (Nyíregyháza): Szabolcs-Szatmár megye gyermekbetegjeinek intenzív ellátási helyzete, problémái.

4. **Dobronyi Ilona, Paraciz Ervin** (Budapest): Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet intenzív csecsemőosztályának 5 éve.

5. **Velkey László, Hunyadi Katalin, Kovács Helga, Baranyi Enikő** (Miskolc): Malignus betegségben szenvedő gyermekek intenzív kezelésének indokoltsága és módja.

#### Hozzászólás — Vita

6. **Tóth Anna** (Miskolc): Acut életveszélyt okozó keringési, rhythmuszavarok kezelése.

7. **Frank Mária, Petheő István, Kissik Imre, Zsemberovszki Mária** (Eger): Waterhouse—Friderichsen-syndromás eseteink.

8. **György Ilona, Dobránszky Gizella, Kazimir Agnes** (Debrecen): Cavinton kezelés perinatalis hypoxiás-ischemiás történést követően.

9. **Petrácssy Klára, Biró Éva** (Miskolc): Intenzív terápiás módszerek alkalmazása a sikeres cerebralis resuscitáció elérésében.

10. **Körmendy Györgyi, Nagy Judit** (Miskolc): Egy súlyos agyi traumát szenvedett és resuscitált gyermek pszichológiai vizsgálata és utógondozása.

11. **Juhász Jolán, Pálkás Éva, Kovács Zoltán** (Eger): Agykárosodott újszülöttek rehabilitációjával szerzett tapasztalataink.

12. **Frank Mária, Vargyai Éva, Kissik Imre, Kovács Zoltán** (Eger): Halmozottan jelentkező tracheobronchitis maligna megbetegedések.

#### Hozzászólás — Vita

1980. június 20., péntek, 8.30 óra

1. **Péter Ferenc** (Budapest): A gyermek endokrinológia aktuális kérdései (referátum).

2. **Illés István** (Debrecen): A pajzsmirigy diagnosztika és terapia aktuális kérdései (korreferátum).

3. **Kerepesi Terézia, Nagy Zsuzsa, Péter Ferenc, Szombathy Gábor** (Nyíregyháza, Budapest): Célzott hypothyreozis szűrés újszülöttkorban.

4. **Sólyom Enikő** (Miskolc): Adrenogenitalis-sóvesztő syndromás csecsemők diagnosztikai, kezelésgondozási kérdései.

5. **Ambró Irma, Karmazsin László, Sári Bálintné, Tamási László, Szegedi Gyula** (Debrecen): A juvenilis diabetes mellitus néhány immunológiai sajátossága.

6. **Peja Márta, Madácsy László, Kassay László, Nagy Kálmánné** (Miskolc): Az endogen lipáz aktivitás vizsgálata diabeteses és egészséges gyermekeknél.

7. **Bikszádi Ilona, Marossy Pál** (Miskolc): Ketotikus, hypoglycaemiás görcsök kisdedkorban.

8. **Nagy Kálmán, Kassay László, Szabó László** (Miskolc): Az elhúzóóó steroid kezelés hatása a hormonháztartásra — különös tekintettel a növekedésre és a pubertásra — rheumatoid arthritises gyermekeken.

9. **Szécsényi Nagy István, Tar Attila, Péter Ferenc** (Budapest): Adatok a növekedés radiológiai megítélésének lehetőségéhez.

#### Hozzászólás — Vita

10. **Ságodi László, Bikszádi Ilona, Marossy Pál** (Miskolc): A nem

korai meghatározásának problémái eseteink kapcsán.

11. **Dolinay Tamás, Péter Ferenc, Tar Attila** (Nyíregyháza, Budapest): Testis méretek pubertáskori változása Prader-féle testometeres vizsgálatok alapján.

12. **Sári Bálintné, Tar Attila, Péter Ferenc** (Debrecen, Budapest): A bőrredő vastagságának klinikai jelentősége.

13. **Lombay Béla, Ölveti Éva, Kassay László, Berkes Enikő, Mándi Barnabás** (Miskolc, Debrecen): E-rozetta szám és serum thymosin hormonszint újszülöttkorban, és az első trimenonban.

#### Hozzászólás — Vita

Poszter vita

14.45 óra

1. **Makay Anikó, Balla György, Karmazsin László** (Debrecen): Az alveolaris macrophagok szerepe az újszülöttkori védekezési reakcióban.

2. **Balla György, Makay Anikó, Karmazsin László** (Debrecen): Újszülöttek microphagjainak superoxid dismutase (SOD) aktivitása

3. **Maródi László, Csorba Sándor, Varga Sándor, Nagy Béla** (Debrecen): Chemotaxis-vizsgálat néhány gyermekkori kórállapotban.

4. **Hatvani István, Lakatos Lajos, Boros Adrien** (Debrecen): A D-Penicillamin hatása az újszülöttkorban hyperoxigenizált patkányok retina-ereire.

5. **Soós Árpád, Nagy László, Szücs Éva, Gönczi Ferenc** (Debrecen): Gyermekkori recidiváló septikus kórképek immundeficiens háttérből.

6. **Nagy Béla, Csorba Sándor, Varga Sándor, Maródi László** (Debrecen): A colostrumsejtek további tanulmányozásának újabb eredményei.

7. **Oroszlán György, Lakatos Lajos** (Debrecen): A D-Penicillamin hatása a lipid-peroxidációra.

#### Hozzászólás — Vita

8. **Buda Károly, Rappaport Branyiszlava** (Debrecen): A női tej gyűjtésének és eltartásának újabb módszere.

9. **Veress Klára, Váróczy László, Kiss János** (Debrecen): Veszélyeztetett koraszülöttek és újszülöttek utógondozása osztályunkon.

10. **Pethő Ágnes, Nagy Ibolya** (Nyíregyháza): Csecsemőotthoni elhelyezés indokainak elemzése megyénkben.

11. **Füle Erzsébet, Molnár Ilona** (Nyíregyháza): 1979. évben végzett trachetomiás betegek utánvizsgálata.

#### Hozzászólás — Vita

12. **Ambró Irma, Balogh Klára, Hornyák Julianna, Makay Anikó** (Debrecen): Histiocytosis gyógyult esete.

13. *Tuba Gábor, Sándor Edit* (Salgótarján): Gyermekkorban észlelt májtumor.

14. *Bökönyi Zsuzsa, Szász Tibor* (Nyíregyháza): Malignus ependymoblastoma immaturusban.

15. *Princzkel Erzsébet, Bársony Zoltán* (Debrecen): Congenitalis tunica musculosa-hiány követke-

ményes gyomorfal perforációval koraszülöttekben.


16. *Szöke József, Nagy Edit* (Nyíregyháza): A fluorok differenciáldiagnosisa gyermeknőgyógyászati szakrendelésünkön.

17. *Mészáros Klára, Fias Ilona, Bagó Erzsébet, Buza Valéria, Bo-*

*lyós Aranka, Vissy Ágnes* (Miskolc): Szűrővizsgálatok csecsemőkori húgyúti infekciók felderítésében.

Mindennemű felvilágosítást *Lombay Béla dr.* ad.

Címe: Miskolc, Szentpéteri kapu 76., 3501, tel.: 13-291/568.

az  Bemutatótermében

(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

## FIZIKÓTERÁPIA ÉS BALNEOLÓGIA KÉSZÜLÉKEI

Kiállítás

1980. június 16–július 14-ig

naponta 9-16 óráig

**szombat-vasárnap zárva**

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban  
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató  
Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,  
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál  
(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)  
közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.  
Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135 Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I.  
Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



80.1584 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ISSN 0030-6002



# ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:  
MARKUSOVSKY LAJOS  
1857-ben

✧

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.  
BRAUN PÁL DR.  
DARABOS PÁL DR.  
ECKHARDT SÁNDOR DR.  
FÜZI ISTVÁN DR.  
HIRSCHLER IMRE DR.  
LENART GYÖRGY DR.  
OZSVÁTH KÁROLY DR.  
PETRÁNYI GYULA DR.  
PETRI GÁBOR DR.  
RÁK KÁLMÁN DR.  
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

✧

Felelős szerkesztő:  
TRENCSÉNI TIBOR DR.

✧

Munkatársak:  
PAPP MIKLÓS DR.  
GIACINTO MIKLÓS DR.  
BTAGE ZSUZSANNA DR.  
WALSA RÓBERT DR.  
BUDA BÉLA DR.  
HONTI JÓZSEF DR.  
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

✧

121. ÉVFOLYAM

✧

25. SZÁM

✧

1980. JÚNIUS 22.

## TARTALOMJEGYZÉK

Borsos Antal dr. és Lampé László dr.:  
Tizenévesek fogamzásgátlása  
d-norgestrellel ..... 1495

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

Sági Ilona dr., Juhász László dr.,  
Degrell Péter dr. és Óváry Imre dr.:  
A Wilson-kór ..... 1499

Molnár Dénes dr., Papp Gizella dr.  
és Léb József dr.:  
Utóvizsgálati eredmények retentio testis  
miatt operáltakon különös tekintettel  
a fertilitásra ..... 1503

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Pető Iván dr., Bánhegyi Dénes dr.,  
Blaskó György dr. és Sas Géza dr.:  
A veleszületett antithrombin III hiány  
újabb változatai ..... 1507

Vecsey Dénes dr.:  
Tapasztalatok új szövetrogasztó anyag  
(Fibrinkleber Human Immuno)  
urológiai alkalmazásával ..... 1511

### TOVÁBBKÉPZÉS

L. Ignác Piroska dr.:  
A pszichés zavarok szimbolikus  
kifejeződése testi tünetekben ..... 1517

### KAZUISZTIKA

Fehér Judit dr.:  
Morbus Down és hyperthyreosis  
együttes előfordulása ..... 1521

Nyiredy Géza dr., Keszler Pál dr.  
és Ferenczy Sándor dr.:  
Trachea-adenoma differenciál-diagnosztikai  
nehézségei ..... 1523

### TÁJÉKOZTATÓ

Az Országos Gyógyszerészeti Intézet  
közleménye a Cavinton és Devincan  
alkalmazási feltételének megváltoztatásáról  
(új alkalmazási előírásai) ..... 1525

Beszámolók, jegyzőkönyvek ..... 1527  
Folyóiratreferátumok ..... 1529  
Levelek a szerkesztőhöz ..... 1543  
Könyvismertetés ..... 1547  
Hírek ..... 1526, 1552  
Pályázati hirdetések ..... 1551

# OVIDON<sup>®</sup> tableta

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tableta 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

**HATÁS:** Az OVIDON két komponensű, orálisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi – már kívánt – terhességet nem befolyásolja.

**JAVALLAT:** Orális fogamzásgátlás.

**ELLENJAVALLATOK:** Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin–Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endochrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerancia.

**ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS:** Az OVIDON tableta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tableta bevétele egy napon elmarad, ezt legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tableta bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses vérzés esetén a tableta szedését abba kell hagyni, és a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttöréses és pecsételő vérzés jelentkezése az OVIDON-kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik. Functionalis vérzészavarok, közepidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az OVIDON tableta therapiás értékű.

**MELLÉKHATÁSOK:** A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mell-feszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

**MEGJEGYZÉS:** ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

**CSOMAGOLÁS:** 21 tableta

Térítési díj: 2,20 Ft.

***Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.***

## Tizenévesek fogamzásgátlása d-norgestrellel

Borsos Antal dr. és Lampé László dr.

A pubertás időszakának egyik jellemzője a szü-  
lőktől való eltávolodás és ezzel párhuzamosan a  
szexualitás előtérbe kerülése. A szexualitás kü-  
lönleges emberi magatartásforma, amelyre át-  
gondoltan és következetesen kell felkészíteni a  
tizenéveseket. Ma még elég sok a hiányosság a fel-  
készítés terén, nem csodálkozhatunk tehát azon,  
hogy nagy a nem kívánt terhességek száma, gya-  
kori a 15 év alattiakon elvégzett terhességmegszak-  
ítás. Nem ritka a venereás megbetegedés; és  
azoknak a lányoknak a száma is nagy, akik ismer-  
ik ugyan a fogamzásgátló eljárásokat, azonban a  
legcsekélyebb szándékát sem mutatják annak,  
hogy maguk is éljenek a lehetőségekkel.

Klinikánk gyermeknőgyógyászati szakrende-  
lésén 1968. január 1. és 1977. december 31. közötti  
időszakban először jelentkezők között 5,49%-ban  
találtunk terhességet, ugyanakkor a megjelenők-  
nek csak 4,47%-a kért fogamzásgátlással kapcsolo-  
latos tanácsot (1).

Tizenéves korban akkor sem kívánatos a ter-  
hesség, ha nem terhességmegszakítással végződik,  
hanem kiviselésre került. A biológiai, szociális és  
társadalmi tényezőket egyaránt figyelembe véve  
az anya és a magzat szempontjából terhességek  
vállalására legelőnyösebb a 20–30 év közötti élet-  
szakasz (7, 11).

Mindezek ellenére sikertelenség várna ránk,  
ha nem a valóságos helyzetből indulnánk ki, és  
azzal a programmal állnánk a tizenévesek elé, hogy  
20 éves korig ne éljenek nemi életet. Erkölcseileg  
sem ítélnéjük el a közel felnőtt korú lányok sze-  
xuális kapcsolatát, ha az érzelmileg megalapozott,  
felelősségteljes és kölcsönös megbecsülésen alap-  
szik. A rendszeres nemi életet élők számára tehát  
tizenéves korban is hatásos védekezési eljárást  
kell biztosítani. A kérdés gyakorlati oldala ko-  
rántsem egyszerű. A XX. század jelentős vívmá-  
nya, a fogamzásgátló tabletták bevezetése ellenére  
sincs tökéletesen megoldva a fogamzásgátlás prob-  
lémája. Mellékhatások, ellenjavallatok, szedési fe-  
gyelmezhetlenségek teszik bonyolulttá a kérdést. Ti-  
zenévesek között ezeken túl is számos különleges  
szempont érvényesül:

1. Az első coitusok a legritkábban tudatosak.  
Gyakori, hogy a partner részéről megnyilvánuló  
enyhe erőszak, majd az akarati kontroll elveszté-

se után a védekezés legprimitívebb módszerének  
alkalmazását is elmulasztva következik be a kö-  
zösülés.

2. A körülmények rendszerint nem ideálisak,  
ezért bizonyos módszerek alkalmazása eleve kizárt.

3. A szülők csak elvétve hajlandók tudomá-  
sul venni, hogy lányuk felnőtt, partnere van, nemi  
életet él és fogamzásgátlásra van szüksége.

4. A serdülők joggal félnek a felfedezést kö-  
vető büntetéstől.

5. A tizenévesek a fogamzásgátló módszerek  
szűkebb köréből választhatnak koruk sajátosságai  
miatt.

6. A közfelfogás sok tizenévest visszariaszt  
attól, hogy nőgyógyászatra menjen fogamzásgát-  
lóért, gyermeknőgyógyászati szakrendelés pedig —  
ahol feltétlenül foglalkozni kell a tizenévesek fog-  
amzásgátlásának kérdésével is — csak néhány  
van az országban.

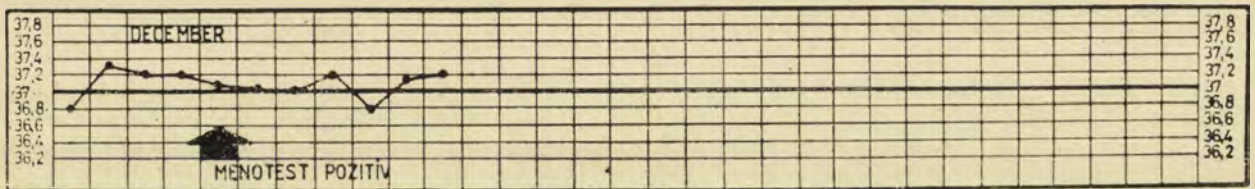
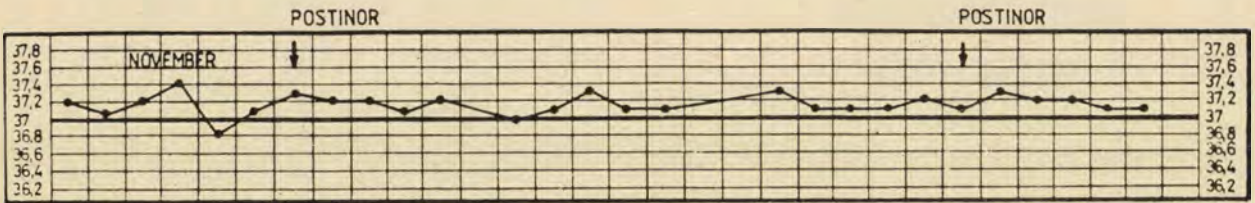
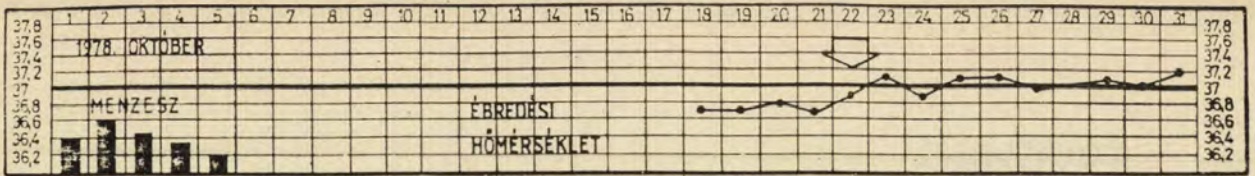
7. A menarche egyre korábban jelentkezik,  
10 évenként kb. négy hónappal antepónalódik, a  
továbbtanulók száma egyre nagyobb, ez késlelteti  
a férjhez menés időpontját, azaz kiterjed a házasa-  
g előtti fogamzóképes és ebből a szempontból  
veszélyeztetett időszak.

8. A tizenévesek az esetek többségében nem  
rendszeresen, hanem alkalmoszerűen, gyakran  
több hónapos szünetek közbejöttével élnek nemi  
életet. A nemi életet csak ritkán, előre nem kiszá-  
mítható időpontban élők, elsősorban tizenévesek  
számára keresték a szakemberek annak a lehető-  
ségét, hogy minimális gyógyszerbevitellel biztosít-  
sák a hatékony fogamzásgátlást. A bevezetőben  
felsorolt különleges szempontok alapján a ritkán  
közösülők számára legmegfelelőbbnek a postcoitá-  
lisan alkalmazható fogamzásgátlók látszanak.

Kezetben ösztrogén tartalmú készítmények-  
kel folytattak kísérleteket sikerrel (8, 9, 12). Ezek  
bizonyos mértékig hátrányosak, mert nagy dózis-  
ban kell alkalmazni. Az ösztrogének tartósan, vagy  
egy ciklusban többször adagolva számos veszélyt  
rejtnek magukban. Emiatt a figyelem a progesz-  
togének felé irányult és ez igen biztató eredmé-  
nyekhez vezetett. Legsikeresebbnek eddig a d-nor-  
gestrel bizonyult. Kesserű és mtsai (4, 5) vélemé-  
nye szerint ez a vegyület a coitus megtörténte

### Postinort szedők megoszlása az életkor, az előzményi adatok és a szövődmények alapján

	életkora (év)	16	17	18	19	20	20 felett	Ösz- sze- sen
A Postinorttal véde- kezők	száma	17	7	9	7	2	8	50
	körelőzménye szülés	—	—	—	—	—	2	2
	abortus artef.	—	—	—	—	—	4	4
	pill szedése	3	—	2	1	1	5	12
	panaszmentes közti } onyhe vérzés } erős	7	4	1	3	—	7	22
Szedés alatt	ciklus változás folyás	5	2	5	2	1	2	17
	terhesség	1	1	1	—	1	—	4
		1	1	2	3	—	—	7
		—	2	—	1	—	—	3
Ovidonra tért át	4	—	—	1	—	—	1	2
		4	—	—	1	—	—	5



Sz. E. 18. é. menzesznaptárának adatai. ↓ : coitus védekezés nélküli; coitus és védekezés postinorral † : menotest pozitív. Az uterus lúdtojásnyi gravid jellegű.

után is képes megelőzni a nem kívánt terhességet. *Seregély és Verő* (10) 0,75 mg-os adagban alkalmazta a Kőbányai Gyógyszerárugyár által előállított d-norgestrelt sikeresen. (A Magyar Nőorvos Társaság 1978. novemberi nagygyűlésén Pécselt *Kovács* és munkatársai számoltak be kedvező eredményeikről (6), valamint klinikánkról is hangzott el előadás kezdeti tapasztalataikról (2).

Az anyagban 34 leány adatait elemeztük, mivel azonban a társegyetemekkel csak később egyeztetettük a vizsgálatok szempontjait, ez a 34 eset nem szerepel a jelen feldolgozásunkban. Az újabb vizsgálat sorozat adatai alapján a következőkre kívántunk választ kapni:

1. Milyen mértékben hatékony fogamzásgátló a 0,75 mg d-norgestrelt tartalmazó tabletta.
2. Milyen korcsoportnak ajánlható.
3. Milyen szociális körülmények között élőknek előnyös.
4. Milyen mellékhatással kell számolni.
5. Gyakoribbak-e a szedés során a hüvelyi infekciók.
6. Hogyan befolyásolja a gyógyszer a ciklusokat, milyen mértékben várható áttöréses vérzés és milyen kezelés javasolható.
7. Hogyan végződnek az esetleges terhességek.
8. Tartják-e a szedők a coitusszám-korlátozást.

#### Anyag és módszer

Vizsgálataink során a Kőbányai Gyógyszerárugyár 0,75 mg d-norgestrelmot tartalmazó *Postinor* nevű, postcoitalisan alkalmazható készítményét adtuk 52 önként vállalkozó nőnek. Többségük 20 év alatti volt és a debreceni Gyermekeknőgyógyászati szakrendelésen jelentkeztek antikoncepciós tablettáért. A 20 év fölötti 8 szedő, részben ritkán közösülő magányos nő volt. Őket a felnőtt szakrendelés irányította hozzánk gyógyszerért. A fogamzásgátlóért jelentkezők kö-

zül az anamnesztikus adatok gondos feltárása után választottuk ki az alkalmasokat. Csak teljesen egészséges, 16. életévüket betöltött nőnek választottunk, akik eddigi tapasztalataik alapján határozottan ígérték, hogy havonta négy alkalomnál nem élnek többször nemi életet. Fontos feltételnek tartottuk, hogy legalább 2–3 éve rendszeresen mentsruálók legyenek és vizsgálat során az uterus corpusának és cervixének arányát 3:1-nek találjuk. Ez utóbbit tartjuk a szekunder nemi jelek megítélése mellett a nemi érettség egyik legfontosabb jelének. A nyomkövetésre az Országos Gyógyszerészeti Intézet által rendelkezésünkre bocsátott vizsgálati lapokat és menzesznaptárt használtuk. Rögzítettük a legfontosabb anamnesztikus adatokon kívül a testsúlyt, a vérnyomást, az alkati tényezőket. Kéthavonta végeztünk ellenőrző vizsgálatokat. A vizsgálatok befejezése után a menzesznaptárokat összegyűjtöttük. A kipróbálásban részt vevőket kértük, hogy a naptár hátoldalára írják rá a gyógyszerrel kapcsolatos véleményüket. Egy alkalommal a csomagolás által megszabott 10 tablettát adtuk át a résztvevőknek. A gyógyszert a coitus utáni egy órával javasoltuk bevenni, halmozott közösülés esetén pedig az első alkalom után egyet, 8 óra múlva pedig újabb tabletta bevitelét ajánlottuk.

#### Eredmények

Az 52 vállalkozó közül csak 50 adatai értékelhetők, mivel ketten kérték ugyan a gyógyszert, azonban a vizsgálati időszakban nem került sor coitusra. Így 50 nő alkalmazta a *Postinort* összesen 187 ciklus alatt. Ennek során 491 közösülés, ill. tabletta szedése történt. Egy ciklusra átlagosan 2,62 coitus jutott.

Tapasztalatainkat a táblázat adatai tükrözik. A táblázatban nem szerepelnek a testsúly, a vérnyomás és az alkati adatok, mivel a kóros értékeket mutató nőket nem vettük be a kipróbálók csoportjába, a vizsgálatok befejezésekor pedig a fentiekben jellegzetes változása nem találtunk. Szubjektív tünetekről — hányinger, fejfájás, feszültség, álmatlanság stb. — határozottan rákérdezés ellenére sem tettek említést a gyógyszerszedők.

A 187 ciklus során 491 coitusra eső 2 terhesség még elfogadható. A Pearl indexértéke 12,8.

Mivel az egyik graviditás bizonyíthatóan a gyógyszer bevitelének elmulasztásakor következett be, az így számolt Pearl index 6,41 már reálisabb mutatója a gyógyszer hatékonyságának. A ritka közösülést figyelembe véve, kérdés, hogy az értékelésre a Pearl index postcoitalis módszerek esetén nem is ajánlható ez a számítás. Helyette felhasználható a közösülések száma szerint százalékosan számított hatásfok, ami anyagunkban 0,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os eredménytelenséget jelent.

Az egyik graviditás abortus jegyzőkönyv alapján megszakitásra került, a másik grávida úgy döntött, hogy kihordja a terhességet. Időközben férjhez is ment, 1979. júliusában a 40. héten 3000 g-os egészséges fiút szült. A korábbi gyógyszer-szedésnek látható károsító hatása nem volt. A menzesznaptárból pontosan leolvasható, hogy a koncepció után még 2 tablettát vett be (ábra).

Kellemetlen mellékhatásként a gyógyszer bevétele után 2–3 nappal kisebb-nagyobb mennyiségű megvonásos vérzés jelentkezett. Abban az esetben, ha nem az ideális módon, heti egy alkalommal volt coitus és gyógyszerbevitel, a megvonásos vérzés mértéke kifejezettebb volt és 2–3 napig tartott. Az esetek többségében azonban csak jelentéktelen pecsételő vérzés formájában mutatkozott. A lányok zöme elfogadta ezt a mellékhatást, csak négyen ítélték kifejezetten zavarónak.

A ciklusok hossza alig változott: 2–3 napos hosszabbodás vagy rövidülés nem okozott gondot. Egy esetben észleltünk amenorrhoeát. Ösztrogén-gesztágen adásra a ciklus rendeződött. Három esetben észleltünk hüvelygyulladást. Valószínűnek tartjuk, hogy hasonló populációban és azonos megfigyelési idő alatt postcoitalis tablettá nélkül is számolhattunk volna ilyen arányban kolpitisszel.

Az egy ciklusban engedélyezett 4 tablettá nem bizonyult mindenki számára elegendőnek. Az egyik résztvevő pl. a szigorú figyelmeztetés ellenére 4 helyett 9 tablettát használt.

A továbbiakban Ovidon szedését javasoltuk. Összesen öten tértek át Ovidonra vagy Bisecurira, mivel a coitusok számának korlátozását nem tudták betartani. Ugyanakkor a többiek a gyógyszerrel kifejezetten elégedettek voltak.

### Megbeszélés

A hormonális fogamzásgátló tabletták széles körű elterjedése sem oldotta meg maradéktalanul a nemkívánatos terhességek megelőzését. Annak ellenére, hogy hatalmas előrelépést jelentett, nemkívánatos mellékhatásokkal, ellenjavallatokkal is feltétlenül számolni kell. A szakemberek a választék bővítésével, a hatóanyag variálásával és a készítmény kiválasztásakor az egyéni adottságok mérlegelésével próbálják a lehető minimálisra csökkenteni a szövödményeket.

A d-norgestreumot tartalmazó Postinor újat jelent a tablettás fogamzásgátlás terén. A legideálisabb feltételeknek tesz eleget, mivel utólag, a coitus megtörténte után alkalmazható hatásosan.

Hatásmechanizmusa még nem teljesen felderített. Kesslerü és mtsai vizsgálataik során azt találták, hogy az ovuláció időpontja körül alkalmazott d-norgestrel csökkentette az LH-csúcsot, azonban a teljes szupressziót — mint ahogyan kombinált készítményeknél minden esetben megfigyelhet: — csak kivételesen tapasztaltak (5). A vizelet pregnandiolszint-csökkenését csak 6-nál több d-norgestrel tablettá bevétele után találták. A gyógyszer bevitelét követően 9 óráig nem lehetséges a cervicalis nyákban sperma penetráció. Ezt azzal hozzák kapcsolatba, hogy az uterinalis váladék pH-ja jelentősen eltolódik alkalikus irányba.

A ciklusban bekövetkező változásokat függetlennek tartják a tabletták dózísától, így jogos volt az a döntés, hogy a Kesslerü és mtsai által javasolt 0,4 mg-ról 0,75 mg-re emelték a hatóanyag-tartalmat a nagyobb biztonság érdekében. Vizsgálataik alapján legnagyobb jelentőséget a tabletták számának és a bevitel „ritmusának” tulajdonítanak. Jó elosztás — heti 1 tabl. és havonta négynél nem több tablettá — esetén kevesebb az áttörésses vérzés, halmozott közösülés, ill. 4-nél több tablettá fokozott mértékű áttörésses vérzéshez, ill. ciklus-anomáliához vezet.

Vizsgálatunk leglényegesebb kérdése a hatékonyság. Ha Pearl-index alapján végezzük az értékelést, teherbeesési rátánk viszonylag magas: 6,41. (A közösülések száma szerint százalékosan számított eredménytelenségi arány 0,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, ami véleményünk szerint elfogadható!)

Feltételezhető, hogy mások a kiértékeléskor a teljes vizsgálati periódust vették figyelembe, attól függetlenül, hogy közben egy vagy több hónapig az egyén coitus nélkül maradt. Saját vizsgálatainkban csak a „tablettát igénylő” ciklusokat számoltuk.

A gyógyszer jelenleg a legideálisabb fogamzásgátló a tizenévesek, valamint a ritkán közösülő idősebb nők számára. A hormonbevitel a szükséges minimumra csökkenthető. Elkerülhető az ún. „luxus gyógyszer-szedés” (pl. partner távolléte, katonai férj stb.).

A 16 éves korhatárt helyesnek tartjuk, azonban ezen túl feltétlenül mérlegelni kell a másodlagos nemi jelek fejlettségét, a menarche óta eltelt időt. Ha ez utóbbi 2 évnél kevesebb, Postinor nem ajánlható.

Áttörésses vérzések ellen keveset tudunk tenni. Ha zavaró mértékű, a módszertől el kell állni. Jelentéktelen színes folyás viszont, ha rövid ideig tart, általában nem zavaró, nem igényel túlzott kezelést vagy áttérést más módszerre. Kívánatos lenne vizsgálatokat végezni arra vonatkozóan, hogy a hatékonyság fokozásával hogyan lehetne csökkenteni az áttörésses vérzések gyakoriságát: pl. újabb gesztogén vegyületek kipróbálása, a meglevők kombinálása, vagy a d-norgestrel adagjának változtatása.

Amennyiben Postinor ellenére bekövetkezik a nemkívánatos terhesség, kellő tapasztalatok megszerzéséig feltétlenül hasznos lenne a kiviselésre került magzatok szülés utáni gondos vizsgálata, tartós követése és az eredmények regisztrálása. Ese-

tünkben látható rendellenességet nem tapasztalunk.

Eddigi tapasztalataink szerint a gyógyszer elterjedésére elsősorban tizenévesek között számíthatunk, ezért felíraskor fokozott gondosságot javasolunk.

Helyesnek tartanánk, ha nőgyógyász szakorvosok, nőgyógyászati szakrendelések, növédelmi tanácsadók rendelkeznek. Ahol gyermekgyógyászati szakrendelés működik, ott ennek is feladatául kell tenni a postcoitális tabletták felírását.

Feltétlenül lássák el a lányokat „menzesnapnaptárral” (3). Csak a naptár pontos vezetése teszi lehetővé a zavartalan gondozást.

Biztosak vagyunk abban, hogy a postcoitálisan alkalmazható d-norgestrel forgalomba hozatala új lehetőségekkel bővíti a hormonális fogamzásgátló fegyvertárát.

**Köszönetnyilvánítás.** Ezúton is köszönetet mondunk a Kőbányai Gyógyszerárugyár Orvostudományi Osztályának az elegendő mennyiségű d-norgestrelum rendelkezésünkre bocsátásáért.

**Összefoglalás.** A szerzők a postcoitálisan alkalmazható d-norgestrel kipróbálása során szerzett tapasztalataikat elemzik. Megállapítják, hogy a készítmény új lehetőséget jelent a hormonális fogamzásgátlás terén. Hatékonysága megfelelő. A mellékhatások száma nem elhanyagolható, azonban egészségkárosodást nem okoz, többnyire jelentéktelen mértékű áttörésszerű vérzésről van szó. Az esetleges terhességet nem kell feltétlenül megszakítani.

**IRODALOM.** 1. Borsos A.: Magy. Nőorv. L. 1978, 41, 231. — 2. Borsos A. és mtsai: A Magyar Nőorvos Társaság Nagygyűlése, Pécs, 1978. november 8–10. Előadás. — 3. Borsos A., Veres Zs.: Orv. Hetil. 1976, 117, 541. — 4. Kesserü E. és mtsai: Contraception. 1973, 7, 267. — 5. Kesserü E. és mtsai: Contraception. 1974, 10, 411. — 6. Kovács L. és mtsai: A Magyar Nőorvos Társaság Nagygyűlése, Pécs, 1978. november 8–10. Előadás. — 7. Lampé L.: Orv. Hetil. 1978, 111, 1331. — 8. Morris J. M., van Wagenen G.: Fertil. Steril. 1967, 18, 7. — 9. Seregély Gy., Darvas K.: Magy. Nőorv. L. 1969, 32, 133. — 10. Seregély Gy., Verő T.: Magyar Nőorvosok Lapja (40. 227–231. 1977.) — 11. Székely J.: Magyar Nőorv. L. 1977, 40, 297. — 12. Szontágh F., Kovács L.: Magy. Nőorv. L. 1969, 32, 1.

# VERMOX

tabletta

**ÖSSZETÉTEL:** Tablettánként 100 mg mebendazol-t tartalmaz.

## HATÁS

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések anthelminticuma.

## JAVALLATOK

*Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

**ELLENJAVALLAT** Terhesség.

## ADAGOLÁS

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók:

Enterobiasisban és ascariasisban a hatás eléréséhez egyetlen tablettát bevétele elegendő.

Súlyosabb ascariasisban, *Trichuris* fertőzésben. Két egymás utáni nap, napi 1–1 tablettát.

*Trichuriasis*, *ancylostomiasis* kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2 × 1 tablettát.

## MELLÉKHATÁSOK

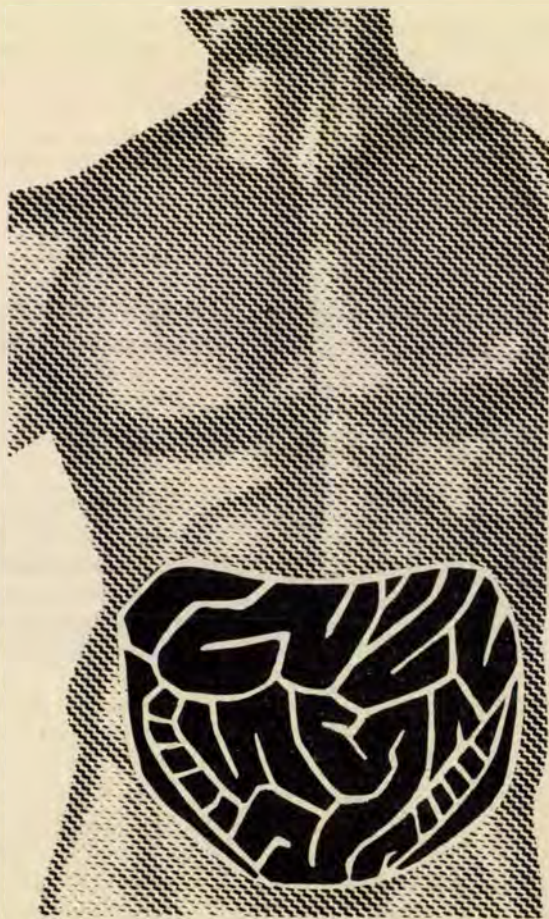
A javasolt terápiás dózisban nem okoz panaszokat.

## FIGYELMEZTETÉS

Lypophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együttes adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

**MEGJEGYZÉS:** ✱ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

**CSOMAGOLÁS:** 6 tablettát, térítési díj: 2 Ft.



Megyei Kórház-Rendelőintézet, Miskolc,  
 II. Ideg-Elmeosztály  
 (főorvos: Tass Gyula dr.),  
 II. Belgyógyászati Osztály  
 (főorvos: Prónay Gábor dr.),  
 Kóronctani Osztály  
 (főorvos: Sótónyi Gábor dr.),  
 Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
 Pszichiatriai Klinika  
 (igazgató: Juhász Pál dr.)

## A Wilson-kór

### Klinikum, patológia

Sági Ilona dr., Juhász László dr.,  
 Degrell Péter dr. és Óváry Imre dr.

A Wilson-kór ritka kongenitális anyagcsere-betegség, általános felfogás szerint autosomalis recessiv öröklődésmenettel. Az átlagos kóros génfrekvencia a népességben *Bearn* (1) szerint 1:500, *Sternlieb* (21) szerint 1:200. Homozygota Wilson-kóros beteg esetén az identikus gén is kóros, a kóros gének találkozásának valószínűsége csekély, ezért a Wilson-kór morbiditási aránya a fentiek alapján 1:1 000 000 (1), illetve 1:160 000 (21).

A kórképet először 1912-ben *Wilson* írta le (31). 1913-ban *Rumpel* közölte, hogy a Wilson-kóros beteg májában a réz felszaporodott (17). 1948-ban *Holmberg* és *Laurell* izolálták először a coeruloplasmint (5). 1956-ban *Walshe* ajánlotta először a penicillamint (27). Alkalmazásával javult a prognózis; ma már a Wilson-kóros család tünetmentes homozygotáinak kezelését hangsúlyozzák. Eddig 3 nemzetközi szimpóziumot tartottak a Wilson-kórról és számos összefoglaló tanulmány jelent meg az elmúlt években (19, 24, 28, 29, 30).

A Wilson-kór tulajdonképpen idült rézmergezés. Fiziológiásan a felszívódott réz a serumban kb. 95%-ban a rézkötő fehérjéhez, a coeruloplasmint, 5%-ban egyéb non-protein kötésben aminosavakhoz, főleg histidinhez kapcsolódva kering. Wilson-kórban a coeruloplasmint csökkenése vagy hiánya miatt ez az arány eltolódik a non-proteinkötés javára. Emiatt a rézanyagcsereben transzportzavar alakul ki, réz halmozódik fel először a májban. Évek múlva a máj rézfelhalmozó képessége elégtelen lesz, nekrozis, fibrózis, regeneráció, majd finom vagy durva göbös cirrhosis alakul ki. A transzportzavar miatt a réz patológiás redistribúciója alakul ki, lerakódik a központi idegrend-

1. táblázat **Rézanyagcsereérték**

R. B.-né jellemző laboratóriumi eredményei	Normális érték
Se. coeruloplasmint 8 mg/100 ml	20—40 mg/100 ml
Se. réz 74 µg/100ml	80—150 µg/100 ml
Vizelet réz-ürítés min. 2496 µg/24 <sup>h</sup> max. 4950 µg/24 <sup>h</sup>	<120 µg/24 <sup>h</sup>
Hyperaminoaciduria Hy; Meth; Phe; Cystein; Alanin	

szerben, a szemben és a vesékben, szöveti elváltozásokat hoz létre következményes működés-zavarral.

*Klinikailag* két fő formát különítenek el. A hepaticus forma általában a 10. életév előtt kezdődik és a cirrhosishoz vezető májlézió áll előtérben. A cerebrális forma általában a második évtizedben kezdődik, progresszív neurológiai tünetek, tremor, rigiditás, akinesis, hypersalivatio, dysarthria jellemzi enyhébb májlézió mellett.

*Walshe* hívta fel a figyelmet arra, hogy a neurológiai kép az előbbinél sokkal változatosabb. A rigiditás és a parkinsonos jellegű tremor mellett sokkal gyakoribb a kevert kép. Cerebellaris ataxia társul parkinsonos tremorral, dystoniával, choreiform mozgászavarral. A leggyakoribb kezdeti tünet a beszéd nehezítettsége, a kézírás megromlása, az inkontinencia. Gyakoriak a pszichés zavarok, főleg az emotionalitásban. Főként az utóbbiak megnehezítik a korai kórismézést, több esetben hystériának diagnosztizálták a kezdeti stádiumot, előfordult, hogy shockolták a beteget, pszichiatriai kórképet feltételezve (28).

A jellemzőnek tartott *Kayser—Fleischer* cornealis gyűrű nincs mindig jelen, viszont előfordul primaer biliaris cirrhosisban és tartós cholestasisban is (16, 21). Tünetsezény vagy a fenti klinikai tüneteket még nem mutató ún. praeklinikus stádiumban levő Wilson-kór esetén a diagnózis elsősorban laboratóriumi.

A laboratóriumi diagnózis kritériumai a következők:

2. táblázat **A Cerebrum különböző területeinek réztartalma**

Localisatio	aCu µg/g sz a.	Controll	Controll
J. O. occipitalis area peristriata	88,0	9,8	45,7
B. O. occipitalis area peristriata	88,5	17,4	16,6
J. O. caudatum	143,0	12,8	44,6
B. O. caudatum	64,8	5,3	28,6
J. O. putamen	91,5	14,8	24,6
B. O. putamen	125,0	21,2	44,7
J. O. pallidum	105,5	10,8	30,7
B. O. pallidum	160,0	22,6	30,2
J. O. elülső thalamus	80,5	—	—
B. O. elülső thalamus	117,0	—	—
J. O. pulvinar thalami	111,0	11,55	22,35
B. O. pulvinar thalami	49,4	7,45	26,6
J. O. hippocampus	140,0	9,85	40,4
B. O. hippocampus	91,0	7,3	15,5
J. O. cerebellum	63,6	29,6	19,1
B. O. cerebellum	70,0	9,5	44,5



1. ábra. A máj metszéspapjának képe

1. Csökkent serum coeruloplasmin (norm. érték 20—40 mg/100 ml),
2. Csökkent serum réztartalom (norm. érték 80—150 microg/100 ml),
3. Fokozott rézürités a vizeletben (norm. 100—120 microg/die alatt),
4. Fokozott réztartalom a májban (norm. 50 microg/g szárazsúly),
5. Hyperaminoaciduria,
6. Csökkent rézizotóp- ( $\text{Cu}^{64}$ , ill.  $\text{Cu}^{67}$ ) felvétel a plasmába, ill. a májba.

A kritériumok külön-külön nem perdöntőek a következő észlelések miatt:

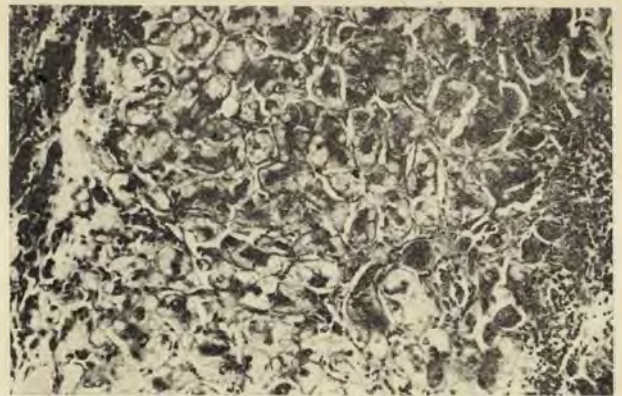
ad 1. A Wilson-kóros betegek 50%-ában a coeruloplasmin-szint normális, viszont csökkent a heterozygoták 10%-ában, ill. csökkent lehet fulminans hepatitisben is, így a csökkenés önmagában nem jelent Wilson-kórt (14, 21, 22).

ad 2. Mint említettük, Wilson-kórban megváltozik a coeruloplasminhoz kötött és a non-proteinkötésben keringő réz aránya az ún. szabadréz javára, ez azonban individuális, így a serum réztartalma a legkevésbé megbízható adat (9, 28).

ad 3. A vizelet-rézürités emelkedett lehet biliáris cirrhosisban és chronikus aktiv hepatitisben is (21).

ad 4. A máj réztartalma emelkedett lehet biliáris cirrhosisban, cholestasisban és biliáris atresiában (21, 23).

ad 5. A fokozott rézkiválasztás a vesében megtámadja azokat a tubularis enzimeket, ame-



3. ábra. Máj. Zeiss 16X planapochr. obj. 10X oc. H. E.

lyek az aminosavak, glucose, foszfátok, urátok reabsorptiójában szerepet játszanak, így jöhet létre a hyperaminoaciduria; ez azonban bizonyított Wilson-kórban sincs mindig jelen, ill. Wilson-kóros betegek családjában időnként egészséges heterozygotákon is kimutatható (28).

ad 6. 12,8 óra felezési idejű  $\text{Cu}^{64}$ -et, ill. 61,8 óra felezési idejű  $\text{Cu}^{67}$ -et használva, Wilson-kórban 3 féle eltérést írtak le:

- a) Csökken a réz beépítése a coeruloplasminba.
- b) Változik a réz beépülése a májba, a kétórás máj/comb hányadost vizsgálva.
- c) Egész test számlázással a máj izotóp felvételi görbéje eltérő a kontrollhoz képest.

E módszerek jelzik a Wilson-kórt, azonban nem alkalmasak a praesymptomás homozygota Wilson-kórosok és az egészséges heterozygoták elkülönítésére, mivel utóbbiakon is gyakran észlelhetők a leírt eltérések (23, 25, 26, 28).

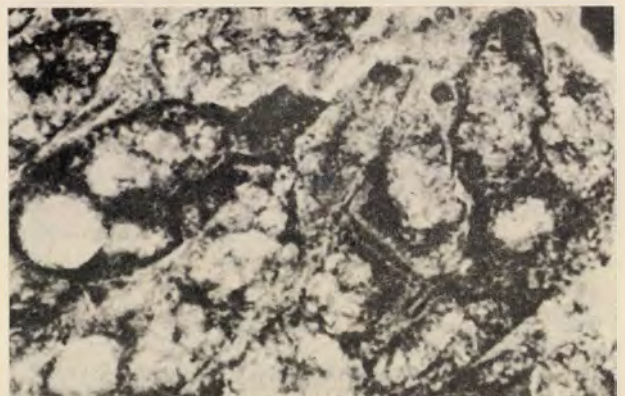
Az említettek miatt ma több kritérium együttes fennállását tartják szükségesnek a diagnózis felállításához; döntőnek a májszövet fokozott réztartalmát tekintik, 250 microg/g szárazsúly feletti érték mindenképpen Wilson-kórt jelent.

A Wilson-kór *kórbonctanilag* elsősorban a máj és a központi idegrendszer elváltozását mutatja.

Zömmel durva göbös májcirrhosis észlelhető, gyakori a zsíros degeneráció és gyulladásos jelek a



2. ábra. Máj. Zeiss 2,5X planapochr. obj. 10X oc. Masson trichrom



4. ábra. Máj. Módosított Gallyas-féle rostoglia impregnáció. Epeút proliferációs zóna. A hepatocytákban közepek, durva szemcsés rézlerakódás. Zeiss 25X planapochr. obj. 3,2X oc.





5. ábra. Jobb oldali gyrus praecentralis. Módosított Gallyas-féle rostosglia impregnatio. A neurocyták cytoplasmáján belül fekete, durva aggregatum formájában jelentkezik a reakciótermék. Az astroglia rostokon belül finom izotróprajzolat jelentkezik. Az axonokon belül is megtalálható az erősen kötött réz. Négynapos Kupferon-kezelés után elvégzett reakció. Zeiss 25 $\times$  planapochr. obj. 3,2 $\times$  oc.

parenchymában, lipofuscinszerű pigment megjelenése. Eléggő jellegzetes a Wilson-kórra a Mallory-féle hyalin jelenléte, főképpen, ha nem alkoholistáról van szó. Gyakori a sejtmag vacuolisatiója is. Elektronmikroszkóppal jellegzetes mitochondriális degenerációs jelek észlelhetők, ami lehetővé teszi a Wilson-kóros zsírmáj elkülönítését az egyéb eredetű zsírmajtól. Feltűnő a sima endoplasmás reticulum kitágulása, a lysosomák autophag aktivitásának megnövekedése a mitochondriumok megemésztésével és a lipofuscinnal megrakott residualis testecskék jelenléte (8, 10). Döntő a réz kimutatása a májban, ez hisztokémiailag, ill. a máj szárazanyag-réztartalmának meghatározásával, valamint röntgensugár microanalysis-sel lehetséges (20).

A központi idegrendszerben Wilson-kórra jellemző makroszkópos elváltozás nincs. Jellegzetes viszont a dysproporcionális rézdepositio; az agy különböző területein a réztartalom sokszorosa a kontrollénak. Excessiv mennyiségű rézaccumulatio a neurocytákon belül perikaryonálisan történik. Fiziológiásan itt helyezkedik el a 30 000 molekulásúlyú cerebropreïn, amely két rézatomot tartalmaz. A rézfelhalmozódás érinti az astrocytákat is, az astroglia rostok finom micelláris structurája károsodik, létrehozva az angioglio-neuronalis egységek dysfunctióját. A károsodott transzport további dyshorias elváltozásokhoz is vezet, artériafal ferruginatiohoz, calcificatiohoz. A neuroektoderma károsodása ellen a microglia mutat védekezési reakciót, ennek pontosabb megítélését a megváltozott fizikokémiai, kolloidkémiai és komplex-kémiai rendszerek megnehezítik. Az Alzheimer II. típusú glia jelenléte minden hepatogen encephalopathiában ismert (2, 11, 12, 13, 15).

#### Esetismertetés

Késői időszakban kórismézett betegünk példázza a diagnosztikai nehézségeket:

R. B.-né összesen hét alkalommal feküdt a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház II. Ideg-Elmeosztályán. 1972-ben, 32 éves korában észlelték először. Akkor fejfájás, gyengeség, étvágytalanság, alvászavar, fogyás képezték panaszait. Idült alkoholizmust, súlyos familiaris conflictus situatiót derítettünk fel a panaszok hátterében. Organikus neurológiai eltérést nem észleltünk. Mája elérhető volt, már akkor pozitívnak bizonyultak a collid-labilitási próbák, akkor ezt a kóros májlézióval magyaráztuk. Akkor és az 1973-as kétszeri észleléskor a kórképet neuroziznak véleményeztük következményes alkoholizmussal és májkárosodással. 1975-ös felvételekor panaszai azonosak, stá-

tusában azonban lényeges változást észleltünk. A papillák nasalis elmosott határuak, a jobb pupilla tágabb volt. Bal oldali hosszúpálya-tünetek mellett inkontinenciát, intentiós tremort és ezzel ötvözött baloldali végtag ataxiát észleltünk. Mozgászavara mindkét felső végtagon promaximalisan volt a legkifejezettebb, intendált mozgáskor a tremor jelentkezett a passzív végtagon is. Tértfoglaló folyamat irányában végeztünk vizsgálatokat. EEG-lelete bal oldali frontális organikus górcra utalt, az agycintigraphia, az angiographia, rutin liquor vizsgálat, PEG azonban negatívak voltak. Encephalopathiát véleményeztünk, amelyet nem klaszifikáltunk és további hosszmetzeti követést tartottunk szükségesnek. Két ezt követő észlelése alkalmával státusa és a kórkép megítélése változatlan.

1977-ben, utolsó felvételekor újabb neurológiai tüneteket észleltünk: mind a négy végtagon rigor mellett komplex mozgászavar — durva nyugalmi, intentióra fokozódó tremor, bal oldali végtag ataxia — alakult ki, emellett bal latens hemiparesist, dysphagiát, járásképtelenséget észleltünk. Mája 2 harántújjal haladta meg a jobb bordaívét, laboratóriumi leletei májlézióra utaltak. Így Wilson-kór alapos gyanúja merült fel. A rézanyagcsere valamennyi értéke kóros volt (1. táblázat). A diagnózishoz eljutottunk, a folyamatot azonban befolyásolni már nem lehetett, a beteg ápolásának 17. napján elhunyt.

Kivonat a patológiai feldolgozás adataiból: A corneán Kayser—Fleischer-gyűrűt nem észleltünk (a bulbus kivételre nem került).

A hasüregben 800 ml-nyi ascitest, a nyelöcsőben minimális fokú varicositast találtunk. Az 1650 g súlyú máj felszíne és metszéspapja babnyi-szilványi göböktől egyenetlen, vaskos, diffúz fonálvastag, hálózatos rajzolatú tagolt, okkersárgásbarnán márványozott volt (1. ábra). Állománya szívós, tömötten rugalmas volt. Szövettnalig: a máj szerkezete desintegrálódott. A septumok nagy fokban kiszélesedettek és fibrotikusak. Kereksejtekkel beszűrtek voltak, ez a lóbos infiltráció betört a széli sejtsorba is. Regeneratív göböket, epeüt-proliferációkat észleltünk (2. ábra). A májsejtek plasmájára habos, szemés, halvány volt. Szabálytalan göcos jellegű kis- és nagycseppes zsíros degeneráció (Oil Red O pozitívitas) mutatkozott. Nagyobb nagytással a jellemzőnek tartott hyalin nekrozist láttuk (3. ábra). Módosított Gallyas-féle rostosglia impregnatióval a hepatocytkban részben göcos jelleggel és a Kupfer-sejtekben rézfelhalmozódást mutattunk ki (4. ábra). Az epeutak falában finom térháló formájában kirajzolódott a rézakkumulációt tartalmazó mikrofilamentózus szerkezet. Ez hosszmetzeti képeken jól követhető, kifeszült haláshálóra emlékeztetett.

Makroszkóposan a vesék lényeges eltérést nem mutattak. Mikroszkóppal peritubularis, periglomerularis, enyhe fokú, valamint kifejezett papillafibrosist találtunk. A tubulusok hámja jelentősen degenerált volt, de ez a postmortális autolysis miatt nem értékelhető. A közvetlen halálok kétoldali disseminált, részben confláló bronchopneumonia volt.

Az agyboncolás lényeges makroszkópos eltérést nem mutatott. A réz topokémiai megoszlása a 2. táblázatban látható. Szövettnalig összefoglaló módon neurocyta pusztulás volt található neuronophagiával. Ehhez az interfascicularis astroglia felszaporodása társult a fehérállományban. A striatumban, pallidumban puffadt, excentrikus magvú Alzheimer II. típusú astroglia elemek megjelenését láttuk (Leber-glia). Topographiaillag a folyamat leginkább a striatum és a pallidum elemeit érintette. A striatumban a kis- és nagysejtek egyaránt jelentősen megfoglyatkoztak, a fennmaradtak súlyos neurenophagia jelenségét mutatták. Ugyanitt az érfalakban (Berlini kék, ill. Kossa) ferruginatiót és calcificatiót találtunk (dyshorias jelenség). A thalamusban a nucleus anterior thalami mutatott súlyosabb károsodást. A folyamat a corpus geniculatum laterálisban is károsította a neurocytákat. A chiasma n. opticeiben perivasalisán lymphocyttákból, monocytákból, plasmasejtekből álló gyulladós infiltrátumok voltak, ugyanezeket találtuk az opticus hüvely mentén is. Az agytörzsben az oliva inferior neu-

rocytái és a nucleus vestibularis lateralis neurocytái fogyatkoztak meg. A cerebellumben a Bergman-glia felszaporodott, ehhez a Purkinje-sejtek számának jelentős csökkenése társult.

A módosított Gallyas-féle rostosglia, valamint a módosított Gallyas-féle microglia impregnációk elkészítése, értékelése számos problémát okozott. Fizikai előhívás módszerével rendkívül gyors előhívási effektust észleltünk. A cortex főleg V–VI. rétegének neurocytái sajátos paraimpregnációs jellegű előhívódást mutattak. A neurocytákon belül perikaryonálisan porszerű finom anyag rajzolódott ki. A mag nem impregnálódott. Ezzel párhuzamosan a rostosglia a szokásos impregnálódást mutatta anélkül, hogy a rostok anisotropiát adtak volna. Kupferon-kezelés után elvégezve az impregnációt, már nem lehetett különbséget találni az egyes neurocyták impregnálódása között. Hasonló volt a helyzet a striatum és pallidum neurocytáiban is. Sajnos, hogy az alapállomány mint háttér, főleg a kéreg V–VI. laminájában mutatott affinitást az impregnációval szemben. Az impregnálódott fehérállomány porszerű egyenletes háttérrel adott, szemben a neocortexben található laminaris impregnációval. A hippocampuson belül a neurocyták perikaryonálisan szemcsésen tartalmazták az anyaglerakódást, ehhez astrogliosis társult, mely isotrop volt (5. ábra).

### Megbeszélés

Ritkasága ellenére lényeges a kórképpel foglalkozni. Egyrészt megfelelő terápiával gyógyulás érhető el, nélküle viszont a betegség feltétlenül halálos. Másrészt a változatos, sokszor félrevezető klinikai kép miatt hazánkban kevés a felismert és ennek folytán kezelt beteg, noha az utóbbi évtizedben lényegesen javult a diagnózis felállításának lehetősége (3, 4, 6, 7, 18). Végül a Wilson-kór diagnosztikus és terápiás szinten egyaránt a klinikai rézanyagcsere-kutatás modellje.

Esetünk tanulsága klinikai szempontból az, hogy a típusosnak mondott rigor és parkinsonos tremor mellett egyéb kevésebb jellemző neurológiai tünetek is kísérhetik a Wilson-kórt. Bár az alkohol okozta máj- és idegrendszeri károsodások igen gyakoriak, a máj és az idegrendszer együttes zavara esetén föltétlenül gondoljunk Wilson-kórra annak lehetősége (3, 4, 6, 7, 18). Végül a Wilson-kór diagnózisához hozzásegít az általunk alkalmazott impregnációs eljárás, mely a májban és az agyban egyaránt jól használható a rézakkumuláció kimutatására. Az agyban kórjelzőnek tartjuk a leírt sajátos impregnációs jelenséget.

A Wilson-kóros máj az impregnációs eljárással elemezve tükrözi a rézakkumuláció összetettségét.

A rézakkumuláció formái: hepatocelluláris, Kupfer-sejtes és cholangiális. Ismert, hogy a hepatocytás akkumuláció következményes fibrózison át portális jellegű cirrhosist okoz. A Kupfer-sejtekben a depositió jelentősége egyelőre ismeretlen. A cholangiális rézlerakódás a mikrofilamentózus struktúrákban történik. Ez a celluláris aktomyozin rendszer. A myozint nanogram mennyisé-

gű rész is irreverzibilisen denaturálja. Lokális epé-út dyskinesia, cholestasis és biliaris jellegű cirrhosis a következmény. A cirrhosis kialakulásában erre a biliaris komponensre a rendelkezésünkre álló irodalomban nem találunk adatot. Ebből azt a klinikai következtetést vonjuk le, hogy nemcsak portális cirrhosis esetén gondoljunk Wilson-kórra, hanem főleg fiatalkori biliaris jellegű májbetegség esetén is.

Hálás köszönetünket fejezzük ki *Fazekas Sándor* dr.-nak a réztartalom meghatározásáért és *Badar Bélánénak* a technikai munkáért.

**Összefoglalás.** A szerzők Wilson-kóros esetük ismertetése kapcsán kitérnek a Wilson-kór klinikai, laboratóriumi és kórbonctani diagnózisának lehetőségeire. Hangsúlyozzák a differenciáldiagnosztikai nehézségeket a kórisme felállításában. Ajánlják az általuk alkalmazott impregnációs módszert a rézakkumuláció kimutatására. Felhívják a figyelmet a Wilson-kóros májban észlelt cholangiális lézió jelentőségére.

IRODALOM. 1. *Bearn, A. G.*: Amer. Hum. Genet. 1960, 24, 33. — 2. *Dipaolo, N. és mtsai*: J. Neuropathol. Exp. Neurol. 1974, 33, 226. — 3. *Gács J., Kerekes E., Wurfer B.*: Orv. Hetil. 1965, 20, 935. — 4. *Gács J.*: in: Ritka kórképek. (Szerk. *Braun P.*) Medicina. Bp. 1968, 16. old. — 5. *Holmberg, C. G., Laurell, C. B.*: Acta Chem. Scand. 1948, 2, 550. — 6. *Julesz J., Bodor F., Szarvas F.*: Orv. Hetil. 1969, 49, 2857. — 7. *Kecskés M., Kollár L., Nemes T.*: Orv. Hetil. 1965, 20, 939. — 8. *Lapis K., Balázs M., Sáfrány L.*: 11. th Congress of the Hng. Soc. of Gastroenterol. Parád-fürdő 1968. Előadaskivonatok, Bp. 1968. 56 old. — 9. *LaRusso, N. és mtsai*: Gastroenterol. 1976, 70, 653. — 10. *Lough, J., Wiglesworth, F. W.*: Arch. Path. Lab. Med. 1976, 100, 659. — 11. *Miyakawa, T., Murayama, E.*: Acta Neuropathol. 1976, 35, 235. — 12. *Óváry, I. és mtsai*: Proc. Internat. Soc. Neurochem. 1977, 6, 642. — 13. *Óváry I. és mtsai*: Acta Morph. Acad. Hung. Sci. Közls. alatt. — 14. *Perman, J. A. és mtsai*: Lancet 1977, 11, 1008. — 15. *Phillips, J. H. és mtsai*: Neuroscience. 1977, 2, 147. — 16. *Rimola, A., Bruguere, H., Rodés, J.*: Arch. Int. Med. 1978, 12, 1857. — 17. *Rumpel, A.*: Dtsch. Zschr. Nervenhlk. 1913, 49, 54. — 18. *Salgó L., Gyurkovits K., Vranek I.*: Orvosképzés 1979, 54, 151. — 19. *Scheinberg, I. H., Sternlieb, I.*: Ann. Rev. Med. 1965, 16, 119. — 20. *Sipponen, P. és mtsai*: Arch. Path. Lab. Med. 1976, 100, 664. — 21. *Sternlieb, I.*: Internist. 1976, 17, 342. — 22. *Sternlieb, I., Scheinberg, I. H.*: Review in The Liver and Its Diseases. (Ed.: *Schaffner, F., Sherlock, S., Leevy, C. M.*) Geor. Thieme Publ. Stuttgart 1974, 328. — 23. *Sternlieb, I.*: Gastroenter. 1978, 74, 787. — 24. *Strickland, G. T., Leu, M. L.*: Medicine 1975, 54, 113. — 25. *Tauve, W. N. és mtsai*: Amer. J. Med. 1966, 41, 375. — 26. *Vierling, J. M. és mtsai*: Gastroenter. 1978, 74, 652. — 27. *Walshe, J. M.*: Amer. J. Med. 1956, 21, 487. — 28. *Walshe, J. M.*: Wilson's disease: review in the Biochemistry of Copper. (Ed.: *Peisach, J., Aisen, P., Blumberg, W.*) Academic Press, New York, 1966, 475. old. — 29. *Walshe, J. M.*: Brain 1967, 90, 149. — 30. *Walshe, J. M.*: Brit. Med. 1970, 4, 90. — 31. *Wilson, S. A. K.*: Brain 1911–12, 34, 295.

## Utóvizsgálati eredmények retentio testis miatt operáltakon különös tekintettel a fertilitásra

Molnár Dénes dr., Papp Gizella dr.  
és Léb József dr.

A retentio testis optimális műtéti időpontjának megválasztásában jelentős változást hozott az a megállapítás, hogy a korábbi vizsgálatokkal ellentétben (3, 15) a herék gyermekkori fejlődése folyamatos (17). Ez a megállapítás szövettani vizsgálatokon alapul és ezek alapján a 2—3. életév (6, 14, 5) a műtéti therápia jelenleg elfogadott legkedvezőbb időpontja.

További széles körű vizsgálatokra van még szükség a fertilitási prognózis javulásának megállapításához, illetve, hogy a fertilitáson kívül a here egyéb funkcióinak esetleges finomabb károsodásait felmérhessük.

E célból kezdtük el osztályunkon az 1960 óta operált gyermekek utóvizsgálatát. Beteganyagunkat 6 éves periódusokra osztottuk fel, jelen közleményünk az első időszakban (1960—65) operáltak utóvizsgálati eredményeit dolgozza fel.

### Beteganyag, módszer

Az 1960—65 közötti 6 év alatt osztályunkon 57 gyermeket operáltunk retentio testis miatt. Ezen betegeket 1979-ben kontroll vizsgálatokra kértük vissza. Tíz beteg — akik közül a legfiatalabb ekkor 19 éves volt — jelentkezett, illetve vetette alá magát a vizsgálatoknak. Ezek átlagéletkora a műtétkor 10,5 év volt. A tíz utánvizsgált esetben 4-ben kétoldali és 6-ban egyoldali retentio miatt történt az orchidopexia. Betegünk a testis leszállási zavarától eltekintve mind egészségesek voltak. Az utóvizsgálatok során mértük a penis és a herék térfogatát, spermavizsgálatot, valamint FSH, LH, HCG és testosteron meghatározást,

1. táblázat

Kétoldali retencio	Egyoldali retencio	Átlag cm <sup>3</sup>	20 egészséges kontroll egyén átlagában cm <sup>3</sup>
1 40 cm <sup>3</sup>	1 36 cm <sup>3</sup>		
2 48 cm <sup>3</sup>	2 45 cm <sup>3</sup>		
3 48 cm <sup>3</sup>	3 36 cm <sup>3</sup>		
4 40 cm <sup>3</sup>	4 26 cm <sup>3</sup>		
	5 24 cm <sup>3</sup>		
	6 42 cm <sup>3</sup>		
		38,5	41,2
Maximum 48 cm <sup>3</sup>	Minimum 24 cm <sup>3</sup>		Maximum 65 cm <sup>3</sup> Minimum 20 cm <sup>3</sup>

mindkétoldali here szövettani vizsgálatát végeztük és peroxidase vizsgálatot ugyanazon beteganyagban.

### Utóvizsgálati eredmények

A penis-térfogatot mutatja az 1. táblázat.

A vizsgált betegeknél és a kontroll egyéneknél az átlagban, illetve a maximum-minimum térfogatokban jelentős eltérést nem észleltünk.

A 2. táblázat a hereátmérőket tünteti fel 20 kontroll felnőtt egyén átlagértékeivel összehasonlítva.

Mind kontralateralis, mind a retineált herék átlagátmérőit — az utóbbiakat jelentősebben — kisebbnek találtuk a kontrolloknál. Hogy kétoldali retentióval ez a különbség nem olyan jelentős, az az esetek kis számával magyarázható.

A spermavizsgálatot és mindkétoldali here tűbiopsiája alapján a szövettani vizsgálatot szemlélteti egymás mellett a 3. táblázat.

Az utóbbi években a fertilitási problémák mellett a különböző szerzők egyre többet foglalkoznak a here egyéb funkcióinak esetleges károsodásával is (16), ezért vizsgálatuk a serum HCG, FSH, LH és testosteron értékeket is, melyek eredményét a 4. táblázat mutatja be.

Itt tíz egészséges 20—30 év közötti fiatalember értékeit vettük kontrollként.

Immun peroxidase módszerrel vizsgáltuk a herét károsító esetleges autoimmun antitestek jelenlétét. Direkt immunhisztokémiai vizsgálattal tíz esetünkben 5-ben a herecsatornák basalis membránja mentén IgG, IgA és IgM-et tartalmazó im-

2. táblázat

	Kétoldali cm-ben				Egyoldali cm-ben				Controll	
	J	B	D	d	Retineált	Contralateralis	D	d	Min. 3,8	Min. 2,0
	D	d	D	d	D	d	D	d	Max. 6,6	Max. 4,0
1	3,3	1,9	5,2	3,0	3,6	2,4	4,8	2,9		
2	3,3	1,4	x	x	3,6	2,0	4,5	2,3		
3	3,1	2,8	x	x	2,7	2,1	4,3	2,0		
4	4,6	2,7	5,7	3,0	3,4	2,2	4,6	2,9		
5					1,7	0,7	2,1	0,5		
6					3,4	1,7	4,2	2,5	D	d
Átlag	D: 4,20		d: 2,46		3,06	1,85	4,08	2,18	4,99	3,14

3. táblázat

Spermiogramm				Átlagos tubulus	átmérő	Spermiogoniumok	
Kétoldali				J	B	J	B
1	30·10 <sup>6</sup> /ml	70% motilitás	normális morphológia	133,7	124,1	megtartott spermiogenesis	elvéve láthatók
2	12,5·10 <sup>6</sup> /ml	80% motilitás	néhány kóros alak	150,54	109,65	megtartott spermiogenesis	bőségesen láthatók
3	8—12 spermium/lt.	50% motilitás	kicsiny spermium	158,75	x	van	x
4	nincs spermium			83,98	130,05	nincs	nincs
Egyoldali				retineált	contralateralis	retineált	contralateralis
1	65·10 <sup>6</sup> /ml	70% motilitás	norm. morphológia	101,6	122,6	nincs	bőségesen
2	94·10 <sup>6</sup> /ml	70% motilitás	norm. morphológia	105,62	163,5	nincs	bőségesen
3	40·10 <sup>6</sup> /ml	70% motilitás	norm. morphológia	108,8	162,37	nincs	bőségesen
4	43·10 <sup>6</sup> /ml	60% motilitás	néhány kóros alak	126,27	143,62	nincs kisszámú spermatogonium	jól megtartott
5	26·10 <sup>6</sup> /ml	50% motilitás	néhány kóros alak	122,82	125,78	nincs	megtartott
6	nem látható spermium			119,37	109,51	nincs	jól megtartott

mundepositumok láthatók mindkétoldali herékben. A kontroll metszetek minden esetben negatívak maradtak. Az 5-ből 3 esetben egyoldali, kettőben kétoldali retentióról van szó.

#### Megbeszélés

Eseteink csekély száma statisztikai következtetések levonására nem ad lehetőséget.

Valamennyi betegünk megtekintésére somatikusan, a másodlagos nemi jelleget tekintve normálisan fejlett. Nemi életet élnek, potentialis panaszuk nincs. Ez és a penis-térfogatokra vonatkozó vizsgálataink így alátámasztják azt az irodalmi állítást (2, 7), hogy a retentio, amennyiben nem egyéb betegség, vagy syndroma részjelensége, nem jár a másodlagos nemi jelleg kifejlődésének zavarával.

A hereátmérőkkel kapcsolatos vizsgálataink a heréknek a késői orchidopexia után bekövetkező hypotrophiáját mutatják (9). Az irodalomban egyes szerzők (10) által leírt kontralaterális hypertrophia jelenségét egy esetben sem tapasztaltuk.

Tíz betegünkben 3-ban a herék reretentiója következtetett be. Kettőn eredményesen végeztük el 20 éves korban az ismételt orchidopexiát, egy beteg újabb műtétbe nem egyezett bele. Ezen eseteinkkel kapcsolatban szeretnénk felhívni a figyelmet a reretentio lehetőségére, melyet ezen beteganyagunkon kívül is tapasztaltunk és az orchidopexián átesett betegek rendszeres utóvizsgálatának szükségességére. A reretentio oka hibás műtéti technika lehet, vagy az a tény, hogy a műtét alkalmával a here csak a funiculus feszülése mellett volt a scrotumba lehozható.

A 4 kétoldali retentiós betegünkben egynél a spermakép alapján a termékenyítőképesség enyhén, egynél erősen csökkent, kettő pedig nem termékenyítőképes. A 6 egyoldali retentio esetében a retineált oldalon egynél láthatók kisszámú spermogoniumok, a többi 5-nél nem. Két beteg esetében a kontralateralis here megőrzött működése következtében a termékenyítőképesség normális, kettő enyhén, egy erősen csökkent, egy nem termé-

kenyítőképes. A spermiogramm alapján a termékenyítőképesség nagy biztonsággal megítélhető. Gyermeknél erre a tubulus-átmérő és a spermogoniumok száma alapján következtethetünk (19). A 3. táblázatunkból látható, hogy a tubulus-átmérőből többé-kevésbé meg lehet ítélni a fertilitást, de a két érték korántsem halad mindig párhuzamosan. A spermogonium-számot nem vizsgáltuk quantitativ, de itt a párhuzam szorosabbnak látszik.

A serum testosterone a normális értékek határain belül esett. A vizsgált csoport és a normál kontroll átlagértékeiben lényeges különbséget nem találtunk. Így megállapíthatjuk az irodalmi adatok többségével (13, 20) egybehangozóan, hogy a Leydig-sejtek funkciója nem károsodott. A fentieket mond-

4. táblázat

	HCG, 0,0—1,6 ng/l	Testosteron 4,0—9 ng/l	FSH 0,3—2,3 ng/l	LH 0,70—2,2 ng/l
Kétoldali	1. 1,31	4,27	1,30	1,17
	2. 1,40	3,29	1,32	1,68
	3. 1,53	5,51	5,29	1,40
	4. 0,53	6,63	5,01	1,02
Egyoldali	1. 0,86	4,94	6,79	1,32
	2. 1,26	4,02	0,82	1,35
	3. 1,67	4,49	4,17	3,17
	4. 1,10	4,17	2,01	1,51
	5. 0,56	8,28	3,42	0,81
	6. 1,72	4,83	4,38	4,00
Átlag:	1,19	5,03	3,45	1,74
Norm. controll átlag	1,34	6,36	0,75	1,29
Norm. controll max.	1,65	11,80	1,28	2,90
Norm. controll min.	0,90	4,32	0,35	0,83

Vizsgálataink a Péterfy Sándor u. kórház izotóp laboratóriumában készültek (Főorvos: dr. Garas Zsuzsa) radioimmunoassay módszerrel.

hatjuk a serum HCG szinttel kapcsolatban is. Az FSH értékének emelkedése egyértelmű. A serum LH emelkedése minimális, nem egyértelműen meggyőző. Atkinson (1) és Lipschultz (11) FSH és LH értékének egyértelmű emelkedését találták hasonló utóvizsgálatok alkalmával.

Egyoldali retentio esetén az ellenoldali here kimutatott károsodásának mechanizmusa mindmáig ismeretlen (8, 17). Doletskij (4) és Mengel (12) feltételezése szerint az autoimmun folyamatok eredménye.

Az immunhisztokémiai vizsgálataink igazolni látszanak azon feltételezéseket, melyek szerint a károsodott, nem descendált hereszövet ellen irányuló immunfolyamatok az ellenoldali ép hereszövetet is károsítják.

További vizsgálataink folyamatban vannak és a nagyobb beteganyagon végzett részletes vizsgálatok remélhetően végleges választ adnak több kérdésre.

#### Köszönetnyilvánítás:

Ezúton mondunk köszönetet prof. Szinay Gyulának és Hídvégi Judit dr.-nak (II. sz. Kórbontani Intézet, Bp.) a szövettani vizsgálatok és Garas Zsuzsa dr.-nak (Péterfy S. u. Kh., izotóp osztály) a hormonmeghatározások elvégzéséért és az értékes segítségért.

**Összefoglalás.** A szerzők összefoglalják a retentio testis kórképével kapcsolatos legfontosabb ismereteket és közlik a saját beteganyaguk utóvizsgálata során nyert adatokat. Vizsgálták a penis

és a herék térfogatát, sperma és szövettani, valamint nemi hormon vizsgálatokat végeztek ugyanazon beteganyagon. Vizsgálataik alapján megállapítják, hogy a későbbi fertilitás megítélésében elsősorban a spermiogoniumok számára vonatkozó adatok az értékesek, másrészt a herék károsodásának kialakulásában autoimmun folyamatok is szerepet játszanak.

**IRODALOM:** 1. Atkinson, P. M., Epstein, M. T., Rippon, A. E.: J. Pediatr. Surg. 1975, 10, 27. — 2. Borgwardt, G.: Münch. med. Wschr. 1967, 109, 1299. — 3. Charny, Ch. W., Couston, A. S., Meranze, D. R.: Fertil. and Steril. 1952, 3, 461. — 4. Doletskij, C. Ja. és mtsai: Diagnosztika i lecsenyie kriporhizma u gye-tyej. Moszkva, Minisztversztvo zdravoohranyenija, SZSZSZR, 1976. 4. old. — 5. Hadziselimovic, F., Seguchi, H.: Zschr. Kinderchir. 1973, 12, 376. — 6. Heckker, W. Ch., Heinz, H. A., Mengel, W.: Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 1325. — 7. Hering, Ch.: Kinderärztl. Prax. 1973, 41, 549. — 8. Hösl, P. O.: Schweiz. med. Wschr. 1971, 101, 1090. — 9. Kleinteich, B., Schickedanz, H.: Pädiat. u. Grenzgebiete. 1977, 16, 93. — 10. Laron, Zilka, E.: J. clin. Endocr. 1969, 29, 1400. — 11. Lipschultz, L. I. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1976, 15, 295. — 12. Mengel, W. és mtsai: Zschr. Kinderchir. 1977, 22, 369. — 13. Popp, W.: Z. ärztl. Fortbild. 1973, 67, 800. — 14. Reisert, I. és mtsai: Mschr. Kinderheilk. 1977, 82, 125. — 15. Robinson, J. N., Engle, E. T.: J. Urol. 1954, 71, 726. — 16. Shapiro, S. R., Boda, I. B.: Surg. Gynec. Obstet. 1978, 147, 617. — 17. Shirai, M. S. és mtsai: J. exp. Med. 1966, 90, 363. — 18. Stüttler, F.: Die normale und gestörte praepubertale Hodenentwicklung des Menschen, Jena. Gustav Fischer Verlag, 1973. — 19. Weissbach, L., Ibach, B.: Klin. Pädiatr. 1975, 187, 289. — 20. Werder, E. A. és mtsai: Brit. med. J. 1976, 4, 1357.

# FENISTIL

**gél**

**G 100**

**Antiallergica topica**

**KÜLSŐLEGES  
HASZNÁLATRA**



#### ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenum maleinicum hatóanyagot tartalmaz.

#### JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

#### ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

#### ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlésiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

#### FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladásozó – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekre.

#### MEGJEGYZÉS: ✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

#### CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

**Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.**



1505



# SZAKKÖNYVSZOLGÁLAT

.... pld. Andor Miklós–Szatmári Mariann: AZ ÁLTALÁNOS ORVOSTAN SAJÁTOS KÉRDESEI .....	17,- Ft
.... pld. A BIOLÓGIA AKTUÁLIS PROBLÉMÁI 18. köt. Szerk.: Csaba György ...	27,- Ft
.... pld. AZ ÉRTELMI FOGYATEKOSSÁGOK KÖREREDETE A „BUDAPEST-VIZSGALAT” TÜKRÉBEN. Szerk.: Czeizel Endre, Lányiné Engelmayer Ágnes, Rátay Csaba .....	74,- Ft
.... pld. A GYAKORLÓ ORVOS ENCIKLOPÉDIÁJA 1–4. köt. Szerk.: Trencsényi Tibor .....	513,- Ft
.... pld. Halmos Tamás: A FELNÖTTKORI SPONTÁN HYPOGLYKAEMIAS TUNETEGYÜTTES .....	25,- Ft
.... pld. Malomsoki Jenő: GYAKORLATI SPIROERGONOMETRIA .....	28,50 Ft
.... pld. PERINATALIS ELLÁTÁS. Szerk.: Véghelyi Péter .....	49,- Ft
.... pld. SEBÉSZET 2. Részletes sebészet. Szerk.: Stefanics János .....	159,- Ft
.... pld. Organyeszjan, N.: A MYOCARDIUM SZÖVETI KERINGÉSE A SZÍV- ÉS VÉREDÉNYRENDSZER MEGBETEGEDÉSEIBN .....	47,- Ft
.... pld. Szentágothai János: FUNKCIONÁLIS ANATÓMIA 1–3. köt. Az ember anatómiája, fejlődéstana, szövettana és tájanatómiája .....	298,- Ft
.... pld. Zsebők Zoltán–Gottwald Gizella–Szokolcsay István: AZ EMLŐRÁK .....	29,- Ft

A könyvek megrendelhetők levélben vagy postai levelezőlapon.

Egyéni vásárlóink részére készpénzfizetés esetén 200,- Ft felett a szállítás költségmentes.

Részletfizetésnél a postaköltséget, valamint a 3% kezelési költséget felszámítjuk.

Részletfizetési kedvezményeink: 400,- Ft felett 4 havi, 600,- Ft felett 6 havi törlesztés.

Címünk: MŰVELT NÉP KÖNYVTERJESZTŐ VÁLLALAT  
SZAKKÖNYVSZOLGÁLAT  
1370 Budapest 5. Pf. 370.

## A megrendelés tartalmazza:

Alulírott megrendelem postai szállításra a fenti műveket:

\* részletfizetéssel

\*\* készpénzfizetéssel

(A nem kívánt feltétel törlendő.)

Kelt.: .....  
a megrendelő aláírása

A megrendelő neve: .....

Címe (irányítószámmal): .....

Csak részletfizetés esetén töltendő ki!

Szül. hely, év: .....

Anyja neve: .....

A munkahely neve és címe: .....



**MŰVELT NÉP KÖNYVTERJESZTŐ VÁLLALAT**

Orvostovábbképző Intézet,  
I. Belgyógyászati Klinika  
(igazgató: Pálos Á. László dr.)

## A veleszületett antithrombin III hiány újabb változatai

Pető Iván dr., Bánhegyi Dénes dr.,  
Blaskó György dr. és Sas Géza dr.

A thromboemboliás megbetegedések oka — jelentősége ellenére — az esetek többségében rejtve marad. Az utóbbi másfél évtizedben azonban kiderült, hogy olykor a mélyvénás trombózis egyes családokban halmozottan fordul elő, és a trombózis e családokban már fiatal korban kialakul. A trombózis-hajlam — melyet a haemophilia tükörképé-ként thrombophiliának neveztek el — az antithrombin III (továbbiakban AT—III) örökletes defektusával áll összefüggésben. Az AT—III központi szerepet játszik az aktivált alvadási faktorok kö-zömbösítésében, így érthető, hogy az AT—III szint csökkenése nagymértékben elősegíti a trombózis kialakulását.

Az első, örökletes AT—III defektust egy norvég családban ismerték fel (2). A thrombophiliás család érintett tagjaiban mind a funkcionális, mind az immunológiai módszerekkel az AT—III részleges hiányát mutatták ki. A következő években több hasonló családról számoltak be (1, 8, 16, 17).

Munkacsoportunk 1974-ben — éppen az Orvosi Hetilap hasábjain — vetette fel annak lehetőségét egy thrombophiliás család vizsgálata alapján, hogy az AT—III veleszületett hiányának az addig leírt „klasszikus” alaktól eltérő formája is létezik (12). Akkori közleményünkben a funkcionális és immunológiai módszerekkel kapott különböző antithrombin szintek alapján feltételeztük, hogy az ismertett thrombophiliás családban olyan kóros AT—III molekula képződik, melynek funkcionális aktivitása lényegesen kisebb a normálisnál. A közvetett bizonyítékok alapján feltételeztünk kóros molekulát AT—III „Budapest”-nek neveztük el. Később, az edinburghi Vértranszfúziós Központtal

Az 1979—1980. évi állami tudományos pályázat keretében végzett munka alapján.

közösen végzett vizsgálataink nemcsak közvetlenül bizonyították az elsőként felismert kóros AT—III molekula létezését, hanem több fizikokémiai tulajdonságát (14), ill. az öröklésmenetet (15) is tisztáztuk.

Közleményünkben a veleszületett AT—III defektus különböző formáinak további elkülönítését ismertetjük. Vizsgálataink alapján bizonyítjuk, hogy a „klasszikus” AT—III hiány sem egységes. Bár az AT—III szint mind az immunológiai, mind a funkcionális módszerekkel csökkent értéket ad e formában, megfelelő technikával mégis elkülöníthető egymástól legalább két különböző típus.

### Anyag és módszer

Az antithrombin „funkcionális” meghatározása az eredeti *Gerendás* (3) thrombin-inaktiválási módszerrel és annak *Rák* által történt módosításával (11) történt. A funkcionális módszerek közt szerepelt *Odegard és mtsai* (10) eljárása is, melyben az S—2238 chromogen szubsztrát szolgál a thrombin-aktivitás mérésére. Ez utóbbi eljárás a Coatest „Antithrombin” reagens-kit felhasználásával történt (Kabi, Stockholm). Az AT—III immunológiai meghatározását az egyszerű radiális immundiffúziós módszerrel (7) végeztük CLOTIMMUN (Behringwerke AG.) monospecifikus AT—III elleni immunsavó felhasználásával. Ugyanezt az immunsavót használtuk az AT—III vizsgálatában mind az eredeti (heparin nélküli) kétdimenziós immunoelectrophoresis (5), mind az általunk történt (heparinos) módosítás során (13).

A molekulásúly becsülését Sephadex G—150 gélozlopon történt szűrés alapján végeztük el; a különböző frakciókban megjelenő AT—III antigenitású fehérje koncentrációját Laurell „rocket-immunoelektroforézis” módszerével határoztuk meg (6). Az affinitásos chromatographiás vizsgálatokat heparin-Sepharose 4B gélen a korábban leírt módszerünk alapján végeztük (18).

A vizsgálatokat két különböző thrombophiliás család tagjain végeztük el. A két család mindenben megfelelt a „klasszikus” AT—III defektus kritériumainak, amennyiben mindkét családban mind funkcionális, mind immunológiai módszerrel egyformán kimutatható volt a részleges AT—III defektus. A családtagok vizsgálata mindkét esetben autosom domináns öröklésmentre utalt.

Az „M” család propositusát, egy 18 éves férfibetegét (M. L.) alsóvégtagi mélyvénás trombózis miatt vettük át másik fekvőbeteg-gyógyintézetből, miután ott a heparin kezelés eredménytelensége és az elvégzett thrombin-inaktiválási vizsgálat alapján antithrombin-hiányra gondoltak. A beteg nőtestvére (M. M.) szülés után alsóvégtagi mélyvénás trombózist kapott, hasonlóképpen anyja is már fiatal korban visszértrombózisban szenvedett.

A „B” család propositája 15 éves leány (B. I.), aki szintén alsóvégtagi mélyvénás trombózis miatt került klinikánkra. Bár szülei közül ez ideig egyik sem kapott klinikai tüneteket okozó trombózist, mind az apai, mind az anyai ágon számos fiatal trombózisos beteg szerepel. Apjának húga már gyermekkorban, az anyai nagymama és az egyik anyai ági nagybácsi szintén fiatal korban kapott mélyvénás trombózist.

### Eredmények

A táblázat mutatja a két család (M. és B.) különböző tagjainak vérplasmájában *Gerendás*-módszerrel, annak *Rák* által történt módosításával és az *Odegard*-módszerrel meghatározott AT—III aktivitását. A táblázat tartalmazza az immundiffúziós módszerrel meghatározott AT—III koncentrációt is, továbbá azt is feltüntetjük, hogy az egyes

Személyek	Antithrombin III. szint				A trom- bózis klinikai tünetei	
	Geren- dás	rák	Øde- gard	Man- cini		
M. család	M. L. j. (propositus)	45%	50%	65%	50%	+
	M. M. (nővére)	60%	55%	75%	65%	+
	M. T. (öccse)	100%	90%	100%	94%	—
	M. L. s. (apja)	90%	95%	85%	100%	—
	K. M. (anyja)	40%	45%	60%	50%	+
	B. I. (proposita)	40%	55%	55%	48%	+
B. család	B. V. (húga)	60%	68%	80%	80%	—
	B. B. (húga)	75%	70%	65%	75%	—
	B. N. (apja)	58%	65%	70%	70%	—
	Cs. I. (anyja)	60%	60%	80%	64%	—
	V. I. (anyai nagymama)	80%	75%	n.m.	70%	+

családtagok anamnesisében szerepel-e mélyvénás thrombózis.

A táblázat adataiból kitűnik, hogy a két család azon tagjaiban, akiken a funkcionális AT—III meghatározási módszerekkel csökkent aktivitást találtunk, az immunológiai módszerrel is alacsonyabb AT—III antigénkoncentrációt mértünk. Bár a funkcionális és az immunológiai meghatározások nem teljesen egyeznek minden esetben, a különbségek a módszerek hibahatárain belül vannak.

Elvégeztük a két család különböző tagjainak AT—III vizsgálatát a módosított (heparinos) két-dimenziós immunoelektroforézis módszerrel is. Az 1. ábrán látható az M. család különböző tagjainak AT—III precipitációs iv-struktúrája.

Az 1. ábrából látható, hogy az M. családból a proposituson kívül (M. L.) nővére és anyja mutat a normálistól eltérő precipitációs íveket, öccsége és apjája a normál kontrollal megegyezik.

Az 1. ábra precipitációs íveiből kitűnik, hogy az előző funkcionális, ill. immunológiai vizsgálatok eredményeinek megfelelően, a normális plasma AT—III fő komponense kisebb a család érintett tagjaiban, azonban a heparinos agarose gélben a kisebb mennyiségű AT—III a normálissal azonos elektrophoretikus vándorlási sebességet mutat. Ez arra utal, hogy az M. család esetében a normális AT—III molekulának mindenben megfelelő AT—III képződik, azonban a defektusos egyének plasmájában alacsonyabb a koncentrációja. A kvalitatív azonosságra utaltak a gélszűrési, ill. heparin affinitási kromatográfiás vizsgálatok eredményei is; a propositus plasmáját Sephadex G—150 oszlopon átszűrve a normális AT—III-nak megfelelő frakciókban találtuk az AT—III antigenitásátű fehérjét. Az affinitási chromatographia során a beteg AT—III eluciója a 0,9 M NaCl koncentrációnál kezdődött és 1,0 M-nál fejeződött be, ami szintén megfelel a normális AT—III elució profiljának.

A 2. ábra mutatja be a B. családnak a heparinos kétdimenziós immunoelectrophoresises módszerrel kapott AT—III precipitációs íveit.

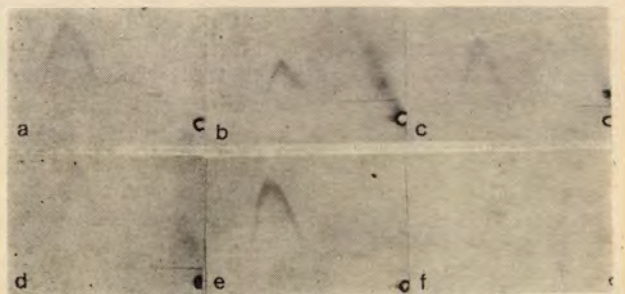
A 2. ábra azt mutatja, hogy a B. család minden tagjában eltér a precipitációs iv-struktúra a normálistól. A legfeltűnőbb eltérést a proposita, B. I. mutatja: lapos, széles precipitációs ívet kaptunk, amely a felcseppentési lyukhoz közelebb helyezkedik el, mint a normális heparin-affinitású AT—III esetében várnánk. A csökkent antigénkoncentrációnak megfelelően a precipitációs ív alatti terület is jóval kisebb, mint azt normális plasmában látjuk (lásd 1/a ábra).

A beteg két fiatalabb lánytestvére esetében is eltér az AT—III „pattern” a megszokottól: bár az AT—III antigenitásátű fehérjék zömmel a normális AT—III-hoz hasonló, ill. azzal azonos electrophoretikus mobilitásúak, a molekulák egy része azonban lassabban vándorol a heparinos agarose gélben. A számunkra legmeglepőbbek azonban a két szülő AT—III precipitációs ívei: noha nem mutatható ki consanguinitás az apa és az anya között, mindkettőjük esetében egymáshoz igen hasonló eltérést kaptunk; hasonlóan a két fiatalabb lánygyermekükéhez, az AT—III molekulák nagyobbik része normális electrophoretikus mobilitású a heparinos agarose gélben, kisebbik hányaduk azonban lassabb. Az egyetlen elérhető nagyszülő, V. I. (a proposita anyai ági nagymamája) szintén hasonló AT—III precipitációs ívet mutat.

A gélszűrési vizsgálat azt mutatta, hogy a proposita (B. I.) AT—III-ja a normál AT—III-mal azonos molekula méretű: a Sephadex G—150 oszlopon a normál AT—III-nak megfelelő frakciókban, az albumin „peak”-ben találtuk a beteg AT—III antigenitásátű fehérjét. A heparin-affinitási chromatographia azonban a normálistól való eltérést jelezte: a proposita AT—III-jának eluciója 0,35 M NaCl koncentrációnál kezdődik és 1 M NaCl koncentrációnál fejeződik be.

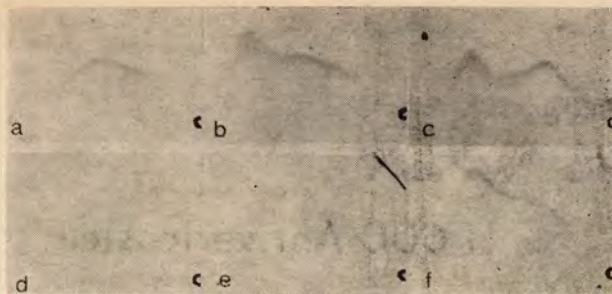
#### Megbeszélés

Az ismertett két thrombophiliás család megfelel az örökletes „klasszikus” AT—III defektusnak, amennyiben a család különböző tagjaiban mind funkcionális, mind immunológiai módszerrel csökkent AT—III szintet találtunk. Az „M” család esetében nyilvánvaló az autosomális domináns öröklési típus is, a propositus, M. L. a heterozygota



1. ábra M. család:  
a) Normál kontroll, b) M. L. j. (propositus), c) M. M. (nőtestvér), d) M. T. (fiútestvér), e) M. L. s. (apja), f) K. M. (anya)





2. ábra B. család

a) B. I. (proposita), b) B. V. (leánytestvér), c) B. B. (leánytestvér), d) B. N. (apa), e) Cs. I. (anya), f) V. I. (anyai ági nagymama)

anyjától örökölte a betegséget, mint ahogy nőtestvére, M. M. is. Az apa normális AT—III szintézist determináló génnel rendelkezik; ezt örökölte a fiútestvér, M. T. is. Az M. család esetében a defektusos egyének az általunk alkalmazott vizsgáló módszerek szerint teljesen normális struktúrájú AT—III-at képeznek, csupán kisebb mennyiségben.

Ugyancsak csökkent mind a funkcionális, mind az immunológiai AT—III szint a „B” család esetében, azonban az „M” családtól eltérően, több, jelenleg nem magyarázható eltérést találtunk. A legjellemzőbb eltérés, hogy a proposita AT—III-ja a heparinos agarose-gélben lassabban vándorol, mint a normális AT—III, vagyis a heparinhoz való kötődése kisebb, mint a normális AT—III-é. Ezt a heparin-affinitási chromatographiás vizsgálattal közvetlenül bizonyítani is tudtuk. Igen meglepőnek tartjuk, hogy a beteg mindkét szülője esetében a mérsékelt AT—III szint csökkenés mellett egymáshoz igen hasonló AT—III precipitációs íveket kaptunk a heparinos immunoelectrophoresissel. Az észlelést számos utánvizsgálattal megerősítettük; az első észlelés óta 2 év telt el és mind a proposita, mind a családtagok esetében számos alkalommal történt utánvizsgálat esetleges technikai hiba feltárására. Különböző eredetű AT—III ellenes immunsavókkal, különböző heparinokkal is megismételtük a vizsgálatokat, azonban mindig azonos eredményre jutottunk: amíg az ugyanazon lemezen felcseppentett normális kontroll a szokásos „pattern”-t szolgáltatta, a B. család attól a legelső észlelésnek megfelelő eltérést mutatta. B. I. esetében az időközben bevezetett anticoaguláns (Syncumar) kezelés sem változtatta meg az AT—III „pattern”-t, mindig ugyanazt a széles, alacsonyabb és a felcseppentési ponthoz közelebb elhelyezkedő AT—III ívet kaptuk.

Nehezen tudjuk magyarázni, hogy mi okozza a két szülő hasonló AT—III „pattern”-jét. Az anamnesztikus adatok alapján csaknem teljesen bizonyos, hogy nem áll fenn consanguinitás az apa és az anya közt. Ebben az esetben véletlen coincinciát kell feltételeznünk: mind az apa, mind az

anya olyan rejtett AT—III defektusban szenved, melynek lényege, hogy a normálisnál valamivel kevesebb AT—III-at képeznek és a bennük képződött AT—III egy része csökkent affinitást mutat a heparinhoz. Három gyermekük közül kettő, velük lényegében egyező tulajdonságú AT—III „pattern”-t örökölt. Ezzel szemben a proposita, B. I. csupán a lassúbb mobilitású (alacsonyabb heparin-affinitású) AT—III populációt örökölte mindkét szülőjétől. Az öröklés menet tisztázását (és ezáltal esetleg sok egyéb fontos részletet) tenné lehetővé a rokonság részletes analízise. Sajnos azonban csupán az anyai ági nagymamát vizsgálhattuk, és bár az apai ágon is szerepel olyan egyén, aki már fiatal korában mélyvéna trombózist kapott, a vérvétel a többi rokontól nem volt lehetséges. A véletlen coincidencia mellett szól több adat: *Gomperts és mtsai* (4) Dél-Afrikában találtak olyan thrombophiliás családot, melynek AT—III-ja szintén csökkent heparin-affinitású; *Nagy* anyagában is szerepel hasonló család (9). E közlések alapján feltehető, hogy a „klasszikus” AT—III defektusok közt számos hasonló variáns szerepel.

A „B” családban észlelt csökkent heparin-affinitás okának kiderítésére további, biokémiai jellegű vizsgálatok szükségesek.

**Összefoglalás.** Az antithrombin III örökletes, részleges defektusának két alapvető formája van: a „klasszikus” formában a funkcionális és immunológiai módszerekkel mérve egyaránt csökkent az antithrombin szint, míg a másik, jóval ritkább alakban olyan kóros antithrombin képződik, melynek a funkcionális aktivitása csökkent. A szerzők közleményükben két thrombophiliás család vizsgálata alapján a „klasszikus” forma két típusát különböztetik el; az egyikben olyan antithrombin képződik, melynek heparinaffinitása normális, míg a másikban csökkent. A két típus elkülönítése leegyszerűbben a módosított (heparinos) immunoelectrophoresis módszer révén lehetséges.

IRODALOM: 1. *Carvalho, A., Ellman, L.*: Amer. J. Med. 1976, 61, 179. — 2. *Egeberg, O.*: Thrombos. Diathes. haemorrh. 1965, 13, 516. — 3. *Gerendás M.*: Nature. 1946, 157, 837. — 4. *Gomperts, E. D. és mtsai*: Thrombos. Res. 1976, 8, 713. — 5. *Laurell, C. G.*: Anal. Biochem. 1965, 10, 358. — 6. *Laurell, C. B.*: Anal. Biochem. 1966, 15, 45. — 7. *Mancini, G. és mtsai*: Internat. J. Immunochem. 1965, 2, 235. — 8. *Marciniak, E. és mtsai*: Blood. 1974, 43, 219. — 9. *Nagy I.*: Személyes közlés. 1979. — 10. *Ødegård, O. R. és mtsai*: Thrombos. Res. 1975, 6, 287. — 11. *Rák K.*: Magy. Belorv. Arch. 1969, 22, 3. — 12. *Sas G. és mtsai*: Orv. Hetil. 1974, 115, 483. — 13. *Sas G. és mtsai*: Brit. J. Haematol. 1975, 30, 265. — 14. *Sas G. és mtsai*: Thrombos. Diathes. haemorrh. 1975, 33, 564. — 15. *Sas G. és mtsai*: Thrombos. Haemostas. 1978, 39, 530. — 16. *Shapiro, S. S. és mtsai*: Blood. 1973, 42, 1001. — 17. *Van der Meer, J. és mtsai*: IVth Internat. Congr. Thrombos. Haemostas. 1973, Abstr. Vol. p. 226. — 18. *Pepper, D. S., Bánhegyi D.*: Thrombos. Haemostas. 1977, 38, 494.

# VENORUTON

kapszula, injekció

H 600 Antivaricosica

**ÖSSZETÉTEL:** 1 kapszula 300 mg 0-( $\beta$ -hydroxyethyl)-rutosidea-t tartalmaz. 1 ampulla (5 ml) 500 mg 0-( $\beta$ -hydroxyethyl)-rutosidea-t tartalmaz.

## JAVALLATOK:

**Kapszula:** Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az oedema-készség, vagy meglévő oedema csökkentésére, majd folytatólagosan a thrombosis klinikai gyógyulása után az akadályozott vagy nehezített vénás visszafolyás miatt.

Krónikus vénás insufficienciában (postthrombotikus állapot, varicositas), a végtag dekompenzált vénás keringésének (oedema, induratio, recidiváló thrombophlebitis, dermatosis, ulcus cruris) kompenzálására, a kompenzáció elérése után annak fenntartására, a mozgásterápia támogatása céljából.

Primer és szekunder varicositas oedemával, induratióval, dermatosisszal, ulcus crurisszal járó állapotokban műtéti előkészítés és utókezelés céljából.

Felületes thrombophlebitisben, elsősorban a végtag postthrombotikus vénás keringési zavara esetén.

Nodus haemorrhoidalis kezelésére, főleg gylladt csomók esetén.

Különböző eredetű lágyrészenyővel járó állapotokban (contusio, distorsio után, posttraumás oedema, agyvizenyő stb.).

Különböző eredetű mikrocirkulációs zavarok esetén (pl. fagyás után).

Az arteriás rendszer sikeres rekonstrukciós műtéteit követő ún. revascularisatio oedema befolyásolására.

Primer és szekunder lymphoedema esetén.

**Injekció:** Általában akut phlebologiai elváltozások:

Thrombosis (mély és felületes thrombophlebitisek) adjuváns kezelésére, az oedema-készség, ill. meglévő oedema csökkentésére.

Nodus hemorrhoidalis kezelésére gylladt csomók esetén.

**ELLENJAVALLATOK:** Jelenleg nem ismeretesek.

## ADAGOLÁS:

Kapszula: Lökésterápia: 2  $\times$  1 kapszula naponta (6–8 napig).

Fenntartó kezelés: 1 kapszula naponta (4–6 héten át, esetleg tovább is).

A kapszulát étkezés közben, rágás nélkül kell lenyelni.

A terápiás eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól fügően megállapított idejű, rendszeres adagolás).

Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan 3  $\times$  1–2 kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:

Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.

A klinikai kép javulása esetén orális (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

**MEGJEGYZÉS:** Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

## CSOMAGOLÁS:

50 kapszula,

tértési díja: 31,80 Ft.

20 ampulla,

tértési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

**BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN**



ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

## Tapasztalatok új szövetragasztó anyag (Fibrinkleber Human Immuno\*) urológiai alkalmazásával

Vecsey Dénes dr.

Műtéti beavatkozások vagy egyéb traumák következtében sérült szövetek egyesítésének, a vérzések csillapításának kérdése egyidős a sebészettel. A célt különböző növényi, ill. állati eredetű, később szintetikus varróanyagokkal oldották meg. A fonalak körül kialakuló és adott esetben szövődményekhez is vezető reakciók ismertek. A parenchymás szervekben, továbbá az ideg- és érszövet gyakorlatában felmerülő folytonossági hiányok és vérzések hagyományos „tű-cérna” ellátása több technikai problémát jelentett a múltban, de jelent ma is. Ilyen okok miatt merült fel egyre sürgetőbbben a varróanyagokat esetenként helyettesítő szövetragasztók iránti igény. Ezt nem teljesen, ill. nem minden követelménynek megfelelően elégítik ki a jelenleg leginkább elterjedt akril bázisú szövetragasztók.

Új, élettani szövetragasztóról (Fibrinkleber Human Immuno), a fibrinragasztás alkalmazásának lehetőségeiről, továbbá közel egyéves klinikai megfigyeléseinkről számolunk be.

### A fibrinragasztás előzményei és elméleti alapjai

A sebgyógyulás folyamatában a véralvadásnak, ill. a véralvadás végproduktumának, a fibrinnek központi szerepe van. Az alvadásfolyamat művi reprodukciójának és ennek ilyen irányú hasznosításának a gondolata nem új. Már a századfordulót követően alkalmazták fibrinport, ill. fibrinlemezkeket vérzéscsillapítás céljára, kis vérző erek lumenének elzárására. A fibrinragasztással foglalkozó első alap kutatások Young és Medawar (21) nevéhez fűződnek, akik megkísérelték nyulak átvágott n. ischiadicusát fibrinogennel dúsított tyúkvérből nyert plasmával ragasztani. 1943-ban Tarlov és Benjamin (18) hasonló módon nyúl-plasmával végzett állatkísérletben ideg-anastomosist.

\* A készítmény Magyarországon nincs forgalomban.

A fibrinragasztásnak ekkor még nem voltak meg a feltételei. Új korszakot jelentett ezen a téren a fibrinogén koncentrátumok előállítására, a XIII. alvadási faktor felfedezése (7) és izolálása (8), továbbá különböző nagy hatású plasmin inhibitorok klinikai alkalmazásának lehetősége.

A fibrinragasztás alapelve a lokálisan indukált véralvadás, pontosabban az alvadásfolyamat utolsó szakaszának célzott imitálása. A ragasztáshoz alkalmazott fibrinogen koncentrátum thrombin hatására fibrinmonomerré alakul át, közben fibrinpeptid A és B hasad le. A fibrinmonomer polimerizáció folytán instabil, majd  $Ca^{++}$  és thrombin által aktivált XIII. faktor hatására stabil fibrinpolimerré alakul át (14). Az utóbbi már mind mechanikus, mind fibrinolytikus hatásokkal szemben ellenálló. Ennek ellenére olyan területeken, ahol a ragasztott felület különösen aktív fibrinolytikus hatásnak van kitéve (pl. hólyag, vese), szükséges a fibrin idő előtti oldásának antifibrinolytikumokkal (EACS, Trasylol, PAMBA stb.) történő gátlása.

### Betegeink

1. Hólyagnyak-adenoma transvesicális eltávolítása után 20 betegen a prostataágyból származó vérzéseket fibrinragasztóval csillapítottuk. További 16 betegen az eljárást kis adagú ún. miniheparin trombólis megelőzéssel egészítettük ki.

2. A megnyitott hólyagot (sectio alta) 6 betegen fibrinragasztóval zártuk.

3. Egy betegen vesico-vaginális sipoly zárását véggeztük fibrinragasztóval.

4. Egy 20 éves juvenilis diabetes mellitusban szenvedő betegen vesekövesség miatt végzett pólusrezekció során alkalmaztuk a fibrinragasztást.

### Módszer

1. *Transvesicalisan végzett adenomektomia* után csak a lüktető artériákat öltjük alá. A prostataágyat  $Ca^{++}$ -mal dúsított Topostasinnal (I. oldat) és Acepramin + Trasylolt tartalmazó oldattal (II. oldat) öblítjük át. A fibrinragasztót ballonkatéterre helyezett kollagenrost lemezre rétegezzük és ezt a prostataágyba húzzuk. A továbbiakban a prostataágyat 1–2 órán át a régebben Pósta (11) által javasolt módon a hólyag felől a prostataágyra húzott ballonnal komprimáljuk. A kompresszió megszüntetése után 2 napon át a hólyagot lassú cseppszámmal Acepramin tartalmazó isotonias NaCl oldattal öblítjük (19, 20).

Az adenomektomián átesett betegek egy csoportját a teljes mozgásképeség helyreállításáig (3–4 napon át) miniheparin thrombosis-prophylaxisban is részesítettük.

2. A hólyag zárásához először három irányöltést helyezünk el, de azokat nem csomózzuk. A hólyagseb szélére a már ismertetett I. és II. oldatból néhány millilitert cseppentünk, majd a sebszélek közé fibrinragasztót rétegezzük. Az öltéseket ezután csomózzuk és a sebszéleket még néhány percig ujjal is komprimáljuk. A hólyagot 2 napon át EACS-t tartalmazó isotonias NaCl oldattal öblítjük.

3. Egy esetben mintegy kisujnyi vesico-vaginális sipoly zárásához alkalmaztunk fibrinragasztót. A hólyag megnyitása után a sipoly heges falát körkörös rezekáltuk, majd a hólyag- és hüvelyfal között tompan réteget képeztünk. A hüvelyfal egyesítése hosszanti irányban a hüvely felől csomós öltésekkel történt. Ezután a hólyagfal egyesítéséhez haránt irányban helyeztünk el öltéseket, de azokat nem csomóztuk. A két réteg közé I. és II. oldatot, majd fibrinragasztót cseppentettünk. Az öltéseket ezután csomóztuk. Az így egyesített területet részben a hüvely, részben a hólyag felől nyeles törőlével kb. 5 percen át komprimáltuk. Az előző műtétekhez hasonlóan a hólyagot két

**A vérvesztés átlagos mennyisége transvesicalis adenomektomia után a műtétet követő első (1.) és negyedik (2.) 24 óra alatt**

	1		2	
	eset- szám	vér- vesztés (ml/ 24 óra	eset- szám	vér- vesztés (ml/ 24 óra
Kontroll csoport	20	90,95	12	28,75
Ragasztás alkalmazása	20	18,25	12	11,08
Ragasztás alkalmazása miniheparin védelem mellett	16	28,00	16	11,50

napon át lassú cseppszámmal tartósan EACS-t tartalmazó oldattal öblítettük. A katétert műtét után a 8. napon távolítottuk el.

4. Egy esetben a felső *vesepólus ék alakú rezekciója* után az üregrendszer hagyományos zárása, a lüktető erek aláöltése után a parenchymát ragasztottuk néhány átöltő öltés alkalmazása mellett. A beteg az első napon iv., majd 3 napon át per os kapott EACS-t.

5. Eljárásunk eredményességének objektív megítélése a betegek száma alapján csak az adenomektomián átesetteken volt lehetséges. A műtétet követő első és negyedik 24 óra alatt vesztett vér, továbbá a műtét következtében szükségessé vált vérpótlás mennyiségét mértük. A vesztett vér mennyiségének mérése (vizeletben és öblítő folyadékban) cyanmethaemoglobin meghatározással történt.

Összehasonlítás céljából random szelekció alapján választott 20 azonos módon operált, de nem ragasztott beteg adatait értékeltük.

**Eredmények**

1. Az adenomektomián átesett betegeink vérvesztésére vonatkozó adatokat *táblázatban* ismertetjük. Ezzel kapcsolatban nem érdektelen annak említése, hogy régebbi, célzott vérzésmegelőzésben nem részesült betegeink az első postoperatív 24 óra alatt átlagosan 376 ml vért vesztettek. A fibrinragasztással végzett műtéteket követő első 24 óra alatt vesztett vér mennyisége a kontroll csoporthoz képest szignifikánsan csökkent (szignifikancia szint 99%). A 4. postoperatív nap alatt vesztett vér mennyiségében mutatkozó különbség 95%-os szignifikancia szintet mutatott. A ragasztás eljárás mellett alkalmazott miniheparin megelőzés a ragasztott csoporthoz képest klinikai szempontból lényegesen nem változtatta a vesztett vér mennyiségét, ezért matematikai-statisztikai elemzést nem végeztünk.

A kis beteglétszám ellenére is lényegesnek tartjuk a transzfúziós igényben mutatkozó különbséget. A kontroll csoportot képező 20 beteg közül 3 esetben volt szükség a műtéttel kapcsolatban vérpótlásra. A betegek átlagosan 530 ml teljes konzerv vértranszfúzióban részesültek. (Az ezeken alkalmazott vérzéscsillapítást lényegében azonos transzfúziós igény mellett jelen, randomizált beteganyagban végzett vizsgálatainkat megelőzően egy nagyobb betegcsoporton már alkalmaztuk.) A ragasztottak, ill. a ragasztott és miniheparin megelőzésben részesültek egy esetben sem szorultak vérpótlásra.

Irodalmi adatok, személyes közlések alapján okunk van annak feltételezésére, hogy célzott vér-

zésmegelőzés nélkül, vagy nem kellő hatású megelőző eljárások alkalmazása mellett a transvesicalis adenomektomián átesett betegek átlagosan 1 liter transzfúziót kapnak. Hazánkban évente mintegy 2000 ilyen műtétet végeznek, ennek megfelelően kb. 2000 literre kell becsülnünk a műtétekkel kapcsolatban felhasználásra kerülő vér mennyiségét. E jelentős számú transzfúzió donor-igényével, kockázatával és költségkihatásával itt nem kívánunk foglalkozni.

A vérzéscsillapítás céljából alkalmazott öltések száma a kontroll csoporthoz képest mintegy felére csökkent. Ezzel magyarázható az, hogy a 26 ragasztott és ellenőrzött betegen sem incrustatiót (kőképződést), sem következményes obstruktív elváltozást (stricturát) nem találtunk. Nem állítjuk, hogy a továbbiakban nagyobb betegcsoport ellenőrzése hasonló optimális eredménnyel fog járni, hiszen erre csak akkor lehetne kilátásunk, ha a prostataágy területén varróanyagot egyáltalán nem alkalmaznánk.

2. A hólyag zárásával kapcsolatban az alacsony esetszám miatt nem merünk véleményt nyilvánítani. Kétségtelen, hogy két betegünkön a műtétet követő 5., ill. 7. napon vizeletszivárgás alakult ki. Egy betegünk alapvető ápolástechnikai hiba miatt nem értékelhető. 3 beteg katéterét a 3. postop. napon távolítottuk el, ezt pp. sebgyógyulás követte.

3. A vesico-vaginális sipolyos betegünk esetében a katétert csak a 8. napon mertük eltávolítani. A beteg azóta panaszmentes, jól van, a kontroll cystokopos vizsgálat 6 héttel műtét után ép viszonyokat mutatott.

4. A pólusrezekción átesett betegünk sebgyógyulása eseménytelen volt. Két héttel a műtét után végzett isotop renographia közel normális görbét mutatott.

5. A fibrinragasztással összefüggő szövődményt egy esetben sem észleltünk.

**Megbeszélés**

A fibrinragasztással nyert tapasztalataink előzetes közlését azért tartottuk indokoltnak, mert tudomásunk szerint ezt a sebészeti szakmák különböző területein hasznosítható eljárást hazánkban mi vezettük be és egy év óta alkalmazzuk.

Állatkísérletek, majd klinikai tapasztalatok a fibrinragasztás több előnyös tulajdonságát bizonyították (1, 9, 12, 13, 15). Az alábbiakban ezeket csak összefoglaljuk:

1. A fibrinragasztás folyamata alapvetően fiziológias.

2. A fibrinragasztó nem szövetidegen, ennek megfelelően a ragasztott terület körül nem alakul ki idegentest-reakció.

3. A ragasztóanyag és a ragasztáshoz egyes műtételnél szükséges kollagén lemez teljes mértékben felszívódik. Ez a húgyutak területén az incrustatio, a másodlagos kőképződés lehetősége miatt különösen jelentős.

4. A ragasztás felületének nem kell vértelennek lennie. Ez különös előnye az akril bázisú ra-

# Robébi "B"<sup>R</sup>

## GYÓGYTÁPSZER



A Robébi „B” kémiailag és mikrobiológiailag ellenőrzött tej, tejszír, növényi olaj, laktóz, szacharóz, ásványi anyagok és vitaminok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. A tápszer nagyobb zsírtartalma megfelel az idősebb csecsemő zsírigényének.

---

# Robébi "B" <sup>R</sup>

## HUMANIZÁLT GYÓGYTÁPSZER



### ÖSSZETÉTEL

	Robébi „B” tápszerpor, %	Robébi „B” fogyasztásra kész tápszeroldat (1 dl), g/100 ml	Anyatej, g/100 ml
Fehérje	11,5	1,70	2,1
Zsír	25,8	3,80	4,0
Szénhidrát	57,0	8,40	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	2,7	0,40	0,2
	100 g = 506,2 Kal	100 ml (1 dl) = 74,6 Kal	100 ml = 71 Kal

### Vitamintartalom 100 ml- (1 dl)-ben

Vitamin A	0,052 mg
Vitamin B <sub>1</sub>	0,031 mg
Vitamin B <sub>2</sub>	0,032 mg
Nikotinsavamid	0,65 mg
Kalcium-pantotenát	0,32 mg
Vitamin B <sub>6</sub>	0,09 mg
Folsav	0,32 mg
Vitamin B <sub>12</sub>	0,26 µg
Vitamin C	4,8 mg
Vitamin D <sub>2</sub>	1,3 µg (52 NE)
Vitamin E	0,38 mg
Vas(II)-laktát	0,65 mg

### JAVALLATOK

Az egynapos—6 hónapos életkorú csecsemők tartós táplálására alkalmas tej alapú tápszerkészítmény. Az anyatej teljes hiánya esetén annak pótlására, ill. csökkent tejelválasztás esetén az anyatej kiegészítésére adható.

### A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszerpor = 5 g) annyiszor 2,5 lesimított kanálnyi tápszerport (kb. 12,5 g-ot) veszünk ki, ahány deciliter (100 ml) tápszeroldatot akarunk készíteni. A tápszeroldatot felforralt és 60 °C-ra hűtött vízzel készítjük el. A gyógytápszerhez további adalékanyagok (pl. cukor) hozzáadása szükségtelen.

A már felbontott dobozból a tápszert két héten belül fel kell használni!

### ADAGOLÁS

A napi adag általában testsúlykilogrammonként 150 mg (másfél deciliter) tápszeroldat. Ha az orvos másként nem rendelkezik, ezt a mennyiséget elosztva, napi 5—6 alkalommal kell a csecsemőnek adagolni. Az esetben, ha más tejes ételt (pl. főzeléket) is kap, akkor a tejadagok számát megfelelően csökkenteni kell. Az egyszeri tápláláshoz szükséges mennyiségek kb. a következők:

3 kg-os csecsemőnek 2 adagolókanál tápszeroldat + 75 ml (¾ deciliter) víz, napi 6 alkalommal.

4 kg-os csecsemőnek 4 adagolókanál tápszerpor + 150 ml (1½ deciliter) víz, napi 5 alkalommal.

5 kg-os csecsemőnek 5 adagolókanál tápszerpor + 175 ml (1¾ deciliter) víz, napi 5 alkalommal.

A fenti táplálási ajánlat csak általános irányelvként szolgál. Bármilyen észrevétel esetén az orvos vagy védőnő tanácsát kell kérni.

### FIGYELMEZTETÉS

A tápszer fogyasztása alatt a külön D-vitamin-adagolást a tápszer D<sub>2</sub>-vitamin-tartalmának (100 g tápszeroldatban 52 NE) figyelembevételével az orvos határozza meg.

**Megjegyzés:** 1 éven aluli csecsemők részére, táplálkozási zavaraiik megszüntetésére térítésmentesen rendelhető. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító-megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörükbe tartozik.

Csomagolás: 200 g 6,50 Ft

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

gasztókkal szemben. A fibrinragasztó vérző felületen (parenchyma-sérülés stb.) vérzést is csillapít.

5. A ragasztott felületek szakítási szilárdsága már a korai szakban is kedvező.

6. A ragasztott felületek gyorsabban és kevesebb hegképződéssel gyógyulnak.

Mindezek a tulajdonságok érthetően keltették fel a klinikusok érdeklődését és ennek megfelelően különböző területeken alkalmaztak fibrinragasztót.

*Staindl* (17) 28 esetben szabad autológ bőrtranszplantátumot ragasztott. Véleménye szerint ezek a hagyományos eljárások eredményeivel összehasonlítva gyorsabban és maradéktalanabban gyógyultak. *Braun* és *Holle* (2) és mások májsérülések ellátásához, *Spängler* és *mtsai* (16) többek között a szívsebészetben alkalmaztak eredményesen vérzéscsillapítás céljából fibrinragasztót. *Gastpar* (5) két Willebrand—Jürgens-szindrómás betegen végzett tonsillectomiát. A vérzést fibrinragasztóval eredményesen csillapította, vérpótlásra nem került sor. *Spängler* (15) egy esetben a térdizületben trauma következtében levált porcdarabot ragasztott. A jó műtégi eredményt a fibrinragasztással hozta összefüggésbe.

Urológiai vonatkozásban állatkísérletek eredményeinek megfelelően elsősorban a vese néhány sebészi beavatkozásával kapcsolatban (pólus-rezekció, nephrotomiás nyílás zárása, sérülések ellátása) került sor fibrinragasztó alkalmazására (3, 6, 12, 15). Magunk egy sikeres műtét alapján véleményt nem nyilváníthatunk.

A prostataágy vérzéscsillapítására transvesicálisan végzett adenomektomia után elsőként *Braun* és *mtsai* (1), *Gasser* és *mtsai* (4) alkalmaztak fibrinragasztót. Módszerüket kezdetben magunk is átvettük, azon később változtattunk. Módosított eljárásunkkal sikerült a műtétet követő időszakban veszített vér mennyiségét jelentősen csökkenteni. Eredményeinket jónak találtuk és így mertünk vállalkozni arra, hogy betegeinket miniheparin trombólis megelőzésében részesítsük. Ezt annál is inkább jelentős szempontnak tekintjük, mert az adenomektomiára kerülő, ill. azon átesett betegeinket potenciálisan trombólisveszélyeztetetteknek kell tekintenünk. Néhány irodalmi adat (10) és tapasztalataink alapján a fokozottabb vérzésveszély miatt a miniheparin-megelőzést a prostata-sebészetben korábban kockázatosnak tartottuk.

A megnyitott hólyag fibrinragasztóval történő zárására vonatkozó klinikai adatot az irodalomban nem találtunk. Anyaghiány miatt kevés esetben ragasztottunk hólyagsebet, ezért eredményeinket legfeljebb biztatónak tartjuk, de azokból következtetni nem kívánunk.

Hólyag-hüvely sipoly fibrinragasztóval történő zárásáról az irodalomban sem kísérletes, sem klinikai adatot nem találtunk. Az egyetlen így végzett műtétünk sikeres volt.

A fibrinragasztó alkalmazásával operált betegeink közül a műtétet követően egy sem kapott hepatitiszt. Az esetszámunk alapján ebből sem mernénk következtetni. A fibrinragasztással foglalkozó irodalmat áttekintve ilyen szövödményre történő utalást nem találtunk.

Állatkísérletes eredmények, irodalmi adatok és klinikai tapasztalataink alapján — a kezdeti idők szokásos lelkesedésén túljutva — a fibrinragasztást az urológiai gyakorlatban, de a sebészet egyéb területein is hasznos módszernek tekintjük. Hangsúlyozni kívánjuk azonban azt, hogy a ragasztást és a hagyományos varrást egymással nem konkuráló, hanem egymást kiegészítő eljárásoknak tekintjük. Célunk az volt, hogy felhívjuk a figyelmet egy ma még kiaknázatlan, de sokat ígérő vérzést csillapító és szövetragasztó módszerre.

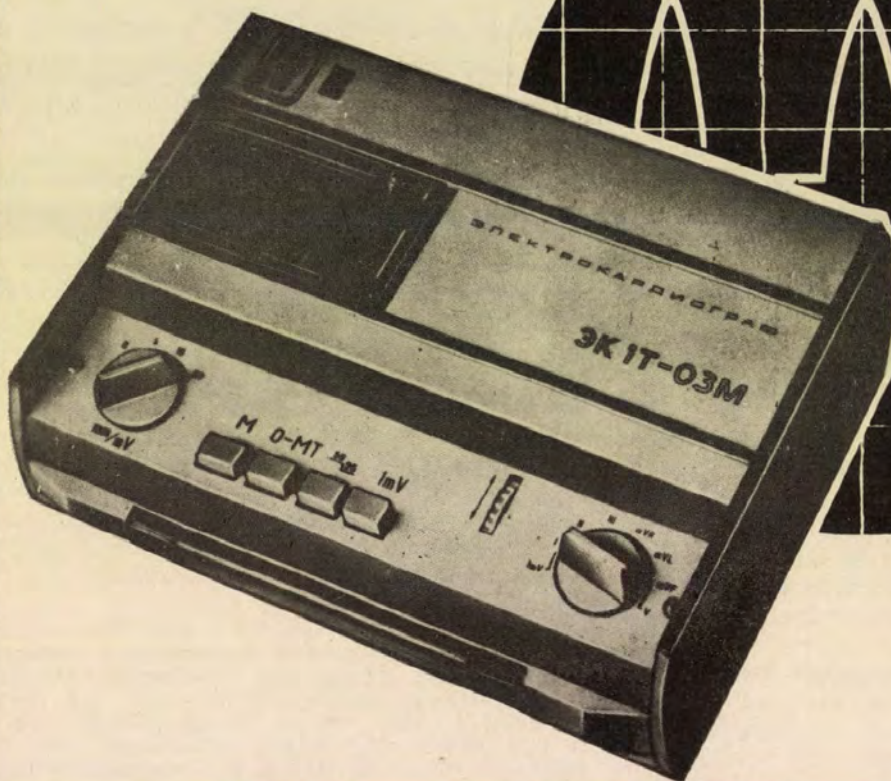
**Köszönetnyilvánítás.** Az adenomektomiák után veszített vér mennyiségének meghatározásáért ezúton mondok köszönetet kórházunk központi laboratóriumának, *Berkó Györgyi* vegyésznek.

Köszönettel tartozom az osztrák IMMUNO A. G.-nek a rendelkezésre bocsátott fibrinragasztó anyagért, továbbá az Országos Gyógyszerészeti Intézet engedélyéért, hogy ezen kísérleti anyag klinikai alkalmazását lehetővé tette.

**Összefoglalás.** A szerző Magyarországon elsőként alkalmazott egy új élettani szövetragasztót, a „Fibrinklebert” Ismerteti a fibrinragasztás elméleti vonatkozásait és részben irodalmi, részben saját adatok alapján annak klinikai jelentőségét. Értékelhető számban transvesicális adenomektomiát követő vérzéscsillapításra alkalmazott fibrinragasztót. Az így operáltak vérvesztése az első postoperatív 24 óra alatt 18,25 ml, miniheparin védelem mellett 28 ml volt. Vérpótlásra egy esetben sem volt szükség. Egyéb urológiai műtétek esetén is jó eredménnyel alkalmazott fibrinragasztót, azonban a kis esetszámok összehasonlításra még nem alkalmasak. A szerző elsőrendű célja az volt, hogy ezen új eljárásra a figyelmet felhívja.

**IRODALOM:** 1. *Braun, F. és mtsai:* Untersuchungen mit einem biologischen resorbierbaren Klebstoff in der Urologie. 3. Symposion für experimentelle Urologie. Würzburg, Abstracta, 1976, S. 31. — 2. *Braun, F., Holle, J.:* Med. Tribune. Kongressbericht. 1976, 1, 3. — 3. *Braun, F. és mtsai:* Zbl. Chirurg. 1977, 102, 1235. — 4. *Gasser, G., Eidler, R., Mossing, H.:* Modifikation der suprapubischen Prostatektomie. Előadás. A Magyar és az Osztrák Urológusok Társaságának első közös tudományos ülése. Szombathely, 1977. — 5. *Gastpar, H.:* Fortschr. Med. 1977, 95, 1277. — 6. *Henning, K., Rauchenwald, K., Urlessberger, H.:* Helv. chir. Acta. 1977, 44, 329. — 7. *Laki K., Loránd B.:* Science. 1948, 108, 280. — 8. *Loewy, A. G. és mtsai:* J. Biol. Chem. 1961, 236, 2625. — 9. *Matras, H. és mtsai:* 13. Jahrestag der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie in Stuttgart. Thieme Verlag, Stuttgart, 1977. S. 357. — 10. *Neef, H., Preusser, K. P.:* Zbl. Chirurg. 1973, 81, 98. — 11. *Pósta B.:* Előadás. Nemzetközi Urol. Kongresszus. Budapest, 1974. Kongressbericht, 23. old. — 12. *Rauchenwald, K. és mtsai:* Akt. Urol. 1976, 7, 209. — 13. *Spängler, H. P., Holle, J., Braun, F.:* Wien. klin. Wschr. 1973, 85, 827. — 14. *Spängler, H. P., Holle, J., Braun, F.:* Langenbeck's Arch. Chir. Suppl. 1974, S. 249. — 15. *Spängler, H. P.:* Wien. Klin. Wschr. 1976, 88, Suppl. 49. — 16. *Spängler, H. P. és mtsai:* Wien. Wschr. 1976, 126, 86. — 17. *Staindl, O.:* Oto-Rhino-Laryng. 1977, 217, 219. — 18. *Tarlov, M., Benjamin, B.:* Surg. Gyn. Obst. 1943, 76, 366. — 19. *Vecsey D., Bánkúti P., Czuczor H.:* Magy. Seb. 1968, 21, 268. — 20. *Vecsey D.:* Int. Urol. Nephrol. 1970, 2, 49. — 21. *Young, J. Z., Medawar, P. B.:* Lancet. 1940, 1, 239.

# Elektrokardiogrammok helyszini elsősegélynyújtásnál és rendelőintézetekben



## EKIT-03M egycsatornás elektrokardiográf

- Regisztrálható elvezetések: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V
- érzékenysége, mm/mV: 5, 10, 20
- felrészolás 50 mm szélességű hőérzékeny papírszalagra

Diszkrét fokozatmentes érzékenységváltoztatás.

Automatikus csillapítás az átkapcsolás alkalmával.

Táplálható 127 V és 220 V, 50 illetve 60 Hz váltóárammal, vagy akkumulátor-teleppel.



# MEDEXPORT

113461 Moszkva, Ul. Kahovka 31, korp. 2.  
SZOVJETUNIÓ  
Telefon: 121-01-54. Telex: 7247



Megyei Kórház, Eger,  
III. Ideg-Elmeosztály  
(főorvos: Lajos Zoltán dr.)

## A pszichés zavarok szimbolikus kifejeződése testi tünetekben

L. Ignác Piroska dr.

A mindennapos orvosi gyakorlatban igen gyakran előfordulnak olyan testi panaszok, betegségek, melyeknek funkcionális, pszichogén jellege a szomatikus vizsgálatok negatív eredménye birtokában hamar nyilvánvalóvá válik. Ilyen diagnózis megállapítása legtöbbször a beteg további vizsgálatának és kezelésének lezárását is jelenti. Ismertetésünkben arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy ahol eddig megálltunk, tulajdonképpen onnan kellene továbbindulnunk: a betegnek újabb vizsgálatokra és kezelésre lenne szüksége. A pszichogén tünetek itt bemutatott részletes pszichológiai elemzése közelebb visz a betegség mélyebb okainak feltárásához és így a gyógyítás és megelőzés lehetőségéhez.

1. Egy 35 éves nő többször rosszul lesz a gyárban: egyre erősödő fejfájástól szenved, majd összeesik; orvoshoz kell vinni. Otthon soha semmi baja. Idegostályi kivizsgálás: szomatikusan negatív. Az explorációból kiderül, hogy nehezebb munkakörbe akarják helyezni, éjszakázni is többet kellene; ettől fél, nem akarja otthagyni megszokott, kényelmes helyét. Egyik munkatársnőjét megbízhatatlan munkája miatt nem fenyegeti a „kiemelés” veszélye; a másik terhessége miatt nem jöhet szóba. Ha ő pedig ennyire beteg, akkor őt sem „bánthatják”.

Ezt a beteg természetesen nem gondolta végig tudatosan; tapasztalatában számtalan eset összegződött már arról, hogy betegeskedő dolgozót nem helyeznek nehezebb munkakörbe, inkább kímélik.

2. A 32 éves tanárnő, elmondása szerint, kizárólag otthon van rosszul, az iskolában soha. Az iskolát szereti, a tanítás örömet, önérvényesítési szükséglete kielégítését jelenti számára az otthona, házassága megszokott, sívár örömtelenségével szemben. Rosszuléivel egyben több törődést is kivív magának.

3. A 18 éves M. M. nem gyengédségre vágyik, hanem anyagi előnyökhöz akar jutni. Fejét és lábát fájtatja; e tünetei egy évvel ezelőtt vasúti balesetét mintázzák, amikor lábát törte és enyhébb agyrázkódása volt (mindez már régen rendeződött), és amikor a biztosítótól jelentős összeget kapott. Most — a betegállomány lejártával — úgy érzi, még mindig nincs rend-

ben, munkaképtelen, és — talán önmagában sem tudatosítva — titkon leszázalékolását (!) reméli.

4. Szintén nem egészen tudatos vágyat „teljesít” a 38 éves B.-né tünete: ő átláthatósággal került idegostályi felvételre. Ha szülne még egy gyermeket, akkor — úgy érzi — kényelmesebb lenne az élete, nem kellene visszamennie munkahelyére. A tünet úgy indult, hogy 5 hónappal ezelőtt a nőgyógyász gravidnak vélte, majd a kontrollvizsgálatkor ezt visszavonta. A beteg az utóbbi véleményt nem hitte el, azóta is terhesnek érzi magát minden negatív lelet ellenére; hasa 6 hónapos terhesnek megfelelő nagyságú, a testsúlya is növekedett.

5. A 43 éves Sz.-nének torticollis a szembetűnő testi tünete. (Neurológiailag negatív, a tünet később pszichoterápiára megszűnt.) Több hét után vallja be, hogy terhére van a családja, érzelmileg ambivalens velük szemben. Tőlük való érzelmi „elfordulását” szimbolizálja a tünet (ez egyébként a családráján is szépen ábrázolódik).

6. D.-né (41 éves) tetaniform görcsrohamokat kap, amikor a férjével probléma van. A kórházban rosszullet nem jelentkezik. Férjével szemben ő is ambivalens érzelmileg: szereti, de gorombaságai, kicsapongásai miatt gyűlöli is. Olyankor legszívesebben nekiugrana és megütné vagy megfojtaná. Ezt persze nem teheti, de még a pusztá gondolatától is büntudata lesz. A görcsroham a dühkitörést jelképezi, helyettesíti, és egyben talán önbüntetés is tilalmas, agresszív gondolataiért.

7. F. J. 45 éves értelmiségi férfi néhány hónap óta szédül, remeg, erősen szorong, szívűti nyomást és halláfélelmet érez. Belgyógyászaton kivizsgálják, szíve teljesen rendben. A panaszok azonban nem szűnnek. A pszichoterápia során elmondja, hogy „valami folyton nyomja a szívét”, hivatali gondok, egzisztenciális félelmek, öreg szüleinek elhanyagolása, büntudattal kísért házasságon kívüli kapcsolata.

8. L. L. 23 éves fiatalember, betegsége kezdetéről részletesen elbeszélgetve, így fogalmazza meg akkori sérelmeit: „Abban az időben sok mindent le kellett nyelnem attól a lánytól.” „Nem tudtam megemészteni, hogy olyan rosszul bánt velem.” (Ez több lánnyal megismétlődött; szülei is voltak hasonlóképpen megfogalmazható problémái.) Tünetei: évek óta gyomorfájdalmak és emésztési zavarai vannak; eleinte igen gyakran nyelni kellett. Fizikálisan negatív; gyógyszerek nem használtak, pszichoterápiára végül rendeződött az állapota.

Ezek az esetek — és még sorolhatnánk a példákat — közősek abban, hogy 1. a betegek organikus meg nem alapozott testi betegségben szenvednek; 2. tüneteiknek bizonyos, a részletes pszichológiai elemzéssel felfedhető „értelme” van; 3. pszichoterápiás kezelésre jól gyógyultak.

A tüneteknek ez a rejtett „értelme” első négy esetünkben egy bizonyos célt, hasznót jelent: elkerülni valami kellemetlent, kiharcolni valami jót stb. Ez a freudi ún. másodlagos betegségelőny (3, 13). Emellett a tünet meggyőzően szemlélteti a kiindulási helyzetet is (a munkahelyen van rosszul, nem otthon, vagy fordítva; éppen a baleset tünete rögzültek stb.). További példánkban a betegségtüneteknek látszólag semmi haszna sincs, csupán megvilágítják, szimbolizálják a beteg legsúlyosabb, nem tolerálható problémáit, ambivalens érzelmeit, elfojtott indulatait, feldolgozatlan feszültségeit — vagyis a *tünetképzés pszichés dinamikáját*. A valóságban azonban az effajta betegségek is lehet valami „célja” (itt már sosem tudatos!): egyszerűen a belső pszichés egyensúly fenntartása, hiszen a testi (ugyanúgy a pszichés) tünet manifesztálódása — bár nagyon kellemet-

len — egyben csökkenti az erős belső feszültséget, tulajdonképpen annak sajátos levezető „csatornája” (elsődleges betegségelony; 3, 13).

A neurotikus tünet tehát magában hordozza a kiindulási intrapszichés feszültség energiáját, ugyanakkor — ellentétben a szűkebb értelemben vett pszichoszomatikus betegséggel (9), ahol inkább a „locus minoris resistentiae”-elv érvényesül — *jelképezi* is a feszültség eredetét, természetét, az egész alapproblémát: „a traumatikus esemény emlékezeti szimbóluma” (3). Emellett jól megvilágítja a betegséggel elérhető „cél” is.

*Klimes* (16) a tünetképzés szimbolikája tekintetében a következő lehetőségeket említi: a) Olykor „folklórszerű sablonok” befolyásolják a tünetválasztást, pl. közismert, hogy az ember „ijedtében megbénul”; ha szomorú, „összefacsarodik a szíve” stb. b) Pl. a hányinger, hányás képszerűen azt fejezheti ki, hogy valamely kellemetlen élményt nem tudunk kellően feldolgozni, undorodunk tőle stb.

Az ún. feltáró pszichoterápiás módszerek, explorációk és pszichológiai tesztvizsgálatok egyik alapvető feladata a *tünet elemzése*; a beteg személyiségével, élettörténetével, környezetével, jelen körülményeivel való összefüggéseinek kibontása, a szimbólum értelmezése, az elsődleges és másodlagos betegségelony megértése. Ebben az elemző munkában nagyon fontos a *panasz nyelvi megfogalmazása*. Sokszor igen hasznos a pszicholingvisztikai megközelítés: a szó, a kifejezés „egyéni szemantikájának” (6) empátiás megértése (7) — hiszen a választott nyelvi formában benne van a gyermekkori beszédtanulás, környezethatás, az egyéni élményvilág, ám a pillanatnyi érzelmek, szándékok éppígy rányomják bélyegüket. Igen jelentős a panasz előadását kísérő metakommunikáció is (6, 7), tehát a beszéd közbeni viselkedés, de most elsősorban magával a megfogalmazással, a nyelvi kifejezéssel foglalkozunk.

„Gondolataink közlése mindig szimbólumrendszerek által történik” — írja *Szende* (18). *Lotz* szerint „szimbólum teszi az embert” (in 18). A jelképek, szóképek, szólások tulajdonképpen a fogalmak jelzései; lényegében mintegy „harmadik jelzőrendszernek” tekinthetők. A kommunikációban a szóképeknek, szimbólumoknak többrétű: referenciális (információt nyújtó), emotív (érzelemlifejező) és poetikus (esztétikai hatást keltő) funkciójuk van (8).

A magyar nyelvben — a köz- és irodalmi nyelvben egyaránt — igen sok hasonlatot, szóképet, szimbólumot, metaforát használunk. Rendkívül sok az olyan képes kifejezés, amely valamilyen érzelmet, lelkiállapotot jelenít meg érzékletesen úgy, hogy annak közismert testi velejáróit hangsúlyozza: „Az ijedtségtől szinte megáll a szívverése”; „fejébe száll a vér az indulattól”; „eláll a lélegzete a meglepetéstől”, „földbe gyökerezik a lába a rémülettől”; „idegességében összeszorul a gyomra” stb. Itt a párhuzam teljesen egyértelmű, mivel ezeket az érzelmeket a valóságban gyakran kísérik az említett vagy ehhez hasonló testi változások.

Vannak viszont nehezebben követhető fordulatok is, melyek *ugyanabban a nyelvi formában tes-*

ti érzést, történést és lelki élményt, érzelmet, lelkiállapotot is kifejezhetnek egyszerre. Ezeknél a szöveggörnyezet elemzésével minden magyarul tudó ember azonnal megérti, hogy a szókép bizonyos érzelmet, lelkiállapotot érzékeltet. A kifejezés levált eredeti jelentéséről, és senki se gondolná, hogy a hasonlat alapjául szolgáló testi történet ilyenkor akár a legcsekélyebb mértékben is végbemegy. Felsorolunk néhány ilyen szóképet, illetve jelzős kapcsolatot:

Alaposan megrágja a mondanivalóját; rossz szájjal gondol rá; sokat kell nyelnie tőle; ezt már nem tudja lenyelni; nem veszi be a gyomra: nagyon a bögyében van; felfordul tőle a gyomra; nem tudja megemészteni;

torkát fojtogatja valami; mellre szívja, mindent a szívére vesz; szívébe markol valami; majd megszakad a szíve érte; összefacsarodik a szíve; valami nyomja a lelkét;

vállára veszi a terhet; görnyed a felelőség súlya alatt; nem adja be a derekát; fejet hajt a kérés előtt; meginog a meggyőződésében; nem áll szilárdan a lábán; kicsúszik a talaj a talpa alól; megbotlik; elfordul tőle; megüti a bokáját;

beleüti az orrát; szemet huny fölötte, tartja a száját; megüti a fülét a szó;

vastag bőre van; nem fér a bőrébe; minden leperog róla; nem érzi jól magát a bőrében stb.

Jelzős szókapsolatok:  
nyomasztó gond, fullasztó környezet, észbontó eset, vérlázító hír, húsbavágó probléma, bénító — szédítő — mellbevágó — szívszorító — lélegzetelállító — vérfigyasztó látvány vagy hír stb.

Nap mint nap tapasztalhatjuk, hogy vannak ugyanezen kifejezésekkel leírható, ezekkel *analóg* testi tünetek, és gyakran éppen az organikus nem alapozott betegségekben találkozunk velük.

Hogy jöhetnek létre ezek a pszichés tartalmat is tükrözni látszó, szimbolikus testi tünetek?

„A szimbolika... speciálisan a nép tudattalan képzetalkotásáé...” „A szimbolikus vonatkozás... egykori azonosság maradéka és ismertető jele” írja *Freud* (12). Tehát a „nép”, azaz nyelvalkotó őseink tapasztalatában valahol egyidejűleg fordultak elő, valahogy összefüggettek, hasonlóságot mutathattak ezek a testi és lelki történések — így kapcsolhatta össze őket a tartalmi analógia alapján örök időkre a közös nyelvi forma.

Ma már nemcsak tapasztaljuk, de tudjuk is, hogy a szomatikus és pszichés, főleg érzelmi változások között állandó szoros kölcsönhatás van. Évezredes megfigyelés, de *Pavlov* óta kísérletesen is bizonyított, hogy a pszichés, főleg érzelmi változások mennyire befolyásolják a vegetatív működéseket (gondoljunk pl. a gyomorfal-nyálkahártya ereinek változására különböző emocionális állapotokban). „... az érzelmi tényezők idegi és humorális úton minden testi folyamatot befolyásolnak” — fogalmazza meg *Alexander*, a modern pszichoszomatikus elmélet megalkotója (1). Tehát pl. heves szorongás hatására összeszűkülnek a gyomorfal vagy a szív erei, „szorítást” érzünk; tartós lelki feszültség vázizmainkat is feszesen tartja stb. Mindez pozitív irányban is érvényes: az autogén tréning során létrehozott „nyugalomban” ellazulnak az izmok, kitágulnak a véregek stb.

Kísérletek sora mutatta ki azt is, hogy ha csak gondolunk egy cselekvésre, illetve pl. felidézünk

magunkban egy szöveget, a megfelelő izomcsoportok „akcióba lépnek”, és látható mozgás nélkül is akciós potenciál vezethető el róluk. De nemcsak a váz- vagy beszédizmok mozgását, hanem a pulzust, a vérnyomást, a vérkeringést, a verejtékmirigyek működését, az emésztőnedv-elválasztást stb. is befolyásolhatja a gondolati ráirányultság (pl. ha arra figyelünk, nem túl gyors-e a szívverésünk; attól félünk, hogy el fogunk pirulni). A testi változást észlelve vissza lehet következtetni arra, ami pszichésen lejátszódik az emberben (a pillanatnyi érzelmeket, lelkiállapotot általában helyesen „leolvassuk” a külső testi jegyek alapján!).

Az emberi kommunikáció több síkon történik. Legfontosabb a nyelv. Az élőbeszédet elválaszthatatlanul kíséri a metakommunikáció (6, 7). *Seboek* a beszédén kívül három sávot különböztet meg: 1. vokális-auditorikus sáv, 2. gesztikulációs-vizuális sáv; 3. cselekvésszerű-helyzetbeli sáv (in 18). Más megközelítésben úgy is fogalmazhatnánk, hogy testi-lelki állapotunkat, élményeinket, gondolatainkat, érzelmeinket, szándékainkat három síkon közelíthetjük a külvilággal: 1. *testileg*, 2. *konkrét-verbálisan*, 3. *absztrakt-szimbolikusan*. (Pl.: ha valaki kacagva, tapsolva ugrándozik, szeme csillog, arca piros — testi nyelven kifejezve mindenki előtt világos, hogy örül valaminek; 2. szóban is elmondhatja, hogy nagy öröm érte; de 3. elég szimbolikusan annyit közölni, hogy „most madarat lehetne velem fogatni”, vagy „reped a szívem”).

Hogyan alakulnak ki ezek a szintek? Újszülöttkorban még csak diffúz testérzéseink vannak, amorf élmények jó-rossz érzések dimenziójában. Ugyancsak a test nyelvén válaszolunk az ingerekre: a kellemesekre mosollyal, gögicséléssel, békés emésztéssel; a kellemetlenekre sirással, menekülő mozgással, hányással stb. Ez a reflexes védekezés egyben kifejezése is az adott állapotnak.

A beszédtanuláskor először konkrét fogalmakat és fordulatokat sajátítunk el. A második jelzőrendszer, a nyelv, szorosan az elsőre épül: már ismert (érezelt) dolgokhoz: tárgyakhoz, személyekhez, cselekvésekhez, érzésekhez stb. kapcsolunk bizonyos hangsorokat. Megtanuljuk pl. azt a kifejezést, hogy „nem veszi be a gyomrom”. Ebben a stádiumban ezt kizárólag a túl sok vagy romlott étel fogyasztására és következményeire értjük.

A fejlődés folyamán végül eljutunk az absztrakt-szimbolikus szintre. A nagyobb gyermek — a szöveggörnyezet alapján jól elkülöníthetően — megtanulja, hogy a „nem veszi be a gyomrom” átvitt értelemben is értelmezhető, tehát hogy valami általam elítélt dolgot nem tudok eltűrni, undorodom tőle. Ez a szint a szóképek, szimbólumok, szólások, metaforák tartománya, amelyet korábban „harmadik jelzőrendszerként” említettünk.

Ezek a közlési szintek a fejlődés folyamán fokozatosan egymásra épülnek. *Szoros kapcsolatuk a továbbiakban is megmarad*. Egyidőben két, sőt három szinten is kommunikálhatunk egyszerre, ilyenkor a különböző formák kölcsönösen erősítik vagy éppen gyengítik egymás hitelességét (lásd a verbális közlés és a metakommunikáció párhuzamát;

6). Adott szituációban helyettesítheti is egymást a három kifejezési mód. Érzelmileg-indulatilag minél hangsúlyozottabb helyzetben vagyunk, a közlési szintek annál inkább — akaratunk ellenére és ellenőrizhetetlenül — összekeveredhetnek: *összekapcsolódhatnak* vagy *helyettesíthetik* egymást. Adott konkrét-verbális közlés helyett váratlanul „beugorhat” a testi vagy szimbolikus kifejezőmód, illetve ezek sajátos vegyülete. (Pl. konkrét megfogalmazás helyett jelképesen, „virágnyelven” beszélünk; lelki undorodás hatására valóban hányingert érzünk és mutatunk.)

A pszichogén betegség mindig regresszív állapotot jelent, ahol erős érzelmek-indulatok mozgóulnak, és a tudati ellenőrzés gyengül. Érthető, hogy ilyenkor a közlési szintek könnyen felborulnak, összekeverednek. Élményeit, érzéseit, törekvéseit a beteg szóban nem képes megfogalmazni (legtöbbször nem is tudatosul benne, a kellemetlen, zavaró feszültségeit elfojtja), így azok — hiszen a feszültség megmarad, és utat keres magának — *átolódhatnak primér testi kifejeződés szintjére*, közvetlenül áttevődnek valamely szervre, testrészeire, és fájdalmak, funkciózavarok keletkeznek. Másik lehetőség az *absztrakt-szimbolikus* formába öntés: ilyenkor a probléma jelképesen megfogalmazódik az álomban, elszólásokban, művészi alkotásban és magában az explorációban is. Harmadszor — és neurozisan ez a kifejezőmód dominál! — a feszültséget okozó élmények, vágyak, félelmek, gondolatok, törekvések *összevont szimbolikus-testi kifejeződést* nyerhetnek (szervbeszéd): a betegnek gondjai, mulasztásai „nyomják a szívét”, szomorúságában „majd megszakad a szíve”, bizonytalanságában „kicsúszik a lába alól a talaj”, a sérelmeket „nem tudja megemészteni”, ha szeretne valakit megfojtani, akkor saját kezét szorítja a fájdalmas görcs, ha „nem érzi jól magát a bőrében”, akkor kiütései támadhatnak stb. Itt tehát a testi tünetben a kulturális háttér, a kollektív nyelvi szimbolika, valamint a beszédtanulás és egyéni tapasztalatok, élmények által meghatározott jelképek alapján tükröződik az alapprobléma, a pszichés háttér.

Mindezek alapján érthető és nagyon valószínű, ha egy betegnek a felsorolt vagy más szóképekkel kifejezhető lelki problémája van, akkor az a szemantikailag hozzárendelt, vele párhuzamos testi elváltozásban nyilvánulhat meg. Megfordítva: ha ilyen jellegű funkcionális szervtünetet észlelünk, akkor joggal gondolhatunk ennek megfelelő pszichés háttérre.

A betegek sokszor verbális-szimbolikus módon is megfogalmazzák bajukat (lásd pl. 7. és 8. esetünket). Természetesen ez csak hosszabb és oldottabb beszélgetések eredményeként várható. Nemcsak a mélyebb pszichoterápiában, de az egyszerű elbeszélgetéskor, panaszlemondáskor is érdemes nagyon odafigyelni a beteg megfogalmazására, különös gondot fordítva szóképeire, stílusfordulataira és ezek szöveggörnyezeti összefüggéseire. Lehet, hogy végül mégsem mondja ki a beteg szó szerint ezeket a példaként említett képes kifejezéseket, csupán körülírja, pl.: „Szívtáji nyomást éreztem”


és akkortájt „... a munkahelyemen rengeteget dolgoztam, sok gondom volt, és emiatt a családomat is elhanyagoltam”, vagy: „Hátam, vállam fájt állandóan, mintha lefelé húzná valami súly”, ugyanakkor „... a családban minden gond és munka rám nehezedett, a férjem nem törődött semmivel”.

A panaszok és életkörülmények részletes meghallgatása és a konkrét formábaöntés pszichológiai elemzése nemcsak a diagnózis, de — ami még fontosabb — az előzmények, a háttér, a tünetképzés pszichés dinamikája kulcsát, és ezzel a sikeres gyógyítás és megelőzés lehetőségét is kezünkbe adhatja.

**Összefoglalás.** A funkcionális jellegű, pszichogén testi panaszok gyakoriságából és jellegzetességeiből kiindulva a szerző felhívja a figyelmet a neurotikus tünetek alaposabb megismerésének gyakorlati jelentőségére. Ajánlja a panaszok részletes kikérdezésekor a beteg ember és betegsége pszichológiai megközelítését és a megfogalmazás pszichológiai elemzését. Ezzel megismerhetjük a tünetképződés hátterét, a tünet rejtett „értelmét”, a betegség nem tudatos „célját” — ami kezünkbe adja a pszichés gyógyítás és megelőzés kulcsát. A szerző elméleti fejtegetéseit saját eseteleírásokkal illusztrálja.

**IRODALOM.** 1. *Alexander, F.*: Psychosomatische Medizin. Walter de Gruyter et Cie., Bern, 1951. — 2. *Alexander, F.—French, T.*: Psychoanalytic Therapy. New York, 1946. — 3. *Bagdy E.—Császár Gy.*: Med.

univ., 1973—74., VI/3—6., 127., 179.; 241., 303., VII/1—2. 26., 77. — 4. *Bálint M.* Az orvos, a betege és a betegség. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1961. — 5. *Buda B.* szerk.): A pszichoanalízis és modern irányzatai. Gondolat, Budapest, 1971. — 6. *Buda B.*: A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. MRT Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest, 1974. — 7. *Buda B.*: Az empátia — a beleélés lélektana. Gondolat, Budapest, 1978. — 8. *Büky B.*: MTA Pszichológiai Tanulmányok, 1967, X., 147. — 9. *Császár Gy.—Bagdy E.*: Magyar Pszich. Szemle, 1976, XXXIII., 379. — 10. *Eysenck, H. J.—Rachman, S.*: Neurosen — Ursachen und Heilmethoden. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin, 1972. — 11. *Freud, S.*: Álomfejtés. Somló Béla Könyvkiadó, Budapest (évszám nélkül). — 12. *Freud, S.*: A mindennapi élet pszichopatológiája. Bibliotheca. Budapest, 1958. — 13. *Harmatta J.—Lust I.* (szerk.): A pszichoterápia alapfogalmai I. Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ, Budapest, 1975. — 14. *Hoffmann A.—Süle F.—Szönyei G.*: Az orvostudomány aktuális problémái, 1976, 24, 167. — 15. *Hole, G.*: Münch. med. Wschr. 1972, 114, 218. — 16. *Klimes K.*: A neurotikusok világa. Medicina, Budapest, 1968. — 17. *Nemes L.*: Pszichogén tünetképződés a kisiskolás korban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1974. — 18. *Szende T.*: A beszéd folyamat alaptényezői. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1976. — 19. *Virág T.—Kismarton B.*: MTA Pszichológiai Tanulmányok, 1975, XIV., 461.

az  Bemutatótermében

(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

## FIZIKÓTERÁPIA ÉS BALNEOLÓGIA KÉSZÜLÉKEI

Kiállítás

1980. június 16—július 14-ig

naponta 9-16 óráig

**szombat-vasárnap zárva**

MAV Kórház és Központi Rendelőintézet,  
Gyermekosztály  
(osztályvezető főorvos: Földes Gyula dr.)

## Morbus Down és hyperthyreosis együttes előfordulása

Fehér Judit dr.

Az utóbbi években világszerte érdeklődéssel fordultak a kutatók a Down-betegek pajzsmirigy-működésének vizsgálata felé. Az ismeretessé vált adatok arra utalnak, hogy a betegek többségének normális pajzsmirigy funkciója van, de vannak megfigyelések hypofunkciós eltérésekről, thyreoideaellenes antitestek jelenlétéről, illetve immunthyreoditis előfordulásáról is. Down-betegség és hyperthyreosis igen ritkán kapcsolódnak, mint ezt irodalmi adatok tanúsítják (4, 5). Hazai vonatkozásban egy esetről van tudomásunk (3).

### Esetismertetés

F. É. 16 és fél éves Down-beteg (karyogram: 47, XX. + 21) leány első alkalommal belgyógyászati osztályra került felvétellel fogyás (felvételi testsúly: 37,5 kg), hasmenés, időszakosan székrekedés, gyengeség, tachycardia miatt. Az ott elvégzett vizsgálatok lényeges kóros eltérést nem mutattak, eltekintve a gyomor-bél-passzage vizsgálatról, mely a duodenum kezdeti szakaszát kifejezetten spastikusnak találta, a bulbus és a már említett duodenumdarab durva rajzolatú nyálkahártya redőzete mellett. Előbbiek magyarázatául szolgálhatnak a székürítési panaszoknak, illetve összhangba hozhatók a morbus Down eseteiben ismert duodenum-rendellenességgel, mely a leggyakrabban a duodenum stenosisában nyilvánul meg. További kezelés céljából került osztályunkra, ahol Trasacor és Sevenaletta adására tachycardiája csökkent (120/min.), fogyása megállt. Kétheti otthoni tartózkodás után került ismét felvétellel újabb testsúlycsökkenés (3,5 kg fogyás), csaknem állandó hasmenés miatt. Vizsgálata során feltűnt kifejezett tremora, verítékes bőre. Panaszai, valamint a 120 mg%<sub>0</sub> (3,12 mmol/l) se-cholesterin érték miatt, hyperthyreosis gyanúja merült fel, ezért T<sub>3</sub>-T<sub>4</sub> vizsgálatot végeztünk. Ezeknek eredménye: T<sub>3</sub> 8 µg, T<sub>4</sub> 23,0 µg, NTR: 1,59 egyértelműen bizonyította feltevésünk helyességét. A későbbiekben elvégzett TRH-terhelés is megerősítette ezt a diagnózist. Antihaemagglutinatio thyreoglobulin test: negatív, míg a pajzsmirigy microsomalis antitest érték: 1:6400 pozitív volt. Egyéb vizsgálati értékei (ionogram, máj-funkciós próba, enzimek, immunstatus stb.), kóros eltérést nem mutattak. Methohtyrin-kezelésre kezdetben nehezen reagált, állapotát rontotta a közben le-

zajló pneumonia. Ennek gyógyulása után azonban a hyperthyreosis okozta tünetei javulak, hízni kezdett (testtömege hazaadásakor 38 kg), a thyreoidea funkciós vizsgálatok is normalizálódtak, így 8 heti ápolás után, jó állapotban adjuk haza.

### Megbeszélés

A Down-betegek ápolása során szerzett tapasztalatok hasznosításának egyik legfontosabb eredménye, hogy az utóbbi évtizedekben ezeknek a betegeknek az élettartama jelentősen meghosszabbodott. Ennek során egyre több olyan megfigyelésről számoltak be, amikor a Down-kór és egyéb betegség együttesen fordultak elő. Közöttük érdekesnek látszott a pajzsmirigy működésének vizsgálata különösen azért, mert a köztudatban a Down-kór és a hypothyreosis kapcsolata áll előtérben.

Zlatko Sare és mtsai (6) összefoglaló tanulmányai szerint a pajzsmirigy kóros működése között 19,5%-ban fordul elő, ebből 17% a hypofunkció és csak 2,5% a hyperthyreosis.

Hollingsworth és mtsai (2) 60 Down-beteg vizsgálata során 3 esetben találtak hyperthyreosist. Megállapították, hogy thyreoidea-ellenes antitestek significansan gyakrabban mutathatók ki. Down-beteg gyermekekben és anyjukban, mint egészségesekben. Ez a jelenség arra utal, hogy az ilyen betegek fogékonyabbak thyreoditisre.

Baxter és mtsai (1) megállapítása szerint felnőtt Down-betegeken gyakoribb a thyreoidea dysfunctio, mint gyermekeken. Többnyire hypothyreosist találtak, hyperthyreosist alig. Az összefüggés valószínűleg a thyreoidea-ellenes antitestek gyakoribb előfordulásában rejlik.

Takahashi és mtsai (5) esetében a 13 éves Down-betegnél hyperfunctio strumát találtak, mely thiouracil kezelésre nem reagált. Radioaktív jódal sikerült csak euthyroid állapotba hozni.

Előbbiekben ismertetett esetünk érdekessége a ritkaságon kívül az, hogy az időközben lezajlott tüdőgyulladás ellenére — közismert a Down-betegek csökkent ellenálló képessége az infectiókkal szemben — aránylag rövid idő alatt sikerült a normális pajzsmirigyműködést helyreállítani.

Köszönetnyilvánítás. A pajzsmirigy funkciós vizsgálatok elvégzéséért köszönettel tartozunk dr. Kovács Zsuzsának (OTKI) és dr. Péter Ferencnek (Budai Területi Gyermekkórház).

Összefoglalás. A szerző 16 és fél éves Down-beteg leány esetének körlefordulásáról számol be, kinél a klinikai és laboratóriumi leletek alapján hyperthyreosist állapított meg. Röviden ismertet a kétféle betegség együttes előfordulásával kapcsolatos irodalmi adatokat.

IRODALOM. 1. Baxter, R. G. és mtsai: Lancel 1975, II, 794. — 2. Hollingsworth, D. R. és mtsai: Am. J. Dis. Child. 1974, 127, 524. — 3. Péter F.: Személyes közlés. 1979. — 4. Ruvalcaba, R. H. A. és mtsai: Am. J. Dis. Child. 1969, 118, 451. — 5. Takahashi H. és mtsai: Clin. Ped. 1979, 18, 273. — 6. Zlatko Sare, R. H. és mtsai: Clin. Genet. 1978, 14, 154.

# NAPROSYN

tabletta

mV 200

Antirheumatica

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

**HATÁS:** A Naprosyn tablettá gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem szteroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis–mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlóékhöz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem szteroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

**JAVALLATOK:** Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgia, bursitisek, peri-arthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

**ELLENJAVALLATOK:** Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

**ADAGOLÁS:** Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi  $2 \times 250$  mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tablettá is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalomak napszakos jellege szerint: 2 tablettá reggel, 1 tablettá este, illetve 1 tablettá reggel és 2 tablettá este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyan-csak naponta kétszer kell beadni.

**MELLÉKHATÁSOK:** Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

## GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

### Kerülendő az együttadás

– magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

### Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik);
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

**FIGYELMEZTETÉS:** Szalicilérzékeny egyéneknél urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulansokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

**MEGJEGYZÉS:** ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

**CSOMAGOLÁS:** 30 db tablettá 22,- Ft.

**FORGALOMBA HOZZA:** Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

## ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



Fővárosi János Kórház és Rendelőintézet,  
IV. Tüdőosztály  
(oszt. vez. főorvos: Nyiredy Géza dr.),  
Fővárosi Bronchológiai Rendelés  
(vez. főorvos: Ferenczy Sándor dr.),  
Mellkassebészeti Osztály  
(oszt.-vez. főorvos: Keszler Pál dr.)

## Trachea-adenoma differenciál-diagnosztikai nehézségei

Nyiredy Géza dr., Keszler Pál dr.  
és Ferenczy Sándor dr.

A légcső- és a nagyhörgők elváltozásai sokszor okoznak differenciál-diagnosztikai nehézséget a klinikai gyakorlatban. Sokan a fulladás és az asthma bronchiále közé egyenlőségjelet tesznek. A hörgő-, ill. gégetükrözés ilyen esetben biztos kórisméhez vezet, halogatása viszont a beteget életveszélyes állapotba sodorhatja, amint az esetismertetésünk is bizonyítja. Mellkassebészeti osztályunkon eddig 7 beteg került műtetre primaer trachea daganat miatt, megelőzően mindegyiket asthma bronchiálével kezelték.

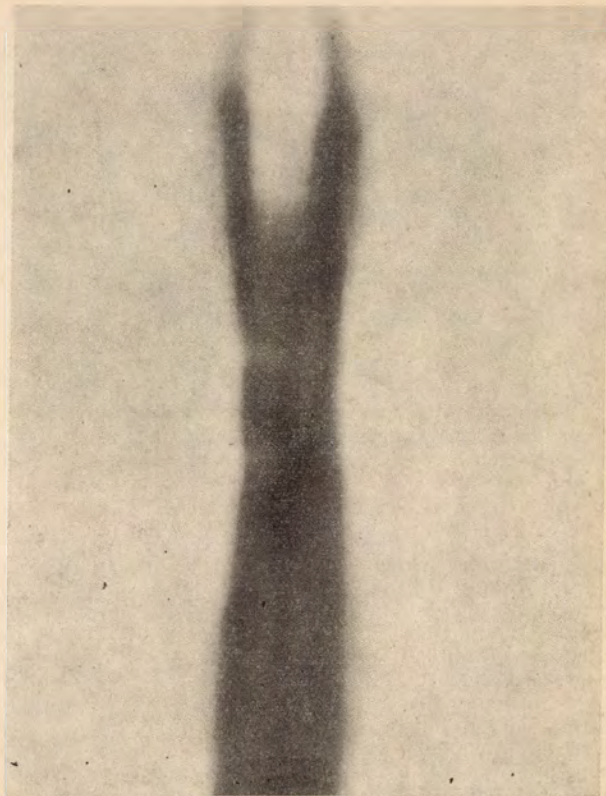
A pulmonológiai hálózat egyik legaktuálisabb feladata az asthma-program. Fővárosi tüdőgondozóink 1978-ban már 2777 asthmás beteget tartottak nyilván (14). Ezek intézeti kivizsgálása rendkívül fontos, mivel a dyspnoe hátterében számos bronchopulmonális, cardiális ok szerepelhet, nem beszélve egyéb szervek kóros állapotáról. Ha a nehézlégzés rohamokban jelentkezik és görcsös köhögés is előfordul, előbb-utóbb asthma bronchiále irányába terelődik a figyelem. *Horlay* szerint (6) az asthma bronchialis vagy annak tartott betegeken legalább egyszer el kell végezni a bronchoscopiát.

N. S. 39 éves férfibeteg panaszai felvétele előtt három évvel kezdődtek: dyspnoe, mely éjszakai és nem terhelésre jelentkezik; köhögési rohamok, melyek után a dyspnoe megmarad.

Panaszainak fokozódása miatt kerül kórházi osztályra, ahol negatív fizikális statust és laborértékeket találnak. Nyugalmi helyzetben légzésfunkciós értékei normálisak, roham idején a vitalkapacitás 5900 ml-ről 3600 ml-re csökken, Tiffeneau-test: 32, ill. 29%. A roham spontán vagy béta sympatholyticumra bekövetkező megszűnésekor 5%-os javulás van.

Az allergológiai vizsgálat enyhe házipor- és atkaérzékenységet mutat. A betegséget intrinsic asthma bronchialisnak tartják, ennek megfelelő terápiában (Intal, Bricanyl, Theophylin) részesül. Bronchoscopia nem történt.

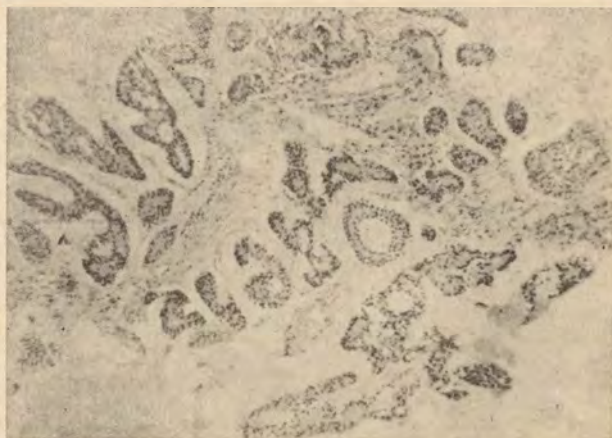
Egy év múlva dyspnoéval kerül a János Kórház IV. Tüdőosztályára az ekkor már igen elesett, leromlott állapotú, cachexias, lázas beteg. A tüdő felett diffúz vegyeshólyagú szörtyözörek, néhol sípolás, bűgás, megnyúlt kilégzés hallható, enyhe ajakcyanosis, ta-



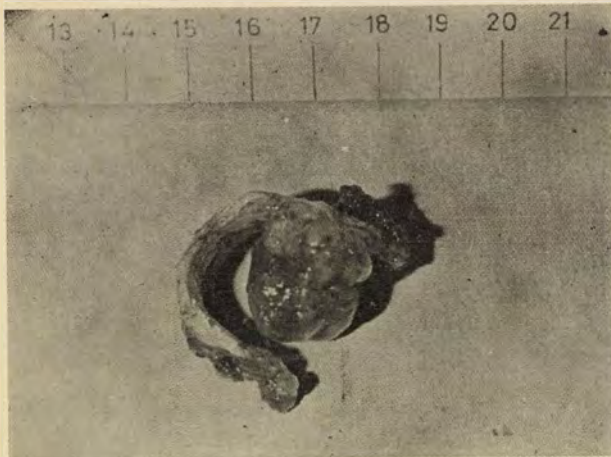
1. ábra.

chycardia észlelhető. Mellkas rtg. felvétel: a jobb rekesz felett paracardialisan kiterjedt infiltratum, mely rétegfelvételek alapján a 7–8. szegmentumban helyezkedik el. Retenciós panaszai miatt bronchoscopos vizsgálatot végzünk: a trachea enyhén vérbő, középső és alsó harmadának határán egy cseresznye nagyságú karéjos, de egyébként sima felszínű, nyálkahártyával fedett képlet látható, mely a jobb falon széles alapról indul ki, és a lument 4/5 részben eltömi. Rögzítettség nincs. A tumor mögé tekintve a légcső és oszlási területe szabad, szívás után próbakimetszés.

Az elváltozás helyét a tracheasik-tomóról készült felvételen mutatjuk be (1. ábra). — Az excisio szövettani metszetén (Balázs főorvosnő): a állomány laza, néhol gyulladással sejtakkumulációval infiltrált költőszövet, melyben hámszejtcsoportok helyezkednek el, néhol kötegekben rendeződnek, máshol kisebb lumeneket vesznek körül. A hámszejtek köb alakúak, magjuk sötétén festődik, cytoplasmájuk basophil. A sejtmagok mindenütt egyformák, oszló alakok nem láthatók. A hámszejtek között eosinophil anyag (2. ábra).



2. ábra.



3. ábra.

A beteg légzése öt nap múlva hirtelen rosszabbodik, suffacatio veszélye miatt kórházunk mellkasebészeti osztályára helyezzzük. Az anaesthesiológusnak problémát jelent a beteg intubálása, így újabb sürgős bronchoscoopia történik: a trachea gyulladással, az adenoma a lument csaknem teljesen kitölti. Diathermiás kezeléssel, excisiókkal az adenomát megkisebbitve a bronchoscop csővel alákerülünk és az alatta levő, főként jobb oldalról ürülő nagy mennyiségű gennyet kiszívjuk. A beteg légzése sokat javul, ennek további biztosítására műanyag tubust vezetünk az adenoma alá. Néhány napos antibioticumos, expertorans kezelés után a beteg műtétre alkalmas állapotba kerül.

Műtét 1978. szept. 28-án J. o. posterolateralis toracotomia. A mellkasi tracheában kb. 6–8 cm-re a bifurcatio fölött cseresznyéni puha, kissé mobilis tumor tapintható. Alatta a tracheát átmetsszük és a distalis csontot steril tubussal intubálva biztosítjuk az anaesthesiát és a lélegeztetést. Kb. 2 porcgyűrűt a daganattal és annak tapadási helyével éppen kimetsszünk és csomós Dexon-öltésekkel vég a véghez anastomosist készítünk. A hátsó fali varratok behelyezése után visszatérünk a direkt intubatióra és az anastomosist befejezzük, majd saját fascia lata mandzsettával körkörösön burkoljuk. A tüdő kifogástalanul tágul. Drainek felett mellkaszárás.

Az eltávolított specimen makroszkópos képe: a bronchoscopos leírásnak megfelelő sima felszínű, karélyos terime  $2 \times 2$  cm-es nagyságban (3. ábra). Zavar-talan postoperatív szak. Kontroll bronchoscoopia: a trachea az anastomosis magasságában enyhén beszűkült, minimális seromucosus váladék. Légzésfunctio normális. A műtét utáni mellkasrtg. felvétel: a jobb rekesz kissé magasabban áll. A korábbi infiltratum helyén kissé fokozottabb a rajzolat.

A beteg azóta is panaszmentes, dolgozik. A három hónappal ezelőtti bronchoscopos kontroll negatív.

### Megbeszélés

A hörgőadenoma ritka daganat, mely *Donahue és mtsai* (3) adatai alapján, az összes tüdő- és

hörgőtumorok 1,2%-át teszi ki. A bronchusadenomát először *H. Müller* (12) írja le 1882-ben. Utána *Kramer* (10) 1930-ban két adenomás esetet ismert. *Polák* (15) javasolja, hogy a két szerzőről a hörgőadenomát Müller—Kramer-tumornak nevez-zék. A daganatot két csoportba osztják: a nagyobb százalékban előforduló carcinoidra és a ritkább cylindrómára (9). A szövettani és klinikai megjelenésre nem térünk ki, de meg kell említeni, hogy nemcsak helyzeténél és különböző gyorsaságú növekedése miatt veszélyes, de gyakran malignusan is átalakul.

Számos irodalmi adat utal erre (1, 5, 16, 17). és saját anyagunkban is több alkalommal észleltünk rosszindulatú átalakulást. Előfordulása a tracheában igen ritka.

*Baló* (2) 23 *Ungár, Szarvas* (16) 37 *Ferenczy* és *Nyiredy* (4) 41 hörgőadenomás esete közül légcsőre lokalizált daganat nem fordul elő. Ellenben *Keszler* 37 operált adenoma esete közül négy volt tracheális elhelyezkedésű és ezek közül csak a fentebb ismertetett bizonyult szövettanilag jóindulatúnak (7, 8).

**Összefoglalás:** A szerzők 39 éves férfi resectio-anastomosis műtéttel sikerrel gyógyított trachea-adenoma esetét ismertetik. Kitérnek a differenciáldiagnosztika nehézségeire és a bronchoscoopia fontosságára.

IRODALOM. 1. *Anderson, W. M.*: Thoracic Surg. 1943, 12, 251. — 2. *Baló J.*: Tüdőrák és tüdőadenoma. 1960. Akadémiai Kiadó, Budapest. — 3. *Donahue, J. K., Weichert, R. P., Oshsner J. L.*: Ann. Surg. 1968. 167, 873. — 4. *Ferenczy S., Nyiredy G.*: Tuberkulózis és tüdőbetegségek. 1975, 28, 291. — 5. *Gyenei I., Ungár I.*: Tuberkulózis és tüdőbetegségek. 1975, 28, 298. — 6. *Horlay B.*: Személyes közlés. — 7. *Keszler P.*: Orv. Hetil. 1977, 118/9, 491. — 8. *Keszler P.*: A tüdő jóindulatú daganatainak sebészete. Referátum az NDK—Magyar Mellkasebészeti Tudományos ülésen, Lückendorf, 1979. IV. — 9. *Kováts F., Nyiredy G.*: A hörgőbetegségek. Medicina Budapest, 1966. — 10. *Kramer R.*: Annals of Otol. Rhin. — Laryngol. 1930. 39, 689. — 11. *Mészáros Zs., Keszler P.*: Tuberkulózis és tüdőbetegségek. 1975, 28, 299. — 12. *Müller H.*: Inaug — Diss Halle. 1882. — 13. *Nyiredy G.*: Klinikai megfigyelések bronchiectázia betegségben. Kand. dissz. 1968. — 14. *Nyiredy G.*: Beszámoló a fővárosi tüdőbeteggondozók 1978 évi munkájáról. Előadás: Semmelweis-terem (1979. V. 13.) — 15. *Polák M.*: Archíves de la Sociedad Argentina Normal Paralogica Tomo 1948. 10, 48. — 16. *Ungár I., Szarvas I.*: Tuberkulózis és tüdőbetegségek. 1975, 28, 289. — 17. *Van Hanzel W., Holinger, P. H., Jensik, R. J.*: Dis. of the Chest 1949. 16, 146. — 18. *Zamora A. M., Schuster N.*: J. Laryng. and. Otol. 1937, 52, 337.



## A Cavinton és a Devincan alkalmazási feltételének megváltoztatásáról

A két gyógyszerkészítmény új alkalmazási előírása

### CAVINTON injekció, tablettá

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tablettá 5 mg vinpocetinumot, 1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

**HATÁS:** A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

**JAVALLATOK:** *Orálisan:* különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy szklerotikus), agyi keringészavarok pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentése, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelése.

Hipertenzív encephalopathia, intermittáló vasculáris cerebrolis insufficiencia, angiospastikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítása.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vasculáris, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneratio, partialis thrombosis, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vasculáris vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

*Parenterálisan:* kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovasculáris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

**ELLENJAVALLAT:** *Orálisan:* terhesség.

*Parenterálisan:* ischaemiás szívbetegek súlyos formái, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

**ADAGOLÁS:** *Orálisan:* Naponta 3×1—2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

*Parenterálisan:* kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 amp. tartalma 500—1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500—

1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi összmennyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

**GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS:** Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparinkezelésben részesül.

**MELLÉKHATÁS:** Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

**FIGYELMEZTETÉS:**

*Parenterálisan:* alkalmazása során az ampulla sorbitol tartalma miatt diabeteszesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

**MEGJEGYZÉS:** ✕ A tablettá csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az injekció csak fekvő-beteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

**CSOMAGOLÁS:** 10 amp. (2 ml.) 14,— Ft; 50 tabl. 23,— Ft.

### DEVINCAN tablettá, injekció

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tabl. 10 mg, 1 ampulla (1 ml) 10 mg vincamint tartalmaz.

**HATÁS:** A vincamin javítja a károsult agyi keringést; cerebrovasculáris és perifériás értágító.

**JAVALLATOK:** *Orálisan:* krónikus cerebrovasculáris állapotok, akut és krónikus véráramlási zavarok következtében jelentkező pszichés és intellektuális zavarok, fejfájás, szédülés, szemfenéki keringési zavarok. Hypertenzív encephalopathia. Vegetatív neurosis.

*Parenterálisan:* kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációja olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovasculáris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

**ELLENJAVALLAT:** *Orálisan:*

— koponyaűri nyomásfokozódással járó agydaganatok, terhesség.

*Parenterálisan:*

— koponyaűri nyomásfokozódással járó agydaganatok,

— valamennyi szervi szívbántalom, különösen szívelégtelenség, és friss infarktus utáni állapot,

— bármilyen eredetű organikus szívritmuszavar,

— repolarizációs EKG elváltozások,

— hypokalaemiás állapotok,

— veseelégtelenség,

— terhesség.

**ADAGOLÁS:** A készítmény adagolásának általános módja orális. Akut neurológiai esetekben lassú cseppinfúzióban, majd im.

Orálisan: naponta 2—4 tabl. 2—3 egyenlő részre elosztva.

A fenntartó adag napi 2—3×1 tabl.

Vegetatív neurosisban az orális adag  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  tabl.

Parenterálisan: a kezdő napi adag maximum 5 mg lassú cseppinfúzióban (fél amp. tartalma 500—1000 ml infúziós oldatban infundálva.) Ez az adag fokozatosan emelhető napi 15 mg-ig. A tüneti kép javulása után a kezelés im. is folytatható, naponta 2—3 alkalommal 1 ampulla.

Iv. nem alkalmazható!

MELLÉKHATÁS: Extrasystole, tachycardia, vérnyomásesés, bágyadság.

FIGYELMEZTETÉS: Orális adagoláskor friss infarktus utáni állapotban, organikus szívritmusza-

varban, veseelégtelenség, hypokalaemia esetén fokozott ellenőrzés (EKG) mellett adható.

MEGJEGYZÉS: ✕ A tabl. csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 5 amp. 2,— Ft; 50 tabl. 21,50 Ft.

\*

A közölt új szöveg életbe lépésével egyidejűleg az „Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelésére”, illetve az „I. pótfüzet az I. kiadáshoz” c. kiadványokban közzétett Cavinton és Devincan fejezet érvényét veszti. Országos Gyógyszerészeti Intézet

#### NYILATKOZAT

Az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet „Útmutató a keresőképesség elbírálásához a szüléset-nőgyógyászatban” című kiadványa (Budapest, 1978.) több, Magyarországon megjelent hasonló tárgyú könyv adatainak felhasználásával készült. Így:

Baeder Andor dr.: Szüléset-nőgyógyászat. A munkaköri alkalmasság orvosi elbírálásának irányelvei. III. 142—204. old. Szerkesztő: Rózsahegyi István dr.

Farkas Andor dr.: A keresőképesség elbírálása a belgyógyászatban. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1963.

Fülöp Tamás dr.: Egészségügyi Szervezést. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1973.

Horn Béla dr., Zoltán Imre dr.: A szüléset tankönyve. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1976.

Zoltán Imre dr.: Nőgyógyászat. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1975.

Zoltán Imre dr., Ferkó Sándor dr.: Nőgyógyászati műtéttan. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1967.

Munkaalkalmasság, keresőképesség és munkaképesség általános kérdései. OTKI-jegyzet, 1976. 175—182. old. Szerkesztők: Kádár Tibor dr., Borsányi Gábor dr. közülük elsősorban Farkas Andor dr. könyvére támaszkodva.

Az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet nem kívánta a szerzők szellemi tulajdonjogát elvitatni, annál kevésbé, mert e kiadvány nem tudományos mű, hanem utasítás. Az Országos Intézet, illetve annak Szervezési és Módszertani Osztálya sajnálkozását fejezi ki, ha a hivatkozott szerzők valamelyike is nehezményezné a forrásmunkák adatainak felhasználását.

Zsolnai Béla dr.  
főigazgató  
egyetemi tanár



## BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

**Oszták—magyar onko-haematológiai szimpozion.** (Graz, 1980. március 7—8.)

Az ausztriai Steier Tartomány és Vas megye közötti kulturális és tudományos kapcsolatok, illetve a grazi és a szombathelyi kórház közötti szakmai-tudományos együttműködés keretében a non-Hodgkin malignus lymphomával (továbbiakban NHL) foglalkozó szimpozion zajlott le Grazban. A találkozás az Országos Onkológiai Intézet és a Pécsi Orvostudományi Egyetem e kérdéssel foglalkozó kutatóinak részvételével „oszták—magyar onko-haematológiai szimpozion” jellegűvé vált. Az előzményekhez tartozik, hogy 1976-ban ugyanez az előadógárda a Hodgkin lymphomáról tartott Szombathelyen hasonló szimpoziont. A mostani találkozásnak kettős célja volt: egyrészt az e téren lezajlott fejlődés összegezése, másrészt saját eredményeink, tapasztalataink kölcsönös ismertetése.

A kórbonctani referátumok a pécsi, illetve a grazi kórbonctani intézetek utóbbi 5 éves NHL anyagára épültek. Kiderült, hogy a pécsi pathológián kialakult hazai referencia centrum kb. 5-ször annyi malignus lymphomát diagnosztizált az elmúlt 5 évben, mint a graziak. Az anyag összehasonlításából ugyanakkor az is kiderült, hogy Grazban kb. hasonló arányban nagyobb a benignus lymphadenopathiák (fertőzések, és gyógyszer okozta pseudolymphomák) száma. Mindkét intézet a Kieli nomenklaturát vette alapul a NHL-k beosztásánál, klasszifikációjánál. Áttekintést kaptunk azokról a nemzetközi jellegű összehasonlító vizsgálatokról és az európai lymphoma klub tanácskozásairól is, amelyek a Kieli klasszifikációt a Nyugat-Európában és Amerikában használatos beosztásokkal — a Rapaport-, az 1978-as WHO, illetve a Lukes-Colins — vetették egybe. Kiderült, hogy a Kieli klasszifikáció és az alapjául szolgáló cytológiai és immunológiai elvek egyre általánosabban elfogadottá válnak. Az is egyértelművé vált, hogy a NHL-k klasszifikációja nem a pathológusok belügye, hiszen az így kialakított entitásoknak meghatározóan fontos diagnosztikus és prognosztikus — ezekből adódóan terápiás szerepe is van. A ma befejeződő prospektív tanulmányok azonban még többségükben a Rapaport-féle klasszifikációt vették induláskor alapul. Így érthető az a kompromisszum, amit pl. az Országos Onkológiai Intézet is kialakított: közlések esetén — amennyire ez lehetséges — mindkét klasszifikációt párhuzamosan figyelembe veszik.

A nálunk Pécssett létrejött „nemzeti referencia centrum”-ot az osztákok is követendő megoldásnak tekintették.

Az előadások másik nagy csoportja az NHL-k diagnosztikus teendőivel, az ún. *diagnosztikus programmal, a radiológiai és az immunológiai vizsgálatokkal* foglalkozott. A hetvenes évek elején általános irodalmi trend volt olyan diagnosztikus programok kidolgozása, összeállítása — amelyek a szobajóval összes pathológiai, klinikai és laboratoriumi adatok regisztrálására: — szerepük matematikai objektívizálására törekedtek. Ez a cél vezetett a nagy beteganyagokon alapuló multicentrikus tanulmányok létjogosultságához. A mostani szimpozion után egyértelművé vált, hogy a kezdeti diagnosztikus programok sok adatára nincs feltétlenül szükség. Ahhoz, hogy a *klasszifikáció — az entitások klinikai relevanciája* — legfőképpen pedig a *therápia hatékonyságának* megítélésére vállalkozhassunk — kevesebb jól megválasztott adat rendszeres követése is elegendő. Ezzel a diagnosztikus programok beteg és orvos számára sokkal könnyebben megvalósíthatókká váltak. Ugyanakkor az is beigazolódott, hogy a felvetett kérdések megválaszolásához még nagyobb beteganyagra van szükség. Az egyes entitásokban (főleg a ritkábban előfordulóknak) még mindig nem rendelkezünk elegendő számú beteggel. Amennyire nélkülözhetetlenek a klasszifikációban a nálunk is alkalmazott immunológiai módszerek — annyira nem volt meggyőző az előadásokban szereplő újabb immunológiai vizsgálatok klinikai jelentősége. A radiológiai vizsgálati módszerek közül a *komputer-tomográfia* adta új lehetőségek és ezek klinikai jelentősége váltotta ki a legnagyobb érdeklődést.

A terápiával foglalkozó előadások sorában a „*terápiás stratégia*” egészének áttekintésére, az egyes kezelési eljárások ismertetésére, a szövödmények gyakoriságának és megelőzési lehetőségeinek elemzésére került sor. Kitérni akartam az arra, hogy a nemzetközi irodalmat alapul vevő bevezető referátum szempontjaihoz, illetve az oszták gyakorlathoz hasonlíthassuk a magunk munkáját, terápiás irányelveit. Kiderült, hogy a PAB és a VEAB malignus lymphoma munkacsoportjában kialakított *terápiás program és polychemoterápiás protokollok* kiállják a nemzetközi összehasonlítást. Az is látszott, hogy az elkövetkező években az eddigieknél hatásosabb gyógyszerek és protokollok bevezetésére van szükség — szinte minden enti-

tásban. A szombathelyi munkacsoport 5 év alatt észlelt és a POTE Cytológiai Centrumában konzultatív diagnossal megerősített, illetve klasszifikált 214 NHL-s beteganyag adatairól, a klasszifikáció és a chemoterapia elemzéséről számolt be. Ez a lényegében *kooperatív tanulmány* alkalmas volt arra, hogy nagyobb lymphoma tanulmányokhoz hasonlóan választ adjon a ma legidősebb kérdésekre.

Külön előadás foglalkozott a gyermekkori NHL-kal, azok kezelésével, az oszták munkacsoport LSA<sub>2</sub>L<sub>7</sub> (Wollner) — protokollal elért eredményeivel. Az előadásokat követő fórum *diskusszió* során a NHL-án túlmenően a *kísérletes és a klinikai onkológia és haematológia* számos kérdése — köztük pl. a malignus lymphomák epidemiológiája, az ezt befolyásoló környezeti tényezők, a sarvasmarha-leukosis és az emberi haemoblastosisok közti esetleges összefüggések, a NHL-k prognosztikus tényezői, a sugár- és chemoterapia számos kérdésének megbeszélésére került sor.

A szimpozion első napjának estéjén a steier orvoskamara tudományos egyesületében. Eckhard professzor a *daganatos betegségek kezelésének* mai helyzetéről — magam pedig a *klinikai haematológiában* alkalmazott *intenzív polychemoterapia* lehetőségeiről és határaitól tartottam előadást.

A szimpozion — amely a grazi onko-haematológiai munkát végző intézmények meglátogatásával zárult — kitűnő alkalom volt arra, hogy összehasonlítsuk a magunk helyzetét az osztákokéval. Nagyon mértéktartóan ítélve meg ennek az egybevetésnek a mérlegét azt mondhatjuk, hogy az onko-haematológiában elérjük a nemzetközi színvonalat, bizonyos kérdésekben pedig — így elsősorban *szakmai és tudományos szervezetszféra*ban, a *nemzeti referencia centrum működésével* — szomszédainknak is hasznosítható megoldásokat és tapasztalatokat tudunk nyújtani. Ugyanakkor az is világosan látszott, hogy *műszerezetszféra, laboratóriumi módszerekben, a korszerű gyógyítással összefüggő technológiában* nekünk van sok bepótolni valónk ahhoz, hogy a betegellátás színvonalát tartani tudjuk.

A 2 év múlva sorrakerülő hasonló szimpozionon a NHL-val kapcsolatban most felmerült kérdésekre akarunk — egymás beteganyagát alapul véve összehasonlító kooperatív kutatómunkával — választ adni.

A kétnapos tanácskozáson egyetlen szóval sem említettük a helysínki záróokmányt, ill. az ebből adódó teendőinket, mégis minden annak szellemében történt.

István Lajos dr.



**A IV. Nemzetközi Staphylococcus és Staphylococcalis Fertőzések Szimpozionról** (Varsó 1979. okt. 15—20.).

A Lengyel Tudományos Akadémia Mikrobiológiai Bizottsága negyedszer rendezte meg a Nemzetközi Staphylococcus és Staphylococcalis Fertőzések Szimpozionját. A szimpozionon 167 előadásban az alábbi témakörök kerültek megtárgyalásra:

1. *Micrococcaceae taxonomiája*. A *Micrococcaceae* család rendszertani alapjait a DNS bázis-összetétele, a citokrom rendszerek, a penicillin-kötő komponensek és peptidoglikán finom szerkezete képezik. A mindennapos bakteriológiai rutinmunkában azonban a rendszerezés az említett alapokon megoldhatatlan. Ezért kísérletek történtek a *Micrococcaceae* familia és a *Staphylococcus* genus osztályozására a kataláz, a pszeudokoaguláz és a lytikus aktivitás, a nyaláb (cluster) analízis, a szerológiai koaguláz tipizálás és a fágérzékenység alapján. Ez utóbbival kapcsolatban igen jelentős az olomouci V. Hájek új fág-szetje. A baromfiakból kitenyészített staphylococcusok taxonomiai jellemzése ráirányította a figyelmet az avián staphylococcusok esetleges human pathogenetikai szerepére.

2. *A gazdaszervezet válasza a fertőzésre*. A staphylococcus fertőzés lokalizálása a celluláris immunrendszer sejtjei összerendezett működésének eredménye. A subcelluláris alkotók közül a citolipidek (elsősorban zsírsavak) az abscessus kialakításában igen fontos szerepet játszanak. A staphylococcalis foszfolipidek is stimulálják a macrophagokat és növelik a fertőzéssel szembeni ellenállást. Emellett a *Staphylococcus aureus* stimulálja a perifériás vér lymphocytáinak immunoglobulin szekrécióját. Ugyanakkor a coccusok aktiválják a komplementet, ennek 3. komponense a coccusok felszínére kötődik és mediátorává válik a gazdaszervezet természetes védekezésének. Számos antibiotikum elnyomja a teikolsav-antigén elleni antitest kifejlődését. Az antistaphylococcalis ellenanyagok kimutatása legeredményesebb az IHA és RIA módszerrel.

3. *Staphylococcusok extracelluláris termékei*. Komoly előrelépés történt a haemolysinek hatásmechanizmusa tanulmányozásában mind biokémiai mind klinikai szinten. Ez utóbbiak közül igen fontos, hogy az alfa-toxin a perifériás idegek demyelinizációját okozza; az alfa-, béta-, gamma- és delta-toxinok pedig egyaránt mitogen hatásúak az emberi vér lymphocytáira. Nagy

teret kapott az exfoliatív toxinok genetikai háttere, termelésének kinetikája, kimutatása, tisztítása, kémiai szerkezete hatásmechanizmusa és immunogen hatása. Felfokozódtak a kutatások a staphylokináz és lipáz területén. Klinikailag fontos megállapítás, hogy a staphylococcus lizozim interferál a szervezet immunválaszával.

4. *Koaguláz-negatív staphylococcusok*. Epidemiológiai és klinikopathológiai jelentősége van többek között annak a megállapításnak, hogy a koaguláz-negatív staphylococcusok infektivitással nem rendelkeznek, de patogének, s ha „külső segítséggel” pl. cardiovascularis műtéttel, bejutnak a szervezetbe, megbetegíthetik azt.

5. *Experimentális fertőzések*. Egzakt módon bizonyították, hogy mind a nem ionizáló besugárzás, mind a kortikoszteroid kezelés fokozza a fertőzés megeredését. A baktérium oldaláról a toktermelés fokozza, az antibiotikum rezisztencia nem befolyásolja, az alfa-haemolysin és a koaguláz negatív mutáció csökkenti a virulenciát. Az *S. aureus* fertőzés hatására emelkedik a vér és vizelet katekolamin szintje. A nafcillin szubsztatikus koncentrációban stimulálja az *S. aureus* haemolysin termelését és a virulenciáját. E megfigyelésnek óriási a klinikai jelentősége, mert általánosítható az összes béta-laktam antibiotikumra, és mert az aludozírozott antibiotikus terapia eléggé gyakori. Figyelemre méltó a virulencia in vitro meghatározására bevezetett hidrofób interakciók kromatográfia.

6. *Antibiotikum rezisztencia genetikája és mechanizmusa*. Lényeges új megállapítás, hogy 0,1% olajsav I log egységgel növeli a methicillin rezisztencia és egyéb plasmidok transzféréjét. Egyesek újra megerősítették, hogy az aminoglikozid rezisztencia kromoszómális eredetű, míg a fucidinsav rezisztencia nem kromoszómás. A methicillin és novobiocin rezisztenciát olyan plasmid hordozza, mely integrálódik a kromoszómába. Klinikai és experimentális szempontból jelentős az a vizsgálat, mely megállapította, hogy az eddigi béta-laktám készítmények közül a methicillin a legstabilabb a laktamázokkal szemben mind in vitro mind in vivo.

7. *Epidemiológia és ökológia*. Az utóbbi időben megnövekedett a staphylococcus ételmérgezők, a furunculosisok, az állatokról emberekre terjedő staphylococcus fertőzések és az „egészséges” hordozók száma. Nőtt az antibiotikum rezisztens törzsek aránya, s az ezek által

okozott súlyos kórházi fertőzések száma. Külön gondot okoz a gentamicin-rezisztens törzsek terjedése, mert ezek ellen alig van hatásos antistaphylococcalis szer.

A staphylococcusok egyáltalán nem saprophyták a bőrön. A bőrfelszín fiziko-kémiai állapota és baktériumflórája alapvető fontosságú a staphylococcusok pathogenetikai tulajdonságainak érvényesülésében. A normális bőr felszínén a rövid láncú és telítetlen zsírsavak dominálnak, s ezek limitálják vagy gátolják az *S. aureus* szaporodását. Az *S. aureus* antagonistái a propioni-baktériumok, s ezek gátolják a bőr-laesiók kifejlődését. A bőr hosszúláncú telített zsírsavai és az olajsav fokozzák a staphylococcusok közötti plasmidátvitelt.

8. *Sejtköpeny*. Az előadások egy része a protein-A termelés gyakoriságával, a protein-A fiziko-kémiai tulajdonságaival, kimutatásának módszereivel és immunogen tulajdonságaival foglalkozott. Nagy teret kapott az *S. aureus* toktermelésének, a tokos törzsek kémiai, biológiai és immunológiai tulajdonságainak, valamint a tokképzés és antibiotikum rezisztencia kapcsolatának tanulmányozása.

9. *Infekció és terapia*. Az előadásokban foglalkoztak az aerob és anaerob staphylococcusok okozta bőr-, ízület-, csont-, lágyrész-fertőzés és septicaemia helyes és gyors diagnosztizálásával és terapiájával. Tanulmányozták egy sor szűkspektrumú antistaphylococcus szer és széles-spektrumú újabb antibiotikum farmakokinetikáját és antistaphylococcalis hatását, valamint az ezt befolyásoló tényezőket. Az elméleti jellegű előadásokból új eredmény, hogy a methicillin egyik támadáspontja az *S. aureus* foszfolipid szintézise. Érdekes ultrastrukturális vizsgálatot láthattunk a chloramphenicolal kezel *S. aureus* regenerációjáról. Elhangzott egy igen fontos összefoglaló előadás az anaerob coccusok (beleértve a staphylococcusokat is) identifikálásának menetéről. A jelenleg elfogadott diagnosztizálási séma a következő: 1. morfológiai vizsgálat, 2. tenyésztés, 3. újabb morfológiai vizsgálat, 4. zsírsav megoszlás vizsgálata gázkromatográffal, 5. biokémiai teszt, 6. antibiotikum érzékenység meghatározása.

A szimpozion anyagát monográfia formájában „Staphylococci and Staphylococcal Diseases” címen a Gustav Fischer Verlag (Stuttgart) cég 1980-ban kiadja.

Rozgonyi Ferenc dr.



## Orvostudomány

**Tudományos kutatómunka betegség mellett.** Comroe J. H. jr. (San Francisco, Calif.): *American Review of Respiratory Disease*, 1978, 118, 941—945.

Az orvosi tudomány eredménye nem mindig a laboratóriumi kutatás terméke, hanem abban gyakran közreműködik a betegágy mellett a klinikus, a gyakorló orvos, az orvostanhallgató, sőt néha maga a beteg is. Egy gyógyszernek ugyanis nemcsak egyetlen hatása, hanem sok olyan mellékhatása is van, amelyik némelyike egy másik betegség gyógyításában is hasznosítható. Századfordulónk elején a szifilisz gyógyszerre az arsphenamin, a bizmut és a higany volt. 1920-ban Bécsben a Wenckebach-klinikán egy *Vogl* nevű harmadéves orvostanhallgatónak a főnöke azt az utasítást adta, hogy egy veleszületett szifiliszos betegnek másnaponként adjon be 1 cm<sup>3</sup> higany salicylat injekciót. Mivel a gyógyszer hiányzott a klinika patikájából, *Vogl* e helyett egy másik új higanyvegyületet, novasurolt adott be a betegnek. 24 óra múlva észrevette, hogy az eredetileg ödémás beteg vizelete 200-500-ról 1200, a harmadik napon pedig 2000 ml-re emelkedett. *Vogl* felfedezte a higany húgyhajtó hatását. Ezután egy másik szifiliszos betegnek is adott novasurolt, amire a beteg másnap 10 liter vizeletet ürített. Így lett a novasurolt 38 éven át elsőrendű húgyhajtó szer.

A szájon át szedhető húgyhajtó szerek felfedezéséig vezető út hosszú volt. 1938-ban klinikusok állapították meg, hogy a szájon át adott sulfanilamid fokozott nátrium kiürítését képesen acidózist okoz. Ezután a vese-fiziológusok megállapították, hogy a vese tubulusaiban egy enzim: carbon anhidras van, aminek az aktivitását a sulfanilamid fokozott nátrium és vizeletürítés kíséretében gátolja. Így indult meg a kutatómunka a vegyi gyárakban egy olyan gyógyszer után, ami ezt az enzimet gátolja. Erre nagy volt a szükség, mert Amerikában több mint egy millió embernek volt szívbetegség társult ödémája. 1956-ban állították elő a chlorothiazid Diuril néven, amit 1958-ban bocsátottak forgalomba. 1957 szeptemberben egymástól függetlenül két közleményben is beszámoltak arról, hogy a chlorothiazid essentialis hypertenzióban csökkenti a vérnyomást. Az Egyesült Államokban akkor 20 000 000 embernek volt hypertenziója, így a másodrendű thiazid

vegyületből azonnal elsőrendű gyógyszer lett.

A szájon át szedhető cukorbetegséget ellenes gyógyszerek kutatása 1942-ben kezdődött, amikor *Janbon* és mtsai észrevették, hogy egy húgyhajtó szerrel, a sulfanylamiddal kezelt betegben a vércukor csökkent. Kiderült, hogy ez a szer a hasnyálmirigyben fokozza az inzulin kiválasztást. Ezután készítettek sulfonyl urea vegyületből előbb carbutamidot, azután pedig tolbutamidot, ami alacsony toxicitású szájon át adagolható hypoglycaemiás szer lett.

1942-ben *Svartz* elhatározta, hogy összekapcsol egy baktériumellenes szert, a sulfapyridint egy gyulladás elleni szerrel, salicylattal abban a reményben, hogy az hatásos lesz a reumás ízületi gyulladásos betegekben. Az új gyógyszer, a salazopyrint véletlenül egy olyan betegben próbálta ki, akinek a sokízületi gyulladása mellett fekélyes colitise is volt. Az új gyógyszerrel a beteg reumás panaszai nem csökkentek ugyan, colitise azonban teljesen meggyógyult.

A szájon át szedhető vérárvadást gátló szerek felfedezése is klinikai megfigyelésnek köszönhető. *Schofield* állatorvos azt észlelte, hogy néhány szarvasmarha gyorsan növekvő bőr alatti ödémában órákon belül elhullott. 1922-ben közölte, hogy ezek az állatok mind édes lóherét ettek, valamennyinek külső vérzése vagy belső folyadékgyülem volt és vérük lassan alvadt meg, vörösvérsejtjeik száma kevés, a vér prothrombin értéke pedig alacsony volt. Erről azonban sem *Roderick*, aki 1929-ben felfedezte a lóherébe teget, sem *Rink*, aki 1931-ben izolálta a dicumarolt, nem tett említést. A dicumarol volt az első szájon át adható vérárvadást gátló szer. Később patkányméregként is használták.

Holland Kelet-Indiában volt egy beteg, akinek a malária mellett pitvari fibrillatioja is volt. Kinint szedett, mire nemcsak a malária, hanem az addig gyógyíthatatlannak tartott pitvari fibrillatio is meggyógyult. Erről sikerült a betegnek meggyőznie Bécsben *Wenckebach* professzort, akinek a kérésére a vegyészek előállították a chinidint.

1941-ben egy betegnek szívkatéteres vizsgálat közben megállt a szívverése, ami sem direkt masszázssal, sem elektromos defibrillációra nem indult meg. A szívbe adott procain injekció is hatástalan volt. Két lidocain injekció után elektromos defibrillációval 40 perc múlva a szív működés megindult. Ez volt az első eset, amelyben lido-

cain antiarrhythmias szerként alkalmazták.

A diphenylhydantoin 1938 óta használták az epilepszia tüneti kezelésére. 12 év múlva *Harris* és mtsai megállapította, hogy ez a szer a szívre is hat. Erről azonban a cardiológusok 1958-ig nem vettek tudomást, amikor *Leonard* egy életveszélyes állapotban levő kamrai tachycardiás betegnek intravenásan adott diphenylhydantoin injekcióval megmentette az életét.

Lehetne még folytatni a sort. A promin gyenge tbc elleni és hatásos lepra elleni szer. Az antihistaminok hatásos mozgásbetegség elleni szerek is. A rifampin nemcsak a tbc ellen, hanem a meningococcus okozta agyhártyagyulladás ellen is aktív. Az aszpirin bezárja a nyitott ductus arteriosust újszülöttnél. A reserpin elmebetegség és essentialis hypertensio gyógyítására is alkalmas. A probenicid gátolja a penicillinnek, fokozza a húgsavnak a vizelettel való kiürülését és javítja a golyva gyógyulását is. A propranolol egyaránt alkalmas az angina pectoris, arrhythmia, a thyrotoxicosis és a hypertensio gyógyítására.

Ejött tehát az ideje annak, hogy a klinikai és a laboratóriumi tudományos kutatók közelebb kerüljenek egymáshoz. *Pongor Ferenc dr.*

## Megtermékenyítés kémcsőben.

Ch. Lauritzen (Universitäts-Frauenklinik, Ulm): *Dtsch. Med. Wschr.*, 1979, 104, 1791.

A szerző a szak- és világsajtóban nagy feltűnést keltő eseménnyel, az első „lombikbébi” megszületésével kapcsolatban írja le ennek módszerét.

A petesejtet az első időkben gonadotrop hormonnal (HMG, HCG) történő petefészek-stimulálás útján nyerték. Ennek az az előnye, hogy az ovariumokban egyszerre több, felrepedés előtt álló tüsző is keletkezik, hátránya viszont, hogy a relatív oestrogén-túlsúly és a corpus luteum-fázis megrövidülése az endometriomot „rosszul készíti elő” a petesejt befogadására, és ezért az implantatio bizonytalan, vagy ha meg is történik, a terhességet a későbbiek során megtartani nem sikerül. Ezért ma, főleg normális cyclusú nőn, az LH-szintet mérik, és mikor ez a csúcs-szintet eléri, akkor néhány órával ezután végzik a laparoscopiát és 0,8 mm átmérőjű csővel a petesejt és a tüszőfolyadék kiszívását, mert ez a csúcserték jelenti azt, hogy az ovariumban egy tüsző éppen felrepedés előtt áll. (Ref.: a petesejttel együtt a corona radiata sejtjeit is kiszívják. Ez és a tüszőfolyadék azért fontos, mert ebben progesteron van, ill. fog termelődni, és ez a vegyület, ill. származékai szükségesek az ondósejtek aktiválásához, ami viszont a petesejtbe való behatoláshoz szükséges. A behatolás ugyanis a sper-

mium elülső részén levő akrosoma és ennek is legelülső része, a perforatorium feladata, bár a spermium fejének incorporálásában, elektronmikroszkópos vizsgálatok szerint, a petesejt mikrovillusai is aktívan részt vesznek. Az akrosoma viszont: átalakult lysosoma, a progesteron és származékai pedig: a lysosomal membránt de-stabilizálják; így a lysosomal enzimek kiszabadulása útján segítik elő a spermium fejének behatolását a petesejtbe).

Miután mikroszkóppal ellenőrizték, hogy a petesejtet is sikerült-e kiszívni, a kiszívott anyagot megfelelő táptalajba (pl. Tyrode-oldat) juttatják. Itt adják hozzá a frissen nyert, mosott spermiumokat. 6 óra múlva, mikor az első sejtoszlás kezdődik, a megtermékenyített petesejt újabb táptalajba (Ham F 10) kerül, melyhez piro-szólósav valamelyik sóját és a nő saját serumát is hozzáadják. A „lombikban” azonban a petesejt lassabban fejlődik, mint a tubában, ill. uterusban; az ottani 105 órának itt pl. 145 felel meg. Általában a 2-sejtes stádium 6 óra, a 8-sejtes 3 nap, a korai blastocya-stádium 4,5 nap alatt alakul ki.

Az átültetés sikere nagyfokban függ attól, hogy a megtermékenyített petesejt kora és az endometrium post-ovulációs állapota között időbeli egyezés (synchronisatio) fennáll-e. (Ezért hagyják el a gonadotrop-hormonos stimulálást). Az átültetés legkedvezőbb időpontját nem ismerjük. Az eddigi 4 bekövetkezett terhesség esetében ezt 8-16 sejtés stádiumban végezték; vékony csővel a cervixen át behatolva az uterus fundusába. Érdekes módon kedvezőbb a helyzet, ha ezt késő este, vagy éjszaka végzik. A bekövetkezett terhességet hormonvizsgálatokkal, ultrahanggal, később amniocentesissal gondosan ellenőrzik.

Az eljárás veszélyei fejlődési rendellenességek, szülési rendellenességek tekintetében minimálisak. Előfordulhat (de ez normális úton létrejött terhességnél is előfordul), hogy a petesejtet 2 ondósejt termékenyíti meg; az eredmény: triploid embryo, mely természetesen igen korán elpusztul. A normális úton létrejövő megtermékenyített petesejt fele is elpusztul — a helyzet itt is azonos. Állatokon (egér, nyúl, birka, szarvasmarha, disznó, ló), ahol a módszert jobb húsmínőség, nagyobb tejhozam, betegségekkel szemben ellenállóbb fajták létrehozása céljából már több ezer esetben alkalmazták, tisztán technikai okokból, az eljárás eredményessége: 50%, így végül is siker tehát az esetek  $\frac{1}{4}$  részében várható, amit a leendő szülőkkel természetesen fontos előre közölni. Szerencsére a laparoscopia és petesejtnyerés többször is megismételhető.

A módszer több, kitűnően begyakorolt, kiválóan képzett szakem-

berből álló team legalább 7 napos, szoros együttműködésén alapuló munkáját igényli. Költségei ennek ellenére nem nagyok. Norfolkban, Virginiában (USA) alapítványokból máris létesítettek egy kórházat, ahol 1980 elejétől a módszer sikeres alkalmazója, *Stepto*, tevékenységét tágabb keretek között folytathatja, mint Angliában. A jelentkező betegek száma máris 500 körül van. Ez nem nagy szám, ha meggondoljuk, hogy egyedül az NSZK-ban legalább 100 000 olyan nő van, akinek tubái elzáródtak, vagy extraut. grav. miatt eltávolításra kerültek. És bár ezeknek csak nyilvánvalóan egy része kíván gyereket, mégis a problémával az NSZK-ban is komolyan foglalkozni kezdtek, Hannoverben 1976-ban egy a tárggyal foglalkozó kongresszust tartottak, majd főleg a kieli és lübecki női klinikák láttak neki a megvalósításnak. Ismertté vált, hogy már az NSZK-ban is létrejött az első ilyen, sikeres terhesség, és valószínűleg hamarosan újabbakkal is lehet számolni.

A módszer javallata elsősorban: tuba-elzáródás, vagy hiány. Komoly erkölcsi aggály az eljárással szemben tehát nem merülhet fel. Az eljárás egyéb, jogi veszélyei (bér-szülőnők megjelenése; idegen, nem a férjtől származó sperma felhasználása; más nő petesejtjének felhasználása, ha a gyereket akaró nőnek saját petesejtje nincs stb.) a szerző szerint minimálisak (ref.: főleg a jogászai spekulációk, írói, újságírói fantáziák termékei); a szükséges teammunka ezek lehetőségét már eleve valószínűtlenné teszi.

A szerző, az ulmi Női Klinika professzora, végül a módszer első sikeres kivitelezőit: a nőgyógyász *Stepto*t és a genetikus *Edwards*ot, Nobel-díjra javasolja.

(Ref.: *Hogy ennek a tényleg világraszóló eredménynek a megszületése nem volt könnyű, mutatja, hogy már 1970 táján olvashatók voltak olyan cikkek, melyek megtermékenyített emberi petesejt sikeres tenyésztéséről számoltak be. Stepto* 1971-ben, a *Nature*-ban közzölt cikkében, már 159 órá, 116 sejtés stádiumig jutott: jól fejlett embryo-pajzsot, blastocoelt, trophoblastot jelentett ez, ami már implantálásra alkalmas volt. 1974-ben már arról lehetett olvasni, hogy emberi magzat fejlődését méhen kívül 240 óráig tartó, tehát 10 napig sikerült biztosítani. Ez organogenesis, szervképződés kezdetén azonban a differenciálódás, mai módszereinkkel még, kórossá válik, a magzat fejlődése eltorzul; ezért kell az implantációt jóval előbb elvégezni. A módszer mindenesetre áldás lesz azoknak a nőknek, akik alkalmatlan tubáik miatt eddig anyákká nem lehettek.) Szőnyi Ferenc dr.

**A schizofrénia és a rák kapcsolata.** R. M. Roppel (Biomechanics Department, East Fee Hall, Michigan State University, East Lansing, Michigan 48824, USA): *Agressologie*, 1978, 19, 239.

A szerző statisztikai adatokból indul ki, amelyek szerint a schizofrén betegek rákhalálása alacsonyabb az átlagnépességénél. Ennek magyarázatára azt a hipotézist állítja fel, hogy a rákot és a schizofrénit azonos mikroorganizmus okozza. Áttekint nagyszámú olyan közleményt, amely rákos szövetekből izolált mikroorganizmusokról számol be, és nagyszámú olyan publikációt, amely a schizofrénia mikroorganizmus által keltett körederetét bizonyítja. Mindkét típusú közleménysorozat főleg a negyvenes és ötvenes évekből származik, de van közöttük sok újabb írás is. A rák és a schizofrénia kórokaiként feltételezett mikroorganizmusok jellemzői a közlemények nyomán azonosnak tűnnek. Ebből következett arra a szerző, hogy közöttük legalábbis rendszertani rokonság állhat fenn, ebből eredően antigénhatásuk hasonló és a szervezet hasonló immunreakcióval válaszol.

(Ref.: *A meghökentető közlemény csak arra mutat, hogy az orvosi szakirodalomban sajnos minden képtelenség megtalálható. Komoly szakember aligha képviseli a schizofrénia mikroorganizmus-kórederetét, de a rákról sem tettelek fel azt, hogy — mikrobális vagy mycoplasmaszerű, tehát fénymikroszkópos nagyságrendű — élő szervezet fertőző hatása okozná. A schizofrénia bakteriális eredetét alátámasztó közlemények címei igen szuggesztívek, a szerzők a neuropathológia ismert alakjai. A tanulmány újabb illusztráció arra vonatkozóan, hogy a szakirodalom állításait nagy fenntartással kell fogadni. A fertőző ágens feltételezése az előző generáció „biológiai pszichiátriájának” egyik divatos tétele volt, érdemes lenne a korszak közleményanyagát orvostörténetileg és módszertanilag elemezni, hátha olyan tanulságok lennének leszűrhetők, amelyek a mai — a korábnál sokkal divatosabb és fejlettebb — biológiai irányzatok tévedési lehetőségeit csökkenthetnék.)*

Buda Béla dr.

**Statisztikai hibák a British Journal of Psychiatry cikkeiben.** S. J. White: *British Journal of Psychiatry*, 1979, 135, 336.

A szerző tanulmányozta egy év cikkanyagát a folyóiratban (1977 közepétől 1978 közepéig) és megállapította, hogy a 168 cikk közül 139-ben voltak szám adatok és statisztikai számítások. A szerző a statisztikákat ellenőrizte. 63 cikkben talált statisztikai hibákat. Legalább egy olyan cikk volt, amelyben bizonyítható volt, hogy a hiba nyomán hibás következtetés született, de

# Linolac<sup>R</sup>

## GYÖ



A Linolac kémiailag és mikrobiológiailag ellenőrzött tej, demineralizált savó, növényi zsír, tejcukor és ásványi anyagok homogenizátumából porlasztva szárítási gyártástechnológiával előállított tápszerkészítmény. Adalékanyagként vitaminokat és vasat tartalmaz. Tej alapú tápszerkészítmény; kémiai összetétele megközelíti az anyatejét.

---

# Linolac<sup>R</sup>

## GYÓGYTÁPSZER



### ÖSSZETÉTEL

	<i>Linolac</i> tápszerpor, %	<i>Linolac</i> fogyasztásra kész tápszeroldat, g/100 ml	Anyatej, g/100 ml
Fehérje	12,5	1,5	1,2
Zsír	26,5	3,3	4,0
Laktóz	56,1	6,9	7,0
Ásványi anyagok + vitaminok	1,9	0,2	0,2
	100 g = 513 Kal	100 ml (1 dl) = 65 Kal	100 ml = 71 Kal

### Vitamintartalom 100 ml- (1 dl-)ben

Vitamin A	300 NE
Vitamin B <sub>1</sub>	0,08 mg
Vitamin B <sub>2</sub>	0,12 mg
Vitamin B <sub>6</sub>	0,05 mg
Vitamin C	6,00 mg
Vitamin E	1,00 mg
Biotin	0,01 mg
Niacin	0,80 mg
Ca-pentotenát	0,20 mg

### JAVALLAT

Mesterségesen táplált, 4,5—5 kg-nál nagyobb testsúlyú csecsemők tartós táplálására alkalmas tej alapú tápszerkészítmény.

### A TÁPSZEROLDAT ELKÉSZÍTÉSE

A dobozban levő adagolókanálkával (1 kanál tápszerpor = 5 g) annyiszor 3 lesimított kanálnyi tápszerport veszünk ki (kb. 15 g-ot), ahány deciliter (100 ml) tápszeroldatot akarunk készíteni.

A tápszeroldatot felforralt és 60 °C-ra hűtött vízzel készítjük el. A gyógytápszerhez további adalékanyagok (pl. cukor) hozzáadása szükségtelen.

A már felbontott dobozból a tápszerport két héten belül fel kell használni!

### ADAGOLÁS

Ha az orvos másként nem rendel, az egyszeri adag 150—200 ml, azaz 1½—2 dl tápszeroldat. Ezt a mennyiséget a szokásos napi 5 etetés közül 3, legfeljebb 4 alkalommal kapja a csecsemő.

**Megjegyzés:** 1 éven aluli csecsemők részére, gyógyítás céljára, táplálkozási zavaraik megszüntetéséhez rendelhető, minden esetben térítésmentesen. Rendelésére jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító- megelőző ellátás keretében a csecsemő-ellátás a feladatkörükbe tartozik.



Csomagolás: 500 g 33,— Ft



*Égyt* GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR, BUDAPEST



több cikk bizonyos következtetéseivel kapcsolatosan merült fel jogos kétely a talált hibák miatt. A szerző részletesen ismerteti a hibák fajtáit és be is mutat közülük néhányat illusztrációként. Számos statisztikai elvet ismertet és ajánlja, hogy a pszichiátereknek is többet kellene tudniuk a statisztikai módszerekről és tudományos munkáikban fokozottabban kellene igénybe venniük orvosi statisztikusok segítségét. A szerző ugyanolyan arányban talált hibát a pszichiátriai lapban, mint egy korábbi vizsgálat a British Journalban, holott a két folyóirat egészen más forrásokból kap cikkeket és a vizsgálat módszerei között is volt eltérés.

Buda Béla dr.

## Munkaegészségügy

**A tüdő organikus és anorganikus anyagok által okozott körbonctani elváltozásai a munkaegészségügy keretében.** Lesch, R. (Pathologisches Institut der Universität, 7800 Freiburg): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 614.

A tüdő organikus és anorganikus anyagok által okozott elváltozásaira a hörgőfa heveny és idült-destruktív elváltozásai jellemzők a tüdőállomány obstruktív károsodásának a kíséretében. A tüdőben primer fibrotizáló folyamat alakulhat ki, ami lehet diffúz vagy gócos. A röntgenképen súlyos vagy enyhe elváltozás látható. Alveolitis, interstitialis proliferatív fibrosis vagy hegesedés jöhet létre tuberculoid reakcióval. Ezek a körképek össze is folytathatók egymással. A fibrosis kóroktana sokrétű, egyes típusainak a megállapítása csak ritkán sikerül. Ehhez gyakran kémiai, immun- és fizikális vizsgálatok szükségesek. A rokkantság fokának a megállapításához sokszor speciális vizsgálatok szükségesek. A szöveti kép a kórjellet szempontjából lényeges. Általában steroid vagy immunsuppressív kezelés jöhet szóba. Alkalmazásukat a gyulladást beszüntető és a hegszövetet szabja meg. A kezelés célja: a hegesedés megakadályozása.

Pongor Ferenc dr.

## Röntgenvizsgálattal kórismézhető elváltozások pneumoconiosisban.

Warth, G. (Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers, Innere Abteilung): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 622.

Az új meghatározás szerint pneumoconiosisban a tüdőben porfelhalmozódásról és az általa kiváltott szöveti reakcióról van szó. A por, az élettelen részecskék tömege aerosol formában jut be a tüdőbe. A pneumoconiosisnak van kollagént okozó és kollagént nem okozó formája. Az előbbire az alveolusok tartós pusztulása jellemző, amit közepes vagy erős kollagén szöveti reakció

és a tüdőben hegképződés követ. Az utóbbi esetben az alveolusok épek maradnak, a szöveti reakció minimális és reverzibilis. A kollagént okozó pneumoconiosist a fibrogén porok: a kvarc és az azbeszt hozzák létre. A porbelégzés csoportjába sorolható még a byssinosis, a beryllosis és a farmertüdő is. Ezek azonban nem pneumoconiosisok, mert nem bizonyos, hogy ezek a porok a tüdőben akkumulálódnak. A pneumoconiosisok röntgenképen való ábrázolhatósága a fibrózis mértékétől, a granuloma kollagén tartalmától és a belégzett por atomsúlyától függ. Az NSZK-ban a pneumoconiosisok közül a szilikózis és a szilikotuberkulózis a leggyakoribb porártaalom. A porbelégzéssel rokkanttá nyilvánítottak 88%-a szilikózisos. Nem maga a belégzett por, hanem az általa okozott szöveti reakció adja a röntgenképen látható árnyékokat. A kvarcpor-szilikózis a vegyes por által okozott szilikózis-tól röntgenvizsgálattal is elkülöníthető. Előbbiben a góc éles, utóbbiban elmosódott szélű, nagyobbodásra és beolvadásra hajlamos.

A szerző a következő kísérletet végezte: egészséges felnőttek mellkasára röntgenképen árnyékot adó vékony papírban köbcéntiméterenként 0,4, 0,5, 0,82 és 1,28 g szénport helyezett. Megállapította, hogy 0,4 g szénpor 10 mm rétegvastagságban, 0,5 g 8 mm, 0,82 g 5 mm és 1,28 g szénpor 3 mm rétegvastagságban adott a röntgenképen ábrázolható árnyékot. Minél sűrűbb volt tehát a szénpor, annál vékonyabb réteg volt szükséges a röntgenképen való ábrázolhatósághoz. Az ember tüdejében 0,4 g szénpor volt köbcéntiméterenként az a minimális mennyiség, ami a röntgenképen árnyékot adott. Közét esetén ez a mennyiség 0,2 g volt. Az NSZK-ban a pneumoconiosisok 4%-a asbestosis, ami nem gócos elváltozás, hanem a por által indukált diffúz fibrózis. A korai szakban röntgenvizsgálattal nehezen kórismézhető. A magas atomsúlyú bárium-szulfát belégzése barvtosist okoz. A röntgenképen finom kerek, néha szögletes képet mutat. A vaspor tartós belégzése vastüdő, tüdősiderosist hoz létre. Főleg a hegesztők betegsége. Lényeges tüdőfunkció károsodással nem jár.

Pongor Ferenc dr.

**A szilikotuberkulózis Ausztriában biztosítás-orvosi szempontból.** Muhar, F. és mtsai (2. Interne Abteilung des Pulmonologischen Zentrums der Stadt Wien, Baumgartner Höhe; Institut für Umwelthygiene der Universität Wien): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 627.

Ausztriában az 1967, 1971 és 1976 években a szilikózisos betegek száma 1319, 1218 és 1115, ebből szilikotuberkulózisos 172, 199, ill. 211 volt. A szilikózis és a szilikotuberkuló-

zisos betegek aránya 7:1, 5:1 és 4:1 volt. Kevesebb lett a szilikózisos és több lett a szilikotuberkulózisos beteg. A szilikózis súlyos voltában azonban változás nem történt. A tbc hatásos kezelése következtében a szilikotuberkulózis miatt rokkanttá nyilvánított betegek száma csökkent. A szilikotuberkulózisban meghaltak életkora a 60. életévtől előbbre helyeződött. A szilikózis és a szilikotuberkulózis aránya 1967-ben a szénbányászokon 13,9:1, a kőfaragókon 3,7:1, az építőipari munkásokon 3,7:1 és a vasmunkásokon 11,2:1 volt. Ezek a számok 1976-ban a szénbányászokon és a kőfaragókon 4,3:1, üveggyári munkásokon 3,6:1, fémmunkásokon 11,8:1 és építő munkásokon 3,2:1 voltak. A szilikotuberkulózisban meghaltak gyakorisága az életkor előrehaladásával egyre emelkedett. 100%-ban rokkant lett szilikotuberkulózisban az építőmunkások 32,3%-a, a kőfaragók 31,2%-a, a fémpari munkások 21,8%-a, a kerámiaiparban 19,2%, a bányászok 16,8%-a és az egyéb csoportban 8%. A szilikotuberkulózis volt a halál oka a betegek 66%-ában. A szilikotuberkulózisban és a hörgőrákban meghalt betegek száma az utóbbi évtizedben fokozatosan emelkedett.

Pongor Ferenc dr.

**Az anorganikus porok által okozott pneumoconiosisok klinikuma és megelőzése.** Ulmer, W. T. (Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten „Bergmannsheil Bochum“, Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 633.

Az NSZK-ban a leggyakoribb pneumoconiosis az anthracosilicosis és az asbestosis. Az anthracosilicosis röntgenképen jól határolt góccok láthatók. E körképet aszerint, hogy a góccok 1,5, 1,5-3 vagy 3-10 mm nagyságúak, p, q és r betűvel jelöljük. Ha a góccok összefolynak és 5 cm nagyságúak a betűvel, ha a tüdőmező egyharmadát töltik ki, B betűvel, ha ennél is nagyobb, C betűvel jelöljük. A röntgenkép és a tüdőfunkció közti kapcsolat laza. Lehet a röntgenlelet súlyos, a légzésfunkció károsodás pedig enyhe és fordítva. A tüdőfunkcióra az obstructív hörgőhurut jellemző. Az artériás vérgázértékek nyugalomban is, de főleg terheléskor alacsonyok. Az anthracosilicosis antibiotikum, hörgőtágító szerek és cortison kezelésre jól reagál. Gondos kezeléssel az anthracosilicosisos beteg olyan magas életkort is elérhet, mint a port be nem légzett beteg. Sikeresen kezelhető a tbc-vel szövődött anthracosilicosisos beteg is.

Az asbestosis röntgenképen a góccok a tüdőben összefolynak és gyakran ráterjednek a mellhártyára és a szívburokra, amiből sokszor mellhártya-mesothelioma keletkezik. Kiterjedése szerint az as-

bestosist s, t és u betűvel jelöljük. A tüdő röntgenlelete és a légzés-funkció károsodása e betegségben sem mindig arányos egymással. Jelmező az asbestosisra, hogy a légzés-funkció súlyosan károsodott lehet már a betegség korai szakában is. A vitálkapacitás, a Tiffeneau-érték, a compliance és a vérgáz értékek alacsonyak, ami a diffúzió zavarára utal. Kérdéses, hogy az asbestosis terjedését cortison kezeléssel fel lehet-e tartóztatni. Mindkét porbetegség megelőzésében fontos a porártalom csökkentése és a dohányzás mellőzése.

Pongor Ferenc dr.

**Az organikus porok által okozott pneumoconiosisok megelőzése és klinikuma.** Antweiler, H. (Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 640.

Az organikus porok által okozott byssinosist, a gypottüdőt, valamint a farmertüdőt újabban az NSZK-ban foglalkozási betegségnek minősítették. A byssinosist az exponáltaknak mintegy 15-20%-ában kb. 20 µm nagyságú gypotpor belégzése okozza. Klinikai tünetei rendszerint a hét első munkanapján, hétfőn reggel kezdődnek nehézlégzés, mellkasszorítás és általános gyengeség kíséretében láz nélkül. Éveken át tartó expozíció után ezek a tünetek minden munkanapon jelentkeznek és idült hörghurut alakul ki. Kezdetben a nehézlégzés csak mintegy fél óráig tart, ami később állandósul. Állatkísérletek szerint a tüdőelváltozást nem maga a gypotpor, hanem a hízósejtek-ből kiszabaduló histamin és egyéb hörgőgörcsöt okozó anyag hozza létre. A toxikus betegség kóroktanában thermoactinomyces vulgaris, micropolyspora faeni is részt vesz. Heveny formában a tüdőben tüdőgyulladás, idült formában fibrózis látható. A tüdőfunkcióban obstruktív légútzavar észlelhető. A kórisma precipitációs és fluorescens-haemagglutinációs próbával megérősíthető. Kezelésére isoprenalint, orciprenalint, ascorbin-savat és antihistaminokat ajánlatos adni.

A farmertüdőt penészes széna, száma gombás porának a belégzése okozza. A porbelégzés után 4-8 óra múlva hevenyen kezdődik broncho-pneumonia tüneteivel. Restrictív jellegű légútzavarral jár. A heveny szakban teljesen meggyógyulhat, idült állapotban tüdő-fibrózissal végezhető. Ugyancsak thermophil actinomyceták okozzák. A heveny szakban glucocorticoidok, lázcsillapítók, az idült szakban dinátrium-cromoglycat, isoprenalin és orciprenalin adása szükséges. Hasonló klinikai tünetekkel jár az antinomycetákkal fertőzött klímaberendezés porának a belégzése, valamint a madártenyésztők betegsége is. Utóbbit nem thermophil actinomy-

ceták, hanem az állat véréből, bőréből és tollából kimutatható idegen fehérjeanyagok okozzák. Kóroktanában exogen allergiás alveolitis szerepel. Kezelése olyan, mint a farmertüdő. Mindezek a betegségek a porártalom megszüntetésével megelőzhető.

Pongor Ferenc dr.

**Leukaemia ethylen oxiddal dolgozó munkásokon.** Hogstedt, C., Malmqvist, N., Wadman, B. (Departments Occupational Medicine and Medicine, Regional Hospital, Örebro, Sweden): JAMA, 1979, 241, 1132.

Az ethylen oxidot 1920 óta használják a kereskedelemben, mint fertőtlenítő szert az élelmiszerek, ill. a kórházi műszerek sterilizésére. A toxicológiai könyvek említést tesznek a szer bőrirritáló hatásáról, de az utóbbi időben a mutagen hatása került inkább előtérbe.

A szerzők 1972-1977 között Svédországban műszersterilizésre használt ethylen oxid és methyl formát tároló helyiségben dolgozó munkások szűkebb csoportjában 3 leukaemiás eset előfordulását észlelték. Mindhárom esetben a ethylen oxiddal való kapcsolat hosszabbnak mondható.

Egy 45 éves nő 6 éve dolgozott ezen anyagokat raktározó helyiségben. 1972-ben anaemia, anorexia és splenomegalia tüneteivel utalták kórházba. A magas fvs- és thrombocyta-szám a perifériás és a csontvelőkép chronikus myeloid leukaemiát igazolt. A beteg 5 évig busulfan kezelésre jól reagált, majd ezt követően blastos transformatio lépett fel és meghalt.

Egy másik 36 éves nőt 8 éves munkaviszony után suffusiókkal, orrvérzéssel és metrorrhagiával szállították kórházba. A csontvelőkép akut myeloid leukaemiának felelt meg. Több mint egyéves chemotherapy után még komplett haematológiai remissióban volt.

A harmadik egy 56 éves férfi, aki 9 éves expositio idő után vérzékenységgel nyert felvételt. A laboratóriumi leleteiben monoclonalis IgM növekedést, a csontvelőben lymphoid és plasmasejtes infiltrációt észleltek. A diagnosis Waldenström-féle macroglobulinaemia volt, ezért plasmapheresis, melphalan és prednisolon kezelést kapott. A betegség 2 éves fennállása és kezelése után a beteg állapota romlott, therapia resistens haemolysis lépett fel és meghalt.

A szerzők a 3 eset klinikai feldolgozása során megemlítik, hogy egy-egy ágens széles skálájú cytogenetikum aberrációt okoz. Az ethylen oxid és methyl formát veszélyt jelenthet, bár ez utóbbi szervezetet érintő hatása még alig ismert. A vizsgálatok szerint kevésbé illékony anyag és a DNS-szerkezet megváltozását eredményezi. Az említett esetek észlelését követően környezetanalízist végeztek és megállapították, hogy a tároló helyen az

anyagok koncentrációja magasabb, mint a sterilizáló helyiségben. A levegő minták értéke 2-70 ppm volt, az átlagos koncentráció pedig  $20 \pm 10$  ppm-nek adódott. Felhívják a figyelmet, hogy az ethylen oxid előfordulása gyakori a különböző munkahelyeken, az USA-ban pl. ezek száma mintegy 100 000-re tehető. A nagyszámú előfordulás miatt az ipari higiéné jelentőségét hangsúlyozzák. A környezetvédelmi szervezet, valamint a Nemzeti Egészségügyi Biztonsági Szolgálat maximalta az ethylen oxid koncentrációját, ami nem haladhatja meg a 10 ppm-et egy 8 órás munkaidő alatt.

(Ref.: a jelenlegi osztályozás a Waldenström-féle megbetegedést — ellentétben a szerzővel — a malignus lymphomák közé sorolja.)

Misz Mária dr.

**Az epoxigyanta áthatolása védőkesztyűn.** Pegum, J. S. (Lond. Hosp., Whitechapel): Contact Dermatitis 1979, 5, 281.

Egy bisphenol A típusú epoxigyantával dolgozó gázszerelő kezén dermatitis lépett fel. Sem a műanyag-, sem a gumikesztyű viselése nem tudta kivédeni a gyanta áthatolását. Így a dolgozó foglalkozásváltoztatásra kényszerült. Kívánatos lenne olyan védőkesztyű előállítása, mely nem átjárható gyanta számára. Nem szenzibilizált egyének számára ennek ellenére hasznos a rendelkezésre álló kesztyűk hordása, mert csökkenti a felszívódó allergén mennyiségét és ezzel csökken az allergizálódás kockázata.

Korossy Sándor dr.

**A HLA-A, B, C és DR antigén specifikus hatásának a vizsgálat a galambtenyésztők betegségeiben.** Rodey, G. E. és mtsai (Departments of Medicine, Pathology, and Preventive Medicine, The Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wis): American Review of Respiratory Disease, 1979, 119, 755.

A galambtenyésztők betegsége túlérzékenységi pneumonitis, amit a galamb antigénjei okoznak. Heveny formája 4-6 órával az antigén hatása után láz, leukocytosis, tüdőfunkció csökkenés, a tüdő röntgenképén pedig diffúz tüdőbeszűrődés formájában jelentkezik. Ezek a tünetek a fertőző környezet elhagyása után egy vagy több nap múlva szűnnek meg. Idült formája: a túlérzékenységi pneumonitis lassan alakul ki légzészavarok kíséretében. Ez a betegség a fertőzötteknek csupán alacsony, 4-20%-án fejlődik ki. Ebből arra következtettek, hogy a betegség keletkezésében a környezeti behatásokon kívül egyéb, így örökletes tényezőknek is szerepe van. Irodalmi adatok szerint a galambtenyésztő és a farmertüdő betegségben a vérsavóból HLA-A, B,

C és DR antigének mutathatók ki. A szerzők ezt a problémát vizsgálták meg 32 olyan galambtenyésztőn, akik 4-6 órával a galamb vérsavó aeroszol belégzése után lázzal, leukocytosissal és légútszűkülettel reagáltak; továbbá 29 olyan galambtenyésztőn, akik az antigén belégzése után tünetmentesek maradtak; valamint egészséges véradókon. A szerzők a galambtenyésztők vérsavójában HLA antigéneket nem találtak. Ezek szerint a galambtenyésztő betegség keletkezésében örökletes tényezők nem szerepelnek.

Pongor Ferenc dr.

**Para-tercier butylphenol által okozott vitiligo.** Ebner, H. és mtsai (Univ.-Hautklinik, Wien): Dermatosen 1979, 27, 99.

Egy osztrák műgyanta gyárban a para-tercier butylphenollal érintkező 10 dolgozón vitiligo lépett fel. A *Rodermund* és *Wielend* által leírt triász: vitiligo, hepatosplenopáthia, struma közül csak az első tünet volt meg. Javasolták a munkahelyen a levegő páratartalmának, ill. az abban levő anyag mennyiségének állandó ellenőrzését. Ezenkívül szükségesnek tartják finomporárc viselését, a műgyanta üstbe történő beöntésénél védőkesztyű hordását, a munka- és utcai ruha külön tárolását, beöntés utáni azonnali zuhanyozást, szabályos időközönkénti orvosi ellenőrzést, valamint a technológiai előírások javítását.

Korossy Sándor dr.

**Megbetegedés azbesztpor belégzés után.** Worth, G. és mtsai (Innere Abteilung des Krankenhauses Bethanien für die Grafenschaft Moers): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, 33, 701.

Az azbesztnak a többi porféleséggel szemben nemcsak hegeképző, hanem rákkeltő hatása is van. Az azbeszt gyűjtőneve a rostképző szilikátoknak, amelyeket fémtartalmuk és keletkezési mechanizmusuk alapján a chrysotil és a krokydolit csoportba sorolunk. A nyersanyagot főleg a szovjet, a kanadai és a dél-afrikai bányákban termelik, a világon évente mintegy 5 millió tonna mennyiségben, aminek a 90%-a chrysotil. Sav- és hőállósága, rugalmassága és hajlékonysága miatt a modern ipar számos területen alkalmazják. A tüdőbe belégett rostos por hossza legfeljebb 200  $\mu\text{m}$ , átmérője pedig 3  $\mu\text{m}$ . A tüdőből kimutatható rost azonban 10  $\mu\text{m}$ -nél rövidebb és gyakran csak elektronmikroszkóppal mutatható ki. A belégett azbesztróstkot a tüdőben az alveoláris macrophagok kebelezik be, azokat fehérjében gazdag vastartalmú gél-szerű anyag burkolja be. Így keletkeznek az azbeszttestek, amelyek burka barnára festődik. Ezeket az angolszász irodalomban „ferruginous bodies” névvel jelölik. Amíg a szilikátok göcös, az azbesztpor főleg a tüdő középső és alsó részén diffúz tüdőfibrosist okoznak. A folyamat tova halad az erek és a lebenyek közti septumok mentén és ráterjed a mellhártyára is. Emphysemás tüdő-sclerosis, majd lépes tüdő képe alakul ki. A tüdő-asbestosis régebben 3-5 évi porbelégzés után keletkezett, újabban azonban a védőberendezések alkalmazása óta ez az idő 25 évre tolongott ki. A tüdő-asbestosishoz rendszerint mellhártyafolyamat is társul. Előbb kétoldali mellhártyaizsadmány képződik, később hvalin plakk alakul ki. A tüdő-asbestosis klinikai tünetei: nehézlégzés, köhögés, köpetürítés. A mellkas röntgenképen kezdetben vonalas vagy hálószerű diffúz fibrosis látható, később pedig a lépes tüdő képe alakul ki, amihez mellhártyakéreg társul. Légzésfunkciós zavar mutatható ki már akkor is, amikor a röntgenkép még negatív. Azbesztpor expozíció kapcsán restrictív légútszűkület esetén már ilyenkor is gondolni kell asbestosisra. A fibrosis előrehaladtával a restrictív légzészavar fokozódik, az alveolo-kapilláris gázcseré nehezebb lesz, a vitál-, a diffúzió-kapacitás és a tüdő rugalmassága csökken. A dohányzás a légútzavart fokozza. A tüdő-asbestosis kórismét a tüdő-biopsia megerősíti. Asbestosishoz 6.5%-ban aktív, 4.9%-ban inaktív tbc társulhat. Gvakori asbestosis kapcsán a tüdőrák, a mellhártya- és a parenterális mesothelioma, a gyomor-, a vastag- és végbél-, valamint a nyelőcsőrák is. Az asbestosis keletkezésében mechanikai, oldhatósági, felületfeszültségi,

immunbiológiai és cytotoxicus tényezők szerepelnek. Az azbesztporos munkahelyeket korszerű védőberendezésekkel kell felszerelni, a dolgozókat pedig 5 évenként alapos vizsgálatban kell részesíteni.

Pongor Ferenc dr.

## Sexualpathológia

**A női orgazmus modelljei.** P. M. Bentler, W. H. Peeler, jr. (Dept. of Psychology, University of California, Los Angeles, Calif. 90024, USA): Archives of Sexual Behavior, 1979, 8, 405.

Az utóbbi években szinte áttekinthetetlenül megsaporodott szexológiai irodalomban folyik a vita a női orgazmus természetéről. *Freud* óta eleven az a felfogás, hogy kétféle orgazmus létezik, clitoralis és vaginalis. *Kinsey* azon a véleményen volt, hogy csak egyféle orgazmus létezik, a csikló ingerlése játssza benne a leglényegesebb szerepet. *Masters* és *Johnson* is ezt találta a vizsgálataiban, ma ezért a legelterjedtebb vélemény azt, hogy minden orgazmus csiklóeredetű, külön hüvelyi orgazmus nincs.

Ugyanakkor szaporodnak az olyan vizsgálatok, amelyekben nagyobb számú nőt kérdeztek ki kielégülésével kapcsolatosan és azt találták, hogy a clitorális ingerlésre és a hüvelyi — tehát közösüléses — ingerlésre bekövetkező orgazmust a nők egészen különbözőnek élik meg. A clitoralis rendszert rövid ideig tart, intenzív, hirtelen fokozódik az ingerület és hirtelen oldódik, míg a hüvelyi nem olyan gyorsan alakul ki, nincs olyan heves csúcspontja, tovább tart, lassabban oldódik és teljesebb kielégülést hoz.

A szerzők 285 elsőéves egyetemi hallgatót vizsgáltak meg speciális kérdőívekkel és tesztbattériákkal. A kérdőívek az önkielégítéses és a közösüléses orgazmus természetére vonatkozó információkat gyűjtötték. A kapott adatokat a szerzők faktorelemzésnek vetették alá és különös gondot fordítottak a talált tényezők összefüggéseit. A vizsgálat is azt találta, hogy a clitoralis — maszturbációs és a hüvelyi — közösüléses kielégülés az orgazmus két alapvető modellje. A nők egészen különbözően írják le a kétféle orgazmus élményét. Más-hová lokalizálják a különböző szer- vi érzéseiket és észleléseiket. más lelkiállapotot írnak le velük kapcsolatban. A két modell között sok az átmenet, nagyon sok személyiség-vonás és attitűd jelent külön dimenziót az orgazmus szempontjából.

A szerzők a vizsgálatban megállapították, hogy a maszturbációval kapcsolatos attitűd negatívítása gátolja az orgazmuskésztséget és ugyancsak negatív módon korrelál a szexus felé való érzelmi odaforulással, élményképesség mérté-

## Epidemiológiai vizsgálatok a talkum-bányászok egy csoportjában.

Gamble, J. F. és mtsai (National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), Appalachian Laboratory for Occupational Safety and Health, Morgantown): American Review of Respiratory Disease, 1979, 119, 741.

A talkumot olyan ércből állítják elő, ami tremolitot és anthophyllint tartalmazó azbesztszerű rostokat tartalmaz. A világ talkum termelésének a 30%-át az Egyesült Államokban állítják elő. A talkumot főleg a kerámiai, kémiai, kozmetikai, gumí és a papíriparban használják. A szerzők összehasonlító vizsgálatot végeztek 121 talkum- és 1,077 hamuzsír bányászban. A klinikai tünetek: a köhögés, a köpetürítés, a véres köpet a dohányzó talkum bányászokon gyakoribb volt. A Tiffeneau-érték, a fokozott vitál kapacitás és maximális kilégzési áramlás lényegesen alacsonyabb volt a talkum-, mint a hamuzsír bányászokon. Azokban a talkum bányászokban, akik 15 évnél hosszabb ideig dolgoztak, a mellhártya-meszesedés és a pneumoconiosis is gyakoribb volt. A mellhártya-meszesedéses talkum bányászok légzésfunkciója is rosszabb volt.

Pongor Ferenc dr.

ke is. A két tényező független a nemi élet gyakorisági, ill. stimulációs viszonyaitól. Ebből a szexuális terapiák számára azt szűrjük le, hogy célul kell kitűzni az önkielégítéssel szembeni beállítódás pozitívva formálódását és elő kell segíteni a szexuális élmények intenzitásfokozódását. Az önkielégítésre vonatkozó terápiás gyakorlatok és tanácsok az orgazmus tényezőrendszerének kölcsönkapcsolatán át, többnyire áttételesen javítják a heteroszexuális partnerorientált kielégülést is.

A szerzők további vizsgálatokat tartanak célszerűnek. Mintájuk túl fiatal nőkből állt, ezért nem lehet tudni, hogy más korcsoportokra is vonatkozik-e az, amit itt találtak.

(Ref.: *Az orgazmus élettana, ill. neurofiziológiája szempontjából valószínűleg a kielégülés clitoralis elemlete igaz, a női szexuális zavarokkal foglalkozó azonban jól tudják, hogy a „kielégülés” milyen bonyolult lélektani-társaslélektani összetevőkkel bír, és a kielégülés hiánya, a páciens részéről kezelési indikációt jelentő „frigiditás” milyen sok más, nem elsődlegesen szexuális probléma megnyilvánulási módja lehet. A szexuális terapiák szempontjából nagyon fontos a különféle élménytényezők részben empátiás, részben pszichodinamikus ismeretekre alapuló megértése és figyelembe vétele. Ez egyben pl. a női szexuális zavarok terapiájának minimális képzési rekvizituma is. Ha valaki e szférában nem tud kellően eligazodni, hiányoznak a szexológiai és pszichoterápiás alapismeretei, nem szabad kezeléssel kísérleteznie! Hiba — ha úgy tetszik, műhiba — tehát az önkielégítéses gyakorlatok „receptszerű” tanácsolása a kielégülési zavarokban szenvedő nőknek, ez csak megfelelő terapeuta-beteg kapcsolat és megfelelő terápiás stratégia mellett, hozzáértő szakember számára ajánlatos, vagy inkább: — lenne megengedhető!.*)

Buda Béla dr.

**Létezik-e a penis captivus jelenség?** F. Kräupl Taylor: British Medical Journal, 1979, 2, 977.

A laikus köztudatban elterjedt az a nézet, hogy előfordulnak esetek, amikor közönsülés közben a hüvelyben olyan erős görcs támad, hogy a hímvessző mintegy fogoly marad, visszahúzása lehetetlen. Ez nagy fájdalommal jár. Orvosi segítség kell ilyenkor a hímvessző kiszabadítására. A hiedelmek szerint ilyen görcs főleg akkor jelentkezik, amikor a közönsülést valami megzavarja, vagy pedig ha olyan környezetben történik, hogy ilyen zavarástól tartani kell.

Mint általában, a penis captivus elképzelése esetében is a közvélemény régi orvosi forrásokra támaszkodik. A 18. és 19. század orvosi irodalmában megtalálhatók esetleírások, amelyek „szétvá-

laszthatatlan” szerelmespárokról szólnak. Századunk orvosi szakirodalmában azonban inkább szkeptikus a jelenséggel kapcsolatos, ha egyáltalán még megemlékezik róla. Több szerző kimutatta, hogy a mérvadó műtszázi szakkönyvekbe is csak hallowások nyomán és nem saját tapasztalatok alapján került bele a jelenség leírása. Több szakember kételkedik abban, hogy a hüvely izomzata olyan görcsöt kaphasson, amely a hímvesszőt visszatartani vagy strangulálni képes. A penis captivusról szóló történetek legnagyobb számban középkori írásokban fordulnak elő, ezekben legtöbbször arról van szó, hogy a templomokban titokban közönsülők ilyen büntetésben részesülnek, mivel nem tudnak szétválni egymástól, bűnük nyilvánosságára kerül.

Néhány esetleírás olvasható a századforduló nőgyógyászati tankönyveiben is, de ezek nem közvetlen észlelések. Csupán Scanzoni és Hildebrandt írt le saját eseteket, ezekben azonban a hüvelygörcs nem volt olyan fokú, hogy a hímvessző visszahúzását tartósan megakadályozta volna, csupán egy ideig tűnt lehetetlennek a közönsülés megszakítása.

A nőgyógyászok szerint az ilyen görcsök nem a m. constrictor cunni, hanem a mm. levatores ani görcei lehetnek. Erre mutat, hogy a vaginizmus súlyos formáiban is ezek az izmok akadályozzák a behatolást.

A penis captivus egyes állatok között előfordul, ez a körülmény a régi szakirodalomban érv volt, hogy emberben is létrejöhet.

A szerző megállapítja, hogy a penis captivus létezése kétséges, hiszen az utóbbi 100 évben bizonyítható észlelése nincs. Létezése elvben nem kizárt. Lehetséges, hogy a régi szexuális tilalmak hatására az elmúlt századokban ilyen esetek előfordultak, ma azonban biztosan nem fordulnak elő, mert ha ilyen esetekhez orvost hívnak (márpedig a hiedelmek szerint a szétválasztáshoz orvos kell, akinek többnyire érzéstelenítést kell alkalmaznia), az bizonyosan szaklapban közölné megfigyeléseit.

[Ref.: Bár valóban nem lehet kizárni, hogy ilyen nagyfokú izomgörcs előfordulhat, valószínűbb, hogy hiedelemtől van szó. A szexuális tiltások évszázadaiban különböző szexuális megnyilvánulásokkal kapcsolatosan terjedtek el hiedelmek a kellemetlen következményekről (hátgerincsorvadás stb.). A szexuális bűntudat azután belekapaszkodik az ilyen hiedelmekbe és ezek az egyben félelmetes fantáziákká dolgozódnak fel. A serdülő fiúk között ma is terjed, hogy ilyenfajta „összeragadás” ritka, de létező esemény. Potenciazavarokban szenvedő férfiak pszichoterápiája során gyakran találkozhatunk hasonló félelmekkel, pl. a pszichoanalitikusok által leírt „vagina dentata” fantáziával, amely-

ben a hüvely mint félelmetes, károsító, kasztráló szerv szerepel. Valószínű, hogy a középkorban a tiltott nemi érintkezéstől való elrettentés célját szolgálták az „összeragadt” párok történetei, és mint a szexualitás más hasonló problémáiban, később hatoltak be a medicinába, hogy azután az utóbbi századok köztudatába mint orvosi tények térjenek vissza. Ez a folyamat az önkielégítéssel kapcsolatos régi orvosi felfogásokban jól nyomonkövethető.]

Buda Béla dr.

## Toxicologia

**Az idült ólommérgezés.** Konietzko, H. (Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen): Med. Welt. 1979, 30, 683.

Az ólom egyike a környezetünkben leggyakrabban előforduló olyan nehézfémeknek, amelyeknek biológiai hatásaival számolni kell. Ólomkohászok, akkumulátorgyári munkások, üveg- és műanyagipari munkások, gépészek, festékekkel dolgozók és nyomdászok találkoznak vele leggyakrabban. A legszélesebb rétegeket a gépjárművek benzín üzemanyaga révén érinti, mivel a benzín kopogásgátló anyagaként (ólom-tetrametil és ólom-tetraetil) folyadék- és gázalakban egyaránt szennyezi környezetünket. Talán mégis az ivóvíz révén kerül leggyakrabban érintkezésbe az emberi szervezettel, mivel a savanyú vegyhatású a víz a vízvezetéki csövek ólomtartalmát jelentős mennyiségben viheti oldatba.

Az emberi szervezet leggyakrabban anorganikus ólmot incorporál. Enterális és inhalációs úton egyaránt a szervezetbe juthat. A felszívódott ólom 90%-a a vörösvértestekhez kötődik, és igen tekintélyes mennyiségben rakódik le — ólomfoszfát formájában — a csontokban is. A csontokból — hasonlóan a calciumhoz — mobilizálódhatik, leginkább acidotikus állapotban, láz esetén és corticosteroidok hatására is.

Biológiai hatásait a vörösvértest képzésre, a simaizmokra és az idegrendszerre fejt ki elsősorban. A haemszintézis folyamatában több helyen interferálhat: gátolja az ALA-dehidrogenase működését, aminek eredményeként emelkedik a vérben a delta-amino-levulinsav (delta-ALA) koncentrációja. Ugyancsak gátolja a coproporphirinogen decarboxilaset, aminek eredményeként megnövekszik a vizeletben a koproporphirin III. mennyisége. Végül gátolja a vas beépülését a protoporphirin molekulába.

A simaizmokra kifejtett hatása az ereken is megnyilvánul, ennek eredménye a krónikus ólommérgezésben szenvedők nagyfokú sápadtsága. Az agyi erékre kifejtett szűkítő hatásának következménye az encephalopathia saturnina. Hasonló

hatás eredménye az amblyopia saturnina is. A belek simaizomzatának spasmus eredményezi a jellegzetes ólomkólikát.

A motoros idegrendszert bénító tulajdonsága idézi elő az ólommérgezetek jellegzetes nervus radialis bénulását.

Jellegzetesnek mondható még a fogak szürkés-fekete ólomszegély képződése.

A krónikus ólommérgezés kezdeti tünetei nem jellegzetesek: étvágytalanság, fáradékonyság, ingerlékenység észlelhető olykor éveken át.

A diagnózis laboratóriumi megerősítésére többnyire a vizelet delta-ALA és coproporphirin tartalmát, a vér delta-ALA és erythrocyta-protoporphirin IX. koncentrációját, valamint a vörösvértestek basophil punctatióját vizsgálják.

A legfontosabb laboratóriumi normál értékek: a teljes vér ólomtartalma: 40-80 µg/ml között, a vizelet ólomtartalma: 80-150 µg/ml között, a vizelettel ürülő coproporphirin: 100-500 µg/l között, a vizelettel ürülő delta-ALA: 10-20 mg/l között ingadozhat, a vörösvértestek basophil punctatiója 100:1 millió alatt kell legyen.

A krónikus ólommérgezés kezelésében a chelatképző szereknek van jelentősége: Ca-Na<sub>2</sub>-EDTA és D-penicillamin adagolása jelentősen fokozza az incorporált ólom kiürülését. Legnagyobb gondot (a veszélyeztetett munkakörben dolgozók munkavédelmi előírásai, a környezetvédelmi rendszabályok betartása) a prevencióra kell fordítani.

Berkessy Sándor dr.

**Magas ólomszintet mutató gyermekek pszichológiai teljesítménye.** Needleman, H. L. és mtsai: New Engl. Jour. Med. 1979, 300, 689.

A szerzők összehasonlító vizsgálatot végeztek 100 alacsony dentin ólomszintet mutató és 58 magas ólomszintet mutató gyermeknél. A magas ólomértékekkel rendelkező gyermekek Wechsler vizsgálattal végzett IQ-ja rosszabb eredményt adott, mint a kontroll csoporté. A verbális szubteszt is igazolta a különbséget, amely jelentkezett a háromféle auditív, illetve beszédvizsgálatban és a fegyelem vizsgálatában is.

Tanítókkal 2146 esetben kérdőíves felmérést végeztek azoknál a gyermekeknél, akiknek dentin ólomtartalmát vizsgálták. Az osztályban tanúsított zavaró, nehezen beilleszkedő magatartás arányos volt a magasabb ólomtartalommal. Az ilyen gyermekek nyugtalanabbak voltak, mint társaik, nem tudtak kitartóan figyelni az órákon, a tanári utasítások végrehajtása elégtelennek bizonyult.

Régebben 50 µg/dl-nél magasabb serum-ólomszintet tartottak mérgezőnek, az utóbbi években ezt a számot 30 µg/dl-re csökkentették, kimutatván, hogy már ilyen koncent-

rációban is hat az ólom az agyi adenylcyclase enzimekre és a mitochondrialis funkcióra, 15 µg/dl ólomkoncentráció esetén már emelkedett a szabad protoporphyrin az erythrocytáknak.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy éppen a fenti változó értékek alapján kiterjedtebben kell a gyermekek serum- és dentin-ólommeghatározását elvégezni.

Baumann Piroska dr.

**Ólomveszélyeztetettség gyermekekénél. — Ujraértékelés.** Lin-Fu, J. S. (Szerkesztőségi közlemény): New Engl. Jour. Med. 1979, 300, 731.

Evente 2,5 millió tonna ólomot állítanak elő, ennek 40%-át az USA-ban. A benzín ólomtartalma 1935 és 1976 között jelentősen nőtt, így emelkedett a környezetszennyeződés a kipufogógázok hatására is. Az 1960-as évektől kezdve tervszerűen ellenőrzik a gyermekek ólom-szintjét, és feltűnő, hogy igen sok gyermekben igen magas ólomkoncentrációt észlelnek tünetek nélkül. Felvetődik a kérdés, valóság-e ezek az adatok? 1960-1970 között a nyomornegyedekben vizsgálták a gyermeklakosság vér-ólomszintjét és kiderült, hogy a vizsgáltak 20-40%-ában a megengedettnél magasabb volt a serum ólomkoncentrációja, noha klinikai tünetek nem mutatkoztak. Azonos környéken lakó néger gyermekek között kétszer annyi volt a magas vér-ólomszintet mutató, mint a fehér gyermekekből. Ennek a megfigyelésnek okát nem tudták kimutatni.

Egyes vizsgálatok összefüggést találtak a magasabb ólomszint és a szellemi visszamaradottság, a látásromlás, a finom és durva motoros működések, a koordinatív zavarok és a hyperaktivitás között és ezen tüneteket az ólommérgezés következményének tartották. Mások ugyanakkor az ólommérgezett és normál kontroll csoport teljesítményei között eltérést nem igazoltak.

A szerző a megelőzést tartja a legfontosabbnak. Az ólom a levegővel, étellel, vízzel kerül a szervezetbe, a gyermekek sokszor ólomfestékekkel színezett tárgyakat nyalnak játékból; gyermekeknek fokozott a bélből az ólom felszívódása, és amúgy is érzékenyebben reagálnak az ólomra.

Már alacsony ólomkoncentráció esetén is behatolhat az ólom a neuronba és a neuronális ion-metabolizmust befolyásolhatja.

Az USA-ban a Környezet-Egészségvédelmi Szolgálat 1973-78 között 2 380 942 gyermekben végzett ólomszűrő vizsgálatokat. 162 580 gyermekben ismeretlen eredetű ólomfelszívódást mutattak ki, 20 994-nél pedig ólommérgezés miatt kezelést kellett bevezetni. Amióta rendszeressé vált a szűrés, csökkent a manifeszt mérgezett gyermekek száma, de az „asymptomás” ólommérgezetek száma nagyjából változatlan. Egyes városok-

ban a szűrt gyermekek mintegy 15%-a asymptomás ólommérgezett.

Baumann Piroska dr.

**A gyilkosgölcse-mérgezés kezelése korai szén-haemoperfúzióval.** Wauters, J. P., Rossel, C., Farquet, J. J. (Dept. of Med., Hop. Cantonal Univ. Geneva): British Medical Journal, 1978, 2, 1465.

A gyilkosgölcse-mérgezés kezelésének az eredményei mind a mai napig kiábrándítóak. A prednison, a thioiktsav, a C-vitamin, a penicillin, a Cyto-Mack és a haemodialysis alkalmazása, mind a singularis, mind a kombinált kezelések során változó eredményeket hozott. Néhány esetben aktív szén haemoperfúzióval is megpróbálkoztak, de a kezelés mindig a heveny májkárosodás kialakulása után történt.

A szerzők a haemoperfúziós méregabszorbeáló kezelést a máj- és vesekárosodást megelőzendő, korán végezték el. Az eljárást 4 olyan férfi és 4 olyan nő esetében alkalmazták, akik a gömbát a halálos adagot meghaladó mennyiségben fogyasztották el, és a lappangási idő sem volt több mint 16 óra. Egy mérgezett kivételével — aki a gömbából csak keveset evett — minden esetben alkalmazták a kezelést. Egy beteg esetében 5, egy másikban 4, 3 mérgezett kezelése során 3-3, 2 beteg kezelésük pedig 2-2 perfúziót alkalmaztak. Felvételtkor a transaminase értékek májartalomra utaló eltérést nem jeleztek. Az ammónia szint is 45 µg/100 ml alatt volt. Minden perfúziós kezelés legalább 3 órán át tartott, és ezeket általában addig ismételték, míg a klinikai és a biokémiai javulás be nem következett. A hányás és hasmenés 24-36 óra alatt megszűnt. Májkárosodásra utaló klinikai tüneteket nem észleltek. Egyik esetükben a serum alanin transaminase 1920, egy másikban 320 IU/l értékig emelkedett a 3. napon. Párhuzamosan változtak a SGOT értékek is. A serum bilirubin szint, az alkalikus foszfatase, a fibrinogén, kreatinin szint a felvételtkor és két hónap múlva is normális volt. 4 nap elmúltával 4 mérgezett elhagyta a kórházat, a többi is gyógyultan távozott.

A szerzők elismerik, hogy mivel a toxin mennyiségét nem tudták meghatározni, nincs bizonyítékuk, hogy a méregmennyiség halálos lett volna. Megjegyzik mégis, hogy az egyik beteg feleségét egy másik kórházban kezelték cseretransfúzióval és peritoneális dialysissal, és ebben az esetben a serum ALT szint 4000 IU/l értékre emelkedett. A mérgezett 3 hónapon át részelt kórházi kezelésben, míg férje, aki haemoperfúziós kezelést kapott, 6 nap múltán elhagyta a kórházat. A szerzők szerint Seeger és Barthel in vitro kísérletei az bizonyítják, hogy az amantadint vizes fehérje oldatból eltávolítható.

(Ref.: Többször bizonyították, hogy a gyilkos galóca mérgei dialyzálhatók és aktív szénrel adsorbálhatók. Több szerző beszámolt már eredményesnek ítélt haemoperfuziós kezeléstről, ugyanakkor ismeretek korán elvégzett, eredményesnek nem mondható haemoperfuziós kezelések is. Azt hisszük, hogy prognosztikai szempontból a lappangási idő alatt történő mérgehatás időtartamának és intenzitásának nagyobb jelentősége van, mint magának a csaknem mindig későn alkalmazott haemoperfuziónak. Parenterális kísérletek szerint ugyanis az *a-amanitin* 80%-a a lappangási idő alatt kiürül. Per os mérgezés esetén természetesen a mérgefelszívódás is elhúzódóbb; a haemoperfuzió alkalmazásának ez ad értelmet. Az eredményeket — tekintettel az egyes évjáratokat jellemző toxicitási eltérésekre — csak egy évtizednyi idő alatt lehet igazán értékelni.)

Lázár Imre dr.

**Bevont aktív szénrel végzett haemoperfuzio.** A francia toxikológiai központok tapasztalata 60 mérgezett beteg kezelése és megfigyelése alapján. Bismuth, C. és mtsai: Presse Méd. 1979, 8, 1235.

1976 és 1978 között a francia toxikológiai központokban 60 mérgezett betegen 63 haemoperfuziót végeztek aktív szénrel. Bár eredményeikben igen magas halálozási arányt (13%) közölnek, szemben a heveny mérgezések átlagos 2,5%-os mortalitási adatával, mégsem írható ez a módszer rovására, hiszen a kezelésre kiválasztott betegek a súlyosabb mérgezettenek közül kerültek ki és ez indokolja a 13%-ot is. A szerzők kiemelik, hogy a perfuziós kezelés során eliminált és az előzetesen számított mérge mennyiség közel azonos. Az extrarenális mérgeztelenítés ezen új módszerét ajánlják heveny mérgezések esetén, annak ellenére, hogy az eljárás költséges és nem mentes specifikus szövődeményektől sem (fertőzések). A bevont aktív szénrel végzett perfuzióra az indikációt azon klinikai állapotokban állították fel, amikor az intoxikációs kómában a mérge magas koncentrációt ért el az extracelluláris térben. A kezelés célja a kóma időtartamának csökkentése volt. Alkalmazták az eljárást barbiturát, kolhicin, digitoxin, nehéz fémek stb. okozta mérgezésekben. A haemoperfuzio hatékonyságát a szervezetből kivont mérgek mennyiségének meghatározása alapján értékelték.

Megállapítják, hogy az aktív szénrel végzett haemoperfuzio valóban eredményes módszer a mérgek eltávolítására. A toxikológusok véleménye szerint ez a hatás klinikailag nehezen mérhető le. A hatékonyság értékelése főleg biológiai és azon alapszik, hogy mennyi a szervezetből eltávolított mérge mennyisége. Ha a perfuzio a belek-

ben történő felszívódás időszakában történik, előfordulhat, hogy a mérgezési tünetek fokozódnak a kezelés végére, a korrekt mérgeztelenítés ellenére. A klinikai javulás egyéb tüneti kezelése után is csak néhány órával később következnek be. Az utolsó 10 évben megfigyelték és regisztrálták a heveny mérgezések következtében fellépő kómák idejének megrövidülését az új terapia eredményeként.

Kottász Sándor dr.

**Heveny theophyllin-mérgezés egy 18 hónapos kisdeden.** E. Hartmann és mtsai (Service d'Urgence et de Réanimation, és Département de Pharmacologie et Toxicologie, Hôpital Debrousse, 69322 Lyon): Pédiatrie, 1979, 34, 273.

A szerzők egy 18 hónapos kisdédet véletlen heveny mérgezéséről számolnak be, aki 40 papaverines Inophyllin tablettát evett; ezek mindegyike 60 mg aminophyllint és 50 mg papaverint tartalmazott. A kórházban másfél órával később, tisztá ontudat mellett, rendkívül nyugtalan állapotban került felvételre. A mérgefelvétel után elvégzett gyomormosással tablettát eltávolítani már nem sikerült. A későbbiekben ismételt bőséges hányás jelentkezett tachycardiával, alacsony vérnyomással Az inreflexeket fokozottan találták. Ebben az állapotban glucoses infúziókat kapott. Görcsök a későbbi órákban sem jelentkeztek; a hányások csak 30 órával a mérgezést követően szűntek meg. 48 órával a mérgezés után a gyermek teljesen egészséges volt. Chromatographiával a mérgezés után két órával 73 mg/l, míg a 7-ik órában 86 mg/l plazma-theophyllin szintet mértek, s ez csak 24 órával később csökkent kifejezetten (61 mg/l). A 7-ik naptól 2-3 órán keresztül coffeint is ki tudtak mutatni a plazmában, ennek szintje 4-6 mg/l között ingadozott. A theophyllin felezési ideje 5 órának bizonyult. A clearance 58,5 mg/kg/ó.

Részletesen foglalkoznak a plazma-theophyllin szint alakulásával, az intestinalis felszívódással, a különböző időben vizsgált gyomormosó-folyadék theophyllin-tartalmának alakulásával; mindezeket táblázatban is feltüntetik.

Megemlítik, hogy a lenyelt theophyllinnek csak kis része, 3,4%-a távozik a vizelettel, s így a dialízis forszírozásának a mérgezés kezelésében nem sok jelentősége van. Foglalkozik a közlemény a coffeinnak a plazmában való megjelenésével, ami egy trimethylxanthin, s érett szervezetben eddig a theophyllin metabolitjai között sohasem tudták kimutatni. Úgy vélik, hogy ez az abszorbeált theophyllin metabolitjából származik, és csak kivételesen, masszív theophyllin-mérgezésben fordul elő; mechanizmusa nem azonos a koraszülöttekben észlelt theophyllin-coffein biotransformációval.

A theophyllin-mérgezés görcsküszöbét saját és irodalmi adatok alapján 100 mg/l körüli értékre teszik, de megjegyzik, hogy egyes gyógyszerek kombinációja — ephedrin, papaverin — a theophyllin görcsküszöbét fokozza.

A terápiát elemezve a peritoneális dialízis, s főleg a vércsere szerepét emelik ki, hangsúlyozva a bőséges és gyakori gyomormosás (még 24 óra elteltével is), a rehydratio, a collapsus, a hyperthermia, a görcsök elleni küzdelem, és az esetenkénti asszisztált lélegeztetés jelentőségét.

Kövér Béla dr.

## Vesebetegségek

**Veseműködés terhességben.** Dunlop, W. (University Dept. of Obstetrics and Gynecology, Princess Mary Maternity Hospital, Newcastle upon Tyne): Postgrad. Med. J. 1979, 55, 329.

25 éve ismeretes (Bucht, 1951), hogy terhesség alatt az inulin clearance emelkedést mutat, aminek oka az effectív renális plasma flow megnövekedése. A szerzőnek 25 terhessen a 16., 26. és 36. terhességi héten végzett GFR és effectív renális plasma flow (ERPF) vizsgálatai is megerősítették a korábbi megállapításokat, amennyiben igazolni tudta, hogy a 16. terhességi héten a GFR 50%-kal, az ERPF 75%-kal nőtt meg, s ezt követően csak mérsékelt intenzitású csökkenést mutatott. Ezen értékek fekvő és fennjáró terheseken egyaránt jellemzőek voltak. A harmadik trimeszterbeli GFR csökkenési tendencia a megemelkedett ERPF fokozatos normalizálásával volt magyarázható.

Sikerült a a szerzőnek azt is kimutatni, hogy a GFR növekedésével párhuzamosan a biológiai fontos molekulák reabsorptiója is megnövekszik (aminosavak, vitaminok stb.), ezért fokozott renális veszteséggel normális körülmények között nem kell számolni.

A terhesség alatt, főleg az első trimeszter vége felé, nem ritkán észlelni glycosuriát, ami a filtrált és a reabsorbált glukóz mennyiség aránytalanságából adódik. Ez a jelenség nőknél glukóz terheléssel nem terhes állapotban sem ritkaság.

A húgysav proximális tubularis reabsorptiója — ami normálisan 90% felett van — mérsékeltlen csökken terhességben, és ezzel párhuzamosan növekszik a distalis tubularis excretio mértéke. Preeclampsziában a reabsorptio és a plazma-koncentráció is növekedési tendenciát mutat.

Az infúziós creatinin clearance terhesség alatt azonosan alakul, mint az inulin clearance. Az endogén creatinin clearance értékelhetőségét megnehezíti az ilyenkor észlelhető tubularis creatinin excretio.

Berkessy Sándor dr.

## Vesebetegségek terhességben.

Evans, D. B. (Dept. of Renal Diseases, Cambridge Area Health Authority): Postgrad. Med. J. 1979, 55, 333.

A terhességet a veseműködés próbakövének szokták nevezni. Egyes funkcionális és kóros elváltozások ugyanis csak a terhesség alatt (vagy a terhesség alatt könnyebben) manifesztálódnak. Ezen elváltozások egzakt vizsgálatát azonban a foetus jelenléte megnehezíti vagy lehetetlenné is teszi (iv. urographia, ultrahang, radioizotóp vizsgálat). Veseelváltozás észlelésekor két megfontolás szükséges: 1. milyen hatással van a folyamat az anyára és a foetusra?, 2. milyen hatással van maga a terhesség az anyai állapotára, betegségének alakulására?

A minimális *proteinuria* sem az anyát sem a foetust nem veszélyezteti. A hipertonia és a csökkent GFR azonban növeli a magzati morbiditást és mortalitást, ill. annak veszélyét.

Az *előrehaladott veseelégtelenség* az első trimeszterben abortust okoz, vagy már eleve infertilitással jár. Vesebetegségeken húgyúti fertőzések esetén a terhességi toxemia kockázata növekszik meg nagyfokban.

*Preeclampsziában* a vese inkább áldozata, mintsem oka a betegségnek. A legfőbb elváltozás a krónikus DIC, ami a glomerularis endothel és a mesangialis sejtek duzzadását, a glomerularis kapillariskban fibrin és thrombocytá thrombusok kialakulását eredményezi. Ezen elváltozások következményeként só- és vízháztartásbeli zavarok, hipertonia következnek be, amik hozzáadódhatnak a preeclampsia tüneteinek. A preeclampsziás glomerularis elváltozások a szülés után többnyire reversibilisek.

A terhesség szempontjából a teljesen gyógyult *glomerulonephritis* nem jelent fokozott rizikót. A bizonytalan gyógyulás azonban kontraindikálja a terhességet. Terhesség alatt manifesztálódott glomerulonephritisben a magzati halálozás rendszerint igen magas.

*Krónikus glomerulonephritisben* terhesség alatt az anya állapota is komoly rosszabbodásnak van kitéve, a magzati mortalitás pedig igen jelentős. *Kiucaid-Smith* szerint az esetek 46%-ában a vese állapota a terhesség alatt nagymértékben rosszabbodik, olyan anyákon pedig, akiknek a carbamid értéke magas, az anyai mortalitás növekedésére is számítani kell.

*Nephrosis syndromában* a diuretikus terapia és albumin substitutio ellenére jelentős foetalis dysmaturitással kell számolni. A megfelelő steroid terapia árnyékában az anyák a terhességet viszonylag jól tolerálják. *Diabetes és SLE* okozta nephrosis syndromában a foetalis mortalitás extrém magas, de az anyai is jelentős. Egyensúlyban tartott SLE-ben egyébként sikeresen kiviselt terhességek esetei

is ismertek. A veseműködés rosszabbodása főleg a puerperiumban kell számítani.

A terhesek 4-7%-ában *symptomatikus bacteriuria* észlelhető. Ennek gyakorisága idősebbekben és multiparákon nagyobb. A fenyegető *pyelonephritis és hypertonia* megelőzhető az esetek 75-85%-ában, ha céltzott antibacterialis és antihypertensív kezelést folytatunk.

*A húgyúti stasis és az fertőzések* terhesség alatt jelentős mértékben predisponálnak kőképződésre, másrészt: a *vesekővesség* predisponál húgyúti fertőzésekre, elsősorban proteus pyelonephritisre. Annak eldöntésére, hogy terhesség alatt szükséges-e műtétet végezni, 1-2 rtg-felvétel elvégzése megengedhető.

Terhesség alatt — jó terhesgondozás mellett — *akut veseelégtelenség* kialakulása viszonylag ritka. Ha előfordul: sepsisre, DIC-re lehet visszavezetni és intenzív dialysis terapiával eredményesen lehet kezelni. Igen fontos tény, hogy terhesség alatt a Gram-negatív mikroorganizmusok okozta fertőzések súlyos fokú Shwartzman reakcióhoz és következményes *vesekéreg necrosishoz* vezethetnek.

Súlyos diffúz necrosis és DIC okozta vesekárosodás post partum is vezethet gyors progressiójú és irreversibilis veseelégtelenséghez.

Terhesség alatt — jó terhesgondozás mellett — *akut veseelégtelenség* (ectopiás vese) okozhatnak súlyos szövődményeket.

Ma már számos *vesetranszplantáció* után kiviselt terhesség esete is ismeretes. A szerző saját anyagában 4 transzplantált beteg 5 terhességéből 3 teljesen eseménytelenül zajlott le, egy esetben hypertoniát és protenuriát észleltek, míg egy másikban a vese állapota jelentősen romlott. Húgyúti fertőzések nem voltak gyakoriak. Az újszülötteken az immunosuppresszióknak semmi káros hatását nem lehetett észlelni.

Berkessy Sándor dr.

**Az idült vesebetegségben szenvedők anaemiájáról.** Robert, C. E. (Wadsworth Hospital, Los Angeles): Dialysis and Transplantation. 1979, 8, 547.

Az idült vesebetegséget kísérő anaemia gyakran igen súlyos fokú és különböző komplikációk forrása lehet. Ma már biztosan megítélhető, hogy a rendszeresen alkalmazott dialysis önmagában az anaemiát nem javítja.

A renális anaemia független a vesepusztulást előidéző alapbetegségtől, ismeretes azonban, hogy polycystás vese okozta chronikus uraemiában az anaemia általában enyhébb fokú, mint egyéb esetekben. A bilaterális nephrectomia az anaemia súlyosságát fokozza, de lényegében nem szünteti meg az erythropoesist.

A chronikus uraemiások anaemiájának etiológiájában számos tényező szerepelhet: fokozott haemolysis, gyakori vérvesztések, állandó vashiány, vitaminhiány, ill. a „chronikus betegség”. Az anaemia csaknem kivétel nélkül normocytás, normochrom, a csontvelő hypoplasiás erythropoesist mutat. Principális oka: az erythropoetin relatív vagy abszolút hiánya. Az erythropoetin hiány oka a veseparenchyma pusztulása és a csontvelő fokozódó erythropoetin resistenciája.

Az erythropoetin 3900 dalton molekulásúlyú polypeptid, amelyet jelenlegi feltételezés szerint a vese termel. A tubularis, ill. glomerularis károsodás termelődését csökkenti. Kis mennyiségben a máj is termel erythropoetint.

Jelentős komponense az anaemiának a haemolysis. A vvt-ek élettartama fele-egyharmada a normálisnak a beteg vérpályájában, de egészségesbe transfundálva élettartamuk normális. (Fordítva: az egészséges ember erythrocytái uraemiás beteg keringésében csökkent élettartamúak.) A haemolysis oka tehát extracorporealis, plasmaticus.

Az uraemiás metabolitok közül az urea és a kreatinin nincsenek közvetlen hatással a vvt-ek élettartamára. Újabban a középnagy molekulásúlyú metabolitok szerepét hangsúlyozzák. Amennyiben az alapbetegség microangiopathiával, DIC-kel jár, ezek hatása is feltételezhető.

A vashiány másodlagos: felszívódási zavarral, fokozott, gyakori, kis vasvesztésekkel mindig számolni kell. Egy-egy dialysis alkalmával a vérvesztés 4-11 ml-re tehető, s ez hetenként 33 mg elemi vas elvesztését jelenti. A vitaminok közül folsav hiánnyal kell számolni. B<sub>12</sub>-vitaminhiány általában nem alakul ki.

Az erythropoesis stimulálására anabolikus steroidok és a cobalt alkalmasak. Férfiakon testosteron, nőknél nortestosteron decanoat alkalmazása kísérhető meg. Terapiásan az erythropoetint még gyakorlatilag sehol sem használják. A vas pótlására az intravenás út a legmegfelelőbb. Ennek veszélye a haemosiderosis kialakulása. Az anaemia mérséklésére a normális vegyes diéta is elengedhetetlen. Ha szükséges, a vvt-hiányt transfúzióval kell pótolni.

Berkessy Sándor dr.

**Haemodialysis és haemoperfusio az uraemiás pericarditis kezelésében.** Martin, A. M. és mtsai (Medical Renal Unit, Royal Infirmary, Sunderland, Anglia): Dialysis and Transplantation, 1979, 8, 135-162.

Pericarditis a nem dialyzált uraemiás betegekben az esetek 50%-ában alakul ki, chronikus dialyzáltában 10-17%-ban. Létrejöttének oka ismeretlen; nincs szoros okozati összefüggésben a kis és kö-

zépnagy molekulájú „uraemiatoxinok” vérkoncentrációjával, ill. a betegek kezelésének időtartamával. Megelőzésében jelenleg csak a rendszeres, optimális, agresszív haemodialysisek jönnek számításba. Kezelésében gyógyszeresen az indometacin és a corticosteroidok bírnak jelentőséggel, de gyakran kell a pericardium csapolásához valamint pericardiectomia elvégzéséhez folyamodni. Uraemiás pericarditis kezelésére *Yatzidis* alkalmazott első ízben aktív szén perfluorot jó eredménnyel. A szerzők intézetükben 13 uraemiás pericarditis beteget kezeltek; 4-et Ultraflow 100-as művesével, 4-et Adsorba 300-as hemoperfúziós berendezéssel, a többi mindkét módszerrel váltakozva. Tapasztalataik szerint a haemoperfúziós eljárás adta a jobb eredményt. A pericarditis alakulásában egyébként megfigyeléseik szerint ismeretlen kórokozók okozta felső légúti infekciók játszottak a szerepet. *Berkessy Sándor dr.*

**A dialysis alatti hypotensio kezelése dihydroergotaminnal.** *Percschö G.* és *mtsai* (Dept. of Nephrology, Rokash Hospital, Tel-Aviv): *Dialysis and Transplantation*, 1978, 7, 1242—1243.

Dialysis alatt az intravasalis volumenvesztés miatt gyakran alakul ki hypotensio, ami megfelelő mennyiségű intravénás folyadékpótlással azonnal korrigálható. Néha a volumenpótlás nem jár eredménnyel, ezekben az esetekben feltételezik, hogy az uraemiás polyneuropathiának van kóroki szerepe. Az orthostatikus hypotensio kezelésére eredményesen alkalmazható dihydroergotamin hatásosságát vizsgálták a szerzők olyan krónikus dialysisben részesített betegeken, akiknél a dialysis alatt rendszeresen észleltek vérnyomáscsökkenést. A Dihydroergotamin készítményből kezdetben 2 mg-ot adagoltak, s ezt, ha kellett fokozatosan napi 30 mg-ra emelték fel. A hatás az esetek többségében azonnal jelentkezett, de olyanokon, akiknél előzőleg kétoldali nephrectomiát végeztek, a vérnyomáscsökkenés nem volt megváltoztatható. A szerzők nem okozott egyébként mellékhatásokat. Rendszeres alkalmazás mellett viszonylag kis adagok is elegendőnek bizonyultak. *Berkessy Sándor dr.*

**„Kicsiny”, szabad- és IgG-vel asszociált „nagy” HBeAntigén két glomerulonephritis membranósában szenvedő beteg serumában és glomerulus capillarisaiban.** *Y. Takekoshi* és *mtsai* (Dept. of Pediatr., School of Medicine, Hokkaido Univ. Sapporo, Hokkaido és más intézetek): *New Engl. J. of Med.* 1979, 300, 814.

A glomerulonephritis membranosa (g. m.) immuncomplexekkel

kapcsolatos nephropathia, immunoglobulinok és complement komponensek granuláris lerakódásával a capillarisok falában. Az ilyen immundepositumokban DNA-streptococcus-malária-syphilis- és vesetubulus antigéneket mutattak már ki; mégis sok g. m.-ben a kóroki tényezőt nem lehetett még identifikálni.

Az irodalomból ismerjük a HBV fertőzést követő g. m.-t HBsAg immundepositumokkal a glomerulus capillarisk falában. A szerzők korábban 11 HBsAg ürítő gyermek g. m.-jéről számoltak be, a vesében azonban nem tudták HBsAg depositumokat kimutatni.

Ezúttal két, HBsAg ürítő gyermek nephrosis syndromájáról számoltak be. A betegek serumai HBsAg-t és HBeAg-t tartalmaztak. Fizikokémiai- és immunológiai- két különböző kategóriájú HBeAg aktivitást állapítottak meg, nevezetesen egy kis molekulájút (szabad-) és egy nagy (IgG-vel asszociált) molekulájút. A vesebiopsia g. m.-t bizonyított. Fluorescens antitest technikával diffúz glomerularis HBeAg-t találtak a glomerulus capillarisk falában IgG-vel és beta<sub>2</sub> complementtel, de HBsAg lerakódást nem észleltek.

Az IgG-vel asszociált HBeAg jelenléte a serumban és a veseszövetben arra utal, hogy a HBeAg g. m.-t okoz immuncomplex képződéssel és depositióval.

*Barna Kornél dr.*

**A lupus nephritis összehasonlító kezelése corticosteroid és chlorambucil, azathioprin, cyclophosphamid társításokkal.** *Sabbour, M. S., Osman, L. M.* (Dept. of Med., Ain-Shams Univ., Cairo): *Brit. J. Derm.* 1979, 100, 113—125.

Mivel a vese érintettsége SLE-ben a betegek több mint 3/4-ében fordul elő s lényegesen befolyásolja a betegség lefolyását, a kezelés igen fontos. Valószínűleg elsődleges a DNA-antiDNA komplexek megjelenése a glomerularis capillarisk falában. A lupusos nephropathia 3 csoportba osztható: 1. lupusos glomerulitis; 2. membranós lupusos nephropathia és 3. lupusos glomerulonephritis. A corticosteroidok egyedül kedvezően befolyásolják a systemás jelenségeket, de kevés adat szól amellett, hogy ez önmagában elég lenne a lupusos nephropathia kezelésére is. Ezért a szerzők kombinált kezeléseket próbáltak.

67 beteget csak corticosteroiddal, 11 beteget corticosteroiddal és azathioprinnal, 32 beteget corticosteroiddal és cyclophosphamiddal és 53 beteget corticosteroiddal és chlorambucillal kezeltek több éven át. Az azathioprinnal való társítás nem növelte a túlélési arányt (4 év után 31, ill. 27%), csupán javította a vesefunkciót. A cyclophosphamiddal való kombináció kedvezően befolyásolta a pathológiás

történést és a vesefunkciót, továbbá a progressiót is lassította (a túlélés 67% volt). A végzetes mellékhatások azonban ellensúlyozták a cyclophosphamid gyógyhatását. A corticosteroid chlorambucillal való együttes adása viszont kitűnő eredményt adott. A kombináció (induláskor: 60 mg prednisonon és 10 mg chlorambucil 2—4 hétig, majd fokozatosan csökkentve 5—15 mg prednisonon és 2—5 mg chlorambucil fenntartó adag) a vese elváltozások visszafejlődését, a vesefunkció lényeges javulását és a legmagasabb túlélést (96%-os) biztosította. Utóbbi kombináció mellett szól a mellékhatások (leukopenia, herpes zoster) ritka jelentkezése is.

*Korossy Sándor dr.*

**Haemodialyzált betegek pseudoporphyriája.** *Thivolet, J.* (Clin. Derm., Lyon): *Hautarzt* 1979, 30, 154.

Valamennyi dialysis központ egy részében (a szerző beteganyagában 16%-ban) a haemodialyzált betegeken porphyria cutanea tarda-hoz hasonló bőrbetegséget észleltek. A bullosus jelenségek főleg a fejen, homlokon, tarkón, kézhatron, sőt ritkán a lábszáron lépnek fel. A babszemnyi-mogyorónyi, feszes, savós, néha véres hólyagok pigmentációval és felületes hegekkel gyógyulnak. A temporo-maxillaris tájon és később hypertrichosis és miliumcysták is jelentkezhetnek. A lefolyás idült, főleg nyáron tapasztalható a bőr fokozottabb érzékenysége. A hólyag subepidermalis elhelyezkedésű, a basalis membranon, ereken immunoglobulin lerakódások találhatóak, mint a porphyria cutanea tarda-ban. Kórosan fokozott porphyrin nem észleltek. A kórfolyamatot nyilván photosensibilizáló, de nem porphyrinogen anyagok válthatják ki.

*ifj. Pastinszky István dr.*

**Az idiopathiás membranós glomerulonephritis hosszú távú prognózisa.** *L. H. Noel* és *mtsai*: *American Journal of Medicine*, 1979, 66, 82.

A szerzők 116, szövettanilag igazolt idiopathiás membranós glomerulonephritisben szenvedő beteg kórlefolását követték nyomon, akik nem kaptak semmilyen kezelést. A betegség 88 esetben nephrotikus syndromával kezdődött, 28 betegnek csak proteinúriája volt. Szövettanilag az elváltozásokat 3 csoportba osztották. Az I. típusba sorolták a betegeket, ha szövettanilag segmentális vagy diffúz epithelialis depositumokat lehetett megfigyelni tüskék nélkül, vagy csak elvétve voltak tüskék észlelhetők (22 beteg), a II. típusban diffúz subepithelialis lerakódásokat és diffúz tüskéket (79 beteg), a III. típusban a glomerulusok komplex



morphológiai elváltozását és diffúz subepithelialis depositumokat figyeltek meg (15 beteg).

A membranosis glomerulonephritis hosszú távú prognózisát az irodalmi adatok alapján nehéz megítélni, mivel az analizált csoportok elég heterogének. Nagy beteganyagon végzett megfigyelés szerint a 10 éves túlélés 55%. A szerzők 116 saját betegének esetében a 10 éves túlélés 76%-os volt kezelés nélkül. Klinikai és histológiai remissiót 38%-ban mutattak ki, melyek nem voltak párhuzamosak egymással.

Veseelégtelenség kialakulásának gyakoriságát az adatok összegeve 19%-nak tartják. A szerzők saját beteganyagában is 19%-ban jött létre renális insufficiencia a vizsgált periódusban. Megállapítják, hogy ha veseelégtelenség jön létre, az általában hamar fejlődik ki. A kezelés szükségessége vitatott. Egyes szerzők steroid és cyclophosphamid, ill. azathioprin külön-külön, vagy kombinációjában való adásától jó eredményeket láttak, míg mások megállapítják, hogy a kezelt csoport és a spontán remissió között nincs különbség. Ez utóbbit támasztja alá a jelenlegi vizsgálatosorozat is. Hypertonia megjelenését 25%-ban észlelték és a morfológiailag súlyosabb elváltozást mutató csoportban fordult elő leggyakrabban. A glomerulonephritises beteg terhesége általában a betegség progressióját fokozza és többnyire a foetus elvesztésével végződik. A szerzők saját eseteiben az észlelt terheségek komplikáció-mentesek voltak, bár egyiknek sem volt nephrotikus szindrómája a terheség előtt. Nem ritka a vesevéna thrombosis sem, bár gyakran csak szekciós leletként észlelik. Sorozatban végzett renális biopsziák az elváltozások lassú progressióját mutatják általában, de még a III. típusú laesio esetén is megfigyeltek néhány alkalommal komplett remissiót. Ahol interstitialis fibrosist nem találtak, az általában rossz prognózist jelentett.

Ternák Gábor dr.

**A translumbalis vesemedence punkció alkalmazási területe és teljesítménye.** V. Fiedler és mtsai (Strahleninstitut und Radiologische Klinik, Krankenanstalten Neuss — Lukaskrankenhaus): *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 1979, 130, 293—299.

12 év alatt 35 000 urographiát, 2680 szelektív veseangiographiát és 230 vesepunkciót végeztek, ugyanazon időben mindössze 30 translumbalis vesemedence punkciót. A vizsgálat tehát ritkán végzett, javallatai szigorúak. Akkor kerülhet rá a sor, ha a vese nagyfokú működészavarának vagy a kiválasztás hiányának okát urographiával és angiographiával nem sikerül tisztázni, a retrograd pyelographia pedig nem végezhető el. Ilyen okok

voltak PCP okozta durva izületi deformitások, húgycsőszűkületek, prostata-megnagyobbodás, hólyagtumor, ureterszűkületek, ureterszájadék elzáródása. A punkció elvégzéséhez szükséges a vese lokalizálása. Ezt 15 esetben infúziós urographiával, 7 esetben retroperitoneummal végezték, 8 esetben a vese árnyéka natívan is útbaigazított. A punkció segítségével végzett kontrasztöltés ilyen esetekben az egyedüli lehetőség a kórisme tisztázására műtét előtt. Az anyagban a következő kórokok derültek ki: pyeloureteralis szűkület 8, röntgennegatív ureterális 6, tumor 5, gyulladási ureterszűkület 4, hólyag- és prostatatumor 3, műtét utáni ureterszűkület 2, pseudotumor 1, postoperatív urinoma 1 esetben. A vizsgálatot ambulanter nem végzik, előtte szükséges a vérzékenység kizárása és antibiotikus profilaxis. Így megfelelő technikával végezve a vizsgálat a betegre nézve nem terhelő és veszélytelen.

Lacszay András dr.

## Orvostörténelem

„...a jó levegő beáramlik.”  
Comroe, J. H. jr. (Calif.): *American Review of Respiratory Disease*, 1979, 119, 805 és 1025.

Amikor a szerző még kisfiú volt, az orvostudományban 3 dolog volt biztos: akinek mandulája volt, azt ki kellett venni; aki tbc-s lett, annak 2 évig ágyban kellett feküdnie. Ha pedig valaki vízbe esett és megszünt a légzése, az első személyné, aki a vízből kimentette, kötelessége volt az áldozatot Schäfer módszerével hasra fektetni és a két kezével a beteg hátán mesterséges légzést alkalmazni, mert szerinte így: „a rossz levegő eltávozik, a jó levegő pedig beáramlik”. Akkoriban voltak orvosok, akik harcoltak a vakcinálás ellen, vagy tagadták az inzulin értékét, ezt a 3 szabályt azonban szentírásnak tartották. Ma már aligha volna orvos, aki ezek bármelyikét helyeselné. A kemoterápia feleslegessé tette az első kettőt. De mi lett a sorsa Schäfer módszerének?

Schäfer eljárása 1903-ban már a negyvenedik olyan módszer volt, amellyel a vízbe esett, már nem légző, látszólag halott embert kézzel végzett mesterséges lélegeztetéssel minden segédeszköz nélkül megkíséreltek életre kelteni. A XVIII. században főleg Hollandiában és Angliában foglalkoztak ezzel a problémával. A hollandok 1767-ben, az angolok pedig 1774-ben társaságot is alakítottak, aminek a feladata a vízből kimentettek életre keltésének a tanulmányozása volt. Angliában 1889-ben már a negyedik bizottság foglalkozott ezzel a kérdéssel. Ennek a bizottságnak lett az elnöke Schäfer professzor, aki számos kísérlete után a saját módszerét ajánlotta elfogadásra. Végül is

hosszú vita után az ötödik bizottság el is fogadta a javaslatát, annál is inkább, mert akkoriban egy fiatal lány, akit *Silvester* módszerével hason fekvő helyzetben kísérletek meg életre kelteni, májrepedésben meghalt. A két módszer értékéről azonban a vita tovább folyt. Gyenge pontja volt Schäfer érvelésének, hogy légzésfunkciós kísérleteit mind nem a vízbe esett egészséges egyéneknek végezte, akiknek a légzőizmai kifogástalanul működtek. Ennek ellenére a Schäfer-módszert egyik ország a másik után átvette és az dominált is 1946-ig. Ebben az évben a szerző *Dripps* munkatársával együtt két egészséges öntudatlan állapotban levő egyénnel végzett légzésfunkciós vizsgálattal kimutatta, hogy Schäfer módszerével az öntudatlan beteg friss levegőt úgy szólván nem lélegzik be. Miért volt olyan nagy az érdeklődés akkortájt a mesterséges légzés iránt? Azért, mert a II. világháborúban nagyon sok ember fulladt a tengerbe. Félték attól, hogy a németek mérges gázt vetnek be. A háborús körülmények között az orvosok gyakran alkalmaztak intravenás barbiturát narkózist, ami gyakran okozott légzés-depressziót. Az angol tengerészetben áttértek *Eve* módszerének az alkalmazására: a beteg fejét és lábát lelogatták, rekeszizmát pedig dugattyúszerűen fel és le mozgatják, hogy a vérkeringést elősegítsék. Ekkor kérték fel a szerzőt és munkatársát az addig használt módszerek felülvizsgálatára. A bizottság a dán *Nielsen* módszert tartotta a legjobbnak és a Vöröskereszt kötelezővé is tette annak az alkalmazását: a hanyatt fekvő beteg két kezét fel és le kellett mozgatni. 1958-ban azonban ennél is jobbnak minősítették a szájból szájba való lélegeztetési módszert és a Vöröskereszt annak az alkalmazását rendelte el. Ezt a módszert 1960-ban a szívtáj ütötésével egészítették ki, amit a laboratóriumi állatok újraélesztésére már több mint 100 éve alkalmaztak. Ez a kombinált eljárás alkalmas volt sok beteg életben tartására addig, amíg a beteget a modern mechanikai és elektromos felszereléssel ellátott kórházba szállították.

A szájból szájba lélegeztető módszert bibliai eljárásnak is nevezték, mert a biblia szerint az időszámítás előtti IX. században *Eli-zeus* próféta szájból szájba való lélegeztetéssel életre keltett egy gyermeket. Az írott feljegyzések szerint *Vesalius* volt az első, aki pozitív nyomásos lélegeztetéssel visszahozott az életbe kísérleti állatot oly módon, hogy annak a légcsővébe helyezett csővön át ritmusosan levegőt fújt be. *Tossach* ezzel a módszerrel 1732-ben egy embert keltett életre. Később mások is eredményesen használták ezt a módszert. Többen megemlítettek ugyan, hogy az eljárásnak az a hátránya, hogy az életmentő kilégzett levegőjéből sok széndioxid jut be a beteg tüdejébe. 1909-ben *Keith*, 1943-ban pedig *Wa-*

ters is a szájból szájba módszer mellett foglalt állást, aminek az alkalmazását a Vöröskereszt 1959-ben el is rendelte. Később többen elleneztek a szájból szájba módszert, mert attól tartottak, hogy a fertőzött beteg vagy a gázmérgezett egyén az életmentőt is megfertőzi. Ennek a kiküszöbölésére dolgozta ki a koreai háború kezdetén Cooper munkatársával Johns-szal együtt az arcmaszkból arcmaszka légző módszert. 1952-ben Clements ideg-gázzal bénított majmok életre kelésére szájból-maszka légző eljárást dolgozott ki. Munkatársa Elam pedig általános érzéstelenítésben levő betegeken végzett légzésfunkciós vizsgálatokkal kimutatta, hogy a szájból szájba való légzés esetén az életmentőből a betegbe fújt levegő hyperventilatio esetén oxigénben gazdag, széndioxidban pedig szegény. Előnye még a módszernek az is, hogy az életmentő két keze szabadon marad. Így az egyik kezével ellenőrizheti és elősegítheti a beteg mellkasán a légzőmozgást, a másik kezével pedig az alsó állkapocs vagy a fej megfelelő tartásával könnyebbé teheti a felső légutak szabadabbá válását. A módszer mellkassérültön is tartósan alkalmazható. Elam szájból szájba légzéses módszerét el is fogadták.

Pongor Ferenc dr.

**Az obstructív tüdőbetegség anticholinerg kezelésének történelmi háttere.** Hertz, Z. M. (Malente, West Germany): Scandinavian Journal of Respiratory Diseases, 1979, 103, Suppl. 105—109.

Christie 1811-ben számolt be arról, hogy hallomása szerint egy holland ember, akinek minden éjjel asztmás rohama volt, már több mint két éve naponta datura levelet vágott a pipájába és annak a füstje oldotta az asztmás rohamot. Ugyanebben az évben egy *English* nevű sebészorvos közölte, hogy gyermekora óta asztmás volt, szintén stramoniumot pipázott csodálatos eredménnyel. Ezután vita indult meg az orvosi irodalomban a datura hatásáról, amit sokan károsnak, sőt veszélyesnek minősítettek. A datura stramonium alkaloidjának a hatása ugyanolyan, mint az atropa belladonnáé, az atropiné. A datura asztmaellenes hatását Indiában már a XVII. században ismerték. A XIX. század elején a stramonium és a belladonna belégzéses terápiája Európában és az Egyesült Államokban is elterjedt. Hatásukról megoszlanak a vélemények, ami egyrészt azzal magyarázható, hogy a datura levelek különböző titkos forrásokból származtak, másrészt pedig az asztmára való hatása egyéni. A múlt század közepe előtt a sympathicomimetikus gyógyszereket kezdték alkalmazni az obstructív tüdőbetegségek kezelésére. Ez háttérbe szorította az anticholinerg szerek iránt az érdeklődést. Ennek ellenére asztma cigarettákat Németországban orvosi előírás nélkül is lehetett vásárolni. 1958-ban *Ervenius* és mtsai meghatározták az asztma cigaretták alkaloida tartalmát. Maguk is készítették asztma cigarettát úgy, hogy különböző mennyiségű atropin oldatot fecskendeztek be a cigarettadohányba.

Ezeknek a cigarettáknak a füstje 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a stramonium levélből készített cigarettá füstje pedig 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub> atropint tartalmazott. A cigarettafüst mély belégzésével az atropin 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a maradt a tüdőben. Egyes tankönyvek 0,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os atropin inhalálását ajánlották. Ez azonban az asztmára hatástalan volt. 1959-ben *Herxheimer* azt észlelte, hogy az atropin cigarettafüst hatására a vitálkapacitás fokozódott. A hatás 15—30 perc múlva volt maximális és 3 óráig tartott. A stramonium füstje és a 0,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os atropin aeroszol hatása hasonló volt. *Hume* és mtsai 1961-ben asztmás betegeken az aminophyllin, az isoprenalin és az atropin hatását vizsgálta a Tiffeneau-próbára. Az egyedül adott isoprenalin hatásosabb volt, mint az atropin vagy az aminophyllin. *Chamberlain* és mtsai 1962-ben az 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os isoprenalin aeroszol hatását tanulmányozták egyedül és 0,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os atropinnal keverve. Az egyedül adott isoprenalin hatása gyors, de rövid, a keverék hatása viszont sokkal tartósabb volt. *Trechesl* és mtsai 1973-ban végzett vizsgálatai szerint az asztma cigarettá füstje hatására a specifikus légút-conductance 170<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-kal emelkedett. Az asztma cigarettá tehát ugyanolyan hatásos, mint a modern hörgőtágító szerek. Ez a vizsgálat megerősítette az asztma kezelésében a stramonium-füstnek a 150 évvel korábban észlelt hatását.

Pongor Ferenc dr.

Felhívjuk tisztelt vásárlóink figyelmét, hogy az



## humán és állatorvosi műszerek szaküzlete

a Budapest, VII. Rákóczi út 10-ból

**tatarozás miatt elköltözött**

a Budapest, VI. Bajcsy-Zsilinszky út 21-be!

Telefon: 324-728

**Az új helyen is régi szívességgel állunk kedves vásárlóink rendelkezésére!**





## A Nobel-díjak értékeléséről.

T. Szerkesztőség! Hankiss Jánosnak a Horus-ban megjelent igen fordulatossá és gondolatébresztő cikkének több megjegyzésével kapcsolatban szeretnék néhány észrevételt tenni (Orv. Hetil. 1980, 121, 95.).

A Nobel-díjjal kapcsolatban sok tekintetben egyezik a véleményünk. Sabin és Salk mellőzését a díj odaítélésakor több ízben magam is szóvá tettem éppen a Horus hasábjain. Van azonban egy alapvető megjegyzésem: egy felfedezés időállóságát szinte lehetetlen előre látni, azt a díj odaítélésakor uralkodó közhangulat irányítja. Úgy hiszem, hogy az első orvosi Nobel-díjas Behring érdemei 80 év után is mindenki előtt ismeretesek. S a szérumentherápia? A védőoltás a fejlett országokban feleslegessé tette. Finsen felfedezése a lupus vulgaris elterjedtsége mellett nagy jelentőségű volt a maga idejében. S 77 év elteltével? A tbc visszaszorulása, illetve gyógyszeres kezelése a fejlett országokban feleslegessé tette. Hazájában, Dániában és Finsen intézet jelenleg a rákkutatás céljait szolgálja.

Szerző főleg Fleming példáján kívánja bizonyítani a Nobel-díjat odaítélő bizottság szűk látókörét, hogy nem ismerte fel Fleming felfedezésének jelentőségét. Felvetődik azonban a kérdés, hogy ki ismerte fel? Az üzleti szimattal rendelkező tőkés gyárak sem! A penicillin akkor vált nagy jelentőségűvé, amikor Domagk felfedezése megadta a modellt, aminek segítségével lehetővé vált a kutatás ezen irányja. A Maurois könyv részletesen ismerteti, hogy a Fleminggel együtt kitüntetett két Nobel-díjasnak még milyen fáradságos útja vezetett el a tartósított gyári készítményhez. Forssmannal kapcsolatban ugyanaz a helyzet. Forssmann valóban egy olyan önkísérletet végzett, mely számára örök helyet biztosít a tudomány Pantheonjában, de tulajdonképpen neki sem voltak konkrét elképzelései, hogy milyen lehetőségeket és perspektívákat tárt fel a heroikusnál is heroikusabb önkísérletével. (A prioritás kérdést itt nem kívánom érinteni.) A szívkatéterezés kidolgozása azonban már talán rajta kívül álló okokból nem az ő érdeme, hanem a Columbia egyetem két kutatójé. Egyben ez válasz arra is, hogy miért kapott Fleming csak 16 év és Forssmann 27 év elteltével Nobel-díjat.

Hankiss dr. hivatkozik arra, hogy közvéleménykutatása során igen sok Nobel-díjas neve teljesen ismeretlen volt a megkérdezettek között és ennek kapcsán tesz néhány megállapítást, mely félrevezető.

Azt írja ugyanis, „néhány nevet többé-kevésbé elavult módszerek még életben tartanak (Krogh, Warburg, Ehrlich).

Lássuk mi az igazság! Krogh a Nobel-díjat nem a Krogh készülékért kapta, hanem a hajszálerekkel kapcsolatban ma sem elavult kutatásaiért.

Warburg szintén nem az évtizedekig a sejtek aerob és anaerob glukolizisét regisztráló készülékéért kapta, hanem a légzőferment természetének és funkciójának felismeréséért, de hangsúlyoznom kell, hogy még a Nobel-díj elnyerése után is tett olyan felfedezéseket, amelyek alkalmassá tették volna egy második Nobel-díj odaítélésére.

Részemre azonban a legfájóbb volt Ehrlich nevének odavetése, mint olyan tudósé, kit egy elavult módszer tart életben. Itt úgy hiszem felesleges a polemika. Csak futólag említeném, hogy ellentétben a közhiedellel Ehrlich a Nobel-díjat nem a Salvarsan felfedezéséért kapta, hanem az immunitással kapcsolatos munkásságáért, bár a maga idejében ugyancsak felvetődött, hogy egy második díjat nem érdemelt-e volna azért is. (Hata felsorolása a legnagyobbak között létes információ következménye lehet. Hata ugyanis nem részesült Nobel-díjban, nem is érdemelte meg.)

A megkövesedett részletek kifejezés sem nagyon illik Gogli, Cayal, Bordet és Hodgkin munkásságára.

Golgi eljárása lehetővé tette, hogy számos anatómiai, illetve hisztológiai képletet írjon le, mely ma is az ő nevét viseli.

Ramon y Cayal máig utól nem ért kiváló hisztológus, akinek az elmélete a neuronokról ma is a neurológia alapját képezi.

Bordet immunológiai kutatásai szolgáltatták az alapot többek között a Wassermann reakció kidolgozásához, úgyhogy a francia nyelvtérületen amíg használatos volt, a reakciót Bordet-Wassermann reakciónak nevezték. Brüsszel legrepresentatívabb kutató intézete az ő nevét viseli. (Külön is megemlíteném Bordet hősiesség magatartása a német megszállás alatt mind az első mind a második világháború folyamán.)

Hodgkin és Huxley biofizikai felfedezései többek között a cholera hatásmechanizmusának magyarázatában hoztak klinikai gyümölcsöket.

Frisch prof. felfedezése a méhek táncáról egy etológiai hármast jutalmazása során került elismerésre. Szerintem is megkérdőjelezhető a döntés.

Meghökkenőnek tartom viszont Morgan nevének említését. Ha volt felfedezés, mely termékenyítőleg

hatott a klinikum fejlődésére, úgy Morgan kutatásai döntően hozzájárultak ahhoz, hogy századunkat egyesek a genetika századának nevezhessék. Ennek kapcsán azonban én is osztom szerző felfogását, hogy a genetikusok és a mikrobiológusok elméleti alapjuttatásai túlzott mértékben kerültek jutalmazásra.

S végül Fibigerrel is túl sommás a szerző értékelése. Fibiger ugyanis egy percig sem állította, hogy a spiroptera volna a rák kórokozója. Az ő érdeme, hogy bebizonyította, hogy izgatással rákot lehet előidézni és ezzel elindította az experimentális rákkutatást. Yamagiva, Itchigava, Tsutsui ugyanazt bizonyították állatok fülének kátrányecsetelésével, de Fibiger a prioritás. Fibiger ma is nagy tiszteletet élvez honfitársai között és tanszéki utóda a közelmúltban egy részletes monográfiával emlékezett meg tanszéki elődéről.

S végül néhány szó Monizról. A prefrontális leukotomia, vagy ahogyan akkoriban nevezték, a psyché chirurgiája obsolettá vált. Jöttek ugyanis a psychopharmakonok és kiszorították, de 1949-ben még nem tudhatták, hogy a vegyszerek egy ilyen egészen új csapást vágnak a pszichiatriai körképek kezelésében. Lehetne vitatkozni a Burnet-féle klonelmélet elmarasztalásával is, de ez már túl messze vezetne.

A MacLeoddal kapcsolatos, Kruij bestseller könyvének hatását mutató lekicsinylő megjegyzésre a szerkesztőség már megadta a választ.

Végül azzal kapcsolatban, hogy ki kité és mit ismer, a rádióban és televízióban gyakran hallottunk elriasztó példákat más területeken.

Hangsúlyoznom kell, hogy Hankiss prof. cikkének értékéből semmit nem von le, hogy néhány állítása vitatható.

Kenéz János dr.

T. Szerkesztőség! Kenéz dr.-ral nyilvánvalóan nem egyes részletekben nem értünk egyet. Véleményünk alapvetően, már a kiindulópontban eltér egymástól. Kenéz dr. — egyébként nagyon tiszteltre méltóan — a tekintélyeket védődi, magam az *institutio tisztaságának* érdekében szólok. Az ellentét tehát nem egy-két ember megítélésében van köztünk, hanem a lényegben. Ő, nagyon bölcsen és reálisan nem akarja zavarni azt a képet, amely — jól vagy hibásan — rögződött. Mikor ehhez a kérdéshez nyúltam, tisztában voltam vele, mennyi érzékenység kavarodhatik fel: akinek egyszer szobrot állítottak, tabuvá vált. Hogy mégis belementem, az nemcsak azért volt, mert a *történelmi hitelesség* mindnyájunk számára értékes, hanem azért is, mert *egy-két szakember igaztalan kiemelése vagy éppen bántó mellőzése szememben jóval több, mint személyes szerencse vagy szerencsétlenség kérdése.* A problémának sokkal messzebb ható erkölcsi háttere van: az igazságtalanság rosszérzést, elégedetlenséget

szül és az igazi fejlődés ellen dolgozik. Ezért fontos és nem elhanyagolható az utólagos igazságkeresés sem. Közvetlen célja természetesen egy eltorzult intézmény további tevékenységének javítása.

Kenéz dr. úgy ítéli meg, hogy a Nobel-díj bizottságot „a díj odaítélésekor uralkodó közhangulat irányítja”. Elég szomorú. Eszerint a bulvárlapok irányítják a „tudósokból” álló nagyra becsült bizottságot? Ami a tudományos divatok kérdését illeti, nagyon valószínűnek tűnik a megállapítás. Elfogadva véleményét kézenfekvő, hogyan is csúsztak be azok a hibák, amelyeket felemlítettem.

Sajnálatosan félremagyarázza azonban azt a szövegrészetet, hogy „néhány nevet... módszerek tartanak még életben”. Kritikája nem azzal száll szembe, amiről beszéltem. Azt mondtam, hogy a *társadalmi megbecsülésbe nem kerültek* be úgy, mint Pasteur, Koch, Szentgyörgyi, vagy Sabin és Salk, akikről minden művelt ember tudja, milyen egyszerű felfedezéssel segítettek az emberiségen. A kiragadott mondatfördék annyit mond ki, hogy a példaképpen említett nevek a díjazással járó jó propaganda hatására sem kerültek be az *emberek tudatába*. De a mondat nem foglalkozott azzal, hogy az említett személyek milyen munkásságot fejtettek ki, és pláne nem állította, amit Kenéz dr. szövege insinuál, mintha egyáltalán nem értek volna el eredményeket. *Erről* szövegemben szó sem volt. Ezért nem helyénvaló azt bizonygatni, hogy mivel foglalkoztak. Ugyancsak az általános emberi elismerés szemszögéből, tehát nem szakmai oldalról, szóltam az utánkövetkező díjazottakról.

Az egyes személyek tekintetében nem kívánok vitába bocsátkozni. Nem azért, mert az adatok megtekinthetők lexikonokban (pl.: Főti: Az orvostudomány Nobel-díjasai és Nobel-díjasok kis lexikona), hanem mert cikkemben nem egyes kiemelt személyekkel foglalkoztam, hanem *elvekről fejtettem ki véleményemet* s főleg a Nobel-díj bizottság működését marasztaltam el. Egyébként is nagyon nehéz lenne eldönteni, hogy valaki Golgi eljárásait tartja fontosabbnak vagy Gömörriét, de az is lehet, hogy nem a szövegtani felismerések mellett tenné le szavazatát. Ez szakmai érdeklődéstől és egyéni beállítottságtól is függ, megbocsátható egyéni elfogultság.

*De a díjkiosztó bizottság* nem lehet sem ennyire szűklátókörű, sem ennyire elfogult, hiszen neki általános, fontos szempontokat kellene képviselnie maximális áttekintéssel és teljes elfogultatlansággal. Nem akarom a könnyebb utat választani és ezt a tételt az irodalmi és békedíjak kirívó példával alátámasztani, de a tendenciózus igazságtalanságot megvető emberek szemében így is világos lesz a kép.

A bizottságnak nem az a kötelessége, hogy évenként kiossa a díjakat, hanem, hogy választásával kiemelje a döntően új témákat és előremutasson, bátorítást, *ösztönzést adjon* azoknak a kutatóknak, akik hajlandók új csapásokon megközelíteni a természet rejtélyeit. *De pontosan ezek a nemes célok szenvednek hajótörést* a tökéletlen vagy hibás választásokban! És ezért tartom fontosnak a revíziót akkor is, ha a kiadott elismeréseket utólag visszaszívni nem lehet.

A hamis ítélet nemcsak többékevésbé érdemtelen, vagy legalábbis nem a legarraéremesebbet emeli ki és jutalmazza, hanem megteveszt, becsap és *demoralizál!* Ebben látom a legfőbb veszélyt és kárt. És ezt érzi minden nem orvos érdeklődő ember is: hogy jelentékteleneket tesznek elé példaképpé és ezeket a *példaképeket nem tudja és nem is akarja vállalni.*

Mit kell tehát elvárni az odaítélőktől?

Szabjanak egy *nagyon magas mércét* és az illető időszakban elért *összes eredményt* (ne csak a divatosakat, ne csak a néhány ajánlottat, ne csak a befutott intézetek kínálatát!) tegyék mérlegre és — *amennyiben ezek között több elérte a nívót, a legjobbnak*, tehát a *mind közül választott legjobbnak* ítélje oda a nemcsak pénzt, hanem sikert, elismerést, népszerűséget, tudományos hatalmat stb. is jelentő díjat.

És épp itt van az a pont, amelyre Kenéz dr. hozzászólása után ki kell térni. Egy ilyen kritikus elemzésnél nem kellő érv az, hogy a díjazottak többségénél lehet *indokot* felhozni arra, hogy kitüntették. A döntő kérdés az, vajon a kiválasztottak *felülmúlták-e* az abban az időben született, többi, nem díjazott felfedezést.

Magam mind a két ponton fennakadtam. Egyrészt túl nagyra láttam a *különbséget* a Nobel-díjasok között! Egyikük-másikuk valóban hatalmasat és döntően fontosat alkotott (insulin, penicillin, Watson, Sutherland), a többiek eredménye nagyon is átlagos vagy már a maga korában sem átütően fontos.

Másrészt bántóan igazságtalan igen fontos felismerések *mellőzése*. Hogy csak az utóbbi idők eredményeit ragadjam ki: Anaesthesia. ECHO-diagnosztika, endoscopos beavatkozások. haemodialysis-perfusio haematologiai kombinált terapiák, arteriographiák, a crvochirurgiát, de talán a képerősített radiodiagnosztikát is ide sorolnám. Átütő hatású gyógyszerek: beta-receptor blokkolók, diureticumok, szintetikus hormonok, releasing és inhibiting hormonok, hormon-antagonisták, agyi transzmitterek (itt magyar kutatók is rendkívül fontos eredményeket hoztak, 1) stb.

Egvetlen fontos szervezési eredményt sem tűntettek ki. (Van-e gyógyszer, amely annyi embernek használt, mint az emberi jövedelmek megkapott általános betegbiztosí-

tás? Hol az elismerése a súlyosság szerinti, lépcsőzetes ellátás megalkotásának??) Ugyancsak hiányolom a higiénés és preventív-medicína kihagyását, noha eredményeik alapvető fontosságúak. De minden szakma ki tudná ezt a sort egészíteni a maga egyszerű felfedezéseivel (2).

Kenéz dr.-nak őszintén köszönöm, hogy hozzászólásával alkalmat adott rá, hogy tisztán kifejtsem: nem egyik vagy másik kitüntetett ide vagy odatartozósága (érdeme vagy érdemtelenége) foglalkoztatott (ez csak igazságszervezést sértette), hanem, mint az alcím is kifejezte, a tudományos teljesítmény értékmegállapítása. Azaz általában az *érdem és az érdemtelenesség kérdésében való korrekt döntés*. Kenéz dr. kiváló orvostörténész, akinek cikkeket mindig nagy érdeklődéssel olvastam és adózom történelem-tiszteletének. Iránta való elismerésem semmit nem csökkent az, ha a felvetett kérdésekben nem értünk egyet. Gondolom, mindketten a történelmi igazságot, ezen felül az *igazságszolgáltatást* is keressük, mindegyikünk a maga módján: acceptálva vagy kritikusan. Jó lenne, ha vitánkba bekapcsolódva mások is hozzájárulnának a reális és igazságos elismerés légkörének alakításához.

Hankiss János dr.

IRODALOM: 1. Endorphins '78. Akadémiai Kiadó, Bpest., 1978. — 2. Münch. Med. Wschr. 1978, 120, 81.

#### Szerkesztőségi megjegyzés:

A Nobel-díjak odaítélésének értékelésében súlyos hibát követünk el, ha figyelmen kívül hagyjuk az adott történelmi korszakot. Az antituberkulotikumok — Behring antitoxikus savója felfedezésének értéke csak annak a történelmi korszaknak jegyében értékelhető, amelyben a felfedezés történt. A konkrét két példában a felfedezés értékéből mit sem von le az a tény, hogy mindkét megbetegedés, a tuberkulózis és a diphteria közegészségügyi, gyógyító orvosi jelentősége korunkban összehasonlíthatatlanul csekélyebb.

#### A congenitalis vitium és a korai műtét feltételeiről.

T. Szerkesztőség! Fokozott érdeklődéssel olvastam lapjuk 1980, 121, 199. oldalán Tekulics Péter dr. és mtsai tollából az „Újszülöttkori haemodinamikai vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink, c. közleményt. A kérdés vizsgálatában nagy tapasztalattal rendelkező SZOTE Kardiológiai Centrum munkatársainak megfigyelési módszerű kérdéseket vetnek fel és megállapításaik jelentősnek mondhatók a hazai gyermekkardiológiai irodalomban.

Megfelelő hivatkozással a szerzők is céloznak arra, hogy az élet első napjaiban végzett szívkathe-

terezésektől és angiocardio-graphiás vizsgálatoktól az 1960-as évekig tartózkodás volt megfigyelhető világszerte. A szegedi munkaközösség az elmúlt 9 évben 53 esetben végzett haemodynamikai vizsgálatot 10 napos életkoron belül. Ezen vizsgálatok indítéka, mint a szerzők céloztak is rá, az volt, hogy a „konzervatívabb” vizsgálómódszerek (EKG, rtg, fizikális tünetek) nem adtak elegendő információt a kórismét illetően. Ezen hagyományos vizsgáló-eljárások korlátai azonban még fokozottabb formában érvényesülnek a *kis súlyú koraszülöttek esetében*. A cyanosis respiratorikus (ebből lényegesen több van), ill. kardiális eredete nagyjából elkülöníthető a szerzők által már évek óta jó hatásokkal alkalmazott hyperoxia-tesztrel, de ez az esetleges szívhibák minőségi elemzéséhez kevés adatot szolgáltat. A hagyományos vizsgálómódszerek értékelhetőségét kis súlyú koraszülöttek esetében a miniatűr testarányok is erősen megnehezítik és sokszor lehetetlenné teszik. Ha tisztázódik is a cyanosisnak, mint vezetőtünetnek (a szerzők anyagában 53 közül 50 esetben volt kifejezett) kardiális eredete, akkor is még fennállhat a lehetőség, hogy csak kardiorespiratorikus adaptációs zavarról van szó (ez pedig kis segítséggel sokszor spontán is rendeződik) és felesleges a hosszú szállítást kockáztatni haemodynamikai vizsgálat elvégzése céljából. Végül szólni kell a számban ugyan legkisebb, de korántsem legproblémamentesebb csoportról is. Ide tartoznak azok a kis súlyú koraszülöttek, akiknél a kezdetben domináló respiratóris zavart gépi lélegeztetéssel megoldották, de lekerülve a gépről kardiális tüneteket mutatnak, sejtetően nyitva maradt Botallo-vezeték miatt. Lehet-e próbálkozni haemodynamikai vizsgálat elvégzése nélkül a vezeték gyógyszeres zárásával, amikor tudott dolog, hogy esetlegesen más társuló vitium-fajta (pulm. atresia) ezt contraindikálja, ill. a nyitvatartást elősegítő gyógyszer adását sürgeti.

Röviden csak vázolni próbáltam azokat a nehézségeket, amellyel az 1976-ban létrehozott Perinatalis Intenzív Centrumokkal (PIC) rendelkező megyék osztályos egységben dolgozó gyermekkardiológusai szemben találták magukat. A PIC által életben tartott kis súlyú, régebben az életben maradás legkisebb reményével sem rendelkező újszülöttek kardiális veszélyállapotát egész sor és zömével még megoldásra váró kérdést tártak fel.

Az Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet 10. sz. Módszertani levele (1976) világosan körvonalazza azon kritériumokat, amelyek alapján kardiológiai centrumokba kell irányítani haemodynamikai vizsgálatra a szív- és nagyérfejlődési rendelle-

esség miatt veszélyeztetett újszülötteket. Más kérdés azonban, hogy ezen kardiológiai centrumok fogadóképessége minden időben biztosítva van-e? Az említett módszertani levél kritériumai jól alkalmazhatók a megyei kardiológus rendelkezésére álló kórismezési feltételek mellett, *de csak érett és normális súlyú újszülött esetében!* Ezt Vas megyei gyakorlatunk is bizonyította. Az utóbbi 10 évben feleslegesen nem küldtünk (kivéve egy hyperviscositási syndroma) kardiológiai centrumba érett újszülöttet, de nem is néztünk el, illetve nem halt meg osztályunkon olyan kardiális rendellenességgel született újszülött, akinél a korai haemodynamikai vizsgálat lehetővé tett volna, legalább palliatív, illetve részleges megoldást.

A PIC működése óta életben tartott kis súlyú újszülöttek esetében viszont a körülmények megváltoztak és céloztunk a felmerülő nehézségekre. Egyes, kardiológiai centrumoktól távol eső megyei központok (pl. Szombathely—Budapest: 240 km) számára nem kis feladatot jelent a súlyos állapotban levő kis súlyú újszülött szállításának megszervezése és sikeres lebonyolítása — kockázattal — az ismertettét kórismezési nehézségek miatt — a felkúldés feleslegességét. Tovább bonyolítja a kérdést az is, hogy már az ismert szűkebb kapacitás miatt is bizonyos fokú óvatosság tapasztalható a 2000 g alatti újszülöttek haemodynamikai vizsgálatát illetően (nagyobb a kockázat, mint a várható eredmény).

Mindezeket előre bocsátva és elfogadva azt, hogy az első életnapokban végzett haemodynamikai vizsgálat nem jelent szükségszerűen nagyobb kockázatot, igyekeztem adatot találni *Tekulics dr. és mtsai* közleményében az 53 haemodynamikai vizsgálaton átesett újszülött súlymegoszlását illetően. Jó lenne azt is tudni, hogy a 2000 g alatti csoportban nagyobb volt-e a haemodynamikai vizsgálat kockázata? Nyilvánvaló, hogy a feldolgozott anyagból ezek az adatok nagyobb nehézség nélkül kikereshetők és a közleményből valószínűleg csak a terjedelem korlátozottsága miatt maradtak ki.

Ismerve a SZOTE Gyermekklinikájának még a PIC-hálózat létrehozatala előtt kifejtett ilyen irányú úttörő munkásságát, a szerzők bizonyára kiternek válaszukban a kis súlyú újszülöttek kardiális veszélyállapotainak vázolt kórismezési nehézségeire is, mintegy iránymutatást nyújtva, invazív vizsgálati eljárásokkal nem rendelkező megyei osztályoknak.

Végül ez úton szeretnénk kifejezni köszönetünket a SZOTE Kardiológiai Centrum munkatársainak, hogy 1977-ben (fővárosi kardiológiai centrumok akadályozottsága idején) a legnagyobb segítséget tapasztalhattuk Vas me-

gyei betegeink haemodynamikai vizsgálatainak elvégzésében.

Buzás Emil dr.

*T. Szerkesztőség!* Köszönöm Buzás Emil dr. hozzászólását, problémafelvetéseit, kiegészítését az „Újszülöttkori haemodynamikai vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink” — című, az Orvosi Hetilap 1980, 121, 199. oldalán megjelent közleményünkhöz.

A Perinatalis Intenzív Centrumok megszervezése és egyre teljesebb, hathatós működése valóban egy sor diagnosztikus és szervezési, technikai kérdést vet fel a kis súlyú újszülöttek kardiális veszélyállapotaival kapcsolatban. Ezen centrumok működése azonban csak az utóbbi két-három év beteganyagát érinti, így tanulmányunkban — ahol eseteink összefoglalását az 1978-as évvel zártuk — nem térhettünk ki részletesen az e betegcsoporttal kapcsolatos nehézségekre.

Célunk a *veleszületett* szívfejlődési rendellenességek újszülöttkori diagnosztikájának áttekintése volt. E gyermekek mind a születési súly, mind a születést követő egy-két hetes időszakban adódó problémák tekintetében lényeges különbségeket mutatnak a PIC sikeres működésével életben tartott és *esetleg congenitalis* vitiumos kis súlyú újszülöttekkel összehasonlítva.

Ezeket előre bocsátva próbálok a Buzás dr. által felvetett igen fontos kérdésekre röviden válaszolni.

A hyperoxia-teszt nemcsak a cyanosis cardialis vagy pulmonalis eredetének elkülönítésében döntő jelentőségű, hanem a jobb-bal shunttel járó esetek kórismezését, elkülönítését a bal-jobb shunttől is lehetővé teszi. Ezen esetek Kardiológiai Centrumba küldése feltétlenül indokolt, hiszen ezek a betegek közvetlen életveszélyben vannak, ugyanakkor a bal-jobb shunttel járó szívbeteg újszülöttek, koraszülöttek csak igen ritkán kívánnak azonnali haemodynamikai vizsgálatot, ill. beavatkozást. Természetesen az EKG és Mrtg vizsgálatok eredményét és a sav-bázis viszonyokat mindig figyelembe kell venni, az egyéb eredetű kardiorespiratorikus zavaroktól való elkülönítésben pedig segítenek azok jellegzetes tünetei. Végül is egy cyanotikus újszülött esetében a kóros EKG és rtg-lelet, valamint a jobb-bal shuntre utaló hyperoxia-teszt egyértelmű indikációja a Kardiológiai Centrumba küldésnek — a születési súlytól függetlenül. Bár beteganyagunkban csupán egy esetben volt alacsonyabb a születési súly 2000 grammnál (1800 g), úgy véljük, hogy a korai haemodynamikai kivizsgálás kockázata — megfelelő körülmények között (megfelelő gyógyszerek, O<sub>2</sub> stb.) — nem nagyobb a kis súlyú újszülöttekben, mint az érettebbekben. (Természetesen a „miniatűr viszonyok” miatt technikai nehézségek adódhatnak.)

Egyre több közleményt, tanulmányt olvashatunk az utóbbi időben a Botallo-vezeték gyógyszeres nyitva tartásáról, ill. zárásáról. Ez egy speciálisan, kifejezetten újszülöttkori probléma. Búzás dr. erre vonatkozó kérdésére azt tudom mondani, hogy mi magunk is végzünk ilyen gyógyszeres beavatkozásokat, mint ahogy arról közleményben is beszámoltunk. Tapasztalataink szerint gépi lélegeztetett kis súlyú koraszülöttekben a Botallo-vezeték gyógyszeres zárása haemodynamikai vizsgálat nélkül is megkísérélhető, ha az újszülött nem cyanotikus és egyéb kardiológiai elváltozásokra utaló tünete nincs. Fordított esetben azonban a cyanosissal járó vitium milyenségét a ductus arteriosus nyitva tartását eredményező prosztaglandin adása előtt haemodynamikai vizsgálatokkal lehetőleg tisztázni kell.

A kardiológiai centrumok fogadóképességével kapcsolatban természetesen csak a magunk nevében szólhatok. A szegedi centrum az elmúlt évek során egyetlen szívbeteg újszülött felvételét, ill. kivizsgálását sem utasította vissza, a továbbiakban is ezen alapelvhez szeretnénk tartani magunkat.

Tekulics Péter dr.

**Legyünk pontosak, még ha nem szorosan szakmai adatokról is van szó.**

**T. Szerkesztőség!** Érdeklődéssel olvastam az Orvosi Hetilap 1980. 5. számában Balázs Márta dr. és munkatársainak „Stenosis aortae-angiodyspasia coeci” című közleményét. Érdekel az eset, mert hazánkban klinikánk között először (O. H. 1975, 116, 2127.) szelektív angiographiával praeoperative kimutatott heveny bélvérzés forrást (haemangioma coli). Klinikánkon hasi szelektív és akár szuperszelektív angiographiát a sürgős betegellátásban a nap bármely órájában azonnal tudunk végezni, sőt a vérzést műtét nélkül katheteres úton meg tudjuk szüntetni. Ezek a vizsgálatok azóta is érdeklődésünk és kutatómunkánk középpontjában vannak.

A Balázs dr. közleményében ismertett beteg (akit a János Kór-

ház kérésére a Pécsi OTE I. Belklinikára volt szíves felvenni) angiographiai vizsgálatát 1975. dec. 31-én végeztük el az I. Belklinikára kérésére. Így sikerült kimutatnunk a coecum falában levő haemangioma szerű, pár mm-es méretű elváltozásokat, melyek aztán az említett közleményből ismertén a kórlefolyás és a pathológiai vizsgálat szerint a vérzés forrásának bizonyultak. Ebből látható, hogy a kórisme helyes felállításában az angiographiai vizsgálatnak döntő szerepe volt.

Ezért tartjuk megtévesztőnek, hogy a közlemény szerint az angiographiai vizsgálatot nem a Pécsi OTE Radiológiai Klinikáján végeztük. Azt is meg kell említenem, hogy én sem az I-es Belklinikán dolgozom, ahogy az a cikkben idézett közleményünk fejlécének figyelmes elolvasásakor is kiderült volna.

Igazán kár, hogy a szakmailag magas színvonalú esetismertetés (gazdag irodalmi tájékozottsággal) szövegében a ténynek nem megfelelő (ha nem is szakmai) adatok némi kellemetlen szájízét hagynak a kívülálló és a kórismét nyújtó olvasóban egyaránt.

Horváth I. ászló dr.

**T. Szerkesztőség!** Horváth László dr.-nak, miként azt az Orvosi Hetilap 121. évfolyamának 5. számában megjelent „Stenosis aortae — angiodyspasia coeci” című közleményünk végén a „Megjegyzés” rovatban is megtettük, még egyszer, ismételtelen köszönetet mondunk a közölt eset szelektív mesenterialis angiographiájának elvégzéséért. Horváth dr. korábbi ez irányú munkásságára cikkünk irodalomjegyzékében is utaltunk. Sajnálatos módon Horváth László munkahelyét tévesen jelöltük meg. Ezért szíves elnézését kérjük.

A diagnózist tulajdonképpen már a János Kórház III. Belgyógyászati osztályán is felállítottuk, sőt a mesenterialis angiographiát is megkíséreltük, sajnos vizsgálat közben Elema készülékünk elromlott, és így a sürgősségre való tekintettel kértük Jávör Pál professzor segítségét, aki a beteget az angiographiás vizsgálat végzésére a Pécsi I. Belgyógyászati Klinikára átvette. A Pécsit elvégzett selectiv angiogra-

phiás vizsgálat klinikai diagnózistunkat megerősítette.

Közleményünk célja egyébként elsősorban nem az volt, hogy a mesenterialis angiographia értékét bizonyítsuk az ismeretlen eredetű bélvérzések diagnosztikájában, hanem az — ami egyébként a címből is kiténik —, hogy az aorta stenosis és a coecum angiodyspasiája közötti összefüggésre hívjuk fel a figyelmet.

Köszönjük Horváth dr. elismerő szavait, amelyben munkánkat szakmailag magas színvonalúnak ítélte, és ismételtelen elnézését kérjük, amiért munkahelyét pontatlanul adtuk meg.

Egyébként meg kell jegyeznünk, hogy az aorta vitium és mesenterialis angiodyspasia társulása korántsem ritka: közleményünk megjelenése óta hazai szerzők is (Fazekas T. és mt., Előadás a Magyar Gastroent. Társaság 22. Nagygyűlésén, Keszthely, 1980. V. 23.) észleltek ilyet.

Balázs Márta dr.  
Szám István dr.  
Büky Péter dr.

**A helyes ortográfia védelmében.**

**T. Szerkesztőség!** Az Orvosi Hetilap 1980. 16. számában jelent meg Várkonyi Péter dr. közleménye: „A vena jugularis interna percutan canulálása csecsemő- és kisgyermekkorban”. A közleményben írottakról, a módszerről és eredményeiről csak a legnagyobb elismerés hangján lehet szólni. De kénytelen vagyok kételyeimnek is hangot adni, nyelvi szempontból, mely egy kifejezéssel kapcsolatos. Mind a címben, mind a szövegben többször szerepel a „canulálás” kifejezés. Kételyeim ezzel kapcsolatosak. Úgy vélem, sőt ebben biztos is vagyok, hogy a *canule* szó francia eredetű, ez esetben viszont u-val kell írni. Ha a németes változatot (die Kanüle) fogadjuk el és használjuk, akkor valóban ü-vel, de a kezdőbetű elején „k” kell legyen. Úgy gondolom, hogy mindnyájunk szívügye a tiszta magyar orvosi nyelv védelme és megőrzése és folyamatos javítása. Ezért tartom a „canül”, „canulálás” kifejezéseket igencsak vegyesnek és nem megfelelőnek. Léb József dr.



## KÖNYVISMERTETÉS

Meszkott szerkesztőségi gyakorlatunktól eltérünk, amikor az alábbiakban külföldi szerző, nevezetesen Ch. Probst professzor (Technikai Egyetem Orvostörténelmi- és Szociológiai Intézet, München) könyvismertetését közöljük, amely a Müncheni med. Wochenschriftben (1980, 122, 403) jelent meg, s amelyet a szerző az Orvosi Hetilaphoz is eljuttatott. A tárgyalt mű több kiadásban is megjelent és magyar fordításban is eljutott Magyarországra. A tekintélyes orvostörténetész recenzióját örömmel közöljük, miután tartalmával teljes mértékben egyetértünk.

**Silló-Seidl G.: Die Wahrheit über Semmelweis** (Az igazság Semmelweisről). Ariston, Genf, 1980.

A Münch. med. Wschr. 1979/31. számában Silló-Seidl Gy. Semmelweis Ignácra vonatkozó új dokumentumokra és ezekkel kapcsolatos új könyvére hívja fel a figyelmet. A könyv ígéretes címe helyesebben hangzanék így: Régi tévedések, esetlen tákolmányok (Kompilationen) és feltevések Semmelweisről, új dokumentumok alapján. Silló-Seidl könyvének három témaköre: Semmelweis tanai a gyermekágyi láz kóroktanáról és ellenfelei, szakmai pályafutása és halálának rejtélyes körülményei. Az első kérdéskört szemlélítve Silló-Seidl alapjában véve régi történeteket ismételve a gyermekágyi láz antiszeptikus megelőzése zseniális felfedezőjéről, aki messze megelőzte korát, valamint korlátolt és rosszindulatú ellenfeleiről, akik irigységből, a gyermekágyasok egészségével nem törődve küzdöttek ellene. A szerző nem veszi magának a fardadságot, hogy megfelelő tudománytörténeti háttér és feltételek alapján kövesse nyomon e tudósvitát. Így például az itt olyannyira fontos járvány fogalma (Epidemie) egykori tényleges jelentésében ismeretlen számára, aminek az a következménye, hogy az ellenfelek egybehangzó érvelését nem a maguk közös elméleti talaján (aus ihrer gemeinsamen theoretischen Grundlage: Epidemismus) értelmezi, hanem egyszerűen marádi egyetemi tanárok nemzetközi protekciós szövevénye leleplezésére tesz kísérletet. (V. ö.: Ch. Probst: I. Ph. Semmelweis, a Die Grossen der Weltgeschichte c. mű 8. kötet Zürich, 1978, 186—207. old.)

A nőorvos Silló-Seidl noha nem orvostörténetész, a könyv fülszövege annak tünteti fel. A szerző egy bűnügyi felügyelő szerepkörében tetszeleg az orvostörténelmi területén, a fáradságos (nyomozói) aprómunkából azonban csak külföldi mellékkörülményeket tud összehozni egy gyilkossági bűneset-hez, anélkül, hogy eszébe jutna felismerési eredetét és bizonyítékai valódiságát alátámasztani. Mindez akkor válik bosszantóvá, amikor E. Lesky: I. Ph. Semmelweis und die Wiener medizinische Schule (Wien, 1964) c. művét szinte fejezetenként kisajátítja, az ott első ízben

nyilvánosságra hozott ügyszöveget szóról szóra átveszi és azzal, hogy mindenfajta forrásmegjelöléstől tartózkodik, azt a látszatot kelti, mintha ezt az egész feltárt dokumentumanyagot valamennyien neki köszönhetnék.

Érdekfeszítő olvasmány a nagy orvos betegségéről és haláláról szóló, valamint kórlapja után Bécsben folytatott fáradságos kutatásról tudósító fejezet. A mindeddig általános nézet szerint Semmelweis, akkoriban a szülészet tanára Budapesten, 1865-ben, elmezavarban betegedett meg, Bécsbe szállították egy elmeegógyintézetbe, ahol két hét múlva halt meg, vérmérgezésben, ami műtői sérüléséből származott. Silló-Seidl bürokratikus nehézségek közepette, valóban elsőként szerezte meg Semmelweis kórtörténetét, azt értékelte és utolsó betegségére vonatkozó egyéb bizonyítékokkal egybevetette. A szöveget publikálva a következő új eredményre jut: Miután Semmelweis azon kartársait, akik a gyermekágyi lázról vallott tanítását és a fertőtlenítés útján való megelőzés szükségességét nem ismerték el, gyilkosoknak bélyegezte és egyáltalán, a kételkedők ellen, mind hevesebben lépett fel, a budapesti orvoskaron dolgozó kartársai tömörültek ellene, elmeháborodottnak nyilvánították és Bécsben elmeegógyintézetbe vétették fel. Ott erőszakosan tartották fogva, ápolói bántalmazták és az ily módon szerzett sérülésekből támadt a vérmérgezés, ami végül is halálát okozta.

Feltűnő, hogy a szerző minden adatot, tény, egyoldalúan, bizonyítékként sorakoztatott fel a professzori összeesküvésről hangoztatott feltevése érdekében, amely a kényelmetlenné vált és a tanári karban feltehetően teljesen elszigetelődött Semmelweis ellen irányult. E tekintetben oly messze megy, hogy egy csoportképről, amely 1863-ban készült és a pesti orvoskar tagjait ábrázolja, azt állítja, hogy azon Semmelweis kollégáitól elfordul és teljesen magányosnak tűnik: valójában azonban e képen szereplő valamennyi professzor egyfajta közönnyel (beziehungslos) tekint a messzeségbe. A csekélyszámú vallomások egyike, amely Semmelweis elmezavarát tanúsítja, saját feleségétől származik. Silló-Seidl kijelen-

ti: e vallomás a legkevésbé sem hirteltérdemlő, miután azt az özvegy 40 évvel férje halála után, 68 éves korában tette, midőn „családi közlések szerint” már hosszú idő óta szedett altatót, később morfiomot, ezenkívül szivarozott. E család szinten továbbadott, pontatlan közlés megbízhatóságát Silló-Seidl nem vizsgálta meg, azt sem tudja megokolni, vajon a szivarozás alapján miként lehetne az özvegyet kóros meseszövevéssel (als Konfabulation) megbélyegezni. További példákat is említhetnénk még az önkényes, egyoldalú forrásértelmezésre.

Jelen ismertetés már nyomdában volt, amikor megjelent Semmelweis kórtörténetének tudományos szempontból kifogástalan kommentárokkal kiegészített kiadása (J. Antall, F. Némethy, Communicationes de Historia Artis Medicinae, XXIV. köt. Budapest, 1978, 15—65 old.). Ebből egyértelműen kiviláglik: a nagy magyar orvos tragikus végének fent ismertetett eredeti változata *lényegében igaz*. Silló-Seidl feltevése azonban, a Semmelweis elleni professzori komplottról és erőszakos haláláról, e kiadvány alapján teljességgel elhibázott. Silló-Seidl könyve, amely az említett *súlyos módszertani hibák* mellett elsősorban személyét előtérbe helyező hatásvadász beállítottságával tűnik ki, nem orvostörténeti munka, legfeljebb közepesen sikerült bűnügyi regény.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Ch. Probst  
Fordította: Hidvégi Jenő

**Pädiatrie in Praxis und Klinik. Band I, K. D. Bachmann—H. Ewerbeck—G. Joppich—E. Kleinbauer—E. Rossi—G. R. Stadler.** Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1978. 285 ábra, 192 táblázat. Ára: 298,— DM.

A 2 német kiadó közös kiadásában megjelenő 3 kötetre tervezett munka első kötetében 112 szerző a gyermekgyógyászat 8 nagy kérdéscsoportját dolgozta fel.

A szerkesztés 6 nemzetközileg elismert szakember érdeme. A munkatársak többsége a német nyelvterületen működik, de más európai és tengerentúli országbeliek is vannak közöttük.

A bevezetőben a szerkesztők megemlítik, hogy könyvük eltér a hagyományos tankönyvektől és az ún. kézikönyvektől is. Azoknak szánják, akik a pediátria ismeretanyagával már rendelkeznek, de az intézeti és területi munkájukban felmerülő aktuális kérdések megválaszolásához egyes szakterületek különleges ismerő segítségét nyújthatnak. Ennek megfelelően a munka nem arányos terjedelemben foglalkozik minden részkérdéssel. Példaként megemlítik, hogy az olvasók nyilván ismerik a kanyaró kórképét, ezért erről kevés szó esik, de részletesen tárgyalják a morbilli és a panencephalitis ösz-

szefűgégeit. Ezen megfontolás értelmében érthető, hogy ez a könyv sokkal többet nyújt mint a szokványos tankönyv, viszont sokkal kevesebb feleslegessé vált, vagy túlhaladott ismeret tartalmaz mint a sok kötetes kézikönyvek.

A *foetalis és neonatalis pathologia* fejezetben a humángenetika alapelemeivel a genetikus betegségek felismerésének módszereivel ismerkedünk meg. Behatóan foglalkozik a fejezet a genetikai tanácsadás gyakorlatával. Röviden megbeszélésre kerülnek az auto- és gonosomális betegségek. Alfejezetben ismertetik a praenatalis-postkonceptuális betegségeket, köztük bővebben az alkoholos embriopathiát, melynek 3 fokozatát különböztetik meg.

Fontosságának megfelelő részletességgel tárgyalják a foetalis veszélyeztetettséget, illetve a foetus állapotának megítélésére alkalmas vizsgálati eljárásokat. Hasonlóképpen behatóan foglalkoznak a szülés alatt a magzatot fenyegető veszélyekkel. A szülés alatti ellenőrzés alapja az intrapartalis tocographia, mellyel egyszerre regisztrálják a magzati szív-működést és a fájás tevékenységet. Előnyösnek tartják az invazív ellenőrzési módszerek igénybevételét is (foetalis EKG tülektrodákkal, méhüri nyomásmérés intrauterin katéterek segítségével). E módszerek esetleges fertőzési veszélyeit is érdemesnek ítélik vállalni a magzat állapotának megbízható ellenőrzése érdekében. A méhen kívüli életre való alkalmazkodás élettanával és kórtanával — a terápia megfelelő megválasztása érdekében — ismerteti meg a könyv. Az újszülött hypoxiájának fajtáit és eredetüket táblázat tartalmazza. Az előforduló kórképeket szemléletes ábrák mutatják be. Az újszülött spontán ptx.-ának megállapítására alkalmas és egyszerű módszernek ítélik a mellkas megfelelő lámpával való transilluminációját.

A koraszülöttkérdés hazai fontossága értékessé teszi a koraszülésre és koraszülöttekre vonatkozó élettani és kórtani ismereteket. Kissé meglepő az a megállapítás, hogy a koraszülöttek 5—9. életében fiziológiának tekintik a Hgb. érték leesését 7—12 g<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ra és ilyen értékek mellett is kielégítőnek az O<sub>2</sub>-ellátást. Tranfuziót 7 g<sup>0</sup>/<sub>100</sub> alatti Hgb. értéknél tartanak indokoltnak, vagy ha az anaemiának klinikai kórjele, pl. dyspnoe észlelhető. A gestációs idő megítélésére Farr és mtsai táblázatát ajánlják. 11 jól látható, ill. vizsgálható saiatosság számértékeinek összesítése alapján pontosan megállapítható a vizsgált újszülött gestációs kora. Az újszülöttkori infekciók iránt világszerte megnyilvánuló érdeklődés magyarázza a részletes tárgyalást. A hazai gyakorlatához hasonlóan az újszülött infekciójának gyanúja esetén (anamnesztikus, klinikai és labor jelek alapján) félretéve a fenntartásokat — tartva

az esetleges gyógyszer mellékhatásoktól — a leghatékonyabb antibakteriális és intenzív terápiás eljárások azonnali alkalmazását ajánlják. A pontos aetiológia megismeréséig aminoglykosidok (Gentamycin, Tobramycin, Amikacin stb.) és egyidejűleg mindig cephalosporinok alkalmazását gyakorolják. Ha az általános sepsishez meningitis is társul, akkor az említett antibiotikumokhoz még chloramphenicol, streptococcus B infectio esetén pedig penicillint csatolnak. Hosszabb antibiotikus terápia esetén mindig adnak prophylaktikusan antimycoticumot (Nystatin vagy Amphotericin B-t). Egészséges újszülöttek számára viszont nem tartják indokoltnak az antibiotikus prophylaxist. A csere-transfuziót az újszülöttek sepsisében előnyösnek találták. Meningitis gyanú esetén, ha a diagnosztikus lumbalpunkciónál a liquor bevért, egyidejű fehérvérsejt-számolás segítségével nyújthat, mert ha a liquor-sejtszám magasabb mint a vérleukocytaszám, ez meningitis mellett szól. Isolált meningitis esetén a kórokozó azonosításáig gentamycint, chloramphenicol, ampicillint systemásan és másodnaponként 1 mg gentamycint i. th. adnak. A legújabb kísérletes eredmények alapján tárgyalják az újszülöttek a farmakokinetikai kérdéseket és a terhesség végén alkalmazott gyógyszerek hatását az újszülöttre.

A *szociális és preventív medicina* fejezete 74 oldal terjedelmű. Demographiai adatok, külvilági behatások a fejlődésre, a szociális medicina eltérő formái több európai országban. Terhesgondozás, preventív intézkedések, szülőkkel való foglalkozás. Táblázatban ábrázolják a preventív intézkedések synopsisát 0—4 éves korig, valamint a gondozással felismerendő betegségeket és fejlődési anomáliákat. 10 teljes oldalt fordítanak az iskolaorvosi teendőket ismertetésére.

Az *anyagcsere zavarok* fejezetében az egyes kórképekben kóroktani jelentőségű biochemiai folyamatokat könnyen áttekinthető ábrákon mutatják meg. Az anyagcsere zavarokra utaló jeleket és az általános, valamint különleges vizsgálati eljárásokat szinte teljességükben, ill. nagyon röviden tárgyalják. Újszerű a komplex szénhidrátanyagcsere-zavarokat (heteroglykanosidosis) ismertető fejezet. (Ide tartoznak a mucopolysaccharidosok, a galactosidase-hiány betegség, a fucosidosis, a mannosidosis, az aspartyl-glucoamidosis, a sialidosis, a mucopolipidosis). E kevéssé ismert betegségeket klinikumát, az alapvető anyagcsere zavarokat, örökletes viszonyait több oldalra kiterjedő táblázat teszi könnyebben áttekinthetővé, feltüntetve a felismerésükhöz szükséges vizsgálati eljárásokat.

A *táplálkozás* fejezetében a különböző koresoportok helyes táplálkozási gyakorlatát ismertetik. A

csecsemőkori hasmenések aetiológiájában a mai felfogásnak megfelelően legnagyobb jelentőséget az infekciónak tulajdonítanak. A nem infekciós eredetű folyamatok között az antibiotikum mellékhatásaként fellépő hasmenés is szerepel. (Megfigyeléseik szerint az ampicillint kb. 20<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ban kíséri hasmenés.)

Nagy segítséget nyújt a hasmenés terápiajában az elektrolyt-statusnak megfelelő infúziós oldatok összeállítása, a folyadék mennyiségének és a bevitel módjának és ütemének megjelölésével. A vitaminhiány betegségek is táblázatban vannak összefoglalva a kiesett funkciók, a hiánytünetek és a kimutatás módszereinek feltüntetésével.

A *légzőszervi betegségek* fejezetét az anatómia, a légzésfiziológia és patológia áttekintése, valamint a functionális vizsgálatok ismeretei vezetik be. A bacteriumok, protozoonok, mycoplasmák és vírusok okozta kórképek ismertetése rövid. A vírusbetegségekkel egy fejezetben szerepelnek az ornithosisok, kórokozója a chlamydia ornithosis a Gram-negatív bacteriumok közé sorolható, azonban obligát intracelluláris paraziták. Megállapítható, hogy a tonsillektomia indikációjának megítélésében ma sem alakult ki egységes álláspont. „A műtét alapja — *nem indikációja* — leggyakrabban a szülő kívánsága.” A légzőszervi betegségek fejezetének befejező része a sebészi beavatkozást kívánó kórképeket sorolja fel.

A *szív és vérkeringés* betegségeinek fejezete egyike a legterjedelmesebbeknek.

A klasszikus diagnosztikus eljárások mellett az újabb, részben sebészi vizsgálati módszereket (katéterezés, intracardialis nyomásmérés, O<sub>2</sub>-telítettség meghatározás, intracardialis phonocardiographia) részletesen ismertetik. A tüdőbetegségeknél sokkal részletesebben foglalkoznak a fejlődési rendellenességek klinikumával és diagnosztikájával. Csupán a veleszületett szív- és keringési rendellenességek tárgyalása 90 oldalra terjed, ennél alig hosszabb (93 oldal) az összes légúti betegségek leírása. Külön rövid fejezetben szerepelnek a *rheumatikus betegségek*. Ebben az akut febris rheumaticával együtt találjuk a vasculitisek néhány kórképét és a collagenosiseket, bár az utóbbi elnevezést mellőzik — lényeges újabb szempontok felvétele nélkül.

Az I. kötet utolsó nagy fejezete a szívbetegséggel csaknem azonos terjedelemben a *vese- és húgyúti betegségeket* öleli fel. Jól áttekinthető táblázatban vannak összefoglalva az alkalmazható vizsgálati eljárások, előnyeikkel és hátrányaikkal. Részletesen ismertetik a radiológiai, izotópos és UH diagnosztikát. Steril vizelet nyérésére az egyetlen megbízható eljárásnak a suprapubikus hólyag-punctiót tekintik. A gyermekkori hypertonia



ismertetése is a vesebetegségek fejezetében történik.

A kötet a tudnivalók hatalmas anyagát mértéktartó szűkszavúsággal adja elő. A megértést a 192 világos jól áttekinthető, nagyon didaktikus táblázat és ábra, valamint 285 kiváló minőségű fekete-fehér kép könnyíti meg. (Színes képeket a kötet nem tartalmaz.) A munka az egyes szakterületek legjobb ismerőinek együttműködéséből alakult ki. A szerzőtársak nagy száma magyarázza, hogy némi aránytalanság mutatkozik az egyes témák terjedelmében. Ez egyébként következik a szerkesztőknek a könyv céljáról megfogalmazott szándékából is.

Minden rész kérdés után kis számú, de újkeletű és lényeges közleményeket feltüntető irodalmi jegyzéket közölnek, többnyire a német és az angolszász szakirodalomból. A kötet végén nagyon részletes betűrendes tárgymutató segíti az olvasót, hogy megtalálhassa azt, amit kíván. Számunkra azonban kissé szokatlan, hogy nincs folyamatos oldalszámozás. Minden főfejezetben külön kezdődik az oldalszámozás (pl. a légúti betegség fejezetének tizedik oldala 6.10 jelzést visel). A rendszer előnye nem világos. A könyv nyomása a 2 kiadó vállalat-tól megszokott kiváló minőségben készült. Az olvasást megkönnyíti, hogy csak a fényképes oldalakat nyomták tükröző műnyomó papírra, a szöveg túlnyomó része matt papírra került.

Az I. kötet alapján jogosnak látszik az a következtetés, hogy a teljes mű mindazoknak nagyon hasznos támogatást tud majd nyújtani, akiknek tevékenysége kiterjed a pediátria egész területére. Állandóan fejlődő és fejlődésében alig követhető diszciplínák részletkérdéseiben és korszerű, lényegretörő és mértéktartó munka mind az intézeti, mind a területi feladatok megoldásában a gyógyításban és a megelőzésben, a gondozásban és a tanácsadásban egyaránt megbízható segítségünkre lesz.

Kemény Pál dr.

**Emil Komo: Die verordnete Intoxikation. Zur strafrechtlichen Kontrolle von Psychopharmakachäden.** Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1978. Ára: 24,80 DM.

Az Enke kiadásában az utóbbi időben sorozatban jelennek meg olyan munkák, melyek orvosi — elsősorban pszichiatriai — és jogi problémát jelentenek egyidejűleg. Emil Komo munkájában az emberiséget fenyegető, és állandóan fokozódó toxicomaniaival foglalkozik, és keresi az utat ennek megakadályozására. Úgy gondolja, hogy meghatározott törvényekre van szükség, melyek részben egészségügyi jellegűek, részben igazságügyi indíttatásúak, amelyek megszabják ennek a veszélynek határait. Véleménye szerint a gyógyszergyárak

törekvései, a gyógyszerkutatás lefolytatása, a gyógyszerpropaganda és az orvosok tevékenysége egyaránt szerepet játszik a toxicomania fejlődésében. Korunkban a psychofarmakonok kritikátlanul terjednek, megfelelő ellenőrzés nélkül kerülnek felhasználásra orvosi vények alapján, és hatásukban lassan és alattomosan kialakul először az intoxicatio, majd később a gyógyszerfüggőség. Munkája elején minden különösebb farmakológiai vagy kémiai megmondolás nélkül ismerteti a leggyakrabban előforduló psychofarmakonokat, majd egy konkrét eset ismertetésével, melyet ő modellnek nevez, bemutatja miként alakul ki óhatatlanul az intoxicatio, ill. a függőség, egészen egyszerű neurotikus probléma során. Úgy vélekedik, hogy a modern psychofarmakonok tömeges használata és orvosi rendelése már visszaélésnek minősíthető, és ha ennek nem szabnak gátat, a jövőben a probléma fokozódása várható. Véleménye szerint gondolkodni kell azon, hogy a gyógyszerrendelések eseteiben — amennyiben a visszaélésszerű hasznosítás gyanúja merül fel — jogi úton kellene korlátokat állítani.

Vizsgálatai során foglalkozott az etiológia kérdésével, a gyárak tevékenységével, a gyárak, ill. az orvosnak a kapcsolatával, a kutatási koncepció meghatározásával és végül a törvényi szabályozás lehetőségeivel.

*Kiemeli, hogy az orvosok a gyógyszerek rendelése alkalmával csupán a szimptomá eliminiációra törekcsenek, anélkül, hogy az alapokat tisztáznák, és e tekintetben megfelelő pszichoterapiás eljárásokat alkalmaznának. Szükségesnek tartja ebből a gondolatból kiindulva az orvosok psychotherapiás képzsének intenzív fokozását. A gyógyszerek kritikátlan terjedésében jelentős szerepe lehet a gyárak nem megfelelő propagandájának, ill. a gyógyszerpiac áttekinthetlenségének. E tekintetben javasolja, hogy kötelezni kell a gyárakat az objektív propaganda betartására. csökkenti kell a gyár és orvos közti nem megfelelő kapcsolatokat és véleménye szerint az előállító gyár csak olyan intézményeknek küldhet mintakészítményt ahol az objektív elemzés megfelelő lehetőségei biztosítva vannak. Rendkívül fontosnak tartja a gyógyszerkutatás igen precíz előírásának a betartását, és véleménye szerint nem kerülhet forgalomba olyan gyógyszer, amely ezeken a vizsgálatokon nem ment keresztül.*

Tekintettel arra, hogy a modern psychofarmakonok terjedése orvosiag elrendelt tömegfogyasztás következménye, a kellő kritika nélkül történő elrendeléseket visszaélésszerű magatartásként kell elbírálni. Komo szerint az intoxicatio és a függőség egészségkárosodásnak minősül és ez már törvényi elbírálatot igényel. Több javaslatát közül megemlítendő, hogy szükség-

gesnek és lehetségesnek tartja, hogy minden szer, amely intoxicatiohoz, vagy függőséghez vezethet, állandó ellenőrzés alá kerüljön és amennyiben ez bebizonyosodik, kivonható legyen a forgalomból. Biztosítani kell az orvosok precízebb kiképzését, ill. továbbképzését, továbbá a psychotherapiás lehetőségek kiterjedtebb alkalmazását. Feltétlenül kötelezni kell a gyártót, hogy a gyógyszerét olyan intézményben és olyan szakemberekkel vizsgálhassa felül, akik alkalmasak a gyógyszer hatékonyság elbírálására. Lehetőség esetén összehasonlító vizsgálatokat kell végezni és ez esetben az új gyógyszer csak akkor kerüljön forgalomba, ha jobb és értékesebb, mint elődje. Új hatásmechanizmus esetén viszont igen pontosan körül kell írni annak mibenlétét. Az előírt procedurák betartása nélkülözhetetlen, de szükséges az is, hogy mind a kutatásban, mind az ellenőrzésben független és kiváló szakemberek vegyenek részt, és végül az egészség védelme érdekében szükséges a törvényi biztosítás, és e tekintetben a testi sértés büntetnének a paragrafusa illik leginkább ehhez a problémához.

Emil Komo munkájában élő problémát boncolgat. Kétségtelen tény, hogy a gyógyszerek rendelése, de különösen azok ellenőrzése még megfelelő szervezethez esetén sem kielégítő, és ennek toxicomania vagy intoxicatio lehet a következménye. Könyve figyelemfelhívó és éppen ezért indokolt annak részletesebb ismertetése. Meg kell azonban jegyezni, hogy szerző az NSZK-ban érvényes rendeletek és törvények alapján dolgozott, így általános érvényűnek nem tekinthető. Hazánkban mind a gyógyszerkutatás, mind a gyógyszerfigyelés és -ellenőrzés szervezeten folyik, bár kétségtelen, hogy nem olyan intenzitással, mint ahogyan kellene. Úgy gondoljuk, hogy amennyiben a gyógyszerkutatások és forgalmazás törvényeit orvosaink betartják, ez esetben az ebből származó egészségkárosodás a minimálisra csökkenthető. Meg kell azt is jegyezni, hogy sajnos a hatékony gyógyszerek — szinte a hatékonyságukkal egyenes arányban — komoly mellékhatásokkal rendelkeznek, és ezek gyakran még a therapiás hatás elérése előtt vagy azzal egy időben jelentkeznek, a kezelést mégis folytatni kell. A rendszeres ellenőrzés — valódi ellenőrzés — azonban módot nyújt arra, hogy az intoxicatio, ill. függőségek száma ne szaporodjék. Emil Komo gondolatmentével teljesen egyet kell érteni, és ennek két orvosi mozzanata emelhető ki: az egyik a gyógyszerkutatás objektív alapokra helyezése, a másik a gyógyszerfelhasználás folyamatos és precíz ellenőrzése. Természetes, hogy törvényi szabályozásra mindenütt szükség van.

Magyar István dr.



**L. F. Hollender, A. Marrie: Selectiv proximalis vagotomia.** Springer-Verlag. 1978. 135 old. Ára: 58,— DM.

A selectiv proximalis vagotomia (a továbbiakban spv.) 1967-ben történt első közlése óta egyre elterjedtebb műtéti megoldássá vált, első sorban az angolszász országokban, majd a többi európai országban is bevezetésre került. A monográfia francia szerzőktől származik, olyan országból, ahol ez a műtét viszonylag szerény visszhangot váltott ki. Eddig az egész világon 7—8000 spv.-t végeztek, a legnagyobb feldolgozott sorozatok 7 éves visszatekintést tesznek lehetővé. Eynyí idő feltétlenül kevés egyértelmű következtetések levonásához, arra viszont mindenképpen elegendő, hogy a leszűrt tapasztalatokat megalapozottnak tekintsük.

A szerzőpáros kimerítően részletezi a történelmi, a terminologiai és anatómiai vonatkozásokat, valamennyi élettani szempont felvételével együtt. A műtéttechnikában érdemes kiemelni, hogy az spv. születésekor rendszeresen pyloruszűrésű kombinált eljárás volt, a sebészek a drainaget csak 1969 óta mellőzik. Ma már ez utóbbi az elfogadott és standardizált forma.

Egy lényeges mozzanatban azonban még nem tisztázottak az álláspontok, és ez a vagotomia teljességének intraoperatív vizsgálata. Ha a sebész megbízik a pontos és finom műtéti technikájában, anatómiailag minden lehetséges ágat kiírt, és nem enged a perfekcionizmus kétes csábításának, a műtétet 60-75 perc alatt befejezheti. A szerzők is ezt gyakorolják, megjegyezve, hogy intraoperatív kontroll is lehetséges, csak éppen vagy a gyomrot kell megnyitni, vagy különböző szondákkal hosszasan manipulálni, vállalva a műtét 2—3 óra időtartamra való elhúzódásának terheit és kockázatát.

A korai postoperatív szövődmények között kielendő az egyetlen specifikus szövődmény, a kiscsőbületi necrosis lehetősége. A spv. az a gastrica rendszer ligatúrája révén 30—50%-ban csökkenti a nyálkahártyához áramló vér mennyiségét. Ezt a gyomor falának kiterjedt anatomosis rendszere és a szervet ellátó megmaradt artériák minden további nélkül kompenzálják, feltéve, hogy nem esnek ki, például egy kényszerű splenectomia, vagy durva műtét-

technika következtében keletkezett vérzések lekötése révén. A többi, denervációs szövődmény megítélésében a szerzők Johnston 5539 esetet feldolgozó gyűjtőstatisztikájára hivatkoznak. A gyomoratonia, a dysphagia, a korai postoperatív diarrhea gyakorisága 1%-alatt marad, a postoperatív közvetlen mortalitás 0,3%-os.

Jogosultan megítélhetők már a középtávú eredmények is a 7 éves visszatekintés alapján. A fő kérdés nyilvánvalóan a recidiva lehetőség. Az adatok jelentős szórást mutatnak 0 és 22 százalék között. A recidiva oka az inkomplett vagotomiában keresendő, az adatok szóródása is jószerével erre, és nem az ideális műtét abszolút eredményességére vezethető vissza. A többi szövődmény között a késői hasmenés ritkán fordul elő, csakúgy mint a dumping-syndroma, mivel a pylorus functio érintetlen marad. A nyelőcső-cardia átmenet sem okoz a későbbiekben gondot, ha a műtétnél szükségszerűen megbontott His-szöveget hemifunduplicációval. Dor szerint rekonstruáljuk. Dyspepsiás panaszok ellen a spv. sem nyújt védelmet, a szerzők 72 betegén postprandialis panaszok 15%-ban fordultak elő.

A spv. functionalis eredményességének vizsgálatában ideális módszer nem áll rendelkezésünkre. A Hollander-teszt alkalmas a vagus innervatio postoperatív állapotának megítélésére, de minimum egy fél évvel a műtét után. Addig ugyanis értékelhetetlen a sok álpozitív és álnegatív eredmény miatt. A Hollander-teszt értékét behatárolja az a körülmény, hogy mindeddig nem bizonyították a pozitívítás és az inkomplett vagotomia szükségszerű kapcsolódását, persze a tökéletes vagotomia sem biztosíték a recidiva ellen, és mindezek tetejébe semmi sem szól amellett, hogy a recidiva az inkomplett vagotomiák után gyakoribb lenne.

A hormonvizsgálatok arra utalnak, hogy a spv. elméleti kritikája nem állja meg a helyét. Kétségtelen, hogy a hypergastrinaemia a truncalis vagotomia után a legnagyobb mértékű, viszont a selectiv-nél és az spv.-nél gyakorlatilag azonos, jóllehet az utóbbinál a pylorus functio zavartalan marad. A szerzők saját 15 esetük alapján úgy vélik, hogy a reactiv hypergastrinaemia hosszú távú normalizálására a spv is minden további nélkül alkalmas eljárás.

A műtét fő indiciós területe a szövődmény nélküli nyombélfekély. Megszabadulva a csonkoló műtétek terheitől, gondolni lehet arra is, hogy a műtéti kezelésbe az eddiginél fiatalabb korosztályokat is bevonjunk. A pyloruszűrésű perze nem mindig kerülhető el, gondolva a heges duodenum-szűkületekre. Ilyenkor elveszíthetjük a spv. előnyeit, jóllehet a fundus denerválása még mindig kisebb beavatkozás, mint a teljes gyomor, vagy az egész béltractus vagalis beidegzésének megszakítása.

A perforált nyombélfekélyek sutura után 25%-ban spontán gyógyulnak. Ideálisnak tűnő esetben, sovány fiatal betegnél 8 órán belüli anamnesissel erőltethetjük a spv.-t is, bár nem árt arra gondolni, hogy a tájékozódás meglehetősen nehézkes ilyenkor a kiscsőbület mentén.

Vérző duodenalis ulcusról a gyomrot meg kell nyitni, rendszerint a pylorus izomzat átvágásával, így a beavatkozás, ha nem kényszerülünk resectióra, pyloruszűrésűvel fejeződik be. Ezután itt is a heges szűkületnél mondottak érvényesek.

Gyomorfejkélynél nincs helye a spv.-nek főképpen a félreismeret vagy fokozatosan kialakuló ulcuscarcinómák miatt. Végezhető viszont spv. hiatus-hernia miatt a funduplicációval egyidejűleg, ha a beteg hyperacid és duodenalis fekélye is van.

Összefoglaló értékelésükben a szerzők a spv.-t az ulcus duodeni ideális terapiájának tekintik. Túlásokba esni azonban semmiképpen nem szabad. A spv. a legfiatalabb a gyomorműtétek között, így a recidiva kérdésében, amely minden eljárás sarkalatos pontja, a műtét híveinek óvatosságot kell tanúsítaniuk.

Nem hiányzik a monographia végéről a szinte odakívánczó francia szellemesség sem: a „Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae” 1976-os vilá kongresszusán az egybegyűlt több mint 400 sebész arra a kérdésre, hogy milyen műtétet választanak, ha nyombélfekélyük lenne és azt műteni kellene, a válasz döntően egyhangú volt: selectiv proximalis vagotomiát!

Balázs Péter dr.

# PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(449/a)

Budapest Főváros XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén megüresedett:

egy **körzeti orvosi** állásra,  
egy **EKG orvosi** állásra,  
egy **rheumatológus szakorvosi** állásra.  
Szakorvosi képesítés hiányában szakmai gyakorlatlall rendelkezők is pályázhatnak.

Az illetmény megállapítása a kulcsszámmal megfelelően, a szakképzettség és szolgálati idő figyelembevételével történik.

**Mittler István dr.**  
főigazgató főorvos

(453/b)

A Fővárosi XXI. ker. Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XXI. Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén nyugdíjazás folytán megüresedett **laboratóriumi főorvosi** állásra.  
A bérézés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

**Mittler István dr.**  
főigazgató főorvos

(477/a)

A XVI. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató főorvosa (XVI., Sh., Jókai u. 3.) pályázatot hirdet: **nőgyógyász szakorvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 9.) EÜM-MÜM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint.

**Friedmann Edit dr.**  
igazgató főorvos

(480/a)

A Sárvári Városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Sárvár, Rákóczi u. 30. 9601) pályázatot hirdet elhalálozás folytán megüresedett **rendelőintézeti belgyógyász szakorvosi** állásra.

Illetmény szolgálati időtől függően. Lakás megbeszélés tárgyát képezi. Az állás azonnal elfoglalható.

**Atanaszov György dr.**  
igazgató főorvos

(484)

Főváros IV. ker. Tanács IV-XV. ker. Kórház-Rendelőintézetének főigazgató főorvosa (Budapest, Nyár u. 103. 1045) pályázatot hirdet 1 fő **anaesthesiológus orvosi** állásra. Az állás elnyeréséhez szakorvosi képesítés, vagy hosszabb gyakorlati idő szükséges.

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján a szolgálati időnek és szakképesítésnek megfelelően történik.

**Marton Zoltán dr.**  
főigazgató főorvos

(485)

A Veszprém Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Veszprém, Marx tér 8-9.) pályázatot hirdet:

- A Balatonfüzfői Nitrokémiai Ipar-telepeknél áthelyezés folytán megüresedett üzemi orvosi állásra. Az állás betöltésénél fül-orr-gége és rheumatológus szakorvos előnyben részesül.

Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján, a lakás biztosítása a megbeszélés szerint történik. Az üzemorvos részére nehéziparvidéki jutalom adható.  
- Vértranszfúziós Alomáson újonnan szervezett szakorvosi állásra a kinevezendő orvos feladata részvétel a véradók kivizsgálásában, a laboratóriumi munkában, a haematológiai betegek ambulans ellátásában és az állomáson folyó továbbképzésben.

A pályázat elnyerésénél előnyben részesülnek a belgyógyász szakképesítéses és a haematológiai gyakorlattal rendelkezők.

Bérézésnél a kulcsszám szerinti besorolás mellett veszélyességi és munkahelyi pótlékok biztosítunk.

Laboratóriumi és transzfuziológus szakképesítés megszerzése lehetséges.

Egyedülálló pályázó esetén orvosszálláson előhely biztosított családosi pályázó elhelyezése megbeszélés tárgyát képezi.

- Bőr-nemibeteg Gondozó Intézetnél áthelyezés folytán megüresedett második főorvosi (szakorvosi) állásra.

Besorolás kulcsszám szerint.

Egyedülálló esetén orvosszálláson előhely biztosított. Családosi pályázó esetén elhelyezése megbeszélés tárgyát képezi.

**Paulik György dr.**  
főigazgató főorvos

(486)

A Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet (Bp. VIII., Delej u. 15.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet egy **anaesthesiológiai szakorvosi** állásra.

Pályázhatnak csecsemő- és gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkezők is, akik az anaesthesiológiából második szakvizsgát tettek.

Illetmény az érvényes bérjogszabályok szerint.

**Gorác Gyula dr.**  
c. egyetemi tanár  
főigazgató főorvos

(487)

Dunaujvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaujváros, Korányi S. u. 4-6.) pályázatot hirdet 1 fő **felöltött körzeti orvosi** állásra

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet alapján, a szolgálati időtől függően.

**Csák Endre dr.**  
kórház-rendelőintézet  
igazgató főorvos

(488)

Budapest III. ker. Tanács Egyesített Felöltött Gyógyító-Megelőző Intézmény igazgató főorvosa (Budapest, III. ker. Bécsi út 132. 1032) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett egy fő **rheumatológiai szakorvosi**, valamint nyugdíjazás folytán megüresedett egy fő **sportorvosi** állásra.

Illetmény a szolgálati időtől függően a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM számú együttes rendeletben foglaltak szerint.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

**Markovits György dr.**  
Kórház-Rendelőintézet  
igazgató főorvosa

(489)

A Bp. XIII. ker. Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény (Bp. XIII., Róbert Károly krt. 82-84.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet: 1 fő **üzemorvosi** állásra.

Üzemorvos tan szakorvosi képesítéssel rendelkeznek előnyben!

A szabályszerűen felszerelt pályázatok az intézmény főigazgató főorvosához kell benyújtani.

Illetmény kulcsszám szerint, szolgálati időtől függően. **Fövényi Mihály dr.**  
főigazgató főorvos

(490)

Az OM 2. sz. Fiúnevelő Intézet igazgatója (Aszód, Baross tér 2. Pf. 50. 2170) pályázatot hirdet **általános orvosi** állásra.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet előírásainak megfelelően a szolgálati idő figyelembevételével kerül megállapításra.

Az álláshoz összkomfortos lakást biztosítunk.

Az állás azonnal elfoglalható.

**Eperjesi Ernő**  
igazgató

(491)

A Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet az intézet **Bőrgyógyászati Osztályán** egy **üres segédorvosi** állás betöltésére.

Az osztályvezető főorvosi állás betöltéséhez legalább 10 éves szakorvosi gyakorlat szükséges.

ja el a terület bőrgyógyászati jellegű betegeit.

Fizetés a 3/1977. EÜM-MÜM számú utasítás I. számú melléklete szerint a gyakorlati időnek megfelelő kulcsszám szerint.

Lakás személyes megbeszélés tárgyát képezi.

**Zsembeli József dr.**  
igazgató főorvos

(492)

A Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet az intézet **Bőrgyógyászati Osztályán** 1980. december 31-én nyugdíjaztatás miatt megüresedett **főorvosi** állás betöltésére.

Az osztályvezető főorvosi állás betöltéséhez legalább 10 éves szakorvosi gyakorlat szükséges.

A bőrgyógyászati osztály 26 ágygal és Bőr-Nemibeteg-gondozó egységben látja el a terület bőrgyógyászati jellegű betegeit.

Fizetés a 3/1977. EÜM-MÜM számú utasítás I. számú melléklete szerint a gyakorlati időnek megfelelő kulcsszám szerinti díj + vezetői pótlék.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

**Zsembeli József dr.**  
igazgató főorvos

(493)

Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet a Kórház Körbonctani és Kórszövettani Osztályán egy **beosztott orvosi** állás betöltésére.

Az állás betöltésénél körbonctani szakorvosi szakképesítéssel, vagy gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A pályázatot elnyerő orvos részére bérézt a 3/1977. EÜM-MÜM számú utasítás alapján a szolgálati időtől függően állapítjuk meg + 1000.- Ft munkaköri pótlékkal és 30% veszélyességi pótlékkal.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

**Zsembeli József dr.**  
igazgató főorvos

(494)

A Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet a Kórház-Rendelőintézet Fül-Orr-Gégészeti Osztályán egy **üres segédorvosi** állás betöltésére.

A Fül-Orr-Gégészeti Osztály 20 ágygal + szakorvosi rendeléssel működik.

Fizetés a 3/1977. EÜM-MÜM számú utasítás I. számú melléklete szerint a gyakorlati időnek megfelelő kulcsszám szerint.

Lakás személyes megbeszélés tárgyát képezi.

**Zsembeli József dr.**  
igazgató főorvos

(495)

Eladó: magánrendelőbe vagy Kórház, Rendelőintézet stb.-be orvosi vizsgálóasztal (nem nőgyógyászati). Kórház stb.-nél az OMKER állapítja meg az árat. Tel.: 376-104.

(496)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Budapest XII., Diósárok út 1. 1125) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet egy fő **vegyszeri** állásra.

A pályázatot az orvos-biológiai érdeklődéssel és biokémiai laboratóriumi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

**Sinkovics Mátás dr.**  
főigazgató főorvos

(497)

Nagyatád városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (7500 Nagyatád, Bajcsy-Zs. u. 1.) pályázatot hirdet:

egy **rendelőintézeti** személy,  
egy **röntgen szakorvosi** állásokra.

Bérézés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM-MÜM sz. együttes rendelet szerint.

Az állások azonnal betölthetők.

Lakást biztosítunk. **Szirtes István dr.**  
kórházigazgató főorvos





HÍREK

A Főv. Bajesy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1980. június 26-án, délután 2 órakor, a Kórház tanácstermében (X., Maglódi u. 89.) tudományos ülést tart.

1. *Károlyi Imréné dr.*: A hőstabil alkalikus foszfatáze jelentősége a placenta állapotának megítélésében.

2. *Borodi Judit dr.*: A resuscitáció és az elektroterápia eredményei intenzív coronaria egységünkben.

A Magyar Pszichiátriai Társaság 1980. május 16-i alakuló közgyűlésén az alábbi vezetőséget választotta:

Elnök: Juhász Pál.

Alelnökök: Füredi János, Kun Miklós, Lipcsey Attila, Moussong-Kovács Erzsébet, Ozsváth Károly.

Főtitkár: Szilárd János.

Titkárok: Fenyvesi Tamás, Hidas György, Tringer László.

Tagok: Bagdi Emőke, Bali Hermina, Bonta Mihály, Buda Béla, Dobranovics Ilona, Gaszner Péter, Goldschmidt Dénes, Halász Péter, Hárdi István, Horváth Endre, Huszár Ilona, Kézdi Balázs, Koronkai Bertalan, Kuncz Elemér, Magyar István, Németh Béla, Nyárády Éva, Paneth Gábor, Pethő Bertalan, Pisztora Ferenc, Samu István, Scháb Rezső, Simek Zsófia, Simkó Alfréd, Süle Ferenc, Seztnistványi István, Szilágyi András, Vargha Miklós, Vikár György, Zsadányi Ottó.

## Helyesbítés

Kérjük szíveskedjék figyelembevenni, hogy e számban megjelenő színes hirdetésekben a **ROBÉBI B** és **LINOLAC** szöveges oldalán a feketébe szedett rész felcserélődött.

Ezért a kék színnel nyomtatott összetétel táblázatok után a **ROBÉBI B** hirdetésnél a **LINOLAC**, a **LINOLAC** oldalán pedig a **ROBÉBI B** ismertető szövege található.

*Egyt*

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban  
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató  
Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,  
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál  
(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámlára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135  
Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



80.1585 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030-6002

INDEX: 25 674

# ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS  
1857-ben

✱

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.  
BRAUN PÁL DR.  
DARABOS PÁL DR.  
ECKHARDT SÁNDOR DR.  
FÜZI ISTVÁN DR.  
HIRSCHLER IMRE DR.  
LENART GYÖRGY DR.  
OZSVÁTH KÁROLY DR.  
PETRÁNYI GYULA DR.  
PETRI GÁBOR DR.  
RÁK KÁLMÁN DR.  
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

✱

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

✱

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.  
GIACINTO MIKLÓS DR.  
BTAGE ZSUZSANNA DR.  
WALSA RÓBERT DR.  
BUDA BÉLA DR.  
HONTI JÓZSEF DR.  
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

✱

121. ÉVFOLYAM

✱

26. SZÁM

✱

1980. JÚNIUS 29.

## TARTALOMJEGYZÉK

Hirschberg Jenő dr., Lellei István dr.  
és Votisky Péter dr.:

Tracheotomia — intubáció  
— bronchoszkópia? ..... 1555

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Nagy Péter dr., Jakó János dr.,  
Kiss Attila dr., Tamás Endre dr.  
és Rák Kálmán dr.:

Nemhez kötött különbség akut leukaemiás  
betegeink vércsoportmegoszlásában ..... 1559

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

Bedő Tibor dr. és Smid István dr.:

Késői gyermekági vérzések ..... 1563

### KLINIKOFARMOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Tárnok Ferenc dr., Jávor Tibor dr.,  
Mózsik Gyula dr., Nagy Lajos dr.,  
Patty István dr., Rumi György dr.  
és Solt István dr.:

Placebo, Atropin, Cimetidin és Carbenoxolon  
hatásának összehasonlító vizsgálata duode-  
nális ulkuszos betegeken ..... 1567

### STATISZTIKAI TANULMÁNYOK

Bodnár Lóránt dr.:

A cigány szülők (újszülöttek) demográfiai  
jellemzőinek változása Szabolcs-Szatmár  
megyében 1966 és 1978 között ..... 1571

### KAZUISZTIKA

Solt Jenő dr., Rauth János dr.,  
Simon Mária dr. és Kurlinger Tihamér dr.  
és Németh Árpád dr.:

Korai nyelvcsőrák ..... 1577

Szántó Imre dr., Miskovits Eszter dr.,  
Rózsa Imre dr. és Kun Miklós dr.:

Fiberendoscoppal végzett idegentest  
eltávolítás a gyomorból..... 1581

### HORUS

50 éve hunyt el id. Jancsó Miklós ..... 1583

Folyóiratreferátumok ..... 1589

Levelek a szerkesztőhöz ..... 1603

Könyvismertetés ..... 1605

Hírek ..... 1609

**FIGYELEM! ÚJ ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS!**

# CAVINTON<sup>®</sup> injekció, tableta

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tableta 5 mg vinpocetinumot, 1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

**HATÁS:** A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agyi oxigénellátását. Allatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

**JAVALLATOK: Orálisan:** különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringésszavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneratiók, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

**Parenterálisan:** kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

**ELLENJAVALLAT: Orálisan:** terhesség.

**Parenterálisan:** Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

**ADAGOLÁS: Orálisan:** Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

**Parenterálisan:** kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 ampulla tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg/3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi – és a toleranciája megengedi – óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi összmenyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

**GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS:** Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin kezelésben részesül.

**MELLÉKHATÁS:** Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

#### FIGYELMEZTETÉS:

**Parenterális alkalmazása során az ampulla sorbitol tartalma miatt diabetések vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.**

**MEGJEGYZÉS:** ✱ A tableta csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

**CSOMAGOLÁS:** 10 amp. (2 ml) 14,- Ft.  
50 tabl. 23,- Ft

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,  
BUDAPEST X.**

## Tracheotomia—intubáció —bronchoszkópia?

(Alternatívák intézetben csecsemők  
és gyermekek fulladása esetén)

Hirschberg Jenő dr., Lellei István dr.  
és Votisky Péter dr.

Fulladó emberen segíteni alapvető és drámai kötelesség. A beteg sorsa e válságos helyzetben az orvos helyes és gyors döntésétől függ. Légúti elzáródás, akutan fellépő légzészavar észlelésekor régen a légsömészés volt az első reflex és az egyedüli remény a beteg megmentésére. Apnoe esetén — még a közelmúltban is — az orvosok szinte tehetetlenek voltak, a mesterséges lélegeztetés akkori, kevésbé hatékony formáival, esetleg szívszerek, intrakardiális injekciók adásával próbálkoztak. Ma — korszerű eszközök, módszerek és resuscitációs eljárások birtokában — lényegesen több lehetőség kínálkozik a légutak felszabadítására, a légzés újraindítására. Természetesen más a teendő intézetben kívül és jól felszerelt kórházi osztályon. Fulladó beteg intézetben kívüli azonnali ellátásának, az elsősegélynyújtásnak alapvető módszereit — hátraesett nyelv előhúzó, a száj kitörése, szájból orrba lélegeztetés, conicotomia stb. — az oxiológiai tankönyvek (48) részletesen tárgyalják. Mi a csecsemők és gyermekek akutan fellépő légzészavara esetén követendő intézeti tennivalókat kívánjuk megvitatni.

A légutak szabadabb tételének három lehetősége a bronchoszkópia, az intubáció és a tracheotomia. Utóbbi kettő a légutak tartós szabadon tartására is alkalmas. Alig néhány évtizede csak a gégeész döntött a teendők kérdésében, ma az intubálás többnyire aneszteziológusok, ill. intenzív terápiával foglalkozó orvosok kezébe került, s a bronchoszkópiák zömét sem gégeészek, hanem tüdőgyógyász-bronchológusok végzik. A beavatkozás formáját, módját ezért sokszor a felkészültség, a gyakorlat, a szokás, a műszerezettség szabja meg. Bár helyes, ha minden orvos az általa leginkább begyakorolt módszerrel igyekszik a fulladó gyermekben prompt segíteni, mégsem elfogadható, ha az elvi állásfoglalást kizárólag a szakmai hovatartozás szabja meg. A kérdésben a gyermekgégésznek azért is állást kell foglalnia, mert a légúti idegentest gyanúja esetén végzendő bronchoszkópia és a

tartós intubálások késői szövődményeinek, a subglottikus stenosisoknak a megoldása, a tartósan kanülviselők kezelése, gondozása továbbra is az ő feladata.

Saját állásfoglalásunk jogosságát és alapját osztályaink mintegy két évtizedes tapasztalata, gyakorlata képezi (17, 18, 23, 24, 25). A Heim Pál Gyermekkórházban az elmúlt 20 év alatt (1960—1979), ill. a Madarász utcai Gyermekkórházban az utóbbi 13 év során (1967—1979) 112 (25) tracheotomia, 4021 (672) bronchoszkópia történt (utóbbiból 935 csecsemőn; 137 apnoe esetén), osztályaink orvosai — különböző okok miatt, elsősorban intratracheális narkózis kapcsán — mintegy 2500 (1000) intubációt végeztek: így mindhárom metodikában kellő jártasságot szereztek. (A zárójelben feltüntetett számok a Madarász utcai Gyermekkórház anyagát reprezentálják, ahol a fenti eljárások indikálása és elvégzése hasonló elvek alapján történt.) A tartósan intubált betegeket mindkét intézetben az intenzív osztályon kezelik, de a légúti szűkületek megoldása ismét a mi feladatunk. Osztályaink évente átlagosan 25 (10), különböző mérvű gége- és 25 (10) trachea-szűkületes csecsemőt, ill. gyermeket észlelünk, jelenleg 24 (2) tartósan kanülviselőt gondozunk, utóbbiak fele más intézetben végzett, tartós intubálás szövődményei miatt nem dekanülálható.

A követendő gyakorlat szempontjából dilemmánk két részre bontható: 1. mi legyen az azonnali tennivaló hevenyen fellépő légzészavar esetén? 2. hogyan történjék a légutak szabadon tartása?

Az irodalom (11, 34, 35, 38, 45) és saját beteganyagunk tanúsága szerint a légzés mechanikus akadályozottsága miatt fellépő heveny, életveszélyes respirációs zavarok azonnali megoldásában csak az intubáció és a bronchoszkópia jelenthet alternatívát, a sürgősen elvégzett ún. „Notfall”-tracheotomiának (kivételes állapotoktól — gégeatresia, tumoros obstrukció, nagy gégeroncólás — eltekintve) nincs létjogosultsága (2, 9, 16, 38, 39).

Az állásfoglalások jellemzően tükrözik a szakmai hovatartozást és gyakorlatot. *Lawinnak* (30) az intenzív terápiával foglalkozó könyve szerint minden akutan fellépő légzészavarnál az endotracheális intubáció a választandó eljárás, míg *Ganz* (11) marburgi fül-orr-gégész szerint a légutak szabadabb tételére csecsemőkorban is az endoszkóp az alkalmas eszköz. Tisztázatlan eredetű respirációs dekompensáció, apnoe esetén — az intubációval szemben — mi is a lélegeztetéses *bronchoszkópiát* részesítjük előnyben, főképpen a légzési resuscitáció első fázisában. Kivételt képeznek a koraszülöttek, és elfogadjuk, hogy a legtöbb helyen — a helyi feltételek, felszereltség miatt — a légzési resuscitációjában a tubus alkalmazása helyesebb. A bronchoszkópos beavatkozásra egyértelmű indikációt adó légúti szűkület, ill. obstrukció tünetei (stridor, dyspnoe, cyanosis) ugyanis újszülötteken, csecsemőkön olykor hiányoznak, máskor nem jellegzetesek, nem nyilvánvalóak, és inkább általános tünetek (eleessétség, sápadtság, kollapszus, vagy nyugtalanság) dominálnak. Aspiráció lehetősége

ritkán zárható ki pillanatok alatt, hiszen szülő vagy nővér nincs mindig jelen a légúti probléma akut fellépésekor. Ma még az endoszkópia az egyetlen megbízható, gyors módszer a mechanikus légzészavarok megállapítására és differenciálására. A bronchoszkóppal történő intubálás biztosítja a gége, a légcső és a hörgőrendszer azonnali áttekintését, szemellenőrzés mellett történő, célzott leszívását (a szívás napi 1–2-szer ismételhető), anomáliák (19), obstruktív tényezők felismerését, és lehetőséget nyújt bizonyos esetekben a megoldásra is. A merev, világító cső bevezetése könnyebb,első lumenre nagyobb, mint a tubusé, és nagy előnye, hogy a beavatkozás közben a folyamatot oxigénellátás is biztosítható. Azt mondhatjuk tehát, hogy a bronchoszkóp — szemben a tubussal — terápiás és egyben diagnosztikus eszköz is kezünkben. Ez feltétlen előny, még akkor is, ha többnyire elsődlegesen nem a diagnózis a fontos, hanem a légzés biztosítása. A lélegeztetés effektusa is jobb, ha a hörgőrendszerrel gyors képet kapva a lument szűkítő vagy elzáró elváltozásokat a beavatkozás során lehetőség szerint eltávolítjuk. Amennyiben a beteg hirtelen kialakuló légzészavara, ill. az apnoe néhány percn belül nem oldódik meg, a bronchoszkópot tubusra cseréljük, de addig már meggyőződünk arról, hogy a légutak biztosan szabadok. Ha szív működés sincs, a lélegeztetés és a resuscitáció egyéb lépései mellett transthorakális szívmasszázs is kell alkalmaznunk. Ilyenkor — gyors tájékozódás után — helyesebb a bronchoszkópot tubusra cserélni és az extrathorakális szívmasszázszt így alkalmazni. Az utolsó 5 év adatai szerint a Heim Pál Gyermekkorház Fül-orr-gége és bronchológiai osztályára érkezett 44 apnoés csecsemő közül 31 élve hagyta el a műtöt (és később 11 a kórházat), a többi súlyos alapbetegsége miatt meghalt. Bár a csecsemőkön végzett bronchoszkópiának kétségtelenül vannak veszélyei a miniatűr viszonyok, a csecsemők laryngo-bronchospasmusra való hajlama és a reaktív subglottikus duzzanat lehetősége miatt, a megfelelő eszközök, az esetenként szükséges kímélő anesztézia, ill. izomrelaxáció biztosításával és kellő tapasztalat birtokában ezek szinte kivétel nélkül elháríthatók (25, 49). Így a csecsemőkori bronchoszkópia diagnosztikus célok mellett ma már életveszélyes respirációs állapotok, bizonytalan eredetű dyspnoék tisztázásában és megoldásában is mindinkább csatasorba állítható (11, 18, 34, 35, 37).

A légutak szabadabbá tétele után — ha az állapot néhány perc alatt nem rendeződik —, érkezőnk el a következő válaszúthoz: ekkor kell döntünk, hogy — a gyermekgyógyászati, gégeészeti és bronchológiai lelet birtokában — következő lépésként a tartós intubációt vagy a tracheotomiát válasszuk.

A tartós intubáció definíciója tekintetében mindmáig nincs egységes állásfoglalás, „longterm”, „prolongierte”, ill. „Dauerintubation”-ról egyesek már 8 óra (4, 28), mások csak 72 óra után beszélnek (8). Mi tartósnak nevezzük a 24 óránál hosszabb ideig tartó intubációt. Közvetlen veszélye, rizikója kevés, biztosan kevesebb, mint a légszom-

szésé, hiszen nincs műtéti beavatkozás. A behelyezett tubusnak — a légszomókanüllel szemben — két-szertelen hátránya viszont, hogy körülményesebben cserélhető, nincs betétje, így könnyen eltöreszködik, viselése a gyermek számára megterhelőbb, a szabad mozgást akadályozza. Az intubálás egy-két különleges, súlyos szövődménye, mint trachea-perforáció (43) és a szájpad destrukciója (6) inkább csak kuriózum, de a légutak kisebb-nagyobb laesiója igen sok esetben kimutatható. Horváth és Tekeres (21, 22) 27 tartósan intubált, majd meghalt felnőttbeteg gégejét szövettani vizsgálattal ellenőrizték: minden esetben ulcerációt találtak. Vizsgálataik szerint a laryngeális szövődmények súlyossága az intubáció időtartamától függ: három nap után az elváltozások maradandóak. Hasonló következtetésre jut Réffy (40) is. Donnelly, a patológus (5), a 96 órán túl intubáltaknál ugyancsak minden esetben megtalálta a gyűrűporc és a kannaporcok fokális nekrozisát, bakteriális invázióval. A szövettanilag kimutatható sérülések természetesen nem minden esetben okoznak klinikai tüneteket. A manifeszt szövődmények számát gyermekeken igen tág határok között, általában 0–30%-ban adják meg a különböző statisztikák (1, 16, 20), kivételesen még magasabb arányban (31). Fontos körülmény, hogy a nyálkahártya-laesio talaján kialakuló granuláció, polypképződés és a synechiák néha csak napokkal vagy akár hetekkel az extubálás után okoznak légzészavarokat (5, 26). A tartós intubálás legtöbb gondot okozó szövődménye, a subglottikus stenosis is többnyire csak később válik nyilvánvalóvá, így az intubálást végző intenzív osztályok nem is mindig tudnak annak kialakulásáról. Joggal állapítja meg ezért Plath és Marcus (38), hogy a gégeészorvosok bizonyos „rezerváltsággal” fogadják a tartós intubáció előretörését, mert ők észlelik nagy számban a késői szövődményeket. Kétségtelen, hogy ma a terápiásan nehezen megoldható subglottikus stenosis és a hátsó commissurában levő hegesedés kialakulása jelenti a tartós intubáció legnagyobb hátrányát (13, 27); előfordulásuk az irodalmi adatok szerint 0,9–20,7%-ra tehető (13, 44). A szövődmények kialakulásában a rossz technika, az erőszakos tubusbevezetés kisebb szerepet játszik; a fertőzés, a bennfekvő tubus szövetizgató hatása fontosabb és lényeges tényező a gyermek kora, az intubáció időtartama, a tubus anyaga és méretei. Az utóbbi években számos szerző (1, 3, 7, 10, 14, 15, 16, 20, 38, 41, 46) tárgyalta a tartós intubáció követendő kautélait. A késői szövődmények elkerülése, legalábbis csökkentése érdekében fontos a gyakorlott kézzel végzett atraumatikus és aszeptikus intubálás és szívás, a szokásosnál 2 Charrière-rel kisebb, Silicon spray-vel, esetleg más anyaggal, pl. műnyákkal bevont Portex tubus alkalmazása [vagy low-pressure-cuff-tubus (28)], lehetőség szerint kevés manipuláció, meggondolt tubuscseré, a tubus gondos rögzítése, a beteg nyugalma, kellő felügyelete, az elektrolit- és vízháztartás rendszeres kontrollja és egyenúlyban tartása, a levegő párástása, valamint esetleges antibiotikus terápia a stenosis veszélyét növelő gyulladáshoz elváltozások leküzdésé-



re. *Conner* és *Maisels* (3) az oro-, a legtöbb szerző (28, 33, 41) a nasotracheális intubálást részesíti előnyben. Bár nincs direkt összefüggés, a szövődmények előfordulása annál gyakoribb, minél idősebb a gyermek és minél hosszabb az intubáció időtartama (32). *Minnigerode* (35, 36) 56 postintubációs stenosis közül csak 8 alakult ki 24 óránál rövidebb intubáció után. Saját tapasztalataink szerint különösen nagy a késői heges szűkület veszélye akkor, ha eleve szűk, kongenitálisan fejletlen géget (gyűrűporc-hypoplasia) intubál a resuscitáló orvos, vagy ha gyulladással terhesen tartósan benn fekszik a tubus. Nem, vagy nehezen dekanulálható betegeink anamnézisében gyakori a már születés óta fennálló stridor és dyspnoe ismétlődése vagy hirtelen fokozódása esetén végzett azonnali, majd tartóssá váló intubáció: ilyenkor a szűkült és lobos területen átvezetett, majd ott hosszabban benn fekvő tubus a stenosis nagymérvű fokozódását idézi elő. Míg pseudocroup esetén átmeneti, rövid ideig tartó intubálás megengedhetőnek látszik — többen, köztük magyar szerzők, így *Rüll* és *Hargitai* (42), *Timár* és *mtsai* (50) és külföldiek is (41) kedvező eredményekről számoltak be —, csecsemők és kisdedek malignus, heveny gennyes laryngo-tracheo-bronchitise esetén a tartós intubálás többnyire kontraindikált. Fenti esetek differenciálásában, a gége-státus megítélésében az endoszkópiát elengedhetetlennek tartjuk (legalább intubálás előtt!), hasonlóan ajánljuk a laryngoszkópia elvégzését tubuscserénél, valamint extubálás után. Az utólagos, esetleg ismételt endoszkópos kontroll, tartós gégeszeti ellenőrzés (1, 29, 37) a késői szövődmények mielőbbi felismerése szempontjából fontos (korai szakban a szűkület még endoszkóposan tágítható, később csak súlyos és komplikált műtétek árán!). 3 nappal az intubálás megkezdése után pedig a tracheotomia kérdésében kell állást foglalni. A legtöbb szerző a 72 — esetleg 48 vagy 96 — órát jelöli meg a kritikus időpontra a tartós intubáció időtartama tekintetében (13, 21, 22, 28, 45, 47, 51), magunk is ezzel értünk egyet. 3 nap után többnyire helyes a légszűkület elvégezni, de a műtét kérdését — a laryngoszkópos kép alapján — legalábbis komolyan megfontolni, mert ez után lényegesen magasabb a maradandó szövődmények számaránya. Bár koraszülöttek, újszülöttek és fiatal csecsemők a tubust sokkal jobban tűrik (16, 45), 1 hétnél tovább tartó intubálás ebben a korban is csak kivételesen, egyedi elbírálás alapján és a fenti kautélák megtartása esetén látszik megengedhetőnek.

A tubussal való intubálás viszonylag könnyen megtanulható (jóllehet hangsúlyozzuk: nem a sürgősségi betegellátás a gyakorlatozás ideje!), közvetlen veszélye gyakorlatilag nincs, irodalmi adatok szerint legfeljebb 0,5% (13, 45); a *tracheotomia* elvégzése — különösen csecsemőkön és kisdedeken — lényegesen nagyobb tapasztalatot és felkészültséget igényel, több szövődménnyel jár, mortalitása is nagyobb. Különböző közlemények átfogó irodalmi statisztikákra hivatkozva a légszűkület összes komplikációjának arányát 11,5—35% (16), 75—90%-ban (28), ill. 13—49,3%-ban

(20) adják meg, *Klose* (28) az 5%-os arányt tartja reálisnak, *Fritsche* (10) 10%-ot jelöl meg. A mortalitást 0,9—7,6%-ra becsülik a szerzők (1, 13, 20, 45), *Helms* (16) azonban hangsúlyozza, hogy gyermekkorban a 4,1%-os átlag-letalitás előzetes intubálással 1% alá szorítható. Egyes szövődmények (mint műtét alatti vérzés, légembólia, a nyelöcső sérülése, pneumothorax) megfelelő körültekintéssel, helyes műtéti technikával és előzetes tubusbevezetéssel könnyen elkerülhetők (12), de mediastinális emphysema, granulációképződés, arróziós vérzés bizonyos százalékban nem hárrítható el. Míg tehát a beavatkozás közvetlen veszélye, a korai komplikációk előfordulása biztosan gyakoribb, mint intubáláskor, a légszűkület késői szövődményeinek száma — ezt beteganyagunk egyértelműen igazolja — lényegesen kevesebb, mint tartós intubáció esetén. Stenosis kialakulásának lehetősége csekély, *Grabow* (13) adatai szerint 0—10% 20 éves gyakorlatunk során egyetlen gyermek sem vált tartós kanülviselővé tracheotomia után, legfeljebb előzetes, hosszan tartó intubáció következtében! Megszívlelendő — még ha túlzónak is látszik — *Antoniadou* (1) közlése: egyes adatok szerint a tartósan intubált gyermekek 4—17,3%-a tartós kanülviselővé válik. Különösen gyulladás esetén kell a tracheotomiát előnyben részesíteni, mert a laryngo-tracheo-bronchitis esetén intubáltaknál akár 60%-ban is felléphet stenosis (16). Ez légszűkülettel vagy ismételt bronchoszkópos szívasokkal elkerülhető. A gyermekkori tracheotomia okozta szűkületek megelőzésére egyesek (13, 44) különleges technikát ajánlanak, véleményünk szerint csupán az a fontos, hogy az első tracheoporc sérülését elkerüljük és a felnőttműtéteknél szokásos „ablak-készítés”-től eltekintsünk.

A tartós intubálás, ill. a tracheotomia felsorolt előnyei és hátrányai ismeretében, valamint az észlelt klinikai elváltozás, a tünetek és a gyakorlat alapján kell tehát döntenünk a teendők kérdésében. Az ismertett eljárások — véleményünk szerint — nem egymással konkurráló, hanem egymást kiegészítő beavatkozások, amelyek elvégzését, ill. a köztük való választást — optimális személyi és tárgyi feltételek esetén — sémásan a következőkben javasoljuk.

#### *Laryngo-bronchoszkópia ajánlott:*

- minden légúti obstrukció vagy szűkület gyanúja esetén, ha a fulladás okát az orrban, szájban, garatban nem találjuk;
- életet veszélyeztető, tisztázatlan eredetű heveny légzési zavarokban;
- légúti váladékfelhalmozódás esetén, ha napi 1—2 szívas elegendőnek látszik és remény van arra, hogy a folyamat néhány napon belül javul; az első szívas célszerűen bronchoszkóppal történjék, a többi katéterrel;
- tartós intubáció során tubuscserénél és extubálás után (egyéni elbírálás alapján).

(Megjegyzés: esetenként laryngoszkópia elegendő.)

#### *Intubálás a helyes:*

- ha a diagnózis biztosan tisztázott, nincs gyulladással járó légúti folyamat, stenosis vagy obstrukció és csak lélegeztetésre van szükség;

- esetenkénti elbírálás szerint: ha a váladékfelhalmozódás naponta többszöri szívást igényel, de javulás 2—3 napon belül várható;
- tracheotomia előtt — ha keresztülvihető — tubus, esetleg bronchoszkóp cső vezetendő a légcsőbe az oxigénellátás biztosítására és a tájékozódás megkönnyítésére.

(Megjegyzés: az első két indikáció esetén tartós intubálásról van szó.)

#### Tracheotomia javasolt:

- súlyos légúti gyulladással tünetek esetén;
- végleges vagy tartósan fennálló légúti szűkületekben, pl. kétoldali recurrens paresis, veleszületett kifejezett subglottikus stenosis észlelésekor;
- nagyfokú légúti váladékfelhalmozódás, ismételt aspiráció veszélye (eszméletlenség, csökkent vagy hiányzó köhögési reflex) esetén, ha naponta többszöri szívás szükséges és az állapot megoldása 2—3 napon belül nem várható;
- általában 3 napig tartó intubáció után.

A csecsemőkori fulladás, súlyos légúti obstrukció elhárítása nehéz feladat. Egészen leegyszerűsítve úgy fogalmazhatnánk, hogy azonnali tájékozódásra bronchoszkópia, néhány napon belül megoldódó légzési problémák áthidalására intubáció, definitív megoldásként tracheotomia ajánlott. A bronchoszkóp cső 1—2 percen belül tubusra, a tubus 3 nap múlva többnyire tracheakanülre cserélendő.

A légutak szabaddá tétele, a légcseré biztosítása természetesen a respirációs zavarban szenvedő, heveny légszomjjal küszködő beteg komplex intenzív terápiájának csupán egyik legsürgősebb, de mindenképpen alapvető láncszeme. A megoldásban az ajánlott séma tekintetbe vehető, de hangsúlyozzuk: minden fulladó csecsemő és gyermek egyéni elbírálást igényel.

**Összefoglalás:** A légutak szabaddá tételére és szabadon tartására csecsemőkön és gyermekeken intézeti körülmények között három lehetőség kínálkozik: a légszomyszűrés, az intubáció és a bronchoszkópia. A három eljárás nem egymással konkuráló, hanem egymást kiegészítő metódus. A helyes választás és döntés alapfeltétele a mindhárom metodikában való jártasság, kellő személyi és műszeres ellátottság. A szerzők a budapesti Heim Pál és Madarász utcai Gyermekkorház Fül-orr-gége és bronchológiai osztályainak 20 éves tapasztalata alapján összefoglalják a három beavatkozás indikációit csecsemők és gyermekek heveny felépő légzészavarai esetén. Ezen idő alatt osztályaikon 4693 bronchoszkópia, 137 tracheotomia, 3500 intubáció történt. A teendőket két vonatkozásban tárgyalják: 1. mi az azonnali teendő akut légszomj esetén? 2. hogyan történjen a légutak szabadon tartása? Obstrukcióra gyanús vagy ismeretlen eredetű respirációs dekompenzáció esetén általában előnyben részesítik a bronchoszkópiát az intubációval szemben. Tartós intubációt 3 napnál tovább csak igen meggondoltan, 1 hét után pedig csupán kivételesen tartanak megengedhetőnek (inkább fiatal csecsemőkön), definitív stenosis (kétoldali recur-

rens paresis, gyűrűporc hypoplasia), súlyos gyulladással tünetek esetén tracheotomiát ajánlanak. Alapvetően fontosnak tartják minden eset egyéni elbírálását.

**IRODALOM:** 1. *Antoniadou, E., Podlesch, I.*: Anaesthesist 1971, 20, 195. — 2. *Barankay A.*: Orvosképzés 1975, 50, 46. — 3. *Conner, G. H., Maisels, M. J.*: Laryngoscope 1977, 87, 87. — 4. *Dixon, T. C. és mtsai*: Med. J. Aust. 1968, 28, 529. — 5. *Donnelly, W. H.*: Arch. Path. 1969, 88, 515. — 6. *Duke, P. M. és mtsai*: J. Pediat. 1976, 89, 990. — 7. *Ellis, P. D. M., Bennett, J.*: J. Laryng. 1977, 91, 69. — 8. *El-Naggar, M. és mtsai*: Anaesth. Analg. 1975, 55, 195. — 9. *Forgács, I., Magyarri, A.*: Anaesthesist 1970, 19, 155. — 10. *Fritsche, P.*: HNO (Berl.) 1973, 21, 297. — 11. *Ganz, H.*: Z. Laryng. 1971, 50, 424. — 12. *Glower, W. J.*: Acta anaesth. Scand. 1970, Suppl. XXXVII., 62. — 13. *Grabow, L.*: Prakt. Anästh. 1977, 12, 315. — 14. *Grahne, B.*: HNO (Berl.) 1973, 21, 234. — 15. *Hawkins, D. B.*: Laryngoscope 1977, 87, 339. — 16. *Helms, U.*: Prakt. Anästh. 1976, 11, 249. — 17. *Hirschberg J.*: Orv. Hetil. 1962, 103, 1595. — 18. *Hirschberg J., Kallay F., Csermely Gy.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 1939. — 19. *Holinger, P. H., Zimmermann, A. A., Schild, J. A.*: Tracheobronchial tree malformations. In: Pediatric otolaryngology (edit.: Ferguson, C. F., Kendig, E. L.) W. B. Saunders Company, Philadelphia — London — Toronto 1972. — 20. *Hövenner, B., Henneberg, U.*: Anaesthesist 1975, 24, 529. — 21. *Horváth A., Tekeres M.*: Orv. Hetil. 1976, 117, 1166. — 22. *Horváth A., Tekeres M.*: Anaesth. intenz. Ther. 1977, 7, 1. — 23. *Kallay, F., Hirschberg, J., Csermely, Gy.*: HNO (Berl.) 1968, 16, 245. — 24. *Kallay, F., Hirschberg, J., Csermely, Gy.*: Arch. Otolaryng. 1968, 88, 101. — 25. *Kallay F. és mtsai*: Orv. Hetil. 1969, 110, 3059. — 26. *Kambic, V., Radsel, Z.*: HNO (Berl.) 1975, 23, 181. — 27. *Kleinsasser, O.*: HNO (Berl.) 1971, 19, 294. — 28. *Klose, R. és mtsai*: Prakt. Anästh. 1978, 13, 249. — 29. *Kup, W.*: Mschr. Ohrenheilk. 1974, 108, 503. — 30. *Lawin, P.*: Praxis der Intensivbehandlung. G. Thieme, Stuttgart 1975. — 31. *Lemburg, P., Müntefering, H., Stemann, E. A.*: Mschr. Kinderheilk. 1971, 119, 375. — 32. *Lindholm, C. E.*: Acta anaesth. Scand. 1969, Suppl. XXXIII., 1. — 33. *Mantel, K., Westhues, G.*: Langenbecks Arch. Chir. 1970, 327, 906. — 34. *Minnigerode, B.*: Endoscopy 1969, 1, 150. — 35. *Minnigerode, B.*: Z. Laryng. 1971, 50, 220. — 36. *Minnigerode, B. és mtsai*: Mschr. Kinderheilk. 1977, 125, 215. — 37. *Müller H.*: Fül-orr-gégegyógy. 1974, 20, 107. — 38. *Plath, P., Marcus, Ch.*: HNO (Berl.) 1972, 20, 29. — 39. *Praefort L., Füzesi K., Beviz I.*: Magy. Pediáter 1973, 7, 41. — 40. *Réffy A.*: Anaesth. intenz. Ther. 1973, 3, 23. — 41. *Roth, F., Neiger, M., Tschirren, B.*: Pract. oto-rhino-laryng. 1967, 29, 385. — 42. *Rüll J., Hargitai R.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 1749. — 43. *Schild, J. A. és mtsai*: J. Pediat. 1976, 88, 631. — 44. *Schlosshauer, B.*: HNO (Berl.) 1975, 23, 342. — 45. *Schultz-Coulon, H. J.*: HNO (Berl.) 1976, 24, 283. — 46. *Star, E. G.*: Münch. med. Wschr. 1976, 118, 457. — 47. *Szántó I. és mtsai*: Orv. Hetil. 1973, 114, 85. — 48. *Szegezky D.*: A csecsemő- és gyermekkor oxológiaja. In: Oxológia (szerk.: Bencze B.) Medicina, Budapest 1979. 353—384. pp. — 49. *Székely, E., Farkas, E.*: Pediatric bronchology. Akadémiai Kiadó, Budapest 1978. — 50. *Timár T., Péley I., Eklics J.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 1035. — 51. *Zalán J. és mtsai*: Anaesth. intenz. Ther. 1974, 4, 77.

Debreceni Orvostudományi Egyetem,  
II. Belgyógyászati Klinika  
(igazgató: Rák Kálmán dr.)

## Nemhez kötött különbség akut leukaemiás betegek vércsoportmegoszlásában

Nagy Péter dr., Jakó János dr.,  
Kiss Attila dr., Tamás Andre dr.,  
és Rák Kálmán dr.

Az irodalomban igen sok közlemény foglalkozik a különféle betegségek és a vércsoportok összefüggésével. A *Becker* szerkesztette *Humangenetik* (27) című kézikönyvben 905 hivatkozás szerepel, s ezek száma az elmúlt években minden bizonnyal jelentősen nőtt. Ugyanitt található az akut leukaemia (AL) és a vércsoportok összefüggéséről szóló közlések (10, 14, 16, 25), valamint tíz szerző AL-ra vonatkozó adatainak computeres feldolgozása is, mely 2570 beteg vércsoportvizsgálatán alapszik.

1965-ben *Shirley és Desai* (25) az említett adatok egy részét már elemezték. Összehasonlították az AL-s betegek és az egészséges populáció vércsoport-frekvenciáját, s azokban lényeges eltérést nem találtak. Hasonló észlelést tettek *Harris és mtsai* (5) 1977-ben. A vércsoportok jelentőségét az AL lefolyásában szintén többen vizsgálták (5, 13, 16).

A hazai irodalomban *István* (8) adott jó történelmi áttekintést azokról a régebbi vizsgálatokról, melyek a vércsoportok és betegségek kapcsolatára vonatkoztak, foglalkozott a magyarországi egészséges populáció vércsoport-frekvenciájával is. *Hartmann és Rex-Kiss* (6) részletezik a statisztikai feldolgozás problémáit, s az összehasonlíthatóság kérdéseit. Nagy rosszindulatú daganatos beteganyagukban helyet kaptak a leukaemiások is; a kontroll csoporttal szemben nem találtak a vizsgált vércsoportjellegekben lényeges különbséget. Az AL-s betegek vércsoportmegoszlását a kis esetszámok miatt eddig még nem dolgozták fel.

1974 augusztus és 1979 november között 100 AL-s beteget kezeltünk. Feltűnt a 0 vércsoport gyakori előfordulása nőbetegek között, ezért érdekesnek láttuk betegek AB0 vércsoportmegoszlását nemek szerint is megvizsgálni. A 39 nő- és 61 férfibeteg vércsoportmegoszlását az 1. táblázatban tüntettük fel.

Jelentősen szignifikáns különbségek állapíthatók meg a nemek között [szignifikancia-számítások

1. táblázat. AL-s betegek vércsoportmegoszlása nemek szerint

Vércsoport	Férfiak		Nők		Összes beteg	
	szám	%	szám	%	szám	%
O	13	21,31	21	53,85	34	34
A	30	49,18	11	28,2	41	41
B	8	13,12	4	10,26	12	12
AB	10	16,39	3	7,69	13	13
Összesen	61	100,00	39	100,00	100	100

$\chi^2 = 11,5$  (szignifikáns különbség)

céljára a  $\chi^2$  próbát (26) alkalmaztuk]. A legszembe-tűnőbb nemi különbséget a 0 és A vércsoportú betegek esetében tapasztaltuk. Nőbetegek között a 0 vércsoportúak aránya 53,85% volt, szemben a férfiak között 21,3%-kal, illetve a lakosság 31,05%-ával. Férfibetegek között viszont az A vércsoport fordult elő gyakrabban (49,8%), mint a lakosságban (42,38%) és még gyakrabban, mint a nőbetegek között (28,2%).

Vizsgáltuk a betegek vércsoportmegoszlását a leukaemia típusa szerint is. Aránylag kis esetszám-ról van szó, mégis megállapítható, hogy a heveny lymphoid leukaemiás (ALL) nőbetegek között a leggyakoribb (67%) a 0 vércsoportba való tartozás. A legkisebb a 0 vércsoportúak aránya a heveny myeloid (valamennyi nem lymphoid) leukaemiás (AML) férfiak között (2. táblázat).

Eredményeinket a Magyarországon ismert vércsoport-frekvencia adatokkal hasonlítottuk össze. Az elmúlt években *Rex-Kiss és Horváth* (19, 20) adatai voltak általánosan elfogadottak, ezek szerepelnek *Aszódi* (1) könyvében, hasonló *Kovács* (11) adatsora is *A gyakorló orvos enciklopédiájában*. Az Orvosi Hetilapban 1979-ben két cikkben (8, 23) található adatok. Az utóbbiban szereplő értékeket *Rex-Kiss és Szabó R.* (21) közölték — az elmúlt 5 évben az ország kórházi laboratóriumaiban és vértranszfúziós állomásain — megbízhatóan elvégzett 1 004 916 vércsoport-meghatározás alapján. A magyarországi vércsoport-frekvencia adatokból emeltünk ki néhányat a 3. táblázatban. [A régebbi eredmények, illetve a legújabb vizsgálatok részletei láthatók a már előbb idézett (21) közleményben.]

A 4. táblázatban a hazai vércsoport-frekvencia adatokat vetettük össze AL-s betegek vércsoportmegoszlásával. Az összbeteganyag és a normál populáció között szignifikáns különbség nem mutatható ki. (*Rex-Kiss és Szabó* adatait használtuk fel az összehasonlításhoz.)

2. táblázat. AL-s betegek vércsoportmegoszlása a leukaemia típusa és a nem szerint

Vércsoport	Férfiak				Nők			
	ALL		AML		ALL		AML	
	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%
O	3	27,27	10	20	8	66,67	13	48,15
A	5	45,46	25	50	2	16,67	9	33,33
B	1	9,99	7	14	1	8,33	3	11,11
AB	2	18,18	8	16	1	8,33	2	7,41
Összesen	11	100,00	50	100	12	100,00	27	100,00

3. táblázat. **Magyarországi adatok a lakosság vércsoport-frekvenciájáról (%)**

Vércsoport	Rex-Kiss 1971 n=50 000	Kovács 1973	István 1979 (Vas megye) n=20 000	Rex-Kiss 1979 n=1 004 916
O	31,51	30—33	32,87	31,05
A	41,92	40—44	41,88	42,38
B	18,23	14—17	17,28	17,9
AB	8,34	5—7	7,77	8,67

4. táblázat. **AL-s betegek vércsoport-frekvenciájának viszonya a hazai lakossághoz (%)**

Vércsoport	Összes beteg	Lakosság
O	34	31,05
A	41	42,38
B	12	17,9
AB	13	8,67

$\chi^2 = 4,43$  (nincs szignifikáns különbség)

5. táblázat. **AL-s betegek és a lakosság vércsoport-megoszlása**  
(a Humangenetik 58. táblázata alapján)

Vércsoport	Betegek szám	%	Lakosság szám	%
O	1130	43,97	83 282	46,24
A	1035	40,27	74 827	41,56
B	309	12,02	16 025	8,9
AB	96	3,74	5 951	3,3
Összesen	2570	100,0	180 085	100,00

6. táblázat. **Mustacchi és mtsai 570 AL-s betegnek vércsoportmegoszlása**  
(a szerzők táblázata alapján)

Vércsoport	Férfiak szám	%	Nők szám	%	Összes beteg szám	%
O	114	35,62	119	47,6	233	40,88
A	141	44,06	98	39,2	239	41,96
B	42	13,13	27	10,8	69	12,1
AB	23	7,19	6	2,4	29	5,09
Összesen	320	100,00	250	100,0	570	100,00

$\chi^2 = 12,66$  (szignifikáns különbség)

Az egészséges populáció vércsoport-frekvenciájában nemi különbséget nem tételezhetünk fel, utalást erre az irodalomban nem találtunk (1, 7, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27).

Mint említettük, az AL-s betegek vércsoport-frekvenciája nagy beteganyagokban sem különbözik a lakosságétól. Vogel és Helmbold (27) a *Humangenetik* című kézikönyvben tíz szerző AL-ra vonatkozó adatait foglalta táblázatba; ezekből összesítettük a 2570 beteg és a hozzájuk tartozó 180 085 kontroll egyén vércsoportmegoszlását (USA, NSZK, Olaszország, Spanyolország, Svájc, Anglia és Wales területéről származó adatok). Az 5. táblázatban ezek az eredmények láthatók.

Az általunk hozzáférhető irodalomban nem találtunk olyan adatokat, melyek nemhez kötött különbségekre hivatkoznának az AL-s betegek vércsoportmegoszlásában. *Mustacchi és mtsai* (16) 1960-as közleményében szereplő 570 AL-s beteg adatainak utólagos elemzése mégis a saját anyagunkban tapasztaltakhoz hasonló nemek közötti különbségre derített fényt (6. táblázat). A szerzők ennek nem tulajdonítottak jelentőséget.

E nagy beteganyagban is kimutatható és saját betegeink között is — összesen tehát 670 heveny leukaemiás beteg elemzésekor — észlelt nemi különbség alapján joggal vetődik fel a kérdés, hogy nem lehet-e a különböző vércsoportok és a heveny leukaemiával szembeni fogékonyság között valamilyen genetikusan meghatározott kapcsolat, ami a nőbetegek nagyobb O vércsoportgyakoriságát magyarázhatná.

Az elmúlt években több helyen írtak az AL-s betegek vércsoport-tulajdonságaiban a betegség során bekövetkező változásokról (1, 2, 3, 4, 12, 17, 24), de ezek a nemi különbséget a vércsoportmegoszlásban aligha magyarázzák.

A kérdés tisztázásához nagy beteganyagban végzett további adatgyűjtés szükséges.

Ezúton is köszönetet mondunk *Komlósi Gyulának* (Hajdú-Bihar megyei KÖJÁL) a statisztikai számítások szíves elvégzéséért.

**Összefoglalás.** Száz heveny leukaemiás beteg vércsoportmegoszlásának elemzése során feltűnt a O vércsoportú nőbetegek nagyobb aránya. Az összbeteganyagban a vércsoportok szerinti megoszlás a hazai egészséges populációban észleltnek megfelelő, de azon belül a nők 54, a férfiak 21<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a tartozott a O csoportba (a hazai lakosság 31,05<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a O vércsoportú). Utólagos elemzéssel hasonló jellegű eltérés volt megállapítható egy nagyobb külföldi anyagban is. A talált nemhez kötött különbség felveti a vércsoport-tulajdonságok és a heveny leukaemia iránti fogékonyság közötti genetikai kapcsolat kérdését.

**IRODALOM:** 1. *Aszodi L.*: Az emberi véresejtek alloantigén-rendszerei. Medicina, Budapest, 1978. — 2. *Ayres, M. és mtsai*: J. med. Genet. 1966, 3, 180. — 3. *McGinnis, M. H. és mtsai*: Transfusio. 1964, 4, 310. — 4. *Gold, E. R. és mtsai*: Nature (London) 1959, 183, 892. — 5. *Harris, R. és mtsai*: Lancet. 1977, II, 653. — 6. *Hartmann É., Rex-Kiss B.*: Orv. Közl. 1972, 8, 49. — 7. *Horváth E.*: Vércsoportok. Medicina, Budapest, 1979. — 8. *István L.*: Orv. Hetil. 1961, 102, 202. — 9. *István L., Giczy S.*: Orv. Hetil. 1979, 120, 319. — 10. *Jørgensen, G.*: Nature (London). 1965/b, 207, 108. — 11. *Kovács M.*: A gyakorló orvos enciklopédiája. Szerk.: Trencsényi T. Medicina, Budapest, 1973. — 13. *Loghem, J. J. és mtsai*: Vox Sang. 1958, 3, 354. — 14. *Macmahon, B., Follusiak, J. C.*: Amer. J. hum. Genet. 1958, 10, 287. — 15. *Mourant, A. E. és mtsai*: The distribution of the human blood groups and other polymorphisms. 2. kiad. Oxford Univ. Press, London—New York—Toronto, 1976. — 16. *Mustacchi, P. és mtsai*: Ann. intern. Med. 1960, 52, 1099. — 17. *Nemák P.*: Vércsoport-szerológiai vizsgálati módszerek. OVHI Könyvtára


7. köt. Medicina, Budapest, 1978. — 18. Race, R. R., Sanger, R.: Blood groups in man. 6. kiad. Blackwell, Oxford, 1975. — 19. Rex-Kiss B., Horváth E.: Biológ. Közl. 1970, 18, 99. — 20. Rex-Kiss B., Horváth E.: Z. Immun.-Forsch. 1971, 141, 449. — 21. Rex-Kiss B., Szabó R.: Demográfia. 1978, 21, 109. — 22. Rex-Kiss B.: személyes közlés. 1979. — 23. Rex-Kiss B., Szabó

L.: Orv. Hetil. 1979, 120, 2119. — 24. Saichua, S., Chiewsilp, P.: Vox Sang. 1978, 35, 154. — 25. Shirley, R., Desai, R. G.: J. med. Genet. 1965, 2, 189. — 26. Vincze I.: Matematikai Statisztika. Műszaki Kiadó, Budapest, 1975. — 27. Vogel, F., Helmbold, W.: Humangenetik (Ein kurzes Handbuch in fünf Bänden) Band I./4. Szerk.: Becker, P. E., Thieme, Stuttgart, 1972.

## **FIGYELEM! FIGYELEM! FIGYELEM!** **HIBAIGAZÍTÁS!**

A Kőbányai Gyógyszerárugyár felhívja a T. Olvasó figyelmét arra, hogy a **CAVINTON** injekció, tablettá gyógyszerkészítmény **alkalmazási utasítása lényegesen megváltozott**.

A színes oldalon közölt szöveg nem érvényes! Az új alkalmazási utasítást a lapban teljes szöveggel közöljük.

az  **BEMUTATÓTERMÉBEN**

(Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.)

## **FIZIKÓTERÁPIA ÉS BALNEOLÓGIA KÉSZÜLÉKEI**

Kiállítás

1980. június 16–július 14-ig

naponta 9-16 óráig

**szombat-vasárnap zárva**

# ELENIUM draszté

## ÖSSZETÉTEL

1 draszté 5 mg chlórdiazepoxid-ot tartalmaz.

## HATÁS

Fő tulajdonsága a nyugtató, külső ingerbehátásokat tompító félelmi és feszültségi állapotokat oldó hatás, amely azonban a testi és szellemi aktivitást alig gyengíti. Ezenkívül izomspasmust oldó sajátsággal is rendelkezik.

## JAVALLAT

Félelmi, feszültségi állapotok, operációk előtt, a szülészetben, menstruációs és klimaxos zavarokban, neurovegetatív zavarokban. Idegesség, ingerlékenység, hangulati labilitás, lámpaláz.

Izomspasmusok.

Gastrointestinális és cardiovascularis zavarok.

Gyermekek magaviseleti rendellenességei.

## ELLENJAVALLAT

Myasthenia gravis.

## MELLÉKHATÁS

A kezelés első napjaiban esetenként, főleg idősebb és legyengült betegeknél álmoság lép fel. (Közlekedés, magasban való dolgozás, veszélyes vagy komplikált gép kezelése tilos.) Ez a hatás az adagolás folytatásakor, vagy az adag csökkentésére általában megszűnik. Az egyidejű alkoholfogyasztás tilos. Nagyobb adagok ataxiát váltanak ki, ez azonban az adag csökkentésével megszűnik.

## ADAGOLÁS

Felnőttek: általában napi 2–4-szer 5–10 mg per os.

Gyermekek: napi 1–2-szer 1 drasztét.

## MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

## CSOMAGOLÁS

20 draszté 2,20 Ft



Gyártja:

„POLFA” Gyógyszergyár — Lengyelország

# Ciech

Exportálja: CIECH — Varsó

**Budapesti képviselő: CIECH—POLFA Tudományos Információs Iroda**

1075 — Budapest, Tanács krt. 25. I. 3.  
Tel.: 427-723, 422-548

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

## Késői gyermekágyi vérzések

Bedő Tibor dr. és Smid István dr.

A szülés után, az első 24 órában jelentkező vérzést *korai*, 24 órán túl, de 6 héten belül *késői gyermekágyi vérzésnek* nevezzük.

A témával foglalkozó szerzők egy része ezt a definíciót használja (8, 9, 16), de találkozunk olyan meghatározásokkal is, ahol a szülés utáni 1,5–2 órától 6–8–12 hétig, szoptatás esetén több hónapig késői gyermekágyi vérzésekről beszélnek (12, 21). Mások viszont nem tesznek ilyen különbséget (3, 5, 11, 30). Véleményünk szerint a két időszak elkülönítése azért indokolt, mert a szülés után, az első 24 órában jelentkező vérzés a szüléskor fellépő, azzal szoros kapcsolatban levő problémák következménye (pl. kóros vérzékenység, sérülések stb.), ezzel szemben a késői időszak vérzéseinek jellege, okai, következményei lényegesen különböznek ettől.

Az uterinális eredetű vérzési és fertilitási zavarok tanulmányozása során figyeltünk fel arra, hogy a súlyos endometrium-károsodások aetiológiájában jelentős szerepe van a gyermekágy időszakában végzett curettage-nak (28, 29).

Ezért vizsgáltuk a késői gyermekágyi vérzéseket és közleményünkben tapasztalatainkról számoltunk be.

### Beteganyag és módszer

Munkánkban a debreceni Női Klinikán 1961–1975 között késői gyermekágyi vérzés miatt kezelt betegek adatait értékeltük, elsősorban a méhkaparás szempontjából. A betegek klinikai adatai alapján vizsgáltuk a terápiás célból végzett abráziók arányát, a kaparék hisztológiai vizsgálatának eredményét, valamint, hogy a műtét a gyermekágy melyik időszakában történt.

Az abrázió után a betegek egy részének sorsát 1–5 évig követtük. A vizsgálat célja a késői következmények feltárása volt (menses, sterilitás, intrauterin synechia, a lepényi szak zavarai a következő szüléskor).

### Eredmények

Az említett időszakban 228 beteget kezeltünk gyermekágyi vérzés miatt. Méhkaparást 158 esetben (78,07%) végeztünk. A curettage és a kiegészítő kezelés valamennyi betegnél megszüntette a vérzést, uterus tamponade-ot, ill. hysterectomiát nem végeztünk.

Adataink curettage kaparékának hisztológiai vizsgálati eredményét az 1. táblázat, a műtét végzésének időpontját a 2. táblázat szemlélteti.

A gyermekágy idején végzett méhkaparás után 70 beteg sorsát tudtuk nyomon követni. Az eredményeket a 3. táblázatban foglaltuk össze.

### Megbeszélés

A késői gyermekágyi vérzések szülésekre vonatkoztatott előfordulási arányszámát 0,15–0,54 között adják meg (az összehasonlítás elég nehéz, mert a diagnózis kritériumai változók (3, 6, 21, 30, 32)).

A kezelésben vezető helyet foglal el a curettage, ami gyorsan és eredményesen szünteti meg a vérzést. A hisztológiai vizsgálat leggyakrabban decidualis residuumot igazol, a placentaris residuum 18–54% között fordul elő. Több szerző fontos szerepet tulajdonít a placenta tapadási hely szubinvolúciójának, míg a placentaris polyp csak ritkán oka a vérzésnek (1, 3, 5, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 40, 31, 32, 33).

Saját anyagunkban a placentaris residuum 15,82%-ban, a decidualis residuum 65,19%-ban fordult elő. Igen jelentősnek tartjuk, hogy a szövettani vizsgálat 66 betegen akut, 23 betegen szubakut –krónikus gyulladást igazolt (összesen 56,32%) anélkül, hogy a betegeknek klinikailag manifeszt endometritisük lett volna.

Paffenberger (21) az 1–3. héten Paalman és McEllin (19) a 2. héten észlelte a leggyakoribbnak a vérzés jelentkezését. Mi ezt az adatot a méhkaparás időpontja alapján vizsgáltuk. A műtét legnagyobb részét a gyermekágy második (31,65%), a harmadik (24,68%) és a negyedik hetében (16,45%) végeztük.

A késői gyermekágyi vérzések megelőzése, az involutiós és sebgyógyulási folyamatok gyorsítása céljából Cacciarelli és Newark (4), Hoffman (12), Hawkins (10), Lounsbury (17), Schaupp (24) a szülés után rutinszerűen elvégzi a méhüreg manuális vagy műszeres revízióját. Megfigyeléseik szerint a beavatkozásnak hátrányos következménye nincs.

1. táblázat A gyermekágyi curettage-k kaparékának szövettani vizsgálati eredménye

Hisztológia	Betegek száma	%
Residuum deciduae	103	65,19
Residuum placentae	25	15,82
Endometritis	7	4,43
Proliferatio	11	6,96
Proliferatio és endometritis	1	0,64
Necrotikus szövet	11	6,96
Összesen:	158	100,00

A vérzés mennyisége csökken, meggyorsul az involúció és a sebgyógyulás, csökken a késői gyermekágyi vérzések száma is.

*Packin* (20) 115 betegen abráziót végzett a szülés után, 96 betegen pedig nem. A két csoportban a késői következmények számában nem észlelt különbséget. Ezért a rutinszerűen végzett post partum curettage-zsal nem ért egyet.

*Asherman* (2), *Eriksen* és *Kaestel* (7) vizsgálta a gyermekágyi méhkaparások késői következményeit az Asherman-syndroma aetiológiája szempontjából. *Eriksen* és *Kaestel* (7) a gyermekágyban végzett 141 abrázió után 33 betegen tudott a méh üregében összenövéseket kimutatni. Különösen az 1–4. hét közötti beavatkozásokat tartják veszélyesnek.

*Asherman* (2) post partum curettage után 5 méhüregi összenövést észlelt.

Hasonló következtetések vonhatók le saját vizsgálatainkból is. Az 1–5 évig megfigyelt 70 beteg közül mindössze 15 volt panaszmentes, 32 beteg amenorrhoeás vagy hypomenorrhoeás, 20 beteg tudunk kimutatni intrauterin synechiákat. A későbbi időpontban 49-en akartak szülni, de 22-en nem estek teherbe. Azok közül, akik teherbe estek, 6 betegen a szülés alatt, vagy a gyermekágyban szövődmény fordult elő. Az észlelt szövődmények akkor voltak súlyosak, ha a curettage a 2–4. hét között történt, gyulladás is társult, hozzá és/vagy reabráziót is végeztünk.

A súlyos következmények kiváltásában nemcsak a curettage-nak van szerepe. Károsító hatását elősegítik a gyermekágyban lezajló hormonális, involúciós és sebgyógyulási folyamatok is.

A szülés után vaskos decidua réteg fedi a méh belfelszínét és csak éles curette-kanállal, durván végzett műtétkor sérül az endometrium basalis rétege. A gyermekágy 7–10. napjára a decidua enzimikus hatásokra elfolyósodik és az abrázió során közvetlenül a basalis réteget kaparjuk, így a hormonális hatásokra felpuhult uterusban könnyen hatolunk a myometriumig. A 4. hét után, amikor az uterus tömöttebb, könnyebb meghatározni a kaparás mélységét és emiatt csökken a szövődmények, késői következmények száma is. Az alacsony hormonszint, inaktív endometrium miatt a sérült endometrium regenerálódásának a lehetősége is kisebb.

Az ismert klinikai adatok és élettani változások alapján néhány fontos következtetés is vonható:

1. A curettage igen gyorsan és eredményesen szünteti meg a vérzést a gyermekágy időszakában

2. táblázat A gyermekágyi curettage végzések időpontja

Időpont	Betegek száma	%
1—7 nap	15	9,49
8—14 nap	50	31,65
15—21 nap	39	24,68
22—28 nap	26	16,45
29—35 nap	18	11,39
36—42 nap	10	6,34
Összesen:	158	100,00

3. táblázat A gyermekágy idején, 70 betegen végzett méhkaparás késői következménye

Következmény	Betegek száma
Hypomenorrhoea	11
Amenorrhoea	21
Sterilitás	22
Asherman-syndroma	20
Placenta adhaerens	3
Hysterectomia placenta accreta miatt	1
Koraszülés	1
Vetélés	1
Panaszmentes	15

is. A késői következményekre vonatkozó adataink mégis arra figyelmeztetnek, hogy a műtét után nagy százalékban számíthatunk enyhe vagy súlyos, sokszor maradandó menstruációs és/vagy fertilitási zavarra. Különösen a 2–4. hét között végzett beavatkozások következménye súlyos. Ezek az adatok józan konzervativizmusra intenek a gyermekágyi vérzések terápiájában, különösen, ha azt is figyelembe vesszük, hogy a vérzések aetiológiájában kis szerepe van a placentáris residuumnak. Előbb a konzervatív terápiát kell megkísérelni és csak sikertelenség esetén végezzünk currtage-t. Kivételt képez az igen bő vérzés, vagy ha a vizsgálatkor a kotiledo retenció egyértelműnek tűnik.

2. A gyermekágyban végzett minden méhkaparásakor indokoltnak tartjuk antibiotikumok adását, még akkor is, ha nincs gyulladásra utaló klinikai adatunk. Amikor gyulladásos jelek vannak — különösen, ha a beavatkozás a 2–4. hét között történik — antibiotikum, oestrogen-progesteron szubsztitúció és corticosteroid terápia is indokolt. Ezek a hormonok elősegítik a regenerációt, csökkentik a fibrosist és az uterus kontrakcióit azáltal megakadályozzák a súlyos fokú endometrium-károsodások kialakulását.

3. A gyermekágyi vérzések megelőzésében legfontosabb szerepe a szülés gondos vezetésének van. A szüléseket úgy kell vezetni, hogy endometritis és placentáris residuum ne forduljon elő. Burok- vagy kotiledo retenció legkisebb gyanújakor el kell végezni a méhüreg revízióját. A szüléskor végzett méhüri betapintásnak, akár kézzel, akár műszerrel végezzük, gyakorlatilag nincs veszélye, ha a sterilítási szabályait betartjuk, gyakorlatilag szakember, kíméletesen, tompa curette-kanállal végzi. A szülés után rutinszerűen végzett curettage-zsal azonban nem értünk egyet.

**Összefoglalás.** Szerzők a debreceni Női Klinikán 1961–75 között 228 beteget kezeltek késői gyermekágyi vérzés miatt és 168 esetben végeztek curettage-t. Eseteiket a kaparékok szövettani leletei és a műtét elvégzésének időpontja alapján értékeli. Eredményeik szerint a placentáris residuum kismértékben fordul elő, de igen gyakran kimutatható az endometrium gyulladásos folyamata akkor is, ha az endometritis klinikai tünetei hiányoznak. A gyermekágyi curettage-ok után 70 beteg sorsát követték 1–5 évig, akik közül csak 15 volt panaszmentes. A késői szövődmények között



a negatív vérzészavart, sterilitást, Asherman-syndromát vagy a következő szüléskor a lepény tapadási rendellenességét észlelték. Tapasztalataik alapján foglalkoznak a késői gyermekágyi vérzések kezelésével és megelőzésével is.

IRODALOM: 1. *Anderson, W. R., Davis, J.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1968, 102, 23. — 2. *Asherman, J. G.*: J. Obstet. Gynec. Brit. Cwlth. 1948, 55, 23. — 3. *Bachmeyer, H., Stoll, P.*: Dtsch. med. Wschr. 1960, 85, 1798. — 4. *Cacciarelli, R. A., Newark, N. J.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1949, 57, 351. — 5. *Dewhurst, C. J.*: Obstet. Gynec. Brit. Cwlth. 1966, 73, 53. — 6. *Duckman, S., Suarez, F. J., Andia, C.*: Obstet. Gynec. (N. Y.) 1970, 36/4, 568. — 7. *Eriksen, J., Kaestel, C.*: Dan. Med. Bull. 1960, 7, 50. — 8. *Gorodowsky, J., Florek, E. N., Wulff, G.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1964, 88, 612. — 9. *Greenhill, J. P.*: Obstetrics. 13th Edition. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1965. p. 962. — 10. *Hawkins, R. J.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1955, 69, 1094. — 11. *Heath, L. P.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1957, 73, 1071. — 12. *Hoffman, R. L.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1954, 68, 645. — 13. *Hofmeister, F. J., Sauer, J. P.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1958, 75, 1120. — 14. *Kurtz, G. R., Comando, E. N.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1953, 66, 663. — 15. *László L., Hatala I., Gyöngyössi A.*: Orv. Hetil. 1959, 100, 175. — 16. *Lester, W. M. és mtsai*: Amer.

J. Obstet. Gyn. 1956, 72, 1214. — 17. *Lounsbury, J. B.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1957, 74, 223. — 18. *Oelsner, G., David, A., Insler, V.*: Obst. Gyn. (N. Y.) 1974, 44, 341. — 19. *Paalman, R. J., McEllin, T. W.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1959, 78, 898. — 20. *Packin, G. S.*: Amer. Osteopath. Ass. 1975, 74, 839. — 21. *Paffenberger, R. S.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1963, 87, 263. — 22. *Palik, F., Rechnitz, K.*: Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1944, 117, 74. — 23. *Rutherford, R. N., Hertig, A. T.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1945, 49, 378. — 24. *Schaupp, K.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1967, 98, 631. — 25. *Sotto, L. S. J., Archambault, R.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1957, 74, 1082. — 26. *Shulman, A. és mtsai*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1956, 71, 37. — 27. *Silverman, B. B., O'Neill, R. T., Fields, G. A.*: Obstet. Gynec. 1970, 36, 32. — 28. *Smid I. és mtsai*: Magy. Nőorv. L. 1971, 34, 159. — 29. *Smid I., Borsos A., Takács I.*: Megjelenés alatt. — 30. *Treanor, T. A.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1962, 83, 37. — 31. *Thorsteinsson, V. T., Kempers, R. D.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1970, 107, 565. — 32. *Weekes, L. R., O'Toole, D. M.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1956, 71, 45. — 33. *Wolfe, S. A., Pedowitz, P.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1947, 53, 84.

# VENORUTON

gél

H 600

Antivaricosica

KÜLSŐLEGES

HASZNÁLATRA



## ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-( $\beta$ -hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

## JAVALLATOK:

Akut thrombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése; lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése;

lágyrészsérülések, (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.);

különböző mikrocirculációs keringési zavarok (pl. fagydaganat).

## ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

## ALKALMAZÁS:

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes enyhe masszírozással a bőrbe bedörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

## MEGJEGYZÉS:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

## CSOMAGOLÁS:

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

Előállító: **BIOGÁL Gyógyszergyár,**

Debrecen, **ZYMA AG** licencia alapján.



1565

# TISASEN A+B draszté

## laxativum

### ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drasztéként.

### HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakinnon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a draszté tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drasztében a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A draszté hatásos mind spastikus, mind az atóniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőseges székletürítés formájában.

Diabeteses betegeknek is adható.

Alhasi vérbőséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

Forgalomba hozza:

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR**

**TISZAVASVÁRI**

### JAVALLATOK

Különböző eredetű (pl. habitualis, postoperatív, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

### ELLENJAVALLAT

Bélelzáródás.

Káliumháztartás zavara.

### ADAGOLÁS

Felnőtteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 draszté, hashajtás céljából napi 3–4 draszté este, étkezés után. Gyermekeknek 1 draszté este, étkezés után.

### MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominális fájdalmak jelentkezhetnek.

**MEGJEGYZÉS:** Vény nélkül is kiadható.

**CSOMAGOLÁS:** 30 db draszté. ● **TÉRITÉSI DIJ:** 3,90 Ft



Pécsi Orvostudományi Egyetem,  
I. Belgyógyászati Klinika  
(igazgató: Jávor Tibor dr.),  
II. Belgyógyászati Klinika  
(igazgató: Hámori Artúr dr.)

## Placebo, Atropin, Cimetidin és Carbenoxolon hatásának összehasonlító vizsgálata duodenális ulkuszos betegeken

Tárnok Ferenc dr., Jávor Tibor dr.,  
Mózsik Gyula dr., Nagy Lajos dr.,  
Patty István dr., Rumi György dr.  
és Solt István dr.

A peptikus fekély kezelésében az utóbbi évtizedekben a parasympholyticumok, mint savszekréció-gátlók fontos helyet foglaltak el (8). Az 1960-as évek végétől a nyálkahártya ellenálló képességét fokozó carbenoxolont (11) jó klinikai eredménnyel alkalmazzák a fekélybetegség gyógyításában (1, 21, 23, 26, 28). A néhány éve kifejlesztett — a gyomorsav-szekréciót rendkívül erősen gátló — hisztamin  $H_2$ -receptor-blokkolók legkevésbé toxikus képviselőjét, a cimetidint több vizsgálati sorozatban hatásosnak találták a fekélybetegség kezelésében. (3, 6, 7, 10, 14, 15, 18, 24, 30, 31). Ezen kedvező eredmények mellett azonban mind a parasympholyticumokkal (20, 27), mind a carbenoxolonnal (16), mind a cimetidinnel (2, 19, 22) szemben is találkoztunk kételkedő véleményekkel.

A Pécsi Orvostudományi Egyetemen I. és II. Belgyógyászati Klinikájának gastroenterológiával foglalkozó munkatársai kettősvak, prospektív vizsgálatot végeztünk, hogy összehasonlítsuk a placebo, a carbenoxolon, az atropin és a cimetidin hatásosságát a duodenális fekélyes betegek kezelésében.

### Beteganyag és vizsgálati módszerek

88, endoszkóppal igazolt duodenális fekélyes beteg beleegyezésük után a véletlen szerint 4 csoportba osztottunk. Az egyes csoportokban 4 héten át a következő kezelést alkalmaztuk:

### 1. táblázat Vizsgálati terv

A kezelésbevétel feltétele: endoszkóppal igazolt ulcus duodeni

Csoportok:

- I. Placebo
- II. Tabl. Atropin  $3 \times 0,66$  mg naponta per os
- III. Tabl. Tagamet<sup>®</sup> 200-200-200-400 mg naponta per os
- IV. Caps. Biogastrone—Duodenal<sup>®</sup>  $3 \times 100$  mg naponta per os az 1. héten  
 $3 \times 50$  mg naponta per os a 2—4. héten

Minden beteg a panaszától függő mennyiségben antacid rágótablettát szedett.

Kezelési idő: 4 hét

Hatásosság kiértékelése:

- I. Klinikailag
    1. panaszok változása (a napi feljegyzések alapján)
    2. antacid fogyasztás (a napi feljegyzések alapján)
    3. testsúly változás
  - II. Endoszkóposan
    1. fekélygyógyulási arány
    2. a fekélyfelszín nagyságának változása (planimetriai kiértékelés)
- Laboratóriumi kontrollok: vizelet  
vérvkép  
máj-, vesefunkciók  
sav-bázis viszonyok  
elektrolitok

I. csoport (20 beteg, 4 nő, 16 férfi, átlagéletkor: 40,7 év)

Placebo

II. csoport (22 beteg, 4 nő, 18 férfi, átlagéletkor: 39,8 év)

Naponta  $3 \times 0,66$  mg T. Atropinum sulfuricum (EGYT)

III. csoport (22 beteg, 5 nő, 17 férfi, átlagéletkor: 39,1 év)

Naponta étkezésként 200—200—200 mg, lefekvés-kor 400 mg T. Tagamet<sup>®</sup> (Smith Kline and French Lab. Ltd.)

IV. csoport (24 beteg, 1 nő, 23 férfi, átlagéletkor: 38,2 év)

Naponta az 1. héten  $3 \times 100$  mg, a 2—4. héten  $3 \times 50$  mg Caps. Biogastrone—Duodenal<sup>®</sup> (Homburg)

Minden beteget antacid rágótablettával láttunk el (Chinoin — kifejlesztés alatt), azzal az utasítással, hogy bármiféle hyperacid panasz esetén, ahányszor csak szükségét érzi, vegyen be belőle 2—3 szemet.

Minden beteg névre szóló kis füzetben vezette naponta az antacidfogyasztást, a panaszok változását, az észlelt mellékhatásokat.

A kezelés elején és végén végzett endoszkópos vizsgálat során a biopsziás eszköz segítségével becsültük a fekély nagyságát, majd ebből kiszámítottuk a fekély felszínét.

A vizsgálat kettősvak jellegét két tényező biztosította: 1. Az endoszkópizáló kollégáknak nem volt tudomásuk arról, hogy a vizsgált beteg melyik kezelési csoportba nyert beosztást. 2. Az alkalmazott placebo, atropin, carbenoxolon és cimetidin ugyan különböző kisserelésű volt, a betegeknek nem volt tudomásuk

### 2. táblázat Fekélygyógyulási arány a különböző kezeléseknél

Kezelés	beteg- szám	fe- kély- szám	gyógyult	nem gyógyult
Placebo	20	24	12 (50%)	12 (50%)
Atropin	22	24	18 (75%)	6 (25%)
Cimetidin	22	25	18 (72%)	7 (28%)
Carbenoxolon	24	26	15 (58%)	11 (42%)

Az egyes csoportok között szignifikáns különbség nincs ( $\chi^2$ -próba alapján).

arról, hogy mit szednek; a vizsgált szereket a gastroenterológiai munkacsoport szakrendelésén kapták kézhez.

A 4 hetes kezelések hatásosságát az endoszkópos lelet, valamint a betegek által naponta vezetett jegyzőkönyvek alapján értékeltük.

Kéthetente végzett laboratóriumi kontrollok (vizelet, vérékép, máj- és vesefunkciók, elektrolitok, savbázisviszonyok), testsúly- és vérnyomásmérés alapján vizsgáltuk az objektív mellékhatások lehetőségét.

A statisztikai analízis során a  $\chi^2$ -tesztet, az egy- és kétmintás Student-féle „t”-tesztet és a regresszióanalízist alkalmaztuk.

### Eredmények

Az antacid fogyasztás és a panaszok erősségének változása (score) a vártnak megfelelően párhuzamos volt minden egyes csoportban.

A duodenális fekélyek gyógyulási aránya alapján nem találtunk szignifikáns különbséget a placebo hatása, valamint a három különféle gyógyszer hatása között, és természetesen a három különféle gyógyszer hatása között sem. (2. táblázat).

A kezelések kezdetén az egyes csoportokban észlelt duodenális fekélyek átlagos területe között nem volt szignifikáns különbség, és mind a négyféle kezelés során a fekélyek átlagos területe szignifikánsan csökkent. A kezdeti és végső fekélynagyság különbségéből adódó ún. „gyógyító hatás”-t véve alapul, a placebo „gyógyító hatás”-a, valamint a cimetidin „gyógyító hatás”-a között szignifikáns különbséget észleltünk az utóbbi javára, a másik két gyógyszer esetében a placebohoz viszonyított pozitív hatás a szignifikancia határát súrolta. Az atropin, a cimetidin és a carbenoxolon „gyógyító hatás”-a között szignifikáns különbség már nem volt (3. táblázat).

Elkerülve a kontroll endoszkópiának, mint időfaktornak a statisztikai elemzést torzító hatását, csak a nem gyógyult fekélyek területváltozását véve alapul, a fentiekkel azonos eredményt kaptunk. Ebben az esetben is csupán a cimetidin adásakor észleltünk szignifikáns különbséget a „gyógyító hatás”-ban a placebohoz viszonyítva. Az atropin, a cimetidin és a carbenoxolon „gyógyító hatás”-a között már nem volt szignifikáns különbség (4. táblázat).

3. táblázat **Az összes duodenális fekély átlagos nagysága a különböző kezelések előtt (A) és után (B). (átlag  $\pm$  SEM; mm<sup>2</sup>)**

Kezelés	beteg-szám	fe-kély-szám	fekélynagyság	gyógyító hatás (A—B)
Placebo (1)	20	24	A <sub>1</sub> 33,34 $\pm$ 5,71 B <sub>1</sub> 11,12 $\pm$ 3,62	22,22 $\pm$ 5,55
Atropin (2)	22	24	A <sub>2</sub> 43,81 $\pm$ 8,12 B <sub>2</sub> 8,77 $\pm$ 4,06	35,05 $\pm$ 6,72
Cimetidin (3)	22	25	A <sub>3</sub> 42,90 $\pm$ 6,64 B <sub>3</sub> 2,98 $\pm$ 1,30	39,88 $\pm$ 6,17
Carbenoxolon (4)	24	26	A <sub>4</sub> 45,53 $\pm$ 8,86 B <sub>4</sub> 9,54 $\pm$ 3,39	35,99 $\pm$ 8,87

A<sub>1</sub>; A<sub>2</sub>; A<sub>3</sub>; A<sub>4</sub> értékek között szignifikáns különbség nincs. Mind a 4 féle kezelés gyógyító hatása (A—B) szignifikáns ( $p < 0,001$ ). A cimetidin és a placebo gyógyító hatása között szignifikáns különbség van ( $p < 0,05$ ).

4. táblázat **A nem gyógyult duodenális fekélyek átlagos nagysága a különböző kezelések előtt (A) és után (B). (átlag  $\pm$  SEM; mm<sup>2</sup>)**

Kezelés	beteg-szám	fe-kély-szám	fekélynagyság	gyógyító hatás (A—B)
Placebo (1)	11	12	A <sub>1</sub> 40,56 $\pm$ 6,39 B <sub>1</sub> 22,24 $\pm$ 5,70	18,31 $\pm$ 6,35
Atropin (2)	6	6	A <sub>2</sub> 68,31 $\pm$ 22,99 B <sub>2</sub> 35,07 $\pm$ 10,89	33,25 $\pm$ 17,41
Cimetidin (3)	7	7	A <sub>3</sub> 62,13 $\pm$ 10,66 B <sub>3</sub> 10,65 $\pm$ 3,22	51,47 $\pm$ 9,11
Carbenoxolon (4)	10	11	A <sub>4</sub> 56,02 $\pm$ 14,23 B <sub>4</sub> 22,55 $\pm$ 6,21	33,47 $\pm$ 17,10

A<sub>1</sub>; A<sub>2</sub>; A<sub>3</sub>; A<sub>4</sub> értékek között szignifikáns különbség nincs. A placebo gyógyító hatása ( $p < 0,02$ ) és a cimetidin gyógyító hatása ( $p < 0,01$ ) szignifikáns. A placebo és a cimetidin gyógyító hatása között szignifikáns különbség van ( $p < 0,02$ ).

Bár az egyes kezelések során gyógyult fekélyek átlagos területe a kezelések előtt kisebb volt, mint a nem gyógyultaké, a különbség nem volt szignifikáns (5. táblázat).

Párba állítva a nem gyógyult fekélyek kezdeti és végső területét korrelációanalízist végeztünk. Annak ellenére, hogy mindegyik kezelési mód szignifikáns, vagy közel szignifikáns átlagterület-csökkenést eredményezett (lásd: 4. táblázat), az egyes fekélyek kezdeti és végső területe között egyenes irányú összefüggést kimutatni nem tudtunk (6. táblázat).

A placebo-kezelést kivéve minden csoportban szignifikáns testsúlyemelkedést (1—2 kg) észleltünk a 4. hét végére. A carbenoxolon-kezelés nem okozott nagyobb testsúlyemelkedést, mint az atropin- és cimetidin-kezelés.

A laboratóriumi kontrollok eredményeit értékelve nem tapasztaltunk lényeges változást a különféle kezelések során. A cimetidin nem okozott szérumszint-emelkedést, a carbenoxolon-kezelésnél nem észleltünk szérumszint-emelkedést, az antacidfogyasztás nem eredményezett metabolikus alkalózist.

### Megbeszélés

Az irodalomból számos kettősvak prospektív tanulmány ismert, amelyekben a placebo és egy valamely gyógyszer (pl. atropin, carbenoxolon, cimetidin stb.) hatásának összehasonlítása történt fekélybetegeken. A jelenlegi vizsgálati sorozatban 3 különféle gyógyszer és a placebo hatásának prospektív, kettősvak összehasonlítása történt egyidőben. Mint minden hasonló vizsgálatban, az összes beteg szükség szerinti mennyiségben, azonos összetételű antacidot szedett a vizsgált szereken (placebo, atropin, cimetidin, carbenoxolon) kívül. A kezelések értékelését egyrészt a fekélygyógyulási arány, másrészt a fekélyes terület nagyságának változása alapján végeztük.

Több ismert adat (1, 3, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 18, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 31) ellenére a placebo okozta fekélygyógyulási arány és a másik három szer (atropin, cimetidin, carbenoxolon) okozta fekélygyó-

gyulási arány között nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget. A placebo-kezelés melletti fekélygyógyulási arányt illetően meglepően különböző adatok (20–80%) található az irodalomban (5). Természetesen azokban az esetekben, ahol a vizsgálok magas fekélygyógyulási arányt észleltek a placebo-kezelés során, nem volt szignifikáns különbség a placebo és a vizsgált gyógyszerek között (2, 16, 19, 22, 27). Ezen közlemények szerzői úgy vélik, hogy a placebo-csoportokban is alkalmazott antacid elfedhette az atropin, vagy a carbenoxolon, vagy a cimetidin egyébként várható jó hatását (2, 9, 12, 16, 19, 20). Ezt igazolhatja az a vizsgálati sorozat is, ahol a nagy dózisú antacid-kezelés kifejezetten jobban eredményt adott, mint az egy magában adott placebo (25). Mi is azon a véleményen vagyunk, hogy a fekélygyógyulás nagymértékben függ az antacid-kezelés kivitelezési módjától.

A fekélyes terület nagyságának csökkenése alapján végzett számításaink szerint a placebo, az atropin, a cimetidin és a carbenoxolon alkalmazása során egyaránt statisztikailag jelentős javulást észleltünk. A placebónál csupán a cimetidin bizonyult hatásosabbnak, azonban a három vizsgált gyógyszer hatásossága között érdemi sorrendet felállítani nem tudtunk. A így kapott eredményekben is bizonyára közrejátszott a placebo-csoportban is alkalmazott antacid fekélyt gyógyító hatása, amely elfedhette a fenti vizsgált gyógyszerek várható jó hatását.

Bár a vizsgálati eredményeink alapján úgy tűnik, hogy általában a kis fekélyek gyógyultak teljesen, a nagyobbak csak részben, a nem gyógyult fekélyek kezdeti és végső nagysága közötti matematikai elemzés nem igazolt lineáris összefüggést Schreuer és mtsai adataival szemben (29). Tehát nem törvényszerű, hogy a fekélyek gyógyulása időben egyenes arányban áll eredendő nagyságukkal.

Véleményünk szerint a fekélykezelésben alkalmazott gyógyszerek tesztelésénél a fekélygyógyulási arányon kívül a fekélynagyság alapján történő számítások is szükségesek a jobb kiértékelés érdekében.

Bár valószínűnek látszik, hogy a helyesen alkalmazott, biztosan jó savkötő képességű antacid-kezelés, valamint a parasympholytikus, vagy carbenoxolon-, vagy cimetidin-kezelés azonos értékűek, az antacid egymagában nem lehet elegendő.

5. táblázat **A gyógyult (A) és a nem gyógyult (B) fekélyek átlagos nagysága a különböző kezelése előtt (átlag ± SEM; mm<sup>2</sup>)**

Kezelés	A	B
Placebo	26,12±9,26 (n=12)	40,56±6,39 (n=12)
Atropin	35,65±7,19 (n=18)	68,31±22,99 (n=6)
Cimetidin	35,43±7,68 (n=18)	62,13±10,66 (n=7)
Carbenoxolon	37,84±9,47 (n=15)	56,02±14,23 (n=11)

A—B értékpárok között nincs szignifikáns különbség.

6. táblázat **A 4 hetes kezelése során nem gyógyult duodenális fekélyek kezdeti (A) és végső (B) nagysága közötti összefüggés (korreláció)**

Kezelés	A ± SEM	B ± SEM	r koef.	r <sub>(0,05)</sub>
Placebo (n=12)	40,56± 6,39	22,24± 5,70	0,451	0,576
Atropin (n=6)	68,31±22,99	35,07±10,89	0,687	0,814
Cimetidin (n=7)	62,13±10,66	10,65± 3,22	0,597	0,754
Carbenoxolon (n=11)	56,02±14,23	22,55± 6,21	-0,292	0,621

Az „r koef.” egyik esetben sem szignifikáns.

dő a duodenális fekélybetegek kezelésére. Általában elfogadható, hogy hatásos antacid kombinációja egy, vagy két, vagy mindhárom fent említett gyógyszerrel, jelenleg a legjobb hatású kezelési módnak tekinthető. Újabb jelentek meg közlemények, amelyekben a cimetidinhez adott kisdózisú anticholinerg szertől nyújtott hatású gyomorsavszekréció-gátlást írtak le (4, 13). Azt, hogy melyik gyógyszert válasszuk az antacid mellé, különböző szempontok szabhatják meg (pl.: szubjektív vagy objektív mellékhatások, kontraindikációk, anyagi körülmények). Vizsgálati sorozatunkban az atropin ismert szubjektív mellékhatásain kívül egyéb mellékhatást egyik gyógyszer esetében sem észleltünk.

A 88 beteget magába foglaló vizsgálati program végrehajtása 5 hónapot vett igénybe.

**Összefoglalás:** 88, endoszkóppal igazolt duodenális ulkuszos beteget a véletlen szerint 4 csoportra osztva 4 hetes kettős kezelésben részesítettek (placebo, atropin, cimetidin, carbenoxolon). Minden beteg szükség szerinti mennyiségben azonos összetételű antacidot szedett. Kéthetente laboratóriumi, a 4 hetes kezelés végén endoszkópos kontroll történt. A kezelés végén értékelték a fekélygyógyulási arányt, a fekélyes terület nagyságának változását, a szubjektív és objektív mellékhatásokat minden kezelési csoportban. A következőket figyelték meg: A fekélygyógyulási arányt tekintve nem volt szignifikáns különbség sem a placebo és a gyógyszeres csoportok, sem az egyes gyógyszeres csoportok között. Az átlagos fekélynagyság mind a placebo, mind a gyógyszeres csoportokban szignifikánsan csökkent. A placebónál csupán a cimetidin bizonyult statisztikailag hatásosabbnak. A három vizsgált gyógyszer hatásossága között azonban érdemi sorrendet felállítani nem lehetett. A kifejezetten jó hatásfokúnak bizonyult placebo-kezelés háttérében feltétlenül jelentős szerepet tulajdonítanak a minden betegnél alkalmazott antacidnak. A nem gyógyult fekélyek esetében nem volt lineáris összefüggés a kezdeti és végső fekélynagyság között. Az antacid-fogyasztás párhuzamos volt a panaszok változásával. Szubjektív és objektív, érdemleges mellékhatást egyik csoportban sem észleltek.

IRODALOM: 1. Archambault, A.: in Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion. Ed. Witzstrock, Baden-Baden—Köln—New York, 1978, 154. — 2. Binder, H. J. és mtsai: Gastroenterology, 1978, 74, 380. — 3. Blackwood, W. S. és mtsai: Lancet, 1976, 7978, 174. — 4. Blackwood, W. S. és Northfield, T. C.: in Cimetidine: Proceedings of the Second International Symposium on Histamine H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists. Excerpta Med. Amsterdam ICS, 1977, 416, 124. — 5. Blum, A. L. and Siewert, R.: in Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion. Ed. Witzstrock, Baden-Baden—Köln—New York, 1978, 56. — 6. Bodemar, G. és Walan, A.: Lancet, 1976, 7978, 161. — 7. Bodemar, G., Norlander, B. és Walan, A.: in Cimetidine: Proceedings of the Second International Symposium on Histamine H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists. Excerpta Med. Amsterdam ICS, 1977, 416, 224. — 8. Bowers, J., Forbes, J. és Freston, J.: Gastroenterology, 1977, 72, 1032. — 9. Deering, T. B. és Malagelada, J., R.: Gastroenterology, 1977, 73, 11. — 10. Domschke, W., Domschke, S. és Demling, L.: in Cimetidine: Proceedings of the Second International Symposium on Histamine H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists. Excerpta Med. Amsterdam ICS, 1977, 416, 217. — 11. Domschke, W. és Domschke, S.: in Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion. Ed. Witzstrock, Baden-Baden—Köln—New York, 1978, 125. — 12. Fordtran, J. S.: New Engl. J. Med. 1978, 298, 1081. — 13. Fritsch, W-P., és Scholten, T.: in Cimetidine: Proceedings of an International Symposium on Histamine H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists. Excerpta Med. Am-

terdam, 1977, 61. — 14. Gray, G. R. és mtsai: Lancet, 1977, 8001, 4. — 15. Gudmand-Hoyer, E. és mtsai: Scand. J. Gastroenterol. 1977, 12, 611. — 16. Hampel, K. E. és mtsai: Münchener Med. Wschr. 1972, 114, 925. — 17. Henn, R. M. és mtsai: New Engl. J. Med. 1975, 293, 371. — 18. Hetzel, D. J. és mtsai: Gastroenterology, 1978, 79, 398. — 19. Ippoliti, A. F. és mtsai: Gastroenterology, 1978, 74, 393. — 20. Ivey, K. J.: Gastroenterology, 1975, 68, 154. — 21. Kunz, O.: Aktuelle Gerotologie, 1972, 2, 297. — 22. Malchow, H. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1978, 103, 149. — 23. Nagy, G. S.: in Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion. Ed. Witzstrock, Baden-Baden—Köln—New York, 1978, 157. — 24. Peter, P. és mtsai: in Cimetidine: Proceedings of an International Symposium on Histamine H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists. Excerpta Med. Amsterdam, 1977, 190. — 25. Peterson, W. L. és mtsai: New Engl. J. Med. 1977, 297, 341. — 26. Reed, P. I.: in Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion. Ed. Witzstrock, Baden-Baden—Köln—New York, 1978, 161. — 27. Richardson, C. T., Walsh, J. H. és Hicks, M. I.: Gastroenterology, 1976, 71, 19. — 28. Ronský, R. és mtsai: in Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion. E. Witzstrock, Baden-Baden—Köln—New York, 1978, 131. — 29. Schreuer, U. és mtsai: Gastroenterology, 1977, 72, 838. — 30. Semb, L. S. és mtsai: in Cimetidine: Proceedings of the Second International Symposium on Histamine H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists. Excerpta Med. Amsterdam ICS, 1977, 416, 248. — 31. Winship, D. H.: Gastroenterology, 1978, 74, 402.

# FENISTIL

**gél**

**G 100**

**Antiallergica topica**

**KÜLSÓLEGES  
HASZNÁLATRA**



## ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (30 g): 30 mg dimetindenum maleinicum hatóanyagot tartalmaz.

## JAVALLATOK:

Bőrbetegségeket kísérő viszketés; urticaria; rovarcsípés; napégés; enyhe fokú égési sérülések.

## ELLENJAVALLATOK:

Jelenleg nem ismeretesek.

## ALKALMAZÁS:

Naponta 2–4 alkalommal a beteg bőrfelületet bekenjük. Igen erős pruritus v. nagyobb bőrlesiók esetében ajánlatos a Fenistil gél hatását per os kezeléssel kiegészíteni.

## FIGYELMEZTETÉS:

A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladásszerű – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekre.

## MEGJEGYZÉS: ✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

## CSOMAGOLÁS:

30 g-os tubus, térítési díja: 8,50 Ft.

**Előállító: BIOGÁL Gyógyszergyár, Debrecen, ZYMA AG licencia alapján.**

Szabolcs-Szatmár Megyei Tanács V. B.  
Egészségügyi Osztály  
(osztályvezető: Magyar János dr.)

## A cigány szülők (újszülöttek) demográfiai jellemzőinek változása Szabolcs-Szatmár megyében 1966 és 1978 között (Összehasonlító adatok)

Bodnár Lóránt dr.

Ismereteink a cigányok egészségi állapotáról, népmozgalmi adatairól az utóbbi években jelentősen bővültek, de még mindig hiányosak. Eltérő életmódjuk, demográfiai jellemzőik, morbiditási viszonyaik, növekvő számuk és a lakosság minden rétegére kiterjedő, egyenlő mértékű egészségügyi ellátás igénye miatt a velük kapcsolatos tapasztalatok jelentősége is növekszik.

Különösen az anya-gyermekvédelem egyes feladatainak időszerű meghatározása területén jelentősek a cigány szülőnőkre, újszülöttekre vonatkozó ismeretek, az ellátásban még ma is meglévő különbségek, a cigányok egyes területek népmozgalmi eseményeit jelentősen befolyásoló arányai miatt.

Összehasonlítottuk ezért a cigány szülők (újszülöttek) néhány demográfiai jellemzőjét annak a munkának keretében, melyben Szabolcs-Szatmár megye több mint 40 000 cigány lakosának életviszonyairól, egészségi állapotáról és helyzetéről szeretnénk pontosabb képet alkotni.

### Anyag és módszer

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács VB. Egészségügyi Osztályán 1962 óta nyilvántartják a cigány születések adatait. Az utóbbi években az egyes közigazgatási területeken végzett egészségügyi tevékenység ellenőrzése, értékelése, a terület tájékoztatása és így nem utolsósorban a cigány terhesek és újszülöttek egészségügyi ellátásának javítása érdekében a cigány terhesekről és az újszülöttekről a védőnők részletesebb adatokat jelentenek.

Anyagunkat összehasonlítottuk a KSH Megyei Igazgatósága által 1966-ban ismertett adatokkal (13) és néhány vonatkozásban összevetettük jelenleg fel-

dolgozás alatt álló anyagunkkal is (4). A cigány szülők demográfiai jellemzőit a KSH adatokból (20) számított nem cigány terhesek adataival hasonlítottuk össze.

### Eredmények

#### 1. Változások a terhes nők korösszetételében.

Az anyai életkor befolyása a gestatiós események kimenetelére, a született gyermek fejlődésére és halálzására vitathatatlan. *Schlesinger és Allaway* (19) közlése szerint a nem terhelő szülészeti kórelőzménnyel rendelkező, 40 évnél idősebb nők terhességei között a magzati halálozás 1938-ban ötszöröse, 1951-ben még mindig kétszere volt a 20—40 évesekének. Ez összehasonlításban a neonatalis és újszülöttkorú halálozás is jelentősen különbözik az idős anyáktól született újszülöttek rovására. Az idős terhesek halvaszülés iránti fokozott veszélyeztetettségére mutattak rá többek között *Heady és munkatársai* (6) és hazánkban *Klinger* (14) is. Az életkor növekedésével nő a veleszületett rendellenességek száma (2), a túl fiatal és idősebb anyák gyermekei között nagyobb a koraszülések aránya (21), stb. A szülések legoptimálisabb időpontja 20—29 év között van (17).

A terhes nők korösszetétele tehát kétségtelenül hat egy terület szülészeti eseményeinek alakulására és az újszülöttek állapotára. Szabolcs-Szatmár megyében 1978-ban a halvaszülések aránya a 20—29 éves nők szülei között  $8,5\text{‰}$ , a 30—39 évesek esetében  $13,6\text{‰}$ , ettől idősebb nőktől született gyermekek között  $28,3\text{‰}$  volt. Megvizsgáltuk ezért, milyen és hogyan változott a cigány és nem cigány szülők korösszetétele 12 év alatt megynkben (1. táblázat).

Az összes terhesek között a 19 évnél fiatalabb aránya kismértékben nőtt, a 30 évnél (és 40 évnél) idősebbeké csökkent. Nem cigányok esetében 1978-ban a szülők közel háromnegyede 20—29 éves (1966-ban kétharmada), míg cigányoknál ez az arány  $52\text{‰}$  (1966-ban  $44\text{‰}$ ).

A két időpont között jelentősen emelkedett a cigányok között a fiatal szülők száma ( $75\text{‰}$ -kal). Ennek elsősorban az az oka, hogy a cigányok száma az 1948-ban született évszámoktól kezdve jelentősen megnövekedett (4) és így 1966. évtől lényegesen többen léptek szülőképes korba. Részben ez az oka a 40 éves és idősebb cigány nők aránya jelentős csökkenésének, hiszen míg arányuk felére, számuk csak  $38\text{‰}$ -kal csökkent.

A szülők korösszetétele 1966 és 1978 között kedvező irányban módosult. A korösszetétel válto-

1. táblázat **Cigány és nem cigány élveszületések megoszlása az anya életkora szerint**

korcsoport	100 élveszületés közül az oldalt megjelölt korcsoportba tartozik					
	cigány		nem cigány		összesen	
	1966	1978	1966	1978	1966	1978
—19	21,3	31,1	11,9	15,8	13,1	18,0
20—29	44,3	52,0	63,9	73,3	61,4	70,2
30—39	30,2	14,8	22,2	10,1	23,2	10,8
40—x	4,2	2,1	2,0	0,8	2,3	1,0
összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2. táblázat **A cigány és nem cigány élveszületések változása 1978-ban 1966-hoz viszonyítva összevont szülési sorrendi csoportokban Szabolcs-Szatmár megyében (1966 = 100)**

Szülési sorrend	élveszületések változásai 1966—1978 között	
	cigány	nem cigány
1.	181,4	121,6
2.—4.	163,7	101,7
5. és több	58,9	22,8
összesen	120,4	102,5

zásai és az 1978. évi arányok azonban nem cigány terhesek esetében lényegesen jobban alakultak.

### 2. A szülési sorrend megoszlásának alakulása.

A szülési sorrendről többségében mindazok elmondhatók, amit az anyai életkor tárgyalásánál említettünk. Így Magyarországon az 1954—1965. évek triászjainak átlagában a halvaszületések aránya minden időszakban a 9. és további születések között több mint kétszerese volt a másodszülötteknél észlelt értékeknek (16). A cigányszületések megoszlását szülési sorrend szerint osztályunkon 1977 óta nyilvántartjuk, így módunkban állott két legutóbbi év összehasonlítását is elvégezni.

Az életkornál elmondottakkal egyezően, cigányoknál 1966. évhez képest az 1. és 2. sorrendű születek arányának jelentős növekedése figyelhető meg. A 3. sorrendű születek száma már csak kismértékben emelkedett, az 5-től kezdve viszont minden sorrendnél és minden évben csökkenő arányok észlelhetők. A csökkenés a 7. és többször szülők csoportjában a legnagyobb. Nem cigányok esetében az 1. és 2. sorrendű születek aránya 1978-ban is tovább emelkedett, a 3. sorrendtől viszont fokozatosan és sokkal jelentősebben csökkent, mint cigányoknál. Utóbbiaknál lényegében az 5. és többedik sorrendűektől lehet lényeges aránycsökkenést kimutatni, ami megerősíteni látszik az 1976. év elején a 4. és többgyermekes családoknál beindított családtervezési akciónk eredményességét (3). Horváth (9) a siklósi járásban 1961—1971 között hasonló jelenséget figyelt meg.

Ezzel megegyezően az összes születek között a 2. sorrendtől kezdve a cigányszületek aránya növekszik; a szülési sorszám növekedésével és minden vizsgált évben nagyobb lesz, így 1978. évben a 7. és többedik sorszámból születettek 77,4%-a már cigány volt. Amíg 1966. évben az 5. és többedik sorrendből születettek 42%-át adták a cigányszületek, 1977-ben 51%-át és 1978-ban már 65%-át.

Pedig a cigány, sokszor szülő nők arányának csökkenése is jelentős. A 7. és többször szülők száma 1977-re 58%-kal, nem cigányoknál 59%-kal csökkent. De az arányok kialakításához — hasonlóan az anyai életkorhoz — hozzájárultak az utóbbi években nagy számban jelentkező 1. és 2. szülő cigány nők is. Amíg 1978-ban a cigány születek száma 1966. évhez képest 120%-kal emelkedett, az elsőszülöttek aránya 181%-ra nőtt, az 5 és többediké 58,9%-ra csökkent (2. táblázat).

Magyarországon 1977-ben az élveszületett újszülöttek 2,9%-a született 5. és nagyobb szülési sorszám szerint, Szabolcs-Szatmár megyében 5,9%-a. Cigány újszülöttek nélkül ez az arány megyénkben 1977-ben 3,3%, 1978-ban 2,5% lett volna.

### 3. A szülési sorrend átlaga.

Mind ezek magyarázzák, hogy mind időbeli alakulását tekintve, mind pedig azonos évet vizsgálva, jelentős különbségek vannak a két csoport szülési sorrend átlagai között (3. táblázat). Ez értéket az egyes sorszámszámú élveszületések súlyozott átlagaival számoltuk.

A szülési sorrend átlaga Magyarországon 1938-ban 3,05, 1948-ban 2,54 volt és 1966-ban került 2,00 alá. Ezt követően az 1974. évi kismértékű emelkedéstől eltekintve, fokozatosan csökkent és 1977-ben 1,83 átlagú mélypontot ért el.

Szabolcs-Szatmár megyében még 1978-ban is 2,00 volt a szülési sorrend átlaga, azonban a nem cigány születek esetében ez az arány alacsonyabb a hazai értékeknél. Magyarországon 1966 óta a szülési sorrend átlaga 7,0%-kal, Szabolcs-Szatmár nem cigány újszülöttjeinél 27%-kal csökkent. Az átlag cigányok esetében is javult, de a szülési sorrend 1978. évi, 3,10 értékű átlaga nagyobb, mint Magyarországon 1938. évben.

A szülési sorrend átlagának csökkenése bizonyos tekintetben kedvező jelenség, hiszen a veszélyeztetett, sokadszor szülő nők arányának javulását mutatja. Ugyanakkor részletes adatok ismeretében arra is rávilágít, hogy visszaesett a 3. és 4. sorrendű élveszületek aránya is és az idősorokat figyelembe véve, ez a tendencia egyelőre megállíthatatlan. Cigányok esetében viszont 1978-ban ismét emelkedést figyeltünk meg.

### 4. Az újszülöttek születési súlya.

Jól ismert és leírt jelenség, hogy a cigány újszülöttek között a valódi koraszülöttek és a kis súllyal születettek aránya lényegesen nagyobb, mint a teljes újszülöttpopulációban (5, 7, 8, 11). Az utóbbi években Kóbor és Horváth (15) a kis súlyú cigány újszülöttek arányának csökkenéséről számolnak be, bár ugyanazon anyaguk cigány újszülöttjeinek átlagsúlya 1962—1970. évekhez viszonyítva 1971—1974 között tovább csökkent (12).

Magyarországon a koraszületek aránya 1974-ig emelkedett. Megyénkben is 1974. évben volt az élveszületettek között a legtöbb kis súlyú

3. táblázat **Élveszületési sorrend átlagok cigány és nem cigány csoportokban, valamint Szabolcs-Szatmár megyében és Magyarországon**

Év	Élveszületési sorrend átlagok			Magyarország
	Szabolcs-Szatmár megye cigány	nem cigány	összesen	
1960	4,5	2,3	2,6	1,98
1977*	3,03	1,92	2,07	1,83
1978*	3,10	1,81	2,00	—

\* megjegyzés: a megyei adatoknál a szülési sorrend átlagot a 11. szüléstől egy csoportba súlyoztuk, ez 1977-ben 27, 1978-ban 31 szülést jelentett, így az átlagot nem befolyásolta.



# CAVINTON®

injekció, tabletta



# CAVINTON®

## injekció, tablettá

### ÖSSZETÉTEL

1 ampulla (2 ml) 10 mg, 1 tablettá 5 mg vinpocetinomot tartalmaz.

### HATÁS

A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigén ellátását. Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

Direkt szívhatása nincs.

### JAVALLATOK

Különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére. Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrális insufficiencia, angiospastikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollateralis keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis, vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenések, labyrinth eredetű szédülés.

### ELLENJAVALLAT

Terhesség.

### ADAGOLÁS

Acut esetekben naponta  $3 \times 10$  mg-ot lehetőleg csepp-infúzióban, vagy iv. ötszörösré hígítva lassan adagolni, majd a kezelés napi  $3 \times 1-2$  tabl.-val

folytatható. Krónikus esetekben a javasolt kezelés naponta  $3 \times 1-2$  tabl. A fenntartó adag napi  $3 \times 1$  tabl. hosszabb időn keresztül.

### GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tablettá interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért heparinos fecskendővel nem adható és nem kaphatja olyan beteg, aki heparin kezelésben részesül.

### MELLÉKHATÁSOK

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet időnként ellenőrizni kell.

### MEGJEGYZÉS ✕

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

### CSOMAGOLÁS

50 tablettá Tértési díj: 23,— Ft  
10 ampulla Tértési díj: 14,— Ft

## KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



4. táblázat. **Cigány és nem cigány élveszületések megoszlása születési súly szerint Szabolcs-Szatmár megyében 1966-ban és 1978-ban**

Súlycsoportok	100 élveszületés közül az oldalt megjelölt súlycsoportokba jut					
	1966*			1978		
	cigány	nem cigány	összes	cigány	nem cigány	összes
— 999						
1000—1499	6,2	2,6	3,1	6,3 { 0,88 1,64 3,79	3,4 { 0,28 0,71 2,40	3,8 { 0,37 0,85 2,61
1500—1999						
2000—2499	14,6	5,3	6,5		6,22	7,68
összesen	20,4	7,9	9,6	22,42	9,62	11,51
2500—2999	41,6	24,5	26,7	40,49	25,63	27,82
3000—3499						
3500—3999	37,6	67,6	63,7	37,1 { 28,63 7,39 1,07	64,7 { 40,39 20,46 3,90	60,7 { 38,65 18,54 3,48
4000—						
összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* KSH (15) adatai

(12,35%), azóta 11,36 (1976) —12,1% (1977) között ingadozik és általában magasabb az országos értékeknél. Ebben nem kis része van a cigányszületek nagy és növekvő arányának.

A cigányszületek száma 1972-ben — amikor kiugróan sok születést regisztráltunk — 1966. évhez képest 40%-kal, de még 1978-ban is 20%-kal több volt. Mindez nem kis mértékben befolyásolja a megye koraszülési értékeit is.

A cigány koraszülések aránya mindkét vizsgált évben jelentősen nagyobb, mint a nem cigány között (4. táblázat). Számuk is növekedett, 1966-ban megyénkben a koraszülöttek 27,7%-a, 1978-ban 28,7%-a volt cigány. Cigány koraszülöttek nélkül a megyei koraszülési arány mindkét évben lényegesen kedvezőbb az országos értékeknél, bár a két időpont között a nem cigány koraszülések száma is emelkedett.

A nem cigány csoport élveszületéseinek súlykategóriák szerint történő változásai még kedvezőtlenebbek. A korábbihoz képest a 3000 gramm és nagyobb súlyú élveszületettek aránya 3%-kal csökkent (ez közel 200 újszülöttet jelent), míg a 2000 grammnál kisebb súlyúaké az 1966. évi 2,6%-ról 1978-ra 3,4%-ra nőtt (az 1966. évi KSH adatok összevont súlycsoportokat adtak meg).

Cigányokról a nagyobb súlyúak aránya lényegében változatlan maradt (37,6%—37,1%) és a 2000 grammon aluliak aránya — akik között a valódi koraszülöttek száma lényegesen nagyobb lehet — csak kis mértékben nőtt (6,2%-ról 6,3%-ra). A 2000 g-nál kisebb súlyú cigány újszülöttek száma a cigány születések 20%-os növekedése ellenére csak 23%-kal, míg nem cigányoknál 32%-kal nőtt (utóbbi csoportban az élveszületések száma a korábbi időponthoz képest csökkent). Jelentősebb változást a 2000—2999 grammok átrendezésében figyelhetünk meg; az újszülöttek egy része a 2500—2999 g-os csoportból egy kategóriával lejjebb került.

Az összes újszülöttek kb. 3—4%-a időre született, de kis súlyú, retardált újszülött. Egyes adatok

(10) szerint cigányoknál ez az arány 2—2,5-ször nagyobb. A retardáltak többsége a 2000—2499 súlycsoportban helyezkedik el. Úgy látszik, a tényleges koraszülések száma, illetve a súlycsoportokon belüli átrendeződés cigányok esetében kevésbé kedvezően alakul. Ebben sok egyéb tényező mellett jelenleg két nagyobb, ellentétes tendencia játszhat vezető szerepet. A nagy számban szülőképes korba lépő fiatal és először szülő nő jelentkezése — utódaik között a kis súlyúak aránya nagyobb — cigányoknál is növeli a koraszülések (kis súlyúak) számát. Horváth (10) adatai szerint a 16 évnél fiatalabb cigány szülőnők újszülöttjei között — számuktól függetlenül is — nő a koraszülések aránya. Másrészt a 12 év alatt megváltozott életkörülmények, a telepi viszonyok megszűnése a cigányok jelentős részénél pozitív hatásokat jelenthet.

Mindezek alapján 1978-ban a következők figyelhetők meg. Az egyes súlycsoportokban a cigányszületek aránya jelentős eltéréseket mutat. A legalacsonyabb (—999 g) súlycsoportban találjuk a legnagyobb értékeket, az 1000 grammnál kisebb súllyal születettek 35%-a cigány. A nagyobb súlyúak között arányuk fokozatosan csökken és a 4000 grammos súlycsoportba tartozó élveszületettek már csak 4,5%-a cigány. Amíg az élveszületések egyhatede, a legnagyobb halandóságú, 1500 gramm alatti súlycsoportba tartozóknak csaknem egyharmada (30,6%-a) cigány.

#### Megbeszélés

Szabolcs-Szatmár megyében 1966—1978. között a szülőnők (újszülöttek) néhány főbb demográfiai jellemzőjében bekövetkezett változások az alábbiakban foglalhatók össze:

1. A születések száma 3,6%-kal emelkedett, a növekedés 71,3%-a a cigányszületekből adódik.

2. A főbb anyai korcsoportokban kedvezően alakult az élveszületések megoszlása, a folyamat azonban cigányoknál kevésbé kifejezett.

3. Az először és másodszor szülő cigány nők száma jelentősen nőtt.

4. A sokadszor szülő cigány nők száma kifejezetten csökkent, de elmarad a nem cigányok hasonló arányváltozásaitól.

5. Ennek következtében az idősorok a cigányok arányának növekedését jelzik elsősorban a többször szülő nők között.

6. Az élveszületési sorrend átlagai nem cigányoknál folyamatosan csökkennek, cigányoknál 1966—1977 között kedvezően alakult, de 1978-ban ismét emelkedett.

7. A koraszülések aránya nem cigányoknál minden vizsgált évben 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> alatt maradt, míg cigányoknál meghaladta a 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ot.

8. Az újszülöttek születési súlyában (súlycsoport-megoszlásában) bekövetkezett változások nem cigányok esetében lényegesen kedvezőtlenebbül alakultak a vizsgált időpontok között.

9. A cigányszülések aránya a súlycsoportokkal ellentétesen változik.

10. Változatlan élveszületési és koraszülési arányok mellett — a cigányok növekvő számát figyelembevéve — a cigány koraszülöttek jelentősége növekszik.

A cigány szülőnők (újszülöttek) demográfiai változói a vizsgált időpontok között sok tekintetben kedvezően alakultak. Az anyai életkor, a születési sorrend, az élveszületési sorrend átlagai változásai ellenére azonban még mindig jelentős eltérések tapasztalhatók a nem cigány szülőnőkhöz viszonyítva. A koraszülések alakulását — ezen belül a súlycsoportonkénti — Magyarországon *Barsy és Sárkány* (1), *Sárkány* (18) által leírt — átrendeződését tekintve viszont a cigányok kevésbé hátrányosan érintettek, de negatív jelenségek, ha kis mértékben is, nálunk is megfigyelhetők. Ugyanakkor a tartósan és több helyen leírt magas koraszülési gyakoriság, a cigányszülések növekvő száma miatt egyre érzékenyebben érinti és kedvezőtlenül befolyásolja Magyarország újszülött-állományának összetételét is (5).

Évi 13 000—14 000 cigány újszülöttel számolva, hazánkban a cigány koraszülöttek száma 2500—3000 körül lehet, a magyarországi összes koraszülötteknek egyhatoda. Úgy is fogalmazhatjuk, hogy a cigányok jelenleg még megoldatlan problémái a magyarországi extrém magas koraszülési arányban is lecsapódnak. A szülőnők kedvező demográfiai összetétele kialakításának befolyásolása, a művi vetélések, az ártalmas szokások stb. visszaszorítása, tehát a kedvezőtlen környezeti tényezők kiküszöbölése mellett minden, a cigányok életkörülményeit, általános és egészségügyi kulturáltságát javító tényező egyben a koraszülések jobb alakulásához is hozzájárulhat.

A cigány lakosság jelenlegi kormegoszlása következtében a legtermékenyebb 20—29 éves korosztályban a cigány nők száma 1957—1978 között a mátiszkalkai járásban megkétszereződött és további húsz év múlva megnégyesződött (4). Ugyanakkor Szabolcs-Szatmár megyében 1960—1978. I. 1. között az ugyanilyen korú nők száma csak 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-kal nőtt.

Mindez aláhúzza a családtervezés és elsősorban a „differenciált családtervezés” jelentőségét erről az oldalról is (5), ahol az utóbbi 3—4 évben jelentős eredményeket értünk el. Egyben arra is rávilágít, melyet már korábban is hangsúlyoztunk (3), hogy a családtervezés jelenlegi eszközei, alkalmazott gyakorlata nem kielégítőek, olyan új eszközök, eljárások kidolgozása, módszerek alkalmazása szükséges, melyek megkönnyítik a cigány lakosság számára is használatukat (tartós orális készítmények, korszerűbb méhenbelüli eszközök stb.). Mindezek azonban csak kiegészítő módszerek lehetnek, a munkavállalás, megfelelő életkörülmények, a kultúrszint növelése nélkül az egészségügy erőfeszítései csak részeredményekkel járnak. A cigányság felemelkedését elősegítő komplex teendők között azonban egészségügyi ellátásuk, egészségnevelésük és családtervezési ismereteik javítása, az igények kialakítása is fontos helyet foglal el és visszahatva, annak ütemét meg gyorsíthatja.

**Összefoglalás.** A szerző cigány és nem cigány szülések néhány demográfiai jellemzőjének változásait hasonlította össze Szabolcs-Szatmár megyében 1966. és 1977., 1978. évek között. A szülések megoszlása az anya életkora szerint kedvezően változott, de cigányoknál kisebb mértékben. Jelentősen növekedett az először és másodszor szülő cigány nők száma és aránya, az 5. szülési sorrendtől viszont csökkent. Nem cigányok esetében a sokadszor szülő nő számának csökkenése kifejezettebb. Az élveszületési sorrend átlagai mindkét csoportban csökkent, cigányoknál viszont 1978-ban már emelkedett. A kis súlyú (2500 gramm alatt) cigány újszülöttek aránya mindhárom vizsgált évben 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> fölött, nem cigányoknál 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> alatt van. A cigány koraszülések jelentősége a cigányok számának növekedését figyelembevéve fokozódik.

IRODALOM. 1. *Barsy Gy., Sárkány J.*: Demográfia, 1963, 6, 427. — 2. *Bodnár L.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 625. — 3. *Bodnár L.*: Népegészségügy (megjelenés alatt). — 4. *Bodnár L.*: Demográfia (megjelenés alatt). — 5. *Czeizel Endre és mtsai*: Orv. Hetil. 1970, 111, 145. — 6. *Heady, J. A., Daly C., Morris, J. N.*: Lancet 1955, 268, 395. — 7. *Hoóz I.*: Demográfia, 1964, 7, 230. — 8. *Horváth M.*: Gyermekgyógy. 1960, 11, 111. — 9. *Horváth M.*: Demográfia, 1971, 14, 365. — 10. *Horváth M.*: Demográfia, 1972, 15, 106. — 11. *Horváth M., Píszter I., Nagy Z.*: Népegészségügy, 1972, 53, 287. — 12. *Horváth M., Kóbor J.*: Demográfia, 1976, 19, 85. — 13. Jelentés a szülészeti események, csecsemőhalálozás alakulásáról Szabolcs-Szatmár megyében, KSH megyei Igazgatósága, Nyíregyháza, 1967. — 14. *Klinger A.*: Demográfia, 1970, 13, 394. — 15. *Kóbor J., Horváth M.*: Népegészségügy, 1976, 57, 166. — 16. *Salamon L.*: Demográfia, 1968, 11, 265. — 17. *Saphiro, S., Jones, E. W., Densen, P. M.*: Milbank Memorial Fund Quart. 1962, 40, 7. — 18. *Sárkány J.*: Demográfia, 1970, 13, 184. — 19. *Schlesinger, E. R., Allaway, N.*: Amer. J. Public. Health. 1955, 45, 174. — 20. Szabolcs-Szatmár megye Statisztikai évkönyvei, 1966, 1977, 1978. KSH megyei Igazgatósága, Nyíregyháza. — 21. *Tóth P. és mtsai*: Gyermekgyógy. 1979, 30, 205.

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Pécs,  
I. Belgyógyászati Osztály  
(főorvos: Bohenszky György dr.),  
Kórbonctani-Kórszövettani Osztály  
(főorvos: Kádas István dr.),  
Pécsi Orvostudományi Egyetem,  
I. Sebészeti Klinika  
(igazgató: Karlinger Tihamér dr.),  
I. Kórbonctani Intézet  
(igazgató: Kelényi Gábor dr.)

## Korai nyelőcsőrák

Solt Jenő dr., Rauth János dr.,  
Simon Mária dr., Karlinger Tihamér dr.  
és Németh Árpád dr.

A nyelőcsőrák hazánkban a viszonylag ritka daganatok közé tartozik, az összes malignus tumorok 2–6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át képezi (39, 40). Mortalitása az 1977-es statisztikai adataink szerint 2,2/100 000 lakos. A nemi megoszlás: 6,2:1-hez a férfiak javára. Többnyire 45–80 életév között észleljük, leggyakoribb a 60–70 éves korban (5, 40). Az oesophagus malignus folyamatainak 99<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a carcinoma, 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a mesenchymalis eredetű. A carcinomák döntő többsége, 70–80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a laphámrák, a többi adenocarcinoma. A benignus tumorok az előzőekhez viszonyítva csupán töredéket képviselnek (35).

A cardia tumoroktól eltekintve leggyakoribb a középső, majd az alsó, míg a legritkább a felső harmad carcinomája (12, 29). Az utóbbi években — bár nőtt az operabilitás, rezekálitás, csökkent a műtéti mortalitás — az öt éves túlélés nagy ingadozást mutat (0–37<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), legtöbbször kevesebb, mint 8–9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (3, 22, 32).

Az oesophagus carcinomában szenvedő beteg gyógyulási esélye a korai felismeréstől, lokalizációtól, hisztológiai típustól és a megfelelő terápiás beavatkozástól függ (30). A betegség prognózisában további jelentős javulást a korai felismerés eredményezhet. Ebben döntő szerep jut a biopsziával kiegészített oesophagoscopos vizsgálatnak.

### Esetismertetés

Gy. S.: 45 éves kőművest 1978. IX. 20-án vettük fel a Baranya megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztályára. Évtizedek óta napi 20–30 db cigarettát szív és jelentős mennyiségű szeszes italt fogyaszt. Felvétele előtt négy héttel kezdődtek a panaszai, légvételre fokozódó epigastriális és bal oldalon a mellkasba kisugár-

zó fájdalommal. Ez idő óta étvágytalan és 9–10 kg-ot fogyott. Nyelési panasza nem volt.

**Fizikális vizsgálat:** Kp. fejlett, sovány ffi. Emphysemás mellkast, chr. bronchitist és epigastriális nyomásérzékenységet észleltünk.

**Laboratóriumi adatok:** próbareggeli: anacid. Egyéb kóros eltérés nem volt.

**EKG:** Sinustachycardia. Meredek tengelyállás. Lapos T2–3. V2–4-ben magas T hullám.

Gyomorröntgen, rectoscopia, irrigoscopia, mellkas-átvilágítás és -felvétel: kóros eltérés nélkül

A változatlanul fennálló, légzésre fokozódó epigastriális és bal oldali mellkasi fájdalom miatt *oesophago-gastro-bulboscopia*t végeztünk: a fogsortól számított 30 cm-en az oesophagus hátsó falának bal szélén kb. 1 cm hosszú redő emelkedik elő, melyen a peristaltica áthalad, felszíne egyenetlen, két kisebb borsónyi képlet látható rajta. Az elváltozás a környezetenél világosabb, sárgás-fehér színű. Ezen területekből három biopsziát vettünk. Vélemény: Tu. oesophagi (viszonylag korai stádiumban).

A *biopsiás anyag* hisztológiailag egyrészt izolált, típusos laphámrészekből, másrészt atípusos tumor-szövetrel infiltrált fibrosus részletekből áll. A tumor laphámsejtes carcinomának felel meg, mely jobbára kevésbé differenciált, helyenként azonban szaruyöngyképződés is megfigyelhető.

A beteget műtét céljából a POTE I. sz. Sebészeti Klinikájára helyeztük át. A POTE Röntgen Klinikáján Buscopan-hatásban és kettős kontrasztos technikával végzett oesophagographia során kóros folyamatra utaló eltérés nem látszott (*Molnár dr.*). Thoracotomia után a kérdéses magasságban tumort nem tapintunk. A folyamat pontos lokalizálására intraoperatív oesophagoscopia-t végzünk és a tumor helyét megjelöljük. Thoracolaparotomiává szélesített behatolásból az oesophagust a megjelölt terület felett két harántujnyira, közvetlenül az aortaív alatt átvágjuk és a cardiáig rezekáljuk, majd pyloromyotomiát és oesophago-fundostomiát készítünk. A rezekátum orális vége közelében az egyik nyálkahártyaredőn kisbabnyi, tömött göb látszott.

A rezekátumot sorozatmetszetekben dolgozzuk fel.

**Hisztológiai lelet:** Az oesophagus harántkimerésében részben megtartott többretegű laphám, ill. ezzel összefüggésben hosszabb szakaszon kifejezett hámatípia és éretlen bazális sejtcsoportokból álló tumorsejtkötegek láthatók, melyek mélyebben a tunica



1. ábra. A nyelőcső keresztmetszetének lupe nagyítású képe a carcinoma felszínes lokalizációját mutatja (hármass nyíl), (H. E. festés 4×)

propriában, a muscularis mucosae kötegei között és a submucosában is megtalálhatók. A tumoros propagatio sehol sem éri el a tunica muscularis rétegeit (1. ábra). Dg.: Carcinoma planocellulare (Carcinoma spinobasocellulare (2., 3. ábra).

A betegünk 15 hónappal a műtét után recidivamentes, általános állapota kielégítő. A műtét óta 4 kg-ot hízott.

### Megbeszélés

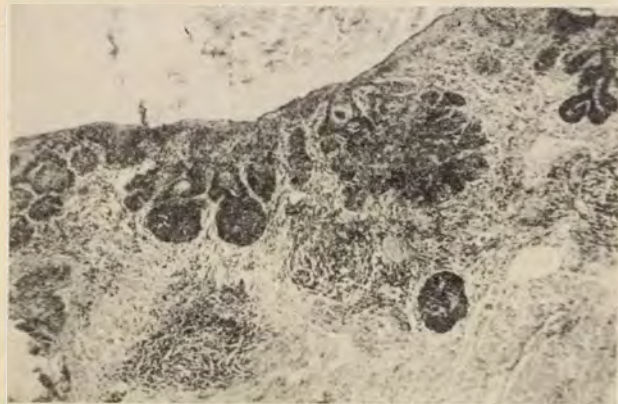
A Japanese Committee of Esophageal Cancer endoscopos beosztása szerint (8, 20) az általunk észlelt korai nyelőcsőrák az I. a. típusba sorolható. E beosztás lényegében megegyezik a korai gyomorcarcinoma esetén alkalmazottal. Eddig főleg japán (7, 9, 15, 19, 21, 23, 34, 37), kínai (10, 26) és amerikai (1, 3, 6, 32) szerzők számoltak be jelentősebb beteganyagról, míg Európából csupán néhány közleményt ismerünk (18, 25, 28, 29). Hazánkban tudomásunk szerint korai nyelőcsőrák esetet még nem publikáltak.

A nyelőcsőrák incidenciája nagy földrajzi különbséget mutat. A leggyakoribb Északkelet-Iránban (165,5—195,3/100 000, 24), Észak-Kínában (100—150/100 000, 10), Curacao, Brazília, Dél-Afrika, Japán, India területén (27, 30). A kínai adatok szerint a nagy mortalitású területen 10 évvel korábban jelentkezik a nyelőcsőrák, és minél gyakoribb, annál kisebb a nemi eltérés (10).

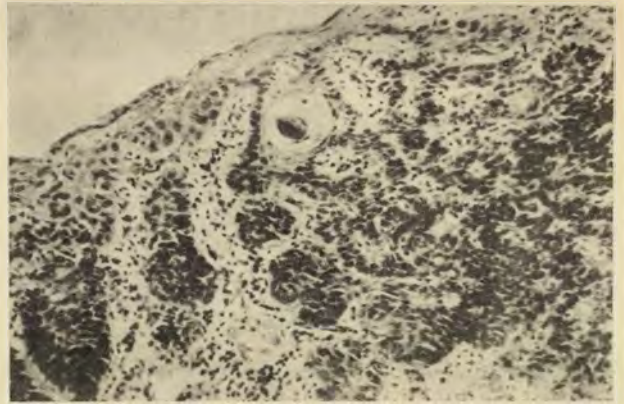
Tömeges szűrővizsgálatok csak endémiás területen indokoltak és gazdaságosak (10, 30). Európában, s így a mi viszonyaink között is a veszélyeztetettek ellenőrzése és — klinikai gyanú esetén — az időben végzett adequat-vizsgálatok eredményezhetnek korai diagnózist.

Az alkohol- és nikotin-abuzus régóta ismert etiológiai szerepe mellett (11) az utóbbi években a carcinogen nitrosamin vizsgálata került előtérbe (10). Lúg- és savsérülés okozta nyelőcső-hegesedést évtizedekkel később (30—35 év) 2—6%-ban követ oesophagus carcinoma (14, 30). Praedisponáló faktornak tekinthető még a brachioesophagus (Barrett' oesophagus), achalasia, hiatus hernia, reflux oesophagitis, Plummer—Vinson-syndroma, nyelőcső-polyposis, diverticulum és a hiányos táplálkozás (B-, C- vitamin- és vashiány).

Több szerző izoláltan elhelyezkedő kettős korai oesophagus carcinomáról, ill. dysplasiáról számol be (1, 25, 33, 36), ezért felmerült a teljes oesophagectomia indokoltsága is (31).



2. ábra. H. E. festés (80×)



3. ábra. H. E. festés (160×)

A klasszikus klinikai tünetek többnyire előrehaladott kórfolyamatot jeleznek. Bár a korai diagnózis az esetek egy részében véletlen lehet, fontosnak látszik a konzekvensen meglévő diszkrét jelek figyelembe vétele. Ilyen, gyakran funkcionális eredetűnek imponáló tünet lehet a nyeléskor jelentkező retrosternalis fájdalom, karcolás, légzéssel szinkron fellépő epigastralis, mellkasi fájdalom, idegentest-érzés a mellkasban, elvértve haematemesis.

A röntgenvizsgálat alapvető a nyelőcső tumor-diagnosztikában, de korai elváltozás csak kettős kontrasztos-, hypotoniás oesophagographiával diagnosztizálható (16, 34). Sajnos, az igen finom eltérések néha ezzel a módszerrel sem észlelhetők.

Esetünkben oesophagoscoppal a korai malignus-folyamat diszkrét egyenletlen elődomborodás képében jelentkezett dyscoloratióval. Máskor lapos vagy excavált ulceratio szolgálhat támpontul. Célzott biopsziák többnyire biztosítják a diagnózist.

Amennyiben az endoscopos alapos gyanú ellenére a biopsia hisztológiai lelete negatív, a biopsia megismétlése és célzott cytológiai mintavétel szükséges. Sokan rutinszerűen cytológiai vizsgálatot is végeznek (1, 2, 4, 13, 17, 38).

A semmitmondó (negatív) tapintási lelet még gyakorlott sebész számára is meghökkentő, a diagnózis helyességét illetően kétségeket keltő lehet. Ilyenkor (minden korai oesophagus carcinoma esetén) — véleményünk szerint — nélkülözhetetlen az intraoperatív endoscopia. Célja az egzakt lokalizáció a reoperációk elkerülésére. Az utóbbit szolgálja a műtét során készített fagyasztott metszet is.

A postoperatív szakban a röntgenvizsgálat mellett oesophagoscopia szükséges a műtét utáni állapot megítélésére, a lokális recidiva és az esetleg kialakuló stenosis megállapítására.

A prognózis javulását elsősorban az oesophagus carcinoma korai dagnózisától várhatjuk, mely a diszkrét klinikai tünetek megfelelő értékelése, a veszélyeztetett betegek szűrése útján látszik elérhetőnek. A kezelőorvos figyelme, a megfelelő team-ek szoros kollaborációja a sokáig kilátástalannak ítélt betegek sorsát változtathatja meg.

**Összefoglalás.** A szerzők — Magyarországon elsőként — ismertetik korai nyelőcsőrák-esetüket.

Áttekintik az irodalmi adatokat, hangsúlyozzák a korai diagnózis jelentőségét és lehetőségeit, kiemelve az oesophagoscopia szerepét a prae-, intra- és postoperatív szakban.

IRODALOM. 1. *Belladonna, J. A. és mtsai*: New Engl. J. Med. 1974, 291, 895. — 2. *Bishop, M. B. és mtsai*: Acta cytol. (Philad.) 1977, 21, 298. — 3. *Burke, E. L. és mtsai*: Amer. J. dig. Dis. 1978, 23, 148. — 4. *Crespi, M. és mtsai*: Minerva gastroent. 1971, 17, 142. — 5. *Demographiai évkönyv* 1977. KSH, Bp. — 6. *Douglas, H. és mtsai*: Cancer, 1976, 37, 1556. — 7. *Endo, M. és mtsai*: Endoscopy, 1971, 3, 61. — 8. *Endo, M.*: Gastroent. Jap. 1972, 3—4, 293. — 9. *Endo, M. és mtsai*: Gastroent. Jap. 1972, 7, 107. — 10. *The epidemiology and etiology...* (The Coordinating Group for the Research of Esophageal Carcinoma), Chin. Med. J. 1975, 1, 167. — 11. *Gsell, O., Löffler, A.*: Dstch. med. Wschr. 1962, 87, 2173. — 12. *Gunnlaugsson, G. H. és mtsai*: Surg. Gynec. Obstet. 1970, 130, 997. — 13. *Hishon, S., és mtsai*: Lancet, 1976, 1, 296. — 14. *Imre J. és mtsai*: Orv. Hetil. 1969, 110, 1480. — 15. *Kakuta, N. H. és mtsai*: Jap. J. Cancer Clin. 1973, 19, 119. — 16. *Koehler, R. E. és mtsai*: Radiology, 1976, 119, 1. — 17. *Maimon, H. N. és mtsai*: Gastrointest. Endoscopy, 1974, 20, 156. — 18. *Moulinier, B. és mtsai*: Arch. Mal. Appar. dig. 1973, 62, 489. — 19. *Murashima, Y. és*

*mtsai*: Gastroent. Jap. 1971, 6, 349. — 20. *Nabetani, K.*: Thorax Surg. 1970, 23, 168. — 21. *Nabeya, K.*: Gastroent. Jap. 1971, 6, 61. — 22. *Nakayama, K. és mtsai*: Cancer, 1967, 20, 778. — 23. *Nishikawa, M. és mtsai*: Rinsko-Hohasen, 1978, 23, 581. — 24. *Oesophageal cancer...* (Editorial), Lancet, 1978, 1, 641. — 25. *O'Gara, R. W., Horn, R. C.*: Arch. Path. 1955, 60, 95. — 26. *Pathology of early esophageal...* (Tumor Prevention, Treatment and Research Group, Chengchow, Honan...), Chin. Med. J. 1977, 3, 180. — 27. *Pearson, J. G. és mtsai*: Malignant tumors of the esophagus Springer, Berlin, 1974, 447. — 28. *Savary, M., Naef, A. P.*: J. Fr. Otorhinolaryngol. 1976, 25, 669. — 29. *Seifert, R. és mtsai*: Internist, 1977, 18, 451. — 31. *Suckow, E. E. és mtsai*: Cancer, 1962, 15, 733. — 32. *Sotus, P. C. és mtsai*: JAMA, 1978, 239, 335. — 33. *Study on the morphologic...* (departments of Pathoanatomy, Honan Medical College and Peking Medical College...), China's Medicine, 1968, 5, 297. — 34. *Suzuki, H. és mtsai*: Surgery, 1972, 71, 99. — 35. *Taivre, J., Bori, R.*: Endoscopy, 1978, 10, 264. — 36. *Ushigome, S. és mtsai*: Cancer, 1967, 20, 1023. — 37. *Yamashita, T. és mtsai*: Stomach and Intestine, 1972, 7, 1517. — 38. *Yoshii, Y. és mtsai*: Gastrointest. Endoscopy, 1971, 12, 150. — 39. *Wittmann I., Bereti I.*: Magy. Onkol. 1971, 15, 193. — 40. *Wittmann I. és mtsai*: Dtsch. Z. Verdau. Stoffwechselkr. 1974, 34, 165.

# SALVUS

nátrium-karbonátos természetes gyógyvíz

## Javasolt:

1. soksavas gyomorhurutnál kezdetleges gyomor- vagy nyombélfekélynél.

**Adagolás:** naponta kétszer 2 dl étkezés előtt 1 órával 4 héten át. Ajánlatos évente kétszer megismételni.

2. cukorbetegségben, mely diétával, esetleg kisdagú gyógyszerrel egyensúlyban tartható.

**Adagolás:** naponta háromszor 1–2 dl — rendszeresen, amennyiben kellemetlen tüneteket (hasmenés) nem okoz.

3. vesekőképződésnél húgysavas kő esetén.

**Adagolás:** naponta háromszor 2 dl hónapokon át.

4. köszvénynél.

**Adagolás:** kétszer fél liter vagy egyszerre 1 liter 2–3 héti naponta.

5. légúti hurutos megbetegedéseknél.

**Adagolás:** naponta ötször 1–2 evőkanállal.

Ajánlatos a gyógyvizet használat előtt vízfürdőben 38–40 °C-ra felmelegíteni és melegen 3–4 perc alatt kortyonként fogyasztani.



# BRICANYL®

elixír

antiasthmaticum

A Bricanyl elsősorban a bronchiális  $\beta_2$ -receptorokra ható bronchusgörcsoldó szimpatomimetikum.

Hatástartama hosszabb a hasonló tulajdonságú készítményekénél. Légúti obstrukcióval járó tünetes időszakban fenntartó adagban huzamosabb hörgőtágító hatást biztosít.

**ÖSSZETÉTEL:** 1 ml elixír 0,3 mg terbutalinum sulfuricum hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** Elsősorban gyermekek asthma bronchiale, bronchitis spastica, emphysema és a tüdő hörgőspasmusszal járó megbetegedései. Enyhe és középsúlyos esetekben önmagában is.

**ELLENJAVALLAT:** Hyperthyreosis.

**ADAGOLÁS:** 3 éves kor alatt 2,5 ml, 3–6 éves korig 2,5–5 ml, 7–15 éves korig 5–10 ml naponta 2–3-szor.

**MELLÉKHATÁSOK:** Szimpatomimetikumokra érzékeny egyéneknek tremor, palpitatio fordulhat elő. Ezek rendszerint az első héten megszűnnek.

**GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:**

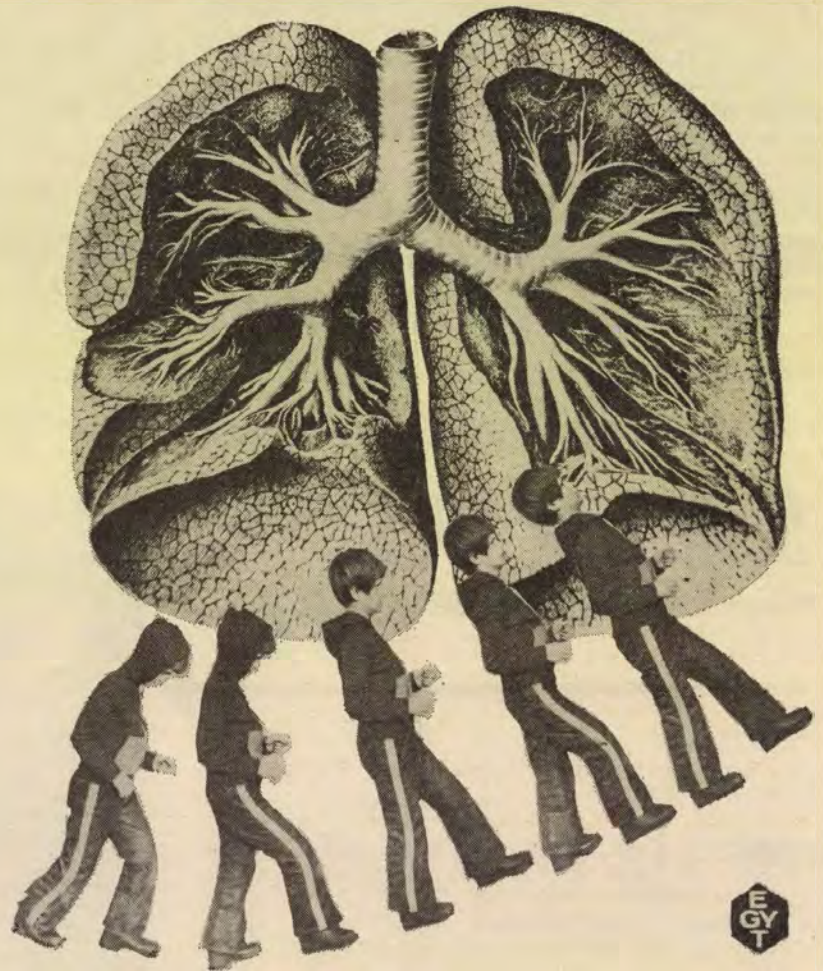
Az egyéb szimpatomimetikus aminokhoz hasonlóan a Bricanyl esetén is számolni kell gyógyszerkölcsonhatások lehetőségével.

**Tilos együtt adni:** MAO-bénítőkkel (hypertoniás krízis); adrenalinallal status asthmaticusban; béta-receptor-blokkolókkal (egymás hatását megfordítják); corticosteroidokkal glaucomában, tartósan (szembelnyomás fokozódása).

**Kerülendő az együttadás:** anyarozsalkaloidokkal (extrém magas vérnyomásemelkedés); egyes antihipertónikumokkal (guanethidin és származékai, reserpin, alfa-methyldopa), a hypotensív hatás csökkenése; triciklikus antidepresszánsokkal (szimpatomimetikus aminok hatását fokozhatja). Glaucomában együttes adásuk tilos.

**Csak óvatosan adagolható:** digitalis-glikozidokkal (cardialis arrhythmia); halogénezett anaestheticumokkal (cardialis arrhythmia); inzulinnal és orális antidiabetikumokkal (vércukorszint változása).

**FIGYELMEZTETÉS:** Adása óvatosságot igényel hypertonia, cardialis insufficiencia esetén.



A szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenységre figyelemmel kell lenni! Diabeteseknek alkalmazva szükségessé válhat az inzulin vagy orális antidiabetikum adagjának újrabeállítása, annak ellenére, hogy az elixír cukrot nem tartalmaz.

Lejáratí idő: 3 év.

**MEGJEGYZÉS:** ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Asthma bronchialeban

szenvető betegeknek a tüdőbeteg-gondozó, belgyógyászati, gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosa, valamint a belgyógyász, gyermekgyógyász csoportvezető főorvos kórházi javaslat alapján térítésmentesen rendelheti.

**TÉRÍTÉSI DÍJ:** 4,30 Ft.

**C SOMAGOLÁS:** 1 üveg (100 ml szirup).

® = ASTRA

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



## Fiberendoscoppal végzett idegentest eltávolítás a gyomorból

Szántó Imre dr., Miskovits Eszter dr.,  
Rózsa Imre dr. és Kun Miklós dr.

Korábban a gyomorba jutott idegentestek eltávolításának egyetlen módja a sebési eljárás volt. Ma már megfelelő felszerelés és jártasság birtokában a gastrointestinalis endoscopyával foglalkozó orvos az idegentesteket szövödmény nélkül távolíthatja el.

Közleményünkben két újabb eset kapcsán szerzett tapasztalatainkat kívánjuk ismertetni.

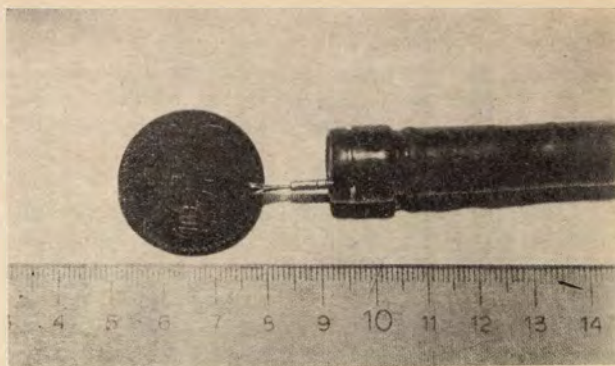
### Esetismertetés

B. T. 14 éves fiút 1979. január 5-én vettük fel klinikánkra — egy vidéki kórház kérésére — idegentest-eltávolítás céljából. A fiú 1978. december 24-én este bűvésztrükk gyakorlása közben, véletlenül fém 10 Ft-ost nyelt le, melynek gyors végighaladását a nyelőcsőben érezte. A beteg megkísérelte az idegentest kihányását, azonban ez nem vezetett eredményre. Az idegentest panaszt nem okozott. Felvételéig több alkalommal natív hasi rtg. átvilágítást végeztek, mely minden alkalommal igazolta a gyomorban az idegentest jelenlétét.

Az endoscopyát Lidocainnal végzett garatérzéstelenítés után, Seduxen, Atropin praemedicatióban végeztük el GIF—D3 (Olympus Co.) oesophago-gastroduodenoscoppal. A gyomor corpusának nagygömbületén megláttuk a megfeketedett fém 10 Ft-ost, melyet az FG—3K (Olympus Co.) idegentest-fogóval megragadtunk, a nyelőcsőbe húztunk és a szemünk ellenőrzése mellett — az eszközzel együtt eltávolítottuk (1. ábra). A kivétel meglepően könnyen sikerült. Egy nappal később a beteget hazabocsátottuk.

D. M. 46 éves férfibeteget 1979. március 13-án idegentest-eltávolítás céljából vettük fel. 21 nappal korábban, véletlenül protézisének letört darabját — melynek hegyes végű rögzítő íve fémből készült — lenyelte. Az idegentest nehezen jutott át a garatból a nyelőcsőbe. A beteg a későbbiek során panaszmentes volt. Több alkalommal natív hasi rtg. vizsgálatot végeztek, ezek azt igazolták, hogy az idegentest a gyomorban maradt.

Az idegentest eltávolítását először garatérzéstelenítésben kíséreltük meg (GIF—D3 eszközzel és FG—3F fogóval.) A protézisdarabot a garatba húzni nem lehetett, mert közben a betegnek fulladásérzése támadt és nyáladáni kezdett. Erre a körülményre való tekintettel intratrachealis narcosisban, teljes relaxációban való eltávolítás mellett határoztunk. A fogóval a protézisdarabot a fém rögzítő íveknél ragadtuk meg, azért, hogy eltávolítás közben a fémvégeket jól szemmel tarthassuk. A garatba jutás előtt láttuk, hogy a fémvég a nyelőcső falán támaszkodott, ezért szemünk ellenőrzése mellett az idegentestet a gyomorba



1. ábra. Kétágú FG—3K (Olympus Co.) idegentest-fogóval eltávolított fém 10 Ft-os

visszatoltuk, megfordítottuk, úgy, hogy a fémkapocs aboralisan helyezkedjen el. A protézisdarabot így megfogtuk és az eszközzel együtt könnyen eltávolítottuk (2. ábra). A beteget később panaszmentesen hazabocsátottuk.

### Megbeszélés

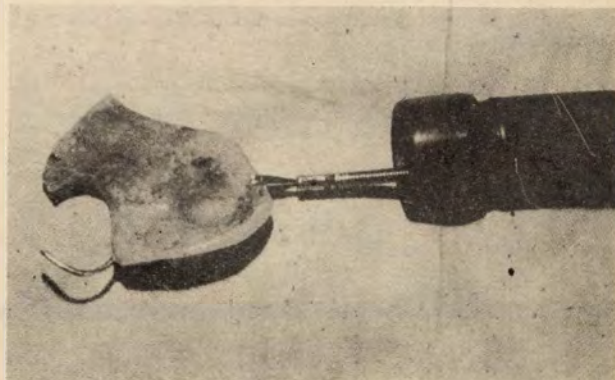
A flexibilis endoscoppal végzett operatív endoscopyának legrégebbi ága a gyomor-, bélrendszerbe jutott idegentestek eltávolítása. Ottenjann (8), Schmid (11) első közleményeit követően számos külföldi (1, 3, 6, 7, 10, 12, 13) és több hazai (3, 4, 5, 9, 14) közlemény jelent meg a kérdésről.

Az idegentesteket kezdetben biopsiás fogóval, polypectomiás hurokkal vették ki. Ma már az eltérő alakú és anyagú idegentestek eltávolítására különböző típusú fogók állnak rendelkezésünkre.

Az eltávolítást előrettekintő, flexibilis endoscoppal szabad végezni, mert csak így ellenőrizhető az eltávolítás folyamata, ezáltal is lehetővé válik a szövödmények elkerülése. Ezt példázza második esetünk is.

Legtöbb beavatkozást garatérzéstelenítésben el lehet végezni. Amennyiben a beteg nem kooperál (14), vagy a beavatkozás — mint második esetünkben — kellemetlenséget okoz: eltávolítás végezése intratrachealis narcosisban, teljes relaxációban javasolt.

A gyomorba jutott idegentestek perforációt, obstructiót, vérzést okozhatnak, ezért azok minél előbbi kivétele indokolt. Ez nemcsak a szövödményeket előzheti meg, de feleslegessé teszi a hosszas kórházi ápolást és rendszeres rtg. ellenőrzést is.



2. ábra. FG—3K (Olympus Co.) idegentest-fogóval eltávolított műanyag protézisdarab

Korábbi és újabb tapasztalataink megerősítik *Manegold* (6) és *Domján* (4) azon véleményét, hogy jól felszerelt, speciális fogókkal ellátott endoscopy munkahelyen, kellő óvatosság mellett, megfelelő gyakorlattal és metodikával az idegentestek eltávolítása veszélytelen.

**Összefoglalás.** A közlemény két eset ismertetése kapcsán tárgyalja az idegentest-eltávolítás módját, előretékinő flexibilis endoscopyval. Az idegentest-eltávolítás az esetek többségében garatérzéstelenítésben elvégezhető, de amennyiben az eltávolítás nehézségekre ütközik, célszerű intratracheális narkózist és teljes relaxációt alkalmazni. Az esetleges szövődmények miatt az idegentestek mielőbbi eltávolítása javasolt, annál is inkább,

mert a különböző típusú idegentestfogók gyakorlott endoscopyos kezében, kellő óvatosság mellett veszélytelen beavatkozást jelentenek.

**IRODALOM.** 1. *Demling, L.:* Med. Welt. 1973, 24, 1253. — 2. *Deyhle, P. és mtsai:* Helv. chir. Acta. 1976, 43, 525 — 3. *Domján L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, 115, 1953. — 4. *Domján L.:* Orv. Hetil. 1976, 117, 348. — 5. *Kempelen I., Nagyhegyi Gy.:* Orv. Hetil. 1977, 118, 3033. — 6. *Manegold, B. C.:* Chirurg. 1973, 44, 523. — 7. *Miedere, S. E.:* Endoscopy. 1977, 9, 88. — 8. *Ottensjann, R.:* Endoscopy. 1970, 2, 193. — 9. *Preisich, P.:* Orvostudium, 1978, 53, 33. — 10. *Roesch, W. és mtsai:* Gastrointest. Endoscopy. 1974, 20, 108. — 11. *Schmid, L., Spech, G.:* Z. f. Gastroent. 1970, 8, 362. — 12. *Seifert, E.:* Endoscopy. 1973, 5, 96. — 13. *Soehendra, N.:* Internist. prax. 1978, 18, 281. — 14. *Szántó, I. és mtsai:* Magy. Seb. megjelenés alatt.

# DECARIS

## Anthelminthicum

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tabl. 50 mg, ill. 150 mg levamisolumot tartalmaz (sósavas só alakjában).

**JAVALLATOK:** Ascariasis, horogféreg-fertőzések.

**ADAGOLÁS:** A Decaris-kezelés a diagnosztikai székletvizsgálat utáni egyszeri orális adagból áll.

**Felnőtteknek:** 1 db 150 mg-os tablettát adandó.

**Gyermekeknek:** Gyermekek adagja a testsúly alapján határozandó meg, az elvi adag 2,5 mg/testsúlykilogramm. Szokásos adag: 8–10 kg-os gyermekeknek  $\frac{1}{2}$  tablettát (50 mg-os), 10–20 testsúlykg-ig  $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ –1 tablettát (50 mg-os) egy alkalommal. Célszerű a gyógyszert este bevenni. Hashajtó adása a Decaris-kezelés után nem szükséges! — Ha az ellenőrző székletvizsgálat indokoltá teszi, akkor az első kezelés után két héttel megismételhető a Decaris adása. Lypophyl anyagoknak (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopódiumolaj, kloroform, éter stb.) Decarissal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

**MELLEKHATÁS:** A javasolt terápiás dózisban nem okoz panaszokat. Magasabb adagoknál kífokú nausea vagy hányás, fejfájás, diarrhoea átmeneti jelleggel előfordulhat.

**MEGJEGYZÉS:** ✖ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

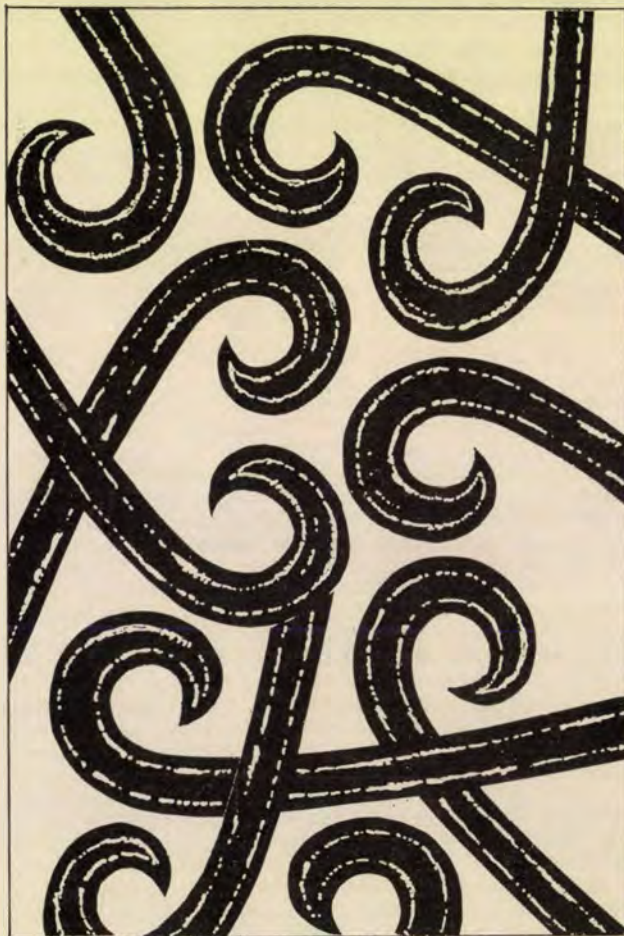
### CSOMAGOLÁS

2 db 50 mg-os tablettát

tértési díja: 2,- Ft

1 db 150 mg-os tablettát

tértési díja: 2,- Ft



## 50 éve hunyt el id. Jancsó Miklós

a régi kolozsvári magyar egyetem utolsó,  
és az új szegedi egyetem első belgyógyász  
professzora

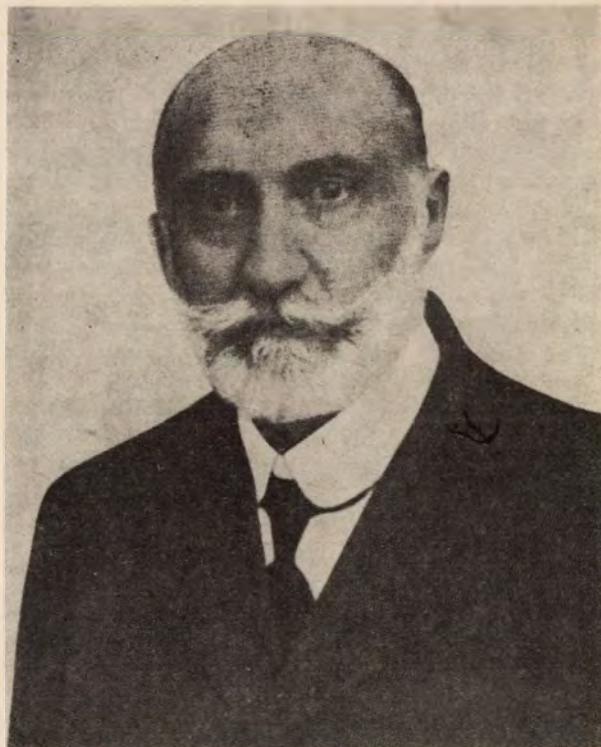
50 év a történelem távlatában nem nagy idő, de az emberi, személyes tapasztalat számára már csak mindinkább végérvényesen eltűnő emlék. Id. Jancsó Miklós, a kolozsvári régi magyar egyetem utolsó belgyógyász professzora, több mint 60 éve hagyta el Erdély központját és pontosan egy fél évszázada, hogy Szegeden eltávozott az élők sorából. (Szinte hihetetlen, hogy nagyszerű fia: ifj. Jancsó Miklós professor, ha ma élne, ő is már 77 éves lenne.) Azóta az őt követő tanítványainak nemzedéke lassanként, teljes egészében eltűnik sorainkból és a harmadik nemzedék is túlhaladta a nyugdíjkorhatárt. Sőt, a népességnek és ezen belül az orvosi társadalomnak több mint 60%-a a felszabadulás után nőtt fel és így a II. világháborúról sincs semmilyen személyes, érett élménye. Ezért nem lehet ma idősebb Jancsó Miklós életútját úgy ismergetni, mint 30 évvel azelőtt.

### A történelmi háttér

A másfél évszázados török hódoltság idején Erdély és a Felvidék szerepe az ország európai kultúrájának megőrzésében sok közös vonást mutat. Jellemző, hogy a Nagyszombati Akadémia alapítása (1554), melyet később 1635-ben Pázmány Péter egyetemmé alakít át, szinte egybeesik a kolozsvári egyetem létesítésével. Valóban, a nagyszombati után, 27 év múlva Báthori István erdélyi fejedelem és lengyel király, 1581-ben megalapítja Kolozsváron a jezsuita egyetem első két fakultását (bölcshézet és teológia). Később II. József 1786-ban ezt kibővíti sebészeti osztállyal és Lyceum Academicum Regiummá alakítja át. Érdekes, hogy kb. ekkoriban (1772) költözik el a nagyszombati egyetem Budára, majd Pestre és szűnik meg Felvidéken a felsőoktatás; míg Kolozsváron ottmarad és továbbfejlődik.

A különböző átszervezések és bővülések ellenére mégis az egyetem alapítását közel három évszázadnak kellett követnie, míg Trefort Ágoston vallás- és közoktatásügyi miniszter végül beterjeszti a képviselőházban egy mai értelemben vett kolozsvári egyetem működésének törvényjavaslatát (1872. XIX. és XX. törvénycikk). Az egyetem szervezése terén Mikó Imre, az orvosi fakultás szervezésében *Markusovszky Lajos* szerepe jelentős.

1880-ban indulhat meg az új elméleti intézetek építkezése és végül 1897-ben hozzá is kezdenek a klinikákhoz. Két év alatt elkészül a bel-, nőgyógyászati és sebészeti klinika. Az építkezés makettjét 1902-ben, a párizsi világkiállításon is bemutatják. A kolozsvári klinikai telep pavilonrendszere, építészeti megoldásai



a budapesti Üllői úti belső klinikai telephez hasonlítanak még ma is bizonyítván a kor és a nagy szervezők, *Trefort Ágoston* és *Markusovszky Lajos* szellemét. A XIX. sz. utolsó felében és a XX. sz. első két évtizedében a kolozsvári egyetemen a magyar orvostörténelem kiemelkedő nagyságai tanítottak, mint Lenhossek József (1818—1888), Jendrassik Jenő (1824—1891), Genersich Antal (1842—1918), Fodor József (1843—1901), Hőgyes Endre (1847—1906), Bókay Árpád (1856—1919), Buday Kálmán (1863—1927), Apáthy István (1863—1922), Kenyeres Balázs (1863—1940), Davida Leó (1901), Hőgyes Endre (1847—1906), Bókay Árpád (1856—) rég távozott az élők sorából. Neki köszönhetjük a két: id. és ifj. Jancsó Miklós életútjának felkutatását és mint kortanúnak, az 1910-es évek, a kolozsvári egyetem életének hiteles megírását. (Egy részük később Pesten folytatta működését.)

### A két világháború közt

Az I. világháború végén az Osztrák—Magyar Monarchia összeomlása gyökeresen érintette a kolozsvári egyetem és ezen belül az orvosi fakultás helyzetét is. 1918. december 1-én Gyulafehérváron a románok kimondják egyesülésüket és ezzel Erdély Nagyrománia része lesz. A magyar egyetem megszűnik, a professzorok egy része Budapestre menekül (Davida Leó, Lechner Károly, Rigler Gyula), másik része Debrecenbe költözik (Kenézy Gyula és átmenetileg id. Issekutz Béla). Végezetül a kolozsvári magyar egyetem jogutódjaként Szegeden — a század eleje óta sürgetett — új egyetem létesül. A kinevezett professzorok, ill. oktatószemélyzet jelentős része Kolozsvárról kerül a Tisza-parti városba (id. és ifjú Jancsó Miklós, id. Issekutz Béla, Purjesz Béla, Veszprémi Dezső) ezekhez csatlakoznak a budapestiek (Vidakovits Kamil, Kubinyi Pál, Davida Jenő stb.).

Kolozsváron a meglévő épületekben megalakul az új román egyetem. Azonban az 1867-es kiegyezést követő magyar művelődéspolitikai min-

den túlzása ellenére, az első világháborúig tartó alig 50 év alatt is, Erdélyben a három nagy együtt élő nemzet (román, magyar, szász) egymásra gyakorolt kölcsönhatása tovább érvényesült. Így törtenhetett meg, hogy az új román egyetem első kinevezett professzorai zömmel a kolozsvári magyar egyetemen végezték tanulmányaikat és magukkal hozták annak tanításait. Ezek közül kiemelkedők: *Coriolan Tătaru* a bőrgyógyászat, *Consantin Stanca* a nőgyógyászat, és főleg *Iuliu Hațieganu* és *I. Goia*, a belgyógyászat professzorai. Szerencsés találkozásuk, akkorigiban az elsősorban német medicinán alapuló, magyar orvostudománnyal és a szinte kizárólag franciára épült románál lehetővé tette számukra a szélesebb kitekintést és az egyes iskolák közötti szintézist. Ezzel Kolozsvár az egész román orvostudomány fellendülésében nagy szerepet tölthetett be.

Az I. világháború után a Kolozsváron maradt, magyar anyanyelvet valló oktatószemélyzet kizárólag a magánpraxisra kényszerül és elsősorban a magyar lakosság orvosi ellátásával foglalkozik. Ezek közül legendák öveztek *Elfer Aladárt*, a belgyógyászat magántanárát, a fáradhatatlan sebészt *Mátyás Mátyást*, *Steiner Pált* — akinek sebészeti műtétanát (más hasonló magyar tankönyv nem lévén) még a szélsőjobb-oldaliak is kénytelenek voltak a hazai egyetemeken használni, *Feszt György* radiológust. (Vállalva a kisebbségi létet, mégis sorsuk tragikuma, hogy később, 1944. márc. 19-e után üldözöttekké válnak. Megmentésük az erdélyi demokratikus erőknek köszönhető.) Így nőhetett fel a két világháború közt egy olyan orvosnemzedék, amelyre közvetlenül vagy közvetve a régi egyetem szelleme ezekkel az áttételekkel hatott, 1940-ben, a Bécsi döntés után, Észak-Erdély visszakerül Magyarországhoz és ezzel most a román egyetem kényszerül Szebenbe költözni. 1940—44 közt az ismét magyar kolozsvári egyetem kezd meg működését. A kor minden torzulása és vétke ellenére a kolozsvári egyetemen még elevenek az erdélyi demokratikus hagyományok. Valóban néhány kirívó jobboldali beállítottságú professzortól eltekintve (kibédi Varga Lajos, gerémi Horváth Béla, Novák Ernő), zömmel olyan demokratikus és a faszizmussal szembehelyezkedő professzorok kerülnek a tanszékekre, mint *Miskolczy Dezső*, *Haynal Imre*, *Haranghy László*, *Putnoky Gyula*, akikhez a két világháború között felnövekvő erdélyi magyar orvosnemzedék csatlakozik.

Az egyetem 1944. őszén nem menekül el és *Miskolczy Dezső* rektor, valamint *Haynal Imre* és *Buza László* dékánok helytállása biztosítják az egyetem folytonosságát és fennmaradását. A bevonuló szovjet hadsereg ezt messzemenően támogatja. A kolozsvári magyar egyetem mind a négy fakultása sikerrel zárja az 1944—45-ös tanévet. Ekkor a román egyetem Szebenből visszaköltözik és így Kolozsváron végre a Kommunisták Romániai Pártja és a Groza-kormány nemzetiségi politikájának eredményeként két egyetem létesül. A román *Babes* és a magyar *Bólyai Egyetem*. Az orvosi fakultások később Orvostudományi Intézetekké alakulnak át. A román Kolozsváron folytatja működését, míg a magyar — épületek hiányában — Marosvásárhelyre költözik és az ottani volt hadapród iskola épületeiben eredményesen elkezd működését. Később az 1950-es évek végén (1959) Kolozsváron a két egyetem *Babes—Bólyai* névvel, egynyelvű adminisztrációval egyesül és a magyar rész fokozatosan, kizárólag az anyanyelvi oktatás-

ra, azaz a tanárképzésre és a nyelvművelés feladataira korlátozódik. Ugyancsak ezzel egyidőben Marosvásárhelyen az Orvosi Intézetben a magyar mellett román szekció is létesül.

1945 őszén kezdődik el a kolozsvári magyar orvosi fakultás leköltözése Marosvásárhelyre. Az egyetemi tanárok, az intézetek és klinikák professzorai, oktatói, az ápolónővérek szintén teljes egészében, de az egyéb kiegészítőszemélyzet jelentős része is Kolozsvárról leköltözik és az új intézettel tartanak, hogy biztosítsák a magyar nyelvű orvosképzést Erdélyben. Marosvásárhelyre érkeznek a szerződéssel ott maradt magyar állampolgár professzorok, *Haranghy László*, *Putnoky Gyula*, *Láng István*, *György György*, *Obál Ferenc*, *Környey István*, *Vendég Vince* és elsősorban *Miskolczy Dezső*, akinek 1965-ig tartó megbecsült, önfeláldozó, nagy tiszteletet és elismerést kiváltó munkája fémjelzi a II. világháború utáni erdélyi magyar orvosképzés két évtizedét.

Az egyetemi tanárok egy másik csoportja a két világháború közötti kolozsvári román egyetem tanítványa és később 1940—44 közt, a kolozsvári magyar egyetem jeles munkatársa volt. Ezek közül ki kell emelnünk *Dóczy Pál* és *Horváth Endre* belgyógyász, *Puskás György* és *Szentkirályi István* gyermekgyógyász, *Pápay Zoltán* sebész, *Száva János* orthopéd, *Lőrincz András* és *Borbáth András* szülész, *Feszt György* és *Krepsz Iván* radiológus professzorokat. Az eddig vázlatosan felsoroltak igyekeztek rávilágítani arra a sok történelmi változásra, melyek az orvosképzést Erdélyben, főleg az I. világháború után befolyásolták.

#### *A belgyógyászati klinika Kolozsváron*

A XIX. sz.-ban a klinikai oktatás Közép-Európában általában a közkórházakban történt. Mai szemmel ezek a rendkívül mostoha körülmények jellemzőek voltak a kor szociális viszonyaira és az egészségügyi ellátás akkori színvonalára. Ez nemcsak hazai, magyar nyomorúság volt, de a kórodák és a szegényházak funkciói összefonódtak másutt is. Gondoljunk csak *Florence Nithingale* megrázó felhívásaira, melyek a viktoriánus kor Angliájának állapotait bíralták. Így volt ez többekévé Pesten és Kolozsváron is. A belgyógyászati klinikai oktatás az Óvárban létesült *Karolina Kórházban* kezdődött el még 1820-ban, melyet *I. Ferenc király* felesége alapított 10 ezer Ft adománnyal, ottani látogatása alkalmából 1818-ban. A kezdeti 8 ágy 1857-ben 35-re növekedett. Külön részlegek létesültek a sebészet, belgyógyászat és venerológia részére. A kórházon belül az új egyetem létesítésekor (1872) a belgyógyászat az első emelet keleti szárnyát foglalta el 24 ágygal és két laboratóriummal, mai fogalmak szerint elképzelhetetlen, primitív egészségügyi feltételek közt. (Jellemző, hogy ebben az időben Pesten *Wagner János* (1811—1899) belgyógyászati klinikája, a *Hatvani utca* sarkán, szintén 24 ágygal működött).

A szemléleti változást ifj. *Purjesz Zsigmond* kinevezése jelenti 1880-ban a belgyógyászat professzorává, aki 3 évtizeden át vezeti a tanszéket,

aktív részese az új belgyógyászati klinika épülete felépítésének, és akit nyugalomba vonulása után 1911-ben legközvetlenebb munkatársa, *id. Jancsó Miklós* követ a katedrán 1919-ig, a kolozsvári magyart egyetem megszűnéséig.

Ifj. Purjesz Zsigmond (1846—1918) a pesti Wagner-klinikáról kerül Kolozsvárra. A Wagner-klinika tanítványai között találhatjuk rajta kívül Ángyán Bélát (1849—1920), Kéthly Károlyt (1839—1926) és Jendrassik Ernőt (1858—1921). A kolozsvári új belgyógyászati klinika már megfelelt a kor követelményeinek, de — mint Kolozsváron általában — közkórházak híján ezek feladatait is a klinikák látják el a mai napig. Más szóval kezdetől fogva „sávosítva” működnek, ami a gyakorlati oktatás számára előnyös.

A Purjesz-klinika tanítványai között találjuk Apáthy Istvánt, Buday Kálmánt, Davida Leót, Kenyeres Balázst, Lechner Károlyt, Genersich Gusztávot, Veres Elemért és a románok között *Iuliu Hatieganu*t és *I. Goiát*, a későbbi kolozsvári román belgyógyászat megteremtőit és több évtizeden át használt román belgyógyászati tankönyv szerzőit, melyen szintén nemzedékek nőttek fel. Ennek a klinikának volt Purjesz után gyakorlatilag egyetlen magyar tanszékvezető utóda *id. Jancsó Miklós*.

#### *Id. Jancsó Miklós életrajza*

Jancsó Miklós apai ágon a Székelyföldről származik. Jancsó Lajos Árapatákon született 1823-ban. Viszonylag későn, 1862-ben kötött Kolozsváron házasságot a nála 9 évvel fiatalabb Herda Annamáriával (1832). 6 gyermeke közül 3 korán meghalt. Az életben maradtak közül a legkisebb, Miklós 1868. október 14-án született. — Jancsó Lajos a híres kolozsvári református főiskola igazgatója, megbecsült természettan-, számtantanára volt, aki szépirodalommal is foglalkozott. Sajnos, a családnak a gondos apai neveléstől korán meg kellett válnia. Jancsó Lajos 1882-ben prostatarákban meghal. (Ugyanez a sors vár 48 év múlva fiára, Miklósról is.) Azonban ekkor a tehetséges fiú még alig 14 éves, mégis különös érdeklődést tanúsít a természetrajz és főleg a rovarok iránt, mely végigkíséri egész életét, főleg maláriakutatásaival kapcsolatban. Még VII. gimnazista, amikor „A rovarmetamorfózis ismerete” c. pályamunkáját és rajzait a bírálók „hézagpótlónak” tartják. Beiratkozik a kolozsvári egyetem orvosi fakultására; 1892-ben kapja meg orvosi diplomáját. Egy évig a szemészeti klinikán dolgozik, majd a Purjesz-klinikára kerül, ahol rövidesen, 1896-tól első tanársegédnek nevezik ki. Itt kitűnő mesterétől nagyszerűen megtanulja a klinikai diagnosztika alapjait, hozzáfog maláriakutatásaihoz és rengeteg időt tölt az igen kezdetleges laboratóriumban.

Már 1895-ben *Rosenberg Mórral* beszámol az előző (1894) évben a klinikán előfordult maláriás megbetegedésekről. — 1899—1901 közt a kor szellemének és szokásainak megfelelően számos tanulmányutat tesz. Így tanulmányozza a belgyógyászati klinikák szervezeti felépítését, berendezéseit, és ezek alapján tevékenyen részt vesz az új klinika tervezésében. Hosszabb időt tölt a berli-

ni Robert Koch Intézetben és a híres breszlai (wroclawi) belklinikán. 1901-ben magántanár lesz és megkezdli klinikai előadásait, kiterjedt orvosi gyakorlatot folytat.

1902. június 1-én, 34 éves korában megnősül. Elveszi az akkor 25 éves, csodálatosan szép Halász Fatime Paulát, a gyulafehérvári Halász Jakab közjegyző lányát. Fatime Paula anyja a Mandel családból származik, akiknek ősei még Mátyás királytól kapták meg a bevándorlási engedélyt Erdélybe. A boldog fiatal párnak rövidesen (1903. április 27-én) megszületik egyetlen gyermeke: Miklós, a későbbi szegedi egyetem híres gyógyszer-tan-professzora. Alig másfél év múlva borsalmas csapás éri a családot. A kolozsvári kiterjedt tifuszjárványban mindhárman megbetegednek és a fiatal anya ebbe belehal. — Az amúgy is zárkózott és felszínesen cinikusnak tartott, de valójában igen érzékeny lelkületű Jancsó Miklós sohasem tudja kiheverni ezt a szörnyű csapást, habár az elhunyt feleség rokonsága mindenben segítségére van (Menyhárt Gáspár jogtudós, Mandel Jakab, Halász Melanie, Halász Adél operaénekesnő, Perl Ottó fogorvos és családja). Sajnos, az anyósa is korán elhunyt (1908). A Jancsó család sírja ma is megtalálható Erdély Pantheonjában, a híres Házsongádi temetőben. Az árván maradt, rendkívül tehetséges fia gondos nevelése mellett, különben *id. Jancsó Miklós* klinikai pályafutása töretlenül emelkedik. Közben Purjesz lelki válságba kerül. Mellőzve érzi magát, hogy nem hívják fel Pestre a tanszék vezetésére. Ez többször megismétlődik (1909-ben és 1911-ben). Ezért 65 éves korában lemond, hogy mindenképpen Budapestre költözzék. Még abban az évben, a viszonylag fiatal, 43 éves Jancsó Miklóst kinevezik Kolozsvárról egyetemi nyilvános rendes tanárrá. Az akkori ünneplések, üdvözlőlevelek, táviratok sok tragikummal járó életének legkedvesebb emlékei maradtak.

Óriási lelkesedéssel fog hozzá a klinika vezetéséhez. Maga mellé veszi adjunktusnak Elfer Aladárt, aki 1916-ban rk. tanárrá lép elő Purjesz Bélával (Zsigmond unokaöccsével) együtt. Nagy súlyt helyez az oktatásra. Egykori híres hallgatója, *Haynal Imre* 50 év múlva ezeket írja róla Issekutz Bélának: „Azt hiszem, az I. világháború alatt Magyarországon Purjesz, majd Jancsó tanították legjobban a belgyógyászatot.” És bekövetkezik a I. világháború, új és szomorú feladatokkal számára is: hadikórház, fertőző kórház, az erdélyi rokkantügy főfelügyelőjének nevezik ki. Az egyetemi oktatószemélyzet a hadikórházakban is kénytelen dolgozni. Így kerül Jancsó mellé a Pasteur-kórházba Bánóczy Margit dr., aki segít neki a febris recurrens-kutatásokban is. Ott kezdődik el barátságuk és később házasságra lépnek.

A háború után a románok átveszik az egyetemet és *id. Jancsó Miklós* átadja a klinikát, de Kolozsvárról marad és folytatja magánpraxisát, valamint tudományos kutatásait. Mindig takarékos volt, fia számára éveken át gondosan összegyűjtött bankbetétje az inflációval megsemmisül.

Két év múlva, 1921-ben Szeged meghívja az új belgyógyászati klinika vezetésére. Nehéz szívvel hagyja el Kolozsvárt és minden későbbi meg-

becsülése ellenére sohasem tudja elfelejteni szülőföldjét. Klasszikus példája annak, hogy még azonos nyelvű és társadalmi közegben is milyen nehéz — főleg már ebben a korban — az áttelepülés, az „identitás” elvesztése.

A hátrahagyott kolozsvári egyetemen id. Jancsó utódai még évtizedek múlva is melegen emlékeznek tanítómesterükre. Valóban id. Jancsó Miklós támogatásának és rábeszélésének köszönhető *Iuliu Hatieganu*, hogy a klinikáján maradt, mint tanársegéd és nem ment el a görögkeleti érsekség orvosának, ami klinikai pályafutásának végét jelentette volna. Jancsó Miklós helyesen ismerter fel Iuliu Hatieganu rendkívüli képességeit és nagyobb feladatokra tartotta alkalmasnak. Az élet ezen előrelátását valóban igazolta. Román utóda 40 éven át volt az ország legjobb belgyógyász klinikusa és lebilincselő hatású oktatója. Ugyancsak *I. Goia*, a diagnosztika professzora az újonnan létesült román egyetemen szintén hálással emlékezett meg mindig id. Jancsó Miklósról. Magas korában is elismerte, hogy a háború alatt Erdélyben, amikor egy hadirokkantak számára berendezett tudószanatórium vezetésével bízták meg, és ott őt ártatlanul meggyanúsították, sőt internálni akarták, akkor Jancsó Miklós erélyes beavatkozása mentette meg ettől a meghurcoltatástól.

Jancsó Miklós 1921-ben érkezik Szegedre fiával és Purjesz Bélával. És alighogy jó másfél évtizede sikerült végre Kolozsváron a régi Karolina kórházból az új klinikára átköltöznie, most Szegeden ismét előről kellett kezdenie tanszéke és klinikája szervezését a fémipari iskola részére készült, de hadikórháznak használt Kálvária téri épületben. Ekkor már fia, ifj. Jancsó Miklós is medikus és rendkívüli képességeivel kitűnik kortársai közül. (Életművének ismertetése meghaladja mostani feladatunkat.) 1928-ban, 60. születésnapján munkatársai emlékkönyvet adnak ki (Purjesz Béla, Kováts Ferenc, Armentano, Baráth stb.). Ez is bizonyítja, hogy milyen intenzív munka kezdődött el Szegeden. Mindezek ellenére mindinkább magabazárkózottá, ironikussá válik. Legendák keringenek csípős megjegyzéseiről. Egykori tanítványa, Kováts Ferenc professzor is megírja ezeket visszaemlékezéseiben. Hosszú ideig tartó szenvedés után, 1930 júliusában, 62 évesen hal meg. Betegségét leplezte, nem operáltatta meg magát, de még betegen is irányította az új klinika berendezését, azonban oda beköltözni már nem tudott.

Az Orvosi Hetilapban *Vidakovits Kamilló* sebész professzor búcsúztatja meleg, rövid nekrológban. Kolozsváron az ottani Orvosi Szemlében *Jakobi József*, a Zsidókórház akkori igazgató főorvosa, részletesen és az igazi barát hangján megemlékezik életútjáról és kolozsvári kapcsolatairól.

Id. Jancsó Miklós azt szerette volna, ha a Purjesz-iskola folytonossága nem szakad meg, ezért Purjesz Bélát javasolta utódjául, de az csak a diagnosztikai tanszéket kapta meg. A klinika vezetésével sorrendben a Korányi-iskola nagy tanítványait bízták meg: Rusznyák Istvánt, Hetényi Gézá, majd Julesz Miklóst. (1940–44 közt a kolozsvári magyar klinikára id. Jancsó egykori hallgatója, de szintén a Korányi-iskola kiemelkedő

egyénisége: Haynal Imre került.) Velük egy új és nagy korszak kezdődött el Szegeden. Id. Jancsó Miklós életútján, személyes tragikumán túl, magán viseli mindazokat a sikereket, eredményeket és kollektív megpróbáltatásokat, melyek az erdélyi értelmiséget jellemezték.

#### *Tudományos munkássága*

Id. Jancsó Miklós tudományos munkásságára szintén ráillenek, kora medicinája mellett, az erdélyi szellem jegyei, melyek mindig a lakosságot érintő nagy kérdések vizsgálatát és azok gyakorlati megoldását szorgalmazták. Ezeket általában az aktuális morbiditás problémái határozzák meg. Így válik a tudós „közéletűvé” és a feladat „szolgálatává”, vállalva ezzel sokszor a provincializmus következményeit is. Ennek a szemléletnek egyik hagyományos fóruma a Mikó Imre alapította Erdélyi Múzeum Egyesület, melynek működésében id. Jancsó Miklós tevékenyen részt vett. Ebben az időben különben is a klinikai tanszéket vezető tanártól jobban megkövetelték, hogy a kutatás mellett alapvető két feladatával: az oktatással és a betegek gyógyításával rendszeresen és intenzíven foglalkozzék. Ezért nem lehet életművét csupán tudományos munkássága szempontjából megítélni, elhanyagolva didaktikus és gyógyító tevékenységét. Ennek ellenére összesen 52 közleménye jelent meg. Ezek közül az akkori viszonyoknak megfelelően 39 magyar, 11 német, 2 francia és 1 angol nyelven. A magyar publikációk közül 13 az Orvosi Hetilapban (így ez a megemlékezés tiszteletre méltó szerző elődünkről is szól) és 13 Kolozsvárott látott napvilágot. Olyan társszerzőkkel dolgozott, mint Buday Kálmán, Elfer Aladár és Marschalkó Tamás. (Csak megjegyezzük, hogy jellemzően az idők változásaira, kimagasló fiának 72 közleménye már ekképpen oszlott meg: 42 volt német, 18 angol és csak 12 magyar).

Id. Jancsó Miklós publikációi elsősorban 4 kérdés köré csoportosultak, éspedig: a malária, a tuberkulózis, a febris recurrens és a typhus abdominalis, de ezen kívül foglalkozott a syphilissel és a trichinosissal is. Láthatjuk, hogy érdeklődésének előterében a fertőző betegségek állottak, ami megfelelt Erdély elsődleges egészségügyi szükségleteinek nemcsak akkor, de a II. világháborút követő másfél évtizedben is, amiről e sorok írója hosszú erdélyi működése alatt megbizonyosodhatott. Így az id. Jancsó által kutatott kérdések távozását követően sem vesztették el időszerűségüket Erdélyben.

Hogy ebből a sajátos erdélyi világból milyen nehezen tudott beilleszkedni új környezetébe, mi sem bizonyítja jobban, mint hogy Szegeden — több éven át — már csak 3 közleménye jelent meg, éspedig: 1926-ban a maláriáról a neuroluesz kezelésével kapcsolatban, a pellagráról és fiával közösen (1928) az angioneurotikus tüncsoportokról.

1. *Maláriakutatásait* — rovarfajta érdeklődése mellett — az 1894-es kolozsvári járvány, tehát a társadalmi szükséglet serkentette. 24 publikációja és a MTA támogatásával 1906-ban megjelent

monográfia (*Tanulmány a váltóláz parazitáiról*) foglalkozik ezen problémakörrel. Az Anophelesek, a malaria plasmodiumok (vivax, falciparum, malariae) szerepe, viselkedésük, pathogenitásuk, prevalencia az egyes járványokban, a kinin-profilaxis szerepe áll érdeklődése előterében. Ezen kutatásaira is jellemző: a nagyfokú lelkiismeretesség, a szorgalom, a megbízhatóságra való törekvés. Saját eredményeinek hitelességét mindig utánvizsgálatokkal ellenőrizte. 1662 saját maga és munkatársai által észlelt maláriás beteg vizsgálata alapján rengeteget foglalkozott a köztigazda (Anopheles) tulajdonságaival. Mint kitűnő megfigyelő, leírja a kolozsvári klinikán 1901-ben észlelt házi maláriajárványt. Ezt a laboratóriumban kiszabadult *Pl. falciparum*mal fertőzött és addig thermosztátban tartott Anophelesek okozták. 9-en betegedtek meg, köztük maga Jancsó Miklós is. A betegek véréből kimutatta a *Pl. falciparum*ot, melyekkel a szúnyogokat előbb fertőzte. — Ma ennek inkább csak orvostörténelmi jelentősége van, de a század elején még számos neves kutató nem fogadta el a szúnyog köztigazda szerepét. (*Grawitz és Schwalbe*). Így Jancsó közleménye ezen járványról (*Dtsche Arch. f. klin. Med.*) akkor fontos dokumentum volt. Maláriakutatásai később kétszer ismét az érdeklődés előterébe kerültek: a) 1918-ban a déli fronton hatalmas maláriajárvány szinte megbénítja az arcvonal mindkét oldalát. Erről mondta visszaemlékezéseiben *Haynal Imre*, hogy az volt a különös a Balkánon ebben az időben, ha egy beteg „nem volt maláriás”; b) 1917-ben *Wagner—Jauregg* bevezeti a neurolues malária kezelését. Id. Jancsó Miklós munkásságának köszönhető, hogy Szegeden 130 paralysis progressivában szenvedő beteg rövid időn belül ebben a terápiában részesülhetett. Erről 1926-ban az Orvostudományban összefoglaló tanulmányt írt.

2. Kutatásainak második csoportját a *febris recurrens* képezte. A háború alatt Kolozsváron létesített 600 ágyas katonai járványkórházban itt találkozott a kiütéses typhus mellett a visszatérő lázban megbetegedettekkel. Ekkor ismerte fel Erdélyben először a *Spirocheta Obermeierit*.

3. A *tuberkulózis bacillus*al kapcsolatos érdeklődése pályája elején a berlini Rorbert Koch intézetben tett tanulmányútján kezdődött el. Ezen a területen a legfontosabbak azok a vizsgálatok, melyeket *Elfer Aladár*al közösen végzett a bovin típusú *tbc. bacillus* szerepének tisztázása céljából. Kutatásainak méreteire jellemző, hogy 2300 állatot használtak fel. Kísérleteikben nekik sikerült először Erdélyben szarvasmarhában (11 esetben) gyöngykört kimutatniuk. Sajnos ezen vizsgálataik nemzetközi visszhangja elégtelen maradt, mint annyiszor más hazai kutatók eseteiben.

4. Közvetlenül *Widal* szerológiai vizsgálatainak közlése után *Jancsó* és *Rosenberg* Kolozsváron felhasználják ezt a módszert a typhus abdominalis kórismézésében. Helyesen figyelik meg, hogy a szerológiai immunreakció pozitivitása csak a betegség második hetében, a haemokultúra után válik értékelhetővé.

1902-ben részletesen foglalkozik a *Wassermann-reakcióval* és 1918-ban *Jakobi Józseffel* 3

trichinamegbetegedést ír le, a kórismét izombiopsiával igazolva.

Az elmondottakból kitűnik, hogy kutatásainak értékét helyesen csakis a kor szellemébe beágyazva szabad elbírálnunk.

### Epilógus

A megemlékezés szokatlan formáját és hangvételét számos tényező indokolta.

1. A szerző még abban a kollégiumban élte medikus éveit Kolozsváron, melyet *Báthori István* és *Apor Péter* fejedelmek alapítottak. Mai szemmel nézve a rendkívül szerény körülmények ellenére ez mégis számunkra a hagyományos erdélyi liberalizmust jelentette, melyhez az akkori világban csak a budapesti Eötvös Kollégium volt hasonlítható.

2. A szerző koránál fogva id. *Jancsó Miklós* 3. nemzedékéhez tartozik, de még alkalma volt ismernie kortársait, egykori magyar és román munkatársait, így közvetve tanításait. Személyesen élte át azt a sok mélyreható átalakulást, mely az orvosképzést Erdélyben mindig meghatározta.

3. 1944. március 19-e után mindent megtett id. *Jancsó Miklós* elhunyt felesége rokonainak megmentésére a deportálástól. Közbenjárására sógorát, *Mandel Jakabot* *Haynal Imre* vette fel a klinikájára, aki akkor szintén veszélyben volt, mert egyrészt a deportálások megkezdése elleni tiltakozásul megszüntette egyetemi előadásait Kolozsváron és másrészt a klinika tele volt zsidó, majd 1944. aug. 23-a után román üldözöttekkel. *Mandel Jakab* feleségét szintén közbenjárásunkra *Klimkó Dezső* operálta meg cholelithiasissal, majd *Miskolczy Dezső* fogadta be a zárt osztályra. Ezek leányát, *Editet* a Székelyföldön álnéven, Kolozsvár bombázásánál elhunyt személytől származó iratokkal rejtettük el. A *Perl* családnak sikerült megszerezniük a kivételezést. Így id. *Jancsó Miklós* feleségének rokonsága a háború után életben maradt.

4. 1944. őszén szovjet tiszték számára létesített fertőző kórházban dolgoztam *Szöke Antallal*. Typhus exanthematicusos betegeket kezeltünk. Közöttük hirtelen leláztalanodást követő újabb, periodikusan jelentkező lázkiugrásokot észleltünk egyes esetekben. Ekkor — ismervé id. *Jancsó Miklós* 1918-as munkáit — gondoltuk mi is a *febris recurrens* lehetőségére. És valóban utána, 26 évvel később, elsőnek láttam meg ismét Erdélyben az ilyen betegek vérében a *Spirochaeta Obermeierit*, melyet azután 36 más új beteg követett. Erről az Erdélyi Múzeum Egyesület 1945-ben megjelent kiadványában Kolozsváron beszámoltunk.

5. Láthatjuk, hogy mennyire hiányosak az elmúlt évszázad erdélyi orvostörténelméről szóló ismereteink. Ezeknek pótlása a „hagyomány és haladás szellemében” erkölcsi kötelességünk, melylyel tartozunk nagy elődeinknek. *Hun Nándor dr.*

IRODALOM. 1. *Bologa, V. L., és mtsai*: Din trecutului medicinei nostre interne. (1956.) Bucuresti. — 2. Emlékkönyv, A kolozsvári m. kir. F. J. Tud. Egyetem és különösen ennek orvosi és természettudományi intézete, (1905.). — 3. *Hun N.*: A febris recurrens tü-

nettanáról, Előadás, Erdélyi Múzeum Egyesület, (1945.), Kolozsvár. — 4. *Id. Issekutz B.*: id. Jancsó Miklós és ifj. Jancsó Miklós, Akad. Kiadó (1968.), Budapest. — 5. *Jakobi J.*: Dr. Jancsó Miklós egyetemi tanár emlékezete. Rev. Med. Artzl. Rundsch. (1930), Cluj. VIII. Aug. — 6. *Jancsó Miklós és Rosenberg Mór*: Észleletek Kolozsvárnak és környékének malária endemiájáról. Orvos Természettud. Ért. (1899.), Kolozsvár, 21., 1—2. füz. — 7. *Jancsó Miklós*: Véletlenül előidézett házi malária-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán. Orv. Hetil. (1903), 47., 17. — 8. *Jancsó Miklós*: Tanulmány a váltóláz parazitáiról. Kiadta a M. Tud. Akad. (1906.), Bp. — 9. *Jancsó Miklós és Elfer Aladár*: Az emberi gümöbacillusok virulentiájának fokozásáról. Purjesz-emlékkönyv, (1906.), Budapest. — 10. *Jancsó Miklós*: Kísérleti vizsgálatok a visszatérő láz recidiváinak pathogenesisére vonatkozólag. Orv. Hetil. (1917), 61. — 11. *Jancsó Miklós és Jakobi József*: Trichinás megbetegedések Kolozsvárt. Gyógyászat. (1918.). — 12. *Jancsó Miklós*: Az oltási váltóláz. Orvosképzés (1926.), 5—6. füz. — 13. *Jancsó Miklós és ifj. Jancsó Miklós*: Az angioneurotikus tünetesoport visszeres befecskendezések következtében. Orv. Hetil. (1928.), 72, 40. — 14. *Marschalkó Tamás, Jancsó Miklós és Csiky Mihály*: A Wassermann-féle syphilisreactio klinikai értékéről. Orv. Hetil. (1909.), 58., 45. — 15. *Szállási Á.*: Orv. Hetil. (1975.), 116., 1049. — 16. *Szöke A., Hun N.*: Erdélyi Múzeum Egyesület Kiad. Kolozsvár, (1945.), 1., 45. — 17. *Vidakovits Kamill*: Jancsó Miklós (1868—1930). Orv. Hetil. (1930), 74., 449.

*Szerkesztőségi kommentár:*

Az Orvosi Hetilap 1882. június 28-i, 25. száma a 629—631. oldalon „Tárca” rovatban beszámol

„Az Orvosi Hetilap fennállása 25-dik évfordulójának megünneplése”-ről. Eszerint 1882. június 10-én este 6 órakor a Hungária I. em.-i dísztermében 120 terítéses „lakoma” volt. Trefort miniszter elsőként emelkedett szólásra. Bejelentette, hogy öfelsége Markusovszky Lajosnak a vaskorona rendet adományozta, és átadta a kitüntetést.

Trefort többek között a következőket mondta:

„25 éve, hogy Markusovszky neve minden haladással s fejlődéssel az orvosi tudományok terén Magyarországon a legszorosabb összefüggésben van.”

„Az erdélyi orvosi facultásnál nem működhettem oly eredménnyel, mint Budapesten, de ez nem az én hibám — a kő végre ott is megmozdult — felépült a vegytani intézet Kolozsvárt is, s hiszem, nem fog többé megállni.”

„Mindezen dolgok fejemben mint gondolatok, aspiratiók, óhajtások s velleitások léteztek, de gondolatokkal, aspiratiókkal, óhajtásokkal és velleitásokkal a tudományt nem visszük előre. Mind ennek alakot s tetet kellett adni, ez Markusovszky műve; minden, mi az orvosi tudományok s orvosi ügyek tekintetében az utolsó tíz év alatt a ministeriumnál történt, Markusovszky műve és érdeme.”

Felhívjuk tisztelt vásárlóink figyelmét, hogy az



a Budapest, VII. Rákóczi út 10-ből

**fatarozás miatt elköltözött**

a Budapest, VI. Bajcsy-Zsilinszky út 21-be!

Telefon: 324—728

**humán és állatorvosi műszerek szaküzlete**

**Az új helyen is régi szívességgel állunk  
kedves vásárlóink rendelkezésére!**





## Szervátültetés

**Transplantatio.** Russell, P. S., Cosimi, A. B. (Transplantation Unit of the Massachusetts General Hospital, and the Department of Surgery, Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital): *New Engl. Journ. Med.* 1979, 301, 470.

(Ref.: a cikk viszonylag terjedelmesebb ismertetését a téma érdekessége teszi szükségessé.)

A közlemény tartalmazza a szív, máj, endocrin szervek és szövetek, a bőr, tüdő, csont és más, a szerzők által „nem élő szövetek”-nek nevezett anyagok transplantációját, ide sorolva a szívbillentyűt is. A veseátültetést a szerzők más alkalommal kívánják tárgyalni. A kérdéseket a szerzők a klinikus szemével ítélik meg.

Az Imuran és prednisolon alkalmazása elfogadott módszerré vált az immunosuppressív terapiában. Akut rejectiók krízisekben a steroid kezelés felhasználásával lehet eredményt elérni. Az antilymphocyta és az antithymocytá kezelések nagy érdeklődést váltott ki szakkörökben, de ezek sem oldották meg teljesen a kérdést: a korai rejectio veszélyét csökkentik, de a későbbit nem. A különböző szervek transplantációjára különböző kérdéseket vehet fel immunológiai szempontból is. Az egyes szervek ellenállási képessége a kilökődéssel szemben különbözik; így pl. a lymphocytákban különösen bővelkedő szervek érzékenyebbek, mint mások. Az egyes szövetelek reakciója is különbözik. Az egerek szívtransplantatumaí mindig kilökődnek, míg a vesetransplantatumok nem. Emellett nem mutatható ki semmi módon az, hogy a szív nagyobb fokú antigenitással bírna, mint a vese.

A szerzők ismertetik a donorkérdés nehézségeit, s az ún. „agyhalállal” kapcsolatban megjegyzéseket tesznek, illetve ennek megállapítására egyszerűsítést javasolnak.

A szervkonzerválás terén megállapítják, hogy itt is további kérdések várnak megoldásra. Mintegy 20 éve ismert, hogy a glicerin krio-protéktív hatású, megakadályozza a jégkristályok keletkezését hűtésnél, a sejteken belül és kívül. Ez a hatás nagy terjedelmű felületnél nem hatékony. E szervek konzerválására legjobb a hypothermikus plasmaprotein frakciókkal, vagy az ún. „intracellularis” típusú elektrolit adatokkal való átáramoltatás. Ilyen módon a vese 72 óráig, a szív 6 óráig, a máj 8-10 óráig konzerválható.

A *szívtransplantatio Shumway* és munkacsoportja kezdeményezésére indult el. Bizonyos fenntartással fogadják, miután indiciója és egyéb kapcsolódó kérdések nem pontosan körülírtak. A műteti indiciót a teljes szívizom-elégtelenség jelenti, ami lehet infarctus, vagy éppen a rheumatikus szív-elégtelenség. A nem korrigálható vitiumok is ide tartoznak. Ellenjavallat a recipiens súlyos fertőző betegsége, vagy a súlyos pulmonalis hypertensio, az 50 év feletti életkor és a súlyos cukorbetegség. Szívátültetés után gyakori a gyorsan progresszív atherosclerosis a coronariakon, de ezt az utóbbi időben sikerült a serum lipidek, illetve a test-súly csökkentésével lényegesen csökkenteni. Ma az indiciók szigorú körülírásával úgy tűnik, hogy sikerül a szívátültetést tartós eredményű gyógyeljárássá változtatni, s a betegeknek mintegy 50%-os esélyük van a 4 éves túlélésre. Egy beteg ma már 10 éve él ilyen módon.

A *májátültetés* sokat fejlődött az utóbbi 15 évben, s *Starzl* első próbálkozása óta. Az operált felnőttek 25%-a, a gyermekek 40%-a kilátással bír legalább az egyéves túlélésre. Az operált betegek transplantációs műtétét főleg két centrumban végzik, orthotopikus átültetésről beszélve. Sikert főleg a nem tumoros eredetű elváltozások esetében remélhetünk, így pl. a chronikus hepatitis, cirrhosis, vagy biliaris atresia esetében. Tumor esetében a metastasis okozza legtöbbször az egyébként sikeresen kezelt betegek halálát. Tekintve a hepatectomia (illetve az anhepatikus fázis) súlyos átmeneti következményeit, szóba került a heterotopikus (második) máj átültetése is, de általában e művelethez kevés a hely a hasüregben, s emellett a portalis keringést is biztosítani kell a második máj számára. A portalis hypertensio, coagulációs problémák stb. mind szerepet játszanak a kérdés megoldásában.

Az *epeutak helyreállítására* az újabb mikrobeszeti eljárások bizonyultak jónak. Ennek ellenére az itt fellépő szövődmények okozzák leggyakrabban a sikertelenséget. Érdekes módon a májtransplantatumok immunológiai szempontból különböznek a többi szervektől. Sertéseken immunosuppressív kezelés nélkül is hosszú túlélést láttak; a klinikai átültetéseknél ezt nem próbálták meg a veszélyre való tekintettel. Általában kevés a kilökődési jelenség, s ha elő is fordul, ez különösebb gyógyszerelés nélkül is javulhat. Ennek ellenére ritka a hosszabb túlélés.

A *pancreas és endocrin szövetek* átültetése is hasznos lehet, a diabe-

tes mellitus esetében a tartós eredmény még itt is kérik. Tekintve, hogy az Egyesült Államokban a 3. leggyakoribb halálok a cukorbetegség, a Langerhans-szigetek átültetését is célul tűzték ki. Az autolog szigettransplantációnak volt eddig a legtartósabb sikere. A streptozotocinnal, vagy alloxannal kezelt állatok diabeteze megszűnt az insulák átültetése után, s a vascularis elváltozások progressziója is megállt. Az emberi pancreasból nehezebb izolálni a insulákat, mint a rágsálókból. Közben rájöttek arra, hogy nem szükséges feltétlenül izolálni a szigeteket, hanem elég dúsítani őket, s így is eredményt lehet elérni. A fiatal egyedekből nyert pancreas insulái alkalmasabbak, mint az idősebbekből nyert szigetek. A vena portaen át a májba juttatott insulák sorsa a legtartósabb eredményt ígérő, de a lép is alkalmas a szigetek befogadására. Emellett a teljes pancreas átültetésére irányuló próbálkozások is folytatódhatnak és *Lillehey* 10 olyan betegről számolt be, akikben nemcsak a pancreas, de a vesét is átültette. A legtöbb problémát a pancreas exocrin működésének elvesztése okozta. Jelenleg az antilymphocyta globulinnal lehet kísérleti állapotok átültetett insuláinak működésétől sikert várni. *Gliedman* sikeres kísérleteket folytatott a pancreas segmentumok exocrin működésének elvezetésével az ureteren át, s 2 betegen normoglycaemiát ért el két éven át, de a betegek érelváltozások következtében meghaltak. Mások a pancreas ductus rendszerét neopren feltöltéssel zárták el. Végül fokozottan nem dönt el, hogy melyik megoldás a legalkalmasabb, de úgy tűnik, hogy a nephropathiát okozó vascularis elváltozások egy része reversibilis, s ez további kísérletekre ösztönzi a kutatókat.

A *here, a mellékpajzsmirigyek* is átültethetők, de az előbbivel nem értek el sikert. A mellékpajzsmirigyek s *amellékvese* átültetése hasznosabbnak bizonyult. Különösen hyperfunkciós szövetek átültetésével értek el eredményt, de adenomák kifejlődését is észlelték.

A *bőr átültetése* különösen súlyos égett betegeken okoz nagy gondot. A sebésznek a nagy égési felületeket rövid idő alatt zárt sebé kell tenni. Ez különösen a 60-70%-ban sérülteknél jelent nagy problémát. A legjobban bevált módszernek a szerzők a tartósított sertésbőrrel való fedést vélik. Ez 7-10 napos fedést biztosít revascularizációs jelenségek nélkül, mert akkor lelekedik. Egyeztetett donorokkal nyert bőrtransplantatumok sem maradtak meg emberen három hétnél tovább, még immunosuppressív kezelés mellett sem. A bőr allograftok létét meghosszabbítja az azathioprin és az antilymphocyta serum, de végső megoldást nem jelent. Az antithymocytá globulin tartósabb hatásúnak bizonyult, de ez is átmeneti megoldás. A legjobb esetekben is két-három hónap alatt

autolog transzplantatummal kell kicserélni az allogén bőrt.

A **tüdőátültetés** chronikus tüdőfertőzéseknek jön szóba, de a sikerhez — még ha átmeneti is — számos feltétel szükséges. Nagy nehézséget jelent itt is a donorkérdés, a bronchus anastomosisok elégtelensége is gyakori szövődmény a resectio mellett. Eddig a leghosszabb túlélés 10 hónapos volt. A sikertelenség oka a legtöbbször maga a fertőzés. A resectio gyakran a bronchus anastomosis elégtelenségével, vérzéssel, alveolaris exsudatióval jár. A tartós klinikai sikerre a közeljövőben nem sok kilátás van.

A **csont** és más nem élő szövetek átültetése szintén lehetséges, így a csont átültetése devitalizált állapotban is. Az átültetett csont okozza az átépülést és helyét idővel autolog szövetek töltik ki. Ilyen módon daganatos szakaszok resectiójára, illetve helyettesítésére is sor kerül előzetes donorselectio, vagy immunosuppressív kezelés nélkül.

Az emberi, vagy állati tetemekből nyert **szívbillentyű** fém, vagy műanyag gyűrűre szerelve kerül beültetésre. Ezek a műveletek általában jó eredménnyel járnak, különösen a glutarallal történt fixálás esetében.

A donorkérdés világszerte problémát jelent; jó szervezés esetén erre a célra az Egyesült Államokban mintegy 12 ezer tetemre volna szükség, de ez minimum, mert más felmérések szerint ugyanott csak szívtranszplantatio céljára legalább 12 ezer szervre volna szükség. A diabeteses betegek száma is igen nagy, mintegy másfél millió, s azt még nem mérték fel, hogy ehhez hány donor volna szükséges. A transzplantologia súlyos kérdéseket vet fel a genetikától, a sebészeti, igazságügyi kérdésekig és számos munkacsoport dolgozik ezek megoldásán.

(Ref.: *A mai nomenclatura szerint csak élő szövetek, vagy szervek átültetése számít transzplantatióknak, a nem élő szövetek, vagy alloplastikus anyagok beültetése az implantatio.*)

Bornemisza György dr.

## Orvosi deontológia

A beteg joga a „méltó halál”-hoz. Jackson, D.L.: New England Journal of Medicine 1979, 301, 404.

Az emberhez méltó halál gondolata világszerte egyre élelnebben foglalkoztatja az orvosokat, a betegeket és a közvéleményt egyaránt. Reménytelen esetekben, vajon van-e joga valakinek dönteni a halál bekövetkezésének idejéről? Nem lehetne-e értelmeftlen időhúzás helyett, inkább a rövidebb, de méltóbb halálra törekedni?

A kérdésnek nemcsak orvosi, hanem jogi, etikai, világnézeti, vallási, sőt közvetve anyagi oldala is

van. Mindenki a maga tudománya és felfogása szemszögéből igyekszik állást foglalni ebben a rendkívül bonyolult, kényes ügyben. Végelegesen kialakult elfogadható gyakorlat csak az összes érdekeltet közös nevezőre jutása esetén lehetséges.

A törvényhozók feladata volna a halál jogi definíciójának pontos megszerkesztése, melyben többek közt azt is rögzíteni kellene, hogy nem beszámítható beteg esetében kinek lehet joga sorsa felől dönteni (egyáltalán halála napjaiban, óráiban lehet-e valakit is beszámíthatónak tartani?)

Az orvosok több oldalról kísérlék megközelíteni a kérdést: próbálkoznak sorsdöntő, objektív klinikai kritériumokat meghatározni az élet-halál határán. Ez az ún. agyhalál esetében aránylag nem nehéz feladat és teljes biztonságú lehet. Egyéb súlyos betegségekben azonban a helyzet sokkal nehezebb. Kísérleteznek „válság-bizottságok” felállításával, melynek tanácsadó, összehangoló szerepe volna a közvetlenül érdekelt orvos—beteg—hozzátartozó hármasa felé.

Közvélemény-kutatás is történt ilyen irányban. Huszonnégy reménytelen súlyossággal megégett beteget kérdeztek meg arról, hogy „szabványos”, vagy mindent elkövető, heroikus kezelést kívánnak-e. Három kivételével a szabványos kezelés mellett szavaztak. (Van-e joga a súlyos égettnek saját sorsa felől dönteni? Imbrus, H. S., Zwacki, B. E., Los Angeles egyetemi égesi központ): New Engl. J. Med. 1977, 297, 308. Novák János dr. referátumát lásd: Orv. Hetil. 1979, 120, 2888.)

Sok szerző azonban arra is rámutat, hogy a betegek halálát könnyítő végakarata nem mindig mérvadó, nem mindig végleges; alapbetegségektől független mellékkörülmények függvénye, következménye is lehet. Még azokban az esetekben is nagy óvatosság szükséges, amikor a betegnek van ONTR (order not to resuscitate) papírja, vagyis előre megírt és törvényesen hitelesített okmánya arról, hogy válságos, reménytelen esetben nem kívánja mindenáron való életbentartását, újraélesztését.

A nagy körültekintés fontosságát bizonyítják a Clevelandi Egyetemi Kórházi intenzív osztályának ilyen irányú összegyűjtött esetei: Egy súlyosan asztmás betegen tracheostomia készítését és tartós respirátor alkalmazását javasolták az orvosok. A beteg ezt szinte óránként váltakozva megtagadta, ill. elfogadta... mindaddig míg a bekövetkező súlyos tüdőgyulladásos szövődmény a kérdést el nem döntötte a gyors halál javára.

Egy másik betegen lymphosarcoma miatt kemoterapiás kezelést folytattak, jó hatásfokkal. Egy alkalommal hányinger, hányás lépett fel (minden valóság szerint az erőteljes gyógyszereléstől), a beteg ezt a reménytelenség, a vég jelének

tartotta, emiatt depressziós állapotba került és gyógykezelését megtagadta. Csak pszichológiai kezelés és meggyőzés után lehetett tovább kezelni.

A harmadik beteg már 15 éve vilselte türelemmel teljes benualtságot okozó sclerosis multiplex betegségét, amikor depressziós állapotba került és öngyilkosságot kísérlt meg. Beható pszichológiai elemzés kiderítette, hogy nem betegsége miatt sürgette a halált, hanem rejtett családi konfliktusa miatt: felesége ugyanis, súlyosan megbetegedett anyjával látszólag többet törődött mint övele.

Egy terhes fiatalasszony először megtagadta életmentő tracheotomizálását. Mint később, sikeres szülése után kiderült, nem életuntásá miatt, hanem a beavatkozás fájdalmasságától való félelmében.

Az eddigiektől eltérő, ellenkező előjelű esetek is adódnak, amikor a betegek igénylik a heroikus kezelést: Egy fiatalember hasi műtét után reménytelen septicus állapotba került. Hozzáartatózói már nem bírták nézni szenvedését és orvosait passzivitásra akarták rábeszélni. Kérésük nem egyezett a beteg akaratával, így még jó ideig folyt a kilátástalan küzdelem.

Egy gyógyíthatatlan rákjával tisztában levő nőbeteg szintén ragaszkodott minden lehető megkísérléséhez életbentartására. Majd egy napon minden kezelést megtagadott. A kérdésekre bevallotta, hogy csak addig akart élni, míg útban levő unokája meg nem születik.

Az elmondott néhány példa bemutatja, hogy a súlyos betegeknek, halálukkal kapcsolatos végakarata nemcsak alapbetegségük eredője. Döntő elhatározásukban sok más körülmény is befolyásolhatja őket. Csak ezeknek gondos felkutatása és lehető kiküszöbölése után lehet megengedni a beteg óhajának passzív teljesítése.

A sok nehézség, ellentmondás és felelősség ellenére, az emberhez méltó halál lehetőségét nem szabad mereven elvetni. Széles körűen és behatóan foglalkozni kell vele, mert az emberi jogok tiszteletben tartásához a végakarata teljesítése is hozzátartozik.

Takács Tibor dr.

## Traumatológia

**Polytraumatizáltak súlyossági fokai és a terápiás irányelvek.** Schweiberer, L., Dambe, L. T., Klapp, F.: Chirurg, 1978, 49, 608.

„Többszörös sérülés”-nek nevezük, azt a sérülésmintát, amely legalább 2 testtájékat érint. Az elnevezés egyúttal kifejezi azt a veszélyt, melyben a sérült van. Figyelmünket ilyenkor három klinikai szempontra kell irányítanunk:

1. A **sérülés súlyosságának megítélése.** A teendővel, következtetésként beteg sorsával összefüggésben nagyon fontos mozzanat. Elmé-

 **OVION<sup>®</sup>**

tabletta



# OIDON®

tabletta

## ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

## HATÁS

Az OVIDON két komponensű, orálisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi — már kívánt — terhességet nem befolyásolja.

## ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Az OVIDON tabletták szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napot át napi 1 tablettát kell azonos napokban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed.

## ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin-Johnson- és Rotor-szindróma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, első-sorban emlő-carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

## MELLÉKHATÁSOK

A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek.

Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó pszichiai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

## MEGJEGYZÉS ✖

Rendelhetőségét a 23/1973. és módosítása, a 13/1974. eü. miniszteri utasítás szabályozzák.

„Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.”

## CSOMAGOLÁS

21 tabletták. Térítési díj: 2,20, Ft

## KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



leti kutatások és a gyakorlati tapasztalatok alapján a következő osztályozás ajánlható:

I. **súlyossági fok:** a beteg *mérsékelt* sérült, azonban feltétlenül gyógyintézeti ellátást igényel. Shock-tünetek nincsenek, az artériás oxigén-nyomás normális. Ebbe a csoportba tartoznak például a multiplex zúzdások, felületen és mélyebb sebek, ízületi és izomrándulások, könnyű fedett koponyasérülés rövid tudatvesztéssel, kombinálva 1 vagy 2 felső végtag- vagy egyes lábszártöréssel, stabil csigolyatörés, egyoldali elülső medencegyűrű-törés.

II. **súlyossági fok:** a beteg *súlyosan* sérült, életveszély nincs. A shockot jelző legalább egy olyan paraméter van, amely klinikailag szignifikánsan jelzi a keringés vérmennyiség 25%-ig terjedő elvesztését; az artériás oxigén-parciális nyomás valamelyest csökkent. Ilyen sérülések a comb egyes törése, a lábszár 2 törése, roncsolt törések különösen az alsó végtagon, komplex medencegyűrű-törések, II. és III. fokú nyílt törések, kiterjedt, mély lágyrész-sérülések II. fokú koponyasérüléssel vagy anélkül (a beteg nem hozzáférhető, de fájdalom-védekezése van).

III. **súlyossági fok:** a beteg *életveszélyesen* sérült. A keringés vérmennyiségének becslően 50%-át (esetleg még többet is) elvesztette, súlyos shockban van, artériás PO<sub>2</sub>-je 60 Hgmm alatt van. Kiterjedt, veszélyes mellkasi és hasi sérülések, masszív vérző sebek, III. és IV. fokú koponyasérülések nyílt vagy zárt végtagtörésekkel kombinálva hozhatók fel itt például (természetesen a sérülések felsorolásának teljessége nélkül).

Gyógyintézeti sérült beteganyag 10 évre terjedő katamnesztikus elemzése a súlyossági fokok megoszlásáról azt mutatta (kerekén), hogy az összes sérültek 70%-a a III., 27%-a a II., s 3%-a az I. súlyossági fokú csoportba volt besorolható. Az I. fokúak között halálos kimenetel nem adódott; a II. fokúakból (kerekén) 10%-ot, a III. fokú sérültekből viszont 27%-ot veszítettek el.

2. **Fontos paraméterek ismerete.** A többszörösen sérültek kórismézése, majd kezelése szempontjából bizonyos paraméterek ismeretére már minél korábban szükség van. Ezek közül a vizsgálatok közül a legjelentősebb igényt kell kiemelnünk, amennyiben *minden kórháznak rendelkeznie kell artériás vérgázanalízis lehetőségével* (eyebekek között!). Ez a súlyos sérült állapotának, operabilitásának és további ellátásának minél korábbi megítélésében nélkülözhetetlen.

3. **Lépcsőzött terápiás terv.** Lényegében a több fokozatú sürgősségen alapul, s ennek megfelelően osztjuk a műtéteket 3 csoportra:

a) **Azonnali műtétek.** Halasztást nem tűrve elvégzendők parenchyma szervek vagy verőerek sérüléseinek elvérzéses halál, koponya-

üri térszűkítő vérzéseknél az agyhalál, feszülő légmell esetén a szív-érkeringés megállásának kivédése céljából.

b) **Halasztott primer műtétek.** Ide tartozik minden olyan sérülés, mely nem járt az akut halál veszélyével, de kezeletlenül várhatóan halálhoz vezet. Gondolunk itt a mediastinum kompenzált sérüléseire, valamint a mesenterium, a belek, a vese, a húgyhólyag és a húgycső sérüléseire. is. Ebbe a kategóriába illesztendők be a II. és III. fokú nyílt törések, melyek stabilizálás hiányában a végtag elvesztéséhez, vagy nagy valószínűséggel jelentős funkcióromláshoz vezetnek, illetve a nyílt sérülés miatt mindenképpen megoperálandók. Az ilyen műtéti igényű sérülések időt engednek mind a célzott kórismezésre, mind pedig a shock kezelésére (utóbbinál nemcsak a keringés feltöltése, hanem elegendő ventilatio és bőséges oxigén-bevitel is súlyozandók, intubáció és lélegeztetés révén).

c) **A secunder műtétek csoportjába** sorolható minden olyan sérülés, beleértve a töréseket is, amely a sérült életének veszélyeztetése és az érintett testjék jelentős károsodása nélkül később is operálható. Itt kell rámutatnunk a törések konzervatív kezelésének fontosságára, ami repozícióval, nyugalomba helyezéssel úgy végzendő, mint amikor definitív ellátás a feladat.

A korábban említett sérült anyag műtött kontingenciájának 56,8%-a az első 24 órán belül, 11,4%-a 2-5 napon belül, s 31,8% 5 napon túl került műtetre.

A többszörösen sérültek kezelése rendkívüli klinikai tapasztaltságot és kórleltani ismereteket igényel; csak ezek birtokában lehet az eset súlyosságát helyesen megítélni és a terápiás konzekvenciákat haszonnal levonni. Bizonyos, hogy a többszörösen sérült betegnek egyetlen szervező kézbe kell tartoznia, aki a sürgősségi foknak megfelelően szerv-specialistákat von be a terápiás terv realizálásába. Az ilyen beteganyag ellátása legoptimálisabb szinten a részükre berendezett, különleges felkészültségű centrumokban oldható meg.

Cselkó László dr.

**Ultrahang alkalmazása égés mélységének meghatározására.** A. M. Kalus és mtsai (Queen Victoria Hospital and McIndoe Burns Centre, East Grinstead, Sussex): Lancet 1979, I, 188—189.

A bőr teljes vastagságára terjedő égési sérülések kezelésére alkalmazhatók az égett terület korai kimetszését és transplantációt. Így rövidül a gyógyulás ideje, és megelőzhető a fertőzés. A kezelés javallatának elbírálásához fontos az égés mélységi kiterjedésének megállapítása. A klinikai megítélés bizonytalan lehet, és az eddig e célra megkísérelt eljárások nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, nem

tudtak a gyakorlatban elterjedni. A szerzők ultrahang B-scan alkalmazták eredményesen. Az égett területéről felvett sonogram az ép oldalival összehasonlítva jól értékelhetően mutatja az égési sérülés mélységbeni kiterjedését, viszonyát a bőr rétegeihez és a bőr alatti zsírszövethez. Így a korai kimetszés javallatának felállítását biztosítja. A vizsgálat a beteg számára nem jelent komoly kellemetlenséget, nem invazív. További előnye, hogy lehetővé teszi az égési seb alakulásának folyamatos követését, kezelési módszerek eredményének tanulmányozását. *Laczay András dr.*

**A térdizület környéki traumás érsérülések felismerése és kezelése.** Winter, G. (Chirurgische Universitätsklinik, 8700 Würzburg): Dtsch. med. Wschr., 1978, 103, 786—789.

Az érsébeszet műtéti technikájának finomodásával az érsérülések problémakörének csak egy része oldódott meg. Optimális eredmények csak akkor érhetők el, ha a korrekt diagnózist sikerül korán felállítani. Míg a korábbi évek során az egyszerű érsérülések (szűrés és lövés) domináltak, addig az utóbbi időben egyre gyakrabban társulnak a súlyos közlekedési vagy munkahelyi balesetek sérüléseihez. Az érkötegek leginkább a nagy ízületek közelében veszélyeztetettek.

Amíg az éles, direkt érsérülést a fecskendező vérzés rendszerint elárulja, lényegesen nehezebb a tompa ér-laesiók diagnózisa. Ilyen esetekben is vannak jelek, amelyek a gyanút felvetik (pl.: localis haematoma, az akut érelzáródás jelei), de rendszerint ezek is hiányoznak polytraumatizált, shockban levő sérülteken. Az ismert 6—8 órás „ischaemiás tolerancia” időhatáron belül a reconstructio érdekében ezeknek a sérülteknek áttekintő angiológiai vizsgálata feltétlenül indokolt.

Elsősorban a motorbalesetek növekvő számával együtt gyakoribbá váltak a térdizületi sérülések. Ez indította a szerzőket arra, hogy a térdizület környéki érsérülések eseteiket ismertessék.

18 ér-reconstructiót végeztek térdizületi törések és luxatiók szövődményes érsérülései miatt: 7 distalis femurtörés, 5 tibiofej-törés, 3 térdizületi luxatio, 3 regio poplitea zúzdás. A 18 esetből 17-ben direkt trauma okozta az érsérülést, 12 esetben az intézetbe utalás a sérülést követő nyolc órán túl történt, majdnem mindegyikben az arteriasérülés felismerése nélkül. A reconstructiv megoldások voltak: direkt érvarrat 9, véna-interpositio 4, bypass 5 esetben. 12 esetben motoros vagy érző functio-kiesések maradtak vissza postschaemiás syndroma következményeként (peroneus paresis,

vagy a m. tibialis anterior ischaemiás necrosis). 4 esetben a sikeres reconstructio ellenére kialakult gangraena miatt a comb amputatiója vált szükségessé.

Nemcsak az érzőzódások, hanem a komplett érszakadások is észrevétlenek maradhatnak az észlelés első óráiban. Túlnyomórészt az érzőzódások azok, melyeknek azonnal és idejekorán történő felismerése elsikkad, de a komplett érszakadások is rejtve maradhatnak a sérülést követő első néhány órában. Ezért fontos minden esetben a baleset részleteinek ismerete, a sérülést létrehozó erő figyelembe vétele és gondos mérlegelés: történhet-e érsérülés? Hasonlóképpen segítséget nyújt az izület környéki törések, ficamok esetében a végtag distalis szakaszának keringés vizsgálata. Amennyiben a trauma csak intima-laesiót okozott, a kezdeti angiologiai klinikai kép teljesen normális lehet. A levált intimalebeny (a nagyságától függően) azonban turbulens áramlást, örvényt idéz elő, ennek viszont rövidesen thrombosis a következménye. Éppen ez a sérüléstípus az, amelyik nem kerül felismerésre, mert a véráramlási zavar a sérülés után csak 12–14 órával manifesztálódik. Rendszerint a sérülés után ennyi időre a végtag már be van gipszelve vagy kötve, elrejtve az orvos szeme elől. Már csak a kialakuló ischaemiás fájdalom irányítja a figyelmet az érsérülés lehetőségére.

Az érsérülés csak akkor diagnosztizálható, ha gondolunk rá. Amennyiben csak gyanú is van, a Doppler-ultrahang vizsgálat, vagy még inkább az arteriographia elvégzése indokolt. Érsérülés esetén ugyanis haladéktalanul műtéti beavatkozás szükséges a keringési zavar megszüntetésére. Az eredmény elsősorban a primer ischaemiás idő függvénye: minél hamarabb sikerült a keringés helyreállítása, annál jobb a prognózis. A későbbi szükségessé vált amputációk oka nem az angiologiai reconstructio technikai hibája volt, hanem a hosszú ischaemiás idő következtében kialakult irreversibilis szövetártalom, infectio és gangraena.

Bugyi István dr.

**A trochlea tali osteochondralis törése.** A. H. Newberg (Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston): British Journal of Radiology 1979, 52, 105–109.

A csontok izületi porccal fedett részeinek törését nevezik osteochondralis fracturának. A bokaizület túlzott inersiója és dorsalflexiója a trochlea tali lateralis részét a fibulának feszíti. A trochlea érintett részéből kis csontdarab törhet ki általában a külső szalagok egyidejű szakadásával. A ru-

tinszerű kétirányú röntgenfelvételen a törést fedheti a fibulavég bevetülése, ezért gyakran nem ismerik fel. A szerzők 12 esetet ismeretnek, melyekben átlag 9 hónap telt el a kórisme tisztázásáig. Négy betegen történt előzőleg röntgenvizsgálat negatív eredménnyel, egyiken háromszor is. Az elváltozás kimutatására alkalmas a 10 fok befelé rotációban készített boka felvétel. Ezen a fibula nem vetül a trochleába, a kritikus terület áttekinthető. Ha ez sem egyértelmű, segíthet az e vetületben középállásban, plantar és dorsalflexióban készített felvétel, végső soron a rétegfelvételezés. Ha nem tisztázzuk a sérülést, a beteg panaszai átmenetileg enyhülhetnek, de ezt a szakot tartós fájdalom, duzzadás követi, ami újra orvoshoz viszi a beteget. Egyes esetek konzervatív kezelésre is javulnak, általában azonban szükséges a kitört darab műtéti eltávolítása és a szakadt szalagok megvarrása.

Laczay András dr.

**A traumás léprepedés konzervatív kezelése.** Höllwarth, M., Breisach, G.: (Lehrkanzel f. Kinderchir., Univ. Graz): Chirurg 1978, 49, 711–713.

1977 óta 6 tompa hasi trauma utáni beteget kezeltek, akiknél a lépruptura gyanúja merült fel. Öt esetben a gyanút laparoscopiával erősítették meg. Egy betegnél kizárták a lép sérülését, egy másiknál splenectomiát végeztek a laparoscopiás lelet alapján, többszörös léprepedés miatt. Végeredményben négy gyermeket kezeltek konzervatív módon. Mindegyiknél scintigraphiás vizsgálat is történt, mely széli vagy intralialis aktivitáshiányt mutatott ki. 3 gyermeket tudtak 6–12 hónapon át ellenőrizni, egy esetben a trauma időpontja nagyon közeli volt. Mindhárom gyermek tünet- és panaszmentes volt és a kontrollscintigraphia a parenchyma hegeseződését mutatta.

Eljárásukat a beteg állapota határozza meg. Hyperakut tünetegyüttes esetén a laparotomiát tartják a követendő eljárásnak. Ha a tünetek subacut formában zajlanak le, laparoscopiával vizsgálatot végeznek a sérülés kiterjedésének meghatározására. Amennyiben a vérzés megállt, vagy nem kifejezett, a konzervatív megoldás mellett döntenek, melyet a folyamatos vérkép és Hgb ellenőrzés is meghatároz. Az így megállapított vérvesztést pótolják. Enyhe panaszok esetén néhány nap múlva hazaadják a gyermeket.

A konzervatív kezelés értelmét az adja meg, hogy különösen az utóbbi években egyre nagyobb száralakban fordult elő súlyos fertőzés és septikus állapot korábban splenectomizált gyermekeken.

Léb József dr.

**Idiopathiás thrombocytopeniás purpura kialakulása traumás lépruptura miatt splenectomizált betegen.** Mazur, E. M. és mtsai (Dept. of Medicine and Surgery, Yale University School of Medicine, New Haven): Amer. J. Med. 1978, 65, 843–846.

A chronikus idiopathiás thrombocytopeniás purpura kezelésében a lép eltávolítása többnyire elkerülhetetlen. A splenectomián át esett betegek 90%-a teljes remissióba kerül, klinikailag gyógyulttá válik. A gyógyulás eredményét egyedül a műtét közben fel nem ismerhető járulékos lép(ek) jelenléte veszélyezteti. A szerzők egy 25 éves nőbeteg esetéről számolnak be, akin két évvel korábban traumás lépruptura miatt splenectomiát hajtottak végre. Észlelésére kiterjedt purpurák és thrombocytopenia miatt került sor. A csontvelőben normális mennyiségű megakaryocytát találtak. Napi 100 mg prednisonnal steroid terápiát kezdtek, de a thrombocyta-szám nem emelkedett. Radioaktív tritiummal végzett máj-lép scintigraphia alkalmával két darab, néhány mm-től néhány cm nagyságú járulékos lépnek tűnő képletet tudtak kimutatni. A laparotomia alkalmával ezeket eltávolították, amit követően a thrombocytaszám hamarosan normalizálódott és megjelentek a vérben a Howell–Jolly testeket tartalmazó — az eredményes splenectomiát bizonyító — vvt.-ek. A járulékos lépnek imponáló képletek a megelőző lépsérülés és műtét alkalmával a peritoneumra implantálódott lépmaradványok voltak. Ez a jelenség splenosis néven ismeretes.

Berkessy Sándor dr.

**A légzés és a keringés biztosítása polytraumatizáltakon.** Peter, K.: Chirurg, 1978, 49, 601–607.

A polytraumatizáltak akut ellátását lényegében a vitális funkciók, a légzés és keringés biztosítása jelenti. A kezelés első, döntő fontosságú fázisát már a baleset helyszínén el kell kezdeni, még akkor is, ha a klinikum diagnosztikus és therapiás lehetőségei a helyszínen nem — vagy csak részben — hozzáférhetők. Ez utóbbi hátrány azonban — egyebek között — a korszerű szállítóeszközökkel is jelentősen csökkenthető.

A helyszíni ellátásnál a reanimáció klasszikus szabályai érvényesek. Az első helyen a légzési zavarok kezelése (légutak szabadabbá tétele, lélegeztetés) áll, mellyel lehetőleg egyidőben, esetleg utána a keringés revitalizációja végzendő. Az újraélesztési ABC teendőt a gyógyintézetbe irányuló szállítást követi.

A gyógyintézeti ellátás keretében nyílik mód a polytraumatizáció széles lehetőségű kóriszálására és kezelésére. A sérültet természetesen itt is elsősorban az akut respirációs elégtelenség esélye veszé-

lyezetteti. Ennek első klinikai szakasza — a latencia periódus — néhány órától napokig is eltart, ilyenkor mérsékelt hypoxiát észlelhetünk, a betegnek enyhé légszomja van, különösen szubjektív panaszok nélkül. A második — manifesztációs — szakba való átmenet egyszerű drámai hirtelenséggel, másszor alattomos lassúsággal történik; a betegnek kifejezett nyugalmi dyspnoeja van, kifejezetten hypoxaemiás. A terapia-resistens — harmadik — szakasz akkor következik, ha a kiváltó ok továbbra is fennáll. Ez azonban a profilaxis szabályai szerint végzett minél korábbi beavatkozásokkal rendszerint elkerülhető. A ventiláció biztosítását a vérkeringés helyreállításának kell kísérnie. Röviden úgy foglalhatjuk össze az eddigieket, hogy polytraumatizáltakon a pulmonalis zavarok megelőzése és kezelése lényegében a shock-therapia egy részét képezi.

A vérkeringési zavarok kezelésének első és legfontosabb lépése — egyben célja — az intravasalis térfogat normalizálása. Erre ma mindenekelőtt különféle kolloidális oldatok (dextrán vagy gelatin alapú volumenpótlószerektől a humanalbumin) állanak rendelkezésre. Az egyes készítmények előnyeinek és hátrányainak részletezésére itt nincs helyünk; e tekintetben, valamint a volumenpótlás esetleges egyéb (krisztalloidok, vér, illetve vérfrakciók) módjaira vonatkozóan is a szakirodalomra utalunk. Ki kell emelnünk azt a tényt, hogy polytraumatizáltak esetében a makro- és mikrocirkulációs zavarokat befolyásoló volumenpótlás, lehetőség szerint minél gyorsabban, gyógyszeres (sympathicolitikus) terápiával is kiegészítendő. A mondottakból levonhatjuk végül is azt a következtetést, hogy a volumenpótlás és a megfelelő kiegészítő gyógyszeres kezelés az akut respirációs elégtelenség profilaxisában és terápiájában már bevezetett eljárásnak tekinthető. Aligha kétséges, hogy a polytraumatizált beteg sorsa jelentős mértékben a kialakuló pulmonalis elégtelenség idejekoránai és — mondhatjuk — agresszív kezelésétől függ.

Cselkó László dr.

**Combfejprotézissel kezelt combnyaktörések: a vitalis prognózis elemei 477 betegen.** Katzner, N., és mtsai (Serv. Orth. Traumat. CHU Strasbourg): Nouv. Presse méd., 1978, 7, 3427—3429.

A szerzők 1964—1977 között 477 friss combnyaktörésben helyeztek be combfej-prothesist. A tanulmány célja az eljárás közvetlen eredményének meghatározása, annak tisztázása, milyen tényezők határozzák meg félévben belül a prognózist.

A sérültek 81,3%-a volt nő, 60 év alatt 32 prothesist helyeztek be

rossz állapotú (metastasis, hemiplegia) betegekben, 60—70 év közötti 66 esetben magas biológiai korú vagy rossz állapotú betegekben. Az eljárás 70 év felett választott műtét volt, minden beteget megoperáltak. 326 Moore és 151 Müller prothesist ültettek be, összesen 191 esetben csontcementtel.

Hat hónapon belül legalább 139 beteget (29,1%) veszítették el (az első három héten 14,25%-ot), a reális arány azonban ennél 8—10%-kal is magasabb lehet, mert átlagosan csak 12 napig ápolták az osztályon a betegeket, utána pszichiai vagy krónikus osztályra helyezték őket, s a betegek egy része kikerült ellenőrzésük alól.

70-80 év között 24,6%, 80 év felett 40,2% volt a letalitás. 302 betegen (64%) találtak 432 olyan veszélytényezőt, amely véleményük szerint a sérült állapotát lényegesen befolyásolhatta. E 302 esetből 113-at (36,4%) veszítették el, a többi 175 közül 26-ot (14,8%).

Igen rossz általános állapotot 86 betegen találtak, ezeknek több mint felét elvesztették. Hasonlóan több mint fele halt meg az előzetesen pszichiai osztályon kezeltnek is. Közel fele halt meg a rákos és diabéteses combnyaktöréseknek. Szenilitás, szívbetege, többszörös törés, valamint idült alkoholizmus kisebb mértékben rontotta a prognózist.

További tényezőket is vizsgáltak, de ezek kis esetszáma nem tette lehetővé általánosítható következtetések levonását. A nem cementezett Moore prothesis esetekben 286 közül 99-et (34,6%) veszítették el, míg a cementezett 191 törésből 50-et (25,6%) a cement behelyezésével összefüggésbe hozható halálesetük nem volt.

46 ízben (9,6%) volt súlyos postoperatív szövődésük, de míg a 302 veszélytényező betegen 38 (12,5%), az ilyen elváltozás nélkülieken 175 közül 8 (4,6%). A veszélytényező tehát súlyos szövődésekre is predisponál. A gyakoribb szövődések: protézisficam (elsősorban demenseken), protézistörés, emésztőszervi elváltozás, fertőzés, bronchopneumonia. A 46 szövődéses közül 36 halt meg. A technikai és ápolási feltételek fejlődése ellenére a combnyaktörés az idős ember egyik jelentős haláloka maradt: kb. minden harmadik combnyaktörött meghal. Az életkor és a veszélytényezők azonban bizonyos prognosztikai útmutatást adnak. 80 év felett ilyen elváltozás nélkül minden 4., egy elváltozással minden 2., kettővel pedig minden 5. között három hal meg. 70 és 80 év között minden 7., minden harmadik, illetve minden második beteg hal meg a megfelelő csoportból, míg 70 év alatt veszélytényező nélkül nem volt halálozásuk, azzal minden 3. halt meg. Különösen kedvezőtlen a rossz általános állapot, a pszichiai betegség, az alkoholizmus, a daganat és a diabétes prognózisa, de súlyosbít a szeni-

litás, idegbetegség és szívégtelenség is. A műtét utáni szövődmények is igen rossz prognózist jelentenek.

(Ref.: A megfelelően ellenőrzött statisztikák világviszonylatban sem mutatnak nagy eltérést, a combnyaktörés az idős kor súlyos elváltozásai miatt magas halálozással jár. Bár a szerzők sokoldalúan elemezték anyagukat, az általuk választott veszélytényezők hatásának vizsgálatával talán kevésbé közelítették meg a helyes prognózist, mint a gyakorlott anaesthesiológusok a klinikai állapot és néhány laboratóriumi adat összefoglaló, praeeoperatív értékelésével. Figyelmet érdemel azonban, hogy csontmenttel rögzített prothesis esetén alacsonyabbnak találták a halálozást. Ez egyrészt cáfolja azt, hogy a csontcementnek többek által feltételezett életet veszélyeztető hatása volna, másrészt azt mutatja, hogy mivel a cementtel rögzített prothesis az idős sérült hamarabb kel fel és terhel, ennek a szövődmények megelőzésében és halálozás csökkenésében szerepe lehet.)

Kazár György dr.

**Csonthiányok pótlására és csontok egyesítésére szolgáló anyagokról.** Gudusauri, O. N., Szolomjanskij, D. A. Omiadze (A tbilisi orvosegyetem traumatológiai, orthopaediai és tábori sebészeti tanszéke): Orthop. Traumat. Protez. 1978, 6, 1—6.

A konzervcsont alloplastica mellett műanyagokat és fémötvözeteket is kiterjedten használnak endoprothesis formájában csontpótlásra, ízület-pótlásra. A prothesis rögzítésére kiterjedten használnak csontcementet is. A nagyszámú felhasznált anyagok között jó és gyenge oldalai, ismerjük melyik milyen feladatra alkalmasabb, de nincs egyetlen olyan sem, amely általában megfelelne.

Ezért kezdtek 1970-ben kutatni elektrokémiailag passzív anyagot, amely mechanikailag tartós, kopászilárd, biológiai is passzív. Ennek legjobban kristályos felépítésű dielektrikumok feleltek meg, amelyeknek elektromos vezetőképessége csekély, ugyanakkor kristályszerkezetük tartósságukat biztosítja. Ezek a kerámia anyagok, közülük különösen kívánják közömbösségével és tartósságával az égetett agyag. Bár az égetett agyag az emberiség legrégebbi evő és élelmetároló edénye, kísérletben is meggyőződtek ártalmatlanságáról. 2-3 éves kutyák csontjának velőüregébe vertek be kerámia szegeket, úgy hogy külső részük a lágyrészekben maradt. 3 hét—máxfél évig követték ezek sorsát, idővel a csont szétfűrészelése után is csak nehezen tudták a szegeket eltávolítani, azok belenőttek a csontba. A szeg körül először az elhalt csontgerendák felszívódtak, helyüket kötőszövet, majd lemezes ép csont-

szövet töltötte ki. Gyulladását egyetlen esetben sem váltották ki. A bevert kerámia szeg csak mechanikus ingeret fejtett ki.

Más kísérleteikben fehéregereken mutatták ki, hogy a kerámia titániumnál, titánium ötvözetnél, rozsdamentes acélnál és különösen vasnál lényegesen közömbösebb, az erek reakciója a különböző anyagoknál 1,5–7-szerese volt az agyagénak.

Toxikológiai vizsgálatok is azt mutatták, hogy az agyagnak nincs helyi károsító hatása és nem szívódik fel. Előnye, hogy bármily hőfokon sterilizálható, valamint hogy röntgen kontrasztja közel azonos a corticaliséval. Technikailag könnyen formálható, bármilyen méretű és alakú csont előállítható belőle.

Ennek alapján az agyag jól használható csont- és porc pótlásra, a szerzők 1976 óta használják csontdefectusok és ízületek pótlására.

Kazár György dr.

**Medencetörés okozta mechanikus ileus.** A. Schmidt (Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses-Kreispoliklinik Waren): Zbl. f. Chirurgie 1978, 103, 1163.

A medencetörést szenvedett sérült állapotának életveszélyessége nagymértékben függ a kísérő szövődmenyeketől. A húgyhólyag, húgyvezeték, végbél, hüvely, valamint az erek és idegek kísérő sérülése nem ritka.

Egy 23 éves asszony szembejövő autóval ütközött össze. Felvételekor többszörös medencetörést találtak, súlyos fokú symphysiolysis-sel, sacrum-töréssel. Kezelése: azonnal shocktalanítás (analgetikumok, infúziók). A hólyagcsapolás megnyugtató eredménnyel zárult. A has tapintási lelete nem mondott semmit.

A következő napon enyhe hasi fájdalom, hányás, tachycardia jelentkezett. Felvetődött a retroperitoneális haematoma okozta paralytikus ileus lehetősége. A harmadik nap reggel a sérült hirtelen rosszul lett az „akut has” jellegzetes tüneteivel.

Azonnal kémlelő hasmetszést végeztek: a feltáráskor tipikus vékonybél-ileust találtak. Enterotomia és bélészívás után az összeesett belek között könnyű volt felelni az okot: a vékonybél rövid szakaszon az eltört csípőlapát törésvonalába csipődött be. Kiszabadították a belet, majd bélresectiót végeztek end-to-end anastomosis-sal. A sima gyógyulást csak a 10. napon megnyílt hasfali tályog zavarta.

A szerző a hasmetszés javallata felállításának háromnapos késedelmét a lassan kialakult shockos állapotban a mechanikus ileus nehezebb felismerhető voltával magyarázza.

György Kiss Ferenc dr.

## Perinatalis kérdések

**A felületaktív foszfatidilkolin változásai újszülöttkori hyalin-membrán-betegségben.** Shelley, S. A. és mtsai (Dep. Path. and Pediatr., Univ. South Florida, Coll. Medic. 12901, Tampa, FL 33612): New Engl. Jour. Med., 1979, 300, 112–117.

Születés előtt a magzat tüdeje nagy mennyiségben szintetizál és szekretál felületaktív anyagot, amely az első légvétel után a tüdő kollabálását hivatott megakadályozni. Köztudott, hogy az újszülöttkori hyalin-membrán-betegséget a surfactant elégtelen mennyisége idézi elő. Ezért általában elterjedt szülés előtt a magzatvíz vizsgálata (lecitin-sphingomyelin arány), illetve születés után az újszülött pharyngeális, tracheális vagy gyomorváladékából a buborek stabilizációs próba elvégzése az éretlenség legkisebb gyanúja esetén. A felületaktív anyagot túlnyomórészt alkotó zsírsavak összetételéről és annak változásairól azonban keveset tudunk.

A szerzők feladatuk tűzték ki a minőségi változások vizsgálatát. Speciális centrifugálással izolálták a felületaktív anyag komponenseit, majd kétdimenziós vékonyréteg kromatográfiával a foszfatidilkolint, és analizálták a zsírsav metilésztereket.

Az RDS (hyalin-membrán-betegség) betegcsoportban 20 újszülöttet vizsgáltak (25–38 GI). Az egyik kontroll csoportot 14, RDS-től mentes újszülött alkotta (24–38 GI), a másikat 31, időre született, egészséges újszülött. Vizsgáltak még 8 magzatvizet is. 18 napon keresztül nézték a surfactant összetételét a pharyngeális és tracheális váladékból.

Az RDS újszülöttekben a hét fő zsírsav közül hat mennyisége szignifikánsan különbözött a kontroll értékektől. A legjelentősebb változás a palmitinsav mennyiségében volt: az első életnapon a koncentrációja sokkal alacsonyabb volt (átlag 54,80%), mint a kontroll csoportoké (átlag 68,90%), majd fokozatosan emelkedve kb. a 14. napon elérte a normál értéket. A másik szembevetendő különbség a 18-carbon és 20-carbon zsírsavakban volt: értékük az első életnapon szignifikánsan magasabb volt, mint a kontroll. Az értékeket nem befolyásolta a terhességi idő.

A 18 napos megfigyelési idő alatt azt látták, hogy RDS-ben a változások egy meghatározott séma szerint játszódnak le, és a surfactant összetétele fokozatosan hasonlónak válik a normál értékekhez a gyógyulás folyamata alatt. A vizsgálatokhoz különböző helyekről egy időben vett váladékok összehasonlítása azt mutatta, hogy a váladékvetél helye (trachea, pharynx) nem befolyásolja az eredményeket.

Terhességi idő szerint csoportosítva az újszülötteket, különbség volt a fiatalabb terhességi korú (24–31 GI) RDS-ben nem szenvedő újszülöttek és ugyanazon csoport idősebb gesztációs idejű tagjai között. A fiatalabbaknál egy felgyorsult postnatalis tüdőérést figyeltek meg. Ezt a különbséget az RDS csoporton belül nem észlelték. Annyi azonban megjegyzendő, hogy az idősebb terhességi idejű RDS újszülöttek surfactantja valamivel gyorsabban esett át az érési változásokon. Az oxigénkezelés nem módosította a zsírsavak összetételét.

Úgy tűnik, hogy a palmitinsav százalékos jelenléte alapján fel lehet becsléni a surfactant „érettségét”, az RDS kialakulásának valószínűségét. A felületaktív rendszer funkcionális állapotát nemcsak a termelés mértéke, hanem a biokémiai összetétele is meghatározza, különös tekintettel a palmitinsav tartalomra.

Korábban már bizonyították, hogy bizonyos faktorok predisponálnak RDS-re normál tüdőérettség mellett is. Ez nem mond elent a fenti eredményeknek, hiszen az RDS csoportban a terhességi idő nem korrelált a palmitinsav szinttel, meggyezve korábbi morfológiai adatokkal, melyek szerint RDS-ben az alveolusok felületét egy jellegzetes, éretlen epithelium fedi, függetlenül a gesztációs időtől. A surfactant minőségének viszonylag egységes változásai tükrözik az éretlen alveoláris hám érési folyamatainak előrehaladását az RDS gyógyulási fázisában.

Csapó Agnes dr.

**A tüdő felületaktív anyaga: mennyiség és minőség.** Smith, B. T. (Queen's Univ. Kingston, Ontario K7L 3N6): New Engl. Jour. Med., 1979, 300, 136–137.

A tüdő felületaktív anyaga biokémiai szempontból összetett, egyik fő alkotórésze a foszfatidilkolin-foszfolipid (lecitin). Eltérően egyéb foszfatidilkolintól, a felületaktív anyagban szokatlanul magas arányban vannak jelen telített zsírsavak.

A szerző a folyóiratban közölt egyik tanulmányra reflektál. (l.: az előző referátumot). A Shelley és mtsai által RDS-ben megfigyelt relatív emelkedése a telítetlen zsírsavaknak gyengíti a felületi aktivitást, valamint oxidatív metabolizmus következtében a nagyon toxikus endoperoxidok jelenlétét eredményezheti. Ezek közvetlen toxikus hatásukon túlmenően a legfeléletebb késői szövődmenyt jelentő bronchopulmonalis dysplasia (krónikus tüdőfibrozis) kialakulásában is szerepet játszhatnak a mechanikus kezelés (túlnyomásos lélegeztetés, nagy koncentrációjú oxigén) mellett.

Csapó Agnes dr.



**Mellkasi fizikoterápia újszülöttben. A váladék eltávolítás hatása az újszülöttre.** Erches, P. C., Scott, B. (John Radcliffe Hospital, Oxford, England): *Pediatrics*, 1978, 62, 713.

Gyakori az olyan fokban meg-növekedett tüdősecretio újszülöttben pneumonia, meconium aspiratio, bronchopulmonalis dysplasia esetén, mely atelectasiához és hypercapniához vezet. Ismert a mellkasi fizikoterápia (MF) jó hatása, de a secretum mennyiségéről még nincsenek adatok.

Hat betegről számolnak be. Ötnek hyalin membrán betegsége és pneumoniája, egynek apnoéja és pneumoniája volt. Kétóránként oropharyngealis vagy endotrachealis leszívás történt. MF-t alkalmazták a leszívás előtt 4 óránként, és akkor, ha még szükségesnek gondolták. A MF oldalra fordításból és kézi vibráló kezeléssel állt, lehetőleg kilégzés közben. Ezen kívül gyengéden ütögették a mellkast. Előzőleg mindig leszívták a gyomortartalmat. A szívás 10–20 mp-ig tartott (2–3 szívás). Air Shields Diapumpot használtak 50 Hgmm neg. nyomással. Pontos mérleggel mérték a katétert eredeti zacskójában (10 mg pontosság). Az eredmény az volt, hogy minden esetben a leszívott secretum, melyet MF után mértek, több volt, mint MF nélkül. A MF-t használják különböző újszülöttkori betegségekből, legtöbbször meconium aspiratióban.

**Veszélye:** kezelés közben csökken a Pa O<sub>2</sub> enyhébb fokban. Egy esetben bordatörés is volt.

A szerzők szerint az IRDS korai fázisában nem szükséges a MF, de később a secretum eltávolítása javítja az újszülött állapotát. Egyéni megítélés szükséges.

*Korányi György dr.*

**Tolazolin hatása súlyos hyalin membrán betegségben.** McIntosh, N., Walters, R. O. (Dept. Child Health, St. George Hosp., Blackshaw Rd., London SW17 0QT): *Arch. Dis. Childh.* 1979, 54, 105.

Pulmonalis értágítóként tolazolin-HCl-t alkalmaztak 20 koraszülöttnél, akik súlyos hyalin membrán betegségük miatt mesterséges lélegeztetésre szorultak, és akiknél nagyfokú hypoxia állott fenn. A szert csak akkor használták, ha a beteg állapota a légzési technikák ellenére romlott, ezért kontroll csoportot sem lehetett kialakítani. Az arteriális oxigenizáció szignifikáns javulását észlelték különösen azokban a csecsemőkben, akikben sem agyvérzés, sem pneumothorax nem lépett fel. A tolazolin kezelésre reagáló 10 koraszülöttnél 9 életben maradt, míg a nem reagáló 10-ből csak 2 maradt életben, noha ez utóbbiakon pneumothorax alakult ki. Valamennyi ko-

raszülöttet oro-endotrachealis tubussal, pozitív nyomással lélegeztették. A tolazolin dózisa: 1–2 mg/kg iv. Ennek hatására perifériás vasodilatatio lép fel és a keringés fenntartása érdekében infúzió, ill. transfúzió szükséges. Súlyos hypoxiában szenvedő koraszülöttekben, ha a hyalin membrán betegséghez egyéb szövődemény nem csatlakozik és az oxigenizáció más módon nem javítható, érdemes a tolazolin adással próbálkozni.

*Kiss Péter dr.*

**A sorozatos mellkas röntgenfelvételek korlátozott prognosztikus értéke respirációs distress szindrómában.** Kanto, W. P. és mtsai (Dept. of Pediatrics, Division of Neonatal — Perinatal Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA 30303): *Am. J. Obstet. Gynec.* 1978, 131, 757.

29 klinikailag és radiológiailag respirációs distress szindrómás újszülött mellkas röntgen felvételét készítettek el a szerzők a betegség első 5 napjában naponta, és Bomsel klasszifikációja alapján fokozatokba sorolták. A röntgenfelvételek alapján nem találtak különbséget a túlélők és meghaltak leletei között. 29 betegük közül 26-ban lecithin/sphingomyelin arányt határoztak meg a tracheaváladék-ból sorozatosan. A túlélők átlagos L/S aránya szignifikánsan magasabb volt ( $p < 0,025$ ), mint a meghaltaké. Ez a különbség nincs összhangban a mellkas felvételek stádium beosztásával. Az átlagos L/S arány a szerzők szerint a túlélés valószínűségét pontosabban megjósolja, mint az első 5 napon készített mellkas röntgen felvételek. A szerzők beteganyaguk értékelése alapján a röntgenfelvételek korlátozott prognosztikus értékét annak tulajdonítják, hogy szelektáltan súlyos — 3–4. stádiumú — betegeket kezeltek. A klinikai és egyúttal radiológiai gyógyulást viszont legalább 24–48 órával megelőzi a lecithin termelődése, a szerzők ennek tulajdonítják a biokémiai paraméter jobb prognosztikus értékét.

*Gagyí Dénes dr.*

**Lélegeztetési módszerek összehasonlítása hyalin membrán betegségben.** Manginello, F. P. és mtsai (The New York Hospital, Perinatology Center 525 East 68-th Street, New York NY 10021 USA): *Arch. Dis. Childh.*, 1978, 53, 878.

Súlyos hyalin membrán betegségben szenvedő újszülöttek aszisztált lélegeztetését két különböző módszerrel végezték a szerzők, összehasonlítást végezték a két vizsgálati csoportba 10–10 beteg osztva. Az egyik csoportot térfogatvezérelt, a másikat nyomásvezérelt respirátorral, utóbbiban a belégzés és kilégzés arányát 1:1-

re állítva lélegeztették. A két csoportot úgy alakították ki, hogy a betegek súlyossága pH és vérgáz érték alapján összehasonlítható legyen.

A pH és pO<sub>2</sub> értékek mindkét fajta lélegeztetés hatására gyorsan rendeződtek. A nyomásvezérelt respirátorral lélegeztetett csoportban azonban magasabb volt a túlélés aránya és alacsonyabb a komplikációk száma. A vér oxigéntenzója már egy órával a nyomásvezérelt lélegeztetés beállítása után lényegesen javult, és a belélegeztetett oxigén koncentrációját átlagosan 8 óra múlva csökkenteni lehetett, viszont a térfogatvezérelt respirátorral lélegeztetett csoportban nem. A vérnyomásértékeket egyik fajta lélegeztetés sem befolyásolta. A tanulmány szerzői szerint a nyomásvezérelt respirátorral való lélegeztetés jobb, ennek okát a viszonylag alacsony belégzési végnomásnak (20–25 vízcmm) és a hosszú belégzési periódusnak tulajdonítják.

(*Ref.: Miként a szerzők is hangsúlyozzák, 10–10 esetből nem ajánlatos messzemenő következtetéseket levonni, azonban ajánlatos e megfigyeléseket figyelembe venni a további respirátorok beszerzésénél is, annál is inkább, mivel a térfogatvezérelt respirátorok ára 4–5-szöröse a nyomásvezéreltekének; — viszont mindmáig ezeket tartják alkalmasabbnak világszerte a respirációs distress szindrómás újszülöttek lélegeztetésére.*)

*Gagyí Dénes dr.*

**A respirációs distress szindróma epidemiológiája Norvégiában.** Reed, M. D. és mtsai (National Inst. of Health, Bethesda): *American Journal of Epidemiology* 1978, 107, 299.

Norvégiában 1967–1973-ig 7 éves időtartam alatt, 457 465 élve születés adataira támaszkodva vizsgálták az RDS gyakoriságát, mortalitását, letalitását, ismétlődési hajlamát az újszülöttek neme, súlya, gestatiós ideje, a születés sorszáma, valamint a terhességi komplikációk és szülés módja szerint. A teljes élveszületett populatio adatai alapján az 1000 élve születésre számított 2,7-es gyakoriság és 1,1-es halálozás nagyon alacsony. A letalitás 41,3% volt. A vizsgálat ideje alatt mind a gyakoriság, mind a mortalitás növekedését észlelték, amerikai szerzőkhöz hasonlóan.

Feltűnő az RDS mortalitásának, gyakoriságának és letalitásának csökkenése a születési súly és gestatiós idő emelkedésével.

A legveszélyesebb kategóriák, amikor az újszülött 2500 g-nál kisebb súlyú és a 36. gestatiós hetnél fiatalabb. A gyakoriság és mortalitás magasabb a fiúknál, a letalitás pedig a lányoknál. Az RDS ismétlődési hajlama leggyakoribb azoknak az asszonyoknak a 2. szülött gyermekeiben, akiknek első gyermeke

RDS-s volt. Az RDS gyakorisága császármetszés esetén magasabb (4,6), mint bármely más komplikáció esetén. A földrajzi tényezők, az urbanizáció, az iparosodás, az anyai életkor, a születési sorrend és az anya családi állapota nincs összefüggésben a gyakorisággal és mortalitással.

Végezetül néhány problémára hívják fel a figyelmet: Tisztázatlan esetekben a respirációs zavar kifejezés használatát javasolják az RDS kategórián belül. Ezenkívül a Silverman, Stahlman és Apgar score alkalmazását, a boncolás részletes leírását, valamint a születési súly és gestatiós idő szerinti osztályozást ajánlják.

Pusztai Irén dr.

**A szoptató anyák száma emelkedőben van.** E. C. Coles, S. Cotter, H. B. Valman (Northwich Park Hospital and the Clinical Research Centre, Middlesex): British Medical Journal, 1978, 2, 1122.

Aggodalmat keltő az utóbbi időben a szoptató anyák számának csökkenése szerte a világban. Egyes országokban hatásos intézkedésekkel sikerült elérni, hogy a szoptató anyák száma gyarapodik.

A szerzők 1975 és 1977 egy-egy hónapját hasonlították össze. Ebben az időszakban szült asszonyokat levélben kértek fel válaszára a szülést követő egy hónap múlva. A még szoptató anyák részére három hónappal a szülés után kérdőívet küldtek ki. A kiértékelés során rasszbeli eltérést nem találtak. A szociális helyzet elemzésekor a jó és rosszabb helyzetben élő anyák között 82—54% eltérés mutatkozott.

Az értékelés azt mutatta, hogy a szoptatást serkentő kampány, amelyben tevékeny részt vállaltak a szülészek, szülésznők, körzeti ápolónők, igen jó hatással volt, mert jelentősen emelkedett a szoptatási arány. A szoptatási készség a primiparáknál nagyobb volt (42%), mint a multiparáknál (37%). A felvilágosító kampány hatására a szoptatási idő kitolódását is tapasztalták. A vizsgálat majd 500 anyára vonatkozott.

(Ref.: A szoptatás jelentőségéről és népszerűsítéséről a JAMA 1978, 240, 2612. oldalán is olvashatunk. A közlemény is beszámol az „indukált szoptatási kedv” fokozatos javulásáról.)

Györy Kiss Ferenc dr.  
Assefa Abebe dr.

**Újszülöttkori sárgaság profilaxisa anyai antipyrin (Phenazon) kezeléssel.** (Előzetes közlemény.) Lewis, P. J., Friedman, L. (Inst. Obst. Gynecology, Queen Charlotte's Hospital, Goldhawk Road, London): Lancet, 1979, I., 300.

Az újszülöttkori sárgaságok száma az utóbbi években egyre emelkedik, ennek okai között szerepel az epidural anaesthesia és oxyto-

cin indukálta szülés elterjedése. Phenobarbital alkalmazása enzim indukciós kezelés céljából eredményes ugyan, de sedatív hatása miatt nem kellően terjedt el.

A Phenazonnak felnőtteken a glucuronil-transferase indukáló hatását tapasztalták. Ennek felhasználásával a 38. gestatiós héttől kezdve a magzat megszületéséig napi 300 mg-os egyszeri adagban, kettős vak módszerrel, kísérletet végeztek. Minimálisan 9 napig adagolták, átlag 15,5 tablettát, és azt tapasztalták, hogy az újszülött 4. életnapján vizsgált bilirubin koncentráció a kezelt csoportban átlag 62,6  $\mu\text{mol/l}$ , míg a placebós csoportban 111,5  $\mu\text{mol/l}$  volt. Mellékhatást az újszülötteken nem tapasztaltak.

Földes Gyula dr.

## Trópusi medicina

**Marburg-, Lassa- és Ebolavirus mint haemorrhagiás láz okozója.** Siegert, R. (Hygiene Inst. Univ. Marburg/Lahn): Dtsche Med. Wschr. 1978, 103, 1176—1181.

A Marburg-vírust először 1967 nyarán hurcolták be Európába, amikor Marburgban, Frankfurtban és Belgrádban 31 egyén betegedett meg magas lázzal és véres kiütésekkel. A fertőzés forrása Ugandából importált Cercopithecus (cerkóf) majom volt. A legtöbb fertőzés a laboratóriumban következett be, volt néhány orvosi, ápolónői és családi kontakt. Afrikában e betegség 1975-ben jelentkezett, két utas és később egy ápolónő betegedett meg.

A betegség 3-9 napos lappangás után kezdődik magas lázzal, rosszulléttel; hányás, hasmenés bekövetkezhet, ez exsiccósist okozhat. Az 5-8. napon fejlődnek ki a kiütések, főleg a szájadlapon, köthártyán, súlyosbodhat iny-orr- és gyomorvérzéssel. Sárgaság nincs, idegrendszeri zavarok néha. A betegség 15-20 napig tart, késői szövődményei, hereatrófia, hajkihullás. A letalitás 27%, főleg keringési zavarok miatt.

A kórokozó 700—4000 nm nagyságú RNS-vírus, jól szaporodik szövetnyezetekben, élőben zárványokat képez, átvihető majomra, hőröcsögre, tengerimalacra. A vírus kimutatható a vérből, torokváladékból, vizeletből, elektronmikroszkóp és immunfluoreszcencia segítségével. Feltehetőleg nem a majom a reservoir-ja, de ez még nem ismert. Terjedhet vérrel, a légutakon és spermatozoonon át. A gyógykezelés tüneti, rekonvaleszcens savó jó hatású. Karantén-betegség, 6 hétig fenn kell tartani a vesztésgázart.

A Lassa-vírus 1969 óta Nigériában, Libériában, Sierra Leone-ban több mint 100 megbetegedést okozott, különösen a kórházi és laboratóriumi személyzet veszélyeztetett.

Nigériában 2 ott dolgozó német orvos betegedett meg, az egyik meghalt. A kórokozó izolálása az USA-ban is 2 laboratóriumi fertőzést okozott, egy halálesetet; Londonba egy missziósnővér hurcolta be a betegséget.

3-16 napos lappangás után magas lázzal kezdődik, jellemző rá a száj és torok fekélyes gyulladása, továbbá lymphadenitis és az egész testre kiterjedő kiütés. Bekövetkezhet hasmenés, szövődményként pneumonia. A betegség 2-4 hétig tart, a kórházban kezelt letalitása 36—66%, az atípusos eseteké nem ismert.

A kórokozó 60-280 nm, tüskés burkot tartalmaz. RNS van benne, az Arena-vírusokhoz tartozik, antigénrokon az LCM-vírussal, másrészt a Tacaribe-vírusokkal, pl. az argentin és bolíviai haemorrhagiás lázak okozóival. Egérre erősen pathogen. Kimutatható a beteg véréből, torkából, vizeletéből, a 3. hét után neutralizációs és komplementkötési próba alkalmazható. 1970—1972-ben több kórházban okozott másodlagos fertőzést, harmadlagos fertőzések már enyhék.

Az átvitel még nem eléggé tisztázott; vér, eszközök, vizelet, köpet terjesztik a vírust, lehet légúti is a fertőzés. Valószínű, hogy a latens fertőzöttek viszik át a kórokozót. A reservoir talán egy nyugat-afrikai patkány (Mastomys nataliensis).

A fertőzés karantén-betegség. Endémiás helyen irtani kell a rágcsálókat.

Az Ebola-vírus 1976 VII—XI. között okozott Szudánban járványt Nzara városában 70, Maridiban 229 betegséget előidézve, melyek csaknem fele halálos volt. Maridiban 230 kórházi dolgozó közül 76 fertőződött és 41 halt meg. Ugyanakkor Zaire északi részén is volt járvány, 43 faluban 237 egyén betegedett meg közülük 211 halt meg, a kórházi személyzetre itt is ráterjedt. Angliában egy technikus fertőződött laboratóriumban. A betegség 4-16 nap után kezdődik, lázzal, majd hányás és hasmenés társul a tünetekhez és száraz köhögés. Az ötödik naptól kezdődnek a kiütések. Idegrendszeri zavarok tapasztalhatók s májlejíziók sárgaság nélkül; terheseken gyakori az elvetélés. A letalitás 50—90%.

A kórokozó hasonló a Marburg-vírushoz, de serológiaiilag nem rokon. Átvihető majomra és tengerimalacra. A vírus kimutatható a vérből és szövetekből elektronmikroszkóppal, az ellenanyagok immunfluoreszcenciával és komplement kötéssel.

A morbiditás Szudánban 3,5—15%, Zaireben 1—8%. Az átvitel főleg kontakt módon történik, a másodlagos esetek aránya 15%, a harmadlagosaké 14%, a negyedlegeseké 9%.

E három betegség nem turisták, sokkal inkább egészségügyi betegek: laboratóriumi, kórházban dolgozók és ápolószemélyzet. A

kórokozókkal csak különleges el-  
különítést lehetővé tevő „nagy biz-  
tonságú” („high security”) labora-  
tóriumban lehet dolgozni; az  
NSZK-ban ilyen nincs.

Nikodemusz István dr.

**Meleg éghajlat országában el-  
töltött idő után bekövetkező trópu-  
si enteropathiák.** Fleischer, N. K. F.  
(Missionärztl. Klinik, 8700 Würz-  
burg): Bundesgesundh. blatt. 1978,  
21, 230—234.

Olyan egyéneken, akik hosszabb  
időt töltöttek el trópusi országok-  
ban s olyan körülmények között  
dolgoztak, ahol a higiénés helyzet  
sok kívánivalót hagy maga után,  
gyakran szenvednek idült hasmenés-  
ben és hyperflatulációban. Az el-  
végzett jejunum biopsia idült nem  
specifikus jejunitist mutat ki. A la-  
boratóriumi leletek közül feltűnő  
az esetleges enyhe megaloblastos  
anaemia, növekszik a hypersegment-  
ált neutrophil granulocyták ará-  
nya s a vérsavó béta-globulin tar-  
talma. A vörösvértestek folsavtar-  
talma normális. Az abszorptió pró-  
bák nagyrésze kóros értékeket ad.  
A gyógykezelés folsav adásából (5-  
10 mg/die) áll, ezt néhány hétig  
kell folytatni s az étrend kevés  
zsírt tartalmazzon. Néha szükség  
van per os tetracyclin adagolására  
is.

Nikodemusz István dr.

**Tigriskígyó (Notechis scultatus)  
marásának három tanulságos esete  
s hogy biztosítja a radioimmunas-  
say a kórimét.** Sutherland, S. K.,  
Coulter, A. R. (Canberra Hosp.  
Australia): Med. J. Austral. 1977,  
2, 177—180.

Egy 9 éves fiú elment az isko-  
lából s a rendőrség találta meg 26  
óra múlva eszméletlen állapotban;  
kórházba szállítás alatt meghalt. A  
bőr kígyómarás jeleit mutatta, a  
hólyagban levő vizelet sötétbarna  
volt és sok myoglobint tartalma-  
zott. A paraaortális nyirokcsomók  
magnagyobbodtak. Radioimmunas-  
say segítségével a bőrben, nyirok-  
csomókban, vesében, vizeletben (ez  
utóbbiban 800 ng/ml mennyiség-  
ben) Notechis scultatus mérget ta-  
láltak, Demansia textilis mérget  
nem volt kimutatható, s Donosonia  
superba mérget kis mennyi-  
ségben volt kimutatható (kereszt-  
reakció?).

Eszméletlenül találtak egy 10  
éves kislányt. A katéterrel vett vi-  
zeletben sok myoglobint találtak, a  
vizelet barna volt. Bivalens (Note-  
chis és Demansia) antitoxin adá-  
sára, valamint tüneti kezelésre  
(physiotherapia) a gyerek három  
hét alatt meggyógyult. A RIA  
vizsgálat N. scultatus mérget mu-  
tatott ki a marás helyén 250 ng/g  
mennyiségben.

A harmadik esetben egy felnőtt  
véréből, ami még az antitoxin ke-  
zelés előtt került levételre, N.

scultatus mérget (10 ng/ml) mutat-  
tak ki. A gyógyulás hamar bekö-  
vetkezett. A szerzők felhívják a fi-  
gyelmet a radioimmunasay (RIA)  
hasznára a gyors kórimében.

Nikodemusz István dr.

**Szokatlan kígyómarási történet.**  
Gaynor, B. (Canberra Hosp. Aust-  
ralia): Med. J. Austr. 1977, 2, 191.

Egy 7 éves kislányon éjjelkor  
hányás és hasmenés kezdődött,  
ugyanakkor említette szüleinek,  
hogy egy nagy csíkos kígyót látott,  
amelyik bekúszott a hálószoba  
egyik szekrényébe. Másnap reggel  
a gyerekek beszédzavarai vol-  
tak s nem tudta kinyitni a szemét.  
Nem tett említést arról, hogy a  
kígyó őt megmarta volna s ezért  
csak a harapás után 23 órával ke-  
rült kórházba, meglehetősen alu-  
székony állapotban, a szemét nem  
tudta kinyitni, a szájadlása meg-  
bénult s rekeszi légzést mutatott.  
Katéterrel borbarna vizelet ürült.  
A vizsgálati adatok közül kieme-  
lendő a normális thrombin idő,  
ill. a normális alvadási idő, továb-  
bá a 28 000-es fvs-szám. Két am-  
pulla polyvalens antitoxin bevitel-  
ére javulás kezdődött, a gyógyu-  
lás hamar bekövetkezett. Szeroló-  
giai vizsgálatokkal kiderült, hogy  
a kérdéses kígyó tigriskígyó (No-  
techis scultatus) volt.

Nikodemusz István dr.

**A női nemiszervek bilharziosis.**  
Gloor, E. és mtsai (Inst. Path.,  
Univ. Lausanne): Schweiz. med.  
Wschr. 1979, 109, 55.

Az egyre gyakoribbá váló inter-  
kontinentális utazások fontossá te-  
szik a *trópusi betegségek ismeretét*  
és bizonytalan folyamatokban az  
anamnesis ilyen irányú gondos  
explorációját. Svájci vonatkozás-  
ban több kazuisztika számolt be  
már a bilharziosis intestinalis, he-  
patica et vesicalis behurcolt esetei-  
ről. A szerzők egy 54 éves nőbete-  
gükről számolnak be, aki incontinen-  
tia urinae, cystitis, polymen-  
orrhoeás panaszai miatt került  
kivizsgálásra. A beteg négy évvel  
ezelőtt többször tartózkodott  
Egyiptomban és afrikai országok-  
ban. Laparotomia kapcsán vélet-  
lenül derült ki a pefészék és a  
kürt Schistosoma haematobium  
fertőzése. A kórszövetani kórisme  
után *Ambilhar* kezelést kezdtek.

Mind a férfi, mind a női geni-  
tális bilharziosis gyakran szövődik  
a hólyag és a belek bilharziosis-  
sával. A női genitális bilharziosis  
főleg a méhnyakra és hüvelyre lo-  
kalizálódik, kevésbé gyakran a  
vulván és igen ritkán a méhtesten  
is előfordul. A bilharziosis genita-  
lis nem ritka betegség az endé-  
miás országokban s rendszerint a  
hólyag bilharziosis kísérője. A  
schistosoma egyes fajtái (mansoni,

haematobium, japonicum) külön-  
böző geotopographiai vonatkozás-  
sokkal bírnak.

ifj. Pastinszky István dr.

**A legrégebb bizonyított foglalko-  
zási ártalom.** Schneider, H. (Oberer  
Stefansberg 38600 Bamberg): Zbl.  
Arb. med. Arb. schutz, 1978, 28, 47.

A Bilharziosis (Shistosomiasis,  
egyiptomi vérvizelés) azon fertőző  
betegség, amelyik az egyiptomi fel-  
lahokat (földműveseket) emberem-  
lékezet óta sújtja. Ezek régen rab-  
szolgák voltak, újabban szegénypa-  
rasztok, ők testesítették meg azt a  
mondást, hogy: „Egyiptom a Nílus  
ajándéka”. A melegt és nedvessé-  
get kedvelő növények, amelyek  
emberek élelmezését biztosították,  
a Nílus völgyében jól tenyésztek.  
Már a XXI. dinasztia idejében  
rendszeres földművelést folytattak.  
Az *Ebers* és *Brugsch* papirusokban  
már említik a táplálkozási zavaro-  
kat és az ún. egyiptomi vérszegény-  
séget. A leírásokban nincs külön-  
ség az ankylostomiasis és bilhar-  
ziosis között, mindkét betegség  
előfordult és ma is előfordul ott.

*Bilharz* felfedezése óta ismertek a  
Schistosomák (vérmételegyek), egyes  
trópusi országokban a lakosság 50—  
90%-a fertőzött azokkal. A férgek  
cercaria alakjai, amelyek külön-  
féle csigákban fejlődtek ki, a ter-  
mészetben kb. 60 óráig életképesek,  
az elárasztott földeken (rizsfölde-  
ken) dolgozó egyének szervezetébe  
hatolnak be, ehhez 10 mp elegendő.

A betegség tünetei eléggé ismer-  
tek, említésre kívánkozik a behato-  
lás helyén keletkező ún. cercaria  
dermatitis, ez egyébként előfordul-  
hat víziszármazásokon is; ezek szin-  
tén lehetnek végső gazdák. Nap-  
jainkban mintegy 200 millió ember  
szenved bilharziosisban, Európában  
a betegség csak Dél-Portugáliában  
endémiás. A fertőzés behurcolása  
lehetséges, de hidegebb éghajlat  
alatt nincsenek meg a terjedéshez  
kedvező lehetőségek

Nikodemusz István dr.

## Rehabilitáció

**Perifériás idegsérülések és a  
brachialis plexus túlnyújtásos sé-  
rüléseinek kezelése.** Wynn-Parry,  
C. B. (Royal National Orthopaedic  
Hospital, London): International  
Rehabilitation Medicine 1978, 1, 9—  
20.

A dolgozat az elmúlt évtizedek  
fejlődését, a jelenleg követendő  
módszereket tekinti át. Elsősorban  
a fizioterápia és a rehabilitáció  
feladataival foglalkozik. Megállá-  
pitásai közül az alábbiak kívánko-  
znak kiemelésre.

A perifériás idegsérülés műtétje  
előtt teljes passzív mozgathatósá-  
got kell elérni. Legjobb módja a  
naponta többször ismételt lazító

kezelések és az elért eredményt megtartó, nem korrigáló voláris sinek alkalmazása. Az erőszakos nyújtást eredményező, rugós dorsalis sineknek többféle káros mellékhatása lehet.

Újabb neurophysiologiai kutatások az idegrendszer, ezen belül a perifériás érző idegek funkciójának dinamikus voltát bizonyítják. A kéz érző képességének vizsgálatában éppen ezért a statikus két pont diszkrimináció vizsgálata helyett funkcionális próbákat vezettek be. Ezek jó eredményt adhatnak rossz két pont diszkrimináció esetében és fordítva. A tapintásérzés lokalizációjának pontosságát, különböző tárgyak és anyagok „vakon” történő felismerésének idejét vizsgálják. Néhány hetes — naponta többször rövid ideig tartó — gyakoroltatás után az eredmények lényeges javulását lehet tapasztalni.

A plexus brachialis sérüléseknek mintegy harmada jár az idegkötegek szakadásával. Az idegyökerek kiszakadhatnak a gerincvelőből, vagy a csigolyák és a clavicula közötti szakaszon történik szakadás. Utóbbi esetek műtéti kezelése jelenleg kb. 20%-ban eredményes. A pontos diagnosztika lehetővé teszi a különböző sérülések elkülönítését, de még így is előfordulnak váratlan műtéti leletek.

Az esetleges műtéttől függetlenül — a regeneráció hosszadalmas volta miatt — fenn kell tartani a végtag passzív mozgathatóságát, de lehetőleg aktív használatát is. Utóbbi célból előregyártott elemekből 2-3 nap alatt elkészíthető, a mechanikus karpotézishez hasonlóan működő ortézist adnak, amellyel a beteg 1-2 hónapon belül munkába áll. Így az idősebb plexus brachialis sérültek sem válnak egykezessé a regeneráció 1-2 évig tartó ideje alatt. Az esetek egy részében szükség lehet végleges ortézisek készítésére is.

A fájdalom nem képezheti plexus brachialis laesio miatti amputáció indikációját, mivel azt nem is befolyásolja. (A fájdalom kiváltója az elszakadt idegrost, az amputáció csak ettől distalisán történhet.) Az ortézis viselés az amputáció utáni protézisviselést is elősegíti. A regenerációt egyes ritka esetekben csak 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> évvel a sérülés után észlelték, ez a megfigyelés is az amputációk óvatos indikációját támasztja alá.

Perifériás idegsérülések okozta fájdalom csillapításában jó tapasztalatokat szereztek a sérüléstől proximálisan végzett elektromos ingerléssel.

Kullmann Lajos dr.

**Ellenállásos légzőtorna súlyos idült obstructív tüdőbetegség esetén.** Anderson, J. B. és mtsai (Herlev Hospital, Copenhagen, Denmark): Scandinavian Journal of Respiratory Diseases, 1979, 60, 151.

Egészséges emberben a légzőtorna hatására a légzőizmok teljesítő ké-

pessége fokozódik. Túlzott terhelésre azonban a törzs egyéb izmaihoz hasonlóan ezek az izmok is kimerülnek. Különösen nehéz a légzőizmok munkája idült obstructív tüdőbetegségben. A szerzők azt vizsgálták, hogy ezekben a betegekben a légzés munkájának az emelése fokozza-e a légzőizmok kimerülését, és ellenállásos légzőtornával lehet-e ezen az állapoton javítani. Abból az elvből indultak ki, hogy ha a törzsizom kevesebb energiát kap annál, ami a munka elvégzéséhez szükséges, az izom lassan kifárad. Ez a jelenség az erre a célra szolgáló készülékkel mérve abban jut kifejezésre, hogy az alacsony frekvenciájú aktivitás amplitudója fokozódik, a magas frekvenciájú aktivitás amplitudója pedig csökken. A szerzők figyelműket a rekeszizom működésére irányították, aminek a működését a 6. és 7. bordaközbe helyezett elektróddal ellenőrizték. Tíz átlag 59 éves súlyos idült obstructív tüdőbeteg idült légzőkészüléken át lélegeztetett olyan légzés munkájával szembeni ellenállást 7 víz-cm-rel fokozta. A betegekben a rekeszizom működése már enyhe terhelés után is csődöt mondott. Ha azonban a légzés terhelését óvatosan, a normális légzés közben 2 perccenként „beoptáltak” a szervezetbe, a beteg lassan hozzászokott a terheléshez és képes volt arra, hogy naponta háromszor végezze a terheléses légzőgyakorlatot 4, majd 8 héten át is. Időközönként ellenőrző mérést végeztek, nehogy a rekeszizom a terhelésre teljesen kimerüljön. A légzőtorna hatására valamennyi beteg állapota javult. Egyre nagyobb terhelést bírtak el, közérzetük jobb lett és aktivitásuk fokozódott. 3 beteg ismét kerteszkedett, egy pedig 3 évi rokkantsági állapot után ismét folytatta munkáját. A kis légutakban levő ellenállás csökkenése következtében könnyebb lett a betegek köpetürítése is.

Pongor Ferenc dr.

## Szülészet-nőgyógyászat

**A magzat nemének meghatározása céljából végzett amniocentesis etikai problémái.** Fletcher, J. C. (National Institutes of Health, Bethesda, MD., USA): New Engl. J. Med. 1979, 301, 550.

A magzat nemének meghatározását a szülők két okból kéri az Egyesült Államokban. Egyrészt nemhez kötötten örökklődő megbetegedések esetén, másrészt amikor a magzat nemének ismeretében kívánnak dönteni az egyébként egészséges terhesség kiviseléséről vagy megszakításáról. Az örökletes megbetegedések kiszűrésére végzett amniocentesis ma már világszerte elfogadott és elterjedt eljárás, ugyanakkor a nemek közötti válogatás céljából végzett nemmeghatározást, mint etikailag is támadható beavat-

kozást, a szakemberek többsége elutasítja.

A szerző korábban hasonló nézeteket vallott, a prae-natalis genetikai vizsgálatokat kizárólag örökklődő megbetegedések, ill. veleszületett rendellenességek korai diagnosztikája céljából tartotta megengedhetőnek. Tekintve, hogy a nemi jelleg nem betegség, úgy vélte, hogy a csak erre kíváncsi szülőket el kell utasítani. Az orvosok egyébként sem kényszeríthetők olyan beavatkozások elvégzésére, amelyek nem „életmentőek”. A nemi szelekció céljából történő amniocentesis és az azt követő abortus valószínűleg a nemek közötti szociális egyenlőtlenség fokozódásához vezetne, mivel várhatóan a fiú utódokat részesítenék előnyben. Ez pedig a közvéleményben is heves tiltakozást váltana ki.

Az Egyesült Államokban 1973 óta érvényben levő abortusz törvény a szerzőt fenti véleménye felülvizsgálatára, ill. megváltoztatására készítette. Ez a törvény ugyanis kizárólag az anyára bízta annak eldöntését, hogy ki akarja-e viselni terhességét, döntését semmilyen fórum előtt nem kell indokolni. Ennek következtében jelentős a valóban triviális okok miatt elvégzett művi vetélések aránya. Kérdés, hogy miközben az abortusz törvény az egyéni szabadságjogok tiszteletben tartására hivatkozva abszolút döntési jogot biztosít a terhes számára terhességének sorsát illetően, megtagadható-e tőle a magzat nemére vonatkozó információ, amelynek birtokában esetleg a terhesség megszakítása mellett döntene? A jelenlegi gyakorlat ellentmondásosságának igazolására egy konkrét példát is említ. Egy szülészet-nőgyógyász minden kérdezősködés nélkül megszakítja egy fiatal nő terhességét, aki mint később kiderült, azért végeztette el az abortuszt, mert egy európai utazásra készült. Ugyanez az orvos, aki egy prae-natalis diagnosztikai központban is dolgozik, kénytelen elutasítani azt a már három egynemű gyermeket szült anyát, aki negyedik terhessége során kérte a magzat nemének meghatározását.

A szerző számára komoly lelkiismereti problémát jelent az Egyesült Államokban elvégzett művi vetélések nagy száma és különösen az indokok megalapozatlansága. Személyes véleménye továbbra is az, hogy a magzat neme önmagában nem lehetne az interruptio indoka, és hogy a prae-natalis diagnosztikának csak akkor van létjogosultsága, ha azt a magzati élet védelmében végzik. Ennek ellenére úgy véli, hogy a jelenlegi helyzetben nem tagadható meg a szülőktől a magzat nemére vonatkozó információ, még akkor sem, ha netán ennek ismeretében a terhesség megszakítása mellett döntenének.

Többen úgy gondolják, hogy ez nem vezetne a fiúk arányának növekedéséhez, mivel az ilyen kéréseket az motiválja, hogy a már



114,7±33,6 ng/ml, amely az 5. napra mintegy ötödére csökken. Dysmenorrhoeás betegek esetében a kezdeti érték 335,4±162,9 ng/ml volt, a két csoport közötti különbség tehát erősen szignifikáns. Ezzel szemben a PGE 1 koncentráció a menses alatt gyakorlatilag változatlan, és a két csoport között sem volt megfigyelhető számottevő különbség.

Véleményük szerint a primer dysmenorrhoea oka a PGF 2a fokozott biosynthesise, amelynek gátlásával a panaszok jelentősen csökkenthetők. Therapiásan az indometacinumot ajánlják, amely 75–200 mg/die adagban a PGF 2a szintet az eredetinek 10–15%-ára csökkenti.

Gardó Sándor dr.

**Ritodrin és isoxsuprin (béta-adrenerg gyógyszerek) hatása a terhesek anyagcseréjére dexamethasonnal és anélkül.** Kauppila, A. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, Oulu, Finland): *Obstetrics and Gynecology*, 1978, 51, 288–292.

A béta-adrenerg gyógyszereket gyakran alkalmazzák együtt glucocorticoidokkal bizonyos terhességek esetén. Az előbbi abból a célból adják, hogy a megindult koraszüléseket leállítsák a méhizomzat fájlástevékenységét, míg az utóbbit azért, hogy eközben a magzati tüdőérést gyorsítsák, s ezzel megelőzzék a koraszülöttek idiopathiás respirációs distress szindrómáját. Noha a gyakorlatban e gyógyszereket ma már széles körben használják, mégis kevés ismerettel rendelkezünk a terhes nők anyagcseréjére kifejtett hatásaikról. Jelen tanulmány ehhez szolgáltat értékes adatokat.

28 terhes szerepelt a vizsgálatban. gestatiós idejük 28–40 hét

volt. Ebből 10 kapott ritodrint, 12 pedig isoxsuprint, 6 kontrollként szerepelt. Mindegyik terhes egészséges volt, a terhességük után elvégzett glukóztolerálás is normális lefolyást mutatott. A dexamethason napi 12, 8, 4 mg dosisban adták 3 napon keresztül im. A ritodrint infúzióban adták, 150 µg-ot 15 percig, majd 100 µg-ot további 6 órán át; isoxsuprint hasonló módon, de a dosis 200 µg, majd 150 µg volt. Vénás vérből az alábbi vizsgálatokat végezték el: ciklikus adenosin 3-5-monophosphat (cAMP), vér-glukóz, triglicerid, koleszterin, vas, kálium, calcium, foszfor, lactat dehidrogenáz, alanin aminotranszferáz, aspartat, aminotranszferáz, alkalikus foszfatáz, bilirubin, urea, creatinin, húgysav, insulin, szabad zsírsavak, cortisol, vaskötő képesség, teljes vaskötő képesség, haptoglobin és transferrin. Szignifikáns eltérést csak a cAMP, glukóz, insulin, lipid, vas és kálium értékekben találtak.

A cAMP mennyisége a ritodrinnal kezelt csoportjában már 20 perc múlva jelentősen megemelkedett, míg az isoxsuprin csoportban csak 6 óra múlva. A dexamethason mindkét gyógyszer hatását fokozta. A glukóz és insulin koncentráció a ritodrinnal kezelt csoportban növekedett meg erőteljesebben és a steroid tovább fokozta az emelkedést. A triglycerid érték csak a ritodrinnal kezelt csoportban növekedett meg szignifikánsan, a koleszterin szint mindkét kezelt csoportban jelentősen csökkent, míg a szabad zsírsav mennyiség mindkét csoportban emelkedett. Steroid nem volt befolyással ezen anyagok mennyiségi változására. A szérumban vas egyformán csökkent mindkét kezelt csoportban. A teljes vaskötő képesség, valamint a transferrin szignifikánsan csökkent, a haptoglobin változatlan maradt. A de-

xamethason nem okozott eltérést az imént ismertetett szérumban alakulásában.

Feltűnő csökkenést tapasztaltak a vér kálium koncentrációjában, amely legkifejezettebb a ritodrin+dexamethasonnal kezelt csoportban volt. Itt az átlagos kálium koncentráció 2,4 mmol/l volt már a kezelés 4. órájában.

A vizsgálatokból élesen szembe tűnt, hogy a ritodrin kifejezettebb anyagcsere-változásokat okozott, mint az isoxsuprin, de ez a különbség adódhatott részben az eltérő dosisból is. Mind a ritodrin, mind pedig az isoxsuprin megemelte a vér glukóz, szabad zsírsav és triglicerid koncentrációját. A glucocorticoid ezt a hatást még tovább fokozta, de ezek mindezzel együtt sem értek el olyan koncentrációt, hogy klinikailag jelentős lett volna. Viszont az ismertetett két béta-adrenerg gyógyszer ezen hatásával elősegítheti a magzat intrauterin növekedését.

A nagyfokú szérumban vas csökkenést a szóban forgó gyógyszerek által kiváltott fokozott haemopoesissal lehet magyarázni, mely alatt a vas a reticuloendothelialis sejtekbe vándorol.

A tekolytikus gyógyszerek adásával kapcsolatos szérumban kálium csökkenést már korábban is megfigyelték. Valószínű, hogy az extracellulárisan elhelyezkedő kálium az intracelluláris térbe lép be. Valószínű, hogy ez a gyógyszer hatására megszaporodott insulin és vasopressin tevékenységének a következménye. A dexamethason egyik gyógyszer esetében sem fokozta a hypokalaemiát. Mindamellát a hypokalaemiát paralytikus ileus vagy arrhythmia kísérheti a terhesség alatt.

Horváth Imre dr.

**MEGRENDELHETI**

*külföldre bárhová, forintbefizetés mellett*

**az ORVOSI HETILAP-ot**

**Posta Központi Hírlapiroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850**

PH

1602



## A Levamisol egy új mellékhatásáról és lehetséges magyarázatáról. (A kazuisztikák értékéről.)

**T. Szerkesztőség!** Nagy érdeklődéssel és figyelemmel olvastam *Petrányi Gyula* professzor közleményét (Orv. Hetil. 1980, 121, 127.) „A tápcsatorna autoimmun betegségei”-ről. A tápcsatorna organspecifikus betegségeinek (primer chronicus gastritis, sicca-syndroma) kialakulásában szerepet játszó autoaggresszív reakciók jelentősége eddig is közismert volt. Azonban az immun szisztéma működésének immunotrofiás elmélete merőben új hipotézis. Ennek a hipotézisnek a megismerése adta számomra azt az indítékot, hogy röviden beszámoljak egy juvenilis rheumatoid arthritiben szenvedő fiatalemberről, akinél levamisol terápia (Decaris) alatt két ízben 1—1 napig tartó akut hasi tüneteket észleltünk. A tüneteket a levamisol ritka mellékhatásaként értékeltük. (Eddig az irodalomban ilyen mellékhatásról nincs közlés).

S. Zs. 32 éves férjbetegünk 8 éves kora óta szenved juvenilis típusú rheumatoid arthritist. A klinikánkon 1974 óta gondozzuk. Az elmúlt 6 évben folyamatosan, klinikai állapotának megfelelően immunosuppresszív kezelésben (Imuran, Prednisolon) részesült — arany (Tauredon) adásával kiegészítve. Legutóbbi klinikai felvételére 1979 decemberében került sor, felső légúti hurut tüneteit követően, lázasan, az alapbetegségének exacerbációja miatt. Ezzel szemben 2. hetében az ízületi fájdalom, duzzanat megszűnt, de lázai változatlanul fennálltak, amelynek hátterében perisztáló bakteriális eredetű pharyngitist feltételeztünk. A 4. héten mikotikus fertőzést észleltünk a szájüregben. A szerológiai vizsgálat candida albicans antigénnel pozitív volt. Ugyanakkor a celluláris és humorális immunstatusz (az azonnali és a totális T-sejtszám:  $F_a = 23\%$ ,  $E_t = 25\%$  alacsony volt, 5 E P. D. próba 48 óra után anergiás választ adott. Az immunglobulinok koncentrációja is alacsonyabb volt IgA: 78, IgG: 880, IgM: 106 mg/dl. A B sejtszám:  $16\%$  volt), (depressziója miatt) csökkentett immunosuppresszió és antibiotikus kezelés mellett lokálisan és per os antimikotikus kezelést vezetünk be és levamisol adását kezdtük el. Heti 150 mg Decarist adtunk, az immun szisztéma stimulációja céljából. A 3. Decaris adag után lázkiugrást észleltünk, egyéb általános tünetek nélkül. A 4. és 5. Decaris adásának napján az egyhetes időközök elteltével akut hasi körkép tüneteit figyelhetjük meg, magas láz kíséretében. A beteg panaszai a Decaris bevétel után néhány órá-

val később jelentkeztek, rossz szájíz, hányinger, hányás, hasi puffadás, epigasztriális, illetve jobb bordaív alatti fájdalom kíséretében. Egy alkalommal perifériás keringési elégtelenség tünetei is kialakultak. Tüneti szerek, illetve egy ízben Diadreson-F aquosum, Salina-infúzió adására a panaszok fokozatosan megszűntek, kb. 12 óra belül a beteg tünet- és panaszmentessé vált. Két ízben észleltünk ilyen rosszullétet, amit csak a Decaris adásának napján figyelhetünk meg. Egyéb organikus gyomor-bélrendszerre lokalizált betegség kizárása céljából elvégeztük a gyomorröntgent és az iv. cholecystografiát negatív eredménnyel. A frakcionált próbareggeli hypoaciditást mutatott Decaris-kúra alatt. Széklet Weber vizsgálatok sorozatban negatívak voltak, Decaris-kúra alatt és előtt is.

Az ismertetett esetben a tapasztalati megfigyelésekre támaszkodva az egy napig tartó — kellően egyéb okokra vissza nem vezethető — hasi körképet végül is a levamisol (Decaris) okozta, mellékhatásként értékeltük. Az 5. Decaris-kúrát követően a birka-vvt-vel rozettát képező T sejtszám emelkedett ( $F_a: 25\%$ ,  $E_t: 39\%$  lett). Azonban az említett mellékhatások miatt a Decaris adását felfüggesztettük. Ezt követően betegünknek a hasi tünetek nem tértek vissza.

A Petrányi professzor úr által ismertetett immunotrofiás elmélet segítségével az általunk feltételezett levamisol okozta mellékhatás is kellő magyarázatot kaphat. A parietalis sejtek által termelt gyomorsav szekréció — a kémiai transzmitterek közbeiktatásával valószínűleg — ebből a bonyolult láncból az „immunokrin” láncszemet emelném ki. Elképzelhető, hogy a levamisol a parietalis (cél) sejt és a killer sejt interakció fokozása révén histamin felszabaduláshoz vezet, amely fokozott savszekréciót okoz. Az is lehetséges, hogy a levamisol a gyomorba kerülve közvetlen hatásával provokálja a histamin felszabadulását. Feltételezhető, hogy a levamisol immunocellularis módon, lymphocytá-cél sejt, azaz a parietalis sejt közötti direkt interakciót hozza létre, histamin, acetylcholin, gastrin termelődését váltja ki, klinikailag létre hozva az akut hasi tüneteket (hányinger, hányás, hasi meteorizmus, görcs, paralitikus ileus).

Milyen következtetéseket vonhatunk le ennek az egy esetnek a tapasztalatai alapján?

1. A levamisol az alkalmazott dózisban akut hasi tünetek kialakulásához vezetett. Ebben az esetben a levamisol az immun moduláció helyett a gyomor-bélrendszer immunocytáin fokozott, kóros immu-

nostimulációt hozott létre (immunszisztéma kóros pozitív oldala). Ezt a kórosan fokozott immunostimulációt valószínűleg megfelelő dózissal el lehetne kerülni.

2. A dózis kérdése felveti azt a fontos problémát, amit Petrányi professzor úr is kifejtett a közleményében, hogy „jó lenne, ha pontosan meg tudnánk adni gyógyszereinknek” — különösen az immunstimulátor hatású gyógyszerek esetében, mint a levamisol — „az immun funkcióra gyakorolt részlet-hatásait”. Ez azért lenne fontos, mert végül is a klinikailag várható hatás attól függ, hogy a stimuláló helperek és a gátló szuppresszorok működésében sikerül-e az egyensúlyi állapotot létrehozni.

3. Végezetül fel szeretnénk volna hívni a figyelmet a levamisol — eddig nem ismert — ritka mellékhatására.

Pozsonyi Teréz dr.

**T. Szerkesztőség!** A Pozsonyi kartársnő által ismertetett esetben valóban nagyon valószínű, hogy a levamisol (Decaris) okozta a heveny hasi tüneteket. A levamisol adása immunostimuláció céljára — egyrészt a számos mellékhatás, másrészt az in vivo teljesen bizonytalan és csekély végeredmény miatt — kezd kimenni a divatból. Ez az eset is további óvatosságra int, tehát közlésre érdemes. Arra vonatkozólag azonban, hogy mi lehetett az észlelt súlyos mellékhatás oka, egyelőre csak találgatni lehet. A magyarázat érdekes, de a hivatkozott immunokrin, ill. általános immunotrófia elméletem még sokoldalú földelésre szorul ahhoz, hogy érvényét ilyen bonyolult tünetcsoportra ki lehessen terjeszteni. A kísérleti adatok után olyan klinikai rutin-diagnosztikai módszerek kidolgozása szükséges, melyekkel általában, ill. egy váratlanul adódó tünetcsoportban a szerepét bizonyítani, ill. cáfolni lehet.

Kiegészítésül meg szeretném ragadni az alkalmat, hogy egy tudomány-politikai megjegyzést tegyek. Misztikus tisztelet lengi körül azt, amit sokan orvosi „alap”-kutatásnak neveznek és fölüeny legyintéssel értékeltetnek a kazuisztikák. Amikor napjainkban a tudományos kutatás megélhetést adó foglalkozássá vált —, egyre inkább érezhető világszerte az a törekvés, hogy szükség van a csak kutatással foglalkozó tudományos munkások teljesítményének is a mérésére. Ma már ez is tudomány („tudomány-metria”) és fő módszere az idézet-elemzés, ha az érték, jelentőség, haszon közvetlenül nem mérhető, becsülhető. A különböző (orvosi) lapoknak, folyóiratoknak is van egy hozzávetőleg becsülhető színvonalértéke. A gyakorlati fölhasználása mellett éppen az immunologia az az alaptudomány, mely kazuisztikákkal indult, fejlődött, terebélyesedett, eleinte lassacskán, majd az elmúlt 2—3 évtizedben szinte rob-

banásszerűen. Elég, ha ezeket az emberi esetmegfigyeléseket, kazuistikákat, melyek azután az egész biológiára kiható „alap” kutatásokat indítottak el, csak néhány névvel jelezzük: Jenner, Koch, Behring, Semmelweis, Kaposi, Pirquet, Landsteiner, Brutton stb. Többnyire hosszabb idő kellett, amíg a jelentőségük elismerődött és kazuistikákból az alapokat, hátteret is felderítő, sok irányba elágazó laboratóriumi kísérleti kutatás, diagnosztikai, ill. gyógyászati módszer fejlődött ki. Nehéz tehát közvetlenül a klinikai megfigyelések értékét megállapítani, de amit a kutatások történelme mégis bizonyít az az, hogy jó kazuistika „alap” vagy „fejlesztési” kutatás címen ma folyó számos drága időtöltést, pepecselést értékben messze felülmúlhat. Persze ehhez az érdekesnek ítélt esetek nagyon módszeres feldolgozása szükséges. A kazuistika értéke ezzel akár pontosítható is. A tudomány fájának is van gyökérzete, törzse, koronája, levélzete, termése. A kazuistika bármelyik lehet. A kazuistika akkor is hasznos, ha ismert megfigyelést közöl, de annak gyakoriságára, vagy egyáltalán az előfordulására (gyógyszerártalom, mikroba stb.) hívja fel a figyelmet és ezzel a betegek javára az orvosok ismereteit csak egy szerény kiegészítő adattal is bővíti, vagy esetleg csak megerősíti, ha az még általában szükséges. Nem szabad tehát minden orvosi kazuistika lebecsülését elfogadni a tudományos munka rangsorolásában. Inkább a terjedelmükhez képesti új információk értékük növelésére kell törekedni.

Petrányi Gyula dr.

#### Szerkesztőségi megjegyzés:

*Idézet az 1965. október 1-én Markusovszky Lajos születésének 150. évfordulójával kapcsolatos fogadáson elhangzott pohárköszöntőből: „A kazuistika nálunk megbecsült műfaj még akkor is, ha a lap végeére tesszük is. Előfordult — nem is egyszer —, hogy él-cikké tettük. Igaz, ezek egyike Hetényi Gézáé volt.” (Orv. Hetil. 1965, 106, 2466.)*

#### Egészségesek frakcionált koleszterin szintje különböző korcsoportokban.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastuk az Orvosi Hetilap 121. évf. 7. számában Pados Gyula és mtsai „Az alfa-lipoprotein koleszterin szint jelentősége egészségesekben és szívinfarktusban szenvedő betegekben” c. közleményét. Miután a külföldi irodalom már a hetvenes évek eleje óta foglalkozik

a koleszterin frakciók jelentőségével, különösen örvendetesnek tartjuk, hogy az utóbbi időben néhány hazai kutatócsoport figyelme is a kérdés felé fordult.

1979 folyamán mi is végeztünk egy tájékozódó vizsgálatsorozatot, amelynek eredményeiről a Magyar Gyermekorvos Társaság 1979 októberi kongresszusán számoltunk be. E munkából vett néhány adattal és gondolattal szeretnénk csatlakozni Pados és mtsai közleményéhez.

Különböző korcsoportok vérmin-táiból végzett frakcionált koleszterin vizsgálataink (heparin-mangános kicsapás, Rapaport f. chol. meghatározás) az alábbi ide vonatkozó eredményeket adták:

	n	x	HDL-CH (mg/dl)	mmol/l
köldökvér	50	x	1,22	(46,9)
2-7 éves	68	x	1,40	(53,8)
25-44 éves				
ffi I.	65	x	1,66	(63,8)
25-44 éves				
ffi II.	100	x	1,56	(59,9)
50 cent.			1,46	(56,1)

Kisebbszámú adataink jól kapcsolódnak Pados és mtsai eredményeihez (egészséges ffi x 56,9 mg/dl, ill. 1,47 mmol/l).

Fontosnak tartjuk azt a megállapítást, hogy a HDL-CH már a köldökvérben csaknem azon a szinten van, mint felnőttkorban, tehát valamennyi külső tényező (táplálkozás, stressz stb.) gyakorlatilag csak az LDL-VLDL-CH szintre gyakorolhat hatást.

A másik figyelemre méltó hasonlóság a két vizsgálatsorozat között a HDL-CH-nek a külföldi adatokhoz képest magasabb értéke: amennyiben ezt más hazai intézet is megerősíti, talán nem lehet véletlennek tekinteni és esetleg további következtetéseket lehet levonni.

Hozzászólásunkkal éppen azt szeretnénk elérni, hogy más intézetek figyelmét is felhívjuk e fontos kérdésekre. Stuber Adrienne dr. Vértés Éva dr.

T Szerkesztőség! Örömmel olvastuk Stuber és Vértés adatait egészséges újszülöttek és gyermekek átlagos HDL-CH szintjeiről, melyek fontos kiegészítései felnőttkorban végzett hasonló vizsgálatainknak. Így már az egészséges népesség minden korcsoportjára nézve rendelkezünk hazai adatokkal. Bár adataink egymást erősítik, Stuber és Vértés ezekből levont következtetései viszont véleményünk szerint korrekcióra szorulnak. Az újszülöttekben és felnőt-

tekben talált átlagértékek különbsége (min.: 9,2, max.: 16,9 mg/dl) jelentősebb annál, hogy „csaknem azonos szintűnek” tekintetők legyenek.

Abból a tényből, hogy értékeink a külföldi adatoknál kissé magasabbak, nem vállalkoznánk következtetésre; a heparinos módszer 3—4%-kal magasabb értéket ad, mint az újabban elterjedt foszforwolframsavas precipitáció, sőt a különbséget fokozhatja, ha a kicsapás után a Ch meghatározása nem enzimátikus úton történik (8).

Leglényesebbnek viszont azt tartjuk, hogy a HDL-CH szintnek az egészségesekben tapasztalt, életkortól való viszonylagos függetlensége nem azt jelenti, hogy a külső tényezők „gyakorlatilag” csak az LDL-VLDL-CH szintekre vannak hatással. 1975 óta (9) sok vizsgálat bizonyította, hogy a HDL-CH szint is változik és befolyásolható. Csak a legjelentősebb adatokat a legújabb közleményekből sorolva:

A HDL-CH szintet csökkentik: a dohányzás (4) a hypertriglyceridaemia (11), a felnőttkori diabetes (6), az elhízás (16), az orális fogamzásgátlók (15), az uraemia (13), az idült májbetegség (5), akut maláriás roham (7), vírus fertőzések (1).

A HDL-CH szintet emelhetik: fizikai aktivitás (12), alkoholfogyasztás (3), clofibrát (14), nikotinsav (2), phenyton (Diphedan) (10).

Saját — közlés előtti — vizsgálataink szerint is HDL-CH szint változások mutathatók ki különböző diétás és gyógyszeres kezelése hatására.

A HDL-CH szint tanulmányozásának jelentőségét éppen abban látjuk, hogy azt ne csak az ischaemiás szívbetegség egy indikátorának tekintsük, hanem a kutatási eredmények alapján kedvező irányú befolyásolására törekedjünk.

Pados Gyula dr.

IRODALOM: 1. Baillie, E. E., Orr, C. W.: Clin. Chem. 1979, 25/3, 817. — 2. Blum, C. B. és mtsai: J. Clin. Invest. 1977, 60, 795. — 3. Castelli, W. P. és mtsai: Lancet. 1977, 2, 153. — 4. Garrison, R. J. és mtsai: Atherosclerosis. 1978, 30, 17. — 5. Fehér, J. és mtsai: Orv. Hetil. 1977, 118, 194. — 6. Gordon, T. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1977, 87, 393. — 7. Lambrecht, A. J., Snoeck, J., Timmermans, U.: Lancet. 1978, 1, 1206. — 8. Lopes-Virella M. F. és mtsai: Clin. Chem. 1977, 23, 882. — 9. Miller, N. E., Miller G. J.: Lancet. 1975, 1, 1033. — 10. Nikkilä, E. A. és mtsai: Acta. Med. Scand. 1978, 204, 517. — 11. Pados, Gy.: Magyar Belorv. Arch. Közlés alatt. — 12. Pucok, J. és mtsai: MÉT vándorgyűlés. 1979. 170. — 13. Romics, L., Makó J.: Orv. Hetil. 1978, 119, 3055. — 14. Romics, L., Szondi, E., Gerő, S.: Orv. Hetil. 1980, 121, 321. — 15. Rössner, S.: Lancet, 1978, 2, 269. — 16. Williams, P. W., Robinson, D., Bailey, A.: Lancet. 1979, 1, 72.





## KÖNYVISMERTETÉS

**Malomsoki Jenő: Gyakorlati spirometria.** Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1979, 103 oldal, 28 ábra, 12 táblázat. Ára: 28,50 Ft.

Magyar nyelvterületen alig találunk a spirometriával részletesebben foglalkozó munkát. A téma pedig nagy jelentőségű, számos tudományágat érdekel. Malomsoki Jenő dr. az Országos Testnevelés- és Sportegészségügyi Intézet Kutató Laboratóriumában üttörő munkát végzett az aerob kapacitás meghatározásának hazai alkalmazásával, elsősorban sportolókon. A sportorvostanban alapvető fontosságú a sportolók maximális oxigénfelvétel képességének meghatározása. A különböző formájú állóképességet igénylő sportágakban egyik döntő tényező a teljesítmény szintjének kialakulásakor az aerob kapacitás mértéke.

A spirometria jelentősége azonban messze túlterjed a sportolókra. Az edzettség ugyan sportfogalom, de fiziológiai ekvivalense a szervezet terhelhetősége, munkavégző képessége az orvostudomány, az egészségügy számos területén fontos paraméter. Egészséges emberek között az iskolaegészségügy, a honvéderővostan és a munkaegészségügy tarthat számot a spirometria módszerére. A klinikumban régóta alkalmazzák belgyógyászati, tüdőgyógyászati műtét (főleg szív- és tüdőműtét) után és általában rehabilitáció során.

Malomsoki munkája könnyen kezelhető, olvashányos stílusban megírva, színvonalasan és tömören tárgyalja a témát. Szinte szórakoztató módon vezeti végig az olvasót a spirometria problémáitól, kérdésfeltevésétől, az élettani és biokémiai alapokon át a módszerek szemléletes leírásához, a módszerek tömör, de világos ismertetéséhez. Ennek során nem fukarkodik olyan gyakorlati tanácsokkal, amelyek hiánya a kezdő életét könnyen megnehezítené, másrésztől azonban a témát éltszerűvé, szemléletesé teszi és összeköti a mindennapi gyakorlat igényével. Ismerteti a spirometriát és a spirometriát. Nagy gondot fordít a terheléses gázcsere vizsgálat leírásának és a mért és számolt paraméterek ismertetésére, értékelésére. Természetesen ez képezi a téma „csattanóját”. Az aerob kapacitás meghatározásában az értékelésén kívül részletesen foglalkozik az anaerob munka leírásával, elvi alapjaival és mérésének módszerével. Pregnánsan ismerteti — a sav-bázisháztartás és az erőkifejtés összefüggését. Egyedülállóan mondható a terhelés alatti reakcióidő vizsgálata c. fejezet, amely tudomásom szerint ma-

gyar eredetű módszer. Kidolgozásában a szerző vezető szerepet játszott. Véleményem szerint az eljárás egyáltalán nincs kihasználva, még nagy lehetőségeket rejt magában. Tetszett Malomsoki történelmi szemlélete. Jók az ábrák, amelyek gyakran egyszerűek, jól áttekinthetőek, egyértelműen kiegészítik a szöveget.

Ez a jól megírt, színvonalas könyv egyben jó példa arra is, hogy az „egészségközpontú” és a „betegségközpontú magzat korának” egymásra utalt, közösen képeznek egységes egészet.

Nemessuri Mihály dr.

**Fazekas I. Gy., Kósa F.: Forensic Fetal Osteology.** Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978. 414 old. 62 ábra, 207 tábla, 89 diagram.

A magzati orvosszakértői vizsgálatának a célja az előkerült lelet emberi eredetének, származási idejének és főképpen a magzat korának — a terhesség időtartamának lehetőleg pontos meghatározása. Ritkán arra is válaszolni tud az orvosszakértő, hogy a magzat halálát, a terhesség megszakadását mi idézte elő. Ezekre a kérdésekre kívánnak a szerzők a Szegei Orvostudományi Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének múzeumában levő, és több évtized alatt összegyűjtött 138 magzati csontváz alapján választ adni. Könyvük ezzel a kérdéscsoporttal foglalkozó magyar és nemzetközi igazságügyi orvostani irodalomban a legrészletesebb, összefoglaló és számos vonatkozásában újszerű. Munkájuk az általuk az 1965—1967 években, német és francia nyelven közrebocsátott dolgozatok summája, értékes bevezető és összefoglaló fejezetekkel kiegészítve.

A bevezetést követően ismertetik a szakértők számára feltett hatósági kérdéseket, majd a vizsgálati anyagot, a foetalis csontvázrészek preparálásának módszerét, az egyes csontok méreteinek felvételét. Ez az utóbbi rész nagy segítséget nyújt a gyakorlati munkát végző orvosszakértő számára, mivel fényképfelvételeken és vázlatos rajzokon mutatja be az egyes csontméreteket, pontosan kijelölve a mérő pontokat. Kitérnek a biometriai elemzés módszerére, és az összehasonlító, standard csontvázsorozatok készítésére. A gyűjteményükben a terhesség III—X. holdhónapjából származó csontvázakat a lítottak össze, mégpedig 1/2 hónapos terhességi időknek megfelelően csoportosítva. Kétségtelenül előnyös lett volna az, ha a standard sorozat esetében mód nyílt volna az egyes

magzatok korának, a terhesség időtartamának pontos, legalább néhány nap eltéréssel végrehajtott megállapítására. Ilyen adatok hiányában az egyes csontvázakat a klasszikus meghatározó eljárások figyelembevételével sorolták be, így tehát osztályozásuk az általánosan ismert  $\pm 14$  nap szórát magában foglalta. 7 fejezetben olvashatunk az egyes koponya, törzs és végtagcsontok fejlődéséről, megismerve a méretbeli számszerű adatokat. A közölt regressziós egyenesek alapján pedig néhány, vagy akár egyetlen vizsgált csont méreteiből hozzávetőlegesen meg tudják adni a magzat teljes hosszát, korát. A közölt adatok életkorbecslő validitása kétségtelenül nagyobb, mint az eddig alkalmazott módszereké. Foglalkoznak a magzati csontokból történő vércsoport-meghatározás, továbbá az égetett csontvázmaradványok vizsgálatának kérdéseivel is, végül pedig a magzati csipőcsont alakitani sajátosságai alapján végrehajtható nem meghatározással. A bőséges irodalomjegyzék elégséges a kérdés részleteivel ismerős szakember számára is. A jó minőségű ábrák és a jól méretezett, könnyen használható diagramok a kiadót dicsérik. A kötetet igazságügyi orvosszakértőkön kívül hasznosan forgathatják anatómusok és fejlődéstani szakemberek is.

Harsányi László dr.

**Vogel, M.: Postnatal development of the cat's retina.** Advances in Anatomy, Embryology and Cell Biology, Vol. 54, Fasc. 4. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978. Ára: 33,— DM.

A szerző macska retina postnatalis fejlődését foglalja össze, főként elektronmikroszkópos és morphometriai vizsgálatok alapján. A munka lényegében megerősíti a más kísérleti állatok retinafejlődésére kapott eredményeket és így alapvetően új adatokat nem tartalmaz. A retina egyes elemeinek fejlődését elsősorban hisztológiai szemlélettel, egyes retinarétegek differenciálódásának analízisével és nem annyira a sejtes elemek specializálódásának vizsgálatával követi. Kiemelendő, hogy a photoreceptor-korongok kialakulását, korábbi nézetekkel szemben, úgy képzei el, hogy azok az érett pálcikakültagok megújulási mechanizmusához hasonlóan a kültág bázisáról fűződnek le.

Az egyes rétegek térfogatának változásait morphometriai módszerekkel jól áttekinthető módon ábrázolja. A retina fejlődésében 3 szakaszt különböztet meg: a kezdeti fázist (első hét), a fő növekedési szakaszt (2—4. hét) és egy differenciálódási fázist (2—5. hónap). A szerző hangsúlyozza az egyes retinaterületek aszinkron érését és adatait nagyon helyesen a retina meghatározott, a látóideghez közeli helyére vonatkoztatja.

A mű hézagpótló jelentőségű, tekintettel arra, hogy macskára vonatkozólag ilyen összefoglaló munka még nem jelent meg és így későbbi vizsgálatok számára használható adatokat szolgáltat. Meglepően új adatokat vagy koncepciót azonban nem ad. *Röhlich Pál dr.*

**Hajós E.: Telescreen and Radiographic Examination of Urinary Transport.** Akadémiai Kiadó, Budapest 1978. — 115. old., 43 ábra.

A Babics akadémikus előszavával megjelent mű alappondolata Alken és Büscher (1953) azon megállapítása lehetne, mely szerint funkcionális betegségeket csak funkcionális vizsgáló módszerekkel lehet megközelíteni.

A könyv két témával foglalkozik: Az első részben a radiológia modern vizsgáló módszereivel a vizelet transport folyamatát ismerteti, a második részben a testhelyzet változás hatására bekövetkező morfológiai és funkciós változásokat taglalja.

1. A vese radiológiai diagnosztikája túlnyomó részben a szerv morfológiájának felderítésére szorítkozik. A kutatás régi törekvése a vizelet kiválasztás-továbbítás folyamatának megismerése. Szerző a könyv kétharmadában e kérdéssel foglalkozik. Röntgen képerősítő és tv-berendezés segítségével végzett excretiós urográfiát. Nagy beteganyagában — 800 beteg, 1408 vizsgálat — 564 intakt vesét talált, melyek alapjául szolgálnak a vizelet kiválasztó üregrendszer normális működése megismeréséhez. E szerint a képződött vizeletet a kelyhek és a vesemedence ritmusos mozgása — systole és diastole — továbbítja. Szerző szerint ezen közel szabályos mozgás „pacemaker”-e az üregrendszer morfológiájától függően más-más helyen lehet. Ha az üregrendszer kontrakciója eltér a normálistól, megváltoznak a nyomásviszonyok és a ritmus. Így körülírt tágulat, később pyelectasia keletkezik. — A mű e fejezete számos eredeti megállapítást tartalmaz, mely a szerző éles szemét, eredeti gondolkodásmódját dicséri.

2. A szerző könyvének második részében a vesék testhelyzet változás hatására bekövetkező működés-változását, az ún. orthosztatikus reakciót tárgyalja. Az ép vizeletgyűjtő rendszer érdekes tulajdonsága az álló helyzetben hirtelen felépő kontrakció, mellyel tartalmát részben vagy egészben továbbítja. Ez aktív izommunka következménye, mely akár a gravitációval szemben is érvényesül. Sorozatfelvételekkel bizonyítható, hogy az orthosztatikus reakció legkifejezettebb az infundibulumokban, míg leggyengébb a kelyhekben. Úgy tűnik, hogy a testhelyzet változásokra a kelyhek rezervoárként válaszolnak, sőt a felső kehely gyakran úgy viselkedik, mint második pyelon, melyben a vizelet hosszabb időn át panghat. Ennek oka leggyakrabban

érlefűződés. Ilyen és hasonló megfigyelések egész sora a könyv második részét igen érdekes olvasmánnyá teszi. Egyébként is: a szerző stílusa gördülékeny, szabatos, mondatai világosak. A mű fő erőssége mégis a számos igen jó minőségű röntgenfelvétel és a hozzájuk csatlakozó pontos magyarázó szöveg. Az Akadémiai Kiadó gondozásában megjelent könyv alkalmas arra, hogy a magyar radiológia hírnevét határainkon túl is öregbítse.

*Gács János dr.*

**Hun Nándor: Bevezetés a szociális gerontológiába.** Az öregedés egészségügyi és társadalmi kérdései. Második, átdolgozott kiadás, Medicina, Bp. 1978. 528. p. Ára: 110,— Ft.

Nagy várakozással vettem kezembe Hun Nándor könyvének második kiadását. Jóllehet magam nem foglalkozom gerontológiai kérdésekkel, a téma iránti érdeklődés bennem él fiatal orvos korom óta. Pályám kezdete úgy alakult, hogy részt vehettem Haranghy László irányításával a magyarországi 100 évesek vizsgálatában. A viszonylag kevés számú eset részletes multidiszciplináris vizsgálatának befejezése után érdeklődésem más témák kutatása felé fordult. A gerontológia iránti vonzódás azonban még ma is számos szállal köt az idős emberek problémáihoz.

A könyv első kiadása óta hat év telt el. Időközben sok új tudományos felismerés született. Ezek közül talán az egyik leglényegesebb az öregedés folyamatának genetikai determináltsága. Az idős korúak számaránya tetemesen megnövekedett és alapvetően megváltozott társadalmi helyzetük. A kérdés fontosságát jól mutatja az a tény, hogy az ezredfordulóra kb. 600 millió 60 éves felüli ember fog élni a földön. Hatalmas feladatokat ró ez a tény a mai alkotó korban levő emberiségre. A probléma megoldása nem lehet tisztán orvosi, szükség van társadalmi összefogásra is. Biztosítani kell, hogy az öregek az adott lehetőségek között egyrészt optimalisan viseljék el az öregséget, másrészt ne váljanak senkinek sem a terhére. Napjainkban egyre inkább szoros kapcsolat alakult ki a gerontológia és a szociális gondozás között, amelyet egy új fogalom, a szociális gerontológia térhódítása is jelez. A szociális gerontológia célja, hogy minél sokoldalúbban ismerhessük meg az öreg emberek életfeltételeit, életvezetését és szerepét a társadalomban. Ehhez azonban elengedhetetlenül szükséges az idős emberben végbemenő biológiai, pszichológiai és társadalmi változások ismerete. E szakterület létrejöttében nagy segítséget jelentett, hogy a részletek kutatása és megismerése mellett előtérbe került a nagyobb összefüggések szintézise és interdiszciplináris megközelítése.

A hatalmas monográfia 12 fejezetre oszlik és a bőséges bibliográfiai jegyzékkel több mint 500 oldalt tesz ki. 164 táblázat és 62 ábra mutatja be azt az anyagot, amelyre a szerző három évtizedes, 2665 idős személyt magába foglaló kutatásával gyűjtött össze. A könyv használatát nagyon részletes tárgymutató segíti. Végén pedig a magyarul nem tudó olvasó számára hatoldalal angol nyelvű összefoglaló nyújt segítséget a könyv legfontosabb megállapításainak megismerésében.

A demográfiai lejezet atfogo képet ad a világ és hazánk népesedésének alakulásáról. Az idősök számarányának növekedése a lakosság korösszetételében Magyarországon elsősorban a reprodukciós indextől rugg, ezen belül is nem annyira a születéskor várható élettartamtól, mint inkább a születések számának csökkenésétől. Az idősök között számottevően több a nő, aminek az az oka, hogy a nők születéskor várhatóan 4—7 évvel tovább élnek, mint a férfiak. Mivel korábban kötnek házasságot, ezért háromszor több köztük a magányos, a házasságon kívül élő. Az időskorúak különböző csoportját vizsgálva megállapítható, hogy szükségleteik és szociálgerontológiai igényeik lényegesen eltérnek egymástól. Különösen a 80 éves felüliek szorulan fokozottabban ellátásra és támogatásra. A maximálisan két generációra méretezett kis lakások nem teszik lehetővé a nagy családok fennmaradását és így nincs közvetlen lehetőség az idős korúak gondozására. Hozzájárul ehhez még, hogy az aktív korú nők jelentős része tényleges munkavállaló. Ezzel nemcsak térbeli, hanem személyi akadályai is vannak az öregek családon belüli ellátásának.

Az iparilag fejlett országokban a nyugdíjasok számaránya mindenütt nagyobb ütemben nőtt, mint a dolgozóké. Az átlagos életkor megnövekedésével megváltozott a morbiditás és letalitás a lakosság körében. 23 országban végzett felmérés szerint a 65 éves felüliek között 52%<sub>0</sub>-ban szerepelt szív- és érbetegség. De az elmúlt fél évszázad során nemcsak a keringési rendszer, hanem az idegrendszer és a dagadtos megbetegedések száma is jelentősen megemelkedett. Az idős korúak számának megszorodása növelte az egészségügyi járó- és fekvőbeteg-ellátás iránti igényt is. A magatehetetlen, krónikus betegségben szenvedő öregek egyre nagyobb számban foglalják el a kórházi ágyakat. Legtöbbször az otthoni ellátás elégtelensége miatt ezek a felvételek véglegesek. Az elfekvő osztályok sem bírnak megbirkózni azokkal a hatalmas feladatokkal, amelyek rájuk hárulnak. Ugyanakkor tetemesen nő a szociális gondozást igénylők száma. Magyarországon mintegy 7000 ember várja állandóan felvételt szociális otthonokba. A hazánkban végbement demográfiai és társadalmi változások hatására nyilvánvaló, hogy a régi, hagyományos fekvő- és

járóbeteg-ellátás olyan új mennyi-  
gi és minőségi változásokkal találja  
magát szemben, amelyeket jelenlegi  
formájában képtelen megoldani.

Rendkívül érdekes fejezet foglal-  
kozik a kísérleti gerontológia fejlő-  
désével. A kutatások jelenlegi állás-  
át összefoglalva megállapítható,  
hogy a genetikai vizsgálatok az öre-  
gedés leglényegesebb következmé-  
nyére, az alkalmazkodóképesség  
csökkenésére hívják fel a figyelmet.  
Ezek a felismerések összhangban  
vannak a morfológiai, az élettani és  
a pszichológiai vizsgálatokkal. Ezek  
szerint az öregedés folyamatában  
a leglényegesebb tényező a biológiai  
információ elvesztése vagy tévedé-  
sei, ami a szervezet egyensúlyának  
felbomlásához vezet. Az öregedés-  
sel foglalkozó valamennyi elmélet  
közös gondolata az, hogy az élőlé-  
nyek várható élettartama genetikai-  
lag determinált. A halál akkor kö-  
vetkezik be, amikor az elváltozások  
olyan fokot érnek el, hogy a szabá-  
lyozó rendszerek képtelenek a szer-  
vezet egyensúlyát a külső és belső  
világ változásaival szemben fenntar-  
tani. Ez a gyakorlatban azt jele-  
nti, hogy a kóros morfológiai és  
funkcionális zavarok miatt a szer-  
vezet alkalmazkodóképessége fel-  
mondja a szolgálatot. Az időskorúak  
szomatikus, pszichés és szociális al-  
kalmazkodóképességének csökkené-  
sét számos állatkísérleti, klinikai,  
pszichológiai és szociológiai vizsgá-  
lat igazolta. Az öregedés hosszan  
tartó, igen bonyolult folyamat,  
amely már jóval az öregkor bekö-  
vetkezte előtt megkezdődik. Ezt a  
folyamatot számos tényező befolyá-  
solja, amely a szervezet alkalmaz-  
kodóképességének beszűküléséhez  
vezet és fokozatosan növeli a halál  
valószínűségét. Ez a változás az  
egyres fajokon belül, de még egyé-  
nenként is nagyon különböző, ezért  
a naptári életkor csak hozzávetőle-  
ges értékű az öregedés megítélésé-  
ben.

„Az idős ember szexuális élete”  
c. fejezet új témával is gazdagítja a  
könyv második kiadását. Korunk  
mélyreható társadalmi változásai  
gyökeresen átalakítják a társadalmi  
tudatot. Ez oda vezet, hogy a sze-  
xuális étellel kapcsolatos korlátok  
is fokozatosan módosulni fognak és  
egyre inkább érvényesülnek majd  
a közösség tudatában azok a szo-  
kások, magatartásformák és szerep-  
minták, amelyek pontosabban fog-  
ják tükrözni a biológiai és pszicho-  
lógiai valóságot az öregek szexuális  
életének megítélésében. Nagy érde-  
me ennek az igen érdekes fejezet-  
nek, hogy ráirányítja a figyelmet  
arra, hogy a gerontológiában is fog-  
lalkozni kell a szexuális problémák-  
kal és öregkorban is gyakran merül  
fel a szexuális tanácsadás szüksé-  
gessége.

Vaskos fejezet foglalkozik a ge-  
riátria diagnosztikai és terápiás  
kérdéseivel. Szerző nagyon sok  
konkrét példán mutatja be a bel-  
gyógyászati és a pszichiátriai diag-  
nosztika különböző nehézségeit és  
buktatóit az öregkorban. De az idő-

sek a terápiában is több nehézséget  
okoznak, mint a fiatalok. Az idős  
emberek kisebb gyógyszeradagokra  
szorulnak, a gyógyszerek potenciáló  
hatása fokozottabban érvényesül,  
több a gyógyszerek mellékhatása,  
sőt az egyes drókok latens betegsé-  
geket is manifesztálhatnak. A terá-  
piás törekvések során azonban nem  
elegendő a farmakoterápia, hanem  
nagyon gyakran van szükség pszi-  
choterápiára is. Az idősök kezelésé-  
ben egyéni, csoport-, zene, és a kü-  
lönböző relaxáló-terápiáknak is he-  
lyük van. Ezek a kezelési módok  
segítenek az idős embernek abban,  
hogy tárgyilagosabban ítélje meg  
helyzetét, oldja szorongását vagy  
csökkentse depresszióját. Bizonyos  
koron túl az egyén már képtelen  
arra, hogy személyiségét átalakítsa,  
de gyakran van igen nagy szüksége  
segítségre, lelki támogatásra. A té-  
rápia mellett a geriátriában nem  
nélkülözhető a rehabilitációs szem-  
lélet sem.

Érdekes fejezet foglalkozik az  
idős ember szociális helyzetével. Az  
öregkorral együttjáró nyugdíjazás  
és az ebből fakadó anyagi és presz-  
tizmszűrés, társadalmi izoláció,  
valamint a napi ritmus megváltozá-  
sa döntően befolyásolja azokat az  
igényeket, amelyeket a szociális ge-  
rontológiának meg kell oldani.

Külön fejezetben 110 hypoxiás  
cerebrális decompensatio kialaku-  
lását elemezte a szerző és megállá-  
pította, hogy a kórkép kialakulása  
kivétel nélkül mindig multifaktó-  
riális okokra (szomatikus, pszichés,  
szociális ártalmakra) vezethető  
vissza. Tapasztalataikat összegezve  
hangsúlyozza a preventív szemléle-  
tet, a multidiszciplináris megközelíté-  
st és a rehabilitáció fontosságát.

Rendkívül érdekes olvasmány  
„Az idős emberről alkotott kép a  
társadalmi tudatban” c. fejezet.  
Gazdag szépirodalmi gyűjtemény ad  
ízelt írók és költők öregséggel  
kapcsolatos gondolatairól, érzéseiről  
és félelméről. Nem hiányoznak  
a felsorolásból a kortárs magyar  
irodalom nagyjainak az öregedést  
elemző önvizsgálatai sem. Kiderül  
ezekből az írásokból, hogy az idő-  
södő ember többnyire negatív mó-  
don ítéli meg saját helyzetét, az  
öregedés testi és lelki tüneteit, az  
öregedés elvesztését, az ebből fa-  
kadó halálfélelmet és az egyre fo-  
kozódó társadalmi izolációt. Mind-  
ez a szépirodalom eszközeivel ki-  
fejezve, egyezik a szociális geronto-  
lógia és pszichiátria megállapítá-  
saival.

A szociális gondozás módszereivel  
foglalkozó fejezet leszögezi, hogy  
társadalmunk nem készült fel kel-  
lőképpen az öregek számára ilyen  
mértékű növekedésére, ezért a fej-  
lett ipari országokban is még csak  
az útkeresés szakaszáról beszélhe-  
tünk. A szociális gerontológia főbb  
célkitűzései közé tartozik a produk-  
tív életszakasz meghosszabbítása, a  
nyugdíjazásra való felkészítés, az  
aktivitás fenntartása, az izoláció le-  
küzdése, az önálló élet fenntartá-  
sára való törekvés, átmeneti gondo-

zási formák kialakítása és végül  
olyan megfelelően profilozott in-  
tézetek létrehozása, ahol összhang-  
ban van az öreg ember biológiai ál-  
lapota külső körülményeivel. Ha-  
zánkban a szociális gondozás alap-  
jait az 1960-as években vetették  
meg. A szociális gerontológiai in-  
tézmények azonban mind mennyi-  
ségi, mind minőségi tekintetben  
még ma is messze elmaradnak a  
megnövekedett igényektől.

A könyv utószavában, amelyet  
a kézirat leadása után két évvel  
és a megjelenés előtt nem sokkal  
írt a szerző, papírra veti azokat a  
gondolatait, amelyek a közben el-  
telt idő alatt bekövetkezett válto-  
zásokat tükrözik. Ugyanakkor kriti-  
kusan rámutat azokra a hiányossá-  
gokra is, amelyek megoldása terén  
az elmúlt két év során vajmi kevés  
történt.

E könyvismertetés szűkre szabott  
kerete még távolról sem tudja ér-  
zékelteni Hun Nándor könyvének  
igazi értékeit. Ritkán tapasztalható,  
hogy tudományos mű nemcsak  
szakismereteket adjon, hanem igen  
gazdag kultúrtörténeti és szépiro-  
dalmi élvezeteket is nyújtson.

Hoffmann Artúr dr.

**Gynäkologische Histologie.** He-  
rausgeber: Prof. Dr. sc. med. G.  
Holle. Leipzig. VEB Verlag Volk  
und Gesundheit Berlin, 1979. 223  
old. 118. ábra. Ára: 25,— M.

Az „Ergebnisse der Experimentel-  
len Medizin” sorozatában (31) me-  
gjelent kötet a lipcei egyetem pato-  
lógus professzorának, Hollenak  
szerkesztésében 32 önálló tanul-  
mányt ismert. A tanulmányok lo-  
kalizációk szerinti csoportosításban  
morfológiai, diagnosztikai, terápiás,  
hormon regulációs-disregulációs és  
kutatási kérdésekkel foglalkoznak.  
A kitűnő, rövid összefoglalásokat  
keletnémet, osztrák, csehszlovák és  
magyar prominens patológusok és  
klinikusok írták (26 szerző és szá-  
mos munkatárs). Az általános an-  
elfogadott kérdések (a praecarcino-  
ma realitása, súlyossági fokozatai,  
korai rák csoportosítása, szelekció-  
ban és ellenőrzésben a kolposzkóp  
szerepe, stb.) megemlítése mellett  
részletesen a még le nem zárt leg-  
időszerűbb kérdéseket tárgyalják,  
bőséges klinikai vonatkozásokkal.  
Ezzel a címben szereplő témát —  
nagyon helyesen — a gyakorlati igé-  
nyeknek megfelelően kiszélesítet-  
ték.

A cervix carcinomával foglalkozó  
fejezet (16 közlemény) Burghardt  
nagyon érdekes összefoglalásával  
kezdődik. Ebben a rákkelékezés,  
a dysplasia diagnosztikus szétbontá-  
sa, a ca. in situ és a korai invázió  
diagnosztikus-terápiás problémái  
kerülnek megvilágításra. A dyspla-  
siát „gyűjtő fazéknak” biológiailag  
nem egységes kórállapotoknak te-  
kinti. A conisatiós anyag vizsgálá-  
tával kapcsolatban foglalkozik az  
éppen és a nem éppen történt ki-  
metszéssel, a ca. in situ lokalizáció-

ja és a differenciáltság foka közötti kapcsolattal. Nagyon figyelemre méltó tapasztalatuk, hogy 1 cm-nél kisebb microcarcinománál soha nem találtak nyirokcsomó áttétet.

Számos közlemény tárgyalja a conisatio és cytologia klinikai-patológiai vonatkozásait. Kyank (Rosstock) a collum carcinoma teljes klinikai spektrumát bemutatja, érdekesen kiemeli, hogy a korai esetekben a kevésbé radikális műtétet is elégségesnek tartják. Az eredményes profilaxis bizonyítéka, hogy korunkban a collum carcinoma előfordulási gyakorisága csökken. Ismerteti intézete terápiás gyakorlatát és eredményeit. Számos szerző foglalkozik az in situ carcinoma lokalizációjával, latencia idejével, a differenciáltság fokától függő prognózissal, a conisatio technikájával. A régi klinikai gyakorlatról eltérően, a korai carcinomák csoportosításában további részletezés igénye jelentkezik. (0, Ia 1; Ia 2; Ib; Ic stádium) Kétségtelen, hogy e kórképek további szétbontása a diagnosztikus és terápiás munka precizitásában szemben is fokozni fogja az igényeket. Külön tanulmányok foglalkoznak a kvalitatív cytologia, cytometria, impulsectometria, szövettanyésztés és szárazanyag tartalom vizsgálatok problémáival. Möbius megállapítja, hogy az in situ carcinomák 30–50%-ban microcarcinomába mennek át (7-10 év), majd később macrocarcinomába (10-15 év). A carcinoma kialakulás dinamikus megítélése úgy látszik (nagyon helyesen, ref.) előtérbe kerül. A dysplasia és carcinoma biológiai viselkedését több szerző impulsectofotometrius kutatásokkal közelíti meg.

Az endometrium klinikai problémáival Ottis foglalkozik. Rámutat a collum carcinoma csökkenése mellett az endometrium- és mammacarcinomák számának emelkedésére. Az endometrium praecarcinomái is körvonalazottabban kerülnek előtérbe. Wittstock a hyperplasia adenomatosa, mint praecarcinomat, három súlyossági fokozatban mutatja be.

Nyolc tanulmány foglalkozik a hormonális reguláció-dysregulációval. Kiemelt szerepet kapnak a fogamzásgátló szerek által előidézett cervicalis, endometriás elváltozások. E problémát közel sem tekintik lezártnak. Egy további tanulmány az arteficiális hormonhatások igen különböző cervicalis, endometriális és egyéb következményeivel foglalkozik (Váradi, Scholz, Bp.). A tanulmányok között a gyulladáso-

endometrium diszfunkciós elváltozásai, hyalin thrombusok, abratumok hisztológiája, interrupciók anyaga érdemelnek említést. Nagyon elgondolkodtató a pilzeni klinikáról közölt 1-13 éves gyerekek portio elváltozásairól szóló tanulmány. 57 esetben lupus nagyításban (submakroszkopos nagyságrendben, ref.) és szövettanilag állapították meg az ektopiumot (cervicalisatiót).

Az ovarium fejezetet Billek (Lipce) szépen dokumentát közleményben ismerteti. Kiemeli a ritka és a hormonaktív tumorokat. Részletesen ismerteti a WHO hisztológiai klasszifikációját. E legkevésbé egységesen megítélt lokalizáció nehézséggel diagnosztikus és terápiás problémáira mutat rá, kiemelve a polychemoterápia fontos szerepét.

A vulva carcinomáról hazai szerzők (Sugár, Bak) adnak egy szépen illusztrált tanulmányban tájékoztatást, bemutatják a kraurozistnak, mint praecarcinomának három súlyossági fokozatát A, B, C típusát és ismertetik a ritkán előforduló papillaris carcinomat.

A kötet nagyon gazdagon illusztrálva és táblázattal bőségesen kiegészítve, kitűnően szolgálja azt a célt, amit a bevezetőben Holle hangsúlyoz. Áttekintést ad a még közel sem lezárt problémákról, az egységes szemlélet kiformalását kívánja szolgálni és igazolja a szakmák szoros együttműködésének szükségességét. Ezen túlmenően e munka nemcsak a kutatásokról ad tájékoztatást, hanem a klinikus munkához is értékes tájékoztatást ad, bőséges klinikai vonatkozásaival onkológiai betegellátáshoz is segítséget jelent.

Lehoczky Győző dr.

**Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde.** Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. 1979 (dritte, korrigierte und erweiterte Auflage, Stand: Herbst 1978.), Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 103 old. Ára: 14,50 DM.

Az a dokumentációs rendszer, amelynek ez a kis kötet a gyakorlati kézikönyve, 1965 óta létezik. Először AMP-rendszernek nevezték (az Arbeitsgemeinschaft für Methodik in der Psychiatrie rövidítéséből), de azután ezt a rövidítést megváltoztatták, mert összetéveszhető volt más szervezetek nevének rövidítésével és a ciklikus AMP molekulával, amelyről a pszichiátriai irodalomban is mind többet

van szó. Svájci, német és osztrák szakemberek együttes erőfeszítései nyomán jött létre a rendszer, ők gyógyszerkísérletek, gyógyszerkutatások, nosológiai vizsgálatok standardizálása érdekében igyekeztek egységesíteni az adatfelvételt és az adattárolást.

A dokumentációs rendszert azután folyton fejlesztették, csiszolták. Jelenleg öt ívből áll, amely számítógépes feldolgozásra közvetlenül alkalmas. Az öt íven a pszichiátriai anamnézis, a megfigyelésből leszűrt következtetések és a somatikus státus igen logikus és egyértelmű módon rögzíthetők. A kis könyv az ívek kitöltésének logikájával ismerteti meg. Vannak adatok a rendszer francia nyelvű változatáról is, ugyanis délfancia pszichiátrerek egy csoportja is csatlakozott a dokumentációs rendszerhez. Érdekes, hogy a francia változat fogalomkészlete némileg eltér a németétől.

A kis kötet érdekes gyakorlatot ír elő azok számára, akik most kezdik a rendszert használni. Számos esetet kell megfigyelniük, amikor a gyakorlottak éppen felveszik adataikat (a megfigyelés történetét képmagnóról is), 10 esetet ellenőrzés mellett kell felvenniük, és 10 képmagnóra felvett standard eset dokumentációjával is kell bizonyítani, hogy a módszert megtanulták.

A kötetben minden kulcsfogalmat gyakorlati szempontból definiálnak. A kötet végén felsorolják valamennyi közlemény címét, amely a módszerről szól vagy a rendszer alapján készült vizsgálatokról számol be. 116 címet találunk a listában, a könyv ezenkívül még ötven módszertani munkát idéz, amely a pszichiátriai anamnézissel, a pszichopathológiai kategóriáival és más alapkérdésekkel foglalkozik.

Az AMDP-rendszer kidolgozásában a legkiválóbb német, svájci és osztrák pszichiátrerek vettek részt, most már sok ezres eset adatait tárolják ebben. Kár, hogy a kis könyv csak a módszertani leírásra korlátozódik, és nem szól arról, hogy az adatfelvétel és az adatrögzítés egységesítése a kutatás és a pszichiátriai munkaszervezés szempontjából milyen jelentőségű, és valóban elősegíti-e pl. a pszichofarmakológiai kutatásokat. Mivel ezekről a könyv nem szól, viszonylag szűk azoknak a köre, akiknek a könyv ajánható: pszichiátriai szervezők, epidemiológusok, pszichofarmakológiai kutatók.

Buda Béla dr.

A Magyar Immunológiai Társaság 1980. júl. 9—10—11-én Debrecenben, az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömbjében (Nagyterdei krt. 98.) XI. vándorgyűlését.

1980. július 9. (szerda)  
délelőtt 8.30 óra

Megnyitó

Prof. Szilágyi Tibor: Emlékezés Kesztyűs Lorándra.

Aspecifikus immunológiai védekezési mechanizmusok

Üléselnök: Gergely János.  
Titkár: Rajnavölgyi Éva.

Karmazsin László (Debrecen): Aspecifikus immunvédelem újszülött és csecsemőkorban (referátum).

Kávai Mária (Debrecen): A mononukleáris fagociták szerepe a nem specifikus védekezésben (referátum).

Bertók Loránd (Budapest): Az aspecifikus védekezés fokozásának lehetőségei (referátum).

Szűnet

Üléselnök: Karmazsin László.

Titkár: Sonkoly Ildikó.

1. Maródi László, Csorba Sándor, Nagy Béla, Varga Sándor (Debrecen): Perifériás fagocita-sejtek kemotaktikus és random mozgása újszülöttkorban.

2. Nagy Béla, Csorba Sándor, Varga Sándor, Maródi László (Debrecen): A colostrum sejtjeinek immunológiai és immunpatológiai szerepe.

3. Szöllősi János, Bodolay Edit, Kávai Mária (Debrecen): Monociták funkcionális heterogenitása.

4. Uher Ferenc, Sándor Mátyás, Medgyesi György, Gergely János (Göd és Budapest): Patkány lépsejtek IgM-Fc receptorainak karakterizálása.

5. Dobronyi István, Uher Ferenc, Gergely János (Göd): IgM-Fc receptoron keresztül mediált opszolitikus fagocitózis.

6. Dévay Piroska, Sármai Gabriella, Gergely János (Göd): Humán perifériális vérből preparált olimorfonukleáris sejtek (PMNS) IgG Fc-receptorának (FcR) kapcsolata a citoskeletális rendszerrel.

Szűnet

Üléselnök: Kávai Mária.

Titkár: Surányi Péter.

7. Fésüs László, Sándor Mátyás, Gyíngy Csaba, Horváth László, Erdei Anna, Gergely János, (Debrecen, Göd, Szeged): Immunkomplex által kiváltott transzglutamináz-tíváció makrofágokban és annak szerepe az Fc receptoron keresztül létrejövő transzmembrán hatásban.

8. Major Mariann, Kávai Mária, Zsindely Attila, Sonkoly Ildikó, Bányai Anikó, Szegedi Gyula (Debrecen): Monocita aktiválás oldott immunkomplexekkel.

9. Fóris Gabriella, Hauck Mátyás, Dezső Balázs, Nánási Pál (Debrecen): Monoszaharidok szerepe a makrofág aktiválódásban.

10. Katona Annamária, Dezső Balázs, Fóris Gabriella (Debrecen): Angiotensin II. hatása a makrofág Fc receptor aktivitására.

11. Dezső Balázs, Hauck Mátyás, Fóris Gabriella, Nánási Pál (Debrecen): Oligopeptidek szerepe a makrofág aktiválódás mechanizmusában.

12. Hauck Mátyás, Dezső Balázs, Fóris Gabriella (Debrecen): Proteázok aktivitás változása a makrofág aktiválódás korai szakaszában.

13. Gazdy Endre, Csernyánszky Hedvig, Fóris Gabriella, Szilágyi Tibor (Debrecen): Zn ionok hatása a makrofág aktiválódásra.

Szűnet

14.30 óra

Üléselnök: Fóris Gabriella.

Titkár: Sipka Sándor.

14. Sipka Sándor, Kávai Mária, Szilágyi Tibor, Szegedi Gyula (Debrecen): Emberi limfokin képzésmény hatása az EA-sejtek humán monocitákon történő kötődésére.

15. Kelemenics Katalin, Karczag Erika, Jókay István (Budapest): SH-csoportok és divalens fémionok szerepe a peritonealis sejtek adhezióaggregációra.

16. Falus András, Merétey K., Diószegi M., Bagdy D., Erdei A., Csák É., Bozsóky S. (Budapest és Göd): Anti- $\beta_2$ -microglobulin autoantitestek hatása a thrombocita aggregációra.

17. Lukács Katalin, Kávai Mária, Bányai Anikó, Sonkoly Ildikó, Szegedi Gyula (Debrecen): Systemas lupus erythematosusos betegek szolubilis immunkomplexének hatása a monocita kemotaxisra.

18. Nagy Endre, Fóris Erzsébet (Debrecen): Chemataxis vizsgálatok DLE-es betegeknél Chloroquine kezelés előtt és után.

19. Hodinka László, Merétey Katalin, Falus András, Lelkes Kata, Bozsóky Sándor (Budapest): Sejtközvetített immunitás és mononukleáris fagocita funkció rheumatoid arthritisben.

Szűnet

Üléselnök: Merétey Katalin.

Titkár: Falus András.

20. Füst György, Dékány Katalin, Mód Anna (Budapest): Az alternatív komplement reakcióút mérése. Metodikai vizsgálatok.

21. Miklós Kata, Füst György, Gergely János, Franek F. (Göd és Budapest): Precipitáló, illetve nem precipitáló ellenanyagot tartalmazó immunkomplexek komplement függő oldódásának vizsgálata.

22. Rajnavölgyi Éva, Michael Reth, Gergely János (Göd és Köln): Egér idiotípus-anti-idiotípus immunkomplex antigén komponense (IgM) által indukált komplement aktiváció vizsgálata.

23. Fábry Zsuzsa, Erdei Anna, Uher Ferenc, Füst György, Gergely János (Göd és Budapest): Egér lépsejtek és peritoneális makrofágok Fc receptor funkciójának változása autológ szérummal való kezelés után.

24. Farkas Alfréd, Medgyesi György, Miklós Kata, Füst György, Gergely János (Budapest és Göd): Különböző ellenanyag osztályokat és alosztályokat tartalmazó immunkomplexek hatása a késői hiperszenzitív és a szekunder ellenanyag válaszra.

Szűnet

Üléselnök: Füst György.

Titkár: Mód Anna.

25. Sármai Gabriella, Benczur Miklós, Petrányi Győző, Gergely János (Göd és Budapest): Hőmérsékleti shock hatásának vizsgálata humán perifériás mononucleáris sejtek cytotoxikus aktivitására.

26. Bakács Tibor, Ringwald Gábor, Garam Tamás (Budapest): Az antitest-függő sejtek citotoxicitás paramétereinek vizsgálata egészséges véradókon.

27. Tótpál Klára, Garam Tamás, Bakács Tibor, Dévényi Zoltán (Budapest): Egészséges véradók perifériás lymphocytáinak cytotoxikus kapacitásának mérése K-562 NCMC és ADCC, valamint anti-(Rh)D ADCC rendszerben.

28. Hudák János, Huszta E., Bányai Anikó, Kávai Mária, Varga László (Szeged és Debrecen): Keringő immunkomplex vizsgálata lézer nefelométerrel.

29. Mód Anna, Füst György, Hollán Zsuzsa (Budapest): Leukémiás betegek keringő immunkomplexeinek nephelometriás analízise.

30. Patvaros István, Balázs Csaba, Stenszku Valéria, Szabó Tibor, Leövey András (Debrecen): Keringő immunkomplexek mérése C<sub>1</sub>q kötésen alapuló módszerek segítségével.

31. Szabó Jenő, Kakuk György, Szabó Tibor, Nagy Attila (Debrecen): Keringő immunkomplexek szöveti kimutathatóságának néhány elvi és gyakorlati problémája.

1980. július 10. (csütörtök)  
délelőtt 8.30 óra

Immunregulációs zavarok és klinikai vonatkozásai

Üléselnök: Földes István.

Titkár: Bányai Anikó.

Fachet József (Szeged): Az immunreguláció genetikus vonatkozásai (referátum).

Gergely Péter (Budapest): Szupresszor sejt funkciók vizsgálati lehetőségei (referátum).

Szegedi Gyula (Debrecen): Immunregulációs zavarok systemas

lupus erythematosusban (referátum).

#### Szűnet

Üléselnök: *Fachet József.*

Titkár: *Bösze Zsuzsa.*

32. *Dénes László, Román Erzsébet, Szentirmai Zsolt* (Budapest): A Timopietin szintetikus pentapeptidjének in vitro vizsgálata (Arg-Lys-Asp-Val-Thyr-CH<sub>3</sub>COOH-H<sub>2</sub>O).

33. *Kerekgyártó Csilla, Ölveti Éva, Mándi Barnabás, Csaba Béla* (Debrecen): Thymosin hatása human T lymphocyták receptoraira.

34. *Bösze Zsuzsa, Venetianer Anikó, Fachet József* (Szeged): Oxazonnal stimulált nyirokcsomósejtek glukokortikoid érzékenysége.

35. *Andó István, Rita Mulherkar, Pintér Zsolt* (Szeged és Budapest): Memóriasejt-citotoxikus T-sejt differenciálódás glukokortikoid-érzékenysége.

36. *Dobozy Attila, Kemény Lajos, Kenderessy Szabó Anna, Hunyadi János* (Szeged): Suppressor sejtek hatása a migráció gátló faktor termelésére.

37. *Boros Péter, Szabó Gábor, Sipka Sándor, Sonkoly Ildikó, Szegedi Gyula* (Debrecen): SLE-os betegek szuppressor sejtjeinek funkcionális vizsgálata.

38. *Kalmár László, Gergely Péter, Láng István, Gonzáles R.* (Budapest): Rövid élettartamú szuppressor jelenség a humán perifériás vér limfociták mitogén stimulációjában.

#### Szűnet

Üléselnök: *Gergely Péter.*

Titkár: *Lukács Katalin.*

39. *Erdei Anna, Gyenes János, Gergely János* (Göd): C<sub>3</sub> moduláló hatása humán perifériás mononukleáris sejtek blasztos transzformációjára.

40. *Hules Helga, Gyenes J., Csonka Cs., Fachet J.* (Szeged): Béta-receptor stimuláció hatása a lymphocyták cAMP szintjére és migrációjára.

41. *Láng Zsuzsa, Martos Andrea, Batory Gabriella* (Budapest): Keringő T lymphocyták arányának meghatározása időszerűen.

42. *Merétey Katalin, Room G., Maini R. N.* (Budapest és London): Cimetidine és Levamisole hatása emberi vér lymphocyták histamin gátolt mitogén válaszára.

43. *Jakab Lajos, Pozsonyi Teréz, Cseh Károly, Mann Vera* (Budapest): Levamisol hatása a lymphocyta membran ferritin tartalmára in vitro.

44. *Erdei János, Fachet József* (Budapest és Szeged): Mannozyk kezelés hatása az oxazolonnal indukált humorális és celluláris immunválaszra egérben.

#### Szűnet

14.30 óra

Üléselnök: *Szabó Gábor.*

Titkár: *Bodolay Edit.*

45. *Erdős Éva, Jánossy Tamás, Végh Pál, Petri Gábor* (Szeged): H-2 antigének szerepe az újszülöttkori transzplantációs tolerancia indukálhatóságában.

46. *Anderlik Piroska, Wessely Mária, Szeri Ilona, Bános Zsuzsanna* (Budapest): Csíramentes és konvencionális egerek nyirokrendszerének megváltozott válasza stressz hatásra Bordetella pertussis kezelés után.

47. *Kittner Zsuzsa, Oláh Imre, Törő Imre* (Budapest): Levamisol hatása csirke lymphoid sejtjeinek spontán rozetta képzésére.

48. *Endre László, Fachet József, Osváth Pál* (Budapest és Szeged): Cellularis immundefectus hypozincaemiával.

49. *Habon Mária, Ambrus Mária, Paál Mária, Hernádi Etelka, Bajtai Gábor* (Pécs): Histamin rosetta autoimmun reactio és immunhiányos állapot együttes előfordulásában.

50. *Timár László, Budai József, Ónody Klára, Szigeti Róbert, Szücs Péter* (Budapest): Súlyos kombinált immundefectusok normális immunoglobulin szinttel.

#### Szűnet

Üléselnök: *Dobozy Attila.*

Titkár: *Fórizs Erzsébet.*

51. *Petrás Győző* (Budapest): Elégtelenné váló specifikus humorális védekezés súlyos Pseudomonas aeruginosa fertőzés idején.

52. *Balogh Éva, Fórizs Erzsébet, Szabolcsi Margit, Debreczeni Margit* (Debrecen): Serum IgE vizsgálata chronicus dermatomykosisban.

53. *Mészáros Csilla, Szabolcsi Margit, Debreczeni Margit* (Debrecen): Limfocita szubpopulációk és szérum immunoglobulinok vizsgálata gyógyszerallergiás betegeken.

54. *Hunyadi János, Dobozy Attila, Husz Sándor, Kenderessy Szabó Anna, Simon Miklós* (Szeged): Immunológiai vizsgálatok psoriasis vulgarisban.

55. *Szabolcsi Margit, Balogh Éva, Szegedi Gyula, Schröder, Igo* (Debrecen és Rostock): Transfer factor kezelés psoriasisban.

56. *Láng István, Kopper László, Dubecz Sándor* (Budapest): A celluláris és humorális immunreaktivitás változása retroperitoneális plazmasejtes óriás nyirokcsomó hiperplázia műtéttel gyógyított esetében.

57. *Kapisinszky Natália, Böhrer Győző, Sik Mária, Ambrus Mária, Bajtai Gábor* (Harkány és Pécs): Rheumatoid arthritises betegek immunreaktivitásának alakulása levamisol kezelés hatására.

#### Szűnet

17.45 óra

A Magyar Immunológiai Társaság közgyűlése

1980. július 11. (péntek)  
délelőtt 8.30 óra

Szabadon választott előadások

Üléselnök: *Leövey András.*

Titkár: *Sándor Péter.*

58. *Dobi Sándor, Lenkey B.-né* (Debrecen): További adatok a „secretagog hatású” IgG-ről.

59. *Sándor Péter, Szabó Jenő, Csáky Gergely, Leövey András* (Debrecen): Stimuláló immunoglobulinok kimutatása immunhisztológiai módszerekkel, pajzsmirigy biopsias anyagokon.

60. *Perl András, Fekete Béla, Gergely Péter, Abai Anna Mária* (Budapest): Immunológiai vizsgálatok patkány agysejteken.

61. *Szilvási István, Jakab Lajos, Móczár Eta, Cseh Károly, Pozsonyi Teréz, Fehér János* (Budapest): Scintigráfia, gyulladásos ízületi betegségek vizsgálatában.

62. *Németh Péter, Erdei János* (Szeged és Budapest): Az immunoglobulin termelés és secretio functionalis morfológiai jellemzése IgE termelő egérmelyomán.

63. *Jákó János, Schopper János* (Budapest): Az alfa-nehézlánc betegség immunkémiái diagnózisa.

64. *Schopper János, Jákó János* (Budapest): Az alfa-nehézlánc betegség klinikuma.

#### Szűnet

Üléselnök: *Stenszky Valéria.*

Titkár: *Kozma László.*

65. *Kraszits Erzsébet, Kozma László, Sedvi László, Stenszky Valéria* (Debrecen): Cytotoxikus ellenanyagok vizsgálata vakcináció előtt és után.

66. *Kozma László, Stenszky Valéria* (Debrecen): Cytotoxikus ellenanyagok képződése terhességben.

67. *Kaiser Gabriella, Gál Gy. Zalányi S., Trummer E.* (Szeged): A HLA-DR antigének immunogenitása transzfúziós hatásra és terhességben.

68. *Stenszky Valéria, Baláz Csaba, Kozma László, Bakó Gyula, Leövey András* (Debrecen): Család vizsgálatok Basedow-kórban.

69. *Szűts Péter, Rita Mulherkar, Pintér Zsolt, Andó István* (Szeged és Budapest): Monoklonális anti alfa-foetoprotein (AFP) ellenanyagok gyártása és alkalmazásának lehetőségei a prénatalis diagnosztikában.

70. *Rajczy Katalin, Péterfy Ferenc* (Gödöllő): Immunizált és nem immunizált birkák szérumból izolált ellenanyagok összehasonlítás

#### Szűnet

Üléselnök: *Mándi Barnabás.*

Titkár: *Kerekgyártó Csilla.*

71. *Marschalkó Márta, Barna Vetró Ildikó, Dobrosz Éva* (Budapest): ELISA módszer alkalmazása a syphilis szerológiában.

72. *Mihály Katalin, Kleme Éva, Pácsa Sándor* (Pécs): A szérumban AFP ELISA módszerrel történt meghatározása hazai reagensekkel.

73. *Brózik Márta, Barna-Vetró Ildikó, Jankó Mária, B. Vaj Márta, Kertész László, Pácsa Sándor, Simon Péter, Varró Rud*

(Budapest és Pécs): Toxoplasma elleni antitestek kimutatása ELISA módszerrel különböző toxoplasma antigének alkalmazásával.

74. *Bányai Anikó, Kávai Mária Falus András, Zsindely Attila, Sonkoly Ildikó, Szegedi Gyula* (Debrecen és Budapest): Systemas lupus erythematosus betegek keringő immunkomplexének összetétele.

75. *Pácsa Sándor, Mihály Katalin, Árokszállási Valéria, Klement Éva* (Pécs): Tenyésztett sejtek IgG, IgA, AFP és CEA termelésének tanulmányozása ELISA módszerrel.

*S z ü n e t*

Üléselnök: *Fekete Béla.*

Titkár: *Perl András.*

76. *Minárovits János, Földes István* (Budapest): Spontán BALB/c egértumorok autochton és syngen transzplantációja során nyert tapasztalatok.

77. *Tábitz Klára, Erdős Éva, Végh Pál, Jánossy Tamás, Petri Gábor* (Szeged): 12. típusú adenovirussal indukált CBA egértumor immunogenitásának vizsgálata szingén egerekben.

78. *Jánossy Tamás, Végh Pál, Erdős Éva, Tábitz Klára, Petri Gábor* (Szeged): 12. típusú adenovirussal indukált CBA egértumor immunogenitásának vizsgálata allogén, szemiallogén és CBA-val szemben toleráns allogén egerekben.

79. *Garam Tamás, Bakács Tibor, Svastits Egon, Tótpál Klára, Ringwald Gábor, Dévényi Zoltán, Petrányi Győző* (Budapest): Emlő daganatos betegek aspecifikus sejt-közvetített immunitásának vizsgálata.

80. *Pál András, Fekete Béla, Forrai István, Angyal István* (Budapest): Tüdőrákos betegek plasma CEA meghatározásának klinikai jelentősége.

81. *Kövesi György, Fekete Béla* (Budapest): A leukocyta adherencia gátlás (LAI) módszer alkalmazása közös carcinoma antigennel.

*Elnöki zárászó*

# NICOFLEX

kenőcs

**V 000 Antirheumatica**  
**mV 200 Nem glucocorticoidok**

## ÖSSZETTEL:

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsalcinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulae-, 1 g aethylum nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

## JAVALLATOK:

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishoz csatlakozó neuralgiák, krónikus polyarthritis (rheumatoid arthritis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

## ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladás aktív szaka.

## ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemossuk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4–5 cm csíkot a sportoló gyúrásokor a bőrbe dörzsölünk.



## MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

## FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csípős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

## MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kiadható.

## CSOMAGOLÁS:

50 g-os tubus.

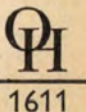
## TÉRÍTESI DÍJ:

5,- Ft/tubus



**Gyártja:**

**„REANAL” Finomvegyszergyár, Budapest**



# PRODECTIN<sup>®</sup>

tabletta

**ÖSSZETÉTEL:** Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

**HATÁS;** Napjaink angiológiai klinikumában és terápiájában alapvetően új a pyridinolcarbamot megjelenése. Ugyanis a Prodectin feltehetően védi az artériák falát az atheroma-képződéstől. Kedvezően befolyásolhatja az experimentális atheromatosis kialakulását a korai stádiumban. Farmakológiai vizsgálatok szerint közvetlenül az érfalra hat, gátolja az endothelium oedemás infiltrációját és így akadályozza az atheroma képződését. A vér cholesterol-szintjét és a vérnyomást nem befolyásolja. A thrombocyta-adhaesivitást kedvezően befolyásolja. Nincs sem lipotrop aktivitása, sem direkt értágító hatása.

A jó tűrhetősége és a per os alkalmazás hatékonysága lehetővé teszi tartós adagolását a sclerotikus érbetegségek valamennyi megnyilvánulása esetében.

**JAVALLATOK:** Arteriosclerosis, illetve mindazon obliteratív verőérbetegségeken, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt. Így:

- arteriosclerosis obliterans
- thrombangiitis obliterans (Buerger-kór)
- angiopathica diabetica
- aortaív-syndroma
- subclavian steal syndroma.

Cerebrovascularis keringészavar:

- cerebralsclerosis
- intermittáló vertebralís syndroma
- vertebro-basilaris syndroma.

Obliteratív szemészeti angiopathiák:

- arteriosclerotikus és diabeteses retinopathia
- a retina és az üvegtest haemorrhagiája
- a vena centralis retinae thrombosisa.

A Prodectin-kezelés eredményesen alkalmazható, obliteratív coronaria-megbetegedésekben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

**MELLÉKHATÁS:** Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.

A Prodectin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében – igen ritkán – hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

**ELLENJAVALLAT:** Nem ismeretes.



**ALKALMAZÁSA ÉS ADAGOLÁS:** Kúraszerű. A kezdő adag naponta  $3 \times 1$  tablettát, majd a kezelés napi  $3 \times 2$  tablettával folytatható a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi  $3 \times 1$  tablettát. A Prodectin-kezelés több hónapig át folytandó. A készítmény kombinációs kezelésre is alkalmas.

**MEGJEGYZÉS:** ✱ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető. Az orvos akkor rendelheti a gyógyszert, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

**FIGYELMEZTETÉS:** A Prodectin kúraszerű alkalmazása során 4–6 hetenként javasolt a beteg hepatológiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a se. bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

**CSOMAGOLÁS:** 50 tablettát      térítési díj: 12,60 Ft.

## Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

Közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135 Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I.

Előfizetési díj egy évre 432,- Ft, negyedévre 108,- Ft, egyes szám ára 9,- Ft



30.1586 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ISSN 0030-6002